

Hochschule Magdeburg-Stendal

Fachbereich Soziale Arbeit, Gesundheit und Medien

Studiengang Soziale Arbeit



Der Einfluss psychisch erkrankter Eltern auf die kindliche Entwicklung und Möglichkeiten der Unterstützung durch die Soziale Arbeit

Verfasserin: Lea Finzelberg

E-Mail-Adresse: Lea.Finzelberg@stud.h2.de

Matrikelnummer: 20192485

Abgabedatum: 20.07.2022

Erstgutachterin: Katharina Kitze

Zweitgutachterin: Ramona Stirtzel

Inhaltsverzeichnis

Gendererklärung	4
1. Einleitung.....	5
2. Begriffsklärung.....	7
2.1. <i>Entwicklung.....</i>	7
2.2 <i>Psychische Erkrankungen.....</i>	9
3. Das Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung (Erikson)	11
3.1 <i>Die acht Phasen nach Erikson</i>	12
3.1.1 <i>Urvertrauen gegen Urmisstrauen (Säuglingszeit)</i>	13
3.1.2 <i>Autonomie gegen Scham und Zweifel (Kleinkindalter)</i>	14
3.1.3 <i>Initiative gegen Schuldgefühl (Kindergartenalter)</i>	15
3.1.4 <i>Werksinn gegen Minderwertigkeitsgefühl (Grundschulzeit).....</i>	16
3.1.5 <i>Identität gegen Identitätsdiffusion (Adoleszenz).....</i>	17
3.1.6 <i>Intimität gegen Isolierung (junge Erwachsenenalter)</i>	18
3.1.7 <i>Generativität gegen Stagnation (mittlere Lebensjahre)</i>	18
3.1.8 <i>Integrität gegen Verzweiflung und Ekel (hohes Erwachsenenalter)</i>	19
3.2 <i>Kritik.....</i>	19
4. Erkenntnisse über die Auswirkungen psychisch erkrankter Eltern auf die Entwicklung.....	21
4.1 <i>Elternrate und Anzahl der betroffenen Kinder (Zahlen und Fakten).....</i>	21
4.2 <i>Risiko und Belastungsfaktoren für Kinder.....</i>	22
4.2.1 <i>Risiko einer Erkrankung.....</i>	22
4.2.2 <i>Belastungsfaktoren.....</i>	24
4.3 <i>Problemlage der betroffenen Kinder.....</i>	31
4.3.1 <i>Gefahr einer Kindeswohlgefährdung.....</i>	31
4.3.2 <i>Bindungsverhalten.....</i>	33
4.3.3 <i>Spezifische Auffälligkeiten</i>	34
4.4 <i>Angehörigenarbeit: Kinder</i>	42
5. Möglichkeiten der Unterstützung	44
5.1 <i>Resilienz und Coping</i>	44
5.2 <i>Interventionsmaßnahmen</i>	48

5.2.1 Prävention anhand des Modellprojekts Aurnyn.....	50
5.2.2 Auflistung weiterer Interventionsmöglichkeiten	53
5.2.3 Netzwerkarbeit	55
6. Fazit.....	56
Literaturverzeichnis	64
Selbstständigkeitserklärung.....	69

Gendererklärung

In dieser Bachelorarbeit wird aufgrund der besseren Lesbarkeit auf eine geschlechtsneutrale Formulierung verzichtet. Die maskuline Schreibweise bezieht sich dabei gleichermaßen auf alle Geschlechter.

Magdeburg, den 20.07.2022

Lea Finzelberg

1. Einleitung

Etwa drei bis vier Millionen Kinder und Jugendliche in Deutschland sind jährlich mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil konfrontiert (vgl. Geiger & et al., 2021: 624). Die betroffenen Kinder und Jugendlichen sind vielfältigen Belastungen ausgesetzt, weswegen ein berufsgruppen- und institutionenübergreifendes Denken und Handeln relevant ist. Zur Erfassung der Situation von betroffenen Kindern und Jugendlichen ist die Betrachtung aus unterschiedlichen Blickwinkeln nötig. Psychotherapeuten befassen sich mit der Fragestellung, wie Erlebnisse und Erfahrungen verarbeitet und welche seelischen Prozesse wirksam werden. Daraus abgeleitet entsteht die Frage, welche Maßnahmen der therapeutischen Begleitung sinnvoll sind. Aus medizinischer Sicht wird geklärt, ob diese Kinder zur Risikogruppe, an psychischen Erkrankungen zu leiden, zählen und welche präventiven Maßnahmen getroffen werden können. Juristen wenden sich der Problematik zu, ab wann eine Kindeswohlgefährdung beginnt und welche richterlichen Maßnahmen erforderlich sind. Aus Sicht der Heilpädagogik und Sozialen Arbeit werden Ressourcen betrachtet, welche für den Schutz gegen aufkommende Belastungen vorhanden sind. Durch eine Zusammenführung dieser Disziplinen ist eine integrative Form der Begleitung und Unterstützung möglich, um die entsprechenden Bedürfnisse optimal zu erfüllen (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2016: 96f). Die folgende Arbeit befasst sich mit den Risikofaktoren von Kindern psychisch erkrankter Eltern, den Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Kinder und mögliche Unterstützungsangebote.

1997 wurde die Thematik Kinder psychisch kranker Eltern zum ersten Mal im deutschsprachigen Raum vor einer Fachöffentlichkeit bei einer Tagung des Dachverbandes psychosozialer Hilfsvereinigungen aufgegriffen. Dabei wurden die Betroffenen als vergessene Kinder der Psychiatrie-Reform bezeichnet (vgl. Lenz, 2012: 7). Die Situation der Kinder als Angehörige hat sich bereits deutlich verbessert. Die Fachöffentlichkeit im Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe ist auf die Kinder und ihre psychisch erkrankten Eltern beziehungsweise Elternteile aufmerksam geworden. Zahlreiche Fachtagungen, Symposien sowie Kongresse befassen sich seitdem mit der Thematik. Des Weiteren gibt es Initiativen in verschiedenen Regionen, welche betroffenen Familien Hilfe anbieten. Dennoch gibt es keine flächendeckende Versorgung, da viele Hilfen überwiegend als Projekte angeboten werden. Diese bestehen nur durch das Engagement einzelner Personen in sozialen Diensten, Beratungsstellen und Kliniken. Die Finanzierung findet im Rahmen von Modellvorhaben durch Stiftungen, Spenden und kommunalen Zuschüssen statt. Institutionalisierte Hilfen, das heißt durch die Jugendhilfe oder durch Krankenkassen finanzierte und im Versorgungssystem fest etablierte Hilfeleistungen, gibt es nur in Ausnahmefällen. Durch die zeitliche Begrenzung von Projekten und dem ständigen Kampf um den Fortbestand müssen viele Hilfen eingestellt werden. Der kontinuierliche

Legitimierungsdruck und die fehlende dauerhafte Perspektive erschwert die fachlich inhaltliche sowie altersgerechte Weiterentwicklung der Angebote (vgl. Lenz, 2012: 7f).

Während eines berufspraktischen Studienseesters konnte in einer Wohngruppe der stationären Erziehungshilfe beobachtet werden, dass die Umgebung, in welcher die Kinder aufwachsen, sowie deren Elternhaus und die psychische Gesundheit der Eltern sich deutlich auf deren Entwicklung und Verhalten auswirkte. Je nach Entwicklungsbedingungen entstanden unterschiedliche Auffälligkeiten, welche sich zum Beispiel im Verhalten, im Führen von Beziehungen, in den Einstellungen oder dem kognitiven und motorischen Lernstand der Kinder zeigte. Daraus resultierend entstand die Idee, den Zusammenhang zwischen der frühkindlichen Entwicklung und psychischen Erkrankungen der Eltern auszuarbeiten. Erkenntnisse darüber erscheinen sinnvoll für eine zielführende Zusammenarbeit mit betroffenen Familien. Sie können die Aufmerksamkeit auf Kinder als Angehörige von psychisch erkrankten Eltern erhöhen und Eltern sowie Kinder entlasten.

In der folgenden Bachelorarbeit soll darauf eingegangen werden, wie sich eine psychische Krankheit der Eltern auf die Entwicklung der Kinder auswirkt. Dafür gilt es folgende Fragen zu klären:

Bestehen besondere Belastungen für Kinder psychisch erkrankter Eltern?

Welche Entwicklungsrückstände oder negative Folgen können für das Kind und dessen späteres Leben entstehen?

Resultieren Entwicklungsvorteile aus der Kindheit mit mindestens einem erkrankten Elternteil?

Welche Unterstützungsangebote und Hilfeformen gibt es speziell für betroffene Kinder und deren Familien?

Im gesellschaftlichen Kontext fallen Kinder und Jugendliche erfahrungsgemäß besonders auf, wenn sie Auffälligkeiten und Probleme zeigen. In diesem Fall sind Beteiligte bemüht, Therapien und Hilfen für die entsprechenden Kinder zu ermöglichen. Hilfeformen für weniger auffällige Kinder sind jedoch ebenfalls besonders wichtig (vgl. Heim, 2002: 177). Daraus resultiert die in der Arbeit zu behandelnde These „Je unauffälliger, ruhiger und selbstständiger die Kinder wirken, desto dringlicher ist die Hilfestellung durch Soziale“.

2. Begriffsklärung

2.1. Entwicklung

Die Entwicklungspsychologie beschäftigt sich mit den sichtbaren und hörbaren Veränderungen in verschiedenen Bereichen, wie der Wahrnehmung, der Sprache und der Sexualität, und den damit verbundenen Mechanismen. Es existiert jedoch keine allgemeingültige Theorie über die kindliche Entwicklung. In der Psychologie bestehen mehrere Theorien, mit eigenen Modellen von Entwicklungsprinzipien und Regeln (=Paradigma). Diese können entweder miteinander vereinbar sein, und somit unter anderem kombiniert werden, oder schließen sich durch ihre unterschiedlichen Grundannahmen gegenseitig aus (vgl. Kohnstamm, 2006: 17f).

Die Entwicklung bezeichnet Veränderungen, welche zusammenhängend, geordnet, aufeinander bezogen, nicht zufällig erklärbar und von anhaltender Wirkung sind (vgl. Bischof-Köhler, 2011: 21). Dies ist unter anderem im Aussehen, im Wissen oder im Verhalten zu erkennen. Des Weiteren kann die Entwicklung als ein Fortschritt, also eine Annäherung an einen späteren Zielpunkt, in der Wahrnehmung, der Motorik, der Sprache und des Denkens verstanden werden. Ein Kind durchläuft zum Beispiel beim Laufen lernen verschiedene Phasen. Beginnend beim Liegen, über das Sitzen, Kriechen, Stehen, Laufen bis hin zum Springen. Dies kann als Erreichen neuer und höherer Entwicklungsstufen bezeichnet werden. Emotionale Aspekte müssen hingegen differenziert betrachtet werden. Empfindungen und Ängste von Kindern sind nicht niedriger einzustufen als die von Erwachsenen. Dementsprechend kann in diesem Zusammenhang nicht von fortschreitenden Entwicklungsstufen gesprochen werden (vgl. Kohnstamm, 2006: 18ff). Entwicklung ist folglich „ein zielgerichteter Prozess, bei dem durch Differenzierung, Spezialisierung und Integration Strukturen aufgebaut und abgewandelt werden, die eine möglichst adäquate Anpassung an Umweltgegebenheiten gewährleisten“ (Bischof-Köhler, 2011: 24). Die Entwicklung zielt dabei auf eine verbesserte Anpassung an die zu bewältigenden Gegebenheiten ab. Der Entwicklungsbegriff ist jedoch unabhängig von moralischer Wertung. Dementsprechend findet auch bei Verhalten, welches nicht optimal angepasst oder aus gesellschaftlicher Perspektive fehlerhaft ist (etwa delinquente Verhaltensmuster), ein Entwicklungsprozess statt. Das Verhalten entspricht den individuellen Möglichkeiten einer Person, mit der Situation zurechtzukommen (vgl. Bischof-Köhler, 2011: 24).

Was genau die Entwicklung anregt, ist je nach Theorie verschieden. Reifungstheoretiker nehmen an, dass die Entwicklung in den Genen verankert ist. Sowohl durch das genetische Erbe, als auch durch Einflüsse vor der Geburt (etwa Krankheiten der Mutter, Alkoholkonsum) entstehen individuelle Unterschiede, die die Entwicklung des Kindes beeinflussen können. Der amerikanische Kinderpsychologe Arnold Gesell geht von einem selbstregulatorischen Prozess

aus, bei dem sich die biologischen Schemata schrittweise entfalten. Die italienische Ärztin und Pädagogin Maria Montessori spricht von einem angeborenen Reifungsdrang, welcher die Kinder dazu verleitet, Gesetzmäßigkeiten, Zusammenhänge und Erklärungen zu erkennen und zu entdecken. Die Entwicklung wird demnach von innen angeregt (vgl. Kohnstamm, 2006: 20 ff). Behavioristen, wie zum Beispiel Skinner, nehmen hingegen an, dass die Entwicklung auf Erfahrungen und Lernprozessen beruht. Eine der wichtigsten Gesetzmäßigkeiten, welche Lernprozesse unterliegen, ist, dass Folgen eines Verhaltens nachfolgende Verhaltensweisen des Kindes beeinflussen. Die individuellen Unterschiede entstehen durch Umgebungsfaktoren, welche Lernprozesse entweder ermöglichen oder behindern. Die Entwicklung wird demnach von außen angeregt. Das Interaktionsmodell verbindet die angesprochenen Auffassungen und beschreibt die Wechselwirkungen von Anlagen und Erfahrungen. Dabei wird deutlich, dass die angeborenen Anlagen einerseits die Lernerfahrungen begrenzen und Erfahrungen andererseits zur Entfaltung der Veranlagungen nötig sind (vgl. Kohnstamm, 2006: 21ff).

Ein Kind ist nach dessen Geburt noch eine lange Zeit hilflos und kann sich nicht allein versorgen. Es kann jedoch, durch seinen Instinkt zu schreien, auf sich aufmerksam machen. Auch wenn Instinkte angeborene Fähigkeiten sind, tritt nicht jedes Verhalten automatisch auf. Für das Ausbilden bestimmter Verhaltensweisen muss das Kind entsprechend seiner Bedürfnisse versorgt werden (vgl. Kohnstamm, 2006: 17). Trotz seiner Abhängigkeit muss sich das Kind ab seiner Geburt mit einer Vielzahl von Entwicklungsaufgaben auseinandersetzen. Die positive Bewältigung dieser Aufgaben bildet die Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung und ermöglicht die Aneignung immer komplexer werdender Kompetenzen. Die Bewältigung ist abhängig von den individuellen Leistungsmöglichkeiten und Zielsetzungen sowie soziokulturellen Erwartungen. Es wird zwischen unbedingt zu bewältigende Entwicklungsaufgaben, wie die Kontrolle der Ausscheidungen oder die soziale Kontaktfähigkeit, und möglichen Aufgaben, wie Kinder bekommen, unterschieden. Das Kind gestaltet seine Entwicklung aktiv mit, jedoch wird die Formulierung der Zielsetzung für die Zukunft besonders bei jüngeren Kindern wesentlich durch erwachsene Bezugspersonen beeinflusst (vgl. Pauen & Roos, 2020: 14f).

In der Selbstbestimmungstheorie von Edward Deci und Richard Ryan (1985) werden neben den physischen Grundbedürfnissen auch drei psychische Grundbedürfnisse benannt. Deren Erfüllung stellt die Voraussetzung für die aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt und der Bewältigung von alterstypischen Entwicklungsaufgaben dar. Das erste psychische Grundbedürfnis ist die soziale Eingebundenheit. Dies bezeichnet enge zwischenmenschliche Beziehungen, in denen sich das Kind als liebenswert und liebesfähig erfahren kann. Die Erfüllung ist entscheidend für die Entwicklung von Selbst-Bewusstheit zu Selbstbewusstsein. Das zweite Grundbedürfnis ist das Bedürfnis nach Kompetenz. Hierbei handelt es sich um die Interaktion mit der Umwelt, bei der das Kind selbstwirksam Einfluss nehmen soll, um ein

gewünschtes Ergebnis zu erzielen. Dies ist bedeutsam für die Entwicklung von Selbstbewusstsein zum Selbstkonzept. Als Drittes wird das Bedürfnis nach Autonomie beschrieben. Darunter wird die Freiwilligkeit, Selbstbestimmtheit und die Initiative des eigenen Handelns verstanden, welche notwendig für die Ausbildung der intrinsischen Motivation und des selbst gesteuerten Lernens ist (vgl. Pauen & Roos, 2020: 20f).

Die Psychologin Liselotte Ahnert beschrieb die Bedeutung einer sicheren Bindung zu Bezugspersonen. Die Qualität der Interaktion zwischen Kind und Vertrauenspersonen, dazu gehören sowohl die Eltern als auch Geschwister, Großeltern und pädagogische Fachkräfte, sind entscheidend für die Ausprägung der kindlichen Kompetenzen im emotionalen und sozialen Bereich. Unter der Voraussetzung von beständigen und vorhersehbaren Interaktionen, bei denen sich das Kind sicher und gut eingebunden fühlt, kann es angstfrei seine Umwelt explorieren und anderen Menschen vertrauensvoll gegenüberreten (vgl. Pauen & Roos, 2020: 21).

2.2 Psychische Erkrankungen

Seit jeher gibt es Menschen, welche in einem besorgniserregenden und seelisch leidvollen Zustand, fern jeglichen Wohlbefindens, verweilen. In den früheren Jahrhunderten wurden diese Menschen durch Fachgebeten, wie der Philosophie oder der Pädagogik, durch ihre seelischen Krisen begleitet. In der Versorgung gab es neben humanen Formen ebenfalls drastische Maßnahmen der Verwahrung und Züchtigung. Ein Anspruch auf Heilung psychischer Erkrankungen bestand erst mit der Durchsetzung der Psychiatrie als medizinische Disziplin. Dafür war es jedoch nötig, die Symptome der Erkrankungen begrifflich zu erfassen und einzuordnen (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2016: 169). Die Psychiatrie bezeichnet die „Lehre von den seelischen Erkrankungen, ihre Behandlung und Rehabilitation“ (Clausen & Eichenbrenner, 2016: 169). Entsprechend der Klassifikation ICD-10 werden psychische Beeinträchtigungen als psychische Störungen bezeichnet (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2016: 169). Dies ist auf die Übersetzung der internationalen Begrifflichkeit "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems" (vgl. Pro Psychotherapie e.V.) zurückzuführen. Unter dem Begriff Störung werden im psychiatrischen Kontext Belastungen auf der individuellen und sozialen Ebene verstanden. Sie treten als Reaktion auf innere oder äußere Bedingungen auf oder stellen misslungene Anpassungsstrategien an Schwierigkeiten des Lebens dar. Demnach sind psychische Erkrankungen auch Anpassungsversuche auf Verletzungen, Ohnmachtsgefühlen oder Versagensängsten. Die Ursache liegt häufig in nicht bewältigten Krisen (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2016: 172).

Zur Feststellung einer Krankheit ist eine Diagnose nötig. Der Begriff Diagnose beziehungsweise Diagnostik ist abgeleitet von dem griechischen Verb *diagignoskein*, welches gründlich kennenlernen, entscheiden und beschließen bedeutet. Bei der Diagnostik handelt es sich um eine Methodenlehre mit dem Ziel, Personen korrekt zu bewerten, interindividuelle Unterschiede und interindividuelle Differenzen im Erleben und Verhalten von Personen unter standardisierten Bedingungen zu ermitteln. Jäger und Petermann beschreiben die Diagnostik als ein System von Regeln, Anleitungen sowie Algorithmen, wodurch psychologisch relevante Besonderheiten erkannt und zu einem diagnostischen Urteil zusammengefasst werden sollen. Dadurch soll ermöglicht werden, präzise Prognosen bezüglich zukünftigen Erlebens und Verhaltens sowie möglichen Veränderungen zu stellen und diese zu evaluieren (vgl. Amelang & Schmidt-Atzert, 2006: 2). Zur Ermittlung der Krankheit wird ein Anamnesegespräch geführt, das Auftreten und Verhalten des Betroffenen beobachtet und mögliche Symptome mittels besonderer Untersuchungsformen durch einen Untersucher ermittelt. Daraus wird schließlich ein Befund erhoben, in dem ebenfalls der Erkrankungsgrad erfasst ist. Eine Diagnose psychischer Störungen enthält eine Erhebung des psychopathologischen Befundes, somatische Abklärungen, Leistungsuntersuchungen, Selbstbeurteilungsbögen sowie Fremdbeurteilungsskalen (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2016: 172f). Eine Diagnose fungiert als Arbeitshilfe. Erst durch die Bestimmung der Krankheit ist eine zielführende Behandlung möglich. Eine konstruktive Aufklärung und Einbeziehung des Patienten in die Behandlung verbessert die Genesungschancen (vgl. Hoffmann-Richter & Finzen, 2002: 21f).

Aktuell gibt es zwei Klassifikationssysteme für die Diagnose psychischer Störungen. Diese ergänzen sich einerseits, konkurrieren jedoch andererseits ebenfalls in einigen Bereichen. Das erste Klassifikationssystem ist das Diagnostic and Statistical Manual (DSM) von der Amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie. Dieses existiert seit 2013 in der Fassung DSM-5. Das zweite Klassifikationssystem ist die International Classification of Diseases (ICD), welches für die Weltgesundheitsorganisation entwickelt wurde (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2016: 173). Diese liegt seit Januar 2022 in der Fassung ICD-11 vor (vgl. WHO, 2022). Die Klassifikationssysteme vereinheitlichen die Begrifflichkeiten der Psychiatrie und geben Aufschluss über die, den einzelnen psychischen Störungen zugeordneten, Kriterien. Der Inhalt ist auf die Symptomebene beschränkt und beschreibt Möglichkeiten, wie anhand von Symptomkonstellationen konkrete Diagnosen gestellt werden können. Ein erklärender Ansatz mit psychosozialen und psychodynamischen Ursachen ist nicht vorhanden. Somit dient sie ausschließlich dem Erkennen, Beschreiben und Analysieren von Symptomen. Die Systeme werden kontinuierlich mit Hilfe von Studien überprüft, überarbeitet und anhand der gewonnenen Erkenntnisse aktualisiert. Dies hat den Nachteil, dass empirische und theoretische Unsicherheiten vorhanden sind und eine Unklarheit entsteht (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2016: 174). Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF),

entwickelt im Auftrag der WHO, ist eine Ergänzung zum ICD-11. Es dient zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, sozialen Beeinträchtigung und den signifikanten Umgebungsfaktoren des Menschen sowie der Erfassung von bio-psycho-sozialen Aspekten durch Einbeziehung der Kontextfaktoren. Die Verbindung von der Klassifizierung von Krankheiten durch das ICD und der Klassifikation der Folgen von Krankheiten hinsichtlich Körperfunktion, Aktivität und Teilhabe ermöglicht individuelle Rehabilitations- und gesundheitspolitische Maßnahmen (vgl. BfArM, 2022).

Psychisch Erkrankte sind neben den gesundheitlichen Einschränkungen ebenfalls mit sozialen Einschränkungen konfrontiert. Deshalb besteht das Ziel einerseits in der Wiederherstellung der Gesundheit und andererseits in der Erhaltung der Lebensqualität sowie der sozialen Integration. Um eine bestmögliche Behandlung für die Betroffenen zu gewährleisten, wird die Aufmerksamkeit auf die sozialen Einschränkungen, mögliche Behinderungen, aber auch vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten gelegt (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2016: 175).

3. Das Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung (Erikson)

Anhand von biologischen Phasen in Kombination mit kulturellen und umweltabhängigen Bedingungen kann die kindliche Entwicklung in folgende Phasen eingeteilt werden: Säuglingsalter, Kindesalter (frühe/ mittlere/ späte Kindheit), Jugendalter, Erwachsenenalter und Alter. Bereits im Säuglingsalter wirkt der Mensch als interaktives Wesen mit Hilfe seiner kognitiven Fähigkeiten und differenzierten Wahrnehmung aktiv auf seine Umgebung ein (vgl. Gudjons & Traub, 2020: 113f).

Der Psychoanalytiker und Psychiater Erik Homburger Erikson ist Mitte der 1960er-Jahre mit seiner psychoanalytischen Entwicklungstheorie in Deutschland bekannt geworden (vgl. Gudjons & Traub, 2020: 115). Er beschäftigte sich mit dem menschlichen Lebensweg und den damit verbundenen Stationen und Krisen (vgl. Conzen, 1996: 113). Die Grundlage der Theorie, welche heute eine der bekanntesten Entwicklungsmodelle darstellt, ist die psychoanalytische Entwicklungstheorie von Freud. Diese stellt die konflikthafte Entwicklung des Menschen dar. Ungelöste Konflikte im Kindesalter führen gemäß Freud zu Neurosen (vgl. Conzen, 1996: 113). Neurose ist „ein Sammelbegriff für unterschiedlichste seelische, geistige und vegetativ-körperliche Abweichungen von der sozialen Norm, und zwar ohne organische Ursachen“ (Grunwald, 1998: 190). Aus phänomenologischer-psychoanalytischer Sichtweise sind psychische Konflikte Ursache oder Folge der Erkrankung (vgl. Grunwald, 1998: 190). Hingegen bewirkt eine erfolgreiche Konfliktlösung eine Stärkung von Initiative sowie

Selbstvertrauen und ist der Antrieb für die Persönlichkeitsentwicklung (vgl. Conzen, 1996: 113).

Der Mensch ist von Geburt an bis zum Tod mit Veränderungen, Problemen und Aufgaben konfrontiert. Angesichts dessen erarbeitete Erikson ein Gesamtmodell des Lebensweges über das Jugendalter hinaus (vgl. Conzen, 1996: 113). In jenem von ihm entwickelten Gesamtmodell beschreibt Erikson die Entwicklung als einen lebenslangen Prozess nach einem epigenetischen Prinzip, wobei die Identität durch eine stufenförmige Krisenbewältigung entsteht. Der Begriff Krise definiert sich in diesem Zusammenhang als ein konstitutiver Bestandteil der Entwicklung und wird als normal angesehen. Sein Modell besteht aus acht aufeinander aufbauenden Phasen. Diese können nur im Zusammenhang miteinander betrachtet werden. Die Ergebnisse der Bewältigung der Entwicklungsabschnitte sind in den jeweils folgenden Phasen relevant und beeinflussen diese (vgl. Gudjons & Traub, 2020: 115f). Alle früheren Phasen sind im Hinblick auf den Entwicklungsaspekt für spätere Krisen unerlässlich (vgl. Erikson, 1995: 86). Feststellbar ist zudem, dass jede Krise bereits in Vorformen in früheren Stufen vertreten ist (vgl. Gudjons & Traub, 2020: 115f). Eine Phase dauert vom ersten Moment, in der eine Entwicklungsqualität dominant wird und es zu einer bedeutsamen Krise kommen kann, bis zum letzten Augenblick, in welchem die kritische Dominanz der nächsten Qualität weichen muss. Dadurch sind große zeitliche Spielräume bezüglich der Dauer möglich. Die Reihenfolge hingegen bleibt bestehen (vgl. Erikson, 1995: 86). Die Bewältigung ist nur im Kontext der Beziehungspersonen, insbesondere Eltern und Peers, Elementen der Sozialordnung, wie Gesetze, und psychosozialen sowie psychosexuellen Modalitäten möglich (vgl. Gudjons & Traub, 2020: 115).

3.1 Die acht Phasen nach Erikson

Das Acht-Phasen-Konzept stellt die stufenweise Entwicklung der Persönlichkeit in der kulturellen Umgebung dar, wobei die gesellschaftlichen Institutionen und das Ich¹ in Beziehung zueinanderstehen (vgl. Conzen, 1996: 114). Persönlichkeit bezeichnet die „Gesamtheit aller überdauernden indiv. Besonderheiten im Erleben und Verhalten eines Menschen“ (Asendorpf, 2022). Eine Person kann zum Beispiel intelligent oder gesellig sein (vgl. Asendorpf, 2022). Die Bezeichnungen der einzelnen Phasen beschreiben die jeweiligen Chancen und Risiken eines Lebensabschnittes (vgl. Conzen, 1996: 113). Erikson gliedert den Lebenszyklus eines

¹ Das Ich ist ein Bestandteil des Instanzenmodells von Freud (Tiefenpsychologe und Begründer der Psychoanalyse), welches den Aufbau der Persönlichkeit beschreibt. Das Ich soll zwischen den inneren Trieben einer Person (dem Es) und den moralischen Werten sowie gesellschaftlichen Regeln (dem Über-Ich) vermitteln (vgl. Bayer, 2021).

Menschen in Säuglingsalter, frühe Kindheit, Spielalter, Schulalter, Adoleszenz, frühes Erwachsenenalter, mittleres Erwachsenenalter und hohes Alter (vgl. Abb. 1).

	1	2	3	4	5	6	7	8	
I Säuglingsalter	Urvertrauen gg. Mißtrauen				Unipolarität gg. vorzeitige Selbstdifferenzierung				I Säuglingsalter
II Kleinkindalter		Autonomie gg. Scham und Zweifel			Biopolarität gg. Autismus				II Kleinkindalter
III Spielalter			Initiative gegen Schuldgefühl		Spiel-Identifikation gg. (ödpale) Phantasie-Identitäten				III Spielalter
IV Schulalter				Werksinn gg. Minderwertigkeitsgefühl	Arbeitsidentifikation gg. Identitätssperre				IV Schulalter
V Adoleszenz	Zeitperspektive gg. Zeitdiffusion	Selbstgewißheit gg. peinliche Identitätsbewußtheit	Experimentieren mit Rollen gg. negative Identitätswahl	Zutrauen zur eigenen Leistung gg. Arbeitslähmung	Identität gg. Identitätsdiffusion	Sexuelle Identität gg. bisexuelle Diffusion	Führungspolarisierung gg. Autoritätsdiffusion	Ideologische Polarisierung gg. Diffusion der Ideale	V Adoleszenz
VI Frühes Erwachsenenalter					Solidarität gg. soziale Isolierung	Intimität gg. Isolierung			VI Frühes Erwachsenenalter
VII Erwachsenenalter							Generativität gg. Selbst-Absorption		VII Erwachsenenalter
VIII Reifes Erwachsenenalter								Integrität gg. Lebens-Ekel	VIII Reifes Erwachsenenalter

Abbildung 1: 8-Phasen-Modell Erikson (Gudjons & Traub, 2020: 118f)

3.1.1 Urvertrauen gegen Urmisstrauen (Säuglingszeit)

Die Säuglingszeit ist die erste Phase des Lebenszyklus. Die Entwicklung eines förderlichen Verhältnisses zwischen (Ur-) Vertrauen und (Ur-) Misstrauen steht im Mittelpunkt dieses Zeitraums. Erikson zu Folge wird die Mutter als relevante Bezugsperson des ersten Lebensjahres bezeichnet. Die Qualität der emotionalen Bindung ermöglicht dem Leben gegenüber entweder eine vertrauensvoll optimistische Grundeinstellung oder eine misstrauisch resignative Einstellung (vgl. Conzen, 1996: 118). Die Bewältigung dieser Phase richtet sich danach, ob der Säugling Verlässlichkeit oder Unzuverlässigkeit und Vernachlässigung seitens der Bezugsperson erfährt (vgl. Gudjons & Traub, 2020: 116). Das Kind lernt, sich auf andere Menschen verlassen zu können und entwickelt eine eigenständige Zuverlässigkeit. Dies ist die Grundlage einer gesunden Persönlichkeit. Sollte eine vertrauensvolle Beziehung nicht gegeben sein, überwiegt das sogenannte Urmisstrauen und das damit verbundene subjektive Gefühl, dass etwas mit

der eigenen Person und der Umwelt nicht stimmt (vgl. Gudjons & Traub, 2020: 116). Infolgedessen nehmen kognitive und emotionale Erwartungen ab (vgl. Erikson, 1995: 104).

3.1.2 Autonomie gegen Scham und Zweifel (Kleinkindalter)

Im zweiten Lebensjahr beginnt die nächste Phase der Entwicklung. Neue motorische Fähigkeiten, wie das Krabbeln und Laufen, ermöglichen dem Kleinkind eine höhere Autonomie. Es erobert sein Umfeld und entdeckt seinen eigenen Willen. Diesen versucht das Kind in dieser Entwicklungsstufe kompromisslos durchzusetzen. Andererseits erfährt das Kind die Unterlegenheit gegenüber Erwachsenen und reagiert auf Bloßstellungen mit Scham- und Ohnmachtsgefühlen (vgl. Conzen, 1996: 127). Das Kind schwankt zwischen unabhängigem Handeln, welches rebellische Impulse einschließt, und einem Abhängigkeitsverhältnis, wodurch das Kind den Willen anderer Menschen in eigene Zwänge projiziert. Können die unterschiedlichen Tendenzen ausgeglichen werden, entsteht die Fähigkeit der Wahlfreiheit und Selbstbestimmung (vgl. Erikson, 1995: 103).

In diesem Entwicklungsabschnitt experimentiert das Kind mit den Modi Festhalten, Loslassen, Hergeben und Wegwerfen (vgl. Conzen, 1996: 127). Dies spiegelt sich einerseits im Bereich der Sauberkeitserziehung wider, andererseits bei dem Bedürfnis Gegenstände festzuhalten und fallenzulassen (vgl. Gudjons & Traub, 2020: 116).

Auf neue Anforderungen von Erwachsenen kann entweder zustimmend oder verweigernd reagiert werden. Die Reaktion der Eltern entscheidet über die Entwicklung dieser Krise. Handeln diese bestimmend und tolerant, lernt das Kind Rücksicht zu nehmen und eignet sich zudem Selbstsicherheit und Durchsetzungsfähigkeit für kommende soziale Erfahrungen an. Somit wird die Autonomie und Willenskraft gestärkt. Greifen die Bezugspersonen hingegen mit übermäßig strengen Verboten zu stark in den Willen des Kindes ein und stellen es bloß, entsteht ein innerliches Ohnmacht- und Wutgefühl. Das Selbstvertrauen des Kleinkindes wird geschwächt. Dies bewirkt entweder eine starke Feindseligkeit und eine damit verbundene Rücksichtslosigkeit oder hemmt das Besitzstreben. Das heißt, das Kind kann im späteren Leben nur schwer seinen Willen durchsetzen und neigt in schwierigen Situationen schnell zur Aufgabe. Eine inadäquate Verarbeitung des erlebten Schamgefühls kann darüber hinaus zu Zwanghaftigkeit führen. Aus Angst vor Beschämung halten sich diese Menschen häufig strikt an Vorschriften und Konventionen. Das Erleben von Zweifeln kann zu lebenslangen Unsicherheits- sowie Bedrohungsgefühlen gegenüber nicht vertrauten Situationen führen (vgl. Conzen, 1996, 128ff).

3.1.3 Initiative gegen Schuldgefühl (Kindergartenalter)

Die dritte Phase wird durch drei Entwicklungsschübe im dritten Lebensjahr eingeleitet. Das Kind erweitert seine Bewegungsmöglichkeiten. Dadurch eröffnet sich ein scheinbar unbegrenztes Tätigkeitsfeld. Das Sprachvermögen verbessert sich, wodurch das Kind besser versteht und mehr fragt als zuvor. Die Vervollkommnung der Sprache und die freiere sowie kraftvollere Bewegung ermöglicht eine Ausweitung der kindlichen Vorstellungswelt (vgl. Conzen, 1996, 133). Diese Veränderungen werden ebenfalls durch die Entwicklungspsychologie bestätigt (vgl. Gudjons & Traub, 2020: 116). Die Entwicklungsschübe ermöglichen das Engagieren für bestimmte Aufgaben, das Verfolgen von Plänen und das Verwirklichen eigener Ziele, was Erikson als eine Initiative bezeichnet. Eine gesteigerte Initiative wird in zunehmendem Neugierverhalten sichtbar. Zeitgleich entsteht das Gewissen, welches das Handeln überwacht und einschränkt. Lebenslange neurotische Hemmungen können durch eine zu starke Einschränkung der kindlichen Initiative durch Schuldgefühle hervorgehen (vgl. Conzen, 1996, 133ff).

Im Kindergartenalter kommt es durch die erfahrenen Mahnungen und Gebote zu einer verstärkten Identifizierung mit den Werten der Eltern, wodurch das erste zusammenhängende Moralsystem entsteht. Freud bezeichnete dies als Über-Ich, welches eine kindliche Vorstufe des reifen Gewissens darstellt. Infolgedessen verspürt das Kind nicht nur Scham, wenn eine Missetat entdeckt wird, sondern fürchtet sich bereits vor der Aufdeckung. Es entstehen Schuldgefühle für Taten und Gedanken, auch wenn sie noch nicht durch Andere bemerkt wurden (vgl. Conzen, 1996, 133ff).

Ein Kind in diesem Alter ist aufgrund seiner kognitiven Unreife und Abhängigkeit von den Eltern noch nicht in der Lage, das Ausmaß einer Handlung korrekt einzuschätzen. Folglich ist ein liebevoller und einfühlsamer Erziehungsstil nötig, um die Initiative und Zielstrebigkeit zu fördern (vgl. Conzen, 1996, 133ff). Eine positive Bewältigung begünstigt die Entfaltung der Initiative, welche die Grundlage für das Streben nach Leistung und Unabhängigkeit darstellt (vgl. Gudjons & Traub, 2020: 116). Ein autoritäres und einschüchterndes elterliches Verhalten kann schwere Ängste hervorrufen. Ebenso erscheint die Moral als willkürliches und grausames Verhalten des Mächtigeren gegenüber dem Unterliegenden. Das Kind könnte darauf warten, eine ähnlich mächtige Position zu erlangen, um gleichermaßen handeln zu können. Entstandene Schuldgefühle können die Initiativen und Phantasien lähmen. Durch eine mangelhafte Bewältigung dieser Phase werden Wünsche, die eigene Meinung und die Selbstdarstellung unterdrückt. Weiterhin kann es Denkschwächen, Sprachstörungen, Verkrampfung der Mimik und Gestik, Gefühlsarmut bis hin zur Impotenz hervorrufen oder unverständliches selbst sabotierendes Verhalten, wie chronisches Scheitern im Beruf, bewirken. Menschen, welche die

entstandenen Ängste überkompensieren, scheinen enthusiastisch und immer auf der Suche nach neuen Ideen. Innerlich herrschen jedoch Unsicherheiten, Schuld- sowie Minderwertigkeitsgefühle (vgl. Conzen, 1996, 133ff).

3.1.4 Werksinn gegen Minderwertigkeitsgefühl (Grundschulzeit)

Aus psychodynamischer Sicht sind Kinder in der vierten Phase reif für die Schule (vgl. Gudjons & Traub, 2020: 116). Ab sechs Jahren ist ein zunehmender Wissenserwerb möglich. Die Kinder sind fähig, neue Talente zu erproben und können ihre gesamte Aufmerksamkeit auf Produktionssituationen ausrichten (vgl. Conzen, 1996, 139). Es entwickelt sich der Werksinn. Das heißt, dass das Kind nützlich sein und seine Handlungen gut ausüben möchte. Das Grundschulkind hat Freude an der Vollendung seines Werkes und lernt, dass Anerkennung auf erbrachte Leistung und Fleiß folgt (vgl. Gudjons & Traub, 2020: 117). Fleiß bezeichnet ein Grundgefühl kompetenter Aktivität. Kinder in dieser Altersphase lernen gerne und freiwillig (vgl. Erikson 1995: 99). In Folge von häufigen Erfahrungen der Unzulänglichkeit besteht die Gefahr, starke und oft lebenslange Gefühle von Minderwertigkeit auszubilden. Deswegen ist es wichtig, Kinder nicht frühzeitig zu selektieren, damit ein minderwertiges Leistungsselbstbild verhindert wird (vgl. Gudjons & Traub, 2020: 117). Minderwertigkeitsgefühle mobilisieren die engagierten Kinder und hemmen die weniger Strebsamen. Es besteht das Risiko eines übertriebenen Konkurrenzdenkens oder der Regression. Unter Regression wird das Zurückfallen und erneute Durchleben des infantil-genitalen und ödipalen Konflikts aus früheren Krisen verstanden, wodurch sich mit konflikthafter Gestalten in der Phantasie, statt mit realen Begegnungen und hilfreichen Personen beschäftigt wird (vgl. Erikson 1995: 99).

Es entwickelt sich die grundlegende Einstellung zu Arbeit, Leistung und Kreativität. Bei einer positiven Bewältigung bildet sich einerseits ein erhöhtes Selbstvertrauen in die eigenen Kompetenzen und andererseits eine ausdauernde und fleißige Arbeitseinstellung. Bei mangelnder Bewältigung entstehen demgegenüber quälende Minderwertigkeitsgefühle und eine Unlust zum Lernen sowie Arbeitsstörungen (vgl. Conzen, 1996: 141).

Die Institution Schule und das Lernen haben eine hohe Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung. Neben der Wissensvermittlung, welche zum Formen des Weltbildes und der Interessen beiträgt, erfahren die Kinder meist zum ersten Mal eine Bewertung von systematischem Erfolg und Misserfolg. Schulerfolg fördert das Kompetenzgefühl und das soziale Ansehen. Negative Erfahrungen schwächen hingegen das Selbstwertgefühl und die Motivation für Arbeit. Mit Misserfolg ist dahingehend nicht ausschließlich die Begabung, sondern ebenfalls starkes Konkurrenzdenken unter den Kindern, Prüfungsängste oder das Übertragen von negativem Verhalten der Eltern auf die Lehrer gemeint. Aufgabe der Institution Schule ist es, die

Anstrengungen der Kinder anzuerkennen und ihnen bei Misserfolgen die individuellen Unterschiede in den Fähigkeiten nahezubringen (vgl. Conzen, 1996, 139f).

Der Werksinn ist auch in anderen Lebensbereichen vertreten. Die Kinder entdecken neue Interessen und Hobbys. In dieser Phase ist die Anerkennung von Erwachsenen von großer Bedeutung. Daher sind Aktivitäten auf Augenhöhe mit erwachsenen Vorbildern nützlich. Werden Kinder in diesem Entwicklungsabschnitt zu sehr sich selbst überlassen, können Talente und Interessengebiete verfallen (vgl. Conzen, 1996, 140).

3.1.5 Identität gegen Identitätsdiffusion (Adoleszenz)

Das Jugendalter ist häufig der am intensiv erlebteste Lebensabschnitt mit den tiefgreifendsten Krisen. Die Jugendlichen stehen vor der Herausforderung, den Übergang in die selbstverantwortliche Identität zu bewältigen (vgl. Conzen, 1996, 142f). Die Adoleszenz wird als psychosoziales Moratorium bezeichnet, welches durch sexuelle sowie kognitive Reifung und einem sanktionierten Aufschub endgültiger Verpflichtungen gekennzeichnet ist. Dies erlaubt Rollenexperimente, welche für die adaptive Selbststeuerung der Gesellschaft wichtig sind (vgl. Erikson, 1995: 98). Durch das Experimentieren mit verschiedenen Rollenbildern erproben Jugendliche ihren Platz in der Gesellschaft und finden heraus, wie, wo, mit wem und wofür sie leben wollen (vgl. Conzen, 1996, 142f).

Eingeleitet wird die Phase durch Hormonschübe zu Beginn der Pubertät. Die Regression der psychosexuellen Entwicklung sowie die unklare soziale Stellung bewirken eine Identitätskrise. Die Werte der Eltern werden infrage gestellt. Zeitgleich sind die eigenen Positionen noch nicht manifestiert. Es besteht das Bedürfnis, von der Umwelt erkannt zu werden, wobei die Anerkennung durch Gleichaltrige eine höhere Relevanz als die Schule und die Familie einnimmt. Eine zentrale Bedeutung in diesem Abschnitt sind Zuverlässigkeit und Treue, welche den Eckstein der Identität bilden (vgl. Conzen, 1996, 142ff).

Jugendliche haben die Aufgabe, die bisher gesammelten Werte aus den vorherigen Krisen in eine Ich-Identität zusammenzufassen (vgl. Gudjons & Traub, 2020: 117). Je ungefestigter die Identität durch frühere Konflikte ist, desto stärker sind die Zweifel bezüglich der eigenen Werte und der eigenen Existenz ausgeprägt. Zur Hilfe werden häufig Vorbilder gesucht (vgl. Conzen, 1996, 143f). Gelingt die Bewältigung nicht, kommt es zu einer Identitätsdiffusion, also einer unstabilen Ich-Identität (vgl. Gudjons & Traub, 2020: 117).

Für die nachfolgende Arbeit weniger relevant, aber für die Vollständigkeit nötig, wird folgend kurz auf die letzten drei Krisen eingegangen.

3.1.6 Intimität gegen Isolierung (junge Erwachsenenalter)

Schwerpunkt des jungen Erwachsenenalters ist es, Beziehungen ohne einen Ich-Verlust einzugehen. Gegenstand des Abschnittes sind die Partnerwahl und die veränderte Beziehung zu den Eltern und Freunden. Die Partnerwahl schließt das Eingehen von Kompromissen und ein auf den Partner abgestimmten neuen Lebensrhythmus ein. Die Intimität umfasst die Grundthemen des jungen Erwachsenenalters und übersteigt das bloße sexuelle Interesse. Neben der Partnerschaft wird ebenso von der Fähigkeit gesprochen, sich durch soziales Engagement Freundschaften oder Gruppenerlebnissen von außen bereichern zu lassen. Die Ich-Stärke ist abhängig von der gemeinsamen Bindung. Intimität hängt jedoch ebenfalls mit einer Distanzierung zusammen. Das Individuum grenzt sich von Personen ab, welche für die eigene Person oder die Beziehung nicht förderlich sind (vgl. Conzen, 1996: 148ff).

Das Gegenteil von Intimität ist die Isolierung. In diesem Fall ist der Mensch unfähig, tiefere Beziehungen einzugehen. Daraus folgt die Angst vor dem Allein-Sein. Sichtbar wird es, insbesondere durch die Unfähigkeit Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken, Angst vor einem Identitätsverlust bei zu tiefgreifenden Kontakten oder Zurückgezogenheit (vgl. Conzen, 1996: 148).

Die Bewältigung der Krise führt entweder zur Fähigkeit zur Aufnahme von stabilen Beziehungen oder einer generellen Distanzierung, welche mit einer Abwehr von anderen Menschen und einer Selbstisolierung einhergeht (vgl. Gudjons & Traub, 2020: 117). Eine erfolgreiche Bewältigung ist die Voraussetzung für Gesundheit und Zufriedenheit (vgl. Conzen, 1996: 151).

3.1.7 Generativität gegen Stagnation (mittlere Lebensjahre)

Das Streben nach Generativität, das heißt dem Interesse am Gründen und Erziehen neuer Generationen und einer hervorbringenden Leistung, steht der Verarmung zwischenmenschlicher Beziehungen, dem Desinteresse der Weitergabe kultureller Traditionen und dem Gefühl der Stagnation gegenüber (vgl. Gudjons & Traub, 2020: 117).

Die Erfüllung der Generativität wird nicht allein durch das Kinder bekommen und Kindererziehung erfüllt. Es handelt sich um die Verantwortung für den Fortbestand der Gesellschaft. Etwa durch Heilberufe, Mitarbeit in Wohlfahrtsverbänden oder Umweltschutzorganisationen und Partnerschaften kann die Krise ebenfalls positiv bewältigt werden (vgl. Conzen, 1996: 153). Generativität bezeichnet die Fortpflanzungsfähigkeit, Produktivität und Kreativität eines Menschen und gilt somit uneingeschränkt für das Hervorbringen neuen Lebens, neuer Produkte und neuer Ideen (vgl. Erikson, 1995: 86).

Bei einem Gefühl der Stagnation flüchten Erwachsene mittleren Alters sich häufig in zwanghaftes Arbeiten oder suchen nach Ersatzbefriedigungen, welche die Unzufriedenheit und das Leeregefühl überdecken. Daraus resultieren unter anderem neurotische Krisen und depressive Verzweiflungszustände. Aus einer übermäßigen Beschäftigung mit der eigenen Person und der Verleugnung des Fortpflanzungswunsches können narzisstische Störungen hervorgehen. Der generative Drang, fürsorglich gegenüber anderen zu sein, entwickelt sich zu einer erhöhten Fürsorge für die eigene Person (vgl. Conzen, 1996: 153f). Das Gefühl der Stagnation betrifft jeden Menschen, überlastet jedoch nur diejenigen, die sich in ihrer persönlichen Generativität inaktiviert fühlen (vgl. Erikson, 1995: 87).

3.1.8 Integrität gegen Verzweiflung und Ekel (hohes Erwachsenenalter)

Das Ziel der letzten Phase, des reifen Erwachsenenalters bis zum Tod, ist das Erreichen der Ich-Integrität (vgl. Gudjons & Traub, 2020: 117). Das Ende des Lebensweges geht mit Weisheit, also einer „erfüllte[n] und gelöste[n] Anteilnahme am Leben im Angesicht des Todes“ (Erikson, 1995: 78), einher. Der Mensch akzeptiert seinen Lebensweg und erreicht eine innere Zufriedenheit. Durch die gesammelten Erfahrungen entsteht ein Sinn für das Leben, welcher die Verzweiflung über die Endlichkeit aufwiegt. Die Bewältigung dieser Krise ist schwierig, da die Organisationsprozesse in Gefahr geraten. Der Organismus ist krankheitsanfälliger, die Funktionen der Sinnesorgane und des Gedächtnisses schwinden sowie soziale Aufgaben entfallen. Daraus entsteht die Grundangst des Alters, das Gefühl der Verzweiflung. Fehlt die positive Bilanz über das eigene Leben, führt es zu Resignation und Hoffnungslosigkeit. Es überwiegt die Trauer und die Befürchtung, Wichtiges versäumt zu haben (vgl. Conzen, 1996: 154f). Die Enttäuschung und Verzweiflung über das Leben führen zu einem Lebensüberdruß und Lebensekel (vgl. Gudjons & Traub, 2020: 117).

3.2 Kritik

Das Entwicklungsmodell von Erikson betrachtet die Entwicklung von Jungen und Mädchen nicht geschlechterdifferenziert. Die Bedeutung des Geschlechts für die Persönlichkeitsentwicklung und der geschlechterbezogener Erziehung hat unter anderem die Erziehungswissenschaftlerin Hannelore Faulstich-Wieland in neueren Forschungen untersucht. Des Weiteren weicht die gegenwärtige Entwicklungspsychologie von einem stufenförmigen Entwicklungsverlauf ab und stellt die Bindungstheorie in den Vordergrund (vgl. Gudjons & Traub, 2020: 114). Dennoch kann Eriksons Theorie als ein heuristisches Modell betrachtet werden, welches uns einerseits ermöglicht, die menschliche Entwicklung oder Fehlentwicklung besser zu

verstehen und andererseits zu vielen empirischen Forschungen anregte (vgl. Gudjons & Traub, 2020: 120).

In den einzelnen Krisen vertieft Erikson die Inhalte teilweise weitreichend, sodass Schlussfolgerungen auf die sich entwickelnden neuen Gesellschaftsformen partiell schwierig sind. Erikson geht beispielsweise nicht darauf ein, wie der Werksinn am Ende des Jugendalters in die Arbeits-Identität übergeht und welche Auswirkung berufliche Tätigkeiten auf das Selbsterleben des Menschen haben (vgl. Conzen, 1996: 142). Weiterhin bleiben Fragen bezüglich der Ausbildung und Berufsfindung offen. Es herrscht Unschlüssigkeit, ob dies die Identitätskrise der fünften Phase verschärfen könnte. Erikson spricht in seinem Modell eine Vielzahl von adoleszenter Verhaltensweisen an, jedoch scheinen sich die Ausführungen eher auf Gymnasiasisten sowie Studenten aus finanziell unterstützenden Elternhäusern zu beziehen, welche dementsprechend aktiver mit der eigenen Rolle in der Jugendphase experimentieren können. Durch die Abhängigkeit der Bewältigung der Adoleszenz von dem soziokulturellen und historischen Milieu ist unsicher, inwiefern die Charakterisierung auf alle Jugendlichen zutrifft. Die Vorstellung, nach der Berufswahl zu heiraten und somit ins Erwachsenenleben einzutreten, scheint in der heutigen Gesellschaft kaum noch gegeben zu sein (vgl. Conzen, 1996: 146f). Im jungen Erwachsenenalter wird eher mangelhaft auf andere Themen der Entwicklungsphase, wie der Eingliederung in die berufliche Umgebung, eingegangen. Erikson beschreibt eine ideale Vision, welche eine romantische, reife und lebenslange Partnerschaft ohne Ehekrise oder Sexualstörungen darstellt. Es scheint ausschließlich eine absolut geglückte oder misslungene Bewältigung zu geben. In der modernen Industriegesellschaft ist es vielen Menschen aufgrund von fehlender Persönlichkeitsreife jedoch nicht möglich, sich auf eine enge Beziehung einzulassen und Kompromisse zu schließen. Bei Enttäuschungen wird hingegen eher nach einer neuen idealen Beziehung gesucht (vgl. Conzen, 1996: 151f). Im mittleren Alter steht die private Familienbeziehung zu sehr im Vordergrund. Es stellt sich außerdem die Frage, ob alles nicht generative Verhalten zwangsweise egoistisch ist und die vollständige Auslebung von Generativität in einer Gesellschaft, in der finanzielle Ressourcen über Chancen entscheiden, Familien zerfallen und die Freizeit eingeschränkt ist, grundsätzlich möglich ist. Im hohen Erwachsenenalter muss kritisch hinterfragt werden, ob die Sinnggebung die alleinige Aufgabe dieses Lebensabschnittes darstellt oder ob die Bewältigung alltäglicher Lebensprobleme, wie der Verlust von nahestehenden Personen, der Einzug in ein Pflegeheim oder die Auseinandersetzung mit dem Tod, ebenfalls entsprechende Aufgaben darstellen. Überdies könnte angenommen werden, dass zeitweise Phasen von Trauer und Resignation auch in früheren Lebensabschnitten auftreten (vgl. Conzen, 1996: 154ff).

Eine schrittweise Bewältigung des Lebenszyklus, bei der der Mensch einzelne Aufgaben bewältigt und in neue Lebensabschnitte hineinwächst, scheint nicht mehr gegeben zu sein. Die

benannten Krisen verschieben sich in der heutigen Gesellschaft eher in verschiedene Phasen, werden vorgezogen oder verlaufen über einen längeren Zeitraum. Statt zur angegebenen Phase werden Entwicklungsaufgaben häufig nur teilweise gelöst und später erneut aufgegriffen (vgl. Conzen, 1996: 160).

4. Erkenntnisse über die Auswirkungen psychisch erkrankter Eltern auf die Entwicklung

4.1 Elternrate und Anzahl der betroffenen Kinder (Zahlen und Fakten)

Psychische Störungen betreffen einen großen Teil der Gesamtbevölkerung (vgl. Mattejat, 2014: 69). In Deutschland leiden rund 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung unter einer psychischen Erkrankung. Dies entspricht circa 17,8 Millionen Menschen (vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 2022). Andere Studien geben an, dass etwa 15 % der Bevölkerung an einer psychischen Störung erkrankt sind (vgl. Geiger & et al., 2021: 624). Amerikanische Studien zeigen, dass über die Hälfte der psychisch erkrankten Frauen Kinder haben. Dabei besteht kein Unterschied in der durchschnittlichen Kinderzahl zwischen psychisch kranken und psychisch gesunden Menschen (vgl. Lenz, 2012: 10f). Mehrere europäische Studien belegen, dass im stationären Versorgungsbereich 20–30 % der schwer psychisch erkrankten Menschen Eltern von minderjährigen Kindern sind. Albert Lenz, Professor für klinische Psychologie und Sozialpsychologie, führte eine Studie mit über 800 Personen auf allgemein psychiatrischen und psychotherapeutischen Stationen durch. Diese ergab, dass 34% der befragten Frauen und 18% der befragten Männer Eltern von Kinder unter 18 Jahren sind. Besagte Männer und Frauen machten, betrachtet in der Gesamtheit aller Studienteilnehmer, 27% aus. Dabei sind alle großen Diagnosegruppen vertreten. Im Hinblick auf das Elternsein gibt es keine Unterschiede zwischen Menschen, die Psychosen entwickelten, depressiv Erkrankten, Personen mit Angststörungen oder Borderline Patienten. Elternsein ist jedoch nicht gleichzusetzen mit dem Zusammenleben in einem Haushalt. Dies ist abhängig von der Art der Erkrankung. Ungefähr 72 % der Menschen mit den Diagnosen Depression, Angststörung und Persönlichkeitsstörung leben mit ihren Kindern zusammen. Hingegen wohnen nur 41 % der Menschen mit den Diagnosen Schizophrenie oder schizoaffektive Störungen gemeinsam mit ihren Kindern. Hierbei gibt es außerdem geschlechterspezifische Unterschiede. Es leben mehr psychisch erkrankte Mütter mit ihren Kindern zusammen als psychisch erkrankte Väter. Ein großer Teil der Mütter ist darüber hinaus alleinerziehend. Zahlen betroffener Kinder liegen nicht verlässlich vor. Aus der Schätzung von Fritz Mattejat aus dem Jahr 2011 geht hervor, dass im Verlauf eines Jahres circa 3 Millionen Kinder in Deutschland einen

Elternteil mit einer psychischen Störung erleben (vgl. Lenz, 2012: 10f). Laut den Daten der Gesundheitsversorgung und einer Schweizer Studie leben 250.000 Kinder mit einem Elternteil zusammen, welches wegen einer psychischen Störung in psychiatrisch-psychosozialer Behandlung, Beratung oder Betreuung ist. Ungefähr 175.000 Kinder haben im Verlauf eines Jahres ein Elternteil in stationär psychiatrischer Behandlung erfahren (vgl. Mattejat, 2014: 75). Die Schätzung ist auf Grundlage der Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys über die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der deutschen Erwachsenenbevölkerung im Verlauf eines Jahres, Ergebnissen aus Studien zur Elternrate und Angaben des Statistischen Bundesamtes entstanden (vgl. Lenz, 2012: 11). Aus den Ergebnissen einer bundesweiten Befragung von Psychiatern zur Versorgungssituation von Kindern psychisch erkrankter Eltern geht hervor, dass mehr als ein Drittel der erkrankten Eltern in ihrem Elternverhalten beeinträchtigt und 50 % der betroffenen Kinder in ihrer psychischen Gesundheit gefährdet sind (vgl. Herpertz & Grabe, 2019: 233). Dass Kinder psychisch kranker Eltern mengenmäßig nicht als Randgruppe zählen und vielfältig von Erkrankung mit betroffen sind, belegen die aus den Studien und Schätzungen ermittelten Zahlen (vgl. Lenz, 2012: 11).

Die Thematik findet zunehmende Beachtung in Forschungsaktivitäten, wie Fachtagungen und Workshops, und vielfältigen spezifischen präventiven und therapeutischen Angeboten. Ebenso wird sie von einem Perspektivwechsel begleitet. Kinder werden als Angehörige psychisch erkrankter Eltern wahrgenommen und der Fokus wird vom einzelnen Kind auf das gesamte Familiensystem ausgeweitet. Somit treten familienorientierte Hilfen in den Vordergrund (vgl. Lenz, 2012: 12).

4.2 Risiko und Belastungsfaktoren für Kinder

4.2.1 Risiko einer Erkrankung

Kinder psychisch kranker Eltern(-teile) sind häufig besonderen Belastungen und Beeinträchtigungen ausgesetzt. Damit haben sie im Gegensatz zu Kindern aus Familien mit psychisch gesunden Eltern ein höheres Risiko selbst eine psychische Störung zu entwickeln und gelten als besondere psychiatrische Risikogruppe (vgl. Lenz, 2012: 12f).

Die Gefahr, an einer psychischen Krankheit zu erkranken, ist bei Kindern psychisch kranker Eltern um ein Vielfaches höher als bei Kindern von psychisch gesunden Eltern. Aus einer Studie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf geht hervor, dass diese Kinder im Gegensatz zur Normalbevölkerung ein drei bis siebenfach erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten haben. Andere Studien geben eine zwei bis fünffach höhere Wahrscheinlichkeit an (vgl. Geiger

& et al., 2021: 624). Das generelle Risiko etwa an einer Schizophrenie zu erkranken liegt bei 1 %. Bei einem erkrankten Elternteil erhöht es sich auf mehr als das Zehnfache. Bei zwei erkrankten Elternteilen liegt das Risiko ebenfalls an Schizophrenie zu erkranken bereits bei rund 40 %. Auch bei anderen Störungen ist das Erkrankungsrisiko deutlich erhöht. Liegt das Erkrankungsrisiko einer Depression normalerweise bei 12 %, erhöht es sich mit einem erkrankten Elternteil auf etwa 26 % und infolge zwei erkrankter Elternteile auf 30 %. Weiterhin werden erhöhte Raten kindlicher Auffälligkeiten bei Persönlichkeitsstörungen und Angststörungen der Eltern wahrgenommen. Kinder von Elternteilen mit einer Persönlichkeitsstörung oder Suchtstörung weisen ungünstigere Entwicklungsmerkmale auf als Kinder von Eltern mit schizophrenen & affektiven Erkrankungen (vgl. Lenz, 2012: 13).

Jedoch ist nicht nur das spezifische psychiatrische Erkrankungsrisiko, das heißt das Risiko an derselben Krankheit wie die Eltern zu erkranken, höher, sondern insbesondere das allgemeine psychiatrische Erkrankungsrisiko für andere psychische Störungen und Auffälligkeiten (vgl. Mattejat, 2014: 77). Über 60 % der Kinder von Eltern mit einer schweren Depression entwickelten psychische Störung, beispielsweise Phobien, Panikstörungen, Suchterkrankungen, Einschränkungen in den interpersonellen Bindungsfähigkeiten oder speziellen Auffälligkeiten wie die Neigung zu Schuldgefühlen. Die Bella Studie aus dem Jahr 2007 erhob den Vergleich zwischen dem Erkrankungsrisiko für Kinder psychisch kranker Eltern und dem generellen Anteil psychischer Störungen im Kindes und Jugendalter. Aus den Ergebnissen resultiert, dass die Wahrscheinlichkeit für die Ausbildung einer psychischen Störung im Gegensatz zur Allgemeinheit um das Vierfache erhöht ist. Längsschnittstudien beweisen, dass nicht nur vorübergehende, entwicklungsbezogene Phänomene, sondern auch anhaltende Störungen entstehen. Eine englische Studie hat in einem Beobachtungszeitraum von vier Jahren eruiert, dass ein Drittel der untersuchten Kinder keine Beeinträchtigungen der Entwicklung, ein Drittel vorübergehende psychische Störungen und ein Drittel dauerhafte kinderpsychiatrische Störungen aufwiesen (vgl. Lenz, 2012: 13f).

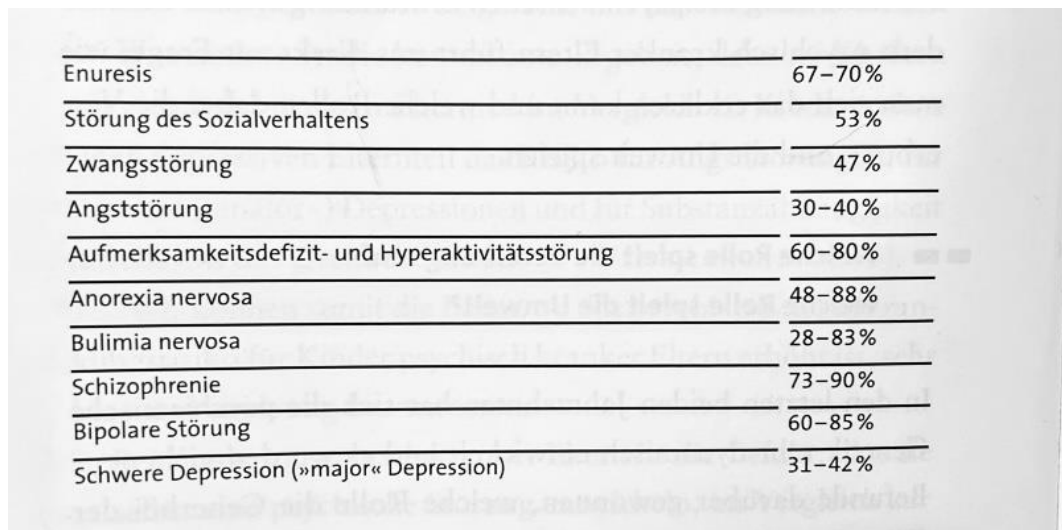
Schlussfolgernd lässt sich feststellen, dass Kinder psychisch kranker Eltern sowohl ein erhöhtes Risiko für dieselbe Krankheit der Eltern, als auch für andere psychische Störungen und Auffälligkeiten aufweisen. Das allgemeine Risiko Auffälligkeiten und Störungen zu entwickeln ist dennoch deutlich höher, als das spezifische Erkrankungsrisiko (vgl. Mattejat, 2014: 79).

Die Ergebnisse der Risikoforschung verdeutlichen, dass es nötig ist, Kinder als Angehörige psychisch erkrankter Eltern wahrzunehmen, sie bei der Bewältigung ihrer Belastungen zu begleiten und insbesondere präventive Unterstützung anzubieten. Durch die Hilfestellung sollen die Kinder entlastet und die Ressourcen sowie Selbstorganisationspotenziale gefördert werden, damit sie ihre eigenen Stärken entdecken und aktivieren können (vgl. Lenz, 2012: 14f).

4.2.2 Belastungsfaktoren

Um das erhöhte Erkrankungsrisiko zu erklären, werden in der Belastungsforschung Einflussfaktoren untersucht und daraufhin Wirkmechanismen abgeleitet (vgl. Lenz, 2012: 15). Ein Überblick über die subjektive Perspektive ermöglicht es, die Auswirkungen der im Folgenden beschriebenen Belastungen zu erfassen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 21).

Genetische Faktoren haben einen Einfluss auf das Erkrankungsrisiko eines Menschen. Das Risiko hängt jedoch ebenfalls wesentlich vom Vorhandensein ungünstiger Umweltbedingungen und familiären Belastungen ab. Genetische und psychosoziale Faktoren wirken entsprechend immer zusammen. Die Auswertung verschiedener Studien ergab, dass die genetische Ausstattung einer Person mitbestimmt, wie sich belastende Lebensereignisse auf den jeweiligen Menschen auswirken (vgl. Lenz, 2012: 15).



Enuresis	67–70%
Störung des Sozialverhaltens	53%
Zwangsstörung	47%
Angststörung	30–40%
Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung	60–80%
Anorexia nervosa	48–88%
Bulimia nervosa	28–83%
Schizophrenie	73–90%
Bipolare Störung	60–85%
Schwere Depression (»major« Depression)	31–42%

Abbildung 2: Heritabilität psychischer Störungen (Mattejat, 2014: 80)

Abbildung 2 verdeutlicht die Heritabilität². Diese gibt an, zu wie viel Prozent eine psychische Erkrankung durch die Gene verursacht wird. Schwankungen entstehen hierbei durch die Ambivalenz unterschiedlicher Studien. Die Tabelle zeigt deutlich, dass der Einfluss der Gene bei Schizophrenen Erkrankungen mit 73-90 % sehr hoch ist. Vergleichsweise gering ist die Heritabilität bei schweren Depressionen (31-42 %), Angststörungen (30-40 %) und Zwangsstörungen (47 %). Bei den meisten psychischen Störungen liegt der Einfluss genetischer Faktoren jedoch über 50 % und ist dementsprechend nicht unerheblich (vgl. Mattejat, 2014: 80). Wissenschaftliche Untersuchungen verdeutlichen den Zusammenhang zwischen Vererblichkeit und Belastungsfaktoren. Es wird meistens nicht die Erkrankung vererbt, sondern

² =Vererblichkeit (vgl. Mattejat, 2014: 80)

eine hohe beziehungsweise geringe Vulnerabilität³ für entsprechende Umweltbedingungen. Menschen mit einer höheren Vulnerabilität reagieren empfindlicher auf Stressfaktoren. Die Ausbildung einer psychischen Störung hängt davon ab, ob der Mensch mit verletzenden Umweltfaktoren in Berührung kommt und wie resilient er damit umgehen kann (vgl. Mattejat, 2014: 81ff).

Das kindliche Störungsrisiko ist zudem von der Art und dem Schweregrad der elterlichen Erkrankung abhängig. Es ist größer, je länger die elterliche Störung andauert und desto stärker diese ausgeprägt ist. Schwere, in bestimmten Intervallen wiederkehrende Krankheitsphasen (vgl. Lenz, 2012: 16) sowie die durch den Krankheitsverlauf resultierenden Persönlichkeitsveränderungen stellen eine große Belastung für die gesamte Familie dar. Suizidales Verhalten des Erkrankten, beispielsweise als Folge einer Depression, entspricht einer außerordentlichen Belastung für das Kind (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 23).

Das Erziehungsverhalten und die Erziehungskompetenz unterscheiden sich von psychisch gesunden Elternteilen. Depressive Mütter zum Beispiel fühlen sich häufig wenig kompetent und sind in ihrer Erziehungshaltung eher inkonsequent. Sie reagieren teilweise überängstlich und schwanken demzufolge zwischen gewährend und kontrollierend. Außerdem äußern sie selten positive Kommentare, welche das kindliche Selbstwertgefühl stärken (vgl. Lenz, 2012: 16).

Schon in den 1950er-Jahren stellte man fest, dass das innerfamiliäre Klima während der Kindheit eine besondere Bedeutung für den seelischen Entwicklungsverlauf von psychisch Kranken hat. Fühlt sich ein Mensch in der Kindheit geborgen und wächst in einem stabilen Elternhaus auf, ist er später selbstsicherer, ausgeglichener und zeigt konstantere Leistungen. Kinder, welche vernachlässigt und nicht geliebt werden, sind später hingegen anfälliger für Erkrankungen. Die Erkenntnisse wurden von Erziehern und Pädagogen bestätigt. Die Qualität der elterlichen Sorge wirkt sich demzufolge auf die Lebenstüchtigkeit und das spätere psychische Erkranken beziehungsweise Nichterkranken aus. Problematische Familienverhältnisse haben ungünstige Auswirkungen auf den späteren Lebensweg, insbesondere bei Personen mit einer erhöhten Verletzlichkeit für seelische Erkrankungen. Dennoch ist elterliches (Fehl-) Verhalten allein nicht die Ursache für eine spätere Indisposition (vgl. Bäuml, 2002: 110f).

Bei psychisch erkrankte Eltern kann häufig weniger Interesse, emotionale Beteiligung und Einfühlungsvermögen festgestellt werden. Sie neigen zu einer vermehrten Äußerung negativer Gefühle und Feindseligkeiten gegenüber dem Kind. Einschränkungen der elterlichen Sensitivität in der Eltern-Säuglings-Interaktion führen zu einer Unter- oder Überstimulation des

³ =Verletzlichkeit (vgl. Mattejat, 2014: 82)

Kindes. Eltern mit einer Depression oder Schizophrenie reagieren vorübergehend oder dauerhaft entweder nur verzögert oder gar nicht auf die Bedürfnisse des Kindes. Ihr Verhalten ist eher passiv. Anderenfalls kann das Verhalten auch überfürsorglich und bevormundend sein. Eltern mit einer Borderline-Störung, manisch, agitiert depressive sowie schizophrene Erkrankte zeigen vermehrt ein überstimulierendes Interaktionsverhalten, welches auf ihre eigenen Bedürfnisse ausgerichtet ist. Sie reagieren nicht auf kindliche Signale, sind abweisend und feindselig. Das teilweise stark ambivalente Interaktionsverhalten wird für das Kind zu einem unberechenbaren Verhalten der Eltern (vgl. Lenz, 2012: 17) und kann durch fehlende Erklärungen nicht gedeutet werden. Dadurch entstehen Angst und Verwirrung beim Kind (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2016: 97). Fehlende elterliche Sensitivität, vernachlässigendes sowie intrusives und feindseliges Verhalten tritt bei Eltern mit einer psychischen Störung im Gegensatz zu einer Vergleichsgruppe mit gesunden Eltern häufiger auf. Eine derartig gestörte Eltern-Kind-Interaktion gefährdet die Gesundheit eines Kindes (vgl. Herpertz & Grabe, 2019: 233).

Psychische Erkrankungen und eheliche Disharmonien beeinflussen sich häufig gegenseitig. Bei Paaren mit mindestens einem erkrankten Partner entstehen vermehrte und lang anhaltende eheliche Schwierigkeiten. Diese äußern sich beispielsweise in einer negativen Wahrnehmung gegenüber dem Partner, negativere Interaktionen untereinander und einer höheren Scheidungsrate im Vergleich zu psychisch gesunden Ehepaaren. Chronische Eheprobleme, also eine mangelhafte Elternbeziehung, sind ein Belastungsfaktor und erhöhen das Risiko für eine psychische Erkrankung bei den betroffenen Kindern (vgl. Lenz, 2012: 19).

In der Öffentlichkeit wird oftmals nicht über eine psychische Krankheit gesprochen. Es besteht ein sogenanntes Rede- und Kommunikationsverbot. Dieses Schweigeverbot setzen Kinder entweder intuitiv oder nach einer direkten Aufforderung um. Auch innerhalb der Familie ist das Thema häufig tabuisiert oder wird nur vorsichtig umschrieben (vgl. Lenz, 2012: 19). Die Gedanken, niemand dürfe davon erfahren, gehen mit einem Loyalitätskonflikt einher, ein innerfamiliäres Geheimnis preiszugeben (vgl. Heim, 2002: 176). Für die mangelnde Kommunikation gibt es verschiedene Gründe. Es geht beispielsweise aus dem Gedanken hervor, die Kinder schützen zu wollen. Weitere Gründe können eine fehlende Krankheitseinsicht und die Angst sein, stigmatisiert oder als Eltern infrage gestellt zu werden. Die nicht thematisierten irritierenden Veränderung behindern jedoch einen offenen Austausch und eine mögliche Ressourcenmobilisierung (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 25f).

Meistens fehlen Kindern in so einer schwierig zu bewältigenden Situation zuverlässige, vertrauensvolle soziale Beziehungen, welche eine ausgleichende, normalisierende Funktion für das Kind übernehmen. Sie wissen nicht, mit wem sie über die eigenen Probleme sowie die

Familiensituation sprechen können (vgl. Lenz, 2012: 19). Es stellt sich die Frage, wo Kinder Hilfe suchen und sich aussprechen können, wenn die Bezugspersonen nicht zugänglich sind. Wie sie sich ausdrücken können, wenn das Verhalten der Eltern für sie unerklärlich scheint. Und wenn aus eigener oder familiärer Angst vor Stigmatisierung die Krankheit versteckt wird (vgl. Heim, 2002: 177). Stigmatisierung meint die Abwertung und Diskriminierung von Menschen aufgrund ihrer psychischen Störung (vgl. Mattejat, 2014: 71). Das schlimmste, laut befragter Kinder psychisch erkrankter Eltern(-teile), ist, niemanden zum Sprechen zu haben, keine Erklärungen zu bekommen sowie die gescheiterten Versuche sich Hilfe bei Hausarzt, den Lehrern oder Seelsorger zu suchen. Grund für das Scheitern ist, dass die zurückhaltende und eventuell andeutungsweise angesprochene Verzweiflung nicht ernst genug genommen wird. Die einzige Möglichkeit aufzufallen ist das Schaffen von Problemen, um selbst therapiebedürftig zu sein und somit Hilfe zu erhalten (vgl. Heim, 2002: 177). Empfundene Scham- und Schuldgefühle, zum einen Scham für das Verhalten des Erkrankten, zum anderen Schuldgefühle zur Erkrankung beigetragen oder sie verursacht zu haben und schlecht über den erkrankten Elternteil zu reden (vgl. Heim 2002: 176), sowie das familiäre Schweigegebot verhindern es, sich jemandem anzuvertrauen. Jedes Gespräch wird vom Kind als ein Verrat an das erkrankte Elternteil wahrgenommen (vgl. Lenz, 2012: 20). Soziale Beziehungen außerhalb der Familie können durch die starke Eingebundenheit in den familiären Alltag und der Isolation aufgrund von Ablehnung im sozialen Umfeld oder dem geringen Freiraum nur bedingt aufrechterhalten werden (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 27).

Auch psychosoziale Belastungen beeinträchtigen betroffene Familien schwer. Belastungsfaktoren sind hierbei sozioökonomische und soziokulturelle Aspekte, wie Armut, unzureichende Wohnverhältnisse und kulturelle Diskriminierung, ein niedriger Ausbildungsstand oder Berufsstatus der Eltern und Erwerbslosigkeit. Weitere Beeinträchtigungen sind der Verlust wichtiger Bezugspersonen sowie die zwei bis fünffach erhöhte Wahrscheinlichkeit für Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch (vgl. Lenz, 2012: 20).

Mangelnde Alltagsstrukturen und ein häufig auftretendes Betreuungsdefizit können zudem zu Veränderungen der Rollenverteilung in der Familie führen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 27f). In der Familienbeziehung geraten die Generationsgrenzen durcheinander. Diese Grenzen sind jedoch wichtig. Sie ergeben sich aus der Anerkennung und Einhaltung der Unterschiede zwischen kindlichen und elterlichen Rollen. Bei der Mehrzahl von Familien mit psychisch kranke Eltern kommt es zu einer Parentifizierung (vgl. Lenz, 2012: 18).

Parentifizierung bezeichnet eine Rollenumkehr, in der das Kind die Eltern oder Partnerfunktion übernimmt. Sowohl der gesunde als auch der kranke Elternteil signalisiert dem Kind gegenüber oftmals seine Bedürftigkeit und trägt ihm somit die Verantwortung für das Wohlbefinden

auf. Die Kinder fungieren als Vertraute und Ratgeber ihrer Eltern. Zugleich geben sie ihnen Unterstützung und Trost (vgl. Lenz, 2012: 18). Das Kind übernimmt in der Rolle des Erwachsenen alters- und entwicklungsunangemessene pflegende und versorgende, sowie emotionale Aufgaben (vgl. Desch, 2014: 19). Kinder können der Situation nicht gerecht werden. Durch das Opfern der persönlichen Bedürfnisse entsteht eine Entwicklungsgefährdung (vgl. Lenz, 2012: 18). Es wird zwischen einer emotionalen Parentifizierung und einer instrumentellen Parentifizierung unterschieden. Bei der emotionalen Parentifizierung werden alters- und entwicklungsinadäquate persönliche Anliegen an das Kind gestellt (vgl. Lenz, 2012: 18). Die Eltern-Kind-Beziehung ist davon gekennzeichnet, dass das Kind emotional verfügbarer für die Eltern ist, als die Eltern für das Kind (vgl. Desch, 2014: 20). Im Sinne eines Partnerersatzes wird unangemessene Liebe und Zuneigung gefordert. Auch Säuglinge, Kleinkinder und Kinder im Vorschulalter können von einer mentalen Parentifizierung betroffen sein. Babys versuchen zum Beispiel, die Eltern durch fröhliche Äußerungen aufzuheitern. Kleinkinder agieren emphatisch und trösten die Mutter oder den Vater. Vorschulkinder entwickeln die Fähigkeit, sich zu verstellen und unbelastet zu wirken, damit die Eltern beruhigt sind (vgl. Deneke, 2015). Eine instrumentelle Parentifizierung entspricht der Abgabe von Aufgaben im Haushalt oder anderen funktionalen Bereichen der Familie (vgl. Lenz, 2012: 18), wie dem Zahlungsverkehr und dem Kontakt mit Behörden oder der Hausverwaltung (vgl. Desch, 2014: 20). Die emotionale Parentifizierung ist schädlicher als die instrumentelle Parentifizierung, da sie weniger greifbar und beschreibbar ist. Dadurch kann sie häufiger übersehen werden. Die emotionale Parentifizierung ist auch inhaltlich belastender und stellt somit eine größere Bedrohung für das Kindeswohl dar (vgl. Lenz, 2012: 18). Bei einer destruktiven Parentifizierung, das heißt einer zeitlich unbegrenzten chronischen Inanspruchnahme des Kindes durch instrumentelle und chronische Aufgaben sowie durch den Rollentausch zwischen Eltern und Kind, hat das Kind oder der Jugendliche wenig freie Zeit für Peerkontakte, Freizeitaktivitäten und Schulaufgaben. Das Kind verzichtet gewollt oder ungewollt auf Kontakte außerhalb der Familie, da der erkrankte Elternteil diese als Bedrohung wahrnehmen könnte. Außerdem wirken die Kinder infolge einer destruktiven Parentifizierung pseudoreif oder depressiv und finden deswegen schlechter Anschluss bei Gleichaltrigen. Somit ist eine Isolation des Kindes möglich. Die hohen Belastungen führen zu Müdigkeit, Konzentrations- und Schlafmangel, woraus schlechte Schulleistungen, Fehlzeiten und Schulabbrüche resultieren können. Durch die mangelnde Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse und die fehlende Exploration der Umwelt kann keine vernünftige Individuation und kein eigenständiges Selbst entwickelt werden. Das Gefühl, insbesondere den emotionalen Bedürfnissen der Eltern nicht gerecht zu werden, führt zu Schuldgefühlen. Im Erwachsenenalter haben diese Kinder häufig ein negatives Selbstwertgefühl mit Zweifeln und Unzulänglichkeitsgefühlen (vgl. Desch, 2014: 21). Bei einer adaptiven Parentifizierung, das heißt einer Parentifizierung ohne Einschränkung der Entwicklungsmöglichkeiten, bei der die

kindlichen Bedürfnisse wahrgenommen, das Kind bei der Bewältigung seiner Aufgaben unterstützt und anerkannt wird, kann das Kind hingegen ein gestärktes Selbstbewusstsein sowie eine erhöhte Empathiefähigkeit ausbilden (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 29f).

Sharon Wegscheider und Claudia Black, zwei US-amerikanische Therapeutinnen, formulieren 1988 unbeeinflusst voneinander vier Rollen, welche von Kindern mit alkoholkranken Eltern eingenommen werden. Die Rollentheorie wurde im Laufe der Zeit allgemein für psychische Krankheiten übernommen (vgl. Roedenbeck, 2016: 27). Das Einnehmen einer Rolle innerhalb des Familiensystems stellt eine Methode zur Bewältigung schwieriger Lebensumstände dar. Die Rollenübernahme der Kinder führt zu einer Stabilisierung des gesamten Familiensystems und steht im Verhältnis mit desorganisierten Familienverhältnissen (vgl. Schumann, 2013:15). Jedes Kind, sowohl aus Familien mit gesunden, als auch mit kranken Elternteilen, nimmt eine oder eine Kombination aus den vier Rollen ein. Aus der Arbeit mit alkoholabhängigen Eltern und deren Kindern entwickelten sich die Rollenbilder des Helden, des schwarzen Schafs, des stillen Kindes und des Clowns. In einem angemessenen Ausmaß ist die Übernahme einer der Rollen nicht schädlich. Ohne die ausreichende Erfüllung der Grundbedürfnisse des Kindes und mindestens einer verlässlichen Bezugsperson sind jedoch negative Auswirkungen bezüglich der emotionalen Entwicklung zu erwarten. Die Rollenverteilung ist abhängig von der Geschwisterreihenfolge, dem Geschlecht und dem Charakter des Kindes. Einzelkinder oder ältere Geschwister, hauptsächlich Mädchen und extrovertierte Kinder nehmen vermehrt die Rolle des Helden ein. Infolge einer intensiven Rollenübernahme fühlen diese Kinder sich verantwortlich für die gesamte Familie. Sie tragen Sorge für den erkrankten, aber auch für den überforderten, gesunden Elternteil und die jüngeren Geschwister. Des Weiteren kümmern sie sich um den Haushalt. Sich abzugrenzen und ihre eigenen Bedürfnisse zu achten, fällt ihnen schwer. Sie sind völlig überfordert mit dem Versuch, die Familie zu stabilisieren. Folgen sind ein geringes Selbstwertgefühl, ein hohes Kontrollbedürfnis, Ängste und stressbedingte Krankheiten, wie psychosomatische Beschwerden. Die Belastung wird häufig unterschätzt, da die Kinder überdurchschnittlich gute Schulleistungen zeigen und sich sehr erwachsen verhalten. Eine Übernahme gelegentlicher Aufgaben im Familienalltag stellt keine intensive Rolleneinnahme dar und hat durch die erlebte Selbstwirksamkeit positive Auswirkungen auf die Entwicklung (vgl. Roedenbeck, 2016: 28f). Die Rolle des stillen Kindes übernehmen häufig introvertierte Kinder. Das Rollenbild zeichnet sich durch Zurückziehen der Kinder aus. Probleme werden nicht angesprochen, sondern mit sich selbst geklärt. Die entsprechenden Kinder versuchen nicht aufzufallen und keinen zu belasten. Durch das angepasste und unauffällige Verhalten wird die Belastung der Kinder von Unbeteiligten ebenfalls unterschätzt. Kinder, welche die Rolle des Clowns einnehmen, versuchen durch humorvolles und niedliches Benehmen Aufmerksamkeit zu erlangen. Sie sind meistens die jüngsten Geschwister und halten die Familie zusammen. In kranken Familiensystemen kümmert sich jeder um sie, doch niemand

spricht mit ihnen über die bestehende Situation. Dies geht aus dem Gedanken hervor, die Kinder würden das Problem nicht mitbekommen. Somit kann das Gefühl, dass etwas nicht stimmt, nicht eingeordnet werden. Bei einer intensiven Rolleneinnahme wirken die Kinder unreif, unruhig sowie unkonzentriert (vgl. Roedenbeck, 2016: 39ff). Das sogenannte schwarze Schaf der Familie macht mittels rebellierendem und delinquenten Verhalten auf sich aufmerksam. Das Kind schlägt sich mit anderen Kindern, schwänzt den Unterricht oder trinkt Alkohol. Dadurch, dass es auffälligeres Verhalten als der Erkrankte zeigt, wird ihm die Schuld für die familiären Probleme gegeben. Im Gegensatz zu den anderen Rollen macht das schwarze Schaf darauf aufmerksam, dass es Hilfe benötigt. Hierdurch ist es möglich, die gesamte Familie zu unterstützen. In gesundem Familiensystem sind diese Kinder mutig. Sie sprechen Probleme an und können sich abgrenzen. Sie sind nicht abhängig von der Überzeugung Anderer. Des Weiteren schaffen sie es ihre Wut, wohinter oft Trauer steckt, auszudrücken. Dahinter verbirgt sich häufig der Wunsch nach dem Erfahren von liebevollen Grenzen und einer Person, an der sie sich orientieren können (vgl. Roedenbeck, 2016: 30). Ein Rollenwechsel kann veranlasst durch äußerer Veränderungen, gegenwärtiger Familiensituation oder Entwicklungsphase stattfinden (vgl. Schumann, 2013:15). Bei einer zu intensiven Einnahme einer Rolle brauchen Kinder eine feste Bezugsperson, um die Rolle beziehungsweise Rollenkombination angemessen einnehmen zu können. Ansonsten besteht die Gefahr, im Erwachsenenalter einen Partner zu suchen, mit dem sie ihre Kindheit erneut durchleben. Mit Hilfe von Therapeuten oder hilfreiche Erwachsene ist eine angemessene Rollenverteilung möglich, wodurch Kinder ihre Potenziale gut entfalten können (vgl. Roedenbeck, 2016: 31).

Eine Klinikeinweisung des Elternteils mit einer psychischen Störung kann entweder entlastend oder belastend für Kinder wirken. Einerseits ist es somit möglich, die Verantwortung abzugeben und Anspannungen zu verringern. Andererseits kann ein Klinikaufenthalt als traumatisches Ereignis wahrgenommen werden. Die Kinder fühlen sich alleingelassen und der empfundenen Autonomie- und Autoritätsverlust bezüglich des Elternteils beeinträchtigt die Beziehung zu diesem und das Elternbild. In diesem Fall reagieren die Kinder mit emotionalem Rückzug, wirken teilnahmslos und gleichgültig (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 24).

Allein das Zusammenleben mit einem psychisch erkrankten Elternteil stellt einen psychosozialen Risikofaktor dar, weil die elterliche Erkrankung belastende Auswirkungen auf die seelische Gesundheit des Kindes, etwa durch das genannte veränderte Erziehungsverhalten oder durch eine Trennung der Eltern, haben kann. Die psychosozialen Belastungen stehen weiterhin in Wechselwirkung zueinander. Durch das Vorhandensein eines belastenden Faktors erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für weitere Faktoren. Diese bedingen und verschlimmern sich gegenseitig. Psychische Probleme können zum Beispiel Ehekongflikte auslösen. Diese verstärken wiederum die psychische Problematik. Bei zusätzlichen

Belastungen unabhängig der elterlichen Erkrankung, etwa sozialer Benachteiligung von Kindern psychisch Kranker, steigt die Belastung des Kindes beachtlich (vgl. Mattejat, 2014: 85). Nicht die einzelnen Belastungsfaktoren, sondern das Zusammenwirken mehrerer Faktoren als Belastungsbündel stören die kindliche Entwicklung und steigern das Risiko einer psychischen Beeinträchtigung (vgl. Lenz, 2012: 20f). Die genannten Belastungsfaktoren treten vermehrt in Familien mit psychisch belasteten Elternteilen auf, somit sind die Kinder im Gegensatz zu Kindern mit psychisch gesunden Eltern doppelt belastet. Einerseits reagieren sie begründet durch ihre genetischen Faktoren empfindlicher auf Belastungssituationen, andererseits erleben sie in ihrer Kindheit vermehrt ungünstige Bedingungen mit diversen belastenden Umwelteinflüssen (vgl. Mattejat, 2014: 85). Aus den genannten Gründen müssen zur Einschätzung der Belastungssituation immer die gesamten Lebensumstände des Kindes und der Familie betrachtet werden (vgl. Lenz, 2012: 20f), damit ein präventives und therapeutisches Arbeiten mit den betroffenen Kindern und Eltern möglich ist (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 32)

4.3 Problemlage der betroffenen Kinder

4.3.1 Gefahr einer Kindeswohlgefährdung

Kinder haben neben den physischen Grundbedürfnissen, wie Nahrungsaufnahme, Hygiene, Schlaf und dem Bedürfnis nach Wärme, ebenfalls eine Vielzahl an psychischen Grundbedürfnissen. Darunter zählen das Bedürfnis nach Bindung, Orientierung, Selbstwertstabilisierung und Lustgewinn/Unlustvermeidung. Die Befriedigung der physischen und psychischen Grundbedürfnisse ist entscheidend für eine gesunde Entwicklung des Kindes. Durch die Verletzung und Nichterfüllung der Bedürfnisse entsteht eine Kindeswohlgefährdung (vgl. Borg-Laufs, 2012: 124). Kindeswohlgefährdung ist ein unbestimmter Rechtsbegriff aus dem Kindschaftsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches. Es ist ein rechtliches und normatives Konstrukt zur Legitimation staatlicher Eingriffe und dient als sachlicher Maßstab für richterliche Maßnahmen, wenn das elterliche Verhalten im Widerspruch zu den körperlichen, geistigen, seelischen und erzieherischen Bedürfnissen des Kindes mit einem Risiko zur Beeinträchtigung und Störung der Entwicklung steht (vgl. Lenz, 2005 und 2014: 45). Kindeswohlgefährdendes Verhalten beinhaltet alle Handlungen, welche die psychische und physische Gesundheit sowie die soziale und emotionale Entwicklung eines Kindes gefährden. Körperliche und emotionale Misshandlungen, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch sind spezifische Gefährdungsursachen. Eine Sonderform ist das Münchhausen-by-proxy-Syndrom⁴ (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017:

⁴ =vortäuschen falscher Anzeichen oder erzeugen körperlicher Symptome einer Krankheit: etwa bei einem Kind durch manipulative Eingriffe zum Beispiel durch einen Elternteil (vgl. Merten, 2021)

18). Die Folgen von Kindeswohlgefährdendem Verhalten werden in Kurzzeit- und Langzeitfolgen differenziert. Kurzzeitfolgen beschreiben die Auswirkungen, welche unmittelbar oder innerhalb der ersten beiden Jahre nach dem Beginn der Kindeswohlgefährdung auftreten (vgl. Moggi, 2009: 869). Sie lassen sich in internalisierende Reaktionsformen⁵, etwa Depression, Angst, Rückzug, schulischer Misserfolg oder psychosomatische Störungen, und externalisierende Reaktionsformen⁶, wie offene Aggression gegen andere Personen oder Eigentum (vgl. Moggi, 2009: 871), Störungen des Sozialverhaltens, übermäßiges Zutrauen zu fremden Personen oder von Zuhause weglaufen, einteilen (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017: 18). Langzeitfolgen sind anhaltend und erscheinen häufig erst nach einer Verzögerung in der Pubertät oder im Erwachsenenalter (vgl. Moggi, 2009: 869). Darunter zählen emotionale Störungen (wie Depression, Suizidalität, Substanzmissbrauch, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und ein niedriges Selbstwertgefühl), sexuelle Störungen (zum Beispiel sexuelle Funktionsstörungen und sexuelle Orientierungsstörungen) sowie interpersonale Störungen. Eine solche Störung ist die Reviktimisierung. Dies bedeutet, dass betroffene Menschen in ihrem späteren Leben erneut zu Missbrauchsopfern werden. Außerdem sind verschiedene Arten von Traumafolgestörungen und Persönlichkeitsstörungen möglich. Häufig haben Menschen mit Missbrauchs oder Misshandlungserfahrungen Probleme in sozialen Beziehungen, wie chronischer Unzufriedenheit in intimen Beziehungen, Misstrauen und Feindseligkeiten, sowie Anpassungsschwierigkeiten, beispielsweise dissoziales Verhalten. In verschiedenen internationalen Studien konnte ein erhöhtes Risiko für Misshandlungen, Vernachlässigungen und Missbrauch in Familien mit psychisch erkrankten Eltern nachgewiesen werden (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017: 18f). Das Risiko erhöht sich, wenn die Eltern ebenfalls traumatisierende Familieninteraktionen, körperliche oder sexuelle Gewalterfahrungen gemacht haben (vgl. Herpertz & Grabe, 2019: 233). Vernachlässigung und körperliche Misshandlung ist meistens verbunden mit psychischer Misshandlung. Kinder hingegen, welche psychische Missbrauchshandlungen erleben, werde nicht unweigerlich auch körperlich misshandelt (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017: 19). Es existieren keine empirischen Studien über den direkten Zusammenhang psychischer Misshandlung mit psychischen Erkrankungen der Eltern. Praxiserfahrungen verdeutlichen jedoch, dass psychische Misshandlung wahrscheinlich die häufigste Form der Kindesmisshandlung in Familien mit psychisch erkrankten Eltern darstellt. Sie tritt sowohl in einer beeinträchtigten Eltern-Kind-Interaktion, beispielsweise durch emotionale Unerreikbaarheit, Zurückweisung und Feindseligkeiten, aber auch durch eine Parentifizierung auf. Ohne ausgleichende Beziehungserfahrungen ist eine positive Persönlichkeitsentwicklung

⁵ Reaktionen, welche gegen die eigene Person gerichtet sind (vgl. Moggi, 2002: 117)

⁶ Reaktionen, welche gegen die Außenwelt gerichtet sind (vgl. Moggi, 2002:117)

kaum erreichbar (vgl. Lenz, 2005 und 2014: 50). In Folge einer prospektiven Studie wurden von 1575 Schwangeren alle Frauen wissenschaftlich begleitet, bei denen durch psychische Störungen besondere Risiken für die kindliche Entwicklung erwartet wurden. Acht Jahre später waren 30 % der Familien aus der Risikogruppe dem Jugendamt wegen eines Verdachts auf Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch bekannt und bei 35 % der Familien war eine Fremdunterbringung der Kinder nötig (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017: 19). Kinder mit psychisch kranken Eltern sind jedoch nicht zwangsläufig von einer Kindeswohlgefährdung betroffen. Ähnlich wie beim Risiko für die Erkrankung an einer psychischen Störung, erhöht sich das Risiko für kindeswohlgefährdendes Verhalten im Zusammenhang mit weiteren Belastungsfaktoren, welche auch bei psychisch unauffälligen Eltern das Gefährdungsrisiko erhöhen (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017: 20).

Bei Menschen mit psychischen Störungen ist die Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse zurückzustellen, um die des Kindes zu erfüllen, nur bedingt vorhanden (vgl. Borg-Laufs, 2012: 124). Die bereits genannten Belastungsfaktoren erschweren die Erfüllung der Grundbedürfnisse zusätzlich (vgl. Borg-Laufs, 2012: 125).

4.3.2 Bindungsverhalten

Durch die mangelnde emotionale Kompetenz der Eltern, auf die Interaktions- und Kommunikationsversuche des Kindes einzugehen und in Notsituationen auf Ängste und Sorgen zu reagieren, besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit eine unsichere Bindung aufzubauen (vgl. Borg-Laufs, 2012: 125). Bei einer unsicheren Bindung wird zwischen den Formen unsicher-vermeidende Bindung, unsicher-ambivalente Bindung und unsicher-desorganisierte Bindung unterschieden. Kinder mit einer unsicher-vermeidenden Bindung haben Erfahrungen von Ablehnung und Zurückweisung erfahren. Sie verschweigen beziehungsbezogene Gefühle und verbergen diese mit ablenkenden Aktivitäten. Betroffene Kinder fühlen sich wenig geliebt und empfinden sich als machtlos, emotionale Unterstützung und Nähe einzuholen. Unsicher-ambivalent gebundene Kinder erleben unberechenbares und inkompetentes Verhalten seitens der Bezugsperson. Ihre Erfahrungen sind einerseits sehr positiv, andererseits jedoch auch ablehnend negativ. Diese Kinder haben keine Sicherheit, ob die Eltern in Angstsituation das Bedürfnis nach Nähe und Zuwendung erfüllen können. Infolgedessen haben sie kein Explorationsverhalten, da sie auf der dauerhaften Suche nach Nähe zu der Bindungsperson sind. Der unsicher-desorganisierte Bindungstyp ist mit ängstigenden Interaktionen konfrontiert. Es fehlt diesen Kindern an Bewältigungsstrategien. Sie sind gekennzeichnet von widersprüchlichen Verhaltenstendenzen. Im Kindergartenalter ist es ihnen möglich eine Strategie zu entwickeln, womit sie die Kontrolle über die Gegebenheiten erhalten können. Hierbei wird von einer Role-reversed-Strategie gesprochen. Dabei handelt es sich um eine Rollenumkehr, bei der das Kind

entweder Fürsorge und Verantwortung übernimmt oder aggressives Verhalten gegenüber der Bindungsperson zeigt. Das beeinträchtigte Fürsorgeverhalten von psychisch erkrankten Eltern bewirkt oftmals desorganisierte Bindungsverhaltensweisen bei den betroffenen Kindern (vgl. Lenz, 2005 und 2014: 196ff). Weiterhin beeinflussen die starke Beschäftigung mit der eigenen Person (vgl. Borg-Laufs, 2012: 125), die Schwere und Chronizität der Erkrankung, der mütterliche Bindungsstil oder individuelle Traumata in der Vergangenheit der Mutter sich negativ auf das Bildungsbedürfnis des Kindes (vgl. Deneke, 2015). Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle wird nicht erfüllt, wenn das Kind wichtige Aspekte der Umwelt aufgrund des unvorhersehbaren und beängstigenden Verhaltens der Eltern nicht angemessen verstehen, vorhersehen und beeinflussen kann. Eine Verletzung des Bedürfnisses nach Selbstwertschutz und Selbstwerterhöhung entsteht durch eine mangelnde Wertschätzung seitens der Eltern, der Angst selbst an einer psychischen Störung zu erkranken und dem empfundenen Schamgefühl bezüglich des erkrankten Elternteils. Das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung ist besonders bei jüngeren Kindern von dem Verhalten der Eltern abhängig. Können sich die Eltern aufgrund der genannten Probleme nicht angemessen auf das Kind einstellen, ist es dem Kind nicht möglich, ausreichend Erfahrungen von Lustgewinn und Unlustvermeidung zu sammeln (vgl. Borg-Laufs, 2012: 125f).

4.3.3 Spezifische Auffälligkeiten

Leidet ein Elternteil von einem Säugling etwa an einer depressiven Störung, welche mit einer anhaltenden Überforderung und Hoffnungslosigkeit verbunden ist, wirkt der Säugling eher passiv, weniger neugierig und in sich gekehrt. Daraus folgen Entwicklungsrückstände. Bei einer Depression in den ersten Lebenswochen, wodurch die Mutter dem Kind kaum bis gar nicht als primäre Bindungsperson zur Verfügung steht, entwickelt sich eher eine ambivalente oder vermeidende, wenig sicherer Bindung (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2016: 98).

Kinder mit depressiv erkrankten Eltern sind mit einem starken Rückzugsverhalten konfrontiert. Im Alltag erleben sie Antriebs- und Interessenlosigkeit sowie Ermüdung seitens des erkrankten Elternteils (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 23). Die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung ist durch das Verhalten des Elternteils erheblich vermindert (vgl. Borg-Laufs, 2012: 124). Die Mutter-Kind-Interaktion bei Müttern mit postpartalen Depressionen ist gut empirisch untersucht. Säuglinge sind in Folge der mütterlichen Erkrankung leicht irritierbar, schreien viel, lassen sich schlecht beruhigen, ziehen sich zurück und reagieren kaum auf Ansprache und interaktive Spiele. Gemäß verschiedener Studien trägt eine mütterliche Depression in den ersten zwei Lebensjahren zu motorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklungsdefiziten bei. Im Alter von zwei bis drei treten insbesondere externalisierende Verhaltensweisen, wie hyperaktive, oppositionelle oder aggressive Verhalten auf. Mechthild Papoušek, eine deutsche Fachärztin

für Psychiatrie und Neurologie, Entwicklungspsychologin und Eltern-Säuglings-Therapeutin, führt Studien an, in denen ein Teil der Kinder von Müttern mit depressiven Diagnosen auch internalisierende Störungen entwickelten (vgl. Lenz, 2005 und 2014: 30). Die Mannheimer Risikokinderstudie, in der über 350 Kinder von Geburt bis zum Erwachsenenalter begleitet wurden, zeigt, dass die frühe Mutter-Kind-Interaktion entscheidend für die Entwicklung des Kindes ist. Im Vergleich zu Kindern mit gesunden Müttern zeigen Kinder mit postpartal depressiven Müttern diverse Einschränkungen in der sozialen und emotionalen Entwicklung und deren kognitiven Fähigkeiten, beispielsweise der Aufmerksamkeit, dem Gedächtnis oder der Intelligenz. Mit acht Jahren waren die Auffälligkeiten gegenüber der Vergleichsgruppe um das Dreifache erhöht. Daraus ergibt sich, dass die Entwicklungsbeeinträchtigungen mit der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion im Säuglingsalter zusammenhängen. Es zeigten sich wenig Auffälligkeiten bei Kindern depressiver Mütter, welche sich feinfühlig und responsiv verhielten. Infolge von mangelnder Reaktivität im Säuglingsalter entstehen jedoch Entwicklungsdefizite und langfristige internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten bis zur Adoleszenz (vgl. Lenz, 2005 und 2014: 30f). Eltern mit einer depressiven Störung haben häufig keine Kraft, die kindlichen Bedürfnissen zu befriedigen. Sie konfrontieren die Kinder mit ihrer persönlichen Affektlage und übertragen ihnen familiäre Verantwortungen, wie die Bewältigung des Haushalts. Die Schulleistungen der betroffenen Kinder werden oftmals schlechter. Weiterhin fallen sie gehäuft durch ein aggressives Verhalten auf (vgl. Borg-Laufs, 2012: 124). Im Kindesalter können Depressionen der Eltern zu negativen Bindungsverhalten, emotionale Dysregulation, Aufmerksamkeitsdefiziten, oppositionellen Verhaltensweisen, Selbstwertproblematiken und altersadaptierten depressiven Symptomen führen. Im Jugendalter besteht neben dem Risiko für eine depressive Störung ebenfalls eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für andere psychische Störungen, Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens (vgl. Kupferschmid & Koch, 2014: 12).

Kinder mit psychotischen Elternteilen erleben zunehmend verwirrendes, unverständliches, misstrauisches und ängstigendes Verhalten. Der erkrankte Elternteil ist nicht für sie ansprechbar. Er bietet zudem keine zeitliche und räumliche Orientierung. Durch die Wesensveränderung erscheint er dem Kind fremd und unheimlich. Der Einbezug in die elterlichen Wahnvorstellungen wirkt außerordentlich beängstigend. Das Verhalten des Elternteils bewirkt eine Desorientierung des Kindes (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 23f). Im Alltag bestehen oftmals Versorgungsprobleme. Die Kinder fallen vermehrt durch aggressives Verhalten auf (vgl. Borg-Laufs, 2012: 124). Sie zeigen des Weiteren häufig kognitive, emotionale, soziale und somatische Auffälligkeiten sowie Aufmerksamkeits- und Denkstörungen. Im Vorschulalter verhalten sich die Kinder eher ängstlich, zerstreut und ziehen sich zurück. Im Schulalter werden neurologische Auffälligkeiten, Aufmerksamkeitsprobleme und soziale Hemmungen deutlich. Dies kann sich in Defiziten der Aufmerksamkeits- und Informationsverarbeitung, in beeinträchtigten

schulischen und beruflichen Leistungen, vermeidenden und ambivalenten Bindungsverhalten, geringen sozialen Kompetenzen, emotionaler Instabilität, Stressübererregbarkeit, leichter Reizbarkeit, Ängstlichkeit, Stimmungsabhängigkeit und einer geringen Frustrationstoleranz ausdrücken (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 49ff). Ältere Kinder können durch das wechselhafte Verhalten ihrer Eltern keine funktionierenden Bewältigungsstrategien aufbauen. Sie erfahren keine verlässlichen Reaktionen, keinen Schutz, kein Trost und das erfahrene Nähe-Distanz-Verhältnis fluktuiert regelmäßig. Durch eine Verleugnung der Krankheit haben die Kinder keine Erklärungsmöglichkeiten. Dadurch entstehen eigene Deutungen, welche für das Kind ungünstiger als die Realität sein können (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2016: 98).

Suchterkrankte Eltern verhalten sich meist unvorhersehbar und verletzen somit das Bedürfnis nach Orientierung. Ihre Reaktionen sind eingeschränkt oder unangemessen und es findet keine ausreichende Wertschätzung gegenüber dem Kind statt. Familien, in denen Suchterkrankte leben, zeigen eine erhöhte psychosoziale Gesamtbelastung und eine steigende Wahrscheinlichkeit für familiäre Gewalt (vgl. Borg-Laufs, 2012: 125). Bei einer Suchterkrankung während der Schwangerschaft kann es zu körperlichen Fehlbildungen und Schädigungen des zentralen Nervensystems des Säuglings kommen, welche kognitive und verhaltensbezogene Störungen verursachen können. Im Kleinkindalter kommt es vermehrt zu Verzögerungen in der sprachlichen und motorischen Entwicklung sowie psychopathologische Verhaltensweisen, etwa Hyperaktivität, Ablenkbarkeit, Spielstörungen oder Schwierigkeiten bei der sozialen Integration. Unzureichende Bindungserfahrung und häufige kognitive und emotionale Defizite sind auf inkonsequente Erziehungsmethoden und fehlende Routinen und Rituale im Familienalltag zurückzuführen (vgl. Kupferschmid & Koch, 2014: 16). Kinder suchterkrankter Eltern haben eine bis zu sechsfach erhöhte Wahrscheinlichkeit, an Störungen durch Substanzkonsum, insbesondere Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie Essstörungen in der Adoleszenz, zu erkranken. Es tritt vermehrtes Co-abhängiges Verhalten, geringes Selbstwertgefühl und eine geringe Lebenszufriedenheit auf. Kinder von Eltern mit unbehandelter Suchterkrankung entwickeln im Vergleich zu Kindern von Eltern in Behandlung häufiger affektive und externalisierende Störungen, geringere Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, stärkere resignative Gefühle und erleben häufiger Gewalterfahrungen in der Familie (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 46ff). Aus entwicklungspsychologischer Sicht treten in der Kindheit und bei Jungen hauptsächlich externalisierende Störungen (vgl. Kupferschmid & Koch, 2014: 16), wie ADHS und Störung des Sozialverhaltens auf. Die Kindheit ist darüber hinaus von emotionalen Störungen, Schulschwierigkeiten, Isolation sowie einem erschwerten Übergang von der Kindheit zur Adoleszenz geprägt (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 46ff). In der Adoleszenz entstehen besonders internalisierende Störungen (vgl. Kupferschmid & Koch, 2014: 16), Abhängigkeitserkrankungen, Angst- und Essstörungen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 46ff).

Es ist möglich, dass Kinder von Eltern mit Angststörungen ein verzerrt wahrgenommenes Umfeld erleben. Infolge einer lerntheoretischen Weitergabe können Kinder die ängstliche Wahrnehmung der Eltern sowie dessen Erklärungsmuster übernehmen. Durch teilweise stark ausgebildetes Rückzugsverhalten der Eltern kann ein Gefühl der Isolation beim Kind auftreten. Bei sozialen Phobien kommt es beispielsweise eher zu einer Überanpassung des Kindes, wobei die Reaktion und Wünsche anderer im Vordergrund stehen. Hingegen fühlen sich Kinder von Eltern mit einer Panikstörung durch eine verminderte Selbstwirksamkeit verletztbar und bedroht. Panikattacken der Eltern können Unsicherheiten und Traumata auslösen (vgl. Kupferschmid & Koch, 2014: 15). Kinder von Eltern mit Angst und Zwangsstörungen haben neben einem erhöhten spezifischen Risiko ebenfalls eine höhere Wahrscheinlichkeit für ängstliche, depressive, somatische und soziale Auffälligkeiten sowie emotionale Verhaltensprobleme und komorbide Störungen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 57f).

Das Leben eines Kindes bei beispielsweise einer Borderline-Persönlichkeitsstörung der Eltern ist von Impulsivität und Instabilität in allen Lebens- und Beziehungsbereichen geprägt. Dies hat etwa diverse Umzüge und Trennungen zur Folge, welche für das Kind immer wiederkehrende Beziehungsabbrüche bedeuten (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 24). Ist der Elternteil im Säuglingsalter sehr impulsiv und steht unter hoher Spannung, weint und schreit der Säugling viel. Außerdem ist ein gestörtes Schlaf- und Essverhalten möglich (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2016: 98). Infolge der elterlichen Erkrankung entwickeln sich häufig Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störungen, Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten, Störungen des Sozialverhaltens oder Traumata. Im Vergleich zu anderen psychischen Störungen weisen Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen einer der höchsten Auffälligkeitsraten und ungünstigsten Entwicklungsverläufe auf (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 58f).

Es bestehen ebenfalls störungsübergreifende Probleme in den Familien. Durch die Tabuisierung seitens der Familie und der Stigmatisierung seitens der Gesellschaft entsteht ein Gefühl der Einsamkeit und Entfremdung. Die nicht definierbaren Verhaltensweisen wecken Unsicherheiten und Ängste. Kinder mit psychisch erkrankten Elternteilen empfinden eine Vielzahl von Ängsten. Jüngere Kinder werden zunehmend von Trennungs- und Verlustängsten begleitet (vgl. Borg-Laufs, 2012: 125). Sie haben Angst, den erkrankten Elternteil zu verlieren und von ihm getrennt zu werden. Es bestehen Sorgen bezüglich mangelnder Behandlung der Störung oder einem erneuten Krankheitsschub (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 32). Infolgedessen zeigen sich die Kinder resigniert. Jugendliche fragen sich hingegen, ob sie sich ähnlich entwickeln könnten und empfinden Sorge um sich selbst. Außerdem haben sie sowohl Mitgefühl als auch Schuldgefühle gegenüber dem Erkrankten. Eigene Autonomiebestrebungen führen zu dem Gefühl, die Eltern mit ihren Problemen allein zu lassen und nicht für sie da zu sein. Dies resultiert aus dem Gedanken, für die Eltern verantwortlich zu sein (vgl. Borg-Laufs, 2012: 125).

Ihre Gedanken werden begleitet von Wut, Frust sowie Enttäuschung über die Gegebenheiten (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 32). Es bestehen jedoch auch Ängste um den nicht erkrankten Elternteil oder aufgrund des nicht einzuordnenden elterlichen Verhaltens vor dem Erkrankten (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2016: 98). Aufgrund der Sorge um die Eltern, werden häufig die eigenen Bedürfnisse, wie das Bedürfnis nach Spiel, altersgemäßer Beschäftigung und sozialer Kontakt zu Freunden, vernachlässigt (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2016: 97).

Die elterliche Erkrankung hat je nach Entwicklungsstand und Alter des Kindes unterschiedliche Auswirkungen auf die altersabhängige Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und ruft unterschiedliche Reaktionen hervor (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 60). Je jünger die Kinder sind, desto schwerwiegender können die Folge sein. Demnach bilden Kleinstkinder sowie Kinder im Kindergartenalter eine Hochrisikogruppe (vgl. Lenz, 2005 und 2014: 29).

In der Schwangerschaft können schädigende Umwelteinflüsse, wie Nikotin oder Alkohol, Veränderungen in der strukturellen und funktionellen Hirnentwicklung auslösen. Bei einer psychischen Erkrankung oder Belastung der Mutter besteht darüber hinaus die Möglichkeit, dass der Säugling eine erhöhte Erregbarkeit sowie Regulationsstörungen ausbildet. Diese können in späteren Schlaf- und Fütterstörungen erkennbar werden (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 60). Säuglinge haben schon nach der Geburt gut entwickelte Wahrnehmungs- und Integrationsfähigkeiten. Dadurch haben sie die Möglichkeit, Interaktionen mit ihren Eltern zu beginnen sowie erste Zusammenhänge zwischen ihrem eigenen Verhalten und Reaktionen ihrer Bezugspersonen herzustellen. Durch die alltägliche Kommunikation entstehen Erwartungen und ein Erfahrungshintergrund, welcher die Vorstufe der kindlichen Persönlichkeitsentwicklung darstellt. Diese Erfahrungen sind entscheidend für die körperliche, kognitive und emotionale Entwicklung sowie der Beziehungs- und Bindungsfähigkeit des Kindes (vgl. Lenz, 2005 und 2014: 29). Werden die Bedürfnisse des Säuglings oder Kleinkinds nicht ausreichend befriedigt, ist der Erwerb selbstregulatorischer Fähigkeiten gestört. Daraufhin kann das Risiko für frühkindliche Regulationsstörungen und spätere Verhaltensauffälligkeiten steigen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 60). Besonderheiten sind sowohl bei einer emotionalen Unerreichbarkeit, als auch einer Überstimulation zu erwarten. Ersteres zeichnet sich dadurch aus, dass die Signale des Kindes nicht ausreichend oder zu spät wahrgenommen werden. Kinder reagieren darauf zunächst mit einer verstärkten Bemühung um Aufmerksamkeit. Später kommt es eher zu Unruhe und dysregulierten Verhaltensweisen wie Schreien, Abwenden oder Einnehmen einer passiven und depressiven Haltung. Infolge der unterstimulierenden Form der Interaktion werden nur mangelnde Entwicklungsreize an den Säugling übermittelt, wodurch es seine Aufmerksamkeit nicht auf die Umweltreize fokussieren kann. Folgen sind Regulationsstörungen, kognitive und sozial-emotionale Entwicklungsverzögerungen (vgl.

Lenz, 2017: 15), Interaktionsstörungen, eine Übererregbarkeit oder auffallende Passivität sowie Bindungsstörungen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 61). Die sich in diesem Alter ausprägenden bindungsrelevanten Erinnerungen sowie Bewertungen von Erfahrungen mit den Bezugspersonen (vgl. Zimmermann, 2019) haben Auswirkungen auf zukünftige Beziehungen sowie auf die Bewältigung von emotionalem Stress (vgl. Lenz, 2005 und 2014: 29). Bei einer Überstimulation werden starke oder anhaltende Impulse an das Kind übermittelt, wodurch es dauerhaft angeregt und zu ständigen Reaktionen aufgefordert wird (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 61). Auslöser für die Stimulation sind jedoch nicht die Bedürfnisse des Kindes, sondern die Wünsche des Elternteils. Kinder ziehen sich bei überstimmulierendem nicht aggressivem Verhalten häufig zurück und nehmen eine passive Haltung ein (vgl. Lenz, 2017: 15). Infolge von aggressivem elterlichen Benehmen reagieren Kinder meist mit körperlicher Abwehr von Berührungen, körperlichen Erstarren oder Dissoziieren (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 61). Aus dem erzwungenen Gehorsam und der daraus hervorgehenden Anpassung beziehungsweise dem Abwehrverhalten kann der Wunsch nach Kontrolle sowie zwanghafter Fürsorglichkeit, aber auch die Tendenz zu offenen, aggressiven Machtkämpfen entstehen (vgl. Lenz, 2017: 15). Häufig wechselnde Interaktionsmuster zwischen Unter- und Überstimulation können zu einer chronifizierten negativen Eltern-Kind-Interaktion führen, welche durch Feindseligkeit und Kontrolle bestimmt ist (vgl. Lenz, 2017: 15).

Das Kindergarten und Grundschulalter ist geprägt von einem außerordentlichen Wissensdrang und einer Orientierung nach außen. Kinder in diesem Alter wollen Unbekanntes einordnen und verstehen können. Freundschaften gewinnen an Bedeutung und Vorbilder werden ebenfalls außerhalb der Familie gesucht (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 62). Psychisch kranke Eltern können das Bedürfnis nach Exploration und motorischer Entdeckung der Umgebung durch ängstliches Verhalten behindern oder die Kinder durch unaufmerksames Handeln jeglichen Gefahren aussetzen. Die Aufgabe der Eltern, ihre Kinder beim Erwerb neuer Kompetenzen zu unterstützen und eine realistische Lebensauffassung zu vermitteln, ist besonders bei krankhaftem Rückzugsverhalten eingeschränkt. Entwickelt das Kind beim Vergleich mit anderen Familien ein Verständnis für die Defizite der eigenen Eltern, können Schamgefühle und Ärger entstehen (vgl. Deneke, 2015). Des Weiteren entwickeln Kinder schuldhaftige Kausalitätsvorstellungen. Sie denken, dass eigene böse Gedanken Erkrankung verursachen könnten. Die kindliche Phantasie über die Ursachen und Auswirkungen einer Krankheit sind oftmals bedrohlicher als die Wirklichkeit. Ein offener Umgang und kindgerechte Aufklärung wirkt Schuldgefühlen und Zweifel entgegen. Bei einer Tabuisierung traut das Kind sich nicht, sich anderen anzuvertrauen. Aus dem Wunsch, sich nach außen zu orientieren, entsteht ein Loyalitätskonflikt gegenüber den Eltern und eine Hinderung der psychischen und sozialen Entwicklung. Infolge des Schweigens wirken die Kinder häufig unauffällig. Ein Abfall schulischer Leistungen, ein vermindertes Interesse an alterstypischen Aktivitäten und wenig

Anschluss an Gleichaltrige stellen Hinweise auf Schwierigkeiten der Kinder dar. Darüber hinaus kann die Interaktion aufgrund eines reduzierten sprachlichen Ausdrucks, mangelnder Grenzsetzung, wenig positiven Kommentaren (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 62f) und dem Missverstehen des eigenen Willens des Kindes als Aggression beeinträchtigt werden. Ängstlich angepasstes, soziophobisches, aber auch hyperaktives kindliches Verhalten können folglich auftreten (vgl. Deneke, 2015).

Der soziale Anschluss in Peer Groups ist ein wichtiger Bestandteil der mittleren Kindheit und Jugend. Er bietet die Möglichkeit, neue Formen des Sozialverhaltens zu erproben, steigert die emotionale Stärke und erleichtert die Ablösung von der Familie. Elterliche Verhaltensweisen und Eigenschaften werden fortan kritisch reflektiert. Durch die beeinträchtigte Identifikation des Kindes mit den Eltern ist auch die Vorbildfunktion eingeschränkt. Diese Altersphase eröffnet neue Schwierigkeiten. Dem Ablösungsprozess vom Elternhaus steht die Verantwortungsübernahme gegenüber. Der Konflikt zwischen Verantwortungsbereitschaft und Autonomie erweckt teilweise schwere Schuldgefühle. Auch im Jugendalter besteht vermehrt der Gedanken, dass Auseinandersetzungen zwischen den Eltern und Jugendlichen so belastend waren, so dass sie der Grund für den Krankheitsausbruch waren. Folgen elterlicher Erkrankungen im Jugendalter können emotionale Instabilität, Aggressivität, antisoziales Verhalten, Rückzugstendenzen, Passivität und soziale Ängste sein. Diese Auffälligkeiten können das Ausmaß einer Erkrankung annehmen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 63f).

Alle Lebensphasen gehen mit der Gefahr einher, dass Eltern die emotionalen Reaktionen des Kindes nicht angemessen wahrnehmen, verstehen und wertschätzen können. Eltern mit psychischen Störungen haben oftmals Schwierigkeiten emotionale Reaktionen zu bemerken und darauf zu reagieren, weil sie von ihrer eigenen Emotionalität überlagert werden oder selbst Defizite im Bereich Emotionswahrnehmung und Verarbeitung aufweisen. Infolgedessen erlernen die Kinder keine Mechanismen für den Umgang mit belastenden Emotionen. Mögliche Emotionsregulationsstörungen führen zu einer erschwerten Integration in Peer-Groups, der Schule und der Familie (vgl. Lenz, 2005 und 2014: 31).

Aus retrospektive Erhebungen bei erwachsenen Kinder psychisch erkrankter Eltern geht hervor, dass eine alters- und entwicklungsangemessene Informationsvermittlung sowie Aufklärung über die diagnostizierte Störung des Elternteils nicht ausreichend stattfindet. Der Wunsch nach Erklärungen und dem Einbezug von den behandelnden Fachkräften wird meistens nicht erfüllt. Dabei könnte dies Unsicherheiten verringern und die Beziehung zur Bezugsperson stärken (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 24f).

Ob eine psychische elterliche Erkrankung unterschiedliche Auswirkungen auf Jungen und Mädchen hat oder eine Erkrankung der Mutter beziehungsweise des Vaters verschiedene Folgen nach sich ziehen, kann auf Grundlage der vorliegenden widersprüchlichen Forschungsergebnisse nicht eindeutig beantwortet werden (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017: 34).

Erwachsene Kinder kranker Eltern zeigen Ähnlichkeiten in der Reflexion und Verarbeitung der Kindheit. Als Minderjährige und junge Erwachsene sind sie mit dem Erleben und Überleben beschäftigt. Erfahrungen aus der Kindheit werden als ganz normal geschildert. Die Verarbeitung und Auseinandersetzung mit dem Erlebten braucht Zeit, geistige Reife und den richtigen Zeitpunkt im Leben. Vorher besteht häufig der Gedanke, die Erkrankung der Mutter oder des Vaters wäre keine Beeinträchtigung gewesen. Demzufolge wird auch Unterstützung und Hilfe als sinnlos erachtet. Später, häufig durch ein Schlüsselerlebnis, kommt die Erkenntnis, sich mit der Vergangenheit auseinandersetzen zu müssen. Durch die Mitarbeit in Projekten und Initiativen für Aufklärung sowie durch das Ergreifen sozialer Berufe versuchen Betroffene, Anderen mit ihren eigenen schwierigen Erlebnissen zu helfen (vgl. Roedenbeck, 2016: 32f). Langzeitstudien belegen, dass nicht behandelte psychische Störungen und Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter schwere und anhaltende soziale sowie ökonomische Folgen im Erwachsenenalter nach sich ziehen. Darunter zählen etwa chronische psychische Störungen, eine erhöhte Kriminalitätsrate, häufige Erwerbslosigkeit, ein geringeres Einkommen oder Probleme in Beziehungen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 111).

Auch wenn es gelingt, eine psychische Erkrankung abzuwenden, ist die kindliche Prägung im Erwachsenenalter sowohl mit positiven, als auch mit negativen Aspekten wahrnehmbar (vgl. Roedenbeck, 2016: 102). Das familiäre Kommunikationsverbot ist teilweise noch im Erwachsenenalter präsent, so dass nicht über die elterlichen Störungen gesprochen werden kann. Somit ist auch ein Verstehen der Verhaltensweisen der eigenen Eltern für erwachsene Kinder beeinträchtigt oder nicht möglich. Ein sicherer Raum hilft Betroffenen, sich auszutauschen und entlasten zu können, damit die vorhandene Sprachlosigkeit und Isolation überwunden werden kann. Ebenfalls wird eine mangelhafte Aufklärung bezüglich der Vererbung psychischer Störungen erkennbar. Aus diesem Grund sowie durch unverarbeitete, traumatisierende Erfahrungen entscheiden sich im Besonderen Töchter psychisch Erkrankter gegen das Gründen einer Familie mit eigenen Kindern (vgl. Lenz, 2012: 121f). Das Kind einer Mutter mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung erwartet beispielsweise in Gesprächen mit Freunden kontinuierlich spontane Gefühlsausbrüche (vgl. Roedenbeck, 2016: 102). Außerdem überprüft sie bei ihren Gegenüber durchgehend, „ob Gefahr droht oder merkwürdige Verhaltensweisen abgefedert werden müssen“ (Roedenbeck, 2016: 102). Das Kind eines manisch-depressiven Vaters schilderte hingegen, Menschen genau zu beobachten, geduldiger zu sein und eine hohe Toleranzgrenze bezüglich „Macken“ anderer Menschen zu haben. Es lernte die Gefühlslagen seiner

Mitmenschen einzuschätzen und hilft Freunden bei dessen Problembewältigung. Dafür werden auch die eigenen Bedürfnisse zurückgenommen. Andererseits hat der Erwachsene Schwierigkeiten sich zu entspannen. Es besteht das dauerhafte Gefühl, aktiv sein und etwas erledigen zu müssen. Außerdem sind Streit und Disharmonien, durch die regelmäßig eskalieren Meinungsverschiedenheiten mit dem Vater, für die Person nicht zu ertragen, wodurch Beziehungen regelmäßig scheitern. Die alltägliche Aufgabe ist es, das zerbrechliche Innere vor der Außenwelt zu verbergen (vgl. Roedenbeck, 2016: 102ff). Das Betrauern unerfüllter Wünsche aus der Kindheit und Jugend bietet die Möglichkeit, die Verluste und Einschränkungen anzunehmen und neue Lebenschancen zu eröffnen. Eine negative Bewältigung kann zur Resignation, Selbstverurteilung und Rückzugsverhalten oder zu Wut gegenüber dem erkrankten Elternteil und Schuldzuweisung führen (vgl. Lenz, 2012: 122f).

4.4 Angehörigenarbeit: Kinder

Von dem Zeitpunkt der Wahrnehmung der ersten Symptome bis zur Diagnose und der anschließenden Behandlung vergehen Monate bis Jahre. In dieser Zeit bestehen hohe, andauernde psychische und soziale Belastungen in der Familie. Belastungen können familiäre Disharmonien, Arbeitsplatzverluste und daraus resultierende finanzielle Einschränkungen, aber auch Überforderungen im familiären Alltag, im Haushalt, in der Verantwortung gegenüber Geschwistern und den eigenen schulischen Verpflichtungen sein (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2016: 97). Dennoch war es nicht immer selbstverständlich, Angehörige mit in die Behandlung einzubeziehen. Auch wenn diese die Erkrankten begleiten und mit ihnen zusammenleben. In Angehörigengruppen sind hauptsächlich Eltern, insbesondere Mütter, weniger Partner und nur gelegentlich Geschwister und erwachsene Kinder vertreten. Jüngere Familienmitglieder sind meist berufstätig, in Ausbildung, mit dem Einstieg in einen Beruf oder dem Aufbau einer eigenen Existenz beschäftigt. Zeitgleich mit einem kranken Elternteil kommen sie an ihre eigene Grenze. Die anstehenden Lebensaufgaben in Verbindung mit den Ansprüchen der Erkrankten führen zu einer Überforderung. Zum Zeitpunkt des Beitritts in eine Angehörigengruppe stehen sie oft kurz vor einem Zusammenbruch. Kinder haben oft lebenslänglich das Gefühl, die Verantwortung für den Erkrankten und die gesamte Familie tragen zu müssen. Gründe dafür sind die frühe Übernahme von Partner- und Elternaufgaben sowie das Alleinlassen mit den kindlichen Ängsten und Nöten. Anstelle behütet aufzuwachsen, stellen sie eine Stütze für die Familie dar (vgl. Heim, 2002: 174f).

Durch eine psychische Erkrankung eines Angehörigen entsteht eine tiefe Verunsicherung in der ganzen Familie. Die gesamte Aufmerksamkeit liegt auf der erkrankten Person. Diese zeigt

vielfach befremdliches Verhalten. Abrupte Stimmungswechsel, nicht nachvollziehbare verzerrte Wahrnehmungen und ein chaotischer Umgang mit Geld und Zeit sind Teil des Familienlebens. Es finden unberechenbare Schwankungen zwischen Anhänglichkeit und Zurückweisung, Verwöhnung und Beschimpfung statt (vgl. Heim, 2002: 175f). Ziel jeglicher Handlungen von Familienangehörigen sind, die Auswirkungen der Krankheit einzugrenzen und nicht falsch zu handeln oder etwas Falsches zu sagen. Dadurch entsteht das Gefühl der Angst, Hilflosigkeit und Ohnmacht im Alltag der Familie. Es ist eine Entlastung und Ermutigung nötig, um häufig vorhandene Selbstzweifel und Schuldgefühle zu bewältigen (vgl. Heim, 2002: 176).

Sich Hilfe zu suchen, diese in Anspruch zu nehmen oder aktiv einzufordern ist nicht leicht. Eine solch schwierige Aufgabe ist für Kinder, welche auf Erwachsene beziehungsweise ihre Familie angewiesen sind, fast unmöglich (vgl. Heim, 2002: 176). Kinder und Familien, welche dringend Hilfe benötigen, erhalten diese aus diversen Gründen nicht. Zum einen suchen Eltern teilweise keine Unterstützung, nehmen keine Hilfe in Anspruch und vermeiden aktiv den Kontakt zum Jugendamt. Dies resultiert aus der Angst vor Bevormundung oder Entzug des Sorgerechts für die Kinder. Zum anderen nimmt das betreuende medizinische Personal die Patienten nicht ausreichend in ihrer Rolle als Eltern zur Kenntnis (vgl. Borg-Laufs, 2012: 122f). Viele Eltern wissen zudem nicht, wo sie Hilfe für ihre Kinder finden und an welche Institution sie sich wenden können. Es tritt eine Überforderung bei der Suche nach Unterstützung ein. Außerdem ist psychisch erkrankten Eltern häufig nicht bekannt, dass sie nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz im SGB VIII ein Recht auf Unterstützung haben, wenn die Versorgung und Erziehung ihrer Kinder aufgrund der Krankheit nicht gewährleistet ist. Professionelle sollten die betroffenen Eltern über ihre Rechte und die vorhandenen Hilfsangebote informieren (vgl. Lenz, 2012: 38). Das nicht einbeziehen der betroffenen Kindern ist in einigen Fällen ein Zeichen der Hilflosigkeit von Fachkräften. Diese verspüren häufig eine Handlungsunsicherheit, wenn sie dem psychisch erkrankten Patienten die Erziehung eines Kindes auf Grund seiner Symptomatik nicht zutrauen. Weiterhin entstehen deutliche Unsicherheiten, welche Hilfsmöglichkeiten es gibt, ob die Thematisierung der Elternrolle eine zusätzliche Belastung für den erkrankten Menschen darstellt, ob der Patient durch Nachfragen weiter destabilisiert werden könnte und die Behandlung aufgrund von Furcht vor dem Entzug der Personensorge abbrechen könnte. Die Professionellen sind jedoch häufig die einzigen, die von einer möglichen Kindeswohlgefährdung wissen. Deswegen müssen sie neben der Behandlung des Elternteils ebenfalls das Wohl des Kindes betrachten. Dafür ist eine Vernetzung mit Diensten der Jugendhilfe notwendig, welche regional vermehrt nicht oder nur teilweise vorhanden ist (vgl. Borg-Laufs, 2012: 122f).

Das Gefühl, die Verantwortung für die Familie übernehmen zu müssen, ist in den Kindern festgesetzt. Sie wirken unauffällig, angepasst und selbstständig. Besonders hierbei ist Hilfe

nötig. Nicht selten ergreifen diese Kinder später soziale Berufe. Sie haben Schwierigkeiten mit ihrer eigenen Wahrnehmung, der Abgrenzung und der Übernahme von Verantwortung für ihr eigenes Leben. Es fällt ihnen schwer, die Verantwortung für ihre Eltern und Geschwister wieder abzugeben und die eigenen Bedürfnisse ohne schlechtes Gewissen wahrzunehmen (vgl. Heim, 2002: 177). Die Kinder wirken des Öfteren ernst und vernünftig, da sie eine besondere Beobachtungsgabe für Stimmungen und Stimmungsschwankungen entwickelt haben (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2016: 97). Manchmal geht das erlangte Gefühl der Stärke und Kompetenz mit der Gefahr einher, nur Anerkennung zu empfinden, wenn sich um andere gekümmert werden kann (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2016: 97).

5. Möglichkeiten der Unterstützung

5.1 Resilienz und Coping

Kinder psychisch kranker Eltern haben aufgrund der vielfältigen Belastungen ein erhöhtes Risiko, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken. Erkenntnisse der Resilienz und Copingforschung geben Aufschluss darüber, wie Kinder psychisch erkrankter Eltern sich dennoch positiv und ohne langfristig klinisch relevante Störungen entwickeln können (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017: 34f).

Ob sich Entwicklungsrisiken oder psychische Störungen ausbilden, hängt vom Zusammenwirken der Belastungs- und Risikofaktoren, der Vulnerabilität und der Resilienz eines Kindes ab (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017: 35). „Resilienz« bezeichnet die psychische Widerstandsfähigkeit und Robustheit des Menschen gegenüber Belastungen und Entwicklungsrisiken“ (Lenz, 2012: 22), welche im Kontext der Kind-Umwelt-Interaktion entsteht (vgl. Lenz, 2012: 22). Unter der Kind-Umwelt-Interaktion wird ein dynamischer Prozess verstanden, bei dem sich Kind und Umwelt gleichermaßen prägen und beeinflussen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 71). Resilienz kann als Gegenteil der Vulnerabilität betrachtet werden (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 68). Sie entspricht der Fähigkeit, vorhandene Mechanismen entgegen belastender Bedingungen zu aktivieren, welche für die Bewältigung altersentsprechender Entwicklungsaufgaben nötig sind. Weiterhin ist es keine zeitlich beständige, situationsübergreifende Eigenschaft. Menschen können je nach Belastung und Zeitpunkt sowohl widerstandsfähig als auch verletzlich sein (vgl. Lenz, 2012: 22). Resiliente Kinder können sich an ungünstige, oft traumatisierende Umweltbedingungen anpassen (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017: 35).

Mit Hilfe von prospektiven Längsschnittstudien, wie der Kauai-Studie, der Isle of Wight-Studie und der Mannheimer Risikokinderstudie sowie kontrollierten Querschnittsstudien, etwa der

Bielefelder Invulnerabilitätsstudie, wurden Ressourcen für eine gesunde psychische Entwicklung der Kinder festgestellt. Personelle Ressourcen (etwa Stressverarbeitung, Selbstregulation, Motivation), Ressourcen des Familiensystems (wie Bindung, Interaktionen, Erziehungsverhalten) sowie des sozialen Netzwerks (insbesondere Schule, Peers), aber auch gesellschaftlich-kulturelle Faktoren (wie Normen, Werte) senken den negativen Einfluss der Risikofaktoren auf die kindliche Entwicklung (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017: 35). Die Forschungsergebnisse ermöglichen es, die unterschiedlichen Entwicklungsverläufe zu verstehen und eröffnen relevante Ansatzpunkte für therapeutische und präventive Hilfen. Die Resultate der Psychotherapieforschung verdeutlichen, dass es einer Person mit starken Ressourcen möglich ist, Probleme und Belastungssituation positiv zu bewältigen. Menschen mit schwachen Ressourcen sind hingegen verletzlicher und anfällig für Belastungen sowie der Entwicklung von Störungen. Schutzfaktoren sind Ressourcen, welche die Verminderung von Risiken und Fehlentwicklungen sowie eine Verhinderung der Entwicklung pathogener Strukturen anstreben (vgl. Lenz, 2012: 21f). Durch entsprechende Hilfen kann die Entstehung psychischer Auffälligkeiten und Störungen verhindert, pathogene Prozesse vermindert und die altersentsprechende Entwicklung gefördert werden. Somit wird ebenfalls die Widerstandsfähigkeit gegenüber Herausforderungen und schwierigen Lebensumständen gestärkt. Die BELLA-Studie verdeutlicht, dass sich familiäre Schutzfaktoren besonders protektiv gegen psychische Auffälligkeiten auswirken. Ein positives Familienklima und ein positiver familiärer Zusammenhalt verringert die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Störung und steigert das Wohlbefinden und die Lebensqualität eines Kindes (vgl. Lenz, 2012: 23).

Weitere Schutzfaktoren, welche dem Kind bei der Bewältigung der Probleme helfen, sind ein offener Umgang mit der Störung durch die Eltern und eine stabile häusliche Umgebung trotz der elterlichen Erkrankung. Der in der Familie lebende psychisch gesunde Elternteil, außerfamiliäre Kontakte und Aktivitäten sowie die Möglichkeit, sich von der Familienstimmung entwickeln zu können, wirken außerdem protektiv auf die Kinder (vgl. Borg-Laufs, 2012: 126). Es ist hilfreich für Kinder, wenn sie durch kindgerechte Aufklärung verstehen, nicht schuld am Ausbruch der elterlichen Störung zu sein. Darüber hinaus ist es nützlich, wenn sie sich vom kranken Elternteil geliebt fühlen (vgl. Mattejat, 2014: 86f).

Bedeutsam für die Kinder ist die Psychoedukation, welche sich an den Bedürfnissen und Fragen sowie dem vorhandenen Wissen, Vorstellungen und Erklärungsmustern der Kinder orientiert. Kindern soll infolge der Informationsvermittlung ermöglicht werden, die entsprechende Situation besser zu verstehen und einzuschätzen (vgl. Lenz, 2012: 24). Gefestigte Beziehungen zu gesunden Erwachsenen, das Interesse am Schulerfolg und individuelle Ressourcen, Bewältigungsstrategien und ein positives Selbstwertgefühl fördern ebenfalls eine positive Entwicklung. Die familiäre Situation kann durch angepasste Hilfe von Angehörigen und

Fachkräften verbessert werden. Kinder psychisch kranker Eltern haben gute Entwicklungschancen, wenn sie einerseits stabile und tragfähige Beziehungen in ihrem Leben haben. Das heißt Beziehungen mit emotional, kognitiv und praktischen Funktionen, in denen sie gleichermaßen Bindung und Eigenständigkeit erleben können (vgl. Mattejat, 2014: 86f). Für die Entwicklung einer stabilen psychischen Struktur ist es außerdem hilfreich, wenn Kinder beziehungsweise Jugendliche aktiv und kontaktfreudig sind sowie ein soziales Unterstützungssystem mit geeigneten Beratungs- und Unterstützungsangeboten zur Verfügung haben. Dadurch haben sie die Möglichkeit, die elterliche Erkrankung zu verstehen und die Probleme nicht auf sich zu beziehen (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2016: 100). Andererseits ist eine angemessene Krankheitsbewältigung erforderlich. Dafür müssen die inneren Einstellungen zur Erkrankung, die Bewältigungsform, aber auch die innerfamiliäre Organisation und Aufgabenverteilung betrachtet werden. Ebenso muss die Zusammenarbeit mit den Fachinstanzen auf die Situation der Erkrankten, Angehörigen und speziell der Problemlage der Kinder abgestimmt sein (vgl. Mattejat, 2014: 86f).

Neben den persönlichen, familiären und sozialen Schutzfaktoren sind auch Copingstrategien entscheidend für das Abwenden von psychischen Auffälligkeiten durch Belastungen in Folge einer elterlichen Erkrankung (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017: 42). „Coping oder Bewältigung ist als das Bemühen zu verstehen, Belastungen innerpsychisch zu verarbeiten sowie durch Handeln auszugleichen oder zu meistern“ (Lenz, 2012: 25). Die Bewältigung hängt von den vorhandenen Ressourcen in stressreichen Situationen ab, welche konstruktive Denk-, Empfindungs- sowie Verhaltensstrategien auslösen. Kinder haben verschiedene Bewältigungsstrategien, um mit belastenden Gegebenheiten zurechtzukommen. Bei der problemorientierten Bewältigung wird aktiv nach Lösungsmöglichkeiten gesucht und gehandelt. Die internale, emotionsregulierende Bewältigung zielt auf eine Anpassung an die belastenden Lebensumstände durch konstruktive und destruktive emotionsregulierende Strategien ab. Konstruktive emotionsregulierende Strategien sind unter anderem Ablenkung, Entspannung oder der Gedanke an etwas Schönes. Destruktive emotionsregulierende Strategien meint, den Frust nach außen zu tragen. Die Suche nach sozialer Unterstützung beinhaltet sowohl die direkte problemlösende Funktion, bei der nach Hilfe gesucht wird, als auch die indirekte emotionsregulierende Funktion, bei der nach Verständnis und Ermunterung gesucht wird. Werden die Probleme verleugnet oder gemieden, wird von einer Problemmeidung gesprochen. Es gibt jedoch keine wirksamen oder unwirksamen Strategien. Die Situation muss zu dem Bewältigungsverhalten passen (vgl. Lenz, 2012: 25). Die Copingforschung belegt, dass die Anwendung situationsangemessener Bewältigungsstrategien zu einer verbesserten Gesundheit und situationsunangemessene Bewältigungen zu ungünstigen Effekten führen. Demzufolge ist es wichtig, dass Kinder sich eine Vielzahl an Copingstrategien aneignen, damit diese situationsgerecht eingesetzt werden können. Kinder psychisch erkrankter Eltern sind diversen

unkontrollierbaren Situationen ausgesetzt. Die Suche nach Trost und Unterstützung würde den Kindern helfen, Entlastung zu erfahren. Außerdem bildet es eine Grundlage für eine längerfristige wirksame Bewältigung dieser Belastungen (vgl. Lenz 2012: 26). In einer Studie vom William R. Beardslee und David Podorefsky wurden aus einer Stichprobe 18 resiliente Jugendliche von depressiv erkrankten Elternteilen nach der Verarbeitung der elterlichen Erkrankung befragt. Von den Jugendlichen wurde beschrieben, dass sie sich aktiv in schulischen sowie sozialen Projekten engagierten und vertrauensvolle inner- sowie außerfamiliäre Beziehungen haben. Die Jugendlichen haben zudem eine verhältnismäßige kognitive Bewertung der familiären Belastungen und schätzen ihre eigenen Kompetenzen und Möglichkeiten realistisch ein. Dies schließt auf vielfältige situationsangemessene Bewältigungsstrategien (vgl. Lenz 2012: 27). Eine Studie von Lenz u. a. befasste sich mit Kindern schizophoren erkrankter Eltern und identifizierte drei Copingtypen (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017: 43). Die Ergebnisse zeigen, dass die untersuchten Kinder in unkontrollierbaren Belastungssituationen eher mit destruktiven emotionsregulierenden Strategien, wie Aggressionen, reagieren. Dieser Bewältigungsstil ist jedoch nicht zur Reduzierung von Belastungen geeignet. Erholungskompetenzen sind hingegen weniger ausgeprägt. Es gibt Hinweise darauf, dass Kinder mit solch einem Bewältigungsverhalten ein erhöhtes Erkrankungsrisiko aufweisen (vgl. Lenz, 2012: 27). Der zweite Copingtyp weist ein hohes soziales Unterstützungsbedürfnis, eine hohe Ausprägung positiver Stressbewältigung, ein hohes Maß an Verharmlosung und vermehrte aktiv problemorientierte Bewältigungsmaßnahmen auf. Kann das Unterstützungsbedürfnis nicht befriedigt und die Versuche der Problemlösung nicht wirksam umgesetzt werden, besteht auch bei diesen Kindern ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten. Der letzte Copingtyp zeigt unauffällige Werte in der Stressverarbeitung und eine Vielzahl an situationsangemessenen Bewältigungsstrategien. Das Risiko für die Ausbildung einer Störung ist eher gering (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017: 43f). Die Suche nach sozialer Unterstützung hilft, die Belastungen der Kinder zu vermindern. Die Ergebnisse der Studie zeigen jedoch, dass Hilfe oft nicht gesucht oder in Anspruch genommen wird. Gründe dafür könnten Loyalitätskonflikte, Schuldgefühle oder die Bedenken, die Eltern zusätzlich zu belasten, sein (vgl. Lenz, 2012: 27).

Professionelle sollten die Bewältigungsstrategien der Kinder, insbesondere der ersten beiden Copingtypen, fördern und für einen situationsangemessenen Einsatz sensibilisieren. Besonders die emotionsregulierenden Strategien sind hilfreich, damit die Kinder die vorhandenen und zukünftigen Belastungen sowie Anforderungen effektiv bewältigen können. Neben den individuellen Copingstrategien sollten auch die der Familie gestärkt werden. Positive Aktivitäten, eine Verbesserung des Familienklimas und ein offener Umgang mit der Erkrankung innerhalb der Familie senken Belastungen (vgl. Lenz, 2012: 28ff). Eine Bestärkung zu offener Kommunikation und Krankheitsaufklärung ist die Basis für die Konfliktlösung innerhalb der Familie, ein besseres Verständnis und die emotionale Entlastung des Kindes (vgl. Lenz, 2005 und

2014: 188). Durch destruktive Copingmuster gelangen die Kinder dementsgegen in Loyalitätskonflikte. Kinder tragen zum familiären Coping häufig durch die Übernahme von Aufgaben der Eltern bei. Es ist darauf zu achten, dass die entstehende Parentifizierung sich nicht nachteilig auf die kindliche Entwicklung auswirkt (vgl. Lenz, 2012: 29f). Des Weiteren sollten die sozialen Ressourcen gefördert werden. Zuverlässige Bezugspersonen sorgen sowohl bei den Kindern, als auch bei den Eltern für Freiräume und bringen Entlastung. Außerfamiliäre Kontakte ermöglichen den Kindern, die übernommene Verantwortung für die Familie abzugeben. Die unterstützenden Bezugspersonen agieren als Ansprechpartner, vermitteln Schutz und Sicherheit, wodurch sie einen stabilisierenden und beruhigenden Bestandteil im Leben der Kinder einnehmen. Die Untersuchungsbefunde der Copingforschung wurden in einzelne Interventionsansätze, insbesondere der präventiven Arbeit, integriert und erfolgreich in der Arbeit mit den Kindern und dessen Familien angewendet (vgl. Lenz, 2005 und 2014: 189).

5.2 Interventionsmaßnahmen

Auch gegenwärtig werden Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Gesundheitsversorgung oftmals nicht ausreichend wahrgenommen. Eltern in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung werden nicht nach vorhandenen Kindern und deren Bedürfnisse gefragt, über Unterstützungsangebote für Eltern und/oder Kinder wird nicht aufgeklärt und Kinder werden nicht in die Behandlung des Erkrankten einbezogen (vgl. Geiger & et al., 2021: 624). Häufig entsteht der Kontakt zwischen betroffenen Familien und Fachleuten erst, wenn es schon fast zu spät ist. Das heißt, wenn Kinder bereits psychische Auffälligkeiten entwickelt, Vernachlässigung beziehungsweise Missbrauch erfahren haben oder eine Fremdunterbringung der Kinder veranlasst wird oder wurde. Hilfsangebote sollten jedoch schon in Anspruch genommen werden, bevor sich die Situation in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil verschlimmert (vgl. Mattejat, 2014: 68).

Die Einbeziehung der Kinder oder der Thematik „Elternsein“ in die Behandlung eines Elternteils mit einer psychischen Störung bringt einige Unklarheiten hervor, mit denen sich Fachkräfte auseinandersetzen müssen. Es ist zu klären, wie man belastete Kinder erreicht, welche altersentsprechende Unterstützung sie benötigen und wie speziell Eltern in ihrer Verantwortung unterstützt werden können. Kinder sollen durch Unterstützungsangebote nicht psychiatrisiert, sondern gestärkt und entlastet werden. Dafür helfen zu Beginn familienfreundliche Besuchsräume, in denen ein unbeschwerter Kontakt zwischen Eltern und Kindern während eines stationären Aufenthalts der Eltern ermöglicht wird sowie Spielecken in Wartezimmern. Die

Kinder sollten sich mit ihren Schwierigkeiten und Sorgen wahrgenommen und nicht alleingelassen fühlen (vgl. Heim, 2002: 178).

Kinder von Eltern mit psychischen Störungen können vielfältig durch Professionelle unterstützt werden. Es sind grundsätzlich sowohl Behandlungen beziehungsweise Therapien als auch Präventionsmaßnahmen möglich. Behandlungen und Therapien sind Maßnahmen, welche auf eine Verbesserung eines Zustandes abzielen. Prävention hingegen ist die Vermeidung einer Verschlechterung des Zustandes (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 110). Es wird zwischen drei Präventionsarten unterschieden. Die Primärintervention hat das Ziel, die Eintrittswahrscheinlichkeit einer Krankheit zu senken. Dafür sollen Ursachen ausfindig und vermindert werden. Bei der Sekundärprävention sollen symptomlose Frühstadien einer Erkrankung erkannt und frühzeitige Unterstützungen ermöglicht werden. Sie zielt jedoch auch darauf ab, eine erneute Erkrankung zu verhindern. Die Tertiärprävention hat das Ziel, eine Verschlimmerung einer manifestierten Krankheit oder das Eintreten bleibender, sozialer Funktionseinschränkungen zu verhindern. Anzeichen für eine psychische Störung im Erwachsenenalter können häufig schon im Kindes und Jugendalter ausfindig gemacht werden, weswegen primär präventive Maßnahmen in der Arbeit mit Kindern psychisch erkrankter Eltern sinnvoll sind. Diese zielen auf die Reduktion von Risikofaktoren und -verhalten sowie der Stärkung protektiver Faktoren ab, welche eine unterstützende Wirkung auf eine resiliente Entwicklung haben können (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 110f).

Die Arbeit mit Kindern psychisch erkrankter Eltern schließt häufig gleichermaßen psychotherapeutische und präventive Interventionen ein (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 110). In der Einzelfallhilfe oder therapeutischen Begleitung erhalten betroffene Kinder Unterstützung in der Bewältigung der häuslichen Situation, in der Entwicklung ihres Selbstwertes und in der Stärkung ihrer individuellen Grenzen. Die Kinder lernen, mit ihren Gefühlen der Trauer, Wut und Angst umzugehen und eignen sich aktive Copingstrategien im Umgang mit ihren Eltern an. Der angemessene Umgang mit Verantwortung und Kontrolle ist auch ein Thema der Einzelfallhilfe. In Gruppenangeboten findet eine altersangemessene Aufklärung über die jeweiligen Erkrankungen und dessen Bedeutung statt. In den Gruppen wird sich außerdem mit der Identifikation und dem Ausdruck von Gefühlen sowie mit Interaktionstrainings beschäftigt. Ein weiterer Bestandteil ist das Erlernen von Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien. Die Hilfen für Eltern schließen Erziehungsberatung, Elterntrainings, Selbsthilfegruppen, die Aktivierung eines sozialen Netzwerkes und die Erstellung eines Krisenplans zur Sicherung der Versorgung des Kindes ein. Familientherapeutische Maßnahmen sollen die Beziehungen innerhalb der Familie verbessern und die Befriedigung der Grundbedürfnisse jedes Familienmitglieds fördern. Bei bindungsorientierten Interventionen liegt der Schwerpunkt bei der Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion. Eine sozialarbeiterische Unterstützung der

Familie bewirkt eine verbesserte Alltagsorganisation und eine Verringerung der familiären und kindlichen Belastungen (Borg-Laufs, 2012: 126f). Familienorientierte Programme, in denen mit Kindern und Eltern gearbeitet wird, werden von Wissenschaftlern als ausgesprochen sinnvoll erachtet. Hierbei gibt es eine große Anzahl an Angeboten. Diese können zum Beispiel anhand von Altersgruppen oder psychischen Störungen differenziert werden. Eine weitere Möglichkeit ist die aufsuchende Arbeit, die Familien in ihrem eigenen Zuhause, speziell in Krisensituationen, niedrigschwellig unterstützen kann (vgl. Wiegand-Grefe, 2008: 143).

Ist eine angemessene Versorgung und Erziehung eines Kindes nicht gewährleistet, bietet das Jugendamt infolge des Kinder- und Jugendhilfegesetzes verschiedene Unterstützungsmaßnahmen an. Diese werden unterteilt in die allgemeine Förderung der Erziehung und Hilfen zur Erziehung. Die Hilfen zur Erziehung können ambulante, teilstationäre oder stationäre Maßnahmen beinhalten. Ambulante Hilfen schließen die sozialpädagogische Familienhilfe und die Erziehungsberatung ein, welche die Erziehungsfähigkeit von Eltern insbesondere jüngerer Kindern wiederherstellen sollen. Die soziale Gruppenarbeit, die Erziehungsbeistandschaft und die intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung sollen Kindern und Jugendlichen hingegen bei der Bewältigung von Alltags- und Entwicklungsaufgaben helfen. Diese Maßnahmen beziehen die Familie ein, können jedoch ebenfalls die Ablösung von der Familie fördern. Teilstationäre Hilfen umfassen Tagesgruppen und die sozialpädagogische Tagespflege, welche sich speziell an Grundschulkindern und Kindern im Übergang zur weiterführenden Schule richten. Hierbei wird ein Teil der Erziehung durch Fachkräfte der Tagesgruppe und der sozialpädagogischen Tagespflege übernommen. Außerdem findet eine intensive Elternarbeit statt. Sollten die Unterstützungsmaßnahmen nicht helfen oder ist entweder der Wille oder die Möglichkeit der Eltern ungeachtet der ambulanten oder teilstationären Hilfen nicht wirksam, kann ein Kind aus Gründen des Kinderschutzes durch das Jugendamt von den Eltern getrennt werden (vgl. Borg-Laufs, 2012: 128). Betroffene Kinder werden infolgedessen zeitweise oder dauerhaft zum Beispiel in Pflegefamilien oder Heimen betreut. Die Familie hat das Recht, Wünsche bezüglich der erbrachten Hilfeleistung zu äußern (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 163f).

Im Folgenden wird das Projekt Auryn beispielhaft für die Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Kinder und Jugendlichen in Deutschland erläutert.

5.2.1 Prävention anhand des Modellprojekts Auryn

Die am häufigsten eingesetzten Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern sind Kindergruppen. Im geschützten Rahmen ist ein Austausch über verschiedene Lösungsmodelle und Bewältigungsstrategien möglich. Hierbei kann ein Sicherheits- und Zugehörigkeitsgefühl entstehen (vgl. Lenz, 2012: 85).

Die Kindergruppen des Modellprojekts Aurn sind ein Beispiel für die präventive Unterstützung von betroffenen Kindern und Jugendlichen. 1993 wurde ein Konzept von Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern der Universität Freiburg mit dem Ziel, psychische Störungen bei Kindern mit mindestens einem psychisch erkranktem Elternteil vorzubeugen, entwickelt. Einmal pro Woche konnten sich die Kinder für zwei Zeitstunden in einer themenzentrierten Kindergruppe mit vier bis sechs etwa gleichaltrigen Kindern treffen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 113). Bestandteile der Gruppenarbeit sind die Enttabuisierung, die Stärkung der emotionalen Wahrnehmung, der Austausch, die Entlastung von Schuldgefühlen sowie die Förderung der Unbeschwertheit der Kinder. Des Weiteren wird sich mit Bewältigungsformen und der Selbstreflexion (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2016: 98f) sowie der Förderung von Fähigkeiten und Stärken beschäftigt. Teilnehmende werden dazu ermutigt, ihre Gefühle auszudrücken. Die Gruppe stellt einen Ort dar, in dem Vertrauen und Sicherheit hergestellt werden können. Eine kindgerechte Aufklärung über die Einschränkungen und Verhaltensweisen der Eltern bildet ebenfalls einen wichtigen Themenschwerpunkt (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 113). Die Themenbereiche psychische Krankheit, Identität und soziale Kompetenz stehen im Mittelpunkt der Gruppenarbeit. Es ist jedoch nicht festgelegt, in welcher Abfolge die einzelnen Themen behandelt werden (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 113). Auch in den heutigen Angeboten stehen die Kinder im Mittelpunkt. Die Eltern und Angehörigen werden jedoch ebenfalls in die Arbeit einbezogen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 114). Die Eltern werden mit den Zielen einbezogen, sie zur Mitarbeit zu motivieren, und von Versagensängsten zu entlasten. Durch die Elternarbeit kann zudem die Kommunikation innerhalb der Familie verbessert, ein Verständnis für die Lebenssituation der Kinder ermöglicht und ein Einblick in die Arbeit mit den Kindern gegeben werden. Dadurch wird Transparenz hergestellt. Fachkräfte haben die Möglichkeit, die Angehörigen zu alternativem Erziehungsverhalten anzuleiten und Eltern können sich untereinander austauschen. Der Kontakt zu den Eltern ermöglicht einen Beziehungsaufbau, welcher als Grundlage für Krisenintervention und eine schnelle Hilfe in Krisensituationen dient. Voraussetzung für die Teilnahme der Familien ist eine Krankheitseinsicht des erkrankten Elternteils, das Einverständnis der mit dem Kind zusammenlebenden Elternteile sowie die Bereitschaft zur Mitarbeit der Eltern. Die Gruppe sowie die Einzelkontakte ermöglichen eine Entlastung. Kinder sehen, dass es auch andere Kinder betrifft. Weiterhin können sie ihre Fehlinterpretationen über die Entstehung der elterlichen Erkrankung und der elterlichen Verhaltensweisen durch die Informationsvermittlung und den Austausch korrigieren. Der offene Umgang der Kinder mit der Erkrankung erleichtert es den Eltern, mit ihnen über die Situation zu sprechen. Somit wird das Schweigegebot gebrochen und die Kommunikation verbessert (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 114).

Aus den ursprünglichen Aurn-Gruppen sind weitere Gruppenansätze hervorgegangen. Das Konzept ist die Grundlage für die Mehrzahl der Gruppenangebote im deutschsprachigen

Raum. An der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf wurde das Konzept weiterentwickelt und evaluiert (vgl. Lenz, 2012: 85). Die Gruppenarbeit des Hamburger Auryrn-Projekts, welche 25 Treffen umfasst, beginnt mit einem Kennlerngespräch bei den Kindern zu Hause, damit Ängste abgebaut werden und sich Vertrauen aufbauen lässt. Infolgedessen beginnt die Anfangsphase, in der sich die Kinder kennenlernen können und Vertrauen in die Gruppe, aber auch in den Gruppenleiter fassen können. Sie lernen, einander zuzuhören und aufeinander einzugehen. In der Arbeitsphase werden die Themen des Projekts mit Hilfe von verschiedenen Methoden, wie Geschichten erzählen, Rollenspielen, Zeichnen oder psychomotorische Interaktionsspiele, erarbeitet. Das Projekt endet mit einer Abschiedsphase und einem Abschiedsfest, bei dem die Kinder sowohl die selbst gestalteten Dinge, als auch kleine Geschenke und Briefe der Gruppenleitung mit nach Hause nehmen können. Ein paar Wochen nach Beendigung der Gruppentreffen findet ein Hausbesuch der Gruppenleiter bei den Familien statt. Vier Monate sowie ein Jahr nach Beendigung folgt eine Einladung zu einem Nachtreffen für die Familien. Die parallel stattfindende Elternarbeit umfasst mindestens drei Treffen. Es ist sinnvoll, die Gruppenangebote mit einer längerfristigen Beratung und Unterstützung zu verbinden (vgl. Lenz, 2012: 86f).

Das Projekt AURYN ist zudem auch für verschiedene Präventionsangebote für betroffene Kinder, wie zum Beispiel die Beratungsstelle in Sachsen, bekannt (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 115). Die Leipziger Kinder-, Jugend- und Familienberatungsstelle AURYN des Trägers Angehörigenverein WEGE e. V. bietet Vorsorgeleistungen zur Förderung schützender Faktoren sowie Maßnahmen in Krisensituationen an. Die Gruppenangebote umfassen Gruppen für Säuglinge und Kleinkinder. Hierbei steht der Aufbau einer sicheren Bindung im Vordergrund. Die Eltern lernen außerdem, die kindlichen Bedürfnisse zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren. In den nach Alter unterteilten Kinder und Jugendgruppen werden soziale Fähigkeiten und Problemlösungsstrategien sowie der Umgang mit Stress gefördert. Es werden soziale Kompetenztrainings, Freizeitgruppen, Entspannungstechniken sowie gemeinsame Familien- und Ferienmaßnahmen angeboten. Das Gelernte kann hierbei unter pädagogischer Anleitung umgesetzt werden. Parallel dazu fördert es den sozialen Kontakt innerhalb der Familie. Weiterhin findet eine Unterstützung in schulischen Angelegenheiten statt. Die Gruppenangebote für Eltern umfassen soziale Kompetenztrainings inklusive Erziehungs- und Kommunikationstrainings, Entspannungsangebote sowie eine Psychoedukation, welche Informationen zu den einzelnen Krankheiten und Strategien zur Bewältigung vermittelt. Angebotene Freizeitaktivitäten sollen das soziale Netz und die sozialen Fertigkeiten verbessern. Weiterhin finden Einzelangebote mit jedem Kind beziehungsweise Jugendlichen statt, da sich nicht jeder gleichermaßen in einer Gruppe öffnen kann. Hierbei wird altersentsprechend über die psychischen Störungen und Symptome informiert und ein Krisenplan mit Ansprechpartnern, Telefonnummern und Notizen für einen akuten

Krankheitsfall aufgestellt. Mit den Eltern wird über die Krankheitsbewältigung und Erziehung gesprochen. In den Familienangeboten wird daran gearbeitet, dass infolge einer Parentifizierung jeder die eigene Rolle wieder einnimmt. In entsprechenden Freizeitgruppen wird ein förderlicher Umgang der Familienmitglieder untereinander geübt. Die therapeutisch-pädagogische Begleitung ermöglicht ungünstige Verhaltensmustern durch gesunde zu ersetzen (vgl. Andre-Lägel, 2014: 193ff).

Die Angebote werden gut angenommen. Dies zeigt sich sowohl an der steigenden Klientenzahl und Nachfrage als auch an der freiwilligen Teilnahme der Kinder und Jugendlichen an den Gruppen- und Einzelangeboten. Eine Vernetzung verschiedener Institutionen ermöglicht den optimalen Schutz der Kinder. Fachvorträge für das Personal psychiatrischer Kliniken und Therapeuten fördern die Sensibilisierung für kindliche Bedürfnisse. Die Mitarbeit in Hilfeplangesprächen in Einrichtungen der Jugendhilfe und dem Allgemeinen sozialen Dienst des Jugendamts ermöglicht, den Hilfebedarf bestmöglich zu koordinieren und kurzfristige zusätzliche Unterstützungsmaßnahmen zu stellen. Mitarbeiter in Schulen sind häufig die Ersten, die eine kindliche Überlastung bemerken können. Informationsveranstaltungen können für die Schwierigkeiten sensibilisieren (vgl. Andre-Lägel, 2014: 196ff).

5.2.2 Auflistung weiterer Interventionsmöglichkeiten

Zwar werden die meisten Kinder von ihren erkrankten Eltern geliebt, jedoch können diese, insbesondere in akuten Krankheitsphasen, die Anforderungen der Erziehung und Versorgung oftmals nicht bewältigen. Angesichts dessen gibt es Patenschaftsmodelle, wie das Projekt Pfiff. Hierbei handelt es sich um eine niedrighwellige, entlastende Begleitung durch Paten (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2016: 99). Patenschaften ermöglichen es, präventive Maßnahmen mit flexiblen Kriseninterventionen zu verbinden. Ziel ist es, den Familienzusammenhalt zu fördern, die Eltern zu entlasten und verlässliche, dauerhafte Beziehungen für die Kinder zu ermöglichen (vgl. Lenz, 2012: 80). Die Paten stehen den betroffenen Kindern als vertraute Bezugsperson außerhalb der Familie zur Verfügung und helfen in akuten Erkrankungsphasen der Eltern. Das Angebot ist besonders sinnvoll für Alleinerziehende psychisch erkrankte Elternteile (vgl. Wiegand-Grefe, 2008: 146). Die Paten entlasten Eltern, indem sie deren Kinder regelmäßig betreuen und als Ansprechpartner bei Problemen der alltäglichen Versorgung sowie Betreuung dienen. In akuten Krankheitsphasen können die Kinder im Rahmen einer Kurzzeitpflege von den Patenfamilien betreut werden. Eine Dauerpflege sollte ausgeschlossen werden. Grundvoraussetzung einer gelingenden Patenschaft ist die gegenseitige Sympathie seitens der Eltern, Kinder und Patenfamilien sowie die Freiwilligkeit aller Beteiligten. Die Paten übernehmen keine pädagogische Verantwortung.

Stattdessen soll ein verwandtschaftliches Verhältnis entstehen, welches Sicherheit gibt, Belastung reduziert und die Eltern-Kind-Beziehung stärkt (vgl. Lenz, 2012: 81ff). Balu und Du ist ein weiteres Programm, welches Paten an Grudschulkindern vermittelt. Diese ermöglichen den Kindern ebenfalls Unterstützung und verschiedene unbeschwerte Freizeitaktivitäten (vgl. Geiger & et al., 2021: 626).

Das in Australien entwickelte Präventionsprogramm „Positive Parenting Program“ zielt ebenfalls darauf ab, eine positive Eltern-Kind-Beziehung zu fördern. Außerdem soll es ungünstige Erziehungsverhalten verändern und Fehlentwicklungen in den Erziehungsmethoden vorbeugen. Die Arbeit basiert auf Erkenntnissen aus sozialen Lerntheorien zur Eltern-Kind-Interaktion und verhaltenstheoretischen Modellen (vgl. Lenz, 2012: 94f).

Ein psychodynamisch orientierter, störungsübergreifender Familienberatungsansatz ist der CHIMPS-Ansatz. Er verfolgt das Ziel, die psychische Gesundheit und die Lebensqualität der Kinder durch die Beschäftigung mit der Krankheitsbewältigung und der Familienbeziehungen zu verbessern. Themen der Interventionen sind die altersgerechte Krankheitsaufklärung, die Kommunikation der Familie, Rollen- und Aufgabenverteilungen sowie Emotionalität. Der Ansatz basiert auf Theoriemodellen, welche den Umgang mit der Störung in der Familie als wichtigen Faktor für die kindliche Entwicklung betrachten, sowie auf Bedarfsanalysen. Diese bringen hervor, dass ein familienorientiertes Angebot von betroffenen Eltern eher angenommen wird als Gruppenangebote, da keine fremden Menschen in die Hilfeleistung einbezogen werden müssen. Die Teilnahme ist für Kinder ab drei Jahren möglich. Durchgeführt wird das Angebot durch Psychotherapeuten oder mit Hilfe eines Manuals auch von anderen Berufsgruppen (vgl. Wiegand-Grefe, 2014; 147f). CHIMPs umfasst Eltern-, Kinder-, Familien- sowie diagnostische Gespräche (vgl. Lenz, 2005 und 2014: 244). Beteiligte Kinder zeigen eine erheblich bessere Lebensqualität und weniger psychische Auffälligkeiten. Ebenfalls können Verbesserungen in der Familienbeziehung, der sozialen Unterstützung sowie Krankheitsbewältigungsstrategien festgestellt werden (vgl. Wiegand-Grefe, 2014; 147f).

Ein weiteres präventives Projekt ist das Konzept von KIPKEL. Hierbei handelt es sich um ein Beratungsangebot in Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie und der Jugendhilfe, welches die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder unterstützen soll. Die Kontaktaufnahme geschieht mit den psychisch erkrankten Eltern im stationären Bereich. Daraufhin folgt der erste Kontakt zur Familie. In diesem Gespräch steht der Vertrauensaufbau im Vordergrund. In dem folgenden Einzelkontakt mit den Kindern wird zum Beispiel die spielerische und gestalterische Arbeit einbezogen. Die Kinder haben die Möglichkeit, sich in kleinen Gruppen auszutauschen, zu spielen und zu entspannen. Infolge einer intensiven Elternarbeit finden ebenfalls Familiengespräche statt. Diese führen zu gegenseitigem Verständnis und dem Abbau von Angst- und

Schuldgefühlen. Familiengespräche sind für die Erarbeitung einer Zukunftsperspektive nötig. Nach der intensiven Betreuung der Familie können die Kinder zu einer regelmäßig stattfindenden offenen Sprechstunde erscheinen. Der Austausch, das Spielen sowie das Aufbauen von Freundschaften in Spiel- und Sporträumen stehen im Vordergrund dieses Angebots. Das Projekt wird von Kinder- und Jugendtherapeuten, Familientherapeuten, Sozialarbeitern und Sozialpädagogen durchgeführt (vgl. Staets, 2014: 174 ff).

Auch die Frühen Hilfen bieten Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder von Eltern mit psychischen Störungen. Frühe Hilfen sind Unterstützungsangebote für Schwangere und Familien mit Kindern von null bis drei Jahren. Sie zielen darauf ab, jedem Kind eine gesunde Entwicklung sowie ein gewaltfreies Leben zu ermöglichen (vgl. Renner, Hoffmann & Paul, 2020: 417). Viele Angebote der Frühen Hilfen, wie die aufsuchende Unterstützung durch Gesundheitsfachkräfte, sind auf einen erhöhten psychosozialen Hilfebedarf ausgelegt. Eltern mit Anzeichen einer psychischen Störung nehmen diese häufig in Anspruch. Betroffene Eltern können durch die Unterstützung ihre elterliche Kompetenz stärken (vgl. Renner, Hoffmann & Paul, 2020: 420f). Die krankheitsunabhängigen Programme der Frühen Hilfen haben die Aufgabe, dysfunktionale Interaktionsmuster zu verändern und anhand positiver Videosequenzen die Selbstwirksamkeit der Mutter zu erhöhen. Weiterhin soll die Bedürfniswahrnehmung verbessert und für die Stressreaktionen in der Mutter-Kind-Interaktion sensibilisiert werden. Einzelne Programme sind beispielsweise die Tagesklinische Eltern-Baby-Behandlung bei post-partalen psychischen Störungen, »Kreis der Sicherheit« Zur Förderung frühkindlicher Bindungssicherheit bei psychischer Erkrankung der Mutter, Postpartale psychische Störungen - Ein interaktions-zentrierter Therapieleitfaden sowie die Ambulante und stationäre Mutter-Kind-Behandlung am Universitätsklinikum des Saarlandes (vgl. Lenz, 2017: 47f). Viele Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil sind in den Frühen Hilfen jedoch unterversorgt und benötigen intensivere sowie spezifischere Hilfsangebote. In diesem Fall leisten die Angebote dennoch einen Beitrag zu der Versorgung der betroffenen Kinder, indem die elterlichen Kompetenzen gestärkt, der Hilfebedarf sichtbar gemacht, eine differenzierte Diagnostik durchgeführt und mit geeigneten Angeboten interveniert werden kann. In diesem Fall ist ein funktionierendes Hilfesystem erforderlich (vgl. Renner, Hoffmann & Paul, 2020: 420f).

5.2.3 Netzwerkarbeit

Durch eine geeignete Unterstützung kann die kindliche Entwicklung konstruktiv beeinflusst werden (vgl. Borg-Laufs, 2012: 127). Die Schwierigkeiten in Familien mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil setzen jedoch die Zusammenarbeit verschiedener Hilfesysteme voraus. Die betroffenen Familien benötigen häufig zusätzlich zu den therapeutischen

Hilfen die Unterstützung von Sozialdiensten etwa von Krankenhäusern, Jugendämtern oder Sozialämtern, damit Alltagsprobleme bewältigt werden können (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012: 194). Die Hilfe scheitert häufig an strukturellen Problemen, etwa einer fehlenden Zusammenarbeit unterschiedlicher Versorgungssysteme. Eine inhaltlich-fachliche Abstimmung der Wissensstände und Arbeitsweisen aus der psychotherapeutischen, psychiatrisch-medizinischen und sozialpädagogischen Sichtweise ermöglicht wirksame Hilfen (vgl. Franz, 2014: 108f). Die Etablierung eines regionalen Netzwerks kann zu einer angemessenen Bedarfsklärung sowie zur Abstimmung der einzelnen Hilfeformen beitragen (vgl. Borg-Laufs, 2012: 127). Für eine zielführende Unterstützung muss das soziale Umfeld der Familie, Kitas und Schulen, Freizeitangebote, Ämter sowie die sozialpsychiatrischen Institutionen der Erwachsenenpsychiatrie einbezogen werden. Fachkräfte der Erwachsenenpsychiatrie und der Jugendhilfe müssen eng zusammenarbeiten. Mitarbeiter der Erwachsenenpsychiatrie sollten Ansprechpartner aus der Jugendhilfe haben und sich über rechtliche Möglichkeiten und Grenzen des Jugendamtes, etwa ambulante Hilfe, Beratung und Haushaltshilfen, weiterbilden. Ein Netzwerk, an das sich im Bedarfsfall gewendet werden kann, muss zur Verfügung stehen (vgl. Franz, 2014: 108ff). In der Jugendhilfe muss ein Verständnis für psychische Erkrankungen geschaffen werden. Außerdem ist es von Bedeutung, die Kooperationsmöglichkeiten weiter zu fördern. Es ist nötig, ein Bewusstsein bei Ärzten für das gesamte Familiensystem zu schaffen. Die Jugendhilfe benötigt die Unterstützung des medizinischen Personals, damit sich betroffene Eltern auf Hilfen zur Erziehung sowie den Kontakt zum Sozialdienst und dem Jugendamt einlassen, insbesondere wenn sie eine eigene ambulante oder stationäre Behandlung verweigern (vgl. Franz, 2014: 110f). Das Projekt Kipkel weist zum Beispiel darauf hin, dass durch ein funktionierendes Netzwerk Möglichkeiten für Kinder geschaffen werden, kostenlos an öffentlichen Veranstaltungen, wie Theater, Tanz und Freizeitangebote, teilzunehmen. Somit wird neben der Entlastung der Kinder auch die Teilhabe gefördert (vgl. Staets, 2014: 187)

Viele Projekte und Initiativen werden in Deutschland durch Spenden und Stiftungen finanziert oder als Modellprojekt temporär angeboten. Dadurch ist lediglich eine punktuelle Unterstützung der betroffenen Familien möglich. Wünschenswert wäre eine bundesweite Regelversorgung (vgl. Wiegand-Grefe, 2014; 149).

6. Fazit

Durch ein Elternteil mit einer psychischen Störung sind Kinder psychisch erkrankter Eltern, wie im Kapitel 4.2 dargelegt, diversen Belastungen ausgesetzt. Die genannten Faktoren treten

infolge einer psychischen Störung des Elternteils verstärkt und gesammelt auf, wodurch die Belastung der Kinder steigt. Desto mehr ungünstige Bedingungen vorhanden sind, desto größer ist das Risiko, die Lebenssituation nicht unbeschadet bewältigen zu können und psychische Auffälligkeiten oder Störungen zu entwickeln. Die genetischen Faktoren beeinflussen, wie sich die ungünstigen Umweltbedingungen auf die Kinder und Jugendlichen auswirken. Kinder psychisch erkrankter Eltern reagieren aufgrund einer erhöhten Vulnerabilität empfindlicher auf ungünstige Situationen. Anzumerken ist jedoch, dass nicht in jeder Familie mit psychisch erkrankten Eltern die gesamte Bandbreite der ungünstigen Faktoren auftreten müssen. Welche Belastungen auftreten ist sowohl von der Schwere der Symptome, als auch dem Vorhandensein weiterer gesunder Familienmitglieder abhängig.

Infolge des Zusammenlebens mit psychisch erkrankten Eltern sind eine Vielzahl an Entwicklungsbeeinträchtigungen denkbar. Diese sind im Kapitel 4.3 ausführlich beschrieben und anhand einzelner Störungsbilder und Altersstufen der Kinder erläutert. Ob sich Entwicklungsrückstände oder negative Folgen für das künftige Leben der Kinder und Jugendlichen entwickeln, ist abhängig davon, wie viele Risiko- und Belastungsfaktoren auf das Kind einwirken, wie empfindlich die Kinder auf diese reagieren und welche Schutzfaktoren ihnen bei der Bewältigung helfen. Je nach Entwicklungsstand der Kinder oder Störung der Eltern sind manche Auswirkungen wahrscheinlicher. Es darf jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass alle Familien, wie in der vorangegangenen Arbeit dargestellt, handeln. Es ist entscheidend, dass Fachkräfte über die Wahrscheinlichkeit der dargestellten Risiken informiert sind und sich vollständig mit den Lebensumständen der Familien befassen.

Das Erleben von schwer zu bewältigenden Situationen, hohen Belastungsfaktoren und gefährdendem elterlichem Verhalten ist für kein Kind wünschenswert. Doch besteht die Möglichkeit, aus solch negativen Situationen gestärkt hervorzugehen? Erwachsene Kinder psychisch erkrankter Eltern, welche die gegebenen Bedingungen ohne das Auftreten eigener psychischer Störungen oder Auffälligkeiten bewältigen konnten, könnten vielfältige situationangepasste Bewältigungsstrategien für zukünftige Lebensaufgaben aus dem Zusammenleben mit ihren Eltern erlangen. Gewonnene Schutzfaktoren und stabile Beziehungen, welche ihnen in der Krankheitszeit der Eltern geholfen haben, könnten auch in weiteren Belastungssituationen helfen. Weiterhin könnten sie gelernt haben, sich abzugrenzen und ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen. Dies führt zu einer erhöhten Selbstachtsamkeit. Gleichzeitig könnte ihr Mitgefühl anderen Menschen gegenüber und die Bereitschaft, anderen bei der Bewältigung von Problemen zu helfen, erhöht sein. Dies würde sich auch in dem Vorhaben, ihre eigenen Erfahrungen zum Zwecke der Aufklärung mit weiteren betroffenen Familien zu teilen, zeigen. Infolge einer adaptiven Parentifizierung (vgl. Kapitel 4.2) ist es

möglich, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern ein gestärktes Selbstbewusstsein und eine erhöhte Empathiefähigkeit ausbilden.

Das Risiko, selbst eine psychische Störung auszubilden, ist im Gegensatz zu Kindern gesunder Eltern deutlich erhöht. Doch eine Vielzahl der Kinder psychisch erkrankter Eltern wird die elterliche Erkrankung statistisch gesehen problemlos überstehen. Wie viele Kinder die psychische Erkrankung ihres Elternteils tatsächlich gesund bewältigen können, kann nicht zuverlässig beantwortet werden. Die gesichteten Statistiken über Erkrankungsrisiken bezogen sich lediglich auf Kinder, welche eine psychische Störung oder Auffälligkeit entwickelten. Kinder, welche noch im Erwachsenenalter in anderen Bereichen von dem elterlichen Verhalten betroffen sind, werden hierbei wenig berücksichtigt. Damit ist etwa das nicht ertragen von Disharmonien oder die ständige Achtsamkeit gegenüber anderen Personen (vgl. Kapitel 4.3.3) gemeint, die das Leben der Betroffenen einschränken.

Zu Beginn der Arbeit wurde das Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung von Erikson dargestellt (vgl. Kapitel 3). Im Folgenden soll geklärt werden, ob sich die von ihm benannten Stufen der Entwicklung auch auf Kinder mit erheblichen Belastungen anwenden lassen. Grundlage seines Stufenmodells ist die Theorie Freuds, in der ungelöste Konflikte zu abweichendem Verhalten führen sollen. Kinder, welche die Krisen negativ bewältigen, hätten demnach eine hohe Wahrscheinlichkeit für die Ausbildung von psychischen Störungen. Säuglinge psychisch erkrankter Eltern sind vermehrt mit unsicheren und unzuverlässigen Verhaltensweisen konfrontiert und haben dementsprechend das Risiko, Selbstzweifel und Misstrauen auszubilden. In der Bewältigung der ersten Phase würde dementsprechend das Ur-misstrauen überwiegen. In der zweiten Phase nimmt die Autonomie des Kindes zu. Erikson beschreibt, dass die Reaktion der Eltern über die Bewältigung dieser Phase entscheidet. Da psychisch erkrankte Eltern eher passiv, kontrollierend, überfürsorglich oder ambivalent handeln und somit stark oder gar nicht in die Bestrebungen des Kindes eingreifen, würde sich ein Ohnmachtsgefühl und ein geschwächtes Selbstvertrauen ausbilden. Auch die zweite Stufe würde demnach wahrscheinlich schlecht bewältigt werden. In der dritten Krise geht es um die Förderung von Initiativen, der verstärkten Identifizierung mit den Eltern sowie das Entwickeln von Schuldgefühlen für Taten oder Gedanken. Psychisch erkrankte Eltern haben häufig ein geringeres Einfühlungsvermögen. Sie würden dementsprechend die Förderung der Initiativen beeinträchtigen, wodurch die kindlichen Wünsche und der Selbstwert unterdrückt werden. Die Kinder zeigen infolgedessen ein vermindertes Interesse an alterstypischen Aktivitäten. Des Weiteren ist es sowohl infolge eines Rückzugsverhaltens, aber auch bei stark ambivalenten Verhaltensweisen schwierig, eine realistische Vorstellung von Werten zu erlangen. Kinder psychisch kranker Eltern in diesem Alter entwickeln vermehrte Kausalitätsvorstellungen. Zum Beispiel entwickeln sie die Vorstellung, sie seien für die Erkrankung der Eltern verantwortlich. In

der nächsten Stufe entwickeln die Kinder einen Werksinn. Die Anerkennung für ihr Handeln ist wertvoll für eine positive Bewältigung. Bei Eltern mit psychischen Störungen fehlt es jedoch häufig an anerkennendem Zuspruch, wodurch Gefühle der Unzulänglichkeit beim Kind entstehen würden. Die Schule hat gemäß Erikson auch eine wichtige Bedeutung. Für Kinder psychisch erkrankter Eltern hat sie neben den von ihm benannten Einflüssen zusätzlich die Aufgabe, einen Schutz und Entlastungsraum darzustellen und die fehlende häusliche Anerkennung auszugleichen. In der nächsten Krise soll mit Rollen experimentiert und sich ausgetestet werden. Jugendliche psychisch erkrankter Eltern sind jedoch vermehrt Zuhause eingebunden, müssen schon seit längerer Zeit Verantwortung übernehmen und haben einen geringeren Anschluss an Gleichaltrige. Ablösungsprozesse, welche typisch für diese Altersphase sind, gehen bei betroffenen Jugendlichen mit Loyalitätskonflikten einher. Zuverlässigkeit ist in der Bewältigung dieser Phase von Bedeutung. Jugendliche erleben im eigenen Haushalt jedoch vermehrt verwirrendes und unzuverlässiges Verhalten. Erikson beschreibt, dass je ungefestigter die eigene Identität durch die Bewältigung der früheren Konflikte ist, desto stärker sind die Zweifel bezüglich der persönlichen Werte und der eigenen Existenz. Durch die eher schlechte Bewältigung der vorherigen Phasen, müssten betroffene Jugendliche eine unstabile Identität mit einem geminderten Selbstwert ausbilden. Die Krise des jungen Erwachsenenalters entscheidet darüber, ob stabile Beziehungen aufgebaut werden können. Kinder psychisch kranker Eltern sind jedoch durch das eher unsichere Bindungsverhalten, welches sie in der Kindheit aufgebaut haben, schon gezeichnet. In der darauffolgenden Krise handelt es sich um die Verantwortung für die Gesellschaft. Dies wird häufig durch das Engagieren in sozialen Berufen positiv bewältigt, da sich dort für das Wohlergehen anderer Betroffener eingesetzt wird. In der letzten Krise im hohen Erwachsenenalter muss eine Bilanz über das bisherige Leben gezogen werden. Ist es jedoch möglich, ein positives Fazit über sein Leben zu ziehen, wenn die vorherigen Krisen bis auf einige wenige Aspekte eher negativ bewältigt wurden? Das durch die Erkrankung eingeschränkte Erziehungsverhalten, die zusätzlichen Belastungen durch die Übernahme von Verantwortung oder auch negative psychosoziale Umweltbedingungen schränken eine positive Bewältigung der Phasen stark ein. Anzumerken ist, dass hierbei von Erkrankungen mit starken Symptomen und einer hohen Belastung für die Kinder ausgegangen wurde. Je nach Intensität der Einschränkungen können die einzelnen Krisen auch besser bewältigt werden. Erikson beschreibt, dass die einzelnen Phasen aufeinander aufbauen und die Bewältigung relevant für die nächsten Stufen seien. Des Weiteren können die Stufen in ihrer Dauer variieren, jedoch nicht in der Reihenfolge. Kinder psychisch erkrankter Eltern haben dennoch teilweise altersuntypische Aufgaben zu bewältigen, welche beispielsweise aus einer Parentifizierung resultieren. Sie müssen somit zwangsläufig die Bewältigung der Aufgaben der eigentlichen Krise ruhen lassen oder Stufen überspringen. Das Verhalten der Eltern muss sich jedoch nicht zum Zeitpunkt der Krankheitsphase auf das Kind auswirken. Bestimmte Folgen

treten erst eine gewisse Zeit später ein und unterscheiden sich etwa nach Geschlecht und Alter des Kindes. Dies führt zu einer Vermischung der Krisen. Die Erfahrungen und Auswirkungen, welche betroffene Kinder im Zusammenleben mit ihren Eltern erleben, sind in den vorherigen Kapiteln ausführlich beschrieben. Daran wird deutlich, dass sich jegliche Entwicklungsphasen auf spätere Lebensphasen auswirken.

Schlussfolgernd kann festgestellt werden, dass auch Kinder und Jugendliche psychisch erkrankter Eltern die einzelnen Krisen durchleben. In ihrem Aufwachsen sind jedoch vermehrt die eigenen Bedürfnisse verdrängt, wodurch die Krisen überwiegend negativ bewältigt werden würden und die Ausbildung psychischer Störungen unabwendbar wäre. In diesem Fall ist externe Hilfe nötig, damit Eltern ihre Kinder in der Bewältigung der früheren Phasen unterstützen und nicht in der Exploration und Ablösung beeinträchtigen. Die Bewältigung der Krisen findet vermehrt vermischt in verschiedenen Phasen des Lebens statt. Zudem sollte nicht davon ausgegangen werden, dass die negative Bewältigung einer Krise zu einer grundsätzlichen Unzufriedenheit führt. Durch vielfältige Schutzfaktoren, soziale Beziehungen und Unterstützungsmöglichkeiten ist eine positive Bewältigung neuer Lebensabschnitte möglich.

Aus den Ergebnissen der Resilienz- und Copingforschung (vgl. Kapitel 5) ist zu entnehmen, dass Kinder und Jugendliche mit starken Ressourcen dazu fähig sind, Belastungen positiv zu bewältigen. Das Lernen von problemorientierten und emotionsregulierenden Copingstrategien, sowie die Suche nach sozialer Unterstützung erweist sich als besonders sinnvoll für eine gesunde kindliche Entwicklung. Daraus leitet sich ab, dass geeignete individuelle und familiäre Ressourcen und Bewältigungsstrategien durch Professionelle gefördert sowie für ein situationsangemessenen Einsatz sensibilisiert werden müssen. Die Arbeit mit psychisch erkrankten Eltern und dessen Kinder schließt sowohl Therapien als auch Präventionsmaßnahmen ein. Bevorzugt sollten Primärpräventionen betrachtet werden, um Probleme in der Entwicklung und dem familiären Zusammenleben von Beginn an zu verringern. Hilfestellung für betroffene Familien leisten sowohl die kommunalen Jugendämter, als auch verschiedene Projekte. Das grundlegende Ziel der Einzelfallarbeit, Gruppenarbeit oder familienorientierten Arbeit ist es, die gesamte Familie zu entlasten.

Sozialarbeiter sind unter anderem an Projekten für Kinder psychisch erkrankter Eltern beteiligt. Anderenfalls können sie beispielsweise durch die Arbeit in der Erwachsenenpsychiatrie, der Schulsozialarbeit, in Beratungsstellen oder als Mitarbeiter des Jugendamtes mit den betroffenen Familien in Kontakt kommen. In diesem Fall ist es relevant, einen Überblick über die vorhandenen Risiken zu verfügen, denen Kinder psychisch erkrankter Eltern ausgesetzt sind. Denn nur dadurch besteht die Möglichkeit, die belastenden Faktoren zu beeinflussen und diesen präventiv entgegenzuwirken. Eine weitere Alternative wäre das Vermitteln an

geeignete Anlaufstellen. Sozialarbeiter in verschiedensten Bereichen sollten die Bereitschaft besitzen, mit differenten Institutionen zusammenzuarbeiten. Denn für eine fallübergreifende und zielführende Unterstützung sind ein Hilfenetzwerk sowie die Kooperationen unterschiedlicher Fachkräfte nötig. Unterstützungsangebote müssen ineinander übergehen und aufeinander abgestimmt werden. Die vorhandene Komm-Struktur erschwert es insbesondere Erkrankten, welche nicht in Behandlung sind, Hilfen für ihre Kinder zu erhalten. Die häufig vorkommende Tabuisierung, Schamgefühle, Ablehnung gegenüber fremden Hilfen oder auch eine fehlende Einsicht für den Hilfebedarf erschweren den Zugang zu den Kindern zusätzlich. Therapeuten und Sozialarbeiter, welche mit psychisch kranken Erwachsenen in Kontakt kommen, sollten demnach zeitnah nach eventuellen Kindern fragen. Infolgedessen können die Kinder als Angehörige in den Vordergrund gerückt und in die Behandlung einbezogen werden. Daraufhin kann eine Aufklärung über mögliche Hilfemaßnahmen stattfinden und bei der Vermittlung unterstützt werden. Darüber hinaus sollte sich die Soziale Arbeit auch künftig dafür einsetzen, der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen entgegenzuwirken, eine Teilhabe der betroffenen Eltern und Kinder zu ermöglichen sowie verlässliche Strukturen aufzubauen. Dies schließt die Förderung eines sozialen Netzes, Möglichkeiten der Aufklärung, aber auch ausgleichende Freizeitangebote ein.

Nachdem beantwortet wurde, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern besonderen Belastungen ausgesetzt sind und welche Folgen daraus hervorgehen können, soll anschließend die zu Beginn aufgestellte These „Je unauffälliger, ruhiger und selbstständiger die Kinder wirken, desto dringlicher ist die Hilfestellung durch Soziale“ beantwortet werden. Aus den vorangegangenen Erkenntnissen ist die Behauptung weder zweifelsfrei mit ja noch nein zu beantworten. Einerseits hat sich die Vermutung verifiziert, denn einige Kinder psychisch erkrankter Eltern passen sich ihrer Situation an, da sie das Gefühl haben, die Verantwortung für die Familie übernehmen zu müssen. Sie übernehmen anstandslos Aufgaben im Familienalltag und wirken selbstständig sowie unauffällig. Dies resultiert jedoch eher daraus, dass die Kinder aufgrund des vorherrschenden Schweigegebots nicht über die Erkrankung ihrer Eltern reden, die Eltern unterstützen möchten und nicht enttäuschen wollen. Ein Austausch mit Personen außerhalb der Familie würde zu einem Loyalitätskonflikt führen. Manche Kinder eignen sich ebenfalls eine besondere Beobachtungsgabe für Stimmungen und Stimmungsschwankungen an. Eine Überanpassung des Kindes führt dazu, dass die eigenen Bedürfnisse verdrängt und die der anderen priorisiert werden. Infolgedessen wirken sie ausgesprochen vernünftig. Nur durch die Fürsorge um andere entsteht bei einigen Kindern ein Gefühl der Stärke und Kompetenz, wodurch sie ihre eigenen Bedürfnisse immer weiter in den Hintergrund drängen. Die Gefahr besteht, dieses Verhalten mit Hilfsbereitschaft und Mitgefühl zu verwechseln. Des Weiteren werden im Kapitel 4.1 verschiedene Rollen beschrieben, durch

die schwierige Situationen von Kindern bewältigt werden. Die Rolle des Helden und des stillen Kindes befürworten die These. Der Held übernimmt die Verantwortung für die Familie und versucht sie zu stabilisieren. Mit dieser Aufgabe ist er maßlos überfordert. Da der Held dennoch seine guten Schulleistungen aufrechterhält und sich erwachsen verhält, wird die Belastung dieser Kinder unterschätzt. Ähnlich ist es bei den stillen Kindern. Diese versuchen, Probleme eigenständig zu lösen, wenig aufzufallen und niemanden zu belasten. Dadurch wirken auch sie angepasst und unauffällig. Die Gefahr, das Verhalten der Kinder falsch zu deuten und die Belastungen zu unterschätzen, zeigt, dass besonders angepasste und unauffällige Kinder, welche ihre Aufgaben gewissenhaft erledigen, die Aufmerksamkeit von Sozialarbeitern benötigen. Entlastungsmöglichkeiten und ein Brechen des Kommunikationsverbotes sind in diesem Fall äußerst dringend.

Andererseits können Kinder die Belastungen auch durch destruktive emotionsregulierende Strategien überstehen. Das sogenannte schwarze Schaf bewältigt die Belastungen in der Familie, im Gegensatz zu dem Helden und stillen Kindern, gegensätzlich. Kinder in dieser Rolle zeigen aggressives, unangepasstes Verhalten. Sie haben deutliche Probleme im schulischen Bereich und in der Interaktion mit Gleichaltrigen. Aufgrund ihres auffälligen Verhaltens werden diese Kinder eher wahrgenommen. Um weitere Probleme mit diesen Kindern zu vermeiden, beispielsweise im Kontext Schule, wird im Gegensatz zu den anderen Rollen eher nach Gründen für das Verhalten gesucht und Unterstützung angeboten. Kinder in dieser Rolle haben den Vorteil, sich besser abgrenzen zu können. Dennoch benötigen auch sie die Unterstützung von Professionellen, damit weitere Bewältigungsstrategien erlernt und die Kinder von den schwierigen Lebensumständen entlastet werden. Der Clown fällt infolge seiner humorvollen Verhaltensweisen auf, wodurch solche Kinder vermehrt unreif wirken. Sie sind weder unauffällig und selbstständig, noch bereiten sie Probleme. Dennoch benötigen sie Hilfe bei der Einordnung der elterlichen Verhaltensweisen. Diese beiden Rollen zeigen, dass auch bei auffälligerem Verhalten eine dringliche Hilfe erforderlich sein kann. Dies schließt jedoch nicht aus, dass besonders die unauffälligen Kinder Hilfe benötigen. Einerseits kann man gewiss nicht sagen, bei wem ein höherer Hilfebedarf indiziert ist. Da jedes Kind seine eigenen Strategien entwickelt und verschieden mit Belastungen umgeht, sind die Auswirkungen nicht sicher absehbar. Andererseits werden die in der These angesprochenen Kinder infolge ihrer Anpassungsleistung häufiger übersehen. Es ist Aufgabe der Sozialen Arbeit, die verschiedenen Bewältigungsmuster im Blick zu haben und speziell auf die auffällig unauffälligen Kinder zuzugehen.

Viele Forschungen haben sich mit dem Einfluss psychisch erkrankter Eltern auf die kindliche Entwicklung befasst, wodurch die zu klärenden Fragen überblicksmäßig beantwortet werden konnten. Auffallend ist jedoch, dass in den meisten Studien und der vorhandenen Literatur

vorwiegend die Mutter im Fokus der Betrachtung war. Ob sich psychische Auffälligkeiten durch eine Erkrankung des Vaters erheblich unterscheiden würden, ist aufgrund mangelnder und widersprüchlicher Forschungsergebnisse nicht vollständig beantwortet. In dem Zusammenhang bleibt zunächst unklar, wie sich die Entwicklung eines Kindes von einem gleichgeschlechtlichen Paar mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil von der Entwicklung eines Kindes von einem heterogenem Paar mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil unterscheiden könnte und ob sich demzufolge andere Ausgleichschancen ergeben könnten. Fortlaufend stellt sich die Frage, ob es wirklich möglich ist, eine unsichere Bindung sowie psychische Auffälligkeiten bei einem Kind, welches mit einem schwer psychisch erkrankten alleinerziehenden Elternteil zusammenlebt, durch Schutzfaktoren und Bezugspersonen außerhalb der Familie sowie regelmäßige Unterstützungsangebote abzuwenden.

Literaturverzeichnis

- Amelang, M., & Schmidt-Atzert, L. (2006). *Psychologische Diagnostik und Intervention (4.Aufl.)*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Andre-Lägel, I. (2014). Kinder stark machen: Die Arbeit der Beratungsstelle AURYN. In F. Mattejat, & B. Lisofsky, *Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker (4.korrigierte und ergänzte Aufl.)* (S. 191-198). Köln: Balance buch + medien Verlag.
- Asendorpf, P. e. (01. 02 2022). *Persönlichkeit*. Abgerufen am 06 2022 von Dorsch: Lexikon der Psychologie:
<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/persoenlichkeit#search=1dee0be207891a65a3a3392e0d0d4df5&offset=1>
- Bäumli, J. (2002). Was versteht man unter einer Psychotherapie? In B. d. e. V., *Mit psychisch Kranken leben: Rat und Hilfe für Angehörige (2.korrigierte Auflage)* (S. 97-121). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Bayer, D. p. (26. 04 2021). *Instanzenmodell*. Abgerufen am 06 2022 von Dorsch: Lexikon der Psychologie:
<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/instanzenmodell#search=0f7cedd8f6edc7a7b67e97d161028579&offset=0>
- BfArM. (2022). *ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Abgerufen am Mai 2022 von Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte:
https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html6
- Bischof-Köhler, D. (2011). *Soziale Entwicklung in Kindheit und Jugend: Bindung, Empathie, Theory of Mind*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Borg-Laufs, M. (2012). Die vergessenen Kinder: Über die Auswirkungen psychischer Krankheit von Eltern auf Kinder. In S. Gahleitner, & G. Hahn, *Klinische Sozialarbeit: Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen (2.Aufl.)* (S. 122-130). Bonn: Psychiatrie Verlag .
- Clausen, J., & Eichenbrenner , I. (2016). *Soziale Psychiatrie: Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen (2. überarbeitete und erweiterte Aufl.)*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

- Conzen, P. (1996). *Erik H. Erikson: Leben und Werk*. Stuttgart Berlin Köln: Verlag W. Kohlhammer.
- Deneke, C. (15. 11 2015). *Seelische Gesundheit: Entwicklungsrisiken bei Kindern psychisch kranker Eltern*. Abgerufen am 06 2022 von Kinderärztliche Praxis - Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin: <https://www.kinderaerztliche-praxis.de/a/entwicklungsrisiken-bei-kindern-psychisch-kranker-eltern-1738588>
- Desch, E. (2014). Parentifizierung. In S. Kupferschmid, & I. Koch, *Psychisch belastete Eltern und ihre Kinder stärken: Ein Therapiemanual* (S. 19-22). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- DGPPN. (Januar 2022). *Basisdaten Psychische Erkrankungen*. Abgerufen am Juni 2022 von dgppn: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/be8589427bb02b67f5592b73cbb4d32cde26d0be/Factsheet_Kennzahlen%202022.pdf
- Erikson, E. H. (1995). *Erik H. Erikson: Der vollständige Lebenszyklus 3. Aufl. (Übers. von Waltrud Klüwer)*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Franz, M. (2014). Welche Hilfen sind sinnvoll und wie lassen sich die Hilfen für eine Familie verbinden? In F. Mattejat, & B. Lisofsky, *Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker (4. korrigierte und ergänzte Aufl.)* (S. 106-113). Köln: Balance buch + medien Verlag.
- Geiger, E., & et al. (11 2021). Kinder psychisch kranker Eltern: Ausbau der Versorgung einer oft vergessenen Risikogruppe. *Hessisches Ärzteblatt*, S. 624 - 627.
- Grunwald, W. (1998). Neurose. In J. S. Peter Heinrich, *Wörterbuch zur Mikropolitik* (S. 190-193). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften .
- Gudjons, H., & Traub, S. (2020). *Pädagogisches Grundwissen: Überblick – Kompendium – Studienbuch (13.Aufl.)*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Heim, S. (2002). ... und (k)einen Platz für Kinder? Ein blinder Fleck der Angehörigenarbeit in der Psychiatrie. In B. d. e. V., *Mit psychisch Kranken leben: Rat und Hilfe für Angehörige (2.korrigierte Auflage)* (S. 174-178). Bonn: Psychiatrie Verlag.

- Herpertz, S. C., & Grabe, H. J. (08. 03 2019). Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. *Der Nervenarzt* 90, S. 233–234.
- Hoffmann-Richter, U., & Finzen, A. (2002). Die häufigsten psychischen Krankheiten. In B. d. e. V., *Mit psychisch Kranken leben: Rat und Hilfe für Angehörige* (S. 20-46). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Kohnstamm, R. (2006). *Praktische Kinderpsychologie: Die ersten 7 Jahre. Eine Einführung für Eltern, Erzieher und Lehrer (4.Aufl.)*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kupferschmid, S., & Koch, I. (2014). *Psychisch belastete Eltern und ihre Kinder stärken. Ein Therapiemanual*. Stuttgart: W.Kohlhammer-Verlag.
- Lenz, A. (2005 und 2014). *Kinder psychisch kranker Eltern (2.überarbeitete und erweiterte Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lenz, A. (2012). *Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Lenz, A. (2017). *Eltern mit psychischen Erkrankungen in den Frühen Hilfen: Grundlagen und Handlungswissen. Handreichung. Materialien zu Frühen Hilfen 9(2.Aufl.)*. (N. Z. (NZFH), Hrsg.) Köln.
- Lenz, A., & Wiegand-Grefe, S. (2017). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Mattejat, F. (2014). Kinder mit psychisch kranken Eltern: Was wir wissen und was zu tun ist. In F. Mattejat, & B. Lisofsky, *Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker (4. korrigierte und ergänzte Aufl.)* (S. S. 68-95). Köln: BALANCE buch + medien verlag.
- Merten, D. p. (16. 11 2021). *Münchhausen-Syndrom*. Abgerufen am 06 2022 von DORSCH Lexikon der Psychologie: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/muenchhausen-syndrom#search=e0f2b1b4067027cd3863952720701860&offset=0>
- Moggi, F. (2002). Folgen. In D. Bange, & W. Körner, *Handwörterbuch sexueller Missbrauch* (S. 116-121). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag.
- Moggi, F. (2009). Kindesmisshandlung: Behandlung von psychischen Störungen im Zusammenhang mit Gewalt an Kindern. In S. Schneider, & J. Margraf, *Lehrbuch der*

- Verhaltenstherapie* (Bde. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter, S. 866-885). Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Pauen, S., & Roos, J. (2020). *Entwicklung in den ersten Lebensjahren (0-3 Jahre) (2. Aufl.)*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Plass, A., & Wiegand-Grefe, S. (2012). *Kinder psychisch kranker Eltern: Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln*. Weinheim, BAsel: Beltz Verlag.
- Pro Psychotherapie e.V. (2022). *ICD - 10 Klassifikation*. Abgerufen am Mai 2022 von Therapie.de: <https://www.therapie.de/psyche/info/index/icd-10-diagnose/psychische-stoerungen/>
- Renner, I., Hoffmann, T., & Paul, M. (2020). Frühe Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern - Forschungsergebnisse des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*(69), 416-425. Von <https://www.vr-elibrary.de/doi/epdf/10.13109/prkk.2020.69.5.416> abgerufen
- Roedenbeck, M. (2016). *Kindheit im Schatten: Wenn Eltern krank sind und Kinder stark sein müssen*. Berlin: Christoph Links Verlag.
- Schumann, E. C. (2013). *Beziehungsmuster erwachsener Kinder aus Alkoholikerfamilien: Eine qualitative Untersuchung*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Staets, S. (2014). Vorbeugen ist wichtig: KIPKEL-ein ambulantes Präventionsprojekt. In F. Mattejat, & B. Lisofsky, *Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker (4. korrigierte und ergänzte Aufl.)* (S. 174-191). Köln: Balance buch + medien Verlag.
- WHO. (2022). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*. Abgerufen am Mai 2022 von World Health Organization: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
- Wiegand-Grefe, S. (2014). Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern: Viele Initiativen, aber keine Regelversorgung. In F. Mattejat, & B. Lisofsky, *Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker (4. korrigierte und ergänzte Aufl.)* (S. 140-149). Köln: Balance buch + medien Verlag.

Zimmermann, P. D. (24. 04 2019). *Bindungsrepräsentation*. Abgerufen am 2022 06 von
Dorsch Lexikon der Psychologie:
<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/bindungsrepraesentation>

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel „Der Einfluss psychisch erkrankter Eltern auf die kindliche Entwicklung und Möglichkeiten der Unterstützung durch die Soziale Arbeit“ selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Quellen angefertigt habe.

Magdeburg, den 20.07.2022

Lea Finzelberg