

Schriftenreihe Bachelor- und Masterthesen der  
Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit

Noëmi Maurer, Deborah Mülhaupt

## Mutterseelenallein

Wie wirkt sich eine psychische Erkrankung der primären Bezugsperson auf die Bindung des Kindes aus?

Bachelorthesis der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit. Dezember 2014

Sozialwissenschaftlicher Fachverlag «Edition Soziothek». Die «Edition Soziothek» ist ein Non-Profit-Unternehmen des Vereins Bildungsstätte für Soziale Arbeit Bern. Der Verein ist verantwortlich für alle verlegerischen Aktivitäten.

**Schriftenreihe Bachelor- und Masterthesen der  
Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit**

In dieser Schriftenreihe werden Bachelor- und Masterthesen von Studierenden der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit publiziert, die mit dem Prädikat „sehr gut“ oder „hervorragend“ beurteilt und vom Ressort Diplomarbeit der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit zur Publikation empfohlen wurden.

Noëmi Maurer, Deborah Mülhaupt: Mutterseelenallein. Wie wirkt sich eine psychische Erkrankung der primären Bezugsperson auf die Bindung des Kindes aus?

© 2015 «Edition Soziothek» Bern

ISBN 978-3-03796-540-5

Verlag Edition Soziothek  
c/o Verein Bildungsstätte für Soziale Arbeit Bern  
Hallerstrasse 10  
3012 Bern  
[www.soziothek.ch](http://www.soziothek.ch)

Jede Art der Vervielfältigung ohne Genehmigung des Verlags ist unzulässig.

Noëmi Maurer  
Deborah Mülhaupt

# Mutterseelenallein

Wie wirkt sich eine psychische Erkrankung der primären Bezugsperson auf die Bindung des Kindes aus?



Bachelor-Thesis zum Erwerb  
des Bachelor-Diploms

Berner Fachhochschule  
Fachbereich Soziale Arbeit

## Abstract

Eine sichere Bindung als Basis zur Entwicklung und Entfaltung des Kindes ist tendenziell bestätigt. Die Herausforderung für Eltern mit einer psychischen Erkrankung diese Bindung und die daraus resultierende sichere Basis zu gewährleisten ist gross. Für Eltern welche erkranken, kann es besonders schwierig sein den emotionalen Austausch und das Sicherheitsgefühl dem Kind zu vermitteln. Dass eine Veränderung in der Bindung zwischen der primären Bezugsperson und dem Kind stattfindet, wenn die Bezugsperson erkrankt, ist mit grosser Wahrscheinlichkeit gegeben. Möglicherweise hat das Kind Angst vor seiner Bezugsperson, schämt sich für diese oder ist weiteren belastenden Umweltfaktoren ausgesetzt. Dies und viele andere Punkte beeinflussen die Entwicklung des Kindes.

Anhand der vorliegenden Bachelor-Thesis wird der Frage nachgegangen, wie sich eine psychische Erkrankung der primären Bezugsperson auf die Bindung des Kindes auswirkt. In einem ersten theoretischen Teil werden die verschiedenen Aspekte zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ erläutert. Welche Auswirkungen hat eine psychische Erkrankung der primären Bezugsperson auf das Erleben und Verhalten der Kinder, welche entwicklungspsychologischen Aspekte sind von besonderer Wichtigkeit, wie wirken sich unterschiedliche Arten der Erkrankungen auf die Kinder aus und welche Risiko- und Schutzfaktoren sind von fundamentaler Bedeutung. In einem zweiten theoretischen Teil werden die Grundlagen zur Bindungstheorie dargestellt, im Hinblick darauf, dass wichtige Grunderkenntnisse aus der Bindungstheorie von grosser Bedeutung für Kinder mit einer erkrankten Bezugsperson sein können. Eine sichere und stabile Bindung gilt als einer der wichtigsten Schutzfaktoren für eine positive Entwicklung des Kindes.

Wie das Interview im empirischen Teil aufzeigt, hat eine psychische Erkrankung der primären Bezugsperson grossen Einfluss auf das gesamte Familiensystem, auf die darin vorhandenen Beziehungen und beeinflusst die gesamte Entwicklung der Kinder.

Das Ziel der Arbeit ist die Verbindung der beiden Themen „Kinder mit psychisch erkrankten Bezugspersonen“ und der „Bindung“. Durch das Fundament des theoretischen Teils und den Ergebnissen aus dem Interview konnte eine Verbindung dieser Themen gemacht werden. Zumal noch wenig Literatur zu dieser Verbindung vorhanden ist, konnten Erkenntnisse, Gemeinsamkeiten als auch Diskrepanzen zwischen der Theorie und dem Interview festgestellt werden.

# Mutterseelenallein

Wie wirkt sich eine psychische Erkrankung der primären Bezugsperson auf die Bindung des Kindes aus?

Die Bachelor-Thesis wurde für die Publikation formal überarbeitet, aber im Inhalt nicht verändert

Bachelor-Thesis zum Erwerb  
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit  
Berner Fachhochschule  
Fachbereich Soziale Arbeit

Vorgelegt von  
Noëmi Maurer  
Deborah Mülhaupt  
Bern, Dezember 2014

Gutachterin Prof. Dr. phil. Ryser Anna

„Vielmehr kennzeichnet die Bindungsfähigkeit (...) psychisch stabile  
Persönlichkeiten“

(Bowlby, 2010, S.98)

## Dank

An dieser Stelle, möchten wir uns bei all jenen Personen bedanken, die in irgendeiner Form zum Gelingen der vorliegenden Arbeit beigetragen haben.

Insbesondere danken wir unserer Fachbegleitung Frau Anna Ryser für die Betreuung und Unterstützung im Prozess dieser Arbeit. Ihre Offenheit, Herzlichkeit und die wertvollen Anregungen waren für uns von grosser Bedeutung.

Ein besonderer Dank gebührt der Person die uns für das überaus interessante Interview zur Verfügung stand sowie Peter Mülhaupt und Rahel Kellenberger für das Korrekturlesen.

Wir danken Silas Maurer für die Mithilfe beim Layout.

## Inhaltsverzeichnis

<b>I THEORETISCHER TEIL</b> .....	<b>3</b>
1. Einleitung.....	4
2. Begriffsklärung.....	9
2.1 Psychische Erkrankung.....	9
2.2 Bindung.....	9
3. Kinder psychisch kranker Eltern.....	10
3.1 Folgen für das Erleben und Verhalten.....	10
3.1.1 Ängste.....	11
3.1.2 Schuldgefühle.....	13
3.1.3 Tabuisierung.....	14
3.1.4 Isolation.....	15
3.1.5 Stigmatisierung und Diskriminierung.....	16
3.1.6 Desorientierung.....	17
3.1.7 Parentifizierung / Rollenkonflikte.....	18
3.1.8 Loyalitätskonflikte.....	20
3.1.9 Betreuungsdefizite.....	21
3.2 Entwicklungspsychologie.....	24
3.2.1 Säuglings- und Kleinkindalter.....	24
3.2.2 Vorschulalter.....	26
3.2.3 Kindheit und Jugendalter.....	28
3.3 Art der Erkrankung – Merkmale in der Auswirkung.....	30
3.3.1 Eltern mit Symptomen einer affektiven Störungen.....	30
3.3.2 Eltern mit Symptomen einer Sucht.....	33
3.3.3 Eltern mit Symptomen einer Persönlichkeitsstörungen.....	35
3.3.4 Eltern mit Symptomen einer Schizophrenie.....	35
3.4 Risiko und Resilienz.....	37
3.4.1 Risikofaktoren.....	38
3.4.1.1 Personale Risikofaktoren.....	38
3.4.1.2 Familiäre Risikofaktoren.....	41
3.4.1.3 Umweltfaktoren – psychosoziale Risikofaktoren.....	42
3.4.2 Resilienz.....	42
3.4.2.1 Personale Resilienzfaktoren.....	43
3.4.2.2 Familiäre Resilienzfaktoren.....	45
3.4.2.3 Umweltfaktoren – psychosoziale Resilienzfaktoren.....	46
4. Bindung.....	49
4.1 Grundlagen.....	49
4.2 Die Fremde Situation.....	52
4.2.1 Sicher gebundene Kinder.....	52
4.2.2 Unsicher-vermeidend gebundene Kinder.....	53
4.2.3 Unsicher-ambivalent gebundene Kinder.....	54
4.2.4 Desorganisiert gebundene Kinder.....	54
4.3 Feinfühligkeit.....	56
4.4 Bindungsstörungen.....	58
4.4.1 Keine Anzeichen von Bindungsverhalten.....	59
4.4.2 Undifferenziertes Bindungsverhalten.....	60

---

4.4.3 Übersteigertes Bindungsverhalten.....	60
4.4.4 Gehemmttes Bindungsverhalten.....	61
4.4.5 Aggressives Bindungsverhalten.....	61
4.4.6 Bindungsverhalten mit Rollenumkehrung.....	62
4.4.7 Bindungsstörung mit Suchtverhalten.....	62
5. Fazit.....	64
5.1 Kinder psychisch kranker Eltern.....	64
5.2 Bindung.....	65
<b>II EMPIRISCHER TEIL.....</b>	<b>66</b>
6. Methodisches Vorgehen.....	67
6.1 Allgemeine Aspekte.....	67
6.1.1 Fragestellung.....	67
6.1.2 Vorgehensweise zur Beantwortung der Fragestellung.....	67
6.1.3 Beschreibung der Methode.....	68
6.2 Spezifische Aspekte.....	69
6.2.1 Probanden.....	69
6.2.2 Interview.....	69
6.2.3 Transkription.....	70
7. Ergebnisse.....	72
8. Diskussion.....	88
8.1 Spezifische Diskussion.....	88
8.1.1 Bildung und die Folgen für das Erleben und das Verhalten.....	88
8.1.2 Entwicklungspsychologische Aspekte der Bindung.....	94
8.1.3 Bindungen.....	97
8.1.4 Relevante Aspekte für die Bindung.....	105
8.2 Generelle Diskussion.....	109
8.2.1 Kernpunkte.....	109
8.2.2 Ausblick.....	110
9. Literaturverzeichnis.....	115
10. Eigenhändige Erklärung.....	121

## I THEORETISCHER TEIL

## 1. Einleitung

„ (...) Alles läuft also rund. Bis zu dem Tag, als Papa Fuchs plötzlich diesen komischen grünen Mantel trägt. Von jetzt an ist alles anders. Vollkommen verkehrt. Fufu versteht nichts mehr. Wenn Fufu mit Papa spielen will, brummt dieser sinnloses Zeug. Oder er brüllt: «Okwefan Tuko!» Dann sagt Mama Fuchs: «Papa braucht Ruhe.» Dabei ist es ja Papa Fuchs, der lärmt, und nicht Fufu. Fufu findet das blöd. Manchmal redet Papa Fuchs auch gar nichts mehr. Dann ist er traurig und Fufu möchte für ihn sorgen. Frau Kaliber meint: «Papa Fuchs hat nicht mehr alle Tassen im Schrank.» Aber das ist nicht wahr. Fufu hat nachgezählt: Es sind noch alle da. Vier gelbe und drei blaue. Für Fufu ist das alles eigentlich schlimm genug. Aber nun benimmt sich auch noch Leo auf einmal sonderbar. Er will nicht mehr bei Fufu spielen. Und ohne Leo kommt auch Mimi nicht. Leo sagt, Papa Fuchs wolle ihn sicher auffressen. Aber das stimmt nicht. Oder doch? Manchmal hat Fufu ja selber ein wenig Angst vor Papa. Auch Fufus Mama benimmt sich neuerdings komisch. Einmal behauptet sie: «Papa schläft.» Aber dann sieht Fufu ihn im Garten. Er geht in seinem grünen Mantel rückwärts umher und trägt dazu eine Einkaufsstütze auf dem Kopf! «Wenn das nur Mimi und Leo nicht sehen! Peinlich!», denkt Fufu. Fufu fühlt sich ganz allein. Weisst du, was Fufu nun macht? Fufu bastelt sich einen neuen Papa aus Karton und malt ihn mit Wasserfarbe an. Mit dem neuen Papp-Papa kann Fufu wieder lachen und spielen. Fast wie früher. Und der neue Papp-Papa hat eine gute Idee. (...) Aber Fufu hat keine gute Nacht. Fufu hat Angst und ist traurig und ruft Mama Fuchs zu sich ans Bett. «Wieso ist Papa so komisch?», fragt Fufu. «Und wieso trägt er immer diesen grünen Mantel? Wegen mir?» Mama Fuchs streicht Fufu übers Haar. «Nein, Fufu, du bist nicht schuld. Papa ist krank. Papas Krankheit ist in seinem Kopf. Das ist kompliziert. Aber Doktor Uhu kann ihm helfen. Darum wird Papa zu ihm in die Klinik gehen.» «Und was ist das: die Klinik?», fragt Fufu. «Das ist ein ganz gewöhnliches Spital für Leute mit einer Krankheit, wie Papa sie hat. Papa wird dort mit Doktor Uhu sprechen. Vielleicht bekommt er auch Medikamente. Er bleibt dann eine Weile weg», sagt Mama Fuchs. «Aber wir können ihn in der Klinik besuchen.» «Kommt Papa nie wieder zurück?», fragt Fufu. «Doch, doch», sagt Mama Fuchs. «Wenn es Papa besser geht, kommt er wieder heim. Und dann machen wir ein Picknick im Garten. Mit all deinen Freunden: Leo, Mimi und Lili. Auch ihre Eltern laden wir ein.» «Aber Leo und Mimi wollen gar nicht mehr zu mir kommen», sagt Fufu. «Ach so?», sagt Mama Fuchs. «Dann müssen wir ihnen erklären, dass dein Papa jetzt zwar manchmal einen grässlichen

grünen Mantel trägt, aber dass er deswegen keine Kinder auffrisst. Warum sollte er auch?» «Warum sollte er auch!», lacht Fufu und umarmt Mama Fuchs ganz fest. Mama gibt Fufu einen Kuss und sagt: «So, und jetzt schläfst du schön und träumst von unserem Picknick.»“ (Eggermann & Janggen, 2004, S. 3 ff.)

Diese Geschichte illustriert, wie sich ein Kind bei einer psychischen Erkrankung eines Elternteils fühlt. Kinder psychisch kranker Eltern wurden lange vergessen. Obwohl psychische Erkrankungen in der Gesellschaft zunehmend akzeptiert und erforscht sind, bestehen über die Kinder der erkrankten Menschen nur wenige Informationen. Fachpersonen legen ihren Fokus auf die erkrankte Person und weniger auf ihre Kinder. Aber wie geht es einem Kind, wenn Mama oder Papa plötzlich anders ist, komische Dinge tut oder sich völlig zurückzieht? Diese Kinder wachsen in einem emotional, familiär und sozial sehr komplexen Umfeld auf. Fufu ist kein Einzelschicksal. Es gibt sehr viele Familien, welche genau solche Situationen erleben müssen. Kinder, welche Angst vor ihrer Mutter oder ihrem Vater haben, die sich für ihre Eltern schämen oder Kinder welche das Gefühl haben, dass sie Schuld an der Erkrankung ihres Elternteils sind. Wie verändert sich dadurch die Bindung dieser Kinder zu ihren Eltern? Stellen sie sich vor, ihre Mutter oder ihr Vater verhält sich plötzlich ganz anders. Ihre Mutter schläft den ganzen Tag und kommt kaum mehr aus ihrem Zimmer. Oder ihr Vater weckt sie um vier Uhr früh um in den Zoo zu gehen. Dass dies Auswirkungen auf das Kind und auf die Bindung zur Mutter oder zum Vater hat, kann kaum abgestritten werden. Zudem kann angenommen werden, dass diese Veränderung Auswirkungen auf die ganze Familie hat. Wie verändert sich die Beziehung des Kindes zu der nicht erkrankten Person und wie verändert sich die Bindung zwischen den Geschwistern, wenn die grosse Schwester plötzlich die Rolle der Mutter übernimmt. Wie gehen die Kinder damit um, wenn sie ihren Kameraden etwas so Wichtiges verschweigen müssen, weil sie nicht darüber sprechen dürfen. Die Kinder leiden unter diesem Redeverbot und werden komisch angeschaut, weil die Mutter oder der Vater sich so anders verhält. Wie könnten diese Kinder unterstützt werden und was brauchen sie, um sich trotz der schwierigen Situation gut entwickeln zu können? Es ist allgemein bekannt, dass es für eine positive Entwicklung stabile Bindungen und Beziehungen braucht. Wenn die Mutter oder der Vater erkrankt, ist es jedoch möglich, dass sie diese ihren Kindern nicht mehr immer geben können. Deshalb ist es besonders wichtig, dass diese Kinder in den Fokus rücken und wahrgenommen werden, damit das Umfeld miteinbezogen wird, die Kinder stabile und tragfähige Beziehungen haben und über die Erkrankung sprechen können. Für die gesamte Familie wäre es von fun-

damentaler Bedeutung, offen mit der Erkrankung umzugehen, und dass sich auch Kinder Hilfe holen können. Deshalb braucht es die Auseinandersetzung mit dem Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ im Hinblick auf ihre Bindung.

Es ist von grosser Wichtigkeit, dass wir uns damit auseinandersetzen, und dass diese Kinder nicht vergessen werden. Denn diese Kinder tragen ein erhöhtes Risiko, selbst zu erkranken. Dieses Risiko steigt, wenn sie keine sicheren Bindungen in ihrer Kindheit haben und mit diesen Belastungen aufwachsen müssen. Möglich ist, dass diese selbst wieder Kinder haben und bei einer eventuellen Erkrankung leiden diese wiederum darunter. Das Augenmerk muss demnach auch auf die Kinder von Eltern mit einer psychischen Erkrankung gelegt werden. Überall, wo mit Erwachsenen mit einer psychischen Erkrankung gearbeitet wird, muss nach den Kindern gefragt werden. Die Kinder mit ihren erkrankten Bezugspersonen dürfen nicht vergessen werden. Dies bedeutet für Fachpersonen, welche mit den Eltern oder mit den Kindern arbeiten, ihr Augenmerk auf dieses Thema zu legen. Mit dieser Arbeit erhält der Leser einen Einblick in dieses Gebiet. Aufgrund unserer Arbeit auf einem Sozialdienst und in einem Kinderheim erhielten wir bereits Einblick in diese Thematik und kamen in Kontakt mit Eltern, welche eine psychische Krankheit oder mit Kindern, welche ein erkranktes Elternteil haben. Umso wichtiger erscheint uns die Auseinandersetzung damit wobei im Kinderheim die Bindung zu den Kindern mit psychisch erkrankten Eltern ein herausfordernder Faktor darstellte. Beispielsweise fiel es manchen Kindern schwer, zwischen Personen, welche ihnen vertraut sind, und neuen Menschen zu differenzieren. Auch das Thema „Nähe und Distanz“ zu den Sozialpädagogen, Sozialpädagoginnen war ein schwieriger Aspekt. Im Rahmen unserer Bachelorthesis bearbeiten wir eine Thematik, welche uns in der Praxis beschäftigt und für uns eine hohe berufliche Relevanz hat. Die Bearbeitung der spezifischen Fragestellung im Zusammenhang mit Kinder psychisch kranken Eltern und deren Bindung, soll einen Beitrag zu unserer Weiterentwicklung der beruflichen Identität und des beruflichen Verständnisses leisten.

In der vorliegenden Arbeit, wird der Zusammenhang der Thematik „Kinder psychisch kranker Eltern und deren Bindung“ aufgezeigt. Der Fokus liegt dabei auf dem Erleben und Verhalten der Kinder und wie sich dies auf ihre Beziehung auswirkt. Daraus ergibt sich folgende erkenntnisleitende Fragestellung:

Mutterseelenallein - Wie wirkt sich eine psychische Erkrankung der primären Bezugsperson auf die Bindung des Kindes aus?

Das zweite Kapitel beinhaltet die Begriffsklärung der Begriffe „psychische Erkrankungen“ und „Bindung“.

Das dritte Kapitel befasst sich mit Kindern psychisch kranker Eltern. Welche Folgen kann die Erkrankung für das Erleben und das Verhalten der Kinder haben? Mit welchen Aspekten werden die Kinder konfrontiert und wie erleben sie diese? Welche entwicklungspsychologischen Gesichtspunkte sind in den verschiedenen Altersstufen zu beachten? Gibt es Merkmale, welche im Kindesalter von besonderer Bedeutung sind, oder gibt es Unterschiede, wenn die Kinder bereits im Jugendalter sind? Weiter werden die Arten der Erkrankung und die Merkmale in der Auswirkung näher betrachtet. Erlebt ein Kind von einer Bezugsperson mit depressiven Symptomen die Erkrankung anders als ein Kind, welches eine Bezugsperson mit einer Suchterkrankung hat. Wichtige Risiko- Resilienzfaktoren werden erläutert und dargestellt. Wie ist es möglich, dass Kinder in ein und derselben Situation aufwachsen, die einen sich positiv entwickelt, andere aber später selbst erkranken?

Im vierten Kapitel liegt der Schwerpunkt auf der Bindung des Kindes. Welche bindungstheoretischen Grundlagen sind zu beachten. Welche Auswirkungen auf die Entwicklung haben die verschiedenen Bindungstypen, „sicher gebundene Kinder“, „unsicher-vermeidend gebundene Kinder“, „unsicher-ambivalent gebundene Kinder“ und „desorganisiert gebundene Kinder“. Das Thema der Feinfühligkeit wird aufgegriffen und näher erklärt, da diese von besonderer Bedeutung für die Eltern-Kind-Bindung ist und als grosser Schutzfaktor fungiert. Abschliessend werden in diesem Kapitel die Bindungsstörungen thematisiert.

Im fünften Kapitel wird ein Fazit über den gesamten theoretischen Teil gezogen. Die Hauptmerkmale werden nochmals kurz dargestellt und aufgezeigt.

Im sechsten Kapitel wird das methodische Vorgehen erklärt, wobei auf die Fragestellung, die Vorgehensweise und die Methode eingegangen wird. Spezifische Aspekte des methodischen Teils werden erläutert.

Das siebte Kapitel beinhaltet die Ergebnisse der Arbeit. Diese werden tabellarisch dargestellt. Die Tabelle resultiert aus den Hauptmerkmalen des theoretischen Teils und ist in drei verschiedene Spalten aufgeteilt. In der Mitte werden die Aussagen der Interviewpartnerin aufgenommen und selektiv mit Aspekten Kinder psychisch kranker Eltern, sowie mit bindungsrelevanten Aspekten verglichen. Die Unterteilung wurde folgendermassen vorgenommen: Folgen für das Erleben und das Verhalten, Entwicklungspsychologie, Bindungen und relevante Aspekte für die Bindung. Der Schwerpunkt dieses Teils bildet das Interview.

Im achten und abschliessenden Kapitel wird die Diskussion aufgegriffen. Einerseits gibt es eine spezifische Diskussion zu den bindungsrelevanten Aspekten in den Folgen für das Erleben und Verhalten der Kinder, zu den entwicklungspsychologischen Aspekten der Bindung, zu der Bindung im Allgemeinen und zu den bindungsrelevanten Aspekten. Weiter wird in der generellen Diskussion auf die Kernpunkte der Arbeit eingegangen, welche die Fragestellung soweit als möglich beantworten. Ein Ausblick rundet die Arbeit ab.

Ziel der Arbeit ist es, hinsichtlich der Themen Kinder psychisch kranker Eltern und Bindung Zusammenhänge festzustellen. Dazu betrachten wir die Thematik unter psychologischen und sozialarbeiterischen Gesichtspunkten. Die psychologische Sichtweise gibt uns wichtige Informationen betreffend der Erkrankung der primären Bezugsperson, sowie entwicklungspsychologische Aspekte und der Thematik der Bindung. Auch für die Soziale Arbeit sind die beiden Themen von hoher Relevanz für die praktische Arbeit. Zu der Verbindung der beiden Themen liegt relativ wenig Literatur vor, daher wünschen wir uns anhand der Erkenntnisse dieser Arbeit auf Verbindungen dieser beiden Themen hinweisen zu können. Im empirischen Teil war es für uns von Bedeutung nur ein Interview zu führen, damit wir das subjektive Erleben der Person unverfälscht darstellen können.

## 2. Begriffsklärung

Die Begriffe „psychische Erkrankung“ und „Bindung“ werden dargestellt und erklärt.

### 2.1 Psychische Erkrankung

Bei einer psychischen oder seelischen Erkrankung handelt es sich um eine Beeinträchtigung des Denkens, des Fühlens, des Verhaltens, der Wahrnehmung, etc. Folgen davon können Störungen in den sozialen Beziehungen zu anderen Personen sein (vgl. Arolt & Reimer & Dilling, 2007, S. 439). Bei einer psychischen Erkrankung ist die betroffene Person teils nicht mehr Herr seiner Sinne, es handelt sich um eine Abweichung der Norm im gesellschaftlichen oder auch medizinischen Bereich. An der Symptomatik der psychischen Erkrankung leiden die Betroffenen selbst, als auch ihr nahes Umfeld (vgl. Arolt & Reimer & Dilling, 2007, S. 439).

Die Begrifflichkeit „psychische Erkrankung“ wird in der Arbeit für alle psychischen Krankheiten verwendet (Eltern mit Symptomen einer affektiven Störung, einer Sucht, einer Persönlichkeitsstörung oder einer Schizophrenie). Ist nichts anderes erwähnt, wird keine spezifische Unterteilung und Differenzierung in die verschiedenen Krankheitstypen vorgenommen.

### 2.2 Bindung

„Bindung“ beschreibt eine überdauernde und enge emotionale Beziehung von Kindern zu ihrer primären Bezugsperson. Eine sichere Bindung ist fundamental für die Entwicklung jedes Kindes und die damit verbundenen Gefühle beeinflussen das Denken, Fühlen, Erleben, Verhalten, etc. (vgl. Grossmann & Grossmann, 2011, S. 22ff.). Die Bindung stellt somit ein Grundbedürfnis der Kinder dar. Jeder Mensch verspürt das Bedürfnis nach Bindung und die Mutter-Kind-Beziehung hat eine ganz spezielle Bedeutung (vgl. Grossmann & Grossmann, 2011, S. 22ff.). Der Begriff des „Attachment“ kommt aus dem Englischen und beschreibt genau diese Bindung zwischen Eltern und Kind. Bowlby (2010) spricht von der Bindung bei einer engen und überdauernden emotionalen Beziehung zwischen den Kindern zu ihren Eltern (und anderen signifikanten Bezugspersonen) (S.98).

Die Begrifflichkeit „Bindung“ wird in der Arbeit für alle Beziehungen zwischen den Kindern und ihren signifikanten Bezugspersonen verwendet.

### 3. Kinder psychisch kranker Eltern

Kinder psychisch kranker Eltern haben ein besonders hohes Risiko, später selber an einer psychischen Krankheit zu leiden. Die Prozentzahl liegt bei 30%. (vgl. Lenz, 2014, S. 17).

Gäumann (2011) beschreibt in ihrem Artikel „Die Nöte der Kleinen“, dass in der Behandlung der Eltern mit einer psychischen Erkrankung angenommen wurde, die Stärkung der Mutter oder des Vaters sei genügend, da sich diese Stärkung direkt auf die Kinder auswirke. Sie stellte jedoch fest, dass dies bei weitem nicht genug sei, um die Mutter-oder Vaterrolle erfüllen zu können (S.63). Die Kinder sind immer noch im Hintergrund (S.64). Metzinger (2014) weist darauf hin, dass viele Eltern die Unterstützungsangebote für ihre Kinder erst gar nicht in Anspruch nehmen, aus Angst, ihnen könnte das Sorgerecht entzogen werden (S.18). Daraus resultiert, dass sich die Familien immer mehr von ihrer Umwelt zurückziehen und Hilfen nicht in Anspruch nehmen können (S.18). Die Alltagsbewältigung liegt im Fokus, diese nimmt den Platz ein und die Bedürfnisse der Kinder geraten vollends in den Hintergrund (S.18). Lenz und Brockmann (2013) zeigen in ihrem Buch „Kinder psychisch kranker Eltern stärken“ verschiedene Möglichkeiten auf, wie die Kinder unterstützt und gestärkt werden können, welche Schutzfaktoren den Kindern helfen könnten und wie diese gefördert werden können (S. 48 ff.).

Die Auswirkungen, welche eine psychischen Krankheit der Eltern haben kann, zeigen sich im Leiden der Kinder. Es entstehen Loyalitätskonflikte, Rollenkonflikte oder Verhaltensauffälligkeiten. Weiter können Schamgefühle, Tabuisierung oder auch Bindungsstörungen Folgen der elterlichen Erkrankung sein (vgl. Matzejat & Lisofsky, 2014, S.31). Einerseits gibt es wichtige Folgen für das Erleben und das Verhalten des Kindes die beachtet werden müssen, andererseits sind entwicklungspsychologische Faktoren, sowie Risiko- und Schutzfaktoren, von fundamentaler Bedeutung. Im folgenden Teil werden diese Faktoren erklärt und erläutert.

#### 3.1 Folgen für das Erleben und Verhalten

In diesem Teil werden wichtige Folgen für das Erleben und Verhalten des Kindes dargestellt, sowie Aspekte, welche für das Kind von besonderer Bedeutung sind, wenn die primäre Bezugsperson an einer psychischen Erkrankung leidet. Mögliche Folgen und Probleme der elterlichen Erkrankung für die Kinder werden behandelt. Die folgende Darstellung umfasst verschiedene Themenbereiche, welche in der Literatur im Vordergrund stehen, je-

doch ist die subjektive Wahrnehmung der Kinder und die Belastung der Situation bei jedem Kind anders.



Abbildung 1: Folgen für das Erleben und das Verhalten (eigene Darstellung)

In dieser Darstellung, werden die Folgen für das Erleben und das Verhalten der Kinder aufgeführt. Diese werden in den nächsten Kapiteln vertieft behandelt.

### 3.1.1 Ängste

Lenz (2014) beschreibt, dass insbesondere bei kleineren Kindern Ängste und Gefühle des Verlustes im Vordergrund stehen (S. 93). Semmelhack (2011) ergänzt, dass die Kinder nicht nur von den eigenen Ängsten betroffen sind, sondern auch von den Ängsten des erkrankten Elternteils und dessen Partner (S. 54). Durch die Krankheit bestehen Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Trauer, welche Ängste bei den Kindern wecken können (vgl. Semmelhack, 2011, S. 45). Oftmals ist eine psychische Krankheit durch wechselhafte Stimmungen und wenig Stabilität gekennzeichnet, dadurch erfolgt im Erleben der Kinder eine Unsicherheit, welche die Angst zusätzlich begünstigt (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 26). Für Kleinkinder ist diese Stimmung unkontrollierbar und unvorhersehbar, was es für sie besonders schwer macht, damit umzugehen. Insbesondere die Unklarheit in der Kommunikation,

die Ungewissheit und die fehlende Orientierung führt zu Ängsten (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 26). Wenn Kinder nicht aufgeklärt sind über die Krankheit der Bezugsperson, kann gerade diese Unwissenheit grosse Ängste hervorrufen. Sie wissen nicht warum sich die Mutter oder der Vater anders verhält (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 26). Ergänzend stellen Matejat und Lisofsky (2014) fest, dass Kinder besonders im Schulalter Angst haben, Freunde nach Hause zu bringen, da sie nicht wissen, wie es dem erkrankten Elternteil geht (S. 17).

Jugendliche entwickeln zunehmend eine Reflexionsfähigkeit, welche dazu führt, dass sie sich selbst ein Urteil bilden können. Sie beginnen eigenständig nach Informationen über die Erkrankung der Bezugsperson zu suchen (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 64). Die meist genutzte Quelle hierfür ist das Internet, da dieses für die Jugendlichen leicht zugänglich ist. Das Bild, welches sie über die Krankheit der Bezugsperson erhalten, ist durch ihre Fähigkeit, auch komplexe Zusammenhänge zu erkennen, differenziert. Sie erhalten Informationen über die psychosozialen Belastungsfaktoren und die genetische Prädisposition (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 64). Jugendliche können dadurch befürchten, dass sie selbst später an einer psychischen Krankheit leiden könnten. Viele Jugendliche entwickeln eine grosse Angst davor. Dieses Unbehagen und die Angst stehen insbesondere ab dem Jugendalter im Vordergrund (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 32). Verbunden mit der Angst um den erkrankten Elternteil betonen verschiedene Autoren die Schuldgefühle, welche für die Kinder in hohem Masse belastend sind. Diese Schuldgefühle können dazu führen, dass sich die Jugendlichen die Frage stellen, ob die Bezugsperson erkrankte, weil sie diese in der pubertären Auseinandersetzung zu sehr belastet haben (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 32).

Es könnte angenommen werden, dass die Kinder unter einer doppelten Belastung stehen. Sie haben eigene Ängste, mit welchen sie konfrontiert werden, zudem sind sie von den Ängsten der Eltern, welche durch die eigene Erkrankung verunsichert sind, betroffen. Ein wichtiger Faktor für die Kinder im Umgang mit den Ängsten ist das Wissen über die Krankheit. Es könnte sein, dass die Aufklärung über die Stimmung und die Krankheit der Bezugsperson, die Ängste der Kinder reduzieren könnte. Insbesondere für Jugendliche könnte ein Gespräch mit einer Fachperson über die Auswirkungen und die genetische Prädisposition eine Entlastung sein.

### 3.1.2 Schuldgefühle

Schuldgefühle treten oft in Verbindung mit der Unwissenheit über die Krankheit der primären Bezugsperson auf. Kinder werden nur wenig oder gar nicht über die Krankheit informiert. Sie verbinden ihr eigenes Verhalten mit der Verfassung der primären Bezugsperson und fühlen sich schuldig, wenn es der Bezugsperson nicht gut geht (vgl. Lenz & Brockmann, 2013, S. 36).

„Mama ist so traurig und ängstlich, weil ich mich nicht genug um sie gekümmert habe.“ (Lenz & Brockmann, 2013, S. 9).

„Ich war frech und habe mein Zimmer nicht aufgeräumt, obwohl Papa es gesagt hat. Deshalb ist er immer ärgerlich, gerät so oft in Panik und verliert schnell die Geduld.“ (Lenz & Brockmann, 2013, S. 9).

Diese Aussagen von betroffenen Kindern zeigen auf, welches Ausmass die Schuldgefühle und die Übernahme der Verantwortung für die Erkrankung der Bezugsperson haben können. Kinder sind davon überzeugt, dass sie Schuld am Verhalten und an der Erkrankung der primären Bezugsperson tragen (vgl. Foster, 2010, S. 3145).

Hinzu kommt, dass Kinder oft das Gefühl haben, sie seien eine grosse Belastung für die Eltern. Wenn sie sich anständig verhalten, gehe es der Bezugsperson besser. Dies kann insbesondere noch verstärkt werden, wenn die Eltern dem Kind zusätzlich das Gefühl geben, es sei an der Erkrankung oder am Wohlergehen der Bezugsperson schuld (vgl. Semmelhack, 2011, S. 46). Bei Jugendlichen wird der Ablösungsprozess und die Abgrenzung erschwert durch Schuldgefühle. Sie orientieren sich vermehrt gegen Aussen und haben dadurch das Gefühl, die Eltern im Stich zu lassen (vgl. Lenz & Brockmann, 2013, S. 36). Der Ablösungsprozess wird durch diese Gefühle beeinflusst. Für die Jugendlichen wird die Suche nach der eigenen Identität dadurch erschwert. Bestärkt durch die Übernahme von Verantwortung, kann die Ablösung durch übermässige enge Verbindung zu den Eltern erschwert werden (vgl. Semmelhack, 2011, S. 59). Erfolgen trotzdem Ablösungsprozesse, können diese grosse Schuldgefühle hervorrufen, was wiederum zu Selbstvorwürfen führt, ungerecht oder ungeduldig zu sein und die erkrankte Bezugsperson zu wenig zu unterstützen (vgl. Lenz & Brockmann, 2013, S. 36). Schuldgefühle können weiter entstehen, wenn sich Kinder für ihre Eltern schämen. Kinder trauen sich nicht mit ihren Schulkameraden oder anderen nahen Bezugspersonen darüber zu sprechen, dass ihre Mutter oder ihr Vater krank ist (vgl. Plass & Wiegand – Grefe, 2012, S. 31/32). Dies ist in vielen Fällen eine Fol-

ge der Tabuisierung und des Kommunikationsverbotes, welches in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil oftmals vorkommt. Nach Aussen wird die Krankheit verschwiegen (vgl. Semmelhack, 2011, S. 36).

Eine Aufklärung über die Krankheit könnte möglicherweise wichtig sein für die Kinder. Es kann angenommen werden, dass ein Gespräch über die Art und den Verlauf der Erkrankung eine Reduktion der Schuldgefühle bei den Kindern bewirken könnte. Es könnte besonders wichtig sein, dass die Kinder darüber aufgeklärt werden, dass sie keine Schuld an der Erkrankung der Bezugsperson tragen. Weiter könnte daraus geschlossen werden, dass es für die Kinder eine Erleichterung sein könnte, wenn sie darin bestärkt werden, dass sie, trotz der Erkrankung der Bezugsperson, Erlebnisse ausserhalb der belastenden Umstände haben dürfen, und dass es für die Kinder von besonderer Bedeutung sein könnte, sich nach aussen zu orientieren und sich im Jugendalter auch von den Eltern ablösen zu können.

### 3.1.3 Tabuisierung

Der Umgang mit der psychischen Krankheit ist von Familie zu Familie unterschiedlich. Wie und ob in der Familie über die Krankheit gesprochen wird, ist von fundamentaler Bedeutung. Mattejat und Lisofsky (2014) betonen, dass jeder, der eine gute Beziehung zu dem Kind hat, mit ihm über die Erkrankung der Bezugsperson sprechen sollte (S. 125). Idealerweise kann nach Möglichkeit die erkrankte Bezugsperson selbst mit dem Kind darüber sprechen, parallel dazu sollte auch der Partner / die Partnerin oder andere signifikante Bezugspersonen das Gespräch mit dem Kind suchen (vgl. Mattejat & Lisofsky, 2014, S. 125). Diese offene Kommunikation innerhalb der Familie unterstützen auch Plass und Wiegand-Grefe (2012), welche einen offenen Umgang mit der Erkrankung als Resilienzfaktor betonen (S.78). Sie beschreiben, dass die Kommunikation von hoher Relevanz für die Entwicklung des Kindes ist (S.78). In sehr vielen Fällen wird nicht offen mit den Kindern über die Krankheit gesprochen, es gibt keine Kommunikation innerhalb der Familie bis hin zu einem impliziten Redeverbot (vgl. Kühnel & Koller, 2012, S. 4). Die fehlende Kommunikation kann verschiedene Ursachen haben. Semmelhack (2011) beschreibt als mögliche Ursache beispielsweise die Rücksichtnahme oder die fehlende Krankheitseinsicht (S. 46). Auch Lenz (2014) betont als Ursache eine vermeintliche Schonung und Rücksichtnahme (S. 99). Eine weitere Möglichkeit ist die Angst vor einer offenen Auseinandersetzung mit der Krankheit (S. 99). Nach Lenz (2014) verschleiert häufig der gesunde Elternteil die Krankheit (S. 99).

Ein Hindernis kann auch sein, dass die Eltern nicht wissen, wie sie mit dem Kind sprechen sollen. Es ist nicht leicht mit einem Kind über die psychische Krankheit zu sprechen (vgl. Mattejat & Lisofsky, 2014, S.123).

Gerade in Familien welche nicht über die Krankheit sprechen, ist es für Kinder besonders schwierig, mit jemandem externen über die Situation zu sprechen. Kinder haben das Gefühl, dass sie die Eltern verraten, wenn sie das Redeverbot brechen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 26). Mattejat und Remschmidt (2008) unterstützen diese Annahme im Artikel zu Kinder psychisch kranker Eltern im „Deutschen Ärzteblatt“, in welchem sie betonen, dass Kinder oft das Gefühl haben, sie können mit niemandem über die Probleme sprechen, da sie unter einem Kommunikationsverbot stehen (S. 315). Ein offener, konstruktiver Umgang und eine altersgerechte Aufklärung der Erkrankung ist laut Lenz (2008) ein äußerst wichtiger Schutzfaktor (S. 62). Kinder leiden extrem darunter, wenn sie mit niemandem über ihre Situation sprechen können, dies führt sehr schnell zu einer starken Isolation (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 25 ff.).

Daraus könnte geschlossen werden, dass der innerfamiliäre Umgang mit der Krankheit von grösster Bedeutung für das Kind ist. Demnach wäre es wichtig, dass die Eltern offen mit den Kindern darüber sprechen, damit es sich auch anderen signifikanten Bezugspersonen öffnen kann. Dies könnte eine positive Entwicklung des Kindes fördern und ein konstruktiven Umgang mit der belastenden Situation begünstigen.

### 3.1.4 Isolation

Eine gravierende Folge der Tabuisierung ist die soziale Isolation. Das bedeutet, dass die Eltern, die Familie und auch die Kinder kaum Kontakt zu Aussenstehenden, anderen Bezugspersonen oder auch Gleichaltrigen haben (vgl. Semmelhack, 2011, S. 47). Dadurch, dass die Kinder mit niemandem über ihre Situation sprechen können, sind sie alleingelassen und fühlen sich sozial isoliert (vgl. Mattejat & Lisofsky, 2014, S. 88). Eine mögliche Folge davon ist, dass die Kinder kein Modell haben, um soziale Kontakte aufbauen zu können, wenn die Eltern Aussenkontakte vermeiden und isoliert leben. Die Kinder bleiben alleine, in der Schule ist es schwierig für sie, Kontakte mit Gleichaltrigen zu knüpfen. Die Familie zieht sich von ihrer sozialen Umwelt zurück. (vgl. Semmelhack, 2011, S. 48). Dies geschieht möglicherweise aus Angst der Eltern, dass ihnen das Sorgerecht entzogen werden könnte. Aufgrund dessen nehmen viele betroffene Familien keine Hilfsangebote in Anspruch. Dadurch rücken die Bedürfnisse der Kinder, gegenüber der Krankheit der Bezugs-

person in der Hintergrund (vgl. Metzging, 2014, S. 18). Für Aussenstehende ist es schwierig betroffene Kinder zu erkennen, da diese meist eher internalisierende Störungen entwickeln und diese oftmals nicht diagnostiziert werden (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 22). Ein möglicher Indikator laut Lenz und Brokmann (2013) zur Erkennung des Leidens der Kinder, ist aus der sozialen Isolation zu schliessen, wenn sich Kinder beispielsweise aus dem Kontakt zu bisherigen Freundschaften zurückziehen oder in der Schule alleine sind (S. 133). Ein weiteres Anzeichen kann sich durch die Vermeidung des Kontaktes der Eltern zu Lehrpersonen zeigen, wenn die Eltern beispielsweise nicht mehr zu Gesprächen erscheinen (vgl. Lenz & Brokmann, 2013, S. 134).

Möglicherweise hat die Tabuisierung einen Einfluss auf die Isolation. Dies könnte bedeuten, dass die innerfamiliäre Kommunikation, die Kommunikation zwischen dem Kind und weiteren Bezugspersonen beeinflusst wird und diese wiederum der sozialen Isolation entgegenwirken. Es könnte auch bedeutend sein, dass das Umfeld das Kind auf die Situation anspricht, wenn oben genannte Anzeichen darauf hindeuten, dass das Kind in einer Familie lebt, in welcher die Mutter oder der Vater an einer psychischen Erkrankung leidet.

### 3.1.5 Stigmatisierung und Diskriminierung

In der Mitte des 18. Jahrhunderts kam es zur Humanisierung der Behandlungen der psychisch erkrankten Menschen (vgl. Möller et al., 2009, S. 12). Fundamentale Veränderungen in der Versorgungsstruktur haben dazu geführt, dass die psychischen Erkrankungen vorwiegend in der Medizin integriert sind (vgl. Möller et al., 2009, S. 14 ff.). Doch bis heute haben Kinder und ihre Familien mit der Stigmatisierung, auf welche sie in ihrem Umfeld stossen, zu kämpfen (vgl. Lenz, 2014, S. 101). Die Betroffenen erleben, wie das Umfeld mit neugierigen Blicken, Ablehnung oder sozialer Ausgrenzung reagiert, wenn bekannt wird, dass ein Familienmitglied eine psychische Erkrankung hat (Lenz, 2014, S. 101). Kinder verstecken sich oft und selbst im engsten Umfeld rechnen sie mit negativen Kommentaren und Bemerkungen über den erkrankten Elternteil. Dies führt dazu, dass sie sich verletzt, erniedrigt oder ausgegrenzt fühlen (vgl. Lenz, 2014, S. 102). Die grosse Verunsicherung des Kindes, wie es mit der Erkrankung des Elternteils umgehen soll, wird durch die Stigmatisierung noch verstärkt. Folglich reagieren Kinder ängstlich und vorsichtig, wenn sie über ihr Zuhause und über ihre Eltern sprechen, das Verschweigen und Verstecken der Krankheit ihrer Bezugsperson ist nicht selten die Folge davon (vgl. Lenz, 2014, S. 102). Mattejat und Lisofsky (2014) betonen, dass es für die Kinder von grosser Bedeutung ist, dass sie offen

über die Situation sprechen können (S. 73). Dies bedeutet, dass die Kinder und Familien mit anderen signifikanten Bezugspersonen über die Erkrankung sprechen können. Im Idealfall haben Kinder mehrere Vertraute, mit welchen sie über die Krankheit, aber auch über ihre eigenen Schwierigkeiten sprechen und sich austauschen können. Diese Gesprächspartner können enge Vertraute, Familienmitglieder, persönliche Freunde aber auch psychiatrisches, psychologisches oder pädagogisches Fachpersonal sein (Mattejat & Lisofsky, 2014, S. 73).

Für die Familien könnte es demnach wichtig sein, dass Fachpersonen der Stigmatisierung und Diskriminierung entgegenwirken, und dass der psychischen Erkrankungen gesellschaftlich weniger kritisch entgegengesehen wird. Die Verunsicherung bei den Familien könnte möglicherweise dadurch verringert werden und eine offene Kommunikation inner- als auch ausserfamiliär begünstigen.

### 3.1.6 Desorientierung

Kinder psychisch kranker Eltern können sich oftmals nicht auf ihre Eltern verlassen. Die verschiedenen Stimmungen und unterschiedlichen Reaktionen seitens des erkrankten Elternteils, kann ein Kind nur schwer einordnen. Das Kind weiss im Vorfeld nicht, wie und ob die Bezugsperson auf das Kind reagiert (vgl. Mattejat & Liskofsky, 2014, S. 14 ff). Die Kinder sind mit der verzerrten oder anderen Wahrnehmung des erkrankten Elternteils konfrontiert und finden somit ihre eigene Wahrnehmung nicht bestätigt. Die Interaktion zwischen dem Kind und der Bezugsperson kann durch die unterschiedlichen Wahrnehmungen erschwert sein (vgl. Semmelhack, 2011, S.44). Die Kinder müssen sich entscheiden, ob sie ihren eigenen Erfahrungen trauen oder den Wahrnehmungen der Eltern. Verhalten und Reaktionen der betroffenen Bezugsperson sind für das Kind unverständlich und es kann diese schlecht einschätzen. Die Kinder erleben unverständliche Signale der Bezugsperson, auch befremdliche Handlungen sind möglich (vgl. Semmelhack, 2011, S. 44). Um diese schwierige Lebenssituation besser bewältigen zu können, entwickeln manche Kinder eine übermässige Empathie. Die Kinder von Eltern mit einer psychischen Erkrankung können eine enorme Fähigkeit entwickeln, sich in andere Menschen hineinzusetzen (Semmelhack, 2011, S. 50). Sie lernen Frühwarnzeichen zu erkennen und zu deuten (vgl. Semmelhack, 2011, S.50). Sie nehmen die Verschlechterung des elterlichen Zustandes sehr schnell wahr. Eine übermässige Empathie für den Gemütszustand des erkrankten Elternteils kann jedoch zulasten der Entwicklung des Kindes gehen (vgl. Semmelhack, 2011, S.50). Bei-

spielsweise beginnen die Kinder, ihr eigenes Wohlergehen am Befinden der Bezugsperson zu messen. Wenn es ihr gut geht, geht es dem Kind auch gut. Wenn das Kind gefragt wird, wie es ihm gehe, ist dann eine mögliche Antwort: „Papa hat gerade ein Hoch“.

Möglicherweise wäre die Stärkung des Kindes in der eigenen Wahrnehmung und der eigenen Identität wichtig. Damit es sich selbst vertrauen, aber sich selbst auch wahrnehmen lernt, und mit den eigenen Gefühlen und Stimmungen umgehen kann. Weiter könnte es wichtig sein, mit den Kindern darüber zu sprechen, dass es ihnen gut gehen darf, auch wenn es der Bezugsperson nicht gut geht. Dadurch könnten die eigenen Bedürfnisse des Kindes gestärkt werden.

### 3.1.7 Parentifizierung / Rollenkonflikte

Mattejat und Remschmidt (2008) definieren die Parentifizierung als eine subjektive Verzerrung einer Beziehung. Anstelle des kranken Elternteils wird das Kind als eine erwachsene Person gesehen und das Familiensystem wird dadurch konfus. Oft findet ein Rollentausch zwischen Kindern und Eltern statt (S. 314). Die traditionellen Rollen werden verzerrt und können sich umkehren. Das Kind übernimmt die Erwachsenenrolle und kümmert sich um die Bezugsperson (vgl. Semmelhack, 2011, S. 51). Kinder werden zu den Ratgebern der Eltern, beispielsweise in Konfliktsituationen, oder sie werden von den Eltern als engen Freund für Ratschläge hinzugezogen (vgl. Semmelhack, 2011, S. 51). Die Kinder werden für ihre Eltern die Quelle für Sicherheit und Trost (Plass & Wiegrand-Greife, 2012, S. 29). Auch die Übernahme von Verantwortung im Haushalt ist möglich, oder die Übernahme der Elternrolle gegenüber jüngeren Geschwistern (vgl. Semmelhack, 2011, S. 51). Die Kinder werden so in eine Erwachsenenrolle gedrückt und übernehmen eine grosse Verantwortung, welche sie schnell unter Druck setzen kann. Ihre eigenen Bedürfnisse rücken somit immer mehr in den Hintergrund (S. 314). Kindliche Grundbedürfnisse sind kaum bis gar nicht mehr vorhanden (vgl. Daser, 2013, S. 43). Weiter wird beschrieben, dass aus Gründen der Krankheit die Vorbildfunktion der Eltern eingeschränkt sein kann (vgl. Daser, 2013, S. 42). Die Kinder haben Mühe, sich mit den Eltern, vor allem mit dem erkrankten Elternteil, zu identifizieren (vgl. Daser, 2013, S. 42). Zu den Aufgaben von Eltern gehört es, die Kinder bei der Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben zu unterstützen (vgl. Mattejat & Remschmidt, 2008, S. 314). Dies führt beim erkrankten Elternteil oft zu einer Überforderung, insbesondere die Selbständigkeit, der Kompetenzerwerb und die Autonomieentwicklung bei einem Kind sind davon betroffen (vgl. Mattejat & Remschmidt, 2008, S.

314). Eine Parentifizierung lässt sich an folgenden Merkmalen erkennen: die Kinder werden bei der Hausarbeit stark miteinbezogen; die älteren Geschwister schauen zu den Kleineren und übernehmen die Verantwortung für sie; sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten ihrer Eltern und unterstützen den erkrankten Elternteil in alltäglichen Abläufen. Die Auswirkungen auf die Kinder sind individuell zu betrachten, jedoch sind Symptome wie Müdigkeit, Schul- und Konzentrationsschwierigkeiten, Erschöpfung, etc. weit verbreitet (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 28 ff.). Die Parentifizierung kann laut Plass und Wiegand-Grefe (2012) in zwei Kategorien aufgeteilt werden, die adaptive und die destruktive Parentifizierung (S. 29).

Als adaptive Parentifizierung wird jene bezeichnet, welche das Kind nicht in seinen Entwicklungsmöglichkeiten einschränkt. Diese liegt insbesondere dann vor, wenn alle Beteiligten als Parentifizierungsobjekte füreinander fungieren (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 30). Ein Beispiel hierfür ist, wenn ein Kind Verantwortung im Haushalt übernimmt und daraufhin Lob und Anerkennung von den Eltern erhält (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 30). Bei der adaptiven Parentifizierung werden die kindlichen Bedürfnisse berücksichtigt, dadurch dass die Eltern die Bemühungen des Kindes anerkennen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 30).

Die destruktive Parentifizierung schränkt die Kinder ein. Die Kinder übernehmen entwicklungsunangemessene und übermässige Verantwortungen. Das Kind ordnet seine eigenen Bedürfnisse denen der Eltern unter (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 30). Das Kind vernachlässigt seine eigenen Bedürfnisse, wie der Kontakt zu Freunden oder sein Bedürfnis nach Unabhängigkeit (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 30). Die Eltern im Gegenzug nehmen ihre Rolle als Erwachsene und Eltern nicht mehr wahr und überschreiben diese Aufgabe ihren Kindern. Sie befriedigen die Bedürfnisse ihrer Kinder nicht mehr und geben ihnen keine Bestätigung wenn sie Verantwortung übernehmen. Die Generationengrenze wird überschritten und das Kind in eine nicht Kind gerechte Rolle, gedrängt (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 30).

Daraus könnte geschlossen werden, dass die adaptive Parentifizierung der destruktiven Parentifizierung vorgezogen werden könnte. Wenn ein Kind Verantwortung übernehmen muss, wäre es demnach von grösster Bedeutung, dass es Anerkennung dafür erhält und von den Eltern bestärkt wird. Die Berücksichtigung der Bedürfnisse des Kindes könnte als wichtiger Unterschied zwischen den zwei Arten der Parentifizierung gekennzeichnet wer-

den. Bedeutend könnte auch das Ausmass und die Art der Verantwortungsübernahme sein. Als besonders gravierend könnte der komplette Rollenumtausch der Eltern und des Kindes angesehen werden. Man kann annehmen, dass dies verheerende Auswirkungen auf das Kind haben kann.

### 3.1.8 Loyalitätskonflikte

Ein Loyalitätskonflikt ist dadurch gekennzeichnet, dass eine Person zwischen Loyalität gegenüber einer Person oder einer Gruppe und zwischen der Distanzierung zu derselben hin und hergerissen ist (vgl. Plass & Wiegand – Grefe, 2012, S. 39). Es gibt zwei Arten von Loyalitätskonflikten bei Kinder psychisch kranker Eltern. Einerseits entsteht ein innerfamiliärer Loyalitätskonflikt, wenn die Eltern ihre Kinder in ihre Auseinandersetzungen einbeziehen. Andererseits gerät das Kind in einen ausserfamiliären Loyalitätskonflikt, wenn es zwischen der Familie und der Aussenwelt hin und hergerissen ist (vgl. Semmelhack, 2011, S. 52).

Bei innerfamiliären Loyalitätskonflikten werden die Kinder von ihren Eltern in ihre Streitigkeiten miteinbezogen. Die Kinder haben das Gefühl sie müssen sich zwischen den Eltern entscheiden (vgl. Mattejat & Lisofsky, 2008, S. 89). Die Kinder fühlen sich gezwungen Partei für den einen oder anderen Elternteil zu ergreifen oder die Rolle des Vermittlers zwischen den Eltern zu übernehmen. Der Familienfrieden liegt somit auf den Schultern der betroffenen Kindern (vgl. Semmelhack, 2011, S.52).

Bei den ausserfamiliären Loyalitätskonflikten handelt es sich um einen Konflikt mit dem Umfeld der Familie – Freunde und Bekannte der Familie – begleitet von verschiedenen Gefühlen, von Scham für den erkrankten Elternteil, bis hin zu deren Verteidigung (vgl. Semmelhack, 2011, S.52). Die Kinder können nicht offen über ihre Eltern sprechen, da sie sich für sie schämen. Sie fühlen sich zwischen der Loyalität zu ihren Eltern und der Distanzierung zu ihnen hin und her gerissen (vgl. Mattejat & Lisofsky, 2008, S. 89). Klein (2007) beschreibt in seinem Artikel in „Prävention Extra“, dass die Kinder viel Ambivalenzen des erkrankten Elternteil aushalten müssen und somit immer zwischen Scham für die Eltern wegen ihres Auftretens, wie sie sprechen oder sich verhalten und der damit einhergehenden eigenen Wut und Verzweiflung umgehen. Dies wiederum führt bei den Kindern zu Schuldgefühlen (S. 3). Eine psychische Krankheit, beschreibt Semmelhack (2011), ist heute noch ein Stigma und führt zu Ausgrenzung und Unverständnis in der Gesellschaft (S. 52). Kinder von psychisch kranken Eltern machen die Erfahrung, dass ihre Eltern, oder sogar sie sel-

ber, aufgrund der Krankheit von aussenstehenden Personen abgewertet werden (vgl. Semmelhack, 2011, S.52). Die Kinder müssen mit dieser Abwertung ihrer Eltern von aussen umgehen, einerseits schämen sie sich dafür, andererseits wollen sie ihre Eltern verteidigen und schützen. Auch die Kinder werden durch die Kommentare erniedrigt und ausgegrenzt (vgl. Lenz, 2014, S. 102).

Aus dem innerfamiliären Loyalitätskonflikt könnte geschlossen werden, dass dies eine Zusatzbelastung ist, welche unbedingt vermieden werden sollte. Unterstützt könnte diese Aussage dadurch sein, dass der innerfamiliäre Loyalitätskonflikt möglicherweise nicht eine direkte Folge der psychischen Erkrankung ist, sondern eine Art wie die Familienmitglieder miteinander umgehen. Zur Vermeidung des ausserfamiliären Rollenkonfliktes könnten weitere signifikante Bezugspersonen des Kindes beitragen, indem sie offen mit dem Kind über die Situation sprechen. Vielleicht könnte es auch wichtig sein, mit dem Kind über die empfundene Ambivalenz zu sprechen.

### 3.1.9 Betreuungsdefizite

Die Betreuungsdefizite können sich unterschiedlich äussern. Durch die psychische Krankheit kann der betroffene erwachsene Elternteil die nötige Kontinuität in der Erziehung nicht bieten, die Beziehung zu dem Kind kann unterbrochen werden oder der betroffene Elternteil kann nicht die vom Kind gewünschte Verlässlichkeit geben (vgl. Plass & Wiegand – Grefe, 2012, S. 28). Der Krankheitsverlauf einer psychischen Krankheit ist oft schubweise, somit kann ein psychisch kranker Elternteil seine Erziehungsaufgaben wahrnehmen, jedoch kann eine grössere Ambivalenz in der Beziehung zwischen Eltern und Kind festgestellt werden. Das Kind muss sich immer von neuem an die Situation anpassen und aus Interesse kann schnell ein Desinteresse, aus Nähe schnell Distanz, aus Versorgung schnell eine Verwahrlosung werden (vgl. Klein, 2007, S. 3).

Weiter leiden Kinder psychisch kranker Eltern unter einem Betreuungsdefizit, wenn der kranke Elternteil in die Klinik eintreten muss. So kann es der Fall sein, dass ein betroffenes Kind alleine zur Schule geht, am Mittag bei einer Nachbarin zu Mittag ist und nach der Schule bei einem Schulkameraden spielt, bis abends jemand zu Hause ist (vgl. Semmelhack, 2011, S.48).

Auch im Alltag kann es zu Betreuungsdefiziten kommen, wenn die Eltern mit den eigenen Problemen überfordert sind. Sie sind so mit sich selber und ihren eigenen Sorgen beschäf-

tigt, dass die des Kindes ganz in den Hintergrund rücken (vgl. Plass & Wiegand – Grefe, 2012, S. 28). Gerade in Krankheitsphasen erhält das Kind zu wenig Aufmerksamkeit, emotionale Zuwendung und die alltäglichen Dinge wie Essen zubereiten, die Kinder duschen etc. können vom erkrankten Elternteil nur noch schlecht bis gar nicht mehr erledigt werden. Semmelhack (2011) beschreibt, dass in solchen Situationen die gesamte gewohnte Alltagsstruktur zusammenbrechen kann. In den schlimmsten Fällen kann es zu einer kompletten physischen Verwahrlosung des Kindes kommen. Auch die psychische Verwahrlosung ist in diesen Fällen nicht selten (vgl. Semmelhack, 2011, S. 49).

Bei den Betreuungsdefiziten könnte diskutiert werden, dass ein erweitertes Betreuungssystem für die Kinder bedeutend sein könnte. Demnach wäre es wichtig, dass die Kinder nicht nur von den Eltern betreut werden, sondern, dass sich die Familie eventuell auch an andere Personen wenden könnte, wenn sie überfordert sind. Dadurch kann angenommen werden, dass Betreuungsdefizite minimiert werden können. Die Aufmerksamkeit der Fachperson in den Kliniken vermehrt auf die Kinder zu richten, wäre ein weiterer möglicher Schritt um die Betreuungsdefizite möglichst klein zu halten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es verschiedene Faktoren gibt, welche von grösster Bedeutung für das Erleben und das Verhalten der Kinder von psychisch erkrankten Eltern sind. Möglicherweise können sich diese gegenseitig beeinflussen oder unabhängig voneinander auftreten. Wenn ein Kind Ängste entwickelt, kann es sich positiv auf das Kind auswirken wenn kein Kommunikationsverbot besteht, da dieses die Ängste noch verstärken kann. Über die gesamte Kindheit sollten Kinder die Möglichkeit haben, mit den Eltern und anderen signifikanten Bezugspersonen über ihre Gefühle sprechen zu können (vgl. Kp 2.1.1). Auch die Schuldgefühle treten oftmals in Verbindung mit der Unwissenheit über die Erkrankung auf. Es könnte angenommen werden, dass Kinder sich selbst weniger die Schuld geben, wenn sie um den Verlauf und die Gründe der Erkrankung Bescheid wissen. Von grösster Bedeutung könnte sein, dass die Kinder wissen, dass sie keine Schuld an der Erkrankung tragen, egal wie sie sich verhalten (vgl. Kp. 2.1.2). Tabuisierung innerhalb und ausserhalb der Familie könnte sich auf die Kinder so auswirken, dass sie immer wie isolierter leben. Möglicherweise haben sie Angst über die Erkrankung zu sprechen und ziehen sich immer wie mehr zurück (vgl. Kp. 2.1.3, 2.1.4). Von der Stigmatisierung und Diskriminierung sind die Familien betroffen, können jedoch nur wenig dagegen unternehmen. Diese Thematik ist besonders wichtig für Fachpersonen (vgl. Kp. 2.1.5). Die Desorientierung und die Rollenkonflikte sind von fundamentaler Bedeutung für das Erleben und das

Verhalten eines Kindes. Es könnte angenommen werden, dass diese besonders grosse Auswirkungen haben auf das Erleben und das Verhalten. Insbesondere die Rollenkonflikte und die Parentifizierung können ein Kind in einem Ausmass beeinflussen, welche möglicherweise Auswirkungen auf sein gesamtes Leben haben könnten. Die enorme Auswirkung einer Parentifizierung für die Beziehung zwischen den Eltern und der Kinder kann nicht abgestritten werden. (vgl. Kp. 2.1.6, 2.1.7). Weiter können die Loyalitätskonflikte als enorme Belastungsfaktoren für die Kinder angesehen werden. Diese können in hohem Masse die Beziehungen in den Familien beeinflussen (vgl. Kp. 2.1.8). Die Betreuungsdefizite können insbesondere im Kleinkind- und Kindesalter gravierende Folge haben (vgl. Kp. 2.1.9). Es wäre möglich, dass die Parentifizierung, die Rollenkonflikte und die Loyalitätskonflikte von grösster Bedeutung für die Beziehung zwischen der erkrankten Bezugsperson und ihrem Kind sind.

## 3.2 Entwicklungspsychologie

Unumstritten ist, dass eine Erkrankung der primären Bezugsperson Auswirkungen auf das Kind hat. Wie diese aussehen und was die Erkrankung bei einem Kind bewirkt hängt davon ab, in welcher Entwicklungsstufe sich das Kind befindet (vgl. Semmelhack, 2011, S. 53).



Abbildung 2: Auswirkungen auf die verschiedenen Altersstufen (eigene Darstellung)

Wie in dieser Abbildung dargestellt ist, wirkt sich eine psychische Erkrankung der Bezugsperson auf einen Säugling anders aus als auf einen Jugendlichen (vgl. Semmelhack, 2011, S. 53). Im folgenden Kapitel werden mögliche Auswirkungen auf Kinder in unterschiedlichen Entwicklungsstadien dargestellt. Der Fokus liegt dabei auf dem Erleben und den Bedürfnissen der Kinder.

### 3.2.1 Säuglings- und Kleinkindalter

Mütter und Väter von Säuglingen und Kleinkindern kann es hinsichtlich ihrer Erkrankung schwerer fallen, aufmerksam und sensibel auf die Bedürfnisse ihrer Kinder zu reagieren (vgl. Semmelhack, 2011, S. 55). In der ersten Phase ihres Lebens sind Babys vollkommen auf ihre Eltern angewiesen. Eine sensitive und fürsorgliche Aufmerksamkeit ihrer Eltern ist von fundamentaler Bedeutung (vgl. Semmelhack, 2011, S. 53). Die Empathie und die emotionale Verfügbarkeit der Bezugsperson mit einer psychischen Erkrankung sind oftmals eingeschränkt. Die Möglichkeit feinfühlig auf das Kind zu reagieren ist erschwert (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 61). Für die innere Regulierung sind Babys auf die Hilfe ihrer Eltern angewiesen. Insofern ist die Einschränkung der Reaktionen der Eltern auf ihre Kinder

damit verbunden, dass Babys im Erwerb der Selbstregulation eingeschränkt sind (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 60). Daraus resultiert, dass frühkindliche Regulationsschwierigkeiten entwickelt werden und diese wiederum spätere Auffälligkeiten der Kinder begünstigen (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 60). In den ersten Lebensmonaten entwickelt der Säugling die Bindung zu seiner primären Bezugsperson, welche die Basis für spätere Bindungen, Beziehungserwartungen und dem Interaktionsverhalten ist. Die Interaktion zwischen der primären Bezugsperson und dem Kind ist von grosser Bedeutung für die Bindung, wie auch für die kognitive Entwicklung des Kindes (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 60). Die Erkrankung der primären Bezugsperson kann die Interaktion zwischen dem Säugling und der Bezugsperson erschweren. Die Relevanz der Interaktion zwischen der primären Bezugsperson und dem Kind ist für die Entwicklung des Kindes entsprechend gross, die Folgen können langanhaltende Störungen beim Kind auslösen (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 61). Die Gefahr von Misshandlungen und Vernachlässigung des Säuglings ist in der Krisenphase einer psychischen Erkrankung erhöht. Wenn eine Mutter oder ein Vater eines Säuglings von einer psychischen Krankheit betroffen ist, muss es nicht zwangsläufig zu einer gestörten Eltern-Kind-Interaktion kommen. Es kommt zu einer gestörten Eltern-Kind-Interaktion, wenn kindliche Bedürfnisse nicht berücksichtigt werden und somit die Entwicklung des Kindes gefährdet ist. Wenn die Bedürfnisse jedoch trotz der Erkrankung ausreichend beantwortet werden, kann die Eltern-Kind-Interaktion gut verlaufen (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 61). Dennoch ist die emotionale Unerreichbarkeit und die Überstimulation eine häufige Folge von einer Bezugsperson mit einer psychischen Erkrankung (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 61).

Die emotionale Unerreichbarkeit bezeichnet eine Eltern-Kind-Interaktion, welche dadurch geprägt ist, dass die Bedürfnisse und Signale der Babys und Kleinkinder nicht, oder nur teilweise wahrgenommen und gestillt werden. Der Säugling erlebt keine, oder nur verspätete, Antwort auf seine Signale. Somit kann die Reaktion nicht mehr als Antwort auf seine Bedürfnisse verstanden werden (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 60). Die emotionale Unerreichbarkeit ist häufig bei Bezugspersonen mit Depression, Schizophrenie, Suchterkrankungen und allgemeinen schweren Erschöpfungszuständen zu finden. Säuglinge und Kleinkinder können dadurch Interaktionsstörungen, Regulationsstörungen, Übererregbarkeit oder Passivität entwickeln (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 61).

Überstimulation in der Eltern-Kind-Interaktion ist durch starke und anhaltende Anregung

des Kindes geprägt, welches zu ständiger Reaktion aufgefordert wird (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 61). Säuglinge und Kleinkinder zeigen in manchen Fällen eine abwehrende Reaktion, wie körperliches Erstarren, Dissoziieren, Abwehren der Berührung und starken Protest. Die Eltern beantworten dies mit noch mehr Zuwendung und Reizen (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 61). Die Überstimulation findet man häufig bei agitierten Depressionen, Manie, Angststörungen, Schizophrenie und Borderline-Persönlichkeitsstörungen (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 61).

Pretis und Dimova (2010) beschreiben, dass Kleinkinder und Säuglinge, welche hohem emotionalen Stress ausgesetzt sind, aufgrund der psychischen Erkrankung der primären Bezugsperson möglicherweise internalisierende Störungen entwickeln (S. 45). Internalisierende Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter zeigen sich beispielsweise dadurch, dass sich das Kind zurückzieht, eine unsichere Bindung hat, geringes Explorationsverhalten zeigt und in der Sprachentwicklung Auffälligkeiten entwickelt (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 45 ff.).

Es kann angenommen werden, dass der Mangel an liebevoller Zuwendung über längere Zeit, oder die längere Trennung der Bezugsperson, enorme Stressquellen für ein Säugling oder ein Kleinkind sein kann. Bedeutend in dieser Entwicklungsphase ist, dass die Eltern einen feinfühligem Umgang mit dem Kind haben. Eine psychische Erkrankung der primären Bezugsperson ist in Bezug auf die Beziehung zum Kleinkind mit verschiedenen Herausforderungen verbunden. Möglicherweise könnte als besonders wichtig erachtet werden, dass das Kind mindestens eine Bezugsperson hat, welche dem Kind konstant Sicherheit bieten kann und für das Kind da ist, wenn dies der erkrankten Bezugsperson nicht möglich ist.

### 3.2.2 Vorschulalter

Lenz (2014) benennt die tiefgreifende Angst vor der Trennung der Mutter bei jüngeren Kindern, begleitet von Gefühlen des Verlustes und der Hoffnungslosigkeit. Weiter sind schon bei jüngeren Kindern Schuldgefühle vorhanden (S. 93). Kinder im Vorschulalter lernen langsam ihre Welt zu entdecken und zu verstehen, sie bemerken dass die primäre Bezugsperson eine andere Wahrnehmung und Realität hat, als sie selber. Dies bringt die Gefahr mit sich, dass sie selbst in das Erleben der erkrankten Bezugsperson miteinbezogen werden (vgl. Semmelhack, 2011, S. 56).

Kinder übernehmen die Verantwortung für den psychischen Zustand der Bezugsperson.

Diese Übernahme der Verantwortung beginnt im Vorschulalter und kann bis ins Erwachsenenalter mitgetragen werden. Die Kinder fühlen sich sowohl für das Leiden, als auch für die Stabilität der Betroffenen verantwortlich (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 49). Das Gefühl von grosser Hilflosigkeit und Unvorhersehbarkeit betonen Pretis und Dimova (2010, S. 49).

Im Alter von ca. 1 ½ Jahren beginnt die Ausprägung des Selbstwertgefühls. Bei Kindern, welche die primäre Bezugsperson an einer psychischen Krankheit leidet, kann die Entwicklung des Selbstwertgefühls beeinträchtigt werden (vgl. Semmelhack, 2011, S. 56). Durch die Verhaltensweisen der Bezugspersonen erfährt das Kind, dass es durch seine Aktivität in der Umwelt etwas bewirken kann. Diese Selbstwirksamkeit ist von grosser Bedeutung für die Entwicklung des Selbstwertgefühls. Wenn das Kind keine Rückmeldung und Resonanz auf sein Verhalten erhält, ist die Entwicklung des Selbstwertgefühls stark beeinträchtigt. (vgl. Semmelhack, 2011, S. 56). Sehr wenig Lob und Anerkennung, die das kindliche Selbstwertgefühl stärken, als auch die Schuld- und Schamgefühle, können einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung des Selbstwertgefühls haben (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 63).

Wie im Säuglings- und Kleinkindalter kann auch in dieser Altersstufe die Eltern-Kind-Interaktion eingeschränkt sein. Dies kann sich beispielsweise dadurch zeigen, dass die Bezugsperson ihr Kind als besonders kompliziert empfindet, Schwierigkeiten hat sich durchzusetzen und Grenzen zu setzen oder dass sie sehr ängstlich reagiert (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 63).

Es ist nicht leicht, psychische Belastungen der Kinder im Vorschulalter zu erkennen (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 63). Viele der Kinder wirken im ersten Moment eher unauffällig. Eine Möglichkeit besteht darin, dass Kinder weniger Interesse an alterstypischen Aktivitäten zeigen als ihre Altersgenossen, oder weniger Interesse am Kontakt zu anderen Kindern haben (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 63).

Tendenziell bestätigt ist, dass die Entwicklung des Selbstwertgefühls im Kindesalter von grosser Wichtigkeit ist. Angenommen das Kind erhält von einer weiteren Bezugsperson Lob, Anerkennung und wird in seinem Verhalten bestätigt, könnte die Entwicklung des Selbstwertgefühls gestärkt werden. Möglicherweise wäre dies ein besonders interessanter Punkt für Lehrer, Lehrerinnen, Erzieher, Erzieherinnen und Sozialpädagogen, Sozialpädagoginnen in der Arbeit mit Kindern, welche eine Bezugsperson haben, die an einer psychischen Erkrankung leidet.

### 3.2.3 Kindheit und Jugendalter

In der Schule treffen die Kinder meist auf Gleichaltrige, die ihre Kindheit unbeschwert leben können. Für Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil sind oft andere Themen von Bedeutung, als solche ihrer MitschülerInnen. Sie können ihre Andersartigkeit oft noch nicht reflektieren und benennen. Trotzdem fühlen sie sich anders, als die Kinder in ihrer Schule (vgl. Semmelhack, 2012, S, 57). Die Gefahr, dass dem Kind eine Aussenseiterrolle zufällt ist sehr gross, da andere Kinder diese Andersartigkeit erkennen können. Die Entwicklung von Freundschaften wird durch die unterschiedlichen Erfahrungen, durch die Schamgefühle und durch die Tabuisierung noch erschwert (vgl. Semmelhack, 2012, S, 57). Gleichaltrige mit nach Hause zu nehmen, kann für diese Kinder sehr schwierig sein. In vielen Fällen schämen sich die Kinder für ihr Zuhause und wissen nie, in was für einer Stimmung der Vater / die Mutter gerade ist (vgl. Semmelhack, 2012, S, 57).

In diesem Alter können Kinder psychosomatische Belastungen entwickeln, aber auch mit aggressivem Verhalten reagieren. Möglich ist aber auch eine grosse Anpassungsfähigkeit und ein sehr unauffälliges Verhalten (vgl. Semmelhack, 2012, S, 57).

Der soziale Anschluss wird insbesondere in der mittleren Kindheit und im Jugendalter immer wichtiger. Dies kann von Bedeutung sein, um neue Formen des Sozialverhaltens zu erlernen und somit den Ablösungsprozess zu den Eltern zu erleichtern. Gleichzeitig kann dies die Kinder und Jugendlichen stärken und ihnen mehr Sicherheit geben (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 63). Parallel dazu werden elterliche Fähigkeiten hinterfragt und der eigene Familienhintergrund verglichen. Bei Kindern, bei welchen ein Elternteil erkrankt ist, verläuft dieser Prozess oft anders. Die kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Familie ist in vielen Fällen eingeschränkt (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 63). Kinder und Jugendliche sind hin- und hergerissen, zwischen dem Wunsch sich abzulösen und der Verantwortung, welche sie Zuhause übernehmen müssen (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 63). Insbesondere in Krisensituationen übernehmen sie viel. Demgegenüber steht ihr eigener Wunsch nach Autonomie und Selbständigkeit, welcher sich oft nicht mit ihrer Situation Zuhause vereinbaren lässt (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 63). In diesem Entwicklungsstadium sind die Kinder und Jugendlichen von Schuldgefühlen stark betroffen. Durch die zunehmende Auseinandersetzung mit sich selbst und der Familie, informieren sich Jugendliche über die Krankheit der betroffenen Person. Sie entwickeln dadurch ein umfassendes Bild und Wissen um psychosoziale Belastungsfaktoren, als auch um genetische Prädisposition. Die Angst, selbst eine psychische Krankheit zu entwickeln,

kommt bei vielen Jugendlichen vor (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 64). Auch das Wissen um die psychosozialen Belastungsfaktoren kann Jugendliche sehr belasten. Der Ablösungsprozess als auch die Auseinandersetzungen mit den Eltern können dadurch beeinträchtigt werden (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 64). Abgrenzungs- und Distanzierungsschritte der Jugendlichen sind mit Schuldgefühlen verbunden. Die Jugendlichen haben das Gefühl, dass sie ungerecht sind zu den Eltern, wenn sie sich von ihnen ablösen möchten (vgl. Lenz & Brockmann, 2013, S. 36). Zudem werden die Kinder und Jugendlichen zunehmend in die elterlichen Probleme und Konflikte miteinbezogen und die Identifikation mit den Eltern wird durch die Krankheit verringert (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 64). Die Eltern sind in der Unterstützung ihrer Kinder im Erwerb der Selbständigkeit und der Autonomieentwicklung überfordert (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 64).

Häufig auftretende Risikofaktoren in diesem Alter sind emotionale Instabilität, Aggressivität und asoziales Verhalten. Weiter können Kinder und Jugendliche Rückzugstendenzen, Passivität und soziale Ängste aufweisen (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 64).

Als besonders bedeutend im Jugendalter könnte der Ablösungsprozess angesehen werden. Gerade in dieser Altersstufe sind die meisten Jugendlichen damit beschäftigt sich neu zu orientieren, die Orientierung nach Aussen, hin zu ihren Kollegen und Freunden. Möglicherweise steht dem die Verantwortungsübernahme zu Hause gegenüber. Man könnte annehmen, dass für diese Jugendlichen dadurch die Ablösung sehr schwierig sein kann. Angenommen die Eltern unterstützen und bestärken die Jugendlichen in der Ablösung und bei Verantwortungsübernahme, erfolgt Lob und Anerkennung. Dies könnte die Distanzierung des Jugendlichen vereinfachen und fördern. Besonders wichtig könnte dabei sein, dass der Jugendliche, die Jugendliche bei der Ablösung keine Schuldgefühle hat.

Zusammenfassend stehen in den unterschiedlichen Altersstufen verschiedene Kernpunkte und besonders beachtenswerte Risikofaktoren für die Kinder von psychisch kranken Bezugspersonen im Zentrum. So ist für ein Säugling und ein Kleinkind von besonderer Bedeutung, dass die Bezugsperson emotional verfügbar ist und sensibel auf die Bedürfnisse des Kindes eingehen kann (vgl. Kp.2.2.1). Insbesondere die Entwicklung einer sicheren Bindung zur Bezugsperson ist von fundamentaler Bedeutung, für die positive Entwicklung des Kindes und für sein gesamtes Leben (vgl. Kp. 2.2.1). Auch im Kindesalter ist eine stabile, tragfähige Beziehung möglicherweise von grösster Bedeutung. Des Weiteren kann angenommen werden, dass die Entwicklung des Selbstwertgefühls in diesem Alter zentral

ist. Möglicherweise ist in diesem Alter besonders wichtig, dass die Kinder in ihrem Wahrnehmen und in ihrem Erleben und Verhalten bestärkt werden (vgl. Kp. 2.2.2). Im Jugendalter wird der Ablösungsprozess bedeutend. Es könnte sehr wichtig sein, dass sich die Jugendlichen zunehmend gegen aussen orientieren und auch das Gefühl bekommen, dass sie das dürfen, ansonsten können Schuldgefühle entstehen (vgl. Kp. 2.2.3). In der gesamten Entwicklung des Kindes, bis in das Erwachsenenalter kann angenommen werden, dass die Bindung, die Beziehungsgestaltung und die Beziehungserfahrungen für die Kinder von fundamentaler Bedeutung ist.

### 3.3 Art der Erkrankung – Merkmale in der Auswirkung

Die erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass Kinder selbst erkranken wird dahingehend unterschieden, ob das Kind an derselben psychischen Erkrankung leidet oder eine andere entwickelt (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 45 ff). Wenn das Kind dieselbe Krankheit entwickelt, wird dies als spezifisches Erkrankungsrisiko bezeichnet. Das Risiko der Entwicklung einer anderen Störung wird als allgemeines psychiatrische Erkrankungsrisiko bezeichnet (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 45 ff). In der Literatur und in der Forschung ist nicht abschliessend geklärt, inwiefern die Diagnose der Eltern mit Entwicklungsschwierigkeiten und Erkrankungsrisiken der Kinder in Verbindung treten. Bedeutend ist jedoch, dass aus verschiedenen Krankheitsbildern der primären Bezugsperson spezifische Belastungen resultieren (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 45 ff). Im folgenden Kapitel, werden die Auswirkungen einzelner Erkrankung auf die Kinder dargestellt.

#### 3.3.1 Eltern mit Symptomen einer affektiven Störungen

Kinder von depressiven Eltern erleben Zuhause eine kaum aushaltbare traurige Grundstimmung (vgl. Semmelhack, 2012, S. 39). Die Kinder machen die Erfahrung, dass ihre Bezugsperson häufig weint, den ganzen Tag schlafen möchte und nur selten und leise mit ihnen spricht. Die Bezugsperson verlässt kaum das Bett oder die Couch und ist total in sich gekehrt (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 82). Menschen, welche an einer Depression leiden, haben Mühe Gefühle für die ihnen nahestehenden Menschen zu empfinden (vgl. Arolt et al., 2007, S.143). Wenn das Kind die Bezugsperson anspricht oder etwas fragt, kommt oft keine Reaktion. Fehlende Interaktion und fehlende Antworten haben Auswirkungen auf den Selbstwert und die Selbstwirksamkeit der Kinder (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 82). Schon Säuglinge, aber auch Kinder, erlernen aufgrund des Verhaltens der Bezugsperson

Hilflosigkeit und Aufgeben als Strategie (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 82). Sie verstummen emotional, resignieren und ziehen sich zurück (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 82). Glücksmomente, Geborgenheit und Aufmerksamkeit bleibt den Kindern verwehrt, Lob und Ermutigung sind nicht vorhanden (vgl. Semmelhack, 2012, S. 39). Aufforderungen zum Explorationsverhalten und zur Erkundung der Umwelt können nicht gegeben werden (vgl. Semmelhack, 2012, S. 39). Unsichere Bindung im Kleinkinds- und Vorschulalter ist bei diesen Kindern sehr häufig (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 52).

Hoch traumatisierend für diese Kinder kann die Erfahrung von Suizidversuchen der Bezugsperson sein (vgl. Semmelhack, 2012, S. 39). Kinder depressiver Bezugsperson haben massive Schuldgefühle. Sie suchen Erklärungen für das Verhalten der Bezugsperson bei sich selbst. Sie fangen an die Bezugspersonen vor eigenen unangenehmen und angenehmen Erlebnissen zu schützen (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 83). Übernahme von Hausarbeiten ist meist unumgänglich, Rollenverhältnisse und Rollenverteilungen werden durch die Erkrankung umgestossen und die Kinder müssen Zuhause Verantwortung übernehmen (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 83). Gegen aussen wird meist das „heile Bild“ aufrechterhalten und Kinder haben keine Möglichkeit über die schwierige Situation zu sprechen (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 83). Bei Säuglingen und Kleinkindern, die noch nicht selbständig für sich sorgen können, besteht die grosse Gefahr der Vernachlässigung (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 83). Dass Kinder Folgen der Erkrankung der Bezugsperson tragen ist wahrscheinlich. In Studien wurde das hohe Erkrankungsrisiko Kinder von Eltern mit Symptomen einer affektiven Störung tendenziell bestätigt (vgl. Lenz 2014, S. 25). Ca. 40 % der Kinder leiden später selbst an einer affektiven Krankheit (vgl. Lenz 2014, S. 25). Ca. 60 % der Kinder, welche einen depressiv erkrankten Elternteil haben, leiden in ihrem Leben an einer (beliebigen) psychischen Erkrankung (vgl. Lenz 2014, S. 25). Das Risiko für diese Kinder ist hier noch höher, als bei anderen psychischen Erkrankungen der Eltern, bei welchen das Erkrankungsrisiko bei ca. 30 % liegt (vgl. Lenz 2014, S. 17). Die Erkrankung der Bezugsperson ist der Hauptrisikofaktor für Kinder, selbst einmal zu erkranken. Besonders gravierend ist, dass bei 40% der Kinder von Bezugspersonen mit einer Depression bereits im Kindes- und Jugendalter eine depressive Episode auftritt (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 53). Die Prävalenz der Erkrankung der Kinder steigt auf 70%, wenn beide Eltern an einer Depression leiden (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 53). Kinder zeigen bereits früh Auffälligkeiten im emotionalen, sozialen und kognitiven Bereich (vgl. Lenz, 2014, S. 25). Suizidversuche im Kindesalter bei Kindern nicht depressiver Eltern liegt in der

Allgemeinbevölkerung bei 1%. Die Wahrscheinlichkeit steigt auf 8%, bei Kindern mit depressiven Eltern (vgl. Lenz, 2014, S. 25). Auch das allgemeine Erkrankungsrisiko steigt bei Kindern mit depressiven Eltern (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 54).

Es könnte vermutet werden, dass bei Kindern von Eltern mit depressiven Symptomen, ein erhöhtes Risiko von Parentifizierung bestehen könnte, da Menschen mit depressiven Symptomen die Möglichkeit aktiv am Geschehen teilzunehmen, tendenziell verwehrt ist. Möglicherweise kann die Person nicht mehr zu den Kindern schauen oder mit ihnen sprechen, sie könnte sich zurückziehen und selbst nichts mehr essen, geschweige denn kochen. Dass somit die Kinder eine aktivere Rolle übernehmen, könnte angenommen werden. Unterstützend könnte sein, wenn der Partner oder die Partnerin diese aktivere Rolle übernehmen könnte, damit die Kinder Kinder bleiben können.

Kinder von Eltern, die manische Symptome haben, erleben ihre Eltern als nicht verlässlich und können ihnen nicht vertrauen. Vorhandene Tagesstrukturen und Regeln werden über den Haufen geworfen, Essens- und Schlafenszeiten sind nicht mehr von Bedeutung (vgl. Semmelhack, 2012, S. 39). Plötzlich wirkt die Bezugsperson selbst wie ein sorgloses Kind, unternimmt mit ihnen wilde Aktivitäten (vgl. Semmelhack, 2012, S. 39). Kinder erleben während der manischen Phase bei ihrer Bezugsperson zuerst die gesteigerten Aktivitäten, ihre Eltern reden sehr viel und sehr schnell (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 106). Sätze und Aktivitäten werden nicht zu Ende geführt, laufend kommen neue Ideen. Für Kinder passiert zu viel in zu kurzer Zeit, unmöglich für sie alles aufzunehmen und zu verarbeiten. Überforderung kann eine Folge davon sein (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 106). Der Alltag verändert sich vollkommen, ist regel- und strukturlos (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 106). Psychische und physische Erschöpfung der Kinder durch zu wenig Schlaf, keine regelmäßigen Mahlzeiten können schwerwiegende Folgen nach sich ziehen (vgl. Semmelhack, 2012, S. 40). Die Gefühle der Kinder können durch die Stimmung und Überforderung der Bezugsperson kaum mehr reguliert werden. Plötzlicher Zorn, aggressives Verhalten und nicht nachvollziehbare Sanktionen müssen vom Kind ertragen werden (vgl. Semmelhack, 2012, S. 40). In der Öffentlichkeit werden Schamgefühle hervorgerufen, wenn sich die Mutter oder der Vater auffällig und distanzlos verhält, gefolgt von Schuldgefühlen aufgrund der Scham (vgl. Semmelhack, 2012, S. 40). Die Kinder sind stark verunsichert und haben Angst, da sie sich immer wieder neu auf die Stimmungen der Bezugsperson einstellen müssen (vgl. Semmelhack, 2012, S. 40).

Für kleine Kinder bedeutet dies eine kaum nachvollziehbare Veränderungen der Stimmung, zu Beginn kann dies lustig sein, es wird viel unternommen und gelacht. Auf einmal tanzt und singt die Mutter / der Vater. Aber nach einiger Zeit wird es anstrengend für die Kinder und sie sind zunehmend erschöpft. Das Kind wird beispielsweise um fünf Uhr früh geweckt, um gemeinsam ins Schwimmbad zu gehen (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S, 106 ff.) .Gleichzeitig können Zorn und Wutausbrüche der Bezugsperson, aufgrund von Kleinigkeiten der Kinder, die Situation immer unverständlicher machen. (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S, 107). Die Bezugsperson überschätzt sich selbst, aber auch ihre Kinder (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S, 107). Durch Grössenwahn und Wahnvorstellungen können Kinder die Welt und die Sprache der Bezugsperson nicht mehr verstehen und bemerken, dass diese auch nicht mehr mit ihren eigenen Vorstellungen übereinstimmen (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S, 108). Kinder versuchen sich anzupassen, stossen dabei jedoch an ihre Grenzen. Sie leben in einem fortwährenden Chaos. Überforderung, Trauer und fehlendes Vertrauen zu ihrer Bezugsperson prägen die Kinder (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S, 109).

Tendenziell kann angenommen werden, dass Kinder, die in solchen Situationen sind, Schutz bräuchten, damit sie genügend Schlaf und Nahrung bekommen und weiterhin einen einigermaßen geregelten Tagesablauf haben. Möglicherweise wäre es wichtig, dass allzu grosse Überforderung und Chaos verhindert wird.

### 3.3.2 Eltern mit Symptomen einer Sucht

In Studien wurde nachgewiesen, dass alkoholabhängige Menschen oft aus Familien stammen, in welchem bereits Ein- oder beide Elternteile eine Alkoholabhängigkeit hatten (vgl. Klein, 2007, S. 1). Insbesondere die Unberechenbarkeit des elterlichen Verhaltens ist ein besonders erschwerender Faktor für die Kinder. Vorsätze und Versprechungen seitens des Elternteils werden nicht eingehalten, somit ist eine gute Basis für eine vertrauensvolle Beziehung nicht vorhanden (vgl. Klein, 2007, S. 3). Kinder von alkoholabhängigen Eltern werden als grösste Risikogruppe angesehen, selber später eine Suchterkrankung zu entwickeln (vgl. Klein, 2007, S. 3). Das Risiko für diese Kinder ist bis zu sechsmal höher als bei Kindern, bei welchen kein Elternteil eine Abhängigkeit hat (vgl. Klein, 2007, S. 3). Weiter zeigen Kinder, welche in diesen Familien aufwachsen, eine höhere Gefährdung für Angststörungen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen (vgl. Klein, 2007, S. 3).

Insbesondere bei Eltern mit Substanzmissbrauch sind die Auswirkungen auf das ungeborene Kind zu beachten. Diese nennt man prä- und perinatale Schäden. Drogen, Medikamen-

te und Alkohol sind eine grosse Gefahr und haben direkte Auswirkungen auf den Fötus und den ungeborenen Säugling (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 46). Frühgeburten, als auch Komplikationen in der Schwangerschaft sind bei drogenabhängigen Schwangeren doppelt so hoch, als bei nicht drogenabhängigen Schwangeren. Bei 50-95% der geborenen Babys von Müttern mit Drogenabhängigkeit besteht das neonatale Abstinenzsyndrom. Dieses Syndrom macht eine stationäre, mehrwöchige Drogenentzugsbehandlung bei dem Neugeborenen notwendig. (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 54). Der Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kann ein fetales Alkoholsyndrom zur Folge haben. Dies zeigt sich durch Untergewicht, mangelhafte Muskelentwicklung, Gesichtsveränderung, Entwicklungsverzögerungen, verminderte Intelligenz und psychische Auffälligkeiten. (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 54).

Kinder von Bezugspersonen mit einer Sucht sind geprägt von der Erfahrung, dass die Bezugsperson in manchen Momenten unerreichbar ist. Vorsätze und Versprechungen seitens der Bezugsperson werden sehr oft nicht eingehalten. Auch das Belohnungs- bzw. das Bestrafungssystem wirken für das Kind unverständlich und diffus. (vgl. Klein, 2007, S. 3). Die Kinder sind extremen Belastungssituationen ausgesetzt, wie grösste Stimmungsschwankungen seitens der Bezugsperson, Unberechenbarkeit derselben, extreme Loyalitätskonflikte seitens des Kindes, gebrochene Versprechen, wenig Stabilität und Struktur im Alltag (vgl. Klein, 2007, S. 3). Eine grosse Schwierigkeit für die Kinder von Eltern mit Symptomen einer Sucht, ist der schnelle und sehr abrupte Wandel des Verhaltens der Bezugsperson. Diese Veränderung des Verhaltens ist besonders belastend, da dies für das Kind weder verständlich, noch kontrollierbar ist. (vgl. Klein, 2007, S. 3). Zu wenige erfolgreiche Interaktionen des Kindes mit seiner Umwelt sind sehr häufig Folgen bei Kindern von Eltern mit einer Suchterkrankung. Dies führt zu einer negativen Selbstwirksamkeitserwartung und zu erlernter Hilflosigkeit. Häufig sind die Kinder den starken Konflikten der Eltern ausgesetzt (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 49).

Struktur, Halt, Konstanz und Sicherheit könnten für diese Kinder bedeutend sein. Wenn diese nicht von der Bezugsperson mit der Erkrankung gegeben werden kann, könnte angenommen werden, dass es von besonderer Wichtigkeit wäre, dass diese Kinder die notwendige Sicherheit von einer anderen signifikanten Bezugsperson erhalten.

### 3.3.3 Eltern mit Symptomen einer Persönlichkeitsstörungen

Lenz (2014) beschreibt den Forschungsstand in Bezug auf die Kinder, bei welchen ein Elternteil an Symptomen einer Persönlichkeitsstörung leidet, als zu wenig stabil, als dass gesicherte Aussagen darüber gemacht werden können (S. 26). Er beschreibt Tendenzen von Forschungen, welche aufzeigen, dass die Möglichkeit besteht, dass diese Kinder in hohem Masse gefährdet sind, selbst zu erkranken (S. 26 ff.), insbesondere Kinder, welche eine Mutter oder einen Vater mit Borderline-Persönlichkeitsstörung haben (S. 27).

Die Belastungen und Risiken bei Kindern mit Bezugspersonen, die an Symptomen einer Persönlichkeitsstörung leiden, sind erlebte Traumata, Vernachlässigung, Missbrauch, Borderline-Persönlichkeitsakzentuierung, ADHS und Störungen des Sozialverhalten (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 59). Obwohl Plass und Wiegrand-Grefe (2012) beschreiben, dass Kinder mit Eltern mit Symptomen einer Persönlichkeitsstörungen die höchsten Auffälligkeiten und den weitaus ungünstigsten Entwicklungsverlauf zeigen (S. 59), ist sehr wenig differenzierte Literatur zu diesem Thema zu finden. Tendenziell kann gesagt werden, dass Kinder von Eltern mit Symptomen einer Persönlichkeitsstörungen am stärksten gefährdet sind (vgl. Plass & Wiegrand-Grefe, 2012, S. 59).

Aufgrund der fehlenden Informationen ist es schwierig fundierte Äusserungen über Kinder von Eltern mit einer Persönlichkeitsstörung zu machen. Angenommen kann werden, dass diese Kinder nicht weniger belastet sind, als Kinder von Eltern mit anderen psychischen Problemen. Deshalb könnte es von Bedeutung sein, diese Zielgruppe genauer zu untersuchen, insbesondere wenn angenommen werden kann, dass diese Kinder besonders gefährdet sind und den ungünstigsten Entwicklungsverlauf zeigen.

### 3.3.4 Eltern mit Symptomen einer Schizophrenie

Kinder, welche mit einem Elternteil aufwachsen, welcher Symptome einer Schizophrenie aufweist, zeigen häufig ängstliche, zerstreute, depressive Verhaltensweisen und ziehen sich oft zurück (vgl. Lenz 2014, S. 24). Der weitere Lebensverlauf dieser Kinder wird dadurch geprägt. Oftmals zeigen die Kinder im Schulalter Defizite in der Aufmerksamkeit, geringe Frustrationstoleranz und weitere Auffälligkeiten (vgl. Lenz 2014, S. 24). Das Risiko, später selbst an einer psychischen Krankheit zu leiden, ist bei Kinder mit einem schizophrenen Elternteil etwa gleich gross, wie wenn der Elternteil eine andere psychische Erkrankung hätte, etwa bei 30% (vgl. Lenz 2014, S. 24).

Äusserst belastend sind die Verhaltensweisen und die Wahrnehmungen der Bezugsperson, welche das Kind nicht versteht. Das Verhalten der Betroffenen verändert sich, Kinder sehen und hören wie ihre Bezugsperson mit sich selbst oder mit jemandem der nicht da ist spricht, sie schämen sich, wenn dies in der Öffentlichkeit geschieht und können kaum nachvollziehen, was vor sich geht (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S, 137). Manchmal sind Betroffene vollkommen eingenommen von Aufgaben, welche sie ausführen müssen, und nehmen ihr Kind und dessen Bedürfnisse kaum mehr wahr (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S, 137). Das Kind leidet unter Verunsicherung, Beängstigung, Ratlosigkeit und Verzweiflung (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S, 137). Die Strukturen und der Halt des Kindes brechen zusammen, kindliche Versuche nach Aufmerksamkeit bleiben oft unbeantwortet (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S, 137). Hinzu kommt, dass die Betroffenen oft ein verzerrtes Bild von ihren Kindern haben (vgl. Plass &Wiegand-Grefe, 2012, S. 50). Die Gefahr, dass die Kinder selbst in die irrealen Welt hineingeraten, ist gross. Das Kind kann Angst vor dem erkrankten Elternteil entwickeln (vgl. Semmelhack, 2011, S. 41). Zudem erlebt es, dass auch die Umgebung, z.B. die Nachbarn, Angst vor der Mutter / vor dem Vater haben. Angst, Verunsicherung und Ratlosigkeit der Umwelt sind oft sehr prägend (Semmelhack, 2011, S. 41).

Kinder von Eltern mit Schizophrenie sind ängstlich, zerstreut, können depressive Symptome zeigen und leben eher zurückgezogen. Soziale Hemmungen und Aufmerksamkeitsprobleme sind häufige Folgen (Lenz, 2014, S. 24). Im Schulalter kommen Beeinträchtigungen der schulischen Leistungen, Defizite in der Informationsverarbeitung und Aufmerksamkeit, sowie neurologische Auffälligkeiten hinzu (Lenz, 2014, S. 24). Defizite in der affektiven Kontrolle, leichte Reizbarkeit, Stressübertragbarkeit und geringe Frustrationstoleranz sind häufige Merkmale von Kindern welche eine primäre Bezugsperson mit Schizophrenie haben (Lenz, 2014, S. 24).

Von fundamentaler Bedeutung für diese Kinder könnte die Bestätigung in ihrer Wahrnehmung und in ihrem Verhalten sein. Tendenziell ist vorstellbar, dass es für Kinder sehr schwierig sein kann, wenn ihre Realität und die der Bezugsperson nicht übereinstimmen. Möglicherweise haben diese Kinder grosse Selbstzweifel, dies würde die Entwicklung des Kindes wiederum beeinflussen. Insbesondere wenn die Mutter oder der Vater in einer Psychose ist, könnte es wichtig sein, das Kind zu schützen.

Verschiedene wiederkehrende Punkte, welche für alle Kinder psychisch kranker Eltern vorhanden sind, wurden im Kapitel „Auswirkungen auf das Erleben und das Verhalten“ darge-

stellt. Nun kann gesehen werden, dass sich die Auswirkungen auch unterscheiden können und Unterschiede bei den verschiedenen Arten der Erkrankungen zu erkennen sind. Insbesondere für das Erleben der Kinder könnte dies von Bedeutung sein. Aber auch für Interventionen oder Gespräche seitens der Fachpersonen ist diese Unterscheidung möglicherweise von Wichtigkeit. Es kann angenommen werden, dass verschiedene Auswirkungen generalisiert werden können, jedoch könnte es wichtig sein, dass jedes Kind einzeln betrachtet wird. Somit könnte vermutet werden, dass sich jede Bezugsperson anders verhält und jede Familie anders mit der Erkrankung umgeht und somit jedes Kind mit individuellen Schwierigkeiten umgehen muss.

### 3.4 Risiko und Resilienz

Die Kinder psychisch kranker Eltern stellen eine besonders grosse Risikogruppe dar, selbst eine psychische Krankheit zu entwickeln (vgl. Lenz, 2014, S. 149). Durch die verschiedenen umwelt- und personenbezogenen Einflüsse können die Kinder in ihrer Entwicklung beeinträchtigt werden. Trotz dieser teils multiplen Belastungen entwickeln bei weitem nicht alle Kinder, selber später eine psychische Krankheit (vgl. Lenz, 2014, S. 149). Sie haben eine Resilienz entwickelt, um mit dieser schwierigen Lebenssituation umzugehen (vgl. Lenz, 2014, S. 149). Das Zusammenspiel der Faktoren der Resilienz und der Risikofaktoren sind in der unten stehenden Darstellung ersichtlich.

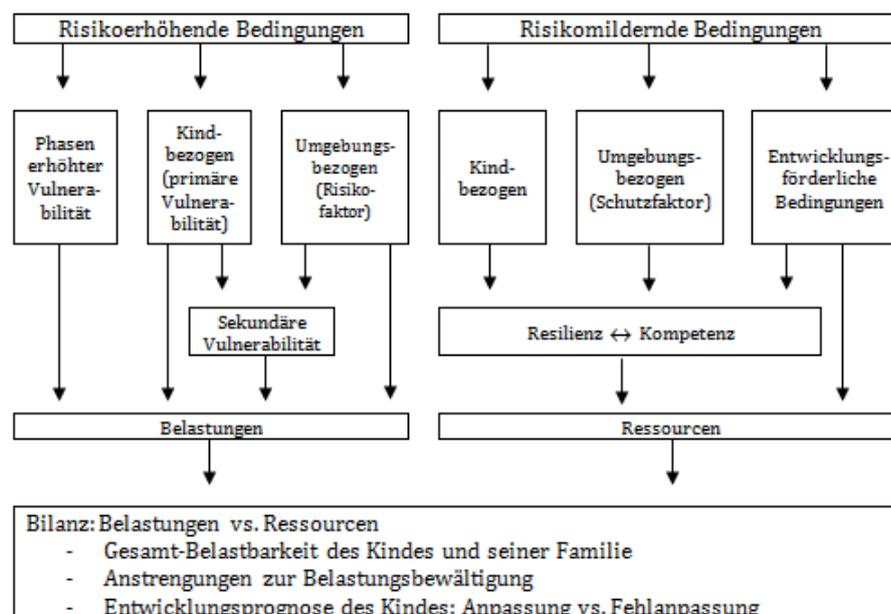


Abbildung 3: Übersicht der Faktoren (nach Petermann, 2000, S. 12)

Auffallend bei dieser Abbildung ist, dass die risikoerhöhenden und die risikomindernden Bedingungen auf derselben Höhe dargestellt werden. Sie stehen in einem Gleichgewicht. Dadurch kann angenommen werden, dass eine risikoerhöhende und risikomildernde Bedingungen dasselbe Gewicht für die Entwicklung haben, also Belastungen und Ressourcen in einer Balance zueinander stehen. Aus der Literatur wird ersichtlich, dass aber oft entweder die risikomindernden oder die risikoerhöhenden Bedingungen überwiegen und diese selten im Gleichgewicht stehen (vgl. Plass & Wiegand – Grefe, 2012, S. 69). In beiden Spalten (risikomindernden und risikoerhöhenden Bedingungen) werden die Personalen-, die Familiären- und die Umweltfaktoren unterschieden.

Dadurch dass Kinder psychisch kranker Eltern sich oft in einer ungünstigen Lebenslage befinden, hat sich das Forschungsinteresse auf die risikomindernden Bedingungen sensibilisiert, welche die risikoerhöhenden Faktoren abschwächen. Diese können die Risikofaktoren reduzieren und die Resilienz der betroffenen Kinder stärken. (vgl. Plass & Wiegand – Grefe, 2012, S. 69).

### 3.4.1 Risikofaktoren

Die psychische Erkrankung der primären Bezugsperson ist ein Risikofaktor für die Entwicklung des Kindes (vgl. Lenz, 2014, S. 149). Welche Auswirkungen die Krankheit eines Elternteils auf die Kinder haben kann, zeigt sich je nach Ausprägung, Art und Verhalten der Erkrankung (vgl. Lenz, 2014, S. 149). Die Risikofaktoren können in folgende Kategorien unterteilt werden: Personelle Risikofaktoren, Familiäre Risikofaktoren und Umweltfaktoren / psychosoziale Risikofaktoren (vgl. Plass & Wiegand – Grefe, 2012, S. 33ff).

#### 3.4.1.1 Personale Risikofaktoren

Ist ein Kind in seiner Entwicklung nicht förderlichen Bedingungen ausgesetzt, darf dies nicht nur als Folge einer Auffälligkeit der Eltern gedeutet werden. Nach Lenz und Brockmann (2013) müssen alle Faktoren, die die Entwicklung des Kindes beeinflussen, genau untersucht werden (S. 29). Das Kind ist kein Objekt, welches nur auf belastende soziale und familiäre Lebensumstände reagiert, sondern ergeben sich die Auffälligkeiten des Kindes oft dann, wenn es sich mit genau diesen besonderen Umständen auseinandersetzt (S. 29). Wie das Kind auf solch spezielle Umstände reagiert hängt nicht nur von den familiären Belastungen ab, sondern auch von den persönlichen Faktoren des Kindes (vgl. Plass & Wiegand – Grefe, 2012, S. 43). Lenz und Brockmann (2013) beschreiben, inwiefern

verschiedene Untersuchungen zeigen, dass Kinder je nach Temperament anders auf die psychische Erkrankung der Eltern reagieren (S. 29). Kinder mit einem „schwierigen Temperament“ bedeutet, die Kinder sind leicht reizbar, haben Mühe mit der Konzentration und können sich schlecht neuen Situationen anpassen. Diese Kinder sind stärker betroffen von familiären und sozialen Belastungsfaktoren, welche mit der elterlichen Erkrankung zusammenhängen. Pretis und Dimova (2010) zeigen die verschiedenen personenbezogenen Risikofaktoren auf (S. 27). Weiter sind das Alter und das Geschlecht des Kindes wichtige persönliche Faktoren (vgl. Lenz & Brockmann, 2013, S. 29). Sie beschreiben in ihrem Buch, dass gerade Jungen im Schulalter und Mädchen in der Pubertät speziell empfindlich auf eine psychische Erkrankung eines Elternteils reagieren (S. 30). Andere mögliche, personelle Faktoren können sein: Eine geringe schulische Leistung, eigene Verhaltensprobleme, emotionale Probleme, geringe Lebenszufriedenheit, usw. (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 27).

Bei Kindern psychisch kranker Eltern könnte demnach davon ausgegangen werden, dass nicht nur die Erkrankung der Bezugsperson sich auf die Entwicklung des Kindes auswirkt, sondern auch die individuellen Merkmale der Kinder von Bedeutung sind. Demnach könnte sich ein Kind in ein und derselben Situation positiv entwickeln, und ein anderes könnte später selbst an einer psychischen Erkrankung leiden.

Für die Kinder psychisch kranker Eltern und deren Prognose ist es wichtig, dass zur genetischen und psychosozialen Vulnerabilität eine Aufklärungsarbeit betrieben wird. Damit können die Risikofaktoren der Lebenswelt und der Familie einbezogen werden und diese therapeutisch oder präventiv verarbeitet werden (vgl. Plass & Wiegand – Grefe, 2012, S. 13). Bei der Vulnerabilität wird die Hypothese aufgestellt, dass sich die Kinder in ihrer „Verletzlichkeit“ in Bezug auf ihr Erkrankungsrisiko unterscheiden (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 63). Im Hinblick auf psychische Krankheiten ist nach Pretis und Dimova (2010) die Vulnerabilität aus medizinischer Sicht als „Erkrankungsbereitschaft“ zu verstehen (S.63). Damit jemand psychisch erkranken kann, müssen biologische oder genetische Faktoren gegeben sein. Der Auslöser der Krankheit ist dann ein aktuelles kritisches Lebensereignis, welches eine zusätzliche Belastung in der Lebenswelt der betroffenen Person darstellt (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 63).

Inwiefern spielt die Vererbung bei psychischen Krankheiten eine Rolle? Ist eine psychische Erkrankung genetisch bedingt? Mit diesen Fragen hat sich die Forschung auseinandergesetzt.

setzt und Lenz (2014) schreibt, dass die genetischen Faktoren bei der Übertragung psychischer Störungen eine wichtige Rolle spielen, was aus Familien- und Zwillingsstudien abgeleitet wird (S. 38). Die genetischen Prädispositionen lassen sich durch Familienstudien genau ermitteln, da die Kinder von den Verwandten ersten Grades, d.h. den Eltern zu je 50% mit deren Genen ausgestattet werden (vgl. Plass & Wiegand – Grefe, 2012, S. 33). Die Studie baut auf eine vorhandene psychische Störung in der Familie auf und es wird untersucht, wie oft diese psychische Störung in einer Familie auftritt, wobei alle Verwandten in die Untersuchung einbezogen werden (vgl. Lenz, 2014, S. 38). Die genetische Prädisposition in einer Familie, an einer psychischen Krankheit zu erkranken, gilt als gegeben, wenn die Prävalenzrate dieser psychischen Störung bei den Verwandten ersten Grades höher ist als bei der Allgemeinbevölkerung (vgl. Lenz, 2014, S. 38).

Nach Lenz (2014) zeigt sich, dass bei der Zwillingsstudie eineiige und zweieiige Zwillinge untersucht werden, wobei bei eineiigen Zwillingen die Konkordanz einer genetischen Prädisposition für eine psychische Störung höher sein sollte, als bei zweieiigen Zwillingen (S. 38 / 39). Als Beispiel liegt die Konkordanzrate bei unipolare Depressionen bei eineiigen Zwillingen bei 50% - 60%, bei zweieiigen liegt sie zwischen 10% - 20% (vgl. Lenz, 2014, S. 39). Weiter ist wichtig zu beachten, dass Kinder von psychisch kranken Eltern nicht nur das Risiko haben an der gleichen Krankheit wie die Eltern zu leiden, sondern diese allgemein ein erhöhtes Risiko haben, an einer psychischen Störung zu erkranken (vgl. Plass & Wiegand – Grefe, 2012, S. 33 / 34).

Eine genaue Einschätzung wie viel Prozent die Gene und wie viel Prozent die psychosozialen Faktoren bei einer psychischen Erkrankung ausmachen, ist fast nicht möglich. Mattejat und Lisofsky (2014) beschreiben, welche Umweltfaktoren für die psychische Entwicklung schädlich, beziehungsweise förderlich sind (S. 84). Aufgrund dieser Erkenntnisse können Überlegungen angestellt werden, wie Kinder psychisch kranker Eltern am besten unterstützt werden können (vgl. Mattejat & Lisofsky, 2014, S. 84).

Zusammenfassend könnte gesagt werden, dass sich verschiedene Merkmale des Kindes darauf auswirken, ob es später selbst eine psychische Erkrankung entwickelt oder nicht. Ein wichtiger Punkt sind die personalen Risikofaktoren, wie beispielsweise ein schwieriges Temperament. Ein weiterer zu beachtender Faktor ist die Vulnerabilität, beziehungsweise die Erkrankungsbereitschaft des Kindes und als weiteres Element die genetische Prädisposition. Diese Kernpunkte ergeben die personalen Risikofaktoren des Kindes und beeinflus-

sen die Wahrscheinlichkeit, ob das Kind selbst später an einem psychischen Leiden erkrankt oder nicht. Weiter ist anzunehmen, dass sich diese auch auf den Umgang des Kindes mit der schwierigen Situation auswirken.

#### 3.4.1.2 Familiäre Risikofaktoren

Durch die Belastung der psychischen Krankheit sind viele betroffene Eltern verunsichert, was sich in deren Erziehungsverhalten widerspiegelt (vgl. Lenz & Brockmann, 2013, S. 26). Durch die eigene Unsicherheit können sie sich überfordert fühlen ihre Kinder zu erziehen und es entstehen Schuldgefühle gegenüber den Kindern (S. 26). Die Eltern haben Angst, dass sie ihren Kindern nicht die Förderung und die Betreuung bieten können, welche für sie notwendig ist (vgl. Lenz & Brockmann, 2013, S. 26). Gerade in akuten Krankheitsmomenten kann es für die Bezugsperson von besonderer Herausforderung sein die Kinder zu unterstützen und anzuleiten (vgl. Lenz & Brockmann, 2013, S. 26). Es hat sich gezeigt, dass in akuten Krankheitsphasen die Alltagsbewältigung für die erkrankte Person nicht möglich ist und sie somit den Bedürfnissen des Kindes nicht gerecht werden kann (S. 26). Lenz (2014) beschreibt, dass vielen Eltern bewusst ist, dass sie in ihrer Erziehungskompetenz eingeschränkt sind (S. 65) und dass sie selbst wahrnehmen, dass sie den Kindern in manchen Situationen nicht die Aufmerksamkeit und Zuwendung geben können, welche sie ihnen geben wollen (S. 65).

Die Eltern – Kind – Beziehung verläuft teils problematisch, da ein mangelnder Familienzusammenhalt oder auch eine mangelnde Kommunikation Folgen der familiären Belastung sein können (vgl. Plass & Wiegand – Grefe, 2012, S. 41 / 42). Eltern mit einer psychischen Erkrankung können aufgrund ihrer Krankheit oftmals weniger intensiv auf die Bedürfnisse des Kindes eingehen (vgl. Lenz & Brockmann, 2013, S. 27). Da sie mit sich und ihrer Krankheit beschäftigt sind, wird ihr Verhalten dem Kind gegenüber eher passiv und sie begegnen ihm zurückhaltend und ohne direkten Blickkontakt (S. 27). Daraus resultierend ist nach Lenz und Brockmann (2013) bei Kindern psychisch kranker Eltern oft ein unsicheres Bindungsverhalten vorhanden (S. 27). Pretis und Dimova (2010) beschreiben weitere Faktoren wie die Krankengeschichte der Familie, Gewalterfahrungen in der Familie, Lebensumstände der Familie hinsichtlich Trennungssituationen, frühe Mutterschaft, beruflicher Misserfolg oder Arbeitslosigkeit und Wohnverhältnisse der betroffenen Familien (S. 27).

Beide Themengebiete, das Erziehungsverhalten und die Eltern-Kind-Beziehung, sind möglicherweise von fundamentaler Bedeutung für das Kind und dessen Entwicklung. Es könnte

von besonderer Wichtigkeit sein, dass das Kind eine stabile und tragfähige Beziehung hat und sich auf die Bezugsperson verlassen kann. Wenn jedoch die Bezugsperson in der Erziehung und in der Bindung eingeschränkt ist, könnte dies möglicherweise einen grossen Einfluss auf das Erleben und das Verhalten des Kindes haben.

#### 3.4.1.3 Umweltfaktoren – psychosoziale Risikofaktoren

Nach Lenz (2014) ist nebst den persönlichen und den familiären Risikofaktoren auch den sozioökonomischen und den soziokulturellen Risikofaktoren Rechnung zu tragen (S. 41). In diese Kategorie fallen: Armut, Zugehörigkeit zu einer Minderheit, Zugehörigkeit zu einer Gruppe mit einem abweichenden Verhalten, oder auch die Arbeitslosigkeit als ein strukturelles Problem (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 27). Nach Lenz (2014) zeigt sich, dass mit einem niedrigen sozialökonomischen Status einer Familie eine erhöhte Prävalenz für eine psychische Krankheit besteht (S. 41). Solche Risikofaktoren finden sich vereinzelt in vielen Familien, kritisch wird es erst dann, wenn sich solche Faktoren in einer Familie häufen (vgl. Mattejat & Lisofsky, 2008, S. 85).

Bei den Risikofaktoren kann zusammenfassend gesagt werden, dass verschiedenste Merkmale zusammenspielen und sich darauf auswirken, wie sich ein Kind entwickelt. Die Risikofaktoren beinhalten drei Kernpunkte. Einerseits stehen die personalen Risikofaktoren im Zentrum, wobei wichtig erscheint, dass auch diese wiederum verschiedene Punkte beinhalten. Zweitens sind die familiären Risikofaktoren von fundamentaler Bedeutung, insbesondere die Eltern- Kind- Beziehung könnte bei den familiären Risikofaktoren äusserst wichtig ein. Als dritter Aspekt sind die Umweltfaktoren, welche nicht ausser Acht gelassen werden können. Die Umwelt hat Auswirkungen auf das Kind und beeinflusst seine Entwicklung (vgl. Kp. 2.4.1).

#### 3.4.2 Resilienz

Klein (2007) beschreibt die Resilienz in seinem Artikel im Prävention Extra, als eine Widerstandsfähigkeit auf eine Lebenssituation, die sehr stressreich ist, wobei diese eine spezielle Herausforderung darstellt, an welcher sich Kinder gut und flexibel anpassen können (S. 2). Es handelt sich um Kinder, die einerseits viel Stress ertragen können und andererseits eine schnelle Anpassung an veränderte Lebenssituationen aufweisen (Klein, 2007, S. 3). Lenz (2014) beschreibt die Resilienz als einen dynamischen Prozess in dem eine positive Anpassung an die gegebenen, schwierigen Lebensumstände erfolgt (S. 150). Trotz dieser

widrigen Situationen findet bei resilienten Kindern eine gesunde, normale Entwicklung statt. Die Resilienz zeigt sich in der Fähigkeit, personelle, familiäre und soziale Schutzfaktoren aktivieren zu können (vgl. Lenz, 2014, S. 150). Diese Schutzfaktoren vermindern oder beseitigen eventuell sogar einen vorhandenen Risikofaktor und helfen Selbstachtung aufzubauen. Nach Plass und Wiegand – Grefe (2012) stellt die Resilienz allerdings kein stabiler Faktor dar, sondern sie ist immer situationsabhängig und variabel (S. 71). Die Resilienz stellt kein Persönlichkeitsmerkmal dar, sondern sind persönliche, familiäre und psychosoziale Faktoren massgebend (vgl. Lenz, 2014, S. 151).

Möglicherweise könnte die Resilienz als Gegenstück der Risikofaktoren dargestellt werden. Da die Risikofaktoren einen schwierigen Entwicklungsverlauf der Kinder begünstigen, stellen die Resilienzfaktoren verschiedene Aspekte dar, welche eine positive Entwicklung, trotz schwieriger Bedingungen möglich machen. Beide Faktoren sind vermutlich sehr bedeutende bei einem Kind, welches in einer Familie aufwächst, in welcher die primäre Bezugsperson an einer psychischen Krankheit leidet.

#### 3.4.2.1 Personale Resilienzfaktoren

Nach Pretis und Dimova (2010) können ruhige, gelassene, liebevolle und ausgeglichene Kinder leichter mit einer Belastung umgehen als Kinder mit einem „schwierigen“ Temperament (S. 66). Kinder welche ein „schwieriges“ Temperament haben, entwickeln in Familien mit Belastungen eher Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen (vgl. Lenz, 2014, S. 153). Resiliente Kinder zeigen sich selbstbewusst, selbständiger und unabhängiger als nicht resiliente Kinder. Sie sind offen und können schnell Freundschaften knüpfen. (vgl. Lenz & Brockmann, 2013, S. 53). Durch ihre unabhängige Art versuchen resiliente Kinder sich bei einem Problem alleine zu helfen, jedoch können sie auch gut um Hilfe bitten, falls sie alleine nicht weiterkommen. Lenz und Brockmann (2013) beschreiben resiliente Kinder als neugierig und aktiv ihre Umwelt zu entdecken (s. 54).

Intelligenz ist ein Schutzfaktor (vgl. Plass & Wiegand – Grefe, 2012, S. 73). Ein Grund dafür, dass die Intelligenz als Schutzfaktor bejaht werden kann liegt darin, dass intelligente Kinder ihre Umwelt differenzierter wahrnehmen können (vgl. Plass & Wiegand – Grefe, 2012, S. 73). Weiter können intelligente Kinder ihre Fähigkeiten nutzen und Situationen besser einschätzen (vgl. Lenz, 2014, S. 154). Eine hohe Intelligenz ist oftmals auch mit guten schulischen Leistungen verknüpft, diese sind hilfreich, da so die Selbstwirksamkeit gesteigert wird und somit die Belastungen ausgeglichen werden können. Das Kind hat so die

Möglichkeit positive Erfahrungen zu machen. Resiliente Kinder sind in der Schule sehr aufmerksam und haben eine gute Ausdauer betreffend den zu lösenden Aufgaben (vgl. Lenz, 2014, S. 154). Frühe adäquate Förderung kann ein geeignetes Mittel sein, damit Problemlösestrategien schon früh trainiert werden können und somit eine gute Basis für den Start gelegt wird (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 67).

Resiliente Kinder besitzen gute Problemlöse- und Kommunikationsfähigkeiten und Selbstvertrauen. Ein positives Selbstwertgefühl hilft den Kindern sich in einer schwierigen Lebenssituation besser zurecht zu finden (vgl. Lenz & Brockmann, 2013, S. 54). Die Kinder können ihre Gefühle gut zum Ausdruck bringen und sich auch besser der Situation anpassen. Nach Lenz (2014) übernehmen resiliente Kinder eher Verantwortung und gehen Probleme aktiv an, wobei ihnen die Problemlösefähigkeit von grosser Hilfe sein kann (S. 154). Sie warten nicht auf Hilfe von ausserhalb, sondern wissen sich selber zu Helfen. Lenz und Brockmann (2013) beschreiben in ihrem Buch, dass sich die Kinder sehr gut selber einschätzen können und wenn nötig auch auf fremde Hilfe zurückgreifen können (S. 54). Durch ein stabiles und positives Selbstwertgefühl können belastende Lebensereignisse besser bewältigt werden (vgl. Semmelhack, 2011, S. 69). Verfügen die Kinder über ein positives Selbstkonzept, geben sie sich auch weniger die Schuld an der elterlichen Erkrankung. Besitzt ein Kind ein hohes Selbstvertrauen hat dieses Kind nach Lenz und Brockmann (2013) auch eine gewisse Willensstärke (S. 55). Durch diese Stärke gewinnt es Vertrauen, mit einer schwierigen Situation zurecht zu kommen. Dem Alltag und den verschiedenen Lebenssituationen treten resiliente Kinder eher offen und neugierig gegenüber, bei nicht resilienten Kindern fördert dies eher Angst und Verunsicherung (vgl. Lenz, 2014, S. 154).

Resiliente Kinder haben eine hohe Sozialkompetenz und zeichnen sich durch ein positives Selbstkonzept aus (vgl. Plass & Wiegand – Grefe, 2012, S. 73). Gerade Jugendliche werden als verantwortungsbewusst, leistungsorientiert und selbständig wahrgenommen und reagieren sozial und emotional reifer, als nicht resiliente Jugendliche (vgl. Lenz & Brockmann, 2013, S. 56). Nach Pretis und Dimova (2010) zeichnet sich die Sozialkompetenz dadurch aus, dass resiliente Kinder ihre eigenen Gefühle sehr gut verbalisieren können (S. 70). Sie verfügen über eine höhere Frustrationstoleranz und sind in der Lage die sozialen Regeln zu verstehen und selber anzuwenden. Sie können die Wirklichkeit anderer Personen wahrnehmen und sind bemüht Konflikte zu umgehen (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 70). Die Sozialkompetenz zeigt sich auch in der Balance des Prozesses in Beziehung zu

anderen Personen. Das Kohärenzgefühl stellt einen allgemeinen Schutzfaktor dar. Empfinden Menschen das ganze Leben als eine Last und wird jede zusätzliche Aufgabe als Belastung wahrgenommen, ist kein Kohärenzgefühl vorhanden (vgl. Lenz & Brockmann, 2013, S. 57). Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl zeigt sich nach Lenz (2014) dadurch, dass die Kinder in der Lage sind flexibel auf die jeweiligen Situationen zu reagieren und bei Belastungen ihre Schutzfaktoren zu aktivieren (S. 156).

Bei den oben dargestellten Risikofaktoren war ein wichtiges personales Merkmal das schwierige Temperament. Als äusserst bedeutender Punkt bei den personalen Resilienz-faktoren, wird nun das einfache Temperament dargestellt. Diese beiden Arten eines Temperaments sind möglicherweise massgeblich für die Entwicklung eines Kindes. Weiter beeinflusst die Selbsthilfefertigkeit, als auch die gesunde Entwicklung und intellektuelle Leistungsfähigkeit den Entwicklungsverlauf des Kindes und den Umgang mit der belastenden Situation. Verschiedene soziale Fähigkeiten, welche oben beschrieben wurden, begünstigen demnach eine positive Entwicklung. Es wäre möglich, davon auszugehen, dass ein Kind, welches über all diese Faktoren verfügt und in einer sehr ungünstigen Lebenssituation aufwächst, sich trotzdem positiv entwickeln könnte und keine weiteren negativen Folgen davon tragen würde. Es könnte jedoch auch vermutet werden, dass es unumgänglich ist, dass sich die psychische Erkrankung der primären Bezugsperson, in irgendeiner Art und Weise auf das Kind auswirkt.

#### 3.4.2.2 Familiäre Resilienzfaktoren

Eine stabile und sichere Bindung zu einer Bezugsperson ist der Grundbaustein für eine gute Entwicklung eines Kindes (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 74). Kinder brauchen ein gewisses Mass an emotionaler Zuwendung, Feinfühligkeit und das Gefühl akzeptiert zu werden. Nach Plass und Wiegand – Grefe (2012) braucht jedes Kind eine sichere Bindung zu einer erwachsenen Bezugsperson, damit eine positive Entwicklung stattfinden kann (S. 74). Diese sichere Bindung ist laut Semmelhack (2011) der wichtigste familiäre Schutzfaktor (S. 71). Weiter beschreibt sie, dass gebundene Kinder später besser mit Stress und schwierigen Lebenssituationen umgehen können, da sie eine realistische Vorstellung über die eigenen Fähigkeiten und eine bessere Anpassung der Impulskontrolle in heiklen Situationen aufweisen (S. 71). Sicher gebundene Kinder haben nach Lenz und Brockmann (2013) Vertrauen in der Verlässlichkeit und der Verfügbarkeit der engen Bezugsperson und nehmen sie als Quelle der Sicherheit und Ruhe wahr (S. 58). Durch diese Sicherheit

können sie sich adäquat entwickeln, sind sicher in ihrem Spiel und können sich gut konzentrieren (S. 58). Lenz (2014) beschreibt, dass im Jugendalter Menschen als Bezugspersonen gelten, welche für sie sorgen, für sie da sind, sie trösten und auf die sie bei Schwierigkeiten zählen können (S. 157). Sicher gebundene Kinder haben ein besseres Selbstwertgefühl und mehr Vertrauen in sich selbst, als unsicher gebundene Kinder (S. 157).

Weiter gehören zu den wichtigen familiären Schutzfaktoren eine gute Paarbeziehung (vgl. Semmelhack, 2011, S. 71). Eine gute Beziehung der Eltern zum Kind und die emotionale Verfügbarkeit des gesunden Elternteils stellen eine grosse Entlastung für die betroffenen Kinder dar. Paare, die trotz der Erkrankung ihre Beziehung ausleben, kommunizieren und auch Konflikte nicht meiden, sind positive Vorbilder für ihre Kinder (vgl. Semmelhack, 2011, S. 71). Eine gute elterliche Erziehungskompetenz zeigt sich an emotionaler Zuwendung und Empathie (vgl. Semmelhack, 2011, S. 71).

Mattejat und Lisofsky (2014) beschreiben, dass die Erziehungskompetenz der Eltern durch die psychische Krankheit beeinträchtigt werden kann (S. 102). Hinzu kann sich eine grosse Unsicherheit des erkrankten Elternteils auf seine erzieherischen Fähigkeiten kommen und sie haben das Gefühl den Bedürfnissen der Kinder nicht gerecht zu werden (vgl. Mattejat & Lisofsky, 2014, S. 102). Dies wiederum führt beim betroffenen Elternteil zu Schuldgefühlen gegenüber dem Kind. Studien zeigen, dass eine Erziehung, die durch klare Regeln und Strukturen, Zuverlässigkeit, Stabilität und Zuwendung geprägt ist, eine gesunde Entwicklung der Kinder fördert (vgl. Lenz, 2014, S. 158).

Die Familie, die darin vorherrschende Stimmung und insbesondere die vorhandenen Beziehungen sind von grösster Bedeutung für das Erleben und Verhalten des Kindes. Es wäre möglich, dass ein Kind mit einer sicheren Bindung ganz anders mit schwierigen Situationen umgeht, als ein Kind welches keine sichere Bindung hat. Auch das gesamte Familienklima, die Partnerschaft und das Erziehungsverhalten könnten einen massgeblichen Stellenwert für die Entwicklung und das Wohlbefinden des Kindes haben. Mit grösster Wahrscheinlichkeit sind diese Faktoren von grosser Bedeutung.

#### 3.4.2.3 Umweltfaktoren – psychosoziale Resilienzfaktoren

Lenz und Brockmann (2013) stellen fest, dass resiliente Kinder über verschiedene soziale und emotionale Quellen verfügen, um mit jemandem über schwierige Situationen zu spre-

chen (S. 62). Sie haben das Einverständnis der Eltern auch ausserhalb des Elternhauses mit jemandem darüber zu sprechen, was eine enorme Erleichterung für die meisten Kinder darstellt (S. 62). Vertrauenspersonen sind gerade in Krisenzeiten sehr wertvoll für die ganze Familie und können der betroffenen Familie eine gute Unterstützung sein (vgl. Lenz, 2014, S. 159). Aus der Forschung geht hervor, dass die Eltern in Krisenzeiten so sehr mit ihren eigenen Sorgen und Ängsten beschäftigt sind, dass die Schwierigkeiten und Sorgen der Kinder keinen Platz mehr haben. Umso wichtiger sind externe Bezugspersonen für die betroffenen Kinder (vgl. Lenz, 2014, S. 158). Fehlt ein Modell Zuhause, haben die Kinder die Möglichkeit sich auszutauschen und sich ein Vorbild an dieser externen Bezugsperson zu nehmen (vgl. Lenz & Brockmann, 2013, S. 63). Eine ausserfamiliäre Unterstützung der Eltern kann zum Wohle des Kindes in Betracht gezogen werden (vgl. Pretis & Dimova, 2010, S. 73).

Ein weiterer psychosozialer Schutzfaktor stellen die Freundschaften der Kinder dar. Dass sie Kontakte zu Gleichaltrigen haben ist in jeder Altersstufe sehr wichtig und wirkt sich positiv auf die Entwicklung der Kinder aus (vgl. Lenz & Brockmann, 2013, S. 63). Durch diese Kontakte sammeln die Kinder Erfahrungen und sie können sich mit Anderen austauschen. Die Kinder erleben Spass, Normalität und positive Ablenkung von ihrem schwierigen Alltag (vgl. Lenz, 2014, S. 159). Das Spielen mit Gleichaltrigen kann eine gute Plattform für das Lernen darstellen und Gleichaltrige können auch als Modelle gesehen werden (vgl. Lenz, 2014, S. 160). Nach Pretis und Dimova (2010) stellen positive Erfahrungen in der Schule und Freizeit ein weiterer wichtiger psychosozialer Schutzfaktor dar (S. 75). Resiliente Kinder gehen gerne in die Schule, was sich auch in ihren Leistungen widerspiegelt. Für die Kinder kann die Schule ein Ort des Friedens, der Anerkennung und Zuwendung darstellen (vgl. Lenz & Brockmann, 2013, S. 64). Sie beschreiben die Schule als Ort der Auszeit und der Entspannung, wo die Kinder Kontakte zu Gleichaltrigen pflegen können. Eine ähnliche Wirkung können Freizeitvereine, Sportvereine oder Kirchengemeinden für betroffene Kinder haben (vgl. Lenz, 2014, S. 160).

Bei diesen Punkten wird die Wichtigkeit der Bindungen deutlich. Nicht nur die sichere Bindung zu einer signifikanten Bezugsperson, sondern auch alle weiteren Bindungen und Beziehungen des Kindes zeigen sich als äusserst bedeutend. Möglich wäre jedoch, dass ein Kind, welches nie eine sichere und stabile Bindung erfahren hat, gar keine weiteren Bindungen eingehen könnte, oder zumindest in der Fähigkeit Beziehungen zu gestalten eingeschränkt wäre. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Resilienzfaktoren für

die gesamte Entwicklung des Kindes von grösster Wichtigkeit sein können. Wie das Kind mit der Erkrankung der Bezugsperson umgeht und wie sich die verschiedenen Aspekte auf das Kind auswirken, stehen in Verbindung mit Resilienzfaktoren. Unterschieden werden auch wiederum personale Resilienzfaktoren, familiäre Resilienzfaktoren und psychosoziale Resilienzfaktoren. Auffallend bei den Resilienzfaktoren ist die Bedeutung der Bindung. Diese wird bei allen Faktoren genannt und betont. Daraus könnte geschlossen werden, dass diese von besonderer Bedeutung sein könnte für die Resilienz bei Kinder psychisch kranker Eltern (vgl. Kp. 2.4.2)

## 4. Bindung

„Bindung setzt ein durch spezifische Faktoren gesteuertes starkes Kontaktbedürfnis gegenüber bestimmten Personen voraus und stellt ein dauerhaftes, weitgehend stabiles und situationsunabhängiges Merkmal des Bindungssuchenden dar.“ (Bowlby, 2010, S. 22).

Bowlby (2010) beschreibt Bindung in diesem Zitat als spezifisches menschliches Grundelement, welches sich über das ganze Leben zeigt - vom Säugling bis ins Alter (S.98). Kernpunkte sind die Stabilität und das Situationsunabhängige der Bindung. Weiter ist die Bindung nicht ein Kontaktbedürfnis nach irgendwelchen Personen, sondern an eine bestimmte Person. Dem Säugling sichert Bindung sowie Beistand der Person, als auch Schutz und Zuwendung (vgl Bowlby, 2010, S. 98). Bindung hat lebenswichtige Funktionen, wie die Nahrungszufuhr als auch die Schutzfunktion, insbesondere im Säuglingsalter. Trotzdem ist Bindung eigenständig. Dies begründet Bowlby in seiner Bindungstheorie (vgl Bowlby, 2010, S. 98). Schwächere Individuen suchen die Nähe von stärkeren Personen (vgl Bowlby, 2010, S. 98). Es ist tendenziell bestätigt, dass menschliche Beziehungen der Grundbaustein für die Persönlichkeitsentwicklung ist. Bei fast allen Säuglingen zeigt sich eine intensive Entwicklung eines Bandes zur Bezugsperson in den ersten 12 Lebensmonaten (vgl. Bowlby, 2006, S. 176).

Bowlby (2006) schreibt dem Bindungsverhalten eine spezifische biologische Funktion zu, ohne Bezugnahme auf Bedürfnisse oder Triebe (S. 176 ff.). Das Bindungsverhalten wird darauf zurückgeführt, weil es bestimmte Verhaltenssysteme aktiviert (vgl. Bowlby, 2006, S. 178).

Es könnte als wahrscheinlich erachtet werden, dass die Bindung eines Menschen zu einem anderen Menschen etwas unabhängiges, für sich alleinstehendes ist. Das heisst, Bindung entsteht möglicherweise nicht aus einem Trieb, sondern ist etwas, was im Menschen natürlich vorkommt, eine spezifische biologische Funktion.

### 4.1 Grundlagen

Es ist tendenziell bestätigt, dass die meisten Babys im Alter von vier Monaten auf ihre Mütter anders reagieren, als auf andere Personen. Babys in diesem Alter schauen der Mutter länger nach, lächeln und vokalisieren, wenn sie diese erblicken (vgl. Bowlby, 2006, S. 196).

Hier spricht Bowlby jedoch noch nicht vom Bindungsverhalten, da es dem Baby noch nicht möglich ist, der Mutter zu folgen. Von Bindungsverhalten spricht er erst, wenn das Kind versucht, die Nähe zur Mutter aufrecht zu erhalten (vgl. Bowlby, 2006, S. 196). Dies wird deutlich, wenn die Mutter das Kind verlässt und dieses anfängt zu weinen und schreien und ausserdem versucht ihr zu folgen (vgl. Bowlby, 2006, S. 197). Mary Ainsworth ergründete das Verhalten von Kindern in diesen Situationen. Bowlby (2006) beschreibt, dass sie herausgefunden hat, dass dieses Verhalten ca. ab dem sechsten Lebensmonat auftritt (vgl. Bowlby, 2006, S. 176). Das Bindungsverhalten zeigt sich dadurch, dass das Kleinkind schreit und der Mutter nachläuft, wenn diese den Raum verlässt, als auch lächelt und die Arme ausstreckt, wenn diese den Raum wieder betritt (vgl. Bowlby, 2006, S. 197). All diese Anzeichen zeigen Kinder ab dem sechsten Monat bis Ende des zweiten Lebensjahres. Besonders deutlich wird nach dem neunten Monat auch das anklammern an der Mutter (vgl. Bowlby, 2006, S. 197). Dieses Bindungsverhalten zeigen Kinder insbesondere bei der Mutter. Obwohl es sich auch bei andern Bezugspersonen so verhält, sind die Anzeichen bei der Mutter früher, stärker und durchgängiger (vgl. Bowlby, 2006, S. 197). Im Alter von 18. Monaten zeigen Kinder auch häufig Bindungsverhalten zu anderen Personen als nur zur Mutter, am häufigsten zum Vater oder auch zu den Geschwistern. Es gibt jedoch keine Anzeichen dafür, dass das Bindungsverhalten zur Mutter dadurch geschwächt wird. Im Gegenteil, die Bindung zur Mutter ist umso stärker, je mehr andere Bindungspersonen das Kind hat (vgl. Bowlby, 2006, S. 199). Kinder zeigen umso intensiveres Bindungsverhalten, wenn sie verstört sind. Weiter wurde festgestellt, dass das Bindungsverhalten zunimmt, wenn die Mutter eine Zeit lang weg war (vgl. Bowlby, 2006, S. 199). Das Kind hat beim Bindungsverhalten eine sehr aktive Rolle und ergreift in grossem Umfang selbst die Initiative, wie beispielsweise Nachlaufen oder Anklammern (vgl. Bowlby, 2006, S. 199).

Fast alle Kinder zeigen Bindungsverhalten oft und intensiv bis zum dritten Lebensjahr. Danach verändert sich das Bindungsverhalten. Kinder ab dem dritten Lebensjahr sind besser fähig, sich in fremder Umgebung mit anderen Bindungspersonen sicher zu fühlen. Eine wichtige Voraussetzung ist jedoch, dass das Kind die Person kennt, dass es in diesem Moment nicht verstört ist und dass es weiss wo die Mutter ist (vgl. Bowlby, 2006, S. 199). Obwohl diese Kinder weniger Bindungsverhalten zeigen, bleibt dies ein Hauptaspekt. Das Bindungsverhalten lässt ab dem dritten Lebensjahr nach, zeigt sich jedoch, wenn sich die Kinder beim Spielen verletzen oder sie sich fürchten. Dann kehren sie direkt zur Mutter zurück

und zeigen Bindungsverhalten (vgl. Bowlby, 2006, S.203). Erst in der Jugend wird dieses geschwächt. Hier können andere Bezugspersonen in den Vordergrund rücken und zum Teil die Dinge übernehmen, welche zuvor bei der Mutter gesucht wurden (vgl. Bowlby, 2006, S. 203). Bei vielen Menschen hält jedoch das Band zu den Eltern bis ins Erwachsenenalter (vgl. Bowlby, 2006, S. 203). Bowlby (2006) schrieb:

„Dass Bindungsverhalten im Erwachsenenleben eine direkte Fortsetzung des Bindungsverhaltens der Kindheit ist, wird durch jene Umstände ausgewiesen, die dann das erwachsene Bindungsverhalten besonders leicht auslösen können. Wenn sie krank oder in Not sind, stellen Erwachsene oft grosse Ansprüche an andere, bei plötzlicher Gefahr oder in Unglücksfällen sucht der Mensch fast immer die Nähe einer bekannten Person, zu der er Zutrauen hat. Unter diesen Umständen wird Bindungsverhalten für natürlich gehalten. (...) Wenn man Bindungsverhalten bei einem Erwachsenen als regressiv bezeichnet, vergisst man die lebenswichtige Rolle, die dasselbe von der Wiege bis zum Grabe im Menschenleben spielt.“ (S. 204).

Bowlby (2006) zeigt auf, dass die Bindung über das gesamte Leben eines Menschen von fundamentaler Bedeutung ist (S. 204). Weiter ist die Bindung im Erwachsenenleben eine „direkte Folge“ von der Bindung im Kindesalter (vgl. Bowlby, 2006, S. 204). Er zeigt auf, dass auch im Erwachsenenalter durch Krankheit oder Not Bindungsverhalten ausgelöst wird. Wenn dies der Fall ist, suchen wir die Nähe einer uns bekannten Person (vgl. Bowlby, 2006, S. 204).

In den ersten Lebensmonaten und bis Ende des ersten Lebensjahres hat sich ein Kind an eine primäre Bezugsperson gebunden. Dieser Person ist es dann möglich, schon durch ihre Anwesenheit und ihre Erreichbarkeit die Bedingungen herzustellen, damit das Kind seine Umwelt erkunden kann (vgl. Grossmann & Grossmann, 2011, S. 43). Die primäre Bezugsperson des Kindes ist seine sichere Basis oder sein sicherer Hafen. Diese Basis ist bis ins Jugendalter von grosser Bedeutung für die gesamte Entwicklung des Kindes (vgl. Grossmann & Grossmann, 2011, S. 44 ff.). Im späteren Kindes- und Jugendalter ist die sichere Basis besonders von Wichtigkeit, wenn das Kind Krankheiten oder Rückschläge erleidet (vgl. Grossmann & Grossmann, 2011, S. 45).

Demnach hat die Bindung eine Funktion, welchen von grösster Bedeutung für den Menschen ist, nicht nur in seinem Kleinkindalter, in welchem das Baby auf Schutz und Fürsorge

angewiesen ist. Es wäre möglich, dass der Mensch während seines ganzen Lebens auf Bindung und Beziehungen zu anderen Menschen angewiesen ist und danach strebt. Dementsprechend könnte der Bindung im Säuglingsalter eine besondere Bedeutung zugesprochen werden, da dort möglicherweise das Fundament für spätere Bindungen entsteht.

## 4.2 Die Fremde Situation

Mary Ainsworth führte verschiedene Studien durch, um die Bindungsqualität eines Kleinkindes zu ihrer Bezugsperson zu untersuchen. Daraus resultierten aufschlussreiche Erkenntnisse (vgl. Bowlby, 2010, S. 101). Um das individuelle Bindungsmuster zu untersuchen, entwickelte sie die sogenannte Fremde Situation (vgl. Bowlby, 2010, S. 101). Die Fremde Situation ist eine strukturierte Beobachtung, in welchem die Bezugsperson und das Kind in ein Zimmer mit Spielzeug gebracht werden (vgl. Aschersleben & Henning, 2008, S. 20). Es werden acht Episoden durchgeführt bei welchen die Hauptbindungsperson, das Kind und eine fremde Spielpartnerin teilnehmen. Im Fokus steht die Analyse, wie das Kind reagiert, wenn die Mutter den Raum verlässt und wie es reagiert, wenn sie zurückkommt. Zudem wird analysiert, wie das Kind auf die fremde Spielpartnerin reagiert (vgl. Aschersleben & Henning, 2008, S. 20). Diese Fremde Situation kann bei Kindern ab dem 12. Lebensmonat durchgeführt werden und Ainsworth kategorisierte mit ihren Kollegen erstmals 1971 drei daraus resultierende Bindungsmuster bei Kindern (vgl. Bowlby, 2010, S. 101). Später kam noch ein viertes Bindungsmuster hinzu (vgl. Aschersleben & Henning, 2008, S. 20).

### 4.2.1 Sicher gebundene Kinder

Etwas mehr als die Hälfte der untersuchten Kinder (60%) wurden als sicher gebundene Kinder kategorisiert (vgl. Rass, 2011, S. 35). Die sicher gebundenen Kinder haben eine ausgewogene Balance zwischen Bindungsverhalten und Exploration. Die Kinder gewinnen durch die Nähe zur Bezugsperson Sicherheit und suchen diese auf wenn sie Kummer haben. Wenn sich das Kind sicher genug fühlt, fängt es an seine Umgebung zu erkunden, es zeigt Explorationsverhalten (vgl. Aschersleben & Henning, 2008, S. 20). In der Fremden Situation zeigen die Kinder deutlich ihren Kummer, wenn die Hauptbindungsperson den Raum verlässt. Sie weinen, rufen und versuchen ihr nachzulaufen. Über einen längeren Zeitraum suchen sie die Bezugsperson im Raum (vgl. Rass, 2011, S. 35). Wenn die fremde Person sie trösten will, lassen sie dies nur zögernd zu und der Person gelingt dies nur in

kleinem Masse (vgl. Rass, 2011, S. 35). Wenn die primäre Bezugsperson den Raum wieder betritt, zeigen sie Freude darüber, sie lassen sich von ihr auf den Arm nehmen und trösten, sie laufen oder krabbeln ihr entgegen. Sie suchen die Nähe zu der primären Bezugsperson (vgl. Rass, 2011, S. 35). Wenn diese wieder im Raum ist, können sich sicher gebundene Kinder schnell beruhigen und kehren wieder zur Exploration zurück (vgl. Rass, 2011, S. 35).

Kinder, welche eine sichere Bindung haben, wissen, dass ihre Bindungsperson da ist wenn sie in Stress- oder Angstsituationen sind (vgl. Bowlby, 2010, S. 101). Die Bezugsperson gibt ihnen Halt und fördert das Explorationsverhalten. Die primäre Bezugsperson reagiert feinfühlig auf die Signale des Kindes, sie schenkt dem Kind liebevolle Zuwendung, schützt und tröstet es (vgl. Bowlby, 2010, S. 101).

#### 4.2.2 Unsicher-vermeidend gebundene Kinder

Ca. 30% der Kinder haben eine unsicher-vermeidende Bindung (vgl. Aschersleben & Henning, 2008, S. 20). Diese Kinder unterdrücken und verbergen ihre Gefühle (vgl. Aschersleben & Henning, 2008, S. 21). Die primäre Bezugsperson kann den Raum verlassen und die unsicher-vermeidend gebundenen Kinder zeigen kaum Reaktion (vgl. Aschersleben & Henning, 2008, S. 21). Nur wenige Kinder folgen der Mutter mit den Augen durch den Raum, sie laufen ihr nicht nach (vgl. Rass, 2011, S. 35). In den meisten Fällen bleiben die Kinder mit einer unsicher-vermeidend Bindung an ihrem Platz und spielen weiter, wenn die Bezugsperson den Raum verlässt (vgl. Rass, 2008, S. 35). Dadurch gelten diese Kinder häufig als besonders selbstständig. Auffällig ist jedoch, dass sie beim Wiedereintreten der Bezugsperson in den Raum, kaum reagieren, sie vermeiden den Kontakt zu ihr (vgl. Aschersleben & Henning, 2008, S. 21). Während die Mutter den Raum verlässt und wieder kommt, widmen die Kinder ihre Aufmerksamkeit ihren Spielsachen (vgl. Aschersleben & Henning, 2008, S. 21). Von aussen betrachtet wirkt es, als würden die Kinder ihre Bindungsperson ignorieren, es kommt zu keinem Körperkontakt zwischen der Bindungsperson und dem Kind (vgl. Rass, 2011, S. 35). Die Kinder weisen jedoch eine erhöhte Herzfrequenz auf, einen enorm erhöhten Kortisolspiegel und deutliche Anspannungen. Die Kinder müssen früh gelernt haben, ihre Gefühle zu unterdrücken. Sie leiden enorm unter der Trennung, zeigen dies jedoch nicht (vgl. Rass, 2011, S. 35).

Diese Kinder mit unsicher-vermeidendem Bindungsmuster wissen, dass sie bei ihrer Bezugsperson Ablehnung finden und versuchen grundsätzlich auf fremde Hilfe und Zunei-

gung zu verzichten (vgl. Bowlby, 2010, S. 101). Sie kaschieren den eigentlichen Konflikt, was sich bis ins Erwachsenenalter ziehen kann. Später diagnostizierte narzisstische Persönlichkeitsstörungen oder ein „falsches Selbst“ sind nicht selten (vgl. Bowlby, 2010, S. 101). Das unsicher-vermeidende Bindungsmuster resultiert aus wiederholter Ablehnung, vor allem in Konfliktsituationen seitens der Bindungsperson (vgl. Bowlby, 2010, S. 101).

#### 4.2.3 Unsicher-ambivalent gebundene Kinder

Etwa 10 % der Kinder zeigen ein unsicher-ambivalentes Bindungsmuster (vgl. Aschersleben & Henning, 2008, S. 21). Diese Kinder zeigen kaum Exploration und sind stark damit beschäftigt, die Aufmerksamkeit der Bezugsperson zu gewinnen. Ihr Stresspegel steigt in hohem Masse wenn die Bezugsperson den Raum verlässt (vgl. Aschersleben & Henning, 2008, S. 21). Sie von der Mutter zu lösen ist kaum möglich (vgl. Rass, 2011, S. 36). In der Abwesenheit der Bezugsperson sind die unsicher-ambivalent gebundenen Kinder ununterbrochen damit beschäftigt die Bindungsperson zu suchen (vgl. Rass, 2011, S. 36). Beruhigung ist nicht möglich und sie zeigen Angst vor der fremden Person (vgl. Rass, 2011, S. 36). Wenn die primäre Bezugsperson den Raum wieder betritt, zeigen sie sich ihr gegenüber äusserst ambivalent. Einerseits fordern sie Trost und Körperkontakt und andererseits wehren sie sich dagegen, wenn die Bezugsperson ihnen dies geben will (vgl. Aschersleben & Henning, 2008, S. 21). Sie zeigen ihren Ärger indem sie strampeln, schlagen oder sich von der Bindungsperson abwenden (vgl. Rass, 2011, S. 36). Auch mit Hilfe der Bezugsperson sind sie nur schwer zu beruhigen (Aschersleben & Henning, 2010, S. 21), es dauert lange, bis sie aufhören zu weinen (vgl. Rass, 2011, S. 36). Dadurch sind sie in der Exploration eingeschränkt und erkunden ihre Umgebung generell sehr wenig (vgl. Rass, 2011, S. 36).

Kinder mit unsicher-ambivalentem Bindungsmuster haben die Erfahrung gemacht, dass ihre Bezugsperson manchmal da ist und feinfühlig auf sie reagiert und manchmal das Gegenteil der Fall ist (vgl. Bowlby, 2010, S. 101). Sie wissen nicht wann sie auf ihre Bindungsperson zählen können, sie leben in Ungewissheit, sie entwickeln Trennungsängste und klammern. Der elterliche Beistand ist nur vereinzelt vorhanden (vgl. Bowlby, 2010, S. 101).

#### 4.2.4 Desorganisiert gebundene Kinder

Weniger als 10% der Kinder zeigen ein desorganisiertes Bindungsmuster (vgl. Aschersleben & Henning, 2008, S. 21). Die Kinder zeigen verschiedene Anzeichen aus allen Bin-

dungsmustern. Charakteristisch sind unvorhersehbare Verhaltensmuster und häufig stereotype Bewegungen wie sinnloses rhythmisches Körperschütteln, mechanische Spielbewegungen oder Erstarren (vgl. Rass, 2011, S. 36). Weiter kann es zu abrupter Unterbrechung der Bewegung kommen (vgl. Rass, 2011, S. 36). Bei Rückkehr der Bindungsperson kann es zu erstarren oder erschrecken kommen. (vgl. Rass, 2011, S. 36). Desorganisiertes Bindungsmuster erkennt man dadurch, dass die Kinder bei Rückkehr der Bindungsperson gegensätzliche Verhaltensmuster aufweisen, sie rufen beispielsweise nach der Bindungsperson aber wenden sich ab (vgl. Rass, 2011, S. 36). Schutz und Trost bei der Bindungsperson zu finden, ist nicht möglich. Die Bezugsperson wird als Bedrohung wahrgenommen. Die Kinder leiden sichtlich unter der grossen Belastung, sie sind unfähig mit dem bindungsrelevanten Stress umzugehen (vgl. Rass, 2011, S. 36). Diese Verhaltensweisen sind Ausdruck des Dilemmas, in welchem sich die desorganisiert gebundenen Kinder befinden, die Bindungsperson ist zugleich die Quelle der Sicherheit, stellt aber auch eine enorme Bedrohung für sie dar (vgl. Aschersleben & Henning, 2008, S. 21). Auslöser für dieses Bindungsmuster sind meist Misshandlungen (vgl. Aschersleben & Henning, 2008, S. 21.).

Die Balance zwischen Exploration und Bindung zu finden ist vor allem den sicher gebundenen Kinder vorenthalten (vgl. Aschersleben & Henning, 2008, S. 21). Gedanken von Angst dominieren das Handeln der anderen Bindungstypen. Dadurch ist es diesen Kindern weniger möglich ihre Umgebung zu erforschen. Die Folge davon ist, dass sie weniger Wissen und Fähigkeiten entwickeln können (vgl. Aschersleben & Henning, 2008, S. 21).

Wenn auf die Bedürfnisse des Kindes und des Säuglings sensibel reagiert wird, kann das Kind zu ihrer Bezugsperson eine sichere Bindung entwickeln (vgl. Rass, 2011, S. 26). Werden jedoch die Bedürfnisse des Kindes nicht einfühlsam und unzureichend befriedigt oder wird inkonstant bis ablehnend reagiert, kann das Kind keine sichere Bindung aufbauen. Beispiele hierfür sind übermässige Verwöhnung oder Überstimulation (vgl. Rass, 2011, S. 26). Je unsicherer das Kind ist, beispielsweise bei grosser Angst oder bei Schmerz, wird es sich nicht durch andere Bezugspersonen beruhigen lassen und besteht auf die Anwesenheit der primären Bezugsperson (vgl. Rass, 2011, S. 36). Eine frühe unsichere Bindung führt später häufig zu Aggressivität oder auch zu depressiver Symptomatik, so dass schulische Probleme eine Folge sein können. Verstärkt werden diese durch Risikofaktoren wie Armut, Arbeitslosigkeit, schlechte Wohnsituation, Depressivität der Bezugsperson, Misshandlungen, Behinderungen oder Frühgeburt (vgl. Aschersleben & Henning, 2008, S. 21).

Frühe Bindungserfahrungen wirken sich auf die spätere Entwicklungen eines Kindes aus, darüber herrscht weitgehend Konsens. Die Bindungsentwicklung geschieht nicht unabhängig von der allgemeinen Entwicklung des Kindes (vgl. Bowlby, 2010, S. 98 ff.) Bindung kann relativ stabil sein, doch das Mass an Stabilität kann massgebend variieren. Die Instabilität kann durch unterschiedlichste Faktoren hervorgerufen werden, wie beispielsweise die Scheidung der Eltern oder eine psychische Erkrankung eines Elternteils (vgl. Korntheuer et al., 2010, S. 2)

Tiefgreifende Interaktionsmuster zwischen dem Kleinkind und der Bezugsperson bilden sich im Verlauf der Entwicklung des Säuglings aus. Der Zusammenhang von elterlichen Eigenschaften mit der sozialen, emotionalen und sprachliche Entwicklung des Kindes ist sehr wahrscheinlich (vgl. Korntheuer et al., 2010, S. 2). Damit ein Säugling überhaupt eine Bindung zu seiner Bezugsperson aufbauen kann, ist es von grosser Wichtigkeit, dass er Zugang zu der mentalen Repräsentation der Bezugsperson hat. Im Falle eines nicht ausreichenden Zuganges kann eine unsichere Bindung die Folge sein. Weiter gibt es tendenzielle Bestätigungen, dass die soziale Umgebung eines Säuglings sich massgeblich auf die sozial-kognitive Entwicklung des Kindes auswirkt (vgl. Korntheuer et al., 2010, S. 2). Daraus ist zu schliessen, dass auch früheste Bindungserfahrungen prägend für die soziale und kognitive Entwicklung des Kindes sind. Eine sichere Bindung unterstützt die Steuerung der Organisation von Gehirnprozessen, welche von Wichtigkeit für die soziale Kognition sind. Das Bindungskonzept stellt folglich einen Teil der Rahmenbedingungen dar, in welchem später soziale und sprachliche Fertigkeiten entwickelt werden (vgl. Korntheuer et al., 2010, S. 3).

Einerseits könnte gesagt werden, dass es sich äusserst positiv auf die gesamte Entwicklung eines Kindes auswirkt, wenn das Kind in seiner frühesten Kindheit eine sichere Bindung zu mindestens einer Bezugsperson hat. Weiter könnte vermutet werden, dass sich diese sichere Bindung auf die weiteren Bindungen und somit auf das weitere Leben des Kindes auswirkt. Andererseits kann gesagt werden, dass sich der Bindungstyp durch einschneidende Lebensereignisse verändern kann. Somit könnte sich eine psychische Erkrankung der Bindungsperson erheblich auf das Bindungsmuster des Kindes auswirken.

### 4.3 Feinfühligkeit

Das Kind entwickelt in den ersten sechs Monaten seines Lebens eine Bindung zu seiner primären Bezugsperson (vgl. Lenz, 2014, S. 190). Nach einiger Zeit beginnt das Kleinkind

zu krabbeln und kann sich somit in die Nähe seiner Bezugsperson begeben, ab diesem Zeitpunkt spricht Ainsworth et al. (1978) von einer ausgeprägten Bindung (clear – cut – attachment) (vgl. Wicki, 2010, S. 49). Wobei gerade das erste Lebensjahr des Kindes durch die Interaktion zur Mutter oder der primären Bezugsperson besonders geprägt wird und somit die Sensitivität ein wichtiger Schutzfaktor für die spätere kindliche Entwicklung darstellt (vgl. Aschersleben & Henning, 2008, S. 22).

Nach Lenz (2014) steht fest, dass die elterliche Feinfühligkeit ein enormer Schutzfaktor für die sichere Bindung des Kindes darstellt (S. 192). Ainsworth et al. (1974) beschreibt die Feinfühligkeit anhand von vier Merkmalen (vgl. Lenz, 2014, S. 192). Das erste Merkmal ist, dass die Signale des Kindes durch die Bindungsfigur erkannt werden (vgl. Lenz, 2014, S. 192). Die Bindungsperson richtet ihre Aufmerksamkeit auf das Kind und nimmt auch noch so kleine Signale des Kindes wahr (vgl. Lenz, 2014, S. 192). Das zweite Merkmal ist, dass die Signale des Kindes durch die Bindungsfigur richtig interpretiert werden (vgl. Lenz, 2014, S. 192). Die Bindungsfigur kennt das Kind gut und kann sich in dieses hineinversetzen. Die Bedürfnisse des Kindes werden wahrgenommen und nicht mit denen der Bindungsfigur vermischt (vgl. Lenz, 2014, S. 192). Das dritte Merkmal ist, dass eine angemessene Reaktion der Bindungsfigur auf die gesendeten Signale des Kindes folgt (vgl. Lenz, 2014, S. 192). Die Bedürfnisse des Kindes werden soweit es verlangt wahrgenommen und durch die Bindungsfigur erfüllt. Das Kind erhält das, wonach es fragt und wird nicht mehr oder weniger stimuliert (vgl. Lenz, 2014, S. 192). Das vierte Merkmal ist, dass die Reaktion der Bindungsfigur rasch geschieht, damit das Kind weiss, dass es die Reaktion auf sein Verhalten ist (vgl. Lenz, 2014, S. 192). Dies vermittelt dem Kind das Gefühl von Kontrolle, da es unmittelbar auf sein Verhalten eine Reaktion sieht (vgl. Lenz, 2014, S. 192).

Weitere wichtige Punkte der Feinfühligkeit sind nach Ainsworth die Fähigkeit, die Pläne auf die Bedürfnisse des Kindes anzupassen und es als eigenständige Person anzunehmen (vgl. Lenz, 2014, S. 192). Weiter ist nach Grossmann und Grossmann (2011) unbestritten, dass die elterliche Feinfühligkeit sich positiv auf die soziale, emotionale und kognitive Entwicklung des Kindes auswirkt (S. 239). Brisch und Hellbrügge (2006) beschreiben weiter das Konzept der intuitiven elterlichen Kommunikationsfähigkeit, welches sich dem Feinfühligkeitskonzept von Ainsworth et al. 1974, im Sinne der Bereitschaft und Kompetenz der Eltern, die Signale der Kinder wahrzunehmen, zu interpretieren und sofort zu beantworten, anschliesst (S. 67). Die Eltern sollten dies nicht nur in belastenden Situationen tun, sondern täglich (vgl. Birsch & Hellbrügge, 2006, S. 67). Nach Aschersleben und Henning

(2008) geben Bezugspersonen welche sensibel auf die Bedürfnisse der Kinder eingehen, ihnen das Gefühl von Sicherheit, der Bindung und der Motivation (S. 22). Durch die gemeinsame Wirklichkeit werden die Kinder in ihren Handlungen gestärkt und dies wiederum hilft ihnen die Handlungen der Bezugsperson adäquat interpretieren zu können (S. 22). Durch die elterliche Feinfühligkeit gelingt es den Kindern besser, Wünsche, Gefühle und Gedanken anderer zu verstehen und auch die eigenen Stimmungslagen zu verbalisieren (vgl. Wicki, 2010, S. 57).

Nach Grossmann und Grossmann (2011) ist die Interaktion zwischen Mutter und Kind stark mit der kognitiven und sozialen Entwicklung des Kindes verbunden (S. 239). Durch eine direkte Reaktion der Mutter auf die Signale des Kindes wird die Kommunikation und somit auch die soziale Kompetenz des Kindes gefördert (vgl. Grossmann & Grossmann, 2011, S. 239). Die allgemeine Kompetenzförderung wird mit einem allgemeinen Intelligenzquotienten gemessen. Bei Säuglingen ist dieser eng mit der Feinfühligkeit der Mutter verknüpft; vor allem wenn das Kleinkind gleichzeitig seine Umwelt erkunden kann (vgl. Grossmann & Grossmann, 2011, S. 239). Nach Grossmann und Grossmann (2011) beeinflusst die Qualität der Bindungsbeziehung zwischen Mutter und Säugling die Interaktion der Beiden, wie auch Aspekte der kognitiven Entwicklung (S. 239). Je sicherer eine Beziehung des Säuglings zu seiner Mutter ist, desto mehr wagt sich dieser seine Umwelt zu erkunden.

Die Feinfühligkeit ist ein enormer Schutzfaktor für die sichere Bindung des Kindes (vgl. Ainsworth et al., 1974, S. 192). Demnach wäre es bedeutend, wenn eine Bindungsperson psychisch erkrankt, dass sie trotz der Erkrankung weiterhin feinfühlig auf ihr Kind reagiert, damit die sichere Bindung beibehalten werden kann. Somit wäre es von besonderer Wichtigkeit, dass die Bindungsperson auf die Feinfühligkeit im Umgang mit ihrem Kind achtet, damit die Stabilität und Tragfähigkeit der Bindung weitergeführt werden könnte und sich dies mit grösster Wahrscheinlichkeit auf die positive Entwicklung des Kindes auswirken würde.

#### 4.4 Bindungsstörungen

Nach Ramsauer und Döhmen und Romer (2013) haben Kinder psychisch kranker Eltern ein grösseres Risiko eine externalisierende und internalisierende Störung, kognitive, sprachliche oder soziale Defizite, Unsicherheit und Desorganisation in der Bindung, somatische Erkrankungen, als auch Bindungsstörungen zu entwickeln (S. 166 ff.). Die Muster der Bindungsqualität, wie sie von Ainsworth beschrieben wurden, sind Adaptionismuster ei-

ner normalen Mutter – Kind – Interaktion (vgl. Brisch, 2009, S. 96). Es gibt jedoch nach Brisch (2009) noch weitere Bindungsbeziehungen, die für klinisch kranke Kinder oder gestörte Kind – Eltern – Dyaden von Bedeutung sind und als „Bindungsstörungen“ bezeichnet werden (S. 97). Berichte zu misshandelten, missbrauchten oder vernachlässigten Kinder zeigen auf, dass die Bindungsmuster von Ainsworth noch erweitert werden können (vgl. Brisch, 2009, S. 97).

Nach Brisch (2009) wirken sich die Bindungsstörungen nicht nur auf die engste Bezugsperson aus, sondern auf das Verhalten mit den verschiedensten Bezugspersonen (S. 102). Die Störungen treten nicht situativ auf, sondern dauern über einen längeren Zeitpunkt. Wie in der Arbeit weiter oben beschrieben, gibt es auch hier ein Zusammenspiel von der elterlichen Psychopathologie, beziehungsweise der Genetik und der äusserlichen Faktoren der Umwelt des Kindes, welche wechselseitig auf das Kind einwirken (vgl. Brisch, 2009, S. 102).

#### 4.4.1 Keine Anzeichen von Bindungsverhalten

Nach Brisch (2009) zeichnet sich das Bindungsverhalten dieser Kinder dadurch aus, dass sie gar kein Anzeichen eines Bindungsverhaltens zeigen (S. 102). Die Kinder reagieren auch in Stress- oder Angstsituationen nicht auf die Bezugsperson und suchen auch deren Nähe nicht auf. Trennungssituationen sind normalerweise mit Protest des Kindes verbunden. Kinder die keine Anzeichen von Bindungsverhalten zeigen, geben keinen Protest ab (vgl. Brisch, 2009, S. 102). Die Sozialkompetenz ist bei diesen Kindern wenig ausgeprägt und falls sie mit einer anderen Person in Kontakt treten, bevorzugen sie nicht die Bezugsperson. Kein Anzeichen von Bindungsverhalten kann bei Heimkindern, Pflegekindern oder bei Kindern vorkommen, welche schon mehrere Beziehungswechsel – und abbrüche erlebt haben (vgl. Brisch, 2009, S. 103). Kinder, die kein Anzeichen von Bindungsverhalten an den Tag legen, haben keine primäre Bezugsperson, welche für sie Sicherheit und Geborgenheit verkörpert (vgl. Bowlby, 2006, S. 35).

Möglicherweise könnten sich wiederkehrende Klinikaufenthalte der primären Bindungsperson und die dadurch verbundenen Beziehungsabbrüche auf ein Kind so auswirken, dass es diese Bindungsstörung entwickelt. Es könnte vermutet werden, dass eine sichere Bindung zu einer oder mehreren weiteren Bezugspersonen, dem entgegenwirken könnte.

#### 4.4.2 Undifferenziertes Bindungsverhalten

Kinder mit undifferenziertem Bindungsverhalten behandeln alle Personen genau gleich. Es spielt keine Rolle, ob das Kind die Person gut kennt, oder ob sie ihr fremd ist; das Kind pflegt ein undifferenziertes Bindungsverhalten zu allen Menschen (vgl. Brisch, 2009, S. 103). In Stress- oder Trennungssituationen suchen die Kinder Nähe und Trost bei der Person die gerade vor Ort ist, egal wie nahe sie sich emotional stehen. Die Kinder haben keine Zurückhaltung gegenüber unbekanntem Personen und verhalten sich allen gegenüber freundlich und zuvorkommend (vgl. Brisch, 2009, S. 103). Brisch (2009) beschreibt als weiteren Typen von undifferenziertem Bindungsverhalten den Unfall – Risiko – Typen (S. 104). Hier kommt es häufig zu Selbstverletzungen und Unfällen in Verbindung mit einer Selbstgefährdung. Die Kinder sprechen sich nicht mit der Bezugsperson ab und können somit auch das Risiko ihrer Handlungen nicht richtig einschätzen. Trotz der schmerzlichen Erfahrungen lernen die Kinder nicht aus ihren Erfahrungen und die selbstverletzenden Gesten werden sich auch in Zukunft wiederholen (vgl. Brisch, 2009, S. 104).

Es könnte sein, dass dieses Bindungsverhalten von aussen kaum bemerkt wird, da das Kind gegenüber allen freundlich und zuvorkommend ist (vgl. Brisch, 2009, S. 103). Im Gegensatz dazu kann vermutet werden, dass der Unfall – Risiko – Typ eher erkannt wird.

#### 4.4.3 Übersteigertes Bindungsverhalten

Die Kinder, welche ein übersteigertes Bindungsverhalten aufweisen, klammern sich immer an ihre Bezugsperson. Damit sie emotional ausgeglichen sein können und sich ausgeglichen fühlen, suchen sie ununterbrochen die Nähe zu ihrer Bezugsperson (vgl. Brisch, 2009, S. 105). Im Gegensatz zu den oben erwähnten Bindungsverhalten reagieren diese Kinder auf neue Situationen und fremden Personen äusserst zurückhaltend und ängstlich. Eine Trennung von der Bezugsperson bringt ein enormer Stress für die Kinder mit sich, dieser äussert sich durch Schreien, Toben und Panik (vgl. Brisch, 2009, S. 105). Nach Brisch (2009) trifft man diese Bindungsstörung bei Kindern an, deren Mutter unter Angststörungen mit extremen Verlustängsten leidet (S. 105). In solchen Fällen werden die Kinder dazu genutzt, eine sichere, emotionale Basis für ihre Mütter zu sein, damit sich diese selber psychisch stabilisieren können. Das Gegenteil des oben erwähnten ist hier der Fall: Nicht die Kinder, sondern die Mütter werden hier panisch, wenn sich die Kinder selbständig entwickeln und sich zeitlich zwischendurch von der Mutter trennen (vgl. Brisch, 2009, S. 105).

Das übersteigerte Bindungsverhalten könnte bei Kinder psychisch kranker Eltern vorkom-

men. Die Kinder sollen ihre Eltern „psychisch stabilisieren“, dies könnte bedeuten, dass diese psychisch instabil sind. Demnach ist es wahrscheinlich, dass manche Kinder psychisch kranker Eltern dieses Bindungsverhalten aufzeigen könnten.

#### 4.4.4 Gehemmttes Bindungsverhalten

Anders als beim übersteigerten Bindungsverhalten reagieren Kinder mit gehemmtten Bindungsverhalten nur wenig bis gar nicht auf eine Trennung zu ihrer Bezugsperson. Die Kinder wirken in ihrem Bindungsverhalten gehemmt und verhalten sich extrem anpassungsfähig gegenüber ihrem Umfeld. Befehle ihrer Bezugspersonen führen sie ohne Widerspruch aus. (vgl. Brisch, 2009, S. 106). Auffallend ist, dass diese Kinder ihre Gefühle und Gedanken freier äussern und ausleben können, wenn ihre Bezugsperson nicht anwesend ist. Kinder mit gehemmtten Bindungsverhalten stammen oft aus zerrütteten Familienverhältnissen. In den Familien geschieht körperlicher Missbrauch oder die Erziehung wird durch Gewaltanwendung geprägt (vgl. Brisch, 2009, S. 106). Die Kinder lernen schnell, dass sie ihre eigenen Wünsche in den Hintergrund stellen müssen und somit Konflikte vermeiden können. Sie erwarten einerseits Sicherheit und Geborgenheit durch die Beziehung zu ihrer Bezugsperson, andererseits ist diese Beziehung durch Angst und Gewalt geprägt (vgl. Brisch, 2009, S. 106).

Dass in Familien mit Psychischen Erkrankungen Gewalt vorherrscht, muss nicht gegeben sein. Es könnte jedoch sein, dass diese Kinder selbst ein erhöhtes Erkrankungsrisiko tragen, durch fehlende Bindung und traumatisierende Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen. Wobei viele andere Faktoren mitspielen würden und dies nur eine Annahme ist. Wahrscheinlich ist jedoch, dass sich diese Erfahrungen auf die gesamte Entwicklung des Kindes auswirken.

#### 4.4.5 Aggressives Bindungsverhalten

Kinder welche ein aggressives Bindungsverhalten zeigen, pflegen ihre Beziehung zu der Bezugsperson vorwiegend durch verbale oder körperliche Gewalt. Durch diese Gewalt wird ihr unterdrückter Wunsch nach Nähe und Geborgenheit sichtbar (vgl. Brisch, 2009, S. 107). Die ganze Familie folgt dem gleichen Schema und es herrscht allgemein eine grosse Gewaltbereitschaft. Ausserhalb der Familie fallen diese Kinder im Kindergarten oder in der Schule als „störend“ auf. (vgl. Brisch, 2009, S. 107). Nach Aschersleben und Henning (2008) führt bei diesen Kindern eine Zurückweisung von den primären Bindungswünschen,

wie sie durch die Suche nach Nähe und Sicherheit ausgedrückt werden, zu aggressivem Verhalten (S. 21). Die Kinder leiden unter einem enormen Druck, dass die bereits vorhandene Bindung wieder zerstört wird oder erst gar keine primäre Bindung zustande kommt. Dies führt bei diesen Kindern zu einer grossen Frustration. Durch negative Erfahrungen in der Vergangenheit sind neue Bindungen immer schwierig und die Bindungswünsche werden aggressiv gestaltet (vgl. Brisch, 2009, S. 107).

Die Bindungswünsche dieser Kinder zu erkennen und wahrzunehmen könnte sehr schwierig sein. Für die Kinder wäre es vermutlich von grösster Wichtigkeit mindestens eine sichere Bindung ohne Gewalt zu haben.

#### 4.4.6 Bindungsverhalten mit Rollenumkehrung

Das Bindungsverhalten mit Rollenumkehrung beschreibt, dass das Verhalten des Kindes und der Bezugsperson verkehrt sind. Das Kind hat die Rolle der Bezugsperson inne und umgekehrt. Das Kind übernimmt die Verantwortung für die Bezugsperson und fühlt sich für deren Sicherheit verantwortlich (vgl. Brisch, 2009, S. 108). Das Kind wird somit in seinem Explorationsverhalten eingeschränkt und stellt seine eigenen Bedürfnisse hinter diese der Bezugsperson. Die Kinder stehen unter dauerndem Druck, da sie ihre Bezugsperson nicht verlieren möchten. Dies kommt oft bei einer Scheidung oder bei einem Suizidversuch eines Elternteils vor (vgl. Brisch, 2009, S. 108).

Der Rollenumkehr, welcher auch bei Kindern psychisch kranker Eltern stattfinden kann, könnte sich demnach schon im Kleinkindalter zeigen. Es kann vermutet werden, dass diese Kinder auch später viel im Haushalt oder in der Erziehung der Geschwister übernehmen werden. Auch die Fürsorge für die erkrankte Person könnte weiter zunehmen.

#### 4.4.7 Bindungsstörung mit Suchtverhalten

Nach Brisch (2009) können unsensible Verhaltensweisen gegenüber einem Säugling bei diesem grossen Stress auslösen und suchtartige Verhaltensweisen auslösen (S. 108). Natürlicherweise erlebt der Säugling, dass seinem Wunsch nach Nahrung, Geborgenheit und Sicherheit durch die Bezugsperson nachgekommen wird. Wird dieser Wunsch von der Bezugsperson nicht durch Zuwendung und Körperkontakt beantwortet, sondern jeweils immer mit Nahrungszufuhr, führt dies zu einer suchtartigen Störung beim Säugling. Damit er trotzdem die Aufmerksamkeit der Bezugsperson hat, wird der Säugling immer wieder Nahrung verlangen und somit eine Esssucht entwickeln. Dieses Suchtverhalten kann sich nach Jah-

ren auch auf andere Dinge als das Essen ausweiten, Hauptsache der Stress kann für kurze Zeit reduziert werden (vgl. Brisch, 2009, S. 109).

Es könnte vermutet werden, dass Menschen, welche schon im Säuglingsalter eine Sucht entwickeln, auch später suchgefährdet sind. Besonders wichtig könnte sein, dass die Bezugsperson lernt, differenziert auf ihr Kind zu reagieren, damit die unterschiedlichen Bedürfnisse des Kindes gestillt werden können.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Kinder mit einer Bindungsstörung erheblich anders auf die Bindung mit Bezugspersonen reagieren, als Kinder ohne Bindungsstörungen. Vermutlich treten Bindungsstörungen nicht nur bei Kindern mit psychisch kranken Eltern auf, sondern es könnten auch andere Ursachen haben. Von Bedeutung könnte jedoch sein, dass Kinder ihre ersten Bindungserfahrungen in den meisten Fällen mit ihren nahestehenden Bezugspersonen machen, was sich auf die späteren Bindungen auswirken kann/könnte. Demnach könnte angenommen werden, dass die Bindungsstörungen in manchen Fällen ihre Ursache in den ersten Bindungserfahrungen im Kleinkindalter haben. Es ist gegeben, dass Eltern mit einer psychischen Erkrankung durch die Krankheit manchmal anders auf ihre Kinder reagieren und beispielsweise die Feinfühligkeit im Umgang mit dem Kind nicht aufrechterhalten können. Somit ist eine Bindungsstörung bei Kindern von psychisch kranken Eltern eine mögliche Folge, welche zu beachten ist (vgl. Kp. 3.4)

## 5. Fazit

Die wichtigsten Erkenntnisse aus dem theoretischen Teil „Kinder psychisch kranker Eltern“ und „Bindung“ werden herauskristallisiert und dargestellt.

### 5.1 Kinder psychisch kranker Eltern

Von fundamentaler Bedeutung sind die Folgen einer Erkrankung der primären Bezugsperson für das Erleben und Verhalten der Kinder. Dieses Themengebiet wurde im Kapitel zwei vertieft behandelt und die verschiedenen Auswirkungen auf die Kinder werden dadurch ersichtlich. Die Folgen für das Erleben und Verhalten beinhalten wiederum bedeutende Aspekte. Von grösster Wichtigkeit sind die Ängste, die Schuldgefühle, die Tabuisierung, die Stigmatisierung und Diskriminierung, die Desorientierung, die Parentifizierung und die Loyalitätskonflikte. All diese verschiedenen Aspekte beeinflussen unterschiedlich in hohem Masse die Entwicklung des Kindes (vgl. Kp. 3.1). Über das gesamte Leben des Kindes, welches eine psychisch erkrankte Bezugsperson hat, könnte es von grösster Wichtigkeit sein, dass die Bedürfnisse des Kindes wahrgenommen werden. In der Kindheit könnte es massgebend und entscheidend sein, dass die Bezugspersonen des Kindes auf diese Bedürfnisse achten. In der Jugend und im Erwachsenenalter wird es möglicherweise zunehmend wichtiger, dass die Jugendlichen oder jungen Erwachsenen selbst die eigenen Bedürfnisse und das eigene Leben nicht vernachlässigen, was ein weiterer Kernpunkt aus dem theoretischen Teil ist. Dieser steht stark mit dem folgenden Kernpunkten in Verbindung, dem Ablösungsprozess in der Jugend. In dieser Lebensphase steht der Ablösungsprozess vom Elternhaus und die Suche nach einer geeigneten Ausbildung für die Jugendlichen im Vordergrund. Wichtig erscheint hier, die Unterstützung von aussenstehenden Personen besonders in dieser bedeutenden Situation. Der Literatur kann entnommen werden, dass der Ablösungsprozess durch die psychische Erkrankung einer Bezugsperson erschwert sein kann. Insbesondere dann, wenn der Jugendliche, die Jugendliche Zuhause viel Verantwortung übernehmen muss und durch die Abgrenzung in einen Interessenskonflikt gerät. Es könnte jedoch für die gesunder Entwicklung der Jugendlichen sehr bedeutend sein, dass sie sich in diesem Alter zunehmend gegen aussen orientieren und sich weitere wichtige Bezugspersonen aneignen (vgl. Kp. 3.2). Förderlich kann an dieser Stelle, eine offene und transparente Kommunikation betreffend der Krankheit und deren Folgen sein. Spricht eine Familie mit ihren Kindern über die psychische Erkrankung, kann dies die

Angst von den Kindern etwas minimieren, sie können sich leichter weiteren Personen öffnen und wenn sie das Bedürfnis haben, auch mit externen Personen über die Krankheit sprechen.

## 5.2 Bindung

Ein erster Kernpunkt aus dem theoretischen Teil zum Thema „Bindung“, ist die Bindung zur primären Bezugsperson, welche für das Kind eine sichere Basis bildet. Welche von grösster Bedeutung für die gesamte Entwicklung des Kindes ist. Diese Basis ist im Jugendalter besonders von Bedeutung, wenn das Kind Rückschläge erleidet oder unsicher ist. Möglicherweise ist die Bindung zur primären Bezugsperson das Fundament für spätere Bindungen (vgl. Kp. 4.1). Wenn das Kind zudem weitere Beziehungen hat, verstärkt dies die Bindung zur primären Bezugsperson. Dies ist ein weiterer Kernpunkt des theoretischen Teils. Die Bindungen zu weiteren Bezugspersonen und insbesondere auch die innerfamiliären Bindungen sind in hohem Masse relevant. In Verbindung mit der Theorie der Kinder psychisch kranker Eltern, kann gesehen werden, dass die Bindungen zu weiteren Bezugspersonen von fundamentaler Bedeutung sind, wenn die primäre Bindungsperson erkrankt. Diese Bindungen zu weiteren Bezugspersonen, bildet ein wichtiger Schutzfaktor für das Kind und kann für die weitere Entwicklung entscheidend sein (vgl. Kp. 4.1). Die Bindung kann relativ stabil sein, dennoch kann das Mass an Stabilität variieren und Instabilität kann beispielsweise durch eine Erkrankung der Bezugsperson hervorgerufen werden. Durch einen Klinikaufenthalt oder andere Gegebenheiten kann das Kind von seinen Bezugspersonen getrennt werden. Dieser Aspekt der Trennung ist von Wichtigkeit für die Bindung und bildet ein weiterer Kernpunkt (vgl. Kp. 4.2). In der gesamten Entwicklung des Kindes, bis in das Erwachsenenalter kann angenommen werden, dass die Bindung, die Bindungsgestaltung und die Bindungserfahrungen für die Kinder von grösster Bedeutung sind. Der letzte Kernpunkt bildet das Erziehungsverhalten, welches stark mit der Bindung zu den Eltern im Zusammenhang steht. Im theoretischen Teil wurde beschrieben, dass die Feinfühligkeit der Bindungsperson ein enormer Schutzfaktor für die sichere Bindung des Kindes ist. Demnach wäre es bei einer psychischen Erkrankung der Bindungsperson wichtig, dass sie weiterhin feinfühlig auf Kinder reagieren und auf dessen Signale und Bedürfnisse eingehen können. Dies würde die Stabilität und Tragfähigkeit der Bindung zur erkrankten Bindungsperson stärken. Dies wirkt sich wiederum positiv auf die Entwicklung des Kindes aus (vgl. Kp. 4.3)

## II EMPIRISCHER TEIL

## 6. Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen beinhaltet die allgemeinen und die spezifischen Aspekte und erklärt das Vorgehen im empirischen Teil.

### 6.1 Allgemeine Aspekte

Die allgemeinen Aspekte des methodischen Vorgehens beinhalten die Fragestellung, die Beschreibung der Vorgehensweise um die Fragestellung zu beantworten und die Beschreibung der Methode.

#### 6.1.1 Fragestellung

Die Zielsetzung unserer Arbeit ist, die beiden Themen Kinder psychisch kranker Eltern und das Bindungsverhalten, Erleben und dessen Auswirkung auf das Kind zu ergründen. Die konkrete Fragestellung lautet:

Mutterseelenallein - Wie wirkt sich eine psychische Erkrankung der primären Bezugsperson auf die Bindung des Kindes aus?

Über die Thematik von Kindern psychisch kranker Eltern gibt es relevante Literatur, insbesondere aus den letzten Jahren. Auch Literatur zu Bindungstheorien und zu Bindungsstörungen sind vorhanden, wobei unsere Arbeit das Ziel verfolgt, diese beiden Themen miteinander zu verknüpfen. Diese Verbindung wird in den meisten Büchern über Kinder psychisch kranker Eltern thematisiert aber nicht ausgeschöpft. Wir haben jedoch keine Quelle gefunden, welche sich spezifisch Kindern psychisch kranker Eltern und ihrem Bindungsverhalten widmet. Dass die psychische Erkrankung der Bezugsperson eine Auswirkung auf die Bindung hat, ist nicht bestritten und in der Literatur entsprechend beschrieben. Unklar ist jedoch, wie diese gegenseitige Beeinflussung genau funktioniert, was dies für das Kind wirklich bedeutet und welche Folgen dies nach sich zieht. Weiter ist nicht abschliessend geklärt, welche unterschiedlichen Einflüsse die verschiedenen Krankheitsbilder auf die Bindung haben.

#### 6.1.2 Vorgehensweise zur Beantwortung der Fragestellung

Einerseits werden wir aus der Literatur zum Thema Bindung herausarbeiten, welche wichtige Aspekte für Eltern mit einer psychischen Krankheit sind, wo grosse Herausforderungen bestehen, wie beispielsweise die Feinfühligkeit, welche ein zentraler Punkt in der Bin-

dungstheorie von Bowlby darstellt (vgl. Kp. 4.3). Andererseits werden wir die Literatur zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern bearbeiten (vgl. Kp. 3). Welche Auswirkungen haben spezifische Krankheiten auf ein Kind (vgl. Kp. 3.3) und wie wirken sich diese auf die Bindung aus (vgl. Kp. 7 & 8). Welche Folgen hat eine psychische Erkrankung einer Bezugsperson auf das Erleben und Verhalten eines Kindes (vgl. Kp. 3.1). Um diese Aussagen zu überprüfen und vertieft in der Praxis wahrzunehmen, führen wir ein narratives Interview durch. Dieses werden wir mit einer Frau machen, deren Mutter Phasen von psychischen Erkrankungen hatte. Die Transkription des Interviews werden wir als Basis in unseren empirischen Teil aufnehmen und wichtige Aussagen, Erkenntnisse und Schwerpunkte der erzählenden Person thematisieren. (vgl. Kp. 7 & 8). Von grosser Bedeutung ist für uns, dass wir Inhalte des Interviews und der Literatur miteinander vergleichen und parallel darstellen, um herauszufinden wo Übereinstimmungen vorhanden sind und wo es Diskrepanzen gibt (vgl. Kp.7 & 8). Von fundamentaler Bedeutung für unsere Arbeit ist die Darstellung des subjektiven Erlebens einer betroffenen Person (vgl. Kp. 7 & 8). Die vorhandene Literatur ist sehr wertvoll und aufschlussreich, jedoch liegt unser Erkenntnisinteresse in der Belastung und bei den Gefühlen der betroffenen Kinder. Es ist uns wichtig, eine individuelle Lebenssituationen aufzuzeigen und diese authentisch in unserer Arbeit darzulegen.

### 6.1.3 Beschreibung der Methode

Das narrative Interview wird vorzugsweise bei einer biographischen Forschung angewendet (vgl. Flick, 2000, S. 116). Das biographische Forschungsinterview wird durchgeführt, um das subjektive Erleben einer Person darzustellen. Die Subjektivität ist dabei von fundamentaler Bedeutung. Wir wählten diese qualitative Forschungsmethode, weil uns diese eine genaue Darstellung einer persönlichen Situation erlaubt. Qualitative Forschungsmethoden werden insbesondere dann angewendet, wenn noch wenige Informationen zu einem Thema vorhanden sind, wie dies bei unserem Thema der Fall ist. Zu Beginn des narrativen Interviews wird zum Thema als Untersuchung eine entsprechende Einstiegsfrage „Erzählaufforderung“ gestellt. Diese soll die Haupterzählung des Interviewten anregen. (vgl. Flick, 2000, S. 116). Der Zuhörer bestätigt durch nonverbale Signale wie zum Beispiel „mhm“, Kopfnicken usw. dass er der erzählten Geschichte folgt und sich in diese hineinversetzen kann. Es werden während der Erzählung keine Fragen gestellt oder verbal interveniert. Dadurch wird der Erzähler in der Fortsetzung seiner Geschichte bestärkt und unterstützt (vgl. Flick, 2000, S. 117). Der Schluss wird signalisiert durch eine „Koda“, „das war

es eigentlich“ oder „das wäre so der heutige Stand“. Im Anschluss daran, folgt der narrative Nachfrageteil, in welchem Ansätze der Erzählung, welche nicht klar sind oder nicht weiter ausgeführt wurden, durch eine erneute Aufforderung zum Erzählen vom Interviewer gegeben. (vgl. Flick, 2000, S. 117). In der Bilanzierungsphase werden noch abschliessende Fragen gestellt (vgl. Flick, 2000, S. 116). Ein zentrales Kriterium der Gültigkeit der Informationen ist, dass es sich um eine Erzählung handelt. Von grosser Wichtigkeit bei der Erzählung ist, dass der Entwicklungsprozess sichtbar wird. (vgl. Flick, 2000, S. 117 ff.). Der Interviewte ist der Experte und Theoretiker seiner selbst! (vgl. Flick, 2000, S. 116).

## 6.2 Spezifische Aspekte

Im spezifischen Teil des methodischen Vorgehens werden die Probanden, das Interview und die Transkription beschrieben.

### 6.2.1 Probanden

Eine Frau, 31 Jahre alt, haben wir über unsere Anfrage bei verschiedenen Institutionen, die mit psychisch kranken Menschen arbeiten, gefunden. Wichtige Kriterien für die Auswahl der Interviewperson sind die eigene Betroffenheit in der Kindheit und dass die Person eine gewisse Distanz zum Erlebten hat und offen darüber sprechen kann. Ein weiteres Kriterium ist, dass die Person Deutsch spricht. Die junge Frau lebt in einer Beziehung. Alle Informationen sind anonymisiert, um die Probandin zu schützen.

### 6.2.2 Interview

Für die Durchführung des Interviews hat die Probandin einen ruhigen, neutralen Ort bestimmt. Die Zeitvorgabe beträgt zwischen 30-45 Minuten. Das Interview wird durch eine offene Fragestellung eingeleitet und dauert so lange, bis die Frau ihre Geschichte erzählt hat. Das Interview wird auf Tonband aufgenommen, dieses wird nach Abgabe der Bachelorthesis gelöscht. Für die Durchführung wird eine Einverständniserklärung unterschrieben. Beim Interview sind beide Schreibenden Frau Maurer Noemi und Frau Mülhaupt Deborah und die Probandin anwesend.

### 6.2.3 Transkription

Biografisch – narratives Interview: Originaltranskription Tonband mit Frau B.

Anonymisierter Buchstabe von Frau B: B  
Dialekt oder Fremdsprache von Frau B: Basler Deutsch

Anonymisierter Buchstabe von Interviewerin 1: I1  
Anonymisierter Buchstabe von Interviewerin 2: I2  
Dialekt oder Fremdsprache Interviewerinnen: Berndeutsch

Transkriptionsregeln für Basistranskription in Anlehnung an die GAT (vgl. Locius-Hoene & Deppermann, 2004, S. 355-356).

#### Sequenzielle Struktur / Verlaufsstruktur

[ ] Überlappungen und Simultansprechen

Ein- und Ausatmen

°h / h°, °hh / hh° Ein- bzw. Ausatmen innerhalb 1 Sek.

#### Pausen

(.) Mikropause, geschätzt, bis ca. 0.2 Sek. Dauer  
(-),(--),(---) kurze, mittlere, längere Pause innerhalb 1 Sek.  
(0.5) gemessene Pause von ca. 0.5 Sek. Dauer  
(2.0) gemessene Pause von ca. 2.0 Sek. Dauer

#### Sonstige segmentale Konventionen

und\_äh Verschleifungen innerhalb von Einheiten  
ähm, äh, etc. Verzögerungssignale, sog. „gefüllte Pausen“

#### Lachen und Weinen

haha hehe hihi silbisches Lachen  
((lacht)) ((weint)) Beschreibung des Lachens

<<lachend>> Lachpartikel in der Rede, mit Reichweite

<< :-) > soo> „smile voice“

#### Rezeptionssignale

hm ja nein nee einsilbige Signale

hm\_hm ja\_a zweisilbige Signale

nei\_ein nee\_e

hm hm, mit Glottalverschlüssen, meist verneinend

#### Sonstige Konventionen

akZENT Akzentuierung

((hustet)) para- und aussersprachliche Handlungen u. Ereignisse

<<hustend>> sprachbegleitende para- und aussersprachliche Handlungen und Ereignisse mit Reichweite

( ) unverständliche Textpassage ohne weitere Angaben

(xxx), (xxx xxx) ein bzw. zwei unverständliche Silben

(solche) vermuteter Wortlaut

(also / alo) mögliche Alternativen

## 7. Ergebnisse

Um das Interview genauer analysieren zu können und mit der Theorie in Verbindung zu bringen, wird das Interview in der unten stehenden Tabelle, parallel mit den wichtigsten Merkmalen des Themas, Kinder psychisch kranker Eltern und den Kernpunkten der Bindung gemeinsam dargestellt.

In der linken Spalte ist das Thema Kinder psychisch kranker Eltern ersichtlich, wobei dieses in zwei Hauptaspekte aufgeteilt ist. Diese wurden in der Auswertung des theoretischen Teils herauskristallisiert und beinhalten die Folgen für das Erleben und Verhalten und die Entwicklungspsychologie. Diese Hauptaspekte sind wiederum in verschiedene Merkmale unterteilt (vgl. Kp. 6).

In der rechten Spalte werden die wichtigsten Themen der Bindung aufgeführt. Diese folgen aus der Auswertung des theoretischen Teils und umfassen die Themen Bindungen und bindungsrelevante Aspekte und sind in Unterthemen aufgeteilt (vgl. Kp 6).

In der mittleren Spalte sind die Aussagen der Interviewten Person vertieft aufgeführt, welche den zuvor kategorisierten Themenbereichen entsprechen (vgl. Kp. 6).

Die Unterteilung erlaubt eine differenzierte Auseinandersetzung in der Zusammenführung des theoretischen und des empirischen Teils.

Kinder psychisch kranker Eltern	Interview	Bindung
---------------------------------	-----------	---------

Folgen für das Erleben und Verhalten		
Ängste	<p>„Und dann ist sie (-- ) es ist besser gewesen, aber es ist nicht gut gegangen und etwas war anders an ihr. (.)“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„In dieser Nacht wo wo es, was dieser Anfall sollte, warum es ihr, wieso sie nachher so komisch war. (2.0) Sie hat einen anderen Blick, sie ist so_o, wie soll ich dies erklären, so leer, einfach nicht so wie sie vorher gewesen war.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Es hat mir Angst gemacht, es machte mir Angst für mein eigenes Leben, ich habe (-) auch als es ihr gut ging, als sie keinen Anfall und keine Depression hatte, eigentlich immer gewusst, dass es wieder kommt. Ich wusste nur nicht wann genau und was ist dann der Auslöser und so etwas ( )“ (Frau B., 2014, Interview).</p>	
Schuldgefühle	<p>„Und, mit vierzehn, bin ich so, nein mit dreizehn, bin ich so langsam in die Pubertät gekommen, ich war nicht mehr ein so angenehmes Kind, wie ich es vorher gewesen bin“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Meinen Brüder gegenüber ist es ihr peinlich gewesen. (0.5) sie hatte das Gefühl, sie verstehen dies nicht.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„sie haben sich dann einmal bemüht sie zu besuchen, sie sind danach dann zu mir gekommen und haben mir alle Schuld in die „Schuhe“ geschoben, dass ich schuld bin, dass ihre Tochter, also meine Mama, so stark krank ist.“</p>	

	(Frau B., 2014, Interview).	
Tabuisierung	<p>„und dann, sind sie gekommen, haben sie mitgenommen und keine Infos dagelassen“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„und dann sind wir wieder die heile Familie gewesen, (2.0), gegen Aussen und alle haben das so gespielt, vor allem meine Eltern haben das gespielt (.) meine Brüder haben sich zurückgezogen und ich habe einfach gedacht, kommt leckt mich am Arsch.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Es wurde nie thematisiert, was passiert war.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Damals habe ich dies aber nicht so (-- ) mitbekommen. Alles was in der Klinik passiert ist, ist ja zum Teil auch hinter verschlossenen Türen ja“ (Frau B., 2014, Interview).</p>	
Stigmatisierung/ Diskriminierung	<p>„Ja. Und gerade als der Krankenwagen dann weggefahren ist, ist mein Papa Nachhause gekommen und wollte wissen was los ist. Wir haben dann versucht es ihm zu erklären, völlig aufgelöst, weil ich immer noch nicht gewusst habe, überlebt sie oder nicht, was ist denn los. Und dann hat er gesagt, ja das ist nicht so schlimm, hättest nicht anrufen müssen, jetzt weiss es das ganze Dorf (-). Dass sie (.) im Spital ist, dass etwas geschehen ist und er müsse das dann wieder erklären und (-)“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Was in dieser ganzen Zeit auch noch war, ist ehm, ihre Eltern haben ein grosses Problem damit, falls ihre Tochter in der Psychiatrie ist. Das gibt es nicht, das geht nicht. Es ist einfach nochmals eine andere Generation.“ (Frau B., 2014, Interview).</p>	
Desorientierung	„Ich bin desorientiert gewesen, ich habe wie alles, in deren, an dem Abend oder in dem Moment verloren, was ich vorher als normal, als meine Familie als meine Welt: Die	

	<p>Mama bedeutet am Papa etwas, ich meine sie stirbt und er, das ist doch egal (-).“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Ich habe das (-) gar nicht mehr einstufen können. Und, äh, in dieser Nacht, habe ich Herz-Rhythmus-Störungen bekommen ((lachen)) habe das dann (xxx xxx) mich wirklich völlig durcheinander gebracht“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„und da auch wieder habe ich die Welt nicht mehr verstanden“ (Frau B., 2014, Interview).</p>	
Parentifizierung / Rollenkonflikt	<p>„am nächsten Tag, bin ich in der Rolle meiner Mutter aufgewacht (.), unbewusst, ich habe zwei jüngere Brüder und ein Vater der nicht wirklich da ist (.)“ (Frau B., 2014, Interview)..</p> <p>„Ich habe ihr einfach ein Kopfkissen unter den Kopf gelegt, habe eine Decke aus dem Zimmer geholt, habe sie eingepackt.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„und sind, also ja ich habe die Brüder versorgt ich habe den Haushalt gemacht, ich habe die Schule gemacht (.) und ich bin meine Mama besuchen gegangen, sie wollte nur mich sehen (-), weil äh mein Vater, gar nicht, mit ihm hat sie auch nicht gesprochen und meine Brüder auch nicht wirklich sehen wollen. (--). Und eben, das heisst ich bin dann nach der Schule jeweils zu ihr in die Klinik gefahren, jeden Tag. (--). Sie ist (.) im normalen, also, im Spital gewesen, nicht in einer Psychiatrie, weil man ja auch nicht gewusst hat, was sie genau hat.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Der Rollenkonflikt, welchen wir in dem Moment gehabt haben, jetzt ist sie wieder da, sie will wieder in ihre Rolle als Mutter einsteigen, auch wenn sie (.) äh, von der Situation her, eben, nicht wirklich in der Lage dazu gewesen ist (0.5), zwei oder drei Teenager Zuhause zu haben. (0.5)“</p>	

	<p>(Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Der (.) Rollenkonflikt hat unsere (solche) Beziehung, von mir und meiner Mutter ziemlich gestört. (2.0). Im Alltag, also ich habe ja Verantwortung übernommen, nicht weil ich es unbedingt wollte, putzen oder abwaschen oder so (.), aber wenn dann nachher (.), also ich habe das dann weiter gemacht, bis zu einem gewissen Teil, weil ich sie auch unterstützen wollte, wenn es aber nicht so war, wie sie es wollte, (2.0) ist es falsch gewesen. Das heisst ich habe wie immer, noch mehr gegeben, und versucht zu zeigen, ich bin für dich da und ich habe dich gerne und es ist (xxx xxx) (0.5) ja und (0.5) ich bin auch von ihr wie immer zurückgestossen worden, von meinem Gefühl her oder.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Wo ich dann die Buben auch bei uns hatte, Mama im Spital, wieder der ganze Haushalt, alles was so dazu gehört (-- ) ich habe dann die Schule nicht mehr geschafft (-) also oder ich hätte es vielleicht geschafft, aber ich hatte das Gefühl, ich konnte nicht alles gleichzeitig machen und der andere Teil, ich war mir einfach zu wenig wichtig um zu sagen, das ist mein Leben und die Schule ist mir wichtig oder eine Ausbildung, nein es war einfach ich gebe. Ich habe die Verantwortung, ich kann ja nicht, ich hatte das Gefühl, ich muss das machen.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„und dann so quasi, du kannst staubsaugen, du kannst das machen, sie hat dies dann aber immer auf den Hund geschoben. „Weil der Hund da war, ist es jetzt schmutzig, also musst du staubsaugen“. (2.0) Sprich bin ich meine Mutter besuchen gegangen und habe den Haushalt gemacht. Immer als ich dort war, sind wir in die verkehrten Rollen hinein gerutscht, obwohl wir nicht mehr zusammen gelebt haben.“ (Frau B., 2014, Interview).</p>	
--	---	--

	<p>„unterdessen gehe ich davon aus, dass dies viel auch mit diesen verkehrten, oder vertauschten Rollen zu tun hat (.) und ich nicht in der Lage gewesen bin, loszulassen. Sie wollte sie wieder, aber war nicht wirklich in der Lage, sie zu übernehmen. (...) Es ist auf beiden Seiten. (...) So eine Unsicherheit gewesen, ((husten)) so ein „daran-klammern“ an den, was man schon kennt (-) und es hat (xxx) ja hat ja_a diese Reibungen einfach noch verstärkt irgendwie.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Und genau dieser Moment ist es gewesen, als sie von allen ihren drei Kindern das Gefühl bekommen hat, (-- ) die Verantwortung für ihr eigenes Leben sehr wohl tragen zu können, weil wir sie alle an sie zurückgegeben haben und zum anderen auch, dass wir sie gerne haben, dass wir sie auch haben möchten (.) hat dann einen Prozess in Gang gebracht.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Ehm was es auch mit mir gemacht hat (-- ) und (-- ) wir können, finden langsam in die ursprünglichen Rollen zurück, das heisst ich kann jetzt auch wieder ((lacht)) geniessen, Tochter zu sein und von ihr ein Geschenk zu bekommen oder ja so Sachen, dass sie mir zuhört, wenn es mir schlecht geht, mir einen Tipp geben kann.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Und sie kann diese Rolle nun auch wieder übernehmen, also die Mutterrolle übernehmen.“ (Frau B., 2014, Interview).</p>	
Loyalitätskonflikte	<p>„Ich habe ( ) (----) weiss nicht, zwei, drei, vier Monate später hat es dann wieder angefangen mit den Konflikten zwischen meinen Eltern. Sie haben mich dann als Postboten gebraucht, (0.5) Mama hat mich auch als beste Freundin gesehen und genutzt um darüber zu reden, jetzt hat er wieder dies gemacht und jenes und „ich ertrage das nicht</p>	

	<p>und wie soll ich damit umgehen“. (-- ) und ich war damals gerade 15 Jahre alt gewesen.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„und irgendwann hatte ich es so satt, dass ich gesagt habe, sie sollen mich (-) also entweder sie geht jetzt, also sie trennen sich oder sie geben mich in ein Heim. (2.0) das sind so meine Alternativen gewesen. (2.0) dies war nützlich, sie ist gegangen oder sie sagte, sie möchte sich trennen und hat sich dann eine Wohnung gesucht. Es kam dann die Frage auf, mit wem gehen wir mit? Wir waren damals genug alt, um mit zu sprechen und ich wusste einfach sie ist krank, es geht ihr nicht gut und ehm ich kann sie nicht alleine lassen. Dies hat dann wiederum einen Konflikt mit meinem Vater ausgelöst, weil er der Meinung war, „du“ stellst dich gegen mich. Meine Brüder sind bei ihm geblieben (-- ) nicht wegen ihm, sondern aufgrund der Schule, wegen den Freunden. Sie wollten nicht aus diesem Dorf wegziehen und ich bin dann einfach aus Sicht meines Vaters diese gewesen, welche schuld gewesen war für diese Trennung und dass ich eigentlich gar nicht mehr seine Tochter bin, weil ich mich gegen ihn gestellt.“ (Frau B., 2014, Interview).</p>	
<p>Entwicklungspsychologie</p>		
<p>Eigene Bedürfnisse</p>	<p>„nicht mehr die gleiche Familie war. Nicht mehr der gleiche Alltag (-- ) neue Wohnung, neuer Ort (2.0) und (---) ähm (-- ) durch dass ich so desorientiert worden bin in dieser Nacht und auch in der Zeit nachher und (..) mit den vertauschten Rollen habe ich dann im 10 Schuljahr immer noch nicht wusste was ich machen sollte. Ich hatte wie keine Zeit, keine (2.0) Kapazität für mich zum dies überhaupt herauszu-</p>	

	<p>finden und auf mich zu hören. Oder ähm (--) Sachen auszuprobieren“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Wo ich dann die Buben auch bei uns hatte, Mama im Spital, wieder der ganze Haushalt, alles was so dazu gehört (--) ich habe dann die Schule nicht mehr geschafft (-) also oder ich hätte es vielleicht geschafft, aber ich hatte das Gefühl, ich konnte nicht alles gleichzeitig machen und der andere Teil, ich war mir einfach zu wenig wichtig um zu sagen, das ist mein Leben und die Schule ist mir wichtig oder eine Ausbildung, nein es war einfach ich gebe. (..) Ich habe die Verantwortung, ich kann ja nicht, ich hatte das Gefühl, ich muss das machen.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Also ich bin dann trotzdem mit meinem „Schatz“ in die Ferien gegangen oder ja einfach Sachen, die mir wichtig sind haben auch Platz gehabt und die konnte ich auch genießen, als ich wusste, sie ist im Spital und es geht ihr nicht gut.“ (Frau B., 2014, Interview).</p>	
Ablösungsprozess Jugend	<p>„damals bin ich „stinke sauer“ gewesen, (--) ehm einfach, ja also in diesem Moment war mein Gedanke wirklich gewesen, wenn du es machst, also dann mach es doch richtig oder lass „diesen Scheiss“. Ich hatte wie ehm, (xxx xxx) mochte nicht mehr (...) ja das war 2009 und das Erlebnis hat mir aber auf der anderen Seite auch geholfen, (-) mich abzugrenzen, also nicht im Sinne ich mache weniger, oder ich sehe sie weniger, sondern es geht mir allgemein besser, egal wie es ihr gerade geht. (...) Es war wie so eine (--) hat mich ein bisschen wach gerüttelt.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Und auch gezeigt, ich kann sie nicht gesund machen, ich kann sie nicht (--) beschützen. Ich kann ihr dies nicht abnehmen, so Leid es mir tut, aber es geht nicht. Es ist ihr Leben und das andere ist meins und es muss einfach</p>	

	<p>irgendwie“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„weil die Buben haben wie sehr wenig auch für sie gemacht. Sie haben, der Eine hat sich eine Mauer gebaut und einfach gesagt, Probleme gibt es nicht und wenn man Probleme hat, dann hat man sie sich selber zu verdanken und ist dementsprechend auch selber schuld. Er ist so der „Coole“ gewesen und der Andere hat sich in Alkohol und ins kiffen geflüchtet.“ (Frau B., 2014, Interview).</p>	
<p>Bindungen</p>		
	<p>„ich bin meine Mama besuchen gegangen, sie wollte nur mich sehen (-), weil äh mein Vater, gar nicht, mit ihm hat sie auch nicht gesprochen und meine Brüder auch nicht wirklich sehen wollen. (--). Und eben, das heisst ich bin dann nach der Schule jeweils zu ihr in die Klinik gefahren, jeden Tag. (--“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Und ich habe aber gehen müssen, weil ich die bin, die ihr es quasi unmöglich macht gesund zu werden, oder ich weiss auch nicht genau was sie damals überlegt hat. (2.0) ich habe mich dazu entschieden zu gehen“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Sie wusste, dass ich ein gewisses Verständnis habe. (2.0) ehm (---) und sie hat dann auch, also ich hatte das Gefühl gehabt dass, dass sie dies in diesem Moment davon anhängig macht ob ich für sie da bin, dass sie weitermacht oder nicht.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„ehm von einer Minute zur anderen wieder (-) ein 14 jähriges Mädchen gewesen wo, ja ehm denkt ja gut, die Mutter verloren, sie liegt jetzt irgendwo, vielleicht hat sie einen An-</p>	<p>Bindung zur erkrankten Bezugsperson</p>

	<p>fall, vielleicht erfriert sie vielleicht, keine Ahnung Kopf aufgeschlagen, ich bin nicht davon ausgegangen, dass sie sich das Leben nehmen möchte.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„ehm ich bin sehr stolz auf sie, dass sie das gemacht hat, dass sie das durchgestanden hat“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Ehm was es auch mit mir gemacht hat (--) und (--) wir können, finden langsam in die ursprünglichen Rollen zurück, das heisst ich kann jetzt auch wieder ((lacht)) geniessen, Tochter zu sein und von ihr ein Geschenk zu bekommen oder ja so Sachen, dass sie mir zuhört, wenn es mir schlecht geht, mir einen Tipp geben kann“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Und sie kann diese Rolle nun auch wieder übernehmen, also die Mutterrolle übernehmen“ (Frau B., 2014, Interview).</p>	
	<p>„ein Vater der nicht wirklich da ist (.) wo dann mit dieser Situation so überfordert war, dass er am Morgen gesagt hat, ich gehe entweder in das Tram oder vor das Tram (.) er hat es uns wie, also er hat es nicht wirklich angedroht, aber er hat es wie immer so offen gelassen (-)“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Ich habe ( ) (----) weiss nicht, zwei, drei, vier Monate später hat es dann wieder angefangen mit den Konflikten zwischen meinen Eltern. Sie haben mich dann als Postboten gebraucht, (0.5) Mama hat mich auch als beste Freundin gesehen und genutzt um darüber zu reden, jetzt hat er wieder dies gemacht und jenes und „ich ertrage das nicht und wie soll ich damit umgehen“. (--) und ich war damals gerade 15 Jahre alt gewesen.“ (Frau B., 2014, Interview).</p>	Inner-familiäre Beziehungen

„und irgendwann hatte ich es so satt, dass ich gesagt habe, sie sollen mich (-) also entweder sie geht jetzt, also sie trennen sich oder sie geben mich in ein Heim. (2.0) das sind so meine Alternativen gewesen. (2.0) dies war nützlich, sie ist gegangen oder sie sagte, sie möchte sich trennen und hat sich dann eine Wohnung gesucht. Es kam dann die Frage auf, mit wem gehen wir mit? Wir waren damals genug alt, um mit zu sprechen und ich wusste einfach sie ist krank, es geht ihr nicht gut und ehm ich kann sie nicht alleine lassen. Dies hat dann wiederum einen Konflikt mit meinem Vater ausgelöst, weil er der Meinung war, „du“ stellst dich gegen mich. Meine Brüder sind bei ihm geblieben (-- ) nicht wegen ihm, sondern aufgrund der Schule, wegen den Freunden. Sie wollten nicht aus diesem Dorf wegziehen und ich bin dann einfach aus Sicht meines Vaters diese gewesen, welche schuld gewesen war für diese Trennung und dass ich eigentlich gar nicht mehr seine Tochter bin, weil ich mich gegen ihn gestellt.“ (Frau B., 2014, Interview).

„Also dies bedeutet, ich habe dann auch kein, also ich habe den Kontakt zu den Grosseltern abgebrochen. Ich habe dann mittlerweile schon, ja mehr oder weniger den Kontakt zu meinem Vater abgebrochen. Weil da war ich ja dann schon bald 18 Jahre und konnte selber entscheiden, wo ich meine Wochenende verbringen möchte (-- ) und bin dann weggezogen. Es ist (-- ) zu meinen Brüdern habe ich den Kontakt immer gehabt.“ (Frau B., 2014, Interview).

„und so habe ich es auch geschafft, dass meine Brüder (-) also mein Bruder wollte dies auch, aber ehm einfach auch eine gewisse Verantwortung übernommen hat, weil er wohnte in ihrer Nähe, er hatte ein Auto, was ich alles nicht hatte. Der schwierigere Teil war aber, sie davon zu über-

	<p>zeugen. (.) Sie hat sich gewehrt und dann hat sie wenn er bei ihr angerufen hat „Mama brauchst du etwas?“ Hat sie nicht abgenommen, sich verleugnen lassen, als ich anrief „ja ich brauche unbedingt etwas“ ((lacht)) dann mussten wir einfach wirklich ich musste (xxx xxx) hart sein in diesem Moment.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„sie hat dann ehm uns dann zu einem Gespräch eingeladen, also mich und meine Brüder, das war mit einer Therapeutin, Bezugsperson von der Klinik, war dabei und sie hat uns ihre Todesanzeige vorgelegt, wir sollen sie bitte lesen (-) und ihr das „Ok“ geben für ihren Suizid und wir wussten nicht, was auf uns zukommen an diesem Gespräch und wir haben alle intuitiv gleich reagiert (-) gefühlsmässig auch, „wir möchten nicht, dass du das machst aber wir (-- ) übernehmen nicht die Entscheidung für dich, indem wir sagen es ist ok, wir verstehen dies“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Wir verstehen es nicht, weil wir nicht in deinem Körper sind, nicht mit diesem Qualen leben müssen, können wir es gar nicht verstehen, dann hat sie, ist sie weg getreten, also in eine Dissoziation, konnte nicht mehr am Gespräch teilnehmen, hatte dann wieder einen Anfall, wir sind raus gegangen (-) wussten ok entweder (---) nein eigentlich haben wir gedacht, es ist fertig jetzt“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Und genau dieser Moment ist es gewesen, als sie von allen ihren drei Kindern das Gefühl bekommen hat, (-- ) die Verantwortung für ihr eigenes Leben sehr wohl tragen zu können, weil wir sie alle an sie zurückgegeben haben und zum anderen auch, dass wir sie gerne haben, dass wir sie auch haben möchten (.) hat dann einen Prozess in Gang gebracht“ (Frau B., 2014, Interview).</p>	
	<p>„Denn Hund hatte ich schon mit 13 Jahren bekommen, er</p>	<p>Bindung zu</p>

	<p>war die ganze Zeit bei mir und wahrscheinlich auch ein guter Teil von meinem (--), dass ich es irgendwie durchstehen konnte.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„ich habe einfach gemerkt, ehm (-), dass ich (.) extrem lange brauche, egal ob es in einer Freundschaft oder Beziehung oder was auch immer, bis ich vertrauen kann.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Also auf Gefühle oder Signale von einem anderen Menschen oder beziehungsweise eher auf meine Wahrnehmung (.) ob dies jetzt so ist oder so ist, dass ist sehr, eine Schwierigkeit die ich auch heute zum Teil noch habe und dies einfach eine Herausforderung in meinem Leben ist so“ (Frau B., 2014, Interview).</p>	weiteren Bezugspersonen
<p>Relevante Aspekte für die Bindung</p>		
	<p>„Ist ganz eine schwierige Konstellation oder vielleicht auch mit meinem Vater, weil sie wollte sich Trennen in dieser Zeit, er hat dann alles daran gesetzt, dass sie das nicht macht.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„(2.0) Ehm (2.0) wir sind ausgezogen, ich bin dann alleine mit meiner Mutter gewesen, habe meinen Vater und meine Brüder gleichzeitig verloren im weitesten Sinne, dass es nicht mehr die gleiche Familie war. (...) Wo es auch rauf und runter ging und weil ich mich auch zum Teil von ihnen alleine gelassen gefühlt habe in dieser ganzen Geschichte mit der Mama.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„und ja dann die Depression (-) hat sich bei ihr (--), sehr schnell in Suizidgedanken, ( ) also dass war quasi ihr Hauptsymptom, dass nicht „mögen“ (--), keinen Sinn sehen</p>	Trennung

	<p>und „ok dann kann ich auch gehen“ In diesen Momenten hat sie auch nicht gesehen, dass ich alles für sie mache“ (Frau B., 2014, Interview).</p>	
	<p>„Es hat dies zwar niemand so gesagt, aber dies ist so ein (--) Gefühl gewesen und (---) ehm als sie nach Hause gekommen ist, hm hm hm, hat sie (2.0) nach zwei Tagen gesagt, sie halte es nicht mehr aus mit mir zusammen zu leben, ich solle bitte ausziehen. Das ginge nicht, es mache sie krank.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Ich habe sie dann ein Stück weit loslassen müssen, ich musste vor allem meine Brüder loslassen, und das hat natürlich ((lacht)) nicht funktioniert. Ehm, es hat auch für sie so nicht funktioniert, da sie trotzdem immer wieder angerufen hat und „komm vorbei“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Ich habe dann das Gefühl gehabt, gut wenn ich weiter weg ziehe, dann löst sich das Problem.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Wir haben dann trotzdem zwei- dreimal pro Woche telefoniert. Also wir haben wie beide (---) wir sind nicht voneinander losgekommen aber auch das Zusammen ist auch, hat nicht funktioniert.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„ich habe ein Telefon aus dem Spital bekommen, ich habe alles stehen und liegen lassen und bin hingegangen. Egal wo ich wohnte, egal welchen Job ich gehabt habe, (-) Beziehung hin oder her, alles egal ich bin gegangen und dies hat sie gewusst.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„obwohl wir jeden Tag auch telefonischen Kontakt hatten, hatte ich mich zu dieser Zeit schon so weit, ich hatte schon ehm auch eine Therapie gemacht zum dies sortieren, was ist meins, was ist Mama. (-) wie kann ich, ich kann sie nicht ändern, ich kann ihre Krankheit nicht ändern und das Ver-</p>	<p>Abgrenzung / Ablösung</p>

	<p>halten von ihr mit und ohne Krankheit, aber ich kann mich als, ändere im Sinne von mich selber schützen, mir selber sagen „ok dass, das kann ich machen, das möchte ich machen und das mache ich nicht mehr“. Ich ging sie dann einmal in der Woche besuchen, wir haben einfach jeden Tag telefoniert. (...) und ich habe schon gemerkt, dass es ihr gar nicht gut geht (--) habe aber nicht damit gerechnet, dass sie (2.0) wegläuft und versucht, sich das Leben zu nehmen.“ (Frau B., 2014, Interview).</p>	
	<p>„Im Nachhinein kann ich sagen, dass ihr Verhalten teilweise sehr (..) Also aus meiner Perspektive sehr komisch war als Mutter den Kindern gegenüber“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Und das hatte ehm, ich muss ganz kurz ein bisschen (-) bei ihr hat sich in diesem frühkindlichen Trauma hat sich ein Persönlichkeitsteil abgespalten (...) Und dass, ich weiss nicht wie viele es sind, aber es war so, als sie ein ganz kleines Baby selber gewesen ist, ist etwas ganz schlimmes passiert und (.) dieser Teil hat sich wie in ihr abgespalten und wenn sie in eine Dissoziation fällt, übernimmt einer von diesem Anteilen, ehm, die Steuerung ( ) und dann ist sie nicht mehr sie selber, die erwachsene Frau die steuert, sondern einer dieser Teile und dies kann sie wie nicht steuern oder und dann hat sie ehm, zum Teil, wir haben irgendwie gestritten und sie räumt die ganze Küche aus und alles Geschirr schmeisst sie auf den Boden. Es, wie wenn ich am „trözelen“ bin oder als fünf-, drei-, vier-, fünfjähriges Kind und ich schmeisse etwas auf den Boden und dies hat sie dann gemacht. Ich habe damals aber nicht gewusst, dass dies Mama eigentlich nicht macht ((lacht))“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Wenn sie gesund ist ja (---) und ehm ihr ist es immer ( )</p>	Erziehungsverhalten

	<p>seit ich mich erinnern kann, schwergefallen, uns drei gleich zu behandeln.“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Also der Mittlere ist eher so etwa, der ihr ähnlicher ist rein so vom Charakter her und auch von den Interessen her und (-- ) mein kleiner Bruder und ich sind (.) so etwas anders (-- ) damit hatte sie extrem Mühe. Sie war auch nicht in der Lage, Erziehungsmethoden, welche bei mir funktionierten und beim Mittleren funktionieren und beim Kleinen nicht funktionieren anzupassen, so“ (Frau B., 2014, Interview).</p> <p>„Dann ist dann einfach das Kind falsch gewesen, also“ (Frau B., 2014, Interview).</p>	
--	---	--

Durch die Tabelle wurden verschiedene Kernpunkte herauskristallisiert und man erhält bereits durch die Darstellung einen Einblick in die Wichtigkeit der kategorisierten Themen. Die einzelnen Themen im Bereich der Bindung und des Themas psychisch kranker Eltern wurden in den Ergebnissen nicht ausführlich behandelt, da in der Diskussion die vertiefte Auseinandersetzung mit der Verbindung des Interviews und der kategorisierten Themen gemacht wird (vgl. Kp. 7) (vgl. Frau B., 2014, Interview).

## 8. Diskussion

Durch die psychische Erkrankung eines Elternteils kann das gesamte Familiensystem und die vorhandenen Beziehungen destabilisiert werden. Insbesondere die Stabilität der Beziehung und der Bindung ist jedoch laut Bowlby (2010) von fundamentaler Bedeutung für das Kind (S. 22). Wie sich diese Situationen auf das Erleben und das Verhalten der Kinder auswirken und wie sich diese in der Bindung und Beziehung der Kinder und ihren signifikanten Bezugspersonen äussert, wird diskutiert und dargestellt. Welches die Kernpunkte aus dem theoretischen und empirischen Teil sind, wird herauskristallisiert und mögliche Diskrepanzen oder Übereinstimmungen dargelegt.

### 8.1 Spezifische Diskussion

In der spezifischen Diskussion werden Elemente aus dem Interview dargestellt und behandelt. Dabei werden diese mit theoretischen Aspekten der Arbeit verglichen und Unterschiede oder Gemeinsamkeiten diskutiert. Im Zentrum stehen die aus den Ergebnissen herauskristallisierten Schwerpunkte des empirischen Teils im Vergleich mit der Theorie. Die Unterteilung erfolgt nach demselben System, wie in der Tabelle der Ergebnisse; Bindungsrelevante Aspekte in den Folgen für das Erleben und Verhalten, Bindung zur erkrankten Bezugsperson, innerfamiliäre Beziehungen, Bindung zu weiteren Bezugspersonen und bindungsrelevante Aspekte.

#### 8.1.1 Bildung und die Folgen für das Erleben und das Verhalten

Die Instabilität der Beziehungen und des Familiensystem zeigt sich beispielsweise dadurch, dass die Grenzziehung zwischen den Generationen undeutlich wird und in manchen Stationen sogar das Ausmass einer Parentifizierung annimmt (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 22). In dem Interview (2014) kann gesehen werden, wie schnell und in welchem Ausmass eine Parentifizierung erfolgen kann:

„am nächsten Tag, bin ich in der Rolle meiner Mutter aufgewacht (.), unbewusst, ich habe zwei jüngere Brüder und ein Vater der nicht wirklich da ist (.)“  
(Frau B. 2014, Interview).

Frau B. (2014) beschreibt, dass sie von einem Tag auf den Anderen in der Rolle ihrer Mutter aufgewacht ist (Interview). Dass einen Rollenumkehr so schnell erfolgen kann, wird in der Literatur so nicht beschrieben. Frau B. (2014) beschreibt jedoch dieser abrupte Wandel

ihrer Person (Interview). Interessant ist, dass dieser Wechsel unbewusst geschieht, heute ist sich Frau B. (2014) den damaligen Rollenkonflikt bewusst (Interview). In der Theorie wird beschrieben, dass die Verantwortungsübernahme gegenüber jüngeren Geschwistern eine Folge der Rollenumkehrung sein kann (vgl. Kp. 3.1.7). Frau B. (2014) beschreibt in diesem Zitat, dass sie zwei jüngere Brüder hat, es könnte vermutet werden, dass sie dies als einer der Gründe für diesen Rollenumkehr sieht (Interview). Weiter beschreibt Frau B. (2014), dass ihr Vater „nicht wirklich da ist“, welches möglicherweise ein weiterer Grund für den Rollenwechsel sein könnte (Interview). In der Theorie wird dargelegt, dass die Kinder in manchen Fällen in die Erwachsenenrolle gedrückt werden. Es wäre möglich, dass die Abwesenheit des Vaters der Rollenumkehr begünstigte (vgl. Frau B., 2014, Interview), (vgl. Kp. 3.1.7).

Durch die folgende Schilderung könnte angenommen werden, dass es sich bei diesem Rollenumkehr um eine destruktive Parentifizierung handelt (vgl. Frau B., 2014, Interview):

„In diesen Momenten hat sie auch nicht gesehen, dass ich alles für sie mache“  
(Frau B., 2014, Interview).

In der Literatur wird beschrieben, dass ein Merkmal der destruktiven Parentifizierung ist, dass die Eltern ihren Kindern kein Lob und keine Anerkennung geben, wenn diese Verantwortung übernehmen (vgl. Kp 3.1.7). Frau B. (2014) beschreibt hier beispielsweise, dass die Mutter nicht gesehen hat, was sie alles für sie macht (Interview). Möglicherweise ist dies jedoch nicht immer der Fall, da Frau B. (2014) schildert, dass dies „in diesem Moment“ so war (Interview). Es könnte jedoch sein, dass die destruktive Parentifizierung bei Frau B. und ihrer Mutter vorhanden war, da Frau B. (2014) beschreibt, dass die Mutter ihr nicht nur keine Anerkennung für die Verantwortungsübernahme gegeben hat, sondern dass sie die übernommenen Aufgaben kritisierte (Interview):

„Der (.) Rollenkonflikt hat unsere (solche) Beziehung, von mir und meiner Mutter ziemlich gestört. (2.0). Im Alltag, also ich habe ja Verantwortung übernommen, nicht weil ich es unbedingt wollte, putzen oder abwaschen oder so (.), aber wenn dann nachher (.), also ich habe das dann weiter gemacht, bis zu einem gewissen Teil, weil ich sie auch unterstützen wollte, wenn es aber nicht so war, wie sie es wollte, (2.0) ist es falsch gewesen. Das heisst ich habe wie immer, noch mehr gegeben, und versucht zu zeigen, ich bin für dich da und ich habe dich gerne und es ist (xxx xxx) (0.5) ja und (0.5) ich bin auch von ihr wie

immer zurückgestossen worden, von meinem Gefühl her oder.“ (Frau B., 2014, Interview).

Frau B. (2014) beschreibt, dass sie die Verantwortung für den Alltag nicht unbedingt übernehmen wollte, sie übernahm dies um die Mutter zu unterstützen (Interview). Demnach könnte eine Parentifizierung nicht nur erfolgen, wenn das Kind in diese Rolle gedrückt wird, sondern auch aus einem Bedürfnis des Kindes. Die subjektive Verzerrung der Beziehung, in welcher sich Frau B. und ihre Mutter befanden, könnte darin gesehen werden, dass die Tochter ihrer Mutter immer noch mehr geben wollte und ihr versucht zu zeigen, dass sie für die Mutter da ist und sie gerne hat, jedoch von der Mutter zurückgestossen wird (vgl. Frau B., 2014, Interview), (vgl. Kp. 3.1.7).

Deutlich wird auch die Überforderung, welche durch die Parentifizierung und den Rollenkehr erfolgen kann:

„und sind, also ja ich habe die Brüder versorgt ich habe den Haushalt gemacht, ich habe die Schule gemacht (.) und ich bin meine Mama besuchen gegangen, sie wollte nur mich sehen (-), weil äh mein Vater, gar nicht, mit ihm hat sie auch nicht gesprochen und meine Brüder auch nicht wirklich sehen wollen. (--). Und eben, das heisst ich bin dann nach der Schule jeweils zu ihr in die Klinik gefahren, jeden Tag. (--). Sie ist (.) im normalen, also, im Spital gewesen, nicht in einer Psychiatrie, weil man ja auch nicht gewusst hat, was sie genau hat.“ (Frau B., 2014, Interview).

Frau B. (2014) beschreibt zwei Hauptmerkmale der Parentifizierung, die Übernahme der Verantwortung Zuhause und das Kümmern um die Bezugsperson (vgl. Kp. 3.1.7), (vgl. Frau B., 2014, Interview). Bei der Aufzählung könnte vermutet werden, dass Frau B. (2014) mit dieser Situation überfordert war (Interview). Auffallend ist auch, dass die Mutter nur Frau B. sehen wollte, dies lässt eine besondere Bindung zwischen Frau B. und ihrer Mutter vermuten (vgl. Frau B., 2014, Interview). Es könnte auf eine symbiotische Beziehung zwischen ihnen hinweisen, dies wird jedoch später aufgegriffen (vgl. Frau B., 2014, Interview).

Besonders interessant ist ihre eigene Beschreibung des Rollenkonflikts zwischen Frau B. und ihrer Mutter (vgl. Frau B., 2014, Interview):

„Der Rollenkonflikt, welchen wir in dem Moment gehabt haben, jetzt ist sie wieder da, sie will wieder in ihre Rolle als Mutter einsteigen, auch wenn sie (.) äh,

von der Situation her, eben, nicht wirklich in der Lage dazu gewesen ist (0.5), zwei oder drei Teenager Zuhause zu haben. (0.5)“ (Frau B., 2014, Interview).

Die Übernahme der Verantwortung in der Zeit, in welcher die Bezugsperson in einer Klinik ist, könnte als wahrscheinlich angesehen werden, zumal der Haushalt und die jüngeren Geschwister darauf angewiesen sein könnten. Der Konflikt, der danach entsteht, wenn die Bezugsperson wieder Zuhause ist, beschreibt Frau B. (2014) in der oben genannten Passage (Interview). Sie beschreibt, dass die Mutter „nicht in der Lage war“ sich um die Kinder zu kümmern und dies deshalb die Situation noch erschwerte (vgl. Frau B., 2014, Interview). Vermutlich war diese Situation für beide Personen sehr schwierig. Die Mutter möchte die Rolle wieder übernehmen, kann jedoch nicht und Frau B. möchte die Rolle eigentlich nicht übernehmen, hat jedoch das Gefühl die Mutter könne es nicht (vgl. Frau B., 2014, Interview). Insbesondere für die Beziehung könnte vermutet werden, dass dieser Konflikt sehr belastend war. Ein weiterer Aspekt, der für die destruktive Parentifizierung spricht ist, dass die kindlichen Bedürfnisse in den Hintergrund rücken und dass keine klare Grenzziehung zwischen dem Leben des Kindes und dem der Familie mehr gemacht wird (vgl. Kp. 3.1.7):

„Wo ich dann die Buben auch bei uns hatte, Mama im Spital, wieder der ganze Haushalt, alles was so dazu gehört (-- ) ich habe dann die Schule nicht mehr geschafft (-) also oder ich hätte es vielleicht geschafft, aber ich hatte das Gefühl, ich konnte nicht alles gleichzeitig machen und der andere Teil, ich war mir einfach zu wenig wichtig um zu sagen, das ist mein Leben und die Schule ist mir wichtig oder eine Ausbildung, nein es war einfach ich gebe. Ich habe die Verantwortung, ich kann ja nicht, ich hatte das Gefühl, ich muss das machen.“ (Frau B., 2014, Interview).

Es könnte vermutet werden, dass diese Bedürfnisse noch weiter in den Hintergrund rücken, wenn die Bezugsperson in die Klinik muss. Bei Frau B. (2014) wirkte sich dies so aus, dass sie die Schule abgebrochen hatte und selbst sagt, „ich war mir einfach zu wenig wichtig“ (Interview). Möglicherweise führte die frühe Verantwortungsübernahme dazu, dass sie gar keinen anderen Weg sah, um mit der Situation umgehen zu können (vgl. Frau B., 2014, Interview). Frau B. (2014) beschreibt in der folgenden Textpassage, wie sie die Verantwortung ihrer Mutter zurückgeben konnte:

„Und genau dieser Moment ist es gewesen, als sie von allen ihren drei Kindern das Gefühl bekommen hat, (-- ) die Verantwortung für ihr eigenes Leben sehr

wohl tragen zu können, weil wir sie alle an sie zurückgegeben haben und zum anderen auch, dass wir sie gerne haben, dass wir sie auch haben möchten (.) hat dann einen Prozess in Gang gebracht“ (Interview).

Daraus könnte geschlossen werden, dass es für beide Seiten wichtig sein kann, diesen Rollenwechsel zu erkennen, damit die Verantwortung wieder zurückgegeben werden kann und somit die erkrankte Person wieder die Chance hat, in die ursprüngliche Rolle zurück zu kehren (vgl. Frau B., 2014, Interview). Es könnte von Vorteil sein, wenn andere Personen des Familiensystems dabei unterstützend mitwirken, wie im Falle von Frau B. (2014) ihre beiden Brüder (Interview). Frau B. (2014) beschreibt, dass dies einen Prozess in Gang gebracht hat und sie beide wieder ihre Rollen wahrnehmen konnten (Interview).

„Ehm was es auch mit mir gemacht hat (-- ) und (-- ) wir können, finden langsam in die ursprünglichen Rollen zurück, das heisst ich kann jetzt auch wieder ((lacht)) genießen, Tochter zu sein und von ihr ein Geschenk zu bekommen oder ja so Sachen, dass sie mir zuhört, wenn es mir schlecht geht, mir einen Tipp geben kann“ (Frau B., 2014, Interview).

Daraus könnte abgeleitet werden, dass sich der Rollenwechsel in einem Wandel befinden kann und nicht statisch ist. Dies könnte bedeuten, dass eine Parentifizierung in einem Moment vorhanden ist, sich jedoch nicht über das gesamte Leben eines Kindes und dessen Bezugsperson ziehen muss (vgl. Frau B., 2014, Interview). Dies könnte von besonderem Interesse für die Eltern-Kind-Bindung sein, da aus dem Interview geschlossen werden kann, dass sich eine Parentifizierung wieder auflösen lässt (vgl. Frau B., 2014, Interview). Es kann angenommen werden, dass die Zurückfindung in die ursprünglichen Rollen für die Mutter-Kind-Beziehung wünschenswert ist, wobei bei einer Parentifizierung wichtig erscheint, dass diese wieder aufgehoben werden kann und somit die Bedürfnisse des Kindes wieder in den Vordergrund treten (vgl. Frau B., 2014, Interview). Es könnte vermutet werden, dass es andere Auswirkungen auf das Erleben und das Verhalten des Kindes hat, ob die Rollenwechsel über eine kurze Zeitspanne erfolgt, oder über die ganze Kindheit und Jugend eines Menschen.

Zusammenfassend könnte vermutet werden, dass bei diesem Fallbeispiel eine Parentifizierung stattgefunden hat und der Rollenwechsel die Bindung zwischen Frau B. und ihrer Mutter stark beeinflusste (vgl. Frau B., 2014, Interview). Aus der Literatur und dem Interview kann entnommen werden, dass die Überforderung, die Verantwortungsübernahme und das

Hintenanstellen der Bedürfnisse des Kindes bedeutende Aspekte der Parentifizierung darstellen (vgl. Frau B., 2014, Interview). Die Ergebnisse aus dem Interview und der theoretischen Ergebnissen stimmen überein, wobei eine neue Erkenntnis aus dem Interview ist, dass die Rollen veränderbar sind und dass es möglich ist, die ursprünglichen Rollen und Bindungen wieder zu finden (vgl. Frau B., 2014, Interview).

Das Wissen über die Krankheit der Bezugsperson, die Aufklärung und vorhandene entwicklungsangemessene Informationen über die Erkrankung der Bezugsperson kann die Unsicherheiten und Ängste der Kinder verringern und fördert die emotionale Zuwendung, die Bindung zwischen dem Kind und der Bezugsperson (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 24). Das Kind kann verunsichert sein, wenn es keinerlei Informationen hat:

„und dann, sind sie gekommen, haben sie mitgenommen und keine Infos dgelassen“ (Frau B., 2014, Interview).

Es kann vermutet werden, dass es für Frau B. sehr schwierig war, da sie nicht gewusst hat, was mit ihrer Mutter geschieht (vgl. Frau B., 2014, Interview). Daraus könnte geschlossen werden, dass es für die Kinder sehr wichtig sein kann, informiert zu werden, was mit der erkrankten Bezugsperson geschieht. Dies würde für Fachpersonen bedeuten, dass die Kinder nicht vergessen werden dürfen. Wichtig erscheint ein offener Umgang mit der Situation, einerseits durch die Fachpersonen, andererseits durch die Familie selber, um den betroffenen Kindern etwas die Angst zu nehmen und mit ihnen über ihre Unsicherheiten zu sprechen (vgl. Kp. 3.1.3). Auch innerfamiliär ist es von besonderer Bedeutung, dass eine offene Gesprächskultur vorhanden ist und dass die Kinder über die Geschehnisse in der Familie informiert werden, insbesondere wenn es um die Erkrankung der Bezugsperson geht (vgl. Kp. 3.1.3). Es ist möglich, dass in Familien mit den Kindern nicht über die Situation gesprochen wird, wie es Frau B. (2014) in dieser Textpassage betont:

„Es wurde nie thematisiert, was passiert war.“ (Interview).

Aus dem theoretischen Teil kann entnommen werden, dass ein offener, kommunikativer Umgang und eine altersgerechte Aufklärung, ein äusserst wichtiger Schutzfaktor für die Kinder darstellt (vgl. Kp. 3.1.3). Bei Frau B. ist klar ersichtlich, dass diese Kommunikation nicht stattfinden konnte und somit wahrscheinlich eine grosse Unsicherheit vorhanden ist (vgl. Frau B., 2014, Interview). Aus der Theorie kann abgeleitet werden, dass kein offener Umgang und eine fehlende Kommunikation dazu führen können, dass es für diese Kinder

sehr schwer sein kann, mit jemand Externem über die Situation zu sprechen (vgl. Frau B., 2014, Interview), (vgl. Kp. 3.1.3). Dies könnte auch zu einem Verschweigen und Verstecken der Krankheit führen:

„und dann sind wir wieder die heile Familie gewesen, (2.0), gegen Aussen und alle haben das so gespielt, vor allem meine Eltern haben das gespielt (.) meine Brüder haben sich zurückgezogen und ich habe einfach gedacht, kommt leckt mich am Arsch.“ (Frau B., 2014, Interview).

Frau B. (2014) beschreibt in dem Interview, dass das Aufrechterhalten des Bildes von einer „heilen Familie“ für sie nicht stimmig war (Interview). Für die Eltern war diese Wahrung des heilen Bildes der Familie möglicherweise wichtig. Die Brüder zeigten einen anderen Umgang damit als Frau B., indem sie sich zurückzogen und sich in den Hintergrund stellten. Es könnte jedoch angenommen werden, dass dies für alle drei Kinder ein sehr schwieriger Aspekt war (vgl. Frau B., 2014, Interview).

Aus dem Interview und der Theorie kann entnommen werden, dass die Unwissenheit und eine fehlende Kommunikation seitens der Familie, wie auch der Fachpersonen, sehr belastend für die betroffenen Kinder sein kann (vgl. Frau B., 2014, Interview). In der Theorie wird dargelegt, dass eine fehlende Krankheitseinsicht oder das Rücksichtnehmen auf die Kinder, die Tabuisierung begünstigt. Aus dem Interview ist dies jedoch nicht klar ersichtlich und es könnten noch andere Hintergründe dafür geben (vgl. Frau B., 2014, Interview). Die Kinder über die Krankheit zu informieren ist ein sehr wichtiger Aspekt, welcher im Interview, als auch in der Theorie, immer wieder betont wird. Die fehlende Kommunikation wird in der Theorie belastend für die Kinder dargestellt, wie auch im Interview von Frau B. so wahrgenommen (vgl. Frau B., 2014, Interview). Die Kommunikation als Schutzfaktor wäre möglicherweise für Frau B. und ihre Entwicklung bedeutend gewesen (vgl. Frau B., 2014, Interview).

### 8.1.2 Entwicklungspsychologische Aspekte der Bindung

Die Abgrenzung und Distanzierung im Jugendalter kann für Kinder psychisch kranker Eltern sehr schwierig und mit starken Schuldgefühlen verbunden sein (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 22).

„unterdessen gehe ich davon aus, dass dies viel auch mit diesen verkehrten, oder vertauschten Rollen zu tun hat (.) und ich nicht in der Lage gewesen bin,

loszulassen. Sie wollte sie wieder, aber war nicht wirklich in der Lage, sie zu übernehmen. (...) Es ist auf beiden Seiten. (...) So eine Unsicherheit gewesen, ((husten)) so ein „daran-klammern“ an den, was man schon kennt (-) und es hat (xxx) ja hat ja\_a diese Reibungen einfach noch verstärkt irgendwie.“ (Frau B., 2014, Interview).

Frau B. (2014) beschreibt, dass dieser erschwerte Ablösungsprozess möglicherweise mit der Parentifizierung in Verbindung stehen könnte (Interview). Im theoretischen Teil wird diese mögliche Verbindung dadurch unterstützt, dass angenommen wird, dass die Ablösung im Jugendalter dadurch erschwert sein kann, wenn die Kinder Zuhause viel Verantwortung übernehmen müssen. Möglicherweise steht der eigene Wunsch von Frau B. nach Autonomie und Selbständigkeit gegenüber der Verantwortung, die sie Zuhause trägt (vgl. Frau B., 2014, Interview), (vgl. Kp. 3.2.3). Eine weitere Begründung, die Frau B. (2014) aufführt ist die Unsicherheit, welche bei ihr und ihrer Mutter vorhanden war (Interview). Es kann angenommen werden, dass beide mit der Ablösung voneinander Mühe hatten. Frau B. (2014) entwickelte die Strategie, weiter von ihrer Mutter weg zu ziehen und beschreibt:

„Ich habe dann das Gefühl gehabt, gut wenn ich weiter weg ziehe, dann löst sich das Problem (...). Ich habe sie dann ein Stück weit loslassen müssen, ich musste vor allem meine Brüder loslassen, und das hat natürlich ((lacht)) nicht funktioniert. Ehm, es hat auch für sie so nicht funktioniert, da sie trotzdem immer wieder angerufen hat und „komm vorbei“ (Interview).

Es könnte angenommen werden, dass Frau B. im Erwerb der Selbständigkeit und der Autonomieentwicklung von ihrer Mutter nicht unterstützt wurde. Im theoretischen Teil wird beschrieben, dass es vorkommen kann, dass Eltern mit einer psychischen Erkrankung in der Unterstützung des Ablösungsprozesses ihrer Kinder überfordert sein können (vgl. Kp. 3.2.3). Der Ablösungsprozess als auch die Auseinandersetzung mit den Eltern können dadurch beeinträchtigt werden (vgl. Kp. 3.2.3). Bei Frau B. und ihrer Mutter zeigte sich die Schwierigkeit in der Distanzierung voneinander darin, dass sie trotz der Distanz telefonisch in Kontakt blieben (vgl. Frau B., 2014, Interview). Dass möglicherweise eine verringerte Unterstützung der Mutter vorhanden war, könnte sich darin zeigen, dass sie Frau B. immer wieder fragte, ob diese vorbei kommen könnte (vgl. Frau B., 2014, Interview):

„Wir haben dann trotzdem zwei- dreimal pro Woche telefoniert. Also wir haben wie beide (---) wir sind nicht voneinander losgekommen aber auch das Zusam-

men ist auch, hat nicht funktioniert.“ (Frau B., 2014, Interview).

Die Schwierigkeit welche Frau B. (2014) in ihrer Beziehung zu ihrer Mutter beschreibt, lag für sie darin, dass es erschwert war sich abzulösen und dennoch das Zusammensein „nicht funktionierte“ (Interview). Es ist jedoch klar ersichtlich, dass Frau B. versuchte sich von ihrer Mutter abzulösen (vgl. Frau B., 2014, Interview). Der Ablösungsprozess wird in der Theorie meist in Verbindung mit Schuldgefühlen dargestellt, bei Frau B. könnte angenommen werden, dass dieser beschriebene Prozess auch mit Schuldgefühlen verbunden war (vgl. Frau B., 2014, Interview). Dennoch kann dies nicht abschliessend gesagt werden, da dies aus dem Interview nicht hervor geht (vgl. Kp. 3.1.2). Frau B. (2014) erklärt, wie bei ihr schrittweise eine Ablösung stattgefunden hat:

„damals bin ich „stinke sauer“ gewesen, (-- ) ehm einfach, ja also in diesem Moment war mein Gedanke wirklich gewesen, wenn du es machst, also dann mach es doch richtig oder lass „diesen Scheiss“. Ich hatte wie ehm, (xxx xxx) mochte nicht mehr (...) ja das war 2009 und das Erlebnis hat mir aber auf der anderen Seite auch geholfen, (-) mich abzugrenzen, also nicht im Sinne ich mache weniger, oder ich sehe sie weniger, sondern es geht mir allgemein besser, egal wie es ihr gerade geht. (...) Es war wie so eine (-- ) hat mich ein bisschen wach gerüttelt. (..) Und auch gezeigt, ich kann sie nicht gesund machen, ich kann sie nicht (-- ) beschützen. Ich kann ihr dies nicht abnehmen, so Leid es mir tut, aber es geht nicht. Es ist ihr Leben und das andere ist meins und es muss einfach irgendwie“ (Interview).

Der Selbstmordversuch ihrer Mutter, hat möglicherweise bei Frau B. etwas Wichtiges für ihren Ablösungsprozess ausgelöst (vgl. Frau B., 2014, Interview). Sie konnte sich danach besser von ihrer Mutter abgrenzen und Frau B. (2014) beschrieb, dass es ihr selbst besser ging (Interview). Diese Unabhängigkeit, welche sie erlangte, könnte für sie ein grosser Schritt und von grosser Wichtigkeit gewesen sein. Es scheint so, als konnte sie danach die Situation mit mehr Distanz betrachten. Ab diesem Zeitpunkt konnte sich Frau B. möglicherweise besser abgrenzen. Sie beschreibt, dass sie realisierte, dass sie ihre Mutter nicht gesund machen kann und diese nicht beschützen kann (vgl. Frau B., 2014, Interview). Es könnte sein, dass diese Akzeptanz, dass Frau B. die Krankheit ihrer Mutter ihr nicht abnehmen kann, ein wichtiger Punkt war. Sie unterscheidet ihr eigenes Leben von dem Leben ihrer Mutter (vgl. Frau B., 2014, Interview).

### 8.1.3 Bindungen

Eine zeitlich überdauernde emotionale Bindung zur Bezugsperson ist von fundamentaler Bedeutung für das Kind. Lenz (2014) beschreibt die Bindung zu mindesten einer stabilen Bezugsperson, welche fürsorglich und sensibel auf die Betreuungsbedürfnisse des Kindes eingeht, als einer der wichtigsten Faktoren bei resilienten Kindern (S.157). Gerade wenn das Kind erschwerenden Umständen ausgesetzt ist, wie einer psychischen Erkrankung der Bindungsperson, ist die Bindung von grösster Wichtigkeit (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 60). Die Bindung als Basis kann durch verschiedenen Faktoren gestört werden, wenn die Bindungsperson an einer psychischen Erkrankung leidet. Entscheidend ist die Empathie und der emotionale Austausch, um dem Kind das Gefühl von Sicherheit zu vermitteln (vgl. Lenz, 2014, S. 201).

Aber auch die feinfühligkeitsvolle Wahrnehmung der Bedürfnisse des Kindes ist von grosser Bedeutung. Die Feinfühligkeit kann jedoch durch die Erkrankung erschwert sein (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 61). Die sichere Bindung zwischen dem Kind und der Bezugsperson kann durch diese verschiedenen Aspekte verhindert werden, jedoch kann es auch zu einer besonders symbiotischen Beziehung zwischen dem Kind und der Bezugsperson kommen. Die Kinder sind stark mit der Bezugsperson verbunden und verstrickt, sie zeigen ein äusserst loyales Verhalten gegenüber der Bezugsperson, obwohl sie stark unter der Erkrankung leiden (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 131). Diese symbiotische Beziehung wird vielfach in diesem Interview betont:

„ich bin meine Mama besuchen gegangen, sie wollte nur mich sehen (-), weil äh mein Vater, gar nicht, mit ihm hat sie auch nicht gesprochen und meine Brüder auch nicht wirklich sehen wollen. (--). Und eben, das heisst ich bin dann nach der Schule jeweils zu ihr in die Klinik gefahren, jeden Tag. (--)“ (Frau B., 2014, Interview).

Wichtig bei Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil ist, dass sich die Beziehungen zwischen der Bezugsperson und dem Kind gegenseitig beeinflussen. So beeinflusst die Erkrankung der Bezugsperson das Kind, aber auch der Umgang und die Interaktion welche die Bezugsperson mit dem Kind hat und diese wirkt sich wiederum auf die Bezugsperson aus (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 83). Die Symbiose findet typischerweise auf beiden Seiten statt, die Mutter möchte nur Frau B. sehen und keine anderen Personen, weder denn Vater noch ihre Söhne und Frau B. erfüllt diese Forderung, indem sie ihre Mut-

ter jeden Tag besuchen geht und ihr ein sehr grosses Verständnis entgegenbringt (vgl. Frau B., 2014, Interview):

„Sie wusste, dass ich ein gewisses Verständnis habe. (2.0) ehm (---) und sie hat dann auch, also ich hatte das Gefühl gehabt dass, dass sie dies in diesem Moment davon anhängig macht ob ich für sie da bin, dass sie weitermacht oder nicht.“ (Frau B., 2014, Interview).

Es könnte vermutet werden, dass diese intensive Beziehung für Frau B. eine grosse Last darstellte, dies könnte durch die von ihr beschriebene Abhängigkeit, ob ihre Mutter weiter macht oder nicht, abgeleitet werden (vgl. Frau B., 2014, Interview). In der Theorie wird die Stabilität der Bindung immer wieder als wichtiger Faktor erwähnt (vgl. Kp. 4). Eine Bindung scheint bei Frau B. und ihrer Mutter vorhanden zu sein, jedoch könnte diese durch die Intensität dieser symbiotischen Beziehung strapaziert werden (vgl. Frau B., 2014, Interview). Gerade diese Intensität könnte gewissermassen auch eine Instabilität der Beziehung darstellen, oder zumindest auf eine Bindung hindeuten welche eine gewisse Inkonsistenz enthält, was möglicherweise für die Beziehung schwierig sein könnte (vgl. Frau B., 2014, Interview). Die Intensität wird von Frau B. (2014) klar aufgezeigt, indem sie beschreibt, dass sie alles stehen und liegen lässt, egal wo sie wohnt oder welchen Job sie hat:

„ich habe ein Telefon aus dem Spital bekommen, ich habe alles stehen und liegen lassen und bin hingegangen. Egal wo ich wohnte, egal welchen Job ich gehabt habe, (-) Beziehung hin oder her, alles egal ich bin gegangen und dies hat sie gewusst.“ (Interview).

Interessant zu sehen ist, dass diese Intensität von beiden Seiten aufrechterhalten wird, indem Frau B (vgl. Frau B., 2014, Interview). einerseits den Forderungen der Mutter nachkommt und diese andererseits laut Frau B. (2014) genau wusste, dass Frau B. diesen auch nachkommen wird (Interview). Wichtig erscheint aus dem Interview, dass die Einsicht und das Bewusstsein ein wichtiger Aspekt sein könnte. Sie erklärt in der folgenden Textpassage, dass sie sich in einer Therapie damit auseinandergesetzt hatte, was bei ihr ist und was bei ihrer Mutter (vgl. Frau B., 2014, Interview). Diese Auseinandersetzung mit den eigenen Grenzen zeigt auf, dass es wichtig sein könnte, herauszukristallisieren was man übernehmen möchte und was nicht (vgl. Frau B., 2014, Interview):

„obwohl wir jeden Tag auch telefonischen Kontakt hatten, hatte ich mich zu die-

ser Zeit schon so weit, ich hatte schon eh auch eine Therapie gemacht zum dies sortieren, was ist meins, was ist Mama. (-) wie kann ich, ich kann sie nicht ändern, ich kann ihre Krankheit nicht ändern und das Verhalten von ihr mit und ohne Krankheit, aber ich kann mich als, ändere im Sinne von mich selber schützen, mir selber sagen „ok dass, das kann ich machen, das möchte ich machen und das mache ich nicht mehr“. Ich ging sie dann einmal in der Woche besuchen, wir haben einfach jeden Tag telefoniert. (...) und ich habe schon gemerkt, dass es ihr gar nicht gut geht (--), habe aber nicht damit gerechnet, dass sie (2.0) wegläuft und versucht, sich das Leben zu nehmen.“ (Frau B., 2014, Interview).

Aus dem Interview könnte geschlossen werden, dass ein wichtiger Punkt für die Akzeptanz der Krankheit, die Auseinandersetzung mit dieser ist, um die Bindung zwischen dem Kind und der Bezugsperson aufrecht zu erhalten, aber auch Grenzen ziehen zu können (vgl. Frau B., 2014, Interview).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es wünschenswert ist, dass das Kind eine gute und stabile Bindung zur Bezugsperson aufrechterhalten kann. Im Falle des Interviews kann jedoch erkannt werden, dass eine zu intensive Beziehung möglicherweise auch erschwerend sein kann für das Erleben und Verhalten des Kindes (vgl. Frau B., 2014, Interview). Die Mutter kann für das Kind eine Stütze sein und umgekehrt, jedoch könnte es wichtig sein, dass jeder sein eigenes Leben hat. Von grosser Bedeutung für die Kinder ist möglicherweise, dass sie trotz der Erkrankung und der intensiven Bindung zur Bezugsperson ihr eigenes Leben weiterführen dürfen, auch wenn es der Bezugsperson nicht gut geht. Man könnte auch diskutieren, dass es positiv wäre, wenn das Kind für die Mutter da ist, jedoch sollte es seine eigenen Bedürfnisse nicht in den Hintergrund stellen (vgl. Frau B., 2014, Interview).

Das Vorleben einer sicheren und positiven Beziehung schafft ein emotionales Fundament in der Familie und beeinflusst die Bindungen innerhalb der Familie. Wie die Partner miteinander umgehen, wie sie Konflikte und Probleme lösen, prägt die Atmosphäre in der Familie (vgl. Lenz, 2014, S. 158). Das Vorleben einer gesunden und positiven Beziehung in der Partnerschaft kann bei psychisch erkrankten Eltern eingeschränkt sein. In solchen Familien treten häufiger elterliche Konflikte auf als in Familien, in welchen die Eltern nicht an einer psychischen Erkrankung leiden, auch sind die Konflikte meist ausgeprägter und Verlaufen

schwerer (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 39). Eine allgemeine innerfamiliäre Anspannung ist häufig die Folge davon (vgl. Lenz & Brockmann, S. 28). Dies kann auch aus der Aussage von Frau B. (2014) geschlossen werden:

„ein Vater der nicht wirklich da ist (.) wo dann mit dieser Situation so überfordert war, dass er am Morgen gesagt hat, ich gehe entweder in das Tram oder vor das Tram (.) er hat es uns wie, also er hat es nicht wirklich angedroht, aber er hat es wie immer so offen gelassen (-)“ (Interview).

Anhand dieser Textpassage kann angenommen werden, dass alle Beteiligten höchstwahrscheinlich überfordert sind, darunter leiden und dies die innerfamiliären Beziehungen strapazieren kann (vgl. Frau B., 2014, Interview). Man könnte annehmen, dass eine unterschwellige Selbstmordandrohung des Vaters die Beziehung zwischen ihm und seiner Tochter massgeblich beeinflusst. Dies könnte einen grossen Druck auf Frau B. ausüben, zumal sie schon unter der Krankheit der Mutter leidet (vgl. Frau B., 2014, Interview). Auch die Partnerschaft zwischen den Eltern beeinflusst die Familienbeziehungen und somit die Beziehung von Frau B. und ihren Eltern (vgl. Frau B., 2014, Interview). Paare bei welchen eine psychische Erkrankung vorhanden ist, geben eine geringere Partnerschaftszufriedenheit an, als solche welche gesund sind. Auch ist bei Eltern mit psychischen Problemen die Scheidungsrate höher (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 39). Diese Zusatzbelastung wirkt sich negativ auf die betroffenen Kinder aus, es ist ein weiterer Belastungsfaktor für die Bindung und stellt ein erhöhtes Risiko dar, dass die Kinder später selbst erkranken (vgl. Lenz & Brockmann, 2013, S. 28). Eltern, welche ihre Kinder in die Streitigkeiten miteinbeziehen, rufen bei den Kindern oftmals Loyalitätskonflikte hervor. Es kann angenommen werden, dass Frau B. (2014) sich in einem innerfamiliären Loyalitätskonflikt befand (Interview):

„Ich habe ( ) (---) weiss nicht, zwei, drei, vier Monate später hat es dann wieder angefangen mit den Konflikten zwischen meinen Eltern. Sie haben mich dann als Postboten gebraucht, (0.5) Mama hat mich auch als beste Freundin gesehen und genutzt um darüber zu reden, jetzt hat er wieder dies gemacht und jenes und „ich ertrage das nicht und wie soll ich damit umgehen“. (-- ) und ich war damals gerade 15 Jahre alt gewesen.“ (Frau B., 2014, Interview).

Der Theorie kann entnommen werden, dass der innerfamiliäre Loyalitätskonflikt bedeuten kann, dass die Kinder die Rolle des Vermittlers übernehmen (vgl. Kp. 3.1.8). Aus dem Inter-

view geht hervor, dass Frau B. den Postboten für ihre Eltern spielte. Kinder werden zu Ratgeber der Eltern (vgl. Frau B., 2014, Interview). Genau diese Situation wird von Frau B. im oben stehenden Interviewteil beschrieben (vgl. Frau B., 2014, Interview). Da die Bindung zu den Eltern schon vor der Erkrankung erschwert ist, hat dies weitere negative Folgen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 39). So können beispielsweise auch die Bindungen des Kindes zu anderen Bezugspersonen erschwert werden (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 39). Dies ist besonders gravierend, da die Bindung des Kindes zu anderen Bezugsperson als wichtiger Schutzfaktor angesehen wird (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 70). Auch Frau B. (2014) erwähnte im Interview, dass die Bindungen in der Familie erschwert waren:

„Also dies bedeutet, ich habe dann auch kein, also ich habe den Kontakt zu den Grosseltern abgebrochen. Ich habe dann mittlerweile schon, ja mehr oder weniger den Kontakt zu meinem Vater abgebrochen. Weil da war ich ja dann schon bald 18 Jahre und konnte selber entscheiden, wo ich meine Wochenende verbringen möchte (-- ) und bin dann weggezogen. Es ist (-- ) zu meinen Brüdern habe ich den Kontakt immer gehabt.“ (Interview).

Frau B. (2014) beschreibt, dass ihre Kontakte sich nur noch auf ihre Brüder und die Mutter beschränkte, während die anderen wichtigen Bezugspersonen in ihrem Leben, wie ihr Vater und die Grosseltern, den Kontakt abgebrochen haben (Interview). Die Wichtigkeit der Familienbeziehungen beschreiben jedoch Plass und Wiegand-Grefe (2012) als auch Lenz (2014) als besonderen Risiko- und Schutzfaktor (S. 82), (S. 203). Besonders die nahestehenden Bezugspersonen, wie beispielsweise der Vater, können von grosser Wichtigkeit sein. Insbesondere die familiäre Beziehungsgestaltung und die Familiendynamik ist bei Familien, in welchen der Vater oder die Mutter eine psychische Erkrankung hat, erschwert (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 41). Es sind sowohl problematische Eltern-Kind-Interaktionen, als auch erschwerte Eltern-Kind-Beziehungen vorhanden (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 41). Die tiefe Verunsicherung kann in der folgenden Interaktion zwischen Frau B. (2014) und ihrem Vater wahrgenommen werden:

„Ja. Und gerade als der Krankenwagen dann weggefahren ist, ist mein Papa Nachhause gekommen und wollte wissen was los ist. Wir haben dann versucht es ihm zu erklären, völlig aufgelöst, weil ich immer noch nicht gewusst habe, überlebt sie oder nicht, was ist denn los. Und dann hat er gesagt, ja das ist

nicht so schlimm, hättest nicht anrufen müssen, jetzt weiss es das ganze Dorf (-). Dass sie (.) im Spital ist, dass etwas geschehen ist und er müsse das dann wieder erklären und (-)“ (Interview).

Anhand des Interviews kann gesehen werden, dass diese Vorwürfe auf Seiten des Vaters die Bindung zwischen ihm und Frau B. beeinflussen (vgl. Frau B., 2014, Interview). Die Situation ist mit grosser Wahrscheinlichkeit sehr aufwühlend für Frau B. gewesen. Man könnte sich vorstellen, dass sie in diesem Moment bei ihrem Vater Trost und Sicherheit suchte (vgl. Frau B., 2014, Interview). Von der Theorie kann entnommen werden, dass das Bindungsverhalten über das gesamte Leben hinweg aktiviert werden kann, wenn ein Mensch in Not oder verunsichert ist (vgl. Kp 4.1). Es ist anzunehmen, dass Frau B. in dieser Situation in grösster Not befand und verunsichert war, da sie nicht wusste, ob ihre Mutter überlebt oder nicht. Ihr Vater, als weitere signifikante Bindungsperson, hätte ihr in diesem Moment Sicherheit geben können. Er reagiert jedoch anders und sagt es sei nicht so schlimm (vgl. Frau B., 2014, Interview). Zudem könnte es sein, dass er in Frau B. Schuldgefühle hervorrief, da er „das dann wieder erklären“ müsse (vgl. Frau B., 2014, Interview). Dieses Familienklima kann dazu führen, dass Kinder nicht wissen an wen sie sich bei Problemen wenden können. Sie können mit niemandem darüber sprechen und ziehen sich zurück, ihre Welt ist nicht mehr dieselbe. (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 42). Anhand der folgenden Aussage kann angenommen werden, dass diese Situation für Frau B. (2014) sehr schwierig war:

„Ich bin desorientiert gewesen, ich habe wie alles, in deren, an dem Abend oder in dem Moment verloren, was ich vorher als normal, als meine Familie als meine Welt: Die Mama bedeutet am Papa etwas, ich meine sie stirbt und er, das ist doch egal (-).“ (Interview).

Dieses Beispiel zeigt klar die Veränderung auf, welche bei einer Erkrankung der Bezugsperson in der Familie vorgehen kann. Frau B. hat in diesem Moment das Gefühl, ihrem Vater sei es egal ob ihre Mutter stirbt oder nicht, dies ist mit grösster Wahrscheinlichkeit sehr schockierend für sie. Für ihren Vater scheint dieser Vorfall nicht neu zu sein und somit sieht er es gelassener (vgl. Frau B., 2014, Interview). Diese Situation könnte durch fehlende innerfamiliäre Kommunikation entstanden sein. Die Familienbeziehung wird durch diesen Vorfall mit grösster Wahrscheinlichkeit tangiert und verändert (vgl. Frau B., 2014, Interview). Eine weitere Belastung können die beschriebenen Partnerkonflikte sein, es kann zur

Trennung oder Scheidung der Eltern kommen. Dies führt zu neuen Unsicherheiten für die Kinder und zu einer neuen Familienkonstellation. Das wirkt sich wiederum auf die Bindung des Kindes zu dem erkrankten Elternteil, als auch zu dem nicht erkrankten Elternteil aus (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 39). Zudem stellt die Trennung der Eltern einen weiteren Risikofaktor dar, dass die Kinder später an einer psychischen Erkrankung leiden (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 39). Die innerfamiliären Spannungen können so gross sein, dass es für die Kinder kaum aushaltbar ist, wie es bei Frau B. (2014) der Fall war (Interview):

„und irgendwann hatte ich es so satt, dass ich gesagt habe, sie sollen mich (-) also entweder sie geht jetzt, also sie trennen sich oder sie geben mich in ein Heim. (2.0) das sind so meine Alternativen gewesen. (2.0) dies war nützlich, sie ist gegangen oder sie sagte, sie möchte sich trennen und hat sich dann eine Wohnung gesucht. Es kam dann die Frage auf, mit wem gehen wir mit? Wir waren damals genug alt, um mit zu sprechen und ich wusste einfach sie ist krank, es geht ihr nicht gut und ehm ich kann sie nicht alleine lassen. Dies hat dann wiederum einen Konflikt mit meinem Vater ausgelöst, weil er der Meinung war, „du“ stellst dich gegen mich. Meine Brüder sind bei ihm geblieben (-- nicht wegen ihm, sondern aufgrund der Schule, wegen den Freunden. Sie wollten nicht aus diesem Dorf wegziehen und ich bin dann einfach aus Sicht meines Vaters diese gewesen, welche schuld gewesen war für diese Trennung und dass ich eigentlich gar nicht mehr seine Tochter bin, weil ich mich gegen ihn gestellt.“ (Frau B., 2014, Interview).

Für Frau B. (2014) war möglicherweise die gesamte Situation, mit der erkrankten Mutter und den Spannungen zwischen ihren Eltern, so belastend, dass sie keinen anderen Ausweg sah als in ein Heim zu gehen (Interview). Ihre Drohung bewirkte, dass ihre Mutter auszog. Wobei ihre Entscheidung bei der Mutter zu bleiben dadurch beeinflusst wurde, dass sie ihre Mutter nicht alleine lassen wollte. Mit höchster Wahrscheinlichkeit hatte diese Entscheidung enorme Auswirkungen auf die Beziehung zwischen ihr, ihrer Mutter und ihrem Vater (vgl. Frau B., 2014, Interview). Dieser innerfamiliäre Loyalitätskonflikt zeigt sich dadurch, dass der Vater ihr die Schuld an der Trennung gibt und das Gefühl hat, sie stelle sich gegen ihn. Frau B. bleibt bei ihrer Mutter, weil sie sich gewissermassen für diese verantwortlich fühlt (vgl. Frau B., 2014, Interview). Es kann angenommen werden, dass hier

eine Rollenumkehrung und ein innerfamiliärer Loyalitätskonflikt vorliegt. Eine weitere Hypothese ist, dass die Bindung zwischen Frau B. und ihrem Vater erschwert war. Diese Hypothese wird dadurch gestützt, dass der Vater Frau B. mitteilte, sie sei nicht mehr seine Tochter, da sie sich gegen ihn gestellt habe (vgl. Frau B., 2014, Interview).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die geringe emotionale Verfügbarkeit, die psychische Labilität der Bindungspersonen, eine konflikthafte elterliche Beziehung, die Trennung oder Scheidung der Eltern und mangelnde Erziehungskompetenz sehr erschwerend für die Bindung und Entwicklung des Kindes sein können (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 39). Es hat sich herauskristallisiert, dass die innerfamiliären Beziehungen und die Loyalitätskonflikte sehr oft miteinander verbunden sind und das Eine mit dem Anderen einhergeht. Bei Frau B. (2014) sind die Loyalitätskonflikte gekoppelt mit den innerfamiliären Beziehungen (Interview). Es ist ersichtlich, dass in dieser Familie sehr starke Konflikte vorhanden sind und sich diese höchstwahrscheinlich sehr belastend auf die Bindung zu den einzelnen Familienmitgliedern auswirken (vgl. Frau B., 2014, Interview).

Wenn Kinder psychisch kranker Eltern weitere Bezugspersonen haben, gilt dies als wichtiger Schutzfaktor (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 69). Familien mit Betroffenen ziehen sich jedoch oftmals zurück und haben ein mangelndes soziales Umfeld, was ein unzureichendes oder fehlendes soziales Unterstützungssystem zur Folge haben kann (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 44). Geringe emotionale Verfügbarkeit von weiteren Bezugspersonen ausserhalb der Familie erschweren die Möglichkeit positive Beziehungserfahrungen zu machen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 44). Die Bindung zu Onkeln, Tanten oder zu Geschwistern kann die Situation der Kinder stark beeinflussen. Wichtig dabei ist, dass sich das Kind unterstützt und wahrgenommen fühlt. Es sollte eine Bezugsperson vorhanden sein, welche aufmerksam auf das Kind zugeht und feinfühlig auf das Kind reagiert, dadurch entwickelt das Kind eine sichere Bindung (vgl. Lenz, 2014, S. 157). Das Kind sollte bei mindesten einer Person das Gefühl haben können, dass es sich auf sie verlassen kann und in schwierigen Situationen auf diese Person zurückgreifen kann (vgl. Lenz, 2014, S. 157). In dem Interview kann gesehen werden, dass diese Funktion, mindestens eine stabile verlässliche Beziehung zu haben, auch von einem Tier zumindest teilweise erfüllt werden kann (vgl. Frau B., 2014, Interview):

„Denn Hund hatte ich schon mit 13 Jahren bekommen, er war die ganze Zeit bei mir und wahrscheinlich auch ein guter Teil von meinem (-- ) dass ich es ir-

gendwie durchstehen konnte.“ (Frau B., 2014, Interview).

Frau B. beschreibt, dass sie die ganze Situation ohne ihren Hund nicht durchgestanden hätte (vgl. Frau B., 2014, Interview). Dies bestätigt die Theorie, dass mindestens eine stabile Beziehung von grösster Wichtigkeit ist. Die Qualität der Beziehung in der Familie als auch ausserhalb ist ein Fundament dafür, ob sich das Kind auf stabile, tragfähige, sichere und unterstützende Beziehungen ausserhalb oder innerhalb der Familie stützen kann. Wenn Bindung und Eigenständigkeit möglich ist, wirken sich diese Beziehungen auf das emotionale, kognitive und praktische Handeln des Kindes aus (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 80). Diese tragfähigen Beziehungen sind fundamental, da sie die positiven Entwicklungschancen des Kindes in hohem Masse beeinflussen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 80).

#### 8.1.4 Relevante Aspekte für die Bindung

Als besonders traumatisierend für die Kinder kann die Einweisung der Bezugsperson in eine Klinik sein. Kinder sind möglicherweise von Gefühlen geprägt, alleine gelassen zu werden und die Situation nicht mehr zu verstehen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 24). Wie gravierend eine solche Situation auch im Jugendalter sein kann, wird im Interview beschrieben:

„Ich habe das (-) gar nicht mehr einstufen können. Und, äh, in dieser Nacht, habe ich Herz-Rhythmus-Störungen bekommen ((lachen)) habe das dann (xxx xxx) mich wirklich völlig durcheinander gebracht. Und da auch wieder habe ich die Welt nicht mehr verstanden“ (Frau B., 2014, Interview).

Es kann wahrgenommen werden, wie verstörend eine Einweisung der Bezugsperson in eine Klinik, für ein Kind sein kann. Frau B. (2014) beschreibt, dass sie die Situation nicht mehr einstufen konnte, sie war sehr durcheinander und verstört (Interview). Dies ging so weit, dass Frau B. Herz-Rhythmus-Störungen bekam (vgl. Frau B., 2014, Interview). Diese Schwierigkeit der Trennung zu ihrer Mutter in der sehr belastenden Situation hat Frau B. möglicherweise sehr verunsichert (vgl. Frau B., 2014, Interview). Eine Hypothese wäre, dass Frau B. so durcheinander war, weil sie von niemandem über die Situation aufgeklärt wurde. Wie vorgängig beschrieben, dachte Frau B., dass ihre Mutter vielleicht stirbt. Möglicherweise wäre für Frau B. diese Situation etwas einfacher gewesen, wenn sie gewusst hätte, was mit ihrer Mutter geschehen ist oder weiter geschehen wird (vgl. Frau B.,

2014, Interview). Durch den Verlust von Autonomie und Autorität der Bezugsperson kann es zur Erschütterung der Beziehung zwischen den Kindern und der Bezugsperson kommen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 24). Diese Erschütterung der Beziehung könnte sich folgendermassen zeigen (vgl. Frau B., 2014, Interview):

„Es hat dies zwar niemand so gesagt, aber dies ist so ein (--) Gefühl gewesen und (---) ehm als sie nach Hause gekommen ist, hm hm hm, hat sie (2.0) nach zwei Tagen gesagt, sie halte es nicht mehr aus mit mir zusammen zu leben, ich solle bitte ausziehen. Das ginge nicht, es mache sie krank.“ (Frau B., 2014, Interview).

Es könnte angenommen werden, dass sich Frau B. hier in einer ambivalenten Situation befindet (vgl. Frau B., 2014, Interview). Möglicherweise wünscht sich die Mutter Abstand von ihrer Tochter, was wiederum für Frau B. schwierig sein könnte. Frau B. kümmerte sich lange um ihre Mutter und den Haushalt und nun möchte ihre Mutter, dass sie auszieht (vgl. Frau B., 2014, Interview). Diese gewollte Trennung begründet die Mutter damit, dass sie es nicht mehr mit Frau B. aushalte (vgl. Frau B., 2014, Interview). Es wäre möglich, dass die Mutter wieder mehr Selbständigkeit haben möchte. Eine andere Sichtweise wäre, dass die Mutter Frau B. eine Mitschuld an ihrer Krankheit gibt und deshalb Abstand von ihr möchte (vgl. Frau B., 2014, Interview), (vgl. Kp. 3.1.2).

Veränderungen der Bezugsperson können von Kindern sehr früh und genau wahrgenommen werden (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 23). Wie beispielsweise:

„Im Nachhinein kann ich sagen, dass ihr Verhalten teilweise sehr (..) Also aus meiner Perspektive sehr komisch war als Mutter den Kindern gegenüber“ (Frau B., 2014, Interview).

Es könnte angenommen werden, dass Frau B. schon als Kind eine Veränderung im Verhalten ihrer Mutter wahrnehmen konnte (vgl. Frau B., 2014, Interview). Im theoretischen Teil wurde beschrieben, dass es möglich ist, dass schon kleine Kinder Veränderungen bei ihren Bezugspersonen wahrnehmen (vgl. Kp. 3.3.1). Von diesem Gesichtspunkt aus könnte angenommen werden, dass Frau B. (2014) das Verhalten ihrer Mutter als Kind schon einschätzen konnte (Interview). Frau B. beschreibt jedoch „im Nachhinein“, daher wäre es auch möglich, dass sie dieses „komische“ Verhalten erst später im Jugend oder Erwachsenenalter rückwirkend wahrnehmen konnte (vgl. Frau B., 2014, Interview). Im folgenden Ab-

schnitt beschreibt Frau B. (2014) dieses „komische“ Verhalten genauer:

„Und das hatte ehm, ich muss ganz kurz ein bisschen (-) bei ihr hat sich in diesem frühkindlichen Trauma hat sich ein Persönlichkeitsteil abgespalten (...) Und dass, ich weiss nicht wie viele es sind, aber es war so, als sie ein ganz kleines Baby selber gewesen ist, ist etwas ganz schlimmes passiert und (.) dieser Teil hat sich wie in ihr abgespalten und wenn sie in eine Dissoziation fällt, übernimmt einer von diesem Anteilen, ehm, die Steuerung ( ) und dann ist sie nicht mehr sie selber, die erwachsene Frau die steuert, sondern einer dieser Teile und dies kann sie wie nicht steuern oder und dann hat sie ehm, zum Teil, wir haben irgendwie gestritten und sie räumt die ganze Küche aus und alles Geschirr schmeisst sie auf den Boden. Es, wie wenn ich am „trözelen“ bin oder als fünf-, drei-, vier-, fünfjähriges Kind und ich schmeisse etwas auf den Boden und dies hat sie dann gemacht. Ich habe damals aber nicht gewusst, dass dies Mama eigentlich nicht macht ((lacht))“ (Interview).

Diese genaue Wahrnehmung beschreiben Plass und Wiegand-Grefe (2012) als eine Folge von enger emotionaler Verbundenheit zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson (S. 23). Für die Kinder kann dies jedoch zu einer grossen Belastung werden, wenn die Bezugsperson in ihrem Wesen stark verändert scheint und von den Kindern als fremd empfunden wird (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 23). Frau B. (2014) beschreibt in diesem Abschnitt eine andere Sichtweise (Interview). Sie erklärt, dass sie nicht wusste, dass sich Mütter nicht so verhalten (vgl. Frau B., 2014, Interview). Demnach könnte angenommen werden, dass manche Kinder wahrnehmen, dass sich die Mutter anders verhält und andere Kinder dieses Verhalten als natürlich empfinden (vgl. Frau B., 2014, Interview). Möglicherweise kann ein Kind nicht genau sagen, was anders ist, trotzdem kann bei dem Interview gesehen werden, dass die Veränderung der Bezugsperson von Frau B. (2014) wahrgenommen wird:

„Und dann ist sie (-- ) es ist besser gewesen, aber es ist nicht gut gegangen und etwas war anders an ihr. (.) In dieser Nacht wo wo es, was dieser Anfall sollte, warum es ihr, wieso sie nachher so komisch war. (2.0) Sie hat einen anderen Blick, sie ist so\_o, wie soll ich dies erklären, so leer, einfach nicht so wie sie vorher gewesen war.“ (Interview).

Es kann angenommen werden, dass Frau B. die Veränderung bei ihrer Mutter wahrgenom-

men hat (vgl. Frau B., 2014, Interview). Für ein Kind oder auch eine Jugendliche wie Frau B. könnte dies eine sehr schwierige Situation darstellen, indem sie bemerkt, dass bei ihrer Mutter etwas anders ist als vorher, sie aber nicht genau in Worte fassen kann, was genau anders ist (vgl. Frau B., 2014, Interview). Frau B. (2014) beschreibt im Interview, dass sich der Blick ihrer Mutter verändert hat, dieser sei leerer geworden (Interview). Dies bestätigt die Theorie, welche besagt, dass Veränderungen bei der Bezugsperson von den Kindern sehr gut wahrgenommen werden können, wie Frau B. (2014) dies im oben genannten Abschnitt beschreibt (Interview), (vgl. 3.3.1). Durch die Veränderung der Bezugsperson kann sich auch ihr Erziehungsverhalten ändern. Die Erziehung beinhaltet insbesondere die altersgemässen Bedürfnisse und die Gestaltung der Umwelt des Kindes in Einklang zu bringen. In Familien, in welchen ein positives Erziehungsklima vorhanden ist, nehmen die Familienmitglieder an gemeinsamen Aktivitäten teil, sie unterstützen sich gegenseitig und das emotionale Klima ist warm und herzlich (vgl. Lenz, 2014, S. 158). Durch die psychische Erkrankung der Bezugsperson kann diese Erziehungsfähigkeit eingeschränkt sein. So zeigen Eltern mit einer psychischen Erkrankung häufig einen Mangel an Durchsetzungsfähigkeit und geringe Erziehungssicherheit. In der Umsetzung von erzieherischen Massnahmen zeigen sie sich unsicher und nicht konstant (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 40). Bei der Mutter von Frau B. (2014) zeigt sich dies möglicherweise folgendermassen:

„Wenn sie gesund ist ja (---) und ehm ihr ist es immer ( ) seit ich mich erinnern kann, schwergefallen, uns drei gleich zu behandeln. Also der Mittlere ist eher so etwa, der ihr ähnlicher ist rein so vom Charakter her und auch von den Interessen her und (--) mein kleiner Bruder und ich sind (.) so etwas anders (--) damit hatte sie extrem Mühe. Sie war auch nicht in der Lage, Erziehungsmethoden, welche bei mir funktionierten und beim Mittleren funktionieren und beim Kleinen nicht funktionieren anzupassen, so“ (Interview).

Diese Aussage könnte auf ein nicht konstantes Erziehungsverhalten seitens der Mutter von Frau B. hinweisen (vgl. Frau B., 2014, Interview). Der Mutter fiel es möglicherweise schwer ihre Erziehungsmethoden auf das jeweilige Kind anzupassen (vgl. Frau B., 2014, Interview). Die Relevanz der Erziehungskompetenz für die Eltern-Kind-Beziehung ist unumstritten. So kann durch die Einschränkung der Erziehungskompetenz die Bindung zum Kind erschwert sein (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 40). Insbesondere mangelnde Wärme und unzureichende Sensitivität wirkt sich in höchstem Masse auf die

Bindung des Kindes zu seiner Bezugsperson aus (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 40). Es wäre möglich, dass die Erziehungskompetenz von der Mutter von Frau B. eingeschränkt war. Falls dem so war, wäre es möglich, dass sich diese auf die Bindung zwischen Frau B. und ihrer Mutter auswirkte (vgl. Frau B., 2014, Interview).

## 8.2 Generelle Diskussion

In der generellen Diskussion werden die wichtigsten Erkenntnisse dargestellt und auffallende Aspekte beleuchtet. Die Fragestellung wird dadurch so weit als möglich beantwortet. Weiterführende Gedanken und Möglichkeiten zur vertieften Bearbeitung des Themas werden erörtert. Die Verbindung des Themas zur Sozialen Arbeit wird verdeutlicht.

### 8.2.1 Kernpunkte

Durch die Ergebnisse und die Diskussion ergeben sich verschiedene Kernpunkte, welche von fundamentaler Bedeutung für die Beantwortung der Fragestellung „Wie wirkt sich eine psychische Erkrankung der primären Bezugsperson auf die Bindung des Kindes aus?“ sind.

Die Parentifizierung steht in direktem Zusammenhang mit der Bindung zwischen der primären Bezugsperson und des Kindes. Wenn eine Parentifizierung vorliegt hat dies direkte Auswirkungen auf die Bindung. Parentifizierung kann mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht stattfinden, wenn keine Bindung vorhanden ist. Demnach kann bei einer psychischen Erkrankung der primären Bezugsperson eine Parentifizierung stattfinden, welche sich auf die Bindung auswirkt. Die Parentifizierung findet in der Bindung statt und das Kind kümmert sich um die primäre Bezugsperson und nicht umgekehrt (vgl. Kp. 8.1).

Eine Erkenntnis aus der Zusammenführung der Theorie und der Empirie ist, dass die Parentifizierung wieder aufgehoben werden kann. Dies kann dadurch erfolgen, dass sich die Beteiligten über den Rollenumkehr bewusst werden. Die Aufhebung der Parentifizierung kann eine Wiederherstellung einer positiven Beziehung zwischen der primären Bezugsperson und des Kindes beeinflussen (vgl. Kp. 8.1)

Eine offene und transparente Gesprächskultur betreffend der Erkrankung und dem Verlauf fördert die Bindung zwischen der primären Bezugsperson und des Kindes und stärkt diese (vgl. Kp. 8.1).

Ist die primäre Bezugsperson von einer psychischen Erkrankung betroffen, kann der Ablö-

sungsprozess in der Jugend erschwert sein. Diese Erschwerung des Prozesses erfolgt durch die Bindung der Bezugsperson und des Kindes und kann von beiden Seiten beeinflusst werden. Von grosser Bedeutung ist die Abgrenzung des eigenen Lebens von dem Leben der Bezugsperson, im Jugend- und Erwachsenenalter (vgl. Kp. 8.1).

Dass die primäre Bezugsperson und das Kind eine symbiotische Beziehung entwickeln können, wird in der Literatur nur vereinzelt dargestellt und auch im theoretischen Teil wird diese nicht erwähnt. Durch das Interview bekam dieser Aspekt grosse Bedeutung. Die Erkrankung der Bezugsperson kann die Bindung zwischen der Bezugsperson und ihrem Kind so beeinflussen, dass eine besonders intensive Bindung entsteht. Diese kann so stark sein, dass sie zu Schwierigkeiten in der Abgrenzung und zur verringerten Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse des Kindes führen kann. Demnach kann eine psychische Erkrankung der primären Bezugsperson zu einer symbiotischen Bindung führen (vgl. Kp. 8.1).

Die psychische Erkrankung der primären Bezugsperson verändert alle innerfamiliären Bindungen. Von grösster Wichtigkeit ist die Veränderung der Bindung zwischen der primären Bezugsperson und dem Kind. Weiter wird durch die Erkrankung die Paarbeziehung beeinflusst, diese hat wiederum Auswirkungen auf die Entwicklung und die Bindung der Kinder zu den Eltern. Somit wird die Bindung zwischen dem Kind und der nicht erkrankten Bezugsperson und auch zwischen den Geschwistern beeinflusst (vgl. Kp. 8.1).

Der innerfamiliäre Loyalitätskonflikt, welcher durch eine psychische Erkrankung der Bezugsperson entstehen kann, steht immer in Verbindung mit den innerfamiliären Bindungen. Wenn keine Bindung vorhanden ist, entsteht kein innerfamiliärer Loyalitätskonflikt (vgl. Kp. 8.1).

Durch die Literatur wurde deutlich, dass mindestens eine stabile und sichere Bindung zu einer Bezugsperson von grösster Bedeutung ist (vgl. Kp. 8.1). Durch das Interview wurde ersichtlich, dass sogar ein Haustier diese Funktion erfüllen kann, laut der Interviewten hätte sie diese Lebenssituation nicht durchgestanden, ohne diese Bindung (vgl. Frau B., 2014, Interview). Durch eine psychische Erkrankung der primären Bezugsperson können andere Bindungen grosse Wichtigkeit erlangen (vgl. Kp. 8.1).

### 8.2.2 Ausblick

Äusserst interessant wäre die oben genannte Hypothese, dass eine Parentifizierung immer

eine Bindung voraussetzt, zu untersuchen. Dieser Aspekt wurde durch die durchgeführte qualitative Studie hervorgehoben (vgl. Frau B, 2014, Interview). Die Möglichkeit weitere qualitative Studien durchzuführen wäre dabei besonders wichtig. Die Studien müssten zum Ziel haben, herauszufinden ob eine Parentifizierung nur bei Bindung stattfinden kann oder ob diese Hypothese widerlegt werden kann. Weiterführend wäre bei dem Aspekt der Bindung und der Parentifizierung höchst interessant zu untersuchen, ob Mädchen mehr davon betroffen sind als Jungen. Eine genderorientierte Studie in diese Richtung wäre bedeutend um herauszufinden, ob die Parentifizierung vorwiegend in Familien mit Kinder weiblichen Geschlechtes vorkommt. Dabei wäre auch wesentlich zu betrachten, ob vorwiegend das älteste Kind in einer Familie von der Parentifizierung betroffen ist.

Von grösster Wichtigkeit wäre, herauszufinden ob es Beratungsstellen oder Anlaufstellen für Jugendliche gibt, welche Zuhause durch die Erkrankung eines Familienmitgliedes sehr viel Verantwortung übernehmen müssen und der Ablösungsprozess dadurch erschwert ist. Es scheint unumstritten, dass es besonders wichtig ist, dass dieser Ablösungsprozess stattfinden kann und sich die Jugendlichen zunehmend gegen aussen orientieren können (vgl. Kp. 8.1). Besonders gravierend erscheint, wenn die Jugendlichen durch die vorhandene Situation die Schule nicht mehr besuchen und dadurch keine Ausbildung machen können, wie dies in unserer Untersuchung der Fall war (vgl. Frau B., 2014, Interview). Es ist ein grosser Risikofaktor, wenn Jugendliche keine Anschlusslösung haben und keine Ausbildung machen (vgl. Kp. 8.1). Demnach wäre es besonders wichtig, dass diese Jugendlichen Unterstützung erhalten. Für Fachpersonen, welche Mütter oder Väter mit psychischen Erkrankungen begleiten wäre es notwendig, die Familiensituation genauer zu betrachten und insbesondere auch die Jugendlichen im Fokus zu haben.

Von Bedeutung wäre eine vertiefte Untersuchung der Thematik „symbiotische Beziehung“. Diese wird in der vorhandenen Literatur nur am Rande behandelt und kaum ausgeführt. Dieser Einfluss, welche eine psychische Erkrankung der primären Bezugsperson auf die Beziehung mit dem Kind haben kann, ist von fundamentaler Bedeutung. Eine Forschung, um diesen Zusammenhang näher zu betrachten und zu begründen, scheint äusserst notwendig. Die Interviewte betonte diesen Aspekt mehrmals und man könnte den Eindruck haben, dass dies ein äusserst wichtiger Faktor für ihr Erleben und Verhalten war (vgl. Frau B., 2014, Interview). Empfehlenswert wäre, weitere Personen zu untersuchen, welche von einer psychischen Erkrankung der primären Bezugsperson in ihrer Kindheit und Jugend betroffen waren. Die Untersuchung könnte zum Ziel haben, herauszufinden, ob die symbioti-

sche Beziehung zwischen einer erkrankten Bezugsperson und dem Kind in vielen Fällen vorkommt, wie sich diese Bindung manifestiert und welche Auswirkungen diese auf die Bindungspersonen haben. Von grösster Wichtigkeit wäre herauszufinden, ob und wie die Auswirkungen einer symbiotischen Bindung zwischen Eltern und ihrem Kind sich gegenseitig beeinflussen und dabei im Blickfeld zu haben, welche Auswirkungen diese auf die Entwicklung des Kindes hat. Insbesondere ob sich diese auch auf spätere Bindungen des Kindes in seinem Leben auswirken kann.

Durch die Arbeit wird ersichtlich, dass ein unbestrittener Zusammenhang besteht zwischen den beiden Themen „Kinder psychisch kranker Eltern“ und „Bindung“. Eine psychische Erkrankung beeinflusst immer die innerfamiliären Bindungen, sei dies die Bindung zwischen dem Kind und des erkrankten Elternteils, die Paarbeziehung, als auch die Beziehung der Geschwister. Aus der Bindungsforschung geht hervor, dass die Bindung im Säuglingsalter und in der frühen Kindheit die Basis bildet für alle späteren Bindungen (vgl. Kp. 3). Dass die psychische Erkrankung der primären Bezugsperson Auswirkungen auf die Bindung hat, ist aus dieser Arbeit hervorgegangen. Dies begründet die Wichtigkeit der Arbeit. Wenn dieser Zusammenhang genauer untersucht würde und dadurch den Fachpersonen bekannt wird, wäre es möglich, aus der Bindungsforschung Informationen zu erhalten, welche von fundamentaler Bedeutung sind, um mit Kinder zu arbeiten, deren primäre Bezugsperson von einer psychischen Erkrankung betroffen ist. Es ist unumgänglich, dass dieses Thema fortlaufend bearbeitet wird und weitere Studien müssten injiziert werden. Empfehlenswert sind qualitative Studien, aber auch quantitative Erhebungsmethoden wären von grösster Wichtigkeit. Es ist von fundamentaler Bedeutung eine Nachfolgestudie zum Thema, wie sich eine psychische Erkrankung der primären Bezugsperson auf die Bindung des Kindes auswirkt, durchzuführen, um sich mit den Ergebnissen dieser Arbeit vertiefter auseinanderzusetzen zu können.

In der Bearbeitung des theoretischen Teils wurde angenommen, dass spezifische Erkrankungen unterschiedliche Auswirkungen auf die Bindung zwischen dem Kind und der erkrankten Bezugsperson haben (vgl. Kp. 3). In den Ergebnissen und der Diskussion wurde nicht spezifisch auf die Thematik eingegangen. Dies bedeutet nicht, dass dieser Aspekt nicht wichtig ist, sondern dass der Fokus auf dem empirischen Teil lag. Dieser beinhaltete eine spezifische Erkrankung und es war somit nicht möglich, auf die anderen Erkrankungen vertieft einzugehen. In der Literatur wird diese Thematik wenig behandelt und es wäre empfehlenswert für andere DiplomandInnen sich einer solchen spezifischen Thematik zu

widmen und das Augenmerk auf die Unterschiede zu setzen. Auch die Bindungsstörungen und Bindungstypen sind für die Arbeit ein sehr wichtiger Punkt, da diese im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung der Bezugsperson stehen könnten. Jedoch kommt diese Thematik in den Ergebnissen und der Diskussion nicht vor, da es sich hier um eine Diagnosenstellung handelt und dies Aufgabe der PsychiaterIn und PsychologIn und nicht Aufgabe der Sozialen Arbeit ist.

Zum einen sind die Resilienz- und Risikofaktoren in den Ergebnissen und der Diskussion von grosser Bedeutung, jedoch wurden diese nicht als solche betitelt. Aus der vorhergehenden Theorie zu dieser Thematik geht hervor, welche Faktoren im empirischen Teil die Resilienz- und welches die Risikofaktoren sind. Zum anderen wird daraus ersichtlich, dass das Säuglings- und Kleinkindalter von grösster Bedeutung für die Bindung ist (vgl. Kp. 3). Jedoch hätte es den Rahmen dieser Arbeit gesprengt, wenn noch detaillierter auf diese Thematik eingegangen worden wäre. Es kann angenommen werden, dass es sehr wichtig ist, präventiv einzugreifen, wenn ein Säugling oder ein Kleinkind eine erkrankte Bezugsperson hat, um die positive Entwicklung dieses Kindes zu gewährleisten.

Für die Soziale Arbeit wäre eine Folgestudie und Nachforschung zu dieser Thematik von grosser Bedeutung. Zum einen sind Sozialarbeiter, Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen, Sozialpädagoginnen in den unterschiedlichsten Bereichen mit Klienten konfrontiert, welche selber an einer psychischen Krankheit leiden und möglicherweise Kinder haben oder selber in Familien aufwachsen, wo ein Elternteil von einer psychischen Erkrankung betroffen war. Zum anderen werden Sozialpädagogen, Sozialpädagoginnen in Heimen oder anderen Institutionen, welche sich mit Kindern beschäftigen, damit konfrontiert, dass diese Kinder Eltern haben, die erkrankt sind. Durch diese Gegebenheit ist das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ in hohem Masse bedeutend für die Soziale Arbeit. Wobei die Bindung und die Bindungstheorie auf keinen Fall ausser Acht gelassen werden darf, da in der Sozialen Arbeit eine gute Bindung zum Klienten ein sehr bedeutender Arbeitsgrundsatz ist. Aus den Ergebnissen kann angenommen werden, dass gerade eine Parentifizierung bei einem Kind von Fachpersonen bemerkt werden könnte. Vor allem in der Zusammenarbeit mit Kindern, kann eine Parentifizierung möglicherweise zum Vorschein kommen und für Sozialpädagogen, Sozialpädagoginnen wäre es von grösster Wichtigkeit, die Beziehung zwischen dem Kind und der primären Bezugsperson genauer zu betrachten. Bei erwachsenen Klienten könnte man eventuell bei Betroffenen, die selber Kinder haben, achtsam mit dieser Thematik umgehen und den Fokus auf diese Kinder und ihre Bindung zum erkrank-

ten Elternteil haben. Zudem sollten Fachpersonen ein Augenmerk auf die offene und transparente Kommunikation legen. Gerade wenn die Kinder Zuhause eine Tabuisierung der Krankheit erleben und mit niemanden darüber sprechen können, erscheint es als sehr wichtig, diesen Kinder zu signalisieren, dass sie mit der Fachperson offen über ihre oft belastende Situation sprechen können.

Bei der Arbeit mit Jugendlichen in der Sozialen Arbeit ist es fundamental zu reagieren, falls sich eine Veränderung bei dem Jugendlichen, der Jugendlichen abzeichnet. Erscheint dieser, diese nicht zum Gespräch oder fehlt er, sie in der Schule können dies Anzeichen sein, dass er, sie sich in einer obengenannten Situation befindet. Besonders wichtig erscheint, den Jugendlichen, die Jugendliche in seinen eigenen Bedürfnissen zu unterstützen und gemeinsam zu schauen, welche Möglichkeiten sich der Jugendlichen, dem Jugendlichen auch betreffend wichtigen Themen wie beispielsweise die Berufswahl etc. bieten. Für Fachpersonen der Sozialen Arbeit auf dem Sozialdienst oder auch in der Psychiatrie ist es immer von fundamentaler Bedeutung, das ganze Familiensystem zu betrachten und nicht nur die Einzelperson. Dies gilt für alle Bereiche der Sozialen Arbeit, in welcher wir mit Personen konfrontiert sind, welche von der Thematik selber betroffen oder Angehörige sind.

Von grösster Bedeutung für die Soziale Arbeit ist: überall wo eine Zusammenarbeit mit psychisch erkrankten Personen oder / und deren Angehörigen stattfindet, kann aufgrund dieser Arbeit angenommen werden, dass dies immer eine Auswirkung auf die Bindung dieser Personen hat. Dies bedeutet für die Fachpersonen der Sozialen Arbeit ein besonderes Augenmerk auf die Bindung zu diesen Personen zu legen. Empfehlenswert ist eine möglichst konstante und vertraute Bindung zu diesen Klienten aufzubauen.

## 9. Literaturverzeichnis

Auswärtige Autoren (AA). (2011). Mensch & Medizin. Die Nöte der Kleinen. *NZZ am Sonntag*, 35, 28.08.2011.

Auswärtige Autoren (AA). (2012). Bindung und Erziehung. Wie das Kind lernt sozial zu sein. *Neue Zürcher Zeitung*, 260, 07.11.2012.

Arolt, Volker & Reimer, Christian & Dilling, Horst. (2007). *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie*. (6.Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Aschersleben, Gisa & Henning, Anne. (2008). Mutter – Kind – Interaktion und sozial kognitive Entwicklung. Universität des Saarlandes: *Magazin Forschung*, 1.

Bamberger, Günter G. (2010). *Lösungsorientierte Beratung. Praxishandbuch*. (4. Aufl.). Basel: Beltz Verlag.

Brisch, Karl Heinz. (2009). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. (9. Aufl.). Stuttgart: J. G. Cotta`sche Buchhandlung Nachfolger GmbH .

Brisch, Karl Heinz & Hellbrügge, Theodor. (Hrsg.). (2006). *Kinder ohne Bindung. Deprivation, Adoption und Psychotherapie*. Stuttgart: J. G. Cotta`sche Buchhandlung Nachfolger GmbH .

Bowlby, John. (2006). *Bindung*. München: Ernst Reinhard GmbH & Co KG, Verlag.

Bowlby, John. (2006). *Trennung. Angst und Zorn.*

München: Ernst Reinhard GmbH & Co KG, Verlag.

Bowlby, John. (2010). *Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der*

*Bindungstheorie.* (2 Aufl.). München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG,

Verlag.

Daser, Eugen. (2013). *Die vergessene Zielgruppe – Kinder psychisch kranker Eltern.*

Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.

Dörner, Klaus & Plog, Ursula & Teller, Christine & Wendt, Frank. (2012).

*Irren ist menschlich.* Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. (21. Aufl.).

Bonn: Psychiatrie Verlag.

Eggermann Vera & Janggen Lina. (2004). *FUFU und der grüne Mantel.*

Basel: THERAPLUS

Flick, Uwe. (2000). *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in*

*Psychologie und Sozialwissenschaften.* (5. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

Taschenbuch Verlag GmbH.

Grossmann, Klaus E. & Grossmann, Karin. (Hrsg.). (2011). *Bindung und menschliche*

*Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheo-*

*rie.* (3. Aufl.). Stuttgart: J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH.

Günder, Richard. (2011). *Praxis und Methoden der Heimerziehung. Entwicklungen, Veränderungen und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe*. (4. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Klein, Michael. (2007). Kinder suchtkranker Eltern. Fakten, Risiken, Lösungen. Schwabenheil: *Prävention extra*, Zeitschrift für Gesundheitsförderung.

Korntheuer, Petra & Lissmann, Ilka & Lohaus, Arnold (2010). Wandel und Stabilität: Längsschnittliche Zusammenhänge zwischen Bindungssicherheit und dem sprachlichen und sozialen Entwicklungsstand. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*. München Basel: Ernst Reinhard Verlag.

Kühnel, Sabine & Koller, Livia. (2012). *Bei mir zuhause ist was anders. Was Kinder psychisch kranker Eltern erleben*. Augsburg: Wissner-Verlag.

Lenz, Albert. (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern*. (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Lenz, Albert. (2008). *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Lenz, Albert & Brockmann, Eva. (2013). *Kinder psychisch kranker Eltern stärken. Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

- Lucius-Hoene, Gabriele & Deppermann, Arnulf. (2004). *Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mattejat, Fritz & Lisofsky, Beate. (Hg.). (2014). *Nicht von schlechten Eltern. Kinder Psychisch Kranker*. (4. Aufl.). Köln: BALANCE buch + medien verlag GmbH.
- Mattejat, Fritz & Renschmidt Helmut. (2008). Übersichtsarbeit: Kinder psychisch kranker Eltern. *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 7 (Juli 2008).
- Metzing, Sabine. (2014). Kinder psychisch kranker Eltern brauchen Hilfe. *DER BETRIEB*, Heft 23 vom 06.06.2014.
- Möller, Hans-Jürgen & Laux, Gerd & Deister, Arno. (2009). *Psychiatrie und Psychotherapie*. (4. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Nolting, Hans – Peter & Paulus, Peter. (2009). *Psychologie lernen. Eine Einführung und Anleitung*. (10. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Petermann, Franz. (2000). Grundbegriffe und Trends der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie. In Petermann, Franz. (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Plass, Angela & Wiegand – Grefe, Silke. (2012). *Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln*. (1. Aufl.). Basel: Beltz Verlag.

Pretis, Manfred & Dimova Aleksandra. (2010). *Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern*. (2. Aufl.). München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG.

Ramsauer, Brigitte & Döhmen, Sabine & Romer Georg. (2013). Postpartale psychische Störungen. Mutter – Kind – Behandlung aus kinderpsychiatrischer Perspektive. *Psychotherapeut*, 2.

Rass, Eva. (2011). *Bindung und Sicherheit im Lebenslauf. Psychodynamische Entwicklungspsychologie*. Stuttgart: J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH.

Semmelhack, Corinna. (2011). *Ein „Forum“ für Kinder psychisch kranker Eltern. Die Lebenswelt der Kinder und ein Ansatz zur Ergänzung sozialpädagogischer Angebote mittels neuer Medien*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac GmbH.

Töde, Martina. (2010). Drogenabhängigkeit und Mutterschaft. *Eco Medizin*. Lanzberg: Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH.

Wicki, Werner. (2010). *Entwicklungspsychologie*. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag.

Windlin, Sabine. (2014). Bindung und Gesellschaft. *Neue Zürcher Zeitung*, 63, 17.03.2014.

Titelbild:

Friedli, Angelika. (2010). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Verfügbar unter: <http://www.onmeda.de/g-kinder/kinder-psychisch-kranker-eltern-877.html> (1.12.2014)

Interview:

Frau B. (2014). *Interview*. Anhang