



KINDER AUS FAMILIEN MIT EINEM PSYCHISCH ERKRANKTEN ELTERNTEIL

Welche Auswirkungen und Folgen hat die Erkrankung der Eltern auf die Kinder und was für Handlungsansätze lassen sich daraus für die Soziale Arbeit ableiten?

Von Nathalie Dellweg-Dastoor Nikoo verfasste
Bachelor Thesis (Modul BA 115),
eingereicht bei B. Müller
im Juni 2019 in Muttenz
an der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW.

Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit dem Thema „Kinder aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil“. Sie hat zum Ziel, die Auswirkungen und Folgen einer psychischen Erkrankung von Eltern auf ihre Kinder und deren psychische Gesundheit und Entwicklung zu beschreiben und Handlungsansätze für die Soziale Arbeit zu definieren. Die Kinder und Jugendlichen sind von der elterlichen Erkrankung in vielfältigster Weise betroffen und ausserordentlich hohen Belastungen ausgesetzt. Wissenschaftliche Studien bestätigen einen Zusammenhang zwischen einer elterlichen psychischen Erkrankung und einem erhöhten Risiko der betroffenen Kinder, selbst psychisch zu erkranken, Entwicklungsstörungen oder Auffälligkeiten zu entwickeln. Der Hauptrisikofaktor für die Kinder liegt jedoch nicht in der psychischen Erkrankung des Elternteils, sondern vielmehr in den damit assoziierten psychosozialen Belastungen der Familie. Diese werden in der Arbeit herausgearbeitet. Aus subjektiven Beschreibungen von betroffenen Kindern und Jugendlichen ist bekannt, dass sie unter anderem häufig unter Ängsten, Schuldgefühlen, Scham und sozialer Isolation leiden. Die elterliche Erkrankung hat häufig auch Auswirkungen auf den familiären Alltag. Dieser bietet den Kindern dann wenig Sicherheit und Struktur. Betroffene Kinder wünschen sich eine umfassende Aufklärung über die Erkrankung des Elternteils und konkrete Hilfestellung beim täglichen Umgang mit der Erkrankung. Auch Eltern wünschen sich Unterstützung bei der Aufklärung ihrer Kinder.

Um die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in ihrer schwierigen Lebenssituation zu erhalten, bedarf es der Stärkung von Schutzfaktoren und der Minderung der Risikofaktoren durch präventive Massnahmen.

Es zeigt sich, dass zwischenzeitlich verschiedene präventive Hilfsangebote bestehen. Von einer flächendeckenden und adäquaten Unterstützung der betroffenen Kinder und Familien kann jedoch noch nicht gesprochen werden. Aufgrund der komplexen Mehrfachproblematik bedarf es einer intendierten Kooperation der verschiedenen beteiligten Akteure. Diese Akteure sind Erwachsenen- und Kinderpsychiatrie, Familienberatung, Kindergärten und Kitas, Schulen, Kinder- und Jugendhilfe und Sozialdienste.

Für die Soziale Arbeit bedeutet dies, dass noch weitere Anstrengungen erforderlich sind, und effektive Hilfsangebote entwickelt und angeboten werden müssen, um die betroffenen Familien bedarfsgerecht zu unterstützen. Für die optimale Betreuung müssen die Unterstützungsmassnahmen der verschiedenen beteiligten Akteure durch die Professionellen der Sozialen Arbeit koordiniert und gesteuert werden.

Inhaltsverzeichnis

Abstract

1	Einleitung	1
1.1	Herleitung des Themas	1
1.2	Formulierung und Begründung der zentralen Fragestellung und des Erkenntnisinteresses	3
1.3	Darstellung der Relevanz für die Soziale Arbeit.....	3
1.4	Überblick über den Arbeitsaufbau	4
2	Psychische Erkrankungen	5
2.1.	Definition psychische Erkrankung.....	5
2.2	Verbreitung von psychischen Erkrankungen bei Erwachsenen.....	6
2.3	Verbreitung von Elternschaft bei psychisch erkrankten Menschen	8
2.4	Verbreitung von psychischen Erkrankungen bei Kindern.....	10
2.5	Allgemeines und spezifisches psychiatrisches Erkrankungsrisiko von betroffenen Kindern.....	11
3	Risikofaktoren/Belastungsfaktoren	12
3.1	Genetische Faktoren	13
3.2	Psychosoziale Faktoren	14
3.2.1	Risikofaktoren der Eltern.....	14
3.2.2	weitere Risikofaktoren.....	19
4	Auswirkungen und Folgen für die Kinder von psychisch kranken Eltern	20
4.1	Auswirkungen auf die Entwicklung altersunabhängig	21
4.2	Auswirkungen in Abhängigkeit vom Alter.....	22
4.3	Subjektive Belastungen von betroffenen Kindern	26
4.3.1	Gefühle der Kinder.....	26
4.3.2	Elterliche Erkrankung.....	26
4.3.3	Wissen über die Erkrankung	28
4.3.4	Soziale Unterstützung und familiärer Alltag.....	29
4.3.5	Kommunikationsprobleme, Tabuisierung und Isolierung	31

4.4	Hilfebedarf der Kinder	31
4.4.1	Bedürfnisse von betroffenen Kindern	32
4.4.2	Ressourcen als Schutzfaktoren für Kinder psychisch erkrankter Eltern.....	33
4.4.3	Zwischenzusammenfassung und Schlussfolgerungen für den Hilfebedarf	34
5	Betrachtung von bestehenden Hilfen in Deutschland und der Schweiz	37
5.1	Allgemeine Informationen.....	38
5.2	Kinderorientierte Hilfen.....	40
5.2.1	Patenschaftsprojekte	41
5.2.2	Präventionsprogramme.....	42
5.2.3	Informationsvermittlung / Psychoedukation.....	42
5.2.4	Broschüren und Bücher / internetbasierte Information / Webseiten.....	44
5.3	Elternorientierte Hilfen.....	45
5.4	Familienorientierte Hilfen.....	45
6	Erkenntnisse in Bezug auf die Fragestellung.....	47
6.1	Beantwortung der Fragestellung.....	47
6.2	Handlungsansätze für die Soziale Arbeit	51
7	Reflexion der Ergebnisse und weiterführende Fragen	57
8	Literaturverzeichnis	60

Anhang

Ehrenwörtliche Erklärung

1 Einleitung

Im nachfolgenden ersten Kapitel wird zuerst das Thema der Arbeit „Kinder aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil“ hergeleitet und dessen Relevanz für die Soziale Arbeit im Allgemeinen und im Spezifischen dargestellt. Ebenso werden die zentrale Fragestellung und das Erkenntnisinteresse formuliert. Das letzte Unterkapitel gibt schliesslich noch einen Überblick über den Arbeitsaufbau dieser Bachelor Thesis.

1.1 Herleitung des Themas

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Thema „Kinder aus Familien psychisch erkrankter Eltern“. Sie trägt der Tatsache Rechnung, dass die Konstellation Kinder mit psychisch erkrankten Eltern im gesellschaftlichen Kontext aufgrund ihrer Häufigkeit eine hohe Relevanz hat (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 13). Laut Albermann et al. (vgl. 2012: 1525) zählen psychische Erkrankungen in jedem Lebensalter zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt. Die Auswirkungen für Betroffene, die Umgebung und die Volkswirtschaft sind enorm. Die Kinder aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil galten lange Zeit als die vergessenen Angehörigen, denn Forschung und Praxis interessierten sich in erster Linie für die erwachsenen Familienangehörigen (vgl. Jungbauer 2016: 9). Jedoch wächst eine beträchtliche Anzahl von Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil auf (vgl. Gutmann 2017: 20). In den letzten 15 Jahren hat sich die Situation in der Wissenschaft und Forschung grundlegend geändert und mittlerweile liegen auch im deutschsprachigen Raum etliche wissenschaftliche Studien vor, in denen die Zusammenhänge zwischen einer elterlichen psychischen Erkrankung und den kindlichen Belastungen differenziert untersucht werden (vgl. Jungbauer 2016: 9). Als erwiesen gilt, dass psychische Erkrankungen stets auch Familienerkrankungen sind. Erkrankt ein Familienmitglied, so hat dies stets Auswirkungen auf das gesamte System Familie, wie auch auf seine innerfamiliären sozialen Beziehungen und die Lebenssituation der einzelnen Familienmitglieder (vgl. Schone/Wagenblaus 2010: 11; Lenz 2014: 190). Familien, in denen Eltern eine psychische Krankheit haben, sind ausserordentlich hohen Belastungen und Anforderungen ausgesetzt (vgl. Alle 2010: 125). Auch zeigen wissenschaftliche Erkenntnisse, dass gerade die Kinder mit psychisch erkrankten Eltern häufig mit besonderen Belastungen und Beeinträchtigungen konfrontiert sind. Kinder aus Familien mit psychisch erkrankten Eltern stellen somit eine besondere Risikogruppe dar (vgl. Jungbauer 2016: 9-10). Die psychische Erkrankung von Eltern ist bis heute ein oftmals tabuisierter Hochrisikofaktor für die kindliche Entwicklung. Die Risikokonstellation von Kindern psychisch erkrankter Eltern hat von Anfang an eine hohe Komplexität der Problemstellung zur Folge (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 1). Die betroffenen Kinder und Jugendlichen sind in vielfältiger Weise durch die elterliche Erkrankung betroffen. Dazu gehört einerseits das Risiko, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln, welches bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen, erhöht ist (vgl. Mattejat/Remschmidt 2008: 413;

Kupferschmid 2014: 11). Gegenüber der Gesamtbevölkerung haben sie ein deutliches erhöhtes Risiko für eigene psychische Erkrankungen aufgrund der elterlichen psychischen Erkrankung. Andererseits sind die Kinder häufig mit problematischen Familien- und Lebenssituationen und damit einhergehenden erheblichen psychosozialen Belastungsfaktoren konfrontiert, die sich gegenseitig bedingen und in Wechselwirkung miteinander stehen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 13; Mattejat/Wüthrich/Remschmidt 2000: 165; Wiegand-Grefe et al. 2011: 206). Auch kann die elterliche Erkrankung als Risikofaktor auf den elterlichen Umgang mit dem Kind wirken und damit auf die psychische Gesundheit der Kinder (vgl. Wiegand-Grefe et al. 2011: 206; Mattejat et al. 2000: 165; Gutmann 2017: 12-13). Etwa die Hälfte der betroffenen Kinder ist bereits psychisch auffällig (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 13). Nach Lenz (vgl. 2014: 83) erkrankt die überwiegende Mehrzahl der Kinder jedoch nicht selbst. Die Schwierigkeiten die sie haben, äussern sich häufig auf andere Art und Weise. So sind sie stärker auf sich gestellt, müssen mehr als andere Kinder mit dem familiären Alltag, mit ihren Problemen in der Schule oder in der Freizeit selbst fertig werden und mit ihrer Einsamkeit zurechtkommen. In dieser Situation ist es ausgesprochen schwer, die eigene Identität zu finden und zu entwickeln und es kann zu Verzögerungen in der Entwicklung kommen.

Wie weiter oben beschrieben haben Forschung und Wissenschaft mittlerweile die Bedeutung des Themas erkannt. Aber auch in der Praxis hat sich viel verbessert und es sind einige Modellprojekte und Beratungs- und Hilfsangebote zur Unterstützung der betroffenen Kinder und Familien entstanden (vgl. Gurny et al. 2007: 20; Jungbauer 2016: 9). Trotzdem kann von einer flächendeckenden Versorgung noch längst nicht die Rede sein (vgl. Jungbauer 2016: 9). Und auch die Umsetzung der Hilfen in der Praxis, in Versorgungsstrukturen und in spezifischen Angeboten für die Betroffenen ist heute noch eine Herausforderung (vgl. Kupferschmid 2014: 11). Zudem fehlt es den Fachpersonen vielfach an Wissen über psychische Erkrankungen und deren Auswirkungen. Auch besteht Nachholbedarf in Bezug auf die Kooperation der beteiligten Versorgungssysteme. Oftmals erhalten Kinder und Jugendliche konkrete Unterstützung erst dann, wenn sie selbst Verhaltensauffälligkeiten und/oder psychische Erkrankungen entwickelt haben. Präventive Massnahmen, die nötig und möglich wären, um die psychische Gesundheit und die Prognose der Kinder und Jugendlichen in ihrer schwierigen Lebenssituation zu erhalten, sind leider eine Seltenheit (vgl. Gurny et al. 2007: 7). Die Prognose der Kinder könnte jedoch deutlich verbessert werden, wenn Aufklärungsarbeit über die genetische und psychosoziale Vulnerabilität stattfindet und die Risikofaktoren der Familien- und Lebenssituation berücksichtigt und präventiv oder therapeutisch beeinflusst werden können (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 13).

1.2 Formulierung und Begründung der zentralen Fragestellung und des Erkenntnisinteresses

Aus allen den in Kapitel 1.1 erläuterten Überlegungen ergibt sich die folgende Hauptfragestellung:

Welche Folgen und Auswirkungen können elterliche psychische Erkrankungen auf Kinder haben und welche Handlungsansätze lassen sich daraus in Bezug auf Hilfen für betroffene Kinder und Familien für die Soziale Arbeit ableiten?

Mithilfe folgender Unterfragen wird versucht die Hauptfragestellung zu beantworten:

Welche Bedürfnisse in Bezug auf die Hilfen haben Kinder aus Familien mit psychisch erkrankten Eltern? Welche bereits vorhandenen Hilfsangebote gibt es für die betroffenen Familien und vor allem für die Kinder?

Ziel dieser Arbeit ist es herauszuarbeiten, welchen Auswirkungen die elterliche psychische Erkrankung auf die Kinder hat, welche Hilfsangebote bereits für diese Zielgruppe bestehen und welche Handlungsansätze für die Soziale Arbeit aus der Problematik abgeleitet werden können. Nicht zuletzt soll damit auch die Bedeutung des Themas insgesamt hervorgehoben und Fachkräfte und Lehrende auf die Thematik sensibilisiert und ein Diskurs zur Rolle der Sozialen Arbeit im Hinblick auf den Unterstützungsbedarf dieser Familien angestossen werden.

1.3 Darstellung der Relevanz für die Soziale Arbeit

Wie in Kapitel 1.1 dargestellt sind Familien, in denen Eltern eine psychische Erkrankung haben, hohen Belastungen und Anforderungen ausgesetzt (vgl. Alle 2010: 125). Wie in Kapitel 3 und 4 noch genauer auszuführen sein wird, hat die psychische Erkrankung eines Familienmitglieds, stets Auswirkungen auf das gesamte System Familie, seine innerfamiliären sozialen Beziehungen und die Lebenssituation der Familienmitglieder. Psychische Erkrankungen sind folglich Familienerkrankungen (vgl. Schone/Wagenblass 2010: 11). Psychosoziale Risikofaktoren, wie sie in Kapitel 1.2 erwähnt wurden und in Kapitel 3.2 noch ausführlicher beschrieben werden, stehen in Wechselwirkung miteinander und bedingen sich wechselseitig (vgl. Mattejat et al. 2000: 165). Es besteht bei der Risikokonstellation von Kindern psychisch erkrankter Eltern von Anfang an eine hohe Komplexität der Problemstellung. Es handelt sich dabei folglich um Familien mit mehrfach komplexen Problemlagen. Laut Hochuli Freund und Stotz (vgl. 2017: 26-27) und Avenir Social (vgl. 2014: o.S.) können in der Sozialen Arbeit drei unterschiedliche Zielbestimmungen festgemacht werden. Dies ist erstens die Bearbeitung von Problemlagen, welche von betroffenen Individuen, Familien, Gruppen oder Gemeinwesen nicht ohne fremde Hilfe gelöst werden können, sofern diese in einem politischen Entscheidungsprozess

als zu lösende Probleme anerkannt und die entsprechenden rechtlichen und materiellen Grundlagen bekannt sind. Als nächstes wäre die Bearbeitung von Problemen des Gemeinwesens, ohne dass Betroffene um Hilfe ersucht hätten. Dazu zählt unter anderem auch die Prävention und als Letztes erwähnen Hochuli Freund und Stotz (vgl. 2017: 26-27) und Avenir Social (vgl. 2014: o.S.) die Verbesserung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen. Die Soziale Arbeit beschäftigt sich mit Problemen in sozialen Lebenssituationen und der individuellen alltagsweltlich konkreten Lebenspraxis, und diese sind potentiell sehr komplex und oftmals diffus (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2017: 46). Heiner schreibt, dass die umfassende Zuständigkeit für alle Aspekte der komplexen Problemlagen der Klientel, von der zu engen Wohnung über die unzureichende Ausbildung, bis zu Ehe- und Erziehungsproblemen, kennzeichnend für die Soziale Arbeit ist (vgl. Heiner 2004: 157). Der Berufskodex der Sozialen Arbeit (vgl. Avenir Social 2010: 6) definiert als Ziele und Verpflichtungen der Sozialen Arbeit unter anderem folgende Punkte. Die Soziale Arbeit hat Lösungen für soziale Probleme zu erfinden, zu entwickeln und zu vermitteln. Ebenso hat sie soziale Notlagen von Menschen und Gruppen zu verhindern, zu beseitigen und zu lindern und sie soll Menschen begleiten, betreuen, schützen und in ihrer Entwicklung fördern, sichern und stabilisieren.

Soziale Arbeit beschäftigt sich mit der Bewältigung von sozialen Problemen im Kontext des sozialen Wandels und sozialer Beziehungen. Sowohl Schwächezustand und Schutzbedarf als auch Kindeswohlgefährdungen sind soziale Probleme, die im Besonderen von Sozialarbeitenden bearbeitet werden (vgl. Rosch/Fountoulakis/Heck 2016: 67). Kinderschutz im Kontext psychischer Erkrankungen von Eltern hat bisher wenig Aufmerksamkeit in der sozialpädagogischen Fachöffentlichkeit erfahren. Der Präsenz von psychisch erkrankten Eltern in vielen Kinderschutzfällen steht eine weitgehende Forschungslücke in der Sozialen Arbeit zur Situation von Kindern psychisch erkrankter Eltern als Adressatinnen und Adressaten der Kinder- und Jugendhilfe und zur professionellen Hilfepraxis mit psychisch erkrankten Eltern gegenüber (vgl. Loch 2014: 11). Die Verfasserin dieser Arbeit hat selbst schon im Bereich des Kinderschutzes und mit betroffenen Kindern gearbeitet, weshalb es ihr ein besonderes Anliegen ist, wie schon in Kapitel 1.2 beschrieben, dieses Thema zu bearbeiten und so auf die Situation der Kinder aufmerksam zu machen. Auch ist sie überzeugt davon, wie auch in diesem Kapitel angerissen, dass die Soziale Arbeit eine Aufgabe in diesem Bereich wahrzunehmen hat, die betroffenen Familien in ihrer Situation zu unterstützen und gegebenenfalls Lösungen, auch in Form von Hilfsangeboten, zu entwickeln.

1.4 Überblick über den Arbeitsaufbau

Das folgende Kapitel widmet sich dem Thema der psychischen Erkrankung, seiner Definition und deren Verbreitung bei Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen. In einem weiteren Kapitel wird die Verbreitung von Elternschaft bei psychisch erkrankten Eltern thematisiert. In

Kapitel drei werden die verschiedenen Risiko- und Belastungsfaktoren der betroffenen Kinder und Jugendlichen herausgearbeitet. Kapitel vier widmet sich dann den Folgen und Auswirkungen für die Kinder aus Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Ein Blick auf den Hilfebedarf und die Ressourcen der betroffenen Kinder dienen der Autorin für ein Zwischenfazit und Schlussfolgerungen für den Hilfebedarf. Dieser bildet den Abschluss des vierten Kapitels und stellt die Grundlage für die Betrachtungen der bestehenden Hilfen im fünften Kapitel dar. Die Beantwortung der Fragestellung und die Herausarbeitung von Handlungsansätzen für die Soziale Arbeit folgen anschliessend in Kapitel sechs. Ferner werden in Kapitel sieben die gewonnenen Ergebnisse reflektiert, ein Ausblick und weiterführende Fragen schliessen diese Arbeit ab.

2 Psychische Erkrankungen

Wie schon in der Einleitung beschrieben, gehören psychische Erkrankungen zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt. Das zweite Kapitel widmet sich erst einer von vielen möglichen Definitionen von psychischer Erkrankung. Die weiteren Unterkapitel handeln von der Verbreitung und der Häufigkeit von psychischen Erkrankungen bei Erwachsenen, bei Erwachsenen mit Kindern und bei Kindern und Jugendlichen.

2.1. Definition psychische Erkrankung

Laut Wittchen (vgl. 2011: 7) sind psychische Erkrankungen nicht eindeutig definiert, sondern stellen nur, nach dem aktuellen Stand der Forschung sowie für die Praxis, ein sinnvolles und nützliches Konstrukt dar, auf das sich Forscher und Praktiker als bestmögliche Lösung für eine begrenzte Zeit geeinigt haben. In den USA und in Europa werden psychische Erkrankungen auf Grundlage allgemein anerkannter Diagnostik-Klassifikationssysteme – aktuell das DSM V und das ICD 10 bestimmt (vgl. ebd.: 34, 41). Die bestehenden Klassifikationssysteme geben Symptombeschreibungen und schildern Kriterien, die für die Diagnostik einer psychischen Erkrankung notwendig sind (vgl. ebd.: 41). Gerrig und Zimbardo (vgl. 2008: 548f.) definieren eine psychische Erkrankung als Beeinträchtigungen in Emotionen, Verhalten und Denkprozessen, die sich bei den Betroffenen als Leidensdruck manifestieren und dazu führen können, dass das Erreichen wichtiger Ziele blockiert wird. Psychische Erkrankungen können allgemein als von der Norm abweichendes Verhalten und Erleben bezeichnet werden, welches vielgestaltige gesundheitliche und sozial dysfunktionale Erscheinungen hat.

Alle Menschen unterscheiden sich über ihre Lebensdauer hinweg hinsichtlich ihrer Fähigkeit, Konflikte, Belastungen und Herausforderungen des Lebens zu bewältigen. Art und Schwierigkeiten von Lebensproblemen sind nicht nur von Mensch zu Mensch unterschiedlich, sondern ändern sich auch je nach Entwicklungsphase und normativen Entwicklungsschritten, in welcher

sich dieser befindet oder die er gerade vollzieht.

Menschen, die es schaffen, sich den wechselnden Anforderungen und Herausforderungen anzupassen und den elementaren Funktionsaufgaben des Alltagslebens gerecht zu werden, werden gewöhnlich, so Wittchen (vgl. 2011: 8, 32), als psychisch gesund angesehen. Man spricht bei Vorliegen bestimmter Kriterien dann von psychischen Erkrankungen, wenn Verhaltens- und psychische Probleme die Fähigkeiten des Menschen zu oft, zu lange oder zu massiv beeinträchtigen, sodass es bei den alltäglichen Anforderungen zu Hause oder bei der Arbeit zu Schwierigkeiten kommt und wenn eine Person durch psychische und Verhaltensprobleme daran gehindert wird, gesellschaftliche, normative oder persönliche Ziele zu erreichen oder wenn die Person darunter leidet (vgl. ebd.: 8, 32). Nach Gerrig/Zimbardo (vgl. 2008: 548f.) verfügt eine Person über eine optimale psychische Gesundheit, wenn innere und äussere Einflüsse in der Weise zusammenwirken, dass die Person sich wohl fühlt, sich optimal entwickelt, von ihren (geistigen) Fähigkeiten Gebrauch machen kann und durch konstruktives Handeln ihre Ziele erreichen kann. Hingegen bedeutet minimale psychische Gesundheit, dass innere und äussere Einflüsse im Konflikt zueinanderstehen, was bei der Person zu Unbehagen, eingeschränkter oder fehlender Entwicklung der (geistigen) Fähigkeiten, Nichterreichen der persönlichen Ziele und destruktivem Verhalten führen kann. Keine Person genießt jedoch dauerhaft eine optimale oder minimale psychische Gesundheit. Psychische Erkrankungen verlaufen grundsätzlich nicht nach einem vorhersehbaren Muster und nicht gradlinig. Es ist möglich, dass es im Leben nur eine einzige Episode gibt oder sich Episoden in wechselnder Ausprägung wiederholen. Zwischen den Episoden kann unter Umständen durchaus ein normales Leben ohne jegliche Einschränkung stattfinden. Es gibt jedoch auch Verläufe mit einer steten Verschlechterung der Symptome, so dass es zu keinen ausgeglichenen und ruhigen Phasen mehr kommt. Der Zusammenhang zwischen optimaler und minimaler Gesundheit ist als Kontinuum zu verstehen, denn bei jeder Person zeigen sich zeitliche Schwankungen des Befindens. Es besteht also eine Diskontinuität psychischer Erkrankungen und diese stellen kein zeitlich stabiles Phänomen dar (vgl. Gerrig/Zimbardo: 548f.).

2.2 Verbreitung von psychischen Erkrankungen bei Erwachsenen

Psychische Erkrankungen sind keine Seltenheit, sondern kommen in der Gesamtbevölkerung häufig vor. Sie gehören zu den häufigsten Erkrankungen insgesamt. Bei vorsichtiger Schätzung kommt Matthejat (vgl. 2014: 70) auf eine Zahl von 4 bis 4,5 Millionen Erwachsene in Deutschland, die pro Jahr wegen einer psychischen Erkrankung fachliche Hilfe benötigen und wünschen. Man kann davon ausgehen, dass 30% der Erwachsenen, also in etwa jede dritte Frau und jeder dritte Mann im Laufe eines Jahres unter einer psychischen Erkrankung leiden (vgl. ebd.: 69). Bei etwa 25% dieser psychisch erkrankten Menschen, bestehen sowohl die Behandlungsnotwendigkeit als auch eine Behandlungsbereitschaft (vgl. ebd.: 70).

Zudem weisen etwa 39% der Personen, bei denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde, mehr als eine psychische Erkrankung auf. Diese Zahlen zeigen, dass psychische Erkrankungen sehr häufig vorkommen. Manchmal können die betroffenen Personen ihre Krankheit ohne fachliche Hilfe bewältigen, oft aber ist eine fachliche Hilfe unbedingt erforderlich (vgl. ebd.: 70). Andere Autoren wie zum Beispiel Lenz und Wiegand-Grefe (vgl. 2017: 1f.) und Plass und Wiegand Grefe (vgl. 2012: 18) und Lenz (vgl. 2014: 61) gehen in ihren Arbeiten von ähnlichen Zahlen aus.

Auch der bundesdeutsche Gesundheitssurvey (BGS98) aus dem Jahr 1998 und die Studie zur Gesundheit Erwachsener (DEGS1) und das Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH), veröffentlicht im Jahr 2012, kommen auf sehr ähnliche Zahlen (vgl. Jacobi et al. 2014: 77f.). Hierbei handelt es sich um methodisch besonders gut kontrollierte und differenzierte Befunde (vgl. ebd.: 72). Wenn man diese Ergebnisse zugrunde legt, erleiden etwa 30 Prozent der deutschen Bevölkerung im Laufe ihres Lebens eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung. Geht man davon aus, dass bei etwa 25 Prozent der oben angeführten Betroffenen unbedingt eine Behandlungsnotwendigkeit vorliegt, benötigen im Jahr etwa 4,5 Millionen erwachsene Menschen in Deutschland professionelle psychiatrische und/oder psychotherapeutische Hilfe. Diese Raten entsprechen denen, die in vergleichbaren internationalen Studien gefunden wurde (vgl. Jacobi et al. 2014: 77f.; vgl. Wittchen 2011: 73f.).

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes begeben sich im Verlauf eines Jahres etwa 1.7 Millionen Erwachsene in Deutschland in eine psychiatrische Behandlung (etwa 3% der Gesamtbevölkerung). Bei diesen Erhebungen wird nicht zwischen verschiedenen Erkrankungen differenziert (vgl. Sarimski 2013: 31). Patienten in ambulanter Behandlung sind nicht berücksichtigt und es muss mit einer beträchtlichen Zahl von Menschen mit psychischen Erkrankungen gerechnet werden, die sich nicht in eine fachärztliche oder psychotherapeutische Behandlung begeben (vgl. ebd.: 31). Etwa 39% der Personen, bei denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde, weist mehr als eine psychische Erkrankung auf. Die häufigsten Erkrankungen sind Angststörungen (14,5%), affektive Erkrankungen, vor allem Depressionen (11,9%), somatoforme Erkrankungen, also körperliche Beschwerden für die keine hinreichenden organischen Ursachen gefunden werden können (11%), Erkrankungen durch psychotrope Substanzen, vor allen Alkoholmissbrauch bzw. –abhängigkeit (4,5%) und psychotische Erkrankungen (2,6%) (vgl. Lenz 2014: 62, vgl. Wittchen 2011: 72f.).

Da systematische und umfassende epidemiologische Daten zur Häufigkeit und Verbreitung psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen in der Schweiz im Vergleich mit anderen Ländern nicht zur Verfügung stehen, ist der psychische Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung schwierig zu beurteilen (vgl. Schuler et al. 2016: 65). Hinweise auf Prävalenzen, d.h. auf

die Rate, mit der psychischen Erkrankungen auftreten, liefert der Schweizerische Gesundheitsbericht Obsan aus dem Jahr 2016.

Allerdings handelt es sich dabei um Selbst-Angaben der Befragten und nicht um durch Dritte gesicherte Diagnosen. Etwa 13% der Schweizer Bevölkerung gaben gemäss der Befragung des Gesundheitsberichtes an, dass sie sich psychisch mittelschwer belastet fühlen, weitere 5% fühlen sich stark belastet, was bedeutet, dass bei 18 von 100 Personen das Vorliegen einer psychischen Erkrankung wahrscheinlich ist. Frauen berichten deutlich häufiger von psychischer Belastung als Männer und weniger gut (Aus-)Gebildete geben dies häufiger an als gut (Aus-)Gebildete (vgl. ebd.:7).

2.3 Verbreitung von Elternschaft bei psychisch erkrankten Menschen

Deutschland

Wie häufig psychisch erkrankte Menschen auch Eltern sind, ist nur sehr schwer abschätzbar, da sich über die Prävalenz, das heisst über die Auftretensrate, psychisch erkrankter Eltern, bislang keine verlässlichen Angaben machen lassen (vgl. Jungbauer/Lenz 2008: 9). Die Anzahl der betroffenen Kinder ist jedoch als hoch einzuschätzen. Laut Jungbauer und Lenz (vgl. 2008: 9) kommen Studien zu unterschiedlichen Ergebnissen. So variieren die Angaben über den Anteil psychisch erkrankter Eltern mit minderjährigen Kindern zwischen 9% und 61% (vgl. ebd.: 9). Lenz schreibt dazu, dass die grossen Schwankungen darauf zurückzuführen sind, dass in den wenigen kontrollierten Studien unterschiedliche Populationen untersucht wurden. Beispielsweise waren nur weibliche Patienten oder nur bestimmte Diagnosegruppen in die Erhebung einbezogen worden (vgl. Lenz 2014: 61-62). Die zur Verfügung stehenden Zahlen über Kinder mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil gehen, wie zu Beginn des Kapitels schon erwähnt, häufig auf Schätzungen und Hochrechnungen zurück (vgl. Loch 2014: 19). Für Deutschland geht die Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendhilfe aufgrund von Hochrechnungen von zwei bis drei Millionen betroffenen Kindern aus (vgl. ebd.: 19). Aus Erhebungen in stationären Behandlungseinrichtungen ergibt sich, dass mindestens ein Drittel der Patientinnen dieser Einrichtungen Mütter von Kindern unter 18 Jahren sind. Psychisch erkrankte Menschen, die sich in ambulanter Behandlung befinden, sind nicht berücksichtigt und es muss zusätzlich von einer beträchtlichen Zahl von Eltern mit psychischen Erkrankungen ausgegangen werden, die sich nicht von Fachärzten oder Psychotherapeuten behandeln lassen (vgl. Sarimski 2013: 31). Einige Studien haben den Anteil psychisch erkrankter Eltern bei stationär aufgenommenen psychiatrischen Patienten erfasst. Diesen Arbeiten zufolge sind zwischen 17 und 45 Prozent, also rund ein Drittel aller stationären psychiatrischen Patienten, Eltern minderjähriger Kinder. Etwa die Hälfte bis zwei Drittel der Eltern lebt mit den Kindern zusammen oder hat regelmässigen Kontakt zu ihnen (vgl. Wiegand-Grefe/Mattejat/Lenz 2011: 17).

Geht man von den in Kapitel 2.2 genannten epidemiologischen Daten zur Allgemeinbevölkerung aus und nimmt wie Matthejat in einer konservativen (konservativ deshalb, weil in Kapitel 2.2 Matthejat von 30% ausgeht) Einschätzung an, dass im Verlauf eines Jahres 15% der Bevölkerung unter einer psychischen Erkrankung leiden, kann hochgerechnet werden, dass in Deutschland etwa 3 Millionen Kinder im Verlauf eines Jahres einen Elternteil mit einer psychischen Erkrankung erleben. Wenn nun von den Daten der Gesundheitsversorgung ausgegangen wird und nur die Menschen betrachtet werden, die Hilfsangebote in Anspruch nehmen, kommt man aufgrund einer neueren Studie zum Ergebnis, dass zu einem beliebigen Zeitpunkt in Deutschland 175 000 – 250 000 Kinder bei einem Elternteil leben, der sich wegen einer psychischen Erkrankung in psychiatrisch-psychosozialer Beratung bzw. Behandlung oder Betreuung befindet (vgl. Matthejat 2014: 74f.; vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 3; vgl. Wiegand-Grefe et al. 2011: 17).

Die Rate der Elternschaft bei psychisch Kranken variiert auch in Abhängigkeit von psychiatrischem Krankheitsbild und elterlichen Geschlecht. Die höchste Elternschaftsrate weisen mit knapp 70 Prozent (42% Mütter, 28% Väter) affektiv Erkrankte auf. Für Suchterkrankungen wird eine Elternschaftsrate von 55 Prozent (24% Mütter, 31% Väter) angegeben. Schizophrene Erkrankungen weisen eine Elternschaftsrate von knapp 47 Prozent (32% Mütter, 15% Väter) auf, bei den Persönlichkeitsstörungen und neurotischen Erkrankungen lässt sich eine Elternschaftsrate von 44 Prozent (33% Mütter, 11% Väter) ermitteln (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 18-19). Plass und Wiegand Grefe schreiben, dass die Elternschaftsrate psychisch Kranker allgemein aufgrund verschiedenster Faktoren, wie geringerer Fertilität und stärkerer psychosozialer Belastungen, geringer sei als in der Gesamtbevölkerung. Aufgrund verbesserter Behandlungsmöglichkeiten steige aber die Rate psychisch erkrankter Menschen, die Kinder haben, an. Für viele psychisch erkrankte Mütter stellt sich die Frage der Konsequenzen ihrer psychischen Erkrankung auf eine mögliche späterer Elternschaft schon im Hinblick auf ihren Kinderwunsch und vor der Geburt des Kindes (vgl. ebd.: 18-19). Matthejat (vgl. 2014: 74) vertritt dazu allerdings eine andere Meinung. Mehrere Studien haben nach Matthejat belegt, dass psychisch erkrankte Menschen im Durchschnitt etwa genauso häufig Kinder bekommen wie psychisch gesunde. Laut Matthejat gibt es somit keinen Unterschied in der durchschnittlichen Kinderzahl zwischen psychisch gesunden und erkrankten Menschen (vgl. ebd.: 74).

Schweiz

Nach Hochrechnungen von Gundelfinger lebten bereits vor 20 Jahren 20 000 Kinder in der Schweiz mit einem psychisch erkrankten Elternteil zusammen. Er schätzte die Tendenz als steigend ein (vgl. Gutmann 2017: 12). Dem Bundesamt für Statistik liegen keine Daten zur Situation von Kindern und Jugendlichen mit psychisch erkrankten Eltern vor. In der Schweiz muss nach vorsichtigen Schätzungen und einer Nationalfondsstudie mit mindestens 20 000

bis 50 000 Kindern und Jugendlichen gerechnet werden, die mit einem psychisch erkrankten Elternteil leben (vgl. Albermann et al. 2012: 1522; vgl. Albermann/Müller 2016: 4). Auf Schweizer Verhältnisse übertragen, würden die Berechnungen aus Deutschland, ungefähr 300 000 betroffene Kinder unter 18 Jahren ergeben (vgl. ebd.: 4). Anderen Schätzungen zufolge kommt man auf eine Zahl von 50 000 Kindern in der Schweiz, die von einer psychischen Erkrankung der Mutter oder des Vaters betroffen sind (vgl. Gurny et al. 2007: 15).

2.4 Verbreitung von psychischen Erkrankungen bei Kindern

Deutschland

Befunde zur Verbreitung psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter variieren stark in der ermittelten Auftretensrate, die in der Fachsprache auch als Prävalenz bezeichnet wird. Übersichtsarbeiten kommen zu Häufigkeiten psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, die zwischen 10 und 20% aller Kinder liegen (vgl. Petermann 2005: 48; vgl. Wiegand-Grefe et al. 2011: 145). Nach Petermann (vgl. ebd.: 48) liegt in Deutschland die in einem systematischen Literaturüberblick ermittelte durchschnittliche Häufigkeit psychischer Auffälligkeit bei Kindern bei etwa 17%. Etwa jedes fünfte bis zehnte Kind, bzw. jeder fünfte bis jeder zehnte Jugendliche, leidet zu einem gegebenen Zeitpunkt unter einer psychischen Erkrankung. Altersbezogen ermittelt Petermann, dass sich für Kinder im Vorschulalter eine Häufigkeit psychischer Erkrankungen von 10,2% ergibt, für das spätere Kindesalter von 13,3% und für das Jugendalter von 16,5%.

Lenz und Wiegand-Grefe (vgl. 2017: 2-3) gehen nach einer anderen aktuellen Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zufolge davon aus, dass sich bei jedem fünften Kind (20,2%) zwischen 3 und 17 Jahren Hinweise auf psychische Erkrankungen zeigen. Jungen (23,4%) sind dabei häufiger betroffen als Mädchen (16,9%). Bei 12,4% der Kinder und Jugendlichen sind zusätzlich deutliche Beeinträchtigungen im familiären und sozialen Umfeld festzustellen (vgl. ebd.: 2-3). Die häufigsten psychischen Erkrankungen im Kindesalter sind externalisierende Erkrankungen wie ADHS, Erkrankungen mit oppositionellem Trotzverhalten, Erkrankungen des Sozialverhaltens und Angststörungen. Insgesamt zeigt sich eine vergleichbare Häufigkeit von emotionalen Störungsbildern, vor allem von Angststörungen und Depressionen. Im Jugendalter treten vermehrt depressive Erkrankungen, Essstörungen und Erkrankungen durch Substanzkonsum auf. Vom Kindes- zum Jugendalter nehmen die Häufigkeiten von Ausscheidungsstörungen und Trennungsangst sowie von ADHS ab (vgl. Petermann 2005: 50; vgl. Wiegand-Grefe et al. 2011: 145).

Schweiz

Für die Schweiz gibt es keine aktuelle epidemiologische Studie über die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Aus diesem Grund

werden bis heute die Referenzwerte einer Zürcher Studie aus dem Jahre 1994 zitiert. Dabei handelt es sich aber nicht um eine schweizweite Studie, sondern sie ist auf den Kanton Zürich beschränkt (vgl. Von Wyl et al. 2017: 62). Daher werden die Zahlen hier in dieser Arbeit nicht erwähnt. Laut Albermann et al. (vgl. 2012: 1521) zählen psychische Erkrankungen mit einer durchschnittlichen Häufigkeit von 17-22,5% zu den verbreitetsten Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Bei etwa jedem fünften Kind oder Jugendlichen der Bevölkerung bestehen psychische Auffälligkeiten, bei etwa 5-10% besteht eine behandlungsbedürftige seelische Erkrankung. Die häufigsten Erkrankungen sind Angststörungen (10,4%), dissoziale-aggressive Erkrankungen (7,5%), sowie depressive Erkrankungen und ADHS (jeweils 4,4%). Der aktuelle Monitoringbericht zur psychischen Gesundheit in der Schweiz enthält keine Daten zu den unter 15-jährigen Kindern und Jugendlichen (vgl. ebd.: 1522). Kinder, die sich aufgrund einer schweren psychischen Belastung in Beratung oder Behandlung befinden, stammen häufig aus Familien, in denen auch die Eltern von psychischen Belastungen oder Erkrankungen betroffen sind (vgl. Albermann/Müller 2016: 4).

2.5 Allgemeines und spezifisches psychiatrisches Erkrankungsrisiko von betroffenen Kindern

Wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass bei Kindern psychisch erkrankter Eltern ein deutlich erhöhtes Risiko besteht, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln (vgl. Mattejat 2014: 78; vgl. Lenz 2014: 17; vgl. Mattejat et al. 2011: 18; vgl. Jungbauer 2016: 15). Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ist das Risiko, je nach Erkrankung des Elternteils, um das 2- bis 10-fache erhöht (vgl. Mattejat et al. 2011: 17; vgl. Mattejat 2014: 79-82). Albermann et al. (vgl. 2012: 1521) sind der Meinung, dass es mittlerweile als gesichert angenommen werden kann, dass das Risiko einer psychischen Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen durch die psychische Erkrankung eines Elternteils, um das Zwei- bis Dreifache gegenüber der gesunden Allgemeinbevölkerung erhöht ist. Plass und Wiegand-Grefe (vgl. 2012: 20) schreiben, dass in einer diagnoseübergreifenden Studie bei den Kindern psychiatrisch erkrankter Eltern gegenüber der Gesamtbevölkerung eine drei- bis siebenfach erhöhte psychische Auffälligkeitsrate gefunden wurde. Der Hauptrisikofaktor für die Kinder liegt jedoch nicht in der psychischen Erkrankung des Elternteils, sondern vielmehr in den damit assoziierten psychosozialen Belastungen der Familie (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 20, vgl. Mattejat 2000: 165). Untersuchungen zeigen, dass Kinder, die psychiatrisch und psychotherapeutisch behandelt werden, häufig aus Familien stammen, in denen ein Elternteil oder beide Elternteile psychisch erkrankt sind. Eine Datenerhebung an der Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie der Universität Marburg, die von 1998 bis 2002 durchgeführt wurde, ergab, dass in etwa die Hälfte der psychisch kranken Kinder bzw. Jugendlichen bei einem psychisch kranken Elternteil aufwuchs (vgl. Jungbauer 2016: 17). Am häufigsten wurden substanzbezogene Erkrankungen (20%), neurotische

und somatoforme Erkrankungen (13%) sowie affektive Erkrankungen (12%) bei den Eltern festgestellt. Besonders hohe Morbiditätsraten, das heisst Erkrankungsrate, zeigen sich bei den Eltern von Kindern mit Erkrankungen des Sozialverhaltens (vgl. Lenz 2014: 17). Betrachtet man die vorliegenden Befunde der Risikoforschung über die Art der elterlichen Erkrankung sowie Form und Ausmass der kindlichen Erkrankungen, so wird deutlich, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit klinisch relevanter psychischer Beeinträchtigung der Kinder, über verschiedene elterliche Diagnosen hinweg, ähnlich hoch ist (vgl. Lenz 2010: 12). Einige Autoren, unter anderem Mattejat (vgl. 2014: 78) und auch Lenz und Brockmann (vgl. 2013: 19f.), unterteilen das Erkrankungsrisiko in ein allgemeines und in ein spezifisches Erkrankungsrisiko. Kinder von psychisch kranken Eltern entwickeln im Verlauf ihrer Kindheit relativ häufig psychische Auffälligkeiten bzw. Erkrankungen. Bis zu 60% der Kinder aus Familien mit psychisch erkrankten Eltern entwickeln im Verlaufe ihrer Kindheit und Jugendzeit irgendeine psychische Auffälligkeit oder Erkrankung. Dies wird in der Wissenschaft als das allgemeine psychiatrische Erkrankungsrisiko bezeichnet. Für Kinder psychisch erkrankter Eltern ist es, auch im weiteren Verlauf ihres Lebens, somit relativ hoch. Das Risiko dieselbe psychische Erkrankung, auch als das spezifische Erkrankungsrisiko bekannt, zu entwickeln, ist bei den Kindern ebenfalls erhöht. Man muss jedoch festhalten, dass die überwiegende Mehrheit, nämlich rund 90% der Kinder, von schizophrenen oder depressiven Eltern im Verlauf ihres Lebens nicht dieselbe Krankheit wie ihre Eltern entwickeln. Das heisst, das spezifische Erkrankungsrisiko ist absolut noch relativ gering mit 10%, obwohl es im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich erhöht ist (vgl. Mattejat 2014: 78; vgl. Lenz/Brockmann 2013: 19f.). Sehr klar kann das erhöhte Erkrankungsrisiko bei den psychotischen und affektiven Erkrankungen aufgezeigt werden. Bei schweren affektiven Erkrankungen beträgt das Lebenszeitrisiko in der Allgemeinbevölkerung etwa 6%. Das Erkrankungsrisiko ist bei Kindern von Eltern mit einer affektiven Erkrankung im Vergleich zur Gesamtbevölkerung verdoppelt. Wiederum können wir also feststellen, dass die grosse Mehrheit der Kinder affektiv erkrankter Eltern im Verlaufe ihres Lebens selbst nicht erkrankt (vgl. Lenz/Brockmann 2013: 19f.).

3 Risikofaktoren/Belastungsfaktoren

In wissenschaftlichen Untersuchungen konnten verschiedene Einflussfaktoren, die eine psychische Erkrankung begünstigen, identifiziert werden. Es handelt sich dabei um genetische Einflüsse und um Umweltfaktoren, auch als psychosoziale Einflüsse bekannt (vgl. Albermann et al. 2012: 1522). Die elterliche psychische Erkrankung stellt für sich alleine keinen ausreichenden Risikofaktor dar. Das Risiko einer Erkrankung des Kindes ist jedoch erhöht, wenn zur Erkrankung des Elternteils noch weitere Belastungsfaktoren hinzukommen, die auch bei psychisch unauffälligen Eltern das Gefährdungsrisiko für die Kinder erhöhen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 20).

Schwere psychische Erkrankungen begünstigen das Auftreten von Belastungsfaktoren, wie eheliche Konflikte, familiäre Disharmonien, Scheidung, Störung der Eltern-Kind-Beziehung, inadäquate soziale Unterstützung und soziale Isolation, sowie eingeschränkte objektive Lebensbedingungen wie Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme und problematische Wohnverhältnisse. Belastende Lebensereignisse wirken generell als Stressor und beeinflussen die psychosozialen Entwicklungsbedingungen der Kinder (vgl. Lenz 2010: 12-13; vgl. Mattejat 2014: 84). Eine Studie von Gurny et al. (vgl. 2007: 140) kommt zum Schluss, dass mangelnde Alltagsstrukturierung, sowie Paarkonflikte in jeder zweiten Familie vorkommen. Mehr als jede dritte Familie ist von Erwerbslosigkeit und/oder physischer oder psychischer Gewalt und/oder Isolation und/oder Vernachlässigung betroffen. In jeder vierten Familie herrscht Armut. Einige wenige Familien sind überschuldet und in einer Familie der Studie kommt sexuelle Gewalt vor. Für eine Gefährdung der psychischen Gesundheit bei Kindern psychisch erkrankter Eltern werden zusammenfassend elterliche-familiäre, kindbezogene und psychosoziale Faktoren als bedeutsam angegeben (Mattejat et al. 2000: 164f.). Viele psychische Erkrankungen beeinträchtigen die Eltern substantiell in ihrer Elternrolle und führen zu einer Kumulation von Belastungsfaktoren (vgl. Gurny et al. 2007: 104) in der Familie, deren Auswirkungen sich gegenseitig beeinflussen und die sich nicht nur addieren, sondern multiplizieren (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 35; vgl. Jungbauer 2016: 11; vgl. Mattejat 2014: 86; vgl. Lenz 2014: 43). Die Eltern-Kind-Beziehung, Erziehungsfunktionen sowie die elterliche Paarbeziehung stellen zum einen entscheidende Schutzfaktoren dar, werden zum anderen zu Risikofaktoren für die Entwicklung der Kinder, wenn es zu Beeinträchtigungen in diesen Bereichen kommt (vgl. Lenz 2014: 190).

In den nachfolgenden Kapiteln werden einige der oben bereits erwähnten Belastungsfaktoren ausführlicher beschrieben.

3.1 Genetische Faktoren

Die Heritabilität, das heisst die Vererblichkeit, gibt an, zu wieviel Prozent eine psychische Erkrankung genetisch verursacht ist. Verschiedene Studien gelangen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Es können deswegen nur ungefähre Angaben gemacht werden. Trotzdem ist eine klare Struktur erkennbar. Die Forschungsergebnisse weisen einen wichtigen genetischen Einfluss bei der Entstehung psychischer Erkrankungen nach. Dennoch dürfen sie nicht in dem Sinne interpretiert werden, dass bei einer hohen Vererbbarkeit die psychische Erkrankung nicht beeinflusst werden kann. Vielmehr belegen wissenschaftliche Studien, dass sich Genetik- und Umwelteinflüsse gegenseitig beeinflussen. Es wird davon ausgegangen, dass bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen sowohl genetische Faktoren, als auch Umweltfaktoren in unterschiedlicher Gewichtung beteiligt sind. Es bleibt festzuhalten, dass genetische Einflüsse bei der Entwicklung psychischer Erkrankungen zwar eine Rolle spielen. Jedoch wird

ausschliesslich eine Vulnerabilität, das heisst eine Verletzlichkeit, vererbt. Eine determinierende Wirkung genetischer Faktoren kann ausgeschlossen werden. Die weitere Entwicklung, insbesondere die Entwicklung einer psychischen Erkrankung, hängt stark von Umweltfaktoren bzw. psychosozialen Faktoren ab. Daher sind die Umweltbedingungen, und zwar im positiven wie im negativen Sinn, für die Risikogruppe Kinder psychisch erkrankter Eltern besonders relevant (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 33f.; vgl. Lenz 2010: 4-5; vgl. Matthejat 2014: 82f.; vgl. Matthejat et al. 2011: 18).

3.2 Psychosoziale Faktoren

Unter dem Begriff psychosoziale Belastungsfaktoren werden kindbezogene individuelle, elterliche, familiäre und auch allgemeine psychosoziale Faktoren verstanden, welche die unmittelbaren sowie erweiterten sozialen, sozioökonomischen und soziokulturellen Lebensumstände beinhalten (vgl. Lenz 2014: 39). In Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil sind, wie schon in der Einleitung zu Kapitel 3 erwähnt, fast alle wichtigen psychosozialen Belastungen, die auch das Erkrankungsrisiko für psychische Erkrankungen bei Kindern in der Allgemeinbevölkerung erhöhen, deutlich überrepräsentiert (vgl. ebd.: 41; vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 44; vgl. Matthejat 2014: 85; vgl. Lenz 2010: 5-6).

In den nachfolgenden zwei Unterkapiteln werden einige der oben aufgezählten Risiko-, bzw. Belastungsfaktoren, detaillierter dargestellt.

3.2.1 Risikofaktoren der Eltern

Krankheitsbezogene Faktoren

Bestimmte Merkmale der elterlichen Erkrankung sind mit einem besonders hohen Entwicklungsrisiko für die Kinder verbunden. Dazu gehören die Diagnose, die Komorbidität, der Schweregrad der Erkrankung und die Chronizität. Auch die subjektiv erlebte elterliche Belastung und die Krankheitsverarbeitung gelten als Risikofaktoren (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 35f.). Die Art und Angemessenheit der Krankheitsbewältigung durch die Eltern und die übrigen Familienangehörigen, ist weiterer wichtiger Umweltfaktor, der den Entwicklungsverlauf der Kinder beeinflusst. Die Belastungen für die Kinder sind umso gravierender, je weniger es den Familienangehörigen gelingt, im Alltag mit der Erkrankung angemessen umzugehen (vgl. Lenz 2008: 13).

Bindungsverhalten

Die Bindungstheorie beschäftigt sich mit den Ursachen der menschlichen Neigung, enge emotionale Beziehungen einzugehen und mit den Folgen, die Unterbrechungen oder Beeinträchtigungen dieser engen emotionalen Beziehungen für die psychische Gesundheit und die weitere Entwicklung haben (vgl. Zimmermann et al. 2000: 302).

Die Bindungstheorie ist als klinische Entwicklungstheorie entwickelt und zunächst von der Entwicklungspsychologie aufgegriffen worden (vgl. ebd.: 302). Zimmermann et al. (vgl. 2000: 302) definieren Bindung als eine lang andauernde, enge emotionale Beziehung zu bestimmten Personen, die Schutz oder Unterstützung bieten können. Bindung stellt folglich einen spezifischen Aspekt der Beziehung zwischen Eltern und Kindern dar, die sich auf die emotionale Qualität der Eltern-Kind-Beziehung bezieht. Eine sichere Bindung ist für eine positive, vertrauensvolle Entwicklung und die spätere Bindungsqualität des Kindes sehr wichtig (vgl. Grossmann/Grossmann 2012: 70f.; vgl. Scheithauer/Petermann/Niebank 2000: 28-29). Ein verlässliches Mass an positiver emotionaler Zuwendung, feinfühligem Umgang und Akzeptanz bildet die Basis für diese zeitlich, stabile, emotionale Beziehung. Die Bedeutung der Bindungsbeziehungen zwischen Eltern und Kindern sowohl für die gesunde kindliche Entwicklung, als auch für die Entstehung und Weitergabe psychischer Erkrankungen, konnte in der Bindungsforschung belegt werden (vgl. Grossmann/Grossmann 2012: 67f.). Eine sichere Eltern-Kind-Bindung gilt somit als wichtiger Schutzfaktor für die weitere emotionale, psychosoziale und kognitive Entwicklung des Kindes (vgl. Petermann 2000: 310). Die Passung des Mutter-Kind-Systems, die flexibel die Individualität des Säuglings und der Mutter einbeziehen muss, ist allerdings störungsanfällig. Mangelndes soziales, psychisches und körperliches Wohlbefinden der Mutter kann Störungen der Mutter-Kind-Passung begünstigen (vgl. Grossmann/Grossmann 2012: 106). Je jünger das Kind ist, desto wichtiger ist die Einfühlsamkeit des Elternteils in dessen Bedürfnisse. Die elterliche Fähigkeit, kindliche Kommunikationssignale aufmerksam wahrzunehmen, richtig zu interpretieren, sowie prompt und angemessen darauf zu reagieren, bildet die Voraussetzung dafür, dass Kinder eine sichere Bindung zu ihren Bezugspersonen entwickeln (vgl. Logoz Zulauf/Imhof Nielsen 2016: 25). Diese Fähigkeit wird auch Feinfühligkeit genannt (vgl. Plattner 2017: 21-22). Es gibt viele Untersuchungen, die zeigen, wie sehr die Fähigkeit einer Mutter, feinfühlig zu sein, beeinflusst wird von Faktoren wie Armut und Stress, der Qualität ihrer Beziehung zum Vater des Kindes, der Unterstützung, die sie von anderen erhält, ihrer eigenen psychischen Verfassung und nicht zuletzt von den Hoffnungen, die sie in das Kind gesetzt hat (vgl. Grossmann/Grossmann 2012: 129). Eine mangelnde Feinfühligkeit dem Baby gegenüber führt dazu, dass die betroffenen Frauen die Bedürfnisse ihres Kindes schlechter wahrnehmen, was zu Vernachlässigung oder aggressivem Verhalten gegenüber dem Kind führen kann (vgl. Gurny et al. 2017: 13; vgl. Deneke/Lüders 2003: 177). Die Feinfühligkeit, die kindlichen Signale wahrzunehmen, sie richtig zu interpretieren sowie prompt und angemessen darauf zu reagieren, ist eingeschränkt. Reduziert sind beispielsweise Blickkontakt, Lächeln, Sprechen, Imitieren, Streicheln und Interaktionsspiele. Mangelnde Wärme und unzureichende Sensitivität, was zu einer problematischen Eltern-Kind-Beziehung führen kann, wirken sich negativ auf die Entwicklung von Kindern aus (vgl. Petermann/Petermann 2006: 3).

Die frühe, präverbale Mutter-Kind-Beziehung hat fundamentale Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung bis ins Erwachsenenalter (vgl. Plattner 2017: 105). Hingegen fördert eine ausreichende gute mütterliche Fürsorge in der frühen Kindheit die seelische Gesundheit des Kindes bis ins Erwachsenenalter. Denn der Säugling reagiert sensitiv auf die mütterliche emotionale Befindlichkeit (vgl. Ramsauer 2011: 172). Von Bindungstheoretikern wird vermutet, dass eine gestörte Mutter-Kind-Bindung z.B. durch mangelnde Erreichbarkeit, Grundstrukturen legt, die eine spätere Erkrankung des Kindes wahrscheinlicher macht (vgl. Gutmann 2017: 13). Für die soziale Anpassung, Kooperation mit den Eltern und die Emotionsregulation ist die Entwicklung einer sicheren Mutter-Kind-Bindung in den ersten zwei Lebensjahren wesentlich. Im Kontext einer mütterlichen psychischen Erkrankung ist diese Bindung besonders störanfällig. Kleinkinder depressiv erkrankter Mütter zeigen im 12. und 18. Lebensmonat gehäuft eine unsichere Bindung. Es finden sich später schlechtere Beziehungen zu Gleichaltrigen, mehr aggressive Symptome sowie eine allgemeine Fehlanpassung und Entwicklungsverzögerungen (vgl. Ramsauer 2011: 179). Die Kinder aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil haben ein erhöhtes Risiko hochunsichere bzw. desorganisierte Bindungsmuster zu entwickeln. Dies erhöht das Risiko für frühkindliche Regulationsstörungen und die Wahrscheinlichkeit für spätere Verhaltensauffälligkeiten und Erkrankungen des Kindes (vgl. Scheithauer et al. 2000: 30; vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 94; vgl. Ludwig-Körner/Koch 2005: 739; vgl. Lenz 2014: 201).

Die erkrankten Mütter verfügen häufig lediglich über ein emotional eingengegtes kommunikatives Repertoire, das durch die geringe Responsivität, wenig emotionale Beteiligung und vermehrt negative Gefühle und Feindseligkeit gekennzeichnet ist. Sie sind emotional, kognitiv und oder verhaltensbezogen gehemmt und blockiert darin, kindliche Bedürfnisse zu erkennen und angemessen sensitiv zu beantworten. Belastend kommt hinzu, dass psychisch erkrankte Mütter gehäuft eigene unsichere oder desorganisierte Bindungsrepräsentationen aufweisen, die wiederum die Bindungsqualität der Kinder beeinflussen (vgl. Deneke/Lüders 2003: 176).

Eltern-Kind-Interaktion

Im Gegensatz zum Begriff der Bindung bezeichnen Beziehung oder Interaktion den Alltagsaspekt der jeweiligen Eltern-Kind-Beziehung / Interaktion (vgl. Plattner 2017: 22). Der Aufbau neuer Beziehungen des heranwachsenden Kindes ist im Wesentlichen durch die ersten Bindungserfahrungen (vgl. dieses Kapitel Abschnitt Bindung) geprägt (vgl. ebd.: 22). Laut Plass und Wiegand-Grefe (vgl. 2012: 38) zeigen psychisch erkrankte Eltern im Umgang mit ihren Kindern eine Reihe von Einschränkungen. Leiden Eltern unter einer psychischen Erkrankung, verändert dies ihre Wahrnehmung der Umwelt insgesamt, somit beeinflusst es auch die Interaktion mit dem eigenen Kind. Das wiederum führt im Umgang mit den Kindern zu einer Reihe von Einschränkungen (vgl. Logoz Zulauf/Nielsen Imhof 2016: 25).

Dazu zählen elterliche Interaktionsdefizite wie mangelnde Ansprechbarkeit, eher passives Verhalten, eine begrenzte Ausdrucksfähigkeit, sowie Formen der emotionalen Nicht-Erreichbarkeit. Dies wirkt sich direkt in der Beziehung zu den Kindern aus. Je nach Zeitpunkt und Dauer der psychischen Erkrankung hat dies einen spezifischen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes (vgl. Kapitel 4, vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 38). Im Kontakt mit ihren Kindern zeigen psychisch erkrankte Eltern weniger Interesse und emotionale Beteiligung, erweisen sich als weniger einfühlsam (vgl. Abschnitt Bindungsverhalten), äussern den Kindern gegenüber vermehrt negative Gefühle und Feindseligkeiten, verhalten sich eher passiv und zeigen ein eingegrenzt kommunikatives Repertoire (vgl. Lenz 2010: 5-6). Erkrankungen der Eltern-Kind-Interaktion, wie sie unter anderem bei elterlichen psychischen Erkrankungen vorliegen können, weisen ebenso wie eine Störung der Bindung (vgl. Abschnitt Bindungsverhalten) auf eine mögliche Gefährdung der psychischen Entwicklung des Kindes hin. Eine Beeinträchtigung der Interaktion weist auf eine vorübergehende oder anhaltende Erkrankung der Eltern-Kind-Beziehung und damit eine Gefährdung der kindlichen psychischen Entwicklung hin. Psychische Krankheiten der Eltern können die Interaktion beeinträchtigen, müssen dies aber nicht (vgl. Deneke/Lüders 2003: 172). Eine fehlende Anregung in der Mutter-Kind-Kommunikation wirkt sich auch auf die Sprachentwicklung der Kinder aus (vgl. Sarimski 2013: 34). Psychisch erkrankte Eltern sind oftmals nicht in der Lage, den emotionalen Austausch mit dem Kind herzustellen bzw. aufrechtzuerhalten, um dem Kind das Gefühl von Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln (vgl. Lenz 2014: 201). Depressive und schizophrene Mütter äussern sich häufiger negativ dem Kind und anderen Familienmitgliedern gegenüber, reagieren weniger unmittelbar und positiv auf die Aufmerksamkeitssuche ihrer Kinder und zeigen einen reduzierten affektiven Ausdruck und erhöhte Feindseligkeit (vgl. Scheithauer et al. 2000: 30; vgl. Mattejat/Remschmidt 2008: 414).

Ehekonflikte

Eine konfliktreiche elterliche Beziehung stellt nicht nur eine Belastung für alle Familienmitglieder, sondern auch einen relevanten Risikofaktor für die Kinder psychisch erkrankter Eltern dar. So ist bei Mattejat (vgl. 2014: 86) zu lesen, dass Konflikte zwischen den Eltern in Familien mit psychisch kranken Eltern deutlich häufiger vorkommen. Auch verlaufen sie schwerer als in Partnerschaften von gesunden Partnern. Psychisch erkrankte Menschen geben eine signifikant geringere Partnerschaftszufriedenheit an, ebenso ist die Scheidungsrate erhöht (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 38). Diese Befunde sind von grosser Bedeutung, weil vielfach nachgewiesen wurde, dass chronische Eheprobleme generell für die Entwicklung von Kindern einen Belastungsfaktor darstellen und das Risiko für eine psychische Erkrankung der betroffenen Kinder erhöhen (vgl. Lenz 2014: 208; vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 38). Nicht selten kommt es durch die beschriebenen Paarkonflikte in Familien mit psychisch erkrankten Eltern

zu Trennung oder Scheidung. Dies hat eine Familienkonstellation zur Folge, in der ein Elternteil allein für die Erziehung der Kinder verantwortlich ist. Auch dieser Umstand vergrössert das Risiko, dass betroffene Kinder psychische Auffälligkeiten entwickeln (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 38-39).

Erziehungskompetenz

Einen weiteren belastendem Umweltfaktor stellen Einschränkungen in der Erziehungskompetenz bei psychisch erkrankten Eltern dar (vgl. Lenz 2010: 5-6). Zahlreiche Studien weisen auf eine Relevanz der Erziehungskompetenz und der Eltern-Kind-Beziehung für eine positive Entwicklung des Kindes hin (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 39-40). Nach Petermann und Petermann (vgl. 2006: 1f.) beschreibt Erziehungskompetenz die Herstellung einer optimalen Passform zwischen den altersgemässen Bedürfnissen des Kindes und der Gestaltung der kindlichen Umwelt durch die Eltern. Sie basiert auf dem Bemühen der Eltern, eine förderliche Familieninteraktion zu ermöglichen. Als Komponenten der Erziehungskompetenz werden betrachtet: Beziehungsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Fähigkeit zur Grenzsetzung, Förderfähigkeit, Vorbildfähigkeit und die Fähigkeit zum Alltagsmanagement. Anders gesagt bedeutet dies, dass die Eltern in der Lage sein müssen, die Bedürfnisse des Kindes nach körperlicher Versorgung, Schutz und Vorbildfunktion zu erfüllen. Sie müssen dem Kind als stabile und positive Vertrauensperson dienen und dem Kind ein Mindestmass an Regeln und Werten vermitteln, sowie dem Kind grundlegende Lebenschancen ermöglichen (vgl. Lenz 2010: 5-6). Lenz bezeichnet dies als Erziehungsfähigkeit. Diese beinhaltet nach Lenz die Bereiche der elterlichen Fürsorge, Betreuung und Eltern-Kind-Beziehung (vgl. ebd.: 5-6). Laut Petermann und Petermann (vgl. 2006: 2) ist Erziehungskompetenz jedoch nicht nur auf die Eltern bezogen, sie kann auf alle wichtigen Bezugspersonen eines Kindes bezogen werden.

Eine Reihe von Studien belegen moderate bis starke Einschränkungen der Erziehungsfähigkeit bei Eltern mit einer psychischen Erkrankung und zeigen den negativen Einfluss auf den Entwicklungsverlauf von Kindern auf (vgl. Lenz 2008: 17-19). Auch Petermann, Petermann und Franz (vgl. 2010: 1f.) konstatieren, dass bei psychisch erkrankten Eltern die Erziehungskompetenzen häufig eingeschränkt sind. Allerdings ist nicht bei allen Müttern oder Vätern mit einer psychischen Erkrankung die Erziehungsfähigkeit entscheidend eingeschränkt (vgl. Gutmann 2017: 9). Eine unzureichende Erziehungskompetenz bildet ein zentrales Entwicklungsrisiko für die betroffenen Kinder, wobei durch die extremen familiären Bedingungen, welche die psychische Erkrankung eines Elternteils darstellt, das Risiko besonders gross ist (vgl. Petermann et al. 2010: 1). Anders gesagt bedeutet dies, dass psychisch erkrankte Eltern, unabhängig von der Diagnose, in der Ausübung der elterlichen Funktion als Erziehende häufig beeinträchtigt sind (vgl. Müller 2008: 145). Diese Beeinträchtigungen können sich in einem Mangel an Durchsetzungsfähigkeit und Erziehungssicherheit, mangelnder Berechenbarkeit und

Desorganisation äussern. Zudem greifen Betroffene eher zu nicht angemessenen Disziplinierungsmassnahmen und verstärken unerwünschtes Verhalten (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 39-40). Viele psychisch erkrankte Eltern sind unsicher und verunsichert in ihrem Erziehungsverhalten. Sie erleben sich als unfähig ihre Kinder richtig zu erziehen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 39-40). Auch schätzen sie sich als weniger kompetent ein und haben Schuldgefühle (vgl. Plass/Wiegand/Grefe: 39-40; vgl. Müller 2008: 145).

Fasst man die Befunde zur Erziehungskompetenz, zum Erziehungsstil, zur Bindung und Eltern-Kind-Beziehung von psychisch kranken Eltern zusammen, wird deutlich, dass eine elterliche psychische Erkrankung erhebliche negative Auswirkungen auf das Kind haben kann.

3.2.2 weitere Risikofaktoren

Kindbezogene Faktoren

Zu den kindbezogenen Faktoren gehören neben der Intelligenz und Leistungsfähigkeit, auch soziale und emotionale Kompetenz sowie das Temperament (vgl. Lenz 2014: 40). Plass und Wiegand-Grefe (vgl. 2012: 43) weisen darauf hin, dass ebenso das Alter und das Geschlecht des Kindes eine Rolle spielen. Als risikoe erhöhend gelten auf Seiten der Kinder verminderte Intelligenz und Leistungsfähigkeit, geringe soziale Kompetenzen, geringe kommunikative Fähigkeiten, geringes Selbstwertgefühl, emotionale Instabilität, antisoziales Verhalten, Passivität, soziale Ängste und Rückzugstendenzen (vgl. ebd.: 43).

Transgenerationale Weitergabe

Nicht selten beobachtet man in Familien mit psychisch erkrankten Eltern eine Familiengeschichte, in der über Generationen hinweg psychische Erkrankungen vermehrt vorkommen. Diese transgenerationale Weitergabe psychischer Erkrankungen, an der wie in den vorhergehenden Kapiteln beschrieben, sowohl genetische als auch psychosoziale Faktoren beteiligt sind, stellt ein weiteres erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten der Kinder dar. Ein besonders hohes Erkrankungsrisiko weisen Kinder auf, deren Eltern beide psychisch erkrankt sind (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 41).

Die Berücksichtigung der elterlichen Erkrankung als zentrales Kriterium erfordert eine familiäre, häufig über die Elterngeneration hinausgehende, transgenerationale Betrachtungsweise, die oftmals ein komplexes, von vielen psychiatrischen Erkrankungen und Traumatisierungen über mehrere Generationen geprägtes Beziehungsgefüge zum Gegenstand hat (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 1; Plass/Wiegand-Grefe 2012: 18).

Familiendynamik und familiäres Klima

Die Art der familiären Krankheitsbewältigung stellt ebenfalls einen Risikofaktor dar, vor allem,

wenn sie mit einer Tabuisierung der Erkrankung oder einem Redeverbot einhergeht. Genauer wird darauf noch in Kapitel 4.3.4 eingegangen werden. Geheimnisse können das emotionale Klima von Familien tiefgreifend beeinflussen. Auch geht die psychische Erkrankung von Eltern häufig mit einer Beeinträchtigung der Familiendynamik und der familiären Beziehungsgestaltung einher. Häufig kommt es zu problematischen Eltern-Kind-Beziehungen oder –Interaktionen (vgl. Kapitel 3.2.1), zu mangelnder Kommunikation in der Familie (vgl. Kapitel 4.3.4), einem fehlenden Familienzusammenhalt sowie einem konfliktbehafteten Familienklima (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 41-42; vgl. Müller 2008: 145). Ein weiterer familiärer Risikofaktor ist, wie in Kapitel 3.2.1 beschrieben, unter anderem Disharmonie der Eltern. Psychisch erkrankte Mütter sind ausserdem häufig alleinerziehend, was in Kombination mit einer schweren psychischen Belastung zu Überforderung in Bezug auf die Bewältigung des Alltags führen kann (vgl. Gutmann 2017: 13).

Sozioökonomische und soziokulturelle Faktoren

Neben den kindbezogenen Faktoren stellen sozioökonomische und soziokulturelle Aspekte, wie finanzielle Probleme und Schulden, Armut, Arbeitslosigkeit und schwierige Wohnverhältnisse, gravierende Belastungsfaktoren dar (vgl. Lenz 2014: 41; vgl. Lenz/Brockmann 2013: 30; vgl. Jungbauer 2016: 11; vgl. Mattejat et al. 2011: 18; vgl. Mattejat 2014: 84). Studien zufolge sind mindestens ein Drittel der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil von Armut und unzureichenden Wohnverhältnissen betroffen. Damit sind viele Kinder von psychisch erkrankten Eltern von Armut und unzureichenden Wohnverhältnissen betroffen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 44; vgl. Mattejat et al. 2000: 165). Die Familien leben häufig in sozialer Randständigkeit oder sogar Isolation. Die psychische Erkrankung, aber auch andere Eigenschaften der Familie, können zu Diskriminierung und Ausgrenzung führen. Daraus resultiert, dass Familien mit psychisch erkrankten Eltern häufig ein unzureichendes oder fehlendes soziales Unterstützungssystem haben, worauf in Kapitel 4.3.3 noch ausführlicher eingegangen wird (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 44-45). Die psychisch erkrankten Eltern verfügen häufig über einen niedrigen Ausbildungsstand und/oder Berufsstand, was wiederum einen direkten Bezug hat zu den Risikofaktoren Armut und soziale Ausgrenzung (vgl. ebd.: 45; vgl. Lenz 2005: 45; vgl. Gurny et al. 2007: 112).

4 Auswirkungen und Folgen für die Kinder von psychisch kranken Eltern

Aktuelle Studien zur Gefährdung von Kindern, deren Eltern psychisch erkrankt sind, zeigen überstimmend höhere Entwicklungsrisiken und auch ein erhöhtes Risiko für die Entstehung

von psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und im Lebensverlauf (vgl. Wiegand-Grefe/Geers/Petermann 2011: 165; vgl. Matzejat et al. 2000: 166f.). Die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Kinder können je nach Art, Ausprägung und Verlauf der elterlichen Erkrankung unterschiedlich sein (vgl. Lenz 2014: 23-24). Aber auch das Alter und der Entwicklungsstand des betroffenen Kindes haben einen Einfluss auf die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung (vgl. Lenz 2014: 29; vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 60). Die Art der Belastung der Kinder verändert sich zudem je nach deren Lebensalter (vgl. Gutmann 2017: 13). Jedoch sind bei weitem nicht alle Kinder, die mit einer Mutter mit einer psychischen Erkrankung aufwachsen, in ihrer Entwicklung gefährdet (vgl. ebd.: 9). Um die Reaktionen der Kinder und Jugendlichen auf die elterliche Erkrankung zu verstehen und um Hilfen besser darauf abstimmen zu können, werden die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Kinder und Jugendlichen in den nachfolgenden Kapiteln erst im Allgemeinen und dann bezogen auf entsprechende Entwicklungsphasen beschrieben. In weiteren Kapiteln werden die subjektiven Belastungen der betroffenen Kinder dargestellt, und zum Abschluss des vierten Kapitels wird der Fokus auf den Hilfebedarf der Kinder gelegt.

4.1 Auswirkungen auf die Entwicklung altersunabhängig

Kinder, Jugendliche und Erwachsene werden im Laufe ihres Lebens mit unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben konfrontiert, deren erfolgreiche Bewältigung für die weiterführende Entwicklung bedeutsam ist. Entwicklungsaufgaben treten in bestimmten Lebensphasen auf. Ihre erfolgreiche Bewältigung trägt zum Glücklichen, zu Zufriedenheit und zu einer gesunden, normalen Entwicklung bei. Das Bewältigen zukünftiger Aufgaben wird erleichtert und befähigt zu weiteren Anpassungsleistungen. Werden sie jedoch nicht erfolgreich bewältigt, kann dies zu Unglücklichsein, zu gesellschaftlicher Ablehnung und zu erschwerter Bewältigung der Entwicklungsaufgaben führen (vgl. Sahli 2014: 24). Bei der Frage nach den Auswirkungen der psychischen Erkrankung der Eltern auf die kindliche Entwicklung ist, wie schon in Kapitel 3 erwähnt, zu beachten, dass sich das Zusammenwirken mehrerer Belastungsfaktoren besonders schwerwiegend auf die kindliche Entwicklung auswirkt, weil sich die negativen Effekte der einzelnen Belastungsfaktoren unter Umständen verstärken. Kindliche Entwicklungsprozesse werden folglich eher von der kumulativen Wirkung von Belastungsfaktoren beeinflusst, als von einzelnen Belastungsfaktoren (vgl. Lenz 2010: 7). Erschwerend kommt hinzu, dass sich psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder in einem Teufelskreis befinden. Die Beziehung zwischen elterlicher Erkrankung und kindlichen Belastungen bzw. Entwicklungsstörungen hat keine einseitige Wirkrichtung (vgl. Lenz 2014: 65). Die höhere psychische Belastung der Kinder durch die elterliche Erkrankung verstärkt die Symptomatik der Kinder und beeinflusst über den erhöhten elterlichen Stress wiederum die psychische Erkrankung der Eltern negativ, welche sich wiederum auf die Belastung der Kinder auswirken kann oder gar muss (vgl.

Schmid/Grieb/Kölch 2011: 193; vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 79f.). Diese Belastungen können so weit gehen, dass sie eine Gefährdung des Kindeswohls darstellen (vgl. Alle 2010: 129). Über alle Lebensphasen hinweg besteht die Gefahr, dass psychisch erkrankte Eltern Schwierigkeiten haben, die emotionale Reaktion ihrer Kinder zu bemerken und darauf adäquat zu reagieren, da sie von ihrer eigenen Emotionalität überlagert werden oder sie selbst grosse Defizite im Bereich der Emotionswahrnehmung und –verarbeitung haben. Das bedeutet, dass Kindern keine Bewältigungsstrategien im Umgang mit belastenden Emotionen vermittelt werden und sie dauerhaft in ihrer eigenen Emotionsregulation beeinträchtigt bleiben (vgl. Sarimski 2013: 34; vgl. Plattner 2017: 105-106). Erkrankungen der Emotionsregulation führen zu einem emotional sehr aufgeheizten Familienklima, was die Gefahr eines Rückfalls für viele psychische Erkrankungen wesentlich erhöht (vgl. Sarimski 2013: 34). Studien deuten auf erhebliche Belastungen im Entwicklungsverlauf von Kindern mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil hin.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die elterliche psychische Krankheit dann schwerwiegende Folgen für die Entwicklung der Kinder hat, wenn sie die intuitiven Verhaltensweisen und die selbstreflexive Funktion der Eltern so beeinträchtigt, dass Misshandlung und Vernachlässigung möglich sind, dass ein pathologischer Interaktionsstil vorherrscht und dass eine rigide Rollenzuschreibung die Kinder in der Entfaltung ihrer eigenen Persönlichkeit behindert (vgl. Deneke 2005: 150). Kinder psychisch erkrankter Eltern sind folglich nicht nur in vielfältiger Weise von der elterlichen Erkrankung betroffen, sondern haben auch ein deutlich erhöhtes Risiko, im Verlaufe ihrer Entwicklung mit Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen zu reagieren (vgl. Lenz/Brockmann 2013: 20). Die erlebten Belastungen im Zusammenleben mit einem psychisch erkrankten Elternteil können dazu führen, dass die Kinder in ihrem Wohlbefinden stark und dauerhaft beeinträchtigt sind. In der Folge kommt es häufig zu Anpassungs- und Entwicklungsproblemen. Die Formen der Auffälligkeiten sind unterschiedlich: geringes Selbstwertgefühl, erhöhte Ablenkbarkeit, Ängstlichkeit, Störungen des Sozialverhaltens, schulische Probleme, klinisch relevante Störungen, allgemeine Entwicklungsverzögerungen (die Aufzählung nicht vollständig) (vgl. Lenz/Brockmann 2013: 21, vgl. Jungbauer 2016: 15).

4.2 Auswirkungen in Abhängigkeit vom Alter

Säuglings- und Kleinkindalter

Nach der Geburt bzw. im Säuglingsalter ist ein Kind in seiner Entwicklung naturgemäss am verletzlichsten (vgl. Plattner 2017: 104). Säuglinge und Kleinkinder sind in besonderer Weise auf das soziale Beziehungsgefüge von Eltern und/oder anderen Bezugspersonen angewiesen. Für ihre Entwicklung benötigen sie, neben der Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse nach Pflege und Ernährung, unterschiedlichste Anregungen und Herausforderung für ihre Entwick-

lung. Dazu gehören auch das Gefühl von Schutz, Sicherheit, Geborgenheit und Anerkennung. Dadurch bewerten Kleinkinder neue Situationen und Erlebnisse nicht als Bedrohung und Überforderung, sondern als Anregung und Herausforderung. Wie schon in Kapitel 3.2.1 beschrieben, wird dem emotionalen Austausch zwischen Kind und der primären Bezugsperson eine zentrale Bedeutung für die frühe Entwicklung zugesprochen (vgl. ebd.: 104). Sind die Eltern aufgrund der psychischen Erkrankung nur eingeschränkt in der Lage, auf die oben beschriebenen Bedürfnisse des Kindes zu reagieren, kann der Erwerb von selbstregulatorischer Fähigkeiten, auch im Bereich der Emotionen, eingeschränkt sein und es kann zu Störungen in der Eltern-Kind-Interaktion/Bindung (vgl. Kapitel 3.2.1) kommen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 60f., vgl. Lenz 2014: 29). Dies kann frühkindliche Regulationsstörungen zur Folge haben und die Wahrscheinlichkeit für spätere Verhaltensauffälligkeiten erhöhen (vgl. Herpertz-Dahlmann/Remschmidt 2000: 225, vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 60). Psychische Erkrankungen eines Elternteils, insbesondere wenn es die primäre Bezugsperson betrifft, können, wie in dieser Arbeit schon an anderer Stelle ausführlich beschrieben, die Entwicklung des Kindes, besonders des Säuglings und Kleinkindes, nachhaltig beeinflussen (vgl. Schone/Wagenblast 2010: 20; vgl. Scheithauer et al. 2000: 66). Zudem bestehen besonders im Säuglingsalter, dies gilt aber nicht ausschließlich für dieses Alter, auch Risiken in Bezug auf eine Vernachlässigung und Misshandlung des Kindes aufgrund dessen spezifische Bedürfnisse (vgl. Steinhilber 2000: 107; vgl. Plattner 2017: 104). Zu einer Vernachlässigung kann es kommen, wenn der Elternteil sich aufgrund seiner Erkrankung nur schwankend konzentrieren kann und weniger belastbar ist. Oder wenn Antrieb und Stimmung vermindert sind, sodass der Elternteil apathisch ist bzw. zu langsam reagiert, und es dadurch zu einer mangelnden körperlichen oder psychischen Versorgung des Kindes kommt. Zudem sind Kinder im ersten Lebensjahr am häufigsten von körperlichen Übergriffen durch psychisch erkrankte Eltern betroffen (vgl. Plattner 2017: 104). Als weitere Auswirkungen sind in diesem Alter häufig Gedeihstörungen und Schlafprobleme anzutreffen (vgl. ebd.: 104; vgl. Lenz 2014: 29). Oftmals können die Kinder die psychomotorischen Entwicklungsschritte nicht zeitgerecht erreichen, sodass Entwicklungsverzögerungen in verschiedenen Bereichen häufig anzutreffen sind. Auch im Bereich der psychosozialen Entwicklung kann es zu Verzögerungen kommen, wodurch dann die entsprechenden Entwicklungsschritte nicht vollzogen werden können (vgl. Plattner 2017: 104). Zu den wichtigen Entwicklungsaufgaben in der frühen Kindheit gehören unter anderem der Aufbau organisierter, sicherer und stabiler Bindungen, was wie in Kapitel 3.2.1 und in Kapitel 4 beschrieben, oftmals nicht gelingt. Etwa 20 bis 30% der Kinder, die mit psychisch schwer erkrankten Müttern aufwachsen, können die grundlegende Entwicklungsaufgabe des Aufbaus einer organisierten Bindungsbeziehung zur Mutter in der frühen Kindheit nicht erfüllen (vgl. Lenz 2008: 15).

Kindergarten- und Grundschulalter

Wichtige Entwicklungsaufgaben im Kindergartenalter sind unter anderem die Integration in eine Gruppe von Gleichaltrigen und ersten Ablöseschritte von den Eltern (vgl. Lenz 2008: 15). Zudem wollen Kinder im Kindergarten- und Grundschulalter unbekannte Phänomene einordnen und verstehen können. Zudem haben sie meist einen ausgeprägten Wissensdrang. Noch ist die Familie Lebensmittelpunkt, aber spätestens im Grundschulalter nimmt die Orientierung nach aussen hin zu. Es kann vorkommen, dass ein Kind ausserfamiliäre Bezugspersonen als Vorbild und Rollenmodell aussucht. Im Kindergarten- und Grundschulalter besteht ein ausgeprägtes magisches Denken und Kindern entwickeln häufig schuldhaft Kausalitätsvorstellungen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 62). Wenn das Thema der Erkrankung in der Familie tabuisiert, und dem Kind somit die Möglichkeit genommen wird, Fragen zu stellen, wird es versuchen, selbst Erklärungen für das Verhalten des erkrankten Elternteils zu suchen. Ein offenes Gesprächsklima in der Familie trägt dazu bei, dass etwaige Schuldgefühle angesprochen und wenn möglich auch entkräftet werden können. Offenheit im Umgang mit der Erkrankung würde den Kindern auch die Möglichkeit geben, sich anderen anzuvertrauen und so gegebenenfalls Unterstützung zu erhalten (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 62). Leider besteht, wie später in Kapitel 4.3.5 beschrieben, oftmals keine Offenheit in Bezug auf das Thema psychische Erkrankung. Im Grundschulalter sind psychische Belastungen nicht immer leicht erkennbar. Oft wirken diese Kinder auf den ersten Blick recht unauffällig, im Gespräch zeichnen sich in vielen Fällen jedoch konkrete Sorgen ab, die die Kinder in Zusammenhang mit der elterlichen Erkrankung beschäftigen. Einige Kinder zeigen vor diesem Hintergrund der familiären Schwierigkeiten ein vermindertes Interesse, alterstypischen Aktivitäten nachzugehen und haben wenig Anschluss an Gleichaltrige. Ebenso kann der sprachliche Ausdruck reduziert sein. Die Mütter haben oft im Zusammenhang mit neuen Entwicklungsaufgaben Schwierigkeiten, sich gegenüber dem Kind durchzusetzen und Grenzen zu setzen. Teilweise reagieren die Mütter überängstlich und hindern die Kinder daran, die Umwelt zu erkunden (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 62-63; vgl. Mattejat/Remschmidt 2008: 414). Zudem erhalten die Kinder oftmals wenig Unterstützung bei schulischen Aktivitäten und bei der Freizeitgestaltung, was Entwicklungsverzögerungen begünstigen kann (vgl. Gutmann 2017: 14). Im Vor- und Grundschulalter beginnt zudem das Risiko einer Parentifizierung, d.h. die Rollen zwischen Eltern und Kindern werden in einzelnen oder mehreren Bereichen vertauscht (vgl. Gutmann 2017: 14).

Mittlere Kindheit und Jugendalter

Wichtige Entwicklungsaufgaben in der mittleren Kindheit liegen in der Ausweitung des sozialen Umfeldes und in der Identifikation mit den Eltern und mit anderen erwachsenen Bezugsperso-

nen. Die Jugendlichen müssen sich die emotionale Unabhängigkeit von den Eltern und anderen Erwachsenen und darüber hinaus den Aufbau neuer und reifer Beziehungen zu Altersgenossen beiderlei Geschlechts erarbeiten (vgl. Lenz 2008: 15).

Auf der Suche nach Selbstständigkeit gewinnt der soziale Anschluss an die Peergroup in der mittleren Kindheit und Adoleszenz immer mehr an Bedeutung. Die Peergroup ermöglicht den Jugendlichen, neue Formen des Sozialverhaltens zu erproben, verleiht im günstigsten Fall emotionale Stärke und erleichtert somit die Ablösung von den Eltern. Die Jugendlichen beginnen den eigenen Familienhintergrund zu reflektieren und fokussieren sich stärker auf ihr Selbst. Elterliche Verhaltensweisen und Eigenschaften werden plötzlich kritisch betrachtet. Liegt in der Familie eine elterliche psychische Erkrankung vor, so ist die Möglichkeit für diese kritische Auseinandersetzung häufig reduziert. Zudem stehen dem Wunsch der Jugendlichen nach Loslösung von den Eltern die Bedürfnisse der Eltern und der Familie nach Verantwortungsübernahme gegenüber. Viele Jugendliche zeigen in Krisen die Bereitschaft, mehr Verantwortung und neue familiäre Aufgaben zu übernehmen, was ihrem Entwicklungsstand durchaus entspricht und in einem bestimmten Ausmass zumutbar ist (vgl. Plass/Wiegand-Grefe: 63). Trotzdem sind auf der Beziehungsebene noch immer viele Belastungen im Verhältnis zum psychisch erkrankten Elternteil zu finden. Die Ablösephase kann durch eine entstandene Parentifizierung behindert werden (vgl. Gutmann 2017: 14). Durch die, wie weiter oben schon erwähnte, zunehmende Reflexionsfähigkeit und das Bestreben, sich selbst ein Urteil zu bilden, suchen Jugendliche häufig eigenständig nach Informationen über die psychische Erkrankung ihres Elternteils. Aufgrund dieser Informationen können Jugendliche die Angst entwickeln, selbst zu erkranken (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 63; vgl. Gutmann 2017: 14). Die Jugendlichen leben mit dem Gefühl, keine Probleme verursachen zu dürfen und nehmen ihre Gefühle weiterhin zurück. Entwicklungsschritte wie Berufsfindung, erste grosse Liebe oder Sexualität müssen oft ohne elterliche Begleitung und Rückhalt bewältigt werden (vgl. Gutmann 2017: 14). Auch in dieser Entwicklungsphase sind die Eltern oftmals mit der Aufgabe überfordert, ihr Kind bei der Bewältigung der altersspezifischen Entwicklungsaufgaben zu unterstützen. Dies gilt insbesondere für den Kompetenzerwerb, die Selbstständigkeit und die Autonomieentwicklung. Aufgrund der krankheitstypischen Begrenzungen ist die Identifikation des Kindes mit den Eltern beeinträchtigt, die Vorbildfunktion der Eltern ist eingeschränkt. Das Kind wird in die elterlichen Probleme und Konflikte miteinbezogen. Es kann zu einer diffusen generationalen Abgrenzung, auch als Parentifizierung bezeichnet, kommen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 64; vgl. Matzejat/Remschmidt 2008: 415).

4.3 Subjektive Belastungen von betroffenen Kindern

Die subjektive Sichtweise der betroffenen Kinder über ihre Belastungen bietet einen Einblick in ihre unmittelbaren Erlebnisweisen, ihre Gefühle und ihren Umgang mit den Alltagsanforderungen. Allerdings wurde die subjektive Perspektive auf Belastungen von Kinder psychisch erkrankter Eltern nur in wenigen methodisch begründeten Studien erfasst. Oftmals sind die beschriebenen Befunde retrospektiv und auf junge Erwachsene bezogen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 22). Bei einer prospektiv angelegten qualitativen Studie aus dem Jahr 2005 von Albert Lenz wurden 22 betroffene Kinder zwischen 7 und 18 Jahren interviewt (vgl. Lenz 2014: 90f.). Die Kenntnis der subjektiven Perspektive dieser betroffenen Kinder ermöglicht ein differenziertes Verständnis dafür, auf welche Weise sich die in Kapitel 3 beschriebenen diversen Belastungsfaktoren auf die Kinder auswirken. Zudem bietet die subjektive Perspektive wertvolle Ansatzpunkte, um bei der Entwicklung und Durchführung präventiver und therapeutischer Hilfs- und Unterstützungsangebote die Bedürfnisse und den individuellen Unterstützungsbedarf der betroffenen Kinder und Jugendlichen zu berücksichtigen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 22). Die Ergebnisse der Studie werden in den folgenden Unterkapiteln vorgestellt.

4.3.1 Gefühle der Kinder

Von den betroffenen Kindern werden im Zusammenhang mit der elterlichen psychischen Erkrankung Gefühle wie Ängste, Verlust, Trennungsangst, Schuld, Scham und Trauer genannt (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 31f.; vgl. Lenz 2014: 93f.; vgl. Jungbauer 2016:13). Die Schuldgefühle beziehen sich häufig darauf, dass die Kinder und Jugendlichen glauben, sie hätten die psychischen Probleme der Eltern ausgelöst (vgl. Mattejat/Remschmidt 2008: 416). Zudem leiden sie unter Loyalitätskonflikten (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 32). Gerade ältere Kinder empfinden Wut, Frust und Enttäuschung über die Situation. Jugendliche sorgen sich zudem häufig um die Möglichkeit einer eigenen Erkrankung (vgl. 4.3.3). Auch empfinden sie bei Abgrenzungs- und Distanzierungsschritten auf dem Weg in die Selbstständigkeit meist Schuldgefühle (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 32; vgl. Lenz 2014: 96). Bei einem längeren Krankheitsverlauf erleben die Kinder auch Gefühle der Hoffnungslosigkeit, der Resignation und der Demoralisierung. Teilweise reagieren die Kinder ihrerseits darauf mit einem depressiven Rückzug und dem Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 32; vgl. Lenz 2014: 96).

4.3.2 Elterliche Erkrankung

Durch die Erkrankung ausgelöste Veränderungen der Eltern werden von den Kindern und Jugendlichen meist sehr früh und genau wahrgenommen, denn die Kinder sind eng mit ihren Eltern emotional verbunden und beobachten diese sehr genau. Ausschlaggebend für die Belastung der Kinder sind die akuten Symptome, die Dauer und der Krankheitsverlauf der Erkrankung und die damit verbundenen Persönlichkeitsveränderungen der Eltern (vgl. Lenz

2008: 12f.; vgl. Mattejat et al. 2000: 165; vgl. Alle 2010: 129). Bei einer depressiven elterlichen Erkrankung beispielsweise sind die Kinder häufig mit dem Rückzugsverhalten des erkrankten Elternteils konfrontiert, was oftmals mit Antriebslosigkeit, Interessenverlust, Hoffnungslosigkeit, Ermüdung und Grübeln sowie einer Vernachlässigung der Alltagsaufgaben einhergeht (vgl. Lenz 2008: 24; Lenz 2014: 91f.; vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 23). Der Rückzug des erkrankten Elternteils führt häufig auch zur Einschränkung der sozialen Kontakte der gesamten Familie (vgl. Kapitel 4.3.4.). Sensibel nehmen die Kinder die Veränderungen bei ihren Eltern wahr und schätzen ein, ob sie ein Anzeichen für eine Verschlechterung ihres Zustandes darstellen oder nicht und richten ihr eigenes Verhalten entsprechend darauf aus (vgl. Lenz 2014: 91). Häufig stellen die Kinder Fragen nach der Identität des kranken Elternteils. Diese Identitätsproblematik, die vor allem bei Schizophrenien und bipolaren affektiven Erkrankungen auftritt, wirkt sich wiederum vielfältig auf die Identitätsbildung der Kinder aus. Es fehlt eine ausreichende Grundlage für die Identifikation mit dem Vater oder der Mutter. In ihrer Verunsicherung wenden sich die Kinder vom erkrankten Elternteil ab, versuchen sich stärker dem gesunden Elternteil anzunähern oder sie beginnen ihre Wünsche und Bedürfnisse zu verbergen und ziehen sich enttäuscht zurück (vgl. Lenz 2008: 25). Frühwarnzeichen einer Erkrankung, wie Veränderungen in den Aktivitäten im Haushalt und in der Familie insgesamt, werden von Kindern und Jugendlichen erkannt. So nehmen die Kinder wahr, wenn die Mutter möglicherweise mit den Aufgaben im Haushalt nicht fertig wird, nicht mehr regelmässig Essen kocht, die Wohnung nicht mehr aufräumt oder morgens nicht mehr aufsteht und die Kinder ohne Frühstück und Pausenbrot in die Schule schickt (vgl. Lenz 2014: 92). Bemerkten die Kinder derartige Frühwarnzeichen, verändern sie meist schnell ihr Verhalten dem erkrankten Elternteil gegenüber und versuchen möglichst weitere Belastungen und jegliche Form von Aufregung und Auseinandersetzung in der Familie zu vermeiden. Die Kinder verhalten sich ruhig und still, um den erkrankten Elternteil nicht zu stören und sie reagieren vorsichtiger. Sie trauen sich kaum noch Forderungen oder Fragen zu stellen, um den erkrankten Elternteil nicht noch zusätzlich aufzuregen oder zu belasten. Die Kinder ziehen sich zurück und sagen Verabredungen ab, beschäftigen sich intensiver mit dem kranken Elternteil und übernehmen mehr Aufgaben im Haushalt. Die Übernahme von Aufgaben in der Familie ist allerdings häufig mit Zusatzbelastungen und Einengung von Handlungsspielräumen und Entwicklungsmöglichkeiten verbunden (vgl. Lenz 2014: 92; vgl. Lenz 2005: 83f.; Lenz 2008: 24). Als besonders belastend schildern Kinder zu meist die Klinikeinweisung der psychisch kranken Eltern und die häufig damit verbundenen dramatischen Umstände. Eine Klinikeinweisung stellt für viele Kinder ein traumatisches Ereignis dar, mit dem sie zusätzlich das Gefühl verbinden, allein gelassen zu werden (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 5; Lenz 2008: 27). Allerdings schildern Kinder auch, dass die Klinikeinweisung nach einer längeren akuten Krankheitsphase auch eine Entlastung darstellen kann, da jetzt das Krankenhaus die Verantwortung für Mutter oder Vater übernimmt und gewährleistet,

dass sie oder er eine adäquate Behandlung erhält (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 23-24). Hinzu kommt die Erfahrung des Verlustes von Autonomie und Autorität des erkrankten Elternteils, die bei den Kindern zu einer Erschütterung ihres Elternbildes und der Beziehung zum erkrankten Elternteil führen. Um diese traumatischen Situationen bewältigen zu können, ziehen sich die Kinder emotional zurück und wirken nach aussen oftmals teilnahmslos, apathisch und scheinbar unberührt von dem Geschehen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 5). Teilweise reagieren die Kinder mit Wut und Traurigkeit auf den erkrankten Elternteil, weil er nur unzureichend in der Lage ist, auf ihre Bedürfnisse einzugehen. Auch fühlen sie sich vernachlässigt, ungerecht behandelt und ungeliebt (vgl. Lenz 2014: 92).

4.3.3 Wissen über die Erkrankung

Die Aussagen der Kinder aus der Studie von Lenz aus dem Jahr 2005 zeigen, dass die Mehrzahl von ihnen offensichtlich nur über ungenaue Informationen und diffuses Wissen über die psychische Erkrankung des Elternteils verfügt, was ihre Ängste und Hilflosigkeit nur verstärkt. Sie sind auf eigene Vermutungen und Annahmen angewiesen, um eine Erklärung für den Zustand der Mutter oder des Vaters zu finden (vgl. Lenz 2014:129; vgl. Lenz 2005: 112f.; vgl. Loch 2014: 49). In retrospektiven Studien berichten ehemals betroffene Kinder, dass sie von Fachleuten kaum über die psychische Erkrankung ihrer Eltern aufgeklärt worden seien. Ungefähr zwei Drittel der erwachsenen Kinder geben an, als Kind nie mit einer Fachperson die elterliche Erkrankung thematisiert zu haben. Ein Viertel der Kinder wurde lediglich über die Diagnose informiert. Nur knapp ein Fünftel der Kinder erhielt zusätzlich Erklärungen über die elterliche Erkrankung und Ratschläge für den Umgang damit. Rund 20 Prozent der Kinder wurde die Diagnose vor dem zehnten Lebensjahr mitgeteilt, jedoch nur die Hälfte davon erhielt auch eine Beratung über geeignete Verhaltensweisen. Dabei wäre eine alters- und entwicklungsangemessene Informationsvermittlung und Aufklärung der Kinder über die psychische Erkrankung eines Elternteils von enormer Wichtigkeit, kann sie doch Ängste und Unsicherheiten vermindern und über eine emotionale Zuwendung die Bindung zwischen Kind und Bezugsperson stärken. Kinder aus Familien mit psychisch erkrankten Eltern werden von Fachleuten relativ selten einbezogen und über die Erkrankung ihrer Eltern aufgeklärt. Dies geschieht in einem deutlichen Gegensatz zu den von den Kindern geäußerten Wünschen und Bedürfnissen nach Einbezug und Aufklärung. Die meisten Kinder wünschen sich mehr Kontakt zu den behandelten Fachleuten (vgl. Kapitel 4.4.1), mehr Informationen und mehr Erklärungen zu der elterlichen psychischen Erkrankung (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 24-25; vgl. Lenz 2014: 126-132). Mangels Aufklärung und Informationsvermittlung betrachtet die überwiegende Mehrzahl der Kinder psychosoziale Belastungsfaktoren als Ursachen für die Entstehung der psychischen Erkrankung ihrer Mutter oder ihres Vaters. Daneben werden auch Erbeeinflüsse und unterschiedlichste biologische Ursachen genannt. Einige Jugendliche nennen in der von Lenz 2005 durchgeführten Studie auch psychologische und biografische Belastungen. Hinter

den psychosozialen Ursachenannahmen der Kinder steckt meist ein diffuses Wissen über die psychische Krankheit, das ihnen kein oder allenfalls wenig Verständnis für den Zustand ihrer Mutter oder ihres Vaters vermittelt. Für die Mehrzahl der Kinder sind die Eltern, und zwar vor allem der erkrankte Elternteil, mangels Aufklärung durch die Ärzte oder andere Fachleute, die einzige Informationsquelle. Es ist also in erster Linie der erkrankte Elternteil, der den Kindern Faktoren wie Stress, Überanstrengung als Erklärungen für die Entstehung ihrer Krankheit anbietet. Während der erkrankte Elternteil häufiger das Gespräch mit den Kindern sucht und sich dabei bemüht den Kindern eine Erklärung für seinen veränderten psychischen Zustand zu geben, neigt der gesunde Elternteil dazu, die psychische Erkrankung zu verschleiern. Der gesunde Elternteil versucht damit möglicherweise die Kinder zu schonen oder vor den befürchteten Vorurteilen und Ablehnung des sozialen Umfelds zu schützen (vgl. Lenz 2014: 126f.). Eine Folge der innerfamiliären Tabuisierung und des Schweigegebots ist ein Informationsdefizit über die Krankheit (vgl. Lenz 2008: 33).

4.3.4 Soziale Unterstützung und familiärer Alltag

Heute erwachsene Kinder aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil beschreiben rückblickend, dass sie sich in der Kindheit generell nicht ausreichend sozial unterstützt gefühlt haben, obwohl sie sich soziale Unterstützung gewünscht hätten. Aktuelle Studien einer psychiatrischen Universitätsklinik nach fühlen sich ein Drittel betroffener Eltern nur mangelhaft unterstützt, ein weiteres Drittel dieser Eltern fühlt sich mässig und nur ein Drittel gut unterstützt, was die Hilfe von Freunden, Nachbarn und der Familie betrifft (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 27). Dies ist besonders bedeutsam, weil soziale Unterstützung eindeutig als protektiver Faktor für die Entwicklung von Kindern psychisch erkrankter Eltern identifiziert wurde. Es scheint, als bestünde eine Wechselwirkung zwischen dem in Kapitel 4.3.5 beschriebenen Kommunikationsverbot über die Erkrankung und der Möglichkeit, soziale Unterstützung zu erhalten. Besteht innerhalb Familie eine Tendenz zur Tabuisierung, dann fällt es den Kindern besonders schwer und gelingt es ihnen auch kaum, familienexterne Personen um Unterstützung zu bitten. Dies wiederum führt dazu, dass es für familienexterne Personen deutlich erschwert wird, Unterstützung zu leisten, wenn ihnen Informationen über die Familiensituation, insbesondere die Erkrankung eines Elternteils, fehlen. Zusätzlich führt die starke emotionale Verstrickung der Kinder dazu, dass sie weder den äusseren noch den inneren Freiraum haben, um soziale Beziehungen ausserhalb der Familie aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Oftmals fühlen sie sich zu Hause unentbehrlich und befürchten, dass ihre Abwesenheit für die Familie katastrophale Folgen haben könnte. Als Konsequenz bedeutet dies, dass ausserfamiliäre Kontakte und Aktivitäten für sie nur eine untergeordnete Rolle spielen. Die Mehrzahl der Kinder verfügt zwar über ein gewisses, meist kleines Geflecht sozialer Beziehungen zu Verwandten, Schulkameraden und Freunden, vermeidet es aber meist, diese für die Bewältigung der Alltagsorgen heranzuziehen (vgl. Lenz 2008: 38; vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 7, vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012:

27; vgl. Lenz 2014: 105f.). Auch erleben Familien mit psychisch kranken Eltern durch die Erkrankung häufig eine Ablehnung in ihrem sozialen Umfeld und im familiären Alltag (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 27). Als belastend beschreiben die Kinder die Auswirkungen der psychischen Erkrankung eines Elternteils auf das alltägliche Leben. Verlässliche Strukturen und Abläufe können in Krisensituationen oft nicht aufrechterhalten werden, und so erleben Kinder das Zusammenbrechen vertrauter Alltagsstrukturen (vgl. Kapitel 4.3.2). Dazu kann gehören, dass die Mutter aufgrund einer depressiven Erkrankung morgens das Bett nicht mehr verlassen kann, zu erschöpft ist, um mit den Kindern zu spielen oder sie in den Kindergarten oder die Schule zu bringen und auch die Arbeiten im Haushalt nicht bewältigt (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 27; vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 7). Kinder brauchen einen Alltag mit regelmässigem Schlaf- und Essenszeiten sowie klaren Verhaltensregeln. Viele psychisch erkrankte Eltern sind mit diesen Ansprüchen jedoch überfordert (vgl. Müller 2008: 149).

Eine solche Krisensituation kann zu Veränderungen der familiären Rollenverteilung führen. Beispielsweise übernimmt der Vater Aufgaben der Mutter, oft werden aber auch die Kinder in die Aufgabenverteilung vermehrt eingebunden. Häufig leiden Kinder unter weiteren Zusatzbelastungen, die sie durch die elterliche Erkrankung bewältigen müssen. Zum Beispiel müssen sie zahlreiche Aufgaben im Haushalt übernehmen, durch die sie sich überfordert fühlen und die ihre eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund drängen. Häufig geht die psychische Erkrankung eines Elternteils auch mit einem Betreuungsdefizit der Kinder einher. Es fehlt den Kindern an gezielter Zuwendung und Aufmerksamkeit durch die Eltern. Den Kindern psychisch erkrankter Eltern fehlen häufig Bezugspersonen, die Unterstützungsfunktionen übernehmen und so etwas wie ein soziales Immunsystem bilden. Ein Teil der Kinder meidet eher die Kontakte zu familienexternen Personen. Die starken emotionalen Verstrickungen im Familiensystem, das Schweigegebot, die Ängste und Verzweiflung wie auch die aufgeladene Verantwortung und Verpflichtungen durch die Rollenübernahme absorbieren ein Grossteil der zur Verfügung stehenden psychischen Energie. Die Kinder finden oftmals weder innerlich noch äusserlich einen Freiraum, der für den Aufbau und die Aufrechterhaltung von sozialen Beziehungen notwendig ist (vgl. Lenz 2008: 36). In einer besonders ausgeprägten Form, Zusatzbelastungen im Alltag zu bewältigen, kann es zu einer destruktiven Parentifizierung der Kinder kommen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 27; vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 7). In der Forschung wird Parentifizierung als Rollenumkehr zwischen Eltern und Kindern verstanden. Das bedeutet, dass die Kinder die Elternrolle übernehmen, während die Eltern in eine kindliche Rolle rutschen. Parentifizierung ist dann schädlich für die kindliche Entwicklung, wenn die Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes über die Massen einschränkt und das Kind psychisch destabilisiert wird (vgl. Plattner 2017: 110).

4.3.5 Kommunikationsprobleme, Tabuisierung und Isolierung

Nach aussen, aber auch familienintern, herrscht in den meisten Familien ein Rede- bzw. Kommunikationsverbot über die psychische Erkrankung und deren Auswirkungen auf das familiäre Zusammenleben (vgl. Lenz 2014: 100; vgl. Müller 2008: 145). Die Krankheit wird auf diese Weise zum gemeinsamen Familiengeheimnis (vgl. Müller 2008: 145). Kinder spüren dieses Schweigegebot intuitiv oder erhalten explizit die Aufforderung, nicht mit aussenstehenden Personen über die Krankheit zu sprechen (vgl. Müller 2008: 145; vgl. Jungbauer 2016: 13). Häufig haben die Kinder die Befürchtung, dass sie ihre Eltern verraten, wenn sie sich dem Schweigegebot widersetzen und sich doch jemandem anvertrauen (vgl. Mattejat/Remschmidt 2008: 416). Sie sind hin- und hergerissen zwischen der Loyalität ihren Eltern gegenüber, ihrem Schamgefühl, einen psychisch kranken Elternteil zu haben und dem Bedürfnis mit jemandem zu sprechen. Sie haben niemanden und wissen häufig auch nicht von wem sie Unterstützung bekommen und mit wem sie darüber sprechen können, woraus Gefühle des Alleingelassenseins resultieren (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 6; vgl. Müller 2008: 145; vgl. Mattejat 2014: 88; vgl. Mattejat/Remschmidt 2008: 416). Auch besteht bei den Kindern die Überzeugung, dass es keinen interessiert, wie es ihnen geht (vgl. Müller 2008: 145; vgl. Mattejat/Remschmidt 2008: 416). Eltern geben häufig an, sie wollten ihre Kinder schützen, indem sie insbesondere mit jüngeren Kindern nicht über ihre Erkrankung sprechen. Es muss davon ausgegangen werden, dass die von den Kindern wahrgenommenen Veränderungen dann ganz besonders irritierend sind, wenn sie von den Eltern nicht thematisiert werden. Die Tabuisierung der elterlichen Erkrankung und das Kommunikationsverbot verhindern eine offene Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung und führen dazu, dass für alle Familienmitglieder tragende ausserfamiliäre Beziehungen als Bewältigungsressource (vgl. 4.3.2) nicht zur Verfügung stehen, was auch zu sozialer Isolation und Abstieg der gesamten Familie führen kann (vgl. Müller 2008: 145; vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 5; vgl. Mattejat/Remschmidt 2008: 416). Die Gründe für die Tabuisierung der Erkrankung können vielschichtig sein. Sie können in gegenseitiger Schonung und Rücksichtnahme, in der elterlichen Krankheitsverleugnung, in der Angst vor Stigmatisierung oder in Scham- und Schuldgefühlen liegen (vgl. Mattejat 1996: 22; vgl. ebd. 2014: 88) Oftmals befürchten Eltern auch, in ihrer Elternrolle in Frage gestellt zu werden oder das Sorgerecht für die Kinder abgesprochen zu bekommen (vgl. Lenz 2014: 99; vgl. Müller 2008: 144f.; vgl. Lenz 2005).

4.4 Hilfebedarf der Kinder

Wie in den Kapiteln 4 - 4.3.5 beschrieben, kann eine elterliche psychische Erkrankung multiple Folgen und Auswirkungen auf die Kinder und deren Wohlbefinden haben. In Kapitel 4.4 und den entsprechenden Unterkapiteln werden einerseits der Hilfebedarf der betroffenen Kinder, aus Sicht der Kinder selbst beschrieben, und andererseits die Ressourcen, die als mögliche

Schutzfaktoren identifiziert werden konnten, herausgearbeitet. Im abschliessenden Kapitel 4.4.3 werden aus den bisherigen Erkenntnissen aus den Kapiteln 2 - 4 und insbesondere aus dem Kapitel 4.4.1 und 4.4.2 Schlussfolgerungen für den Hilfebedarf der Kinder abgeleitet.

4.4.1 Bedürfnisse von betroffenen Kindern

In der von Lenz 2005 durchgeführten Studie, auf die schon in Kapitel 4.3 eingegangen wurde, äusserte die Mehrzahl der Kinder in den Gesprächen den Wunsch nach mehr und genaueren Informationen und Aufklärung über die Erkrankung des Elternteils. Die Kinder können ihr Informationsbedürfnis bis auf wenige Ausnahmen konkret benennen. Gerade jüngere Kinder wünschen sich oft Informationen durch den betroffenen Elternteil (vgl. Albermann/Müller 2016: 5). Sie suchen keine allgemeinen und umfassenden Informationen. Vielmehr möchten sie mehr erfahren über das Wesen psychischer Krankheit, über Krankheitsursachen, über den Verlauf der Krankheit und über die Behandlung. Als hilfreich erleben sie eine möglichst anschauliche Erklärung für Verhaltensweisen und Reaktionen des erkrankten Elternteils oder für plötzliche Persönlichkeitsveränderungen, mit denen sie im alltäglichen Zusammenleben in der Familie konfrontiert werden. Für die Kinder und Jugendlichen ist vordergründig die Suche nach Antworten und konkreten Hilfen auf die Fragen von Bedeutung, wie sie sich dem erkrankten Elternteil gegenüber am besten verhalten, wie sie auf bestimmte Äusserungen reagieren sollen und wie sie Mutter oder Vater in den gesunden, wie auch in den akuten Phasen, unterstützen können. Zu diesen Themen wünschen sie sich auch konkrete Hilfen. Besonders intensiv beschäftigen sich die Kinder und Jugendliche mit den Problemen, die im alltäglichen Umgang mit der erkrankten Mutter oder dem erkrankten Vater in der Familie entstehen. Auch über Möglichkeiten zur Verbesserung des familiären Zusammenlebens und zur Gesundung des erkrankten Elternteils beizutragen, wollen die Kinder und Jugendlichen mehr erfahren. Erhalten die Kinder keine ausreichenden Antworten auf ihre Fragen, bleiben sie allein und fühlen sich unverstanden (vgl. Lenz 2014: 131). Die Darbietung und Vermittlung von Informationen muss aber in einer Weise erfolgen, dass sie aufgenommen und verstanden werden kann. Ausführlicher wird auf das Thema der Informationsvermittlung in Kapitel 5.2.3 eingegangen. Eine Reihe von Kindern war überzeugt davon, dass verständliche Informationen, konkrete Erklärungen und Hilfestellungen, insbesondere zeitnah nach Erkrankungsbeginn, Verunsicherungen und Sorgen mindern können und dass Ängste, Resignation und die in dieser Phase oftmals auftauchenden Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung durch Information und Hilfestellung gemildert werden (vgl. ebd.: 134-135). Bei der Aufklärung über die Krankheit und die Behandlung des Elternteils wollen die Kinder nicht geschont werden. Auch möchten sie keine vorsichtigen Umschreibungen hören, die den wahren Zustand und den wahrscheinlichen Verlauf der Krankheit schönen oder gar verschleiern. Sie erwarten Offenheit und Ehrlichkeit in der Darstellung und Vermittlung von Informationen (vgl. ebd.: 135).

Darüber hinaus möchten Jugendliche gerne durch Fachpersonen in die unmittelbare Behandlung der Mutter oder des Vaters einbezogen werden (vgl. Albermann/Müller 2016: 5). Die Jugendlichen wünschen regelmässige Familiengespräche, in denen sie nicht nur allgemein informiert, sondern detailliert über die Krankheit, den Krankheitsverlauf, mögliche Ursachen und über die Behandlungsschritte aufgeklärt werden. Und die Jugendlichen wünschen sich Gespräche, in denen sie Anregungen erhalten, wie sie mit dem erkrankten Elternteil besser umgehen können, und in denen ihnen aber auch Unterstützung bei der Bewältigung ihrer eigenen Belastungen angeboten wird (vgl. Lenz 2014: 135-136).

Eine weitere Form der Hilfe, die von der Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen gewünscht wird, sind spezielle Gruppenangebote. Dabei stellen sie sich einen Kreis von Gleichaltrigen vor, die ebenfalls von einer psychischen Erkrankung eines Elternteils betroffen sind. Dieser Kreis von betroffenen Kindern oder Jugendlichen trifft sich regelmässig und es findet ein offener Austausch über Erfahrungen statt. Als Nebeneffekt können daraus neue Kontakte und Freizeitaktivitäten entstehen (vgl. ebd.: 136). Von den Kindern und Jugendlichen werden besonders die Kontakt- und Austauschmöglichkeiten in den Vordergrund gestellt. Offensichtlich denken sie, die Gruppen seien ein geeignetes Medium, um aus ihrer Einsamkeit herauszukommen und Abwechslung, Ablenkung sowie neue soziale Anregung zu erleben. Hingegen wollten die befragten Kinder im Gruppenrahmen geradezu nicht über ihre Belastungen, Ängste und Sorgen vor anderen sprechen (vgl. ebd.: 136). Eine gezielte Aufklärung der Öffentlichkeit über psychische Krankheiten wünschen sich insbesondere diejenigen Jugendlichen, die in ihrem sozialen Umfeld offene Abwertung und Stigmatisierung ihrer kranken Eltern erlebt haben bzw. immer wieder erleben (vgl. ebd.: 137).

4.4.2 Ressourcen als Schutzfaktoren für Kinder psychisch erkrankter Eltern

Durch wissenschaftliche Studien konnte eine Reihe von Ressourcen identifiziert werden, die als generelle Schutzfaktoren für eine gesunde psychosoziale Entwicklung von Kindern wirken. Weil es den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, werden die generellen Schutzfaktoren nur kurz aufgezählt und es wird im folgenden Abschnitt vorwiegend auf die speziellen Schutzfaktoren für Kinder psychisch erkrankter Eltern eingegangen.

Schutzfaktoren stärken die psychische Widerstandskraft von Kindern. Sie werden wirksam, indem sie Belastungen durch die Veränderung der stressreichen Lebensumstände oder deren Intensität abschwächen, negative Folgereaktionen reduzieren, sowie Selbstachtung und Selbstzufriedenheit aufbauen oder stärken (vgl. Lenz 2014: 97). Als generelle Schutzfaktoren, wie Befunde aus der Resilienzforschung belegen, welche aber nicht nur für die Kinder psychisch erkrankter Eltern gelten, wurden ein stabiles soziales Unterstützungssystem, eine gute bis überdurchschnittliche Intelligenz, positive Selbstkonzepte, eine gute Paarbeziehung der Eltern, positive Familienstrukturen und eine weitgehend unbelastete frühe Kindheit identifiziert

(vgl. Lenz 2005: 131; vgl. Lenz 2010: 60). Als spezielle Schutzfaktoren gelten laut Lenz und Kuhn (vgl. 2011: 287; vgl. Lenz 2008: 61) und Jungbauer (vgl. 2016: 18) eine frühzeitige alters- und entwicklungsadäquate Informationsvermittlung über die Erkrankung (vgl. Kapitel 5.2.3). Ebenso wirkt das Vorhandensein einer psychisch gesunden erwachsenen Bindungs- und Bezugsperson (z.B. eines gesunden Elternteils), welche die Defizite des erkrankten Elternteils kompensiert, protektiv. Als weitere spezielle Schutzfaktoren gelten eine erkrankungsangemessene Gestaltung des Familienalltags und der Eltern-Kind-Beziehungen, geeignete Bewältigungsstrategien beim Umgang mit psychischen Krisen und Krankheitseinsicht und Problembewusstsein der Eltern, weil diese sich dann in der Regel verantwortungsbewusst verhalten und motiviert sind, tragfähige Lösungen zu finden und mitzugestalten (vgl. Jungbauer 2016: 18).

Mattejat (vgl. 2014: 86) schreibt, dass, belegt durch wissenschaftliche Untersuchungen, folgende Faktoren für die positive Entwicklung der Kinder förderlich seien:

- das Wissen der Kinder, dass die Eltern krank sind und sie selbst daran keine Schuld haben,
- eine sichere und stabile häusliche Umgebung trotz des erkrankten Elternteils,
- das Gefühl auch vom kranken Elternteil geliebt zu werden,
- eine gefestigte Beziehung zu einem gesunden Erwachsenen,
- Freunde,
- Interesse an der Schule und Erfolg in der Schule,
- Interessensgebiete des Kindes ausserhalb der Familie,
- individuelle Ressourcen, Bewältigungsstrategien, positives Selbstwertgefühl,
- Hilfe von ausserhalb der Familie zum richtigen Zeitpunkt und in der richtigen Dosierung, um die Situation zu verbessern.

Je mehr Schutzfaktoren auf verschiedenen Ebenen zur Verfügung stehen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil auftretende Belastungen erfolgreich bewältigen und dass ihre Entwicklung positiv verläuft. Das bedeutet für den Hilfebedarf, dass Ressourcenstärkung eine zentrale Zielsetzung präventiver Massnahmen für die betroffenen Kinder darstellt (vgl. Jungbauer 2016: 18).

4.4.3 Zwischenzusammenfassung und Schlussfolgerungen für den Hilfebedarf

In diesem Kapitel sollen anhand der bisherigen Erkenntnisse aus den vorhergehenden Kapiteln Schlussfolgerungen für den Hilfebedarf der betroffenen Kinder, Jugendlichen und Familien formuliert werden.

In Kapitel 3 wurde ausführlich auf die Risikofaktoren eingegangen. Besonders die wechselseitige Beeinflussung und gegenseitige Kumulation von Belastungsfaktoren ist hervorzuheben.

Aufgrund der genetischen Vulnerabilität der betroffenen Kinder ist, wie schon in Kapitel 3.2 beschrieben, das Augenmerk besonders auf die psychosozialen Faktoren, welche eine besondere Bedeutung bei der Entwicklung von psychischen Erkrankungen bei den Kindern einnehmen, zu richten. Es wurde in Kapitel 3.2 ebenfalls herausgearbeitet, dass es aufgrund der psychischen Erkrankung der Eltern häufig zu problematischen Eltern-Kind-Interaktionen, auch aufgrund eingeschränkter Erziehungskompetenz, und zu Störungen im Bindungsverhalten, kommen kann. Weitere Faktoren soziokultureller und sozioökonomischer Art, wie z.B. soziale Isolation, Armut und Arbeitslosigkeit, führen zu einer noch stärkeren Belastung der Familien und der betroffenen Kinder. Die Kinder leben mit anderen Worten in einem mehrfach psychosozial belasteten familiären Umfeld. Es ist nicht verwunderlich, dass unter diesen Bedingungen, zusätzlich zur psychischen Erkrankung, noch weitere innerfamiliäre Probleme wie Paar Konflikte, ungünstiges familiäres Klima, Gewalt und Vernachlässigung hinzukommen können. In Kapitel 4 und besonders in den Aussagen der Kinder über die subjektiven Belastungen wird deutlich sichtbar, dass die Mehrzahl der Kinder lediglich über ein diffuses Wissen über die Erkrankung ihrer Eltern verfügt. Kinder fühlen sich mit ihren Vermutungen und Annahmen häufig alleine gelassen und fliehen oftmals in innere Isolation. Die Tabuisierung der Erkrankung und das Kommunikationsverbot führen nicht selten auch zu einer sozialen Isolation. In dieser Situation scheinen die Kinder eine Art Not-Ich zu entwickeln und Verantwortung in der Familie zu übernehmen oder früh emotionale Autonomie auszubilden, auch weil die Erkrankung des Elternteils häufig zu einer Instabilität des Familienalltags und zu mangelnder Unterstützung der Kinder führt. Es kann zu einer Rollenumkehr, einer sogenannten Parentifizierung, zwischen Eltern und Kind kommen. All die erwähnten Punkte können zu unterschiedlichsten Problemen in der Entwicklung der Kinder und Jugendlichen führen. Die Ergebnisse verschiedener Studien und die Zusammenfassung der vorherigen Kapitel zeigen mit aller Deutlichkeit, dass es sich hierbei nicht einfach um eine Gruppe von Menschen handelt, die zwar psychisch erkrankt ist, aber sonst eigentlich keine Probleme hat (vgl. Kapitel 3 und 4). Das Gegenteil ist der Fall. Bei einer überproportional grossen Gruppe der Betroffenen kumulieren aussergewöhnliche Schwierigkeiten und Belastungen (vgl. Gurny et al. 2007: 110). Gerade auch nicht psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche bedürfen einer besonderen Aufmerksamkeit und spezieller Unterstützung, weil die hohen Belastungen und vielfältigen Schwierigkeiten das Risiko später tatsächlich zu erkranken stark erhöhen.

Aus Sicht der Autorin dieser Arbeit, wie auch Gurny et al. (vgl. 2007: 110) beschreiben, sind nicht nur medizinisch-psychiatrische Massnahmen, sondern vor allem auch Angebote der Sozialen Arbeit gefragt, um die der Problemkumulation in ressourcenarmen Familien Rechnung tragen können. Auch Müller (vgl. 2008: 146) ist der Ansicht, dass in akuten Krisen oder eben bei Familien mit multiplen Problemlagen, die akute Problembewältigung im Vordergrund steht und nicht (nur) die therapeutische Begleitung der ganzen Familie. Auch dies deutet für die

Autorin dieser Arbeit, beziehend auf das Kapitel 1.3, klar darauf hin, dass die Soziale Arbeit gefragt ist Hilfsangebote bereitzustellen oder zu entwickeln. Gurny et al. (vgl. 2007: 7) schreiben, aus Untersuchungen vor allem aus Deutschland sei bekannt, dass Kinder von psychisch kranken Eltern seitens der Erwachsenenpsychiatrie eher wenig Unterstützung bei der Verarbeitung der elterlichen Erkrankung erfahren. Auch im Bereich des medizinisch-psychiatrischen, sowie psychosozialen Versorgungssystems für Kinder und Jugendliche werden die spezifischen Bedürfnisse der betroffenen Kinder meist nur am Rand zur Kenntnis genommen. Den Fachpersonen fehlt es vielfach an Wissen über psychische Erkrankungen und deren Auswirkungen. Konkrete Unterstützung erhalten Kinder und Jugendliche meist erst dann, wenn sie selbst Verhaltensauffälligkeiten und/oder psychische Erkrankungen entwickelt haben. Präventive Massnahmen, die nötig und möglich wären, um die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in ihrer schwierigen Lebenssituation zu erhalten, bleiben damit leider auf der Strecke. Und es bestehe ganz offensichtlich auch Nachholbedarf in Bezug auf die Kooperation beider Versorgungssysteme so Gurny et al. (vgl. 2007: 7). Fragt man die Eltern, ob sie sich zusätzliche professionelle Hilfe für ihre Kinder wünschen würden, wird ein grosser Unterstützungswunsch deutlich. Viele psychisch erkrankte Eltern nehmen die Belastungen und Probleme ihrer Kinder wahr, erkennen krankheitsbedingte Einschränkungen in ihrer Betreuungs- und Erziehungsfunktion und benennen ihre Bedürfnisse nach alltäglichen und therapeutischen Hilfen für ihre Kinder und ihre Familie, nehmen aber dennoch oft professionelle Unterstützung aus den verschiedensten Gründen nicht in Anspruch (vgl. Lenz 2014: 74f.). In einer Studie der Universität Freiburg empfand über ein Drittel der befragten Patienten ihr derzeitiges professionelles Unterstützungssystem als unzureichend und wünschte sich mehr Hilfen, vor allem in der Kinderbetreuung und in der psychosozialen Beratung (vgl. Lenz 2014: 74f.). In der Untersuchung von Lenz im Jahre 2005 gaben 34% der Befragten an, dass ihr derzeitiges professionelles Unterstützungssystem für ihre Kinder und ihre Familie nicht ausreichend sei. An erster Stelle (48%) wünschten sich die Eltern Aufklärungs- und Informationsgespräche. Die Eltern fühlten sich selber nicht in der Lage, ihren Kindern selbst angemessen das entsprechende Wissen über die Erkrankung und die Behandlung zu vermitteln. Und auch die betroffenen Kinder sind in der Lage ihre Bedürfnisse zu benennen. Die Kinder haben ein starkes Bedürfnis Informationen in Bezug auf die Erkrankung zu erhalten und in die Behandlung der Eltern einbezogen zu werden (vgl. Kapitel 4). Um aus der inneren Isolation zu kommen, die familiäre Tabuisierung lockern, sowie zusätzliche soziale Unterstützung und Rückhalt zu finden, wünschen Kinder Austausch- und Kontaktmöglichkeiten vor allem in Gruppen mit Gleichbetroffenen. Kinder mit psychisch kranken Eltern sind nicht nur mit Vorurteilen und Stereotypen über die psychische Erkrankung konfrontiert, sondern erleben darüber hinaus Diskriminierungen in Schule und in der Freizeit. Aufklärung der Öffentlichkeit oder gezielte Aktivitäten in der Schulen werden von ihnen als weitere mögliche wichtige Hilfe betrachtet. Aus diesen

Schilderungen der Belastungen der Kinder und aus den Erkenntnissen aus den vorherigen Kapiteln lässt sich folgende Schlussfolgerung formulieren. Der Teufelskreis (vgl. Kapitel 4.1) in dem sich Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil befinden, weist daraufhin wie wichtig es ist, nicht nur das Kind, sondern auch den psychisch erkrankten Elternteil, die Eltern-Kind-Interaktion und das gesamte Familiensystem zu beachten. Um diesem Teufelskreis effektiv mit begegnen zu können, müssen Hilfsangebote sowohl auf der Ebene der erkrankten Eltern und des Kindes, als auch auf der Ebene der familiären Interaktion ansetzen (vgl. Schmid et al. 2011: 193). Präventionsmassnahmen können Risikofaktoren reduzieren und Schutzfaktoren stärken. Die Stärkung der in Kapitel 4.4.2 beschriebenen Schutzfaktoren gilt als eine primäre Zielsetzung bei präventiven Massnahmen. So soll erreicht werden, dass Kinder von psychisch erkrankten Eltern nicht benachteiligt sind. Sie haben dann gute Entwicklungschancen, wenn Eltern, Angehörige und Fachleute lernen, in sinnvoller und angemessener Weise mit der Erkrankung umzugehen, und wenn sie sich die erkrankten Eltern und ihre Kinder auf tragfähige menschliche Beziehungen stützen können (vgl. Mattejat et al. 2011: 18).

Welche Handlungsansätze konkret für die Soziale Arbeit formuliert werden können, wird in Kapitel 6.2 konkreter beschrieben werden. Im folgenden 5. Kapitel wird erstmal eine Auswahl an bestehenden Hilfsangeboten in Deutschland und der Schweiz betrachtet werden.

5 Betrachtung von bestehenden Hilfen in Deutschland und der Schweiz

Hilfsangebote für Kinder aus Familien mit psychisch erkrankten Eltern können auf drei Ebenen angesiedelt werden. Es gibt Angebote auf der Ebene der Eltern, auf der Ebene der Kinder und auf der Ebene der ganzen Familie (vgl. Wiegand-Grefe 2014: 141; vgl. Siegenthaler/Kupferschmid 2014: 53). Wichtig ist dabei, dass die Gesamtperspektive nicht verloren geht, da es sich wie in Kapitel 1 schon beschrieben, bei psychischen Erkrankungen um Familienerkrankungen handelt und die Familien sich, wie in Kapitel 4.1 beschrieben, in einem Teufelskreis befinden. Um diesem Teufelskreis der gegenseitigen negativen Beeinflussung effektiv begegnen zu können, müssen die Hilfsangebote möglichst auf allen drei Ebenen ansetzen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 80). Unterstützungsangebote sollten idealerweise familienorientiert konzipiert sein. Das bedeutet, dass dabei das gesamte Familiensystem berücksichtigt werden sollte (vgl. Jungbauer 2016: 30; vgl. Plattner 2017: 158).

In Kapitel 5.1 erfolgen erst ein paar allgemeine Informationen zu den Hilfsangeboten in Deutschland und der Schweiz. In den darauf folgenden Kapiteln werden Hilfsangebote jeweils bezogen auf die drei oben erwähnten verschiedenen Ebenen beschrieben. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen werden nur auf Ebene der Kinder die Angebote ausführlicher

geschildert und auch dort werden nur einige ausgewählte Hilfsangebote aus der jeweiligen Rubrik (z.B. Präventionsprogramme) präsentiert.

5.1 Allgemeine Informationen

Trotz multipler Risiken und erhöhten familiären Belastungen entwickeln nicht alle Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil psychische Auffälligkeiten. Trotzdem ist es von Bedeutung, dass hilfsbedürftige Familien Zugang zu angemessenen Hilfsangeboten haben (vgl. Hefti/Rhiner/Schmid 2016: 9-12). Laut Wiegand-Grefe (vgl. 2014: 140) existiert in Deutschland ein grosses Unterstützungsnetzwerk für betroffene Kinder und Familien mit mindestens 100-120 Projekten. Viele Angebote und Projekte sind regional gewachsen und sind der Initiative einzelner Personen zu verdanken (vgl. Wiegand-Grefe et al. 2011: 99; vgl. Matzejat et al. 2011: 21). Leider ist die Existenz vieler Projekte in Deutschland prekär, da sie durch Stiftungen und Spenden finanziert werden, oder sie laufen als Modellprojekte und sind deshalb nur zeitlich begrenzt verfügbar (vgl. Wiegand-Grefe 2014: 149). Die Projekte leisten einen wichtigen Beitrag dazu, die bestehende Versorgungslücke zu schliessen, auch die problematische Situation von betroffenen Kindern stärker ins Bewusstsein der (Fach-)Öffentlichkeit zu rücken und dem bestehenden Handlungsbedarf Nachdruck zu verleihen. Bis zu einer bedarfsdeckenden Versorgung ist jedoch noch ein weiter Weg (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 112). Wie auch in Deutschland, besteht in der Schweiz kein institutionalisiertes und von öffentlichen Trägern finanziertes spezielles Angebot für diese Zielgruppe (vgl. Albermann et al. 2012: 1523). Die wenigen bestehenden Projekte und Hilfsangebote bieten ein breites Angebotspektrum von sporadischen Ferienfreizeiten über regelmässige Aktivitäten für die Kinder, Angehörigen- und Kindersprechstunden in psychiatrischen Kliniken oder Patenschaften für die Kinder bis hin zu therapeutisch geleiteten Gesprächsgruppen oder Familienberatungen.

In der Schweiz stehen den Familien verschiedene niederschwellige Angebote offen. Dort erhalten sie Unterstützung in Erziehungsfragen und bei Herausforderungen im Familienalltag, wenn sie Belastungen nicht mehr selbst bewältigen können. Auch existieren in den grösseren Gemeinden Beratungsangebote für Kinder und Jugendliche, Erziehungs- und Familienberatungsstellen, die Schulsozialarbeit oder „Hilfen der Erziehung“ bei besonderem Förder- und Betreuungsbedarf. Einige psychiatrische Einrichtungen für Erwachsene wie z.B. die Psychiatrie Baselland in Liestal und Königsfelden, bieten eine Sprechstunde für Angehörige und Kinder an oder haben wie in Winterthur oder Bern Elterngruppen. Einige Kantone und Städte bieten Patenschaften an, wie in Kapitel 5.2.1 näher beschrieben. Bei sehr problematischen Familiensituationen kann auch eine sozialpädagogische Familienbegleitung bei den Familien zu Hause zum Einsatz kommen (vgl. Albermann/Müller 2016: 5-7). Ein grosser Teil der Unterstützung findet jedoch in Angeboten statt, die nicht ausschliesslich für die Zielgruppe der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil eingerichtet wurden, wie z.B. in Kitas oder Schulen. Nur

ein kleiner Teil der Unterstützung wird durch spezifische Angebote geleistet, getragen durch die Kinder- und Jugendhilfe sowie durch die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken (vgl. Gutmann 2017: 264). Einige Kliniken haben Angebote für Kinder und Eltern entwickelt, wie Elternbesuchstage, Psychoedukations-Gruppen, Mutter-Kind-Stationen oder sozialpädagogische Beratung für die Eltern. So wurde im Rahmen des Bündner Präventionsprogramms für Kinder psychisch erkrankter Eltern ein Konzept entwickelt, das in Kooperation von Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie Eltern mittels altersangemessener Psychoedukation für die Situation ihrer Kinder sensibilisiert (vgl. Albermann et al. 2012: 1523). Oft werden diese Unterstützungsangebote von betroffenen Familien kaum in Anspruch genommen. Die Gründe dafür sind unterschiedlichster Art. Sie reichen von Ängsten der Eltern, dass ihnen das Obhutsrecht für die Kinder entzogen oder diese gar fremdplatziert werden könnten bis dahin, dass die Angebote nicht bekannt oder die Kosten zu hoch sind (vgl. Gutmann 2017: 245). Zum Gelingen installierter Hilfen für die Familie hat sich gezeigt, dass jene längerfristig erfolgversprechend sind, bei denen die Eltern aktiv miteinbezogen werden. Zu bedenken ist auch, dass die Eltern häufig durch die installierten Hilfen in einer neuen Art und Weise mit ihrer Erkrankung konfrontiert werden. Sie können sich dadurch in ihrer Elternrolle angegriffen fühlen, wenn sie beispielweise das Gefühl haben oder vermittelt bekommen, die Bedürfnisse ihres Kindes würden in einer Pflegefamilie besser erfüllt werden. Die Akzeptanz der Hilfen durch die Eltern trägt jedoch wesentlich dazu bei, dass positive Veränderungen zugelassen werden können, sowohl vom Kind als auch von der gesamten Familie. In der Praxis steigt die Akzeptanz eines Angebotes durch die Familie, wenn die Eltern mit einer Stelle in Kontakt treten können, bei deren Angebot es nicht ausschliesslich um ihre Erkrankung und deren Einflüsse auf das Kind oder die Familie geht, sondern gleichzeitig die Möglichkeit besteht, Fragen zur Erziehung oder zu Schwierigkeiten in der Beziehung zu ihrem Kind besprechen zu können (vgl. Gutmann 2017: 245).

Weil psychisch erkrankte Eltern und ihre Familien oft mit mehreren Problemfeldern zu tun haben (vgl. Kapitel 3+4), sind sie häufig auf Hilfe und Unterstützung von verschiedenen Institutionen aus verschiedenen Bereichen angewiesen. Dies können z.B. psychiatrische Kliniken und eine Familienberatungsstelle sein (vgl. Siegenthaler/Kupferschmid 2014: 53). Die komplexen Problemlagen, wie sie bei den betroffenen Familien vorliegen, erfordern aufeinander abgestimmte und kombinierte multiprofessionelle Interventionen, die das gesamte Familiensystem stärken und unterstützen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 80). Bei fehlendem interdisziplinären Austausch und einem unzureichenden gemeinsamen Problemverständnis können die Familien leicht zwischen den Stühlen sitzen (vgl. Siegenthaler/Kupferschmid 2014: 53). Das abgestimmte Vorgehen erfordert ein fallbezogenes Netzwerk, welches zielgerichtet verknüpft und aufeinander abgestimmt ist und verbindlich gepflegt und nach Bedarf erweitert wird. In der fallbezogenen Kooperation ist ein kommunikativer Verständigungsprozess erforderlich, der auf

Offenheit, Transparenz und Vertrauen sowie einem gleichberechtigten Austausch zwischen den Beteiligten beruht (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 80). Es bestehen aber nach wie vor Probleme in der Zusammenarbeit zwischen den Organisationen des Kinder- und Erwachsenensystems. Teilweise wird die Kommunikation durch Unkenntnis der Arbeitsfelder der anderen Disziplinen erschwert. Bis heute ist es in den meisten Hilfesystemen noch nicht gelungen, Strukturen zu verankern, die eine befriedigende Versorgung und Unterstützung der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil ermöglichen (vgl. Gutmann 2017: 19). Auch Jungbauer (vgl. 2016: 33) schreibt, dass für eine wirksame und nachhaltige präventive Hilfe eine gut funktionierende Kooperation zwischen den Hilfesystemen, oftmals handelt es sich um die Psychiatrie und die Jugendhilfe, notwendig ist.

Unterstützungsangebote für Familien mit psychisch erkrankten Eltern werden häufig als Prävention bezeichnet. Gemäss ihrer Definition zielen präventive Massnahmen auf die Vermeidung eines schlechteren Zustands ab. Sie sollen das Auftreten von Krankheiten verhindern (vgl. Wiegand-Grefe 2014: 140). Durch Präventionsmassnahmen können Risikofaktoren reduziert und Schutzfaktoren gestärkt werden. Auf diese Weise kann erreicht werden, dass Kinder von psychisch erkrankten Eltern nicht benachteiligt sind. Sie haben dann gute Entwicklungschancen, wenn Eltern, Angehörige und Fachleute lernen, in sinnvoller und angemessener Weise mit der Erkrankung umzugehen, und wenn sich die erkrankten Eltern und ihre Kinder auf tragfähige menschliche Beziehungen stützen können (vgl. Mattejat et al. 2011: 18). Auch sollen durch Präventionsmassnahmen die vorhandenen psychosozialen Belastungen reduziert werden (vgl. Mattejat et al. 2000: 165). Für Kinder aus Familien mit psychisch erkrankten Eltern gibt es bisher allerdings nur sehr wenige Präventionsansätze, deren Wirksamkeit in randomisierten Kontrollgruppenstudien überprüft ist (vgl. Mattejat/Remschmidt 2008: 417). Manche Kinder psychisch kranker Eltern sind jedoch bereits selbst von einer eigenen psychischen Erkrankung betroffen, dadurch ist ein präventives Angebot allein nicht ausreichend (vgl. Wiegand-Grefe 2014: 141). Es muss durch spezifische Massnahmen für bereits erkrankte Kinder ergänzt werden. Viele regelmässig stattfindende Unterstützungsangebote für Kinder aus Familien psychisch erkrankter Eltern enthalten daher neben präventiven auch therapeutische Elemente (vgl. ebd.: 141).

5.2 Kinderorientierte Hilfen

Hilfsangebote auf Ebene der Kinder sind, ähnlich wie auf Elternebene, vor allem Gruppenprogramme. Die Kinder erhalten Informationen über die elterliche Erkrankung und können über ihren Umgang mit der Erkrankung der Eltern und ihre Bewältigungsmöglichkeiten sprechen. Die Gruppen zielen häufig auf eine Verbesserung der sozialen Kompetenzen ab. Es werden unter anderem Problemlösetechniken vermittelt. Ausserdem beinhalten die Gruppenprogramme den Austausch mit anderen betroffenen Kindern und Jugendlichen und zielen auf eine

Stärkung des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens ab (vgl. Wiegand-Grefe 2014: 142-143). Grundsätzlich ist es bei der Betreuung und Begleitung der betroffenen Kinder essenziell, dass stabile Bezugspersonen vorhanden sind, die eine Veränderung der psychischen und emotionalen Verfassung der Kinder bemerken und dem entsprechend nachgehen (vgl. Gutmann 2017: 264).

5.2.1 Patenschaftsprojekte

In Berlin und Hamburg entstanden schon vor über zehn Jahren die ersten Patenschaftsprojekte für Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Während der letzten Jahre sind in vielen weiteren deutschen Städten ähnliche Projekte entstanden (vgl. Gutmann 2017: 262; vgl. Wiegand-Grefe et al. 2011: 68). In der Schweiz hat das erste Patenschaftsprojekt in Basel im Jahr 2012 seine Arbeit aufgenommen. Es wurde vom Verein HELP! For Families lanciert (vgl. Flechl 2012: 14). Die konzeptuellen Grundlagen des Ansatzes beruhen auf den empirischen Befunden zur Resilienz, die zeigen, dass eine verlässliche, vertrauensvolle Beziehung zu einer erwachsenen Bezugsperson die Entwicklungsrisiken für Kinder, die mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufwachsen, mindern (vgl. Müller et al. 2015: 3; vgl. Gutmann 2017: 262). Erreicht wird das durch eine fachlich begleitete Laienhilfe bzw. ehrenamtliche Hilfe. Die Grundidee des Basler Projekts und auch der Projekte in Deutschland besteht darin, Kindern aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil langfristig stabile Bezugspersonen, also eine Patenfamilie, eine Paten oder eine Patin, zu vermitteln, welche die Kinder in regelmässigen Abständen besuchen können (vgl. Müller et al. 2015: 3). Patenschaften sind als Ergänzung zu professionellen Hilfsangeboten konzipiert (vgl. ebd.: 3). Bestehende Patenschaftsprojekte haben gezeigt, dass ein halber Tag pro Woche und ein Wochenende pro Monat oft eine angemessene Frequenz für Treffen zwischen Patenkind und der Patin, dem Paten oder der Patenfamilie ist. Die Intensität der Treffen kann jedoch den Bedürfnissen des Patenkindes und den Möglichkeiten der Patinnen und Paten angepasst werden. Im Zentrum steht ein kontinuierlicher Beziehungsaufbau, der nicht mit einem spezifischen pädagogischen Ziel verbunden ist (vgl. Müller et al. 2015: 5). Die Akquise und Aufnahme von Patinnen und Paten sowie Nutzerfamilien, die Abklärung von deren Eignung, Motivation, Bedürfnissen und Ressourcen, das Zusammenführen passender Familien, die Begleitung der Patenschaft durch regelmässige Kontakte sowie die spezielle Unterstützung in Krisensituationen sollte durch eine Fachperson der Sozialen Arbeit übernommen werden (vgl. Müller et al. 2015: 3; vgl. Gutmann 2017: 263). Die Patenschaften bieten betroffenen Kindern niederschwellige Unterstützung, von elterlichen psychischen Erkrankung unbelastete Freizeitaktivitäten und ermöglichen ihnen in Krisensituationen notfalls einen Aufenthalt in der Patenfamilie (vgl. Müller et al. 2015: 3). Damit sind Patenschaften eine niederschwellige, langfristig angelegte, alltagsnahe und relativ flexible Unterstützungsform. Im Gegensatz zu vielen anderen Interventionen der Kinder- und Jugendhilfe ermöglichen sie den Kindseltern eine Mitsprache bei der Auswahl der Patenfamilie und der

Gestaltung der Patenschaft. Trotz der Niederschwelligkeit des Angebots ist es ausgesprochen wichtig, dass die Akteurinnen und Akteure des Patenschaftsprojektes nicht nur gegenüber den Zielgruppen ihre Rolle klären, sondern auch gegenüber anderen Angeboten des professionellen Hilfesystems, weil nicht alle Hilfestellen gleichermassen als Kooperationspartner für ein Patenschaftsprojekt fungieren können (vgl. Gutmann 2017: 263-264; vgl. Flechl 2012: 14-15; vgl. Müller et. al 2015: 3).

5.2.2 Präventionsprogramme

Präventionsgruppen wurden in Deutschland erstmals 1993 bis 1996 an der Psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg durchgeführt. Den Namen „Auryn“ Gruppen erdachte der dortige Projektleiter. Das „Auryn“ ist das Amulett aus Michael Endes „Unendliche Geschichte“ das den, der es trägt, beschützt und ihm Kraft und Mut zur Verwirklichung seiner Ziele gibt. Beratung und Gruppenarbeit fanden in Räumen statt, die auch als informelle Anlaufstelle genutzt werden konnte. Zusätzlich zum Gruppenprogramm gab es Freizeit- und Ferienangebote. Das übergeordnete Ziel bestand in der Vorbeugung psychischer Erkrankungen bei betroffenen Kindern. Die Kinder erhielten die Möglichkeit, einmal pro Woche für zwei Zeitstunden eine themenzentrierte Kindergruppe zu besuchen, die aus vier bis sechs Kindern bestand. Das Kernstück der Gruppenarbeit bildeten die drei Themenbereiche psychische Krankheit, Identität und soziale Kompetenz. Den Kindern wurden alters- und kindgerechte Informationen über psychische Erkrankungen vermittelt, und sie wurden über die krankheitsbedingten Verhaltensweisen ihrer Eltern aufgeklärt. Auch lernten sie ihre eigenen Stärken zu erkennen, anzunehmen und für sich weiterzuentwickeln und so ihr Selbstwertgefühl zu verbessern (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 113; vgl. Deneke/Beckmann/Dierks 2008: 69f.). Das Konzept der AURYN Gruppen bildet die Grundlage für die Mehrzahl der Gruppenangebote im deutschsprachigen Raum. Die parallel zur Kindergruppe stattfindende Elternarbeit umfasst mindestens drei Elterntreffen (vgl. Deneke et al. 2008: 69; vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 49).

Das Präventionsprojekt KIPKEL (Kinder psychisch erkrankter Eltern) wurde 1998 von S. Staets entwickelt. Zielsetzung des Projektes ist es die, die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder in einem schwierigen familiären Umfeld zu unterstützen, die Erziehungskompetenz der Eltern zu fördern und gemeinsam mit der Familie Lösungsstrategien für die vielfältigen Probleme zu erarbeiten (vgl. Wiegand-Grefe et al. 2011: 136). KIPKEL betreut Familien mit minderjährigen Kindern, in denen ein oder beide Elternteile an einer affektiven oder schizophrenen Psychose oder an einer anderen schweren Persönlichkeitsstörung leiden (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 113).

5.2.3 Informationsvermittlung / Psychoedukation

Informationsvermittlung und Krankheitsaufklärung der Patientinnen und Patienten und der Angehörigen spielen in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung immer öfter

eine wichtigere Rolle und stellen in einigen Therapieprogrammen einen zentralen Baustein dar. In der Psychiatrie spricht man in bei Aufklärung und Vermittlung von Wissensinhalten von Psychoedukation (vgl. Lenz 2005: 131). Psychoedukation basiert auf der Annahme, dass erkrankte Menschen und deren Angehörigen durch sachgerechte und kompetente Informationen in die Lage versetzt werden können, aktiv an der Bewältigung der Probleme und der Genesung mitzuwirken, indem sie zu Experten für die Erkrankung werden (vgl. Lenz 2005: 141). Dadurch befinden sich die Betroffenen und die Angehörigen nicht länger in einer passiven Rolle. Für die Angehörigen, damit sind auch die Kinder psychisch erkrankter Eltern gemeint, eröffnen sich darüber hinaus durch die Vermittlung von Informationen und Wissen über die psychische Erkrankung bessere Möglichkeiten zur Verminderung der eigenen Belastungen, Ängste und Schuldgefühle. Für Kinder und Jugendliche als Angehörige psychisch erkrankter Eltern gibt es jedoch keine vergleichbar ausgearbeiteten psychoedukativen Programme, wie für Patientinnen und Patienten und deren erwachsene Angehörige (vgl. Lenz 2005: 141). Gerade die betroffenen Kinder, wie auch in 4.3.3 und 4.4.1 beschrieben, brauchen aber Informationen zur Erkrankung. Psychoedukative Ansätze, welche die ganze Familie einbeziehen, die familiäre Kommunikation fördern und dazu beitragen, dass die Erfahrung der Familie mit der Erkrankung durchgearbeitet werden kann, haben eine präventive Wirkung (vgl. Müller 2008: 149). Die Informationen müssen allerdings in einer altersadäquaten Weise vermittelt werden (vgl. ebd.: 149). Eine alters- und entwicklungsgemässe Aufklärung der Kinder über die Erkrankung und Behandlung des Elternteils stellt einen bedeutsamen spezifischen Schutzfaktor für die Kinder dar. Allerdings darf sich dabei die Aufklärung nicht auf eine rein kognitiv ausgerichtete Informationsvermittlung beschränken. Das Wissen über die Krankheit und deren Symptome alleine bedeutet nicht, dass die Kinder über ein Verständnis für die elterlichen Verhaltensweisen verfügen. Wissen über die Krankheit ist nicht gleichzusetzen mit Verstehen der Erkrankung. Erst wenn die Kinder Erklärungen für Verhaltensweisen und Reaktionen ihrer erkrankten Eltern zur Verfügung haben, besteht die Chance, dass sich ihre Sorgen und Ängste reduzieren. Die grosse Bedeutung von Krankheitsverstehen liegt in der Vermittlung von Hoffnung, Mut und positiven Zukunftserwartungen. Das Verstehen eröffnet Möglichkeiten, Handlungsspielräume zu erweitern, Perspektiven und Wege zu beleuchten und zu erarbeiten sowie Gefühle der Beeinflussbarkeit, der Kontrolle und der Selbstwirksamkeit zu entdecken (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 82; vgl. Plattner 2017: 157). Krankheitsverstehen fördert damit die Selbstbefähigung und Selbstbemächtigung der Betroffenen und ihrer Familien. Psychoedukation sollte als ein dialogischer Prozess verstanden werden, in dem die Kinder ermutigt werden, Fragen zu stellen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 82). Zudem ermöglicht die Psychoedukation, die Tabuisierung der Erkrankung aufzuheben und dadurch das Kind zu entlasten und ihm die Schuldgefühle zu nehmen (vgl. Plattner 2017: 157). Bislang liegen auch einige Materialien zum Thema Kinder aus Familien psychisch erkrankter Eltern vor. Es handelt sich dabei unter

anderem um drei in Holland entwickelte Broschüren, die zunächst von Gundelfinger übersetzt und bearbeitet und schliesslich in Zusammenarbeit mit „pro juventute“ in der Schweiz veröffentlicht wurden (vgl. Mattejat 2001: 493). Diese Hefte wurden von F. Mattejat an deutsche Verhältnisse adaptiert (vgl. ebd.: 493). In den letzten Jahren wurden vielfältige Bücher zum Thema Familien mit psychisch erkrankten Eltern herausgegeben. Es handelt sich zumeist um Bilderbücher, die in kurzen Geschichten psychische Belastungen thematisieren. So soll es dem Kind ermöglicht werden, eine eigene Vorstellung über seine Situation zu entwickeln. Oft reichen Bücher alleine jedoch nicht aus. Ein häufig geäussertes Wunsch von Kindern und ihren Eltern (vgl. Kapitel 4.3.3 und 4.4.1) ist die Beratung durch eine Fachperson, um individuelle Fragen und Anliegen im Gespräch klären zu können (vgl. Siegenthaler/Kupferschmid 2014: 54). Ein durch Fachpersonen gefördertes und begleitetes Gespräch zwischen Eltern und Kindern über die Krankheit und die Gefühle, die sie auslöst, kann helfen die Tabuisierung der Erkrankung zu durchbrechen (vgl. Müller 2008: 147). Die Erfahrungen zeigen, dass wirksame Psychoedukation bei Kindern nicht ausschliesslich in einer Gruppe durchgeführt werden sollte, sondern zusätzlich sollten auch immer familienorientierte Beratungen erfolgen, die individuell auf die Bedürfnisse des jeweiligen Kindes abgestimmt sind (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 84). Psychoedukation ist ein zentraler Baustein vieler Hilfsangebote (vgl. Plattner 2017: 156).

5.2.4 Broschüren und Bücher / internetbasierte Information / Webseiten

Für die Vermittlung gesundheitsrelevanter Informationen wird zunehmend das Internet genutzt. Die Vorteile dieses Mediums sind Niedrigschwelligkeit, Anonymität und eine zeitlich unbeschränkte Zugangsmöglichkeit. Besonders die jüngeren Altersgruppen fühlen sich davon angesprochen. Mittlerweile richten sich einzelne Informations- und Beratungsangebote gezielt an jugendliche Nutzer und stellen Informationen über psychische Erkrankungen bereit oder bieten Beratung und Austausch für Kinder und Jugendliche an (vgl. Wiegand-Grefe et al. 2011: 69). Auf einigen Webseiten finden sich auch Informationen zu regionalen Beratungsangeboten. Belletristische Bücher stellen eine weitere Möglichkeit dar, Kinder anzuregen, sich emotional mit dem Thema psychische Erkrankung eines Elternteils zu beschäftigen. Gerade literarische Erzählungen sind in der Lage, jenseits von sachlichen Informationen und fachlich-konkretem Wissen den kindlichen Lesern emotional in ein dramatisches Geschehen hineinzuziehen. Inzwischen sind einige Bücher, Broschüren und Filme verfügbar, die Kindern psychisch erkrankter Eltern empfohlen werden können, wenn sie sich über die Psychoedukation hinaus literarisch mit der Thematik beschäftigen wollen (vgl. Lenz 2005: 150). Im Anhang findet sich eine Liste mit Webseiten, Kinder- und Jugendbüchern, Broschüren und Filmen.

5.3 Elternorientierte Hilfen

Präventive Unterstützungsangebote auf der Elternebene zielen darauf ab, Eltern zu entlasten, ein Forum zum Erfahrungsaustausch zu bieten und durch verhaltensorientierte Gruppenprogramme und Elterntrainings die Erziehungskompetenz und das Erziehungsverhalten günstig zu beeinflussen. Zusätzlich werden den Eltern oft parallel Informationen über die jeweilige Erkrankung und ihre Bewältigungsmöglichkeiten im Umgang mit der Erkrankung vermittelt. Die Eltern können sich über die Situation mit anderen Eltern austauschen und bei Problemen gemeinsam mit anderen betroffenen Eltern und den Therapeuten nach Lösungen suchen. Auch das offene Gespräch der Eltern untereinander und mit dem Kind wird geübt. Viele der Programme zur Förderung der Erziehungskompetenz wurden nicht gezielt für diese Zielgruppe entwickelt (vgl. Wiegand-Grefe 2014: 142; vgl. Wiegand-Grefe et al. 2011: 70). Die Förderung erzieherischer Kompetenzen bei den Eltern kann sowohl für die Eltern als auch für die Kinder eine grosse Entlastung sein (vgl. Müller 2008: 149).

Ein interdisziplinäres Präventionsprojekt für die Zielgruppe psychisch erkrankter Eltern und ihrer Kinder wurde in der Ostschweiz in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Littenheid entwickelt. Dieses Projekt wird in dieser Arbeit beispielhaft für die Präventionsgruppen für die Eltern vorgestellt, da eine Reihe von später entwickelten Angeboten darauf aufbauend in ähnlicher Weise arbeitet. Die präventiven Massnahmen dieses Schweizer Projekts richten sich sowohl an die Kinder als auch an die Eltern. Als wichtiger präventiver Faktor zum Schutz der Kinder gilt die Aufklärung der Kinder über die elterliche Erkrankung, für die Eltern das Erlernen von Copingstrategien, um die Elterntolle den veränderten Bedingungen anzupassen. Die Arbeit mit den Kindern unterscheidet sich nicht wesentlich von der in Kapitel 5.2.2 beschriebenen AURYN-Gruppen, daher wird dieser Teil hier nicht weiter ausgeführt. Parallel zu der Gruppenarbeit mit den Kindern finden jedoch Elterngruppen statt. Die Angebote für Eltern haben vor allem das Ziel, mit psychoedukativen Massnahmen das Krankheitsbewusstsein zu verbessern und die Eltern in ihren erzieherischen Aufgaben unter den Bedingungen der psychischen Erkrankung zu stärken. Das Angebot für die Eltern ist als geschlossenes Gruppenangebot konzipiert und umfasst acht Stunden an drei Abenden (vgl. Kühnel/Bilke 2004: 60-74).

5.4 Familienorientierte Hilfen

Insbesondere für diejenigen Kinder in der Familie, die keine behandlungsrelevanten Erkrankungen aufweisen, sind präventive, familienorientierte Interventionen empfohlen (Wiegand-Grefe et al. 2011: 70). Solche familienorientierten Programme können nach dem Lebenszyklus der Familie und dem Alter der Kinder differenziert werden. Einige Ansätze konzentrieren sich eher auf die frühe Eltern-Kind Arbeit mit Beginn in der Schwangerschaft oder dem Säuglings-

alter. Dabei steht eine gelungene und sichere Bindungsentwicklung im Vordergrund. Bei anderen Ansätzen wird der Fokus auf die Arbeit von Familien mit Kleinkindern, Schulkindern oder Jugendlichen gelegt. Weitere Ansätze arbeiten mit Konzepten der aufsuchenden Familienarbeit. Aufsuchende Familienarbeit kann Familien besonders in Krisen und auf niederschwellige und flexible Weise direkt in deren Lebensraum unterstützen (vgl. Wiegand-Grefe 2014: 143). Ein Interventionsprogramm auf der Familienebene ist der CHIMPs-Ansatz. Entwickelt wurde das Präventionsangebot in der Hamburger Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Das Projekt dort unterhält in der Ambulanz der Klinik eine Sprechstunde für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil (vgl. Wiegand-Grefe et al. 2011: 72). Für das CHIMPs Programm liegen Wirksamkeitsnachweise vor, die dem Programm positive Effekte zuschreiben. Das Interventionsprogramm ist zunächst als präventiver Ansatz entwickelt worden. Im Verlaufe der Umsetzung wurde es jedoch aufgrund der klinischen Erfahrung diagnostisch und therapeutisch erweitert. Inhaltlich basiert der Beratungsansatz zum einen auf dem von Matthejat et al. 2000 entwickelten Modell der psychosozialen Entwicklungsbedingungen, in dem die Art und Angemessenheit der Krankheitsbewältigung, sowie die Qualität der innerfamiliären und ausserfamiliären Beziehungen hervorgehoben werden. Zum anderen orientiert sich CHIMPs am kognitiv-verhaltenstheoretischen Beratungsansatz von Beardslee, der durch psychodynamische Komponenten erweitert wird. CHIMPs umfasst je nach Anzahl der Kinder jeweils ca. sechs bis acht Sitzungen, die sich in der Regel über einen Zeitraum von einem halben Jahr bis einem Jahr erstrecken (vgl. Lenz 2014: 49-50; vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 117). Es richtet sich an Familien mit Kindern im Alter von drei Jahren bis ins junge Erwachsenenalter.

Jungbauer (vgl. 2016: 31) fordert, dass strukturierte Präventionsangebote für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil als Manual verfügbar sein sollten, damit die Angebote in verschiedenen Einrichtungen einen vergleichbaren Qualitätsstandard aufweisen und einer standardisierten Evaluation zugänglich sind. Ein familienorientiertes manualisiertes Präventionsprogramm welches in Deutschland bereits gut angenommen wird ist von Albert Lenz entwickelt worden und trägt den Namen „Ressourcen fördern“. Es handelt sich dabei um ein multimodales familienzentriertes Programm, dessen übergeordnetes Ziel es ist, protektive Faktoren (vgl. 4.4.2) bei den Kindern und ihren Familien zu fördern. Dabei bezieht es systematisch den strukturellen und institutionellen Kontext mit ein (vgl. Lenz 2008: 27).

Im Jahr 2010 wurde im Einzugsgebiet der Stadt Winterthur ein Präventions- und Versorgungsprojekt, namens Wikip, für Kinder psychisch erkrankter Eltern ins Leben gerufen. Das Projekt hat es sich zum Ziel gesetzt, die psychiatrische und psychosoziale Versorgung von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil dauerhaft zu verbessern. Zudem soll die Situation der Kinder durch frühzeitige Erkennung von problematischen Entwicklungen verbessert wer-

den. Die Philosophie des Projekts orientiert sich an einem synergetischen Kooperationsmodell, d.h. einem Netzwerk. An diesem Netzwerk sind unterschiedliche Leistungserbringer aus verschiedenen Versorgungssystemen aktiv beteiligt. Die Kooperation setzt sich aus den zentralen Akteuren und Schlüsseleinrichtungen aus der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Jugend- und Familienhilfe, dem Schul- und Vormundschaftswesen zusammen. Für betroffene Familien wird, ähnlich einem breit verzweigten Pipelinennetz, eine Versorgungsstruktur über das städtisch-regionale Versorgungsgebiet entwickelt. Dabei werden Angebote und spezifische Hilfsmassnahmen der unterschiedlichen Leistungserbringer und Institutionen in dieser Versorgungsstruktur entwickelt und mit verschiedensten anderen bereits bestehenden und zukünftigen Angeboten und Hilfsmassnahmen verknüpft und zu einem Gesamtangebot zusammengeschlossen. Sinn und Zweck des ergänzenden Zusammenwirkens sind die gegenseitige Verzahnung und Kommunikation, der gegenseitige Wissenstransfer und damit einhergehend das Kennen des vielfältigen Angebots, das betroffenen Familien sowie Fachpersonen aus der medizinischen, psychiatrischen, sozialen, schulischen und rechtlichen Versorgung zur Verfügung steht. Es ist sinnvoll, die Versorgung und Begleitung von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil nur mit ein Bündel von Massnahmen und mit der Unterstützung aller relevanten Versorgungssysteme mit ihrem breiten institutionellen Spektrum durchzuführen. Die Bedeutung der Zusammenarbeit verschiedenster Leistungsanbieter in der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Familien, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist, kann kaum überschätzt werden. Ein gut funktionierendes Netzwerk in Form einer vereinbarten Zusammenarbeit, ist für die Helfersysteme von enormer Bedeutung, um ihrem Auftrag nachzukommen (vgl. Gäumann et al. 2014: 42-45).

6 Erkenntnisse in Bezug auf die Fragestellungen

6.1 Beantwortung der Fragestellung

Wie in den Kapiteln 3 und 4 bereits ausgeführt, kann eine psychische Erkrankung eines Elternteils mannigfaltige Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen haben. In diesem Kapitel werden die wichtigsten Risikofaktoren und Auswirkungen der Erkrankung auf die Kinder zur Beantwortung des ersten Teils der Hauptfragestellung zusammengefasst. Anschliessend werden die beiden Unterfragen beantwortet, um daraus dann in Kapitel 6.2 als Beantwortung des zweiten Teils der Hauptfragestellung die Handlungsansätze für die Soziale Arbeit ableiten zu können:

Welche Folgen und Auswirkungen können elterliche psychische Erkrankungen auf Kinder haben und welche Handlungsansätze lassen sich daraus in Bezug auf Hilfen für betroffene Kinder und Familien für die Soziale Arbeit ableiten?

Diese Hauptfragestellung wird mithilfe folgender Unterfragen zu beantworten versucht:

Welche Bedürfnisse in Bezug auf die Hilfen haben Kinder aus Familien mit psychisch erkrankten Eltern? Welche bereits vorhandenen Hilfsangebote gibt es für die betroffenen Familien und vor allem für die Kinder?

Wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass bei Kindern aus Familien mit psychisch kranken Eltern ein deutlich erhöhtes Risiko besteht, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Es ist davon auszugehen, dass bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen und somit auch bei der Gefährdung der psychischen Gesundheit bei Kindern, sowohl genetische Faktoren, als auch Umweltfaktoren beteiligt sind. Studien belegen die gegenseitige Beeinflussung von genetischen- und Umwelteinflüssen. Der Hauptrisikofaktor für die Kinder besteht jedoch nicht in der psychischen Erkrankung der Eltern oder der genetischen Vererbung, sondern in den psychosozialen Belastungen der Familie.

Zu den psychosozialen Faktoren werden kindbezogene, elterliche, familiäre und allgemeine umweltbezogene Faktoren gezählt. In Familien mit psychisch erkrankten Eltern sind fast alle wichtigen psychosozialen Belastungen deutlich häufiger präsent. Zu den Risikofaktoren seitens der Eltern können krankheitsbezogene Faktoren, das Bindungsverhalten zwischen Eltern und Kind, die Eltern-Kind-Interaktion, Ehekonflikte und mangelnde Erziehungskompetenz gezählt werden. Als kindbezogene Faktoren werden Intelligenz, Leistungsfähigkeit, die soziale und emotionale Kompetenz, sowie das Temperament beschrieben. Die transgenerationale Weitergabe zählt laut Literatur zu den familiären Risikofaktoren. Aufgrund der psychischen Erkrankung der Eltern kommt es häufig zu Streitigkeiten und Disharmonien. Dadurch kann das familiäre Klima negativ beeinflusst werden. Sozioökonomische und soziokulturelle Faktoren werden dem Bereich der allgemeinen Umweltfaktoren zugeschrieben.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass schwere psychische Erkrankungen das Auftreten von Belastungsfaktoren begünstigen, wie zum Beispiel eheliche Konflikte, familiäre Disharmonien, Scheidung, Störung der Eltern-Kind-Beziehung, inadäquate soziale Unterstützung und soziale Isolation, sowie eingeschränkte objektive Lebensbedingungen wie Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme und problematische Wohnverhältnisse. Belastende Lebensereignisse wirken generell als Stressor und beeinflussen die psychosozialen Entwicklungsbedingungen der Kinder. Es ist festzuhalten, dass eine grosse Anzahl von Kindern aus Familien mit psychisch kranken Eltern im Laufe ihres Lebens selbst keine psychische Erkrankung entwickelt. Jedoch zeigen aktuelle Studien zur Gefährdung von Kindern aus Familien mit psychisch erkrankten Eltern übereinstimmend höhere Entwicklungsrisiken. Die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Kinder und Jugendlichen können je nach Art, Ausprägung und Verlauf der elterlichen Erkrankung ganz unterschiedlich sein. Sie werden aber auch beeinflusst von dem Alter

und dem Entwicklungsstand der betroffenen Kinder. Die elterliche psychische Erkrankung hat dann schwerwiegende Folgen für die Entwicklung der Kinder, wenn die Eltern durch die Erkrankung in ihrer intuitiven und selbstreflexiven Funktion so beeinträchtigt sind, dass Misshandlung und Vernachlässigung möglich sind, es zu Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen seitens der Kinder kommt oder deren Wohlbefinden beeinträchtigt ist. Als eine mögliche Folge der psychischen Erkrankung der Eltern, soll an dieser Stelle nochmals die Parentifizierung, d.h. die Rollenumkehr zwischen Eltern und Kind, erwähnt werden. Meist beginnt der Rollentausch zwischen Eltern und Kind im Vorschulalter und hat ihren Höhepunkt in der mittleren Kindheit und im Jugendalter. Die Kinder übernehmen anstatt der Eltern zahlreiche Aufgaben im Haushalt und können sich dadurch überfordert fühlen und die eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund drängen.

Besonderes Augenmerk wurde in dieser Arbeit auf die subjektiven Belastungen der betroffenen Kinder gelegt. Hier zeigt sich, dass die Kinder und Jugendliche aus Familien mit psychisch kranken Eltern häufig unter Ängsten, Hilflosigkeit, Verlustgefühlen, Trennungsangst, Schuld, Scham, sozialer Isolation und Trauer leiden. In Bezug auf die elterliche Erkrankung sind die akuten Symptome, die Dauer, der Krankheitsverlauf und vor allem die damit verbundenen Persönlichkeitsveränderungen der Eltern für die Kinder belastend. Ein Grund für die von den Kindern genannten Ängste und Hilflosigkeit ist unter anderem das mangelhafte Wissen über die psychische Erkrankung der Eltern. In den betroffenen Familien besteht häufig ein Kommunikationsverbot und die psychische Erkrankung wird oft sowohl innerhalb, als auch ausserhalb der Familie zum Tabu. Dies bedeutet für die betroffenen Kinder und Jugendlichen, dass sie weder mit ihren Eltern noch mit aussenstehenden Personen sprechen können. Dadurch erhalten die Kinder nicht nur keine Informationen über die Erkrankung der Eltern, sondern auch keine soziale Unterstützung. Das wiederum verstärkt bei ihnen die soziale Isolation und das Gefühl der Einsamkeit. Die emotionale Verstrickung der Kinder mit ihren Eltern führt dazu, dass die Kinder weder einen äusseren noch inneren Freiraum haben. Sie schränken ihre ausserfamiliären Kontakte ein, weil sie sich zu Hause für unentbehrlich halten und geraten so noch tiefer in die soziale Isolation.

Zudem verhindert die Tabuisierung der elterlichen Erkrankung eine offene Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung, was letztlich nicht nur zu einem schlechten familiären Klima und zu innerfamiliären Konflikten führt, sondern die gesamte Familie weiter in die soziale Isolation treibt. Auch können durch das Kommunikationsverbot familienexterne Personen keine Unterstützung anbieten, da sie über die belastende Familiensituation nicht informiert sind. Dies ist besonders schlecht für die betroffenen Familien, da soziale Unterstützung einen protektiven Faktor darstellt. Innerfamiliäre Konflikte und schlechtes familiäres Klima, begünstigt durch die psychische Erkrankung, verschlechtern die Situation der betroffenen Kinder und

Jugendlichen zusätzlich. Ebenfalls als belastend beschreiben die Kinder die Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf das alltägliche Leben. Oftmals können aufgrund der Erkrankung keine verlässlichen Strukturen und Abläufe aufrechterhalten werden. Das Zusammenbrechen der vertrauten Alltagsstrukturen erleben die Kinder als Belastung. Zudem kann es aufgrund der psychischen Erkrankung zu einem Betreuungsdefizit kommen und den Kindern fehlt dann eine verlässliche und stabile Bezugsperson.

Betrachtet man die Aussagen der erkrankten Eltern und deren Kinder, so wird ein breit gefächertes Hilfe- und Unterstützungsbedarf sichtbar, der von konkreten Hilfestellungen im Alltag bis hin zu therapienahen Hilfeformen reicht. Ein besonderes Bedürfnis nach Information und Wissen besteht vor allem bei den Kindern und Jugendlichen, aber auch die betroffenen Eltern wünschen sich Unterstützung bei der Aufklärung der Kinder. Ausserdem äussern die Kinder und Jugendlichen den Wunsch nach Austausch und Kontaktmöglichkeiten in Gruppen mit Gleichbetroffenen, um so der inneren Isolation entfliehen zu können und soziale Unterstützung zu erfahren. Jugendliche möchten zudem gerne, sofern der erkrankte Elternteil sich überhaupt in Behandlung befindet, in die Therapie ihrer Eltern miteinbezogen werden. Als weitere wichtige mögliche Hilfe, wird von den betroffenen Kindern und Jugendlichen die Aufklärung der Öffentlichkeit mit gezielten Aktivitäten unter anderem in Schulen genannt, um gegen die Stigmatisierung und Diskriminierung der Betroffenen vorzugehen. Viele der befragten Eltern geben an, dass die derzeitige professionelle Unterstützung für Kinder und die Familie nicht ausreichend ist. Sie wünschen sich mehr Hilfen in Bezug auf die Kinderbetreuung und in der psychosozialen Beratung.

Wie bereits in der Einleitung beschrieben, fehlt es aber, auch aus Sicht der betroffenen Familien und trotz der zunehmenden Entdeckung der Kinder als betroffene Angehörige, bislang an ausreichenden Hilfsangeboten für diese Zielgruppe. Die Gründe für diese defizitäre Versorgungslage sind nicht nur auf mangelnde finanzielle und personelle Ressourcen und Fachkenntnisse der Professionellen, sondern vor allem auf nicht funktionierende bzw. nicht dauerhafte Kooperationsbeziehungen zwischen den verschiedenen Institutionen zurückzuführen (vgl. Kapitel 5.1). Es besteht mittlerweile jedoch ein breites Angebotsspektrum auf den Ebenen der kinderorientierten, der elternorientierten und der familienorientierten Hilfen. Die Hilfsangebote reichen von sporadischen Ferienfreizeiten, über regelmässige Gruppentreffen für Kinder, Patenschaften, Angehörigen- und Kindersprechstunden in psychiatrischen Kliniken, bis zu therapeutisch geleiteten Gesprächsgruppen oder Familienberatungen. Meistens sind die Hilfsangebote im Bereich der Prävention angesiedelt. Jedoch kann dies gerade bei bereits erkrankten Kindern und Jugendlichen nicht ausreichend sein und es bedarf auch therapeutischer Angebote. Auf Ebene der Kinder existieren vor allem Gruppenprogramme im Rahmen von Präven-

tionsprogrammen, in denen Problemlösetechniken vermittelt, der Austausch mit anderen betroffenen Kindern und Jugendlichen ermöglicht und eine Stärkung des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens gefördert wird. Eine weitere präventive Wirkung hat eine altersadäquate Informationsvermittlung, auch als Psychoedukation bezeichnet, welche von Fachpersonen mit entsprechenden Kenntnissen durchgeführt werden kann. Mittlerweile existieren auch einige Broschüren und Bücher, sowie Webseiten, welche zur Vermittlung von gesundheitsrelevanten Informationen benutzt oder von den Kindern und ihren Familien selbst verwendet werden können. Im Rahmen von Patenschaften haben Kinder und Jugendliche die Möglichkeit eine vertrauensvolle Beziehung zu einer erwachsenen Bezugsperson aufzubauen. Die Webseiten liefern auch Informationen zu regionalen Hilfsangeboten. Gerade für Jugendliche können internetbasierte Informationen und Beratungsangebote sehr hilfreich sein.

6.2 Handlungsansätze für die Soziale Arbeit

In Kapitel 4.4.3 wurden schon einmal erste Schlussfolgerungen für professionelle Hilfen abgeleitet. In diesem Kapitel formuliert die Autorin dieser Arbeit mögliche konkrete Handlungsansätze für die Soziale Arbeit.

Aus Sicht der Verfasserin dieser Arbeit gehört es klar zu den Aufgaben der Sozialen Arbeit, weiterhin passende und adäquate Hilfsangebote für die betroffenen Familien zu entwickeln und umzusetzen. Dies ergibt sich unter anderem aus dem von Avenir Social definierten, und in dieser Arbeit nur verkürzt dargestellten Auftrag der Sozialen Arbeit (siehe Kapitel 1.3). Zudem schreibt auch Müller (vgl. 2008: 146), dass in akuten Krisen oder in Familien mit multiplen Problemlagen, wie sie bei Familien mit psychisch erkrankten Eltern häufig anzutreffen sind, die Bewältigung der Krise bzw. der akuten Probleme im Vordergrund steht und nicht die therapeutische Begleitung der ganzen Familie. Wie schon in Kapitel 1.3 beschrieben, gehört die Bearbeitung von komplexen Mehrfachproblematiken klar zum Aufgabenfeld der Sozialen Arbeit. Nachfolgend werden mögliche Handlungsansätze ausgeführt, aufgeteilt auf die Ebenen Kind, Eltern, Familie, Fachpersonen/Institutionen und Öffentlichkeit/Fachöffentlichkeit. Wichtig ist noch erwähnen, dass bei allen potentiellen Hilfsangeboten die Gesamtperspektive nicht verloren geht. Es handelt sich bei psychischen Erkrankungen um Familienerkrankungen und die betroffenen Familien befinden sich in einem Teufelskreis der gegenseitigen negativen Beeinflussung.

Kinder/Jugendliche

Ein wesentliches Problem für die Unterstützung betroffener Kinder liegt in ihrer schlechten Erreichbarkeit. Durch die vielfältige Abhängigkeit der Kinder von ihren sorgeberechtigten Eltern kann eine gelingende Hilfe meist nur in Kooperation mit diesen wichtigen Bezugspersonen funktionieren (vgl. Gutmann 2017: 15). Dies muss auf jeden Fall bedacht werden bei den Hilfsangeboten, die spezifisch für die betroffenen Kinder entwickelt und angeboten werden. Aber

natürlich gilt dies auch für allgemeine Angebote im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe. Wie schon in mehreren Kapiteln dieser Arbeit erwähnt, besteht bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen ein enormes Bedürfnis nach Informationen und Wissen über die psychische Erkrankung. Gespräche, Aufklärung und Wissensvermittlung müssen ausschliesslich von medizinisch-psychiatrisch geschulten Fachleuten angeboten werden. Sie können von allen Fachpersonen, auch aus dem Bereich der Sozialen Arbeit, sofern sie über Basiswissen zu den Grundlagen des psychoedukativen Ansatzes (vgl. Kap. 5.2.3) verfügen, übernommen werden. Wie schon Kapitel 4.4.2 geschrieben, weisen Lenz und Kuhn auf eine protektive Funktion der altersadäquaten Informationsvermittlung über die Erkrankung hin, welche somit als spezieller Schutzfaktor angesehen werden kann. Dieses Wissen kann den Kindern und Jugendlichen in Gruppen oder Einzelgesprächen vermittelt werden. Angewendet werden könnte dieser psychoedukative Ansatz in sehr vielen Praxisfeldern der Sozialen Arbeit. Es wäre zum Beispiel vorstellbar, dass Sozialpädagogen, in einem bereits bestehenden Jugendtreff, monatlich ein Gesprächsabend zu dem Thema durchzuführen. Allerdings ist die Gefahr der erneuten Stigmatisierung der betroffenen Jugendlichen zu bedenken, wenn die Gespräche im Gruppensetting stattfinden. Auch Schulsozialarbeiter könnten das Thema Kinder aus Familien mit psychisch erkrankten Eltern aufgreifen und entweder individuell mit den Kindern und Jugendlichen Gespräche führen oder in Form von Projektwochen gemeinsam mit Lehrpersonen bearbeiten. Letztlich geht es bei dem Thema «Kinder aus Familien mit psychisch kranken Eltern» ja nicht nur darum, spezifische Angebote zu entwickeln. Gerade auf der Ebene der Kinder kann es auch sehr sinnvoll sein, einfach Angebote oder Räume anzubieten, wo Kinder und Jugendliche sich treffen und austauschen können, wie z.B. die offene Jugendarbeit dies tut. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen sollten die Möglichkeit haben, Kontakt zu weiteren möglichen Bezugspersonen aufzunehmen und miteinander in Austausch zu treten. Dies kann den Grad der sozialen Unterstützung möglicherweise erhöhen und das Gefühl der sozialen Isolation bei den betroffenen Kindern lindern. Wie schon in Kapitel 4.4.1 beschrieben, wünschen sich viele Kinder und Jugendliche Hilfsangebote, bei denen sie miteinander in Kontakt treten können. Wie in Kapitel 4.4.2 beschrieben, ist die Voraussetzung für eine effektive Unterstützung allerdings, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit in Bezug auf das Thema Kinder aus Familien mit psychisch kranken Eltern sensibilisiert und geschult sind, um dann professionell und adäquat handeln zu können. Diese Professionellen der Sozialen Arbeit können zum Beispiel auch die Funktion einer psychisch gesunden, erwachsenen Bezugsperson einnehmen, was in Kapitel 4.4.2 als spezifischer Schutzfaktor für die betroffenen Kinder aufgezählt wurde. Dies gilt selbstverständlich nicht nur für den Bereich der offenen Jugendarbeit, sondern kann auf viele weitere Praxisfelder wie z.B. den Kinderschutz angewendet werden. Auch ein Mandatsträger im Kinderschutz könnte die Rolle der Bezugsperson einnehmen.

Eltern

Eine gelingende Unterstützung der Kinder beginnt im besten Fall bei den Eltern und für das Gelingen von installierten Hilfen ist der aktive Einbezug der Eltern absolut essentiell (vgl. Gutmann 2017: 262). Wenn die Eltern befähigt bzw. dabei unterstützt werden können, in adäquater Weise der Erziehung ihrer Kinder nachzukommen, resultieren daraus in der Regel die besten Entwicklungschancen für deren Kinder. Eine Möglichkeit zur Befähigung in Bezug auf Erziehungskompetenz bieten sozialpädagogische Familienbegleitungen, worauf im Abschnitt Familie konkreter eingegangen werden wird. Ein angemessener und sinnvoller Umgang mit der Erkrankung, der z.B. mit Hilfe eines Sozialarbeiters in einer Klinik trainiert wird, fördert ebenfalls die Entwicklungschancen der Kinder.

Auch auf der Ebene der Eltern zeigt sich, dass nicht nur krankheitsspezifische, sondern auch allgemeine Angebote für betroffene Familien benötigt werden. Denn die Akzeptanz durch die Familie ein Hilfsangebot anzunehmen steigt, wenn die Eltern mit einer Stelle in Kontakt treten können, bei deren Angebot es nicht ausschliesslich um die Erkrankung und deren Einflüsse auf das Kind oder die Familie geht. Eltern wollen gleichzeitig die Möglichkeit haben, Fragen zur Erziehung und zu Schwierigkeiten in der Beziehung zu ihrem Kind zu stellen. Konkret bedeutet dies für die Soziale Arbeit, dass die Professionellen bei den unterschiedlichsten Institutionen und Praxisfeldern, wie z.B. auf einem Sozialdienst oder einer Familien- und Jugendberatungsstelle, für das Thema sensibilisiert und in Bezug auf den Umgang mit solchen Familien geschult werden müssen.

Eine möglichst konstruktive Beziehung zu den Kindeseltern ist in Bezug auf gelingende Schutzmassnahmen für die Kinder besonders förderlich (vgl. Gutmann 2017: 262). Und gerade im Aufbau einer konstruktiven Beziehung können Professionelle der Sozialen Arbeit einen grossen Beitrag leisten, gehören doch Kooperation und Koproduktion, sowie der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung mit den Klienten zu den wichtigsten Merkmalen einer professionellen Sozialen Arbeit. Es ist dabei sehr wichtig die Anliegen der Eltern einerseits und sie andererseits in ihrer Rolle als Eltern ernst zu nehmen.

Familie

In Bezug auf die ganze Familie hat sich gezeigt, dass aufsuchende Unterstützungs- und Beratungsangebote und aufsuchende Sozialarbeit den Bedürfnissen der betroffenen Familien sehr entgegenkommen (vgl. Albermann/Müller 2016: 5). Denn vor Ort kann ganz konkret auf die Fragestellungen eingegangen werden und es können Probleme direkt bearbeitet werden. Die Eltern können befähigt bzw. dabei unterstützt werden, in adäquater Weise der Erziehung ihrer Kinder nachzukommen. Die in einem verhaltensorientierten Gruppenprogramm oder Elterntraining theoretisch erworbenen Erziehungskompetenzen können unter professioneller

Begleitung praktisch angewendet werden. Ebenso kann in Koproduktion mit den Eltern versucht werden, wieder eine sichere und stabile häusliche Umgebung zu schaffen, welche von Mattejat (vgl. Kapitel 4.4.2) als förderlich für die positive Entwicklung des Kindes genannt wird. Alltägliche Routinen und Abläufe, welche den Kindern Sicherheit geben, können gemeinsam trainiert werden. Auch kann so gemeinsam mit der Familie geschaut werden, ob weitere Unterstützungsmöglichkeiten im Umfeld der Familie aktiviert werden müssen, um so z.B. der sozialen Isolation begegnen zu können oder um Kontakt zu einer stabilen, verlässlichen Bezugsperson aufzubauen. Es gibt im Rahmen der Sozialpädagogischen Familienbegleitung schon einzelne Institutionen der Sozialen Arbeit wie z.B. HotA, welche solche Hilfen anbieten. Allerdings ist es auch hier an den Professionellen der Sozialen Arbeit diese Angebote auf die Bedürfnisse der betroffenen Familien anzupassen und weiter auszubauen, respektive eine regionale Abdeckung mit solchen Angeboten zu gewährleisten.

Öffentlichkeit/Fachöffentlichkeit

Wie bereits in Kapitel 4 beschrieben, sind Kinder aus Familien mit psychisch erkrankten Eltern nicht nur mit Vorurteilen und Stereotypen über die psychische Erkrankung konfrontiert, sondern erleben darüber Diskriminierungen in Schule und Freizeit. Aufklärung der Öffentlichkeit oder gezielte Aktivitäten in der Schule werden von Betroffenen als wichtige Hilfe betrachtet, um Abhilfe zu schaffen. Die Verfasserin dieser Arbeit ist der Ansicht, dass es Aufgabe der Sozialen Arbeit ist, gemeinsam mit Eltern und Schulen, in der Öffentlichkeit einen geeigneten Diskurs zu führen, um der Tabuisierung psychischer Erkrankungen zu begegnen (vgl. Albermann/Müller 2016: 4-8). Denn die Soziale Arbeit soll sich, nach Hochuli Freund und Stotz (vgl. 2017: 27) und diese Ansicht teilt auch die Verfasserin dieser Thesis, auch um die Verbesserung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen kümmern. Gerade im Bereich psychische Erkrankung können der weitere gesellschaftliche Kontext und die kulturellen Subsysteme einen Einfluss auf die Fähigkeit der Familie zur Bewältigung der Erkrankung haben. Gerade der gesellschaftlichen Tabuisierung psychischer Erkrankungen, die die betroffenen Familien häufig an der Inanspruchnahme bestehender Unterstützungsangebote hindert, kann nur durch beharrliche Information, Entstigmatisierungskampagnen und Öffentlichkeitsarbeit begegnet werden (vgl. Müller 2008: 147f.). Erst durch den Diskurs ist es möglich, geeignete Fachstellen und Personen, denen Kinder vertrauen, frühzeitig auf psychische Erkrankungen im Allgemeinen und auf elterliche psychische Erkrankungen im Besonderen hinzuweisen (vgl. Albermann/Müller 2016: 4-8). Auch hier sollte die Soziale Arbeit nach Meinung der Autorin dieser Arbeit eine führende Rolle einnehmen. Diese ergibt sich schon alleine aus dem Auftrag der Sozialen Arbeit an sich, wie er z.B. bei Avenir Social nachzulesen ist und weiter oben im Text nach Hochuli Freund und Stotz zitiert wurde. So könnten Schulsozialarbeiter zum Beispiel gemeinsam mit Lehrpersonen, die geschult und mit Informationen über das Thema versorgt wurden, Projektwochen zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern durchführen.

Fachpersonen/Institutionen

Ein professioneller Umgang mit Kindern psychisch erkrankter Eltern erfordert eine interdisziplinäre Handlungsperspektive, in der psychotherapeutisches, psychiatrisch-medizinisches und sozialpädagogisches bzw. sozialarbeiterisches Wissen miteinander verknüpft wird. Um eine angemessene Hilfe und Unterstützung gewährleisten zu können, ist also eine institutionalisierte Form der Kooperation zwischen den Hilfesystemen notwendig. Diese interdisziplinäre Handlungsperspektive sollte, nach Hochuli Freund und Stotz (vgl. 2017: 111), in der Profession der Sozialen Arbeit inhärent sein. Sie schreiben weiter, dass zur Realisierung der Sozialen Arbeit die Zusammenarbeit mit den Angehörigen anderer Professionen und Berufen unabdingbar sei (vgl. 2017: 111). Dabei sollen Professionelle der Sozialen Arbeit die Aufgabe wahrnehmen, interprofessionelle Kooperationsprozesse zu initiieren und zu koordinieren. Auch seien sie gefordert, ihre Kompetenz und den professionsspezifischen Standpunkt in den Fachdiskurs einzubringen (vgl. ebd.: 111). Die Verfasserin dieser Arbeit geht eins mit Hochuli Freund und Stotz und weist der Profession der Sozialen Arbeit in der Kooperation mit anderen Fachpersonen und Institutionen eine grosse Verantwortung zu. Konkret könnte dieser Auftrag nach Auffassung der Autorin so aussehen, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit weitere Netzwerke wie z.B. Wikip aufbauen und dort eine führende Rolle einnehmen. Betroffene Familien sollten die Möglichkeit haben, sich im Netzwerk an Fachpersonen ihres Vertrauens zu wenden, dies könnte z.B. auch eine Sozialarbeiterin in einem Sozialdienst sein. Diese Institution sollte wiederum regional so gut vernetzt sein, dass sie den Familien die jeweils geeignete Ansprechperson nennen und vermitteln kann. Die Arbeit mit psychisch erkrankten Eltern und Familien verlangt auch den Fachpersonen häufig überdurchschnittlich viel Zeit und Energie ab, und deswegen sollten die Professionellen der Sozialen Arbeit ebenfalls über entsprechende Weiterbildungen in diesem Bereich verfügen. Professionelle der Sozialen Arbeit sollten sich für eine effiziente Unterstützung der Familie für einen guten Informationsaustausch zwischen den Hilfesystemen einsetzen.

Auch in der Vermittlung von Informationen und Wissen und der Sensibilisierung zum Thema Kinder aus Familien mit psychisch kranken Eltern könnten Professionelle der Sozialen Arbeit in verschiedenen Praxisfeldern eine wichtige Aufgabe übernehmen. So könnten sie Fachpersonen anderer Institutionen, wie z.B. Väter- und Mütterberater, Mitarbeitende in Kitas und Kindergartenlehrpersonen, bezüglich des Themas schulen und beraten. Auf das Praxisfeld der Schule bezogen könnte das bedeuten, dass Schulsozialarbeiter Lehrpersonen für das Thema «Kinder aus Familien psychisch kranker Eltern» sensibilisieren und sie über bestehende Hilfs- und Unterstützungsangebote informieren (vgl. Müller 2008: 147f.). Gerade bei Lehrpersonen handelt es sich oftmals um Vertrauenspersonen der Kinder, weswegen es besonders wichtig wäre, dass Lehrpersonen den Hilfebedarf der betroffenen Kinder auch erkennen und ggf. diese dann an den Schulsozialarbeiter verweisen könnten.

Ein weiteres Praxisfeld sähe die Autorin in der psychiatrischen stationären Versorgung von Patienten, also in der klinischen Sozialarbeit. Professionelle der Sozialen Arbeit, die in Kliniken arbeiten, sollten durch Fortbildungen über entwicklungspsychologisches Wissen, über spezielles Wissen über die Belastungen der Kinder und Familien und über methodische Kenntnisse verfügen, z.B. wie man mit kleineren Kindern spricht und eine Beziehung zu ihnen aufbaut. Als stationsübergreifend arbeitende Experten sollten sie zum einen sowohl Ansprechpartner für die Klinikmitarbeiter und –mitarbeiterinnen, als auch für die Patienten und Patientinnen sein, wenn es um spezielle Fragen und Anliegen geht, die im Zusammenhang mit den Kindern stehen. Zum anderen sollten sie einen Überblick über konkrete Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfsangebote für die Kinder und Familien in der Region haben und speziell die fallübergreifenden Kontakte zum Jugendamt pflegen. Dieser Aufgabenbereich könnte im Sozialdienst der Klinik angesiedelt werden, wie es möglicherweise heute teilweise schon der Fall ist. Weitere Praxisfelder der Sozialen Arbeit in denen ein interner Zuständigkeitsbereich für das Thema Kinder psychisch erkrankter Eltern aufgebaut werden könnte, sind u.a. Sozialdienste und Dienste des Kindes- und Erwachsenenschutzes. Auch hier sollte dieser Experte oder die Expertin durch verschiedene Zusatzqualifikationen und Fortbildungen über Wissen, sowohl über psychisch Erkrankungen und psychiatrische Behandlungen, als auch über die Belastungen der Kinder durch das Zusammenleben mit psychisch kranken Eltern verfügen und notwendige Hilfsangebote für diese Zielgruppe kennen (vgl. Jungbauer 2016: 34).

Resümierend kann gesagt werden, dass in der Regel im Kontext von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil keine fertigen Lösungen und Vorgehensweisen existieren. Vielmehr muss fall- und verlaufsbezogen entschieden werden, welche Unterstützungsmassnahmen geeignet sind, psychisch erkrankte Eltern und die Familien in der Ausübung ihrer Erziehungsverantwortung zu unterstützen. Dies ist auch ein Grund, weshalb die Profession der Sozialen Arbeit sich unbedingt in diesem Feld engagieren und Hilfsangebote entwickeln und durchführen sollte. Denn ein wichtiges Strukturmerkmal der Sozialen Arbeit ist die Nichtstandardisierbarkeit des professionellen Handelns. Das professionelle Handeln in der Sozialen Arbeit folgt keiner Herstellungslogik. Es existiert kein Rezeptwissen, keine einheitliche Lösung und keine festgeschriebene Vorgehensweise. Die Professionellen der Sozialen Arbeit unterscheiden sich von anderen Berufen gerade darin, dass sie über die Kompetenz verfügen, solche Aufgaben zu bearbeiten (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2017: 61). Betroffene Familien möchten zudem in den Entscheidungsprozess über mögliche Förder- und Hilfsmassnahmen aktiv einbezogen und daran beteiligt werden (vgl. Albermann/Müller 2016: 4-6). Und auch hier lässt sich aus Sicht der Verfasserin dieser Arbeit nochmals ein Bezug zur Sozialen Arbeit herstellen. Im Sinne der Partizipation und Kooperation/Koproduktion, welche zu den Strukturmerkmalen der Sozialen Arbeit gehören, ist gerade die Profession der Sozialen Arbeit gefordert sich in diesem Kontext zu engagieren.

7 Reflexion der Ergebnisse und weiterführende Fragen

Die Autorin dieser Arbeit geht davon aus, dass psychische Erkrankungen zunehmen oder zumindest auf konstant hohem Niveau stagnieren. Das bedeutet, dass es auch zukünftig betroffene Kinder geben wird. Es stellt sich die Frage, wie die hohe Zahl von betroffenen Kindern zukünftig unterstützt werden kann, zumal sowohl zeitliche, als auch finanzielle Ressourcen, im Sozialwesen meistens nur beschränkt vorhanden sind und in Zukunft wahrscheinlich noch knapper werden.

Ein weiteres Problem, welches auch in dieser Arbeit thematisiert wurde, stellt die Kooperation zwischen den einzelnen Hilfesystemen (z.B. Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe) dar. Wie schon beschrieben, gestaltet sich die Zusammenarbeit dieser Systeme heute oftmals als nicht optimal. Im Sinne der betroffenen Familien braucht es eine Weiterentwicklung bezüglich der Kommunikation, des Informationsaustausches und der vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen den involvierten Hilfesystemen und Fachkräften, um die Familien adäquat und effizient unterstützen zu können (vgl. Müller 2008: 147f.; Gurny et al. 2007: 109-11). Aus Sicht der Autorin dieser Thesis, und auch Gurny et al. (vgl. 2007: 110) stützen diese Ansicht, sind eine interdisziplinäre und intendierte Kooperation und eine klare Koordination der Hilfeleistungen zur professionellen Unterstützung der betroffenen Kinder und deren Familien unabdingbar (vgl. Gurny et al. 2007: 110). Diese Koordination im Sinne eines Case Managements könnten Professionelle der Sozialen Arbeit übernehmen. Ein Case Manager wäre langfristig der Hauptansprechpartner für alle Beteiligten. Er oder sie könnte eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen und so optimal die Interessen der Betroffenen erfassen und verfolgen. Der oder die feste Ansprechpartner(in) ist gerade für jüngere Kinder von besonderer Bedeutung.

In Kapitel 5.3 wurde das Projekt Wikip dargestellt, wo es um netzwerkorientierte Hilfen für die betroffenen Familien geht. Die Autorin dieser Arbeit ist überzeugt, dass genau dies der richtige Weg ist, um Familien so unterstützen zu können, wie sie es brauchen. Damit ist eine funktionierende Zusammenarbeit der Hilfesysteme besser gewährleistet. Die Familien fallen so nicht durchs Netz und müssen nicht immer von neuem ihre Geschichte erzählen. Zudem scheint die Vorgabe, dass eben die gesamte Familie Beratung und Unterstützung braucht, wenn Eltern psychisch erkrankt sind, am ehesten erfüllt. Es können so verschiedene Institutionen, die unterschiedliche Familienmitglieder betreuen, sich gegenseitig informieren und abstimmen. Auch sollten Institutionen ohne psychosoziale Problemindikation, wie z.B. Krippen, Horte und Väter- und Mütterberatung, unbedingt in das Netzwerk eingebaut werden. Gurny et al (vgl. 2007: 110) vertreten die Meinung, dass gerade Kinder die noch nicht auffällig geworden oder jüngere Kinder die hauptsächlich im familiären Kontext aufwachsen, so erfasst und unterstützt werden können. Es ist allerdings aus Sicht der Autorin dieser Thesis fraglich, ob die beteiligten Akteure

bereit sind, die zeit-, arbeits- und kostenintensiven Bemühungen, die für den Aufbau eines solchen Netzwerkes nötig sind, auf sich zu nehmen.

Eine weitere Frage, welche sich die Verfasserin dieser Arbeit im Laufe des Schreibprozesses gestellt hat, war diejenige, ob es denn überhaupt einen weiteren Ausbau der spezifischen Hilfsangebote, ausgelegt für diese Zielgruppe bedarf. Es erscheint der Autorin sinnvoll, dass Fachpersonen aus verschiedenen Unterstützungs-, Behandlungs- und Hilffsystemen sensibilisiert werden für die Bedürfnisse der betroffenen Familien (vgl. Müller 2008: 147). Zu diesen Fachpersonen gehören unter anderem Kinderärzte und Kinderärztinnen, Lehrpersonen, Fachpersonen Betreuung, Väter- und Mütterberater und -beraterinnen. Durch Sensibilisierung und Ausbildung der Fachpersonen könnten diese eine wichtige Funktion bei der Aufklärung und Betreuung von Familien übernehmen, ohne dass diese sich stigmatisiert fühlen. Wie in Kapitel 5 beschrieben, findet bereits heute ein beträchtlicher Teil der Unterstützung für die betroffenen Familien im nichtpsychiatrischen/sozialtherapeutischen Umfeld statt. Dies sollte aus Sicht der Autorin weiter ausgebaut werden. So könnten betroffene Kinder, deren psychisch erkrankte Eltern nicht in Behandlung sind oder die schlechte Erfahrungen mit dem professionellen Hilfesystem gemacht haben und die nicht bereit sind die Unterstützung der spezifischen Hilfsangebote anzunehmen, trotzdem erreicht werden (vgl. Gutmann 2017: 261). Der Autorin ist es jedoch wichtig zu betonen, dass einerseits spezifische Hilfsangebote gefragt sind, die den Fokus auf den erkrankten Elternteil legen bzw. als familienorientierte Angebote ausgelegt sind, dass aber andererseits auch Angebote benötigt werden, welche die betroffenen Kinder unabhängig von ihren Eltern stärken und unterstützen und die dabei nur ein Minimum an Kooperation und Vertrauen von Elternseite benötigen (vgl. Gutmann 2017: 261).

Insgesamt möchte die Verfasserin dieser Arbeit festhalten, dass in der Praxis sowohl der Sozialen Arbeit, als auch anderen Professionen noch viel Anstrengung notwendig ist, um die Situation von Familien mit psychisch erkrankten Eltern zu verbessern. Es bedarf für deren Unterstützung weiterhin spezifische Angebote, die stets weiterentwickelt und an den Bedarf der Familien angepasst werden müssen. Zusätzlich sollten Hilfsangebote in anderen Bereichen des Lebens, in denen sich sowohl Eltern als auch die Kinder bewegen, angeboten werden. Die Hilfsangebote müssen derart ausgestaltet sein, dass die Schutzfaktoren der Familie und insbesondere diejenigen der Kinder gestärkt ausgebaut werden. Auch an dieser Stelle möchte die Autorin nochmals besonders die wechselseitige Beeinflussung und gegenseitige Kumulation von Belastungsfaktoren betonen. Aus ihrer Sicht ist dies von besonderer Bedeutung für eine effektive Unterstützung der betroffenen Familien, unabhängig davon, ob die betroffenen Kinder bereits selbst Auffälligkeiten aufweisen. Zudem müssen die bereits bestehenden Hilfsangebote besser bekannt gemacht werden. Denn obwohl sowohl Kinder und Jugendliche, als auch deren erkrankte Eltern in der Lage sind ihre Bedürfnisse zu formulieren, und

obwohl es bereits einige Hilfsangebote gibt, scheint es noch immer schwierig zu sein, dass die betroffenen Familien auch tatsächlich Unterstützung erfahren. Hier ist es an der Praxis und der Forschung nach den Gründen zu suchen.

Es wird immer Kinder geben, deren familiäres Umfeld keine Stütze in dieser besonderen Lebenssituation bieten kann und die deswegen auf die Unterstützung ausserhalb der Familie angewiesen sind. Kinder benötigen eine vertrauensvolle und stabile Beziehung zu einem empathischen Erwachsenen, und falls diese Person innerfamiliär nicht vorhanden ist, dann besteht eine wichtige Aufgabe der Fachperson darin, zu helfen eine solche Beziehung zu finden und aufzubauen oder selbst als Bezugsperson zur Verfügung zu stehen.

Abschliessend möchte die Autorin dieser Thesis anmerken, wie auch Albermann und Müller (vgl. 2016: 6) schon geschrieben haben, dass es unrealistisch ist zu erwarten und darauf hinzuarbeiten, dass die betroffenen Familien und die erkrankten Elternteile ihre Fähigkeiten optimal einzusetzen und auf ein Niveau gelangen wie es bei gesunden Menschen möglich ist (vgl. Kapitel 2.1). Kinder aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil müssen die bestmögliche Unterstützung durch ihre Umgebung, durch Fachpersonen, nicht zuletzt durch Professionelle der Sozialen Arbeit, durch die Gemeinde und die Gesellschaft erhalten. Nur dadurch lassen sich persönliches Leid, Folgeerkrankungen und die volkswirtschaftlichen Kosten reduzieren und die Lebensqualität der betroffenen Kinder und Familien erhöhen (vgl. ebd.: 6). Die Autorin schreibt der Sozialen Arbeit eine Schlüsselrolle in der Entwicklung und Koordination der Hilfsangebote zu.

8 Literaturverzeichnis

Alle, Friederike (2010). Kindeswohlgefährdungen. Das Praxishandbuch. Freiburg: Lambertus.

AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: (o.V.).

AvenirSocial (2014). Berufsbild der Professionellen Sozialen Arbeit. Bern: (o.V.).

Deneke, Christiane (2005). Misshandlung und Vernachlässigung durch psychisch kranke Eltern. In: Deegener, Günther/Körner, Wilhelm (Hg.) (2005). Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe. S. 141-155.

Deneke, Christiane/Beckmann, Ortrud/Dierks, Henrike (2008). Präventive Gruppenarbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern. In: Lenz, Albert/Jungbauer, Johannes (Hg.) (2008). Kinder und Partner psychisch erkrankter Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 63-81.

Gäumann, Christine/Alessi, Monika/Müller, Brigitte/Gutmann, Renate/Albermann, Kurt/Gundelfinger, Ronnie (2014). Winterthurer Präventions- und Versorgungsprojekt für Kinder psychisch erkrankter Eltern (wikip) ein Netzwerkansatz. In: Kupferschmid, Stephan/Koch, Irène (Hg.). Psychisch belastete Eltern und ihre Kinder stärken. Ein Therapiemanual. Stuttgart: Kohlhammer. S. 42-45.

Gerrig Richard/Zimbardo, Philip (2008). Psychologie. akt. Aufl. München: Pearson Studium.

Grossmann, Karin/Grossmann Klaus (2012). Bindungen- das Gefüge psychischer Sicherheit. 5. überarb. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Gurny Ruth/Cassée, Kitty/Gavez, Silvia/Los, Barbara/Albermann, Kurt (2007). Kinder psychisch erkrankter Eltern: Winterthurer Studie. Wissenschaftlicher Bericht. Zürich: Hochschule für Soziale Arbeit Zürich.

Gutmann, Renate (2017). Professionelle Hilfe aus Sicht von Müttern mit einer psychischen Erkrankung. Weinheim/Basel: Juventa Beltz.

Heiner, Maja, (2004). Professionalität in der Sozialen Arbeit. Theoretische Konzepte, Modelle und empirische Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer.

Herpertz-Dahlmann, Beate/Remschmidt, Helmut (2000). Störungen der Kind-Umwelt-Interaktion und ihre Auswirkungen auf den Entwicklungsverlauf. In: Petermann, Franz/Niebank, Kay/Scheithauer, Herbert. Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspathologie der ersten Lebensjahre. Göttingen: Hogrefe. S. 223-241.

Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walter (2018). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegriertes Lehrbuch. 4. akt. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Jungbauer, Johannes (2016). Wenn Eltern psychisch krank sind – Belastungen, Entwicklungsrisiken, Hilfebedarf. In: Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Praxiskonzepte. 2. überarb. Aufl. Opladen: Barbara Budrich Verlag. S. 9-44.

Kupferschmid, Stephan (2014). Risikokinder – Kinder mit Resilienzen. In: Kupferschmid, Stephan/Koch, Irene (2014). Psychisch belastete Eltern und ihre Kinder fördern. Ein Therapiemanual. Stuttgart: Kohlhammer. S. 11-19.

- Lenz, Albert (2008). Interventionen bei Kindern psychisch erkrankter Eltern: Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Massnahmen. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, Albert (2010). Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, Albert (2014). Kinder psychisch erkrankter Eltern. 2. überarb. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, Albert/Brockmann, Eva (2013). Kinder psychisch erkrankter Eltern stärken. Informationen für Eltern, Lehrer und Erzieher. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, Albert/Jungbauer, Johannes (2008). Kinder und Partner psychisch erkrankter Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. In: Lenz, Albert/Jungbauer, Johannes (Hg.). Kinder und Partner psychisch erkrankter Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. Tübingen: dgvtv-Verlag. S. 7-39.
- Lenz, Albert/Wiegand-Grefe, Silke (2017). Kinder psychisch erkrankter Eltern. Göttingen: Hogrefe.
- Loch, Ulrike (2014). Kinderschutz mit psychisch kranken Eltern. Ethnografie im Jugendamt. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Ludwig-Körner, Christiane/Koch, Gabriele (2005). Prävention und Intervention in der frühen Kindheit. In: Deegener, Günther/Körner, Wilhelm (Hg.). Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe. S. 735-770.
- Mattejat, Fritz (2014). Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen und was zu tun ist. In: Mattejat, Fritz/Lisofsky, Beate (Hg.). Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Köln: Balance buch und medien verlag.
- Müller, Brigitte (2008). Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil: Eine systemische Perspektive. In: Lenz, Albert/Jungbauer, Johannes (Hg.). Kinder und Partner psychisch erkrankter Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. Tübingen: DGVT-Verlag. S. 137-156.
- Ramsauer, Brigitte (2011). Frühkindliche Bindung im Kontext einer depressiven Erkrankung der Mutter. In: Wiegand-Grefe, Silke/Mattejat, Fritz/Lenz, Albert (Hg.). Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht. S. 171-180.
- Rosch, Daniel/Fountoulakis, Christiana/Heck, Christoph (Hg.) (2016). Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute. Bern: Haupt Verlag.
- Sahli, Karin (2014). Entwicklung und Entwicklungsaufgaben. In: Kupferschmid, Stephan/Koch, Irene (Hg.). Psychisch belastete Eltern und ihre Kinder fördern. Ein Therapiemanual. Stuttgart: Kohlhammer. S. 24-26.
- Sarimski, Klaus (2013). Soziale Risiken im frühen Kindesalter. Göttingen: Hogrefe.
- Scheithauer, Herbert/ Petermann, Franz/Niebank, Kay (2000). Frühkindliche Entwicklung und Entwicklungsrisiken. In: Petermann, Franz/Niebank, Kay/Scheithauer, Herbert (Hg.). Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. Göttingen: Hogrefe. S. 15-41.

Scheithauer, Herbert/Niebank, Kay/Petermann, Franz (2000). Biopsychosoziale Risiken in der frühkindlichen Entwicklung: Das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept aus entwicklungspsychopathologischer Sicht. In: Petermann, Franz/Niebank, Kay/Scheithauer, Herbert (Hg.). Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. Göttingen: Hogrefe. S. 65-101.

Schmid, Marc/Grieb, Jasmin/Kölch, Michael (2011). Die psychosoziale Versorgung von Kindern stationär behandelter psychiatrischer Patienten – Realität und Wünsche. In: Wiegand-Grefe, Silke/Mattejat, Fritz/Lenz, Albert (Hg.). Kinder mit psychisch erkrankten Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht. S. 180-205.

Schone, Reinhold/Wagenblass, Sabine (2010). Wenn Eltern psychisch erkrankt sind.... kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. 3. Aufl. Weinheim/München: Juventa.

Schuler, Daniela/Tuch, Alexandre/Buscher, Nathalie/Camenzind, Paul (2016). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016 (Obsan Bericht 72). Neuchatel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Siegenthaler, Eliane/Kupferschmid, Stephan (2014). Interventionen. In: Kupferschmid, Stephan/Koch, Irene (Hg.). Psychisch belastete Eltern und ihre Kinder fördern. Ein Therapiemanual. Stuttgart: Kohlhammer. S. 53-59.

Sollberger, Daniel/Byland, Mara/Widmer, Geraldine (2008). Erwachsene Kinder psychisch erkrankter Eltern – Belastungen, Bewältigung und biographische Identität. In: Lenz, Albert/Jungbauer, Johannes (Hg.). Kinder und Partner psychisch erkrankter Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. Tübingen: DGTV-Verlag. S. 157-197.

Steinhausen, Hans-Christoph. Pränatale Entwicklungsgefährdungen – Ergebnisse der Verhaltensteratologie. In: Petermann, Franz/Niebank, Kay/Scheithauer, Herbert (Hg.). Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. Göttingen: Hogrefe. S. 101-113.

Plass, Angela/Wiegand-Grefe, Silke (2012). Kinder psychisch erkrankter Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Plattner, Anita (2017). Erziehungsfähigkeit psychisch erkrankter Eltern richtig einschätzen und fördern. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Von Wyl, Agnes/Howard, Erica Chew/Bohleber, Laura/Haemmerle, Patrick (2017). Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. Versorgung und Epidemiologie. Eine systemische Zusammenstellung empirischer Berichte von 2006 bis 2016 (Obsan Bericht 62). Neuchatel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Wiegand-Grefe, Silke/Geers, Peggy/Petermann, Franz/Plass, Angela (2011). Elterliche Erkrankung und Gesundheit der Kinder. In: Wiegand-Grefe, Silke/Mattejat, Fritz/Lenz, Albert (2011). Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht. S. 206-235.

Wittchen, Hans-Ulrich/Hoyer, Jürgen (2011). Was ist Klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In: Wittchen, Hans-Ulrich/Hoyer, Jürgen (Hg.). Klinische Psychologie und Psychotherapie. 2. überarb. u. erw. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin. S. 3-24.

Wittchen, Hans-Ulrich (2011). Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In: Wittchen, Hans-Ulrich/Hoyer, Jürgen (Hg.). *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 2. überarb. u. erw. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin. S. 27-54.

Wittchen, Hans-Ulrich/Jacobi, Frank (2011). Epidemiologische Beiträge zur Klinischen Psychologie. Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In: Wittchen, Hans-Ulrich/Hoyer, Jürgen (Hg.). *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 2. überarb. u. erw. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin. S. 57-89.

Zeitschriften:

Albermann, Kurt/Gäumann, Christine/Alessi, Monika/Müller, Brigitte/Gutmann, Renate/Gundelfinger, Ronnie (2012). Winterthurer Präventions- und Versorgungsprojekt für Kinder psychisch und suchtkranker Eltern (WIKIP) – Ein interdisziplinärer Approach der medizinischen und psychosozialen Versorgungssysteme für Kinder, Jugendliche und Erwachsene (Teil I): Das Thema zum Thema machen. In: *Schweizerische Ärztezeitung*. 93. Jg. (42). S. 1521-1526.

Albermann, Kurt/Müller, Brigitte (2016). Unterstützung für Kinder psychisch erkrankter Eltern. In: *Pädiatrie*. (3). S. 4-8.

Deneke, Christiane/Lüders, Bettina (2003). Besonderheiten in der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 52.Jg. (3). S. 172-181.

Flechl, Franz (2012). Hilfe für Kinder psychisch erkrankter Eltern. In: *Synapse*. (4). S. 14-15.

Hefti, Stephanie/Rhiner, Bruno/Schmid, Marc (2016). Erfolgsfaktoren und Stolpersteine. Hilfen für Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil erfolgreich aufgleisen. In: *Pädiatrie*. (3). S. 9-13.

Jacobi/Höfler/Strehle/Gerschler/Scholl/Busch/Maske/Gaebel/Maier/Wagner/Zielasek/Wittchen (2014). Psychische Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). In: *Nervenarzt*. 85. S. 77-87.

Kühnel, Sibille/Bilke, Oliver (2004). Kinder psychisch erkrankter Eltern. Ein interdisziplinäres Präventionsprojekt in der Ostschweiz. In: *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 14. S. 60-74.

Logoz Zulauf, Martina/Nielsen Imhof, Erika (2016). Bindungsprobleme. Typische Anzeichen einer Störung der Eltern-Kind-Beziehung in der Praxis. In: *Pädiatrie*. (3). S. 25-28.

Mattejat, Fritz/Remschmidt, Helmut (2008). Kinder psychisch erkrankter Eltern. *Deutsches Ärzteblatt*. 105.Jg. (23). S. 413-418.

Mattejat, Fritz (2001). Kinder psychisch erkrankter Eltern im Bewusstsein der Fachöffentlichkeit – eine Einführung. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 50.Jg. (7). S. 491-497.

Mattejat, Fritz/Wüthrich, Christian/Remschmidt, Helmut (2000). Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. In: *Nervenarzt* 71. S. 164-172.

Müller, Brigitte/Fellmann, Lukas/Gutmann, Renate (2015). HELP! For Families/Patenschaften für Kinder mit psychisch belasteten und erkrankten Eltern: Projektevaluation. Kurzbericht. Fachhochschule Nordwestschweiz. Hochschule für Soziale Arbeit.

Petermann, Franz (2005). Zur Epidemiologie psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: Kindheit und Entwicklung 14. (1). S. 48-57.

Petermann, Ulrike/Petermann, Franz (2006). Erziehungskompetenz. In: Kindheit und Entwicklung 15. (1). S. 1-8.

Petermann, Ulrike/Petermann, Franz/Franz, Matthias (2010). Erziehungskompetenz und Elterntraining. In: Kindheit und Entwicklung. 19. (2). S. 67-71.

Anhang

Literaturliste zu Kapitel 5.2.3

Webseiten

- www.kinder-kranker-eltern.de
- www.von-mir-aus.de
- www.kinderseele.ch
- www.netz-und-boden.de

Kinderbücher

- Eder, Sigrun/Rebhandl, Petra/Gasser, Evi (2012). Annikas andere Welt. Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern. Salzburg: Edition Riedenburg.
- Gliemann, Claudia (2017). Papas Seele hat Schnupfen. Karlsruhe: Monterosa Verlag.
- Glistrup, K. (2014). Was ist bloß mit Mama los? Wenn Eltern in seelische Krisen geraten. Mit Kindern über Angst, Depression, Stress und Trauma sprechen. München: Kösel.
- Homeier, Schirin (2006). Sonnige Traurigtage. (Inklusive Informationen für Eltern und Angehörige). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag. Erkrankung: Depression.
- Homeier, Schirin/Schrappé, Andreas (2009). Flaschenpost nach irgendwo. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Kühnel, Sabine / Koller, Livia (2012). Bei mir zu Hause ist was anders. Augsburg: Wissner.
- Mosch, Erdmute von (2014). Mamas Monster. Bonn: Balance buch + medien Verlag.
- Rohner, Viola/Gerritsen, Paula (2009). Von Mimi zu Mama und wieder zurück. Zürich: Atlantis thema.
- Stratenwerth, Irene/Bock, Thomas (2010). Die Bettelkönigin. Bonn: Balance buch + medien verlag. Erkrankung: Schizophrenie.
- Südbeck, Anne (2016). Papa Panda ist krank. Ein Bilderbuch für Kinder mit depressivem Elternteil. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Tanner, Katharina. & Jacob, Lilhie (2016): ZiegenHundeKrähenMama ... oder: Was ist mit Mama los? Zürich: Atlantis Verlag.
- Tilly, Christiane/Offermann, Anja (2012). Mama, Mia und das Schleuderprogramm. Köln: Balance buch + medien verlag. Erkrankung: Borderline ab 4 Jahren.
- Trostmann, Kerstin/Jahn, Rolf (2010). Der beste Vater der Welt. Köln: Balance buch + medien verlag. Erkrankung: Psychose.
- Wartenweiler, Mallina (2017). Mama hat mich lieb, auch wenn sie krank ist. Luzern: Rex Verlag.
- Wunderer, Susanne (2010). Warum Mama traurig ist. Mabuse-Verlag. Frankfurt am Main. Erkrankung: Depression. Kinder bis 5 Jahre.

- Wilson, Jaqueline (2005). Ausgeflipt hoch drei. Ravensburg: Ravensburger Buchverlag.

Jugendromane

- Beckmann, Ortrud (2014). Nele im Nebel. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Boie, Kirsten (2005). Mit Kindern redet ja keiner. Frankfurt: Fischer Verlag. Erkrankung: Depression.
- Engström, Mikael (2007). Ihr kriegt mich nicht. München: Hanser-Verlag.
- Lewis, Gill (2017). Ein Zuhause für immer. München: dtv Verlagsgesellschaft.
- Schlösser, Sebastian (2012). Lieber Matz, Dein Papa hat 'ne Meise. Ein Vater schreibt Briefe über seine Zeit in der Psychiatrie. Berlin: Ullstein.

Film

- Friedli A: Kinder zwischen Risiko und Chance. Leben mit einem psychisch erkrankten Elternteil. FFG Videoproduktion 2016. <http://ffg-video.ch/>.

Broschüren

- Broschüren von Katja Beeck: Kinder psychisch erkrankter Eltern, ein Thema für die Schule, Netz und Boden – Initiative für Kinder psychisch erkrankter Eltern. Berlin 2004.
- Mutti sagt, die Zahnpasta ist vergiftet. Wie Erzieher/innen Kinder mit psychisch kranken Eltern unterstützen können, Netz und Boden – Initiative für Kinder psychisch erkrankter Eltern. Berlin 2005.
- Jeger, Anja/Pellanda, Bettina (2011). Ein Rucksack im Ofen. Eine illustrierte Erzählung zur Erklärung des Krankheitsbildes Demenz. Geeignet für Kinder im Vorschul- und Schulalter. Erhältlich bei Pro Juventute Basel.
- Jeger, Anja/Pellanda, Bettina (2011). Der hungrige Kühlschrank. Eine illustrierte Erzählung des Krankheitsbildes Essstörung. Geeignet für Kinder im Vorschul- und Schulalter. Erhältlich bei Pro Juventute Basel.
- Jeger, Anja/Pellanda, Bettina (2011). Onkel Otto hängt an der Flasche. Eine illustrierte Erzählung des Krankheitsbildes Alkoholismus. Geeignet für Kinder im Vorschul- und Schulalter. Erhältlich bei Pro Juventute Basel.
- Unterstützung für Kinder psychisch erkrankter Eltern, Netz und Boden – Initiative für Kinder psychisch erkrankter Eltern. Berlin 2010.
- Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. (Hrsg.): Wenn Deine Mutter oder Dein Vater in psychiatrische Behandlung muss ..., mit wem kannst Du dann eigentlich reden? Dachverband Gemeindepsychiatrie, Bonn.

Pro Juventute:

- Pro Juventute (Hrsg.): Wenn ein Vater oder eine Mutter psychische Probleme hat ... wie geht es dann den Kindern? Pro Juventute, Zürich 2007.
- Pro Juventute (Hrsg.): Wenn dein Vater oder deine Mutter psychische Probleme hat ... Informationen für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren. Pro Juventute, Zürich 2011.
- Pro Juventute (Hrsg.): Wenn dein Vater oder deine Mutter in psychiatrische Behandlung muss ... mit wem kannst du dann eigentlich reden? Informationen für Kinder zwischen 8 und 12 Jahren. Pro Juventute, Zürich 2011.

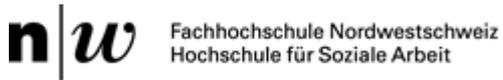
Pro Mente Sana:

- Pro Mente Sana (Hrsg.): Kinder psychisch erkrankter Eltern, was sie und ihre Mütter und Väter brauchen. Pro Mente Sana-Service, Zürich 2005.

Anmerkung: Die List nicht vollständig und abschliessend. Zudem kann es zwischenzeitlich sein, dass einige Bücher oder Broschüren nicht mehr lieferbar oder vergriffen sind.

(vgl. Lenz 2008: 143f.; Albermann/Müller 2016: 9 und eigene Recherchen im Internet vom 14.Mai 2019)

Ehrenwörtliche Erklärung



Bachelor Thesis

Erklärung der/des Studierenden zur Bachelor Thesis

Name, Vorname: Dellweg-Dastoor Nikoo, Nathalie

Titel/Untertitel Bachelor Thesis:

Kinder aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil

Welche Auswirkungen hat die Erkrankung auf die Kinder und welche Handlungsansätze lassen sich daraus für die Sozialen Arbeit ableiten?

Begleitung Bachelor Thesis:

Dr. Brigitte Müller

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelor Thesis selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen, Hilfsmittel und Hilfeleistungen verfasst und sämtliche Zitate kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form, auch nicht in Teilen, keiner anderen Prüfungsinstanz vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Datum: 27. Juni 2019

Unterschrift:

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'N. Dellweg-Dastoor Nikoo'.