

Fachhochschule Kiel

Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit

Studiengang: Soziale Arbeit (B.A.)

Bachelor-Thesis

**Interventionsmöglichkeiten bei Kindern
psychisch kranker Eltern am Beispiel des
Kidstime Workshops**

vorgelegt von Jule Grall

Sommersemester 2018

Abgabedatum: 21.03.2018

Gliederung

<u>Inhaltsverzeichnis</u>	Seite
1 Einleitung	1
2 Aktueller Forschungsstand und Epidemiologie	3
2.1 Erkrankungsrisiko bei Kindern psychisch kranker Eltern	4
2.2 Genetische Faktoren und Umweltfaktoren	5
2.3 Resilienz	7
2.4 Copingstrategien	9
2.4.1 Individuelles Coping	11
2.4.2 Familiäres Coping	12
2.4.3 Risiken und Chancen einer Parentifizierung	14
2.5 Zwischenfazit	15
3 Folgen der elterlichen psychischen Erkrankung	16
3.1 Stigmatisierung, Tabuisierung und Isolierung	17
3.2 Auswirkungen auf die Erziehungskompetenz	19
3.3 Auswirkungen auf die Bindung	20
3.4 Auswirkungen auf das Kindeswohl	23
3.5 Folgen von Kindesmisshandlung- und Missbrauch	24
3.6 Zwischenfazit	25
4 Die Situation von Kindern depressiver Eltern	26
4.1 Definition depressive Episode	27
4.2 Erkrankungsrisiko für Kinder depressiver Eltern	28
4.3 Bindungsverhalten bei Kindern depressiver Eltern	39
4.4 Die Erziehungskompetenz depressiver erkrankter Eltern	30
4.5 Das kindliche Erleben der elterlichen Erkrankung	30
4.6 Zwischenfazit	32
5 Versorgungsstrukturen	33
5.1 Die Versorgung innerhalb der Familie	33
5.2 Die Versorgung durch die Kinder- und Jugendhilfe	34
5.3 Die Versorgung durch die Erwachsenenpsychiatrie	36
5.4 Die Versorgung durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie	38
5.5 Zwischenfazit	39
6 Interventionsansätze	41

6.1 Ressourcenaktivierung	41
6.2 Die Relevanz von Krankheitsaufklärung und –verstehen	42
6.2.1 Psychoedukation	44
6.2.2 Psychoedukative Familienintervention	45
6.3 Präventive familienorientierte Interventionen	46
6.4 Zwischenfazit	47
7 Kidstime Workshop	49
7.1 Multifamilientherapie	50
7.2 Ziele und Grundgedanken des Londoner Kidstime Workshops	51
7.3 Der Kidstime Workshop in Deutschland	53
7.3.1 Ziele und Prämissen des Rotenburger Kidstime Workshops	54
7.3.2 Die praktische Umsetzung des Kidstime Workshops	56
7.3.3 Darstellung und Evaluation der Fragebögen	58
7.4 Zwischenfazit	67
8 Fazit	70

Quellenverzeichnis

Erklärung

Anhang: Fragebögen

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Antworten der jüngeren Kinder auf die Frage, ob ihnen Kidstime heute gefallen hat (Quelle: eigene Darstellung)	59
Abb. 2	Antworten der älteren Kinder auf die Frage, ob ihnen der heutige Kidstime Workshop gefallen hat (Quelle: eigene Darstellung)	60
Abb. 3	Antworten der Erwachsenen, ob sie den heutigen Workshop sinnvoll fanden (Quelle: eigene Darstellung)	60
Abb. 4	Antworten der jüngeren Kinder auf die Frage, ob sie etwas Neues über psychische Erkrankungen gelernt hätten (Quelle: eigene Darstellung)	61
Abb. 5	Antworten der älteren Kinder auf die Frage, ob sie heute etwas über psychische Erkrankungen gelernt hätten, was sie vorher noch nicht wussten (Quelle: eigene Darstellung)	62
Abb. 6	Antworten der Erwachsenen auf die Frage, ob sie heute etwas über psychische Erkrankungen gelernt hätten, was sie vorher noch nicht wussten (Quelle: eigene Darstellung)	62
Abb. 7	Antworten der älteren Kinder auf die Frage, ob sie denken, dass der Workshop ihnen helfen wird, in Zukunft mit ihrer Familie über psychische Erkrankungen zu reden (Quelle: eigene Darstellung)	63
Abb. 8	Antworten der Erwachsenen auf die Frage, ob sie denken, dass der Workshop ihnen helfen wird, mit ihrer Familie über psychische Erkrankungen zu sprechen (Quelle: eigene Darstellung)	64
Abb. 9	Antworten der jüngeren Kinder auf die Frage, ob sie noch einmal an einem Kidstime Workshop teilnehmen würden (Quelle: eigene Darstellung)	65
Abb. 10	Antworten der älteren Kinder auf die Frage, ob sie nochmal zu einem Kidstime Workshop kommen würden (Quelle: eigene Darstellung)	65
Abb. 11	Antworten der Erwachsenen auf die Frage, ob sie nochmal an einem Kidstime Workshop teilnehmen würden (Quelle: eigene Darstellung)	66

1 Einleitung

Wenn Eltern psychisch krank sind, dann hat das Auswirkungen auf alle Familienmitglieder, und niemand kann sich dem entziehen, am wenigsten die Kinder. (Schone, Wagenblaus 2006, S. 160)

Erkrankten Menschen psychisch, hat das Auswirkungen auf ihr soziales Umfeld. In besonderer Weise betroffen sind die Kinder von psychisch erkrankten Personen. Oftmals sind die Kinder die ersten, die von der psychischen Erkrankung der Eltern betroffen sind und von denen erwartet wird, dass sie Unterstützung organisieren oder selbst welche bieten (vgl. Stöger 1996, S. 9 zit. n. Schone, Wagenblaus 2006, S. 15). Da sie in Abhängigkeit zu ihren Eltern stehen, kann die elterliche Erkrankung immense Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Beziehung und auf die alltägliche Versorgung, aber auch auf die eigene psychische Gesundheit der Kinder haben. Denn Kinder psychisch kranker Eltern haben ein erhöhtes Risiko, selbst psychisch zu erkranken (vgl. Vostanis et al. 2006 zit. n. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 3). Kinder psychisch kranker Eltern stellen damit eine Hochrisikogruppe dar, die lange Zeit, von der Wissenschaft wie auch von fachlichen Instanzen, übersehen wurde (vgl. Schone, Wagenblaus 2006, S. 11 und 96 f.). Hinzu kommt in unserer Gesellschaft eine Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen, von der auch die Kinder dieser betroffen sind (vgl. Mattejat 2014, S. 72 und 89). Kinder psychisch kranker Eltern sind folglich dem Risiko der Entwicklung einer eigenen psychischen Erkrankung, der Unterversorgung und der Stigmatisierung durch die Gesellschaft ausgesetzt. Welche weiteren Effekte die elterliche Erkrankung für die Kinder hat, soll in dieser Arbeit aufgeführt werden. Aus der Summe ergibt sich, dass diese Kinder es in vielen Bereichen schwerer haben als Kinder gesunder Eltern. Damit sind sie einer Benachteiligung ausgesetzt, für die sie selbst nicht verantwortlich sind.

Die Motivation für dieses Thema ergibt sich aus meiner Überzeugung, dass es wichtig ist, Menschen, die in unserer Gesellschaft übersehen werden, sichtbar zu machen, Missständen entgegenzuwirken und damit Risiken vorzubeugen. Meines Erachtens sollte in der Bundesrepublik Deutschland niemand eine Benachteiligung erfahren und jedem die gleichen Chancen zustehen. Deshalb sollte Soziale Arbeit ein Interesse daran haben, jeglicher Form von Benachteiligung entgegenzuwirken und benachteiligte Menschen bei der Lebensbewältigung unterstützen. Mein Interesse für die Risikogruppe Kinder psychisch kranker Eltern wurde durch den Kidstime Workshop, der in London entwickelt und seit Anfang 2015 in Deutschland am Agaplesion Diakonieklinikum in Rotenburg

(Wümme) durchgeführt wird, geweckt. Nachdem ich dort zwei Mal hospitierte um einen persönlichen Einblick in die Thematik zu erhalten, stand mein Entschluss fest, über das Thema *Kinder psychisch kranker Eltern* meine Abschlussarbeit im Bachelor-Studiengang Soziale Arbeit zu schreiben. Aufgrund meines positiven Eindrucks des Kidstime Workshops, wollte ich diesen in meiner Arbeit genauer in den Blick nehmen. Es schien mir schlüssig, neben dem Beschreiben der Situation der Kinder und dem Herausstellen der Sinnhaftigkeit von Interventionen, direkt einen praktischen Interventionsansatz vorstellen zu können. Doch inwiefern ist diese spielerisch erscheinende Intervention, in der Lage Risiken abzuwenden, Stigmatisierung entgegenzuwirken und die allgemeine Lebensrealität Kinder psychisch kranker Eltern zu verbessern? **Mich interessiert die Fragestellung, ob der Kidstime Workshop, wie er in Rotenburg durchgeführt wird, eine geeignete Interventionsform bei Kindern psychisch kranker Eltern darstellt.**

Um das herauszufinden soll erst einmal die aktuelle Situation dieser Kinder in Deutschland ermittelt werden. Was macht Kinder psychisch kranker Eltern zur Risikogruppe? Mit welchen Schwierigkeiten und Risiken haben sie zu leben? Welche Probleme ergeben sich in den Familien? Wie finden sie im Versorgungssystem Berücksichtigung? Es soll geschaut werden, an welchen Stellen sich die Notwendigkeit für professionelle Interventionen ergibt. Sehr wichtig ist mir dabei die Berücksichtigung der Bedürfnisse und Wünsche dieser Kinder und ihrer Eltern. Um letztendlich die Effektivität des Kidstime Workshops wissenschaftlich zu überprüfen, wird auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern und eine Evaluation der Rückmeldungen der Teilnehmenden zu dem Workshop durchgeführt.

Die Abschlussarbeit gliedert sich in acht Kapitel. Kapitel eins dient der Einführung in das Thema, der Fragestellung und der Gliederung der Arbeit. Kapitel zwei bis sieben stellen den Hauptteil dar. Das zweite Kapitel befasst sich mit dem Forschungsstand zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern, dem Erkrankungsrisiko der Kinder, Resilienzfaktoren und Copingstrategien. Kapitel zwei beschäftigt sich mit allerlei Folgen, die sich für die Kinder aus der elterlichen Erkrankung ergeben. Diese betreffen den gesellschaftlichen Umgang mit psychischen Erkrankungen und die Auswirkungen dessen auf die Familien, die Auswirkungen der psychischen Störung der Eltern auf deren Erziehungskompetenz und auf die Bindung zwischen Eltern und Kind und die möglichen Folgen für das Kindeswohl. Im vierten Kapitel wird anhand von Interviewausschnitten mit einer erwachsenen Tochter einer depressiven Mutter die Situation von Kindern depressiv erkrankter Eltern

dargelegt. Das Kapitel fünf dient dazu die vorhandenen Versorgungsstrukturen zu untersuchen. Es werden die Kinder- und Jugendhilfe, die Erwachsenenpsychiatrie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Blick genommen. In Kapitel sechs werden erste Interventionsansätze bei Kindern psychisch kranker Eltern vorgestellt um in Kapitel sieben die Intervention des Kidstime Workshops ausführlich vorzustellen und seine Qualität anhand der Evaluation von Rückmeldungen der teilnehmenden Familien untersucht. Abschließend sollen im achten Kapitel die eingangs gestellten Fragen beantwortet und ein Fazit gezogen werden. Die Rezipienten dieser Abschlussarbeit werden zunächst an das Thema Kinder psychisch kranker Eltern herangeführt und bekommen den aktuellen Stand der Forschung vorgestellt, um dann die Notwendigkeit von professionellen Interventionen und Unterstützungen zu verdeutlichen. Das Wissen um die Situation psychisch kranker Kinder und möglicher Interventionsansätze bildet die Basis für die Präsentation des Kidstime Workshops und die Untersuchung dessen hinsichtlich seiner Relevanz und Wirksamkeit. Das letzte Kapitel dient als Abschluss der Arbeit, indem die Erkenntnisse und Ergebnisse des Mittelteils zusammengetragen und die eingangs formulierte Fragestellung beantwortet wird.

2 Aktueller Forschungsstand und Epidemiologie

In diesem Kapitel soll der aktuelle Forschungsstand zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern vorgestellt werden. Es sollen Zahlen zu den betroffenen Kindern in der Bundesrepublik Deutschland und ihrem Erkrankungsrisiko genannt werden. Gleichzeitig werden genetische sowie durch die Umwelt generierte Einflussfaktoren dargestellt. Zu diesem Zweck soll auch auf protektive Faktoren und Ressourcen wie Resilienz eingegangen werden und auch das individuelle wie familiäre Copingverhalten bezüglich der elterlichen Erkrankung dargestellt werden.

Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es noch keine genauen Zahlen darüber, wie viele Kinder in der Bundesrepublik Deutschland tatsächlich mit einem psychisch kranken Elternteil aufwachsen. Aufgrund mehrerer Studien zu dem Thema lassen sich jedoch Schätzungen erstellen (vgl. Mattejat 2014, S. 74). Innerhalb eines Jahres sind circa 30 Prozent der Erwachsenen in Deutschland von einer psychischen Störung betroffen (vgl. Bundespsychotherapeutenkammer 2007 S. 3 f. zit. n. Mattejat 2014, S. 69). Zudem ist es nachgewiesen, dass Menschen mit psychischen Störungen im Durchschnitt genauso viele

Kinder bekommen, wie Menschen ohne psychische Störungen (vgl. Mattejat 2014, S. 74). Daraus lässt sich ableiten, dass innerhalb eines Jahres ungefähr drei Millionen Kinder in der Bundesrepublik Deutschland die psychische Störung eines Elternteils oder sogar beider Eltern miterleben (vgl. Mattejat 2014, S. 75).

In Deutschland haben 250.000 Kinder ein Elternteil, das sich psychiatrisch oder psychosozial behandeln oder betreuen lässt (vgl. ebd.). Dass sich ein Elternteil aufgrund einer psychischen Störung in einer psychiatrischen Klinik aufhält, durchleben im Jahr rund 175.000 Kinder (vgl. ebd.).

Doch was bedeutet das für die Kinder? Welche Risiken ergeben sich aus der elterlichen Erkrankung für ihre Entwicklung?

2.1 Erkrankungsrisiko bei Kindern psychisch kranker Eltern

Kinder, die sich aufgrund von psychischen Problemen in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung befinden, kommen oftmals aus Familien in denen ein Elternteil ebenfalls psychisch erkrankt ist (vgl. Mattejat 2014, S. 68). So wies die Universität Marburg nach, dass etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen, die von 1998 bis 2002 in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgrund einer psychischen Erkrankung behandelt wurden, einen psychisch kranken Elternteil hatten (vgl. Lenz 2014 c, S. 40). Dies deckt sich mit der Erkenntnis, dass 60 Prozent der Kinder psychisch kranker Eltern im Verlauf ihrer Kindheit psychische Auffälligkeiten oder Störungen entwickeln (vgl. Mattejat 2014, S. 79). Häufige Auffälligkeiten bei Kleinkindern von psychisch kranken Eltern sind beispielsweise „Schlafprobleme, Regulationsstörungen und emotionale Störungen“ (Weinberg, Tronick 1998 zit. n. Kölch, Schmid 2014, S. 125). „Angststörungen, depressive Störungen, Störungen des Sozialverhaltens und Suchtstörungen“ (Kölch, Schmid 2014, S. 125) sind die häufigsten Störungen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Solche psychischen Störungen sind in den meisten Fällen keine vorübergehenden Verhaltensmerkmale, „sondern gravierende und gesundheitspolitisch relevante Krankheiten“ (Esser et al. 2000 zit. n. Lenz 2014 a, S. 20). Auch für den weiteren Verlauf des Lebens ergibt sich für Kinder psychisch kranker Eltern ein erhöhtes Erkrankungsrisiko. Das Risiko der Entwicklung einer psychischen Erkrankung ist generell ungefähr viermal so hoch wie bei Kindern psychisch gesunder Eltern (vgl. Vostanis et al. 2006 zit. n. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 3). Doch wie lässt sich diese nachweislich erhöhte Anfälligkeit

für die Entwicklung psychischer Störungen bei diesen Kindern erklären? Handelt es sich um eine genetische Vererbung oder sind die Umwelteinflüsse, denen man als Kind psychisch kranker Eltern ausgesetzt ist, für das hohe Erkrankungsrisiko verantwortlich?

2.2 Genetische Faktoren und Umweltfaktoren

Das Risiko einer genetischen Vererbung an die Nachkommen liegt bei den meisten psychischen Erkrankungen bei über 50 Prozent (vgl. Mattejat 2014, S. 80). Dieses Erb-
risiko ist aber nicht einzig relevant für den tatsächlichen Ausbruch einer psychischen Erkrankung. Stattdessen ist es so, dass die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung zunimmt, wenn die genetische Anlage dazu vorhanden ist (vgl. Mattejat 2014, S. 82 f.). Ausgelöst wird eine psychische Störung meist erst durch kritische Lebensereignisse oder negative Umweltfaktoren. Es gilt festzuhalten, dass lediglich die Vulnerabilität für eine psychische Erkrankung und nicht die Erkrankung selbst vererbt wird (vgl. ebd.).

Die Forschung zu den Umweltfaktoren, welche die psychische Gesundheit von Kindern gefährden, hat ergeben, dass Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status deutlich häufiger von psychischen Störungen betroffen sind (vgl. Mattejat 2014, S. 84). Das Erleben von beengtem Wohnraum, sexuellem Missbrauch oder Misshandlungen, einer Trennung der Eltern oder der Disharmonie zwischen ihnen, das Erleben eines alleinerziehenden Elternteils, von Arbeitslosigkeit in der Familie, des Verlustes einer Bezugsperson oder einer längeren Trennung von den Eltern in den ersten Lebensjahren, sind Faktoren, die die psychische Gesundheit von Kindern durchaus negativ beeinträchtigen können (vgl. a.a.O., S. 84 f.). Auch der Verlauf der elterlichen Erkrankung hat Einfluss auf das Erkrankungsrisiko der Kinder. Mit Anstieg der Länge und Häufigkeit elterlicher Krankheitsphasen sowie in Abhängigkeit zur Intensität dieser steigt auch das kindliche Erkrankungsrisiko (vgl. Hammen et al. 1990 zit. n. Lenz 2014 a, S. 27). Dies mag vor allem daran liegen, dass die Länge und Schwere von Krankheits-
episoden für die Kinder mit psychosozialen Belastungen, wie Klinikaufenthalte und der Trennung von den Eltern, interfamiliäre Konflikte oder finanziellen Schwierigkeiten, verbunden sind (vgl. Sameroff 1987 zit. n. Lenz 2014 a, S. 28). Einzelne Faktoren können aufgefangen werden, während das Zusammenwirken, die Kumulation, mehrerer negativer Umweltfaktoren das Kind belasten und es „zu schweren psychischen Beeinträchtigungen“ kommt (Mattejat 2014, S. 85).

Andererseits gibt es auch Umweltfaktoren, die unterstützend wirken und günstig für die psychische Gesundheit und die Entwicklung der Kinder sind. So ist es förderlich, wenn das Kind um die elterliche Erkrankung weiß und ihm bewusst ist, dass es an dieser keine Schuld trägt (vgl. Mattejat 2014, S. 86). Zur Bedeutung von Krankheitsaufklärung- und verstehen findet sich mehr in Kapitel 6.2. Ein stabiles Umfeld und „das Gefühl, auch vom kranken Elternteil geliebt zu werden“ (ebd.), sowie eine tragfähige Beziehung zu einem Erwachsenen ohne psychische Erkrankung tragen ebenfalls zur Gesundheit eines betroffenen Kindes bei. Tragfähige Beziehungen sind nach Mattejat Beziehungen, „die emotional, kognitiv und praktisch unterstützend Funktionen erfüllen können und in denen gleichermaßen Bindung wie auch Eigenständigkeit möglich sind“ (a.a.O., S. 87). Damit beschreibt er entscheidende Merkmale, die für eine sichere Bindung zwischen Kind und Bindungsperson von Nöten sind (siehe zum Thema Bindung Kapitel 3.4). Auch Faktoren außerhalb der Familie, wie Erfolg in der Schule, Freunde oder Hobbies, können das Kind positiv beeinflussen und stärken (vgl. a.a.O., S. 86). Dies sind Faktoren, die auch die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls begünstigen. Dieses verringert das Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln (vgl. ebd.).

Folglich zeigt sich, dass Umweltfaktoren und genetische Faktoren in Zusammenspiel und Wechselwirkung zueinander stehen und dementsprechend gleichzeitig betrachtet werden müssen, wenn es darum geht, das Risiko der Vererbung einer psychischen Erkrankung abzuschätzen. Denn wie zuvor beschrieben wird lediglich die Vulnerabilität genetisch vererbt, nicht aber die Erkrankung selbst. Es zeigt sich, „dass die genetische Ausstattung darüber mitbestimmt, ob sich belastende Lebensereignisse pathogen auswirken oder nicht. Sie moderieren somit die Umwelteffekte“ (Lenz 2014 c, S. 46). Liegt eine genetisch vererbte Vulnerabilität vor, braucht es entsprechend negative Umweltbedingungen oder kritische Lebensereignisse, damit sich tatsächlich eine psychische Störung entwickelt. Gerade in Familien mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteil(en) kommt es oft zu einer Häufung negativer Umweltfaktoren (vgl. Mattejat 2014, S. 85), auch das Risiko einer Kindeswohlgefährdung ist erhöht (vgl. Lenz 2014 a, S. 49). Aus dem Zusammenspiel von genetisch vererbter Vulnerabilität und negativer Umweltfaktoren, begründet durch die spezielle Situation der Familie, ergibt sich ein hohes Erkrankungsrisiko für Kinder psychisch kranker Eltern (vgl. Mattejat 2014, S. 85).

Im Umkehrschluss bedeutet dies jedoch auch, dass bei einer Verhinderung von kritischen Lebensereignissen und ausgleichenden positiven Umweltfaktoren die Entwicklung einer

psychischen Störung auch bei Kindern psychisch kranker Eltern unwahrscheinlicher ist (vgl. Mattejat 2014, S. 82 f.). Aus dieser Erkenntnis lässt sich ableiten, dass eine Intervention, die versucht, die positiven Umweltfaktoren zu stärken und die negativen zu reduzieren, im Leben dieser Hochrisikogruppe durchaus sinnvoll ist (vgl. a.a.O., S. 84). Ein Beweis dafür ist die Resilienz, die im folgenden Absatz beschrieben wird. Sie macht deutlich, dass trotz oder gerade wegen des deutlich erhöhten Erkrankungsrisikos bei Kindern psychisch kranker Eltern, eine Intervention zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit hilfreich ist und gegebenenfalls psychische Störungen oder sonstige Entwicklungsschäden verhindert werden können (siehe Kapitel 2.3).

2.3 Resilienz

Einige Kinder entwickeln trotz belastender Familiensituation, bedingt durch einen psychisch kranken Elternteil, keine psychischen Störungen oder Auffälligkeiten. Sie besitzen eine besondere Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen (vgl. Noeker, Petermann 2008 zit. n. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 35). Diese Widerstandsfähigkeit wird auch Resilienz genannt. Resiliente Kinder schaffen es, extrem belastende und traumatische Umweltbedingungen zu kompensieren (vgl. ebd.). Verantwortlich für die Resilienz sind gewisse Ressourcen, wie personale, familiäre, soziale und gesellschaftlich-kulturelle Faktoren (vgl. ebd.). Ressourcen können als die vorhandenen Mittel zur Bewältigung bezeichnet werden (vgl. Lenz 2014 a, S. 168). Sind gewisse Ressourcen vorhanden, wenn das Kind beispielsweise über eigene Bewältigungsstrategien, ein intaktes soziales Netzwerk in Familie, Schule und Freundeskreis verfügt und gewisse Normen und Werte besitzt, können die Risikofaktoren ausgeglichen und kompensiert werden (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 35). Somit reduzieren sich die negativen Folgen der elterlichen Erkrankung für das Kind (vgl. ebd.). Demnach ist es sinnvoll, positive Faktoren und Ressourcen von Kindern psychisch kranker Eltern zu aktivieren und zu stärken (zu Ressourcenaktivierung siehe Kapitel 6.1). Vor allem stabile Beziehungen zu Vertrauenspersonen innerhalb der Familie stellen einen wichtigen Faktor zum Schutz der Kinder dar, da sie das Risiko von psychischen Störungen deutlich verringern (vgl. a.a.O., S. 36). Eine intakte Beziehung zwischen dem Kind und dem erkrankten, sowie dem gesunden Elternteil oder zu anderen Bezugspersonen und eine gute Beziehung zwischen den Elternteilen, sind für die Entwicklung des Kindes zuträglich (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 36 f.). Zur Entwicklung einer Resilienz

spielt eine sichere Bindung eine zentrale Rolle (vgl. a.a.O., S. 37), auf dessen Bedeutung in Kapitel 3.4 näher eingegangen wird. Für die Resilienz förderlich sind zudem Beziehungen zu Personen außerhalb der Familie, die das Kind sozial und emotional unterstützen (vgl. ebd.). Diese sollten auch dann zuverlässig sein, wenn ein Elternteil eine akute Krankheitsphase durchlebt und das Kind Belastungen innerhalb der Familie ausgesetzt ist (vgl. ebd.). Dafür ist es wichtig, dass die Eltern dem Kind erlauben, sich einer außenstehenden Bezugsperson anzuvertrauen (vgl. ebd.). Aufgrund von Kommunikationsverboten ist das nicht immer der Fall (siehe Kapitel 3.2). Darüber hinaus sind Freundschaften zu Gleichaltrigen, Erfolgserlebnisse in der Schule und die Zugehörigkeit zu Sportvereinen oder anderen Gruppen ein schützender Faktor für Kinder (vgl. a.a.O., S. 37 f.). Hier können sie Zusammenhalt, Erholung, Ablenkung, Bestätigung und Anerkennung erfahren (vgl. a.a.O., S. 38). Es zeigt sich, dass die im vorigen Kapitel beschriebenen positiven Umweltfaktoren auch die Resilienz von Kindern fördern. Ein weiterer Aspekt in der Stärkung der psychischen Widerstandsfähigkeit der Kinder ist eine angemessene Krankheitsbewältigung. Hierzu zählen ein offener familiärer Umgang mit der Erkrankung, sowie *Krankheitswissen und Krankheitsverstehen* (vgl. Wüthrich et al. 1997; Lenz 2008, 2014; Sollberger et al. 2008 zit. n. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 38). Eine altersgemäße Krankheitsaufklärung generiert das Wissen um die elterliche Erkrankung und fördert das Verstehen und Einschätzen dieser. Dabei geht es nicht in erster Linie um einen ausführlichen Wissenserwerb, sondern darum, „ein Verständnis für die elterlichen Verhaltensweisen, für die Auswirkungen der Krankheit auf die Familie und die Belastungen, die sich im Alltag ergeben können“ (Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 38) zu entwickeln. Bei der Aufklärung um die Erkrankung sollten ein positiver Blick in die Zukunft, Hoffnung und Mut vermittelt werden (vgl. a.a.O., S. 39). Je umfassender das Bild um die Situation mit der elterlichen Erkrankung ist, desto eher können Kinder neue Möglichkeiten erkennen und Perspektiven entwickeln (vgl. ebd.). Dieses Wissen erzeugt das Gefühl einer gewissen Kontrolle über die Situation und das Erfahren von Selbstwirksamkeit. Die dadurch geförderte „Selbstgestaltung und Autonomie“ (ebd.) stärkt wiederum die Resilienz der betroffenen Kinder. Einen weiteren Faktor zum Schutz der Kinder „stellt ein offener und aktiver Umgang der Eltern mit der Erkrankung dar“ (ebd.). Der Umgang mit der Erkrankung in der Familie hat entscheidende Auswirkungen auf die Kinder, da sie Umgangsweisen häufig von ihren Eltern kopieren und positive wie negative Bewältigungsstrategien übernehmen (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 39). Ein offener Umgang hilft den Kindern in ihrem Alltag und dabei, mit Belastungs- und

Krisensituationen zurechtzukommen. Wichtig ist, dass beide Elternteile, ob psychisch krank oder gesund, sich die Erkrankung eingestehen und sie akzeptieren (vgl. ebd.). Es ist hilfreich für betroffene Kinder, wenn die Eltern offen miteinander und mit den Kindern über die Erkrankung reden und eine Atmosphäre geschaffen wird, in der die Kinder zu jeder Zeit Fragen stellen dürfen (vgl. a.a.O., S. 40). Gesprächsangebote von anderen Bezugspersonen der Kinder können auch bei den Eltern für Entlastung sorgen (vgl. ebd.). Eine flexible Aufgabenteilung innerhalb der Familie, das Annehmen von Hilfen aus dem sozialen Netzwerk und die Kooperation der Familie mit der Psychiatrie und der Jugendhilfe wirken sich ebenfalls positiv auf die kindliche Entwicklung aus (vgl. a.a.O. S. 38). Resilienzfaktoren beeinflussen die Entwicklung der Kinder folglich durchaus positiv. Trotzdem gilt zu beachten, dass resiliente Kinder aufgrund ihrer Flexibilität und Anpassungsfähigkeit „im Alltag oft auffallend unauffällig“ (Schlüter-Müller 2011, S. 60) sind und entsprechend die Gefahr besteht, dass ihre eigenen Bedürfnisse dadurch nicht ausreichend wahrgenommen werden. Deshalb scheinen zumindest niedrighschwellige Interventionen, bei denen die Kinder lernen ihre Bedürfnisse zu artikulieren und ihnen Gelegenheit gegeben wird, diese auszuleben, auch bei resilienten Kindern psychisch kranker Eltern sinnvoll zu sein.

Als resilient werden also die Kinder bezeichnet, die die Belastung der elterlichen Erkrankung aufgrund von bestimmten Ressourcen kompensieren können. Doch längst nicht alle Kinder psychisch kranker Eltern entwickeln eine Widerstandsfähigkeit und finden einen gelungenen Umgang mit der elterlichen Erkrankung. Aber all diese Kinder sind gezwungen, die belastende Situation auf irgendeine Art zu „bewältigen“. Doch welche Bewältigungsstrategien, in der Fachsprache auch Copingstrategien genannt, gibt es überhaupt? Und welche Strategien zur Bewältigung lassen sich bei Kindern psychisch kranker Eltern beobachten?

2.4 Copingstrategien

Das Aufwachsen mit einem psychisch kranken Elternteil stellt für Kinder ein kritisches Lebensereignis dar, das mit einschneidenden Änderungen von Alltagsroutinen und Neuanpassungen verbunden ist. Dieses kritische Lebensereignis geht einher mit einer signifikanten Zunahme an alltäglichen Anforderungen, Konflikten und Spannungen sowohl innerhalb der Familie als auch im sozialen Umfeld. (Lenz 2014 a, S. 168)

Ausschlaggebend für den Erhalt der psychischen Gesundheit der Kinder sind in einer solch kritischen Situation nicht nur verschiedenen Schutzfaktoren, sondern auch die individuellen sowie familiären Strategien zur Bewältigung, die auch Copingstrategien genannt werden (vgl. ebd.). „Coping oder Bewältigung ist als das kognitive, emotionale und aktionale Bemühen einer Person zu verstehen, Belastungen innerpsychisch zu verarbeiten und aufzufangen sowie durch Handeln auszugleichen oder zu meistern“ (Lazarus, Folkman 1984 zit. n. Lenz 2014 a, S. 168). Coping funktioniert mit Rückgriff auf vorhandene Ressourcen (vgl. ebd.).

Generell wird zwischen vier Copingstrategien unterschieden. Bei der *problemorientierten Bewältigung* wird nach konkreten Lösungsansätzen gesucht und aktiv gehandelt (vgl. Lenz 2014 a, S. 169). Die *internale, emotionsregulierende Bewältigung* hingegen begegnet der Belastung mit Anpassung, hierzu zählen beispielsweise Entspannung und Ablenkung (vgl. ebd.). Eine weitere Form der Bewältigung ist die *Suche nach sozialer Unterstützung*, bei der sich Rat und Trost suchend an andere Personen gewandt wird (vgl. ebd.). Die Strategie der *Problemmeidung* hingegen ist eher passiv und versucht, der Belastung aus dem Weg zu gehen oder sie zu ignorieren (vgl. ebd.). Problemmeidung greift oft dann, wenn eine Lösung zurzeit nicht absehbar ist (vgl. a.a.O., S. 170). Problemvermeidendes Verhalten stellt in der Regel ein Entwicklungsrisiko für Kinder und Jugendliche dar (vgl. Compas et al. 2001 zit. n. Lenz 2014 a, S. 170). Dies lässt sich jedoch nicht pauschalisieren. Ob die gewählte Bewältigungsstrategie letztendlich angemessen und hilfreich ist, hängt von der jeweiligen Ausgangssituation ab (vgl. Seiffge-Krenke, von Irmer 2007 zit. n. Lenz 2014 a, S. 169). Entscheidend sind auch die subjektive Einschätzung sowie die Kontrollierbarkeit der Situation (vgl. ebd.). In kontrollierbaren Situationen, die durch eigenes Handeln gesteuert werden können, bieten sich problemorientierte Bewältigungsansätze an, während es in unkontrollierbaren Situationen günstiger ist, emotionsregulierende Strategien zu finden, um sich der Situation anzupassen (vgl. ebd.). Erscheint die gewählte Form der Bewältigung als stimmig, so stellt sich ein inneres Gleichgewicht ein (vgl. ebd.).

Kindern steht aufgrund entwicklungsbedingter kognitiver und emotionaler Fähigkeiten, Mangel an Erfahrungen und geringerer Möglichkeiten, die Umgebung kontrollieren, eine andere und begrenztere Auswahl an Copingstrategien zur Verfügung, als Erwachsenen. (Lenz 2014 a, S. 172)

Im Laufe der Entwicklung erweitert sich das Repertoire an Bewältigungsstrategien. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Kinder mit zunehmendem Alter ihre Emotionen besser wahrnehmen und regulieren können und damit auch die vorhandenen Strategien bewusster einsetzen können (vgl. Lenz 2014 a, S. 172). So wird mit zunehmendem Alter eine problemorientierte Bewältigung eher in kontrollierbaren Situationen angewendet und weniger in schwer kontrollbaren Situationen (vgl. Compas et al. 1991 zit. n. Lenz 2014 a, S. 173). Zusätzlich hat die Bindung der Kinder zu ihren Eltern Auswirkungen auf die verfügbaren Copingstrategien. So fällt es Kindern mit einer sicheren Bindung leichter, angemessene Strategien in belastenden Situationen anzuwenden und bei Bedarf Unterstützung durch andere Personen zu organisieren (vgl. Spangler, Zimmermann 1999 zit. n. Lenz 2014 a, S. 173). Eine Erläuterung zur Bindungstheorie und der Auswirkungen einer elterlichen psychischen Erkrankung findet sich in Kapitel 3.4.

Bisher wurde allgemein auf das Copingverhalten von Kindern eingegangen. Im Folgenden soll nun das individuelle Copingverhalten von Kindern psychisch kranker Eltern beschrieben werden. Es wurde bereits erwähnt, dass Kinder sich die Strategien zur Bewältigung von belastenden Situationen bei ihren Eltern anschauen. Dies macht deutlich, dass Bewältigungsstrategien im familiären Zusammenhang zu betrachten sind (vgl. Lenz, Wiegand- Grefe 2017, S. 39). Deshalb sollen neben den individuellen auch die familiären Copingstrategien Beachtung finden.

2.4.1 Individuelles Coping

Ein Forschungsprojekt mit Kindern schizophren erkrankter Eltern ergab einen Unterschied im Copingverhalten von Kindern psychisch kranker Eltern zu anderen Kindern (vgl. Lenz et al. 2011 zit. n. Lenz 2014 a, S. 174). So war die Fähigkeit, sich zu erholen oder abzulenken, also die *internale und emotionsregulierende Bewältigung*, deutlich weniger entwickelt, als in der Kontrollgruppe (vgl. ebd.). Dabei wäre diese Form der Bewältigung gerade in unkontrollierbaren Belastungssituationen, wie sie meistens vorliegt, wenn ein Elternteil psychisch krank ist, hilfreich (vgl. Klein-Heßling, Lohaus 2002 zit. n. Lenz 2014 a, S. 174 f.). Stattdessen reagieren die Kinder psychisch kranker Eltern auf Belastungen eher mit aggressivem Verhalten und greifen damit auf *destruktiv-emotionsregulierende Strategien* zurück (vgl. Lenz 2014 a, S. 175). Diese Strategien führen jedoch weniger zu einem Stressabbau als zu einer Kumulation von Stress, da durch

Aggressionen weitere Probleme erzeugt werden können (vgl. Lenz 2014 a, S. 175). Geeigneter zum Stressabbau in einer unkontrollierbaren Situation, in der sich Kinder psychisch kranker Eltern befinden, wäre die Bewältigung in Form der *Suche nach sozialer Unterstützung* (vgl. ebd.). Diese Bewältigungsstrategie hat gleichzeitig eine emotionsregulierende (vgl. Klein-Heßling, Lohaus 2002 zit. n. Lenz 2014 a, S. 175) und eine problemlösende Funktion (vgl. Lenz 2014 a, S. 175). Somit ist diese Strategie „ein relevanter psychosozialer Schutzfaktor“ (ebd.). Sie wird von Kindern psychisch kranker Eltern aufgrund von Loyalitätskonflikten, Schuldgefühlen oder Tabuisierung (siehe hierzu Kapitel 3.2) jedoch nur selten genutzt (vgl. Kuhn, Lenz 2008 zit. n. Lenz 2014 a, S. 175). Mithilfe der jeweils präferierten Copingstrategie der Kinder, lassen sich Prognosen über das Risiko der Entwicklung einer eigenen psychischen Störung machen (vgl. Lenz 2014 a, S. 178). So sind Kinder, die regelmäßig auf aggressive Copingstrategien zurückgreifen, stärker gefährdet, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln (vgl. Kuhn, Lenz 2008 zit. n. Lenz 2014 a, S. 178). Dahingegen sind Kinder mit einem kontrollierenden Copingverhalten weniger anfällig für psychische Störungen sind, solange diese Bewältigungsstrategie nicht durch Kommunikationsverbote oder Schuldgefühle behindert wird (vgl. Lenz 2014 a, S. 178 f.). Kinder, die über eine große Auswahl von Copingstrategien verfügen, auf die sie in Stresssituationen zurückgreifen können, haben das geringste Risiko, psychisch zu erkranken (vgl. a.a.O., S. 179).

2.4.2 Familiäres Coping

Der Fokus der Copingtheorien lag zunächst auf individuellen Bewältigungsreaktionen (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 44). Dabei können sich Interaktionspartner*innen, zum Beispiel in einer Familie, in der Bewältigung von belastenden Situationen gegenseitig, positiv wie negativ, beeinflussen (vgl. ebd.). Die psychische Erkrankung eines Elternteils stellt zumeist eine Belastung für alle Familienmitglieder dar. Zur Bewältigung dieser benötigen Kinder die Unterstützung der Eltern und anderer Vertrauenspersonen (vgl. a.a.O., S. 44 f.). Für Kinder ist diese soziale Unterstützung besonders wichtig, da sie aufgrund ihres Alters und ihrer Entwicklung über gewisse Bewältigungsstrategien noch nicht verfügen (vgl. a.a.O., S. 45).

Unter einem familiären Coping werden die Anstrengungen mehrerer Personen (z.B. eines Paares, einer Familie bzw. einzelner Familienmitglieder) verstanden, durch das Einbringen und Bündeln individueller Ressourcen, Belastungen und

Anforderungen gemeinsam zu bewältigen. (Lyons 2004 zit. n. Lenz, Wiegand-Greife 2017, S. 45)

Die drei Schlüsselfaktoren für ein erfolgreiches gemeinsames Coping sind nach Lyons zum einen „eine gemeinsame Stressbewältigungsorientierung“ (ebd.). Dies bedeutet, dass mindestens ein Familienmitglied an einer gemeinsamen Bewältigung interessiert ist und die Notwendigkeit dieser sieht (vgl. ebd.). Zweitens ist es bei der „Kommunikation über den Stressor“ (ebd.) wichtig, dass in der Familie das Sprechen über die belastende Situation nicht tabuisiert wird und ein offener Umgang mit dem Stressor möglich ist. Zum dritten sind „kooperative Handlungen“ (ebd.) hilfreich, in denen die Familienmitglieder gemeinsam Strategien entwickeln, um die belastenden Faktoren zu kompensieren.

Auf die verschiedenen Formen familiären Copings einzugehen, wäre hinsichtlich der Situationsbeschreibung von Kindern psychisch kranker Eltern zwar interessant, würde aber den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Deshalb wird im Folgenden lediglich auf eine häufige Form des familiären Copings eingegangen, das *emotions- und problembezogene delegierte Coping der Kinder* (vgl. Lenz 2014 a, S. 184). Bei dieser Bewältigungsstrategie übernehmen die Kinder Aufgaben und Funktionen, die eigentlich in der Verantwortung der Eltern liegen. Es kommt zu einer Verantwortungsverschiebung und einer Rollenumkehr, die auch Parentifizierung genannt wird (vgl. Matthejat 2014, S. 88 f.). „Die Kinder übernehmen die Aufgaben, wenn die Eltern ihre Bedürftigkeit explizit, implizit oder nonverbal signalisiert haben und damit Verantwortung für das Wohlbefinden der Familie abgeben“ (Lenz 2014 a, S. 184). Die Parentifizierung kann in unterschiedlichen Ausprägungen vorliegen (vgl. ebd.). So können die Kinder ihre Eltern emotional oder aber instrumentell, das heißt indem sie alltägliche Haushalts- oder Organisationsaufgaben übernehmen, unterstützen (vgl. a.a.O., S. 184 f.). Es kann vorkommen, dass die Kinder versuchen, die Rolle eines gleichberechtigten Partners für das erkrankte Elternteil einzunehmen, wie es häufig bei alleinerziehenden und gleichzeitig psychisch erkrankten Elternteilen der Fall ist (vgl. a.a.O., S. 185). Leben die Eltern in Partnerschaft, kann es auch dazu kommen, dass die Kinder eine Vermittlerrolle zwischen beiden einnehmen (vgl. a.a.O., S. 186). Ältere Kinder übernehmen häufig auch Verantwortung für ihre jüngeren Geschwister, unterstützen diese emotional oder übernehmen gar die Verantwortung für die gesamte Familie, beispielweise während der Dauer eines Klinikaufenthalts des erkrankten Elternteils (vgl. a.a.O., S. 186 f.). Doch welche Folgen haben die verschiedenen Arten der Parentifizierung für die Entwicklung der Kinder?

2.4.3 Risiken und Chancen einer Parentifizierung

Die Forschung hat gezeigt, dass die Kinder bei einem destruktiven Copingverhalten der Eltern immer stark in dieses verstrickt sind (vgl. Lenz et al. 2011 zit. n. Lenz 2014 a, S. 187). Bei den wenigsten Familien mit einem psychisch kranken Elternteil zeigt sich ein positives *emotions- und problembezogenes Copingverhalten*, bei dem in Krankheitsphasen das gesunde Elternteil die Verantwortung übernimmt und die Eltern versuchen, die Belastung zu kompensieren (vgl. ebd.). Stattdessen konnte in den meisten Familien eine Parentifizierung beobachtet werden (vgl. ebd.). Diese Form der familiären Bewältigung erhöht das Risiko, dass die Kinder selbst eine psychische Erkrankung entwickeln (vgl. Boszormenyi-Nagy, Spark 1981; Jurkovic 1997 zit. n. Lenz 2014 a, S. 211). Allerdings können Kinder psychisch kranker Eltern durch Verantwortungsübernahme Kontrolle über die Situation gewinnen, die ihnen vorher gefehlt hat (vgl. Lenz 2014 a, S. 197 f.). Eine Studie stellte außerdem heraus, dass diese Kinder durch die Akzeptanz der Parentifizierung eine gewisse Nähe zu ihren Eltern gewannen, die sie sonst nicht bekämen (vgl. Liebermann et al. 1999 zit. n. Lenz 2014 a, S. 211). Eine Rollenumkehr sollte demnach nicht voreilig pathologisiert werden (vgl. Boszormenyi-Nagy, Spark 1981; Jurkovic 1997 zit. n. Lenz 2014 a, S. 211). Entscheidend für eine pathogene Ausprägung der Parentifizierung sind die Art der Rollenumkehr und der Umgang der Eltern mit dieser (vgl. Boszormenyi-Nagy, Spark 1981 zit. n. Lenz 2014 a, S. 211). Eine pathogene Entwicklung kann verhindert werden, wenn das Bemühen des Kindes im Gegenzug mit Anerkennung und der Berücksichtigung seiner Bedürfnisse belohnt und damit ausgeglichen wird (vgl. ebd.). Dies kann nicht nur negative Folgen vermeiden, sondern auch das Selbstbewusstsein des Kindes stärken (vgl. ebd.). Darüber hinaus darf das Kind von der Verantwortung nicht komplett eingenommen werden, sondern braucht gleichzeitig Unterstützung und die Berücksichtigung seiner Bedürfnisse in der Familie, damit die Parentifizierung sich nicht schädlich auf die Entwicklung auswirkt (vgl. Jurkovic 1997 zit. n. Lenz 2014 a, S. 212).

Wenn hingegen kein Ausgleich erfolgt, das Kind auf Kosten seiner eigenen Sicherheits- und Abhängigkeitsbedürfnisse in die Erwachsenenrolle gedrängt wird und übermäßige Verantwortung und Fürsorge für die Eltern übernimmt, liegt eine Parentifizierung in einer destruktiven Form im Sinne einer Ausbeutung des Kindes vor. (Lenz 2014 a, S. 211)

Es handelt sich außerdem um eine destruktive Form der Parentifizierung, wenn die Bedürfnisse des Kindes unbeachtet bleiben und die Eltern dem Kind eine nicht altersgerechte Rolle zuweisen, die es in seinem Entwicklungsstand überfordern (vgl. Jurkovic 1997 zit. n. Lenz 2014 a, S. 212). Dann kann es passieren, dass das Kind sich einer demütigen Position in der Familie fügt und „(überverantwortliche, fürsorgliche) Verhaltensweisen“ (ebd.) zeigt. Die Folgen für das Kind sind oft Loyalitätskonflikte und „die Erfahrung, dass sie letztlich den Wünschen und Erwartungen der Eltern niemals genügen können“ (Lenz 2014 a, S. 212). Das kann soweit führen, dass das parentifizierte Kind die Verantwortung für familiäre Konflikte auferlegt bekommt (vgl. ebd.). Eine emotionale Parentifizierung stellt für die betroffenen Kinder eine größere Belastung dar als die instrumentelle Parentifizierung, da sie die Kinder zumeist überfordert (vgl. Byng-Hall 2008 zit. n. Lenz 2014 a, S. 213). Wie sehr eine Parentifizierung schädlich für die kindliche Entwicklung ist, hängt demnach davon ab, inwieweit die dem Kind zugeordneten Aufgaben seine Kompetenzen überschreiten und von welcher Dauer die Verantwortungsverschiebung ist (vgl. ebd.).

2.5 Zwischenfazit

Es zeigt sich, dass sich für Kinder psychisch kranker Eltern ein hohes Erkrankungsrisiko ergibt. Aufgrund eines genetisch vererbten Risikos und sozialer Faktoren sind diese Kinder, bedingt durch eine angespannte Familiensituation, mit einer höheren Anfälligkeit zur Entwicklung psychischer Störungen belastet als Kinder, die bei psychisch gesunden Eltern aufwachsen. Dieses Risiko muss sich jedoch nicht zwangsläufig pathogen auswirken. Beachtet man die Möglichkeit der Resilienz, wird deutlich, dass eine positive Gestaltung der Umweltfaktoren diesen Schäden vorbeugen und die psychische Widerstandsfähigkeit stärken kann (vgl. Noeker & Petermann 2008 zit. n. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 35). Zieht man das Wissen über familiäre Copingstrategien heran, so zeigt sich, dass der Umgang der Familie mit der Belastung oder dem Stressor sehr entscheidend für die Situation des Kindes ist. Selbst eine Parentifizierung kann so kompensiert werden, dass das Kind keine Entwicklungsschäden davonträgt (vgl. Bsozormenyi-Nagy, Spark 1981; Jurkovic 1997 zit. n. Lenz 2014 a, S. 211). Das Verhalten von Kindern psychisch kranker Eltern sollte zudem nicht voreilig als pathologisch verstanden werden. So besitzt auch eine Parentifizierung eine Eigenqualität. Denn durch sie kann eine problematische und wenig kontrollierbare Situation so verändert

werden, dass das Bedürfnis des Kindes nach Nähe und Anerkennung, wenn auch nur teilweise, befriedigt wird (vgl. Liebermann et al. 1999 zit. n. Lenz 2014 a, S. 211). Bei professionellen Interventionen bedarf es der Anerkennung dieser Eigenqualität. Zudem bedarf es hierfür an Ressourcen und eventuell dem Wissen um die Auswirkungen der elterlichen psychischen Erkrankung auf die Kinder. Dann können professionelle Interventionen unterstützend agieren. Durch die „*Förderung der sozialen Ressourcen*“ (Lenz 2014 a, S. 188) können beispielsweise außerfamiliäre Vertrauenspersonen mobilisiert werden (vgl. a.a.O., S. 188 f.). Siehe Kapitel 6.1 zur Ressourcenaktivierung. Einen weiteren Interventionsansatz stellt die Stärkung des individuellen Copingverhaltens der Kinder dar (vgl. Lenz 2014 a, S. 188). Hierzu zählen die Erweiterung des Repertoires der Kinder an Bewältigungsstrategien und das Erlernen, diese der Situation angemessen einzusetzen (vgl. ebd.). Dies sind erste Möglichkeiten das hohe Risiko von Kindern psychisch kranker Eltern, selbst zu erkranken, zu verringern. Sie werden in Kapitel 6.0 wieder aufgegriffen. Unter Berücksichtigung des Forschungsstandes zu Resilienz und Copingverhalten scheint es sinnvoll, an schon vorhandene Ressourcen anzuknüpfen und gleichzeitig die Umweltbedingungen möglichst positiv zu gestalten, um eine gesunde Entwicklung der Kinder zu ermöglichen.

3 Folgen der elterlichen psychischen Erkrankung

Aus der elterlichen Erkrankung resultieren neben dem erhöhten Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln, weitere Probleme für die Kinder psychisch kranker Eltern. Die Auswirkungen der psychischen Erkrankung der Eltern auf die Kinder sind vielfältig. Eine psychische Erkrankung hat Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Eltern und Kind, da die Bindung und die Erziehungskompetenz von ihr beeinflusst sind. In der Folge von psychischen Erkrankungen und den daraus resultierenden Belastungen für die Eltern kann es zu Vernachlässigung oder Misshandlung kommen und das Kindeswohl gefährdet sein (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 20). Kinder psychisch kranker Eltern werden außerdem mit einer gesellschaftlichen Stigmatisierung psychischer Erkrankungen konfrontiert und einer Tabuisierung, die sich innerhalb und außerhalb der Familie bemerkbar macht. In Anlehnung an diese Gegebenheiten soll im Folgenden herausgearbeitet werden inwieweit sich gesellschaftliche Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen konkret auf die Familien auswirkt.

3.1 Stigmatisierung, Tabuisierung und Isolierung

Psychisch kranke Menschen erfahren in unserer Gesellschaft häufig Abwertung und Stigmatisierung (vgl. Mattejat 2014, S. 72). Das hat ganz konkrete Folgen für die betroffenen Personen:

Die Stigmatisierung ist ein Grund dafür, warum psychische Erkrankungen häufig tabuisiert werden: Die Betroffenen haben das Gefühl, dass sie ihre Erkrankung verheimlichen müssen; sie finden nicht den Mut, offen über ihre Erkrankung zu sprechen. (Mattejat 2014, S. 71)

Dass es den meisten Betroffenen schwerfällt, ihre Erkrankung offen zu thematisieren, führt dazu, dass die wenigsten von ihnen über die Häufigkeit von psychischen Störungen wissen und sie ihre Erkrankung als individuelles Problem wahrnehmen (vgl. a.a.O., S. 72). Auch die Kinder psychisch kranker Eltern verspüren oft eine Art Rede- und Kommunikationsverbot und befürchten, Verrat an den Eltern zu begehen, wenn sie offen über die Erkrankung und die damit einhergehenden Problemlagen sprechen (vgl. a.a.O., S. 88). Das Schweigen der Eltern und deren eigene Unsicherheit deuten sie als Verbot, Fragen zu stellen (vgl. Wunderer 2014, S. 124). Aus Loyalität zu den Eltern haben die Kinder den Eindruck, sich außenstehenden Personen nicht anvertrauen zu können und geraten in Loyalitätskonflikte (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 5). Kommen Schamgefühle hinzu, sind die Kinder zwischen Loyalität zu den Eltern und der Distanzierung von ihnen, hin- und hergerissen (vgl. Mattejat 1996, S. 22 f. zit. n. Schone, Wagenblass 2006, S. 17). Einige Kinder erfahren selbst aufgrund der psychischen Erkrankung ihrer Eltern Stigmatisierung und Abwertung in ihrem sozialen Umfeld (vgl. ebd.).

Wie im vorigen Absatz angedeutet, fällt die Thematisierung psychischer Erkrankungen auch innerhalb der Familie schwer. In einer Studie gaben ungefähr die Hälfte aller befragten Kinder an, gar nicht oder kaum in der Familie über die psychische Erkrankung der Eltern zu reden (vgl. Sollberger 2012 zit. n. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 6). Hinter der Tabuisierung der Erkrankung innerhalb der Familie steckt oftmals die gute Absicht der Eltern, ihre Kinder zu schützen (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 5). Viele Eltern würden gerne mit ihren Kindern über ihre psychische Erkrankung sprechen, verspüren aber Unsicherheit und Überforderung (vgl. Sollberger 2000 zit. n. Kölch, Schmid 2014, S. 131). Andere Gründe für die Tabuisierung sind, dass das betroffene Elternteil die

eigene Erkrankung verleugnet, sich für diese schämt oder sich vor Stigmatisierung fürchtet (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 6). Dabei ist die Situation für die Kinder umso irritierender, wenn die Gründe für Veränderungen nicht thematisiert werden (vgl. ebd.). Denn die Tabuisierung lässt eine offene Auseinandersetzung mit der elterlichen Erkrankung nicht zu und verstellt damit auch die Aktivierung von Ressourcen der Kinder und des Umfelds (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 6). Stattdessen verstärkt sie die Orientierungslosigkeit der Kinder, die entsteht, wenn sie das Verhalten der Eltern nicht verstehen und deswegen nicht einordnen können (vgl. Mattejat 1996, S. 22 zit. n. Schone, Wagenblass 2006, S. 16). Die Kinder psychisch kranker Eltern wissen oft nicht um „die möglichen Auswirkungen (der elterlichen Erkrankung) auf Denken, Fühlen und Handeln“ (Stöger 1996, S. 9 zit. n. Schone, Wagenblass 2006, S. 15). Da sie sich diese nicht erklären können, beziehen sie das Verhalten der Eltern auf sich selbst. „Für plötzliche, nicht ableitbare Stimmungs- und Affektschwankungen und Affektdurchbrüche eines Elternteils suchen die Kinder die Schuld in ihrem eigenen Verhalten, fühlen sich schuldig und abgelehnt“ (vgl. ebd.). Somit ist ein Folgeproblem der Tabuisierung von psychischen Erkrankungen, im Speziellen der elterlichen, die Entwicklung von Schuldgefühlen. Die Kinder reden sich ein, dass ihr eigenes Verhalten für die psychische Erkrankung des Elternteils verantwortlich ist (vgl. Mattejat 2014, S. 88). Bei krankheitsbedingten Symptomen kann folglich eine Tabuisierung die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern verkomplizieren. Erleidet das erkrankte Elternteil beispielsweise einen Realitätsverlust, bedeutet das für die Kinder, dass auch ihre eigene Realität in Frage gestellt wird (vgl. Stöger 1996, S. 9 zit. n. Schone, Wagenblass 2006, S. 15). Dann stehen die Kinder vor dem inneren Konflikt, entweder die eigene Wirklichkeit zu bewahren oder sich mit den Eltern loyal zu zeigen und ihre Realität anzunehmen (vgl. ebd.). Dann fehlt es den Kindern oft an Orientierung (vgl. ebd.).

Familien, in denen ein Kommunikationsverbot herrscht, fällt es außerdem schwerer sich soziale Unterstützung von außen zu holen (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 7). So stehen diese Familien und ihre einzelnen Mitglieder oftmals alleine mit der Belastung da. Die Folge ist, dass die Kinder nicht wissen, mit wem sie über ihre Situation sprechen sollen und sich mit ihren Problemen und Sorgen allein gelassen fühlen (vgl. Mattejat 2014, S. 88). Aus der Tabuisierung folgt damit auch eine Isolierung (vgl. Mattejat 1996, S. 22 zit. n. Schone, Wagenblass 2006, S. 16). Der Umstand, dass Familien von ihrem Umfeld oft für die psychische Erkrankung eines Familienmitglieds für mitschuldig erklärt

werden, kann die Isolierung einer betroffenen Familie noch verstärken (vgl. Glenn, Stiel-Glenn 2003 zit. n. Kölch, Schmid 2014, S. 125).

Es zeigt sich, dass die gesellschaftliche Stigmatisierung und Tabuisierung von psychischen Erkrankungen weitreichende Folgen haben und Betroffene wie Angehörige in die Isolation treiben können. Die Folgen, die sich für Kinder psychisch kranker Eltern ergeben, sind nicht zu unterschätzen und verdeutlichen die Notwendigkeit des Aufbrechens der fortdauernden Stigmatisierung und eines offenen Umgangs mit psychischen Störungen, gesellschaftlich wie familiär. Stigmatisierung greift auf Vorurteile zurück. Um diesen vorzubeugen, soll im Folgenden herausgearbeitet werden, welche Auswirkungen die psychische Erkrankung eines Elternteils tatsächlich auf dessen Erziehungs-kompetenz, auf die Bindung zwischen ihm und dem Kind und auf das Kindeswohl hat.

3.2 Auswirkungen auf die Erziehungs-kompetenz

Die Erziehungs-kompetenz eines psychisch kranken Elternteils ist oft beeinträchtigt, aufgrund von „schwierigen familiären Lebensumstände(n), sowie den psychosozialen Belastungen und emotional-kognitiven Einschränkungen, die mit einer akuten Krankheitsphase oftmals einhergehen“ (Lenz 2014 c, S. 47).

Schon das Zweifeln an der eigenen Erziehungs-kompetenz aufgrund fehlender Selbstwirksamkeitsüberzeugung der erkrankten Eltern, kann zu einem Problem werden. Das Gefühl, in der Erziehung nicht kompetent zu sein, kann „mit einer Zunahme der elterlichen Psychopathologie einhergehen“ (Hahlweg, Lexow, Wiese 2014, S. 115). Gleichzeitig kann diese negative Selbstwahrnehmung und erlebte Hilflosigkeit auch zu Konflikten mit dem anderen Elternteil über die Erziehung der Kinder führen (vgl. ebd.). „(P)sychisch kranke Eltern empfinden ihre Elternschaft als viel belastender als nicht betroffene Eltern, sie nehmen ihre Kinder auch als deutlich auffälliger wahr“ (Stadelmann et al. 2010 zit. n. Kölch, Schmid 2014, S. 130). Dies ergab eine Untersuchung. Sie zeigte auch, dass die Stressbelastung durch Elternschaft bei psychisch kranken Eltern deutlich höher ist als bei psychisch gesunden Eltern (vgl. ebd.). Insgesamt zeigt sich eine Wechselwirkung „zwischen Elternschaft, Stressempfinden und auffälligem Verhalten der Kinder“ (vgl. Stadelmann et al. 2010 zit. n. Kölch, Schmid 2014., S. 131). Diese Wechselwirkung kann also die Belastung der Eltern und damit auch die Auffälligkeiten der Kinder noch verstärken. Dies ist ein Grund, warum Interventionen einen familienzentrierten Ansatz haben sollten (vgl. ebd.). Entsprechende Beeinträchtigungen in der Erziehungs-kompetenz

finden sich aber nicht nur bei psychisch kranken Eltern, sondern generell bei Eltern in Belastungssituationen (vgl. Lenz 2014 c, S. 47). So sind diese Probleme nicht allein auf die psychische Störung zurückzuführen. Das Erziehungsverhalten der Eltern wird nur teilweise durch ihre krankheitsbedingten Symptome bestimmt (vgl. Ziegenhain, Deneke 2014, S. 34). Die Qualität der Erziehung und die Beziehung zwischen dem psychisch kranken Elternteil und dem Kind sind gleichzeitig abhängig von anderen Faktoren, wie den Lebensbedingungen der Familie, der Biografie des Elternteils und dem Wirken anderer Familienmitglieder und Personen des näheren Umfelds (vgl. ebd.). So sollten generalisierende Aussagen über das Erziehungsverhalten bei einer bestimmten Diagnose mit Vorsicht genossen und im Einzelfall präzise beobachtet und überprüft werden (vgl. ebd.).

Es zeigt sich, dass eine psychische Erkrankung die Erziehungskompetenz von Eltern maßgeblich beeinflusst. Doch inwieweit wirkt sich eine beeinträchtigte Erziehungskompetenz auf die Beziehung zwischen Eltern und Kind aus? Um dieser Frage nachzugehen, lohnt sich ein Exkurs in die Bindungstheorie.

3.3 Auswirkungen auf die Bindung

Bindung wird definiert als die emotionale Beziehung oder Verbindung zwischen einem Kind und dessen primärer Bezugsperson, meist Mutter oder Vater, welche sich über einen längeren Zeitraum hinweg hält (vgl. Lenz 2014 a, S. 190). Das Bindungsverhalten hat zum Ziel, Nähe zur Bezugsperson aufzubauen, um Schutz vor potentiellen Gefahren zu suchen und emotionale Zuwendung zu bekommen (vgl. Bowlby 1982 zit. n. Lenz 2014 a, S. 190). Komplementär zum Bindungsverhalten greift das Explorationsverhalten, das Bestreben die Umwelt zu erkunden (vgl. a.a.O., S. 191). Dieses Verhalten kann nur aktiviert werden, wenn die Bedürfnisse des Kindes nach Bindung erfüllt sind und das Kind sich sicher ist, bei drohender Gefahr wieder Sicherheit und Zuwendung bei der Bindungsperson zu finden (vgl. ebd.). Dies gilt vor allem für Säuglinge und Kleinkinder. Mit zunehmendem Alter verändert sich das Bindungsverhalten und es wird eher die psychische als physische Nähe gesucht (vgl. Lenz 2014 a, S. 191). Es wird davon ausgegangen, dass Kinder ihre ersten Bindungserfahrungen so verinnerlichen, dass sie eigene Arbeitsmodelle über sich selbst und über ihre Bindungsfiguren aufbauen (vgl. Bowlby 2008 zit. n. Lenz 2014 a, S. 192). Diese prägen ihr späteres Beziehungsverhalten (vgl.

Lenz 2014 a, S. 192). Durch die Zuverlässigkeit der Bindungsperson können sie „ein subjektives Gefühl von Sicherheit“ (Lenz 2014 a, S. 192) entwickeln. Entscheidend für eine starke Bindung ist die *Feinfühligkeit* der Bindungsperson gegenüber dem Kind (vgl. Grossmann, Grossman 2006 zit. n. Lenz 2014 a, S. 192). Feinfühligkeit der Bindungsfigur meint die aufmerksame Wahrnehmung und korrekte Deutung von Signalen des Kindes und die unmittelbar darauffolgende Reaktion (vgl. Ainsworth et al. 1974 zit. n. Lenz 2014 a, S. 192). Von Bedeutung für die Qualität der Bindung ist auch die *intuitive Elternkompetenz*, welche intuitiv vorhandene Kompetenzen der Kommunikation mit einem Säugling oder Kleinkind inklusive Mimik, Stimme, Gestik und Sprache meint (vgl. Papoušek 2001 zit. n. Lenz 2014 a, S. 193). Voraussetzung für Feinfühligkeit und intuitive Elternkompetenz ist die *Mentalisierungsfähigkeit* (vgl. Fonagy et al. 2008 zit. n. Lenz 2014 a, S. 194). Sie beschreibt die Fähigkeit, sich in andere Personen hineinzuversetzen und deren Affekte, beziehungsweise mentalen Zustände zu verstehen und diese gleichzeitig angemessen interpretieren und reflektieren zu können (vgl. ebd.). Mithilfe der Mentalisierungsfähigkeit kann die Bindungsperson die Affekte und das Verhalten ihres Kindes nachvollziehen, einschätzen und angemessen und feinfühlig darauf reagieren (vgl. Fonagy et al. 2008 zit. n. Lenz 2014 a, S. 194 f.).

Die Bindung zwischen Kind und Bezugsperson kann von verschiedener Qualität sein (vgl. Lenz 2014 a, S. 195 f.). Es wird allgemein zwischen vier Formen von Bindung unterschieden (vgl. Lenz 2014 a, S. 196 ff.): Bei einer *sicheren Bindung* vertrauen die Kinder aufgrund positiver Erfahrungen darauf, dass ihre emotionalen Bedürfnisse befriedigt werden und sie in bedrohlichen Situationen Schutz und Geborgenheit bei ihrer Bindungsperson finden können (vgl. a.a.O., S. 196). Dies ermöglicht die Verinnerlichung eines positiven Arbeitsmodells der Bindungsperson und eines positiven Selbstbildes (vgl. Bowlby 2008 zit. n. Lenz 2014 a, S. 196). Eine sichere Bindung lässt wegen der zuverlässigen Erfahrung von Nähe, eine gewisse Freiheit und Unabhängigkeit des Kindes und der Bindungsperson zu (vgl. Lenz 2014 a, S. 196). Eine *unsicher-vermeidende Bindung* entsteht durch die Erfahrung von Ablehnung, wenn Nähe gesucht wurde (vgl. ebd.). Es stellt sich ein inneres Arbeitsmodell von einer abweisenden, kaum feinfühligem Bindungsperson zusammen mit einem negativen Selbstbild ein (vgl. a.a.O., S. 197). Die Folge ist, dass negative Gefühle bezüglich der Beziehung zur Bindungsperson überspielt und die Bindungsperson gemieden wird (vgl. a.a.O., S. 196 f.). Eine *unsicher-ambivalente Bindung* basiert auf dem Erleben einer inkompetenten oder einer schwer

einzuschätzenden und wechselhaften Bindungsperson (vgl. a.a.O., S. 197). Unsicher-ambivalent gebundene Kinder können sich nicht darauf verlassen, in einer Stresssituation Nähe und Zuwendung bei ihrer Bindungsperson zu bekommen (vgl. Lenz 2014 a, S. 197). Dies hat Auswirkungen auf ihr Selbstbild sowie auf ihr Explorations- und Bindungsverhalten (vgl. ebd.). Aufgrund von Unsicherheit versuchen die Kinder ständig, sich Aufmerksamkeit und Zuwendung von der Bindungsperson einzuholen, was das Explorationsverhalten gleichzeitig extrem einschränkt (vgl. ebd.). Kinder mit einer *unsicher-desorganisierten Bindung* erleben die Interaktion mit der Bindungsperson als verängstigend (vgl. ebd.). Das innere Arbeitsmodell ist widersprüchlich (vgl. ebd.). Kinder mit *desorganisierter Bindung* kommen vermehrt in Familien mit psychisch kranken Elternteil vor und neigen eher dazu, ihre Eltern zu umsorgen (vgl. Lenz 2014 a, S. 211). Gerade Kinder, die auf die Bedürfnisse und das Wohlergehen ihrer Eltern achten, sind eher von einer Parentifizierung (zu Parentifizierung siehe Kapitel 2.4.2 und 2.4.3) betroffen (vgl. Graf, Frank 2011 zit. n. Lenz 2014 a, S. 211).

Sowie die sichere Bindung als Säugling und Kleinkind ein Schutzfaktor für die psychische Entwicklung eines Kindes ist, so stellt jede Form von unsicherer Bindung einen Risikofaktor dar (vgl. Lenz 2014 a, S. 198). Sicher gebundene Kinder verfügen über die Fähigkeit, der Situation angemessene Copingstrategien anzuwenden (vgl. Spangler, Zimmermann 1999 zit. n. Lenz 2014 a, S. 173). Unsicher-desorganisiert gebundene Kinder hingegen sind gefährdet schon während ihre Kindheit psychische Störungen zu entwickeln (vgl. Lenz 2014 a, S. 198). „Empirische Befunde belegen, dass desorganisiert gebundene Kleinkinder, später signifikant häufiger klinisch relevante psychische Störungen zeigen als andere Kinder“ (Sroufe et al. 2005 zit. n. Lenz 2014 a, S. 198). Kinder psychisch kranker Eltern zeigen aufgrund beeinträchtigter Feinfühligkeit und Kommunikation der Bindungsperson sehr häufig Zeichen einer unsicher-desorganisierten Bindung (vgl. Lenz 2014 a, S. 198). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eingeschränkte elterliche Kompetenzen, zum Beispiel ein Mangel an Feinfühligkeit, starke Auswirkungen auf die Bindung zwischen psychisch erkranktem Elternteil und Kind haben. Inwieweit psychisch kranke Eltern gefährdet sind, ihre Kinder zu misshandeln und welche Auswirkungen das auf das Kindeswohl haben kann, soll im folgenden Kapitel geklärt werden.

3.4 Auswirkungen auf das Kindeswohl

Das Risiko von Kindeswohlgefährdung ist in Familien mit psychisch kranken Eltern deutlich höher (vgl. Lenz 2014 a, S. 49). Allerdings stellt nicht allein die Erkrankung ein Risiko für das Kindeswohl dar, sondern das Risiko erhöht sich, wenn die Eltern mit weiteren Belastungen konfrontiert sind (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 20). Belastungen führen auch bei psychisch gesunden Eltern zu einer Erhöhung des Gefährdungsrisikos (vgl. ebd.). „Nach dem Stand der Forschung muss die Entstehung von Kindeswohlgefährdung als ein multifaktoriell ökologisches und probabilistisches Problem angesehen werden“ (Kindler 2009 zit. n. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 20).

Eine Befragung stellte heraus, dass Personen, deren Eltern Symptome psychischer Erkrankungen aufwiesen, zwei- bis dreimal öfter vernachlässigt, misshandelt oder sexuell missbraucht wurden als Personen, deren Eltern keine Symptome aufwiesen (Walsh et al. 2002 zit. n. Lenz 2014 a, S. 49). Die häufigste Form der Misshandlung an Kindern durch ihre psychisch kranken Eltern ist die psychische Misshandlung, die beispielsweise dann vorliegt, wenn die Eltern abweisend, aggressiv oder emotional unerreichbar sind (vgl. Deneke 2005 zit. n. Lenz 2014 a, S. 50). Diese hat erhebliche Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder (vgl. Lenz 2014 a, S. 50). Wird das Kind beispielweise permanent durch die Eltern abgewertet, so wird dessen Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigt (vgl. Lenz 2014 a, S. 50). Auch Parentifizierung in der destruktiven Form, wie in Kapitel 2.4.3 beschrieben, ist eine Form der psychischen Misshandlung (vgl. Lenz 2014 a, S. 50 f.).

Insgesamt scheint das Vernachlässigungs- und Misshandlungsrisiko zu steigen, wenn beide Elternteile psychisch krank sind, zu der psychischen Erkrankung schwierige psychosoziale und ökonomische Lebensbedingungen hinzukommen und darüber hinaus soziale Unterstützung fehlt bzw. nicht oder zu wenig mobilisiert werden kann. (Lenz 2014 a, S. 51).

Viele psychisch kranke Eltern fürchten die Wegnahme ihres Kindes aufgrund ihrer Erkrankung und der damit einhergehenden Situation. Die Sorge um das Sorgerecht kann dann zu einer „zusätzliche(n) psychische(n) Belastung“ (vgl. Schone 2014, S. 129) für die Eltern werden. Ein Großteil der psychisch kranken Eltern kann den erzieherischen und pflegenden Aufgaben gegenüber ihren Kindern, gegebenenfalls mit Unterstützung aus dem Umfeld, nachkommen (vgl. Schon 2014, S. 129). Für die Eltern, die aufgrund ihrer Erkrankung und/oder zusätzlichen Belastungen nicht angemessen für ihre Kinder

sorgen können, gibt es einen, im Kinder- und Jugendhilfegesetz formulierten, Rechtsanspruch der Eltern auf Hilfe zur Erziehung (§27 Abs. 1 SGB VIII), die für die Gewährleistung des Kindeswohls behilflich sein sollen (vgl. Schone 2014, S. 130 f.). *Kindeswohl* ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, dessen Definition nicht abgeschlossen ist und der deswegen im Einzelfall bewertet werden muss (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 16). Nach §1666 Abs. 1 BGB liegt eine *Kindeswohlgefährdung*, ebenfalls ein unbestimmter Rechtsbegriff (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 17) dann vor, wenn „das körperliche, geistige und seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet“ (§1666 Abs. 1 BGB) sind. Eine Wegnahme des Kindes durch das Jugendamt erfolgt nur dann, wenn das Gefährdungsrisiko nach dem in §8a Abs. 1 SGB VIII formulierten Schutzauftrag von Fachkräften eingeschätzt und bestätigt wurde, geeignete und notwendige Hilfen angeboten, aber von den Eltern abgelehnt wurden und diese die Gefahr für das Kind nicht abwenden können oder wollen. In dem Fall wird nach §8a Abs. 2 SGB VIII das Familiengericht angerufen um nach §1666 Abs. 1 BGB erforderliche Maßnahmen zur Gefahrenabwehr einzuleiten. Der Entzug der elterlichen Sorge kommt nur bei dringender Gefahr und nach dem Scheitern vorangegangener Maßnahmen in Frage (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 17).

Wie eingangs erläutert sind Kinder psychisch kranker Eltern einem erhöhten Risiko, vernachlässigt, misshandelt oder missbraucht zu werden, ausgesetzt (vgl. Walsh et al. 2002 zit. n. Lenz 2014 a, S. 49). Durch Belastungen der Eltern steigt damit das Risiko einer Kindeswohlgefährdung (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 20). Inwieweit das Kindeswohl durch Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch gefährdet werden kann, soll an den Folgen dieser für die psychische Gesundheit von Kindern verdeutlicht werden.

3.5 Folgen von Kindesmisshandlung und -missbrauch

Missbrauch oder Misshandlungen haben für Kinder schwerwiegende psychische Folgen. Ungefähr dreißig bis fünfzig der erwachsenen Psychatriepatient*innen haben Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung in ihrer Kindheit oder Jugend erlebt (Grubaugh 2011 zit. n. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 19). Da gibt es einmal die Kurzzeitfolgen, die spätestens zwei Jahre nach dem Vorfall einsetzen (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 18). Bei den Kurzzeitfolgen wird zwischen „*internalisierenden Reaktionsformen*

wie Depression, Angst und Rückzug, psychosomatische Störungen“ (Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 18) und „*externalisierende(n) Reaktionsformen* wie Aggression und Gewalt, Störungen des Sozialverhaltens, Weglaufen von Zuhause oder übermäßiges Zutrauen zu Fremdpersonen“ (Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 18) unterschieden. Langzeitfolgen treten erst im späteren Lebensverlauf auf, meistens in der Pubertät oder im Erwachsenenalter. Zu ihnen zählen „*emotionale, interpersonale und sexuelle Störungen sowie verschiedene Arten von Traumafolgestörungen und Persönlichkeitsstörungen*“ (ebd.). Zu den emotionalen Störungen zählen „Depression, Suizidalität, Substanzmissbrauch, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und niedriges Selbstwertgefühl“ (ebd.). Eine interpersonale Störung stellt die Reviktimisierung dar, also eine mehrmalige Opferwerdung im Lebenslauf durch Missbrauch (vgl. ebd.). Sexuelle Störungen sind vor allem „sexuelle Funktionsstörungen, Promiskuität und sexuelle Orientierungsstörungen“ (ebd.). Weitere generelle Störungen sind Furcht und Feindseligkeit, Misstrauen und Unzufriedenheit in Intimbeziehungen (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 18 f.). Außerdem konnte bindungstheoretisch festgestellt werden, dass Kinder, die von Misshandlung oder Vernachlässigung betroffen sind, negative innere Arbeitsmodelle entwickeln (vgl. a.a.O., S. 20).

Das Erleben von Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung kann folglich die psychische Gesundheit und das Sozialleben von Kindern nachhaltig schädigen. Diese Erfahrung ist für Kinder psychisch kranker Eltern deswegen besonders gefährlich, da sie ohnehin gefährdet sind, in ihrem Leben eine psychische Störung zu entwickeln. Sie sind im Zusammenhang mit dem deutlich erhöhten Risiko psychisch zu erkranken besonders vulnerabel. Wie in Kapitel 2.2 ausgeführt, kann ein kritisches Lebensereignis, wie eine Misshandlung eines darstellt, eine psychische Störung hervorbringen.

3.6 Zwischenfazit

Im zweiten Kapitel dieser Arbeit wurde bereits herausgearbeitet, dass Kinder in Form der Vulnerabilität ihrer psychischen Gesundheit und der Risiken für ihre weitere Entwicklung von der psychischen Erkrankung ihrer Eltern direkt betroffen sind. Dieses Kapitel macht deutlich, dass dies nicht die einzigen Folgen für die Kinder sind. So sind nicht nur ihre Eltern, sondern auch sie von der gesellschaftlichen Stigmatisierung psychischer Erkrankungen betroffen (vgl. Mattejat 2014, S. 72, 89). Mit der Stigmatisierung gehen eine

Tabuisierung des Themas und die Isolation der Familien und der Kinder einher. Die Tabuisierung erschwert es den Kindern sich zu orientieren, wenn sich die psychische Erkrankung auf das Verhalten der Eltern und die Eltern-Kind-Interaktion auswirkt. Die elterliche Erkrankung verringert zudem die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder sich sicher binden (Lenz 2014 a, S. 201). Dies wirkt sich auch auf spätere Beziehungen aus, da die Bindungserfahrung in einem Arbeitsmodell verinnerlicht wird (vgl. Bowlby 2008 zit. n. Lenz 2014 a, S. 192). Eine sichere Bindung ist maßgeblich durch Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch gefährdet. Einerseits ist es wichtig zu betonen, dass eine psychische Erkrankung der Eltern nicht per se eine Gefährdung für das Kindeswohl darstellt, denn damit würden Vorurteile und die sowieso vorhandene Stigmatisierung von psychisch kranken Menschen befeuert werden. Andererseits sollten Professionelle um ein erhöhtes Risiko der Kindeswohlgefährdung durch multidimensionale Belastungen bei Kindern psychisch kranker Eltern wissen. Körperliche wie physische Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung gelten grundsätzlich als Entwicklungsrisiko. Die Brisanz erhöht sich bei Kindern psychisch kranker Eltern durch ein vererbtes Krankheitsrisiko (siehe Kapitel 2.1 und 2.2), das die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer psychischen Störung nach einem kritischen Lebensereignis verstärkt. Durch einen Rechtsanspruch der Eltern auf Hilfen zur Erziehung soll dieses Risiko abgefangen werden. Dieser Rechtsanspruch wird von den Eltern jedoch häufig nicht in Anspruch genommen. Die Gründe hierfür werden in Kapitel 5.2 erläutert.

In diesem und dem vorausgegangenen Kapitel wurde sich die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern detailliert abgebildet. Doch wie wirken sich die jeweiligen Erkrankungen und die spezifischen Symptome des Elternteils auf das Erkrankungsrisiko, die Bindung und die Erziehungskompetenz aus? Und wie erleben die Kinder die elterliche psychische Erkrankung? Zur Illustration soll im folgenden Kapitel exemplarisch auf die Lebensrealität von Kindern depressiver Eltern eingegangen werden.

4 Kinder depressiver Eltern

Auf den bisherigen Seiten wurden die Kinder psychisch kranker Eltern als eine Gruppe zusammengefasst, unabhängig von der jeweiligen Erkrankung der Eltern. Die Situationen und Erfahrungen der Kinder sind jedoch, trotz einigen Parallelen, nicht homogen und individuell verschieden. So wie Familien im Allgemeinen sehr divers sind, unterscheiden

sich auch die Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen in ihrer Größe und Konstellation, ihrem sozioökonomischen Status und vielem mehr. Will man die spezifische Lebensrealität von Kindern psychisch kranker Eltern nachempfinden können, spielt die Art der Erkrankung eine entscheidende Rolle. Um dieser Vielfältigkeit gerecht zu werden, müssten die verschiedenen psychischen Störungen und die Auswirkungen und Folgen für das Leben der Kinder der Betroffenen beschrieben werden. Der Rahmen dieser Abschlussarbeit mit dem Fokus auf den Kidstime Workshop, lässt dies jedoch nicht zu. Deshalb wird im Folgenden, um ein Krankheitsbild exemplarisch vorzustellen, die Situation Kinder depressiver Eltern dargestellt. Um einen lebendigen Eindruck der individuellen Realitäten dieser Kinder und ihres Erlebens der elterlichen Erkrankung zu vermitteln, werden Ausschnitte eines Interviews mit einer erwachsenen Frau, die als Kind einer psychisch kranken Mutter aufwuchs, beigefügt. Es soll aber darauf hingewiesen werden, dass sich für die verschiedenen Gruppen mit Eltern anderer psychischer Störungen, andere Probleme ergeben können und alle Kinder psychisch kranker Eltern nicht vereinheitlicht werden können.

4.1 Definition depressive Episode

Ich habe vor allem eine freudlose Mutter erlebt. Ich habe es nicht verstanden, dass so gar keine Freude da war. Nicht nur bei meiner Mutter; ich habe auch das Elternhaus so empfunden, da war so eine Schwere. (A. P.¹ in Mattejat, Lisofsky 2014, S. 20)

Ein Ausschnitt aus einem Interview von Beate Lisofsky mit der 39-jährige Frau P., die mit einer depressiven Mutter aufwuchs (vgl. A. P. in Mattejat, Lisofsky 2014, S. 20). Er zeigt, dass die Symptome der Mutter bei Frau P. auf Unverständnis stießen. Eine andauernde traurige Stimmung, in der keinerlei Freude empfunden werden kann, stellt ein charakteristisches Symptom der Depression dar (vgl. Haenel 2018, S. 9 f.). Hinzu kommen pessimistische Gedankenkreise und eine Unlust und Überforderung bei alltäglichen Aufgaben (vgl. a.a.O., S. 10). Eine Depression zählt nach dem ICD Code zu den affektiven Störungen (vgl. Krollner, Krollner 2017, F30-F39). Das Hauptsymptom der affektiven Störungen liegt „in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität“ (ebd.). Gleichzeitig kommt es häufig zu einer Veränderung des Aktivitätsniveaus, sodass

¹Die Interviewpartnerin von Beate Lisofsky wurde anonymisiert und deswegen mit dem Kürzel A.P. versehen.

es insgesamt zu einem Wechsel der Stimmung und Aktivität kommt (vgl. ebd.). Laut dem ICD Code ist die Entwicklung einer affektiven Störung häufig „mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen“ (Krollner, Krollner 2017, F30-39). Depressive Störungen unterscheidet man je nach Ausprägung in leichte, mittelgradige und schwere Episoden (Krollner, Krollner 2017, F32.-). Sie gehen einher mit Antriebslosigkeit und einer gedrückten Stimmung (vgl. ebd.). Es kommt zu einer Verminderung der Konzentration und Aufmerksamkeit und zu Müdigkeit, meistens begleitet von Schlafstörungen und Appetitlosigkeit (vgl. ebd.). Während der depressiven Episode leiden außerdem das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen (vgl. ebd.).

4.2 Erkrankungsrisiko von Kindern depressiver Eltern

Schätzungsweise 300.000 Menschen in der Bundesrepublik Deutschland sind Eltern und gleichzeitig depressiv erkrankt (Remschmidt, Mattejat 1994 zit. n. Schlüter-Müller 2011, S. 44). Kinder depressiver Eltern haben ein Risiko von vierzig bis sechzig Prozent, ebenfalls an einer depressiven Störung zu erkranken (vgl. Hahlweg, Lexow, Wiese 2014, S. 115). Schon während der Kindheit oder Jugend erleben ungefähr vierzig Prozent der Kinder affektiv gestörter Eltern selbst eine depressive Episode (vgl. Beardslee et al. 1993 zit. n. Lenz 2014 a, S. 25). Eine Studie wies nach, dass Kinder deren Mütter acht Wochen nach der Geburt depressive Symptome zeigten, ein dreifach erhöhtes Risiko aufwiesen, emotionale Störungen oder Auffälligkeiten im Sozialverhalten zu entwickeln (Ramchandani et al. 2005 zit. n. Schlüter-Müller 2011, S. 60). Kinder, deren Väter kurz nach der Geburt depressive Symptome zeigten, wiesen ein 2,1-fach erhöhtes Risiko für emotionale Störungen und Auffälligkeiten im Verhalten und ein 2,6-fach höheres Risiko für Störungen im Sozialverhalten auf (vgl. ebd.). Interessanterweise zeigten sich bei einer väterlichen Depression stärkere Auswirkungen auf Jungen als auf die Mädchen (vgl. ebd.). Die Wahrscheinlichkeit einer depressiven Störung erhöht sich nochmal, wenn beide Elternteile depressiv sind (vgl. Robins, Regier 1991 zit. n. Lenz 2014 a, S. 25). Nicht nur das Risiko einer depressiven Erkrankung bei Kindern mit depressiven Elternteilen erhöht, zusätzlich besteht ein sechzig prozentiges Risiko eine beliebige psychische Störung in der Kindheit oder Jugend zu entwickeln, oder sogar mehrere gleichzeitig (vgl. Beardslee et al. 1998 zit. n. Lenz 2014 a, S. 25 f.). Dies können Angststörungen, Störungen im Sozialverhalten, Suchtstörungen und eingeschränkte Bindungsfähigkeiten sein (vgl. Lenz 2014 a, S. 26). Außerdem „zeigen Kleinkinder depressiv erkrankter Mütter

einen eingeschränkteren Affektausdruck mit erhöhter Irritabilität, geringerer Responsivität sowie weniger Engagement in sozialen Beziehungen als Kinder von nicht depressiv erkrankten Müttern“ (Carter et al. 2001 zit. n. Lenz 2014 a, S. 25). Kinder depressiver Eltern besitzen häufig weniger soziale Kompetenzen und haben Probleme in der Schule (vgl. Hahlweg, Lexow, Wiese 2014, S. 115). Außerdem ist die Suizidversuchsrate bei Kindern depressiver Eltern vergleichsweise erhöht (Weissman et al. 1997 zit. n. Lenz 2014 a, S. 26). Bemerkenswert ist, dass die Störungen, die entwickelt werden, häufig von Dauer sind und auch fortbestehen, wenn die elterliche Erkrankung größtenteils überwunden wurde und es zu einer Stabilisierung der familiären Situation kam (vgl. Beardslee et al. 1998 zit. n. Lenz 2014 a, S. 26). Eine Studie zeigte, dass Kinder deren Eltern zusätzlich zur Depression eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, häufiger selbst eine depressive Störung entwickeln (vgl. Abela et al. 2005 zit. n. Lenz 2014 a, S. 28). Demnach erhöht eine komorbide elterliche depressive Erkrankung die Belastung und das Erkrankungsrisiko für die Kinder (vgl. Lenz 2014 a, S. 28).

4.3 Bindungsverhalten bei Kindern depressiver Eltern

Die Interaktion zwischen einem depressivem Elternteil und dessen Kind ist durch die depressive Erkrankung deutlich eingeschränkt (vgl. Mattejat, Remschmidt 2008 zit. n. Lenz 2014 a, S. 201). Die psychisch erkrankte Bindungsperson ist in akuten Krankheitsphasen weniger emphatisch und emotional verfügbar (vgl. ebd.). Infolge von „elterlicher emotionaler Unerreichbarkeit“ (Lenz 2014 a, S. 202) kommt es in der Interaktion mit dem Kind zu einer Unterstimulation, die auf Seiten des Kindes zu physischer wie psychischer Erschöpfung führen kann (vgl. ebd.). Auch die Feinfühligkeit, wie in Kapitel 3.3 beschrieben, die Perspektivenübernahme und die generelle Interaktion wie beispielsweise Blickkontakt und Sprechen, leiden unter der Erkrankung (vgl. Mattejat, Remschmidt 2008 zit. n. Lenz 2014 a, S. 201). Die Folge ist, dass sich bei Kleinkindern mit einem depressiv erkrankten Elternteil gehäuft eine unsichere Bindung nachweisen lässt (vgl. Lenz 2014 a, S. 201). Im späteren Verlauf der Kindheit lässt sich bei diesen Kindern unter anderem ein aggressives Verhalten beobachten (vgl. ebd.). Dies könnte auf ein aggressives Copingverhalten hindeuten. Die Wahrscheinlichkeit einer unsicher-desorganisierten Bindung erhöht sich mit der Chronizität und der Schwere der depressiven Erkrankung der Bindungsperson (vgl. ebd.).

4.4 Die Erziehungskompetenz depressiv erkrankter Eltern

In Kapitel 3.2 wurde bereits die beeinträchtigende Wirkung einer psychischen Erkrankung eines Elternteils auf die Erziehungskompetenz beschrieben. Wie die Erziehungskompetenz letztendlich eingeschränkt ist, kommt immer auch auf die Art der Erkrankung an. Depressiv erkrankte Eltern sind ihren Kindern gegenüber eher inkonsequent und tun sich schwer damit, ihnen Grenzen aufzuweisen (vgl. Lenz 2014 c, S. 47). Zudem schätzen sie ihre eigenen erzieherischen Kompetenzen negativ ein und fühlen sich überfordert (vgl. ebd.). Gleichzeitig empfinden sie ihre Kinder als schwierig und auffällig, auch wenn Personen aus dem näheren Umfeld dies nicht bestätigen können (vgl. ebd.). Frau P. beschreibt die Erziehungskompetenz ihrer Mutter wie folgt:

Damit im Zusammenhang standen ganz viele Schuldgefühle auf der einen Seite und andererseits eine Überbehütung, die jegliche kindliche Impulsivität von vornherein gestoppt hat beziehungsweise negativ bewertet und „rationiert“ hat. ... Sie (die Mutter, d. Verf.) war immer nur dabei, mich einzuschränken, von allen Ideen abzuhalten und ja, Unheil zu verhüten (A. P. in Mattejat, Lisofsky 2014, S. 21).

Es kann auch vorkommen, dass depressive Eltern wie im Fall von Frau P.s Mutter, überängstlich auf das Verhalten ihrer Kinder reagieren, „der Erziehungsstil schwankt zwischen permissiv und kontrollierend“ (Lenz 2014 c, S. 47). Hinzu kommt, dass die Eltern ihre Kinder seltener loben und sie weniger in ihrem Verhalten und ihrem Selbstwertgefühl bestätigen (vgl. ebd.). Nicht nur die Kinder, sondern auch die Eltern mit depressiven Störungen berichten häufig von Schuldgefühlen, da sie Schwierigkeiten mit der Erziehung ihrer Kinder haben und überfordert sind (vgl. Hahlweg, Lexow, Wiese 2014, S. 115). Dieses Gefühl der Inkompetenz kann sich negativ auf die Erkrankung auswirken und depressive Symptome verstärken (vgl. ebd.). Wie nehmen die Kinder von depressiv erkrankten Personen die elterliche Erkrankung und ihre Folgen wahr?

4.5 Das kindliche Erleben der elterlichen Erkrankung

Leidet ein Elternteil an Depressionen, dann erleben die Kinder oft, dass dieses Elternteil sich zurückzieht, antriebslos, müde und pessimistisch ist und seinen Alltagsaufgaben nicht nachkommt (vgl. Lenz, 2008; Wiegand-Grefe et al. 2011 zit. n. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 5). Eine enorme Belastung ergibt sich für Kinder depressiver Eltern, wenn

das betroffene Elternteil suizidal ist (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 5). Diese Erfahrung machte auch Frau P.:

Ich nehme an ..., dass meine Mutter mit Tabletten mindestens einen Suizidversuch gemacht hat. Ich erinnere mich, dass sie dann am nächsten Tag nicht aufgestanden ist und die Rollläden geschlossen waren. Als ich fragte: „Was ist los?“, hörte ich: „Das verstehst du nicht, und da will ich auch nicht drüber reden!“ (A. P. in Mattejat, Lisofsky 2014, S. 23)

Neben dem Miterleben eines Suizidversuchs der Mutter, werden hier auch die Tabuisierung und die Vermeidung eines Gesprächs über die Depression deutlich. Die mütterliche Erkrankung und ihre Suizidalität werden nicht thematisiert, da die Mutter annimmt, dass ihr Kind dies nicht verstehen würde. Der Klinikaufenthalt eines Elternteils, den in Deutschland im Jahr 175.000 Kinder erleben (vgl. Mattejat 2014, S. 75), stellt eine weitere Herausforderung für die Kinder dar.

Meine Mutter ist zwei- oder dreimal in der psychosomatischen Klinik gewesen für ca. zwei, drei Monate. Das war einmal, bevor ich zehn war, dann, als ich 16 Jahre alt war. Da habe ich mit meiner Schwester oder später allein den Haushalt und den Vater versorgt. (A. P. in Mattejat, Lisofsky 2014, S. 22)

Aus dem Klinikaufenthalt der Mutter folgt eine Verantwortungsverschiebung in der Familie. Es handelt sich hier um eine instrumentelle Parentifizierung, bei der die Kinder Aufgaben im Haushalt übernehmen (vgl. Lenz 2014 a, S. 213). Diese Parentifizierung stellt eine Form des familiären Copings dar, wie sie in Kapitel 2.4.2 beschrieben wurde.

Sie (die Mutter, d. Verf.) konnte keine Geborgenheit vermitteln. Im Nachhinein sehe ich es so, dass sie unwahrscheinlich bedürftig war. Sie fand in ihrer Ehe keinen Rückhalt, ich musste also emotional etwas ausgleichen, was mein Vater ihr nicht geben konnte. (A. P. in Mattejat, Lisofsky 2014, S. 24)

Hier zeigt sich, dass Frau P. nicht nur instrumentelle Verantwortung übernahm, sondern ihre Mutter auch emotional unterstützte. Es kam scheinbar zu einer Rollenumkehr mit ihrem Vater, indem sie der Mutter Zuneigung schenkte, die diese vom Vater nicht bekam. Auch emotionale Parentifizierung stellt eine familiäre Copingstrategie dar, die in der Regel sehr belastend für die Kinder ist (vgl. Lenz 2014 a, S. 185; Byng-Hall 2008 zit. n. Lenz 2014 a, S. 213; siehe Kapitel 2.4.3).

Ich hatte immer vermittelt zwischen meinen Eltern, war schon damals Scheidungsratgeber. Ich wollte eben meine Eltern retten... (A. P. in Mattejat, Lisofsky 2014, S. 25)

Gleichzeitig zeigt sich die Vermittlerrolle (vgl. Lenz 2014 a, S. 186), die Frau P. zwischen Vater und Mutter einnimmt. Außerdem zeigt sich, dass Frau P. sensibel gegenüber den Bedürfnissen ihrer Eltern und fürsorglich mit ihnen ist. Ein Merkmal im Verhalten von Kindern, die anfälliger für eine Parentifizierung sind (vgl. Graf, Frank 2001 zit. n. Lenz 2014 a, S. 211).

4.6 Zwischenfazit

Am Beispiel von Frau P. zeigt sich die besondere Situation von Kindern depressiv erkrankter Eltern. Es zeigen sich Folgen, mit denen viele Kinder psychisch kranker Eltern im Allgemeinen häufig konfrontiert sind, wie eine Parentifizierung in verschiedenen Ausprägungen und Kommunikationsverbote in der Familie. Zusätzlich wächst Frau P. als Kind in einem „freudlosen“ (A.P. in Mattejat, Lisofsky 2014, S. 20) Haushalt auf und erlebt die Suizidalität und mehrere Klinikaufenthalte der Mutter.

Die Symptome einer Depression machen sich in der Eltern-Kind-Interaktion darin bemerkbar, dass das betroffene Elternteil Schwierigkeiten hat, empathisch und feinfühlig auf das Kind zu reagieren (vgl. Mattejat, Remschmidt 2008 zit. n. Lenz 2014 a, S. 201). Dies wirkt sich beeinträchtigend auf die Bindung aus. Aus diesem Grund sind viele Kinder depressiver Eltern unsicher gebunden (vgl. Lenz 2014 a, S. 201). Depressiv erkrankte Menschen leiden zudem oftmals unter einem geringen Selbstwertgefühl und erleben sich als Eltern inkompetent (vgl. Lenz 2014 c, S. 47). Das Gefühl der Inkompetenz kann das ohnehin schon geringe Selbstwertgefühl (vgl. Krollner, Krollner 2017, F32.-), noch mindern.

Das Risiko für Kinder depressiver Eltern, ebenfalls an einer Depression zu erkranken, liegt bei 40 bis 60 Prozent (vgl. Hahlweg, Lexow, Wiese 2014, S. 115). Wie bereits erwähnt können elterliche Depressionen eine Reihe von Störungen und Auffälligkeiten bei den Kindern hervorrufen. Dabei hat eine depressive Erkrankung der Mutter stärkere Auswirkungen auf die Kinder als eine des Vaters (vgl. Ramchandani et al. 2005 zit. n. Schlüter-Müller 2011, S. 60). Erhöht wird das Erkrankungsrisiko noch durch die Kumulation mehrerer psychischer Erkrankungen (vgl. Lenz 2014 a, S. 28). Bei Frau P. kam es im Erwachsenenalter ebenfalls zu depressiven Episoden (vgl. A. P. in Mattejat, Lisofsky 2014, S. 26 f.). Sie kam zu der Erkenntnis, dass für sie ein offener Umgang mit der Erkrankung, gerade im beruflichen Kontext, hilfreich ist. Sie hat sich damit, im

Gegensatz zu ihrer Mutter, aktiv gegen eine Tabuisierung ihrer psychischen Erkrankung entschieden. Es könnte sein, dass sie aus der Erfahrung mit der depressiven Erkrankung ihrer Mutter eine eigene Strategie zur Krankheitsbewältigung entwickeln konnte.

Durch die vielen Gespräche ... ist mir klar geworden, wie wichtig es für mich ist, heute offener und offensiver mit meiner Depression umzugehen. ... Ich möchte nicht länger aus meinem Leiden ein Geheimnis machen und mich dafür schämen müssen. Mittlerweile sehe ich es mehr und mehr als Herausforderung, mehr Vertrauen in das Geschehen zu entwickeln und die ganze Palette meiner Gefühle anzunehmen. (A. P. in Mattejat, Lisofsky 2014, S. 26 f.)

5 Versorgungsstrukturen

Inzwischen gibt es in Deutschland einige Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Familie, die Versorgung ist aber noch nicht flächendeckend gesichert (vgl. Lenz 2014 b, S. 105). Vor allem fehlt es oft an einem niedrigschwelligen Zugang zu den betroffenen Familien und einer schnellen „Erfassung und Koordination des Hilfebedarfs“ (Franz 2014, S. 109). Es entsteht die Schwierigkeit eine Balance zwischen dem Nicht-Intervenieren, einhergehend mit dem Risiko einer Vernachlässigung des Kindes und einer „Über-Intervention“ (ebd.), die die Familie erschrecken und stigmatisieren kann, zu finden. In diesem Kapitel soll zunächst beleuchtet werden, wie die Versorgung innerhalb der Familie unter der elterlichen Erkrankung leidet und welche Defizite und Bedarfe sich einstellen können. Daraufhin sollen die Versorgungsstrukturen, vor allem die Kinder- und Jugendhilfe, die Erwachsenenpsychiatrie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie untersucht werden. Dieses Kapitel ist auch deswegen relevant, da es ein großes Dunkelfeld von psychisch kranken Menschen gibt, die nicht psychiatrisch behandelt oder betreut werden (vgl. Kölch, Schmid 2014, S. 122). Diese Menschen können aber trotzdem Kontakt zu anderen Institutionen haben und sich in den Versorgungsstrukturen bewegen.

5.1 Die Versorgung innerhalb der Familie

In Familien mit einem psychisch kranken Elternteil liegt bei den Kindern nicht selten ein Betreuungsdefizit vor (vgl. Mattejat 2014, S. 88). Sind die Eltern mit ihrer Erkrankung und den daraus resultierenden Problemen überfordert, fehlt es oft an Aufmerksamkeit und Zuwendung für die Kinder (vgl. ebd.). Gleichzeitig sind die Kinder oft gezwungen ihre

eigenen Bedürfnisse zugunsten denen ihrer Eltern hintenanzustellen (vgl. Schone, Wagenblaus 2006, S. 13). Durch eine Verantwortungsverschiebung, beispielsweise im Haushalt, kommt es schnell zu einer Parentifizierung (vgl. Mattejat 2014, S. 88). Dies geschieht aus dem Gefühl heraus, dass die Kinder verantwortlich für ihre Eltern und gegebenenfalls auch für ihre Geschwister seien (vgl. a.a.O., S. 88 f.). Psychisch kranken Eltern fehlt es oft an sozialen und familiären Netzwerken und damit auch an Ressourcen, die entsprechende Netzwerke mit sich bringen (vgl. Schone, Wagenblaus 2006, S. 106). Um ein solches Netzwerk wieder zu aktivieren oder gar neu aufzubauen, einem Betreuungsdefizit und einer Parentifizierung entgegenzuwirken, bedarf es in vielen Fällen einer professionellen Hilfe von außen. Inwiefern eine professionelle Unterstützung von außen gewährleistet ist, soll anhand der Versorgungsstrukturen untersucht werden.

5.2 Die Versorgung durch die Kinder- und Jugendhilfe

Die Kinder- und Jugendhilfe umfasst auf Basis des Kinder- und Jugendhilfegesetzes „in den meisten Kommunen ein differenziertes Angebot an ambulanten, teilstationären und stationären Angebotsformen“ (Schone, Wagenblaus 2006, S. 105). Ziel der Kinder- und Jugendhilfe ist es, Kindern, Jugendlichen und ihren Familien positive Lebensbedingungen zu ermöglichen. Dies geschieht über Hilfen zur Erziehung oder der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (vgl. ebd.). So sollen nicht nur in Notsituationen bestimmte Hilfen bereitstehen, sondern auch präventiv die Rechte der Kinder geschützt werden (vgl. Schone, Wagenblaus 2006, S. 97). Im Fokus der Arbeit der Kinder- und Jugendhilfe steht das Kindeswohl, wie es in Kapitel 3.4 definiert wurde (vgl. ebd.).

Bisher fehlen genaue Untersuchungen zur Prävalenz von psychischen Störungen bei Eltern von Familien, die Hilfen zur Erziehung in Anspruch nehmen (vgl. Kölch, Schmid 2014, S. 127). Es zeigt sich jedoch, dass psychisch kranke Eltern einige Vorurteile gegenüber institutioneller Hilfe haben. Zum Beispiel befürchten sie, die Mitarbeiter*innen des Jugendamts würden sie bevormunden und voreilig Kinder aus den Familien nehmen (vgl. a.a.O., S. 128). Die Angst um das Sorgerecht stellt somit ein großes Hemmnis dar, sich an die Kinder- und Jugendhilfe zu wenden (vgl. Schmid et al. 2008; Wang, Goldschmidt 1996, zit. n. Kölch, Schmid 2014, S. 128). Hinzu kommt, dass...

... gerade psychisch kranke Menschen oft besondere Probleme (haben), ihre Rechte angemessen und umfassend offensiv selbst wahrzunehmen. Da sie nicht selten – als Ausdruck ihrer Krankheit – in ihrer sozialen Kompetenz eingeschränkt sind und/oder unter krankheitsbedingten Denkstörungen leiden, ist es für sie oft sehr schwer, sich im Rechts- und Verwaltungsdschungel zurechtzufinden. (Schone 2014, S. 131)

Außerdem fühlen sich psychisch kranke Eltern durch das Jugendamt häufig wenig unterstützt. Einer Untersuchung zufolge fanden 90 Prozent der psychisch kranken Eltern, die Kontakt zum Jugendamt hatten, diesen wenig hilfreich (vgl. Kölch und Schmid 2008 zit. n. Kölch, Schmid 2014, S. 129). Die Hälfte der befragten Eltern vermied die Inanspruchnahme von Hilfen zur Erziehung nach §27 SGB VIII von vornherein (vgl. ebd.). Lediglich 11 Prozent der befragten Personen wünschten sich Hilfen zur Erziehung (vgl. ebd.). Bei der Inanspruchnahme professioneller Hilfen spielt teilweise auch die Angst vor Stigmatisierung durch das eigene Umfeld eine Rolle (vgl. ebd.). Viele Eltern sind diesen Verhältnissen entsprechend nicht bereit ihren Anspruch auf Hilfen zur Erziehung zu erheben (vgl. Schone, Wagenblaus 2006, S. 105). Warum das so ist, wurde in einer Analyse mehrerer Studien ermittelt, die fünf Faktoren herausstellte, weshalb die im SGB VIII angebotenen psychosozialen Hilfen in vielen Fällen nicht in Anspruch genommen werden (vgl. Reupert, Maybery 2007 zit. n. Kölch, Schmid, S. 123). Die aufgeführten Gründe hierfür seien „fehlende Leitlinien und Ressourcen im System der Helfer“ (ebd.), eine „unzureichende Zusammenarbeit zwischen den Institutionen“ (ebd.) und „Wissens- und Fertigungsdefizite bei den Fachpersonen“. Hinzu komme, dass die Eltern mit psychischer Störung es nicht schaffen, „aufgrund ihrer Symptomatik und Teilhabebeeinträchtigung die notwendigen Schritte“ (ebd.) umzusetzen oder dass Eltern, wie Kinder die Hilfen aufgrund einer (befürchteten) Stigmatisierung oder fehlender Motivation ablehnen (vgl. ebd.). All dies spricht für eine bessere Vernetzung unter den helfenden Institutionen.

Tatsächlich fehlt auf Seiten der Kinder- und Jugendhilfe oft das Verständnis für eine elterliche psychische Erkrankung (vgl. Franz 2014, S. 110). Auch fällt es den Mitarbeiter*innen der Kinder- und Jugendhilfe oft schwer, psychische Erkrankungen richtig einzuschätzen (vgl. ebd.). Häufig wissen die Mitarbeiter*innen der Kinder- und Jugendhilfe nicht, welches Krankheitsbild bei den Eltern vorliegt oder ob sie sich in Behandlung befinden (vgl. Schone, Wagenblaus 2006, S. 85).

Für die Jugendhilfe stellt die psychische Erkrankung oftmals nur einen Problemaspekt der betroffenen Familie dar. Sie hat es meist mit

Multiproblemfamilien zu tun, die nur über wenig ökonomische und soziale Ressourcen verfügen. (Schone, Wagenblaus 2006, S. 107)

Die Problemlagen der Familien sind demnach sehr komplex und für die Kinder- und Jugendhilfe schwer in Gänze ersichtlich (vgl. ebd.). Das Fehlen von medizinischen Informationen erschwert es der Kinder- und Jugendhilfe bedarfsgerechte Hilfsangebote zu schaffen (vgl. Kölch, Schmid 2014, S. 130). Aus diesem Grund wäre eine Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und der Erwachsenenpsychiatrie sinnvoll. Solange diese Kooperation nicht gelingt und den fünf Hemmnisfaktoren nicht entgegengesteuert wird, hat der Allgemeine Soziale Dienst² Schwierigkeiten psychisch kranke Eltern, vor allem wenn die Krankheitseinsicht fehlt, zur Mitwirkung oder gar zu einer psychiatrischen Behandlung zu bewegen (vgl. Schone, Wagenblaus 2006, S. 105). Die Fachkräfte des ASD kontrollieren die Familien, die die Mitwirkung abgelehnt haben, regelmäßig und rufen im Fall einer Kindeswohlgefährdung das Familiengericht an, wie in Kapitel 3.4 beschrieben, was im Ernstfall zu einer Wegnahme der Kinder führen kann (vgl. a.a.O., S. 106). Dies ließe sich in einigen Fällen durch eine Mitwirkung vermeiden. Um dies zu ändern, sollten Jugendämter aktiv auf die Eltern zugehen, sie über ihre Ansprüche und Rechte aufklären und Hilfsangebote vorstellen (vgl. Schone 2014, S. 131). Ansonsten sind viele Kinder einem Risiko und ihre Eltern einer Belastung ausgesetzt, die durch professionelle Unterstützung verhindert oder verringert werden könnten. Eine Kooperation scheitert nicht nur an der Kinder- und Jugendhilfe. Der Umfang der Leistungen der Jugendhilfe ist der Erwachsenenpsychiatrie oft nicht bekannt (vgl. Franz 2014, S. 109). Inwieweit sie die Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern gewährleistet oder nicht soll im Folgenden erläutert werden.

5.3 Die Versorgung durch die Erwachsenenpsychiatrie

„Die *psychiatrische Zugangsweise* zum psychisch kranken Elternteil erfolgt auf Grundlage medizinischer, diagnostischer und therapeutischer Aufträge und Methoden“ (Schone, Wagenblaus 2006, S. 96). Im ambulanten Versorgungssystem beispielsweise sollen Hilfen gemeindenah und personenzentriert sein (vgl. ebd.). Dabei ist das Ziel „den Erkrankten bei der Bewältigung seiner Krankheit zu unterstützen und zu begleiten und ihm ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen“ (Schone, Wagenblaus 2006,

² Im Folgenden abgekürzt mit ASD.

S. 96). So kann die Psychiatrie die Betreuung der Kinder mitgestalten, mit dem Fokus auf der Entlastung der Patient*innen im Alltag (vgl. a.a.O., S. 99 f.). Zur Alltagsbewältigung sollen die Ressourcen des sozialen Umfelds aktiviert und gestärkt werden (vgl. a.a.O., S. 96). Familienmitglieder, auch die Kinder, werden als stabilisierender Faktor gesehen, der für die Gesundheit des kranken Elternteils hilfreich sein kann (vgl. ebd.). Wenn es um Belastungen geht, die sich für die Angehörigen aufgrund der Erkrankung ihres Mitmenschen ergeben, werden die Kinder jedoch oft übersehen (vgl. a.a.O., S. 97). An erster Stelle stehen im psychiatrischen Versorgungssystem die Patient*innen und ihre Bedürfnisse (vgl. ebd.).

In der stationären Behandlung werden die Angehörigen oft noch stärker ausgeblendet. Eine Befragung von Klinikärzt*innen ergab, dass die Erwachsenenpsychiatrie die familiäre Situation der Patient*innen nicht umfassend wahrnimmt und damit die Kinder oft übersieht (vgl. Franz 2014, S. 109). So wussten nur zwei Drittel der Ärzt*innen, ob ihre Patient*innen überhaupt Kinder haben (vgl. ebd.). Zu einem Gespräch über die Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf die Kinder mit den Patient*innen, Angehörigen und Kindern, kam es bei circa 80% der Befragten nicht (vgl. ebd.). Dabei sollte die besondere Lebenssituation von Familien mit psychisch kranken Eltern, die sich in psychiatrischer Behandlung befinden, berücksichtigt und die Patient*innen auch als Eltern wahrgenommen werden (vgl. Schon 2014, S. 129).

Eine Möglichkeit der Psychiatrie, die Patient*innen nach einer stationären Unterbringung in ihren Eltern- und Haushaltsaufgaben zu unterstützen und die Betreuung der Kinder zu sichern, stellt die Organisation einer Haushaltshilfe für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt dar (vgl. Schone, Wagenblass 2006, S. 101). Das Spektrum der Haushaltshilfe umfasst Aufgaben der Hauswirtschaft und der Kinderbetreuung. Diese Betreuung beinhaltet allerdings nur die Versorgung der Kinder, eine sozialpädagogische oder erzieherische Betreuung wird nicht geboten (vgl. a.a.O., S. 102). Die Kosten dieser Leistung werden von den Krankenkassen übernommen (vgl. ebd.). Voraussetzung für diese Leistung ist, dass im Haushalt mindestens ein Kind lebt, das unter zwölf Jahre alt ist (vgl. ebd.). Im Gegensatz zu Leistungen der Jugendhilfe gelingt durch die Haushaltshilfe ein niedrighwelliger Zugang zur Familie und sie wird weniger stigmatisierend und kontrollierend wahrgenommen (vgl. a.a.O., S. 102). Die Psychiatrie entscheidet sich oftmals für diese Hilfeleistungen, da die Beantragung von Jugendhilfeleistungen erfahrungsgemäß zu lange dauere (vgl. Schone, Wagenblass 2006, S. 101). Eine

Haushaltshilfe kann Grundbedürfnisse der Kinder gewährleisten, allerdings ist diese nicht für den sozialpädagogischen oder psychologischen Umgang mit der spezifischen Situation Kinder psychisch kranker Eltern ausgebildet. Problemen der Tabuisierung in der Familie oder der emotionalen Parentifizierung, die sich beispielsweise für diese Kinder ergeben können, kann eine Haushaltshilfe nicht gerecht werden. Hier bietet sich der Blick in die Kinder- und Jugendpsychiatrie an, die nur dann involviert ist, wenn Kinder psychisch kranker Eltern selbst psychisch auffällig werden. Wie erfolgt ihr Zugang zu den Kindern und wie kann sie die Versorgung sichern?

5.4 Die Versorgung durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie

Bei der Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird „die Familie als Lebens- und Sozialisationsraum des Kindes mit in den diagnostischen und therapeutischen Blick genommen“ (Kölch, Schmid 2014, S. 123). So wird die Familie auch in der Diagnostik berücksichtigt. Im Klassifikationsschema der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden neben der psychopathologischen Symptomatik auch psychosoziale Belastungsfaktoren berücksichtigt (vgl. a.a.O., S. 124). Zu psychosozialen Belastungsfaktoren zählen beispielsweise Kommunikationsverbote in der Familie oder psychische Erkrankungen der Eltern (vgl. ebd.). Ob die Eltern der psychisch erkrankten Kinder ebenfalls an einer psychischen Störung leiden, ist nicht nur für die Entwicklung der Kinder und eine Zukunftsprognose relevant, sondern auch im Hinblick auf den Therapieprozess (vgl. a.a.O., S. 124 f.). So kann aufgrund einer elterlichen psychischen Erkrankung die Kooperation mit den Eltern während der Therapie des Kindes beeinträchtigt sein und die Interaktion zwischen Eltern und Kind weiterhin gestört und damit belastet sein (vgl. a.a.O., S. 124).

Neben der Diagnostik beziehen sich auch die Interventionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf die speziellen Problematiken der Familien (vgl. Kölch, Schmid 2014, S. 126). So bestehen die Behandlungen aus „störungsspezifischen Interventionen und familientherapeutischen Maßnahmen“ (ebd.). Die Maßnahmen reichen von Psychoedukation und Aufklärung über die elterliche Erkrankung, bis hin zu Maßnahmen für die Eltern, in denen Feinfühligkeit und/oder Erziehungscompetenz trainiert werden (vgl. Kölch, Schmid 2014, S. 126). Damit zeigt sich ein deutlicher Unterschied zur Erwachsenenpsychiatrie, welche sich eher am Individuum orientiert und dadurch riskiert

die Kinder ihrer Patient*innen zu übersehen. In die Versorgung der Kinder- und Jugendpsychiatrie geraten Kinder psychisch kranker Eltern erst, wenn sie selbst eine psychische Störung entwickelt haben. Da das Risiko einer Vererbung bei psychischen Erkrankungen relativ hoch ist, scheint eine an der Familie orientierte Intervention durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie bei diesen Kindern sinnvoll. Es stellt sich nun die Frage, wie auch die Versorgung solcher Kinder gewährleistet werden kann, bei denen sich die elterliche Erkrankung bisher nicht pathologisch auswirkte.

5.5 Zwischenfazit

„Viele Probleme bei der Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern entstehen dadurch, dass Zuständigkeiten in unterschiedlichen Systemen und bei unterschiedlichen Professionen liegen“ (Fegert, Kölch, Ziegenhain 2014, S. 108). Das wurde auch in diesem Kapitel deutlich. Etwa darin, dass psychisch kranke Eltern die Hilfe des Jugendamtes nachweislich kaum in Anspruch nehmen aufgrund fehlender Leitlinien im Versorgungssystem, einer mangelhaften Kooperation zwischen den Institutionen und fehlendem Wissen um und Kompetenzen im Umgang mit psychischen Erkrankungen (vgl. Reupert, Mayberry 2007 zit. n. Kölch, Schmid, S. 123). Eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen wäre durch engere Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen gegeben. Welche Probleme bei der Kooperation vorliegen, soll am Beispiel der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe, der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe dargestellt werden.

Eine strukturierte Kooperation zwischen den beteiligten Institutionen Erwachsenenpsychiatrie, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe ist nirgendwo als verbindlich zu leistende Arbeit niedergelegt; sie ist strukturell im System ... nicht vorgesehen. (Kölch, Schmid 2014, S. 123)

Professionelle Hilfen für Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen werden meist von unterschiedlichen Leistungserbringern angeboten (vgl. Schone, Wagenblass 2006, S. 96). Allein eine „systematische Vernetzung von Jugendhilfe und Psychiatrie“ (ebd.) wäre sinnvoll in Hinblick auf effiziente und umfassende Hilfsleistungen. Diese scheitert in der Praxis jedoch häufig an „unterschiedliche(n) fachliche(n) Vorstellungen und Handlungsweisen“ (ebd.). Auch Unterschiede in den gesetzlichen Aufträgen oder den Finanzierungsformen verhindern die Vernetzung in der Praxis (vgl. Schone, Wagenblass 2006, S. 96). Tatsächlich wünschen sich nicht nur die Eltern, sondern auch die

Mitarbeiter*innen der Kinder- und Jugendhilfe eine bessere Zusammenarbeit und Unterstützung von der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. Kölch, Schmid 2014, S. 129). Voraussetzung für eine Kooperation wäre wohl „ein stärkeres Bewusstsein bei Ärzten und Pflegepersonal für das gesamte Familiensystem inklusive der Kinder“ (Franz 2014, S. 110). Gleichzeitig sollte die Erwachsenenpsychiatrie aufsuchend arbeiten, um die Erziehungsfähigkeit der Eltern real einschätzen zu können (vgl. a.a.O., S. 111). Psychiater*innen sollten ihre Patient*innen ermutigen Hilfe zur Erziehung sonstige Angebote der Kinder- und Jugendhilfe anzunehmen (vgl. a.a.O., S. 110). Die Erwachsenenpsychiatrie könnte so den aktuellen Zustand der Erkrankung des Elternteils einschätzen, das Gefährdungsrisiko und den Hilfebedarf ermitteln und die Vermittlerrolle zwischen Eltern und Kinder- und Jugendhilfe einnehmen (vgl. Franz 2014, S. 111). Die Erwachsenenpsychiatrie hat den Vorteil, einen niedrigschwelligen Zugang zu den Familien zu haben (vgl. ebd.). Die Hemmschwelle der Eltern, zum Beispiel die Hilfe des ASD anzunehmen, könnte durch die Ermutigung von Psychiater*innen abgebaut werden. So kann die Kinder- und Jugendhilfe die notwendigen Unterstützungen für die Familie anbieten und damit Risiken für die Kinder frühzeitig abwehren. Informationswege und Zuständigkeiten sollten dabei klar definiert sein (vgl. a.a.O., S. 108). Zudem sollte die Erwachsenenpsychiatrie beginnen, ihre Patient*innen gleichzeitig als Eltern wahrzunehmen (vgl. Schone 2014, S. 129) und wie es in der Kinder- und Jugendpsychiatrie heute schon der Fall ist, die Familien und daraus resultierende Belastungen, aber auch Ressourcen, in der Diagnostik und Intervention miteinzubeziehen.

Damit sich die Belastungen in Familien mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteilen nicht unnötig zuspitzen und zu einer potentiellen Kindeswohlgefährdung führen, sollten Vorurteile gegenüber der Kinder- und Jugendhilfe abgebaut und ein niedrigschwelliger Zugang ermöglicht werden. Gleichzeitig sollten die Mitarbeiter*innen der Kinder- und Jugendhilfe mehr Sensibilität und Verständnis gegenüber Familien mit psychisch kranken Elternteilen zeigen und über ein fundiertes und spezialisiertes Wissen über diese Risikogruppe und die Auswirkungen elterlicher psychischer Erkrankungen verfügen. Hierbei wäre eine enge Vernetzung mit psychiatrischen Institutionen hilfreich, um den professionellen Blick zu erweitern und ein breiteres und vielfältigeres Unterstützungsangebot zu bieten. Welche Ansätze der Interventionen es bei Kindern psychisch kranker Eltern bereits gibt, soll im nächsten Kapitel thematisiert werden.

6 Interventionsansätze

In diesem Kapitel sollen exemplarisch einige verschiedene Interventionsformen vorgestellt werden, um zu veranschaulichen, welche professionellen Ansätze es in der Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern gibt und welche Elemente für eine gelungene Intervention erforderlich sind. Dazu wird zunächst der Ansatz der Ressourcenaktivierung vorgestellt. Darauf folgend wird ausführlich die Relevanz von Krankheitswissen und -verstehen verdeutlicht. Im Zuge dessen wird die Vorgehensweise der Psychoedukation vorgestellt, denn einen wichtigen Part bei der Intervention bei Kindern psychisch kranker Eltern nimmt die Krankheitsaufklärung ein. Abschließend soll der präventive familienorientierte Interventionsansatz dargestellt werden. Bei der Diskussion der Interventionsformen sollen vor allem die Bedürfnisse der betroffenen Kinder Berücksichtigung finden. Kinder psychisch kranker Eltern geben an, dass ihnen eine offene Kommunikation über die elterliche Erkrankung am meisten helfen würde (Lenz 2005 zit. n. Schlüter-Müller 2011, S. 60 f.). Für ein aufklärendes Gespräch mit ihren Kindern wünschen sich psychisch kranke Eltern wiederum professionelle Unterstützung (vgl. Schmid et al. 2008; Sommer et al. 2001 zit. n. Kölch, Schmid 2014, S. 131). Neben einem offenen Gesprächsklima, geben Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern an, dass sie sich „Kontakt- und Austauschmöglichkeiten in Gruppen, möglichst mit anderen Betroffenen sowie Aufklärung der Öffentlichkeit über psychische Erkrankungen“ (Lenz 2005 zit. n. Schlüter-Müller 2011, S. 60 f.) zu ihrer Unterstützung wünschen. Eine präventive familienorientierte Intervention als Kombination aus Ressourcenaktivierung und Krankheitsaufklärung im Gruppenkontext (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 99) könnte diesen Wunsch erfüllen und soll deswegen abschließend aufgeführt werden. Zunächst wird beschrieben, wie vorhandene Ressourcen gestärkt und aktiviert werden können.

6.1 Ressourcenaktivierung

In Kapitel 2.3 wurden Ressourcen als die verfügbaren Mittel einer Person zur Bewältigung einer Situation beschrieben (vgl. Lenz 2014 a, S. 168). Damit spielen sie eine bedeutende Rolle, wenn es um die Resilienz und das Copingverhalten von Kindern psychisch kranker Eltern geht (siehe Kapitel 2.3 und 2.4 in dieser Arbeit). Personale, familiäre und soziale Ressourcen, wie in Kapitel 2.3 definiert, wirken als Schutzfaktoren,

die bei kritischen Lebensereignissen die psychische Gesundheit von Kindern schützen können. Diese Ressourcen schwächen die Belastung durch Stresssituationen ab, können Folgeprobleme vermeiden und das Selbstwertgefühl des Kindes stabilisieren (vgl. Lenz 2014 b, S. 97 f.). Es ist sinnvoll, die personalen Ressourcen von Kindern psychisch kranker Eltern zu stärken, denn ein gutes Selbstwertgefühl und das Erleben von Selbstwirksamkeit beeinflussen den Umgang der Kinder mit kritischen Lebensereignissen und damit auch deren psychische Gesundheit (vgl. a.a.O., S. 98). Eine familiäre Ressource stellt vor allem die Erziehungskompetenz der Eltern dar (vgl. Lenz 2014 b, S. 102). Diese ist, wie in Absatz 3.2 beschrieben, oft von der psychischen Erkrankung beeinträchtigt und die Eltern sind meist verunsichert hinsichtlich ihrer eigenen Kompetenzen (vgl. ebd.). Sie können aber in Interventionen gestärkt und gefördert werden (vgl. ebd.). Soziale Ressourcen ergeben sich aus dem sozialen Umfeld des Kindes (vgl. ebd.). Sie kann gestärkt werden, in dem vertrauensvolle Beziehungen zu außerfamiliären Personen gepflegt werden (vgl. ebd.). Hierzu können Netzwerke gefördert oder neue Gruppen gebildet werden (vgl. Lenz 2014 b, S. 104 f.). Auf die Bedeutung von Gruppen wird in den folgenden Kapiteln näher eingegangen werden. Viele weitere positive Umweltressourcen wurden bereits in den Kapiteln 2.2 und 2.3 aufgezählt. Aufgrund der großen Bedeutung der Ressourcen für die Bewältigung von belastenden Situation ist es sinnvoll, bei Interventionen den Fokus auf die Stärkung der personalen familiären und sozialen Ressourcen der Kinder zu setzen um die Bewältigungsfähigkeiten und Resilienzen der Kindern zu fördern (vgl. Lenz 2014 b, S. 97 f.). Im nachfolgenden Kapitel soll geklärt werden, inwieweit das Verstehen der elterlichen Erkrankung für die Bewältigung so wichtig ist und in der Intervention bei Kindern psychisch kranker Eltern eine Grundlage bildet.

6.2 Die Relevanz von Krankheitsaufklärung und -verstehen

Erst wenn Kinder über ein als ausreichend betrachtetes Verständnis für die Erkrankung der Mutter oder des Vaters verfügen, sind sie in der Lage, als handelnde Subjekte aktiv Stärke, Energie und Fantasie zur Gestaltung eigener Lebensverhältnisse zu entwickeln. (Lenz 2014 a, S. 310)

Krankheitswissen und –verstehen hat eine große Bedeutung für Kinder psychisch kranker Eltern (vgl. ebd.). In dieser Arbeit wurde in Kapitel 3.1 bereits herausgearbeitet, welche weitreichende Folgen eine Tabuisierung psychischer Erkrankungen und ein

Kommunikationsverbot innerhalb der Familie auf die betroffenen Kinder hat. Die naheliegende Folge ist, dass es Kindern psychisch kranker Eltern an Wissen über die elterliche Erkrankung fehlt und damit auch das Krankheitsverstehen und Verständnis für das Verhalten der Eltern ausbleibt oder erschwert wird (vgl. ebd.). Deshalb sind sie oft verunsichert und desorientiert, wenn sie die Probleme der Eltern sehen, sie aber nicht verstehen und einordnen können (vgl. Mattejat 2014, S. 88). Wenn die Erwachsenen den Kindern keine Erklärungen liefern, entwickeln Kinder ihre eigenen „Erklärungsmuster“ (vgl. Wunderer 2014, S. 124). In diesen beziehen sie das Verhalten der Eltern auf sich, denken sie haben etwas falsch gemacht und fühlen sich deswegen schuldig (vgl. ebd.). Es entstehen Ängste, Unsicherheiten, Sorgen und Fragen die aufgrund von Kommunikationsverboten nicht artikuliert werden können (vgl. Lenz 2014 a, S. 310). Kinder psychisch kranker Eltern teilen im Erwachsenenalter oft mit, dass sie sich gewünscht hätten, besser über die Situation ihrer Eltern informiert gewesen zu sein (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 4).

Wenn man Kinder und Jugendliche befragt, was ihnen am meisten helfen würde, äußern sie als wichtigste Form der Unterstützung die ehrliche und offene Antwort auf Fragen zu der Erkrankung oder das offene Gesprächsklima, das Fragen überhaupt zulässt. (Lenz 2005 zit. n. Schlüter-Müller 2011, S. 60 f.)

Es ist für betroffene Kinder hilfreich und entlastend, wenn sie um die elterliche Erkrankung wissen und verstehen, dass sie an dieser keine Schuld tragen (vgl. Mattejat 2014, S. 86). Dabei kommt es, wie in Kapitel 2.3 bereits ausgeführt, nicht darauf an, ein besonders ausführliches Wissen über die spezifische elterliche Erkrankung zu besitzen, sondern darauf, sich „Verhaltensweisen und Reaktionen ihrer erkrankten Eltern auch erklären (zu) können“ (Lenz 2014 a, S. 309). Nur dies kann den Ängsten und Sorgen der Kinder entgegenwirken (vgl. ebd.). Durch das Verstehen der psychischen Erkrankung eröffnen sich den Kindern neue Handlungsmöglichkeiten und Perspektiven, die wiederum ein „Gefühl der Beeinflussbarkeit, der Kontrolle und Selbstwirksamkeit“ (a.a.O., S. 310) zugänglich machen. Das Gespräch schon sehr früh zu suchen, macht deswegen Sinn, da Kinder umso stärker von der elterlichen Erkrankung betroffen sind, desto jünger sie sind (vgl. Wunderer 2014, S. 124). Ein kurzes offenes Gespräch, in dem die Erkrankung von einer vertrauensvollen Bezugsperson des Kindes, Fachleuten oder am besten vom erkrankten Elternteil selbst, einfach und verständlich erklärt wird, kann schon für Entlastung sorgen (vgl. a.a.O., S. 125). Dabei ist es wichtig, dass die Kinder ihre Emotionen im Gespräch ausdrücken können (vgl. a.a.O., S. 126). Auch ist es wichtig, die Erkrankung

zu benennen und zu verdeutlichen, dass niemand daran schuld ist (vgl. ebd.). Im besten Fall werden die Kinder über den Krankheitsverlauf informiert und darauf vorbereitet, dass die Erkrankung zyklisch und/oder in Episoden wiederkehren kann (vgl. a.a.O., S. 127). Krankheitsaufklärung bringt nicht nur für die Kinder Vorteile. Auch psychisch kranke Erwachsene können davon profitieren, denn durch Stigmatisierung und Tabuisierung verfügen auch sie nicht immer über ein umfassendes Wissen über die eigene Erkrankung (vgl. Mattejat 2014, S. 72). Für sie ist oft die Erkenntnis darüber, dass außer ihnen noch viele andere Menschen psychisch erkrankt sind, eine Entlastung (vgl. ebd.). Zudem können Gespräche mit verschiedenen Vertrauenspersonen hilfreich sein (vgl. a.a.O., S. 73). Ein offener Umgang mit der Erkrankung ist folglich sinnvoll für alle Familienmitglieder. An dieser Stelle soll an den eingangs aufgeführten Wunsch Kinder psychisch kranker Eltern nach „Aufklärung der Öffentlichkeit“ (Lenz 2005 zit. n. Schlüter-Müller 2011, S. 60 f.) erinnert werden. Durch die Aufklärung der Gesellschaft über psychische Erkrankungen könnten Stigmata abgebaut werden und eine offene und vorurteilsfreie Kommunikation könnte die Betroffenen und ihre Angehörigen und Kinder deutlich entlasten. Es wird deutlich, dass eine Krankheitsaufklärung aufgrund vieler Aspekte von fundamentaler Bedeutung ist. Deshalb soll im Folgenden die Psychoedukation näher beleuchtet werden, die weit mehr als reine Wissensvermittlung umfasst.

6.2.1 Psychoedukation

Psychoedukation meint die Aufklärung und Wissensvermittlung über die Erkrankung und die jeweilige Behandlung dieser (vgl. Berger 2004, S. 1). Gleichzeitig sollen dabei die Kompetenzen der erkrankten Personen bezüglich der Krankheitsbewältigung, wie das frühzeitige Erkennen von Krisen, das Entwickeln von Strategien mit diesen umzugehen, die Stressbewältigung, die Lösung von Problemen und die offene Kommunikation, gestärkt werden (vgl. Falloon et al. 1987 zit. n. Berger 2004, S. 1). Dabei ist die psychoedukative Intervention nicht als alleinige Behandlung geeignet, sondern sollte stattdessen „als ergänzender Baustein für ein multimodales Behandlungskonzept“ (Friedrich 2004, S. 14) gesehen werden. Das Ziel der Psychoedukation ist es, den Patient*innen und ihren Angehörigen die Krankheit verständlich zu machen und ihnen einen gelungeneren Umgang mit dieser zu ermöglichen (vgl. Lenz 2014 a, S. 310). Dabei sollte Psychoedukation als „wechselseitiger, partnerschaftlicher Prozess verstanden werden“ (a.a.O., S. 311). Dieser Prozess ist dann wirksam, wenn er auf die Bedürfnisse des Kindes

zugeschnitten und familienorientiert ist (vgl. Lenz 2010 zit. n. Lenz 2014 a, S. 311). Um eine individuelle Psychoedukation bieten zu können, sollten die Informationsbedürfnisse des Kindes ermittelt werden (vgl. Lenz 2014 a, S. 311). Es sollte den Kindern genügend Raum für Fragen gegeben werden, denn über ihre Fragen werden auch ihre Bedürfnisse nach weiteren Informationen, Ängste und Sorgen deutlich (vgl. ebd.). Themen, bei denen die betroffenen Kinder vermehrt Gesprächsbedarf haben, betreffen zum Beispiel den alltäglichen Umgang mit dem psychisch kranken Elternteil; Veränderungen im familiären Alltag, die die Erkrankung mit sich bringt; die Ursache, der Verlauf und die Behandlung der Erkrankung und das Risiko diese zu erben (vgl. a.a.O., S. 311 f.). Findet die Psychoedukation im Beisein der gesamten Familie statt, kann sie dabei helfen innerfamiliäre Kommunikationsverbote aufzubrechen (vgl. a.a.O., S. 312). Die intervenierende Fachkraft kann einen offenen Umgang mit der psychischen Erkrankung der Eltern anregen und initiieren (vgl. ebd.). Gelingt es den Eltern in der Familie eine Atmosphäre zu schaffen, in der die Kinder sich trauen Fragen zu stellen und können sie diese adäquat und altersangemessen beantworten, so ist dies auch für die familiäre Resilienz förderlich (vgl. a.a.O., S. 312). Aufgrund der hohen Bedeutung der Familie für eine gelingende Intervention, erfolgt nun ein Exkurs zur psychoedukativen Familienintervention.

6.2.2 Psychoedukative Familienintervention

In einer Metaanalyse mehrerer Studien konnte nachgewiesen werden, dass psychoedukative Methoden die Rückfallquote von schizophren erkrankten Personen innerhalb eines Jahres um zwanzig Prozent verringern können (vgl. Pitschel-Walz et al. 1997 zit. n. Berger 2004, S. 2). Dabei zeigte vor allem der Einbezug der Familienangehörigen einen positiven Effekt auf das Rückfallrisiko der Patient*innen (vgl. Falloon et al. 1987 zit. n. Berger 2004, S. 2). Familieninterventionen zeigen generell eine langfristige rückfallprophylaktische Wirkung (vgl. Berger 2004, S. 2). Zudem sorgen sie bei den Patient*innen für...

...eine Rückbildung psychopathologischer Symptome, eine Verbesserung der sozialen Integration und eine Verbesserung der familiären Atmosphäre im Sinne eines Zugewinns von Kohäsion, Offenheit für Kritik und eine Erhöhung der sozialen Kompetenz der Familie. (McFarlane 2002 zit. n. Berger 2004, S. 3)

Diese positive Wirkung wird noch verstärkt, wenn die Interventionsgruppe aus mehreren Familien gleichzeitig besteht (vgl. Stieglitz 2001 zit. n. Berger 2004, S. 3). Demnach stellt

die psychoedukative Familienintervention in Kombination mit der Stärkung von Strategien der Krankheitsbewältigung, bei Familien mit schizophren erkrankten Eltern-teilen, eine geeignete und effektive Interventionsform zur Prävention von Rückfällen dar (vgl. Berger 2004, S. 3). Es zeigt sich, dass es höchst sinnvoll ist, die Familie bei der Psychoedukation miteinzubeziehen. Zusätzlich zeigt sich ein Vorteil durch die Arbeit in Gruppen (vgl. Stieglitz 2001 zit. n. Berger 2004, S. 3). Doch wie kann eine Intervention verwirklicht werden, in der Ressourcenaktivierung und psychoedukative Familien-intervention in Form von Gruppen umgesetzt wird?

6.3 Präventive familienorientierte Interventionen

Präventiv familienorientierte Interventionen verbinden den Ansatz der Ressourcen-aktivierung und den der Psychoedukation miteinander (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 99). Im Interesse an der Stärkung personaler Ressourcen soll die Auswahl an Bewältigungsstrategien der Kinder erweitert werden (vgl. ebd.). Zur Stärkung der familiären Ressourcen soll den Familien geholfen werden, Kommunikationsverbote aufzubrechen (vgl. ebd.). Dafür soll zunächst überhaupt die Kommunikation in der Familie angeregt werden (vgl. a.a.O., S. 105 f.). Denn „Eine offene Kommunikation ist ganz allgemein die Voraussetzung für eine zufriedenstellende Gestaltung der familiären Beziehungen“ (Hahlweg, Baucom 2008 zit. n. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 106). Dazu sollen die Familienmitglieder gewisse Kommunikationsregeln erlernen (vgl. ebd.). Zu diesen Regeln gehören zum Beispiel das klare Benennen von Gefühlen und Wünschen und das Zuhören und Rückmelden der Gefühle des*r Gesprächspartner*in (vgl. ebd.). Zudem soll die Erziehungskompetenz der erkrankten Elternteile und die subjektive Wahrnehmung dieser gefördert werden (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 99). Außerdem sollen die Eltern lernen, die Bedürfnisse ihrer Kinder wahrzunehmen und zu berücksichtigen (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 113). Einen wichtigen Anteil der Intervention macht die Stärkung von sozialen Ressourcen aus (vgl. a.a.O., S. 99). Hierzu sollen zuverlässige außerfamiliäre Beziehungen, die Vertrauen, Schutz und Entlastung in belastenden und krisenhaften Situationen bieten, aufgebaut werden (vgl. ebd.). Aus diesem Grund finden präventive familienorientierte Interventionen vermehrt in Gruppen-settings statt (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 100). Dies entspricht ganz dem zu Beginn dieses Kapitels aufgeführten Wunsch von Kindern psychisch kranker Eltern nach Gruppen, in denen sie mit anderen Betroffenen in Kontakt treten und sich austauschen

können (vgl. Lenz 2005 zit. n. Schlüter-Müller 2011, S. 60 f.). „Die Gruppe ist Medium und Katalysator sowohl für individuelle als auch für soziale Prozesse zur Förderung und Initiierung sozialer Ressourcen“ (Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 112). Zudem entsteht durch die Gruppenintervention ein Schutzraum für Kinder psychisch kranker Eltern, in dem sie sich sicher und zugehörig fühlen (vgl. ebd.). Dadurch wird es leichter, offen über Erfahrungen rund um das Thema psychische Erkrankungen zu sprechen und Strategien zur Bewältigung von damit einhergehenden Problemen auszutauschen (vgl. ebd.). Eine Intervention soll den Kindern dabei helfen, mit Stresskumulation und den daraus resultierenden Belastungen umzugehen (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 102). Wie sich bestimmte Bewältigungsstrategien für konkrete Situationen eignen, soll in diesem Rahmen erlernt und schrittweise in den Alltag übertragen werden (vgl. a.a.O., S. 103). Um die Angemessenheit einer Strategie absehen zu können, bedarf es im Voraus einer Einschätzung der Situation, dem Abwägen der Bewältigungsmöglichkeiten und ihrer Konsequenzen (vgl. ebd.). Dazu sollen die vorhandenen Bewältigungsstrategien um möglichst viele weitere ergänzt werden (vgl. a.a.O., S. 103). „Wirksames Bewältigungshandeln verbessert die Anpassungsfähigkeit der Kinder in akuten Belastungen und versetzt sie in die Lage, mit den situativen Anforderungen besser umgehen zu können“ (a.a.O., S. 100).

Inbesondere für diejenigen Kinder in der Familie, die keine behandlungsrelevanten Störungen aufweisen, sollten präventive familienorientierte Interventionen empfohlen werden (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 99).

Hierin wird der präventive Charakter der Intervention deutlich. Sie greift noch bevor sich Störungsbilder oder Auffälligkeiten bei den Kindern entwickelt haben. Dadurch umgeht sie auch eine vorhergehende Diagnostik und vermeidet eine Pathologisierung.

6.4 Zwischenfazit

Zu Beginn dieses Kapitels wurde erwähnt, dass Kinder psychisch kranker Eltern ein offenes Gesprächsklima in der Familie und sich zur Erreichung dessen professionelle Unterstützung wünschen (vgl. Schmid et al. 2008, Sommer et al. 2001 zit. n. Kölch, Schmid 2014, S. 131). Dieser Wunsch lässt sich nachvollziehen, wenn man bedenkt, dass immerhin ungefähr die Hälfte der Kinder psychisch kranker Eltern in der Familie nicht über die Erkrankung der Eltern redet (vgl. Sollberger 2012 zit. n. Lenz, Wiegand-Grefe

2017, S. 6). Damit sind Tabuisierung und Kommunikationsverbote aktuelle und konkrete Probleme dieser Kinder. Auch viele Eltern äußern den Wunsch mit ihren Kindern über ihre Erkrankung zu sprechen (vgl. Sollberger 2000 zit. n. Kölch, Schmid 2014, S. 131). Die Thematisierung fällt ihnen jedoch schwer, weil sie verunsichert und überfordert sind (vgl. ebd.). Es zeigt sich, dass sich in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil beidseitig professionelle Unterstützung bei der Thematisierung der psychischen Erkrankung gewünscht wird. Bei Interventionen sollten Fachleute lediglich eine Unterstützung bleiben und die Familie stärken und befähigen, ihre Probleme selbst zu lösen. Denn „(am) allermeisten können dabei die Eltern selbst für die Kinder tun; Fachleute können nur eine beratende und unterstützende Rolle spielen“ (Mattejat 2014, S. 91). Dies entspricht auch dem Interventionsansatz der Ressourcenaktivierung, bei dem ein wichtiger Punkt die Stärkung der familiären Ressourcen ist.

Bereits in Kapitel 3.1 wurde deutlich, welche Auswirkungen ein Unwissen um und ein Nicht-Thematisieren der elterlichen psychischen Erkrankung für die Kinder haben. Wie in Kapitel 2.3 und 6.2 erläutert, ist ein offener und aktiver Umgang mit der psychischen Erkrankung in der Familie ein protektiver Faktor für die Entwicklung des Kindes (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 39). Einen ebenso bedeutsamen Schutzfaktor stellt ein Wissen der Kinder über die Erkrankung der Eltern dar (vgl. a.a.O., S. 38). Deshalb wurde in Kapitel 6.2 die Relevanz von Krankheitsverstehen noch einmal verdeutlicht. Interessant ist dabei, dass nicht nur Kinder von einer Aufklärung profitieren, sondern dass auch Erwachsene durch sie Entlastung erfahren können (vgl. Mattejat 2014, S. 72). Darin liegt auch der Ansatz der psychoedukativen Familienintervention, die nachweislich psychopathologische Symptome und die Zahl der Rückfälle der teilnehmenden Eltern verringert (vgl. McFarlane 2002 zit. n. Berger 2004, S. 3; Pitschel-Walz et al. 1996 zit. n. Berger 2004, S. 2).

Ein Interventionsansatz, der diese Erkenntnisse miteinander verbindet, ist die präventive familienorientierte Interventionsform. Durch sie sollen Ressourcen aktiviert werden, die situationsangemessene Bewältigungsmöglichkeiten der Kinder und damit ihr Bewältigungshandeln verbessern (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 102). Gleichzeitig geht es darum, eine offene Kommunikation in den Familien anzuregen und soziale Unterstützung von außen zu mobilisieren (vgl. a.a.O., S. 105 f. u. 99). Zudem bringt die Arbeit in Gruppen in der Intervention bei Familien mit psychisch kranken Elternteilen, wie in 6.3 beschrieben, einige positive Effekte mit sich (vgl. a.a.O., S. 112). Damit scheint

die präventive familienorientierte Intervention ein vielversprechender Ansatz zur Unterstützung dieser Familien zu sein. Aber wie gestaltet sich eine Intervention in der Praxis? Lassen sich die Erkenntnisse über wirksame Interventionsansätze auch im Kidstime Workshop wiederfinden? Und wie ist die praktische Umsetzung dessen gelungen? Lassen sich Nachweise für seine Wirksamkeit erbringen?

7 Der Kidstime Workshop

In diesem Kapitel soll der Kidstime Workshop umfassend dargestellt werden und die folgenden Fragen bearbeitet werden: Wie ist der Kidstime Workshop entstanden? Was sind seine Grundlagen, Interventionsansätze und Ziele? Wie gestaltet sich der Workshop in Rotenburg in der Praxis? Wie fallen die Rückmeldungen der Teilnehmenden aus? Zur Beantwortung werden die Geschichte, das Konzept und die praktische Umsetzung des Kidstime Workshops aufgeführt. Da dieser vom Konzept der Multifamilientherapie inspiriert ist, soll dieses im nächsten Kapitel dargestellt werden. Daraufhin wird die Theorie des ursprünglichen Kidstime Workshops aus London vorgestellt. Im Fokus dieses Kapitels stehen die Ziele und die Umsetzung des Kidstime Workshops am Agaplesion Diakonieklinikum in Rotenburg. Mit dem Wissen um die Multifamilientherapie und die Entstehung des Workshops, sollen dessen Ziele und Grundgedanken vorgestellt werden. Mithilfe einer Auswertung von Fragebögen soll die Effektivität des Workshops und der Nutzen für Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Familien überprüft werden. Die Ergebnisse der Untersuchung werden in diesem Kapitel diskutiert und auf Grundlage des Wissens um die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern ausgewertet. Aber zunächst einmal der Ursprung des Kidstime Workshops:

Der *Kidstime Workshop* ist im Jahr 1999 in London in England entstanden, nachdem Peter Bishop feststellte, dass sich alle bisher existierenden Interventionen für Familien mit psychisch kranken Eltern ausschließlich um die Bedürfnisse der Eltern drehten, während die Kinder als vulnerable Gruppe weiterhin übersehen werden (vgl. Bishop et al. 2002 zit. n. Cooklin et al. 2012, S. 14). Der Name „Kidstime“ war der Vorschlag einiger teilnehmender Kinder, und sollte den Fokus der Intervention auf die Kinder verdeutlichen (vgl. Cooklin et al. 2012, S. 14). Der Kinder- und Jugendpsychiater Alan Cooklin und sein Team haben dieses Projekt am Marlborough Family Service, später am St Pancras Hospital und nun am Anna-Freud-Centre umgesetzt und weiterentwickelt (vgl. Spierling

2018, S. 36). Das Team des Kidstime Workshops bediente sich an Arbeitsweisen aus der Multifamilienarbeit und der Gruppenarbeit und kombinierte diese miteinander (vgl. Cooklin et al. 2012, S. 18). Bei der Umsetzung macht auch der Kidstime Workshop in Rotenburg Gebrauch von Elementen der Multifamilientherapie (vgl. Spierling 2016, S. 60). Deswegen wird diese im Folgenden vorgestellt und die Vorzüge von Mehrfamilien- gruppe verdeutlicht.

7.1 Multifamilientherapie

In der Multifamilientherapie werden „psychodynamische, verhaltenstherapeutische und psychodramatische Ansätze im Rahmen von systemischer Arbeit effektiv miteinander kombiniert“ (Asen 2017, S. 24). Kerngedanken waren zunächst die Stärkung der eigenen therapeutischen Potenziale der Patient*innen, eine Aufhebung der Hierarchie in der Interaktion von Therapeut*in und Patient*in und der Einbezug von Angehörigen (vgl. Asen 2017, S. 21). Dieser Einbezug der Angehörigen kann als eine Art Aktivierung der familiären und sozialen Ressourcen verstanden werden, wie sie in Kapitel 6.1 beschrieben wurden. Die Teilnehmenden sollten befähigt werden „für sich selbst und füreinander therapeutische Funktionen zu übernehmen“ (ebd.). Die Methoden und Techniken der Multifamilientherapie sind größtenteils durch die systemische Therapie geprägt und teilweise von der Tiefenpsychologie beeinflusst (vgl. Asen, Scholz 2012, S. 18). Die zentrale Besonderheit der Multifamilientherapie ist die Zusammensetzung der Gruppe aus mehreren Familien, welche spezifische gruppentherapeutische Wirkfaktoren mit sich bringt (vgl. Yalom 2007; Coughlin, Wimberger 1968; Behr 1996; Tschuschke 2001 zit. n. Asen, Scholz 2012, S. 18). Hierzu zählen beispielsweise das gegenseitige Unterstützen und Kritisieren der verschiedenen Familien (vgl. Asen, Scholz 2012, S. 18). Dabei können dieselben Problemlagen bei anderen Familien differenzierter betrachtet und somit auch verschiedene und neue Perspektiven miteingebracht werden (vgl. a.a.O., S. 15).

Diese aktive Einbeziehung der Familie bei der Wahrnehmung des gleichen Problems bei ihrem Gegenüber stärkt auch das eigene Selbstwertgefühl. Das macht Familien offener für die Wahrnehmung und Veränderung derselben Schwierigkeiten bei sich selbst. (Asen, Scholz 2012, S. 15)

Ein weiterer Effekt ist, dass die Teilnehmenden merken, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine sind und andere Familien dieses Leid ebenfalls kennen (vgl. Asen, Scholz 2012, S. 19). Dabei kann ein Gefühl von Solidarität zwischen den Teilnehmenden

entstehen (vgl. a.a.O., S. 20). Diese Erfahrung kann einer Isolierung entgegenwirken und Hoffnung und Mut auf Veränderung spenden (vgl. a.a.O., S. 19). Die Voraussetzung für einen offenen Austausch in der Gruppe ist eine respekt- und verständnisvolle Atmosphäre (vgl. a.a.O., S. 15).

Der Zugang zu den Kindern gelingt in der Multifamilientherapie hauptsächlich über das Spielen. „Kinder offenbaren und erleben ihre Ideen und Gefühle kreativ im Spiel, denn im Spiel ist (fast) alles möglich und erlaubt“ (Asen 2017, S. 23). Das Spiel fördert zudem die Vorstellungskraft und lässt magisches Denken zu. So können Situationen beliebig verändert werden und kreative Lösungen für scheinbar ausweglose Problemlagen gefunden werden (vgl. a.a.O., S. 24). „In der Multifamilientherapie wird das Potenzial des Spielens bewusst genutzt“ (ebd.). Durch das gemeinsame Spielen während der Multifamilientherapie werden zudem Interaktionsmuster der Familien erkennbar, welche durch das Spiel zu Veränderung angeregt werden können (vgl. ebd.). Inwiefern sich die Multifamilientherapie in der Praxis des Kidstime Workshops niederschlägt, soll in Kapitel 7.3.2 anhand einer Methode veranschaulicht werden.

7.2 Ziele und Grundgedanken des Londoner Kidstime Workshops

Es gilt zu betonen, dass der Kidstime Workshop sich trotz der multifamilientherapeutischen Elemente nicht als Therapie versteht (vgl. Cooklin et al. 2012, S. 18). Vielmehr sollen die Workshops ein freudiges Aufeinandertreffen, ein „social event“ (a.a.O., S. 20) sein, bei dem zusammen gespielt und gegessen, aber auch Neues gelernt wird (vgl. ebd.). Dieses „Event“ ist ein Angebot für Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen, das monatlich stattfindet (vgl. a.a.O., S. 14). Fokus des Workshops ist es, den Teilnehmenden Wissen über psychische Erkrankungen zu vermitteln (vgl. a.a.O., S. 18). Während der Beginn und das Ende des Workshops in der Multifamiliengruppe stattfinden, werden die Eltern und Kinder in der Mittelphase getrennt (vgl. Cooklin et al. 2012, S. 14). In dieser Phase wird in der Gruppe der Kinder gespielt und dabei ein Austausch über ihr Familienleben angeregt, woraufhin dieses in einem Theaterstück nachgespielt und gefilmt wird (vgl. ebd.). Der spielerische Charakter gleicht dem in der Multifamilientherapie. Er verhindert, dass die Kinder sich durch die Intervention selbst als krankhaft wahrnehmen und lässt auch Anerkennung dafür zu, dass

die Kinder in ihren Familien teilweise viel Verantwortung in ihren Familien übernehmen (vgl. a.a.O., S. 20).

Whilst from both a research and clinical perspective it is evident that the parents' mental health, the parent-child relationship, and the child's well-being/mental health and development will all impact on each other, and also be each influenced by other factors (in the family, cultural, social environment or in individuals' physical health), mental health services rarely represent this interacting process both in the way they are structured and operate. (Cooklin et al. 2012, S. 19)

Das Team um Alan Cooklin, das den Kidstime Workshop in London durchführt, kritisiert, dass erwiesene Wechselwirkungen im Familiensystem und andere Einflussfaktoren auf dieses im Versorgungssystem psychisch kranker Menschen weitgehend ignoriert werden (vgl. ebd.). Sie haben deswegen in ihrer Intervention einen ganzheitlichen Blick gewählt, der alle Familienmitglieder und ihre Wechselwirkungen in Krankheitsbild, Beziehungen und der Entwicklung mitdenkt.

Im Laufe der Entwicklung des Kidstime Workshops haben sich dabei sechs zentrale Ziele entwickelt: (1) sollen die Kinder durch die Teilnahme an dem Workshop altersentsprechende Erklärungen für die elterliche Erkrankung und das dadurch beeinflusste Verhalten der Eltern erlangen (vgl. Cooklin et al., S. 12). Dabei sollen (2) die Ängste und Befürchtungen und das Unwissen der Kinder bezüglich psychischer Erkrankungen und ihrer Behandlung ernst genommen und thematisiert werden (vgl. ebd.). (3) soll den teilnehmenden Eltern dabei geholfen werden, im Gespräch mit ihren Kindern über ihre psychische Erkrankung und die Folgen dieser zu reden (vgl. ebd.). Zudem soll den Eltern (4) dabei geholfen werden, sich selbst in der Erziehung wieder oder erstmals als kompetent zu erfahren und diesbezüglich mehr Selbstvertrauen zu entwickeln (vgl. ebd.). Das soll (5) dazu führen, dass die Kinder die Interaktion mit ihren Eltern positiver wahrnehmen (vgl. ebd.). (6) Das letzte Ziel ist, dass die Kinder ermutigt werden sollen ihren kindlichen Bedürfnissen nachzugehen und sich in Spiel und Spaß auszutoben (vgl. ebd.).

Zudem hat der Kidstime Workshop das Ziel einer Über-Identifikation der Kinder mit ihrem psychisch erkrankten Elternteil entgegenzuwirken (vgl. Cooklin et al. 2012, S. 19). Dazu soll während des Workshops der Dialog und Austausch zwischen den Eltern und Kindern angeregt werden, damit es zu einem gegenseitigen Verstehen kommen kann (vgl. Cooklin et al., S. 19). Für eine offene Kommunikation müssen Redeverbote in den Familien durchbrochen werden (vgl. ebd.).

Im Kidstime Workshop haben Eltern und Kinder sowohl gemeinsam in einer Multifamiliengruppe als auch in getrennten Gruppen die Chance, psychische Erkrankungen auf verschiedene Arten zu thematisieren (vgl. Cooklin et al. 2012, S. 18).

Thus the format replicates a variety of contexts in which family members may experience each other, experience separation from each other, plus what is likely to be the unfamiliar experience of the multi-family context. (a.a.O., S. 20)

In der Multifamiliengruppe des Kidstime Workshops treffen Personen aufeinander, die sich auf Basis der eigenen Erfahrungen über die Bedeutung und Auswirkungen von psychischen Erkrankungen für die Kinder und die Familie, austauschen können (vgl. Cooklin et al. 2012, S. 18). Die teilnehmenden Familienmitglieder unterschiedlicherer Altersstufen bekommen die Gelegenheit sich miteinander auszutauschen und anzufreunden (vgl. ebd.). Es sind auch Freundschaften zwischen den Familien und den Generationen möglich (vgl. ebd.). Gerade für die psychisch erkrankten Erwachsenen kann das Zusammentreffen mit anderen Eltern, die sich in einer ähnlichen Situation befinden, Isolierungstendenzen entgegenwirken: „...being together with other parents who may share similar experiences, but are specifically in the role of parents, tends to encourage peer support rather than isolation“ (Cooklin et al. 2012, S. 21). In der Multifamiliengruppe treten die Erwachsenen im Gegensatz zu psychiatrischen Interventionen nicht in der Rolle der Patient*innen, sondern in ihrer Elternrolle auf (vgl. ebd.). Es zeigt sich, dass die psychisch kranken Eltern sich eher über diese Rolle miteinander solidarisieren als im Psychatriekontext als Patient*innen (vgl. ebd.). Viele Eltern, die am Londoner Kidstime Workshop teilnahmen, berichteten, dass sie sich seit der Teilnahme besser fühlen würden, da sie weniger Schuldgefühle hätten und mehr Stolz gegenüber ihren Kindern empfinden (vgl. a.a.O., S. 19). Die Rückmeldungen der Teilnehmenden sollen in Kapitel 7.3.3 ausführlich dargestellt werden. Zunächst soll geschaut werden, was den Kidstime Workshop in Deutschland ausmacht.

7.3 Der Kidstime Workshop in Deutschland

Im ländlichen Raum sind Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen besonders stark von Unterversorgung betroffen (vgl. Spierling 2016, S. 63). So kommt es auch, dass „im überwiegend dörflich strukturierten Landkreis Rotenburg an der Wümme mit ca. 180.000 Einwohnern“ (Spierling 2018, S. 38), schätzungsweise 5.000 bis 6.000 Kinder und Jugendliche betroffen sind (vgl. ebd.). Die Mitarbeiter*innen des Sozialpädiatrischen

Zentrums am Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg trafen bei ihrer Arbeit immer wieder auf Kinder psychisch kranker Eltern, die von der vorliegenden Situation stark belastet und in ihrer Entwicklung gefährdet waren (vgl. Spierling 2016, S. 63). Auch der Erwachsenenpsychiatrie des Diakonieklinikums fielen einige Fälle von Unterversorgung der Kinder der Patient*innen auf (vgl. ebd.). Deshalb wurde im März 2015 der Kidstime Workshop am Agaplesion Diakonieklinikum in Rotenburg ins Leben gerufen und ist damit der erste seiner Art in Deutschland (vgl. Spierling 2016, S. 54).

Dabei wurde als Interventionsform der Kidstime Workshop gewählt, um „ein eigenes Projekt außerhalb des überwiegend kurativ ausgerichteten Gesundheitssystems anzubieten“ (Spierling 2016, S. 64) und dies niedrigschwellig und präventiv zu tun (vgl. ebd.). Dieser Ansatz beinhaltet zum Beispiel, die Kinder in der Zusammenarbeit vor einer Pathologisierung durch Zuschreibung von krankhaften Symptomen durch sich selbst oder durch andere, zu schützen (vgl. Spierling 2016, S. 64). Deswegen stellt der Kidstime Workshop ein „Projekt außerhalb des überwiegend kurativ ausgerichteten Gesundheitssystems“ (vgl. ebd.) dar. Das Projekt orientiert sich stark an dem Londoner Kidstime Workshop und hat in Anlehnung an dessen Konzept, eigene Ziele formuliert, welche im hierauf folgenden Kapitel vorgestellt werden (vgl. Spierling 2016, S. 65).

Das Projekt läuft über die frühen Hilfen des Jugendamtes des Landkreises Rotenburg (vgl. a.a.O., S. 64). Die Vermittlung der betroffenen Familien an die Mitarbeiter*innen des Kidstime Workshops erfolgt entweder über das Sozialpädiatrische Zentrum oder die Erwachsenenpsychiatrie des Agaplesion Diakonieklinikums Rotenburg, wo interessierte Familien mit einem oder zwei psychisch erkrankten Elternteil sich freiwillig und eigenständig melden können (vgl. Spierling 2016, S. 66). Vereinzelt erfolgt der Zugang auch über die Schule oder das Jugendamt (vgl. ebd.). Neue Familien können nach einem kurzen Vorgespräch jederzeit in das laufende Projekt einsteigen (vgl. ebd.). Durchgeführt wird das Projekt in Rotenburg von einem multiprofessionellen Team, das Schulungen zu Kidstime und zu Theaterarbeit besucht hat (vgl. a.a.O., S. 65). Es besteht eine Kooperation mit der Kidstime-Foundation in London (vgl. Spierling 2018, S. 38).

7.3.1 Ziele und Prämissen des Kidstime Workshops in Rotenburg

Der Kidstime Workshop enthält Elemente der Systemischen Therapie, der Multifamilien-therapie, der Theaterpädagogik und der kreativen Kindertherapie (vgl. Spierling 2016, S.

60). Aus der Systemischen Therapie wird „die Haltung der Wertschätzung und der Orientierung an Ressourcen und Fähigkeiten“ (Spierling 2016, S. 60) und Methoden, wie die Skulpturarbeit (vgl. Asen, Scholz 2012 zit. n. Spierling 2016, S. 61) übernommen. In der Multifamilienarbeit wird die Einzelfamilientherapie mit der Gruppenarbeit kombiniert (vgl. Spierling 2016, S. 61). Dabei sollen auch verschiedene Wechselwirkungen beachtet werden:

In dem gemeinsamen Workshop-Kontext geht es nicht nur um die Auswirkungen elterlicher psychischer Erkrankung auf die Kinder, sondern auch um die kindliche Reaktion hierauf und die daraus entstehenden Rückkopplungen innerhalb der Familien sowie den Wechselwirkungen zwischen Familie und erweitertem sozialen Umfeld. (Spierling 2016, S. 61)

Der Kidstime Workshop in Rotenburg hat zum Ziel bei den Eltern für Entlastung und das Gefühl von Gemeinsamkeiten bezüglich ihrer Situation zu sorgen (vgl. a.a.O., S. 64). Zudem soll die Vernetzung unter den Familien gefördert, die Kommunikation angeregt und damit die vorherrschende Tabuisierung durchbrochen werden (vgl. ebd.). Für eine offene Kommunikation über die psychische Erkrankung eines Elternteils bedarf es an Krankheitswissen. Dieses bekommen die Kinder von den Mitarbeiter*innen des Kidstime Workshops vermittelt (vgl. ebd.).

Dabei stehen altersentsprechende Erklärungen zu psychischer Erkrankung, Kontakt zu Kindern und Jugendlichen in ähnlicher Lage sowie spielerische und kreative Möglichkeiten, Gefühle auszudrücken, im Mittelpunkt. (Spierling 2018, S. 35)

Durch die Intervention sollen die Bedürfnisse der Kinder in den Familien mehr wahrgenommen und berücksichtigt werden (vgl. Spierling 2016, S. 64). Dazu sollen die Kinder lernen, ihre Bedürfnisse, auch die kindlichen nach Spiel und Spaß, und Gefühle mitzuteilen und auszuleben (vgl. a.a.O., S. 64 f.). Das Formulieren und Ausdrücken von Gefühlen üben die Kinder hauptsächlich über das Entwickeln eines Theaterstücks und die abschließende Reflexionsrunde mit allen Teilnehmenden des Workshops (vgl. Spierling 2018, S. 41). Außerdem sollen sie im Workshop lernen Beziehungen in ihrem sozialen Umfeld aufzubauen und damit einer Isolation entgegenwirken (vgl. Spierling 2016, S. 64 f.). Dies alles dient der Stärkung der Resilienz der Kinder (vgl. Spierling 2016, S. 64; Spierling 2018, S. 38). Ein zentraler Aspekt im Kidstime Workshop ist dabei der Austausch über ihre Situationen unter den verschiedenen Familien (vgl. Spierling 2016, S. 61). Das Teilen von ähnlichen Problemen und Konflikten miteinander ist die Basis für

das Erleben von Solidarität (vgl. ebd.). Gerade in Anbetracht von gesellschaftlicher Stigmatisierung, Tabuisierung und der darauffolgenden Annahme der Betroffenen, sie wären alleine mit ihren Problemen, kann diese Offenheit eine Erleichterung für die Teilnehmenden darstellen, das gegenseitige Unterstützen und Lernen anregen und das Selbstwertgefühl stärken (vgl. ebd.). Selbstwirksamkeit erfahren die Teilnehmenden beim Geben von Ratschlägen an andere Familien (vgl. Asen, Scholz 2012 zit. n. Spierling 2016, S. 61). Die daraus gewonnenen Erkenntnisse können sie gegebenenfalls auch auf sich selbst anwenden (vgl. ebd.). Für die spielerische Gestalt des Kidstime Workshops sorgen Elemente aus der Theaterpädagogik und der kreativen Kindertherapie (vgl. Spierling 2016, S. 62). Sie werden vor allem bei der Entwicklung der Kurzgeschichten genutzt und bieten die „Möglichkeit, alternative Geschichten und Narrative zu entwerfen, durch die die Kinder und Jugendlichen Kontrolle und Selbstwirksamkeit erleben können“ (ebd.). Kreative Kindertherapie versteht sich als lösungs- und ressourcenorientierte, systemische, hypnotherapeutische und psychomotorische Intervention (vgl. Vogt-Hillmann, Burr 2001, S. 9). „Neugier, Kreativität und Lernbereitschaft, magisches Denken und Imaginationsfähigkeit als natürliche Aspekte kindlicher und jugendlicher Entwicklung können kreativ genutzt werden“ (Vogt-Hillmann, Burr 2001, S. 8). Durch Kreativität und Fantasie eröffnen sich neue Handlungsmöglichkeiten, die den Kindern Selbstvertrauen vermitteln (vgl. Spierling 2016, S. 62). Inwiefern die Umsetzung all dieser Ziele in der Praxis gelingt, soll anhand der Auswertung von Fragebögen in Kapitel 7.3.3 untersucht werden. Doch zunächst soll geschaut werden, wie der Kidstime Workshop sich in der Praxis gestaltet. Wie ist der spezifische Ablauf eines Workshops? Und wie lassen sich die eben formulierten Ziele in der Praxis wiederfinden?

7.3.2 Die praktische Umsetzung des Kidstime Workshops

Der Kidstime Workshop in Rotenburg findet wie in London einmal im Monat statt und wird von einem multiprofessionellen Team angeleitet (vgl. Spierling 2016, S. 59 f.). Zu Beginn spricht die gesamte Gruppe, alle teilnehmenden Familien und die Mitarbeiter*innen, gemeinsam über das Thema psychische Erkrankung und macht dazu einige Übungen (vgl. Spierling 2016, S. 60). Danach wird die Gruppe in Eltern und Kinder aufgeteilt (vgl. ebd.). In der Gruppe der Kinder werden zur Aufwärmung einige Spiele gespielt (vgl. ebd.). Danach werden die Kinder ermutigt aus ihrem Alltag zu

erzählen und ihre Erlebnisse gemeinsam in einem Theaterstück spielerisch wiederzugeben, welches von den Mitarbeiter*innen gefilmt wird (vgl. Spierling 2016, S. 60). In der Elterngruppe werden zur gleichen Zeit verschiedene Themen, wie beispielsweise „Stressmanagement“ (a.a.O., S. 65) und der „Umgang mit Alltagskonflikten“ (ebd.) miteinander besprochen. Dabei soll immer auch die Rolle und die Bedürfnisse der Kinder mitgedacht und thematisiert werden (vgl. ebd.). Hiernach wird gemeinsam in der Mehrfamiliengruppe Pizza gegessen und das Rollenspiel der Kinder auf Video angeschaut (vgl. Spierling 2016, S. 60). Dieses wird gemeinsam besprochen und reflektiert (vgl. ebd.). Die Themen der Theaterstücke betreffen oftmals die elterlichen psychischen Erkrankungen, welche, da sie von den Kindern und Jugendlichen selbst entwickelt und gespielt werden, „einen unmittelbaren Bezug zu dem Erleben der Kinder und Jugendlichen aufzeigen“ (a.a.O., S. 68). Die Elemente der Theaterpädagogik ermöglichen den Kindern ihre Emotionen auszudrücken und sich eigene Geschichten auszudenken (vgl. Spierling 2018, S. 38). Zur Reflexion der Rollenspiele in der Mehrfamiliengruppe wird die Methode „Innenkreis und Außenkreis“ (vgl. Spierling 2016, S. 71) genutzt. *Innenkreis und Außenkreis* ist eine Basismethode der Multifamilientherapie, nach welcher die Gruppe in einen Innen- und einen Außenkreis aufgeteilt wird (vgl. Asen, Scholz 2012, S. 50 f.). Die sich im Außenkreis befindlichen Personen nehmen eine beobachtende Rolle ein, während der Innenkreis mit der Reflektion des gesehenen Videos beginnt (vgl. ebd.). Daraufhin werden die Rollen getauscht und der jetzige Innenkreis beginnt die Aussagen der vorigen Runde zu reflektieren (vgl. Asen, Scholz 2012, S. 51). Dieser Vorgang kann beliebig oft wiederholt werden (vgl. ebd.). Es wird davon ausgegangen, dass die im Außenkreis befindlichen Personen andere Dinge wahrnehmen als die Personen, die sich aktiv unterhalten (vgl. a.a.O., S. 50). Diese Methode soll eine „zirkuläre Form“ (vgl. a.a.O., S. 51) der Interaktion erschaffen und den Teilnehmenden die Unterschiede der beobachtenden und der aktiven Rolle verdeutlichen (vgl. ebd.). Durch eine Kombination der Selbstreflexion und der Reflexion der anderen Teilnehmenden in der Multifamilientherapie können neue Perspektiven und Lösungsansätze entwickelt werden, die nicht von der*m Therapeut*in angeboten werden, sondern aus der Gruppe selbst kommen (vgl. Asen 2005 zit. n. Asen, Scholz 2012, S. 19). Die professionellen Mitarbeiter*innen des Kidstime Workshops geben sich nicht hierarchisch, sodass eine Begegnung auf Augenhöhe ermöglicht wird (vgl. Spierling 2016, S. 62 f.). Lösungsvorschläge sollen aus der

Gruppe heraus kommen, die Aufklärung über psychische Erkrankungen sollen prozesshaft und unter Einbezug der Teilnehmenden mit ihrem Wissen und ihren Erfahrungen, geschehen (vgl. ebd.).

An dieser Stelle sind die Sicht der Teilnehmenden und deren Einschätzung der tatsächlichen Wirkung des Kidstime Workshops relevant. Wie empfinden sie die Intervention? Gibt es einen Lerneffekt? Kann das Schweigen über psychische Erkrankungen in der Familie durch den Workshop gebrochen werden? Um diese Fragen beantworten zu können, wurden seit Einführung des Kidstime Workshops in Rotenburg Fragebögen an die Teilnehmenden verteilt. Ihre Auswertung soll im folgenden Kapitel dargelegt werden.

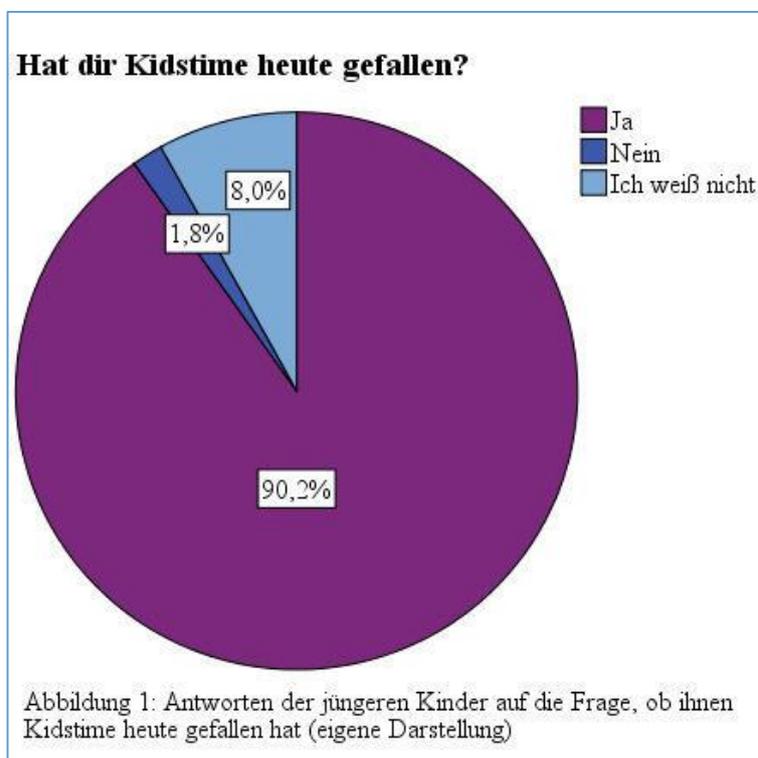
7.3.3 Darstellung und Evaluation der Fragebögen

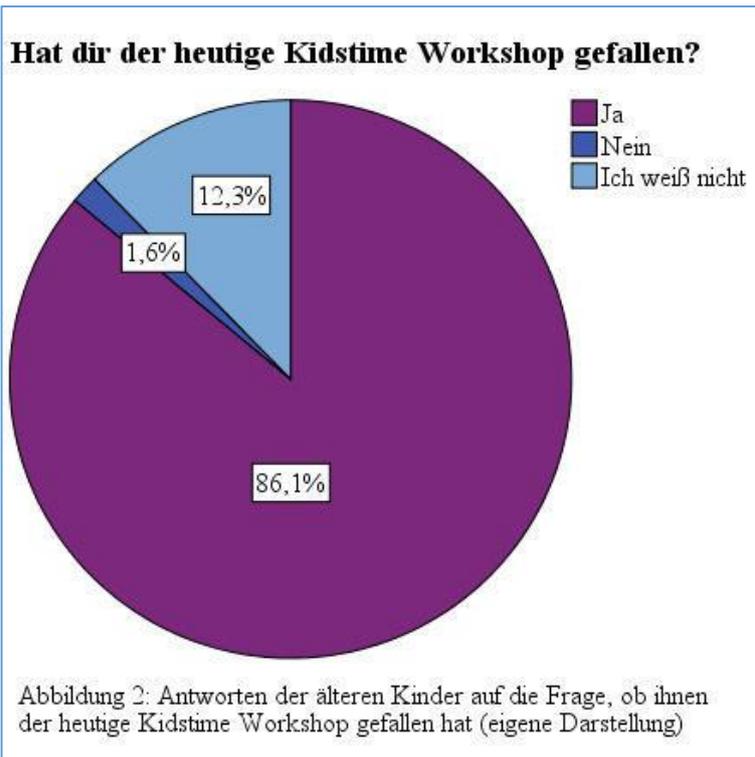
Seit Beginn der Intervention im März 2015 wurden nach jedem Workshop von den Teilnehmenden Feedbackfragebögen ausgefüllt (vgl. Spierling 2016, S. 66). Die Fragebögen zur Evaluation wurden vom Londoner Kidstime Workshop übernommen und unterscheiden sich je nach Alter der Teilnehmenden (vgl. ebd.). So gibt es einen für die Eltern, einen für Kinder bis elf Jahre und einen für Kinder, die älter als elf sind. Im Folgenden werden die unter elfjährigen Kinder als die jüngeren Kinder und die Kinder, die älter als elf Jahre alt sind als die älteren Kinder bezeichnet. Die Eltern werden als Erwachsene oder die erwachsenen Teilnehmenden bezeichnet. Einige Fragen gleichen sich und sind lediglich in Bezug auf das Sprachniveau an das Alter angepasst. Insgesamt gibt es drei ähnliche Fragen, die sich „auf die Zufriedenheit mit dem jeweiligen aktuellen Workshop-Verlauf, darauf, ob neue Lernerfahrungen zum Thema psychischer Erkrankung enthalten waren, und darauf, ob derjenige/diejenige auch am nächsten Workshop teilnehmen möchte“ (Spierling 2016, S. 68) richten. Die älteren Kinder und die Erwachsenen wurden zusätzlich dazu befragt, ob ihnen der Workshop bei der Kommunikation über psychische Erkrankungen behilflich wäre. Die Antwortmöglichkeiten waren jeweils „Ja“, „Nein“ und „Ich weiß nicht“. Außerdem konnten alle Teilnehmenden zwei Felder damit ausfüllen, was ihnen am heutigen Kidstime Workshop am besten und was am wenigsten gefallen hat. Diese qualitativen Antworten werden in dieser Arbeit nicht ausgewertet und bieten sich als Gegenstand für eine weitere Auseinandersetzung an. Die Auswertung der qualitativen Antworten könnte in einer weiteren Arbeit angegangen werden.

Im Folgenden werden die einzelnen Fragen vorgestellt und die Ergebnisse vom Zeitraum März 2015 bis Dezember 2017, unterteilt in die drei Altersgruppen, präsentiert. Ausgewertet wurden insgesamt 454 Fragebögen. Davon wurden 112 von teilnehmenden Kindern, die jünger als elf Jahre alt sind ausgefüllt, 124 von über elfjährigen Kindern und 218 Fragebögen haben die erwachsenen Teilnehmenden ausgefüllt. Die Überschriften der Abbildungen entsprechen den gestellten Fragen der jeweiligen Altersgruppen. Eine beispielhafte Ansicht der unausgefüllten Fragebögen findet sich im Anhang. Die folgenden Abbildungen wurden mit der Software SPSS erstellt.

1) Die Zufriedenheit der Teilnehmenden mit dem Kidstime Workshop

Die erste Frage richtet sich nach der Zufriedenheit der Teilnehmenden mit dem Kidstime Workshop. Die Abbildung 1 zeigt die Antworten der teilnehmenden Kinder, die jünger als elf Jahre alt sind, auf die Frage, ob ihnen der heutige Kidstime Workshop gefallen hat. 90,2 Prozent der Kinder antworteten mit „Ja“, 1,8 Prozent mit „Nein“ und 8,0 Prozent mit „Ich weiß nicht“. Die Auswertung der Beantwortung zeigt, dass eine klare Mehrheit der jüngeren Kinder Gefallen an dem Workshop finden.





Bei den Kindern, die über elf Jahre alt sind und an den Kidstime Workshops teilnahmen, fallen die Zahlen, wie in Abbildung 2 ersichtlich, ähnlich, wenn auch nicht ganz so deutlich wie bei den jüngeren Kindern in Abbildung 2 aus. 86,1 Prozent der älteren Kinder gaben an, dass ihnen der Kidstime Workshop gefallen hat, 1,6 Prozent geben an, dass er ihnen

nicht gefallen habe und 12,3 Prozent sind sich nicht sicher, ob er ihnen gefallen hat. Der Anteil der Kinder, die mit „Ich weiß nicht“ geantwortet hat, ist hier um 4,3 Prozent größer als bei den unter elf-jährigen Kindern. Insgesamt zeigt sich aber eine bejahende Beantwortung dieser Frage bei den älteren Kindern.



Den teilnehmenden Erwachsenen wurde nicht die Frage gestellt, ob ihnen der Kidstime Workshop gefallen hat. Stattdessen wurden sie gefragt, ob sie ihn sinnvoll fanden (siehe Abbildung 3). Hier antworteten ganze 93,5 Prozent mit „Ja“. Nur in 0,5 Prozent der Fälle wurde mit „Nein“ geantwortet und 6,0 Prozent mit „Ich weiß nicht“. Hier zeigt sich sehr

deutlich, dass die meisten Eltern den Kidstime Workshop als sinnvoll erachten.

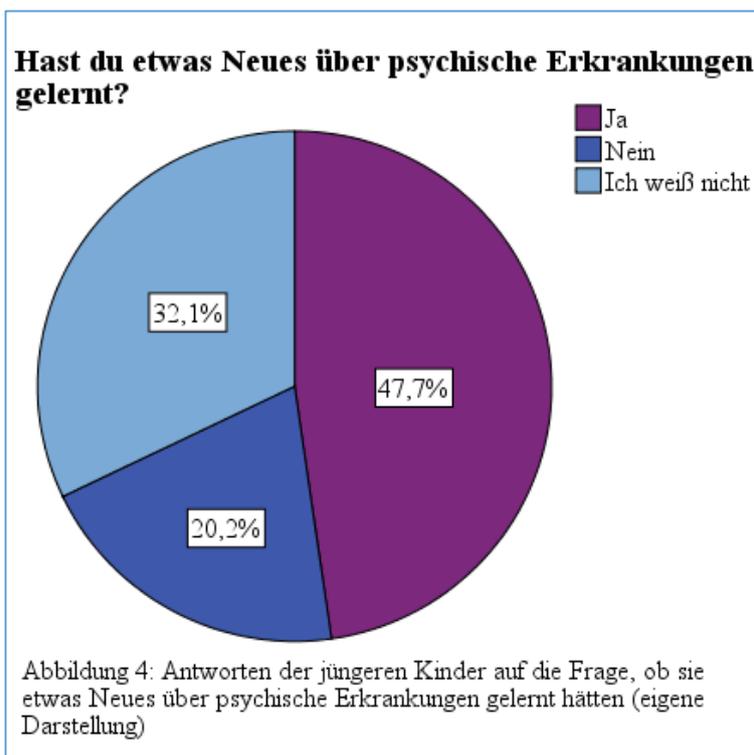
Festzuhalten ist, dass die bisher vorgestellten Fragen jeweils nach einem Workshop ausgefüllt wurden und sich auch jeweils auf diesen beziehen. Das bedeutet, wer mit „Nein“ antwortet, fand vielleicht einen Workshop nicht sinnvoll, aber nicht zwangsläufig die Intervention an sich.

Erkenntnisse

Insgesamt zeigt sich in den Antworten zu dieser Frage, dass der Kidstime Workshop bei allen Alterstufen auf Zustimmung trifft und sie Gefallen daran finden. In allen drei Altersgruppen liegen die Werte mit der Angabe, dass es ihnen gefallen hat oder sie den Workshop sinnvoll fanden, um die 90 Prozent. Schwierigkeiten des Vergleichs treten wegen einer abweichenden Fragestellung bei den Erwachsenen auf. Stellt man den Vergleich trotzdem auf, so fällt auf, dass die älteren Kinder etwas weniger Zustimmung als die anderen Altersgruppen zeigten. Um die Gründe dafür zu ermitteln, wäre eine Auswertung der qualitativen Antworten oder eine erneute Befragung hilfreich.

2) Der Lerneffekt bezüglich psychischer Erkrankungen

Die folgende Frage zielt auf den Lerneffekt der Teilnehmenden hinsichtlich ihrem Wissen um psychische Erkrankungen. Auf die Frage, ob sie beim Kidstime Workshop etwas Neues über psychische Erkrankungen gelernt hätten, antworteten die unter elf-jährigen



Kinder, wie in Abbildung 4 dargestellt, in 47,7 Prozent der Fälle mit „Ja“, 20,2 Prozent mit „Nein“ und 32,1 Prozent mit „Ich weiß nicht“. Damit ist sich knapp die Hälfte der Kinder sicher, dass sie bei dem heutigen Workshop etwas über psychische Erkrankungen gelernt haben, das sie vorher noch nicht wussten.

Hast du heute etwas über psychische Erkrankungen gelernt, was du vorher noch nicht wusstest?

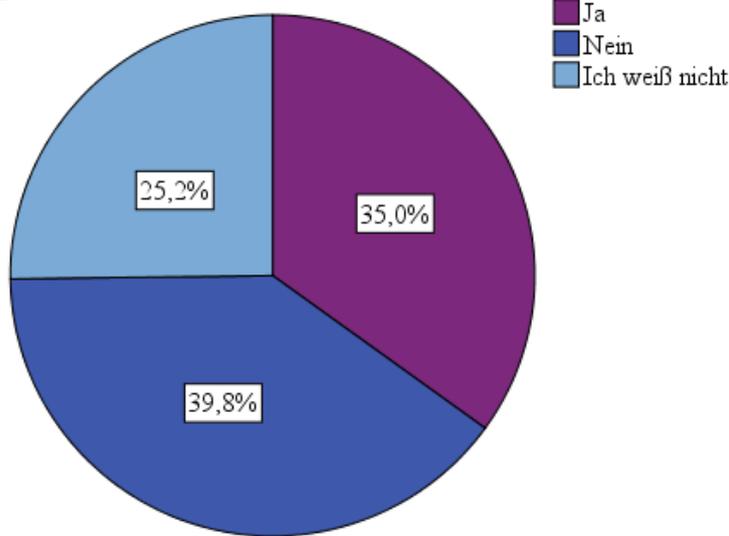


Abbildung 5: Antworten der älteren Kinder auf die Frage, ob sie heute etwas über psychische Erkrankungen gelernt hätten, was sie vorher noch nicht wussten (eigene Darstellung)

Abbildung 5 zeigt, dass bei den älteren Kindern 35 Prozent angaben, dass sie etwas über psychische Erkrankungen gelernt hätten, was sie vorher noch nicht wussten. 39,8 Prozent sind sich sicher, dass sie nichts gelernt haben, während 25,2 Prozent nicht genau wissen, ob sie etwas gelernt haben. Die Ergebnisse der Antworten sind hier nicht ganz

eindeutig. Es lässt sich vermuten, dass der Lerneffekt je nach Vorwissen von Kind zu Kind und von Workshop zu Workshop verschieden ist.

Beinahe genauso viele der teilnehmenden Erwachsenen wie der älteren Kinder, gaben mit 35,5 Prozent an, etwas über psychische Erkrankungen gelernt zu haben. Dahingegen sind sich unter den Erwachsenen mit 48,8 Prozent nahezu die Hälfte ist sich sicher, nichts

Haben Sie heute etwas über psychische Erkrankungen gelernt, was sie vorher noch nicht wussten?

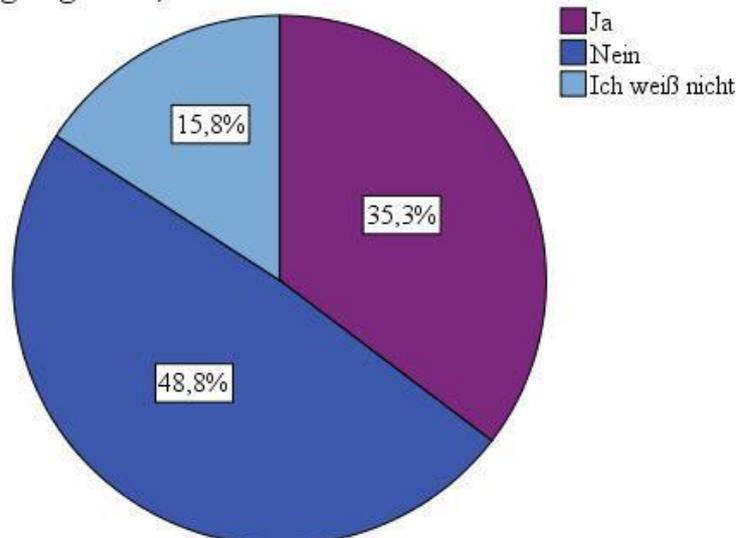


Abbildung 6: Antworten der Erwachsenen auf die Frage, ob sie heute etwas über psychische Erkrankungen gelernt hätten, was sie vorher noch nicht wussten (eigene Darstellung)

gelernt zu haben, was sie vorher noch nicht wussten. 15,8 Prozent antworteten, wie in Abbildung 6 ersichtlich mit „Ich weiß nicht“. Die Mehrheit der Erwachsenen meint also, in den Workshops nichts neues über psychische Erkrankungen zu lernen.

Erkenntnisse

Betrachtet man die Ergebnisse zu dieser Fragestellung scheint es,

als ob der Lerngewinn der Teilnehmenden des Kidstime Workshops mit zunehmenden Alter sinken würde. Über die Gründe hierfür lässt sich nur spekulieren. Eventuell verfügen die Erwachsenen durch ihre Erfahrungen mit Ärzt*innen, Psycholog*innen und Psychiater*innen oder durch sozialarbeiterische, psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen bereits über ein ziemlich breites Vorwissen bezüglich psychischer Erkrankungen. Die Angaben zum Lerneffekt bei den älteren Kindern waren ähnlich zu denen der Erwachsenen. Dies könnte entweder ebenfalls an einem Vorwissen der älteren Kinder liegen oder daran, dass Wissen über psychische Erkrankungen in den Kidstime Workshops nicht effektiv vermittelt wurde. Vielversprechend sind hingegen die Antworten der jüngeren Kinder. Die Aussagen in Abbildung 4 bestätigt mit knapp 50 Prozent einen Lerngewinn bei den jüngeren Kindern. Es erscheint zudem logisch, dass ältere Kinder bereits über ein größeres Wissen verfügen als Jüngere. Zumal dieses Wissen mit der Teilnahme an den Workshops möglichst noch erweitert wird. Eine weitere Überlegung ist, „ob insbesondere in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen das zum Einsatz gebrachte Fragebogenverfahren die tatsächlichen Lernerfahrungen hinreichend erfassen und wiedergeben kann“ (Spierling 2016, S. 73). Eine zusätzliche qualitative Befragung zum Lerneffekt könnte diese These prüfen.

3) Der Einfluss des Kidstime Workshops auf die Kommunikation in der Familie



Diese Frage „Denkst du, dass dir der heutige Workshop helfen wird, in Zukunft mit deiner Familie über psychische Erkrankungen zu reden?“ wurde aufgrund der Komplexität ihres Inhalts, nur den älteren Kindern und den erwachsenen Teilnehmenden gestellt. Die Antworten der Kinder sind in Abbildung 7 dargestellt. Eine knappe



Mehrheit hat mit 38,8 Prozent angegeben, dass sie glauben, dass der Kidstime Workshop ihnen in der Zukunft dabei helfen wird, mit ihrer Familie über psychische Erkrankungen zu reden. 25,8 Prozent der Kinder über elf Jahre, antworteten, dass der Workshop ihnen keine Hilfe in der Kommunikation mit ihrer Familie sei und 35, 8

Prozent sind sich darüber nicht sicher. Von den erwachsenen Teilnehmenden hingegen gab eine klare Mehrheit von 77,8 Prozent an, dass ihnen der Workshop sehr wohl helfen würde, zukünftig mit ihrer Familie über das Thema psychische Erkrankungen zu sprechen (siehe Abbildung 8). Lediglich 7,9 Prozent der Erwachsenen glaubte nicht daran, dass der Kidstime Workshop ihnen dabei helfen würde, mit ihrer Familie offen über ihre Erkrankung zu sprechen. 14,4 Prozent antworteten mit „Ich weiß nicht“.

Erkenntnisse

Hier zeigt sich ein klarer Unterschied zwischen den Erwachsenen und den älteren Kindern in der Beantwortung der Fragestellung. Von den Erwachsenen ist der Großteil sich sicher, dass es ihnen nach der Teilnahme am Kidstime Workshop leichter fallen wird, in der Familie die Kommunikation hinsichtlich psychischer Erkrankungen zu öffnen. Bei den älteren Kindern glaubt das nur eine knappe Mehrheit. Dennoch lässt sich das Ziel des Workshops, einer Tabuisierung der elterlichen psychischen Erkrankung in den Familien entgegenzuwirken (vgl. Spierling 2016, S. 64), hinsichtlich dieser Antworten, als erfüllt ansehen. Denn selbst wenn die teilnehmenden Kinder bezüglich einer offenen Kommunikation in der Familie nicht so zuversichtlich sind, besteht die Chance, dass ihre Eltern es schaffen, mit dem Kommunikationsverbot zu brechen. Wie in den Kapiteln 2.3 und 6.2 bereits herausgestellt, wirkt es sich positiv auf die Entwicklung der Kinder aus, wenn die Eltern einen offenen und aktiven Umgang mit der psychischen Erkrankung

pflegen (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 39 f.). Hilfreich ist es auch, wenn die am Workshop teilnehmenden Eltern ihre Kinder ermutigen, Fragen rund um die Erkrankung zu stellen (vgl. a.a.O., S. 40).

4) Die erneute Teilnahme am Kidstime Workshop

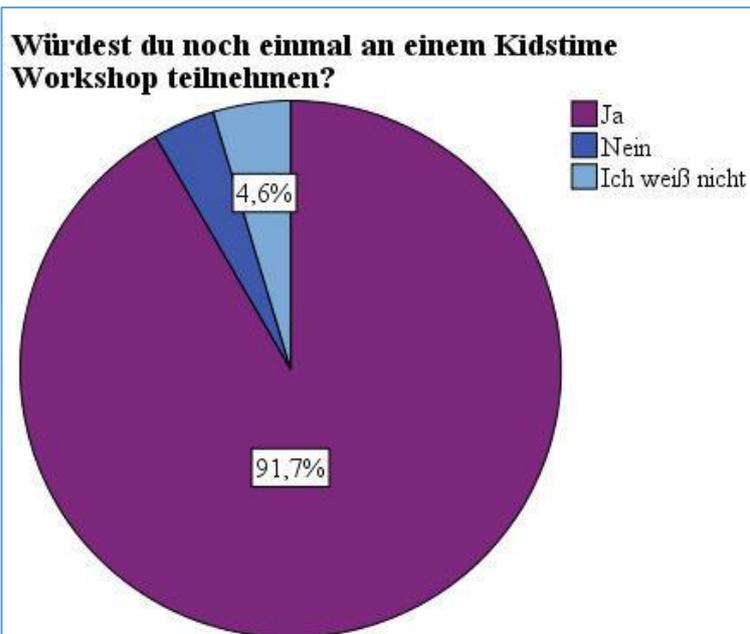


Abbildung 9: Antworten der jüngeren Kinder auf die Frage, ob sie noch einmal an einem Kidstime Workshop teilnehmen würden (eigene Darstellung)

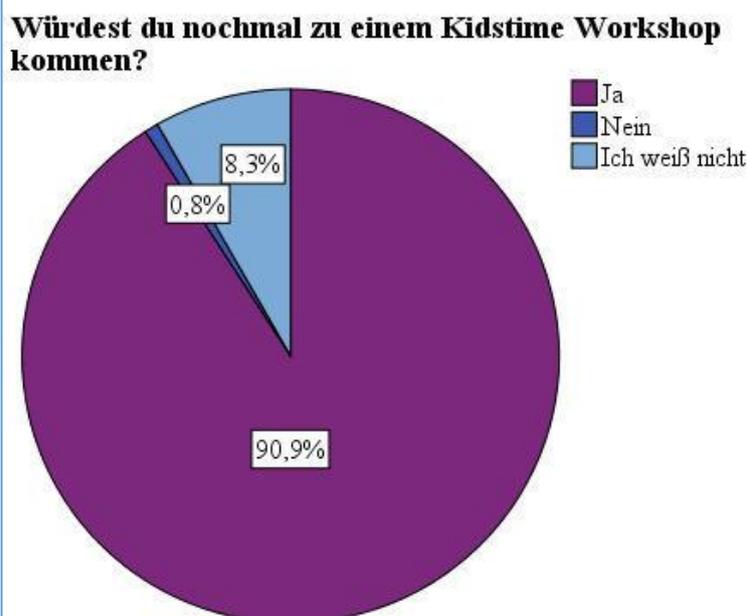


Abbildung 10: Antworten der älteren Kinder auf die Frage, ob sie nochmal zu einem Kidstime Workshop kommen würden (eigene Darstellung)

Die letzte Frage der Feedbackbögen bezog sich darauf, ob die Kinder und Erwachsenen erneut an einem Kidstime Workshop teilnehmen würden. Die jüngeren Kinder bejahten diese Frage in 91,7 Prozent der Fälle. Lediglich 3,7 Prozent wollten nicht noch einmal an einem Workshop teilnehmen und 4,6 Prozent der Kinder beantworteten die Frage mit „Ich weiß nicht“ (siehe Abbildung 9). Eine ähnlich große Anzahl der älteren Kinder, 90,0 Prozent, gaben ebenfalls an, dass sie wieder an einem Kidstime Workshop teilnehmen würden (siehe Abbildung 10). Die Antworten der älteren Kinder, die besagen, dass sie nicht nochmal teilnehmen würden, bleiben unter einem Prozent (0,8 Prozent).



Dahingegen antworteten 8,3 Prozent der älteren Kinder mit „Ich weiß nicht“. Der Anteil der Erwachsenen, die die Frage nach einer erneuten Teilnahme mit „Ja“ beantworteten, ist mit 96,7 Prozent etwas größer als bei den Kindern (siehe Abbildung 11). Gerade mal 0,5 Prozent gaben an, dass sie nicht wiederkommen würden und 2,8 Prozent der

Eltern wussten es nicht. Trotz kleiner Unterschiede zeigt sich hier eine Übereinstimmung der Teilnehmenden durch alle Alterstufen hindurch. Fast alle die einmal an einem Kidstime Workshop teilnahmen gaben danach an, dass sie wieder an einem teilnehmen würden.

Erkenntnisse

Bei keiner der vorangegangenen Fragen fielen die Antworten so eindeutig aus. Eine klare Mehrheit durch alle Altersgruppen hindurch, ist an der weiteren Teilnahme am Kidstime Workshop interessiert. Aufgrund dieser Aussage lässt sich vermuten, dass die Wahrscheinlichkeit ziemlich hoch ist, dass Familien, die einmal am Kidstime Workshop teilgenommen haben, wiederkommen. Die regelmäßige Teilnahme der Familien bringt einige positive Effekte mit sich. Der Workshop kann eine langfristige Wirkung entfalten und es können sich Beziehungen bilden zwischen Gleichaltrigen, aber auch durch die Generationen hinweg (vgl. Spierling 2016, S. 62). Außerdem lässt sich durch die Antworten auf die letzte Frage vermuten, dass alle Altersgruppen der Familien gerne an dem Kidstime Workshop teilnehmen. Dies ist für eine professionelle Intervention und ihre Ziele von Nutzen. Welche Bedeutung eine regelmäßige Teilnahme noch hat, soll in Kapitel 8, dem Fazit, weiter aufgeführt werden.

7.4 Zwischenfazit

Im Folgenden soll gezeigt werden, was die Evaluation der Fragebögen über die Wirksamkeit der formulierten Ziele des Kidstime Workshops in Rotenburg aussagt. Zunächst soll die Methodik kurz diskutiert werden. Um die Entwicklung des Kidstime Workshops in Rotenburg weiter nachzuvollziehen, ist die Erhebung der Rückmeldungen durch die Fragebögen auch zukünftig zu empfehlen. Um die Aussagekraft dieser zu optimieren, könnten einige Fragen angeglichen werden. Teilweise sind die Fragen der verschiedenen Altersgruppen etwas unterschiedlich und deswegen schwieriger zu vergleichen. Die Frage an jüngere Kinder „Würdest du noch einmal an einem Kidstime Workshop teilnehmen?“ könnte vom Sprachniveau angepasst werden. Sie könnten wie die älteren Kinder gefragt werden, ob sie nochmal kommen würden.

Der Kidstime Workshop beschreibt sich selbst als ein „social event“, bei dem gespielt, gegessen und Freundschaften geknüpft und gepflegt werden dürfen (vgl. Cooklin et al. 2012, S. 20). Deshalb ist es von Bedeutung, dass die Familien Gefallen an dem Workshop finden. Schaut man sich die Ergebnisse der ersten Frage an, scheint dies der Fall zu sein (siehe Abbildung 1-3). Die Krankheitsaufklärung stellt ein zentrales Ziel des Kidstime Workshops dar (vgl. Cooklin et al. 2012, S. 18; Spierling 2016, S. 64). Den Kindern sollen altersgerechte Erklärungen zu psychischen Erkrankungen geliefert werden (vgl. Spierling 2018, S. 35). Wie in Kapitel 6.2 betont, hat Krankheitswissen und –verstehen eine positive Wirkung auf die kindliche Entwicklung. Der vor allem aber bei den jüngeren Kindern erwiesene Lerneffekt bei den Kindern deutet darauf hin, dass der Kidstime Workshop diesem zuträglich ist. Doch es zeigen sich Unterschiede des Lerneffekts in den Altersgruppen, vergleicht man Abbildung 4, 5 und 6. Demnach lernen die Erwachsenen und die älteren Kinder in dem Workshop weniger neues über psychische Erkrankungen als die jüngeren Kinder. Erste Vermutungen zu den Ursachen dieses Phänomens wurden in Kapitel 7.3 bereits angestellt. Eine weitere Vermutung wäre, dass es schwierig ist, altersentsprechende Erklärungen zu nutzen, während die Gruppe aus Kindern unterschiedlichen Alters besteht. Der großen Altersspanne können die Mitarbeiter*innen in der Psychoedukation nicht gerecht werden. Damit büßt der Workshop teilweise an seinem Ziel ein, altersentsprechend über psychische Erkrankungen zu informieren. Eine Verbesserungsmöglichkeit wäre die Gruppeneinteilung in jüngere und ältere Kinder. Ein weiteres Ziel des Workshops, das hier genannt wurde, ist es, Kommunikationsverbote in den Familien aufzulösen. Die zusätzliche Frage, die nur die älteren Kinder und die

Erwachsenen gestellt bekamen, zielte auf den Erfolg der Enttabuisierung. Ihre Beantwortung macht deutlich, dass zumindest ein Großteil der Eltern durch die Intervention den Mut bekommt, die Tabuisierung bezüglich psychischer Erkrankungen in der Familie zu brechen. Die nicht ganz so deutlichen Antworten der Kinder müssen vor dem Hintergrund gesehen werden, dass das Thema psychische Erkrankung in den meisten Familien bisher vermieden wurde (vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 104). Aufgrund von Rücksichtnahme oder Loyalitätskonflikten scheuen sie das Thema und können sich vielleicht gar nicht vorstellen, es bei ihren Eltern anzusprechen (vgl. a.a.O., S. 105). Wenn zumindest ein Drittel der Kinder nach dem Workshop das Gefühl hat, mit ihren Familien über psychische Erkrankungen zu reden, dann ist das schon ein bedeutsamer Fortschritt. Auch für die Eltern steht eine Thematisierung in Zusammenhang mit einigen Hemmnissen. Meist versuchen sie durch das Kommunikationsverbot ihre Kinder vor Stigmatisierung und Ausgrenzung zu schützen (vgl. ebd.). Gelingt es den fast 80 Prozent der teilnehmenden Elternteile, die bei der Frage mit „Ja“ antworteten, offener mit ihren Kindern über die Erkrankung zu reden, so hat das einen bedeutsamen positiven Effekt auf die Entwicklung der Kinder (vgl. ebd.). Die letzte Frage auf den Fragebögen scheint zunächst banal, der Gegenstand ihrer Aussage ist jedoch von Relevanz, um den Erfolg der Kidstime Workshops einschätzen zu können. Denn eine regelmäßige Teilnahme von Familien mit einem oder zwei psychisch erkrankten Elternteilen am Kidstime Workshop bringt einige Vorteile mit sich, die im Folgenden ausgeführt werden. Durch den regelmäßigen Kontakt der Familien zu den Mitarbeiter*innen des Workshops und den anderen teilnehmenden Familien können sich vertrauensvolle Beziehungen entwickeln. Damit gelingt den Mitarbeiter*innen ein niederschwelliger Zugang, der anderen Institutionen des Versorgungssystems, wie in Kapitel 5 beschrieben, oftmals fehlt. Dieser kann in Krisensituationen von großem Vorteil sein und den Eltern Unterstützung bieten ohne sie bloßzustellen. Zudem können die Mitarbeiter*innen durch den regelmäßigen Kontakt zu den Familien, ein eventuelles Gefährdungsrisiko für die Kinder und eine Belastung oder Überforderung bei den Eltern abschätzen. Gewinnen die Mitarbeiter*innen des Workshops das Vertrauen der Eltern, sinkt gegebenenfalls auch die Sorge, dass eine Kindeswegnahme drohe, wenn sie sich mit ihren Problemen an Fachkräfte wenden. Dann kann der Kidstime Workshop bei der Vermittlung mit dem ASD behilflich sein und Eltern bei Bedarf über ihre Rechte und Ansprüche aufklären und sie dazu ermutigen, diese geltend zu machen. Durch die präventive Wirkung des Kidstime Workshops kann ein Einschalten anderer Institutionen aber auch hinfällig werden. So

kann das Spielen und Zusammensein mit Gleichaltrigen während des Workshops die Kinder und der Austausch über Probleme mit Gleichgesinnten, die Rat und Halt bieten, die Eltern entlasten (vgl. Spierling 2016, S. 64). Das Treffen auf Menschen, die dieselben oder ähnliche Probleme haben, kann zudem einen Weg aus der Isolation aufweisen. Neben den Erkenntnissen aus den Fragebögen, bekamen die Projektmitarbeiter*innen zusätzlich viele mündliche Rückmeldungen von den Teilnehmenden, die die eben aufgeführten Vermutungen aufgrund der Auswertung der Fragebögen bestätigen (vgl. Spierling 2016, S. 71):

So berichtete eine Mutter von der erfahrenen Entlastung in krisenhaften Familiensituationen durch die mit dem Angebot verbundene gegenseitige Vernetzung. Eine weitere Mutter betonte den positiven Effekt „einfach mal wieder öfter herauszukommen“, da die Workshops den Tendenzen zu sozialem Rückzug und Vereinzelung entgegenwirkten – gerade in der Situation kurz nach der Geburt ihrer jüngsten Tochter. Ein betroffener Vater zeigte besondere Freude über den Umgang der Kinder und Jugendlichen untereinander. Sein eigener Sohn ziehe sich in der Schule und in der Freizeit häufig zurück oder wirke traurig – beides erlebe er in den Kidstime Workshops ganz anders. Fast alle Familien zeigten zudem eine rege Beteiligung in der Reflexion der gemeinsam angeschauten Videos und benannten Parallelen zu ihrem Alltagserleben. Häufig verbunden war hiermit der Eindruck eines verbesserten gegenseitigen Verständnisses. (ebd.)

Ein wiederkehrender Aspekt dieser Aussagen ist die positive Wirkung gegen Isolierungstendenzen und Rückzug bei den Erwachsenen und den Kindern. Dabei scheint es etwas auszumachen, ob die Gesellschaft, in die psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen sich begeben, sich in einer ähnlichen Situation befindet, sie diese also nachvollziehen kann und nicht verurteilt, oder nicht. Die Elterngruppe ist zudem hilfreich für die Krankheitsbewältigung der Eltern. Diese hat wiederum starke Auswirkungen auf die Kinder. „Je besser eine psychische Erkrankung bewältigt werden kann, umso geringer werden ihre Auswirkungen auf die Familie insgesamt und die Kinder sein“ (Mattejat 2014, S. 89). Wichtig für die niedrighschwellige Intervention ist die nicht-hierarchische Haltung der Mitarbeiter*innen. Diese gibt den Teilnehmenden Raum, sich zu öffnen und Bedürfnisse zu formulieren, ohne sich dabei bevormundet oder pathologisiert zu fühlen. Das wiederum ist gut für das Selbstwertgefühl und stärkt damit personale Ressourcen. Was diese Erkenntnisse für die eingangs formulierte Fragestellung bedeuten, soll im Folgenden erläutert werden.

8 Fazit

Diese Arbeit sollte insgesamt die Fragen behandeln, weshalb Kinder psychisch kranker Eltern eine Risikogruppe sind, inwiefern das Versorgungssystem sie berücksichtigt und wo es Bedarf für professionelle Interventionen gibt? Dabei sollten auch die Bedürfnisse und Wünsche der Kinder berücksichtigt werden. **Doch die zentrale Fragestellung war, inwieweit der Kidstime Workshop, wie er in Rotenburg am Agaplesion Diakonieklinikum durchgeführt wird, basierend auf den Erkenntnissen dieser Arbeit eine geeignete Interventionsform bei Kindern psychisch kranker Eltern darstellt.** Die Fragen sollen im Folgenden beantwortet werden.

Kinder psychisch kranker Eltern stellen deswegen eine Risikogruppe dar, da sich aus ihrer Situation mehrere Risiken ergeben. Aus der vorliegenden Arbeit ist hervorgegangen, dass ihr Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln, deutlich erhöht ist (vgl. Kapitel 2). Hinzu kommt eine gesellschaftliche Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen und ihren Angehörigen, die eine Tabuisierung der Thematik und die Isolierung und Orientierungslosigkeit der Betroffenen nach sich ziehen kann. Zudem erhöht sich das Risiko, dass die Kinder Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch erleben und dass sie eine unsichere Bindung zu ihren Eltern entwickeln. Kindeswohlgefährdung und ein unsicheres Bindungsmuster erhöhen zudem das Erkrankungsrisiko (vgl. Kapitel 3). Zur Risikogruppe macht sie auch, dass all diese Probleme oft unentdeckt bleiben, da Kinder von Patient*innen in der Erwachsenenpsychiatrie oft übersehen werden und bei psychisch kranken Eltern ein großes Hemmnis besteht, Unterstützung der Kinder- und Jugendhilfe anzunehmen. Einige Kinder entwickeln aufgrund der belastenden Situation in der Familie schon im Kindesalter psychische Auffälligkeiten und kommen deswegen in Kontakt mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die daraufhin bei Diagnostik und Intervention die gesamte Familie in den Blick nimmt (vgl. Kapitel 5). Damit solche Störungen im Voraus verhindert werden können, bedarf es einer engeren Kooperation der Institutionen des Versorgungssystems und präventiven Interventionsangeboten. Wie bereits herausgearbeitet wurde, haben psychisch kranke Menschen häufig Vorurteile gegenüber Hilfe-Institutionen wie dem Jugendamt. Deswegen benötigt es niedrigschwellige Angebote für psychisch kranke Eltern und ihre Angehörigen, bei denen die Hürde, sie anzunehmen, geringer ist. Wie in Kapitel 5 dargelegt, wünschten sich Kinder psychisch kranker Eltern professionelle Unterstützung zu einer offenen Kommunikation mit ihren Eltern über deren Erkrankung und die Möglichkeit zu Kontakt und Austausch in einer

Gruppe mit anderen betroffenen Kindern. Außerdem wünschten sie sich die Aufklärung der Gesellschaft über psychische Erkrankungen. Orientiert man sich an den Bedürfnissen und Wünschen der Kinder, so sollten professionelle Interventionen demnach in Gruppen mit Menschen stattfinden, die sich in einer ähnlichen Situation wie sie befinden, für eine offene Gesprächsatmosphäre in den Familien sorgen, einer Tabuisierung des Themas psychische Erkrankungen entgegen wirken und Öffentlichkeitsarbeit zum Abbau einer Stigmatisierung leisten. Um auf die ursprüngliche Fragestellung dieser Arbeit zurückzukommen, soll basierend auf den geschilderten Bedürfnisse der betroffenen Kinder und der allgemeinen Erkenntnisse dieser Arbeit, geschaut werden, ob der Kidstime Workshop eine geeignete Interventionsform bei Kindern psychisch kranker Eltern darstellt oder nicht.

Gemessen an den Wünschen von Kindern psychisch kranker Eltern, erfüllt der Kidstime Workshop zumindest zwei von diesen in seiner Zielsetzung. So findet der Workshop in Multifamiliengruppen statt, in denen die Kinder und Jugendlichen die Gelegenheit haben, sich mit Gleichaltrigen, aber auch mit anderen Eltern, auszutauschen und anzufreunden. Zudem beinhaltet der Workshop psychoedukative Elemente, durch welche den Kindern Wissen über psychische Erkrankungen und ihre Auswirkungen auf das Verhalten vermittelt wird und sie die Möglichkeit haben, von ihren Erlebnissen zu berichten oder Fragen zu stellen. In dem Workshop wird also ein offener Umgang mit den Erkrankungen der Eltern gepflegt. Die Thematisierung erfolgt spielerisch und die Kinder werden eingeladen ihre Kreativität und Vorstellungskraft beim Erstellen des Theaterstücks zu aktivieren. Inwieweit der Workshop Auswirkungen auf den Umgang mit psychischen Erkrankungen in den Familien hat, wurde in Kapitel 7.4.3 anhand der Fragebögen evaluiert. Es zeigte sich, dass zumindest die Mehrheit der Eltern sich nach der Teilnahme zutrauen zukünftig mit ihren Kindern über psychische Erkrankungen zu sprechen.

In Kapitel 6.4 wurde herausgestellt, was für eine wirksame Intervention sinnvoll ist. Bei der Intervention sollten personale, familiäre und soziale Ressourcen gestärkt werden. Das Vorhandensein möglichst vieler Ressourcen fördert die Resilienz der Kinder und wirkt sich positiv auf ihre psychische Gesundheit aus. Psychoedukation ist im Beisein der gesamten Familie effektiv und kann sogar Symptome und Rückfälle bei den psychisch erkrankten Eltern mindern. Interventionen sollten präventiv sein und auch die Kinder involvieren, die keine Auffälligkeiten zeigen. Lässt sich all dies im Kidstime Workshop finden?

An dieser Stelle möchte ich meinen persönlichen Eindruck des Kidstime Workshops darstellen. Bei meiner Hospitation beim Kidstime Workshop nahm ich bei einem Treffen an der Kindergruppe teil, bei dem anderen an der Elterngruppe. Insgesamt erlebte ich ausgelassene Kinder, die sich spielend und fast unmerklich mit den Auswirkungen der psychischen Erkrankungen ihrer Eltern auf das Familienleben beschäftigten. Als ich an der Kindergruppe teilnahm spielten die Kinder in dem Theaterstück Alltagssituationen nach, in denen die Mutter nicht aufstehen mochte und antriebslos war, während ihre Kinder sich mit sich selbst beschäftigten und spielten. In einem anderen Theaterstück schlüpfen zwei Jugendliche in die Rolle der Ärzte und stellten humoristisch die neuesten Behandlungsmethoden bei psychischen Erkrankungen vor. In der darauffolgenden Reflexionsrunde lachten Eltern und Kinder viel und die beiden Jugendlichen erhielten viel Anerkennung für ihre Komik.

Diese Anerkennung kann das Selbstwertgefühl der Kinder stärken. Im Alltag fällt es psychisch kranken Eltern oftmals schwer, ihren Kindern Lob und Anerkennung auszusprechen. Dabei kann dies eine positive Wirkung auf die Entwicklung der Kinder haben. Die Kinder bekommen in ihrem Familienalltag oftmals eindeutige Rollen zugeschrieben. Beispielsweise kann eine Parentifizierung sie in eine eher elterliche Rolle drängen, die sich aufgrund der Bedürftigkeit oder Überforderung des Elternteils dann verfestigt. Der Kidstime Workshop bietet Gelegenheit diese Rollen zu verlassen und ganz neue Rollen zu erproben (vgl. Spierling 2018, S. 38). Dies kann wiederum neue Möglichkeiten und Handlungsräume aufzeigen. Geht man davon aus, dass Kinder psychisch kranker Eltern in der Regel verschiedenen belastenden Faktoren ausgesetzt sind, so erscheint der Kidstime Workshop, in dem auch gelacht, gespielt und Pizza gegessen wird, als eine entlastende Abwechslung, während kindliche Bedürfnisse befriedigt werden können. Dass der Kidstime Workshop den Kindern gefällt konnte durch die Evaluation bestätigt werden.

Die Erfahrung von Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit durch den Videodreh stärkt die personalen Ressourcen der Kinder, wie sie in dieser Arbeit beschrieben wurden. Zur Aktivierung personaler Ressourcen gehört eine Erweiterung des Repertoires von Bewältigungsstrategien. Diese können im Rollenspiel spielerisch erprobt werden. Die familiären Ressourcen werden vor allem in der Elterngruppe des Kidstime Workshops gestärkt. In dieser tauschen die Eltern sich über ihre Erkrankungen und ihr Familienleben aus, dabei können Erziehungskompetenz und Krankheitsbewältigung gestärkt werden.

Auch soziale Ressourcen finden Beachtung, indem die Kinder lernen, sich Verbündete in ihrem sozialen Umfeld zu suchen und die Multifamiliengruppe die Gelegenheit bietet, sich mit außerfamiliären Personen anzufreunden und sich ihnen anzuvertrauen.

Psychoedukation stellt einen wichtigen Part im Kidstime Workshop dar. Die Vermittlung von Wissen rund um psychische Erkrankungen, aber vor allem ihrer Auswirkungen auf das Verhalten der erkrankten Person und ihr Umfeld, sind elementar. Die Evaluation hat ergeben, dass bei kleineren Kindern ein Lerngewinn nachweisbar ist. Im Vergleich dazu ist der Lerngewinn bei den älteren Kindern und den Erwachsenen deutlich geringer. An dieser Stelle empfiehlt es sich, dass die Kindergruppe in zwei Gruppen aufgeteilt wird, damit in der Intervention besser auf den jeweiligen Wissensstand eingegangen werden kann und auch die älteren Kinder sich durch altersentsprechende Erklärungen angesprochen fühlen. Auf Wunsch der Jugendlichen wurde die Gruppenaufteilung in Kinder bis 11 und Kinder ab 12 Jahre bereits eingeführt. Dies macht deutlich, dass der Kidstime Workshop, genau wie bei der Entstehung seines Namens in London, die Wünsche der teilnehmenden Kinder einbezieht und umsetzt. Durch eine weitere Beobachtung und Evaluation der Rückmeldungen wäre es interessant zu schauen, ob diese neue Gruppenkonstellation eine Veränderung der Aussagen zum Lerngewinn und zu den anderen Fragen mit sich bringt. Dies könnte Gegenstand einer zukünftigen Arbeit sein. Generell wäre es interessant, zeitliche Veränderungen in den Rückmeldungen zu untersuchen und damit die Entwicklung der Kidstime Workshops zu untersuchen.

In der Intervention des Kidstime Workshops soll die Zuschreibung von Diagnosen bei den Kindern vermieden werden. Es soll die Entwicklung eines pathologischen Selbstbildes verhindert werden. Deswegen richtet sich der Workshop an alle Kinder der Familie, unabhängig davon, ob diese Auffälligkeiten zeigen oder nicht. Dadurch kann der Workshop eine präventive Wirkung entfalten und die Mitarbeiter*innen, die teilweise am sozialpädiatrischen Zentrum des Diakonieklinikums Rotenburg arbeiten, können in Krisenzeiten eine vertraute Anlaufstelle darstellen. Denn nur weil Kinder psychisch kranker Eltern keine akuten Auffälligkeiten oder gar Störungen zeigen, können sie trotzdem unter gewissen Belastungen, wie Kommunikationsverböten oder Parentifizierung leiden. In Kapitel zwei wurde bereits erklärt, dass resiliente Kinder psychisch kranker Eltern teilweise sehr unauffällig sind, da sie die Fähigkeit haben, sich gut an die Situation anzupassen. Auch wenn eine Resilienz ein enormer Schutzfaktor für die psychische Gesundheit der Kinder darstellt, sollten auch diese Kinder die Gelegenheit

bekommen, in professionell betreuten Interventionen Entlastung zu finden und sich anderen mit ihren Fragen und Sorgen anvertrauen zu können.

Abschließend lässt sich sagen, dass der Kidstime Workshop auf Basis der wissenschaftlichen Erkenntnisse dieser Arbeit und in Hinblick auf die Evaluation der Rückmeldungen der Teilnehmenden, eine gelungene Interventionsform bei Kindern psychisch kranker Eltern darstellt. Sein Vorteil ist es, spielerisch als „social event“ zu erscheinen, ohne durch Diagnostik und Pathologisierung, gesellschaftliche Stigmatisierungen zu reproduzieren. Hilfreich dafür ist die nicht-hierarchische Haltung der Mitarbeiter*innen, die die Selbstwirksamkeit auf die Teilnehmenden lenkt. Gleichzeitig entgegnet er Problemen von Familien mit einem oder zwei psychisch kranken Eltern-teilen, wie Tabuisierung, darauf folgendes Unwissen über die Erkrankung, Isolierung und Parentifizierung. Kindliche Bedürfnisse der Kinder werden berücksichtigt und dürfen aktiv ausgelebt werden, während ihre Eltern Rat und Unterstützung durch die Mitarbeiter*innen und die anderen Eltern erfahren. Es gilt zu betonen, dass Kidstime Workshops für Kinder psychisch kranker Kinder nicht allein ausreichend sind. Ihre Situation muss stets ganzheitlich gesehen werden. Deswegen bedarf es einem größeren Bemühen von Kinder- und Jugendhilfe, Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie zu einer Vernetzung, um der komplexen Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern gerecht zu werden.

Die Effektivität des Kidstime Workshops konnte in dieser Arbeit vielseitig erwiesen werden. Dementsprechend empfiehlt es sich, diese Interventionsform fortzuführen über-regional anzubieten. Damit könnte einige Risiken, denen die Kinder zum jetzigen Zeitpunkt noch ausgesetzt sind, gemindert werden. Durch einen Rückgang der Risiken und einer Ermutigung zu einem offeneren Umgang mit psychischen Erkrankungen, nicht nur in der Familie, könnten zudem Schritt für Schritt Stigmata abgebaut werden. Dieser gesellschaftliche Wandel würde für psychisch erkrankte Menschen, ihre Angehörigen und vor allem ihre Kinder eine enorme Entlastung bedeuten.

Quellenverzeichnis

Abela, J.R.; Skitch, S.A.; Auerbach, R.P.; Adams, A.: The impact of paternal borderline personality disorder on vulnerability to depression in children of affectively ill parents. In: Journal of Personality Disorders. (2005) Heft 19, S. 68-83.

Ainsworth, M.D.S.; Bell, S.M.; Stayton, D.J.: Infant-mother attachment and social development. Socialisation` as a product of reciprocal responsiveness to signals. In: Richards, M.P.M. (Hrsg.): Integration of a child into a social world. Cambridge: Cambridge University Press 1974, S. 99-135.

Asen, Eia: Entwicklung der Multifamilientherapie. In: Asen, Eia; Scholz, Michael (Hrsg.): Handbuch der Multifamilientherapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag 2017, S. 20-25.

Asen, Eia; Scholz, Michael: Praxis der Multifamilientherapie. Zweite, vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag 2012.

Asen, Eia: Von Multi-Institutionen-Familien zur Selbsthilfe. In: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung (2005) Heft 23, S. 166-171.

Beardslee, W. R.; Salt, P.: Comparison of preventive interventions for families with parental affective disorder. In: Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry. (1993) Heft 32, S. 254-263.

Beardslee, W.R.; Versage, E.M.; Gladstone, T.R.G.: Children of affectively ill parents: A review oft he past 10 years. In: Journal oft he American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1998) Heft 37, S. 1134-1141.

Behr, H.: Multiple family group therapy: a group analytic perspective. In: Group Analysis (1996) Heft 29, S. 9-22.

Berger, Hartmut: Einleitung. In: Berger, Hartmut; Friedrich, Jürgen; Gunia, Hans: Psychoedukative Familienintervention. Manual zu Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Schattauer GmbH 2004, S. 1-3.

BGB. Bürgerliches Gesetzbuch. In: Nomos Gesetze: Gesetze für die Soziale Arbeit. Textsammlung. 4. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2015, S. 425-676.

Bishop P.; Clilverd A.; Cooklin A.; Hunt U.: Mental health matters: a multi-family framework for mental health interventions. In: Journal of Family Therapy. (2002) Heft 24, S. 31-45.

Bowlby, J.: Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. München: Kindler 1982.

- Bowlby, J.: Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendungen der Bindungstheorie. München: Ernst Reinhardt Verlag 2008.
- Boszormenyi-Nagy, L.; Spark, G.M.: Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. Stuttgart: Klett-Cotta 1981.
- Bundespsychotherapeutenkammer: Psychotherapeutische Versorgungsrelevanz: Ergebnisse aus dem Bundesgesundheitsurvey. In: BPTK-Newsletter, Ausgabe 1/2007, S. 3-4.
- Byng-Hall, J.: The significance of children fulfilling parental roles: implications for family therapy. In: Journal of Family Therapy. (2008) Heft 30 (2), S. 147-162.
- Carter, A.S.; Garrity-Rokous, F.E.; Chazan-Cohen, R.; Little, C.; Briggs-Gowan, M.J.: Maternal depression and comorbidity: Predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2001) Heft 40, S. 18-26.
- Cooklin, Alan; Bishop, Peter; Francis, Deni; Fagin, Leonard; Asen, Eia: The Kidstime Workshops. A multi-family social intervention for the effects of parental mental illness. London: CAMHS 2012.
- Compas, B.E.; Banez, G.A.; Malcarne, V.L.; Worsham, N.: Perceived control and coping with stress. A developmental perspective. In: Journal of Social Issues (1991) Heft 47, S. 23-34.
- Compas, B.E.; Connor-Smith, J.K.; Saltzman, H.; Thomson, A.; Wadsworth, M.E.: Coping with stress during childhood and adolescence. Problems, progress, and potential in theory and research. In: Psychological Bulletin (2001) Heft 127, S. 87-127.
- Coughlin, A.; Wimberger, H.C.: Group family therapy. In: Family Process (1968) Heft 7, S. 37-50.
- Deneke, C.: Misshandlung und Vernachlässigung durch psychisch kranke Eltern. In: Deegener, G.; Körner, W. (Hrsg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe 2005, S. 141-154.
- Esser, G.; Ihle, W.; Schmidt, M.H.; Blanz, B.: Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie (2000) Heft 29, S. 276-283.
- Falloon, I.R.H.; McGill, C.W.; Boyd, J.L.; Pederson, J.: Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Social outcome of a two-year longitudinal study. In: Psychological Medicine (1987) Heft 17, S. 59 – 66.

Fegert, Jörg M.; Kölch, Michael; Ziegenhain, Ute: Rahmenbedingungen für eine bessere Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern. Ein Plädoyer zur Überwindung der Versäulung. In: Kölch, Michael; Ziegenhain, Ute; Fegert, Jörg M. (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa 2014, S. 108-121.

Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.L.; Target, M.: Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta 2008.

Franz, Michael: Welche Hilfen sind sinnvoll und wie lassen sich die Hilfen für eine Familie verbinden? In: Mattejat, Fritz; Lisofsky, Beate (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. korrigierte und ergänzte Auflage. Köln: Balance buch + medien verlag 2014, S. 106-113.

Friedrich, Jürgen: Ergebnisse einer Studie zur Evaluation der psychoedukativen Familienintervention. In: Berger, Hartmut; Friedrich, Jürgen; Gunia, Hans: Psychoedukative Familienintervention. Manual zu Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Schattauer GmbH 2004.

Glenn, P.; Stiels-Glenn, M.: Kinder psychisch kranker Eltern. Kooperation bei der Betreuung von Familien mit psychisch kranken Müttern oder Vätern. In: Sozialmagazin. (2003) Heft 4, S. 23-31.

Graf, J.; Frank, R.: Parentifizierung. Die Last, als Kind die eigenen Eltern zu bemuttern. In: Walper, S.; Pekrun, R. (Hrsg.): Familie und Entwicklung. Aktuelle Perspektiven der Familienpsychologie. Göttingen: Hogrefe 2001, S. 96-137.

Grossmann, K.; Grossmann, K.E.: Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart: Klett-Cotta 2006.

Grubaugh, A.: Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adult with severe mental illness: A critical review. In: Clinical Psychology Review. (2011) Heft 31, S. 883-899.

Haenel, Thomas: Depression – das Leben mit der schwarz gekleideten Dame in den Griff bekommen. 2. Auflage. Berlin: Springer-Verlag 2008, 2018.

Hahlweg, K.; Baucom, D.H.: Partnerschaft und psychische Störung. Göttingen: Hogrefe 2008.

Hahlweg, Kurt; Lexow, Anja; Wiese, Meike: Psychotherapiepatienten und ihre Kinder im ambulanten Bereich. In: Mattejat, Fritz; Lisofsky, Beate (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. korrigierte und ergänzte Auflage. Köln: Balance buch + medien verlag 2014, S. 114-128.

Hammen, C.; Burge, D.; Burney, E.; Adrian, C.: Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar disorder. In: Archive of Genetic Psychiatry (1990) Heft 47, S. 1112-1117.

Jurkovic, G.J. (Ed.): Lost childhood. The plight of the parentified child. New York: Brunner & Mazel 1997.

Kindler, H.: Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? In: Meysen, T.; Schönecker, L.; Kindler, H. (Hrsg.): Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Weinheim: Juventa 2009, S. 173-261.

Klein-Heßling, J.; Lohaus, A.: Zur situationalen Angemessenheit der Bewältigung von Alltagsbelastungen im Kindes- und Jugendalter. In: Kindheit und Entwicklung (2002) Heft 11, S. 29-37.

Kölch, Michael; Schmid, Marc: Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. (2008) Heft 57 (10), S. 774-788.

Kölch, Michael; Schmid, Marc: Unterstützung und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern: Die Perspektive der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe. In: Kölch, Michael; Ziegenhain, Ute; Fegert, Jörg M. (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa 2014, S. 122-140.

Krollner, Björn; Krollner, Dirk M.: ICD-Code. F30-39.- Depressive Episode.
< <http://www.icd-code.de/icd/code/F30-F39.html> > 19.03.2018.

Kuhn, J; Lenz, A.: Coping bei Kindern schizophoren erkrankter Eltern. Eine täuschend gute Bewältigung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie (2008) Heft 10, S. 735-756.

Lazarus, R. S.; Folkmann, S.: Stress, appraisal, and coping. New York: Springer 1984.

Lenz, Albert: Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnosen und therapeutische Maßnahmen. Göttingen: Hogrefe 2008.

Lenz, Albert: Kinder und ihre Familien gezielt unterstützen. In: Mattejat, Fritz; Lisofsky, Beate (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. korrigierte und ergänzte Auflage. Köln: Balance buch + medien verlag 2014 (b), S. 96-106.

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

Lenz, Albert: Kinder psychisch kranker Eltern. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe 2005 und 2014 (a).

Lenz, Albert: Kinder psychisch kranker Eltern. Risiken, Resilienzen und Intervention. In: Kölch, Michael; Ziegenhain, Ute; Fegert, Jörg M. (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa 2014 (c), S. 40-79.

Lenz, A.; Kuhn, J.; Walther, S.; Jungbauer, J.: Individuelles und gemeinsames Coping in Familien mit schizophren erkrankten Eltern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie (2011) Heft 3, S. 171-191.

Lenz, Albert: Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern. Göttingen: Hogrefe 2010.

Lenz, Albert; Wiegand-Grefe, Silke: Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe Verlag 2017.

Liebermann, M.; Doyle, A.; Markiewicz, D.: Developmental patterns in security of attachment to mother and father in late childhood and early adolescence. Associations with peer relations. In: Child Development. (1999) Heft 700 (1), S. 202-123.

Lyons, R. F.: Zukünftige Herausforderungen für Theorie und Praxis von gemeinsamer Stressbewältigung. In: Buchwald, P.; Schwarzer, C.; Hobfoll, S. E. (Hrsg.): Stress gemeinsam bewältigen. Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping. Göttingen: Hogrefe Verlag 2004, S. 191-204.

Mattejat, Fritz: Kinder mit psychisch kranken Eltern – eine aktuelle Standortbestimmung. In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hrsg.). Bonn 1996, S. 9-34.

Mattejat, Fritz: Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen und was zu tun ist. In: Mattejat, Fritz; Lisofsky, Beate (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. korrigierte und ergänzte Auflage. Köln: Balance buch + medien verlag 2014, S. 68-95.

Mattejat, Fritz; Lisofsky, Beate (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. korrigierte und ergänzte Auflage. Köln: Balance buch + medien verlag 2014.

Mattejat, F.; Remschmidt, H.: Kinder psychisch kranker Eltern. In: Deutsches Ärzteblatt (2008) Heft 7, S. 312-317.

McFarlane, W.: Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders. New York, London: Guilford Press 2002.

Noeker, M.; Petermann, F.: Resilienz: Funktionale Adaptation an widrige Umgebungsbedingungen. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie (2008) Heft 56, S. 255-263.

P., A.: Die Depression ist eine Dame in Schwarz. In: Mattejat, Fritz; Lisofsky, Beate (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. korrigierte und ergänzte Auflage. Köln: Balance buch + medien verlag 2014, S. 20-27.

Papoušek, M.: Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Bern: Huber 2001.

Pitschel-Walz, G; Engel, R.R.: Ergebnisse einer Metaanalyse. Psychoedukation in der Schizophreniebehandlung. In: Psycho (1997) Heft 23, S. 22 – 36.

Ramchandani, P.; Stein, A.; Evans, J.; O'Connor, T.; ASPAC study team: Paternal depression in postnatal period and child development: a prospective population study. In: The Lancet (2005) Heft 365, S. 2201-2205.

Remschmidt, H.; Mattejat, F.: Kinder psychotischer Eltern – eine vernachlässigte Risikogruppe. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie (1994) Heft 43, S. 295-299.

Reupert, A.; Maybery, D.: Families affected by parental mental illness: a multi-perspective account of issues and interventions. In: American Journal of Orthopsychiatry. (2007) Heft 77 (3), S. 362-369.

Robins, L.N.; Regier, D.A.: Psychiatric disorders in America. New York: Free Press 1991.

Sameroff, A.: Early indicators of developmental risk: The Rochester Longitudinal Study. In: Schizophrenia Bulletin. (1987) Heft 1, S. 3-24.

Schlüter-Müller, Susanne: Die Problematik von Kindern psychisch kranker Eltern anhand von Biographien berühmter Persönlichkeiten. In: Wiegand-Grefe, Silke; Mattejat, Fritz; Lenz, Albert: Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2011, S. 44-61.

Schmid, M.; Schielke, A.; Becker, T.; Fegert, J.M.; Kölch, M.; Versorgungssituation von Kindern während einer stationären psychiatrischen Behandlung ihrer Eltern. In: Nervenheilkunde. (2008) Heft 27, S. 533-539.

Schone, Reinhold: Sorgen um das Sorgerecht? In: Mattejat, Fritz; Lisofsky, Beate (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. korrigierte und ergänzte Auflage. Köln: Balance buch + medien verlag 2014, S. 129-138.

Schone, Reinhold; Wagenblass, Sabine: Wenn Eltern psychisch krank sind... 2., unveränderte Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag 2006.

Seiffge-Krenke, I.; Irmer, J.: Zur Situationsabhängigkeit von Bewältigung. In: Seiffge-Krenke, I.; Lohaus, A. (Hrsg.): Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe Verlag 2007, S. 69-80.

SGB VIII. Sozialgesetzbuch. Achtes Buch. Kinder- und Jugendhilfe. In: Nomos Gesetze: Gesetze für die Soziale Arbeit. Textsammlung. 4. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2015, S. 1727-1774.

Sollberger, D.: Andersartigkeit und Liminalität. Zur biographischen Identität von Nachkommen psychisch kranker Eltern. In: Wiegand-Grefe, S.; Wagenblass, S. (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern. Qualitative Forschungsergebnisse. Weinheim: Juventa 2012, S. 214-242.

Sollberger, D.; Byland, M.; Widmer, G.: Erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern. Belastungen, Bewältigung und biographische Identität. In: Lenz, A.; Jungbauer, J. (Hrsg.): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf und Interventionskonzepte. Tübingen: dgvt-Verlag 2008, S. 157-194.

Sollberger, D.: Psychotische Eltern, verletzte Kinder. Zur Identität und Biografie von Kindern psychisch kranker Eltern. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2000.

Sommer, R.; Zoller, P.; Felder, W.: Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. (2001) Heft 7, S. 498-512.

Spangler, G.; Zimmermann, P.: Bindung und Anpassung im Lebenslauf. Erklärungsansätze und empirische Grundlage für Entwicklungsprognosen. In: Oerter, R.; Röper, G.; von Hagen, C. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Entwicklungspsychologie. Weinheim: Psychologie Verlags Union 1999, S. 170-190.

Spierling, Klaus Henner: Kidstime Workshops – ein Projekt mit Mutlifamilienarbeit für Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen. In: Systeme (2016) Heft 30 (1), S. 54-74.

Spierling, Klaus Henner: Kidstime-Workshops. Resilienzentwicklung für Kinder psychisch erkrankter Eltern und ihre Familien. In: Kinderärztliche Praxis. Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin. 89 (2018) Nr.1, S. 35-41.

Sroufe, L.; Egeland, B.; Carlson, B.; Collins, A.: The development of the person. The Minnesota study of risk and adaption from birth to adulthood. New York: Guilford Press 2005.

Stadelmann, S.; Perren, S.; Kölch, M.; Groeben, M.; Schmid, M.: Psychisch kranke und unbelastete Eltern. Elterliche Stressbelastung und psychische Symptomatik der Kinder. In: Kindheit und Entwicklung. (2010) Heft 19 (2), S. 72-81.

Stieglitz, R.D.: Verhaltenstherapeutische Familientherapie bei schizophrenen Störungen: Ergebnisse von Metaanalysen und Analysen der Cochrane Collaboration. Vortrag auf dem 4. Psychotherapiekongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) 4. – 7. April 2001, Lübeck.

Stöger, P.: Übersehen und vernachlässigt: Kinder psychisch kranker Eltern. In: Psychosoziale Umschau. (1996) Heft 2, S. 8-10.

Tschuschke, V.: Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie. In: Tschuschke, V. (Hrsg.): Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart: Thieme 2001.

Vogt-Hillmann, Manfred; Burr, Wolfgang: Es kann ja so leicht sein. Lösungen in der Kreativen Kindertherapie. In: Vogt-Hillmann, Manfred; Burr, Wolfgang (Hrsg.): Kinderleichte Lösungen. Lösungsorientierte Kreative Kindertherapie. 3. Auflage Dortmund: Borgmann Publishing 2001, S. 7-10.

Vostanis, C., Meltzer, H., Goodman, R., Jenkins, R., Brugha, T.: Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health. Findings from GB national study. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (2006) Heft 41, S. 509-514.

Walsh, C.; McMillan, H.; Jamieson, E.: The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: Findings from the Ontario Health Supplement. In: *Child Abuse and Neglect*. (2002) Heft 26, S. 11-22.

Wang, A.R.; Goldschmidt, V.V.: Interviews with psychiatric inpatients about professional interventions with regard to their children. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*. (1996) Heft 93, S. 57-61.

Weinberg, M. K.; Tronick, E. Z.: The impact of maternal psychiatric illness on infant development. In: *Journey of Clinical Psychology* (1998) Heft 59, S. 53-61.

Weissman, M.M.; Warner, V.; Wickramaratne, P.; Moreau, D.; Olfson, M.: Offspring of depressed parents. 10 years later. In: *Archives of General Psychiatry*. (1997) Heft 54, S. 932-940.

Wiegand-Grefe, S.; Halverscheid, S.; Plass, A.; *Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Familienorientierte Prävention – Der CHIMPs-Beratungsansatz*. Göttingen: Hogrefe 2011.

Wunderer, Susanne: Kindgerechte Aufklärung bei psychischer Erkrankung eines Elternteils. In: Mattejat, Fritz; Lisofsky, Beate (Hrsg.): *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker*. 4. korrigierte und ergänzte Auflage. Köln: Balance buch + medien verlag 2014, S. 123-128.

Wüthrich, C.; Mattejat, F.; Remschmidt, H.: Kinder depressiver Eltern. In: *Kindheit und Entwicklung*. (1997) Heft 6, S. 141-146.

Yalom, I.: *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. 6. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta 2007.

Ziegenhain, Ute; Deneke, Christiane: Entwicklungspsychopathologische Voraussetzungen der Erlebens- und Verarbeitungsweisen von Kindern psychisch kranker Eltern. In: Kölch, Michael; Ziegenhain, Ute; Fegert, Jörg M. (Hrsg.): *Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa 2014, S. 14-35.

Erklärung

Hiermit erkläre ich, die vorliegende Arbeit selbstständig und nur mit Hilfe der angegebenen Quellen und Hilfsmittel erstellt zu haben. Wörtlich oder dem Sinn nach übernommene Textstellen sind als solche gekennzeichnet.

Kidstime Workshop – Feedback für Kinder unter Kinder

1.) Hat dir Kidstime heute gefallen?



Ja



Nein



Ich weiß nicht

2.) Hast du etwas Neues über psychisch Erkrankungen gelernt?



Ja



Nein



Ich weiß nicht

3.) Schreib hier bitte auf, was dir am besten gefallen hat:

4.) Schreib hier bitte auf, was dir heute am wenigsten gefallen hat:

5.) Würdest du noch einmal an einem Kidstime Workshop teilnehmen?



Ja



Nein



Ich weiß nicht

Danke!

Kidstime Workshop – Feedback für Kinder über 11 Jahre

Bevor du gehst, nimm dir bitte ein paar Minuten um diesen Zettel auszufüllen.

1) Hat dir der heutige Workshop gefallen?

Ja

Nein

Ich weiß nicht

2) Hast du heute etwas über psychische Erkrankungen gelernt, was du vorher noch nicht wusstest?

Ja

Nein

Ich weiß nicht

3) Denkst du, dass dir der heutige Workshop helfen wird, in Zukunft mit deiner Familie über psychische Erkrankungen zu reden?

Ja

Nein

Ich weiß nicht

4) Was hat dir heute vom Workshop am besten gefallen?

.....
.....

5) Was hat dir heute am wenigsten gefallen?

.....
.....

6) Würdest du nochmal zu einem Kidstime Workshop kommen?

Ja

Nein

Ich weiß nicht

Danke! 😊

Kidstime Workshop – Feedback für die Eltern

Nehmen Sie sich, bevor Sie gehen bitte noch ein paar Minuten um diesen Feedback-Bogen auszufüllen.

1) Fanden Sie den heutigen Workshop sinnvoll?

Ja

Nein

Ich weiß nicht

2) Haben Sie heute etwas über psychische Erkrankungen gelernt, was Sie vorher noch nicht wussten?

Ja

Nein

Ich weiß nicht

3) Denken Sie, dass der Workshop Ihnen helfen wird, mit der Familie über psychische Erkrankungen zu sprechen?

Ja

Nein

Ich weiß nicht

4) Was hat Ihnen heute am besten gefallen?

.....
.....
.....

5) Was hat Ihnen heute nicht so gut gefallen?

.....
.....
.....

6) Würden Sie nochmal an einem Kidstime-Workshop teilnehmen?

Ja

Nein

Ich weiß nicht

Danke! 😊