Evangelische Hochschule Nürnberg

Soziale Arbeit (B.A.)

Bachelor-Thesis

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts (B. A.)

Kinder psychisch kranker Eltern:

Wie Soziale Arbeit betroffene Kinder und ihre Familien unterstützen kann

Clarisse Buchmüller

Erstgutachter: Prof. Dr. Michael Appel

Zweitgutachter: Prof. Dr. Karl Titze

Abgabetermin: 11.06.2021

Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit war es herauszufinden, mit welchen Maßnahmen der Sozialen Arbeit Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Familien unterstützt werden können.

Hierzu wurde zunächst mittels Fachliteratur analysiert, unter welchen Bedingungen betroffene Kinder aufwachsen und welche Hilfen bereits angeboten werden.

Es zeigte sich, dass betroffene Jungen und Mädchen ein erhöhtes Risiko haben, selbst eine psychische Störung zu entwickeln und dass sie oftmals unter prekären Lebensbedingungen aufwachsen. Zwar gibt es bereits einige Angebote für betroffene Familien, diese werden jedoch nicht ausreichend von der Zielgruppe angenommen.

Um hier eine Änderung herbeizuführen, müssen Hilfen durch eine stärkere Vernetzung noch niederschwelliger gestaltet werden. Schlüsselaufgabe der Sozialen Arbeit ist es, sich mit Betroffenen zu solidarisieren und sie durch Förderung und Aktivierung von Ressourcen auf ihrem Weg in ein selbstbestimmtes Leben zu begleiten.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis I
1. Einleitung 1
2. Bestimmung der Zielgruppe 2
2.1 Definition psychische Erkrankung 2
2.2 Epidemiologie und Prävalenz von Kindern psychisch erkrankter Eltern 4
3. Auswirkungen auf betroffene Kinder 5
3.1 Genetische Risikofaktoren 5
3.2 Umweltbezogene Risikofaktoren 6
3.3 Ausgewählte psychische Erkrankungen und deren spezifischen Folgen 9
3.4 Lebenswelt der Kinder psychisch kranker Eltern 13
4. Protektive Faktoren 15
4.1 Resilienz 16
4.2 Copingstrategien 19
5. Maßnahmen der Sozialen Arbeit 21
5.1 Kindorientierte Hilfen 21
5.2 Elternorientierte Hilfen 25
5.3 Familienorientierte Hilfen 26
5.4 Vernetzung und Solidarisierung 32
6. Fazit 35
Literaturverzeichnis 37
Anhang I
Erklärung .....

Abkürzungsverzeichnis

ASD	Allgemeiner Sozialdienst
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5
ICD-10	International Classification of Diseases - 10
SPFH	Sozialpädagogische Familienhilfe

1. Einleitung

„**Goldene Kron'n färben Könige blau**
Ob sich dieser Schluck lohnt?
Na, ich weiß nicht genau
Du ertränkst grad' dein'n Sohn
Der dich zum Aufschau'n braucht
Bis der einsame Thron
Vererbt wird an die Frau“ (Fynn Kliemann 2018 zit. nach Genius Media Group, Inc.)

Dieser Ausschnitt zeigt eine Strophe aus dem Lied „Dunkelblau“ des Künstlers Fynn Kliemann. In diesem verarbeitet der Musiker retrospektiv die Alkoholsucht seines Vaters. Es ist ein seltener Einblick in die Perspektive eines Kindes eines psychisch Erkrankten, dabei gibt es viele solcher Kinder. Allein in Deutschland haben etwa drei Millionen Kinder einen Elternteil, der psychisch erkrankt ist (Grabe und Herpertz 2019, S. 233). Dennoch hört man von ihnen nur selten und wenn, dann häufig, wie im oben angeführten Beispiel, nur aus der zurückblickenden Sicht eines* einer Erwachsenen. Dieses Schattenleben betroffener Kinder kann enorme Auswirkungen nach sich ziehen. Denn Kinder psychisch kranker Eltern haben ein erhöhtes Risiko, selbst eine psychische Krankheit zu erwerben (Mattejat 2014, S. 78–79) und wachsen oftmals unter prekären Lebensbedingungen auf. Oft wird das Jugendamt erst über Dritte nach bereits eingetretenen Problemen und Auffälligkeiten auf diese Zielgruppe aufmerksam gemacht.

Dabei wissen wir aus der Risikoforschung, dass eine frühe Intervention Kinder schützen und ihnen und ihren Familien ein vergleichsweise normales Familienleben ermöglichen kann. Hier ist eindeutig die Soziale Arbeit – vor allem im Rahmen der Jugendhilfe – gefordert, denn sie hat den Auftrag schon präventiv zu intervenieren, wenn Kinder in ihrer Entwicklung bedroht sind (Wolf 2012, S. 69).

Im Rahmen dieser Arbeit soll der Frage nachgegangen werden, wie Soziale Arbeit betroffene Kinder und ihre Familien gezielt unterstützen kann. Weiteres Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, welche Angebote des sozialpädagogischen Repertoires die beschriebene Zielgruppe präventiv schützen können. Dabei sollen auch mögliche Barrieren kritisch aufgezeigt werden, die potenzielle Maßnahmen verhindern oder deren Wirkung mindern könnten.

Hierzu wird zunächst ein Überblick über die thematisierte Zielgruppe gegeben, indem beleuchtet wird, welche Voraussetzungen für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung erfüllt sein müssen und wie viele Eltern in Deutschland tatsächlich davon betroffen sind. In Kapitel 3 werden dann die allgemeinen Risikofaktoren, denen betroffene Kinder ausgesetzt sind, analysiert und ein Einblick in deren Lebenswelt gewährt. Um die potenziellen Folgen noch einmal konkreter aufzuzeigen, werden die häufigsten Erkrankungen psychisch kranker Eltern und deren spezifische Auswirkungen auf deren Nachwuchs kurz erörtert. Die diesen gegenüberstehenden protektiven Faktoren werden im nächsten Teil der Arbeit genauer betrachtet. Hier werden auch die individuellen Bewältigungsstrategien gewürdigt, mit deren Hilfe Jungen und Mädchen versuchen, sich mit ihrer Situation zu arrangieren.
Basierend auf diesem theoretischen Hintergrund werden mögliche Maßnahmen der Sozialen Arbeit vorgestellt, die nach der konkreten Ausrichtung an den jeweiligen Adressat*innen gegliedert werden. Abschließend werden die gewonnenen Erkenntnisse zusammengefasst und ein Resümee gezogen.

2. Bestimmung der Zielgruppe

Um die Zielgruppe näher zu bestimmen, muss zunächst der Begriff der psychischen Erkrankung genauer beleuchtet werden. Anschließend wird mittels aktueller Schätzungen und Studien ein Überblick über die Größe des betroffenen Personenkreises gegeben.

2.1 Definition psychische Erkrankung

Die Definition einer psychischen Erkrankung ist dynamisch und veränderte sich im Laufe der Zeit häufig. Während in der Antike aus dem Gleichgewicht geratene Körpersäfte für psychische Abweichungen verantwortlich gemacht wurden, waren es im Mittelalter übersinnliche Mächte. Gegenwärtig geht man davon aus, dass psychische Erkrankungen von mehreren Faktoren beeinflusst werden, die biologischer, sozialer und psychologischer Natur sein können. Dennoch gibt es bis heute keine übereinstimmende Meinung, was eine psychische Erkrankung ist (Stieglitz und Hiller 2013, S. 237).

Für die Einordnung, Behandlung und Erforschung psychischer Krankheiten ist jedoch ein allgemeingültiges Einordnungssystem notwendig. Hierfür wird in Deutschland das Klassifizierungssystem *International Classification of Diseases 10. Revision – German Modification* (ICD-10-GM) herangezogen. Die ICD-10 ist eine von der World Health Organization entwickelte und international anerkannte Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)). Hier werden Kriterien, wie Symptome und ihre zeitliche Dauer, beschrieben, die für eine Diagnostik notwendig sind. Das bekannte amerikanische Gegenstück ist der DSM-5 (Black und Grant 2014, S. 9), der insbesondere in der Forschung genutzt wird, jedoch in Deutschland zur Diagnostik nicht offiziell herangezogen werden darf. Schramme kritisiert allerdings, dass Symptome allein nicht genügen, um eine psychische Störung festzustellen. Er erweitert klassische Klassifikationssysteme um die Lebenswelt und somit auch subjektive Wertung des eigenen Befindens seitens des*der vermeintlichen Patient*in (Schramme 2015, S. 20–21). Nur ein individueller, subjektiver Leidensdruck würde die Diagnose einer psychischen Erkrankung zulassen.

Um psychische Krankheit definieren zu können, ist für Heinz darüber hinaus wichtig, zunächst das Pendant – die psychische Gesundheit – abzugrenzen. Er vertritt die Auffassung, dass Menschen dann psychisch gesund sind, wenn ihnen in bestimmten Situationen Handlungsalternativen zur Verfügung stehen, sie also flexibel reagieren können (Heinz 2016, S. 46). Für ihn ist demnach ein freier Wille zentrales Merkmal eines psychisch gesunden Menschen.

Kring und Kolleg*innen nennen zusammengefasst vier Merkmale einer psychischen Erkrankung (Kring et al. 2019, S. 25–29). Als Erstes gehen sie davon aus, dass Betroffene unter ihrer Störung leiden, wie beispielweise ein*e Suchtkranke* unter den organischen und psychischen und sozialen Folgen seines*ihres Suchtmittelmissbrauchs leidet. Des Weiteren sind psychisch Erkrankte in ihrer Lebensführung beeinträchtigt. Exemplarisch lässt sich hierfür ein*e Bewerber*in mit einer sozialen Angststörung nennen, der*die aufgrund seiner*ihrer Furcht vor Bewertung durch andere ein Vorstellungsgespräch nicht wahrnimmt. Als drittes Merkmal führen sie die Verletzung sozialer Normen auf. Ein dysfunktionales Verhalten ist das letzte Indiz einer psychischen Erkrankung. Psychisch Erkrankte reagieren oder handeln also ambivalent zur gewünschten Wirkung oder Ziel. Kring et al. betonen jedoch, dass zum einen nie ein Merkmal reicht, um eine psychische Störung festzustellen, gleichzeitig aber auch nie alle Kriterien erfüllt sein müssen.

Es bleibt festzuhalten, dass die Definition einer psychischen Erkrankung nicht nur zeit-, sondern auch kultur- und werteabhängig ist. Für eine bessere Vergleichbarkeit und Einordnung werden in dieser Arbeit nur psychische Erkrankungen berücksichtigt, die in der aktuell in Deutschland gültigen Klassifizierung, dem ICD-10, aufgeführt sind.

2.2 Epidemiologie und Prävalenz von Kindern psychisch erkrankter Eltern

Rund 28 Prozent der deutschen Bevölkerung sind jedes Jahr von einer psychischen Störung betroffen. Hierbei sind die am häufigsten auftretenden psychischen Erkrankungen Angststörungen, gefolgt von affektiven Störungen und Alkohol- und Medikamentenmissbrauch (Jacobi et al. 2014, S. 80–86). Wie viele der psychisch Erkrankten Eltern sind, lässt sich nur abschätzen. Dies liegt zum einen daran, dass viele Betroffene aus Scham keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, zum anderen ist davon auszugehen, dass psychisch kranke Menschen durchschnittlich genauso häufig Eltern werden wie Gesunde. Innerhalb eines Jahres erleben etwa drei Millionen Kinder einen Elternteil mit einer psychischen Erkrankung (Mattejat et al. 2011, S. 17).

In einer qualitativen Studie untersuchten Parrot und Kolleg*innen mittels narrativer Interviews die familiäre Situation von Patient*innen eines englischen Krankenhauses, die sich aufgrund psychischer Erkrankungen in stationärer Therapie befanden. Es stellte sich heraus, dass etwa ein Viertel der Männer Väter und 38 Prozent der Frauen Mütter waren (Parrott et al. 2015, S. 258). Auch eine an der psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg Eppendorf durchgeführte Studie erbrachte ähnliche Zahlen: 28 Prozent der erfassten Patient*innen waren Eltern (Wiegand-Grefe et al. 2009, S. 114).

Viele dieser Eltern leben mit ihren Kindern in einem Haushalt, jedoch unterscheidet sich das je nach Art der Erkrankung deutlich. Während rund 72 Prozent der Eltern mit einer Depression, Persönlichkeitsstörung oder Angststörung mit ihren minderjährigen Kindern zusammenwohnen, sind es bei Eltern mit Schizophrenie nur 41 Prozent. Auch im Hinblick auf das Geschlecht der Eltern gibt es Differenzen: Es leben mehr psychisch erkrankte Mütter mit ihrem Kind zusammen und ein großer Teil dieser Frauen ist alleinerziehend (Lenz 2012, S. 10–11). Kinder, die nicht bei ihren erkrankten Eltern wohnen, leben beim gesunden Elternteil, bei Verwandten oder in Einrichtungen der Jugendhilfe.

Obwohl die Elternschaftsrate bei psychisch Erkrankten also relativ hoch ist, werden ihre Kinder in Therapien und Angehörigenarbeit meist übersehen. Daher werden Kinder psychisch gestörter Menschen auch heute noch in der Fachliteratur als eine „vergessene Zielgruppe“ (Daser 2013, S. 9) oder als „vergessene Kinder“ (Pretis und Dimova 2016, S. 11) bezeichnet.

Dabei sind sie als direkte Angehörige der elterlichen Krankheit und ihren Symptomen so ausgesetzt wie wohl niemand anderes im sozialen Umfeld.

3. Auswirkungen auf betroffene Kinder

In der Risikoforschung geht man davon aus, dass sich durch Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines negativen Effektes erhöht. Ein Risiko ist also immer nur eine potenzielle Gefahr, die aber nicht zwangsläufig eintreten muss. Es ist davon auszugehen, dass eine Kumulation mehrerer Risikofaktoren die Chance für negative Folgen erhöht (Opp und Fingerle 2008, S. 13–14). Jedoch ist das Zusammenspiel dieser Faktoren keine einfache Mathematik, sondern ein komplexes Gefüge, in dem sich die Faktoren in Abhängigkeit zueinander wechselseitig beeinflussen.

3.1 Genetische Risikofaktoren

Leidet ein leiblicher Elternteil an einer psychischen Erkrankung, so ist die Wahrscheinlichkeit des Kindes, selbst die gleiche oder eine andere psychische Erkrankung zu entwickeln, erhöht. Durch Zwillings-, Adoptions- und Familienstudien konnte nachgewiesen werden, dass dies zumindest teilweise an genetischen Faktoren liegt. Die Wahrscheinlichkeit der Kinder psychisch kranker Eltern, selbst einmal eine psychische Störung zu entwickeln, variiert stark je nach Erkrankung der Eltern. Das größte Risiko bringt die Schizophrenie mit sich, mit einer Heterabilität von 73 Prozent bis 79 Prozent, dicht gefolgt von der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung und bipolaren Störungen (Wiegand-Grefe et al. 2011, S. 18). Auf die Vererblichkeit hat hingegen nicht nur die Art der Erkrankung einen Einfluss,

sondern auch die Schwere, die Dauer oder die Häufigkeit des Wiederauftretens der psychischen Störung (Mattejat und Remschmidt 2008, S. 413).

Vererbt wird jedoch nicht die Erkrankung an sich, sondern die Anfälligkeit für eine psychische Erkrankung, die sogenannte Vulnerabilität. Mit diesem Phänomen beschäftigte sich im Jahr 2003 der Psychologe Avshalom Caspi zusammen mit einer Gruppe internationaler Forscher*innen. Das Team untersuchte, warum manche Menschen aufgrund belastender Lebensereignisse eine Depression entwickeln und andere nicht. Die Wissenschaftler*innen unterteilten die Studienteilnehmer*innen nach den Unterschieden ihrer Promotorregion des Serotonin-Transportergens 5-HTTLPR. Dieses Gen gibt es in unterschiedlichen Variationen, mit kurzen Allelen und langen Allelen. Das Forscherteam fand heraus, dass Menschen mit zwei kurzen Allelen eine um 60% erhöhte Wahrscheinlichkeit haben, nach belastenden Lebensereignissen selbst an einer Depression zu erkranken, als Proband*innen mit langen Allelen (Caspi et al. 2003, S. 386–389).

Diese Studie und auch andere zeigen zwar, dass die Heritabilität psychischer Krankheiten für Kinder psychisch Kranker deutlich erhöht ist, sich jedoch genetische und umweltbezogene Einflüsse gegenseitig bedingen (Lenz und Wiegand-Grefe 2017, S. 10). Die Entwicklung einer psychischen Erkrankung ist also für Betroffene kein unbeeinflussbares genetisches Schicksal. Welche weiteren Faktoren eine Rolle spielen, wird im nächsten Kapitel aufgeführt.

3.2 Umweltbezogene Risikofaktoren

Psychisch kranke Eltern sind oft nur begrenzt in der Lage, ein Kind zu erziehen. Dies bedeutet, dass es vielen schwer fällt, ihr Kind zu pflegen, es körperlich zu versorgen und ihm eine verlässliche und vertrauensvolle Bezugsperson zu sein.

Viele psychisch kranke Eltern sind unsicher in ihrem Erziehungsverhalten. Gerade depressiven Müttern fällt es oft schwerer, bei Fehlverhalten des Kindes einzugreifen, was zu einer Verstärkung von negativen Verhaltensweisen führen kann. Zudem haben psychisch Erkrankte tendenziell Schwierigkeiten, sich empathisch in die Perspektive und Gefühlswelt ihres Kindes hineinzuversetzen (Lenz 2012, S. 16–17). Dies hat zur Folge, dass für problematische Verhaltensweisen des Kindes Erklärungen gesucht

werden, die häufig auf Fehlinterpretationen beruhen. Dem Kind werden dann böse Absichten unterstellt, wie beispielsweise eine aktive Provokation seiner Eltern.

Je jünger Kinder beim Auftreten der elterlichen psychischen Erkrankung sind, desto höher ist das Risiko für schwerwiegende psychische Folgen (Romer et al. 2011, S. 37). Gerade im Säuglings- und Kleinkindalter ist es wichtig, dass Eltern ihren Kindern als sichere und zuverlässige Basis zur Verfügung stehen. Sie helfen jungen Kindern in der Regulation der eigenen Emotionen und des vegetativen Spannungssystems (Romer et al. 2011, S. 32–33). Kinder, die sicher gebunden sind, können offener und explorativer auf ihre Umwelt zugehen, in dem Vertrauen, in ihren Eltern stets Trost und Halt zu finden. In Längsschnittstudien wurde herausgefunden, dass sicher gebundene Kinder und Jugendliche in vielerlei Hinsicht bessere Sozialkompetenzen haben: Sie sind konfliktfähiger und kompromissbereiter. Außerdem haben sie ein positiveres Selbstbild und können negative Erfahrungen und Emotionen leichter regulieren (Grossmann und Grossmann 2012, S. 88).
Für eine stabile und sichere Bindung ist es jedoch wichtig, dass Eltern feinfühlig auf ihr Kind reagieren und zuverlässig in neuen oder emotionsgeladenen Situationen Halt bieten.
Psychisch erkrankte Eltern sind dazu nur eingeschränkt im Stande. So nehmen an Depression oder Schizophrenie erkrankte Eltern Signale ihrer Kinder nur verzögert oder überhaupt nicht wahr. Ihnen fällt es schwer, aktiv mit ihren Kindern in Kontakt zu treten. Eltern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder einer manischen Depression lassen sich oft gar nicht auf die kindliche Kontaktaufnahme ein, sondern handeln nach ihren eigenen Bedürfnissen. Hierbei werten sie ihr Kind durch negative Äußerungen ab und reagieren ablehnend. Oftmals sind ihre Reaktionen stark ambivalent (Lenz 2012, S. 17). Dies kann dazu führen, dass ein Kind für ein bestimmtes Verhalten an einem Tag überschwänglich gelobt wird und am nächsten Tag mit Ignoranz oder gar feindlichen Beschimpfungen gestraft wird. Diese Kinder erleben ihre Eltern als unberechenbar.

Ob Kinder psychisch kranker Eltern häufiger Opfer von kindeswohlgefährdetem Verhalten sind, ist unter Expert*innen umstritten. In einer durch Walsh und Kolleg*innen durchgeführte Befragung berichteten Proband*innen, deren Eltern psychisch erkrankt waren, zwei bis drei Mal häufiger, dass sie in ihrer Kindheit Opfer von sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung oder Misshandlung waren, als ihre Referenzgruppe (Walsh et al. 2002, S. 11–22). Wie oft bei dieser Zielgruppe tatsächlich Maßnahmen aufgrund einer Kindeswohlgefährdung ergriffen werden

müssen, ist jedoch nicht bekannt. Dies liegt zum einen daran, dass sich erfasste Daten der zuständigen Behörden nicht zu einer Analyse bezüglich des Zusammenhangs zwischen einer psychischen Störung der Eltern und der Kindeswohlgefährdung eignen, zum anderen ist oft gar nicht bekannt, ob die Eltern psychisch erkrankt sind (Klein und Jungbauer 2010, S. 162). Hinzu kommt die Frage, ob bei misshandelnden Eltern nicht per se eine psychische Erkrankung vorliegt. Werden misshandelnde Eltern in psychisch Kranke und psychisch Gesunde aufgeteilt, sieht beispielsweise die Kinder- und Jugendpsychiaterin Deneke die Gefahr, Misshandlung von Kindern als normal und somit „Kindesmisshandlung [als] eine Erscheinung im normalen Zusammenleben von Familien“ (Deneke 2005, S. 144) anzuerkennen.

Ob Kinder psychisch kranker Eltern Opfer von Missbrauch werden, scheint also von mehr Faktoren abzuhängen, als der Erkrankung an sich. In einigen Studien konnte erwiesen werden, dass misshandelnde Eltern bestimmte Merkmale verbindet.
So fällt es misshandelnden Eltern schwer, sich in die Lebenswelt und Gefühlslage ihres Kindes hineinzuversetzen. Auch neigen sie zu negativen Zuschreibungen ihres Kindes. Des Weiteren gelingt es diesen Eltern seltener, die eigenen Bedürfnisse zugunsten des Wohles des Kindes zurückzustellen. Sie fühlen sich durch ihr Kind belasteter als andere Eltern, reagieren oft impulsiv und aus dem Affekt heraus. Hinzu kommt, dass sie offener für unangemessen harte Disziplinierungsmaßnahmen und körperliche Strafen sind (Lenz 2014a, S. 57).
Einige dieser Verhaltensweisen misshandelnder Eltern decken sich also mit dem bereits beschriebenen Erziehungsverhalten psychisch kranker Eltern. Daher ist davon auszugehen, dass Kinder psychisch kranker Eltern eine Hochrisikogruppe für Kindeswohlgefährdung sind.

Auch die Art und Weise, wie Eltern mit ihrer eigenen Erkrankung umgehen, beeinflusst die Höhe der Belastung der Kinder. Eltern, die die eigene Erkrankung nicht wahrhaben wollen, sich nicht mit ihr auseinandersetzen oder sie gar als unabwendbares Schicksal betrachten, belasten ihre Kinder zusätzlich. So konnten Wiegand-Grefe und Kolleg*innen in einer quantitativen Studie nachweisen, dass es einen Zusammenhang zwischen negativen Bewältigungsstrategien der Eltern und einem nachteiligen Einfluss auf die Lebensqualität der Kinder gibt (Wiegand-Grefe et al. 2010, S. 315–322).

Wegen der wechselseitigen Bedingung von Risikofaktoren sind Kinder, die in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil aufwachsen, neben dem krankheitstypischem Verhalten ihrer Eltern auch häufiger von zusätzlichen Risikofaktoren betroffen. So

können die Symptome der psychischen Erkrankung, wie beispielsweise sexuelle Lustlosigkeit und Gereiztheit, zu Partnerschaftskonflikten oder sogar zur Trennung der Eltern führen (Wiegand-Grefe et al. 2011, S. 24). Des Weiteren ist davon auszugehen, dass psychisch erkrankte Menschen überdurchschnittlich häufig von sozioökonomischen Faktoren wie Schulden, Arbeitslosigkeit und beengten Wohnverhältnissen betroffen sind (Lenz 2014a, S. 41). Kinder, die in sozioökonomisch und soziokulturell benachteiligten Familien aufwachsen, sind besonders gefährdet eine psychische Störung zu entwickeln (Klasen et al. 2017, S. 404–405).

Einzelne Risikofaktoren können meist von Kindern und Eltern selbst bewältigt werden. Häufen sich diese Faktoren jedoch, kumulieren sie zu einer so hohen Belastung, dass dies schwere psychische Folgen für Betroffene haben kann. Mattejat (Mattejat 2014, S. 85) spricht hier gar von einer doppelten Belastung der Kinder. Durch die in Kapitel 3.1 beschriebene vererbte Vulnerabilität, sind diese Kinder besonders sensibel gegenüber umweltbezogenen Risikofaktoren. Zusätzlich wachsen sie oft in besonders prekären Lebensverhältnissen, konfrontiert mit verschiedenen belastenden Faktoren ihrer Umwelt, auf.

3.3 Ausgewählte psychische Erkrankungen und deren spezifischen Folgen

Obwohl jede elterliche Erkrankung Folgen für den Nachwuchs haben kann, unterscheiden sich die Art und Schwere der negativen Auswirkungen je nach Art der Erkrankung deutlich. Da eine Aufführung aller spezifischen Risiken den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, werden im Folgenden die häufigsten psychischen Erkrankungen (Jacobi et al. 2014, S. 80) aufgeführt und deren Konsequenzen für die Zielgruppe konkretisiert.

Schizophrene Störungen

Verglichen mit anderen psychischen Erkrankungen, wachsen Kinder schizophrener Eltern selten bei ihren Eltern auf. Nichtsdestotrotz leben nach auf Hochrechnungen basierenden Einschätzungen etwa 270.000 Kinder bei ihren an Schizophrenie erkrankten Eltern (Kuhn et al. 2011, S. 299). Leidet ein Elternteil an einer Schizophrenie, so ist für deren Nachwuchs das spezifische Erkrankungsrisiko um das Zehnfache erhöht. Wenn beide Eltern betroffen sind, liegt die Wahrscheinlichkeit an

einer schizophrenen Störung zu erkranken sogar bei 40 Prozent (Mattejat und Remschmidt 2008, S. 413). Doch nicht nur das spezifische Erkrankungsrisiko ist erhöht: Kinder schizophrener Eltern haben auch ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung anderer psychischer Erkrankungen, wie affektive Störungen oder Substanzmissbrauch (Niemi et al. 2004, S. 16).

Neben diesen Risiken hat die elterliche Schizophrenie signifikante Auswirkungen auf den Lebensalltag betroffener Mädchen und Jungen, denn die Erkrankung geht mit erheblichen Störungen der Persönlichkeit einher. Sie kann zu Veränderungen der Wahrnehmung, der Emotionen und des Denkens führen. Auch Wahnvorstellungen, unkontrollierbare Gedanken oder das Hören von Stimmen gehört zu Symptomen der schizophrenen Störung (Häfner 2017, S. 29–30). Zusätzlich können Störungen im Sozialverhalten auftreten, was zu häufigen Beziehungsabbrüchen und Trennungen, gefolgt von Umzügen und Schulwechseln führen kann. Folglich haben die Kinder mit andauernd wechselnden Bezugspersonen und einem instabilen sozialen Umfeld zu kämpfen.

Betroffene Kinder wissen oftmals nicht viel über die Erkrankung ihrer Eltern. Sie erleben die schizophrenen Schübe ihrer Eltern als unberechenbar, was zu einer starken Verängstigung und Verzweiflung führen kann (Kuhn et al. 2011, S. 300–301).
Die meisten schizophrenen Eltern sind sich bewusst, dass sie in akuten schizophrenen Phasen ihr Kind nicht mehr adäquat versorgen und betreuen können. Viele plagt sogar die Angst eine potenzielle Gefahr für ihr Kind darzustellen (Jungbauer et al. 2010, S. 235–236). Dennoch scheuen sich viele davor sich Hilfe zu suchen, aus Angst, die Erziehungskompetenz abgesprochen zu kriegen oder gar das Sorgerecht zu verlieren.

Trotz dieser Belastungen versuchen die Kinder nach außen hin, das Bild einer „normalen“ Familie aufrecht zu erhalten. Sie sorgen sich um ihren erkrankten Elternteil und nehmen Rücksicht auf dessen Befinden.

Affektive Störungen

Zu den affektiven Störungen zählen die unipolaren depressiven Störungen und die bipolaren Störungen, in denen sich meist manische Episoden mit depressiven Episoden abwechseln. Kinder depressiver Eltern haben ein stark erhöhtes Risiko selbst eine Depression oder eine andere psychische Erkrankung zu entwickeln (Lenz 2014a, S. 39). Leidet ein Elternteil unter einer bipolaren Störung, so liegt das spezifische Erkrankungsrisiko der Kinder bei etwa vier Prozent. Sind beide Elternteile

von dieser Erkrankung betroffen, erhöht sich das spezifische Risiko sogar auf etwa 25 Prozent (Gottesman et al. 2010, S. 252–257).

Die Auswirkungen der unipolaren Depression auf den Nachwuchs sind gegenwärtig gut erforscht. Jedoch beziehen sich die meisten Studien auf die mütterliche Depression. Für die Folgen einer väterlichen depressiven Störung liegen erst wenige Erkenntnisse vor.

Müttern mit einer depressiven Störung fällt es schwer, sich empathisch in die Gefühlswelt ihres Kindes hineinzudenken. Ihnen bereitet es große Mühe ihr Kind als selbstständige Persönlichkeit mit eigenen Bedürfnissen, Gedanken und Wünschen wahrzunehmen und anzuerkennen (Quitmann et al. 2012, S. 515–516). Dies hat zur Folge, dass sie Signale ihres Kindes häufig fehlinterpretieren oder nur verzögert wahrnehmen. Selbst Mütter mit leichten Depressionen, die keiner psychiatrischen Behandlung bedürfen, erleben sich als gestresster und weniger kompetent in der Erziehung ihrer Kinder. Tatsächlich zeigen sie ein ungünstigeres Erziehungsverhalten als Vergleichsgruppen (Kötter et al. 2010, S. 114–116).

In einer Studie mit schwedischen Familien konnte darüber hinaus bewiesen werden, dass depressive Symptome der Eltern einen negativen Einfluss auf die Selbstkompetenz ihres Nachwuchses haben (Class et al. 2012, S. 791–792). Eine Begründung hierfür könnte sein, dass depressive Eltern die Fähigkeiten ihres Nachwuchses tendenziell negativer einschätzen und ihnen weniger zutrauen. Dies kann dazu führen, dass diese Kinder weniger Selbstvertrauen haben und sich weniger ausprobieren.

Krohn und Kolleginnen untersuchten in einer empirischen Studie 100 kinder- und jugendpsychiatrische Patient*innen. Die Hälfte von ihnen hatte einen depressiven Elternteil, die andere Hälfte hatte psychiatrisch unauffällige Eltern. Sie fanden heraus, dass die Kinder depressiver Eltern durchschnittlich eine doppelt so lange ambulante Therapie benötigten, als die Kontrollgruppe. Des Weiteren war für die Behandlung häufiger eine stationäre Aufnahme nötig. Die Forscherinnen begründeten diese Ergebnisse mit mutmaßlich schwererer Erkrankung dieser Kinder. Des Weiteren gehen sie davon aus, dass die zuständigen Therapeut*innen von einem genesungsstörenden häuslichen Umfeld ausgehen (Krohn et al. 2008, S. 545–550).

Angst- und Zwangsstörungen

Obwohl Personen mit Angststörungen die größte Gruppe psychisch Erkrankter ausmachen, liegen über die Auswirkungen auf den Nachwuchs erst wenige Studien vor.

In Deutschland sind etwa 15 Prozent von einer solchen Störung betroffen, wobei in dieser Anzahl auch Menschen mit einer spezifischen Phobie, wie einer Angst vor Spinnen, inkludiert sind (Jacobi et al. 2014, S. 80). Haben Eltern eine Angststörung, so ist die Wahrscheinlichkeit, dass ihre Kinder selbst eine solche Störung entwickeln, um das Zehnfache erhöht (Hahlweg et al. 2014, S. 116). Für Menschen mit einer Angststörung sind oft schon alltägliche Aktivitäten eine Hürde und nur mit großer Überwindung zu meistern. Viele vermeiden angstauslösende Situationen sogar ganz. Die Konsequenzen für den Lebensalltag des Kindes sind abhängig von der Art angstauslösender Situationen. Leiden die Eltern zum Beispiel unter einer Sozialphobie, meiden Betroffene subjektiv gefährliche Situationen, wie Elternabende in der Schule oder Geburtstagsfeiern (Bandelow und Wedekind 2014, S. 636). Dies kann zur Folge haben, dass Eltern sich und ihre Kinder sozial isolieren.

Substanzmissbrauch und Suchterkrankung

Sowohl der Konsum von legalen Drogen wie Nikotin und Alkohol, als auch der illegaler Substanzen wie Kokain oder Entaktogene in der Schwangerschaft kann erhebliche Konsequenzen für das ungeborene Kind haben. Die seelischen und körperlichen Folgen, wie beispielsweise Intelligenzminderung, Missbildungen oder neurologische Störungen (Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V 2012, S. 2) sind vielfältig und individuell. Die Auswirkungen sind jedoch nicht nur von der Substanz an sich, sondern auch von anderen Faktoren wie der Art und Häufigkeit des Konsums abhängig.
Trotz dieser möglichen negativen Folgen und belastenden Umstände entscheiden sich die meisten drogenabhängigen Schwangeren für ihr Kind (Habash 2014, S. 327).

Doch auch nach der Geburt sind Kinder prekären sozialen und finanziellen Lebensbedingungen ausgesetzt. Ein Grund hierfür ist, dass die Aufrechterhaltung des Konsums einen großen finanziellen und zeitlichen Aufwand mit sich bringt. Viele Substanzen sind teuer oder aufgrund ihrer Illegalität schwer zu beschaffen. Die Suchterkrankten sind also auf der ständigen Suche nach – oftmals auch kriminellen – Finanzierungsmöglichkeiten und Kontakten, weshalb Kinder bei wechselnden Betreuungspersonen untergebracht werden oder auf sich allein gestellt sind. Zusätzlich besteht beim Konsum illegaler Substanzen die ständige Gefahr einer Inhaftierung der

Eltern, was bei ihrem Nachwuchs zu starken Trennungsängsten führen kann. Doch selbst wenn die Konsument*innen sich entscheiden, einen Ausstieg aus der Abhängigkeit zu wagen, sind diese während etwaiger Klinikaufenthalte mit einer Trennung von Eltern und Kind verbunden (Rühl 2004, S. 30).
Das Handeln Suchterkrankter ist gesteuert vom primären Bedürfnis der Suchtbefriedigung. Sowohl direkt nach dem Konsum als auch während abstinenter Phasen und damit einhergehender Entzugserscheinungen kann das Verhalten der Konsument*innen stark von ihrem normalen Auftreten abweichen.
Da die Stimmung suchterkrankter Eltern oft schwankend und unvorhersehbar ist, fühlen sich die Kinder orientierungslos und sind den häufig willkürlichen Erziehungsmaßnahmen ihrer Eltern hilflos ausgesetzt (Rühl 2004, S. 30).
Die zusätzliche Stigmatisierung von Drogenkonsument*innen und deren gesellschaftliche Ausgrenzung führt zu einer Isolation betroffener Familien und kann die Hilflosigkeit noch weiter verstärken.

3.4 Lebenswelt der Kinder psychisch kranker Eltern

Kinder beobachten ihre Eltern sehr genau. Sie haben ein sensibles Gespür für Veränderungen im Verhalten ihrer Eltern. So registrieren sie zum Beispiel schnell erste Frühwarnzeichen einer Verschlechterung des Zustandes ihrer Eltern. Diese Anzeichen können auch direkt mit dem Kind in Zusammenhang stehen. Viele Eltern vereinnahmen ihren Nachwuchs dann regelrecht, werden überbehütend und isolieren ihn von der Außenwelt. Die kindliche Reaktion auf diese Warnzeichen fällt sehr unterschiedlich aus. Während einige Kinder von Schuldgefühlen geplagt werden oder versuchen sich an das Verhalten ihrer Eltern anzupassen, reagieren andere mit Wut oder Unverständnis (Lenz 2014a, S. 91–92). Zusammenfassend empfinden alle Jungen und Mädchen diese Situationen als belastend.

Viele Kinder erleben die Erkrankung ihrer Eltern als Tabuthema, über das nicht gesprochen werden darf (Mattejat 2014, S. 88). Dies kann zum einen an einem tatsächlichen Verbot liegen, aber auch an dem Glauben vieler Kinder, sie würden ihre Eltern verraten, wenn sie mit anderen darüber reden. Dieses (selbst) auferlegte Kommunikationsverbot lässt die Erkrankung oftmals zu einem Familiengeheimnis werden. Dies hat für Kinder fatale Folgen: Sie fühlen sich mit der Situation allein gelassen, regelrecht isoliert und trauen sich nicht, andere um Hilfe zu bitten (Lenz und Wiegand-Grefe 2017, S. 6).

Gerade jüngere Kinder, die sich das Verhalten ihrer psychisch kranken Eltern nicht erklären können, fühlen sich verantwortlich für die Erkrankung ihrer Erziehungsberechtigten. Sie gehen davon aus, durch böse Gedanken oder schlechtes Verhalten einen negativen Einfluss auf das Wohlbefinden ihrer Eltern und somit die Ausprägung der Krankheit zu nehmen (Lenz 2014a, S. 93). Die in Kapitel 3.2 beschriebene Neigung psychisch kranker Eltern, sich gegenüber dem eigenen Kind feindselig oder schuldzuweisend zu äußern, bestätigt und verstärkt das Gefühl der Schuld.

Im Gegensatz zu jüngeren Kindern haben Jugendliche aufgrund ihrer emotionalen und kognitiven Kompetenzen mehr Möglichkeiten, sich Ressourcen außerhalb der Familie zu suchen. Dennoch leiden auch sie unter der psychischen Erkrankung ihres Elternteils, wenn auch auf andere Art und Weise. Ältere Kinder haben Sorge, sie könnten sich verhalten wie ihr psychisch kranker Elternteil oder gar selbst psychisch erkranken. Um dieser Angst etwas entgegenzusetzen, grenzen sie sich häufig stark von ihrer kranken Mutter oder ihrem kranken Vater ab, werten ihn*sie sowohl familienintern als auch außerhalb der Familie verbal ab. Diese Abgrenzung kann aber zu innerlichen Konflikten führen, denn die Jugendlichen fühlen sich dennoch mit ihrem Elternteil verbunden und verantwortlich. Viele ältere Kinder gaben außerdem an, das Fehlen eines positiven Vorbildes als großen Nachteil gegenüber Gleichaltrigen zu erleben (Lenz 2014a, S. 96–99).

Durch die Bedürftigkeitssignale der Eltern und das Gefühl der Verantwortung der Kinder kann es zu einem Rollentausch beider Generationen kommen, einer sogenannten Parentifizierung. Man unterscheidet zwischen einer instrumentellen und einer emotionalen Parentifizierung. Bei ersterer entlasten Kinder ihre Eltern, indem sie Tätigkeiten im Haushalt übernehmen oder sich um ihre jüngeren Geschwister kümmern. Bei der emotionalen Parentifizierung fungieren Kinder als Partnerersatz. Sie werden zu den engsten Ratgebern ihrer Eltern und dienen als unermüdliche Quelle für Zuneigung, Liebe und Trost. Da bei beiden Arten Kinder ihre Bedürfnisse erheblich zurückstellen, können Defizite in der Entwicklung der Kinder auftreten. Die gefährlichere Variante ist jedoch die emotionale Parentifizierung, da sie häufig nicht als solche wahrgenommen wird und für den Nachwuchs seelisch belastender ist (Lenz 2012, S. 18).

Demgegenüber steht jedoch, dass eine leichte Form der Parentifizierung auch Positiveffekte mit sich bringen kann, insofern sie unter gewissen Rahmenbedingungen

stattfindet. Hierfür ist es zum einen wichtig, dass die Kinder für ihre Anstrengungen Wertschätzung und Anerkennung, beispielweise in Form eines Lobes, erhalten. Zum anderen dürfen die an das Kind gestellten Anforderungen es nicht überfordern oder gar die Entwicklung des Kindes beeinträchtigen (Lenz 2012, S. 29–30). Unter diesen Voraussetzungen kann das Übernehmen elterlicher Aufgaben das Kind in seiner Selbstständigkeit fördern und somit auch das Selbstwertgefühl stärken.

Die zusätzlichen Belastungen durch die Erkrankung der Eltern können außerdem die Schulleistungen der Kinder beeinflussen. Durch die ständige Sorge um die Eltern fällt es den Kindern schwer, sich auf den Unterrichtsstoff und das Lernen zu konzentrieren. Die Folge sind schlechte Schulnoten und Kritik seitens der Lehrer*innen. Kommen dann noch negative Rückmeldungen oder unangemessene Erwartungshaltungen an die Leistungen des Kindes hinzu, besteht die Gefahr, dass das Kind eine Schulangst entwickelt. Gerade Eltern, die selbst unter sozialen Ängsten leiden, ist oft die Außenwirkung und die Meinung anderer sehr wichtig. Diese negativen Vorbilder können soziale Ängste noch mehr fördern (Stieler-Melfsen und Walitza 2013, S. 56–57).

Viele Kinder versuchen nach außen stark zu bleiben und schweigen über ihre Sorgen. Diese Rolle beherrschen sie zum Teil so perfekt, dass ihre Probleme übersehen werden (Romer et al. 2011, S. 36).

4. Protektive Faktoren

Obwohl Kinder psychisch kranker Eltern hohen Belastungen ausgesetzt sind, entwickeln nicht alle eine psychische Störung. Die genetische Vulnerabilität begünstigt lediglich eine Erkrankung, viel mehr Einfluss haben jedoch die Bedingungen, unter denen ein Kind aufwächst (Lenz und Kuhn 2011, S. 269). Dies lässt den Rückschluss zu, dass positive Umwelteinflüsse Risiken mildern und ein gesundes Heranwachsen begünstigen können.

4.1 Resilienz

Resilienz bezeichnet die psychische Widerstandskraft gegenüber Entwicklungs- und Lebenskrisen (Wustmann 2004, S. 18) und ist somit das Pendant zur Vulnerabilität. Diese Widerstandskraft wird durch sogenannte Schutzfaktoren gestärkt. Jene sind Ressourcen, die dann ihre Wirkung entfalten, wenn Kinder von Risiken oder einer Fehlentwicklung bedroht sind. Resilienz ist aber keine angeborene Eigenschaft, sondern eine Fähigkeit, die gefördert, trainiert und verbessert werden kann. Resiliente Kinder sind somit keine per se stärkeren Jungen und Mädchen, sondern haben unterschiedliche protektive Ressourcen zur Verfügung, auf die sie in Krisen zurückgreifen können. Diese Ressourcen oder auch Schutzfaktoren können in ihren Eigenschaften sehr verschieden und sozialer, ökonomischer, biologischer oder psychischer Natur sein. Sie sind weitgehend wandelbar und nicht immer konsistent; Kinder können also mal mehr und mal weniger resilient sein (Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse 2019, S. 11–12). Neben der Anzahl an zur Verfügung stehender Ressourcen ist auch die Qualität der Schutzfaktoren ausschlaggebend für eine starke Resilienz.

Obwohl sich die Forschung schon seit langem damit beschäftigt, wie Resilienz bei Kindern gefördert werden kann, liegen für die spezielle Zielgruppe, die Kinder psychisch kranker Eltern, erst wenige Studien vor. Trotzdem lassen sich einige Resilienz fördernde Aspekte zusammentragen, die Kindern helfen können, die psychische Störung ihrer Eltern besser zu bewältigen.

In einer sogenannten Pionierstudie der Resilienz, der Kauai-Studie von Werner und Smith, wurde eine Gruppe, bestehend aus 698 asiatisch hawaiianischen Kindern des Jahrgangs 1955 von der pränatalen Phase bis hin ins Erwachsenenalter beobachtet. 30 Prozent dieser Proband*innen wuchsen unter Einfluss von hohen Risikofaktoren, wie Armut oder einer psychischen Erkrankung der Eltern, auf. Zwei Drittel dieser Risikogruppe entwickelten psychische Auffälligkeiten, hatten Schwierigkeiten in der Schule oder begingen Straftaten. Ein Drittel der Proband*innen wuchs jedoch zu verantwortungsbewussten und fürsorglichen Erwachsenen heran. Diese Menschen hatten stabile Partnerschaften, gingen einer Erwerbstätigkeit nach, waren optimistisch und hilfsbereit. Werner und Smith kamen also zum Entschluss, dass es gewisse Faktoren geben muss, die diese Kinder trotz der hohen Belastung geschützt haben.(Werner 2008, S. 21).

Kinder, die mit einem ausgeglichenen und fröhlichen Temperament auf die Welt kommen, haben es leichter, mit ihren Bezugspersonen in Kontakt zu treten. Sie sind offener für neue Situationen und können sich schneller an Veränderung anpassen. Schon im Baby- und Kleinkindalter werden sie von ihrem Umfeld als pflegeleichter und liebevoller wahrgenommen. Auf diese Weise schaffen sie es, dass Bezugspersonen ihnen gegenüber positiv gestimmt und zugewandt sind (Lenz 2014a, S. 153), sodass sie weniger schnell Zielscheibe von Schuldzuweisungen und Konflikten in der Familie werden.

Als weiterer schutzfördernder Faktor gilt eine ausgeprägte soziale Empathie (Brockmann und Lenz 2016, S. 80–81). Empathische Menschen bieten anderen Menschen gerne ihre Unterstützung an und können Gefühle anderer besser einschätzen. Diese Fähigkeit erlangen sie aufgrund eines stärkeren Bezugs zu ihrem eigenen Innenleben, der sie befähigt, ihre eigenen Gefühle besser reflektieren und einschätzen zu können. Ihre hohe Sozialkompetenz hilft ihnen, mit anderen in Kontakt zu kommen und Freundschaften zu schließen, was ihre sozialen Ressourcen erweitert. Dies hat zur Folge, dass sie sich neben ihren Eltern andere Bezugspersonen suchen können, die ihnen Halt geben und als positive Vorbilder dienen können.

Darüber hinaus gelten gesunde Kinder als resilienter. Sie sind robuster als kränkliche Kinder und können Anforderungen ihrer Umwelt besser bewältigen (Pretis und Dimova 2016, S. 82–83). Die Gesundheit der Kinder bezieht sich hierbei jedoch nicht ausschließlich auf das Fernbleiben von Krankheiten, sondern auch auf eine gesunde Lebensweise, die eine ausgewogene Ernährung, Bewegung und präventive Gesundheitsfürsorge miteinschließt.

Eine hohes Selbstwirksamkeitserleben trägt zur Widerstandsfähigkeit von Jungen und Mädchen bei. Schaffen es Kinder sich trotz widriger Umstände als selbstwirksam zu erleben, fühlen sie sich Situationen nicht als passiver Spielball ihrer Umwelt ausgeliefert, sondern gehen fest davon aus, durch ihr Handeln Einfluss nehmen zu können. Durch den Glauben an die eigene Selbstwirksamkeit trauen sie sich zu, Probleme selbst lösen zu können und beweisen dabei einen stärkeren Willen und mehr Durchhaltevermögen. Dennoch scheuen sie sich nicht, wenn nötig, aktiv um Hilfe zur gemeinsamen Problembewältigung zu bitten (Lenz 2014a, S. 154–155). Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die Zuversicht, auch mit schwierigen Situationen umgehen zu können, stärkt Kinder. Demnach trägt ein hohes Selbstvertrauen dazu bei, dass Menschen Krisen als Herausforderungen und nicht als unüberwindbares

Hindernis sehen. Kinder mit einem positiven Selbstwertgefühl trauen sich, selbstbewusst für ihre eigenen Bedürfnisse einzutreten und diese auch gegenüber Erwachsenen einzufordern (Lenz 2014a, S. 154).

Als weiterer wichtiger Schutzfaktor gilt das Bildungsniveau der Eltern. Je höher der Bildungsgrad ist, desto besser können sie ihren Nachwuchs unterstützen. Vor allem gut gebildete Mütter haben einen hohen Positiveffekt. Sie erziehen ihre Kinder zu selbstständigen und lösungsorientierten Persönlichkeiten. Diese Kinder erfreuen sich meist besserer Gesundheit, fehlen weniger in der Schule und erzielen bessere Leistungen (Werner 2008, S. 26). Dieser Umstand kann einen weiteren vorteilhaften Effekt mit sich bringen, denn eine positive Beziehung zur Schule und gute Schulleistungen sind ein weiterer Schutzfaktor gegenüber Risikofaktoren (Lösel und Bender 2008, S. 58). Gute Schulnoten bringen den Kindern und Jugendlichen nicht nur Bestätigung und Anerkennung, sondern sie erfahren auch, dass Anstrengung und Ausdauer positive Resultate zur Folge haben.

Walsh erweiterte das klassische Resilienzkonzept um die familiäre Resilienz. Sie geht davon aus, dass resiliente Familien es schaffen, Krisen als Herausforderung zu sehen und sie gemeinsam zu bewältigen, ohne dass das Familiensystem darunter zusammenbricht. Wichtig hierbei sind drei Aspekte: Zum einen sind dies die Überzeugungen einer Familie. Spiritualität, eine optimistische Lebenseinstellung sowie die Fähigkeit, auch in belastenden Situationen einen Sinn zu finden, wirken sich positiv auf die Resilienz aus. Des Weiteren ist entscheidend, wie sich die Familie organisiert. Offenheit für Veränderungen, gegenseitige Solidarität und Verbundenheit sowie eine stabile Integration in ein soziales Netzwerk unterstützen die familiäre Widerstandskraft. Als dritten Bereich führt Walsh die Kommunikation und die Herangehensweise an Probleme einer Familie auf. Wichtig hierbei ist eine klare und stringente Kommunikation, in der Gefühle offen ausgesprochen und zugelassen werden (Walsh 2003, S. 7).

Doch auch Personen über die Familie hinaus können für Kinder eine stabilisierende Ressource sein. Neben Verwandten können dies professionelle Bezugspersonen wie Lehrer*innen, Erzieher*innen, aber auch gleichaltrige Freund*innen sein. In sozialen Begegnungsstätten außerhalb der Familie, wie in der Schule oder im Verein, können sie Anerkennung und Wertschätzung erfahren und sich in schwierigen Zeiten ablenken (Lenz und Wiegand-Grefe 2017, S. 37–38).

Diese protektiven Faktoren können Kinder, die unter Hochrisikofaktoren aufwachsen, für ein selbstbestimmtes und erfüllendes Leben stärken. Werner bezeichnet sie gar als „Stufen einer Wendeltreppe, die mit jedem Schritt und Tritt das Kind zu einer erfolgreichen Lebensbewältigung führt[...]“ (Werner 2008, S. 26).
Allerdings ermahnen Lösel und Bender, Schutzfaktoren nicht als allgemeingültiges Allheilmittel zu sehen. Jene Faktoren seien nur in einer positiven Ausprägung schützend, andernfalls könnten sie gar schädlich sein (Lösel und Bender 2008, S. 60–61). So gelten beispielsweise gute Schulleistungen als protektiver Faktor, werden sie allerdings nur unter enormen Druck oder unangemessen hohen Erwartungshaltungen der Eltern erreicht, können jene sogar als Risikofaktor angesehen werden.

Neben diesen Schutzfaktoren, die eine starke Widerstandskraft fördern, entwickeln betroffene Kinder und ihre Familien ganz eigene Strategien, um mit dieser belastenden Lebenssituation umzugehen. Diese sogenannten Copingstrategien sind zwar individuell, dennoch konnte mittels qualitativer Studien festgestellt werden, dass es ähnliche Bewältigungsmuster gibt, die sich als bestimmte Copingtypen zusammenfassen lassen.

4.2 Copingstrategien

Eine der wenigen Studien, die sich mit den Copingstrategien von Kindern psychisch kranker Eltern befasst haben, ist das Forschungsprojekt *Schizophrenie und Elternschaft*. Mittels qualitativer Interviews und Fragebögen wurden erstmals auch minderjährige Kinder an Schizophrenie erkrankter Eltern nach ihren Bewältigungsstrategien befragt. Es stellte sich heraus, dass die Methoden dieser Kinder zwei Typen von Coping zuzuordnen waren. Der erste Typ zeigt eine aggressive Art der Emotionsbewältigung. Diese Kinder zeigen häufig ein hitziges Verhalten gegenüber ihren Mitmenschen. Ihnen fällt es schwer, sich von Problemen abzulenken oder jemanden um Hilfe zu bitten. Der zweite Typ hingegen sucht nach sozialer Unterstützung und weist eine hohe Situationskontrolle auf. Dieses Copingverhalten ist eigentlich als positiv zu werten, jedoch können diese Kinder selbst in überfordernden Situationen die Kontrolle nicht abgeben. Auch das Aufsuchen von Hilfe kann trügerisch sein, denn die Kinder und Jugendlichen nehmen diese Entlastung häufig nur bei Themen in Anspruch, die die elterliche Erkrankung nicht betreffen, wie beispielsweise bei den Schulaufgaben. Bei Problemen, die die psychische Erkrankung der Eltern

betreffen, suchen auch die Kinder der zweiten Gruppe keine Hilfe auf (Kuhn et al. 2011, S. 303–309).

Neben den kindlichen Bewältigungsversuchen gibt es auch ein familiäres Coping. Beim konstruktiv emotionsbezogenen Coping versuchen die Eltern mit Hilfe von positiven Erlebnissen Raum für Erholung und Ablenkung zu bieten. Diese Ablenkungen können kleine gemeinsame Aktivitäten, wie ein gemeinsamer Spieleabend oder ein Picknick, aber auch Ausflüge in den Zoo oder gar ein gemeinsamer Urlaub sein. Eltern, die problembezogene Bewältigungsstrategien zeigen, reden mit ihrem Kind offen über ihre Erkrankung und damit einhergehende Herausforderungen. Sie lassen ihre Kinder bewusst an ihrer Gefühlswelt teilhaben und beziehen das Kind in ihr Vorhaben mit ein. Obwohl sich diese Eltern um eine kindgerechte Aufklärung und Einbezug des Kindes bemühen, besteht bei dieser Art der Bewältigung die potenzielle Gefahr einer wie in Kapitel 3.5 beschriebenen emotionalen Parentifizierung. Auch das emotions- und problembezogene delegierte Coping der Kinder kann zu einer Parentifizierung führen, denn bei diesem versuchen die Kinder ihre Eltern durch Verantwortungsübernahme zu entlasten.
Eltern, die zu einem problembezogenen delegierendem Coping neigen, übertragen aktiv oder auch unbewusst ihre Verantwortung auf den gesunden Elternteil des Kindes. Der gesunde Vater oder die gesunde Mutter wird dann zur primären Bezugsperson des Jungen oder Mädchens und kümmert sich weitestgehend allein um die Betreuung und Erziehung. Als sehr belastend, empfinden Kinder das destruktive emotionsbezogene Coping. In diesen Familien kommt es häufig zu Konflikten, die von gegenseitigen Vorwürfen und Schuldzuweisungen geprägt sind. Diese Streitigkeiten finden meist zwischen den Eltern statt und werden von den Kindern als beschämend empfunden (Lenz 2014a, S. 181–187).

Forschungsergebnisse zeigen, dass geeignete Copingstrategien einen Positiveffekt auf die Gesundheit und Lebensqualität haben (Lenz 2012, S. 26). Dennoch sind Bewältigungsstrategien nicht als universell richtig oder falsch einzuordnen. Sie sollten der Situation angepasst und entsprechend dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes sein. So kann es sein, dass in einer Situation Ablenkung und eine Bagatellisierung des Problems eine angemessene Reaktion ist, während es ein anderes Mal sinnvoll ist, jemanden um Hilfe zu bitten.

Viele psychisch Erkrankte greifen jedoch – oft krankheitsbedingt – auf ungeeignete Copingstrategien zurück. Bei der Förderung geeigneter Bewältigungskompetenzen

benötigen also viele Kinder und ihre Familien externe Hilfe. Professionelle sozialpädagogische Unterstützung kann Betroffenen helfen, neue Perspektiven aufzuzeigen, bereits vorhandene Ressourcen auszubauen und neue zu etablieren.

5. Maßnahmen der Sozialen Arbeit

Soziale Arbeit hat nicht nur den Einzelnen mit den eigenen individuellen Anforderungen im Blick, sondern auch die Familie als System und das soziale Gefüge, in dem sie sich befindet. Da je nach Perspektive andere Herausforderungen sichtbar werden, ist es sinnvoll, für jede Zielgruppe eigene Ansätze für eine sozialpädagogische Intervention zu entwickeln. Dabei sollte sie sich jedoch nicht nur auf die Minderung bereits entstandener Schwierigkeiten, sondern auch auf die präventive Verhinderung von Problematiken konzentrieren (Lenz und Wiegand-Grefe 2017, S. 48).

5.1 Kindorientierte Hilfen

Wie in Kapitel 4.2 aufgeführt, haben Kinder psychisch kranker Eltern meist schon eigene Strategien entwickelt mit belastenden Situationen umzugehen. Von außen betrachtet, sind diese Bewältigungsmaßnahmen nicht immer als solche erkennbar oder nachvollziehbar. Dennoch sollten diese selbstständigen Versuche, die eigene Handlungsfähigkeit aufrecht zu erhalten, stets gewürdigt und niemals abgewertet werden (Wolf 2012, S. 131–132). Ziel der am Kind orientierten Unterstützungen sollte also stets eine Ressourcen- und Perspektiverweiterung sein, um die Handlungsfähigkeit des Kindes zu stärken.

Aufklärung und Psychoedukation

Ein offener Umgang mit der elterlichen Erkrankung schützt Kinder. Als Basis hierfür dient eine alters- und entwicklungsadäquate Aufklärung über die psychische Störung, denn das Verstehen und Wissen um ein Problem macht es greifbarer und somit auch bewältigbar.

Eltern fällt es jedoch häufig schwer, ihre eigene Verletzlichkeit gegenüber ihren Kindern zu offenbaren. Unterstützung hierfür können sozialpädagogische Fachkräfte

geben, indem sie empathisch auf Ängste und Sorgen der Erkrankten eingehen und Mut zusprechen. Um die Relevanz eines aufklärenden Gesprächs zu verdeutlichen, ist es zusätzlich wichtig, die Eltern über die Verunsicherung und Schuldgefühle der Kinder, die bei einer ausbleibenden Krankheitsaufklärung auftreten, zu informieren. Als Lösung hierfür kann die positive Wirkung einer Psychoedukation ihres Nachwuchses aufgezeigt werden (Lenz und Wiegand-Grefe 2017, S. 84–85). Schaffen es Betroffene diese Hemmschwelle zu überwinden, fehlen oft die richtigen Worte. Sozialpädagog*innen können den Eltern anbieten das Gespräch im Rahmen eines Familiengespräches unterstützend zu begleiten.

Um etwaige Schuldgefühle der Eltern zu vermeiden, kann es sinnvoll sein, mit neutralen Informationen auf biologischer Ebene zu beginnen. Selbst Vorschulkinder sind schon in der Lage, einfache biologische Prozesse des Gehirns zu verstehen, insoweit sie kindgerecht vermittelt werden (Pretis und Dimova 2016, S. 71). Wichtiger als das sachliche Wissen über die Erkrankung ist es, Kindern krankheitsbedingte Verhaltensweisen und Reaktionen ihrer Eltern verständlich zu machen. Hierbei ist es essenziell, dass Kinder ihre Eltern nicht nur nachvollziehen können, sondern auch Perspektiven in Aussicht gestellt bekommen. Ermutigung und die Vermittlung von Hoffnung auf eine positive Zukunft ist also ein elementarer Bestandteil der Psychoedukation betroffener Kinder. Diese optimistische Einstellung begünstigt Kreativitätsprozesse, die es Kindern ermöglichen, ihren eigenen Handlungsspielraum zu erweitern und Copingstrategien zu entwickeln (Lenz 2014a, S. 310). Die Jungen und Mädchen werden somit in ihrer Selbstkompetenz gestärkt.

Es ist davon auszugehen, dass Kinder sich bereits einige Gedanken zum Verhalten ihrer Eltern gemacht und mögliche Erklärungen gesucht haben. Je nach Entwicklungs- und Wissensstand des Kindes können die Interpretationen für Erwachsene skurril erscheinen. Widerspricht die Realität jedoch den bisherigen Annahmen des Kindes in einem hohen Grad, so kann es für das Kind schwer sein, die neuen Informationen auf- und vor allem anzunehmen. Daher ist es sinnvoll, zu Beginn eines aufklärenden Gespräches den aktuellen Wissensstand des Kindes abzufragen und auf die Vorstellungen und Annahmen einzugehen (Lenz 2010, S. 171–172). Des Weiteren sollte in diesem Rahmen den Kindern ermöglicht werden, Fragen zu stellen. Diese Fragen beziehen sich meist auf den Lebensalltag der Kinder. Sie wollen wissen, welche Ursachen den Verhaltensweisen ihrer Eltern zugrunde liegen und wie sie ihren Vater oder ihre Mutter unterstützen können.

Wie eine Psychoedukation betroffener Kinder im Rahmen eines Familiengespräches ablaufen könnte, zeigen Lenz und Wiegand-Grefe (2017, S. 82–83) in einer Art Leitfaden (siehe Anhang 1). Gesprächsbeispiele speziell für die altersgerechte Aufklärung von Kleinkindern geben Pretis und Dimova (2016, S. 75–76) (siehe Anhang 2).

Neben Familiengesprächen kann die Psychoedukation auch im Gruppensetting erfolgen. Der große Vorteil gegenüber einem Familiengespräch ist, dass die Kinder auch andere betroffene Gleichaltrige kennen lernen. Sie merken, dass sie mit ihren Sorgen und Problemen nicht allein sind und können sich austauschen. Eine solche Kindergruppe bietet das Projekt AURYN an, dessen Konzeption 1993 von einem Projektteam bestehend aus Ärzt*innen, Psycholog*innen und Sozialarbeiter*innen erarbeitet wurde. Was als Modellprojekt begann, hat heute in ganz Deutschland mehrere Ableger und ist ein anerkannter freier Träger der Jugendhilfe (AURYN Trier e.V. 2011). Neben der Aufklärung über die elterliche Erkrankung werden die Kinder auch in ihren Kompetenzen und ihrem Selbstwert bestärkt.

Obwohl dieses Projekt als präventive Maßnahme ins Leben gerufen wurde, stellt sich die Frage, wie vorbeugend es wirklich ist. Denn viele Teilnehmer*innen zeigen schon bei Eintritt in die Gruppe psychische Auffälligkeiten (Wiegand-Grefe et al. 2011, S. 37). Des Weiteren ist kritisch zu sehen, dass AURYN kein niederschwelliges Angebot ist, da eine Teilnahme eine gewisse Krankheitseinsicht der Eltern voraussetzt. Zudem ist diskutabel, ob in einem Gruppensetting der dialogische Austausch und mit ihm die Möglichkeit individuelle Anliegen anzusprechen verloren geht.
Demnach sind Kindergruppen eher als sinnvolle Ergänzung zu sehen, können aber ein Familiengespräch nicht gleichwertig ersetzen.

Problemlösekompetenz

Neben sozialen Beziehungen ist die persönliche Problemlösekompetenz eine weitere wichtige Ressource, die Kinder psychisch kranker Eltern unterstützt, mit den an sie gestellten Anforderungen zurecht zu kommen.

Doch viele Bewältigungsstrategien, die bei Erwachsenen akzeptiert werden, werden Kindern nicht zugestanden (Lenz 2012, S. 65). So können Erwachsene beispielsweise ihre Wut artikulieren und auch mal durch Schreien und Schimpfwörter äußern, während Kinder, wenn sie das Gleiche tun, oftmals getadelt werden.

Laut heutigem Kenntnisstand in der Stressforschung ist davon auszugehen, dass es keine per se falschen oder richtigen Arten des Copings gibt, sondern dass sie der Situation angemessen sein müssen (Lenz 2014a, S. 282). Damit ein Kind also für verschiedene stressauslösende Situationen auch auf diverse Bewältigungsstrategien zurückgreifen kann, ist es wichtig, dass es möglichst viele verschiedene stressmindernde Ressourcen zur Verfügung hat.
Welches Mittel angemessen ist, ist abhängig von der Situation. In Umständen, die beeinflussbar sind, hat sich ein problemorientiertes Vorgehen bewährt. In nicht veränderbaren Situationen ist es hingegen sinnvoll, sich auf die eigenen Emotionen zu konzentrieren, sich zurückzuziehen oder nach Unterstützung zu suchen (Lenz 2012, S. 67).

Um ein Problem bewältigen zu können, muss das Kind zuerst in der Lage sein, es als solches zu erkennen und benennen zu können. Hierzu gehört auch, dass das Kind einen Zusammenhang zwischen dem eigenen Unwohlsein und der stressauslösenden Situation erkennen kann (Lenz 2014b, S. 101).
Anschließend wird das Kind unterstützt, seine Bewältigungsressourcen zu erweitern. Für eine emotionsorientierte Copingstrategie können zum Beispiel in Einzel- oder Gruppenangeboten Entspannungstechniken eingeübt werden, die dem Kind helfen, die eigenen Emotionen zu regulieren. Eine weitere geeignete Methode kann die Einführung eines Krisenkontaktes sein. Hier wird eine familiäre oder außerfamiliäre Bezugsperson des Kindes ausgewählt, an die sich das Kind im Falle einer Krise wenden kann. Wichtig ist, dass die Eltern von diesem Notfallkontakt wissen.
Für beeinflussbare Problemsituationen können mit dem Kind lösungsorientierte Methoden erarbeitet werden. Ein Kind, das mit Mitschüler*innen häufig Ärger in der Schule hat, kann beispielweise geeignete Kommunikationsregeln erlernen.

Die Förderung geeigneter Copingstrategien ist ein wichtiger Schutz für das Kind und damit ein essenzieller Baustein in der Unterstützung Kinder psychisch kranker Eltern. Dennoch gilt es stets im Blick zu behalten, dass das Fördern von Bewältigungsstrategien nicht als eine totale Anpassung des Kindes an prekäre Lebensbedingungen verstanden werden darf. Das Schaffen geeigneter Rahmenbedingungen, die das Kind in seiner Entwicklung schützen und unterstützen, sollte immer im Fokus aller Beteiligten stehen.

5.2 Elternorientierte Hilfen

Aufgrund ihrer psychischen Erkrankung sind betroffene Eltern oft sehr mit sich selbst beschäftigt und verlieren dabei die Interessen ihres Nachwuchses aus den Augen. Des Weiteren kann die Erkrankung die Empathie für das eigene Kind mindern. Im Fokus der elternorientierten Angebote sollte daher eine Sensibilisierung für die Bedürfnisse des Kindes stehen.

Förderung der familiären Kommunikation

In vielen Familien wird über die Krankheit der Eltern nicht gesprochen. Kinder empfinden daher die psychische Erkrankung ihrer Eltern häufig als Tabuthema. Dabei spielt es keine Rolle, ob sie aktiv aufgefordert wurden, das Thema zu meiden, oder ob sie selbst das Gefühl haben, aus Solidarität gegenüber ihren Eltern über deren Schwächen schweigen zu müssen (siehe Kapitel 3.5). Auf diese Art und Weise kann die elterliche Erkrankung zu einem Familiengeheimnis werden und eine Atmosphäre des Schweigens nach sich ziehen, in der Gefühle und Sorgen nicht mehr offen kommuniziert werden können. Dies hat massive Folgen für die ganze Familie, denn die Qualität der familiären Kommunikation hat einen maßgeblichen Einfluss auf die Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern und die Entwicklung einer familiären Identität (Zimmermann 2016, S. 565).

Da die Eltern für ihre Kinder Vorbild sind, wie in der Familie miteinander gesprochen wird, ist es naheliegend, sie in der Entwicklung eines offenen und respektvollen Kommunikationsstils zu unterstützen. Mit Hilfe von Kommunikationstrainings können sie lernen, wie man seinem Gegenüber richtig zuhört und empathisch auf ihn reagiert. In mehreren Einheiten lernen sie grundlegende Kommunikationsregeln, wie beispielsweise das Sprechen in Ich-Botschaften. Neben diesen Leitfäden üben sie zusätzlich in Rollenspielen, wie sie einfühlsam mit ihren Kindern kommunizieren können, beispielsweise durch richtiges Loben (Lenz 2014a, S. 307–308). Doch nicht nur auf die Eltern-Kind-Beziehung kann ein Kommunikationstraining positive Auswirkungen haben, auch auf die Paarbeziehung zwischen den Eltern haben derartige Angebote positive Effekte.

Stärken der Erziehungskompetenz

Eine weitere wichtige protektive Ressource ist die elterliche Erziehungskompetenz. „Unter Erziehungskompetenz werden die Fähigkeiten der Eltern verstanden, die Bedürfnisse des Kindes nach körperlicher Versorgung und nach Schutz zu erfüllen, dem Kind als stabile und positive Vertrauenspersonen zur Verfügung zu stehen, dem

Kind ein Mindestmaß an Regeln und Werten zu vermitteln sowie ihm grundlegende Lernchancen zu eröffnen.“ (Lenz 2014a, S. 300)

Psychisch erkrankte Eltern haben häufig das Gefühl, keine guten Eltern zu sein und ihr Kind nicht angemessen fördern und unterstützen zu können. Häufig fällt es ihnen schwer, die Signale ihres Kindes richtig zu deuten und einfühlsam auf ihr Kind zu reagieren. In Elternberatungen oder auch Elterngruppen können sie lernen, die Signale ihres Kindes wahrzunehmen und diese richtig zu interpretieren. Neben Videoaufnahmen, in denen die Eltern das eigene Verhalten ansehen und anschließend mit professioneller Hilfe reflektieren können, können Rollenspiele den Teilnehmer*innen helfen, die Perspektive des Kindes besser zu verstehen. Primäres Ziel solcher Elterntrainings ist es, die Eltern-Kind-Beziehung zu stärken und die Eltern für die Bedürfnisse ihres Kindes zu sensibilisieren.

Solche Angebote werden jedoch von psychisch kranken Eltern wenig genutzt. Die liegt zum einen daran, dass in herkömmlichen Elterntrainings die speziellen Bedürfnisse, die mit einer psychischen Erkrankung einhergehen, nicht aufgefangen werden können (Lenz 2012, S. 92–93). Zum anderen fühlen sich viele aufgrund anderer Probleme, wie finanzielle Probleme, Wohnungslosigkeit, Trennung von der*vom Partner*in so überfordert, dass sie keine Ressourcen mehr zur Verfügung haben, sich auf ein solches Training einzulassen (Pretis und Dimova 2016, S. 98–99). Wichtig wären daher gesonderte Elterntrainings für psychisch erkrankte Eltern, die Austausch und Einübung in einem geschützten Rahmen ermöglichen. Um Betroffene besser zu erreichen, sollten diese bereits in psychiatrischen Kliniken für Erwachsene angeboten werden.

5.3 Familienorientierte Hilfen

Gerade Kinder, die noch keine behandlungsbedürftige psychische Störung aufweisen, können von familienorientierten präventiven Hilfen profitieren (Lenz und Wiegand-Grefe 2017, S. 99). Diese zielen vor allem auf den Ausbau und die Erweiterung bereits vorhandener Ressourcen ab, wobei besonders die Etablierung eines starken sozialen Netzwerkes im Fokus steht. Hier haben sich in der Arbeit mit Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil vor allem Patenschaften bewährt.

Aktivierung und Förderung von sozialen Ressourcen

Man geht davon aus, dass jeder Mensch in seinem Leben mit Anforderungen konfrontiert ist, zu deren Bewältigung er Ressourcen benötigt (Nestmann 2008, S. 71). Diese Ressourcen können materieller und immaterieller Natur sein. Hat eine Person vielfältige und qualitativ gute Ressourcen, so ist es wahrscheinlicher, dass sie Probleme besser handhaben kann. Aus diesem Grund ist das Erschließen neuer Ressourcen bzw. die Aktivierung bereits vorhandener Ressourcen ein essenzieller Bestandteil in der Arbeit mit Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil.

Gerade die Förderung sozialer Ressourcen spielt bei dieser Zielgruppe eine herausragende Rolle (Habers et al. 2010, S. 152). Wie bereits in Kapitel 4.1 beschrieben, können Verwandte, Nachbarn oder Freunde für betroffene Familien eine große Stütze sein. Bereits eine verlässliche erwachsene Bezugsperson ist ein wichtiger Schutzfaktor für Kinder psychisch Erkrankter. Doch aus Scham und Angst vor Abwertung und Zurückweisung trauen sich Betroffene oft nicht, auf andere zuzugehen oder sich gar ihnen gegenüber zu öffnen. Hier können professionelle Helfer*innen die Kinder, aber auch ihre Eltern unterstützen Ängste abzubauen und sie ermutigen Beziehungen aufzubauen (Lenz und Wiegand-Grefe 2017, S. 108–109).

Jedoch fehlen diesen Familien häufig stabile Beziehungen. Oftmals weil ein sozialer Rückzug zur Symptomatik der Krankheit zählt, aber auch weil Trennungen und Beziehungsabbrüche und damit einhergehende Umzüge zu Begleiterscheinungen vieler psychischer Erkrankungen gehören.

Sogenannte Pateneltern können diese Lücke schließen. Diese Pateneltern betreuen die Kinder in ihrem eigenen Haushalt. Die Zeiten können hierbei von einer stundenweisen Betreuung bis hin zu ganzen Wochenenden variieren (Lenz und Wiegand-Grefe 2017, S. 111). In diesen Familien bekommen die Kinder einen familiären Alltag nicht nur vorgelebt, sondern erleben ihn auch mit.

Von einer Patenschaft können also sowohl die Eltern als auch ihre Kinder profitieren. Dennoch ist eine Patenschaft ein sehr komplexes Unterfangen und mitunter störanfällig. Aus diesem Grund muss ein Patenprojekt sorgfältig vorbereitet werden (Lenz 2014a, S. 295). Dies beginnt schon mit der Auswahl der Pateneltern. Interessierte sollten Erfahrung mit Kindern haben und sich dieser Aufgabe gewachsen fühlen. Um das betroffene Kind vor weiteren negativen Erfahrungen zu schützen, sollte der biographische Hintergrund und die Motivation der Pat*innen genau geprüft werden. Des Weiteren muss allen Mitwirkenden verdeutlicht werden, dass es sich um ein

langfristiges Bündnis handelt, denn ein abrupter Abbruch der Beziehung könnte dem Kind mehr schaden als nützen. Da die Pateneltern keine professionellen Helfer*innen sind, darf in der zu unterstützenden Familie keine akute Kindeswohlgefährdung vorliegen.

Trotz all dieser Vorkehrungen sind Beziehungen dynamisch und nicht vorhersehbar. So können Pateneltern mit familiären Problemen konfrontiert werden, denen sie sich nicht gewachsen fühlen. Auch die psychisch erkrankten Eltern könnten sich in ihrer elterlichen Kompetenz nicht genügend gewürdigt fühlen oder gar einen Konkurrenzdruck verspüren. Daher bedarf es einer fachlichen Begleitung dieser Familien (Tausendfreund et al. 2019, S. 10–11), die durch Sozialpädagog*innen übernommen werden kann. Diese beinhaltet primär eine Aufklärung der Patenfamilie über die psychische Erkrankung der Eltern und einen möglichen Umgang mit dieser. Die sozialpädagogischen Fachkräfte können aber auch als beratende Ansprechpartner*innen fungieren, wenn es beispielsweise Schwierigkeiten gibt, eine angemessene Balance der Nähe und Distanz beider Familien zu wahren. Zusätzlich können sie in Konfliktsituationen als neutrale Mediatoren vermitteln.

Neben der vergleichsweise niederschwelligen Form der Unterstützung betonen Magolei und Jungbauer (Magolei und Jungbauer 2010, S. 211–212) weitere Vorteile, die eine solche Patenschaft bietet: Zum einen beruht sie auf Freiwilligkeit, denn nicht nur die Teilnahme ist freiwillig, auch die Familien suchen sich gegenseitig aus. Des Weiteren bietet sich für die Kinder die Möglichkeit, sich den Pateneltern zu öffnen, ohne in Loyalitätskonflikte zu geraten, denn die eigenen Eltern wissen von der Patenfamilie, die wiederum in die Krankheit des Elternteils eingeweiht ist. Den wohl größten Vorteil gegenüber anderen außerfamiliären Bezugspersonen bietet die Stabilität einer solchen Patenschaft. Durch das Abschließen von Vereinbarungsverträgen zwischen beiden Familien wird eine Verbindlichkeit der Beziehung geschaffen. Die finanzielle Aufwandsentschädigung, die Pateneltern für ihre Bemühungen erhalten, unterstreicht diese noch einmal deutlich.

Neben dieser eher unkonventionellen Form der Unterstützung sollen im Folgenden auch Angebote der institutionellen Familienhilfe vorgestellt und näher beleuchtet werden.

Maßnahmen der Jugendhilfe

Laut § 1 Abs. 1 und 2 SGB VIII hat jedes Kind das „[…] Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung […]“ und dessen Eltern das Recht und die Pflicht dieses Recht auch umzusetzen. Die wesentlichen Aufgaben des Jugendamtes sind ebenfalls in diesem Paragrafen zusammengefasst, wortwörtlich heißt es: „Jugendhilfe soll zur Verwirklichung des Rechts nach Absatz 1 insbesondere

1. junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen,
2. Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen,
3. Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen,
4. dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.“ (§ 1 Abs. 3 SGB VIII)

Das Jugendamt interveniert also familienorientiert, denn es arbeitet sowohl mit den Kindern selbst als auch mit deren Eltern zusammen.

Eines der wohl niederschwelligsten Angebote der Jugendhilfe ist das Beratungsgespräch. Beratungsstellen können von Eltern und Kindern gleichermaßen aufgesucht werden und bedürfen im Gegensatz zu anderen Angeboten keiner vorherigen Bewilligung durch eine Behörde. Die Schweigepflicht der Fachkräfte und die Anonymität der Ratsuchenden verringern zusätzliche eventuelle Hemmungen ein solches Angebot wahrzunehmen (Schrappe 2011, S. 102–103). Wie in Kapitel 3.2 beschrieben, haben viele psychisch erkrankten Eltern Defizite in ihrer Erziehungskompetenz. Erziehungsberatungsstellen können in Einzel- oder Gruppenangeboten individuell auf Probleme ihrer Klient*innen eingehen und Unterstützung anbieten. So bietet beispielsweise das Jugendamt Nürnberg das Elterntraining „Stark“ an. In vier Einheiten bekommen die Teilnehmer*innen Beispiele für eine wertschätzende Kommunikation mit ihrem Kind. Sie erarbeiten Handlungsoptionen in Konfliktsituationen und erfahren auch theoretisches Wissen zur Entwicklung ihres Kindes. (Stadt Nürnberg: Amt für Kinder, Jugendliche und Familien)

Ein weiteres ambulantes Angebot des Allgemeinen Sozialdienstes (ASD) ist die sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH).

Gemäß § 31 SGB VIII unterstützt eine Sozialpädagogische Familienhilfe in erster Linie Familien in der Bewältigung ihres Alltages. Dies umfasst eine Beratung in der Erziehung der Kinder, Unterstützung beim Lösen von Konflikten und Problemen und

den Austausch mit Ämtern und Behörden. Im Gegensatz zu anderen Maßnahmen ist die SPFH also allzuständig und unterstützt und begleitet die Familien in vielen Belangen und Problemen. Im Vordergrund steht dabei stets der Grundsatz der Partizipation, also der Hilfe zur Selbsthilfe. Dieses Prinzip war jedoch auch der Grund, weshalb im Anfangsstadium der SPFH Familien mit psychisch erkrankten Eltern nicht durch dieses Angebot unterstützt werden sollten. Den erkrankten Eltern wurde aufgrund ihrer meist chronischen psychischen Störung nicht zugetraut, ihren Kindern jemals ohne Hilfe ein entwicklungsfreundliches Umfeld bieten zu können (Schrappe 2011, S. 104). Heute ist es ein gängiges Angebot für diese spezielle Zielgruppe.

Der große Vorteil dieser Maßnahme ist, dass die SPFH eine aufsuchende Hilfe der Sozialen Arbeit ist. Die sozialpädagogische Fachkraft besucht also die Klient*innen zuhause in den eigenen Räumlichkeiten. Dies hat zur Folge, dass die Familien sich sicherer fühlen, da sie sich in ihrer vertrauten Umgebung befinden. Durch ihre Teilnahme am Familienleben kann die SPFH durch Beobachtung und Interkation die einzelnen Familienmitglieder, deren Beziehungsgeflechte und Alltag besser kennenlernen (Wolf 2012, S. 152–154). Eine SPFH kann sich in der Regel also ein viel detaillierteres Bild von der Familie und ihrer Lebenswelt machen, als es ein*e Sozialpädagog*in in einer Beratungsstelle je könnte.

Trotz all dieser Vorteile ist nicht von der Hand zu weisen, dass die sozialpädagogische Familienhilfe keine beliebte Maßnahme ist. Klient*innen können die Sorge haben, dass Nachbar*innen etwas von den regelmäßigen Hausbesuchen mitbekommen, was zu einer Verstärkung der schon vorhandenen Stigmatisierung Betroffener führen kann. Des Weiteren bedeutet diese Hilfe einen großen Eingriff in die Privatsphäre der Familien. Viele haben Angst von der Fachkraft verurteilt zu werden, wenn sie es beispielsweise aufgrund einer depressiven Phase nicht geschafft haben, die Wohnung aufzuräumen. Gerade Menschen, die bereits negative Erfahrungen mit dem Jugendamt gemacht haben, wehren eine solche Maßnahme meist vehement ab. Auch Klient*innen, die pessimistisch und perspektivlos in die Zukunft blicken, haben wenig Hoffnung, dass eine SPFH dies ändern könnte (Poller und Weigel 2011, S. 75). Eine Einstellung, die sich oftmals in den Symptomen psychischer Erkrankungen wiederfindet. Daher findet diese Maßnahme oftmals in einem Zwangskontext statt, meist, um dem gesetzlichen Schutzauftrag des Jugendamtes gerecht zu werden.

Die wohl intensivste Form der Unterstützung ist eine vollstationäre Maßnahme. In einer sogenannten Mutter-Vater-Kind-Einrichtung kann eine hilfsbedürftige Mutter oder ein

hilfsbedürftiger Vater mit den eigenen Kindern zusammenwohnen, solange mindestens ein Kind unter sechs Jahren alt ist (§ 19 SGB VIII Abs.1). In diesen Einrichtungen werden die Mütter oder Väter von Sozialpädagog*innen unterstützt, ihren Lebensalltag zu bewältigen. Dies umfasst neben der Haushaltsführung und der Basispflege des Kindes auch das Schaffen einer Tagestruktur und einer entwicklungsfördernden Erziehung des Kindes. Durch die Rund-um-die-Uhr-Betreuung können akute Krisen schneller erkannt und besser aufgefangen werden als in ambulanten Hilfen. Des Weiteren können häufig begleitend auftretende Probleme, wie zum Beispiel Schulden, gemeinsam bewältigt werden. Die zuständigen Sozialpädagog*innen haben mehr Zeit ihre Klient*innen kennenzulernen und eine professionelle Beziehung zu ihnen aufzubauen. Durch eine meist hauseigene Kinderbetreuung erfahren die psychisch erkrankten Eltern Entlastung. In regelmäßigen Freizeitangeboten haben die Mütter und Väter mit ihren Kindern Erlebnisse, die die Beziehung zueinander stärken kann.
Ziel dieser Maßnahme ist es, den Eltern ein eigenverantwortliches Leben mit Kind zu ermöglichen. Im Vordergrund der sozialpädagogischen Intervention steht auch hierbei, die Klient*innen Stück für Stück in ein autonomes Leben zu verabschieden (Hontschik und Ott 2017, S. 123).

Dem gegenüber steht jedoch, dass die stationäre Unterbringung in einer Mutter-Vater-Kind-Einrichtung selten auf Freiwilligkeit beruht. Meist wird das Jugendamt aufgrund einer bereits bestehenden Kindeswohlgefährdung auf die Familie aufmerksam oder bereits initiierte Angebote der Jugendhilfe reichen nicht (mehr) aus.
Darüber hinaus ist ein begleitendes psychotherapeutisches Angebot in vielen Einrichtungen nicht konzeptionell verankert (Eckert und Becker 2020, S. 109). Dies hat zur Folge, dass es den Adressat*innen oft schwer fällt, sich auf die Maßnahme und mit ihr verbundene professionelle Beziehungen einzulassen. Ferner berichteten Therapeut*innen im Rahmen von qualitativen Interviews von einer Atmosphäre des Misstrauens seitens der in der Einrichtung tätigen Sozialpädagog*innen. Als möglichen Grund hierfür gaben sie an, dass die Mitarbeiter*innen sich in ihrer Profession angegriffen fühlen könnten (Eckert und Becker 2020, S. 109). Dabei ist für eine adäquate Versorgung psychisch kranker Väter oder Mütter eine begleitende psychotherapeutische Hilfe essenziell.

Es bleibt festzuhalten, dass die institutionelle Familienhilfe bereits ein breites Repertoire an Unterstützungen für betroffene Familien bietet. Diese sind jedoch häufig nicht niederschwellig genug oder für die Adressat*innen mit starken Einschränkungen ihrer Autonomie verbunden. Dabei ist Partizipation, also Beteiligung und

Mitbestimmung der Klient*innen, ein wichtiges Grundprinzip professioneller Sozialer Arbeit. Damit dies gelingen kann, ist es wichtig, sich in der sozialpädagogischen Arbeit an den Ressourcen der Menschen zu orientieren. Neben Ressourcen der Person selbst können auch Ressourcen des Umfeldes genutzt werden. Dieses Umfeld umfasst nicht nur nahestehende Sozialkontakte des*der Klient*in, sondern auch den Stadtteil und den Sozialraum, in denen Menschen ihren Lebensalltag verbringen.

In der Gemeinwesenarbeit ist das primäre Ziel, nicht den Menschen an sein gesellschaftliches Umfeld anzupassen, sondern einen Sozialraum unter partizipativer Beteiligung so zu gestalten, dass Personen in prekären Lebenssituationen ihren Alltag möglichst autonom bewältigen können (Hinte 2019, S. 19). Angebote des Sozialraumes werden von einem großen Teil der Bürger*innen genutzt und gelten somit als normaler. Dies sorgt für eine große Akzeptanz betroffener Familien (Lüttringhaus 2011, S. 83–84). Zu möglichen Hilfen für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil zählen beispielsweise Jugendtreffs, Sportvereine, Hausaufgabenbetreuungen oder Elterncafés. Diese Angebote sind, da sie in der Regel bereits im Stadtteil vorhanden sind, kostengünstiger und niederschwelliger als herkömmliche institutionelle Hilfen. Da jedoch auch hier die Qualität der Hilfe über deren Wirkung entscheidet, liegt es an den Professionellen der Sozialen Arbeit, bereits etablierte Angebote zu überprüfen und sich für Verbesserungen einzusetzen, wo nötig. Erst dann, wenn Angebote fehlen oder die spezifisch notwendige Qualität durch bereits vorhandene Unterstützungen nicht geleistet werden kann, sollten institutionelle Hilfen aktiv werden und eigene Angebote kreieren (Lüttringhaus 2011, S. 87–88).

5.4 Vernetzung und Solidarisierung

Die Probleme von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil sind komplex und beeinflussen sich wechselseitig. Diese Zielgruppe benötigt also Unterstützung aus verschiedenen Fachbereichen, die auf unterschiedlichen Ebenen intervenieren. In der Realität funktioniert dies aber häufig nicht. Die Helfersysteme arbeiten aneinander vorbei, was fatale Folgen für betroffene Familien hat. Sie werden von Einrichtung zu Einrichtung geschickt, weil Zuständigkeiten nicht klar definiert oder Maßnahmen zu spezifiziert sind. Daneben kann die Fülle an Angeboten Hilfesuchende überfordern und besonders zusätzlich gefährdete Personengruppen, wie Menschen mit Migrationsbiografie, sozio-ökonomisch benachteiligte Personen oder Menschen mit

kognitiven Beeinträchtigungen, von Unterstützungssystemen ausschließen (Lenz 2014a, S. 325).

Um hier Veränderungen herbeiführen zu können, müssen zunächst etwaige Gründe für die aktuelle geringe Vernetzung analysiert werden. Anschließend können mögliche Maßnahmen und Interventionen diskutiert werden.

Eine Ursache ist sicherlich, dass die Erwachsenenpsychiatrie nicht im ausreichenden Umfang über Angebote und Zuständigkeit der Jugendhilfe informiert ist. Des Weiteren steht in der Erwachsenenpsychiatrie der*die Patient*in im Fokus der Behandlung. Zwar gehört Angehörigenarbeit heutzutage zu den alltäglichen Aufgaben eines*einer Psychotherapeut*in, jedoch bezieht sich dies meist nur auf erwachsene Angehörige, wie der*die Partner*in des*der Patient*in. In einer Befragung von Klinikärzt*innen gaben ein Drittel der Befragten an, gar nicht zu wissen, ob der*die Patient*in Vater oder Mutter ist. Acht von zehn Ärzt*innen äußerten, dass ein Gespräch mit den Patient*innen oder ihren Angehörigen über die Auswirkung der Krankheit auf deren Kinder nie stattgefunden hat (Franz 2014, S. 109). Die Hilfen der Sozialen Arbeit müssen sich also mit Erwachsenenpsychiatrien vernetzen, um potenzielle Klient*innen zu erreichen. Dies kann vom einfachen Auslegen von Flyern und Broschüren in Kliniken bis hin zur Einrichtung von psychosozialen Beratungsstellen in psychiatrischen Kliniken reichen.

Ein weiteres Problem ist, dass Sozialpädagog*innen sich oftmals ihrer eigenen Profession nicht bewusst sind, sodass sie dazu neigen, sich Expert*innen anderer Fachgebiete unterzuordnen (Seithe 2012, S. 31–33). Verglichen mit Vertreter*innen anderer Professionen, wie beispielweise Mediziner*innen oder auch Jurist*innen, haben Sozialarbeiter*innen einen niedrigeren gesellschaftlichen Status inne und verdienen dementsprechend auch weniger. Diese Unsicherheit hat zur Folge, dass Soziale Arbeit sich in vermeintlich „sichere Terrains“ zurückzieht, in denen sie sich alleinzuständig fühlt und sich nicht neben anderen Expert*innen behaupten muss. Neben dem Rückzug kann eine weitere Folge sein, dass Professionelle der Sozialen Arbeit Fachkräften anderer Professionen misstrauen oder deren Arbeit sogar boykottieren (siehe Kapitel 5.3). Um dies zu vermeiden, muss Soziale Arbeit ein stärkeres Selbstbewusstsein für die eigene Profession entwickeln und dieses auch nach außen hin vertreten. Der Grundstein hierfür wird vor allem in der wissenschaftlichen Ausbildung, also in den Hochschulen gelegt.

Neben der Vernetzung hat Soziale Arbeit die Aufgabe, sich mit Menschen professionell zu solidarisieren, wo es eine Gesellschaft auf einer persönlichen zwischenmenschlichen Ebene nicht mehr tut. Sie unterstützt Menschen dabei, vermeintlich individuelle Probleme als gesellschaftliche anzuerkennen (Seithe 2012, S. 51–52). Auch der DBSH, der größte deutsche Berufsverband für die Soziale Arbeit, verankert das Prinzip der Solidarität in seinen berufsethischen Grundsätzen (Greune et al. 2014, S. 25). Denn wenn Eltern ihre Kinder nicht eigenständig versorgen, pflegen, erziehen und fördern können, dann ist es Aufgabe des Staates und somit auch der Gesellschaft, vorhandene Defizite aufzufangen und durch andere Mittel auszugleichen. Eltern nehmen jedoch Hilfen des Jugendamtes aus Scham, Angst vor Stigmatisierung oder gar einem Entzug des Sorgerechts nicht in Anspruch. Die Personen, die dennoch erzieherische Hilfen in Anspruch nehmen, erleben diese häufig als negativ. Sie fühlen sich in ihren elterlichen Kompetenzen nicht anerkannt und erfahren institutionelle Hilfen als bevormundend (Kölch und Schmid 2008, S. 781–782).

Die Menschen, mit denen sich Sozialpädagog*innen originär solidarisieren sollten, fühlen sich folglich von ihnen abgewertet und stigmatisiert. Soziale Arbeit hat demnach ein selbst produziertes Imageproblem.

Solidarität ist jedoch nicht nur eine Frage der Haltung, sondern auch eine des methodischen Vorgehens. Oft werden Sozialarbeiter*innen erst durch Dritte auf Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufmerksam. Dies kann durch eine Lehrkraft passieren, der aufgefallen ist, dass ein*e Schüler*in regelmäßig ungepflegt und übermüdet zum Unterricht erscheint. Oder durch Erzieher*innen, die Auffälligkeiten im Verhalten des Kindes bemerken. Schnell folgt eine Erfassung des ausschlaggebenden Problems und eine Initiierung entsprechender Maßnahmen entsprechend dem gesetzlich vorgegebenen Rahmen. Dabei kommen allerdings die individuellen Anliegen der Klient*innen nicht genügend zur Sprache. Staub-Bernasconi bezeichnet Sozialpädagog*innen gar als „Mini-JuristInnen, die Sachverhalte nicht transdisziplinär zu beschreiben und zu erklären, sondern gemäß der von JuristInnen verwendeten Subsumtionsregel bestimmten Paragraphen unterzuordnen haben.“ (Staub-Bernasconi 2018, S. 117) Um aber nicht nur dem gesellschaftlichen Mandat der Sozialen Arbeit, sondern auch dem des Individuums gerecht zu werden, ist es wichtig, dass Sozialpädagog*innen die Sorgen und Anliegen ihrer Klient*innen ernst nehmen. Um dies zu gewährleisten, ist es unabdingbar sich in die Betroffenen hineinzuversetzen, sich ihren individuellen Leiden zu widmen, bereits unternommene Lösungsversuche zu würdigen und mögliche Ursachen für ihre problematische

Situation zu analysieren (Staub-Bernasconi 2018, S. 117). Es gilt, Aufträge der Adressat*innen ebenbürtig zu gesellschaftlichen Aufträgen anzunehmen und anschließend beide aus professioneller Sicht im Rahmen ethischer und rechtlicher Grundsätze zu gewichten. Dies bedeutet, dass eine Fachkraft Anliegen beider Seiten ablehnen darf und muss, sollten sie der eigenen Berufsethik widersprechen. Um das Vertrauen der Klient*innen zu gewinnen und zu behalten, müssen diese Entscheidungsprozesse transparent sein und offen kommuniziert werden. Solidarität bedeutet also Betroffene dabei zu unterstützen, ihre Belange gegenüber der Gesellschaft und staatlichen Institutionen vortragen zu können und ihre ihnen rechtmäßig zustehenden Interessen durchzusetzen.

6. Fazit

Die in der Regel erhöhte Vulnerabilität macht Kinder psychisch kranker Eltern besonders empfänglich für eine hohe Negativwirkung von Risikofaktoren, denen diese Jungen und Mädchen alltäglich ausgesetzt sind. Zusätzlich wachsen Kinder psychisch kranker Eltern meist unter prekären Lebensbedingungen auf. Durch ihre hohe Angepasstheit an die Situation und ihr Solidaritätsbewusstsein gegenüber ihren Eltern wird das Leid dieser Jungen und Mädchen jedoch meist übersehen. Wie gezeigt werden konnte, haben Kinder psychisch kranker Eltern daher ein stark erhöhtes Risiko, selbst einmal eine psychische Störung zu entwickeln. Durch die Forschung wissen wir jedoch, dass es Schutzfaktoren gibt, die Risiken mildern oder gar abwenden können. Einige dieser protektiven Faktoren können sogar gezielt trainiert oder erweitert werden.

Durch eine fortschreitende Forschung in diesem Gebiet änderte sich dieses Schattendasein von Kindern psychisch Erkrankter in den letzten Jahren zunehmend und es wurden einige psychiatrische und sozialpädagogische Hilfen für betroffene Familien ins Leben gerufen. Doch aus Scham und Angst vor Stigmatisierung werden diese noch viel zu wenig angenommen.

Dies liegt zu einem großen Teil an einer nicht ausreichenden Vernetzung verschiedener Hilfsangebote. Diese müssten noch niederschwelliger gestaltet und dort etabliert werden, wo sie die Zielgruppe erreichen. Dies betrifft vor allem die Erwachsenenpsychiatrie, die in einem engeren Austausch mit der institutionellen

Jugendhilfe zusammenarbeiten sollte. Hierzu müssen beide Professionen das gegenseitige Misstrauen ablegen und sich nicht als Gegenspieler, sondern als sich ergänzendes Team betrachten, das gemeinsam das Ziel verfolgt Betroffene bestmöglich zu unterstützen. Nur durch eine enge Zusammenarbeit in einem starken Netzwerk kann sichergestellt werden, dass Hilfesuchende nicht aufgrund einer Überforderung angesichts der Vielfalt an spezifischen Angeboten durch das Hilfenetz fallen.

Zusätzlich haben viele psychisch Erkrankte bereits schlechte Erfahrungen mit Angeboten der Sozialen Arbeit gemacht. Sie fühlen sich stigmatisiert, bevormundet und in ihren bisherigen Copingbemühungen nicht gewürdigt. Hier liegt es an Professionellen der Sozialen Arbeit, die schlechten Erfahrungen zu durchbrechen und im besten Fall eine positive Wahrnehmung der Angebote zu erreichen Dies kann zum einen durch eine ressourcen- und nicht problemorientierte Zusammenarbeit geschehen, in der sich Klient*innen wertgeschätzt und ernst genommen fühlen. Zum anderen muss sich Soziale Arbeit aber auch öffentlich mit ihren Adressat*innen solidarisieren, indem sie Interessen ihrer Klient*innen gegenüber Gesellschaft und staatlichen Institutionen vertritt und diesen Menschen eine Stimme gibt.

Zweck all dieser Bemühungen sollte es sein, dass betroffene Kinder und ihre Eltern einen möglichst normalen Familienalltag leben können. Gerade bei Eltern mit schweren Erkrankungen sollte jedoch von der Vorstellung abgewichen werden, dass betroffene Familien jemals ohne externe Hilfe vollkommen autonom leben können. Ziel sollte vielmehr sein, den Sozialraum der Adressat*innen so zu gestalten, dass sie möglichst selbstbestimmt ihren Lebensalltag bestreiten können. Dabei sollte so viel Unterstützung wie möglich durch zivilgesellschaftlich organisierte Angebote erfolgen und institutionellen Hilfen vorgezogen werden.

Zusammenfassend ist bei dieser Zielgruppe die zentrale Aufgabe der Sozialen Arbeit vor allem eine Hilfe zur Selbstbefähigung. Dies geschieht, indem sie betroffene Familien unterstützt, ihre Anliegen und Bedürfnisse nach außen zu kommunizieren. Weiter fördert sie ihre Klient*innen in der Aktivierung und Erweiterung ihrer personalen und externalen Ressourcen und hilft einen gesellschaftlichen Rahmen zu schaffen, in dem psychisch kranke Eltern und ihre Kinder geschützt leben können.

Literaturverzeichnis

AURYN Trier e.V. (Hg.) (2011): Über AURYN. AURYN macht Mut. Trier. Online verfügbar unter https://www.auryn-trier.de/uber-auryn/, zuletzt geprüft am 02.04.2021.

Bandelow, B.; Wedekind, D. (2014): Soziale Phobie. CME Zertifizierte Fortbildung. In: *Der Nervenarzt* 85 (5), 635-647. DOI: 10.1007/s00115-013-3955-9.

Black, Donald W.; Grant, Jon E. (2014): DSM-5 TM guidebook. The essential companion to the Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. 1. ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Brockmann, Eva; Lenz, Albert (2016): Schüler mit psychisch kranken Eltern. Auswirkungen und Unterstützungsmöglichkeiten im schulischen Kontext. Mit einem Vorwort von Frank Nestmann. 1. Aufl. Göttingen, Bristol: Vandenhoeck & Ruprecht.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (Hg.): ICD-10-WHO. Köln. Online verfügbar unter https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/, zuletzt geprüft am 01.03.2021.

Caspi, A.; Sugden, K.; Moffit, T.; u. a. (2003): Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene. In: *Science* Vol. 301 (5631), S. 386–389. Online verfügbar unter https://www.jstor.org/stable/3834746?seq=4#metadata_info_tab_contents, zuletzt geprüft am 08.02.2021.

Class, Quetzal A.; D‘Onofrio, Brian M.; Singh, Amber L.; Ganiban, Jody M.; Spotts, E. L.; Lichtenstein, Paul et al. (2012): Current parental depression and offspring perceived self-competence: a quasi-experimental examination. In: *Behavior genetics* 42 (5), S. 787–797. DOI: 10.1007/s10519-012-9550-1.

Daser, Eugen (2013): Die vergessene Zielgruppe - Kinder psychisch kranker Eltern. Konzept einer Beratungsstelle auf der Basis qualitativ durchgeführter Interviewverfahren. Hamburg: Diplomica Verlag.

Deneke, Christiane (2005): 8. Misshandlung und Vernachlässigung durch psychisch kranke Eltern. In: Günther Deegener und Wilhelm Körner (Hg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe, S. 141–154.

Eckert, Melanie; Becker, Olga (2020): Wie kann psychoanalytisch orientierte Eltern-Säugling/Kleinkind-Psychotherapie in stationäre Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen integriert werden? In: *J. Psychoanal.* 61, S. 99–112. DOI: 10.18754/jfp.61.9.

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V (Hg.) (2012): Drogen - Schwangerschaft - Kind. 2. Aufl. Unter Mitarbeit von Constanze Jacobowski und Christel Zenker. Berlin. Online verfügbar unter https://www.fdr-online.info/fdr-wissen/, zuletzt geprüft am 12.03.2021.

Franz, Michael (2014): Welche Hilfen sind sinnvoll und wie lassen sich die Hilfen für eine Familie verbinden? In: Fritz Mattejat und Beate Lisofsky (Hg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. korrigierte und ergänzte Auflage. Köln: BALANCE Buch + Medien Verlag, S. 106–113.

Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Rönnau-Böse, Maike (2019): Resilienz. 5., aktualisierte Auflage. München, Stuttgart: Ernst Reinhardt Verlag (utb-studi-e-book).

Fynn Kliemann (2018): Dunkelblau. Fynn Kliemann. CD-Rom. Berlin: twoFinger Records.

Genius Media Group, Inc. (Hg.). New York. Online verfügbar unter https://genius.com/Fynn-kliemann-dunkelblau-lyrics, zuletzt geprüft am 13.05.2021.

Gottesman, Irving I.; Laursen, Thomas Munk; Bertelsen, Aksel; Mortensen, Preben Bo (2010): Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parents. In: *Archives of general psychiatry* 67 (3), S. 252–257. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.1.

Grabe, Hans J.; Herpertz, Sabine C. (2019): Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. In: *Der Nervenarzt* 90 (3), S. 233–234. DOI: 10.1007/s00115-019-0673-y.

Greune, Thomas; Maus, Friedrich; Schumacher, Thomas, Lohwasser, Christian; Gosejacob-Rolf, Hille; Krämer, Ingrid; Leinenbach, Michael; Stark-Angermeier, Gabriele (2014): Berufsethik des DBSH. Ethik und Werte. In: *Forum sozial* 4.

Grossmann, Karin; Grossmann, Klaus E. (2012): Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit. 5., vollst. überarb. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Habash, Petra (2014): Drogenabhängige Eltern. In: Manfred Cierpka (Hg.): Frühe Kindheit 0 - 3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Mit 30 Abbildungen und 12 Tabellen. 2., korrigierte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 325–331.

Habers, Ingeborg; Stelling, Kirsten; Jungbauer, Johannes (2010): Zwischen Autonomie und Verantwortung: Jugendliche mit psychisch kranken Eltern. In: Johannes Jungbauer (Hg.): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Perspektiven für die Soziale Arbeit. Opladen: Barbara Budrich (Schriften der KatHO NRW, 15), S. 131–160.

Häfner, Heinz (2017): Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt. 4., völlig neu bearbeitete Auflage. München: Verlag C.H. Beck.

Hahlweg, Kurt; Lexow, Anja; Wiese, Meike (2014): Psychotherapiepatienten und ihre Kinder im ambulanten Bereich. In: Fritz Mattejat und Beate Lisofsky (Hg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. korrigierte und ergänzte Auflage. Köln: BALANCE Buch + Medien Verlag, S. 114–123.

Heinz, Andreas (2016): Psychische Gesundheit. Begriffe und Konzepte. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer (Horizonte der Psychiatrie und Psychotherapie - Karl Jaspers-Bibliothek).

Hinte, Wolfgang (2019): Das Fachkonzept „Sozialraumorientierung“ – Grundlage und Herausforderung für professionelles Handeln. In: Roland Fürst und Calin Emilian Hintea (Hg.): Sozialraumorientierung. Ein Studienbuch zu fachlichen, institutionellen und finanziellen Aspekten. 3., aktualisierte Auflage 2019. Wien, Stuttgart: facultas; UTB, S. 13–32.

Hontschik, Anna; Ott, Marion (2017): Die stationäre Mutter-Kind-Einrichtung als pädagogisch institutionalisierter Wohnraum. In: Miriam Meuth (Hg.): Wohn-Räume und pädagogische Orte. Erziehungswissenschaftliche Zugänge zum Wohnen. Wiesbaden: Springer VS (Sozialraumforschung und Sozialraumarbeit, Band 16), S. 123–148.

Jacobi, F.; Höfler, M.; Strehle, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L. et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). In: *Der Nervenarzt* 85 (1), S. 77–87. DOI: 10.1007/s00115-013-3961-y.

Jungbauer, Johannes; Stelling, Kirsten; Kuhn, Juliane; Lenz, Albert (2010): Wie erleben schizophren erkrankte Mütter und Väter ihre Elternschaft? Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. In: *Psychiatrische Praxis* 37 (5), S. 233–239. DOI: 10.1055/s-0029-1223535.

Klasen, F.; Meyrose, A.-K.; Otto, C.; Reiss, F.; Ravens-Sieberer, U. (2017): Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der BELLA-Studie. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 165 (5), S. 402–407. DOI: 10.1007/s00112-017-0270-8.

Klein, Stephan; Jungbauer, Johannes (2010): Kindeswohlgefährdung und Sorgerechtsentzug in Familien mit psychisch kranken Eltern: Eine perspektivvergleichende Studie. 1. Psychische Krankheit der Eltern und Kindeswohl. In: Johannes Jungbauer (Hg.): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Perspektiven für die Soziale Arbeit. Opladen: Barbara Budrich (Schriften der KatHO NRW, 15), S. 161–172.

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

Kötter, Charlotte; Stemmler, Mark; Bühler, Anneke; Lösel, Friedrich (2010): Mütterliche Depressivität, Erziehung und kindliche Erlebens- und Verhaltensprobleme. In: *Kindheit und Entwicklung* 19 (2), S. 109–118. DOI: 10.1026/0942-5403/a000006.

Kring, Anne M.; Johnson, Sheri L.; Hautzinger, Martin (2019): Klinische Psychologie. Mit Online-Material. Deutsche Erstausgabe, 9., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim: Julius Beltz.

Krohn, Lucia; Deneke, Christiane; Wiegand-Grefe, Silke (2008): Kinder depressiver und psychiatrisch unauffälliger Eltern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - eine vergleichende Studie. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 57 (7), S. 536–554. Online verfügbar unter http://hdl.handle.net/20.500.11780/3073, zuletzt geprüft am 14.03.2021.

Kuhn, Juliane; Lenz, Albert; Jungbauer, Johannes (2011): Stressbewältigung bei Kindern schizophren erkrankter Eltern. In: Silke Wiegand-Grefe, Fritz Mattejat und Albert Lenz (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Mit 34 Abbildungen und 55 Tabellen. Göttingen, Oakville: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 299–314.

Lenz, Albert (2010): Psychoedukation für Kinder psychisch kranker Eltern. In: *Sehnsucht Familie in der Postmoderne* (1), S. 167–192. DOI: 10.13109/9783666403286.167.

Lenz, Albert (2012): Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie-Verl. (Basiswissen, 25).

Lenz, Albert (2014a): Kinder psychisch kranker Eltern. 2., vollständig überarb. und erw. Aufl. Göttingen, Wien u.a.: Hogrefe.

Lenz, Albert (2014b): Kinder und ihre Familien gezielt unterstützen. In: Fritz Mattejat und Beate Lisofsky (Hg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. korrigierte und ergänzte Auflage. Köln: BALANCE Buch + Medien Verlag, S. 96–106.

Lenz, Albert; Kuhn, Juliane (2011): Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über die Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In: Silke Wiegand-Grefe, Fritz Mattejat und Albert Lenz (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Mit 34 Abbildungen und 55 Tabellen. Göttingen, Oakville: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 269–298. Online verfügbar unter

https://www.fachportalpaedagogik.de/literatur/vollanzeige.html?FId=927704#vollanzeige, zuletzt geprüft am 28.12.2020.

Lenz, Albert; Wiegand-Grefe, Silke (2017): Kinder psychisch kranker Eltern. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 23).

Lösel, Friedrich; Bender, Doris (2008): Von generellen Schutzfaktoren zu spezifischen protektiven Prozessen: Konzepturelle Grundlagen und Ergebnisse der Resilienzforschung. In: Günther Opp und Michael Fingerle (Hg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 57–78.

Lüttringhaus, Maria (2011): Handeln im Gemeinwesen oder, Der Fall im Feld. In: Dieter Kreft, Benjamin Landes, Maria Lüttringhaus, Dieter Maly, Susanne Poller, Angelika Streich et al. (Hg.): Der Allgemeine Soziale Dienst. Aufgaben, Zielgruppen, Standards: mit 12 Abbildungen und 6 Tabellen. 2., durchgesehene und aktualisierte Auflage. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag, S. 82–93.

Magolei, Vera; Jungbauer, Johannes (2010): Von der Theorie zur Praxis: AKisiA - ein Hilfeangebot für Kinder psychisch erkrankter Eltern. In: Johannes Jungbauer (Hg.): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Perspektiven für die Soziale Arbeit. Opladen: Barbara Budrich (Schriften der KatHO NRW, 15), S. 201–252.

Mattejat, Fritz (2014): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen und was zu tun ist. II Die Entwicklung der Kinder und ihrer Familien: In: Fritz Mattejat und Beate Lisofsky (Hg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. korrigierte und ergänzte Auflage. Köln: BALANCE Buch + Medien Verlag, S. 68–95.

Mattejat, Fritz; Lenz, Albert; Wiegand-Grefe, Silke (2011): Kinder psychisch kranker Eltern - Eine Einführung in die Thematik. In: Silke Wiegand-Grefe, Fritz Mattejat und Albert Lenz (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Mit 34 Abbildungen und 55 Tabellen. Göttingen, Oakville: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 13–24.

Mattejat, Fritz; Remschmidt, Helmut (2008): Kinder psychisch kranker Eltern. The children of mentally ill parents. In: *Deutsches Ärzteblatt international* 105 (23), S. 413–418. DOI: 10.3238/arztebl.2008.0413.

Nestmann, Frank (2008): Ressourcenarbeit. In: Klaus Grunwald und Hans Thiersch (Hg.): Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 2. Aufl. Weinheim und München: Juventa-Verl. (Grundlagentexte Pädagogik), S. 69–85.

Niemi, Laura T.; Suvisaari, Jaana M.; Haukka, Jari K.; Wrede, Gunnel; Lönnqvist, Jouko K. (2004): Cumulative incidence of mental disorders among offspring of mothers with psychotic disorder. Results from the Helsinki High-Risk Study. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 185, S. 11–17. DOI: 10.1192/bjp.185.1.11.

Opp, Günther; Fingerle, Michael (2008): Erziehung zwischen Risiko und Protektion. In: Günther Opp und Michael Fingerle (Hg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 7–18.

Parrott, Fiona R.; Macinnes, Douglas L.; Parrott, Janet (2015): Mental illness and parenthood: being a parent in secure psychiatric care. In: *Criminal behaviour and mental health : CBMH* 25 (4), S. 258–272. DOI: 10.1002/cbm.1948.

Poller, Susanne; Weigel, Hans-Georg (2011): Die Fallbearbeitung im Allgemeinen Sozialdienst. In: Dieter Kreft, Benjamin Landes, Maria Lüttringhaus, Dieter Maly, Susanne Poller, Angelika Streich et al. (Hg.): Der Allgemeine Soziale Dienst. Aufgaben, Zielgruppen, Standards : mit 12 Abbildungen und 6 Tabellen. 2., durchgesehene und aktualisierte Auflage. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag, S. 59–81.

Pretis, Manfred; Dimova, Aleksandra (2016): Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern. Mit 17 Abbildungen und 10 Tabellen. 3., überarbeitete Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär, Band 12).

Quitmann, Julia H.; Kriston, Levente; Romer, Georg; Ramsauer, Brigitte (2012): The capacity to see things from the child‘s point of view—assessing insightfulness in mothers with and without a diagnosis of depression. In: *Clinical psychology & psychotherapy* 19 (6), S. 508–517. DOI: 10.1002/cpp.759.

Romer, Georg; Möller, Birgit; Wiegand-Grefe, Silke (2011): »Wenn Eltern zerstörbar werden…« - Kinder kranker Eltern als Zielgruppe seelischer Gesundheitsvorsorge: Eine Zukunftsherausforderung für die Medizin. In: Silke Wiegand-Grefe, Fritz Mattejat und Albert Lenz (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Mit 34 Abbildungen und 55 Tabellen. Göttingen, Oakville: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 27–43.

Rühl, Anne-Kathrin (2004): Die Kinder suchtkranker Eltern. In: *SuchtMagazin* 30 (6), S. 26–32. DOI: 10.5169/seals-800586.

Schramme, T. (2015): Psychische Krankheit als Störung wesentlicher Funktionen. In: *Der Nervenarzt* 86 (1), S. 16–21. DOI: 10.1007/s00115-014-4106-7.

Schrappe, Andreas (2011): Die Leistungen der Jugendhilfe für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. In: Silke Wiegand-Grefe, Fritz Mattejat und Albert Lenz (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Mit 34 Abbildungen und 55 Tabellen. Göttingen, Oakville: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 96–121.

Seithe, Mechthild (2012): Schwarzbuch soziale Arbeit. 2., durchges. und erw. Aufl. Wiesbaden: VS-Verl.

Stadt Nürnberg: Amt für Kinder, Jugendliche und Familien (Hg.): Elterntraining Stark. Für Nürnberger Mütter und Väter von Kindern im Alter von 5 bis 12 Jahren. Nürnberg. Online verfügbar unter https://www.nuernberg.de/imperia/md/jugendamt/dokumente/beratung_und_hilfe/erziehungsberatung_elternkurs_stark.pdf, zuletzt geprüft am 12.04.2021.

Staub-Bernasconi, Silvia (2018): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Auf dem Weg zu kritischer Professionalität. 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Ausgabe. Opladen, Toronto: Verlag Barbara Budrich (UTB Soziale Arbeit, 2786).

Stieglitz, Rolf-Dieter; Hiller, Wolfgang (2013): Definition und Erfassung psychischer Störungen. In: *Psychotherapeut* 58 (3), S. 237–248. DOI: 10.1007/s00278-013-0978-4.

Stieler-Melfsen, Siebke; Walitza, Susanne (2013): Soziale Angst und Schulangst. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. 1. Aufl. Weinheim: Beltz (Risikofaktoren der Entwicklung im Kindes- und Jugendalter).

Tausendfreund, Tim; Kehl, Konstantin; Sundermann, Larissa M.; Gavez, Silvia; Stohler, Renate (2019): Kinder psychisch kranker Eltern : einfach nur Kind sein können. In: *Sozial : Magazin der ZHAW Soziale Arbeit* (12), S. 10–12. DOI: 10.21256/zhaw-18852.

Walsh, Christine; MacMillan, Harriet; Jamieson, Ellen (2002): The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: findings from the Ontario health supplement. In: *Child Abuse & Neglect* 26 (1), S. 11–22. DOI: 10.1016/S0145-2134(01)00308-8.

Walsh, Froma (2003): Family resilience: a framework for clinical practice. In: *Family process* 42 (1), S. 1–18. DOI: 10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x.

Werner, Emmy E. (2008): Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: Günther Opp und Michael Fingerle (Hg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 20–31.

Wiegand-Grefe, Silke; Geers, Peggy; Plaß, Angela; Petermann, Franz; Riedesser, Peter (2009): Kinder psychisch kranker Eltern: Zusammenhänge zwischen subjektiver elterlicher Beeinträchtigung und psychischer Auffälligkeit der Kinder aus Elternsicht. In: *Kindheit und Entwicklung* 18 (2), S. 111–121. DOI: 10.1026/0942-5403.18.2.111.

Wiegand-Grefe, Silke; Halverscheid, Susanne; Plass, Angela (2011): Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Familienorientierte Prävention - der CHIMPs-Beratungsansatz. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge, MA, Amsterdam, Kopenhagen, Stockholm: Hogrefe.

Wiegand-Grefe, Silke; Jeske, Jana; Bullinger, Monika; Plaß, Angela; Petermann, Franz (2010): Lebensqualität von Kindern psychisch kranker Eltern. Zusammenhänge zwischen Merkmalen elterlicher Erkrankung und gesundheitsbezogener Lebensqualität der Kinder aus Elternsicht. In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 4 (58), S. 315–322.

Wolf, Klaus (2012): Sozialpädagogische Interventionen in Familien. 1. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa (Basistexte Erziehungshilfen).

Wustmann, Corina (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. 1. Aufl. Weinheim: Beltz (Beiträge zur Bildungsqualität).

Zimmermann, T. (2016): Kommunikation in der Familie. Beratungskonzepte für die Pädiatrie. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 164 (7), S. 565–573. DOI: 10.1007/s00112-016-0102-2.

Anhang

Anhang 1: Leitlinie für die Psychoedukation für Kinder

L10	Leitlinie 10 Psychoedukation für Kinder

Psychoedukation im Sinne von Vermittlung von Wissen um die psychische Störung der Eltern und deren Auswirkungen auf das familiäre Leben und den Alltag der Kinder steht am Anfang jeder Intervention. Psychoedukation sollte in Form von Familiengesprächen durchgeführt werden.

Folgendes Vorgehen hat sich als nützlich erwiesen:

- Die Vorbereitung der Eltern und Kinder in getrennten Gesprächen zielt darauf ab, vorhandene Bedenken, Ängste und Hemmungen aufgreifen und klären zu können.
- Das Kind benötigt zunächst allgemeine Informationen über die Erkrankung und die unmittelbaren Auswirkungen auf das Familienleben, um sich zu trauen, Fragen zu stellen:
    - Mutter oder Vater ist krank.
    - Die Krankheit hat einen Namen und heißt…
    - Mutter oder Vater ist in Behandlung oder ist in die Klinik gekommen, damit die Ärzte besser helfen können
    - Für dich werden sich momentan diese oder jene Veränderungen ergeben

Es ist zu beachten, dass sich die zentralen Informationsbedürfnisse und Fragen auf

- Den Umgang mit dem erkrankten Elternteil im familiären Alltag
- Mögliche Veränderungen im Familienleben durch die Erkrankung
- Krankheitsursachen und den Verlauf der Krankheit
- Unterschiede zwischen psychischer Krankheit und körperlicher Krankheit
- Den Behandlungsverlauf
- Erbeinflüsse (bei älteren Kindern und Jugendlichen)

Und nicht auf die Diagnose der Eltern beziehen.

- Kinder benötigen Gewissheit, dass sie keine Schuld haben und keine Verantwortung für ihre Eltern übernehmen müssen.
- Kinder brauchen die Sicherheit die Wahrheit zu erfahren.
- Kinder sollten über alle sie betreffenden, wesentlichen Veränderungen und Angelegenheiten im Zusammenhang mit der elterlichen Erkrankung informiert werden.

(Lenz und Wiegand-Grefe 2017, S. 82–83)

Anhang 2: Richtlinien der Information für Kleinkinder

Erlebnis-aspekt	sprachliches Beispiel	Funktion
Eins ist sicher.	Es gibt verschiedene Krankheiten, für die meisten gibt es eine Medizin oder eine Behandlung. Manche sieht man nicht so gut, wie Fieber, aber man spürt sie. Manche Menschen sind plötzlich furchtbar traurig oder müde. Das sieht man auch nicht von außen, aber sie spüren das. Das kann auch eine Krankheit sein und dafür gibt es auch Medizin. Das wird dann wieder gut.	- Sicherheit vermitteln, dass psychische Erkrankungen wie alle anderen behandelbar sind - Symptome einführen, die normalerweise von einem Kleinkind nicht als „krankheitswertig“ angesehen werden - Über Krankheiten informieren, sie man auf den ersten Blick nicht „sehen“ kann, wohl aber „spüren“
Reden und spielen kann helfen.	Wenn man mit der Kindergärtnerin spricht oder z. B. „Krankenhaus“ spielt, kann das helfen, denn dann weiß man ganz genau, was man machen kann und was passiert. Der Papa kommt ins Krankenhaus, bekommt eine Spritze, kann dort schlafen, fernsehen und kommt dann gesund wieder nach Hause.	- Die Erlaubnis geben, über Belastendes zu sprechen oder es mittels kindlicher Mittel darstellen zu dürfen - Prozesswissen vermitteln, was im Rahmen der Behandlung passiert, damit das Kind dies in seine Welt integrieren kann
Die Leitungen im Kopf spielen „verrückt“.	Irgendwas ist mit den Leitungen im Kopf nicht in Ordnung. Das passiert manchmal. Da kann dein Papa nichts dafür und du auch nicht. Da sagt oder tut der Papa komische Sachen, das kommt jedoch von den Leitungen, die krank sind. Sie kann man auch	- Kindadäquate Erklärungen bieten, die vor allem eine externe Ursachenzuschreibung erlauben und der kindlichen Vorstellungswelt entsprechen

Erlebnis-aspekt	sprachliches Beispiel	Funktion
	wieder gesund machen.	- Mechanische Erklärungen bieten in höherem Maße externe Ursachenzuschreibung
Meine Eltern haben mich lieb.	Kannst du dich auch an schöne Sachen erinnern? Wie es sehr lustig war? Die Krankheit ist nicht mit dem Liebhaben verbunden. Es ist eine Krankheit und kein Zeichen des Nicht-Liebhabens. Es kann auch wiederkommen.	- Fokussieren auf positive Aspekte, die für das Kind verständlich machen, dass es auch geliebt wird
Wie heißt die Krankheit, was hat meine Mutter, mein Vater? (am Beispiel der Psychose bzw. Schizophrenie)	Dein Vater hört Stimmen im Kopf, wie im Traum. Manchmal verhält er sich auch komisch, das heißt dann „psychotisch“. Das ist eine ganz normale Krankheit, wie ein Ohrensausen vom Opa. Das kannst du auch anderen sagen, wenn sie dich fragen.	- dem Kind einen Begriff geben, da schon sehr früh gelernt wird, dass Krankheiten einen „Namen“ haben - je mehr um eine Erkrankung „herumgeredet“ wird, desto bedrohlicher wird sie für das Kind
Bekomme ich das auch, ist das ansteckend?	Kleine Kinder, wenn sie viel spielen, Freunde haben, mit der Frühförderin spielen und viel fragen, bekommen diese Krankheit nicht.	- Phantasien des Kindes in Bezug auf eine mögliche eigene Erkrankung reduzieren und gleichzeitig gesundheitsförderliche Verhaltensweisen beschreiben

(Pretis und Dimova 2016, S. 75–76)

Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe.

2. Ich versichere, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die Standards guten wissenschaftlichen Arbeitens eingehalten zu haben.

3. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden von mir beachtet.

4. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.

5. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den