



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung der Hochschule  
Neubrandenburg  
Studiengang Soziale Arbeit (BA)

Bachelor-Arbeit  
zum angestrebten Abschluss Bachelor of Arts (BA)

## **Belastete Kindheit: Kinder psychisch kranker Eltern**

vorgelegt von: Myriam S. Ayeh  
Am Anger  
17033 Neubrandenburg

Erstprüfer: Prof. Dr. phil. Sigrid Haselmann  
Zweitprüfer: Prof. Dr. phil. Roland Haenselt

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2013-0310-3

Abgabedatum: 08. Oktober 2013

*„Wenn man einem Kind Moral predigt, lernt es Moral predigen, wenn man es warnt, lernt es warnen, wenn man mit ihm schimpft, lernt es schimpfen, wenn man es auslacht, lernt es auslachen, wenn man es demütigt, lernt es demütigen, wenn man seine Seele tötet, lernt es töten. Es hat dann nur die Wahl, ob sich selbst, oder die anderen oder beides.“*

(Alice Miller: Am Anfang war Erziehung)

## **INHALTSVERZEICHNIS**

<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>4</b>
<b>1. KRANKHEITSBILDER DER ELTERN UND DEREN AUSWIRKUNGEN AUF DIE KINDER.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 SUCHTERKRANKUNGEN .....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 SCHIZOPHRENIE .....</b>	<b>8</b>
<b>1.3 AFFEKTIVE STÖRUNGEN .....</b>	<b>9</b>
<b>1.4 PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN .....</b>	<b>11</b>
<b>2. SUBJEKTIVES ERLEBEN DER KINDER PSYCHISCH KRANKER ELTERN .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 ERKRANKUNG DER ELTERN.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1.1 WISSEN ÜBER DIE ERKRANKUNG .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1.2 TABUISIERUNG UND KOMMUNIKATIONSVERBOT .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 FAMILIÄRER ALLTAG .....</b>	<b>18</b>
<b>2.2.1 PARENTIFIZIERUNG .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2.2 GEFÜHLSWELT DER KINDER .....</b>	<b>20</b>
<b>3. ALTERSSPEZIFISCHE ASPEKTE BEI KINDERN PSYCHISCH KRANKER ELTERN .....</b>	<b>21</b>
<b>4. RESILIENZ UND COPING – RESSOURCEN STÄRKEN UND PROBLEME BEWÄLTIGEN .....</b>	<b>24</b>
<b>4.1 RESILIENZ .....</b>	<b>24</b>

<b>4.2 COPING .....</b>	<b>27</b>
<b>5. SOZIALE HILFEN FÜR KINDER UND IHRE PSYCHISCH KRANKEN ELTERN .....</b>	<b>29</b>
<b>5.1 ENTTABUISIERUNGSARBEIT .....</b>	<b>29</b>
<b>5.2 SENSIBILISIERUNG DER FACHKRÄFTE .....</b>	<b>29</b>
<b>5.3 THERAPEUTISCHE MAßNAHMEN FÜR PSYCHISCH KRANKE MÜTTER UND IHRE KLEINKINDER .....</b>	<b>31</b>
<b>5.4 INTERDISZIPLINÄRE ARBEIT VON ERWACHSENEN PSYCHIATRIE UND KINDER- UND JUGENDHILFE, SOZIALPÄDAGOGISCHE DIAGNOSTIK UND PSYCHOEDUKATION .....</b>	<b>33</b>
<b>5.5 NIEDRIGSCHWELIGE HILFEANGEBOTE FÜR PSYCHISCH KRANKE ELTERN UND IHRE KINDER .....</b>	<b>35</b>
<b>6. AUSWERTUNG DER ANONYMEN FRAGEBÖGEN .....</b>	<b>36</b>
<b>7 FAZIT .....</b>	<b>39</b>
<b>8. DANKSAGUNG .....</b>	<b>41</b>
<b>9. LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>42</b>
<b>10. ANHANG .....</b>	<b>44</b>
<b>11. ERKLÄRUNG .....</b>	<b>55</b>

## **Einleitung**

**„Das ist ein Lied für all die Vergessenen, die nie im Rampenlicht stehen.“**

(Musikgruppe PUR: „Lied für all die Vergessenen“)

Kinder psychisch kranker Eltern werden häufig als die „vergessenen Kinder der Psychiatrie-Reform“ (Lenz 2012, S.7) bezeichnet und gewinnen erst seit den 1990er Jahren nach und nach an Aufmerksamkeit. Auch sie sind Angehörige, die mit unter den Folgen der elterlichen psychischen Störung leiden. Traumatische Ereignisse haben Konsequenzen auf die psychische, in manchen Fällen auch physische Entwicklung des Kindes. Zudem haben sie ein erhöhtes Risiko, selbst psychisch zu erkranken. Nicht selten müssen Kinder aufgrund der elterlichen psychischen Erkrankung ihre eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund stellen. In Folge dessen kommt es zu einem Mangel an elterlicher Aufmerksamkeit und Zuwendung. Zudem treten aufgrund der psychischen Störung oftmals soziale und familiäre Spannungen auf, die eine zusätzliche Belastung für die Kinder darstellen. Trennung, Gewalt und Missbrauch, ausgelöst durch die Überforderung der emotional belasteten Krisensituation, spielen ebenfalls nicht selten eine Rolle und belasten die Familie zusätzlich. Im Zuge dessen kann es zu Vernachlässigungen der Kinder kommen, die die Kinder in ihrer gesunden Entwicklung beeinträchtigen. Zudem wird eine elterliche psychische Störung aus Angst vor Stigmatisierung oftmals verschwiegen – innerhalb und außerhalb der Familie. So kommt es, dass die Kinder sich das durch die Störung beeinflusste Verhalten ihrer Eltern nicht erklären können, geschweige denn sich trauen ihre familiäre Situation Außenstehenden zu beschreiben. Professionelle soziale und therapeutische Unterstützung durch sozialpädagogische Institutionen und Psychiatrie wird demnach meist nur den psychisch erkrankten Eltern zuteil. Die Kinder werden im Hilfesystem jedoch leider oft vergessen und erhalten dementsprechend erst Unterstützung wenn die familiäre Situation eskaliert ist.

In der folgenden Bachelorarbeit werden unter anderem die altersspezifischen Auswirkungen der psychischen Störungen der Eltern auf die Kinder offengelegt. Es wird darauf aufmerksam gemacht, wie Kinder die psychische Störung der Eltern und den familiär belasteten Alltag erleben. Außerdem wird veranschaulicht, wie wichtig

eine alters- und entwicklungsgemäße Aufklärung der Kinder über die elterliche psychische Erkrankung und ein offener Umgang damit sind. Es werden die Folgen der zusätzlichen Verantwortungsübernahme der Kinder und mit welchen Emotionen sie tagtäglich konfrontiert sind, verdeutlicht. Auch mögliche Hilfemaßnahmen, die schon frühzeitig ergriffen werden können, um eine höhere Widerstandsfähigkeit (Resilienz) der Kinder und dementsprechend passende Bewältigungsstrategien (Coping) zu entwickeln, werden thematisiert.

Eine Befragung von drei bereits erwachsenen Kindern psychisch kranker Eltern macht rückblickend die Erlebnisse, Probleme und Wünsche der „vergessenen Angehörigen“ deutlich und steht als Beispiel für die Kinder psychisch kranker Eltern.

Ziel dieser Arbeit ist es, einen Beitrag zur Enttabuisierung psychischer Störungen zu leisten, damit Kindern psychisch kranker Eltern frühestmöglich eine adäquate Hilfe gewährleistet wird. Außerdem soll auf die Belastungen der Kinder und deren Konsequenzen aufmerksam gemacht werden, damit diese nicht mehr als „vergessene Angehörige“ gelten.

Auch wenn der derzeit gängige Begriff für Erkrankungen der Seele „psychische Störungen“ (URL1) ist, verwende ich in dieser Arbeit auch, jedoch ohne jegliche Wertung, die Begriffe „Krankheit“ und „Erkrankung“

## **1. Krankheitsbilder der Eltern und deren Auswirkungen auf die Kinder**

**„... und ich würde auch gerne wissen, ob man das heilen kann und ob das vererbbar ist.“** (Zitat eines Kindes; Kühnel, Koller 2012)

Kinder psychisch kranker Eltern weisen aufgrund ihrer genetischen Veranlagung eine höhere Vulnerabilität (Verletzbarkeit für Erkrankungen) auf (vgl. Plass; Wiegand-Grefe 2012, S. 45). Dieser Umstand, wie auch die oftmals erhöhte Belastung in der Familie, können im Gegensatz zu Kindern nicht psychisch erkrankter Eltern zu einem erhöhten Risiko selbst psychisch zu erkranken führen. Hierbei muss jedoch unterschieden werden, ob es sich um das „spezifische psychiatrische Erkrankungsrisiko“ (Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 45) oder das „allgemein psychiatrische Erkrankungsrisiko“ (ebenda) handelt. Ersteres umfasst das Risiko, an derselben psychischen Störung, wie die Eltern bzw. ein Elternteil zu erkranken, während letzteres das allgemeine Risiko beschreibt an irgendeiner psychischen Störung zu erkranken.

Bis jetzt lässt sich allerdings noch nicht eindeutig sagen, inwieweit die einzelnen Krankheitsbilder die psychische Entwicklung der Kinder beeinträchtigen (vgl. Plass; Wiegand-Grefe 2012, S. 46). Nichtsdestotrotz bestehen spezifische Risiken für die Kinder, welche von den verschiedenen Krankheitsbildern her resultieren.

### **1.1 Suchterkrankungen**

**„... ich mach mir Sorgen um Mama, aber sie hört ja nicht auf mich, wenn ich sage, dass sie nicht so viel trinken soll.“** (Zitat eines Kindes; Kühnel, Koller 2012)

In den Medien wird des Öfteren mal davon berichtet, dass ein Kind mit einem erhöhten Promille Wert zur Welt gekommen ist, da die Mutter während der Schwangerschaft ihrer Alkoholsucht nachging. So scheint es nicht verwunderlich, dass Kinder suchterkrankter Eltern ein bis zu sechsfach erhöhtes Risiko haben, selbst eine Suchtmittelerkrankung, wie Alkohol- und Drogenabhängigkeit oder eine andere

Suchterkrankung, wie Anorexie, Bulimie oder eine andere Esssucht zu entwickeln (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 46).

Wenn eine Frau während der Schwangerschaft Substanzen, wie Alkohol, Drogen oder Medikamente missbraucht, hat dies direkte schädliche Auswirkungen auf das noch ungeborene Kind (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 46/47) Diese toxischen bzw. teratogenen Substanzen werden über die Plazenta, die den Fötus im Uterus versorgt, direkt zu ihm geleitet und wirken sich dementsprechend auf dessen Leben aus.

Oft werden die Kinder zu früh geboren, was in diesem Fall Komplikationen, wie eine Sauerstoffunterversorgung, Hirnblutungen usw. mit sich bringen kann. Viele dieser Kinder sind postnatal sogenannte Schreibabys, da sie häufig schon an Entzugserscheinungen leiden. Es gibt zwar schon die Möglichkeit, die Kinder einer mehrwöchigen stationären Drogenentzugsbehandlung zu unterziehen, welche sie von der physischen Abhängigkeit befreit, jedoch nicht ihre psychische Labilität behandelt. Die Kinder sind hoch sensibel für alle äußerlichen Reize und leiden oftmals an Panikattacken und lassen sich nur sehr schwer beruhigen.

Des Weiteren kann der mütterliche Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ein fetales Alkoholsyndrom zur Folge haben, welches körperliche Merkmale, wie Untergewicht des Kindes, hängende Augenlider usw., als auch kognitive Einschränkungen, in Sprache, Motorik usw. mit sich bringen kann.

Studien zeigen, dass etwa 60 Prozent der Kinder von alkoholabhängigen Eltern bzw. Vätern mit hoher Wahrscheinlichkeit irgendeine psychische Störung in ihrem Leben entwickeln (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 48). Mit psychischen Störungen sind hierbei affektive Störungen, ADHS, wie auch Störungen des Sozialverhaltens gemeint (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 47).

Das Leben der Kinder, deren Eltern alkohol- oder drogenabhängig sind, ist meist von Vernachlässigung, Verwahrlosung, (sexuellem) Missbrauch und Gewalterfahrungen geprägt (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 48). Hierbei spielt es eine Rolle, ob die Mutter oder der Vater alkoholerkrankt ist. Ist die Mutter alkoholabhängig, so ist sie oftmals nicht mehr in der Lage, ihr Kind ausreichend vor negativen äußerlichen Einflüssen durch andere Erwachsene zu schützen. Ist der Vater alkoholabhängig, ist das Risiko, dass das Kind innerhalb der Familie physische Gewalt, wie auch sexuellen Missbrauch erlebt, erhöht. Das Kind erfährt so eine stetige Grenzüberschreitung, die ein erhöhtes Maß von Verhaltensstörungen, externalisierenden Störungen (z.B. aggressives



Verhalten), emotionalen Störungen und sozialer Isolation zur Folge hat. Dies alles erschwert den Übergang von der Kindheit zur Adoleszenz.

Da sich die Einstellung zur Alkoholkonsumnorm und das Motiv des Trinkgebrauchs schon sehr früh, mit etwa drei Jahren bei Kindern manifestiert (vgl. Feuerlein, Küfner, Soyka 1998, S. 75), besteht für Kinder alkoholabhängiger Eltern ein erhöhtes Risiko, im Jugendalter selbst eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 48). Der Alkoholmissbrauch prägt ihr Leben oft schon von Geburt an (nicht selten auch pränatal), so ist es kein Wunder, dass Schätzungen zufolge etwa 25 Prozent der Kinder aus Alkoholikerfamilien selbst ein Alkoholproblem entwickeln (vgl. Feuerlein, Küfner, Soyka 1998, S. 76). Oft ist der Grund dafür, ein Zugehörigkeitsgefühl innerhalb der Familie zu erlangen. Die Jugendlichen eignen sich das Trinkverhalten der Eltern an, da dies für sie scheinbar der einzige Weg ist, um Akzeptanz und Anerkennung von der Familie zu bekommen.

## 1.2 Schizophrenie

**„... es ist so peinlich, was mein Papa dann immer redet und die Nachbarn schauen uns schon immer so komisch an.“** (Zitat eines Kindes; Kühnel, Koller 2012)

Die Schizophrenie weist Störungen des Denkens, Wollens, Handelns, Ich-Erlebens und der Emotionen auf (vgl. Kipp, Unger, Wehmeier 1996, S. 34). An Stelle des eigenen Willens treten innere Impulse auf, die von den Erkrankten oft als gehörte Stimmen wahrgenommen werden (vgl. Bock, Weigand 1998, S. 15). So begeben sich die an Schizophrenie Erkrankten in ihre eigene, selbstgeschaffene Welt des Wahns.

Abgesehen davon, dass Kinder schizophrener Eltern schon ein erhöhtes Risiko haben, schizophreniespezifische Symptome zu entwickeln, besteht zudem auch das Risiko, krankheitsuntypische Symptome zu entwickeln (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 49). Diese Symptome umfassen kognitive, emotionale, soziale, somatische und neurologische Auffälligkeiten, sowie Abnormalitäten der Hirnströme und Aufmerksamkeits- und Denkstörungen.

Das Verhalten schizophrener Mütter ihren Kindern gegenüber, ist oft von unberechenbaren, ambivalenten und manchmal sogar antipathischen Handlungen geprägt. So kommt es vor, dass ebendiese Kinder in Folge dessen oftmals ein verworrenes Bindungsverhalten aufweisen.

Während der schizophrenen Psychosen kann die Mutter ein falsches, widersprüchliches Bild von ihrem Kind entwickeln, was zur Folge haben kann, dass sie es in ihren Wahn miteinbezieht. Zudem besteht die Gefahr, dass schizophrene Mütter aufgrund ihrer mangelnden Konzentrationsfähigkeit die Bedürfnisse ihrer Kinder nicht ausreichend erfassen und sie somit oft vernachlässigen.

Schon zwei- bis vierjährige Kinder schizophrener Eltern weisen eine höhere Vulnerabilität für neurobiologische Defizite, wie eine niedrige sensomotorische Koordination und Wahrnehmungsschwierigkeiten auf (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 49 ff.). Emotionale Symptome, wie Ängstlichkeit, Nervosität, Ambivalenz, depressive Verstimmung oder soziale Isolation, kommen nicht selten schon im Vorschulalter vor. Im Schulalter kann es dann zu neurologischen und emotionalen Auffälligkeiten, wie Aufmerksamkeits- und Informationsverarbeitungsdefiziten und vermeidendem, ambivalentem Bindungsverhalten, sowie zu sozialen Hemmungen kommen. Dies beeinträchtigt u.a. die schulischen und später beruflichen Leistungen.

### **1.3 Affektive Störungen**

**„... mir erklärt niemand, was eigentlich mit Papa los ist, dabei krieg ich ganz genau mit, dass er mal total gut und dann wieder voll schlecht drauf ist.“** (Zitat eines Kindes; Kühnel, Koller 2012)

Bei den Auswirkungen affektiver Störungen der Eltern auf deren Kinder, ist wichtig zwischen unipolaren und bipolaren Störungen zu unterscheiden (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 51).

Bei einer unipolaren Störung der Mutter, wie der Depression, kommt es aufgrund der Erkrankung schon während der Schwangerschaft zu Auswirkungen auf das biochemische Gleichgewicht des Embryos bzw. Fötus'. Die Folge dessen ist eine

Dysfunktion neuroregulatorischer Mechanismen des Babys (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 52).

Die Kinder weisen später diverse Probleme, wie eine emotionale Dysfunktion, eine unsichere emotionale Bindung, Aggression, widersprüchliches Verhalten, Defizite in Aufmerksamkeit, ein niedriges Selbstwertgefühl, Beziehungsdefizite zu Gleichaltrigen sowie depressive Verstimmungen auf. Das Verhalten der Kinder depressiver Mütter wird als unsicher, ängstlich und introvertiert bzw. selbstisoliert beschrieben. Da ihre Frustrationsgrenze sehr gering ist, stellen sie sich ungern herausfordernden Aufgaben und ziehen sich bei Enttäuschung noch mehr zurück.

Die mütterliche Depression ist bei Klein- und Vorschulkindern mit einer unsicheren Bindung, nicht selten durch eine postnatale Depression, bei der es der Mutter schwer fällt eine Bindung zu ihrem Säugling aufzubauen, verbunden (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 52). Depressive Mütter verhalten sich ihren Kindern gegenüber oft ablehnend und somit weniger interagierend und engagiert und reagieren langsamer und inkonsequenter auf das Verhalten ihrer Kinder. So wirkt sich die durch die Depression ausgelöste verminderte Interaktion (u.a. schwache Mimik, eingeschränkte Kommunikation etc.) wie eine reale Trennung von den Eltern aus. Man bezeichnet dies auch als „anwesende Abwesenheit“ (Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 53).

Die Folge des mütterlichen bzw. elterlichen Verhaltens sind schwere Verhaltensprobleme der Kinder schon im Alter von zwei bis drei Jahren, wenn die Interaktion der Mutter nur wenig ausgeprägt ist (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S 52). Sie zeigen einen bedingten emotionalen Ausdruck mit erhöhter Reizbarkeit mit verminderter Responsivität und niedrigerem Interesse, Anteil an sozialen Beziehungen zu haben.

Die elterliche depressive Störung ist stark beeinflussend auf die spätere psychische Entwicklung des Kindes. Das Risiko, an einer depressiven oder anderen psychischen Störung im Kindes- oder Jugendalter zu erkranken, ist für Kinder depressiver Eltern stark erhöht (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 54). Bereits im Kindes- und Jugendalter entwickeln etwa 60 Prozent der Kinder depressiver Eltern irgendeine psychische Störung. Meist ist es eine Angststörung, Störungen des Sozialverhaltens oder eine Substanzmittelabhängigkeit und nicht selten eine bipolare Störung.

Auch Kinder bipolar erkrankter Eltern weisen ein erhöhtes Risiko auf, eine spezifische psychiatrische Störung, d.h. selbst eine bipolare Störung, oder eine unipolare Depression zu Entwickeln (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 56). Etwa 25 Prozent der Kinder, deren beide Elternteile bipolar erkrankt sind, entwickeln selbst eine bipolare Störung, während es bei nur einem erkrankten Elternteil nur ca. vier Prozent sind.

#### **1.4 Persönlichkeitsstörungen**

**„... ich habe solche Angst um sie und ich bin, glaube ich auch so ein bisschen dran schuld.“** (Zitat eines Kindes; Kühnel, Koller 2012)

Kinder von Eltern bzw. Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung weisen mehr psychische Störungen auf, als die Kinder deren Eltern an anderen Persönlichkeitsstörungen leiden (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 58).

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird meist durch heftige traumatische Erlebnisse, wie sexuellem Missbrauch und Gewalterfahrungen in der Kindheit, aber auch durch biologische Faktoren, wie ein stark ausgeprägtes Emotionsempfinden, bei dem sich oft viele verschiedene, positive als auch negative Emotionen überschneiden, ausgelöst (vgl. Schäfer, Rüther, Sachsse 2006, S. 55 / 57). Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wird nachgesagt, dass sie impulsiv sind und ihre Gefühle nicht regulieren können (vgl. Schäfer, Rüther, Sachsse 2006, S. 28). Zu zwischenmenschlichen Beziehungen haben sie ein ambivalentes Verhältnis. Den Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung fällt es schwer die Balance zwischen Distanz und Nähe zu halten. Sie realisieren die Abwesenheit einer wichtigen Bezugsperson nicht als solche, sondern glauben verlassen zu sein. So scheint es nicht verwunderlich, dass diese starke, jedoch ambivalente Emotionalität von Borderline-Müttern enormen Einfluss auf die psychische Entwicklung ihrer Kinder hat. Durch die oben genannten Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung erfahren die Kinder keine Kontinuität der mütterlichen Emotionen. Da dies aber wichtig für das Erlernen und das richtige Einordnen bzw. Definieren der positiven und negativen Emotionen der Kinder ist, kommt es zu Störungen in der emotionalen Entwicklung der Kinder. Die Kinder von Eltern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erleben die impulsiven Gefühlsausbrüche ihrer Eltern oft als Traumatisierung, da sie in diesen

Phasen oftmals emotional und sexuell missbraucht, physisch misshandelt oder vernachlässigt werden (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 58).

Aufgrund ihrer Erlebnisse mit ihren an Borderline-Persönlichkeitsstörung leidenden Eltern, weisen die Kinder häufig psychische Störungen, wie ADHS, aufsässiges Trotzverhalten und Störungen des Sozialverhaltens auf. Auch das Risiko, selbst an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu erkranken, ist erhöht.

## **2. Subjektives Erleben der Kinder psychisch kranker Eltern**

**„... ich bring lieber nicht meine Freundin mit nach Hause, weil die soll nicht sehen, wie's bei uns ausschaut.“** (Zitat eines Kindes; Kühnel, Koller 2012)

In diversen Studien über das subjektive Erleben der Kinder psychisch kranker Eltern wird die Weitergabe psychischer Belastungen innerhalb der Familie sehr deutlich (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 21). Die Kinder sind je nach Dauer des Krankheitsverlaufes der Eltern mit unterschiedlichen kurz oder lang andauernden oder wiederkehrenden Belastungen, wie Trennungsängsten, Schuldgefühlen, Angst, selbst psychisch zu erkranken, klammerndem Verhalten des erkrankten Elternteils (z.B. bei Borderline Persönlichkeitsstörung), Verantwortungsübernahme für jüngere Geschwister und Haushalt, sowie Loyalitätskonflikten bei elterlichen Auseinandersetzungen ausgesetzt (vgl. Schmutz 2010, S. 26). Zudem erfahren Kinder psychisch kranker Eltern häufig psychischen oder physischen Missbrauch und Vernachlässigung, woraufhin sie oftmals in die Selbstisolation entfliehen (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 22). Oft müssen sie Rücksicht auf den psychisch erkrankten Elternteil nehmen und trauen sich nicht, sie selbst, mit all ihren kindlichen Bedürfnissen, zu sein. Die Erkrankung der Eltern bzw. eines Elternteils und das daraus resultierende Verhalten der Eltern stehen stets im Mittelpunkt.

Trotz einer Tabuisierung der psychischen Störung innerhalb der Familie und oft sogar dem Kind gegenüber spürt das Kind, dass etwas nicht stimmt. Es registriert das seltsame Verhalten des erkrankten Elternteils und weiß oftmals nicht, wie es damit umgehen soll. Da sie die Situation zu Hause nicht definieren können und schon gar

nicht darüber sprechen dürfen, haben sie keine Möglichkeit, sich Hilfe bei der Bewältigung der familiären Situation zu organisieren. Auch mit Freunden trauen sie sich meist nicht darüber zu sprechen, geschweige denn sie zu sich nach Hause einzuladen. So kommt es nicht selten vor, dass die Kinder Schwierigkeiten bei der Aufnahme und Pflege sozialer Kontakte haben.

Da viele Eltern durch ihre psychischen Erkrankungen ihre alltäglichen Aufgaben, wie das Versorgen der Kinder, das Erledigen häuslicher Tätigkeiten usw. vernachlässigen, beginnen oft die Kinder, die Aufgaben der Eltern zu übernehmen (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 22). Häufig kommt es hierbei zu einer Rollenumkehr von Eltern und Kind (mehr dazu in 2.2.1).

## **2.1 Erkrankung der Eltern**

**„... ich habe solche Angst um die Mama, ... dass sie es wieder tut ..., dass sie nie gesund wird und nicht mehr arbeiten kann.“** (Zitat eines Kindes; Kühnel, Koller 2012)

Ein Kind ist bereits schon im Mutterleib durch den Hormonausschuss und Gefühlshaushalt der Mutter emotional mit ihr verbunden (vgl. Ustorf 2012, S. 43). Nach der Geburt ist es die Aufgabe der Mutter und des Vaters, die Emotionen ihres Säuglings durch ihr Verhalten zu lenken, da das Kind seine eigenen Gefühle noch nicht als solche erkennen und definieren kann. So lernt das Kind durch die Art und Weise, wie die Eltern mit ihm in Hunger-, Müdigkeits-, Trauer- und Freudsituationen umgehen, seine eigenen Gefühle kennen.

Durch diese starke emotionale Verbundenheit mit den Eltern nehmen Kinder schon sehr früh und deutlich Veränderungen der psychischen Befindlichkeit der Eltern wahr (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 23). Ihr Belastungserleben wird primär durch die akuten Symptome als auch die Dauer des Krankheitsverlaufes und die damit verbundenen Persönlichkeitsveränderungen ihrer psychisch kranken Eltern beeinflusst. Die Kinder werden bei einer depressiven elterlichen Erkrankung häufig mit einem Rückzugsverhalten des erkrankten Elternteils, Antriebslosigkeit, Interessenverlust,

Hoffnungslosigkeit, andauernder Erschöpfung und ständiges Grübeln sowie der Vernachlässigung der alltäglichen Aufgaben, wie Haushalt, Arbeit, Versorgen der Kinder etc. konfrontiert. Steigt im Laufe der Depression die Suizidalität des depressiven Elternteils, so entsteht für die Kinder eine besonders belastende Situation.

Tritt im Krankheitsverlauf der Eltern eine Psychose auf, können die Kinder das plötzlich veränderte Verhalten der Eltern nicht nachvollziehen. Sie erleben ihre Eltern als verwirrt, misstrauisch, kaum ansprechbar bzw. erreichbar und orientierungslos. Die in ihrer Persönlichkeit stark veränderten Eltern wirken auf ihre Kinder fremd und teilweise sogar unheimlich, vor allem wenn ein Kind in den Wahn der Eltern mit einbezogen wird, kann dies besonders beängstigend auf das Kind wirken.

Beispiel:

*„Die paranoide Mutter bricht in der akuten psychotischen Phase alle sozialen Kontakte ab, weil sie befürchtet, gegen ihren Willen in ein Forschungsprojekt zur Erprobung eines Medikamentes eingeschlossen zu werden. Sie verweigert antipsychotische Medikation und ist auch gegenüber dem Vater äußerst misstrauisch. Die einzige Person, der sie vertraut, ist die 9-jährige Tochter. Diese darf die Schule nicht mehr besuchen und muss den Tag zusammen mit der Mutter verbringen, da dies die einzige Möglichkeit ist, die Mutter zu beruhigen.“ (Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 23 f.)*

Kinder suchtkranker Eltern sind ebenfalls mit einer durch Substanzen verursachten Wesensveränderung der Eltern konfrontiert und können unter Umständen in deren Beschaffung, wie z.B. der von Alkohol für die alkoholabhängige Mutter involviert sein (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 24). Sind die Eltern bzw. ist ein Elternteil an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt, so müssen deren Kinder ihre Impulsivität und Ambivalenz in allen Lebens-, wie auch Gefühlslagen und die häufig damit verbundenen Beziehungsabbrüche und Trennungen usw. verarbeiten.

**„... des ist glaub ich, auch wegen uns, dass die Mama jetzt im Krankenhaus ist, weil sie hat immer zu uns gesagt: ‚Ihr macht mich noch ganz krank‘.“** (Zitat eines Kindes; Kühnel, Koller 2012)

Eine Klinikeinweisung des psychisch erkrankten Elternteils stellt meist eine enorm belastende, häufig traumatische Situation für die Kinder dar. Die Kinder fühlen sich allein und verlassen (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 24). Das Elternbild, welches die Kinder bisher hatten, wird durch den Verlust von Autonomie und Autorität zerstört. Auch die Beziehung zu dem erkrankten Elternteil wird durch dieses traumatische Erlebnis erschüttert. Um den aus dieser Situation resultierenden Schmerz verarbeiten zu können, ziehen sich die Kinder meist emotional zurück, wodurch sie oftmals teilnahmslos, apathisch und resigniert wirken.

**„... ich bin froh, dass die Mama im Krankenhaus ist, denn da kann der Arzt sie retten.“** (Zitat eines Kindes; Kühnel, Koller 2012)

Auf der anderen Seite gibt es auch Kinder, die die Klinikeinweisung nach einer langandauernden akuten Krankheitsphase des erkrankten Elternteils als Entlastung sehen (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 24). Sie erleben es als große Erleichterung, dass nun die Klinik die Verantwortung für die erkrankte Mutter oder den erkrankten Vater und die mit der Erkrankung verbundene Anspannung und Unsicherheit innerhalb der Familie übernimmt und die Garantie für eine angemessene Behandlung gibt.

### **2.1.1 Wissen über die Erkrankung**

Um Kinder vor Ängsten und Unsicherheiten aufgrund der psychischen Erkrankung der Eltern zu schützen, ist eine alters- und entwicklungsadäquate Informationsvermittlung über die Erkrankung äußerst wichtig (vgl. Lenz 2012, S. 23). Hierbei ist es ebenfalls essentiell, wie die Familie mit der Erkrankung umgeht bzw. ob sie ihr akzeptierend oder ablehnend gegenübersteht.

Erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern bemängeln jedoch, ihrer Zeit nicht ausreichend über die Erkrankung der Mutter oder des Vaters aufgeklärt worden zu sein (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 24 f.). Studien zeigen jedoch, dass die meisten



Kinder den Wunsch hegen, mehr Kontakt zu den behandelnden bzw. betreuenden Fachleuten zu haben und somit mehr Informationen über die Erkrankung zu erhalten. Informationen über die Erkrankung bedeuten in diesem Fall nicht allein die Diagnose, sondern auch die jeweiligen Symptome die auftreten können, die damit verbundene Persönlichkeitsveränderung und der Umgang mit der Erkrankung und deren Verarbeitung als Angehöriger.

Die Psychoedukation, bei der es nicht einzig und allein um reine Wissensvermittlung über die Krankheit geht, sondern auch um die Bedürfnisse und Fragen der Kinder, ist in diesem Fall eine bedeutende Hilfe (mehr dazu in 5.4).

### **2.1.2 Tabuisierung und Kommunikationsverbot**

**„... das Schweigen war das Schlimmste für mich!“** (Zitat eines Kindes; Kühnel, Koller 2012)

Kinder spüren, wenn innerhalb der Familie etwas nicht stimmt. Vor allem nehmen sie sehr deutlich wahr, wenn die Familie versucht ein Geheimnis zu hüten.

In vielen Familien herrscht oft ein intuitiv wahrgenommenes oder ausdrücklich aufgefordertes Kommunikations- und Redeverbot über die psychische Erkrankung der Mutter bzw. des Vaters (vgl. Lenz 2012, S. 19). Dieses Rede- und Kommunikationsverbot bezieht sich jedoch nicht nur auf die Familie, sondern häufig auch darauf, nicht mit familienexternen Personen über die Erkrankung zu sprechen (Plass, Wigand-Grefe 2012, S. 26). Auch wenn die Kinder von der Erkrankung wissen, stehen sie unter dem Druck, das „geteilte Familiengeheimnis“ (Lenz 2012, S. 19) zu hüten. Solch ein Geheimnis kann jedoch zu emotionalen Spannungen innerhalb der Familie und vor allem zu inneren Konflikten der Kinder kommen. Die Kinder haben meist das Bedürfnis mit außenstehenden Personen über das Familienproblem zu sprechen, jedoch befürchten sie ihre Familie zu verraten bzw. etwas Böses zu tun (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 25).

Eltern wollen ihre Kinder meist schützen, wenn sie ihnen von der psychischen Erkrankung nichts erzählen bzw. nicht deren Verlauf erklären. Dies ist allerdings eher

contra produktiv, da die durch die psychische Erkrankung ausgelösten Wesens- und Verhaltensveränderungen irritierend auf die Kinder wirken.

So wird durch die Tabuisierung eine informelle Auseinandersetzung und Aufklärung über die Krankheit und dadurch ein Herauskristallisieren und Stärken von Ressourcen der Kinder verhindert.

Es gibt vier verschiedene Kategorien der Tabuisierung:

Die erste Möglichkeit wäre, die psychische Erkrankung ganz und gar zu verschweigen (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 25 ff.). Sollte der erkrankte Elternteil eine Zeitlang in stationärer Behandlung sein, würde man diese den Kindern z.B. mit einer beruflichen Weiterbildung erklären.

Die nächste Variante der Tabuisierung wäre, wenn Eltern ihren Kindern zwar von der Erkrankung erzählen würden, jedoch nicht von deren Verlauf.

Eine weitere Form der Tabuisierung wäre, den Kindern nicht mitzuteilen, dass der erkrankte Elternteil Behandlungen, die aufgrund seiner psychischen Erkrankung erforderlich sind, erhält.

Die vierte und somit letzte Variante wäre das strikte Verstecken und Verleugnen von Emotionen.

Es gibt viele Gründe, warum eine psychische Erkrankung tabuisiert wird: aus gegenseitiger Schonung bzw. Rücksichtnahme, aus Angst vor Stigmatisierung oder aus Schuld- und Schamgefühl (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 26). Außerdem kommt nicht selten die elterliche Krankheitsverleugnung hinzu.

Viele Eltern befürchten zudem, in ihrer Elternrolle in Frage gestellt zu werden oder schlimmstenfalls das Sorgerecht für ihre Kinder entzogen zu bekommen.

Eine Studie hat ergeben, dass ein Viertel der Kinder in der Familie stets frei über die psychische Erkrankung spricht (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 26). Über die Hälfte hat nur wenig oder gar nicht innerhalb der Familie und zwei Drittel haben selten bis nie mit außenstehenden Personen über die Erkrankung gesprochen. Daraus ergaben sich zwei Familientypen: der erste Typ pflegt ein offenes Gespräch mit den Kindern, bei dem sie in das Geschehen in Verbindung mit der elterlichen Erkrankung mit einbezogen werden. Durch die Offenheit über das familiäre Problem, trauen sich die Kinder, auch mit außenstehenden Personen über die Erkrankung zu sprechen und können so adäquate soziale Hilfe erhalten. Der andere Typ – und das ist leider der Großteil der Familien mit psychisch kranken Eltern – vermeidet bzw. verhindert vielmehr einen offenen Umgang

mit der psychischen Erkrankung innerhalb der Familie, was ein offenes Gespräch mit außenstehenden Personen und den Zugang zu sozialen Hilfen erschwert.

In Folge der Tabuisierung und der daraus resultierenden fehlenden Kommunikation über die psychische Erkrankung, kann es zu einer Isolierung der Familie, aber auch der betroffenen Kinder kommen, da sie nicht wissen, an wen sie sich mit ihren Gefühlen und Problemen wenden sollen. Sie fühlen sich hilflos und allein gelassen.

## **2.2 Familiärer Alltag**

Auswirkungen der elterlichen psychischen Erkrankung auf das alltägliche Familienleben, empfinden die Kinder als besonders belastend (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 27). Die durch die psychische Erkrankung ausgelösten Persönlichkeits- und Handlungsmerkmale der Eltern sorgen im kritischen Krankheitsverlauf bei den Kindern für einen diffusen und unstrukturierten Tagesablauf. Bei einer depressiven Mutter, die aufgrund ihrer Depression das Bett nicht mehr verlässt z.B., kann es passieren, dass sie die Versorgung ihres Kindes vor lauter Erschöpfung vernachlässigt bzw. vergisst. Häufig kommt es in solchen Krisensituationen innerhalb der Familie zu einer Umkehr der Rollenverteilung (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 28). Leben beide Elternteile zusammen, so übernimmt der Vater Aufgaben der psychisch erkrankten Mutter oder die Mutter Aufgaben des psychisch erkrankten Vaters. Nicht selten kommt es aber auch dazu, dass Kinder – ob sie nun nur bei dem psychisch erkrankten Elternteil leben oder bei beiden Eltern – mehr elterliche Aufgaben übernehmen müssen. Ältere Kinder kümmern sich vermehrt um ihre jüngeren Geschwister und erledigen Aufgaben im Haushalt. Meist sind die Kinder so sehr mit den elterlichen Aufgaben beschäftigt und überfordert, dass sie ihre eigenen kindlichen Bedürfnisse verdrängen. Besonders in akuten Krankheitsverläufen und den oft daraus resultierenden stationären Klinikaufhalten des psychisch erkrankten Elternteils, nehmen Kinder die überfordernde Situation, viele bis alle täglich anfallenden Aufgaben zu übernehmen, als sehr belastend wahr. Die Kinder erhalten durch die psychische Erkrankung der Eltern kaum noch Versorgung, Betreuung und Aufmerksamkeit von den Eltern. So geraten das Familiensystem und damit die Generationsgrenzen durcheinander (vgl. Lenz 2012, S. 18). Diese Grenzen der Generationen sind wichtig für das Achten und Einhalten der Unterschiede zwischen elterlicher und kindlicher Rollen- und

Aufgabenverteilung. Werden ebendiese Grenzen nicht eingehalten, kommt es nicht selten zu einer Rollenumkehr, in der die Kinder die Stellung eines Elternteils oder Partners übernehmen. Dies nennt man Parentifizierung.

### 2.2.1 Parentifizierung

**„... ich geh’ halt dann nicht raus zu meinen Freunden, sondern helf’ der Mama beim Wohnung aufräumen, weil sie das halt ohne mich nicht schafft.“** (Zitat eines Kindes; Kühnel, Koller 2012)

„Unter Parentifizierung wird die subjektive Verzerrung einer Beziehung verstanden – so, als stelle der Ehepartner oder gar eines der Kinder einen Elternteil dar.“ (Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 29).

Damit ist also nicht nur die Rollenumkehr zwischen Eltern und Kindern gemeint, sondern auch die des (Ehe-) Partners, der die Elternrolle für den psychisch erkrankten Elternteil übernimmt.

Die Kinder übernehmen im Zuge der Parentifizierung elterliche Pflichten bzw. Aufgaben, wie z.B. im Haushalt oder bei der Versorgung der jüngeren Geschwister. Bei der destruktiven Parentifizierung, welche die risikoreichste ist, übernimmt das Kind die nicht alters- und entwicklungsadäquate und enorm hohe Aufgabe, Verantwortung zu übernehmen (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 30). Hierbei müssen die Kinder als Vertraute und emotionale Unterstützer in Problemlagen mit dem Status eines Partners oder einer guten Freundin hinhalten. Diese Aufgaben stets zu tragen, überfordern das Kind enorm und hinterlassen Folgen im Erleben und Verhalten des Kindes (URL2). Das kindlich lebhaft, spielerische und spontane Verhalten wird unfreiwillig gegen das verantwortungsbewusste, ernste elterliche Verhalten eingetauscht. Das starke Gefühl, die Verantwortung für die alltäglich anfallenden Aufgaben übernehmen zu müssen, sorgt später auch bei den Kindern für einen enorm hohen (Leistungs-) Anspruch an sich selbst. Sie sind dadurch emotional stark belastet, was ein erhöhtes Risiko für Verhaltensauffälligkeiten, Depressionen, körperliche Beschwerden, Essstörungen oder Substanzmittelmissbrauch, wie Alkohol oder Drogen mit sich bringt. So stellt die Parentifizierung einen Risikofaktor für psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter dar.

Die Auswirkung der Parentifizierung auf die Kinder, hängt jedoch von der Art und Weise dieser ab (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 29). Bei einer adaptiven Parentifizierung werden die Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes, vor allem wenn andere Familienmitglieder (z.B. Vater) als potentielle Parentifizierungspersonen zur Verfügung stehen, nicht eingeschränkt. Wird das Kind für seine zusätzlichen Aufgaben von den Eltern belohnt bzw. wertgeschätzt, kann es sogar ermutigt, motiviert, mit einem höheren Maß an Selbstvertrauen und Einfühlungsvermögen aus der Parentifizierung ins Erwachsenenleben starten.

Ein amerikanisches Team von Wissenschaftlern um Lisa Hooper von der University of Alabama, die sich zwischen 1984 und 2010 mit mehreren Studien über Parentifizierung auseinandersetzten, fanden jedoch heraus, dass das Ausmaß und die Art der Parentifizierung keine besonders gravierenden Auswirkungen auf das Erkrankungsrisiko hat (URL3). Demnach lässt sich also nicht pauschal sagen, dass eine Parentifizierung in der Kindheit, sei sie adaptiv oder destruktiv, im Laufe des Lebens zu einer psychischen Erkrankung führt.

### **2.2.2 Gefühlswelt der Kinder**

**„... ich geh dann meistens in mein Zimmer und zieh mir die Decke über den Kopf, weil ich eh nichts tun kann.“** (Zitat eines Kindes; Kühnel, Koller 2012)

Kinder psychisch kranker Eltern sind meist einer sehr belastenden familiären, emotionalen, aber auch sozialen Situation ausgesetzt. Mit vielen verworrenen, meist als negativ zu bewertenden Emotionen sind sie konfrontiert. Die Kinder empfinden im Zuge der elterlichen psychischen Erkrankung Ängste vor Verlust und Trennung (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 31 ff.). Diese Emotionen sind besonders bei einem stationären Klinikaufenthalt oder einem selbstgefährdendem bzw. suizidalem Verhalten der erkrankten Mutter oder des erkrankten Vaters präsent. Dabei kommen im Kind aber auch Hilflosigkeit und Schuldgefühle auf. Es glaubt bei Unterstützung und Hilfe für Mutter oder Vater versagt und die psychische Erkrankung mit seinem kindlichen „rücksichtslosen“ und „unartigen“ Verhalten auch noch ausgelöst zu haben.

Zudem tritt das Gefühl der Scham über die Eltern auf. Die Kinder schämen sich für die Erkrankung der Eltern und ihr daraus resultierendes, oft sehr diffuses, manchmal schon wahnhaftes Verhalten. Auch die Angst vor Stigmatisierung und die Angst davor, selbst einmal psychisch zu erkranken, begleiten die Kinder.

Nicht selten vernachlässigen Eltern im Zuge ihrer psychischen Erkrankung ihre Kinder (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 32). Auch durch ihre oft emotionale, aber auch körperliche Abwesenheit sind sie für ihre Kinder nur schwer erreichbar. Die Kinder sind frustriert, enttäuscht, aber auch wütend über diese Situation. Jedoch unterdrücken sie diese Emotionen aus Rücksicht zu den ohnehin schon labilen Eltern. Die Folge dessen ist Resignation. Die Kinder ziehen sich zurück, weisen oft selbst depressive Symptome auf und fühlen sich mit der enormen familiären Belastung und ihren eigenen inneren Konflikten überfordert.

### **3. Altersspezifische Aspekte bei Kindern psychisch kranker Eltern**

Die Auswirkungen einer elterlichen psychischen Erkrankung können je nach Entwicklungsstand der Kinder unterschiedlich ausfallen (vgl. Schmutz 2010, S. 22). Bereits in der Schwangerschaft ist das Kind körperlich, hormonell und emotional mit der Mutter verbunden und wird auf psychischer Ebene von ihr geprägt (vgl. Ustorf 2012, S. 25 ff.). Das bedeutet, dass das Kind ebenfalls Stress empfindet, wenn die Mutter mit Emotionen, wie Angst, Wut, Trauer etc. konfrontiert ist. Gerade bei einer Mutter mit einer psychischen Erkrankung wirken sich diese emotionalen Einflüsse sehr stark auf die Vulnerabilität des noch ungeborenen Kindes aus (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 60). Diese emotionalen Stressfaktoren, bedingt durch die psychische Erkrankung, können später bei dem Kind zu einer erhöhten Irritabilität und einem Regulationsdefizit führen. Ist die Mutter substanzmittelabhängig, so wird das Kind nicht nur psychisch, sondern auch physisch geschädigt. Es kann zu gravierenden Veränderungen in der Hirnentwicklung kommen.

In den ersten Lebensjahren geht es in erster Linie darum, eine sichere Bindung zu den Eltern aufbauen zu können (vgl. Schmutz 2010, S. 22). Bereits John Bowlby, der Gründer der Bindungstheorie, war davon überzeugt, dass „(...) frühkindliche Erlebnisse in der Beziehung zu den Eltern die Entwicklung eines Kindes grundlegend bestimmen.“

(Schneider, Margraf 2009, S. 58). Da die psychisch erkrankten Eltern jedoch häufig in ihrer Sensibilität und Verlässlichkeit und in ihrer Präsenz nicht konsistent sind, ist die Bindung zwischen ihnen und ihren Kindern unsicher bzw. gestört (vgl. Schmutz 2010, S. 22 f.). Die Eltern sind nur bedingt in der Lage, auf die Bedürfnisse der Kinder einzugehen, was frühkindliche Regulationsdefizite und eventuelle Verhaltensauffälligkeiten zur Folge haben kann (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 60).

Feinfühligkeits Eltern interpretieren die Signale ihres Babys richtig und gehen schnell und angemessen auf dessen Bedürfnisse ein (vgl. Ustorf 2012, S. 59). Bei Eltern mit schweren Depressionen, Schizophrenien mit ablehnender Haltung dem Kind gegenüber oder Suchterkrankungen hingegen lässt sich häufig beobachten, dass ebendiese Feinfühligkeit fehlt (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 61). Diese „emotionale Unerreichbarkeit“ (Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 61) ist dadurch geprägt, dass die kindlichen Signale von den Eltern nicht oder nur verzögert wahrgenommen werden. Die Eltern reagieren dementsprechend nicht oder nur sehr spät auf die Bedürfnisse ihres Kindes. Der Säugling kann die verzögerte elterliche Reaktion nicht mehr zuordnen, da diese für ihn nicht mehr in Zusammenhang mit seinem Signal stehen. So kann es bereits im Säuglingsalter zu Regulationsstörungen, Übererregbarkeit oder auch auffälliger Passivität kommen.

Eltern, die z.B. an einer agitierten Depression, Manie oder Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind hingegen, neigen oft zu „Überstimulation“ (Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 61), indem sie ihr Kind stark oder stets dazu animieren zu reagieren. Wenden sich die Kinder wegen Überforderung ab, wird diese Überforderung von den Eltern nicht wahrgenommen, sondern sie versuchen sie weiterhin zu reizen. Die Kinder reagieren nicht selten mit strampeln, um die körperlichen Berührungen abzuwehren oder aber sie neigen dazu zu erstarren oder zu dissoziieren. Bei beiden Interaktionsformen der Eltern können die Kinder eine gestörte Bindung zu ihren Eltern entwickeln. Schlimmsten Falls kann sich eine unsichere Eltern-Kind-Bindung so negativ auf die psychische Entwicklung des Kindes auswirken, dass das Kind sogar über den Krankheitsverlauf hinaus ein chronisch gestörtes Bild von Bindung hat, selbst wenn sich die Beziehung zwischen Eltern und Kind im Laufe der Zeit verbessert. Im Kindergarten und Grundschulalter entwickeln Kinder einen enormen Wissens- und Lerndrang (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 62). Zudem haben die Kinder in diesem Alter ein „magisches Denken“ (Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 62), bei dem sie sich

fantastische Welten ausmalen. Ist ein Elternteil psychisch erkrankt, kann es also passieren, dass das Kind der festen Überzeugung ist, es habe die elterliche psychische Erkrankung ausgelöst. Dies gilt besonders, wenn die Erkrankung ihm gegenüber tabuisiert wird. Es ist also wichtig, dass die Eltern ihre Kinder alters- und entwicklungsadäquat über die psychische Erkrankung und deren Entstehung aufklären, um die fantasierte Schuld von ihnen zu nehmen. Wird mit der elterlichen Erkrankung offen umgegangen, so hat das Kind, das im Kindergarten- oder spätestens im Grundschulalter soziale Kontakte außerhalb der Familie aufbaut, die Möglichkeit sich auch mit Außenstehenden darüber auszutauschen. Besteht jedoch das Gebot, das Wissen über die Erkrankung innerhalb der Familie zu lassen und es nach außen hin zu verheimlichen, so wird das Kind in seinem Bedürfnis, familienexterne Kontakte aufzubauen und zu pflegen und somit in seiner psychischen und sozialen Entwicklung gehindert.

Im Grundschulalter sind Kinder zwar schon in der Lage familiäre Probleme für sich zu behalten und dementsprechend unauffällig zu wirken, jedoch leiden sie trotzdem sehr unter der kritischen Situation (vgl. Plass, Wigand-Grefe 2012, S.62 ff.). Nicht selten kämpfen sie mit Gefühlen, wie Angst vor Konflikten oder Trennung der Eltern. In Folge dessen vermeiden sie oft, alterstypischen Tätigkeiten nachzugehen und finden so kaum einen Anschluss an Gleichaltrige.

In der (Vor-) Pubertät und Adoleszenz sind Kinder bzw. Jugendliche auf der Suche nach Unabhängigkeit, welche durch den sozialen Anschluss an eine Peergroup noch verstärkt wird (vgl. Plass, Wigand-Grefe 2012, S. 63). Die Kinder rebellieren gegen die Eltern und distanzieren sich von ihnen (URL4). Sie beginnen deren Fähigkeiten zu hinterfragen bzw. nehmen sie die Schwächen vermehrt wahr. Zudem wird für die Jugendlichen Privatsphäre nun ganz groß geschrieben.

Ist ein Elternteil jedoch psychisch erkrankt, so neigt das Kind aus Schuldgefühl den Eltern gegenüber dazu, sich von ebendiesen Peergroups fern zu halten (URL5, S. 14). Viele Kinder in dieser Entwicklungsstufe übernehmen in akuten Situationen der elterlichen psychischen Erkrankung eine hohe Verantwortung für Eltern, jüngere Geschwister, Haushalt etc. und sind damit vollkommen überfordert (vgl. Plass, Wigand-Grefe 2012, S. 63). Die Kinder geraten durch den Wunsch nach Autonomie und durch die Schuldgefühle, welche verbunden mit der altersunangemessenen Verantwortungsübernahme sind, in innere psychische Konflikte. Eltern sollten auch hier einen offenen Umgang mit der Erkrankung pflegen und die Jugendlichen darüber



aufklären (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 64). Zudem sollten sie die kindlichen Schuldgefühle den Eltern gegenüber thematisieren und entkräften, indem sie den Jugendlichen erlauben, weiterhin altersadäquaten Aktivitäten mit Gleichaltrigen nachzugehen. Ein offener Umgang mit der elterlichen psychischen Erkrankung ermöglicht den Jugendlichen, sich selbst darüber zu informieren (z.B. Internet) und sich mit Freunden über die familiäre Situation auszutauschen. Allerdings bringt das bessere Verständnis der Jugendlichen über Auslöser und Auswirkung der psychischen Erkrankung auch Ängste mit sich. Die Jugendlichen begreifen nun die Entwicklung und das Ausmaß der Erkrankung und befürchten nicht selten, selbst einmal daran zu erkranken. Diese Ängste sind durchaus berechtigt: Sollte die elterliche psychische Erkrankung im späten Kindesalter und der Adoleszenz tabuisiert werden, ob innerhalb der Familie oder auch familienextern, so sind häufige Risikofaktoren, wie emotionale Unsicherheit, aggressives und antisoziales Verhalten, Selbstisolationstendenzen, Apathie und soziale Ängste bei den Jugendlichen zu beobachten und nicht selten nehmen diese Auffälligkeiten das Ausmaß einer psychischen Störung an.

#### **4. Resilienz und Coping – Ressourcen stärken und Probleme bewältigen**

Kinder psychisch kranker Eltern sind vielen verschiedenen Belastungen ausgesetzt und es besteht auch für sie ein gewisses Erkrankungsrisiko. Pauschal kann man jedoch nicht sagen, dass alle Kinder psychisch kranker Eltern im Laufe ihres Lebens psychische Störungen entwickeln (vgl. Lenz 2012, S. 21). Viele „Kinder als vergessene Angehörige der Psychiatrie“ (URL6) halten oft schwierigsten Belastungen und Beeinträchtigungen stand. Warum dies so ist, zeigen die Resilienz- und Copingforschung.

##### **4.1 Resilienz**

Als Resilienz wird die psychische Widerstandsfähigkeit des Menschen gegenüber Belastungen bezeichnet (vgl. Lenz 2012, S. 22).

Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern sind stets mehreren Belastungs- und Risikofaktoren ausgesetzt, was schädliche Konsequenzen auf die normative Entwicklung der Kinder haben kann. Verfügen die Kinder nur über wenige personale, soziale bzw. familiäre Ressourcen, so kann es bei ihnen zu gravierenden Entwicklungsverzögerungen und –defiziten kommen. Kinder, die aber über Resilienz verfügen, haben die Fähigkeit mit ihren Ressourcen Belastungs- und Entwicklungsrisiken entgegen zu wirken.

Personale Ressourcen können Eigenschaften, wie Handlungsmuster, Temperamentsmerkmale, persönliche Fähigkeiten bzw. Fertigkeiten, Selbstwertgefühl, Problemlösekompetenz und das Gefühl, die eigene Umwelt beeinflussen zu können, sein (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 73). Während laut einer Studie für Mädchen eher personale Ressourcen hilfreich scheinen, ist für Jungen die soziale Unterstützung von Bedeutung. Erfahren Jungen soziale Unterstützung von Familie und engeren Bekannten, so kann sich dies positiv auf die Bewältigung schwieriger Lebenssituationen in der Kindheit auswirken. Bei Mädchen sind Leistungsfähigkeit, Selbstvertrauen, enge Freundschaften und ein starker Lebenswille bzw. –sinn wichtige Schutzfaktoren, die sich positiv auf das spätere Erwachsenenalter auswirken.

Ein „einfaches“ (Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 73), starkes und kontaktfreudiges Temperament ist ein bedeutsamer Schutzfaktor für die Kinder. Im Gegensatz zu Kindern mit einem „schwierigen Temperament“ (Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 73), haben Kinder mit einem „einfachen Temperament“ (ebenda) weniger Konflikte. Durch ihr aufgeschlossenes Verhalten erhalten sie mehr Unterstützung und sind somit weniger anfällig für die Launenhaftigkeit und Antipathie ihrer psychisch erkrankten Eltern. Zudem sind sie weniger irritabel und passen sich neuen Situationen, Personen und Veränderungen an und sind psychisch insgesamt ausgeglichener.

Kinder und Jugendliche mit Resilienz sind sozialkompetenter, kommunikativer und empathischer als Kinder aus Vergleichsgruppen (Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 73). Zudem haben sie die Eigenschaft, Probleme leichter zu erkennen und effektiver zu lösen.

Auch die Intelligenz der Kinder kann eine Rolle bei der Verarbeitung von Belastungssituationen im Zuge einer elterlichen psychischen Erkrankung spielen. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass intelligente Kinder ihre Umwelt anders wahrnehmen und sie somit besser begreifen können. Auch könnte es möglich sein, dass gute Schulleistungen sich positiv auf das Selbstwertgefühl auswirken und die Kinder in ihrer

Persönlichkeit stärken. Sie können so ausgeglichener mit den Belastungen umgehen (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 73 ff.).

Ein starkes Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein sind bei resilienten Kindern zu beobachten und machen einen Teil des positiven Selbstkonzeptes aus (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 74). Dieses Selbstkonzept beinhaltet die Fähigkeit, nachzuvollziehen, dass ein Ereignis auf das eigene Verhalten zurückzuführen sein kann. Aufgrund dieser positiven Eigenschaften, ist das Kind in der Lage, sich seiner Umwelt anzupassen. Auch ein ausgeprägter Optimismus ist ausschlaggebend für die Resilienz der Kinder.

Soziale Ressourcen umfassen familiäre und familienexterne Einflüsse, Bindungen und Beziehungen. Hierbei sind die Paarbeziehung und die Erziehungskompetenz der Eltern enorm von Bedeutung.

Wie bereits bekannt, ist eine sichere Bindung an eine Bezugsperson, in diesem Fall an die Mutter bzw. den Vater, essentiell für eine gesunde Entwicklung der Kinder. Wie sicher die Bindung ist, hängt von der Art der Eltern-Kind-Beziehung ab. Eine positive emotionale Zuwendung, Feinfühligkeit und Akzeptanz der Eltern den Kindern gegenüber sind äußerst wichtig für solch eine gute Beziehung.

Kinder, die eine sichere Bindung zu ihren psychisch erkrankten Eltern haben, entwickeln wirksamere Bewältigungsstrategien, eine höhere Anpassungskompetenz und eine realistische Selbsteinschätzung der eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 75). Zudem haben sie eine hohe Regulationskompetenz und sind somit in der Lage ihre Emotionen und Impulse den Situationen und Umgebungen anzupassen. Eine sichere Bindung als Schutzfunktion fördert jedoch auch eine altersadäquate Autonomie, wobei sich andernfalls emotionale Abhängigkeiten manifestieren können.

Eine große Rolle der optimalen psychischen Entwicklung des Kindes spielt die elterliche Paarbeziehung (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 75). Vor allem die Fähigkeit, miteinander zu kommunizieren und Probleme zu erkennen und zu lösen, sind großer Bestandteil einer guten elterlichen Paarbeziehung. Ist die elterliche Paarbeziehung also von guter Qualität, so wird den Kindern das Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit vermittelt und somit werden sie in ihrer gesunden Entwicklung gestärkt.

Ein positives soziales Netzwerk ist wichtig für die Kinder. Sie gewinnen an Resilienz, wenn sie soziale Unterstützung von Verwandten, Freunden, Lehrern und anderen

Personen, z.B. aus Freizeitaktivitäten erhalten (vgl. Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 75). Umso mehr soziale Unterstützung die Kinder haben, desto leichter ist es für sie, die familiären Belastungssituationen zu bewältigen. Zudem bietet ein breites soziales Netzwerk den Kindern die Möglichkeit, dem Wunsch nach Integration und Zugehörigkeit nachzugehen, was sie in ihrer Persönlichkeit stärkt und ihnen einen Lebenssinn gibt.

Um die Kinder so gut wie möglich bei der Bewältigung der belastenden Situation zu unterstützen und ihnen somit eine relativ unbeschwerte Kindheit zu ermöglichen, ist es also bedeutsam, die Kinder in ihrer Kinderrolle zu lassen (vgl. Schmutz 2010, S. 30). Dementsprechend müssen die Generationsgrenzen (siehe 2.2), eine klare Rollenverteilung und eine alters- und entwicklungsadäquate Verantwortungsübernahme in der Familie eingehalten werden. Voraussetzung für eine höhere Verantwortungsübernahme der Kinder sollte sein, dass diese die Kinder nicht überfordert und sie von den Eltern für ihre zusätzlichen Aufgaben wertgeschätzt und geachtet werden.

## **4.2 Coping**

Coping ist der Versuch, Belastungen innerpsychisch zu verarbeiten, als auch durch eigenes Handeln zu bewältigen (vgl. Lenz 2012, S 25). Die Bewältigungsstrategien hängen von den gegebenen Ressourcen (siehe 4.1) eines Menschen, welche ihm in Belastungssituationen zur Verfügung stehen, ab. Dies gilt für Erwachsene, als auch für Kinder.

Beim Coping gibt es laut Lenz vier verschiedene Arten, um Belastungssituationen zu bewältigen: die problemorientierte Bewältigung, die interne, emotionsregulierende Bewältigung, die Suche nach sozialer Unterstützung und die Problemmeidung.

Bei der problemorientierten Bewältigung versuchen die Kinder für die belastende Situation eine Lösung zu finden und diese in die Tat umzusetzen.

Bei der internalen, emotionsregulierenden Bewältigung bringen die Kinder eine hohe Anpassungskompetenz mit und können sich so an ihre stressreiche Umwelt anpassen.

Die Kinder sind hierbei in der Lage, ihre Emotionen zu regulieren, indem sie an etwas positives denken, sich mit etwas, das ihnen Spaß macht ablenken oder Strategien entwickeln, um sich zu entspannen. Schwierig wird es nur, wenn die Kinder destruktive

emotionsregulierende Strategien entwickeln. Die Kinder können zu Wut bzw. Aggressionen neigen, die sie nicht innerpsychisch regulieren können und stattdessen an anderen auslassen.

Gehört eine hohe Kommunikationskompetenz und ein starkes Selbstbewusstsein zu den Ressourcen der Kinder, ist die Suche nach sozialer Unterstützung schon fast ein „Kinderspiel“ für sie. Die Form dieser Bewältigungsstrategie beinhaltet nicht nur die Funktion der Lösungsorientierung von Problemen, sondern auch eine emotionsregulierende, indem die Kinder Trost und Verständnis durch die Unterstützung erfahren.

Bei der Problemmeidung versuchen die Kinder, wie das Wort schon sagt, Probleme zu vermeiden bzw. bereits bestehenden Problemen auszuweichen oder sie zu verleugnen.

Leider lässt sich nicht pauschal eine wirksame Bewältigungsstrategie nennen.

Entscheidend ist eher, welche Ressourcen gegeben sind, um die passende Bewältigungsstrategie zu finden und die Belastungssituation kontrollieren und dementsprechend meistern zu können (vgl. Lenz 2012, S. 26).

Von zentraler Bedeutung ist, laut erster Ergebnisse der Copingforschung, jedoch ein gesteigertes Maß an Wohlbefinden und Gesundheit. Dies ist bei Kindern mit psychisch kranken Eltern nicht unbedingt der Fall. Die Kinder sind unterschiedlichsten Belastungsfaktoren ausgesetzt, welche sie nicht beeinflussen können. Bei der Bewältigung sind sie also auf Eltern oder andere Personen, zu denen sie eine sichere Bindung haben, angewiesen (vgl. Lenz 2012, S. 28). Außerdem können sie alters- und entwicklungsbedingt nicht alle Bewältigungsstrategien anwenden, weshalb soziale sowie familiäre Unterstützung für sie äußerst wichtig ist. Familiäre Unterstützung wäre in diesem Fall, die Ressourcen aller Familienmitglieder herauszufiltern, gemeinsam Bewältigungsstrategien zu entwickeln und danach zu handeln.

## **5. Soziale Hilfen für Kinder und ihre psychisch kranken Eltern**

### **5.1 Enttabuisierungsarbeit**

Leider sind psychische Erkrankungen in unserer Gesellschaft nach wie vor ein Tabuthema, obwohl die Anzahl der Menschen, die mindestens einmal in ihrem Leben einer psychiatrischen Behandlung bedürfen, steigt (vgl. Schmutz 2010, S. 32). Dies erschwert den Betroffenen oftmals selbst das Anerkennen ihrer Erkrankung und hindert sie bei der Suche nach sozialen Hilfen. Vor allem die Kinder psychisch kranker Eltern sind davon betroffen, da sich die Tabuisierung aus Angst vor Stigmatisierung auch innerhalb der Familie fortsetzt. Die Folge ist, dass die Kinder mit der belastenden Situation allein gelassen werden und sehr darunter leiden.

Um eine gesellschaftliche und somit auch innerfamiliäre Tabuisierung von psychischen Erkrankungen zu vermeiden, ist es von großer Bedeutung, Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben (vgl. Schmutz 2010, S. 33). Hierbei sollten Betroffene, als auch die Gesamtbevölkerung über psychische Störungen, d.h. über deren Ursprung, Symptome und Verlauf aufgeklärt werden, um so ein Bild von einer Erkrankung, die wie jede andere behandelbar ist, zu schaffen.

### **5.2 Sensibilisierung der Fachkräfte**

Die Sensibilisierung von Fachkräften für die belastete Situation von Kindern psychisch kranker Eltern ist auch von essentieller Wichtigkeit (vgl. Schmutz 2010, S. 34). Kinder psychisch kranker Eltern sind stets mitbetroffen, was nicht nur der Sensibilisierung für die Kinder- und Jugendhilfe bedarf, sondern auch der aller anderen Leistungsbereiche, die Hilfen, Behandlungen und Therapien für die psychisch erkrankten Eltern bieten. Der Alltag der Kinder wird nicht nur durch die elterliche psychische Erkrankung allein beeinflusst, sondern auch durch die Folgeerscheinungen. Es muss geprüft werden, inwieweit die Eltern in der Erziehungsverantwortung noch kompetent sind und ob diese sich im Krankheits- bzw. Gesundheitsverlauf verändert. Im Zuge dieser

Kompetenzeinschätzung muss nach möglichen Entlastungs- und Unterstützungsmaßnahmen gesucht und überlegt werden, ob diese nur phasenweise oder kontinuierlich von Nöten sind.

Zudem ist eine Sensibilisierung auch bei der Diagnostik der psychischen Störung und den angemessenen Hilfe- und Behandlungsmethoden erforderlich (vgl. Schmutz 2010, S 35). Es muss gemeinsam mit Eltern und Kindern geprüft werden, wie sich besagte Methoden auf die gegenseitige Eltern-Kind-Beziehung auswirken. Nicht selten verschlechtert sich der Zustand eines psychisch erkrankten Menschen vorerst durch eine medikamentöse- oder therapeutische Behandlung, was wiederum negative Auswirkungen auf das Kind haben kann.

Da die Kinder psychisch kranker Eltern, wie wir bereits wissen, ein erhöhtes Risiko selbst psychisch zu erkranken – sei es genetisch oder durch Umwelteinflüsse bedingt – aufweisen, ist es ebenso ein wichtiger Aspekt, die Kinder bei der Suche nach Bewältigungsstrategien (siehe 4.2) zu unterstützen und sie darin zu stärken. Es gilt jedoch auch zu prüfen, was das einzelne Kind an Unterstützung braucht, da jedes Kind verschiedene Ressourcen mit sich bringt und diese individuell für sich zur Bewältigung der belastenden Situation nutzt.

Fachkräfte sehen die belastete Situation der Kinder psychisch kranker Eltern stets als einen schmalen Grad zur Kindeswohlgefährdung (vgl. Schmutz 2010, S. 35). Hierbei ist die Sensibilisierung der Kinder für die Situation äußerst wichtig, um zu prüfen, ob die elterlichen Kompetenzen zur Erziehungsverantwortung noch gegeben sind, um gegebenenfalls einer Kindeswohlgefährdung entgegenzuwirken. Auch gilt es, die Eltern nach ihren Sorgen in der Kindererziehung zu fragen und sie, wenn nötig, dementsprechend zu unterstützen bzw. zu entlasten.

Bei stationären Klinikaufenthalten sollten nicht nur Diagnostik, Herkunft, Verlauf und Behandlung der elterlichen psychischen Erkrankung im Fokus stehen, sondern auch die Elternschaft der Betroffenen thematisiert werden (vgl. Schmutz 2010, S. 37). Es gilt gemeinsam mit dem zu behandelnden Elternteil herauszufinden, welche Auswirkungen die psychische Erkrankung auf die Kinder haben kann. Zudem wird geprüft, wie die Eltern ihre Erziehungskompetenzen selbst einschätzen und welche Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen für sie in Frage kämen, um auch in Zukunft den kindlichen Anforderungen an Erziehungsverantwortung und deren Kontinuität und Verlässlichkeit gerecht zu werden.

Die interdisziplinäre Arbeit von Jugendhilfe und erwachsenen Psychiatrie sollte ebenfalls an mehr Bedeutung gewinnen (vgl. Schmutz 2010, S. 36). Um zum einen die Kinder in ihrer möglichst gesunden Entwicklung zu stärken und zum anderen eine positive Eltern-Kind- Beziehung aufbauen zu können, sollte eine Zusammenarbeit beider Leistungsbereiche – auch wenn dies aufgrund ihrer unterschiedlichen Rechtsgrundlagen und Ansatzpunkte eine Herausforderung darstellt – unerlässlich für eine Sensibilisierung der Kinder sein. Schwierig wird es jedoch, wenn neben der Jugendhilfe und der Erwachsenenpsychiatrie noch weitere Institutionen mit den Familien zusammen arbeiten (vgl. Schmutz 2010, S. 37). Nicht selten kommt es im Zuge der Hilfemaßnahmen zu Unklarheiten und Unstimmigkeiten zwischen den verschiedenen Instanzen, was die betroffenen psychisch Erkrankten und deren Kinder irritiert und in ihrer familiären Weiterentwicklung eher hindert. Hierbei ist es also sehr wichtig, einen gemeinsamen Nenner für die Hilfeplanung zu finden und gemeinsam daran zu arbeiten.

### **5.3 Therapeutische Maßnahmen für psychisch kranke Mütter und ihre Kleinkinder**

Um Kindern psychisch kranker Eltern die Möglichkeit zu bieten, mit der schwierigen familiären Situation umgehen und sie verarbeiten zu können, sollte man den Familien so früh wie möglich soziale und therapeutische Hilfe bieten.

Wir wissen bereits, dass eine sichere Bindung des Kindes zu seiner Mutter bzw. seinem Vater essentiell für eine positive Eltern-Kind-Beziehung ist. Ist die Mutter bzw. der Vater aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht oder nur bedingt in der Lage, auf die Signale und somit Bedürfnisse des Säuglings bzw. Kleinkindes einzugehen, so ist es äußerst wichtig, die Eltern motivierend dabei zu unterstützen (vgl Lenz 2012, S. 56). Das Kind erfährt so durch die Konstanz in Aufmerksamkeit, emotionaler und physischer Zuwendung und Versorgung eine sichere Bindung.

Für psychisch kranke Mütter mit Kleinkindern gibt es im deutschsprachigen Raum bereits therapeutische Möglichkeiten in stationären Einrichtungen.

Eine davon wäre die „Interaktionszentrierte Mutter-Kind-Therapie“ (Lenz 2012, S.57).



Die Interaktionszentrierte Mutter-Kind-Therapie wird für Mütter und ihre Kinder bis 24 Monate angeboten. Im Fokus der Therapie stehen die psychische Gesundheit der Mutter, als auch des Kindes und deren positive Bindung zu einander. Die psychische Verfassung der Mutter beeinflusst also nicht nur die Entwicklung des Kindes, sondern umgekehrt wirken sich auch die mütterlichen Erfahrungen im Umgang mit ihrem Kind positiv auf ihr Befinden aus.

Basis der Therapie ist die Bedeutung der Mutter-Kind-Beziehung im Säuglings- bzw. Kleinkindalter. Säuglinge haben ein angeborenes Verlangen nach Kommunikation und Interaktion, welches ihnen ermöglichen kann, Beziehungen zu ihrer Umwelt aufzubauen und mitzugestalten. Dieses Verlangen nach Kommunikation und Interaktion setzt jedoch voraus, dass Mutter bzw. Vater darauf eingehen und mit ausreichender Feinfühligkeit auf das Kind reagieren. Besitzen Eltern diese Feinfühligkeit, nennt man dies auch „intuitive elterliche Kompetenz“ (Lenz 2012, S. 59).

Ist die Mutter oder der Vater psychisch erkrankt, so kann es zu einem Mangel an ebendieser Feinfühligkeit kommen, was eine unsichere Bindung zur Folge haben kann. Demnach können elterliche psychische Störungen vor allem im ersten Lebensjahr erhebliche und langanhaltende Einschränkungen in der Eltern-Kind-Beziehung verursachen (vgl. Lenz 2012, S. 60).

Diese Form der Therapie bedarf allerdings ein fachlich geschultes Personal und eigens dafür eingerichtete Abteilungen in Kliniken, weshalb sie in Deutschland nur an wenigen Psychiatrien praktiziert wird (vgl. Lenz 2012, S. 58).

Eine weitere therapeutische Hilfemaßnahme ist die „Mutter-Kind-Behandlung“ (Lenz 2012, S. 61), welche für Mütter mit ihren Säuglingen oder Kleinkindern bestimmt ist. Diese Form der Behandlung ist weiter verbreitet als die Interaktionszentrierte Mutter-Kind-Therapie.

Mütter, die aufgrund einer Krisensituation durch ihre Mutterschaft eine erhöhte Vulnerabilität aufweisen, werden in die Erwachsenenpsychiatrie aufgenommen, um schwerwiegende Konsequenzen für die Beziehung zu ihren Kindern zu vermeiden. Nicht selten resultiert die Vulnerabilität aus einer postnatalen Depression.

Im Fokus der Behandlung steht die Mutter. Es ist von zentraler Bedeutung, sie zu stabilisieren und langfristig eine positive Mutter-Kind-Beziehung zu schaffen.

Auch wenn bei dieser Therapieform in erster Linie die Mutter behandelt wird, ist es von äußerster Wichtigkeit, das Kind mit einzubeziehen (vgl. Lenz 2012, S. 62). Durch den

stationären Klinikaufenthalt wäre das Kind zu lange von der Mutter getrennt, was eine traumatische Erfahrung für die Mutter als auch das Kind zu Folge hätte. Zudem stellt dies für psychisch erkrankte Mütter einen enormen Motivationsschub dar, um sich überhaupt behandeln zu lassen.

Neben einer positiven, sicheren Mutter-Kind-Bindung ist es auch ein Ziel der Behandlung, den (Ehe-) Partner miteinzubeziehen (vgl. Lenz 2012, S. 63). Hierbei wird die Paarbeziehung, die meist auch sehr stark unter der psychischen Erkrankung leidet, stabilisiert und wieder neu aufgebaut. Sind die Eltern als Paar zusammen wieder stark, wirkt sich dies auch positiv auf die Elternbeziehung und –rolle aus, was den Kindern mehr Sicherheit und Konstanz gewährleistet.

#### **5.4 Interdisziplinäre Arbeit von erwachsenen Psychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe, sozialpädagogische Diagnostik und Psychoedukation**

In der Kinder- und Jugendhilfe kommt Fachkräften im Rahmen der Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern die sozialpädagogische Diagnostik und Hilfeplanung sehr zu Gute (vgl. Schmutz 2010, S. 84). Zentraler Punkt dieser Arbeit ist die Frage nach der Betreuungs- und Erziehungsplanung der Eltern. Durch die psychische Erkrankung sind sie im Denken, Fühlen und Handeln beeinflusst, was Folgen für die Entwicklung der Kinder mit sich bringt. Diese Auswirkungen müssen fachübergreifend durch Kinder- und Jugendhilfe und erwachsenen Psychiatrie herausgefiltert und dementsprechend ziel- und veränderungsorientiert bearbeitet werden.

Für die Hilfen zur Betreuung und Erziehung sind folgende Fragen hilfreich:

*„Welche Auswirkungen haben Verhalten und Handeln der Eltern auf den familiären Alltag, sowie die Entwicklung und Erziehung der Kinder? Welcher Hilfebedarf ergibt sich daraus für die Hilfen zur Erziehung? Welche anderen Hilfen werden als notwendig betrachtet?“* (Schmutz 2010, S. 85).

Und:

*„Welche Verhaltens- und Handlungsweisen der Eltern sind im Kontext der psychischen Erkrankung zu verstehen und entsprechend nur bedingt mittels Einsicht und Übung zu verändern? Welcher Behandlungsbedarf ergibt sich daraus?“* (ebenda).

Erst einmal muss jedoch im Zuge der sozialpädagogischen Diagnostik festgestellt werden, ob überhaupt eine elterliche psychische Erkrankung vorliegt (vgl. Schmutz 2010, S. 85). Dies erweist sich meist als recht schwierig, da die Betroffenen – die erkrankten Eltern oder auch die Kinder – aus Angst vor Stigmatisierung die psychische Störung tabuisieren. Es stellt sich also die Frage, wie es am besten gelingen kann, dass eine bereits existierende psychische Störung zur Sprache kommt oder Hinweise auf eine eventuelle noch nicht diagnostizierte Erkrankung wahrgenommen und dementsprechend darauf eingegangen werden kann. Außerdem sollten die Kompetenzen der Eltern nicht in Vergessenheit geraten, sondern mit in die sozialpädagogische Hilfe einbezogen werden. Auch das Verhalten der psychisch erkrankten Eltern ihren Kindern gegenüber sollte genauestens beobachtet und dokumentiert werden (vgl. Schmutz 2010, S. 86). Dies ermöglicht den sozialpädagogischen Fachkräften, mit den Eltern genau über situationsbedingte Interaktionsweisen zu sprechen und ihr Verhalten zu verstehen. Zudem können die Eltern durch das Reflektieren ihres Verhaltens lernen, einen anderen Umgang mit ihren Kindern zu pflegen.

Bei der direkten Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen spielt z.B. die Psychoedukation für Kinder eine bedeutende Rolle. Die Psychoedukation beschäftigt sich mit der alters- und entwicklungsadäquaten Aufklärung der Kinder über die elterliche psychische Erkrankung und deren Behandlungsmethoden (vgl. Lenz 2012, S. 104). Aufklärung bedeutet hier allerdings nicht nur die reine Wissensvermittlung über Diagnose und Verlauf der Erkrankung, sondern auch das Verstehen der Verhaltensweisen und Reaktionen der Eltern. Erst wenn die Kinder diese verstehen, können sie sie leichter als Folge der Erkrankung zuordnen und somit können ihre Ängste und Sorgen reduziert werden. Oftmals erhöht ein besseres Verständnis der elterlichen psychischen Erkrankung die Resilienz (Widerstandsfähigkeit) der Kinder und sie sind eher in der Lage Belastungssituationen zu überwinden.

Um den Kindern ein besseres Verständnis für die Erkrankung zu bieten, sollte als erstes jedoch auch hier enttabuisierend gearbeitet werden. Des Weiteren sollten die situationsabhängigen Sorgen und Ängste der Kinder erfragt werden, um darauf die auf das einzelne Kind individuell abgestimmte Psychoedukationen aufzubauen.

## **5.5 Niedrigschwellige Hilfeangebote für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder**

Um Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil im Alltag auch längerfristig zu entlasten, sind niedrigschwellige Hilfeangebote von großer Bedeutung.

Niedrigschwellig bedeutet in diesem Fall, gut für die Betroffenen erreichbar, d.h. räumlich als auch zeitlich, zu sein, sodass sie die Hilfe jederzeit in ihren Alltag einbeziehen können (vgl. Schmutz 2010, S. 112). Das freiwillige Angebot, wobei Familien in Belastungssituationen selbst entscheiden können, ob sie die Hilfe in Anspruch nehmen möchten oder nicht, richtet sich in erster Linie nach der Hilfe zur Selbsthilfe. Sozialpädagogische Fachkräfte filtern vor allem gemeinsam mit den Familien heraus, welche Ressourcen bereits gegeben sind, stärken die Familien darin und ergreifen anschließend dementsprechende alltagsentlastenden und familienunterstützenden Maßnahmen.

Hierzu ist allerdings vorab eine enttabuisierende und entstigmatisierende Öffentlichkeitsarbeit unumgänglich. Dabei werden Kinder und ihre psychisch kranken Eltern ausreichend, für sie verständlich, über die Hilfeangebote informiert, sowie über die verschiedenen Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten aufgeklärt. Bei Bedarf werden die psychisch erkrankten Eltern adäquat im Alltag unterstützt, sei es im Haushalt oder bei der Betreuung der Kinder. Dies bietet den Kindern mehr Stabilität und Kontinuität. Besonders bei der Betreuung der Kinder öffnet sich für diese die Option, weitere Bezugspersonen zu finden, denen sie sich anvertrauen können.

Außerdem erweitert sich ihr soziales Netz mit solch einem Hilfeangebot, bei dem nicht nur die Kinder auf gleichgesinnte treffen, sondern sich die psychisch erkrankten Eltern untereinander austauschen können. Dies wirkt sich positiv auf das Selbstvertrauen der Kinder als auch der Eltern aus, da sie zum einen die positive Erfahrung von Unterstützung machen und zum anderen Verständnis für ihre Erkrankung erhalten.

Wie man solch ein niedrigschwelliges Hilfeangebot gestaltet, d.h. welche familienentlastenden und –unterstützenden Maßnahmen für die Zielgruppe – in diesem Fall psychisch kranke Eltern und ihre Kinder – geeignet sind und umgesetzt werden können, ist individuell von den einzelnen sozialen Einrichtungen zu klären.

„Die ‚vergessenen‘ Kinder haben keine Lobby“ (URL7), was leider nach wie vor ein umfangreiches Hilfeangebot für Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Familien erschwert. Überwiegend werden soziale Hilfen als „Projekte“ durchgeführt, welche von den jeweiligen regionalen Trägern oder Stiftungen und durch staatliche Zuschüsse finanziert werden (vgl. Lenz 2012, S. 8). Feste, langfristige Hilfen durch einzelne Institutionen, die durch Jugendhilfe oder Krankenkassen finanziert werden, sind jedoch leider nach wie vor rar, obwohl der Bedarf sehr hoch und notwendig ist.

## **6. Auswertung der anonymen Fragebögen**

Im ersten Fall beschreibt eine junge 23-jährige Frau, wie sie das Familienzusammenleben mit einer Mutter, die an Depressionen, gekoppelt mit Verhaltens- und Persönlichkeitsauffälligkeiten leidet, erlebte.

Sie bemerkte schon lange bevor eine Diagnose gestellt wurde, dass bei ihrer Mutter etwas nicht stimmte. Leider wurden ihre Sorgen und Ängste diesbezüglich nicht ernst genommen.

Da beide Eltern voll berufstätig waren, musste sie bereits schon im Kindesalter die Verantwortung für die täglich anfallenden häuslichen Aufgaben und die Versorgung bzw. Betreuung ihres kleinen Bruders übernehmen. Die Mutter war oftmals nicht in der Lage, den Kindern die Zuneigung zu schenken, die sie brauchten. Die Bedürfnisse und Wünsche der heute jungen Frau gerieten immer mehr in den Hintergrund. Bei Streitereien zwischen den Eltern sah sie stets die Schuld bei sich und fühlte sich verpflichtet, sich hinterher um die Mutter zu kümmern und sie zu trösten. Durch diese große, sie überfordernde Verantwortungsübernahme der elterlichen Aufgaben kam es zu einer Überschreitung der Generationsgrenzen und somit zu einer Parentifizierung. Trotz des Mangels an familiärer und sozialer Unterstützung im Umgang mit der belastenden Situation, brachte sie offensichtlich ausreichende Ressourcen mit, um in Belastungssituationen resilienter zu werden und Bewältigungsstrategien (Coping) zu entwickeln.

Seit die Depression der Mutter diagnostiziert wurde, wird offen darüber gesprochen, sei es familienintern- oder extern. Dieser offene Umgang mit der psychischen Erkrankung, ermutigt die 23-Jährige heute, offen zu ihren eigenen Emotionen zu stehen und auch

ihre Wut und Trauer über die elterliche Erkrankung und die dadurch belastete Kindheit kund zu tun. Die Erfahrungen, die sie damals machte, sitzen noch heute als schmerzhaft Verletzungen in ihrem Inneren.

Nichts desto trotz hätte sie sich rückblickend, zu ihrem eigenen und dem Schutz des Bruders, mehr Verständnis der Eltern und Unterstützung von Verwandten und Außenstehenden (z.B. Psychologen) gewünscht.

Im zweiten Fall äußert sich eine 24-Jährige über die bipolare Störung ihres Vaters. Anders als im ersten Fall, lebte die junge Frau nicht mit dem psychisch erkrankten Elternteil zusammen. Aufgrund der bipolaren Störung des Vaters waren die Eltern geschieden. So kam es, dass die junge Frau als Kind nur wenig Kontakt zu ihrem Vater hatte. Um sie und ihre Geschwister zu schützen, sprach die Mutter mit ihnen nicht über die psychische Erkrankung des Vaters. Erst im Alter von 12/13 Jahren, als der Vater eine Psychose hatte, wurde das Mädchen alters- und entwicklungsgemäß darüber aufgeklärt, ohne den Vater dabei zu stigmatisieren. Auch ihre Lehrer an der Schule wurden informiert, um dem Mädchen wenn nötig unterstützend zur Seite zu stehen. Demnach hatte sie also ein kleines Hilfenetz um sich herum, das ihr die Möglichkeit gab, über ihre Sorgen bezüglich der Erkrankung zu sprechen.

Als Kind wurde die heute 24 Jahre alte Frau also weitestgehend von der Erkrankung fern gehalten. Nichtsdestotrotz ist sie davon überzeugt, dass die Erfahrungen, die sie mit ihrem Vater und dessen Störung machte, sie und Geschwister näher zusammen brachte. Außerdem geht sie achtsamer mit sich und ihrem Leben um. Da sie das wechselhafte, inkonsequente Verhalten ihres Vaters immer noch sehr irritiert, nähert sie sich ihm nur langsam. Eine Beziehung zu ihm aufzubauen, fällt ihr noch recht schwer, da sie sich wünschen würde, dass er offener mit dem Geschehenen umgeht und zu seiner Erkrankung und deren Folgen steht.

Der dritte Fall handelt von einer 50-jährigen Frau, die mit einer Mutter mit Bipolarer Störung mit schizoaffektiven Psychosen und die ersten Lebensjahre auch mit einem gewalttätigen Vater aufwuchs.

Schon als kleines Kind erfuhr sie Gewalt durch den Vater und die Mutter. Ähnlich wie im zweiten Fall waren die heute 50-Jährige und ihr jüngerer Bruder ständig dem

inkonsequenten, mal himmelhoch jauchzendem, dann wieder zu Tode betrübtem Zustand der Mutter ausgesetzt. Bereits als kleines Kind begann sie alltägliche Aufgaben der Mutter und die Verantwortung für ihren kleinen Bruder zu übernehmen. Wie die junge Frau im ersten Fall, fühlte auch sie sich für die Mutter verantwortlich und war mit der belastenden Situation vollkommen überfordert. Auch sie erfuhr eine Überschreitung der Generationsgrenzen, in der sie nicht mehr einfach nur Kind sein konnte. Die Folge der mütterlichen Erkrankung war, dass sie und ihr Bruder nicht die Zuwendung und Aufmerksamkeit erhielten, die sie brauchten. Da sie lange nicht wusste, was mit der Mutter los war – die Erkrankung wurde tabuisiert bzw. als Migräne bezeichnet – stellte sie stets ihre eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund, um für ihre suizidgefährdete Mutter und den kleinen Bruder da zu sein. Es kam auch hier zu einer Parentifizierung. Da dem Mädchen keine soziale Hilfe geboten wurde und die Mutter nicht in der Lage war, das Leid der Kinder zu erkennen, wurden sie nicht vor ihr selbst und äußeren Einflüssen bzw. Personen geschützt. So erfuhr das bereits durch die Erkrankung der Mutter traumatisierte Mädchen, auch noch sexuellen Missbrauch durch einen Bekannten.

Erst im Alter von 12 Jahren kam das Mädchen auf ein Internat. Dort hatte sie zwar nach wie vor nicht die Möglichkeit, mit anderen Personen über die familiäre Situation zu sprechen, erhielt dort allerdings einen strukturierten und geregelten Tagesablauf. Außerdem wurde sie in ihrem Gefühl, Verantwortung für ihre Mutter und ihren Bruder zu tragen, entlastet.

Mit 15 Jahren zog sie in ein betreutes Mädchenwohnheim, welches von einer sozialen Institution geleitet wurde. Dort erhielt sie von Sozialarbeitern die notwendige Unterstützung, die sie brauchte.

Noch heute, 50 Jahre nach den ersten traumatischen Erfahrungen, leidet die Frau unter den Folgen der elterlichen psychischen Störung. Immer wieder holen sie die Erinnerungen an das Geschehene ein und sie weist posttraumatische Symptome auf. Rückblickend hätte auch sie sich einen offeneren Umgang mit der Erkrankung der Mutter und entsprechende Hilfeangebote gewünscht, um die Situation besser verstehen zu können.

In die Zukunft aber blickt sie mit mehr Erleichterung, da sie weiß, dass es heute mehr Möglichkeiten gibt, um „vergessene Kinder“ wie sie, früher zu schützen und für Belastungen resistenter zu machen.

## 7 Fazit

Kinder psychisch kranker Eltern sind von der Erkrankung genauso betroffen, wie die Eltern selbst. Sie müssen sich zwangsläufig mit der elterlichen psychischen Störung auseinandersetzen, auch wenn sie nur wenig bis gar nichts darüber wissen. Oft sind sie mit der Situation völlig überfordert und fühlen sich mit ihren Ängsten und Problemen allein gelassen. Ihre eigenen Bedürfnisse stellen sie nicht selten aus Pflichtgefühl den Eltern gegenüber in den Hintergrund. Meist haben sie niemanden, mit dem sie über ihre entwicklungsgefährdende Situation reden können. Dies wird auch im ersten und dritten Fall der Befragung sehr deutlich.

Durch das für die Kinder meist unerklärliche seltsame Verhalten des erkrankten Elternteils sind sie oft mit Hilflosigkeit und Schuldgefühlen konfrontiert. Da Kinder psychisch Kranker Eltern ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für psychische Störungen haben, ist ein offener Umgang mit der Erkrankung und die Entwicklung von Schutzfaktoren von essentieller Bedeutung. Hierbei sollten die Kinder unterstützt werden, ihre eigenen Ressourcen für eine Widerstandsfähigkeit (Resilienz) Belastungen gegenüber kennen zu lernen und für Bewältigungsstrategien (Coping) zu nutzen. Nur durch eine erhöhte Resilienz und die passenden Coping-Strategien können die Kinder sich trotz hoher Belastungen gesund entwickeln. Entwicklungsdefizite als Folgen einer elterlichen psychischen Erkrankung, beeinträchtigen die Persönlichkeit des Kindes, was an bereits erwachsenen Kindern psychisch kranker Eltern zu beobachten ist (s. z.B. 6., dritter Fall). Ein frühzeitiges Erkennen der kindlichen Bedürfnisse ist also äußerst wichtig, um Entwicklungsdefizite zu verhindern.

Da eine sichere Bindung im Säuglings- und Kleinkindalter grundlegend für eine positive Eltern-Kind-Beziehung und somit auch für die gesunde Persönlichkeitsentwicklung des Kindes ist, sollten bei einer stationären Behandlung der Mutter, die Kinder mit in die therapeutische Behandlung einbezogen werden. So könnten von vorn herein spätere psychische Auffälligkeiten der Kinder verhindert werden.



Obwohl der Bedarf an sozialer Unterstützung für die „vergessenen Kinder“ sehr hoch ist, ist das Hilfsangebot noch sehr gering. Es gibt nur einige wenige Institutionen mit einem festen, kommunal finanzierten Hilfsangebot für Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Dabei ist Ziel der Arbeit, die Familien längerfristig individuell nach Bedarf zu entlasten bzw. zu unterstützen. Die meisten anderen Angebote im deutschsprachigen Raum jedoch, beschränken sich auf Projekte, die nur von kurzer Dauer sind.

Um mehr Hilfsangebote zu gewährleisten, sollte mehr Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden, wobei nicht nur Fachleute, sondern unsere Gesellschaft im Allgemeinen über psychische Erkrankungen aufgeklärt werden. Psychische Störungen sollten nicht mehr als Tabuthema behandelt, sondern als Erkrankung gesehen werden, die genauso behandelbar ist, wie andere auch. Vor allem die Konsequenzen und Risiken, die Kinder durch die elterliche psychische Erkrankung mit sich tragen, sind von oberster Priorität, um den Hilfsbedarf decken zu können.

Früheres Eingreifen und mehr Hilfe beugen Risiken vor!

## **8. Danksagung**

Ich möchte mich sehr herzlich bei Frau Prof. Dr. phil. Haselmann und Herrn Prof. Dr. phil. Haenselt, die mich beide sehr bei der Wahl des Themas meiner Arbeit unterstützt haben, bedanken.

Des Weiteren bedanke ich mich bei meiner Familie und meinen Freunden die mir emotional bei dem recht schwierigen, mir sehr nahe stehendem Thema stets zu Seite standen.

Mein ganz besonderer Dank aber, gilt meinem Partner, der mich vor allem in den letzten zwei Wochen sehr bei der Betreuung unserer mittlerweile elf Wochen alten Tochter unterstützt hat.

Danke!

## 9. Literatur- und Quellenverzeichnis

### Primäre Literatur:

Bock, Thomas / Weigand, Hildegard (Hrsg.): Hand-werks-buch Psychiatrie. Bonn, 1998

Feuerlein, Wilhelm / Kufner, Heinrich / Soyka, Michael: Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart, 1998 (5. Aufl.)

Kipp, Johannes / Unger, Hans-Peter / Wehmeier, Peter M.: Beziehung und Psychose. Leitfaden für den verstehenden Umgang mit schizophrenen und depressiven Patienten. Stuttgart, 1996.

Kühnel, Sabine / Koller, Livia (Hrsg.): Bei mir zuhause ist was anders. Was Kinder psychisch kranker Eltern erleben. Augsburg, 2012.

Lenz, Albert: Basiswissen: Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. Köln, 2012.

Plass, Angela / Wiegand-Grefe, Silke: Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. Basel, 2012.

Schäfer, Ulrike / Rüther, Eckart / Sachsse, Ulrich: Borderline Störungen. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Göttingen, 2006.

Schmutz, Elisabeth: Kinder psychisch kranker Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Mainz, 2010

Schneider, Prof. Dr. Silvia / Margraf, Prof. Dr. Jürgen: Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3 Störungen im Kindes- und Jugendalter. Heidelberg, 2009.

Ustorf, Anne-Ev: Allererste Liebe. Wie Babys Glück und Gesundheit lernen. Stuttgart, 2012

## Sekundäre Literatur:

URL1: [http://www.dr-gumpert.de/html/psychische\\_stoerung.html](http://www.dr-gumpert.de/html/psychische_stoerung.html) [05.09.13], Dr. Nicolas Gumpert: Psychische Störungen. 15.01.2013

URL2: [http://www.welt.de/print/die\\_welt/wissen/article114835048/Was-Parentifizierung-bedeutet.html](http://www.welt.de/print/die_welt/wissen/article114835048/Was-Parentifizierung-bedeutet.html) [19.09.13], Die Welt: Was Parentifizierung bedeutet. 28.03.2013

URL3: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/121943/Parentifizierung-Nicht-ueberbewerten> [19.09.13], aerzteblatt.de: Parentifizierung: Nicht überbewerten. Februar 2012

URL4: <http://www.familienwegweiser.de/wegweiser/stichwortverzeichnis,did=120674.html> [23.09.13], familienwegweiser.de / Sottong, Ursula: Pubertät.

URL5: [http://www.fachstelle-kinderschutz.de/cms/upload/Publikationen/Fachartikel/Kinder\\_psychisch\\_Kranker.pdf](http://www.fachstelle-kinderschutz.de/cms/upload/Publikationen/Fachartikel/Kinder_psychisch_Kranker.pdf) [23.09.13], fachstelle-kinderschutz.de / Leitner, Hans: Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern. Land Brandenburg, 15. März 2012

URL6: [http://www.kinderschutzbund-bayern.de/fileadmin/user\\_upload/veroeffentlichungen/fachtagungen/Frau\\_Hohm\\_Fachtagung.pdf](http://www.kinderschutzbund-bayern.de/fileadmin/user_upload/veroeffentlichungen/fachtagungen/Frau_Hohm_Fachtagung.pdf) [23.09.13], Hand in Hand, Perinatales Preventionsnetz im Rhein-Neckar-Kreis / Hohm, Erika: Was Kinder stärkt – Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern.

URL7: <http://www.psychiatrie.de/bapk/kipsy/> [02.10.13], Familien-Selbsthilfe Psychiatrie: Kinder mit psychisch kranken Eltern. 23.07.2013

## 10. Anhang

### 10.1 Drei beantwortete Fragebögen

#### Anonymer Fragebogen zum Thema „Belastete Kindheit: Kinder psychisch kranker Eltern“

**1. Sind Sie männlich oder weiblich?**

*Weiblich*

**2. Wie alt sind Sie?**

*23*

**3. Welcher Elternteil war psychisch erkrankt? Beide/ Mutter/ Vater?**

*Mutter*

**4. Unter welcher Erkrankung leiden/ litten Ihre Eltern?**

*Depression, gekoppelt mit Verhaltens- und Persönlichkeitsauffälligkeiten*

**5. Wie gestaltete sich Ihr Lebensraum? Großstadt/ Kleinstadt/ Dorf?**

**Finanziell eher wohlhabend oder eher mittellos? Wohnung/Haus?**

*Bis 1999 lebten wir in einer Kleinstadt in einer Plattenbauwohnung (3-Raum), finanziell ging es der Familie nicht schlecht, aber wohlhabend waren wir nicht.*

*Seit 1999 lebten wir in einem winzigen Dorf in einem Einfamilienhaus.*

*Die finanzielle verschlechterte sich durch die Kredite fürs Haus, aber mittellos waren wir nicht, mussten nur hier und da sparen.*

*Beide Elternteile waren schon immer berufstätig. Mein Papa ist schon immer auf dem Bau tätig und dadurch auch schon immer auf Montage, nur an den Wochenenden zu Hause (zeitweise nur 2mal im Monat).*

*Mama arbeitet schon immer in einer 40 Stunden Woche.*

## **6. Wie gestaltete sich Ihr (familiärer) Alltag?**

*Der Familienalltag beschränkte sich immer eher auf mich, meine Mama und später auch auf meinen Bruder. Mama und ich schmeißen seit jeher den Haushalt. An Wochenenden versuchten wir oft als Familie etwas zu unternehmen. Als ich kleiner war, verbrachte ich die meiste Zeit bei meiner Oma, die sich auch um meinen Bruder kümmerte, wenn Mama keine Zeit hatte.*

*Familiär gestaltete sich in der Woche das Abendessen, bei dem alle zusammen am Tisch saßen und erzählten. Am Wochenende war es jede Mahlzeit.*

*Als ich älter wurde, wurde der Alltag hektischer. Mama hatte immer weniger Zeit zum Zuhören, oft gab es Streit (wir untereinander, mit Oma, mit Bruder...). Außer Hausaufgaben und Hausarbeit blieb in der Woche nicht viel Zeit für mich, um meine Freizeit mit Freunden oder Hobbys zu gestalten.*

*Wochenenden waren oft kompliziert, da es oft Streit zwischen den Eltern gab, viel Haus- und Gartenarbeit erledigt werden musste und ich aber trotzdem gern etwas mit Freunden machen wollte.*

## **7. Wie gingen Sie damit um?**

*Ich versuchte es immer allen recht zu machen. So wenig Ärger wie möglich zu verursachen. Also half ich im Haus wo ich konnte, um mir meine Freizeit zu „verdienen“.*

*Wenn meine Eltern sich stritten, war ich danach immer für Mama da. Versuchte sie zu trösten. Meinen Bruder hielt ich von allen Streitereien zwischen den Eltern so gut es ging fern. Das sah ich als meine Verantwortung.*

*Oft fühlte ich mich als Auslöser für Streitereien. Machte mir Vorwürfe und entschuldigte mich ausgiebig danach.*

## **8. Wurde bei Ihnen zu Hause offen über die Erkrankung Ihrer Eltern gesprochen oder wurde es tabuisiert?**

*Anfangs war ich es, die bemerkte, dass etwas nicht stimmte zu Hause. Ich schlug meinen Eltern oft eine Paartherapie vor. Wollte gern mit der*

*ganzen Familie zur Familientherapie. Wurde aber damit nicht ernst genommen.*

*Mit meiner Mama versuchte ich viele Gespräche zu führen, um ihr meine Sorgen bewusst zu machen. Ich fühlte mich nie ernst genommen und wurde mit meinen Vorschlägen abgewiesen.*

*Jetzt, wo Mama in Therapie ist (endlich), reden wir in der Familie offen darüber. Meinem Papa fällt es oft schwer mitzureden, aber ich glaube, er denkt viel darüber nach. Das Thema ist kein Tabuthema mehr und meine Ratschläge werden jetzt auch wahr- und ernstgenommen.*

## **9. Wurden Ihnen Hilfen als Kind geboten, um mit der familiären Situation umgehen zu können?**

### **9.1 Wenn ja, wie gestaltete sich diese Hilfe?**

*Mir wurden Hilfen geboten, allerdings immer als „Begleiterscheinung“ zu einem anderen bestehenden Problem, das oft mit meiner Gesundheit zu tun hatte. Ich suchte einige Male das Gespräch mit Therapeuten auf im Rahmen eines Reha- oder Klinikaufenthalts. Diese Sitzungen waren also begrenzt und nicht von Dauer.*

### **9.2 Wenn nicht, hätten Sie sich Hilfe gewünscht? Wie hätte sich diese gestaltet?**

*Ich hätte mir gern mehr Hilfe gewünscht. In erster Linie von meinen Eltern und anderen Verwandten, die anfangs die Augen vor den Problemen schlossen und alles schön redeten. Ich hätte mir gewünscht, dass meine Eltern gesehen hätten, wie schlecht es mir mit meiner Sorge um die Familie ging. Ich hätte mir gewünscht, dass die Psychologen, bei denen ich war, meine Eltern angerufen hätten und mit ihnen über alles gesprochen hätten. Ich hätte mir gewünscht, dass ich viel eher ernst genommen worden wäre. Ich hätte mir gewünscht, dass ich nicht selbst am Ende im Krankenhaus gelandet wäre mit einer ausgebrannten Seele, die verzweifelt um Hilfe schreit. Ich hätte mir gewünscht, dass wir Kinder nicht unter allem so gelitten hätten, sondern irgendjemand uns irgendwie beschützt hätte.*

**10. Was glauben Sie, welche Auswirkungen Ihre Erfahrungen als Kind psychisch kranker Eltern heute auf Sie haben? Hatte es überhaupt Auswirkungen auf Ihr heutiges Erwachsenenleben?**

*Ich denke, dass die „schwierige“ Zeit zu Hause mich sehr geprägt hat. Ich bin mir auch sicher, dass ich durch die vielen Erfahrungen ein Stück weit stärker geworden bin. Letztendes habe ich einen Weg zu mir gefunden, meine eigenen Grenzen entdeckt (auch wenn ich diese erst mal überschreiten musste). Ich bin vorsichtiger geworden in meiner Belastbarkeit und ich habe gelernt neue Grenzen zu setzen, „Stopp!“ zu sagen. Ich bin oft wütend und traurig darüber, was meine Eltern alles nicht getan haben oder doch getan haben, mich aber damit verletzt haben. Als Erwachsener über bestimmte Aspekte der Kindheit nachzudenken, öffnet oft ganz neue Türen. Türen, die Verletzung, Enttäuschung und Angst mit sich bringen.*

*Heute kann ich aber meinen Eltern sagen, wie ich fühle. Kann ihnen auch etwas vorwerfen, meine Wut und Trauer aussprechen. Ich muss es nicht mehr allen recht machen.*

*Was das alles mit meinem weiteren Leben macht, kann ich gar nicht richtig sagen. Nur eins ist mir ganz klar: Ich werde mir Hilfe suchen, bevor ich (unbewusst) Menschen verletze, die ich liebe. Ich werde mir keine Maske aufsetzen und so tun als wäre immer alles topp! Ich werde ehrlich zugeben, wenn es mir scheiße geht oder wenn ich mich total doll freue! Ich werde meinen Selbstschutz an erste Stelle setzen.*

**11. Was möchten Sie mir sonst noch darüber erzählen, was liegt Ihnen zu diesem Thema noch auf dem Herzen?**

*tja.... Das hat mich jetzt ganz schön aufgewühlt, das alles wieder auszukramen. Aber daran merke, dass das Geschehene noch lange nicht verarbeitet ist (schade...).*



**Anonymer Fragebogen zum Thema „Belastete Kindheit: Kinder psychisch kranker Eltern“**

**1. Sind Sie männlich oder weiblich?**

*weiblich*

**2. Wie alt sind Sie?**

*24*

**3. Welcher Elternteil war psychisch erkrankt? Beide/ Mutter/ Vater?**

*Vater*

**4. Unter welcher Erkrankung leiden/ litten Ihre Eltern?**

*Bipolare Störung (manisch depressiv)*

**5. Wie gestaltete sich Ihr Lebensraum? Großstadt/ Kleinstadt/ Dorf?  
Finanziell eher wohlhabend oder eher mittellos? Wohnung/Haus?**

*Dorf, finanziell eher schwierig, da unser Vater uns finanziell nicht unterstützt hat. Wir lebten in einem Haus. Der Lebensalltag bestand aus Schule & Kind sein.*

**6. Wie gestaltete sich Ihr (familiärer) Alltag?**

*Der familiäre Alltag war nicht beeinflusst von der Krankheit meines Vaters, bis auf dass er und meine Mutter deswegen geschieden waren und wir ihn nicht so oft gesehen haben.*

**7. Wie gingen Sie damit um?**

*Mein Alltag wurde von seiner Krankheit weitestgehend nicht beeinflusst.*

**8. Wurde bei Ihnen zu Hause offen über die Erkrankung Ihrer Eltern gesprochen oder wurde es tabuisiert?**

*Als ich noch klein war wurde ich sozusagen „beschützt“, da wurde mir davon nicht so viel erzählt. Aber als ich 12/13 Jahre alt war, hatte er wieder eine seiner „Attacken“ und da hat mich meine Mutter für zwei*

*Wochen aus der Schule genommen und im Haus versteckt. Da wurde ich natürlich aufgeklärt und seitdem habe ich viel erzählt bekommen. Meine Mutter wollte uns die Möglichkeit geben unseren Vater kennen zu lernen ohne dass wir Angst vor ihm haben.*

*Selbst mitbekommen habe ich nichts von seiner Krankheit. Ich merke nur manchmal im Alltag, dass er oft seine Meinung wechselt und nicht ganz konsequent handelt.*

*Was interessant ist: ich habe nicht einmal in meinem Leben mit meinem Vater drüber gesprochen. Es kann sogar sein, dass er gar nicht weiß, dass ich davon weiß. Ich vermute sogar dass er es verheimlichen will bzw. es verdrängt.*

**9. Wurden Ihnen Hilfen als Kind geboten, um mit der familiären Situation umgehen zu können?**

*Ja*

**9.1 Wenn ja, wie gestaltete sich diese Hilfe?**

*Wie oben geschildert, hat meine Mutter bestimmte Maßnahmen ergriffen um uns zu beschützen, wenn dies notwendig war. Außerdem wussten die Lehrer an meiner Schule bescheid und haben auch ein Schutznetz geboten falls dies nötig war. Ansonsten war es hilfreich, dass mein Vater nicht „schlechtgeredet“ wurde, d.h. ich hatte, trotz den Erfahrungen meiner Familie, die Möglichkeit ihn in meinem eigenen Tempo kennen zu lernen.*

**9.2 Wenn nicht, hätten Sie sich Hilfe gewünscht? Wie hätte sich diese gestaltet?**

**10. Was glauben Sie, welche Auswirkungen Ihre Erfahrungen als Kind psychisch kranker Eltern heute auf Sie haben? Hatte es überhaupt Auswirkungen auf Ihr heutiges erwachsenen Leben?**

*Hier bin ich mir nicht sicher. Ich habe da schon oft drüber nachgedacht... Ich glaube es hat mich meinen Geschwistern viel näher gebracht, wir sind uns unwahrscheinlich nahe, obwohl z.B. 12 Jahre Altersunterschied zwischen mir und meinem ältesten Bruder liegen. Ich glaube daran, dass*

*alles aus der Kindheit mich zu dem geformt hat, was ich heute bin, nur genau welche Ereignisse was beeinflusst haben weiß ich nicht genau. Ich kann mir denken, dass ich generell etwas ernster durchs Leben gehe durch diese Ereignisse. Nicht ganz so leichtsinnig...*

**11. Was möchten Sie mir sonst noch darüber erzählen, was liegt Ihnen zu diesem Thema noch auf dem Herzen?**

*Es wäre einfacher für mich zu sagen „es ist nicht seine Schuld, es ist halt eine Krankheit“ wenn er sich entschuldigen würde für das was passiert ist. Wir Geschwister sind uneinig wie wir zu ihm stehen, mein Bruder Jan ist ihm sehr nahe, ich baue grad wieder eine Beziehung mit ihm auf und mein Bruder Raymond hat gar keinen Kontakt mit ihm und ich glaube er hasst ihn sogar. Eventuell würde ein ehrliches Gespräch helfen.*

**Anonymer Fragebogen zum Thema „Belastete Kindheit: Kinder psychisch kranker Eltern“**

**1. Sind Sie männlich oder weiblich?**

*Weiblich*

**2. Wie alt sind Sie?**

*50 Jahre*

**3. Welcher Elternteil war psychisch erkrankt? Beide/ Mutter/ Vater?**

*Zunächst dachte ich, dass nur meine Mutter, mit der ich aufwuchs psychisch krank sei. Nun denke ich, nachdem ich mehr Informationen über meinen verstorbenen Vater erhielt, dass auch er psychisch krank war.*

**4. Unter welcher Erkrankung leiden/ litten Ihre Eltern?**

*Meine Mutter litt zunächst als Jugendliche unter Depressionen bzw. fortschreitend unter einer Bipolaren Störung. Ab ca. 1976 / 77 unter Schizoaffektiven Psychosen mit Bipolarer Störung.  
Bei meinem gewalttätigen Vater gab es keine Diagnose.*

**5. Wie gestaltete sich Ihr Lebensraum? Großstadt/ Kleinstadt/ Dorf?  
Finanziell eher wohlhabend oder eher mittellos? Wohnung/Haus?**

*Ich wurde in Hamburg/ Deutschland geboren. Meine Mutter wanderte mit mir im Alter von acht Monaten nach Djibouti (Stadt) aus. Nach ca. 20 Monaten brachte mein Vater meine mit meinem Bruder schwangere Mutter und mich nach Addis Abeba/ Äthiopien. Wir wohnten sowohl in Djibouti, als auch in Addis Abeba in einem Haus z. Teil mit Personal und Stromanschluss für Kühlschranks. Also, in einem eher gehobenen Standard.*

**6. Wie gestaltete sich Ihr (familiärer) Alltag?**

*Ende 1965 – mein Bruder war am 01. Januar 1965 geboren – entschied unsere Mutter mit uns zurück nach Deutschland zu gehen. Mein Vater*

*hatte uns buchstäblich sitzen gelassen. Ohne Geld! Meine Mutter konnte uns nicht ernähren, versuchte auch Arbeit zu finden und zu arbeiten. Sie war völlig überfordert mit der Gesamtsituation und war vermutlich nicht in der Lage sich ausreichend um uns, im Säuglings- und Kleinkindalter befindenden Kinder, zu kümmern. Aus Erzählungen meiner Großmutter weiß ich, dass meine Mutter zu dieser Zeit Suizidgedanken hatte und plante, sich mit mir zu erhängen. Mein Vater war in Djibouti gewalttätig gegen meine schwangere Mutter gewesen und misshandelte mich als Säugling. In Addis Abeba hielt unser Kindermädchen Mamiti uns die Treue, obwohl wir mittellos wurden. Mamiti (= Mamilein) war gewissermaßen unsere Rettung und Ersatzmutter.*

*Ab Ende 1965/ Anfang 1966 wuchsen mein Bruder und ich in einer kleinen 1 ½ Zimmerwohnung bei unserer Mutter auf in Hamburg auf. Sie litt weiterhin an Migräne und der manisch-depressiven Erkrankung, die in den 60er Jahren bis Mitte 70er Jahre unbehandelt blieb. So hatte sie auch sogenannte „Blackouts“ bei denen sie uns in blinder Wut grün und blau schlug. – Dann wieder war sie Suizidgefährdet.*

*Ich als Erstgeborene übernahm schon im Krippen-/ Kindergartenalter die emotionale Verantwortung für meine Mutter und meinen Bruder. Es war eine schwierige Kindheit mit permanenter, emotionaler Überforderung. – Aber meine Mutter gab uns auch Gutes mit auf den Lebensweg: Sie spielte manchmal mit uns, las regelmäßig vor und machte interessante allgemeinbildende Ausflüge mit uns. – Vermutlich eher in manischen Phasen.*

## **7. Wie gingen Sie damit um?**

*Dennoch waren ihre Stimmungen unberechenbar für mich. – Irgendwie war ich immer mit „ausgefahrenen Antennen“ auf der Hut vor ihrer Befindlichkeit. Versprach sie uns einen Ausflug, hielt sie ihr Versprechen oftmals nicht, weil sie z.B. wieder eine Migräneattacke hatte. Da sie berufstätig war, waren wir in der Laufbahn: Krippe, Kindergarten, Hort, Schulspeisung und Schlüsselkind. Wir mussten auch Aufgaben im Haushalt übernehmen, die mich oft überforderten und Versagensängste auslösten. – Es nahm mir dieses Leben eine unbeschwerte Kindheit.*

**8. Wurde bei Ihnen zu Hause offen über die Erkrankung Ihrer Eltern gesprochen oder wurde es tabuisiert?**

*Zu Hause wurde nicht offen über die psychische Erkrankung gesprochen. Unsere Großeltern wollten uns auf ihre Weise schützen. Nur Migräne war erlaubt. Über Suizidversuche meiner Mutter wurde nicht gesprochen.*

**9. Wurden Ihnen Hilfen als Kind geboten, um mit der familiären Situation umgehen zu können?**

**9.1 Wenn ja, wie gestaltete sich diese Hilfe?**

*Einmal griffen wohl unsere Großeltern ein, nachdem sie die blauen Flecken an meinem Bruder entdeckten, indem sie mit dem Jugendamt drohten. Sie unterstützten uns im Rahmen ihrer Möglichkeiten. Mit 12 Jahren kam ich ins Internat. Aber auch dort gab es keine psychosoziale Hilfe. Unterstützung gab es dort nur in Form von äußerer Struktur und Regeln. – Ja, ich hätte mir rückblickend eine psychosoziale Hilfe für die ersten fast 16 Lebensjahre gewünscht. – Ab 15 3/4, also ab Januar 1979, hatte ich mit meiner Aufnahme ins Mädchenwohnheim des Vereins für internationale Jugendarbeit endlich eine psychosoziale, sozialpädagogische Betreuung und somit endlich die Hilfe und Unterstützung, die ich für meine Entwicklung zu jungen Erwachsenen brauchte. Ich lebte dort bis zu meinem 22. Lebensjahr.*

**9.2 Wenn nicht, hätten Sie sich Hilfe gewünscht? Wie hätte sich diese gestaltet?**

**10. Was glauben Sie, welche Auswirkungen Ihre Erfahrungen als Kind psychisch kranker Eltern heute auf Sie haben? Hatte es überhaupt Auswirkungen auf Ihr heutiges Erwachsenenleben?**

*Da ich schon als neugeborener Säugling meine ersten Traumatisierungen durch meine schwer Kriegstraumatisierte Großmutter – sie kümmerte sich bis zur Abreise nach Djibouti - und wiederholte*

*Misshandlungen durch Vater und Mutter, bis hin zu sexuellem Missbrauch durch den Liebhaber meiner Mutter Retraumatisierungen erfuhr und andauernden traumatischen Situationen ausgesetzt war, leide ich noch heute sehr darunter. – Bis hin zu den typischen posttraumatischen Symptomen.*

**11. Was möchten Sie mir sonst noch darüber erzählen, was liegt Ihnen zu diesem Thema noch auf dem Herzen?**

*Ich schaue erleichtert auf die moderne Psychologie mit Trauma Forschung in Verbindung mit der Gehirnforschung und wünsche mir sehr, dass in dysfunktionale Familien mit psychisch- und/ oder suchtkranken Elternteilen früher eingegriffen wird und sowohl den Eltern und vor allem den Kindern viel früher als bisher Hilfe zuteil wird! Denn oftmals setzen sich die Traumata über Generationen fort. Heute jedoch, haben wir die Mittel und Möglichkeiten diesen Teufelskreis zu beenden!*

## **11. Erklärung**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe und mich nicht anderer, als der im beigefügten Literaturverzeichnis angegebenen Quellen bedient habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen zitiert wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Neubrandenburg, Oktober 2013

Myriam S. Ayeh