



Hochschule für Angewandte  
Wissenschaften Hamburg  
*Hamburg University of Applied Sciences*

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Fakultät Wirtschaft und Soziales  
Department Soziale Arbeit  
Bildung und Erziehung in der Kindheit

**Effekte der mütterlichen Depressivität auf die Mutter-Kind-Interaktion und das Leben der Kinder.**

**Welche Präventionsangebote existieren für Kinder depressiver Müttern?**

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 27.02.2015

Vorgelegt von: Laura Winge

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Betreuender Prüfer : Prof. Dr. Gunter Groen

Zweite Prüferin : Dr. Katja Weidtmann

„Voll Freunden war mir die Welt,  
Als noch mein Leben licht war;  
Nun, da der Nebel fällt,  
Ist keiner mehr sichtbar.

Wahrlich, keiner ist weise,  
Der nicht das Dunkel kennt,  
Das unentrinnbar und leise  
Von allen ihn trennt.“

*Hermann Hesse*

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1. EINLEITUNG .....</b>	<b>1</b>
<b>2. STÖRUNGSBILD.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1 Unipolare Depression .....</b>	<b>3</b>
2.1.1 Klassifikation und Epidemiologie .....	3
2.1.2 Ätiologie .....	5
2.1.3 Symptome .....	11
<b>2.2 Postpartale Depression .....</b>	<b>12</b>
<b>3. RISIKO- UND BELASTUNGSFAKTOREN VON KINDERN DEPRESSIVER MÜTTER .....</b>	<b>13</b>
<b>3.1 Mutter-Kind-Interaktion.....</b>	<b>13</b>
<b>3.2 Emotionale, psychische und psychosoziale Belastungen von Kindern depressiver Mütter .....</b>	<b>21</b>
<b>3.3 Intergenerationale Transmission von psychischen Störungen .....</b>	<b>29</b>
3.3.1 Risiken für die Entwicklung von psychischen Störungen .....	30
3.3.2 Übertragungsmechanismen der psychischen Störung .....	33
<b>4. PRÄVENTIONSARBEIT .....</b>	<b>35</b>
<b>4.1 Resilienz- und Schutzfaktoren der Kinder .....</b>	<b>35</b>
<b>4.2 Konzept der Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche.....</b>	<b>39</b>
<b>4.3 Konzept der Patenschaften .....</b>	<b>41</b>
<b>4.4 Projekt „Kanu – Gemeinsam weiterkommen“ .....</b>	<b>43</b>
<b>5. FAZIT / AUSBLICK.....</b>	<b>49</b>
<b>6. ANHANG .....</b>	<b>52</b>
<b>6.1 Eidesstattliche Erklärung .....</b>	<b>52</b>
<b>6.2 Literaturverzeichnis .....</b>	<b>53</b>

<b>6.3 Internetquellen.....</b>	<b>59</b>
<b>6.4 Weiterführende Literatur.....</b>	<b>59</b>
<b>6.5 Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>61</b>
<b>6.6 Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>62</b>
<b>6.7 Begriffsverzeichnis .....</b>	<b>62</b>

## 1. Einleitung

Kinder mit psychisch erkrankten Eltern sind mit vielfachen Belastungen und Beeinträchtigungen ihres Alltags und mit Risiken für ihre Entwicklung konfrontiert. In den letzten Jahren sind diese Kinder als Angehörige zunehmend in den Blick der Fachöffentlichkeit gerückt. Aus gutem Grund: Die Kinder müssen Zugang zu präventiven Angeboten erhalten, um Entwicklungsrisiken vorzubeugen und sie im Alltag mit einem psychisch kranken Elternteil zu unterstützen.

In unserer Gesellschaft gibt es eine Vielzahl an psychischen Erkrankungen. Diese Bachelor-Thesis thematisiert jedoch ausschließlich die unipolare und die postpartale Depression, da jene zu den häufigsten psychischen Erkrankungen bei Frauen zählen. In dieser Arbeit wird die Frau als Betroffene, und somit die Mutter als erkrankter Elternteil ausgewählt. Für diese Auswahl gibt es mehrere Gründe: Zum einen weisen Frauen höhere Prävalenzraten von Depressionen auf als Männer. (vgl. Ramchandani / Psychogiou 2009, S. 646; Griepenstroh / Heitmann [u.a.] 2012, S. 25) Zum anderen bekommen psychisch kranke (v.a. depressive) Frauen häufiger Kinder als psychisch kranke Männer. (vgl. Hausser 2012, S. 30) Diese These unterstützen auch die Zahlen von Howard und Underdown, die besagen, dass ca. 60% der psychisch kranken Frauen Mütter, dagegen jedoch nur ca. 25% der psychisch kranken Männer Väter sind. (vgl. Howard / Underdown 2011, S. 8) Somit gibt es mehr psychisch kranke Mütter als Väter.

Des Weiteren gilt die Mutter immer noch als Hauptbezugsperson in den ersten Lebensjahren des Kindes und nimmt eine große Rolle in der Erziehung und Sozialisation des Kindes ein. (vgl. Freitag 2013, S. 56) Aufgrund dessen hat die mütterliche Depression auch einen stärkeren Einfluss auf die Risiken für die Kinder als die väterliche Depression. (vgl. Lenz 2014, S. 32) Das bestätigen auch Untersuchungen an erwachsenen Kindern depressiver Eltern. Die erwachsenen Kinder von depressiven Müttern wiesen höhere Depressionsprävalenzen als die Kinder von depressiven Vätern auf. (vgl. Ramchandani / Psychogiou 2009, S. 647)

In diesen Aussagen ist jedoch die Annahme nicht zu vernachlässigen, dass es eine Mütterlastigkeit in der Forschung zu geben scheint. Es existieren mehr Studien zur Auswirkung der mütterlichen Depressivität als zur väterlichen Depressivität. Als Grund kann in diesem Zusammenhang eine größere Bereitschaft von

Frauen an Studien teilzunehmen angeführt werden. (vgl. Lenz 2014, S. 32) Zudem beziehen Studien Väter erst in jüngster Vergangenheit in die Untersuchungen zu Effekten der väterlichen psychischen Krankheit auf die Kinder mit ein.

Ziel der vorliegenden Thesis ist es, die Effekte der mütterlichen Depressivität auf die Kinder aufzuzeigen und vorhandene Präventionsmöglichkeiten für die Kinder vorzustellen.

Begonnen wird im zweiten Kapitel zunächst mit einem Überblick über das Störungsbild der Depression, um dem Leser einen Eindruck von der Erkrankung und den damit verbundenen alltäglichen Einschränkungen zu ermöglichen. Die unipolare Depression wird anhand der Klassifikation und Epidemiologie, der Entstehung und den Symptomen beschrieben. Anschließend folgt eine knappe Erläuterung der postpartalen Depression, da diese für Kinder im Säuglingsalter von Bedeutung ist.

Den Schwerpunkt der Arbeit bildet das dritte Kapitel, welches die Risiko- und Belastungsfaktoren für Kinder depressiver Mütter beinhaltet. Dieses ist in drei Unterkapitel gegliedert. Als erstes wird auf die Mutter-Kind-Interaktion eingegangen. Die Bindungstheorie und Eriksons Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung werden im ersten Schritt vorgestellt und dann im zweiten Schritt mit den Auswirkungen der Depression auf die Beziehung zwischen Mutter und Kind in Zusammenhang gebracht. Danach folgt die Beschreibung der Belastungsfaktoren von Kindern depressiver Mütter. Diese werden in direkte und indirekte Auswirkungen der Depression auf die Kinder unterteilt. Viele der Belastungsfaktoren gelten für Kinder psychisch kranker Eltern / Mütter im Allgemeinen, es wird jedoch versucht depressionsspezifische Aspekte und Belastungen mit einzubinden. Das Kapitel schließt mit der Darstellung des größten Risikos für die Kinder, dem Risiko selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Die Auftretenswahrscheinlichkeiten verschiedener Störungen und intergenerationale Transmissionsmechanismen werden beschrieben.

Im Kapitel vier der Arbeit wird die Frage des Titels nach Präventionsangeboten für Kinder depressiver Mütter beantwortet. Zu Anfang des Kapitels werden mögliche Schutzfaktoren und Ressourcen des Kindes und der Familie aufgeführt, an welche

die Präventionsprojekte und -angebote anknüpfen. Es werden ein Patenschafts- und ein Gruppenkonzept sowie ein konkretes Präventionsprojekt vorgestellt.

Die Bachelor Thesis schließt mit einem Fazit, das eine kurze Zusammenfassung der vorherigen Arbeit, eine kritische Betrachtung des Gesamthemas inklusive offener Fragen und einen Ausblick enthält.

## **2. Störungsbild**

In diesem Kapitel wird ein Überblick über die verschiedenen Aspekte der Depression bei Erwachsenen wie Epidemiologie, Ätiologie und Symptomatik gegeben. Wenn es nicht explizit anders ausgewiesen ist, sind die Daten und Theorien für beide Geschlechter anzusehen, da es in vielen Bereichen eine geschlechtsunspezifische Faktenlage gibt. An einigen Stellen wird jedoch versucht anhand von Hinweisen aus verschiedenen Quellen die Frau als Betroffene näher in den Mittelpunkt der Ausführungen zu rücken.

### **2.1 Unipolare Depression**

#### **2.1.1 Klassifikation und Epidemiologie**

Die Depression wird im ICD-10 im Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ als affektive Störung klassifiziert. Diese Arbeit beschränkt sich auf die unipolare und die postpartale Depression, die manische Episode und die bipolare affektive Störung sind hiervon abzugrenzen. Im Nachfolgenden wird von der Depressivität, der (majoren) Depression oder der depressiven Störung / Symptomatik gesprochen. Alle diese Begriffe werden synonym verwendet.

Die Depression tritt meist episodisch auf. Dabei werden leichte, mittelgradige und schwere Ausprägungen unterschieden. Bei der schweren Episode wird zusätzlich differenziert, ob begleitende psychotische Symptome (Wahn, Halluzinationen) vorliegen oder nicht. Diagnostiziert wird die Form der Depression anhand von der Symptomanzahl, der Persistenz und dem Grad der Beeinträchtigung der alltäglichen Aktivitäten. Bei wiederkehrenden Episoden wird von einer rezidivierenden depressiven Störung gesprochen, auch hier findet eine Einteilung in die drei Schweregrade statt. (vgl. DIMDI 2014) Zur Diagnostizierung der Depression als psychische Störung müssen alle organischen Ursachen, die zu depressiven Ver-

stimmungen führen können, ausgeschlossen werden. (vgl. Lingg / Theunissen 2008, S. 78)

In der Literatur wird die Drittel-Hypothese zum Verlauf der Depression bei Erwachsenen herangezogen. Ein Drittel der Betroffenen erleben innerhalb ihres Lebens nur eine einzige depressive Episode, bei einem Drittel ist der Verlauf rezidivierend mit Phasen vollständiger Remission und ein Drittel der Betroffenen entwickeln einen chronischen Krankheitsverlauf ohne Remissionsphasen. (vgl. Beesdo-Baum / Wittchen 2011, S. 889)

Eine Depression kann in jeder Altersstufe erstmals auftreten, ab dem 16. bis zum 30. Lebensjahr sind die Inzidenzraten allerdings besonders hoch. (vgl. Wittchen / Jacobi 2010, S. 21; Steinmann / Watzke 2013, S. 19) Die Spanne ist zumeist auch das Alter, in dem die Frauen Mütter werden oder schon sind. (vgl. Kötter / Stemmler 2010, S. 109)

### Frauen als Betroffene

Die Lebenszeitprävalenz für diagnostizierte Depressionen liegt in der Gesamtbevölkerung je nach Quelle zwischen 6% und 19%. (vgl. Mattejat 2014, S. 78; Busch / Maske 2013, S. 737; Steinmann / Watzke 2013, S. 19) Frauen sind ca. doppelt so häufig betroffen wie Männer. (vgl. Beesdo-Baum / Wittchen 2011, S. 887; Kötter / Stemmler 2010, S. 109) Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) gibt die Lebenszeitprävalenz von Frauen mit 15,4% im Gegensatz zu Männern mit 7,8% an. (vgl. Busch / Maske 2013, S. 737) Allerdings steigt das erhöhte Erkrankungsrisiko für Frauen erst ab der Pubertät an, ein Geschlechtsunterschied kann bis zum 13. Lebensjahr nicht festgestellt werden. (vgl. Spröber / Straub 2012, S. 22) Die Gründe für die höhere Erkrankungsrate von Frauen sind vielfältig und können in ihrer Gänze in dieser Arbeit nicht erläutert werden, sie werden im Folgenden verkürzt dargestellt.

Zum einen kann als biologische Ursache der Hormonstatus von Frauen angeführt werden, der starken Schwankungen unterliegt und direkten Einfluss auf die psychische Gesundheit hat und somit zu depressiven Verstimmungen führen kann. Zum anderen können psychosoziale Faktoren, wie die geringere gesellschaftliche Anerkennung von unbezahlter häuslicher Arbeit und Kindererziehung im Vergleich zur Erwerbsarbeit eine Rolle bei der Entwicklung einer depressiven Störung spie-



len. Ein weiterer Erklärungsansatz ist die Art der Diagnostik. Die üblichen Instrumente zur Erfassung der Depression sind eher auf frauenspezifische als auf männerspezifische Symptome ausgelegt und können so zu einer Unterschätzung der männlichen Depression beitragen. (vgl. Busch / Maske 2013, S. 2f.)

Bei Frauen treten mit einer Depression häufig noch andere psychische Störungen wie Angststörungen oder Substanzmissbrauch komorbid auf. In dieser Arbeit wird sich jedoch auf die depressive Störung ohne komorbide Störungen beschränkt.

### **2.1.2 Ätiologie**

Die Entstehung von Depressionen ist multifaktoriell zu betrachten. Es gibt nicht den einen Auslöser, der für die Entwicklung einer Depression verantwortlich ist. Ein Gefüge aus biologischen, psychischen und sozialen Faktoren kann bei ungünstigen Wechselwirkungen die Vulnerabilität für Depressionen steigern, es wird auch vom „bio-psycho-sozialen Modell“ (vgl. Abb. 1) gesprochen. Im Folgenden werden die Aspekte, die die Wahrscheinlichkeit, eine Depression zu entwickeln erhöhen, getrennt voneinander aufgeführt. Es ist jedoch meist erst das Zusammenwirken von mehreren Risikofaktoren, das die Entstehung begünstigt. Begonnen wird mit der Darstellung der biologischen Faktoren, gefolgt von drei ausgewählten psychologischen Entstehungsmodellen, um mit den psychosozialen Faktoren zu schließen.

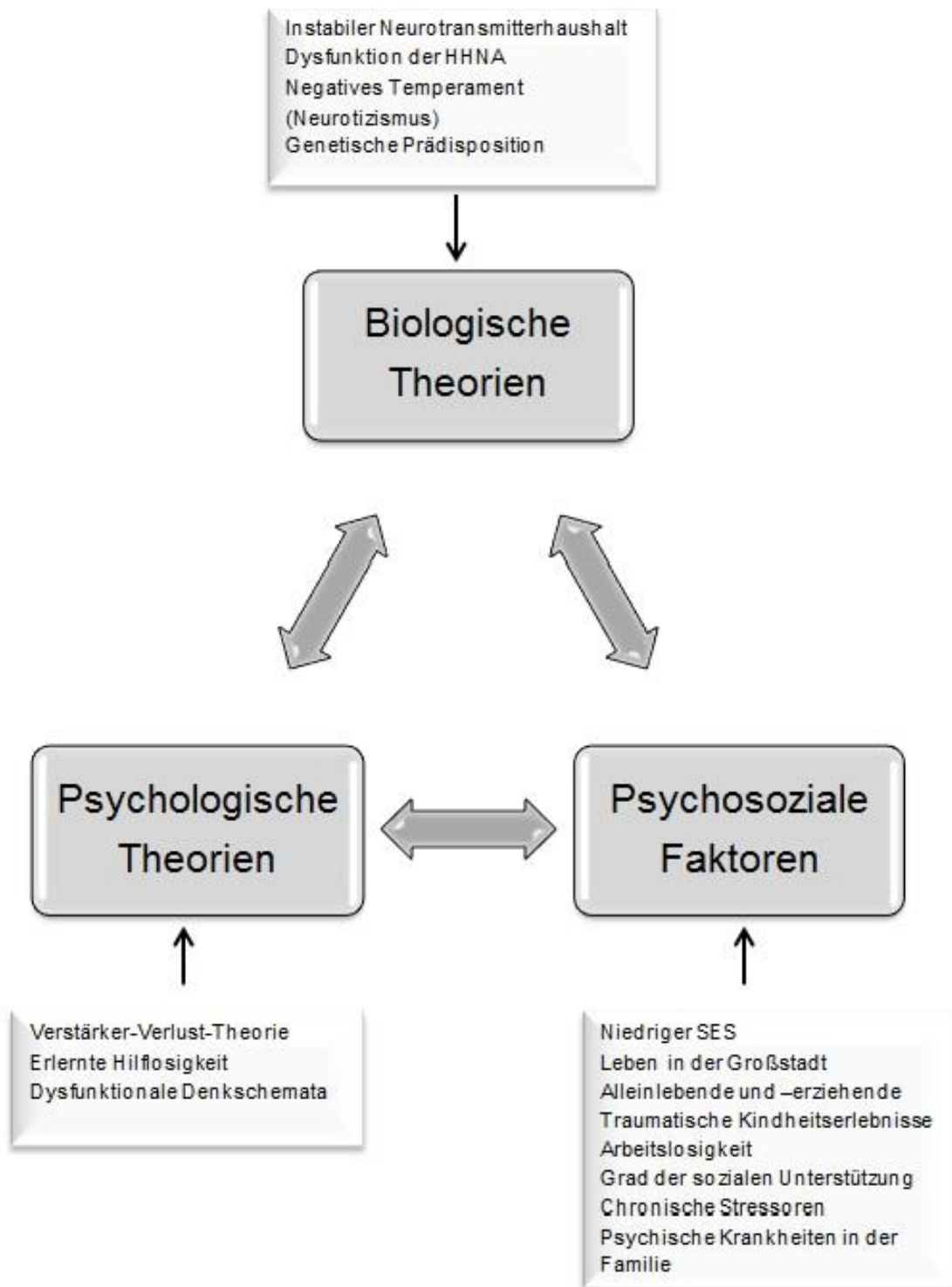


Abbildung 1: Wirkungsgefüge der Risikofaktoren für die Entstehung von Depressionen, bio-psychosoziales Modell (Eigene Darstellung)

## Biologische Theorien

Ein gestörtes Gleichgewicht bestimmter Neurotransmitter im Gehirn wie Serotonin, Noradrenalin und Dopamin kann die Vulnerabilität für Depressionen erhöhen. (vgl. Schaub / Roth 2013, S. 28) Diese chemischen Botenstoffe sind für die Informationsübertragung zwischen den Nervenzellen verantwortlich, regulieren die Stimmung und können somit negative Emotionen, Ängste und Antriebslosigkeit auslösen. Der instabile Transmitterhaushalt kommt durch den Wechsel von kaskadenartiger Ausschüttung einerseits und einem Mangelsyndrom andererseits zustande. Auch die pathologische Veränderung der Hypophyse-Hypothalamus-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) wird als eine Erklärung herangezogen. Diese reguliert mittels der drei Hormone CRH (Hypothalamus), ACTH (Hypophyse) und Kortisol (Nebennierenrinde) Stress, Stimmung und Immunsystem im menschlichen Körper. Theorien besagen, die vermehrte Kortisolausschüttung bei einer Dysfunktion der HHNA in Form einer Hyperaktivität führt zu einem erhöhtem Stressniveau und einer geringeren Stressresistenz, was wiederum eine depressive Erkrankung hervorrufen bzw. aufrechterhalten kann. (vgl. Abel / Hautzinger 2013, S. 14 f.)

Überdies kann auch das Temperament, dem eine biologische Basis zugesprochen wird, die Entstehung von Depressionen beeinflussen. Ein „Mangel an positiver und ein Übermaß an negativer Emotionalität“ (Abel / Hautzinger 2013, S. 15) sind depressionsförderlich. Prämorbid kann auch das Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus wirken. (vgl. Schaub / Roth 2013, S. 26) Die Persönlichkeit von Menschen mit Neurotizismus ist durch eine hohe Stressregiabilität, eine insgesamt negativere Affektlage und eine dauerhafte Unsicherheit in sozialen Situationen geprägt. Diese Eigenschaften stehen im Verdacht, die Vulnerabilität für Depressionen zu erhöhen.

„Dabei scheint es [das Persönlichkeitsmerkmal] sogar für das Auftreten von unipolaren Depressionen recht spezifisch zu sein.“ (Schaub / Roth 2013, S. 27)

Auch die genetische Prädisposition steht in der Diskussion, die Entstehung einer Depression zu begünstigen. Wenn ein oder beide Elternteil(e) an einer Depression erkrankt sind / waren, besteht ein erhöhtes Risiko für die Ausbildung einer Depression. Der Einfluss der Genetik auf das Erkrankungsrisiko wird in Kapitel 3.3.2 ausführlicher beschrieben.

## Psychologische Theorien

Die drei für diesen Abschnitt ausgewählten Theorien zur Erklärung der Depressionsentstehung sind die am häufigsten in unterschiedlichen Quellen wiederzufindenden psychologischen Erklärungsansätze und werden im Folgenden zusammengefasst und verknappt dargestellt.

### *Verstärker-Verlust-Theorie*

Das von Peter Lewinsohn entwickelte lerntheoretische Modell sieht die „Depression als Konsequenz eines Mangels an positiver Verstärkung [...]“ (Seiffge-Krenke 2007, S. 194). Die fehlende positive Verstärkung kann zu einer Reduktion positiver Handlungen und dem Verlust von Motivation führen und damit zu der Entwicklung negativer Gefühle sowie einer schlechteren Stimmung in Form von Resignation und Niedergeschlagenheit beitragen. (vgl. Wittchen / Jacobi 2010, S.16)

### *Erlernte Hilflosigkeit*

Der Begriff der erlernten Hilflosigkeit ist von Martin Seligmann geprägt worden. Seiner Theorie zufolge kann eine Depression aufgrund des Gefühls der Ohnmacht und Hilflosigkeit entstehen. Dieses kommt zustande, wenn der Mensch die wiederholte Erfahrung macht, dass das eigene Handeln keinen Einfluss auf das Auftreten negativer Ereignisse hat und man die entstandene Situation nicht ändern kann. Die Gedanken, dass man den Geschehnissen hilflos ausgeliefert ist und keine Kontrolle mehr über das eigene Leben hat, können aufkommen. (vgl. Nevermann / Reicher 2009, S. 166) Das Gefühl kann zur Selbstabwertung führen und negative Affekte auslösen.

### *Dysfunktionale Denkschemata*

Laut der Theorie von Aaron Beck entstehen Depressionen, wenn Menschen negative Denkschemata, sogenannte „automatische Gedanken“, erwerben, die in stressreichen Lebenssituationen abgerufen werden, und negative Emotionen in Bezug auf die eigene Person, die Umwelt und die Zukunft hervorrufen können. Es kann dadurch zu einer negativeren Interpretation von Ereignissen und zu kognitiven Fehlern wie Generalisierungen, Schwarz-Weiß-Denken und selektiver (auf negative Aspekte ausgerichtete) Wahrnehmung kommen. (vgl. Abel / Hautzinger 2013, S. 18f.)

## Psychosoziale Faktoren

In diesem Abschnitt werden Aspekte zur Entstehung einer Depression aufgeführt, welche man als psychosoziale Risikofaktoren bezeichnet. Dies sind Faktoren, die durch Interaktion mit anderen im sozialen Umfeld entstehen bzw. in der Vergangenheit entstanden sind, das alltägliche soziale Leben in der Gesellschaft oder die soziale Zugehörigkeit betreffen und die Psychohygiene des Menschen direkt beeinflussen. Es gibt psychosoziale Faktoren, die sowohl für Männer, als auch für Frauen ein Risiko darstellen, aber auch solche, die nur Frauen betreffen. Begonnen wird mit den allgemeinen Faktoren, darauf folgen die spezifischen.

Als erstes sind aversive und traumatische Kindheitserlebnisse als allgemeine psychosoziale Risikofaktoren für die Depressionsentstehung zu nennen. Frühe und lange Trennungen von den Eltern, sexueller Missbrauch und Vernachlässigung sind Beispiele für jene und können die Vulnerabilität für die Entwicklung von Depressionen erhöhen. (vgl. Beesdo / Baum 2011, S. 888; Bandelow / Falkai 2013, S. 76, Schaub / Roth 2013, S. 23) Durch diese Stresserfahrungen in der Kindheit können Stressbewältigungsstrategien beeinflusst und eine wie bei den biologischen Theorien aufgezeigte Veränderung der HHNA hervorgerufen werden.

Des Weiteren ist ein niedriger sozioökonomischer Status (SES) als psychosozialer Risikofaktor anzuführen. (vgl. Busch / Maske 2013, S. 736; Müters / Hoebel 2013, S. 4, Ramchandani / Psychogiou 2009, S. 650) Ein niedriger SES ist u.a. durch ein geringes Einkommen bzw. Armut, ungünstige Wohnverhältnisse und eine gering ausgeprägte kulturelle Praxis charakterisiert. Ein dauerhaft eingeschränkter Lebensstil durch einen niedrigen SES kann zur Ausbildung negativer Ansichten über das eigene Leben und der Zukunft führen sowie zu einer gedrückten Stimmung beitragen und somit die Entwicklung von depressiven Symptomen begünstigen. Zudem zählt das Leben in der Großstadt zu den Risikofaktoren. (vgl. Busch / Maske 2013, S. 738) Die Prävalenz von Depressionen ist in Städten höher als auf dem Land. (vgl. Beesdo / Baum 2011, S. 888)

Auch psychische Krankheiten in der Familie können als psychosozialer Risikofaktor angesehen werden. Das Zusammenleben mit einem psychisch kranken Familienmitglied ist mit einer hohen psychischen Belastung verbunden. Es verlangt den Familienmitgliedern ein hohes Maß an Aufmerksamkeit, Geduld und Fürsorge ab,

sich um den psychisch kranken Partner / Partnerin oder das psychisch kranke Kind zu kümmern. Die „rund-um-die-Uhr-Pflege“ kann zu psychischem und physischem Stress führen, der auf Dauer zu einer Depressionsentwicklung beitragen kann (s.u.).

Überdies besagen Studienergebnisse, dass Geschiedene, getrennt Lebende und Verwitwete Erwachsene besonders häufig an Depressionen erkranken. (vgl. Beesdo / Baum 2011, S. 887) In dieser Situation muss das eigene Leben alleine gemeistert werden und es können durch den Verlust eines Menschen Schuldgefühle oder durch die Trennung / Scheidung Selbstvorwürfe des Versagens hinzukommen.

Bei den frauenspezifischen psychosozialen Risikofaktoren ist als erstes der Erwerbsstatus von Frauen anzuführen. Dieser hat besondere Auswirkungen auf das Depressionsrisiko. Arbeitslose Frauen leiden eher an einer Depression als Vollzeitbeschäftigte. Die Prävalenz für Depressionen arbeitsloser Frauen liegt laut der Bundesberichtserstattung bei 12,0% im Gegensatz zu Frauen, die vollzeiterwerbstätig sind. Hier ist die Prävalenz mit 6,9% angegeben. (vgl. Müters / Hoebel 2013, S. 5)

Auch sind alleinerziehende Mütter stärker von einer Depression betroffen als Frauen, die ihre Kinder zusammen mit einem Partner bzw. einer Partnerin erziehen. (vgl. Müters / Hoebel 2013, S. 5) Als Grund hierfür kann die höhere Stressbelastung angeführt werden. Alleinerziehende haben die Aufgaben zu bewältigen, ausreichend zu verdienen, um den Lebensunterhalt zu sichern sowie gleichzeitig für das Kind / die Kinder verfügbar zu sein und die Erziehung zu übernehmen. Das kann zu einer großen psychischen und physischen Belastung werden und somit die Vulnerabilität für Depressionen steigern.

Des Weiteren spielt das Ausmaß der sozialen Unterstützung eine große Rolle. Bei Frauen mit wenig Unterstützung aus dem sozialen Umfeld ist das Risiko, eine Depression zu entwickeln, ca. dreimal so hoch wie von Frauen, die über ein großes soziales Netzwerk verfügen und sich auf dieses verlassen können. (vgl. Müters / Hoebel 2013, S. 6)

Abschließend kann man chronische Stressoren als Risikofaktoren aufzählen. Zu diesen gehören Partnerschafts- / Eheprobleme, Tod einer geliebten Person, Pfl-

ge bedürftiger Angehöriger, Zeitmangel und Konflikte bei der Arbeit bei gleichzeitigem geringen Entscheidungsspielraum. (vgl. Schaub / Roth 2013, S. 23) Frauen geben mit 13,9% häufiger an unter chronischem Stress zu stehen als Männer (8,2%). Die Belastung durch den chronischen Stress und somit auch die Entstehung von Depressionen wird von einigen anderen oben dargestellten Faktoren beeinflusst. Beispielweise steigt die Prävalenz für chronischen Stress bei Frauen umso höher, je niedriger der SES und der Grad der sozialen Unterstützung sind. Das Ausmaß der chronischen Stressbelastung steht in einem kausalen Zusammenhang mit der Entwicklung einer depressiven Symptomatik. (vgl. Hapke / Maske 2013, S. 751f.) Deshalb, und wegen der Wechselwirkung mit anderen Risikofaktoren, ist der chronische Stress als sehr bedeutender psychosozialer Risikofaktor für die Depressionsentstehung bei Frauen anzusehen.

### **2.1.3 Symptome**

In diesem Kapitel werden die Symptome einer depressiven Erkrankung vorgestellt. Bei der Darstellung werden die häufigsten Symptome aus verschiedenen Quellen zusammengetragen, dabei besteht jedoch kein Anspruch auf Vollständigkeit. Da es große interindividuelle Unterschiede in der Ausprägung der depressiven Symptomatik gibt, können hier nur die Hauptsymptome aufgeführt werden.

Die Herkunft des Wortes Depression vom Lateinischen „depressio“: Niederdrückung, Senkung, gibt bereits Aufschluss über die drei Hauptsymptome der Depression bei Erwachsenen. Diese sind Niedergeschlagenheit und Traurigkeit, Interessenverlust sowie Antriebslosigkeit. (vgl. Oehler 2013, S. 26) Zu den häufigsten weiteren Symptomen zählen Emotionslosigkeit, erhöhte Grübelneigung und Ängstlichkeit, mangelnde Regiabilität, Dysphorie und geringes Selbstwertgefühl. Sehr oft kommen Schuldgefühle und Gedanken der Wertlosigkeit bei Betroffenen vor. (vgl. DIMDI 2014) Sie wissen meist nicht woher diese Gedanken und Gefühle kommen und können auch nicht durch positive Kommentare und Lebensumstände aufgeheitert werden.

Durch das Leben in einem andauernden „schwarzen Loch“ (wie einige Betroffene es bezeichnen) sind Suizidgedanken und -handlungen keine Seltenheit. Bei 20-60% der Betroffenen kommt es zu Suizidversuchen. 15% der Menschen mit unipolaren Depressionen sterben durch die Selbsttötung, die Mortalitätsrate ist im Ver-

gleich zu gesunden Menschen um das 30-fache erhöht. (vgl. Beesdo-Baum / Wittchen 2011, S. 886)

Die psychischen Symptome werden oftmals auch von somatischen begleitet. Hier sind Schlafstörungen, die sich in Ein- und Durchschlafproblemen sowie Tagesmüdigkeit äußern, Störungen des Appetits und Libidoverlust zu erwähnen. (vgl. Bandelow / Falkai 2013, S. 72f.)

## **2.2 Postpartale Depression**

Als postpartale Depression (PPD) werden depressive Störungen bezeichnet, die in einem Zeitraum von vier Wochen (DSM-IV) oder sechs Wochen (ICD-10) nach der Geburt auftreten.

Von der PPD abzugrenzen ist die mildere Form, der sogenannte „Baby Blues“. Dieser tritt bei ca. jeder zweiten Frau zwei bis fünf Tage nach der Geburt auf. Diese psychische Störung ist vorübergehend und reicht von wenigen Stunden bis zu wenigen Tagen. Nach Ende der Symptomatik sind die Frauen vollständig remittiert. (vgl. Reck 2014, S. 303)

Die eigentliche postpartale Störung tritt mit einer Prävalenzrate von 10-15% auf. (vgl. Grube 2013, S. 43) Als Risikofaktoren in der Entstehung können die in Kapitel 3.1.2 aufgeführten Ursachen genannt werden. Hinzu kommen schwangerschaftsspezifische Faktoren wie Ungewolltheit der Schwangerschaft, Stressbelastungen durch jene und ein traumatisches Erleben der Geburt. Auch gelten junge Frauen unter 30 Jahren, die einen hohen Bildungsabschluss innehaben, als Hochrisikogruppe.

„[...] [Dies] könnte zum einen im Zusammenhang mit einer realen oder befürchteten Verringerung der Karrierechance nach der Geburt eines Kindes, zum anderen mit mangelnden finanziellen Ressourcen zur Organisation einer adäquaten Kinderbetreuung [...] zusammenhängen“ (Reck 2014, S. 302f.)

Des Weiteren werden psychosoziale Folgen der Schwangerschaft als Auslöser einer PPD diskutiert. So können Veränderungen des Selbst- bzw. Körperbildes durch langsame körperliche Rückbildungsvorgänge oder die Umstellung auf die triadische Beziehungsstruktur die Mütter belasten und zur Krankheitsentwicklung beitragen. (vgl. Sonnenmoser 2007, S. 82)



Die Symptome der PPD gleichen denen einer depressiven Episode nach ICD-10. Zusätzlich zu Suizidgedanken können Gedanken zur Verletzung des Säuglings (bei ca. 40% der Betroffenen) oder gar des Infantizids auftreten, und infolgedessen können schwere Schuldgefühle entstehen. Charakteristisch für die PPD sind außerdem eine Ängstlichkeit der Mutter bei der kindlichen Versorgung, eine Entfremdung und Wut auf das Kind sowie ein Mangel an Empathie für jenes. (vgl. Lenz 2014, S. 35)

### **3. Risiko- und Belastungsfaktoren von Kindern depressiver Mütter**

Die Lebensbedingungen der Kinder werden von den Beziehungen zu Mutter und Vater geprägt. Die Eltern treffen wichtige Entscheidungen für das Leben der Kinder und stellen die Bedürfnisbefriedigung in mehreren Bereichen sicher. (vgl. Griepenstroh / Heitmann [u.a.] 2012, S. 35) Deshalb ist es von besonderer Bedeutung für das Kind, wenn die Mutter in ihrer Rolle durch eine Depression eingeschränkt ist. In Kapitel 2 ist das Störungsbild der unipolaren Depression und der PPD vorgestellt worden. Nun sollen darauf aufbauend die Effekte einer mütterlichen Depression auf das gegenwärtige und zukünftige Leben der Kinder anhand der Mutter-Kind-Interaktion, emotionaler, psychischer und psychosozialer Belastungen und des erhöhten psychischen Erkrankungsrisiko der Kinder aufgezeigt werden.

#### **3.1 Mutter-Kind-Interaktion**

Die Krankheit der Mutter hat direkte Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Interaktion (MKI) und auf die psychische wie physische Gesundheit des Kindes. Im Entwicklungsverlauf gibt es Aufgaben, die das Kind zu bewältigen hat. Der Erfolg der Bewältigung und die damit verbundene positive kindliche Entwicklung hängen entscheidend von der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion ab. Dysfunktionale Interaktionsmuster gelten als Vorläufer von Psychopathologien wie Hyperaktivität und Depression bei Kindern. (vgl. Deneke / Lüders 2003, S. 180) Im Folgenden werden die Beeinträchtigungen der MKI durch die mütterliche Depressivität anhand der Entwicklung des Kindes vorgestellt.

Begonnen wird mit der Bindungstheorie nach John Bowlby und Mary Ainsworth, die zunächst vorgestellt und im zweiten Schritt mit der dysfunktionalen MKI in Zusammenhang gebracht wird.

Im Säuglings- und Kleinkindalter, insbesondere im ersten Lebensjahr, ist der Aufbau einer sicheren Bindung Hauptaufgabe. (vgl. Otto 2011, S. 395) Bindung meint ein emotionales Band zwischen Bezugsperson (BP) und Kind. In den ersten Monaten ist vor allem die Mutter BP, da sie in der Regel einen Großteil der kindlichen Fürsorge übernimmt. (vgl. Lenz 2014, S. 190) Säuglinge haben ein angeborenes, der Evolution entstammendes Bindungsbedürfnis, welches gleichwertig gegenüber anderen Grundbedürfnissen ist. Es hat die Funktion, die Überlebenschancen des Säuglings zu erhöhen, indem es die Nähe zur BP schafft und somit die Sicherheit und Versorgung des Kindes gewährleistet. (vgl. Siegler / DeLoache 2011, S. 418) Weiterhin hat das Kind ein Explorationsbedürfnis, welches dem Zweck der Aneignung der sozio-kulturellen Umwelt dient. Hierbei nutzt das Kind die BP als „sichere Basis“: Die Anwesenheit der BP gibt dem Kind ein Gefühl von Sicherheit, so dass es unbeschwert die Umwelt erkunden kann. Dem Bindungssystem des Kindes steht das Fürsorgesystem der BP gegenüber. Dieses ist durch Verhaltensweisen gekennzeichnet, die BP intuitiv aufzeigen, um die Bedürfnisse des Kindes zu befriedigen. Hierzu zählen die Reaktionszeit, also das prompte Reagieren auf die Signale des Kindes, eine dem Kind angepasste Sprache, z.B. Ammensprache / Baby-talk, ein ständiger Blickkontakt sowie die externe Regulation in Form von Unterstützung bei der Emotions- und Wachheitsregulation des Kindes. (vgl. Lohaus / Vierhaus 2013, S. 98) Als Folge der andauernden Interaktion mit der BP entstehen beim Kind sogenannte „innere (interne) Arbeitsmodelle“. Diese sind Vorstellungen von sich selbst, den engen BP und Beziehungen im Allgemeinen. Sie basieren auf den Erfahrungen in Bezug auf die Zuverlässigkeit der Bedürfnisbefriedigung und prägen die spätere Einstellung zu Bindungen und sozialen Beziehungen. (vgl. Schneewind 2010, S. 121) Gleichzeitig steuern die inneren Arbeitsmodelle auch die Erwartungen des Kindes an die BP (vgl. Denker 2012, S. 43) und beeinflussen somit die Art der Bindung. Ainsworth liefert die empirische Evidenz für Bowlbys Theorie, indem sie den „Fremde-Situation-Test (FST)“ entwickelt. Der FST ist ein Verfahren, um die Bindungsqualität von Kindern im Alter von ein bis zwei Jahren zu beurteilen. In einem Raum mit Spielsachen werden mehrere Episoden von Trennung von der Mutter und Wiedervereinigung mit ihr herbeigeführt. In jeder Phase wird die Reaktion sowohl des Kindes, als auch der Mutter beobachtet und bestimmten Kategorien zugewiesen, anhand derer man vier Bindungstypen unterscheiden kann. (vgl. Denker 2012, S. 45; Lohaus / Vierhaus

2011, S. 100) Die *sichere* Bindung ist der erstrebenswerteste und häufigste Bindungstyp. Dieser zeichnet sich durch eine gute Beziehung zwischen Kind und BP aus, die Kinder nutzen die BP als sichere Basis für die Exploration. Im inneren Arbeitsmodell eines sicher gebundenen Kindes ist die BP als zuverlässig repräsentiert. Das Kind hat die Zuversicht, dass auf eine Phase der Trennung auch eine Phase der Wiederkehr erfolgt und die BP es „nicht im Stich lässt“.

Das unsichere Bindungsmuster ist durch eine weniger positive Beziehung geprägt. Es werden nochmals *unsicher-ambivalente* und *unsicher-vermeidende* Bindungstypen unterschieden. Die unsicher-ambivalent gebundenen Kinder sind in ihrem Explorationsverhalten stark eingeschränkt. Die BP ist in ihrem inneren Arbeitsmodell als unberechenbar repräsentiert. Das ständig wechselnde, mal fürsorgliche und mal vernachlässigende Verhalten führt beim Kind zur andauernden Aktivierung des Bindungsverhaltens, was eine Fixierung auf die BP und Abhängigkeit von dieser zur Folge hat. Das Kind entwickelt analog zu der BP widersprüchliche Verhaltensweisen. Es kann weder über einen längeren Zeitraum Nähe herstellen, noch negative Affekte zeigen. Der unsicher-vermeidende Bindungstyp entsteht infolge von ständiger Zurückweisung und Ablehnung durch die BP. Das Kind schützt sich mit seiner vermeidenden und scheinbar gleichgültigen Reaktion vor weiterer Enttäuschung und Zurückweisung. Es hat die BP als unzuverlässig, ärgerlich und ablehnend verinnerlicht. Die Unterdrückung der negativen Affekte und der Verunsicherung belastet das Kind emotional in hohem Grade und ruft außerdem physischen Stress hervor.

Als viertes ist der *desorganisiert-desorientierte* Bindungstyp aufzuführen. Ein so gebundenes Kind zeigt kein konsistentes Verhaltensmuster, es handelt oftmals widersprüchlich und wirkt desorientiert. Motorische Stereotypen sind möglich und ebenso das plötzliche Erstarren in einer Bewegung („freezing“). Wie beim unsicher-vermeidend gebundenen Kind lässt sich auch bei diesem Bindungstyp ein erhöhter Stresslevel feststellen. Das Kind schwankt immer wieder zwischen vorsichtiger Annäherung an die BP und gleichzeitiger Abwendung von dieser. Die BP ist im inneren Arbeitsmodell als unzuverlässig und angstbesetzt eingeordnet. (vgl. Siegler / DeLoache 2011, S. 421f.; Stegmaier 2008)

Die Bindungssicherheit wird neben dem Fürsorgeverhalten durch einen weiteren Faktor, der Feinfühligkeit („Sensitivität“) der BP, beeinflusst. Diese ist die Fähigkeit

der BP, in konsistenter Weise die Signale des Kindes wahrzunehmen und angemessen darauf zu reagieren. (vgl. Lohaus / Vierhaus 2013, S. 97) Die Grundlage für eine sichere Bindung wird durch vier Merkmale der Feinfühligkeit gelegt. Zuerst müssen die kindlichen Signale überhaupt wahrgenommen werden. Im zweiten Schritt hat die richtige Interpretation der Signale zu erfolgen, es muss zwischen verschiedenen Bedürfnissen des Kindes unterschieden werden können (z.B. Hunger, Schmerzen, Müdigkeit etc.). Die Bedürfnisse sind dann im dritten Schritt angemessen zu befriedigen. Hier gilt der Grundsatz: Nicht mehr und nicht weniger als nötig. Als letztes Merkmal der Sensitivität ist die Promptheit der Reaktion aufzuführen. Je schneller die BP auf die Signale des Kindes eingeht, desto eher nimmt das Kind diese Reaktion als Antwort auf sein Verhalten wahr und kann ein Gefühl der Kontrolle entwickeln. Das Kind fühlt sich nicht hilflos ausgeliefert, sondern kann die Abhängigkeit von seiner BP positiv einordnen. (vgl. Otto 2011, S. 398) Überdies zeichnen sich feinfühligkeitsvolle BP durch die Anerkennung des Kindes als eigenständige Person aus. Sie stimmen ihre Pläne auf die Bedürfnisse des Kindes ab und sind in der Lage, sich in die kindliche Perspektive hineinzusetzen (Mentalisierungsfähigkeit). (vgl. Lenz 2014, S. 192ff.) In der Realität wird eine „mittlere Sensitivität“ angestrebt. Dies bedeutet, dass die BP nicht immer in perfekter Weise reagieren kann, aber Interaktionsirrtümer korrigiert und ein beiderseitiges Bemühen um eine emotionale Übereinstimmung („matching“) von BP und Kind stattfindet. (vgl. Deneke / Lüders 2003, S. 175f.)

Die zwei angeführten Faktoren, zum einen das Fürsorgeverhalten und zum anderen die Feinfühligkeit, haben einen direkten Effekt auf die Bindungssicherheit und die MKI. Kinder depressiver Mütter entwickeln im Vergleich zu Kindern von psychisch gesunden Müttern häufiger unsichere oder desorganisiert-desorientierte Bindungsmuster. (vgl. Lenz 2014, S. 200) Dies hat negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes. Es ist, wie in den Beschreibungen der Bindungsmuster gezeigt worden ist, verunsichert, emotional belastet und steht unter einem hohen physischen Stress. Gründe für die seltenere Entwicklung einer sicheren Bindung bei Kindern depressiver Mütter lassen sich in den krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Interaktion finden. Wie bereits in Kapitel 2.1.3 beschrieben worden ist, zählen zu den Symptomen einer Depression u.a. Emotionslosigkeit und mangelnde Regiabilität. Dadurch können die Empathie der Mutter, ihre emotionale

Verfügbarkeit und Mentalisierungsfähigkeit stark eingeschränkt sein. Sie ist den kindlichen Signalen gegenüber weniger feinfühlig, hält weniger Blickkontakt zu ihrem Kind und lächelt seltener. Auch der (vor)sprachliche Austausch wie das Imitieren der kindlichen Laute und Kommentieren von Verhaltensweisen und Prozessen der alltäglichen Pflege ist reduziert. (vgl. Lenz 2014, S. 201) Zudem weisen depressive Mütter ihr Kind öfter zurück, sind starr in ihrem Ausdruck und wirken teilweise sogar feindselig. Das Verhalten der Mutter kann beim Kind zu eingeschränkter Emotionalität, zu Isolierungstendenzen, geringerer Sozialkompetenz und weniger prosozialem Verhalten führen. (vgl. Siegler / DeLoache 2011, S. 428) Außerdem reagieren depressive Mütter oftmals nicht feinfühlig, sondern stark verzögert (oder gar nicht) auf die kindlichen Signale. Das Kind kann die mütterliche Reaktion bei einer großen zeitlichen Verzögerung nicht mehr als Antwort auf die eigene Aktion einordnen und fühlt sich in seiner Abhängigkeit machtlos und ausgeliefert. (vgl. Deneke / Lüders 2003, S. 177)

Bei einer permanenten mangelnden Stimulation und Sensitivität kann es sein, dass das Kind mit Rückzugstendenzen, negativem Affekt und Blickkontaktvermeidung reagiert. Die Mutter kann dann wiederum dieses Verhalten des Kindes als Ausdruck fehlender Liebe auffassen, was Schuldgefühle hervorrufen und die Depression weiter verstärken kann. (Siehe Abbildung 2)

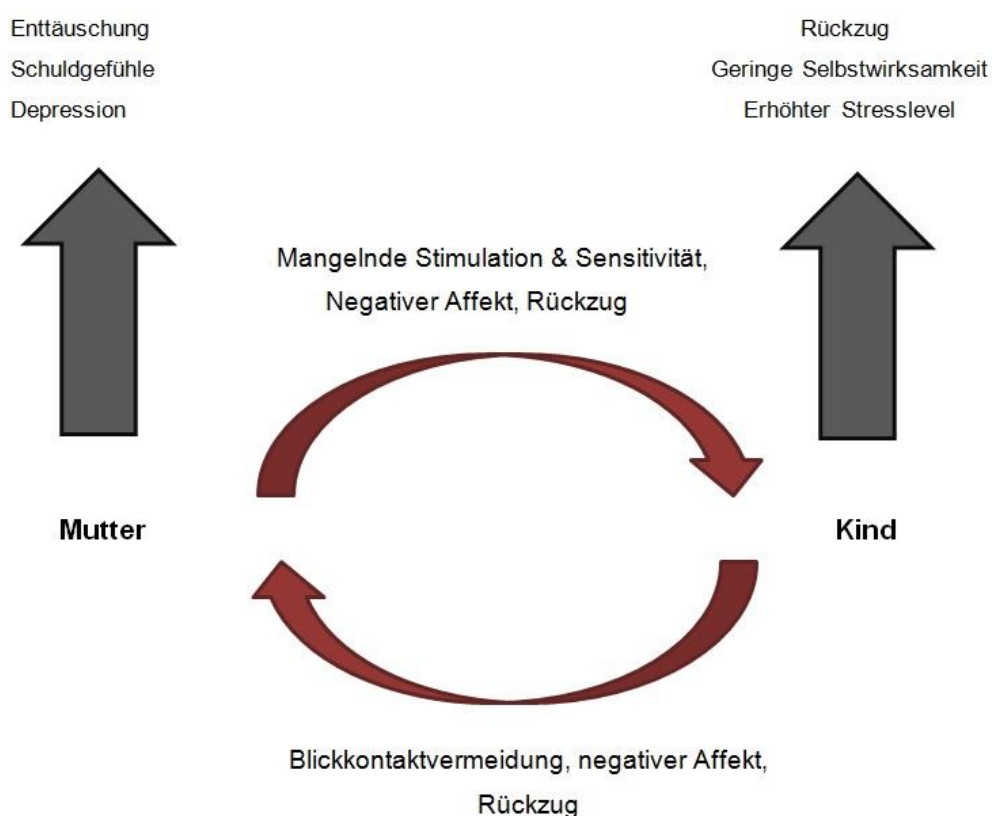


Abbildung 2: Teufelskreismodell der depressiven Mutter-Kind-Interaktion  
(Eigene Darstellung in Anlehnung an Reck / Weiss 2004, S. 1072)

Zusammenfassend kann man also sagen, dass die durch die mütterliche Depression beeinträchtigte MKI die Bindungsentwicklung negativ beeinflusst, was sich wiederum negativ auf die kindliche sozial-emotionale und kognitive Entwicklung auswirkt.

Dem Entwicklungsverlauf des Kindes folgend können weitere Belastungen der MKI im Vorschul- und Schulalter auftreten. Laut Erik H. Eriksons Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung muss der Mensch verschiedene Entwicklungsstufen erfolgreich bewältigen, die je eine psychosoziale Krise beinhalten (siehe Abbildung 3). Ziel der Bewältigung ist die Wahrung der Balance zwischen den beiden entgegengesetzten Polen der Krise. Der Theorie zufolge beeinflusst die negative Bewältigung einer psychosozialen Krise den weiteren Entwicklungsverlauf. Der Mensch stagniert in der Phase, die er nicht erfolgreich gelöst hat und wird die Konflikte der Phase in die nächste mitnehmen. Die Probleme kumulieren sich und behindern so die Identitätsentwicklung.

Im Vorschulalter (hier „mittleres Kindesalter“) gilt es, die Krise „Initiative vs. Schuldgefühl“ zu bewältigen. Das Kind entwickelt den Drang, Dinge ohne fremde Hilfe anzugehen, also Initiative zu ergreifen. Gleichzeitig bildet sich das Gewissen aus, das Kind internalisiert elterliche Regeln und Normen und beginnt Schuldgefühle zu verspüren, wenn es jenen nicht gerecht wird. Ziel dieser Stufe ist es, dass das Kind eine hohe Initiative ausbildet und den Regeln der Eltern folgt, ohne das Gefühl zu entwickeln, nicht gut genug zu sein und andere zu enttäuschen. Vom Schulalter bis zur Pubertät zieht sich die Krise „Werksinn vs. Minderwertigkeitsgefühl“ hin. Das Kind möchte etwas Nützliches schaffen, es strebt nach Anerkennung für das Geleistete. Erwachsene dienen als Vorbild für Aufgaben und Anstrengungen und können dem Kind Erfolgserlebnisse ermöglichen. Bleiben diese aus, kann das Kind Minderwertigkeit empfinden und Versagensängste entwickeln. Bei erfolgreicher Bewältigung der Krise sollte das Kind in der Lage sein strebsam

einer Arbeit nachzugehen sowie dabei mit anderen zu kooperieren und ein positives Selbstwertgefühl zu besitzen. (vgl. Siegler / DeLoache 2011, S. 343)

<u>Alter</u>	<u>Stufe / Psychosoziale Krise</u>
Säuglingsalter 1. Lebensjahr	Urvertrauen vs. Urmissstrauen
Frühes Kindesalter 2. und 3. Lebensjahr	Autonomie vs. Scham & Zweifel
<b>Mittleres Kindesalter 4. und 5. Lebensjahr</b>	<b>Initiative vs. Schuldgefühl</b>
<b>Spätes Kindesalter 6. Lebensjahr bis Pubertät</b>	<b>Werksinn vs. Minderwertigkeitsgefühl</b>
Adoleszenz ab Pubertät	Identität vs. Rollendiffusion
Frühes Erwachsenenalter ab 20 Jahren	Intimität vs. Isolation
Mittleres Erwachsenenalter ab 40 Jahren	Generativität vs. Stagnation
Höheres Erwachsenenalter ab 60 Jahren	Integrität vs. Verzweiflung

Abbildung 3: Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung nach E. Erikson  
(Eigene Darstellung in Anlehnung an Lohaus / Vierhaus 2013, S. 12)

Zur erfolgreichen Bewältigung der Krisen braucht das Kind, neben anderen BP, insbesondere die Mutter. Diese muss einerseits als regulierende Instanz wirken, die Grenzen setzt, für das Kind wichtige Regeln aufstellt und diese auch konsequent durchsetzt. Sie sollte dem Kind genug Raum zur Entfaltung lassen und fordernde Aufgaben stellen, die das Kind zur Selbstständigkeit erziehen. Andererseits muss die Mutter auch Ansprechpartnerin bei Problemen in der Kita / Schule und bei Konflikten im sozialen Miteinander sein. Sie sollte sensibel auf diese Probleme eingehen und ein Gespräch mit dem Kind aufnehmen, es unterstützen sowie emotionale Wärme und Trost spenden. In allen Phasen ist es für die kindliche Entwicklung von herausragender Bedeutung, dass die Mutter dem Kind Liebe,

emotionale Wärme und Zuneigung entgegenbringt. Das Gefühl, etwas wert zu sein und geliebt zu werden, stärkt das Kind in seiner Persönlichkeitsentwicklung.

Depressive Mütter weisen im Gegensatz zur eben beschriebenen Idealvorstellung der MKI einen „depressiven Interaktionsstil“ auf. Sie äußern häufiger negative Gefühle dem Kind gegenüber, agieren bestrafend und wenig responsiv. (vgl. Kötter / Stemmler 2010, S. 115) Zudem haben die Mütter vermehrt Schwierigkeiten in der Erziehung des Kindes. Sie agieren oft verunsichert und inkonsequent. Weitere mögliche Defizite im Erziehungsverhalten sind weniger Wärme in der Interaktion, feindselige und zwingende Erziehungspraktiken sowie körperliche Bestrafung. (vgl. Kötter / Stemmler 2010, S. 110) Diese Beeinträchtigungen in der Interaktion können negative Folgen für das Kind mit sich bringen. In Anlehnung an die Theorie Eriksons kann das Kind im Vorschulalter das strafende Verhalten der Mutter als deren Enttäuschung auffassen und infolgedessen starke Schuldgefühle entwickeln und weniger Eigeninitiative aufzeigen. Die fehlende Unterstützung und Anerkennung der Leistungen des Schulkindes durch die Mutter kann bei diesem zu Minderwertigkeitskomplexen und fehlendem Selbstbewusstsein führen sowie die Ausbildung der sozialen und kognitiven Fähigkeiten des Kindes einschränken. Des Weiteren kann der inkonsistente Erziehungsstil Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation des Kindes im Schulalter hervorrufen, Beziehungs- und Schulprobleme sowie antisoziales Verhalten verursachen. Auch externalisierende oder internalisierende Verhaltensweisen beim Kind wie Hyperaktivität oder sozialer Rückzug werden mit diesem negativen Erziehungsstil assoziiert. (vgl. Dette-Hagenmeyer / Reichle 2014, S. 198f.)

Letztendlich haben die dargestellten Beeinträchtigungen der MKI durch die mütterliche Depression also einen großen Effekt auf das Leben der Kinder in den unterschiedlichen Altersstufen, da sie die kognitive und emotionale Entwicklung und das psychische Wohlbefinden der Kinder negativ beeinflussen können.

Im nächsten Kapitel werden weitere Belastungen für Kinder depressiver Mütter vorgestellt, die sich auf das Leben der Kinder auswirken, sich aber zumeist nicht direkt aus der MKI ergeben.



## **3.2 Emotionale, psychische und psychosoziale Belastungen von Kindern depressiver Mütter**

Dieses Kapitel thematisiert verschiedene Belastungsfaktoren, mit denen Kinder depressiver Mütter konfrontiert sein können. Es können individuelle Unterschiede in der Kombination der Faktoren bestehen, einige können in stärkerer Ausprägung vorhanden sein, während andere gar nicht auftreten. Es wird in der Darstellung zwischen direkten und indirekten Auswirkungen der Belastungsfaktoren unterschieden. Als direkte Auswirkungen bezeichnet man solche, die aus dem Erleben der Krankheit der Mutter entstehen. Zu den indirekten Auswirkungen kann man Folgeprobleme der mütterlichen Erkrankung, die die familiäre und soziale Situation verändern, zählen. (vgl. Hausser 2012, S. 32f.) Viele der aufgeführten Belastungen werden in der Literatur für Kinder psychisch kranker Eltern im Allgemeinen angegeben. Es wird innerhalb der einzelnen Abschnitte versucht, depressionsspezifische Belastungsaspekte der Kinder herauszuarbeiten. Zusätzlich zu den im Folgenden dargestellten Auswirkungen kommen einige der psychosozialen Belastungsfaktoren hinzu, die im Zusammenhang mit der Entstehung von der mütterlichen Depression in Kapitel 2.1.2 beschrieben worden sind. Diese Faktoren haben zumeist nicht nur Auswirkungen auf die Elternebene, sondern betreffen die Kinder im gleichen Maße.

### **Direkte Auswirkungen**

#### Tabuisierung

In vielen Familien herrscht ein Kommunikationsverbot, (vgl. Wiegand-Grefe / Gegers [u.a.] 2009, S. 163) welches den Kindern unterschwellig suggeriert oder direkt auferlegt wird. Die psychische Krankheit der Mutter wird weder innerfamiliär noch außerhalb der Familie thematisiert. Die Kommunikationsvermeidung kann sowohl auf der Eltern- als auch auf der Kinderebene bestehen. Eltern verschweigen die psychische Krankheit der Mutter zum einen aus Angst, dass das Wissen das Kind zusätzlich belasten könnte, und zum anderen aus Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung durch Außenstehende. (vgl. Griepenstroh / Heitmann [u.a.] 2012, S. 38)

„Darüber hinaus bestehen auch elterliche Unsicherheiten in Bezug auf die Krankheitskommunikation mit den Kindern [...], d.h. in diesen Fällen mangelt es an der

Fähigkeit, die eigene Krankheit kindgerecht zu kommunizieren oder daran, den Kindern das Verstehen der Erkrankung zuzutrauen.“ (ebd.)

Das Kind kann den Eindruck entwickeln, weder in der Familie, noch bei Freunden über die Krankheit der Mutter sprechen zu dürfen.

„[...] Mama möchte das auch nicht, dass ich mit anderen Kindern oder mit dem Lehrer in der Schule und darüber rede und so was [...] das hat sie mir gesagt [...] Das wäre schon sehr unangenehm, dass das alle wissen. (w, 8 Jahre)“ (Lenz 2014, S. 101)

Es hat Angst vor einer Krankheitsverschlechterung und vor Sanktionen der Eltern. (vgl. Griepenstroh / Heitmann [u.a.] 2012, S. 37) Zudem fürchtet das Kind die Familie zu verraten, wenn es sich Personen außerhalb der Familie anvertraut. (vgl. Mattejat / Renschmidt 2008, S. 315)

Das Kind kann die Depression der Mutter durch die fehlende Aufklärung nicht verstehen und einordnen. Dies kann dazu führen, dass das Kind sich in seiner Phantasie eigene Erklärungen für das mütterliche Verhalten zurechtlegt, die schlimmer als die Realität sein können, und das Kind stark belasten.

### Schuldgefühle

In dem subjektiven Erleben der mütterlichen Krankheit kann es zur Ausbildung von Schuldgefühlen beim Kind kommen.

„In seinem frühkindlichen-magischen Denken sieht sich das Kind vielleicht selbst als Urheber der schwierigen Emotionen des Elternteils und versucht erfolglos die Mutter [...] zum Lachen zu bringen, zu beleben oder zu besänftigen. Schuldgefühle und eine Beeinträchtigung sozialer Selbstwirksamkeitsüberzeugungen können daraus resultieren.“ (Leu 2014, S. 23)

Das Kind nimmt die Krankheitssymptome und Beeinträchtigungen der Mutter wahr. Aufgrund der fehlenden Aufklärung und Kommunikation über die Krankheit kann das Kind diese Veränderungen aber nicht einordnen und zieht einen Zusammenhang zwischen dem eigenen Verhalten und der mütterlichen Symptomatik. In der Folge können massive Schuldgefühle beim Kind entstehen, da es glaubt Verursacher der Krankheit der Mutter zu sein. (vgl. Griepenstroh / Heitmann [u.a.] 2012, S. 37)

Bsp.: Die Hauptsymptome der Depression deutet das Kind als Reaktion auf das eigene, „schlechte“ Verhalten. Das Kind glaubt, dass die Mutter ständig traurig ist, weil es sich fehlverhält. (vgl. Lenz 2014, S. 93)

## Isolation

Durch die Tabuisierung und das Kommunikationsverbot kann sich das Kind niemandem anvertrauen. Es weiß nicht, an wen es sich mit seinen Problemen wenden soll und fühlt sich allein gelassen. (vgl. Wiegand-Grefe / Geers [u.a.] 2009, S. 163) Die Folge können Verhaltensauffälligkeiten in der Einrichtung (Kita, Schule) beim Kind sein, um anderweitig Aufmerksamkeit zu erregen. Diese Auffälligkeiten werden zwar wahrgenommen, aber aufgrund der Unwissenheit über die mütterliche Erkrankung nicht als „Hilferuf“ des Kindes eingeordnet, sondern als Störung des Ablaufs sanktioniert.

Ein weiterer Isolierungsfaktor der mütterlichen Depressivität ist der Verlust von Freundschaften des Kindes. Die Mutter zieht sich durch ihre Depression aus dem sozialen Alltag zurück und bricht Kontakte zu Freunden und Familie ab. Der soziale Rückzug der Mutter bedeutet für das Kind in den meisten Fällen, dass es auch Freunde verliert und gleichzeitig schwerer neue Freunde findet. (vgl. Griepenstroh / Heitmann [u.a.] 2012, S. 40) Außerdem kann es sein, dass das Kind sich aus Scham für die depressive Mutter nicht traut Freunde zu sich nach Hause einzuladen. Die mütterliche Depressivität kann somit beim Kind zu einer „doppelten Isolation“ führen: Einerseits ist es in der Familie isoliert, da kein richtiger familiärer Alltag mehr existiert und andererseits ist es außerhalb der Familie isoliert, da das Kind mit niemandem über seine Probleme sprechen kann, und der Kontakt zu Freunden verloren geht.

## **Indirekte Auswirkungen**

### Abwertungserlebnisse / Stigmatisierungen

Nicht selten sind Kinder depressiver Mütter Abwertungserlebnissen außerhalb der Familie ausgesetzt. Die Stigmatisierung von Depressionen in der Gesellschaft trägt dazu bei. Sie wird wie folgt definiert:

„Stigmatisierung bezeichnet einen Prozess, in dessen Verlauf innerhalb einer Gesellschaft bestimmte äußere Merkmale von Personen und Gruppen [...] mit negativen Bewertungen belegt und die Betroffenen in eine Randgruppenposition gedrängt werden.“ (Gühne / Fricke [u.a.] 2014, S. 62)

Das Kind erlebt mit, wie die Mutter von Außenstehenden mit negativen Stereotypen und Vorurteilen konfrontiert wird. (vgl. Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2014) Gesellschaftliche Ausgrenzungen und Benachteiligungen können Folgen

der Stigmatisierung sein. Das soziale Netzwerk der Familie wird durch Ablehnungen von Freunden, Bekannten und sogar Verwandten stark belastet. Es kann zu Benachteiligungen im Berufsleben und zum Verlust des Arbeitsplatzes kommen. Zusätzlich besteht ein höheres Armutsrisiko für die Familie. (vgl. Schomerus 2010, S. 253)

Die Abwertung und Stigmatisierung können sehr belastend auf das Kind wirken. Es kann selbst von Ausgrenzungen und Mobbing in der Kita oder der Schule betroffen sein, auch die ökonomischen Benachteiligungen der Familie kann es durch mögliche Umzüge in kleineren Wohnraum und geringeren Lebensstandard zu spüren bekommen. Das Kind leidet doppelt. Zum einen leidet es mit der Mutter, wenn es mitbekommt, dass diese Ablehnung und Ausgrenzung erfährt. Zum anderen leidet es unter den eigenen Ablehnungserfahrungen.

#### Aufmerksamkeitsmangel (Betreuungsdefizit)

Die depressive Symptomatik der Mutter erschwert es ihr, sich adäquat um ihr Kind zu kümmern. Sie ist mit ihren Problemen überfordert und kann die Bedürfnisbefriedigung ihres Kindes nicht mehr ausreichend sicherstellen. (vgl. Wiegand-Grefe / Geers [u.a.] 2009, S. 163) Dem Kind fehlt es an Aufmerksamkeit und Fürsorge, die Mutter ist als Ansprechpartnerin oft nicht verfügbar. Es kann zu einem Betreuungsdefizit kommen, wenn die Mutter nicht mehr in der Lage ist für das Kind zu sorgen, zu kochen, es aus der Kita / Schule abzuholen und es altersgemäß zu fördern. (vgl. Griepenstroh / Heitmann [u.a.] 2012, S. 41) Der Vater muss viel Zeit in die Versorgung der Mutter investieren und ist als Alleinverdiener oftmals in Vollzeit beschäftigt. Das Kind ist auf sich allein gestellt. (vgl. Schneider 2009, S. 845) Aufgrund ihrer Symptome ist es der Mutter nur noch schwer möglich sich empathisch in das Kind hineinzusetzen und affektiv auf das Kind einzugehen. Die Antriebslosigkeit und Niedergeschlagenheit können dazu führen, dass sie sich aus dem familiären Alltag zurückzieht und Aufgaben wie z.B. Hilfe bei den Hausaufgaben des Kindes vernachlässigt.

Der Schmerz des Kindes über den „emotionalen Verlust“ der Mutter kann in der Folge zu internalisierenden und externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten, Leistungsabfall in der Schule und zu Gefühlen der Wertlosigkeit führen.

## Parentifizierung

(lat.: parentes → „Eltern“ + facere → „machen“)

Unter dem Begriff der Parentifizierung wird die Verantwortungsverschiebung von der Mutter hin zum Kind verstanden. Das Kind nimmt Eltern- oder sogar Partnerfunktionen ein, die die Mutter krankheitsbedingt, aufgrund von Klinikaufenthalten oder ihres Zustandes, nicht mehr übernehmen kann. (vgl. Lenz / Kuhn 2011, S. 270f.) Es können hierbei zwei Formen unterschieden werden: die funktionale und die emotionale Parentifizierung. Erstere meint die Übernahme der Fürsorge des Kindes für (jüngere) Geschwister, der Aufgaben im Haushalt und der Verpflegung der Familie. (vgl. Schier / Egle [u.a.] 2011, S. 364) Hier sind insbesondere das Einkaufen, Kochen, Waschen, und Aufräumen zu nennen. Das Spektrum der Aufgaben kann aber auch die Verantwortung für Zahlungsverkehr, Kontakte zu Behörden oder Versicherungen umfassen. (vgl. Desch 2014, S. 20) Die emotionale Parentifizierung ist als die „emotional dauerhaft überfordernd gefühlte Zuständigkeit für die psychische Befindlichkeit des Elternteils [der Mutter]“ (Schier / Egle [u.a.] 2011, S. 366) definiert. Das Kind ist für die emotionale Versorgung und Stabilisation der Mutter zuständig, wird zum Verbündeten und fungiert als Ansprechpartner, Ratgeber und Trostspender bei Problemen der Mutter. Bei Konflikten der Eltern kann es vorkommen, dass das Kind in diese miteinbezogen wird und die Rolle des Vermittlers einnimmt. Dies belastet das Kind ungemein, da es das Gefühl hat, sich auf eine Seite stellen zu müssen. Das parentifizierte Kind opfert sich also für die Familie auf und stellt eigene Bedürfnisse zurück, um für die Familie zu sorgen. (vgl. Griepenstroh / Heitmann [u.a.] 2012, S. 38f.) Aufgrund der Rollenumkehr wirkt das Kind erwachsen und vernünftig, die Mutter regrediert auf die Kinderebene. Die Übernahme von Eltern- oder Partnerfunktionen, die dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes nicht angemessen sind, stellen eine Überschreitung der Grenzen des elterlichen und kindlichen Subsystems dar und können negative Auswirkungen auf das Kind nach sich ziehen. Dies können Schwierigkeiten in der Emotionsregulation oder des sicheren Bindungsaufbaus zur Mutter sein. (vgl. Schier / Egle [u.a.] 2011, S. 368) Eine zeitlich nicht limitierte Parentifizierung kann zu hohen körperlichen und psychischen Belastungen führen, welche Konzentrationsstörungen, geringe Schulleistungen, Verlust von Freundschaften und Isolation nach sich ziehen können. (vgl. Desch 2014, S. 21)

Kinder depressiver Mütter können je nach Verlauf der mütterlichen Erkrankung phasenweise parentifiziert sein. Befindet sich die Mutter in Remission, ist es ihr häufig möglich die Rolle in der Familie auszufüllen. In einer akuten depressiven Episode der Mutter ist diese zumeist nicht mehr in der Lage für den Haushalt und ihre Kinder zu sorgen. Die ständige Müdigkeit, Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit der Mutter können dazu führen, dass sie die meiste Zeit im Bett verbringt. In diesem Fall steht oft das (älteste) Kind in der Verantwortung den Haushalt zu führen, die Geschwister zu versorgen, mit ihnen Hausaufgaben zu machen und sie ins Bett zu bringen. Außerdem kann sich das Kind dafür verantwortlich fühlen, sich um die kranke Mutter zu kümmern. Der Vater (sofern er mit im Haushalt lebt) kann das Kind bei diesen Aufgaben nur wenig unterstützen, da er oftmals arbeiten geht, um die finanzielle Versorgung der Familie sicherzustellen. Ein damaliges Kind einer depressiven Mutter beschreibt ihre Gefühle folgendermaßen:

„Ich habe mich schon immer sehr belastet gefühlt, wenn ich für meine Mutter (das fing an, als ich zwölf war) Behördengänge oder Verhandlungen mit Versicherungen / Banken durchführen musste. Im Nachhinein muss ich sagen, dass ich dadurch zwar viel gelernt habe, dass es aber ein grässliches Gefühl ist, wenn man als Kind die Mutter beschützt und nicht umgekehrt.“ (Müller-Rörich / Hass [u.a.] 2013, S. 228)

### Loyalitätskonflikte

Die Loyalitätskonflikte können in innerfamiliäre und außerfamiliäre Loyalitätskonflikte unterteilt werden.

Die innerfamiliären Loyalitätskonflikte bestehen für das Kind darin, dass es bei Konflikten der Eltern in diese miteinbezogen und instrumentalisiert wird und unter Umständen das Gefühl hat sich für einen Elternteil entscheiden zu müssen. Es wird mit dieser Allianzbildung überfordert und stark unter Druck gesetzt. (vgl. Gehrman / Sumargo 2009, S. 386)

Die außerfamiliären Loyalitätskonflikte kommen durch die Scham vor Freunden / Bekannten für die depressive Mutter zustande. Das Kind ist mit seiner Familie und der Mutter verbunden, schwankt aber durch die Scham zwischen Loyalität und Distanzierung. (vgl. Wiegand-Grefe / Geers [u.a.] 2009, S. 163) Es muss sich ständig neu für die Wahrung der eigenen Bedürfnisse, oder die der Mutter entscheiden.

## Elterliche Konflikte

In Familien mit einem depressiven Elternteil sind die Scheidungsraten höher als in Familien, in denen beide Eltern psychisch gesund sind. Als Gründe hierfür können die vermehrten, und über einen längeren Zeitraum hinweg auftretenden, Eheprobleme genannt werden. Diese sind durch eine negativere Interaktion der Eltern, häufigere Konflikte, durch einen Mangel an emotionaler Wärme und positivem Austausch charakterisiert. (vgl. Lenz / Kuhn 2011, S. 270)

Die depressive Symptomatik der Ehefrau / Partnerin, vor allem die Emotionslosigkeit, Dysphorie und der Libidoverlust, können eine starke Belastung der elterlichen Partnerschaft darstellen. Der Mann kann sich einsam und von seiner Frau / Partnerin vernachlässigt fühlen. Außerdem können Frust und Wut auf sie dazukommen, da sich der Mann von seiner Frau / Partnerin in der Fürsorge für die Kinder, den Haushalt und die finanzielle Versorgung der Familie im Stich gelassen fühlen kann. Mögliche negative Reaktionen des Mannes auf die belastende Situation sind die Flucht in Arbeit, Trennung / Scheidung oder sogar psychische / physische Gewalt. (vgl. ebd.)

Die Partnerschaft der Eltern hat einen großen Einfluss auf das Kind. Wirken die Eltern zufrieden und nimmt das Kind die Eltern als Paar wahr, fühlt es sich in seiner Familie sicher und geborgen. Bestimmen hingegen, wie eben beschrieben, Disharmonien, Konflikte und (psychische) Gewalt zwischen den Eltern den familiären Alltag, belastet dies das Kind in großem Maße. Es hat Angst einen Elternteil durch Scheidung / Trennung der Eltern zu verlieren. Zusätzlich kann das Kind das Gefühl entwickeln, Schuld an den Problemen der Eltern zu sein, da es Mutter und Vater nicht gut genug entlastet hat. Zudem existiert für das Kind eine zwei- bis fünffach erhöhte Wahrscheinlichkeit für Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellen Missbrauch durch Familienmitglieder oder durch Personen aus dem engeren Umfeld der Familie. (vgl. Mattejat / Remschmidt 2008, S. 314) Sind die Eltern aufgrund von Konflikten nicht in der Lage miteinander zu kommunizieren und die Kinder innerhalb dieser Gespräche in den Blick zu nehmen, ist es sowohl schwerer Warnsignale der Kinder zu erkennen, als auch leichter eine Misshandlung / einen Missbrauch zu verschleiern.

## Verlustangst

Die Depression der Mutter ist für das Kind mit vielen Ängsten verbunden. Die wohl größte Angst des Kindes ist es die Mutter zu verlieren. Zum einen kann dies durch Klinikaufenthalte der Mutter begründet sein. Je jünger das Kind ist, desto weniger kann es die Abwesenheit der Mutter (teilweise über mehrere Monate) einordnen und, trotz möglicher Besuche in der Klinik, die Angst entwickeln, dass sie nicht mehr wiederkommt. (vgl. Kupferschmid 2014, S. 12)

Zum anderen können von der Mutter geäußerte Suizidgedanken oder miterlebte Suizidversuche eine reale und begründete Verlustangst hervorrufen. (vgl. ebd.) Wie in Kapitel 2.1.3 bereits beschrieben, sterben 15% der von Depressionen Betroffenen durch die Selbsttötung, 20-60% begehen Suizidversuche. Die Kinder erleben sich als hilf- und machtlos, sie haben keine Kontrolle über die Situation und sind der mütterlichen Verzweiflung, die sie bis zum Todeswunsch treiben kann, ausgeliefert.

Das folgende Zitat stammt von einem Familienvater:

„(...) Wir sind seit etlichen Jahren verheiratet und haben mehrere Kinder. (...) Meine Frau leidet schon seit vielen Jahren an schweren Depressionen und hat ständig Suizidgedanken. Sie war auch schon des Öfteren in Behandlung in unterschiedlichen Kliniken und Stationen. (...) Meine Familie und ich sind zurzeit völlig fertig. Die Kinder weinen sehr viel und haben Angst, dass sie ihre Mutter das nächste Mal ganz verlieren könnten. (...)“ (Müller-Rörich / Hass [u.a.] 2013, S. 34f.)

Ältere Kinder kann zusätzlich zur Verlustangst auch die Angst vor einer eigenen Erkrankung belasten. Sie wissen oftmals nicht um die Transmissionsmechanismen und befürchten selber krank zu werden und dieser Krankheit hilflos ausgeliefert zu sein. (vgl. Lenz 2014, S. 99)

## Ökonomische Situation

Psychosoziale Belastungen, die eine Gefährdung für die kindliche psychische Gesundheit darstellen, sind in Familien, in denen die Mutter an einer Depression erkrankt ist, überrepräsentiert. Zu diesen Belastungen zählt insbesondere ein niedriger SES in Form von Armut, ungünstigen Wohnverhältnissen und Arbeitslosigkeit. (vgl. Lenz / Kuhn 2011, S. 271f.) Von Kardorff beschreibt die ökonomische Lage der Familien noch präziser, indem er auf Studien verweist, deren Ergebnisse besagen, dass von Depressionen Betroffene...



„[...] häufig niedrigere Einkommen haben; ein doppelt so hohes Risiko aufweisen, den Arbeitsplatz zu verlieren; eine fast doppelt so hohe Erwerbslosigkeit aufweisen; ein dreimal so hohes Risiko haben, verschuldet zu sein; häufiger Mietrückstände haben; sich eher in prekären sozialen Lagen befinden oder an der Armutsgrenze leben.“ (Von Kardorff 2010, S. 289)

Im Kapitel der Depressionsentstehung ist bereits auf die negative Wirkung eines niedrigen SES eingegangen worden. Die Lebensumstände, die eventuell mit zur Depressionsentstehung bei der Mutter beigetragen haben, können also weiter fortbestehen und sich durch die Depression noch verschlechtern. Der mögliche Verdienstaustausfall der Mutter und die erhöhten Ausgaben aufgrund ihrer Erkrankung verringern beispielsweise das Familieneinkommen und können zu finanziellen Problemen der Familie beitragen. (vgl. Wagenblaus 2012, S. 78)

Die beschriebene prekäre soziale und finanzielle Lage hat einen großen Einfluss auf das Kind. Diese kann dazu führen, dass die Grundversorgung des Kindes mit gesunden und nahrhaften Lebensmitteln, passender und den Jahreszeiten entsprechender Kleidung, altersgerechten Spielzeugen und Lernmaterialien nicht mehr gewährleistet werden kann. Die Erscheinung und das Selbstvertrauen des Kindes können darunter leiden und zu Ablehnung und Hänseleien von Gleichaltrigen in der Kita oder in der Schule führen. (vgl. Lenz 2014, S. 41)

### **3.3 Intergenerationale Transmission von psychischen Störungen**

Im vorangegangenen Kapitel sind die Belastungsfaktoren, denen Kinder depressiver Mütter ausgesetzt sein können umfassend beschrieben worden. Einige Risiken und Folgen der Belastungen für die Kinder sind bereits dargestellt worden. Das für das Leben der Kinder sicherlich folgenreichste Risiko, die Entwicklung einer eigenen psychischen Störung, soll nun in einem eigenen Kapitel betrachtet werden. An einigen Stellen dieses Kapitels wird von „stressreichen oder belastenden Umweltbedingungen / Lebensereignissen“ gesprochen. Diese werden synonym zu den im vorigen Kapitel beschriebenen Belastungsfaktoren verwendet. In der Literatur existieren bislang noch zu wenige Untersuchungen darüber, ob die mütterliche Depression das Risiko für die Ausbildung psychischer Störungen beim Kind in stärkerem Maße beeinflusst, als die väterliche. Aus diesem Grunde, werden im Folgenden Ergebnisse dargestellt, die sich auf die Depression eines Elternteils / der Eltern im Allgemeinen beziehen, was die Mutter als Betroffene miteinschließt.

### 3.3.1 Risiken für die Entwicklung von psychischen Störungen

Die Depression der Mutter kann negative Folgen für die psychische Gesundheit des Kindes haben. Dieses ist von der Krankheit direkt betroffen und hat ein erhöhtes Risiko selbst eine psychische Störung zu entwickeln. (vgl. Lenz / Kuhn 2011, S. 269; Maybery / Reupert 2009, S. 785) Ein relevanter Faktor für die Auftretenswahrscheinlichkeit von psychischen Störungen ist das Alter der Kinder depressiver Mütter. Je jünger diese sind, desto höher ist das Risiko für psychische Störungen. Kleinkinder gelten als Hochrisikogruppe innerhalb der Gruppe „Kinder psychisch kranker Eltern“. Besonders häufig auftretende Störungen in dieser Altersgruppe sind Regulationsstörungen, Emotionsregulationsstörungen und Bindungsstörungen. (vgl. Lenz 2014, S. 29; Heitmann 2013, S. 113) Zu Unterschieden in den Risiken, das Geschlecht der Kinder betreffend, gibt es bislang keine gesicherten Befunde. (vgl. Lenz 2014, S. 29)

Die Wahrscheinlichkeit selbst eine psychische Störung zu entwickeln, ist für Kinder um das 4-fache erhöht, wenn ein Elternteil depressiv ist. (vgl. Mattejat 2014, S. 78) In Prozentzahlen ausgedrückt bedeutet dies, dass ca. 61% der Kinder irgendeine psychische Störung entwickeln. (vgl. Heitmann 2013, S. 110; Wiegand-Grefe / Geers [u.a.] 2011, S. 151; Lenz 2014, S. 25) Es besteht sowohl ein erhöhtes spezifisches Krankheitsrisiko, als auch ein erhöhtes allgemeines Risiko für psychische Krankheiten. (vgl. Mattejat / Renschmidt 2008, S. 313)

Das spezifische Depressionsrisiko für Kinder depressiver Eltern ist zwei bis vier Mal höher als das von Kindern psychisch gesunder Eltern. Die elterliche Depression gilt als Hauptrisikofaktor für eine Depression im Kindes- und Jugendalter. (vgl. Lenz 2014, S. 25; Griepenstroh / Heitmann [u.a.] 2012, S. 30) Im gesamten Lebensverlauf der Kinder depressiver Eltern liegt das Risiko der Entwicklung einer unipolaren Depression bei 32%. (vgl. Heitmann 2013, S. 111)

Nicht nur das Depressionsrisiko dieser Kinder ist erhöht, sondern auch das Risiko für andere psychische Störungen. Häufig entwickelte Störungen der Kinder sind Angststörungen und Substanzabhängigkeiten. (vgl. Mattejat 2014, S. 78; Griepenstroh / Heitmann [u.a.] 2012, S. 30) Das Risiko der Entwicklung einer Angststörung liegt im Lebensverlauf der Kinder depressiver Eltern bei 39%, das für Substanzstörungen bei 35%. (vgl. Heitmann 2013, S. 111) Weitere auftretende Stö-

rungen sind Phobien, Panikstörungen und Störungen des Sozialverhaltens. (vgl. Wiegand-Grefe / Geers [u.a.] 2011, S. 151)

Daran anschließend weisen die Kinder im Schulalter eine geringere Fähigkeit der Emotionsregulation (vgl. Dette-Hagenmeyer / Reichle 2014, S. 196) sowie ein erhöhtes Risiko für ex- und internalisierende Störungen auf. (vgl. Heitmann 2013, S. 109) Von den externalisierenden Störungen sind Jungen häufiger betroffen. (vgl. Freitag 2013, S. 58) Bei Mädchen ist das Risiko sowohl für internalisierende, als auch externalisierende Störungen gleichermaßen erhöht. (vgl. Freitag 2013, S. 61) Das erhöhte Risiko für externalisierende und internalisierende Störungen für Kinder depressiver Eltern lässt sich auf mehrere Faktoren zurückführen. Die Depression beeinflusst das mütterliche Empfinden und Erziehungsverhalten. Eine vereinfacht dargestellte Beispiel-Entstehung einer externalisierenden Störung würde demzufolge folgendermaßen aussehen:

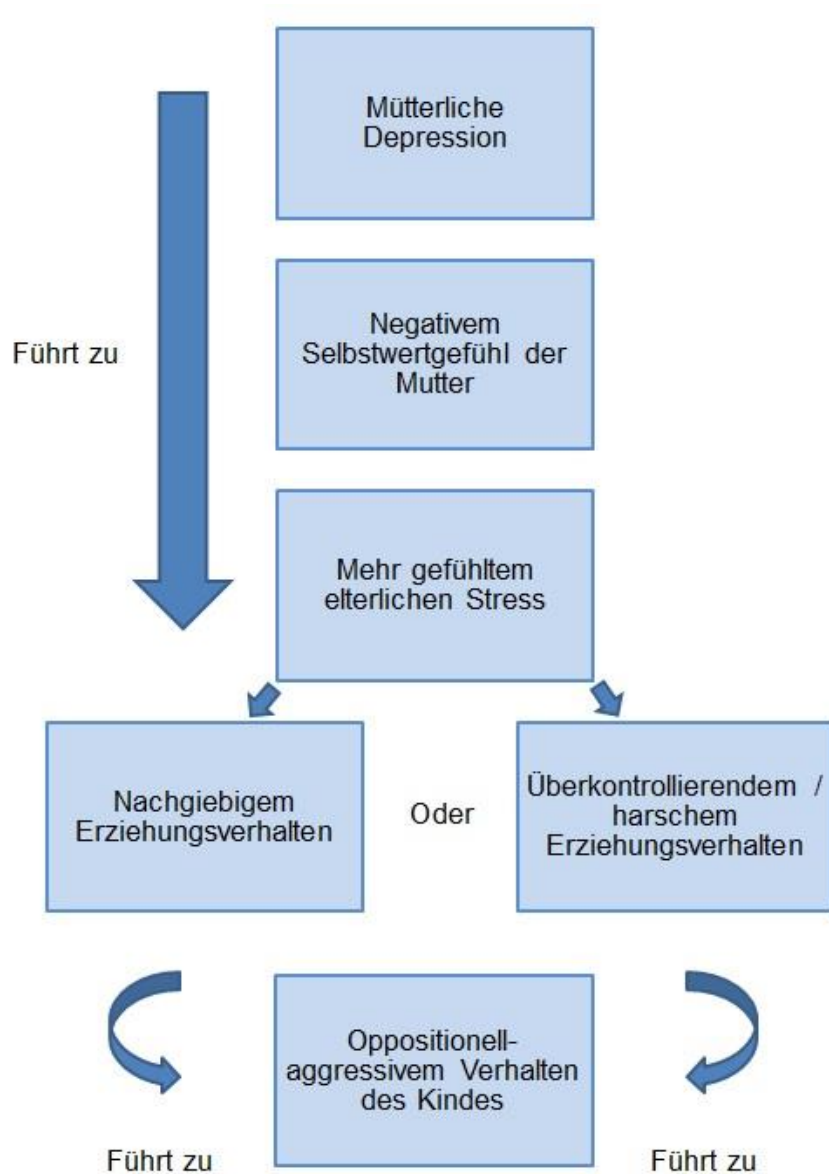


Abbildung 4: Beispiel für die Entstehung einer externalisierenden Störung  
(Eigene Darstellung in Anlehnung an Freitag 2013, S. 59)

Kinder mit einem depressiven Elternteil können neben den genannten psychischen Störungen auch klinisch nicht relevante Probleme entwickeln. Diese werden zwar nicht als psychische Störungen klassifiziert, beeinträchtigen jedoch die psychische Gesundheit ebenfalls. Hierzu zählen emotionale Dysfunktionen, unsichere Bindungen, Aggressionen, Aufmerksamkeitsdefizite, niedriges Selbstwertgefühl und ein geringeres Engagement in sozialen Beziehungen. (vgl. Wiegand-Grefe / Geers [u.a.] 2011, S. 150) Neben den psychischen Störungen können bei diesen

Kindern laut einer Studie der Universitätsklinik Eppendorf auch somatische Beschwerden auftreten. 14,5% der befragten Eltern mit psychischen Störungen, die sich in stationärer Behandlung befanden, schätzten ihr Kind in der Kategorie „Körperliche Beschwerden“ als auffällig ein. Weitere 4,8% der Kinder liegen aus Elternsicht im Grenzbereich dieser Kategorie. (vgl. Wiegand-Grefe / Geers [u.a.] 2011b, S. 216)

Abschließend ist zu sagen, dass bei den Kindern häufiger mehrere Störungen komorbid und persistierend, teilweise über die Dauer der mütterlichen Störung hinaus, auftreten. (vgl. Wiegand-Grefe / Geers [u.a.] 2011, S. 151) Auch die Suizidversuchsrate der Kinder ist mit 8%, gegenüber 1% bei Kindern mit psychisch gesunden Eltern, stark erhöht. (vgl. Lenz 2014, S. 26)

### **3.3.2 Übertragungsmechanismen der psychischen Störung**

Zu den intergenerationalen Übertragungsmechanismen der psychischen Störung von der Mutter auf das Kind bestehen viele Theorien. Die in Fachkreisen mittlerweile anerkannteste Theorie ist die, die Genetik und Umweltbedingungen (psychosoziale Faktoren und MKI) miteinander verknüpft und in einem Modell vereint. Es wird häufig als „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ angegeben. Durch die Vielzahl an Faktoren, die zusammenwirken, entstehen große interindividuelle Unterschiede in der Risikoausprägung der Kinder. (vgl. Freitag 2013, S. 56)

Die Entwicklung einer psychischen Störung bei den Kindern hängt von zwei Faktoren ab. Zum einen von der genetischen Ausstattung, die die Vulnerabilität (Anfälligkeit, Verletzlichkeit) des Kindes für psychische Störungen bestimmt, und zum anderen von den Umweltbedingungen, denen das Kind ausgesetzt ist.

Es wird davon ausgegangen, dass genetische Vulnerabilität und Umwelteinflüsse, positiv wie negativ, zusammenwirken. (vgl. Schneider 2009, S. 846) Die Gewichtung beträgt hierbei ca. 50 / 50. (vgl. Lenz 2014, S. 42) Die Kombination dieser beiden Faktoren kann die Depressionswahrscheinlichkeit erhöhen und ebenso abschwächen.

„Die genetische Ausstattung bestimmt mit darüber, ob sich bestimmte Lebensereignisse pathogen auswirken oder nicht; sie moderiert somit die Umwelteffekte.“ (Mattejat / Remschmidt 2008, S. 315)

Kinder mit einer genetischen Vulnerabilität für psychische Störungen reagieren somit stärker auf belastende Umweltereignisse als Kinder ohne jene. (vgl. Freitag 2013, S. 59)

Diese Theorie ist in einer Studie um Caspi et al. bestätigt worden. Die Forscher haben sich Gensequenzen von Probanden angesehen und sind dabei auf das Serotonin-Transporter-Gen 5-HTTLPR gestoßen, welches sie in drei Gruppen eingeteilt haben:

- 1) Zwei kurze Allele short / short (s/s)
- 2) Ein kurzes und ein langes Allel short / long (s/l) und
- 3) Zwei lange Allele long / long (l/l)

Das kurze Allel ist durch eine verminderte Verfügbarkeit von Serotonin aufgefallen. Wie bereits im Kapitel 2.1.2 beschrieben, steht ein Ungleichgewicht der Neurotransmitter im Verdacht die Depressionsentstehung zu begünstigen. Nach diesem Ergebnis ist die Lebensgeschichte der Probanden hinsichtlich stressreicher Lebensereignisse untersucht worden, mit dem Resultat, dass die Genausprägung s/s in Kombination mit stressreichen Lebensereignissen die Depressionswahrscheinlichkeit drastisch erhöht. Bei den Probanden mit zumindest einem langen Allel des Gens, wirkten sich die stressreichen Lebensereignisse weit geringer auf das Depressionsrisiko aus. (vgl. Mattejat / Remschmidt 2008, S. 314)

Weiterhin unterliegen die Belastungsfaktoren der Umwelt einem kumulativen Effekt, sie können sich gegenseitig verstärken. Dies wirkt sich besonders schwerwiegend auf die kindliche Entwicklung aus, denn je mehr Belastungsfaktoren auftreten, desto größer wird das Risiko des Kindes eine psychische Störung zu entwickeln. (vgl. Lenz / Kuhn 2011, S. 272) Das Risiko für Angststörungen und Depression steigt bei Kindern noch weiter an, wenn sowohl ein Elternteil, als auch ein Großelternteil an einer Depression erkrankt ist bzw. war. (vgl. Freitag 2013, S. 55)

Die Thesen zur intergenerationalen Transmission unterstützend, hat eine repräsentative Erhebung der Universitätsklinik Marburg ergeben, dass 32,3% der Mütter kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten irgendeine psychiatrisch relevante Störung, und 8,9% eine affektive Störung aufwiesen. (vgl. Mattejat / Remschmidt 2008, S. 313)

## 4. Präventionsarbeit

Dieses Kapitel geht zunächst auf die Resilienz und Schutzfaktoren von Kindern ein. Darauf folgend werden Präventionskonzepte und -programme vorgestellt, die für Kinder mit einem depressiven Elternteil existieren. Es werden Konzepte gewählt, die noch nicht auffällige Kinder in den Mittelpunkt der Prävention stellen. Interventionen für die Mutter oder bereits psychisch erkrankte Kinder der Familie bilden zwar einen wichtigen Bestandteil der Prävention für die noch unauffälligen Kinder, werden aber im Rahmen dieser Arbeit nicht dargestellt.

Lenz und Kuhn verdeutlichen das Ziel von Präventionen wie folgt:

„Alle Konzepte der Prävention sind darauf angelegt, vorbeugend (prophylaktisch) zu wirken, um mögliche Störungen der Persönlichkeitsentwicklung und Beeinträchtigungen der Gesundheit schon in einem frühen Stadium zuvorzukommen.“ (Lenz / Kuhn 2011, S. 293)

Aufgabe der Prävention ist nicht nur die Abmilderung der Risikofaktoren, sondern auch die Stärkung der Schutzfaktoren durch die Ressourcenaktivierung. (vgl. Lenz / Kuhn 2011, S. 294f.) Ziel ist die Entlastung des Kindes durch langfristige Hilfen zur dauerhaften Stabilisierung des Familiensystems. Hierzu zählt vor allem die Begleitung der Eltern, um die Erziehungsfähigkeit zu stärken. (vgl. Schlüter-Müller / Schuhmann 2012, S. 306f.) Zudem steht die Kompetenzstärkung des Kindes im Vordergrund. Die Einbindung in Sportvereine, musikalische Gruppen oder sonstige Aktivitäten, die das Selbstbewusstsein und den Ausbau des sozialen Netzwerks des Kindes stärken, ist zu fördern. (vgl. Schneider 2009, S. 851)

### 4.1 Resilienz- und Schutzfaktoren der Kinder

Resilienz wird als „psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken“ (Kupferschmid / Koch 2014, S. 83) definiert. Sie ist somit ein Prozess positiver Anpassung trotz bedeutender Belastungen. Am Ende dieses Prozesses, der die Entwicklung von Bewältigungskompetenzen umfasst, steht eine „erworbene psychische Robustheit“ (vgl. Lenz / Kuhn 2011, S. 273)

Die Resilienz ist situationsgebunden und spezifisch. Dies bedeutet, dass Kinder zu einem Zeitpunkt resilient sind, bei Steigerung der Belastungen oder Änderung der Lebensumstände jedoch vulnerabel sein können. (vgl. Lenz / Kuhn 2011, S. 274)

Die Resilienz kann durch das Vorhandensein von Schutzfaktoren der Kinder beeinflusst werden. Verfügt das Kind über mehrere Schutzfaktoren, wird es resilienter sein als ein Kind, das weniger Schutzfaktoren aufweist. Dies ist dadurch begründet, dass ein Schutzfaktor durch die Minderung der pathogenen Auswirkung von Risikofaktoren zu einer gesunden psychischen Entwicklung des Kindes beitragen kann. (vgl. Lenz / Kuhn 2011, S. 276) Im Folgenden werden die möglichen Schutzfaktoren der Kinder in persönliche und familiäre Schutzfaktoren sowie Schutzfaktoren der Umwelt gegliedert.

Als persönliche Schutzfaktoren des Kindes gelten ein positives Temperament und Sozialverhalten, eine hohe kindliche Aktivität sowie Leistungsmotivation in der Schule, Kommunikationsfähigkeit, ausgeprägte Interessen, eine gute Selbstkontrolle und eine Zukunftsperspektive. (vgl. Lenz / Kuhn 2011, S. 276ff.) Überdies wirken eine hohe Stresstoleranz und das Vermögen sich bei anderen Menschen Hilfe zu suchen protektiv. (vgl. Kupferschmid / Koch 2014, S. 83)

Lenz und Kuhn unterscheiden beim Temperament drei charakteristische Verhaltensmuster: Das einfache Kind, das langsam auftauende Kind und das schwierige Kind. Das Muster „einfaches Kind“ gilt den Autoren zufolge als Schutzfaktor. Es zeichnet sich durch eine positive Stimmungslage, ein gutes Anpassungsvermögen und durch eine Regelmäßigkeit der biologischen Funktionen (Schlaf-Wach-Rhythmus) aus. (vgl. Lenz / Kuhn 2011, S. 279)

Ein sozial positiv agierendes Kind weist eine hohe Empathiefähigkeit, Humor und kommunikative Fähigkeiten auf. Zudem ist es in der Lage seine Gefühle auszudrücken und verfügt über Problemlösestrategien. (vgl. Lenz / Kuhn 2011, S. 280)

Auch kognitive Kompetenzen wie Intelligenz und gute Schulleistungen wirken protektiv. Resiliente Kinder weisen häufiger hohe Intelligenzquotienten auf, als nicht-resiliente Kinder. Ein Grund für die protektive Wirkung von Intelligenz und Leistungsfähigkeit können die Steigerung von Selbstwert und Selbstwirksamkeit der Kinder durch positive Rückmeldung in der Schule oder von Mitmenschen sein. (vgl. Lenz / Kuhn 2011, S. 280) Diese beiden Faktoren haben eine große Bedeutung für die Bewältigung von Belastungen. Positive Ansichten von sich und das Gefühl der Kontrolle über das eigene Leben erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer positiven Entwicklung. (vgl. Lenz / Kuhn 2011, S. 281)



Die Belastungen der Erkrankung wirken sich auf die ganze Familie aus, die Belastbarkeit der Familie und somit auch die des Kindes, kann durch Schutzfaktoren gestärkt werden. Zu diesen familiären Schutzfaktoren zählen eine optimistische Einstellung, einen Sinn im Leben zu sehen, die Verbundenheit der Familienmitglieder, die Fähigkeit zum Affektausdruck, gemeinsame Problemlösestrategien, eine stabile häusliche Umgebung und eine gute Kommunikationskultur. (vgl. Lenz / Kuhn 2011, S. 275) Zudem kann die Erziehung einen Schutzfaktor für das Kind darstellen, wenn diese autoritativ gestaltet und von gemeinsamen Aktivitäten, festen Verhaltensregeln, Wert- und Normorientiertheit und einer Balance zwischen Fördern und Fordern geprägt ist. Auch die Einhaltung der Generationsgrenzen bzw. der Eltern- und Kinderrolle ist in diesem Zusammenhang wichtig. (vgl. Lenz / Kuhn 2011, S. 282)

Darüber hinaus kann eine positive Paarbeziehung der Eltern eine schützende Funktion innehaben. (vgl. Griepenstroh / Heitmann [u.a.] 2012, S. 33) Als positiv bezeichnet man die Paarbeziehung, wenn die Eltern insgesamt zufrieden sind, eine gemeinsame Konfliktlösung stattfindet und es Intimität sowie Rückzugsorte für die Partner gibt. (vgl. Lenz / Kuhn 2011, S. 283)

Schutzfaktoren der Umwelt sind positive Kontakte und Beziehungen zu Peers und Freunden, verlässliche Bezugspersonen außerhalb der Familie und Unterstützung durch Freunde, Verwandte, Lehrer sowie Erzieher.

„Soziale Ressourcen wirken als Puffer in Krisensituationen, mildern belastende Lebensereignisse und bilden ein Schutzschild gegenüber Herausforderungen, Spannungszuständen und Stressoren.“ (Lenz / Kuhn 2011, S. 284)

Des Weiteren ist die alters- und entwicklungsadäquate Vermittlung von Informationen zur mütterlichen Krankheit und somit Wissen über die Depression als Schutzfaktor anzuführen. (vgl. Mattejat 2014, S. 86) Die Beantwortung von Fragen und die Anknüpfung an Bedürfnisse des Kindes ermöglichen diesem ein größeres Verstehen der Depression zu entwickeln. (vgl. Lenz / Kuhn 2011, S. 287)

„Die Kinder werden durch Krankheitswissen und Krankheitsverstehen in die Lage versetzt, ihre Situation zu begreifen, Ressourcen zu mobilisieren sowie Belastungen zu bewältigen, um ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu fördern und zu schützen.“ (Lenz 2014, S. 165)

Für Kleinkinder eignen sich Erklärungsmuster, die zuallererst die Schuld von den Kindern nehmen. Hierzu können (Bilder)bücher herangezogen werden. Kindern ab

einem Alter von ca. sechs Jahren helfen Informationen und Fakten zur Krankheit, die das Verhalten der Mutter erklären können. Je nach Entwicklungsstand des Kindes kann der Einsatz von spezifischer Literatur auch in dieser Altersstufe sinnvoll sein. Jugendliche sollen angeregt werden, sich mit der mütterlichen Depressivität auseinanderzusetzen. Dies kann über den sprachlichen Austausch anhand von Metaphern o.ä. erreicht werden. Auf diese Weise wird die Selbstwirksamkeit der Jugendlichen erhöht, und ermöglicht ihnen eine größere Kontrolle über die Belastungssituation zu erlangen. (vgl. Kupferschmid 2014, S. 30)

Auch der Krankheitsbewältigungsstil der Mutter kann als Schutzfaktor für das Kind wirken. Dieser setzt sich aus emotionalen, kognitiven und handlungsorientierten Strategien zusammen und korreliert mit der Lebensqualität des Kindes. Als positiv gelten Strategien, die Belastungen wie Tabuisierung und Verleumdung sowie negative Gefühle verringern. (vgl. Jeske / Bullinger [u.a.] 2009, S. 212) Die Bedingungen hierfür sind die Akzeptanz der Krankheit, eine aktive Auseinandersetzung mit dieser und positive Bewältigungsstrategien der Mutter. (vgl. Lenz / Kuhn 2011, S. 288) Zu einer positiven Krankheitsbewältigung zählt außerdem die Annahme von Hilfsangeboten, die Anpassung des beruflichen und privaten Alltags an die Depression und in diesem Zusammenhang eine altersgemäße und entlastende Aufgabenverteilung innerhalb der Familie. (vgl. Jeske / Bullinger [u.a.] 2009, S. 208)

Die nachstehenden Kapitel widmen sich den konkreten Präventionsangeboten, die es für Kinder depressiver Mütter gibt. Diese sind zwar nicht speziell für eine affektive Erkrankung der Mutter entwickelt worden, richten sich aber zu einem sehr großen Anteil an Kinder affektiv erkrankter Eltern.

Für die Kinder der Altersgruppe 0-3 Jahre besteht mit der Mutter-Kind-Gruppe ein wichtiges Präventionsangebot. Bei diesem wird einer unsicheren Bindung entgegengewirkt, indem der Bindungsaufbau zur Mutter gestärkt wird. Die Förderung einer positiven Mutter-Kind-Interaktion ist, wie in Kapitel 3.1 beschrieben, für die gesunde kindliche Entwicklung von großer Bedeutung. Aufgrund dessen erhält die Mutter ein Training, die Bedürfnisse ihres Kindes zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren sowie dem Kind gegenüber in positiver Weise zu agieren. Die Mutter wird ermutigt und angeleitet die Ernährung, Pflege und altersangemessene Beschäftigung des Babys / Kleinkinds sicherzustellen. Zudem werden im Rahmen

der Behandlung in einzelnen Kliniken Mutter-Kind-Spielgruppen angeboten, in denen die Vermittlung von entwicklungsbezogenen Spiel- und Bewegungsanregungen im Vordergrund stehen. (vgl. Andre-Lägel 2014, S. 193f.; Lenz 2014, S. 261f.) Dieses Präventionsangebot erhält kein eigenes Kapitel in dieser Arbeit, da sich das Angebot zwar positiv auf die Entwicklung des Kindes auswirkt, sich aber vorrangig an die Mutter richtet.

#### **4.2 Konzept der Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche**

Nach der Literaturrecherche für dieses Kapitel ist aufgefallen, dass es einige unterschiedliche Konzepte für die Gruppenarbeit mit Kindern depressiver Mütter gibt. Das Konzept der AURYN-Gruppen stellt die Grundlage für die meisten der Gruppenangebote in Deutschland dar. Im Folgenden werden deshalb zur besseren Übersichtlichkeit die Gemeinsamkeiten der AURYN-Gruppen verschiedener Bundesländer zusammengefasst und es wird exemplarisch die Arbeit der AURYN-Gruppe aus Hamburg vorgestellt, um einen Einblick in Abläufe, Altersstruktur der Kinder und Erfolg des Angebots zu gewinnen.

Der Name der Gruppen („AURYN“) stammt aus dem Buch „Die unendliche Geschichte“ von Michael Ende. Dort ist AURYN ein Amulett, das dem Besitzer Stärke, Schutz und Mut verleiht. Aus diesem Namen geht die präventive Absicht der Gruppenarbeit, die Stärkung der Resilienz der Kinder, hervor. Die Inhalte der Gruppenarbeit orientieren sich an den Belastungen der Kinder (Parentifizierung, Schuldgefühle und Tabuisierung). Daran schließen sich auch die recht einheitlichen Ziele der verschiedenen Gruppen an. Die Förderung der emotionalen Wahrnehmung, der Ausdruck von Gefühlen und die damit verbundene Steigerung des Selbstwertgefühls stehen im Vordergrund aller Gruppen. Weitere Ziele können die Minderung von Schuldgefühlen, die Enttabuisierung psychischer Erkrankungen, eine altersgemäße Informationsvermittlung über die psychische Krankheit der Mutter, das Ermöglichen von Erfolgserlebnissen innerhalb der Gruppe sowie die Stärkung von individuellen Bewältigungsstrategien und der Selbstreflexion sein. Ein weiterer positiver Effekt des Gruppenkonzepts ist, dass die Kinder sich als Teil einer Gruppe erleben und sich mit Altersgenossen in einer ähnlichen Lebenssituation austauschen können bzw. sich zumindest nicht als Einzelschicksal ansehen. (vgl. Deneke 2011, S. 88f.; Dierks 2001, S. 565; WEGE e.V. 2012, S. 5)

Die klinisch noch nicht auffälligen Kinder werden anhand ihres Alters bzw. ihres emotionalen Reifegrades in homogene Gruppen eingeteilt, um mehr Selbstsicherheit zu gewinnen und das Schließen von Freundschaften zu ermöglichen. Die thematische Arbeit beginnt, um eine Vertrautheit zu schaffen, nach einer Phase des Kennenlernens und beinhaltet psychoedukative Elemente, aber vor allem auch freies Spiel für kleinere Kinder, Gruppenspiele für alle Altersgruppen, Vorlesen ausgewählter Literatur und kreatives Gestalten. Zudem findet ein soziales Kompetenztraining statt, das aus verschiedenen Rollenspielen, Übungen zum Ausdruck positiver und negativer Emotionen und einem Erfahrungsaustausch der Kinder besteht. Es werden mit den Kindern positive Kommunikations- und Verhaltensstrategien und das „Hilfe suchen“ eingeübt. Geleitet werden die Gruppen zu meist von Pädagogen und Psychologen. (vgl. Deneke 2011, S. 89; WEGE e.V. 2012, S. 14)

Begleitet wird die Gruppenphase in den meisten Fällen von gelegentlichen Eltern-treffen, bei denen die Eltern über die Gruppeninhalte informiert werden. (vgl. WEGE e.V. 2012, S. 13; Deneke 2011, S. 89)

#### AURYN-Gruppe Hamburg

Zu Beginn der Teilnahme finden Vorgespräche mit dem Kind und den Eltern statt, bei denen eine Anamnese durchgeführt wird. Nach diesen Gesprächen besuchen die Gruppenleiter die Familie zum näheren Kennenlernen zuhause. Die Kinder und Jugendlichen sind zwischen sieben und 16 Jahre alt, und werden in altershomogene Gruppen mit je ca. vier bis sieben Kindern eingeteilt. Die Gruppentreffen finden einmal wöchentlich für 90 Minuten (jüngere Kinder) oder 120 Minuten (ältere Kinder) statt. Insgesamt sind 25 Treffen angesetzt, von denen jeweils fünf eine Kennlern- und Abschiedsphase bilden. Die eigentliche thematische Arbeit umfasst somit ca. 15 Sitzungen. Jedes Treffen beginnt mit einer Fragerunde, in der die Kinder mitteilen können wie es ihnen geht und ob es in der letzten Woche wichtige Ereignisse gab. Zum Abschluss des Treffens folgen wieder Fragen, wie sich die Kinder gerade fühlen und wie ihnen die Sitzung gefallen hat. Während der Gruppenphase finden insgesamt vier bis sechs Elternnachmittage statt, an denen die Eltern über die Gruppe informiert werden und Fragen stellen können. Das letzte Treffen ist ein Abschiedsfest, bei dem die Kinder ein persönliches Geschenk und einen Brief von den Gruppenleitern / Gruppenleiterinnen erhalten, und ihre, wäh-

rend der Gruppenphase, gestalteten Dinge mit nach Hause nehmen dürfen. Das Angebot endet mit einem Hausbesuch durch die Gruppenleiter / Gruppenleiterinnen. Nach einem Jahr findet ein Nachtreffen mit allen Familien statt, die teilgenommen haben.

Um einen erleichterten Zugang zum Angebot zu schaffen, bestehen mehrere Kooperationen mit Fachpersonen und Institutionen aus dem Bereich der Arbeit mit psychisch kranken Erwachsenen. Doch trotz alledem heißt es zur Angenommenheit des Angebots:

„Das Angebot hat sich als recht hochschwellig erwiesen, [...] nur ca. ein Drittel der ursprünglich interessierten Eltern und Kinder konnten sich tatsächlich zu einer Teilnahme entschließen, und die Rate an Abbrüchen (ein Viertel) war hoch.“ (Deneke 2011, S. 89)

Das Feedback der teilnehmenden Kinder und Eltern ist überwiegend positiv ausgefallen. Als besonders hilfreich sind die Gespräche mit Gleichaltrigen in ähnlicher Lebenssituation bzw. mit Eltern in gleicher Lage angegeben worden. Ein weiteres Ergebnis der Auswertung des Angebots ist die Erkenntnis, dass die Kinder sich erst auf die Gruppe einlassen konnten, wenn sie einerseits Vertrauen in die Gruppe gefasst, und andererseits die „innere Erlaubnis“ von ihren Eltern bekommen haben. Diese erteilten die Eltern unbewusst, wenn sie selbst vom Angebot überzeugt gewesen sind. (vgl. Lenz 2014, S. 296-298; Deneke 2011, S. 89f.)

### **4.3 Konzept der Patenschaften**

In diesem Kapitel wird das Konzept der Patenschaften für Kinder psychisch kranker Mütter (in den meisten Fällen depressive und schizophrene Mütter) vorgestellt. Wie auch im vorigen Kapitel werden Gemeinsamkeiten verschiedener Konzepte aus Deutschland zusammengefasst. Grundlage aller jetzigen bestehenden Konzepte bildet das 2000 gestartete Projekt von PFIFF e.V. aus Hamburg. Aus diesem Grund werden auch zu einem großen Teil Inhalte dieses Konzepts wiedergegeben.

Das präventive Konzept der Patenschaften setzt an den Belastungen der Kinder depressiver Mütter an. Hierzu zählen insbesondere mögliche Betreuungsdefizite, Parentifizierungen, Schuldgefühle und Isolation der Kinder. Ziel der Patenschaft ist die Stärkung der Resilienz des Kindes durch die Erfahrung des kontinuierlichen Vorhandenseins einer erwachsenen, stabilen Bezugsperson außerhalb der Fami-

lie. Die Patenschaften fördern die Beziehung zwischen Mutter und Kind, sie unterstützen deren Zusammenleben und werden zur Vermeidung einer dauerhaften Trennung von Mutter und Kind eingerichtet. Die Paten ergänzen hierbei die leibliche Familie, sie ersetzen diese nicht. (vgl. Schreier / Wagenblaus 2013, S. 16)

Voraussetzung für das Zustandekommen einer Patenschaft ist die Befürwortung dieser sowohl von der Mutter als auch vom Kind (sofern es alt genug ist dieses zu äußern). Des Weiteren sollte die leibliche Mutter trotz ihrer Erkrankung überwiegend in der Lage sein die Pflege und Fürsorge für ihr Kind zu übernehmen und sie sollte gewillt sein Unterstützung anzunehmen. Deutschlandweit gibt es Patenschaftsmodelle für Kinder von 0-18 Jahren, die konkrete Altersspanne wird durch die einzelnen Stellen festgelegt, die Patenschaften anbieten. Das Angebot richtet sich vorrangig (aber nicht ausschließlich) an alleinerziehende Mütter.

Die Patenschaften zeichnen sich einerseits durch die alltägliche Betreuung und Förderung des Kindes und andererseits durch eine flexible Krisenintervention aus. Die Treffen von Kind und Pate / Patin finden einmal wöchentlich für eine festgelegte Stundenzahl statt und werden durch ein Treffen am Wochenende ergänzt, welches ca. ein bis zweimal im Monat vereinbart wird. In der Zeit, die Pate / Patin und Kind miteinander verbringen, soll dem Kind das Kindsein ermöglicht und somit Belastungen verringert werden. Zudem bietet die Patenfamilie einen Schutzraum und Sicherheit für das Kind, es kann Loyalitätskonflikte zu den Eltern umgehen, indem es zur Patenfamilie „flieht“. Für die Mutter bedeutet die Patenschaft eine regelmäßige Entlastung von ihren Mutterpflichten. (vgl. Beckmann / Szylowicki 2004, S. 6f.)

Für das Zustandekommen einer Patenschaft müssen einige Hürden überwunden werden. Zuerst muss eine Freiwilligkeit aller Beteiligten vorliegen. Dies schließt auch eine gewisse Sympathie zwischen Pate / Patin und Mutter sowie Pate / Patin und Kind mit ein. Zudem bestehen hohe Anforderungen an die Paten / Patinnen. Sie sollten im sozialen Nahraum der Familie wohnen, um das Kind in der Einbindung in das soziale Umfeld unterstützen zu können. Sie müssen der Familie eine wertschätzende Grundhaltung entgegenbringen, ein hohes Maß an Empathie und Toleranz aufweisen, nicht in Konkurrenz zur Mutter treten wollen und im Idealfall einen erfahrenen und freudigen Umgang mit Kindern mitbringen.

Überdies sollten sie sich durch eine kommunikative Kompetenz und eine psychische Belastbarkeit auszeichnen. (vgl. Kunz-Hassan 2012, S. 110)

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, wird ein Kontrakt zwischen Pate / Patin, Familie (Mutter) und der betreuenden Institution geschlossen. Dieser beinhaltet alle relevanten Daten des Kindes, der Mutter und des Paten / der Patin, eine aktuelle Situationsbeschreibung der Familie, die Ziele der Patenschaft und die Leistungen. Es werden der Wochentag und das Wochenende im Monat sowie die Stundenzahl der Treffen vereinbart und die voraussichtliche Dauer der Patenschaft festgehalten. Die Paten / Patinnen verpflichten sich das Kind im Bedarfsfall für eine angemessene Dauer bei sich im Haushalt aufzunehmen. Dies kann der Fall sein, wenn die Mutter eine akute Krise zu bewältigen hat, sie im Krankenhaus ist oder die ganztägige Versorgung des Kindes in den Schulferien nicht sicherstellen kann. Ob eine Anpassung des Vertrages erfolgen muss, wird in regelmäßigen Abständen von der Institution, die die Patenschaft betreut, geprüft. (vgl. Beckmann / Szylowicki 2004, S. 20)

Um die angemessene Betreuung der Kinder zu gewährleisten, werden die Paten / Patinnen intensiv auf ihre Rolle vorbereitet und während der Patenschaft fachlich begleitet sowie regelmäßig geschult. Die Seminare behandeln Themen wie Rahmenbedingungen von Patenschaften, Umgang mit Grenzsituationen, Gestaltungsmöglichkeiten der Treffen mit dem Kind und als Schwerpunkt die psychische Erkrankung eines Elternteils und die Auswirkungen auf das Verhalten der Kinder. (vgl. Beckmann / Szylowicki 2004, S. 12)

Das Präventionskonzept der Patenschaften schafft also ein verlässliches Beziehungsangebot für das Kind außerhalb der Familie und kann somit die Resilienz des Kindes stärken.

#### **4.4 Projekt „Kanu – Gemeinsam weiterkommen“**

Die folgende ausführliche Darstellung des Präventionsprojekts eignet sich als Abschluss des Kapitels, da es die zuvor beschriebenen Konzepte der Gruppenangebote und Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern vereint und zusätzlich zwei weitere Präventionsmodule beinhaltet.

Das Präventionsprojekt „Kanu – Gemeinsam weiterkommen“ wird durchgeführt von der Universität Duisburg-Essen und der Klinik für Psychiatrie und Psychothe-

rapie Bethel des evangelischen Krankenhauses Bielefeld. Es richtet sich an Kinder im Alter von sechs bis 14 Jahren, die mit einem affektiv-erkrankten / schizophrenen Elternteil zusammenleben und bislang noch nicht auffällig sind. Den Ansatzpunkt des Projektes bilden die Belastungsfaktoren der Kinder, welche es zu vermindern gilt und die mangelnden Ressourcen der Familie, die gestärkt werden sollen.

„Das Logo des Projekts „Kanu – Gemeinsam weiterkommen“ zeigt eine Erdmännchenfamilie in einem Kanu und steht symbolisch für eine gemeinsame Bewältigung der elterlichen Erkrankung und den damit einhergehenden Belastungen.“ (Reinisch / Schmuhl 2012, S. 122)

Ein weiteres Ziel ist die Vernetzung und die Kooperation verschiedener Fachdisziplinen durch Fachtagungen und Fortbildungen zum Thema Kinder psychisch Kranker, um die Präventionsangebote weiter auszubauen. Um die Erreichbarkeit der Zielgruppe sicherzustellen, findet die Kontaktaufnahme mit der Familie und insbesondere mit den Kindern im Rahmen der elterlichen Behandlung statt. Es werden Informationen zum Angebot gegeben und wenn Interesse seitens der Familien besteht, findet eine Vermittlung zu den Projektdurchführenden statt. (vgl. Reinisch / Schmuhl 2012, S. 119f.)

Der Name des Projekts (Kanu) steht gleichzeitig für dessen Inhalte. Das „K“ meint „Kooperative Grundhaltung“, das „A“ steht für „angemessener Umgang“, das „N“ heißt „nicht entmutigen lassen“ und das „U“ meint „unterstützend in schwierigen Situationen“.

Das Projekt-Konzept besteht aus vier einzelnen Modulen, von denen die ersten drei mit allen teilnehmenden Familien durchgeführt werden. Das vierte Modul wird abhängig von der familiären Situation, wenn besonderer Bedarf für die Kinder besteht, angeboten.

Die vier Module sind folgende:

1. Eltern-, Kind- und Familiengespräche
2. Kanu-Gruppenprogramm für Kinder und Jugendliche
3. Kanu-Elterntaining
4. Kanu-Patenschaften



## 1. Eltern-, Kind- und Familiengespräche

Im Rahmen des ersten Moduls finden zwei bis drei Gespräche mit den Eltern statt. Es werden die Krankheitskommunikation in der Familie, die Paarbeziehung (wenn vorhanden) der Eltern, das soziale Netzwerk / die soziale Unterstützung, die Akzeptanz der Krankheit und die Risiko- und Schutzfaktoren für die Kinder thematisiert. Des Weiteren wird das Verständnis der eigenen Erkrankung erfragt und gegebenenfalls zusätzliche Informationen gegeben. Das Hauptziel der Gespräche ist die Sensibilisierung der Eltern für die Bedürfnisse und Gefühle des Kindes. (vgl. Reinisch / Schmuhl 2012, S. 123)

Zusätzlich zu den Elterngesprächen gibt es ein Einzelgespräch mit jedem Kind der Familie. Innerhalb dieses Gesprächs wird die Informiertheit und das Krankheitsverständnis des Kindes erfasst und dokumentiert. Ziel ist es, bestehende Schuldgefühle zu verringern und das Verstehen der Erkrankung altersgerecht, beispielsweise durch bestimmte Literatur, zu fördern. Themen sind außerdem familiäre Konflikte und das allgemeine Befinden des Kindes. Hierbei sollen besonders Bewältigungsstrategien sowie individuelle Ressourcen des Kindes herausgestellt werden. Abschließend werden Fragen und Themen des Kindes erfasst, die im Familiengespräch besprochen werden sollen. Zudem wird mit dem Kind abgestimmt, was aus dem Einzelgespräch im Gesamtgespräch nicht thematisiert werden darf. (vgl. Reinisch / Schmuhl 2012, S. 124f.)

Das Familiengespräch dient zur Besprechung der Sorgen und Ängste sowohl von den Eltern als auch von den Kindern. Eine Verbesserung der Kommunikation innerhalb der Familie wird angestrebt, indem Regeln vor allem für den verbalen Umgang miteinander vereinbart und dokumentiert werden. Zudem wird über zu fördernde familiäre Ressourcen gesprochen. Abschließend werden Notfallpläne und Lösungen für eventuell auftretende Probleme mit allen Familienmitgliedern erstellt. Dabei wird besondere Rücksicht auf die Wünsche der Kinder genommen. (vgl. Reinisch / Schmuhl 2012, S. 125)

## 2. Kanu-Gruppenprogramm für Kinder und Jugendliche

Das Gruppenprogramm für Kinder und Jugendliche besteht aus zehn Terminen und einem Abschlusstermin zusammen mit den Eltern. Jede Gruppenstunde hat eine Dauer von 90 Minuten und findet parallel zum Elternprogramm statt. Es wird Wert auf Stabilität für die Kinder und Jugendlichen gelegt, sodass eine Gruppe zusammen beginnt und das Programm zusammen beendet. Die Leitung haben zwei Mitarbeiter inne. Das Ziel des Programms ist die Verbesserung der Lebenskompetenzen der Kinder und Jugendlichen.

Jedes Treffen beginnt mit einem etwa zehn minütigem Ritual, in dem die Kinder und Jugendlichen die Gelegenheit bekommen über ihre Woche zu berichten oder durch Bewegungsübungen Entspannung zu erfahren. Ein Erdmännchen-Kuscheltier begleitet das Programm und gibt den Kindern Hilfestellungen beim Erzählen, indem die Kinder das Kuscheltier als Erzähler nutzen können. Den Hauptteil des Treffens bildet dann eine Arbeitsphase, die ca. 45 Minuten umfasst, in welcher an den Zielen des Projektes gearbeitet wird. Diese Ziele sind eine Normalisierung der kindlichen Lebenswelt zu erreichen, den Umgang mit Gefühlen zu lernen, und die Bewältigung von Belastungen zu ermöglichen. Zu diesen Zwecken werden gemeinsame Spiele gespielt, Aktivitäten durchgeführt und Collagen und Masken ö.ä. gestaltet. Durch Partnerübungen, in denen man gegenseitig Verantwortung übernimmt, soll das Vertrauen in Andere und die Selbstreflexion gestärkt werden. Ein positiver Zusatzeffekt ist, dass die Kinder und Jugendlichen Kontakte zu gleichaltrigen Betroffenen herstellen und sich austauschen können. In einer theaterpädagogischen Einheit werden unter Zuhilfenahme der gestalteten Masken familiäre Situationen nachgespielt und anschließend besprochen. Auf Grundlage dessen werden dann mit den Kindern und Jugendlichen individuelle Notfallpläne für Krisensituationen mit Telefonnummern und Kontakten des Umfelds erstellt. Jeder Termin endet mit einem Abschlussritual, bei dem Wünsche für die kommende Woche und Feedback zur Sitzung geäußert werden können oder bei dem ein Spiel gespielt wird. (vgl. Reinisch / Schmuhl 2012, S. 126-128)

## 3. Kanu-Elterstraining

Das Kanu-Elterstraining besteht ebenso wie das Programm für die Kinder und Jugendlichen aus zehn Einheiten und einer gemeinsam stattfindenden Abschlussit-

zung. Zur Minimierung von Barrieren können die Familien einen kostenlosen Fahrdienst zum Durchführungsort nutzen.

Das Programm soll den Austausch mit anderen Betroffenen ermöglichen, eine Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung nach sich ziehen und vor allem das Verständnis für das Verhalten der Kinder fördern. Es sollen Inhalte zur positiven Grenzsetzung, zum Umgang mit den Kindern, zur Förderung des kindlichen Selbstvertrauens und über Kommunikationsstrategien vermittelt werden. Die Betroffenen dürfen zur persönlichen Unterstützung eine Person ihres Vertrauens zu den Treffen mitbringen. Dies kann der Partner / die Partnerin sein oder eine andere Bezugsperson. Jede Einheit beginnt mit einem gemeinsamen Kaffeetrinken, damit die Eltern in Ruhe ankommen und sich auf das Treffen einlassen können. Zu Beginn der ersten Einheit werden die Eltern zu den Wünschen und Erwartungen an das Programm befragt, im Anschluss daran werden von der Kursleitung Informationen über die Ziele, den Kursverlauf und allgemeine organisatorische Aspekte gegeben. Der Schwerpunkt jedes Treffens liegt in der Bearbeitung der Ziele. Es findet eine Reflexion über die Erziehung statt: Welche Erziehungsstile gibt es, was sind vorherrschende Wertvorstellungen etc.? Die Eltern sollen in der Erziehung ermutigt werden und wieder mit mehr Selbstvertrauen auftreten. Außerdem werden positive Kommunikationsstrategien eingeübt. Die Wichtigkeit Gefühle auszudrücken, Ich-Aussagen zu treffen, auch in Konflikten respektvoll miteinander zu sprechen und Humor in der Kommunikation zu benutzen wird hervorgehoben. Gegen Ende des Gesamt-Programms wird den Eltern die Familienkonferenz vorgestellt, bei der jedes Familienmitglied die Möglichkeit bekommt seine Sichtweise mitzuteilen und Themen anzusprechen.

Den Abschluss jeder Sitzung bildet eine „Aufgabe der Woche“. Das kann eine praktische Übung sein oder aber über etwas nachzudenken. Am Anfang der nächsten Sitzung findet dann ein Erfahrungsaustausch über die Aufgabe statt.

Das gemeinsame Treffen in der elften Sitzung dient dem Austausch und der positiven Rückmeldung der Familien. Einen Monat nach Ende des Programms wird ein Nachbereitungstreffen angeboten, bei dem die Auffrischung der Inhalte und Erfahrungsberichte aus dem Alltag der teilnehmenden Familien im Vordergrund stehen. (vgl. Reinisch / Schmuhl 2012, S. 130-134)

#### 4. Kanu-Patenschaften

Die Belastungen für die Kinder, die durch die psychische Krankheit des Elternteils entstehen, wie z.B. die familiäre Isolation, der Verlust des Elternteils als Ansprechpartner und die geringere emotionale Wärme im Umgang (vgl. Kapitel 3.2) stellen für die Kinder eine Herausforderung und ein Entwicklungsrisiko dar. Das Modul der Patenschaften setzt an diesen Belastungen an und hat das Ziel den Kindern eine erwachsene, emotional stabile Bezugsperson, eine Patin, an die Seite zu stellen, da die soziale Unterstützung durch eine Bezugsperson als Schutzfaktor für die kindliche Entwicklung wirken kann (Kapitel 4.1).

Dieses Modul richtet sich nicht an alle teilnehmenden Familien, sondern besonders an alleinerziehende Eltern und Familien, in denen ein erhöhter Bedarf, aufgrund von sozialer Isolation o.ä., festgestellt wird. Die Patenschaften werden in Kooperation mit dem Kinderschutzbund durchgeführt, der die Auswahl und Vorbereitung geeigneter Patinnen sowie die Begleitung der ersten Begegnungen zwischen Familie und Patin übernimmt. Zudem berät er die Patinnen und organisiert Paten-Treffen zum Austausch untereinander. Die Patinnen sind ehrenamtlich tätige Frauen, die zumeist viel Lebenserfahrung mitbringen und ihre eigene Familienplanungsphase bereits abgeschlossen haben.

Die Patin soll eine Normalität und Orientierung für das Kind schaffen. Sie unterstützt das Kind im Alltag durch Hilfe bei den Hausaufgaben, durch das Üben alltäglicher Situation sowie durch die Begleitung zu Arztbesuchen etc. Zudem steht eine gemeinsame Freizeitgestaltung, die sich nach den Interessen des Kindes und der Patin richtet im Mittelpunkt des Programms. Die Aktivitäten können gemeinsame Kinobesuche, Kochen, Schwimmen und / oder Spazieren gehen umfassen. Die Treffen finden einmal in der Woche an einem Nachmittag statt und fördern durch diese Regelmäßigkeit den Beziehungsaufbau zwischen Kind und Patin. Das Treffen kann die elterliche Behandlung durch die Fürsorge für das Kind sicherstellen. Ebenso soll eine Fremdunterbringung des Kindes im Falle eines Klinikaufenthalts des Elternteils vermieden werden. Hierzu kann die Patin das Kind in dieser Zeit intensiv unterstützen oder es sogar vorübergehend im eigenen Haushalt aufnehmen und betreuen. (vgl. Reinisch / Schmuhl 2012, S. 134-137)

## 5. Fazit / Ausblick

In diesem abschließenden Kapitel der Bachelor-Thesis werden die Erkenntnisse der Arbeit kurz zusammengefasst, einige Aspekte des Themas „Kinder psychisch kranker Mütter“ kritisch betrachtet und als Abschluss ein Ausblick mit offenen Fragen gegeben.

„Effekte der mütterlichen Depressivität auf die Mutter-Kind-Interaktion und das Leben der Kinder.“ Wie ausführlich dargestellt, ist die Mutter-Kind-Interaktion durch die mütterliche Depressivität stark beeinträchtigt. Die Kinder können in vielen Fällen keine sichere Bindung zur Mutter aufbauen und die Interaktion zwischen Mutter und Kind ist von negativem Affekt, Frustration und erhöhtem Stresslevel geprägt. Zudem kann das Verhalten der Mutter zu geringerem Selbstwert des Kindes bis hin zu Minderwertigkeitsgefühlen und einer negativeren sozial-emotionalen und kognitiven Entwicklung führen. Das Leben der Kinder depressiver Mütter kann durch vielfältige Belastungen, wie in Kapitel 3.2 beschrieben, charakterisiert sein. Besonders gefährdet sind diese Kinder, eine eigene psychische Krankheit zu entwickeln, was die größte Beeinträchtigung ihrer Entwicklung darstellt.

Das hohe Erkrankungsrisiko der Kinder hat mich zur Aufnahme der Frage „Welche Präventionsangebote existieren für Kinder depressiver Mütter?“ veranlasst. In Kapitel 4 ist diese durch die Vorstellung der AURYN-Gruppen, des Patenschaftskonzepts und des Kanu-Programms beantwortet worden. Es ist von großer Bedeutung für die Kinder, dass sie Zugang zu einem Präventionsangebot erhalten, solange sie noch keine klinisch relevanten psychischen Auffälligkeiten aufweisen, damit Belastungen gemindert, und Risiken für psychische Krankheiten gesenkt werden können. Jede Form der Prävention setzt an den vorhandenen Ressourcen und Schutzfaktoren der Kinder an mit dem Ziel ihre Resilienz zu stärken. Diese Schutzfaktoren sind in Kapitel 4.1 erläutert und der Begriff der Resilienz ist definiert worden.

In den letzten Jahren hat sich die Aufklärung der Gesellschaft zum Thema psychische Krankheiten verbessert und jenes ist mehr in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt. Aber immer noch werden die Kinder als Angehörige von psychisch Kranken in einem Großteil der Fälle außer Acht gelassen und es wird bei Ärzten oder Therapeuten zu selten erfragt, ob eine Mutterschaft vorliegt. Es sollten vermehrt

Kampagnen organisiert werden, die Ärzte, Therapeuten und pädagogisches Fachpersonal sensibilisieren, bei psychisch Kranken nachzufragen, ob diese Kinder haben, und wenn ja, ob die Kinder bereits Hilfe bzw. Zugang zu Präventionsmaßnahmen erhalten.

Des Weiteren sollte es Fortbildungen für Pädagogen und Lehrer zum Thema „psychische Krankheiten der Eltern und Auswirkungen auf die Kinder“ geben, um Kinder bereits in der Schule präventiv informieren zu können. Auf diesem Wege würden betroffene Kinder für sie wichtige Informationen erhalten, welche Schuldgefühle vermindern und Fragen beantworten könnten, ohne, dass die Kinder selbst aktiv werden und sich an jemanden wenden müssten.

Zudem sollte das Angebot an präventiven Maßnahmen und Programmen erweitert und transparenter sowie leichter zugänglich / niedrighschwelliger gestaltet werden. Es ist für Familien mit einer erkrankten Mutter noch zu schwer einen Platz für das Kind in einer Gruppe oder in einer Patenschaft zu finden, da viele Anforderungen und Voraussetzungen bestehen oder die Familien gar nicht erst von den Angeboten erfahren.

Betrachtet man das Thema „Kinder depressiver Mütter“ im Zusammenhang mit den Einrichtungen, in denen Kinder den Großteil des Tages verbringen (Kindertagesstätte und Schule), stellt sich die Frage, was Pädagogen im Alltag leisten können, um den Kindern und Müttern zu helfen, bzw. die Belastungen der Kinder zu reduzieren. Daran schließt sich die Frage an, ob es verpflichtende externe Fortbildungen oder interne Informationsveranstaltungen zum Thema geben sollte. Hierbei würden sich zwei Alternativen anbieten: Zum einen die Schulung des Personals innerhalb der Einrichtung durch eine externe Fachkraft, zum anderen die Teilnahme eines „Experten“ aus dem Einrichtungsteam an einer entsprechenden Fortbildung, mit dem Ziel, dass der-/ diejenige wiederum seine / ihre Kollegen über diese Inhalte informiert.

Während der Bearbeitung des Themas dieser Bachelor-Thesis ist weiterhin die Frage aufgetreten, was getan werden muss, um die Stigmatisierung von psychisch Kranken durch die Gesellschaft abzuschwächen. Welche Maßnahmen müssen zukünftig ergriffen werden, um den Familien mit einer psychisch kranken Mutter

die zusätzliche Belastung, sich nicht öffentlich als psychisch krank „outen“ zu dürfen, abzunehmen?

## **6. Anhang**

### **6.1 Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 25. Februar 2015

---

Laura Winge



## 6.2 Literaturverzeichnis

Abel, U. / Hautzinger, M. (2013): Depression im Kindes- und Jugendalter. Theorie und Empirie, in: Abel, U. / Hautzinger, M. (Hg.): Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, S. 3-24.

Andre-Lägel, I. (2014): Kinder stark machen. Die Arbeit der Beratungsstelle AU-RYN, in: Mattejat / Lisofsky (Hg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker, 4. korrigierte und ergänzte Auflage Köln: BALANCE buch + medien Verlag GmbH, S. 191-198.

Bandelow, B. / Falkai, P. [u.a.] (2013): Kurzlehrbuch Psychiatrie, 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Beckmann, O. / Szylowicki, A. (2004): Patenschaften für Kinder psychisch kranker und / oder junger Mütter. 4 Modelljahre. Eine Auswertung, Hamburg: PFIFF gGmbH.

Beesdo-Baum, K. / Wittchen, H.-U. (2011): Depressive Störungen. Major Depression und Dysthymie, in: Wittchen, H.-U. / Hoyer, J. [u.a.] (Hg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, S. 880-911.

Busch, M. / Maske, U. [u.a.] (2013): Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland, Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: Bundesgesundheitsblatt, Jg. 56 (Heft 5-6), S. 733-739.

Deneke, C. (2011): Überblick über die Entwicklungen und Projekte in Hamburg. SeelenNot, Aurnyn-Gruppen und Eltern-Baby-Arbeit, in: Wiegand-Grefe, S. / Mattejat, F. [u.a.] (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 84-95.

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

Denker, H. (2012): Bindung und Theorie of Mind. Bildungsbezogene Gestaltung von Erzieherinnen-Kind-Interaktionen, Wiesbaden: Springer-Verlag für Sozialwissenschaften.

Desch, E. (2014): Parentifizierung, in: Kupferschmid, S. / Koch, I. (Hg.): Psychisch belastete Eltern und ihre Kinder stärken, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 19-22.

Detle-Hagenmeyer, D. / Reichle, B. (2014): Parents' depressive symptoms and children's adjustment over time are mediated by parenting, but differentially for fathers and mothers, in: European Journal of Developmental Psychology, Jg. 11 (Heft 2), S. 196-210.

Dierks, H. (2001): Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter („Aurynggruppen“), in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Jg. 50 (Heft 7), S. 560-568.

Freitag, C. (2013): Die depressive Störung der Eltern als Risikofaktor für die kindliche Entwicklung, in: Freitag, C. / Barocka, A. [u.a.] (Hg.): Depressive Störungen über die Lebensspanne. Ätiologie, Diagnostik und Therapie, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 54-64.

Gehrmann, J. / Sumargo, S. (2009): Kinder psychisch kranker Eltern, in: Monatsschrift Kinderheilkunde, Jg. 157, S. 383-394.

Griepenstroh, J. / Heitmann, D. [u.a.] (2012): Kinder psychisch kranker Eltern. Lebenssituation und Entwicklungsrisiken, in: Bauer, U. / Reinisch, A. [u.a.] (Hg.): Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Bedarf, Koordination, Praxiserfahrungen, Wiesbaden: Springer-Verlag für Sozialwissenschaften, S. 23-46.

Grube, M. (2013): Postpartale Depression, in: Freitag, C. / Barocka, A. [u.a.] (Hg.): Depressive Störungen über die Lebensspanne. Ätiologie, Diagnostik und Therapie, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 41-53.

Gühne, U. / Fricke, R. [u.a.] (2014): Kleines Wörterbuch, in: Gühne, U. / Fricke, R. (Hg.): Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Patientenleitlinie für Betroffene und Angehörige, Berlin: Springer Medizin, S. 59-62.

Hapke, U. / Maske, U. [u.a.] (2013): Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland, Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: Bundesgesundheitsblatt, Jg. 56 (Heft 5-6), S. 749-754.

Hausser, A. (2012): Die Parentifizierung von Kindern bei psychisch kranken und psychisch gesunden Eltern und die psychische Gesundheit der parentifizierten Kinder, Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Howard, L. / Underdown, H. (2011): Hilfebedarfe von Eltern mit psychischen Erkrankungen, Eine Literaturübersicht, in: Psychiatrische Praxis, Jg. 38, S. 8-15.

Jeske, J. / Bullinger, M. [u.a.] (2009): Risikofaktor Krankheitsverarbeitung, Zusammenhänge zwischen der Krankheitsverarbeitung einer elterlichen psychischen Erkrankung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder, in: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, Jg. 57 (Heft 3), S. 207-213.

Kötter, C. / Stemmler, M. [u.a.] (2010): Mütterliche Depressivität, Erziehung und kindliche Erlebens- und Verhaltensprobleme, in: Kindheit und Entwicklung, Jg. 19 (Heft 2), S. 109-118.

Kunz-Hassan, S. (2012): Die Bedeutung ehrenamtlicher Patenschaften für die Unterstützung von Kindern psychisch erkrankter Eltern. Die Perspektive des Kinderschutzbundes, in: Bauer, U. / Reinisch, A. [u.a.] (Hg.): Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Bedarf, Koordination, Praxiserfahrungen, Wiesbaden: Springer-Verlag für Sozialwissenschaften, S. 103-118.

Kupferschmid, S. (2014): Risikokinder. Kinder mit Resilienzen, in: Kupferschmid, S. / Koch, I. (Hg.): Psychisch belastete Eltern und ihre Kinder stärken, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 11-18.

Kupferschmid, S. / Koch, I. (2014): Psychisch belastete Eltern und ihre Kinder stärken, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Lenz, A. (2014): Kinder psychisch kranker Eltern, 2. Vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage Göttingen / Bern [u.a.]: Hogrefe Verlag.

Lenz, A. / Kuhn, J. (2011): Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung?. Überblick über die Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung, in: Wiegand-Grefe, S. / Mattejat, F. [u.a.]: Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 269-298.

Leu, E. (2014): Scham- und Schuldgefühle, in: Kupferschmid, S. / Koch, I. (Hg.): Psychisch belastete Eltern und ihre Kinder stärken, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 22-24.

Lingg, A. / Theunissen, G. (2008): Psychische Störungen und geistige Behinderungen. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis, 5. überarbeitete und aktualisierte Auflage Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Lohaus, A. / Vierhaus, M. (2013): Entwicklungspsychologie des Kindes und Jugendalters für Bachelor. Lesen, Hören, Lernen im Web, 2. überarbeitete Auflage Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Mattejat, F. (2014): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen und was zu tun ist, in: Mattejat, F. / Lisofsky, B. (Hg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker, 4. korrigierte und ergänzte Auflage Köln: BALANCE buch + medien Verlag GmbH, S. 68-95.

Mattejat, F. / Remschmidt, H. (2008): Kinder psychisch kranker Eltern, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105 (Heft 7), S. 312-317.

Maybery, D. / Reupert, A. (2009): Parental mental illness, a review of barriers and issues for working with families and children, in: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Jg. 16, S. 784-791.

Müller-Rörich, T. / Hass, K. [u.a.] (2013): Schattendasein. Das unverstandene Leiden Depression, 2. überarbeitete Auflage Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Müters, S. / Hoebel, J. [u.a.] (2013): Diagnose Depression, Unterschiede bei Frauen und Männern, in: Gesundheitsberichtserstattung des Bundes kompakt, Jg. 4 (Heft 2), S. 1-10.

Nevermann, C. / Reicher H. (2009): Depressionen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen-Verstehen-Helfen, 2. Auflage München: Verlag C.H.Beck oHG.

Oehler, T. (2013): Rechtslage und Fallstricke bei psychischen Erkrankungen. Burnout, Depressionen, akute und posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen, Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Otto, H. (2011): Bindung – Theorie, Forschung und Reform, in: Keller, H. (Hg.): Handbuch der Kleinkindforschung, 4. vollständig überarbeitete Auflage Bern: Hogrefe Verlag, S. 390-428.

Ramchandani, P. / Psychogiou, L. (2009): Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development, in: *The Lancet*, Jg. 374, S. 646-653.

Reck, C. (2014): Depression und Angststörung im Postpartalzeitraum. Prävalenz, Mutter-Kind-Beziehung und kindliche Entwicklung, in: Cierpka, M. (Hg.): *Frühe Kindheit 0-3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern*, 2. und korrigierte Auflage Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, S. 301-309.

Reck, C. / Weiss, R. [u.a.] (2004): Psychotherapie der postpartalen Depression, Mutter-Kind-Interaktion im Blickpunkt, in: *Der Nervenarzt*, Jg. 75 (Heft 11), S. 1068-1073.

Reinisch, A. / Schmuhl, M. (2012): Das Präventionsprojekt für Kinder psychisch erkrankter Eltern „Kanu – Gemeinsam weiterkommen“, in: Bauer, U. / Reinisch, A. [u.a.] (Hg.): *Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Bedarf, Koordination, Praxiserfahrungen*, Wiesbaden: Springer-Verlag für Sozialwissenschaften, S. 119-138.

Schaub, A. / Roth, E. [u.a.] (2013): *Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen. Ein Therapiemanual*, 2. aktualisierte und erweiterte Auflage Göttingen / Bern [u.a.]: Hogrefe Verlag.

Schier, K. / Egle, U. [u.a.] (2011): Parentifizierung in der Kindheit und psychische Störungen im Erwachsenenalter, in: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, Jg. 61 (Heft 8), S. 364-371.

Schlüter-Müller, S. / Schuhmann, K. (2012): Kinder psychisch kranker Eltern, in: Schmid, M. / Tetzner, M. [u.a.] (Hg.): *Handbuch psychiatriebezogene Sozialpädagogik*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 304-314.

Schneewind, K. (2010): *Familienpsychologie*, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Schneider, S. (2009): Kinder psychisch kranker Eltern, in: Schneider, S. / Margraf, J. (Hg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter*, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 844-853.

Schomerus, G. (2010): Das Stigma psychischer Krankheit, Ein Gegenstand der Psychotherapie, in: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, Jg. 58 (Heft 4), S. 253-255.

Schreier, M. / Wagenblass, S. (2013): Anwendung der Methode der Aktenanalyse, der teilnehmenden Beobachtung und der Inhaltsanalyse nach Mayring und wichtige Ergebnisse der qualitativen Evaluation des Bremer Patenschaftsmodells, in: Wiegand-Grefe, S. / Wagenblass, S. (Hg.): Qualitative Forschungen in Familien mit psychisch erkrankten Eltern, Weinheim / Basel: Beltz Juventa Verlag, S. 15-41.

Seiffge-Krenke, I. (2007): Depression bei Kindern und Jugendlichen, Prävalenz, Diagnostik, ätiologische Faktoren, Geschlechtsunterschiede, therapeutische Ansätze, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Jg. 56 (Heft 3), S. 185-205.

Siegler, R. / DeLoache, J. [u.a.] (2011): Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter, 3. Auflage Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Sonnenmoser, M. (2007): Postpartale Depression, Vom Tief nach der Geburt, in: Deutsches Ärzteblatt PP, Jg. 6 (Heft 2), S. 82f..

Spröber, N. / Straub, J. [u.a.] (2012): Depression im Jugendalter. MICHI – Manual für die Gruppentherapie, Weinheim: Beltz Verlag.

Von Kardoff, E. (2010): Zur Diskriminierung psychisch kranker Menschen, in: Hormel, U. / Scherr, A. (Hg.): Diskriminierung. Grundlagen und Forschungsergebnisse, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 279-306.

Wagenblass, S. (2012): Herausforderungen für den Kinderschutz in psychisch belasteten Familien, in: Thole, W. / Retkowski, A. [u.a.] (Hg.): Sorgende Arrangements. Kinderschutz zwischen Organisation und Familie, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 71-82.

WEGE e.V. (2012): AURYN. Kinder-, Jugend- und Familienberatungsstelle, 2. Auflage Leipzig: Thomas Druck.

Wiegand-Grefe, S. / Geers, P. [u.a.] (2009): Kinder psychisch kranker Eltern, Risiko, Resilienz und Prävention, in: Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde, Jg. 31 (Heft 4), S. 161-168.

Wiegand-Grefe, S. / Geers, P. [u.a.] (2011): Entwicklungsrisiken von Kindern psychisch kranker Eltern. Ein Überblick, in: Wiegand-Grefe, S. / Matthejat, F. [u.a.] (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 145-170.

Wiegand-Grefe, S. / Geers, P. [u.a.] (2011b): Elterliche Erkrankung und Gesundheit der Kinder, in: Wiegand-Grefe, S. / Matthejat, F. [u.a.] (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 206-234.

Wittchen, H-U. / Jacobi, F. [u.a.] (2010): Depressive Erkrankungen, in: Robert-Koch-Institut (Hg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 51, Berlin, S. 1-43.

### **6.3 Internetquellen**

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (2014): Bedeutung Stigma, Stigmatisierung und Diskriminierung, online unter: <http://www.seelichegesundheits.net/themen/psychische-erkrankungen/stigmatisierung/bedeutung-stigma> (Letzter Zugriff: 18.12.2014)

DIMDI (2014): ICD-10-GM Version 2014. Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99), online unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/block-f30-f39.htm> (Letzter Zugriff: 24.10.14).

Stegmaier, S. (2008): Grundlagen der Bindungstheorie, online unter: <http://www.kindergartenpaedagogik.de/1722.html> (Letzter Zugriff: 18.11.2014).

### **6.4 Weiterführende Literatur**

Beardslee, W. / Röhrlé, B. (2009): Hoffnung, Sinn und Kontinuität. Ein Programm für Familien depressiv erkrankter Eltern, Tübingen: Dgvt-Verlag.

Mehler-Wex, C. (2008): Depressive Störungen, Heidelberg: Springer-Verlag.

Mehler-Wex, C. / Kölch, M. (2008): Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105 (Heft 9), S. 149-155.

Reck, C. (2013): Zur Bedeutung der postpartalen Depression für die kindliche Entwicklung und die Mutter-Kind-Beziehung, in: Fuchs, T. / Berger, M. (Hg.): Af-

fektive Störungen. Klinik – Therapie – Perspektiven, Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 121-128.

Schaub, A. / Frank, R. (2010): Sprechstunde für Kinder psychisch kranker Eltern, in: Monatsschrift Kinderheilkunde, Jg. 158, S. 858-867.

Schulze, U. / Kliegl, K. [u.a.] (2014): Grundlagen, in: Schulze, U. / Kliegl, K. [u.a.] (Hg.): ECHT STARK!. Ein Manual für die Arbeit mit Kindern psychisch kranker und suchtkranker Eltern, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, S. 3-9.

Solantaus, T. / Paavonen, J. [u.a.] (2010): Preventive interventions in families with parental depression, children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour, in: European Child & Adolescent Psychiatry, Jg. 19, S. 883-892.

Stadelmann, S. / Perren, S. [u.a.] (2010): Psychisch kranke und unbelastete Eltern, Elterliche Stressbelastung und psychische Symptomatik der Kinder, in: Kindheit und Entwicklung, Jg. 19 (Heft 2), S. 72-81.

Wiegand-Grefe, S. / Cronemeyer, B. [u.a.] (2013): Psychische Auffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern im Perspektivenvergleich, Effekte einer manualisierten Familienintervention, in: Kindheit und Entwicklung, Jg. 22 (Heft 1), S. 31-40.



## 6.5 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wirkungsgefüge der Risikofaktoren für die Entstehung von Depressionen, bio-psychosoziales Modell (Eigene Darstellung)

..... **Seite 6**

Abbildung 2: Teufelskreismodell der depressiven Mutter-Kind-Interaktion  
(Eigene Darstellung in Anlehnung an Reck / Weiss 2004, S. 1072)

..... **Seite 17**

Abbildung 3: Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung nach E. Erikson  
(Eigene Darstellung in Anlehnung an Lohaus / Vierhaus 2013, S. 12)

..... **Seite 19**

Abbildung 4: Beispiel für die Entstehung einer externalisierenden Störung  
(Eigene Darstellung in Anlehnung an Freitag 2013, S. 59)

..... **Seite 31**

## 6.6 Abkürzungsverzeichnis

(Hg.):	Herausgeber
[u.a.]:	und andere
BP:	Bezugsperson
bzw.:	beziehungsweise
DSM IV:	Nationales (USA) Klassifikationssystem der Psychiatrie
ebd.:	ebenda
etc. / usw.:	et cetera / und so weiter
HHNA:	Hypophysen-Hypothalamus-Nebennierenrinden-Achse
ICD-10:	Internationales Klassifikationssystem für Krankheiten, herausgegeben von der World-Health-Organisation (WHO)
MKI:	Mutter-Kind-Interaktion
o.ä.:	oder ähnliches
PPD:	Postpartale Depression
s.u.:	siehe unten
SES:	Sozioökonomischer Status
u.a.:	unter anderem
v.a.:	vor allem

## 6.7 Begriffsverzeichnis

Ätiologie:	Lehre der Entstehungsursachen von Krankheiten
Epidemiologie:	Lehre von der Verbreitung, den Ursachen und Folgen von Krankheiten in der Gesellschaft / in einer Population
Infantizid:	Kindstötung
Inzidenz:	(medizinisch) Erstauftretsalter bei einer Krankheit
Korrelation:	Zusammenhang
Mortalitätsrate:	Sterblichkeitsrate

- Parentifizierung: Das „Eltern-machen“, Verantwortungsverschiebung von den Eltern hin zum Kind
- Persistenz: Konstante Ausprägung
- Prävalenz: Auftretenswahrscheinlichkeit
- Resilienz: Psychische Robustheit gegenüber (Entwicklungs-) Risiken