

Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Soziale Arbeit

Bildung und Erziehung in der Kindheit

**„Entwicklungsrisiken und Unterstützungsmöglichkeiten für
Kinder depressiver Mütter“**

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 30.03.2016

Name, Vorname: Pandu Kartawiguna, Sarah Saïda

Betreuende Prüfende: Prof. Dr. Katja Weidtmann

Zweite Prüfende: Prof. Dr. Habil Dagmar Bergs-Winkels

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
1. Beschreibung des möglichen Krankheitsbildes einer Depression	2
2. Möglicher Einfluss einer mütterlichen Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung	5
2.1. Bindungsentwicklung und Bindungsqualität	5
2.2. Mögliche Wirkung des Krankheitsbildes auf die Bindungsqualität und die kindliche Entwicklung.....	8
2.3. Mögliche Einflüsse des Krankheitsbildes auf die Interaktion zwischen Mutter und Kind	10
3. Einfluss des Krankheitsbildes auf die kindliche Entwicklung anhand des psychosozialen Entwicklungsmodells von Erikson.....	15
3.1. Das psychosoziale Entwicklungsmodell von Erik H. Erikson.....	15
3.2. Einschränkungen durch eine depressive Erkrankung der Mutter bei der psychosozialen Entwicklung nach Erikson	23
3.3. Kritik am Modell der psychosozialen Entwicklung	27
4. Wirkungsweisen von Risiko- und Schutzfaktoren auf die kindliche Entwicklung.....	29
4.1. Risikofaktoren.....	29
4.2. Schutzfaktoren	33
4.3. Die Bedeutung von Resilienz für die Wirksamkeit von Risiko- und Schutzfaktoren	35
5. Mögliche Ansätze zur Unterstützung	37
6. Fazit	41
Quellen.....	45
Eidesstattliche Erklärung	49

Einleitung

Als KindheitspädagogInnen treffen wir auf Kinder aus unterschiedlichen familiären Situationen. Durch unsere Arbeit mit den Kindern und im Kontakt mit den Eltern haben wir die Möglichkeit, wesentliche Grundsteine für die kindliche Entwicklung mitzugestalten. Dies kann durch die richtige Einschätzung von Potentialen und Förderbedarfen geschehen, aber auch durch eine gezielte Unterstützung in ihrer individuellen Lebenswelt. Kinder psychisch kranker Eltern verdienen dabei eine besondere Aufmerksamkeit, da sie bedingt durch die psychische Erkrankung der Eltern zu einer spezifischen Risikogruppe gehören und lange Zeit unbeachtet blieben (vgl. Matthejat et al. 2012, S.13 ff).

Laut des DAK-Psychoreports 2015 hat sich die Zahl beruflicher Krankmeldungen aufgrund depressiver Erkrankungen seit 1997 verdreifacht. Dieser Wandel ist jedoch nicht zwangsläufig auf eine erhöhte Krankheitsrate zurückzuführen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass eine Enttabuisierung der depressiven Erkrankungen auf gesellschaftlicher Ebene dazu geführt hat, dass sich mehr Patienten auf Grund psychischer Erkrankungen in Behandlung geben. (Vgl. DAK-Gesundheit 2015, S.7)

Diese Entwicklung zu einem offeneren Umgang mit dem Krankheitsbild, kann auch eine Chance für das pädagogische Berufsfeld darstellen, verstärkt gezielte unterstützende Maßnahmen zu leisten.

Das Robert Koch-Institut berichtet in der Gesundheitsberichterstattung, dass die Lebenszeitprävalenz für Depressionen bei Frauen mit 25 % ca. doppelt so hoch ist wie bei Männern mit 12% (vgl. Wittchen et al. 2010, S.19). Der Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby war der Auffassung, dass die Mutter in den meisten Familien hierarchisch als primäre Bindungsperson gilt. Demnach kann davon ausgegangen werden, dass eine psychische Erkrankung der Mutter einen hohen Einfluss auf das Kind und seine Entwicklung haben kann (vgl. Goddemeier 2015, S.461) und dieser aufgrund der hohen Prävalenz eine gezielte Beachtung verdient.

Diese Abschlussarbeit setzt sich daher mit der Fragestellung auseinander, welche Risiken bei Kindern depressiver Mütter auf die Mutter-Kind-Beziehung und auf die kindliche Entwicklung wirken können, und welche allgemeinen Ansatzpunkte zur Unterstützung sich daraus für die pädagogische Praxis ergeben. Hierfür wird zuerst die mögliche Diagnostik und das Krankheitsbild einer Depression beschrieben, um daraus den möglichen Einfluss der Krankheit auf die Mutter-Kind-Beziehung und daraus resultierende Folgen erläutern zu können. Im Anschluss werde ich anhand des psycho-sozialen Entwicklungsmodells von Erik

Erikson beschreiben, welche Einschränkungen bei der Bewältigung von Entwicklungszielen entstehen können, welche Folgen dies für die kindliche Entwicklung haben kann und das Modell anschließend kritisch betrachten. Als nächstes möchte ich kurz auf zusätzliche Einflussfaktoren für die Kindesentwicklung eingehen. Anschließend werde ich aus den zuvor gewonnenen Erkenntnissen, allgemeine mögliche Unterstützungsansätze für die pädagogische Praxis ableiten. Abschließen werde ich mit einem Fazit.

1. Beschreibung des möglichen Krankheitsbildes einer Depression

Um im weiteren Verlauf meiner Arbeit die möglichen Auswirkungen der mütterlichen Krankheit auf die kindliche Entwicklung analysieren zu können, möchte ich in diesem Kapitel die Diagnostik und die Grundzüge einer Depression beschreiben. Des Weiteren möchte ich den Begriff der postpartalen Depression abgrenzen und mögliche Ursachen für die Entstehung der Krankheit nennen.

„Die 12-Monats-Querschnittsprävalenz depressiver Störungen (unter Ausschluss depressiver Episoden im Rahmen bipolarer Erkrankungen) bei 18- bis 65-jährigen Personen in der Allgemeinbevölkerung beträgt 11 %“ (Wittchen et al. 2010, S.19)

Sie ist neben Rückenleiden oder anderen Muskel-Skelett-Erkrankungen eine der häufigsten Ursachen für Krankmeldungen im beruflichen Alltag (vgl. DAK-Gesundheit 2015, S.4).

Um die Verständigung unter Fachleuten zu vereinfachen, werden Muster von Symptomen nach bestimmten Kriterien verschiedenen Klassen zugeteilt. Man spricht hierbei laut Heinrichs und Lohaus vom *kategorialen Klassifikationsansatz*. Zwei gängige Klassifikationssysteme sind der *International Classification of Diseases* (ICD), der mittlerweile in der zehnten Fassung vorliegt, und der *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), der aktuell in der fünften Fassung erschienen ist. Während sich der DSM ausschließlich auf die Klassifikation von psychischen Störungen bezieht, werden im ICD auch weitere Krankheitsbilder den Kapiteln A bis Z zugeteilt. Dem Kapitel zu den psychischen Störungen ist der Buchstaben F zugeteilt und umfasst ca. 1000 Unterscheidungen innerhalb dieses Teilbereichs. (Vgl. Heinrichs/ Lohaus, 2011, S.36 ff)

Depressionen werden den affektiven Störungen untergeordnet. Diese haben laut ICD-10 alle eine Veränderung der Stimmung oder Affektivität gemeinsam (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2015). Damit die Diagnose einer *Major*

Depression nach DSM-IV laut Hautzinger erfolgen kann, müssen über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen klar definierte Symptome vorhanden sein. Darunter unter anderem: depressive Verstimmung an fast allen Tagen, Schlaflosigkeit und wiederkehrende Gedanken an den Tod oder Selbstmord. Wobei eine depressive Stimmung oder der Verlust an Interesse und Freude, ein für die Diagnose definitiv vorhandenes Kriterium sein muss. Die Diagnose einer *depressiven Episode* nach ICD-10 erfolgt durch das Vorhandensein von mindestens zwei von drei klar definierten Kriterien. Durch eine weitere Überprüfung kann hier auch der Schweregrad der Depression (leichte oder schwere Episode) bestimmt werden. (Vgl. Hautzinger, 2002, S.305)

Neben einer stetigen Antriebslosigkeit und dem Gefühl, keine Freude empfinden zu können, kann das Krankheitsbild einer Depression weitere Kernsymptome aufweisen. Berking und Rief haben diese in vier Kategorien eingeteilt. Die *affektiven Symptome* konzentrieren sich auf die empfundenen Emotionen und umfassen Merkmale wie Reizbarkeit, Traurigkeit, Ängstlichkeit, Feindseligkeit oder dem Gefühl der Entfremdung und Distanz zur Umwelt. Die *kognitiven Symptome* beschreiben die Art, wie unter dem Einfluss der Krankheit Denkprozesse aussehen können und sind gekennzeichnet durch Merkmale wie einer negativen Einstellung zur eigenen Person oder Zukunft, Hoffnungslosigkeit, Selbstunsicherheit oder Einfallsarmut. Merkmale, die die innere Motivation und das aktive Handeln beeinflussen können, werden unter dem Begriff der *motivational-behavioralen Symptome* zusammengefasst. Beispiele hierfür können eine Verringerung des Aktivitätsniveaus, sozialer Rückzug, Vermeidungsverhalten, eine verlangsamte Sprache und Motorik oder in Extremfällen ein Zustand einer Erstarrung sowie Probleme bei der Bewältigung alltäglicher Anforderungen sein. Welchen Einfluss das Krankheitsbild auf den Körper haben kann, wird durch die *somatisch-viszeralen Symptome* beschrieben. Dieser Kategorie werden Symptome wie Schlafstörungen, Energieverlust, verändertes Essverhalten, innere Unruhe sowie eine kraftlose und spannungsleere Körperhaltung untergeordnet. (Vgl. Berking/ Rief 2012, S.31)

Zur Vervollständigung dieses Kapitels möchte ich an dieser Stelle kurz auf mögliche Ursachen für die Entstehung einer Depression eingehen. Laut des DAK-Psychoreports 2015 stieg die Anzahl der Krankmeldungen aufgrund psychischer Erkrankungen in letzten Jahren erheblich an. „Während im Jahr 1997 die Zahl der Ausfalltage pro hundert weibliche DAK-Versicherte 94 betrug, waren es 2014 bereits 303 Tage.“ (DAK-Gesundheit 2015, S.5). Dieser Anstieg ist jedoch laut der DAK auf unterschiedliche mögliche Ursachen zurückzuführen. Einerseits würden Patienten und Mediziner heute offener mit psychischen Problemen umgehen. Andererseits sorgte laut dem „Stress-Report 2012“ ein Wandel in der

Arbeitswelt dafür, dass Arbeitnehmer sich durch steigenden Termindruck etc. zunehmend psychisch belastet fühlen (vgl. DAK-Gesundheit, 2015, S.7 f). Grundsätzlich muss betont werden, dass es laut Berking nicht möglich ist, kausale Rückschlüsse beim Vorhandensein einer psychischen Störung zu ziehen (vgl. Berking/ Rief 2012, S.20). Zwar existieren fachliche Aussagen, die zum Beispiel auch einen Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von chronischen Krankheiten wie Diabetes mellitus II und Depression sehen (vgl. Abholz/ Schmacke 2014, S.10), es sollte aber dennoch davon abgesehen werden, die Wechselwirksamkeit aller Faktoren auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene außer Acht zu lassen (vgl. Berking/ Rief 2012, S.20).

Da ich mich im Rahmen dieser Arbeit auf den Einfluss einer Depression der Mutter auf die Mutter-Kind-Beziehung und den Einfluss in unterschiedlichen Entwicklungsstufen des Kindes beziehen werde, möchte ich an dieser Stelle zusätzlich das mögliche Krankheitsbild einer postpartalen Depression, also einer Depression innerhalb eines Jahres nach der Entbindung (vgl. Deutsches Bündnis gegen Depression e.V., 2010) abgrenzen und mögliche Entstehungsfaktoren beschreiben.

Laut dem Bündnis gegen Depression e.V. unterscheidet sich eine postpartale Depression in ihren Symptomen nicht von einer depressiven Erkrankung, der keine Geburt eines Kindes vorausgeht. Dennoch können weitere Symptome hinzukommen, die für eine postpartale Depression kennzeichnend sind. So kann es neben einer starken emotionalen Labilität auch zu übersteigerten Selbstzweifeln an den mütterlichen Fähigkeiten kommen. Trotz einer andauernden übertriebenen Sorge um das kindliche Wohlergehen kann es passieren, dass die betroffenen Mütter nicht in der Lage sind, Liebe und Zuneigung für ihr Kind zu empfinden. (Vgl. Deutsches Bündnis gegen Depression e.V., 2010)

Bezüglich der Krankheitshäufigkeit nennt das Bündnis folgende Werte:

„Die Prävalenzrate liegt für die ersten 12 Wochen nach der Geburt bei ca. 6%, für den Zeitraum eines Jahres bei 5-10%“ (Deutsches Bündnis gegen Depression e.V., 2010).

Frauen, die bereits vor der Schwangerschaft von psychischen Leiden betroffen waren, haben laut des Deutschen Ärzteblatts eine erhöhte Vulnerabilität für postpartale Depressionen. Zusätzlich wird davon ausgegangen, dass traumatische Kindheitserfahrungen, Stressbelastungen während der Schwangerschaft, ein traumatisches Geburtserlebnis, biologische und sozioökonomische Faktoren und der Unterstützungsgrad des Partners einen Einfluss auf die Entstehung einer postpartalen Depression haben können. Der Abfall des

Östrogenspiegels nach der Schwangerschaft, die Veränderung des eigenen Körpers und der partnerschaftlichen Beziehungsstruktur sowie die erforderliche Identifikation mit der Rolle als Mutter können, insbesondere für Frauen mit einer depressiven Prädisposition, ebenfalls Einflussfaktoren zur Begünstigung einer Krankheitsentwicklung darstellen. (Vgl. Sonnenmoser 2007, S.82)

Nicht selten wird eine postpartale Depression mit einer geburts- und stillbedingten Erschöpfung verwechselt. Hinzu kommen Scham- und Schuldgefühle der Betroffenen, die zusätzlich dazu beitragen können, dass die Krankheit nicht rechtzeitig erkannt und behandelt werden kann (vgl. Wimmer-Puchinger/ Riecher-Rössler 2006, S.14 f).

2. Möglicher Einfluss einer mütterlichen Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung

Nachdem im letzten Kapitel das mögliche Krankheitsbild einer depressiven Erkrankung und einer postpartalen Depression beschrieben wurde, soll in diesem Kapitel untersucht werden, welchen Einfluss die oben beschriebenen Symptome auf die Mutter-Kind-Beziehung haben können. Dabei sollen die Bindungsentwicklung unter Einfluss der postpartalen Depression sowie mögliche Auswirkungen einer depressiven Erkrankung auf die Mutter-Kind-Interaktion im Fokus stehen. Zudem soll analysiert werden, welche Bedeutung Einflussfaktoren in diesen Bereichen für die kindliche Entwicklung haben können. Vorerst möchte ich jedoch betonen, dass alle aus dem Krankheitsbild resultierenden Einflüsse, Auswirkungen und Folgen, die im Rahmen dieser Arbeit beschrieben werden, theoretische Möglichkeiten und keinesfalls sicher eintretende Kausalitäten darstellen.

2.1. Bindungsentwicklung und Bindungsqualität

Damit mögliche Auswirkungen des Krankheitsbildes auf die Entwicklung der Bindung analysiert werden können, sollen im Folgenden zunächst die Entstehung der Bindung und ihre Bedeutung für die kindliche Entwicklung dargestellt werden.

Laut Suess und Burat-Hiemer ist die Entwicklung von Bindung ein biologisch verankerter Prozess, der zu Zeiten in denen wir uns vor Raubtieren und anderen Gefahren schützen mussten, dazu diente, das Überleben zu sichern. Dies galt insbesondere für Babys und Kleinkinder, die außerhalb des Schutzes der Gruppe keine Überlebenschancen hatten. (Vgl. Suess/ Burat-Hiemer, 2009, S.54)

„Bei den meisten menschlichen Kindern entwickelt sich das Bindungsverhalten gegenüber einer bevorzugten Person innerhalb der ersten neun Monate des Lebens. Je mehr Erfahrungen in der sozialen Interaktion ein Kind mit einer Person hat, desto wahrscheinlicher ist es, dass es an diese Person gebunden wird.“ (Bowlby, 1987 zit. n. Grossmann, 2003, S.24)

Wie bereits erwähnt, ist die Mutter nach John Bowlby in den meisten Fällen die Hauptbezugsperson des Kindes und damit primäre Bindungsperson (vgl. Goddemeier 2015, S.461). Damit eine sichere Bindungsqualität entstehen kann, muss die Mutter angemessen auf die Signale des Kindes reagieren. Mary Ainsworth nutzte hierfür den Begriff der Feinfühligkeit (vgl. Suess/ Burat-Hiemer, 2009, S.73 f). Nach John Bowlby entwickelt sich Bindung phasenweise. Jede dieser Phasen ist durch andere Merkmale gekennzeichnet und umfasst ca. die ersten zwei Lebensjahre des Kindes. In der *Vorphase der Bindung* ist es für das Kind besonders wichtig, dass die Mutter auf die von ihm gesendeten Signale (z.B. Weinen oder Schreien) durch Interaktion reagiert und es sich so getröstet fühlen kann. Während der *entstehenden Bindung* lassen sich Kinder leichter von ihrer Mutter beruhigen und wenden sich dieser vermehrt zu. Hat das Kind positive Erfahrungen in der Befriedigung der kindlichen Bedürfnisse durch die Mutter erworben, kann nun Vertrauen entstehen, da das Kind einzuschätzen lernt, wie die Mutter in bestimmten Situationen reagieren wird. Im weiteren Verlauf kann sich nun eine *ausgeprägte Bindung* entwickeln. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass das Kind seine Mutter als sichere Basis nutzen und seinem Explorationsdrang, der für die Entwicklung kognitiver Fähigkeiten relevant ist, nachgehen kann. Es kann sich also von der Mutter entfernen, um die Welt zu erkunden und wieder zu ihr zurückkehren, wenn es den Drang nach Sicherheit verspürt. Im Idealfall kann nun, mit dem Erwerb von kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten, zwischen den beiden eine *reziproke*, also eine wechselseitig dynamische *Beziehung* herrschen, da das Kind ein Verständnis für die Gefühle, Ziele und Motive der Mutter entwickeln kann. (Vgl. Bowlby, 1969; zit. n. Siegler et al., 2011, S.418 f)

Somit lässt sich festhalten, dass die Qualität der Bindung abhängig von den gewonnenen Erfahrungen innerhalb der Beziehung ist. Objektpermanenz beschreibt das Wissen des Kindes darüber, dass Objekte und Personen auch dann weiter existieren, wenn das Kind sie nicht wahrnehmen kann (vgl. Siegler et al., 2011, S.133)

Nach dem Erreichen der Objektpermanenz werden laut Suess und Burat-Hiemer die unterschiedlichen Erfahrungen, die das Kind mit der Bindungsperson gesammelt hat, zu einem Bindungsmodell zusammengefasst. Dies wirkt wie ein „inneres Arbeitsmodell“ als Orientierung bei Verunsicherung mit dem Ziel der größtmöglichen Nähe zur Bindungsperson. (Vgl. Suess/ Burat-Hiemer, 2009, S.56)

Die Bindungsqualität lässt sich bei Kindern im zweiten Lebensjahr durch den von Mary Ainsworth generierten „Fremde-Situation-Test“ bestimmen. Hierbei wird eine Bezugsperson (i.d.R. Mutter) mit ihrem Kleinkind in einen fremden Raum gebracht, der mit Spielzeug ausgestattet ist. Ein weiterer wesentlicher Bestandteil des Tests ist eine fremde Person. Beobachtet wird, wie Kind und Bezugsperson sich bei Trennung und Wiedervereinigung verhalten und auch wie das Kind auf die fremde Person reagiert bzw. mit dieser interagiert, wenn die Mutter den Raum verlassen hat. Aus den gewonnenen Beobachtungen, welche (Bindungs-) Strategie vom Kind verwendet wird, um sich zu beruhigen und der Bezugsperson zu begegnen, können im Anschluss Bindungsqualitäten bestimmt werden. (Vgl. Suess/ Burat-Hiemer, 2009, S.57 ff)

Für ältere Kinder (vier bis acht Jahre) werden zur Bestimmung des Bindungsmodells sog. Geschichtenergänzungsaufgaben genutzt, bei denen Kinder mit Hilfe von Puppen, die die Familie darstellen sollen, den vorgegebenen Anfang einer Geschichte die einen Bindungskonflikt enthält, spielerisch weitererzählen sollen. Das Bindungsmodell kann anschließend anhand der vom Kind erzählten weiteren Konfliktsituation abgeleitet werden. (Vgl. Suess/ Burat-Hiemer, 2009, S.229 ff)

Die Bindungsstrategien der Kinder werden in vier Kategorien unterteilt. Im "Fremde-Situation-Test" konnten folgende Beobachtungen festgehalten werden. Kinder mit einer *sicheren* Bindung suchen den Kontakt zur Mutter, lassen sich bei der Wiedervereinigung schnell trösten und können sich schnell wieder dem Spiel widmen. *Unsicher-vermeidend* gebundene Kinder reagieren kaum bis gar nicht auf die Trennung von der Mutter und verhalten sich bei der Wiedervereinigung eher ablehnend in Bezug auf Körperkontakt. Ist ein Kind *unsicher-ambivalent* gebunden, reagiert es meist heftig auf die Trennung von der Mutter und lässt sich auch danach kaum beruhigen. Die in der Bezeichnung der Kategorie beschriebene Ambivalenz äußert sich zum einen durch ein Körperkontakt suchendes und zum anderen massiv abwehrendes Verhalten des Kindes. So kann es sein, dass das Kind seine Arme zur Mutter streckt und gleichzeitig den Kopf abwendet oder um sich schlägt. (Vgl. Brisch, 2009, S. 51 f)

Zusätzlich zu den bereits beschriebenen Bindungsstrategien kann ein Kind *desorganisiert* gebunden sein. Dies kann sich dadurch äußern, dass das Kind durch das Auftreten der Mutter verunsichert oder verängstigt ist. Da es nicht weiß, wie es sich verhalten soll, reagiert es widersprüchlich. Die bisherige Bindungsstrategie kommt nicht zum Einsatz. In der Fremden Situation ist das "mit-sich-Ringen" der Kinder zu beobachten, ob sie sich der Mutter zuwenden sollen oder nicht. Teilweise kann es zu einem „Erstarren“ kommen. (Vgl. Suess/ Burat-Hiemer, 2009, S.65 ff)

Der Prozess der Bindungsentstehung sowie die charakteristischen Merkmale der einzelnen Bindungsqualitäten zeigen, wie bedeutend die Feinfühligkeit der primären Bezugsperson für die Beziehung zwischen dieser und dem Kind ist. Welche Wirkung eine postpartale Depression auf die Bindungsqualität haben kann und wie dies die kindliche Entwicklung beeinflussen kann, soll im nächsten Kapitel untersucht werden.

2.2. Mögliche Wirkung des Krankheitsbildes auf die Bindungsqualität und die kindliche Entwicklung

Kann das Krankheitsbild einer Depression die Bindungsqualität beeinflussen? Welche Folgen kann dies für die weitere Entwicklung des Kindes haben und bedeutet eine nicht sichere Bindungsqualität zur Mutter stets einen Nachteil für die kindliche Entwicklung?

Nach Remschmidt und Mattejat verfügen depressive Eltern auf Grund ihrer Symptome über unzureichende Fähigkeiten, angemessen auf die Bedürfnisse ihrer Kinder zu reagieren. So kann eine postpartal depressive Mutter weniger schnell und selektiv auf ihr Kind reagieren, als eine nicht erkrankte Mutter. In der Wahrnehmung des Kindes erscheint die Mutter dadurch weniger empfänglich für dessen Bedürfnisse. (Vgl. Remschmidt/ Mattejat, 1994, S.76)

Eine wenig oder selten empfängliche Mutter kann vom Kind nur schwer als sichere Basis genutzt werden. Da das Kind nicht einschätzen kann, inwieweit die Mutter auf seine Bindungsbedürfnisse reagiert, kann es dazu kommen, dass es diese maximiert. Es ist somit einem stetigen Anpassungs- und Beobachtungszwang unterlegen, was einen erheblichen Stressfaktor für das Kind darstellt. Dies sind Kennzeichen einer unsicher-ambivalenten Bindungsqualität, die bereits im vorherigen Kapitel erwähnt wurden. Zusätzlich zu dieser, kann sich auch eine desorganisierte Bindungsqualität entwickeln. Desorganisation kann dann entstehen, wenn das Kind die Mutter, in unvorhersehbaren Situationen, als bedrohlich wahrnimmt. Dies kann dann der Fall sein, wenn die Mutter während einer Depression plötzlich in Ausdruckslosigkeit verfällt und so unerreichbar für das Kind erscheint. Die

vorherige unsicher-ambivalente Bindungsstrategie greift nicht mehr, da das Kind trotz der Bedürfnismaximierung keine Aufmerksamkeit durch die Mutter erfährt und es entwickelt eine Bindungsdesorganisation. (Vgl. Suess/ Burat-Hiemer, 2009, S.63 ff)

Laut Brigitte Ramsauer verdeutlichen verschiedene Langzeitstudien, dass Kleinkinder postpartal depressiver Mütter verstärkt unsicher gebunden sind und im weiteren Verlauf ihres Lebens zusätzlich oft Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen haben. Diese Schwierigkeiten können sich durch aggressives Verhalten sowie einer allgemeinen Fehlanpassung zeigen. Ein Zusammenhang zwischen diesen Merkmalen und der frühkindlichen Bindung ist Studien zufolge bei Jungen deutlicher zu erkennen als bei Mädchen. (Vgl. Ramsauer, 2011, S.176)

"Unsicher-vermeidend" gebundene Kinder, die von ihren Eltern keine Reaktion auf negative Gefühle erhalten haben, können langfristig dazu tendieren, ihre Gefühle weniger deutlich zum Ausdruck zu bringen und keinen Trost bei anderen Menschen zu suchen. Zudem können die Entwicklung von Empathie und der Grad der schulischen Beteiligung durch die frühkindliche Bindung beeinflusst werden. (Vgl. Siegler et al., 2011, S.428 f)

Die Wahrscheinlichkeit eine Bindungsdesorganisation zu entwickeln ist laut Ramsauer einerseits abhängig vom Schweregrad und Verlauf der mütterlichen Krankheit, andererseits ist die Stabilität des familiären Kontextes ein ebenfalls bedeutsamer Einflussfaktor für die Bindungsentwicklung (vgl. Ramsauer, 2011, S.176). Wie bereits beschrieben, setzen sich die Bindungsqualitäten des Kindes aus den gewonnenen Erfahrungen innerhalb einer Beziehung zusammen. Laut Suess und Burat-Hiemer müssen unsichere Bindungs*qualitäten* sich nicht zwangsläufig negativ auf die Entwicklung des Kindes auswirken, da es die inneren Bindungs*modelle* sind, nach denen wir unser Leben und die darin enthaltenen Beziehungen gestalten. Bindungsmodelle können auch durch andere Bezugspersonen (Vater, Großeltern, etc.) gestaltet werden oder auch innerhalb einer Beziehung, wenn diese durch bestimmte Einflüsse einen Wandel durchlebt. (Vgl. Suess/ Burat-Hiemer, 2009, S.84 ff)

Diese Tatsache verdeutlicht die Wichtigkeit von kompensatorischen Beziehungen, die zum einen Unterstützung für das psychisch erkrankte Elternteil bieten, aber auch einen positiven Beitrag zur kindlichen Entwicklung leisten können.

Ein zusätzlicher Risikofaktor ist gegeben, wenn beide Elternteile psychisch erkrankt sind (vgl. Matzejat/ Remschmidt, 2008, S.315). Auf diesen Aspekt werde ich in meiner Arbeit jedoch nicht eingehen, da er zur Beantwortung meiner Fragestellung irrelevant ist.

Je älter das Kind wird, desto schwieriger wird es, die Bindungsqualität zu beeinflussen (vgl. Suess/ Burat-Hiemer, 2009, S.53). Trotzdem muss eine depressive Erkrankung der Mutter

nicht zwangsläufig zu einer gestörten Mutter-Kind-Beziehung führen. So kann auch im Spiel mit dem Säugling eine Basis geschaffen werden, die einen positiven Ausgleich zu den Einflüssen des Krankheitsbildes bieten kann (vgl. Ramsauer, 2011, S.173).

„Die wiederholte Erfahrung, dass negative Affektzustände in der Interaktion mit der Mutter repariert und moduliert werden können, ist für den Säugling Voraussetzung für die Entwicklung eines stabilen Selbstwertgefühls und einer sicheren Mutter-Kind-Beziehung.“ (Fonagy et al., 2004/ Stern, 1996 zit. n. Ramsauer, 2011, S.173 f)

Im nächsten Kapitel möchte ich untersuchen, wie das Krankheitsbild einer Depression auf die Interaktion zwischen Mutter und Kind wirken kann.

2.3. Mögliche Einflüsse des Krankheitsbildes auf die Interaktion zwischen Mutter und Kind

Neben der Bindung kann auch die Interaktion zwischen Mutter und Kind durch die Krankheit belastet sein. Diese beiden Bestandteile der kindlichen Entwicklung sind jedoch nicht trennscharf zu sehen, da Interaktion ein wesentlicher Bestandteil der Bindungsentwicklung ist (siehe Kapitel: 2.1 und 2.2). Auf die Relevanz von kompensatorischen Beziehungen bin ich im vorherigen Kapitel bereits eingegangen und möchte im weiteren Verlauf meiner Arbeit auch vertiefen, welche Wirkung diese auf die Kindesentwicklung haben können. Um die möglichen Folgen einer Beeinträchtigung der Mutter-Kind-Interaktion für die kindliche Entwicklung zu analysieren, wird jedoch an dieser Stelle zunächst davon ausgegangen, dass keine kompensatorischen Beziehungen auf das Kind wirken.

Laut René Spitz bietet die bloße Gegenwart der Mutter als primäre Bezugsperson bereits Anreiz für (Re-)Aktionen des Säuglings. Die intentionalen Handlungen und Erlebnisse, die dem Kind widerfahren, üben dabei den wichtigsten Einfluss auf dessen Persönlichkeitsentwicklung aus. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass ein von der Mutter als angenehm empfundenes Verhalten des Kindes von ihr stärker gefördert wird. Das bedeutet, dass die Vorlieben der Mutter einen prägenden Einflussfaktor für die Entwicklung des Kindes darstellen können. Eine mütterliche und zärtliche Grundhaltung wird laut Spitz so definiert, dass sich die Mutter an allen Handlungen und Aktivitäten ihres Kindes erfreut und es fördert, indem sie durch ihre Haltung dem Kind das Ausüben verschiedener

Handlungen erleichtert. So kann es seinen Explorationsdrang ausleben und sich entfalten. Dabei spielen weniger die bewussten Handlungen der Mutter eine entscheidende Rolle, sondern vielmehr ihre innere unbewusste Haltung. (Vgl. Spitz, 2005, S.141 f.)

Es lässt sich also festhalten, dass die gelebte innere Haltung der Mutter einen direkten Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes haben kann, da diese das Explorationsverhalten, welches für die Entwicklung kognitiver Fähigkeiten relevant ist, entweder unterstützt oder hemmt.

Was kann es für die Interaktion zwischen Mutter und Kind bedeuten, wenn die Mutter an einer Depression leidet? Lenz und Brockmann benennen folgende Unterschiede der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren Säuglingen oder Kleinkindern, im Vergleich zu gesunden Eltern:

„So lassen psychisch kranke Eltern im Kontakt mit ihrem Kind oftmals weniger Interesse und gefühlsmäßige Beteiligung erkennen, sie verhalten sich eher passiv und begegnen ihrem Kind mit weniger Blickkontakt und Lächeln“ (Lenz/ Brockmann, 2013, S. 27).

Des Weiteren kann es zu vermindertem Körperkontakt durch Streicheln und weniger kommunikativer Interaktion kommen (vgl. Lenz/ Brockmann, 2013, S.27 f). Ein erheblicher Mangel an emotionaler Wärme und psychischer Stimulation kann zu einer psychischen Deprivation beim Kind führen. Kennzeichen hierfür können ein sprachlicher Rückstand (vgl. Hantel-Quitmann, 2015, S.130 ff) aber auch körperliche Entwicklungsverzögerungen, wie eine Wachstumsretardierung sein (vgl. Brisch, 2008, S.89 f). Beides sind Merkmale, die erst im Laufe der Zeit erkennbar werden. Auf Grund der hohen inneren Anspannung, die der Säugling durch seine Bedürfnismaximierung durchlebt, kann es zu Regulationsstörungen wie exzessives Schreien oder Schlafstörungen kommen. Dies kann eine Folge der dauerhaften hohen Dosierung von Stresshormonen sein (vgl. Brisch/ Hellbrügge, 2007, S.174-195).

Wie bereits erwähnt stehen Bindungsentwicklung und Mutter-Kind-Interaktion in einem direkten Zusammenhang. Nach Christiane Deneke und Bettina Lüders kann durch die Qualität der Interaktion auf die Bindungsqualität und die kognitiven Fähigkeiten des Kindes mit einem Jahr geschlossen werden. Liegt eine Beeinträchtigung der Interaktion vor, kann dies zu einer Störung der Eltern-Kind-Beziehung führen, was wiederum ein Gefahrenpotential für eine gesunde psychische Entwicklung, sowie potentielle Vernachlässigung und Misshandlung darstellt. Laut Deneke und Lüders ist jedoch auch zu betonen, dass eine psychische

Erkrankung Einfluss auf die Interaktion haben kann, aber nicht zwangsläufig davon auszugehen ist. (Vgl. Lüders/ Deneke, 2003, S.173 ff)

„Cohn et al. (1990) beschreiben bei depressiven Müttern unterschiedliches Verhalten dem Baby gegenüber, von Rückzug und Apathie bis zu offener Feindseligkeit und intrusiv-kontrollierendem Verhalten, aber auch nicht beeinträchtigte Interaktionen.“ (Cohn et al., 1990, S.15-23; zit. n. Lüders/ Deneke, 2003, S.173)

Zur Bestimmung der Interaktionsqualität kann der sog. CARE-Index (Crittenden 1999) als Beobachtungsinstrument genutzt werden. Hierbei werden Videoaufnahmen eines Elternteils und seines Kindes bei Spielsequenzen getätigt und unter Beachtung verschiedener Merkmale ausgewertet. Im Anschluss lassen sich aus den gemachten Beobachtungen die Qualität des elterlichen Interaktionsverhaltens sowie die Anpassungsstrategie des Kindes ableiten und einer Kategorie zuordnen. Auch Mischkategorien sind möglich. Bei der Auswertung von Spielsequenzen depressiver Elternteile in Interaktion mit ihrem Kind konnten laut Lüders und Deneke folgende Beobachtungen festgehalten werden:

Das Interaktionsverhalten depressiver Eltern ist durch eine emotionale Unerreichbarkeit gekennzeichnet. Die Bemühungen des Kindes um Aufmerksamkeit treffen auf eine mangelnde Responsivität (nicht vorhandene oder verzögerte Empfindsamkeit für die kindlichen Signale und Bedürfnisse) bei den Eltern und führen so zu einem nicht zufriedenstellenden Ergebnis für das Kind. Aufgrund dessen kann es dazu kommen, dass sich das Kind in sich selbst zurückzieht und entweder in einen „dysregulierten“ oder „zurückgezogenen Zustand“ verfällt. Erstes würde bedeuten, dass das Kind nicht in der Lage ist, sich zu fokussieren um äußere Reize aufzunehmen. Ein zurückgezogener Zustand wäre dadurch gekennzeichnet, dass das Kind, auf Grund stetiger Selbstregulation nicht in der Lage ist, äußere Reize auf zu nehmen. Ob und wie lang das Kind in diesem Zustand verweilt ist abhängig vom Temperament und der Fähigkeit zur Selbstregulation des Kindes. (Vgl. Lüders/ Deneke, 2003, S.174 ff)

Welche Bedeutung kann eine Beeinträchtigung der Mutter-Kind-Interaktion für die spätere kindliche Entwicklung haben?

Durch die Unterstützung und Anerkennung anderer formt sich im Laufe der Persönlichkeitsentwicklung das Selbstwertgefühl. Kinder die sich geliebt fühlen, kommen zu

dem Rückschluss liebenswert zu sein und somit die Liebe anderer Menschen zu verdienen. (Vgl. Siegler et al., 2011, S.450)

Kann eine Mutter aufgrund ihres Krankheitsbildes und damit verbundenen Symptomen wie sozialem Rückzug oder geringerer Feinfühligkeit (siehe Kapitel Krankheitsbild Depression) dem Kind gegenüber, keine unterstützende oder anerkennende Haltung einnehmen, besteht die Gefahr, dass dies einen negativen Einfluss auf den Selbstwert des Kindes hat. Kommt das Kind zu dem Schluss, die Liebe anderer Menschen nicht zu verdienen, liegt der Rückschluss nah, dass dies auch Auswirkungen auf das spätere Beziehungs- und Partnerschaftsleben haben kann.

Wie bereits im Zitat von Lüders und Deneke erwähnt, konnte bei depressiven Eltern in Interaktion mit ihren Kindern teilweise auch ein erhöhtes Maß an Feindseligkeit wahrgenommen werden. Laut Siegler et al. kann dies ebenfalls den Selbstwert des Kindes beeinflussen. So kann es sein, dass das Kind bei einem Fehlverhalten erheblich gerügt und eventuell sogar zurückgewiesen wird. Für das Kind kann dies den Anschein erwecken, nur dann liebenswert zu sein, wenn es den Erwartungen der Mutter entspricht, da nicht das Fehlverhalten sondern das Kind an sich verurteilt wurde (ebd.). Eine erhöhte Gefahr für eine gesunde kindliche Entwicklung sehen Lüders und Deneke dann, wenn die Mutter ihr Kind in die Krankheit mit einbezieht und das Kind gezwungen ist, seine Bedürfnisse der mütterlichen Krankheit unterzuordnen. Zudem wird ein Zusammenhang zwischen der mütterlichen Depression und einer kindlichen Hyperaktivität gesehen. (Vgl. Lüders/ Deneke, 2003, S.179 f.)

Die in Kapitel 1 beschriebenen Symptome einer Depression können sich auch auf das Erziehungsverhalten der Mutter auswirken. So kann beispielsweise eine gefühlte Überforderung oder Selbstunsicherheit zu einem inkonsequenten Erziehungsverhalten führen. Laut Siegler et al. Können inkonsequente Erziehung und eine (durch die Krankheit) vernachlässigte elterliche Aufsicht bei Jugendlichen zu aggressivem bis kriminellen Verhalten führen. Da gerade in dieser Entwicklungsphase Peers eine großen Wirkung auf das soziale Verhalten haben, können auch negative Einflüsse nicht ausgeschlossen werden (Vgl. Siegler et al., 2011, S.569ff.).

Bestimmt die Krankheit die Mutter-Kind-Beziehung, kann sich dies auch im Erziehungsstil deutlich machen. Durch Symptome wie eine gefühlte Überforderung der Mutter und dem geringen Maß an Feinfühligkeit kann es sein, dass ein Erziehungsstil gewählt wird, der wenig auf das Kind eingeht. Beispiele hierfür sind der *autoritäre* oder *zurückweisend-vernachlässigende* Erziehungsstil. Der autoritäre Erziehungsstil ist durch einen hohen Anteil

an Anforderungen und Erwartungen gekennzeichnet und dem Bewusstsein der Kinder über Sanktionen, wenn sie diese nicht erfüllen. Nach Siegler et al. leiden Kinder, die unter autoritären Eltern aufwachsen, im späteren Entwicklungsverlauf häufig an psychischen Störungen wie Depressionen. Eltern, die einen zurückweisend-vernachlässigende Erziehungsstil ausleben, stellen wenige Anforderungen an ihre Kinder und reagieren kaum auf ihre Bedürfnisse. Die Kinder erfahren einerseits keine Grenzen, aber auch keine Unterstützung. Laut Siegler et al. können diese Kinder in der Jugend verschiedene Probleme wie schlechte schulische Leistungen, soziale Anpassungsschwierigkeiten, psychische oder Suchtprobleme haben. (Vgl. Siegler et al., 2011, S.464 ff.)

Speziell für die mittlere Kindheit und das Jugendalter sehen Mattejat und Remschmidt folgende Risiken für das Interaktionsverhalten und die Eltern-Kind-Beziehung zwischen psychisch kranken Eltern und ihren Kindern:

„Dem Kind werden nicht selten erwachsenentypische und elternhafte Aufgaben und Verantwortungen übertragen (Parentifizierung). Die Einschränkungen äußern sich wie folgt:

- Das Kind wird in die elterlichen Probleme/ Konflikte einbezogen (diffuse generationale Abgrenzung).
- Wegen der krankheitstypischen Begrenzungen ist die Identifikation des Kindes mit den Eltern beeinträchtigt (eingeschränkte Vorbildfunktion der Eltern).
- Die Eltern sind mit der Aufgabe überfordert, ihr Kind bei der Bewältigung der altersspezifischen Entwicklungsaufgaben zu unterstützen (insbesondere Kompetenzerwerb, Selbstständigkeit, Autonomieentwicklung).“

(Mattejat/ Remschmidt, 2008, S.314)

Zusammenfassend kann man sagen, dass eine depressive Erkrankung der Mutter erhebliche Folgen für die Mutter-Kind-Beziehung haben kann. Diese können durch Störungen der Bindung oder des Interaktionsverhaltens zwischen Mutter und Kind erkennbar sein und sich auch auf das Erziehungsverhalten auswirken. All diese Folgen können wiederum auf die Entwicklung des Kindes wirken. Prinzipiell gilt jedoch, dass jegliche Einschränkungen theoretisch wirken können, aber nicht müssen.

3. Einfluss des Krankheitsbildes auf die kindliche Entwicklung anhand des psychosozialen Entwicklungsmodells von Erikson

Nachdem im letzten Kapitel betrachtet wurde, wie eine depressive Erkrankung der Mutter die Mutter-Kind-Beziehung beeinflussen kann, soll es in diesem Kapitel um den möglichen Einfluss der mütterlichen Krankheit auf die kindliche Entwicklung gehen. Auch im letzten Kapitel wurde bereits über Folgen für die Kindesentwicklung gesprochen. Da der Fokus dort jedoch auf dem Zusammenhang mit dem Bindungs- und Interaktionsverhalten liegt, soll die Betrachtungsweise nun näher an der Entwicklung des Kindes liegen. Hierfür soll das psychosoziale Entwicklungsmodell von Erik H. Erikson, welches im Laufe dieses Kapitels erläutert wird, genutzt werden, da es, anders als die Modelle von Piaget oder Freud, die Bedeutung der sozialen Umwelt (also auch der Mutter) bei der Bewältigung von kindlichen Entwicklungsaufgaben definiert. Nach der Beschreibung des Modells sollen mögliche Einschränkungen bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben durch die Auswirkungen des Krankheitsbildes der Mutter untersucht werden. Im Anschluss wird analysiert, welche Folgen für die kindliche Entwicklung nach Erikson daraus resultieren können. Abschließend wird das Modell kritisch betrachtet.

3.1. Das psychosoziale Entwicklungsmodell von Erik H. Erikson

Das Entwicklungsmodell des Psychoanalytikers Erik H. Erikson (1902 – 1994) beschreibt acht altersabhängige Entwicklungsstufen vom Säuglingsalter bis ins hohe Erwachsenenalter. Jede Entwicklungsstufe beinhaltet spezielle Krisen, die durch Entwicklungsaufgaben geprägt sind, die es zu bewältigen gilt und die die Entwicklung der Identität vorantreiben. Wird eine Krise nicht bewältigt, wird das Individuum die damit verbundenen Probleme mit in die nächste Entwicklungsstufe tragen. Anders als Sigmund Freud, der in seiner Theorie der psychosexuellen Entwicklung davon ausgeht, dass die kindliche psychische Entwicklung durch die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben geschieht, die durch das Ausleben kindlicher sexueller Reize gesteuert werden, legt Erikson seinen Fokus auf soziale Faktoren. (Vgl. Siegler et al., 2011, S.338-344)

Im weiteren Verlauf dieses Kapitels möchte ich die ersten fünf Entwicklungsstufen nach Erikson beschreiben, da diese die kindliche Entwicklung vom Säuglingsalter einschließlich der Pubertät umfassen und somit den Kompetenzbereich von KindheitspädagogInnen vollständig abdecken.

1. „*Ur-Vertrauen vs. Ur-Mißtrauen [sic!]*“ (*erstes Lebensjahr*)

Die erste Stufe des psychosozialen Entwicklungsmodells umfasst das erste Lebensjahr und entspricht der oralen Phase Freuds. Auch wenn Eriksons Fokus auf der psychosozialen Entwicklung liegt, bezieht er sich in seinen Ausführungen an mehreren Stellen auf die Theorie Freuds.

Mit dem Begriff *Ur-Vertrauen* beschreibt Erikson eine Form der unbewussten Einstellung zu sich selbst und der Umwelt. Dabei geht es um das Gefühl des „sich-verlassen-könnens“, bezüglich der eigenen Zuverlässigkeit und der Glaubwürdigkeit anderer Menschen. Ziel dieser Entwicklungsstufe ist es, dass das Kind Vertrauen in seine „Versorger“ und seine eigenen Fähigkeiten gewinnt, was einen Grundstein für die Identitätsentwicklung bildet. Die eigenen Fähigkeiten beschreiben dabei die Fähigkeiten der körperlichen Organe im Umgang mit den Triebimpulsen. Voraussetzung dafür ist eine liebende und fürsorgliche Mutter, die feinfühlig in Bezug auf die Versorgung des Säuglings mit Nahrung und Sinnesreizen ist, damit dieser sich seine Umwelt einverleiben kann (Der Begriff des Einverleibens definiert dabei den oralen Kontakt des Säuglings zur Erfassung seiner Umwelt). Damit dies gelingen kann, muss die Mutter laut Erikson in ihre Rolle als „Gebende“ hineinwachsen. Nur so kann auch das Kind später zu einem gebenden Individuum heranwachsen, da es sich mit der Mutter in dieser Rolle identifizieren kann. Ebenso ist es wichtig, dass die Eltern ihre erzieherischen Maßnahmen mit einer gewissen Sicherheit dem Kind gegenüber vertreten, da die von den Eltern ausgehende Sicherheit beim Kind zur Entwicklung des Vertrauens in die elterlichen Fähigkeiten beiträgt. In der zweiten Hälfte dieser Entwicklungsstufe steht das Kind nach Erikson drei Krisen gegenüber: 1. Das Kind durchlebt eine innere Spannung durch die Steigerung seiner inneren Triebe. 2. Das Bewusstsein seiner selbst als Einzelwesen steigt. 3. Die Mutter wendet sich vermehrt vom Kind ab, hin zu alltäglichen Dingen und/ oder dem Eheleben.

An dieser Stelle nennt Erikson keine konkreten Möglichkeiten, wie diesen kindlichen Krisen im Einzelnen adäquat von elterlicher Seite zu begegnen ist, erwähnt aber an mehreren Punkten wie sich eine Verletzung des *Ur-Vertrauens* im weiteren Entwicklungsverlauf auswirken kann. So kann das Abstillen zum Beispiel zu einer Vertrauensverletzung führen, die sich in Verlustängsten oder einer kindlichen Depression äußern kann. Dies kann im weiteren Verlauf der Entwicklung zu einem „chronischen Trauergefühl führen, das [sic!] vielleicht dem ganzen späteren Leben einen depressiven Unterton verleiht.“ (Erikson, 1966, S.69)

Können Mutter und Kind sich im Stillverhalten nicht aufeinander einstellen, kann dies zu Frustrationen auf beiden Seiten führen. Wird diese Frustration für das Kind nicht kompensiert (im späteren Lebensverlauf oder durch den Einsatz der Flasche als Stillinstrument), kann das Kind eine Störung in seinem Verhältnis zur Außenwelt entwickeln, die auch zu Schwierigkeiten im Verhältnis zu geliebten Menschen führen kann. Eine charakterliche Abweichung, die aus einer ungelösten Krise dieser Entwicklungsstufe stammt, kann neben den bereits erwähnten Verlustängsten laut Erikson auch zu Selbstzweifeln oder „oralem Sadismus“ führen. Letzteres beschreibt eine Form der Gier in der die eigenen Bedürfnisse auf eine Art gestillt werden, die andere Personen verletzt. Die Beschreibung „oral“ bezieht sich dabei auf eine Verortung in dieser Entwicklungsstufe, die der oralen Phase Sigmund Freuds entspricht. Eine Verletzung des Ur-Vertrauens in der Kindheit drückt sich beim Erwachsenen in Ur-Misstrauen aus. Dies äußert sich nach Erikson indem sich der Erwachsene in sich selbst zurückzieht und eventuell Nahrung und Zuspruch verweigert. Im therapeutischen Kontext sieht Erikson daher die Notwendigkeit, dass das Vertrauen zu sich selbst und der Umwelt wieder aufgebaut werden muss. Grundsätzlich ist die Entwicklung pathologischer Züge jedoch davon abhängig, inwieweit es gelingt, die oralen Tendenzen und die damit verbundene Entwicklung von Vertrauen in die Persönlichkeit zu integrieren. (Vgl. Erikson, 1966, S.62-72)

2. „Autonomie vs. Scham und Zweifel“ (zweites bis drittes Lebensjahr)

Die zweite Entwicklungsstufe im Entwicklungsmodell nach Erikson entspricht der analen Phase nach Freud. Auf der physischen Ebene ist der Erwerb der Fähigkeit, den Darm und die Blase kontrolliert entleeren zu können, zu diesem Zeitpunkt von zentraler Bedeutung. Diese Entwicklung bedingt die Fähigkeiten des Haltens und Loslassens und baut auf dem erworbenen Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten aus der vorherigen Entwicklungsstufe auf. Mit der zunehmenden Kontrolle über die eigenen Fähigkeiten gewinnt das Kind an Autonomie und ist so auch in der Lage, seine Umwelt verstärkt zu erkunden. Eltern sind laut Erikson in dieser Phase der Herausforderung gegenübergestellt, eine für sie und ihr Kind geeignete Balance zu entwickeln. Zum einen benötigt das Kind genügend Freiraum, um seine Umwelt und seine eigenen Kräfte zu erkunden, andererseits ist das Kind noch nicht in der Lage diese korrekt einzuschätzen und muss daher auch vor sich und der Umwelt beschützt werden. So kann es dazu kommen, dass zwischen Eltern und Kind ein regelrechter Kampf um Autonomie entsteht, bei dem das Kind von einer liebevollen Haltung in eine ablehnend trotzig verfällt, da es seinen Willen durchsetzen möchte. Dies gilt es für die Eltern auszuhalten. Eine zu frühe oder zu strenge Sauberkeitserziehung kann dazu führen, dass das

Kind überfordert ist, da es nicht genügend Ruhe und Zeit hat, seine Fähigkeiten beherrschen zu lernen. Dies kann die Entstehung einer rebellierenden Haltung begünstigen oder aber dazu führen, dass das Kind in eine frühere Entwicklungsstufe zurückfällt. Man spricht dann von Regression. Die adäquate Bewältigung dieser Entwicklungskrise ist nach Erikson entscheidend für das spätere Verhältnis von Liebe und Hass, Bereitwilligkeit und Trotz sowie freier Selbstäußerung und Gedrücktheit. Eine zu strenge Sauberkeitserziehung in der Kindheit kann eine positive Bewältigung dieser Krise verhindern und zu einem erhöhten Maß an Selbstkritik oder neurotischen Zügen führen. Damit diese Folgen nicht eintreten, sollen Eltern ihrem Kind nicht das Gefühl geben, seinen Willen brechen zu wollen und mit der Sauberkeitserziehung nicht direkt zu Beginn der Autonomieentwicklung starten, da diese sich erst gefestigt haben soll. Hat das Kind laut Erikson das Gefühl sich selbst beherrschen zu können, ohne einen Verlust seines Selbstgefühls fürchten zu müssen, kann daraus ein andauerndes Gefühl von Autonomie und Stolz entstehen. Sollte das Kind jedoch das Gefühl von Unvermögen über die eigenen Fähigkeiten oder einen Verlust der Selbstkontrolle empfinden (z. B. durch ein strenges und ständiges Eingreifen der Eltern in seinen Lernprozess), kann daraus ein andauerndes Empfinden von Scham und Zweifel entstehen. Zusätzlich sieht Erikson einen Zusammenhang zwischen der kindlichen Autonomie und der der Eltern. Die Entwicklung der kindlichen Autonomie ist demnach nur in so weit möglich wie sie einerseits von den Eltern gestattet und andererseits von ihnen selbst gelebt wird, da das Kind seine Autonomie als Reflexion des Selbstempfindens seiner Eltern bilden kann. Damit das Kind sich zu einer autonomen Persönlichkeit entwickeln kann, erteilt Erikson folgenden Ratschlag:

„Sei gegenüber dem Kinde in diesem Stadium zugleich fest und tolerant, und es wird auch gegen sich selbst fest und tolerant werden. Es wird stolz darauf sein, eine autonome Person zu sein; es wird auch anderen Autonomie zugestehen; und dann und wann wird es auch sich selbst etwas durchgehen lassen.“ (Erikson, 1966, S.82)

Gleichzeitig macht Erikson jedoch deutlich, dass es keine klare Antwort auf die Frage gibt, wie der oben genannte Ratschlag umzusetzen ist. Grundsätzlich vertritt er die Position, dass Erziehung immer im Kontext der eigenen Kultur steht und „richtig“ und „falsch“ davon abhängig sind, was die Eltern dem Kind für Werte vermitteln wollen. (Vgl. Erikson, 1966, S.75-85)

3. „Initiative vs. Schuldgefühle“ (viertes bis sechstes Lebensjahr)

Diese Phase ist an die phallische Phase Freuds angelehnt und bezieht sich auf das Kind im Kindergartenalter (Elementarbereich) bis hin zum Schuleintritt. Das Kind hat nun einen Zuwachs an motorischen, sprachlichen und kognitiven Kompetenzen erlebt und steht vor der Aufgabe herauszufinden, was für eine Person es werden möchte. Dafür nutzt es seine Eltern als Rollenvorbilder und entwickelt laut Erikson erste geschlechterstereotype Züge. Mit dem Ausbau der eben genannten Kompetenzen, wächst im Kind auch der Drang, zum Erstreben von Leistung und Unabhängigkeit. Voller Tatendrang und Initiative ist es neugierig und beginnt sich mit anderen zu messen und zu vergleichen. Dabei erkundet es den Raum, der es umgibt, die anderen in ihm, genauso wie sich selbst mit großer Freude. Laut Erikson entwickeln Kinder in dieser Entwicklungsstufe ein Gewissen.

„Jetzt fühlt sich das Kind nicht nur beschämt, wenn seine Missetaten entdeckt werden, sondern es beginnt die Entdeckung auch zu fürchten.“ (Erikson, 1966, S.94)

Durch das hohe Maß an Sensibilität bezüglich Werten, Moralvorstellungen und Regeln, die in dieser Entwicklungsstufe internalisiert werden, ist es wichtig, dass diese Sensibilität von den Eltern nicht ausgenutzt wird. Erikson beschreibt an dieser Stelle neben der Schuld, die Kinder empfinden können, wenn sie den an sie gerichteten Anforderungen nicht gerecht werden (können), auch die primitive, starre und grausame Art mit der Kinder auf Grund von auferlegten Verboten ihre eigenen Triebe unterdrücken. Zudem kann es zu Regression oder negativen Gefühlen den Eltern gegenüber kommen, wenn das Kind bemerkt, wie die Eltern die eigenen Grundsätze nicht befolgen. Damit das Kind die natürliche Ungleichheit zwischen Eltern und Kind versteht, ist für Erikson eine Aufklärung an dieser Stelle von zentraler Bedeutung. Sollte das Kind das Gefühl bekommen, einer stetigen Willkür und Machtausnutzung ausgesetzt zu sein, kann das negative Folgen für seine Gewissensbildung haben. Dies könnte sich zum einen in einer übersteigerten Leistungsorientierung äußern oder aber dazu führen, dass sich das Kind im Erwachsenenalter nichts gestattet und sich stets selbst einschränkt, was die Ausübung der eigenen Triebe mit einbezieht. Ebenso wäre es denkbar, dass es zu einer „Überkompensation“ kommt, bei der ohne Rücksicht auf sich und andere gehandelt wird. Darüber hinaus ist diese Phase der Beginn der infantilen Sexualität. Ähnlich wie Sigmund Freud beschreibt auch Erikson das verstärkte Interesse des Kindes am eigenen und fremden Geschlecht. Dabei geht es jedoch lediglich um einen kindlichen Forscherdrang, der laut Erikson keinesfalls mit Verboten oder Drohungen belegt werden sollte, da dies das

sexuelle Verhalten manifestieren könnte. Durch das wachsende Empfinden eine eigenständige Persönlichkeit zu sein und dem Vergleich mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil, entsteht der Wunsch des Kindes nicht nur „so wie Papa/ Mama“ zu sein, sondern dessen Rolle gänzlich einzunehmen. Dies schließt auch die Liebesbeziehung zum andersgeschlechtlichen Elternteil mit ein. Erikson bezieht sich an dieser Stelle auf den von Freud beschriebenen „Ödipus-Komplex“ bei Jungen und „Elektra-Komplex“ bei Mädchen. Am Beispiel eines Mädchens bedeutet dies, dass es die Partnerrolle der Mutter gegenüber dem Vater begehrt und so Gefühle des Neides und der Eifersucht zur Mutter entwickelt. Zugleich sieht das Mädchen in der Mutter jedoch auch eine Quelle der Liebe, Zuflucht und Geborgenheit, was zu einem inneren Zwiespalt und Schuldgefühlen führt. Das Mädchen möchte zwar so sein wie die Mutter, ist ihr aber in Bezug auf die körperliche Entwicklung unterlegen, was den inneren Konflikt weiter stärkt. Auch die Beziehung zum Vater wird das Mädchen niemals im gleichen Ausmaß leben können. Der daraus resultierende Misserfolg und Minderwertigkeitsgefühle können Schuldgefühle und Angst beim Kind hervorbringen. Verhält die Mutter sich in bestimmten Situationen missbilligend dem Mädchen gegenüber, empfindet dieses es unbewusst als „verdient“. Eine erste sexuelle Aufklärung sowie gemeinsame Aktivitäten zwischen dem Kind und dem gleichgeschlechtlichen Elternteil sind nach Erikson hilfreich, um den Selbstwert des Kindes zu schützen, ein Gefühl der Gleichwertigkeit zu erzeugen und die Entstehung von Gefühlen wie Hass und Schuld zu vermindern.

Mit dem Schuleintritt müssen sich Kinder laut Erikson innerlich neu orientieren. Gründe dafür sind zum Beispiel die geforderte Fokussierung auf Lerninhalte und der notwendige Erwerb der Fähigkeit zur Selbstregulation. Zudem beginnt das Kind sich auch anderen Rollenvorbildern verstärkt zuzuwenden. Dies können LehrerInnen oder andere Eltern sein mit denen es sich dann oberflächlich identifiziert. Hierdurch bietet sich die Möglichkeit ihre Initiative auszuleben ohne Konflikt- oder Schuldgefühle befürchten zu müssen. (Vgl. Erikson, 1966, S.87-98)

4. „Werksinn vs. Minderwertigkeitsgefühl“ (sechstes bis ca. zwölftes Lebensjahr)

Die vierte Phase in Eriksons Entwicklungsmodell umfasst den Zeitraum vom Schuleintritt bis zum Beginn der Pubertät. Sie ist zwar durch keine spezielle innere Krise beim Kind gekennzeichnet, dennoch erlebt es durch den Schuleintritt eine Umstrukturierung seines bisherigen Lebens. Das Hauptinteresse des Kindes liegt nun im Erlernen neuer Fähigkeiten, um stärker in seiner Außenwelt wirken zu können. Dies kann allein oder in Kooperation mit anderen Kindern erfolgen. Durch Beobachtung und Nachahmung erweitert das Kind das

Spektrum seiner Fähigkeiten. Die Schule soll das Kind laut Erikson durch Erziehung und Lehre auf das Erwachsenenalter vorbereiten. Dabei muss eine Balance zwischen der Anlehnung an kindliche, spielerische Tendenzen und Erziehung zu Gehorsam und Pflichtbewusstsein gefunden werden. Ist dies nicht möglich, könnte eine strenge Erziehung zu Disziplin dazu führen, dass die Sensibilität des Kindes für Regeln (die bereits in der letzten Phase beschrieben wurde) in dieser Phase ausgenutzt wird. Das Kind macht sich daraufhin abhängig von Regeln und kann sich im Extremfall von dieser Selbsteinschränkung nicht mehr befreien. Eine Erziehung, die sich andererseits gänzlich am kindlichen Interesse orientiert, sich spielerisch nur mit Dingen zu befassen, die Spaß machen, würde laut Erikson dazu führen, dass die Kinder in der Schule nichts lernen. So sollte besser eine milde aber feste Disziplin ausgeübt werden, bei der Schulkinder dazu angeleitet werden, dass auch Lehrinhalte interessant sein können, auf die sie von allein nicht gestoßen wären. Um die Notwendigkeit einer Mischung von Spiel und Arbeit beim kindlichen Lernen zu verdeutlichen, definiert Erikson die Bedeutung des kindlichen Spiels für die Entwicklung wie folgt.

Anders als beim Erwachsenen, der das Spiel neben seiner Arbeit bloß zur Erholung nutzt, existieren beim kindlichen Spiel verschiedene Betrachtungsweisen. Das Kind nutzt das Spiel demnach einerseits, um Erlebtes zu verarbeiten und auch in der Realität unauslebbarke Emotionen zu kanalisieren. Zusätzlich kann es im Spiel für die Realität üben, indem es sich zum Beispiel in verschiedene Rollen hineinversetzt. Durch die Projektion auf Spielsachen kann es zudem Konflikte meistern und so sein Selbstgefühl steigern.

„Das Kind muß [*sic!*] erst entdecken lernen, welche potentiellen Spielinhalte nur in der Phantasie oder im Spiel mit sich selbst zugelassen sind, welche nur für Spielsachen und kleine Gegenstände gelten und welche mit anderen geteilt und ihnen sogar auferzungen werden können.“ (Erikson, 1966, S.102)

Durch das Spiel mit anderen Kindern kann es so ebenfalls für das soziale Miteinander lernen. Neben dem Spieltrieb verspürt das Kind in dieser Phase auch das Bedürfnis ein nützliches Mitglied der Gesellschaft zu sein, die es umgibt. Dieses Gefühl bezeichnet Erikson als „Werksinn“. Der vorher noch bestehende Wunsch, an die Stelle von Mutter oder Vater zu treten, rückt in den Hintergrund. Vielmehr möchte das Kind nun selbst etwas leisten, für das es Anerkennung erntet. Ist es dazu nicht in der Lage oder entwickelt es keine Freude an der Arbeit, kann es zu Minderwertigkeitsgefühlen kommen. Diese Gefühle können auch aus ungelösten Konflikten der vorigen Entwicklungsstufen resultieren. Gute Eltern wissen laut

Erikson, um die Wichtigkeit eines Vertrauensverhältnisses von ihrem Kind zu dessen LehrerIn. Einen guten Lehrer oder eine gute Lehrerin zeichnet es aus, wenn er oder sie die Balance zwischen Spiel und Arbeit gefunden hat und besondere Mühen und Talente beim Kind entdeckt und fördert. Zudem ist Feinfühligkeit erforderlich, wenn das Kind seine Aufmerksamkeit, bedingt durch Gründe aus anderen Lebensbereichen, nicht der Schule und der Lehrkraft zuwenden kann. Bei einer positiven Identifikation mit der Lehrkraft kann eine tief verankerte Begabung zur Entfaltung gebracht werden. Demnach ist es laut Erikson von zentraler Wichtigkeit, dass beide Geschlechter als Identifikationsfigur zur Verfügung stehen. Bei einem ausschließlich weiblichen Lehrpersonal, sieht Erikson die Gefahr, dass Jungen auf Grund des mangelnden männlichen Rollenvorbildes, Wissenserwerb als etwas rein Weibliches verstehen. (Vgl. Erikson, 1966, S.98-105)

5. „*Identität vs. Identitätsdiffusion*“ (Pubertät bis frühes Erwachsenenalter)

Eriksons fünfte Stufe umfasst den gesamten Zeitraum der Pubertät. Diese ist durch das in Frage stellen aller bisherigen Sicherheiten gekennzeichnet. Die Fremd- und Selbstwahrnehmung der eigenen Person sind jetzt ebenfalls von großer Bedeutung. Hauptaufgabe dieser Stufe ist die Festigung der eigenen Ich-Identität und der sozialen Rolle. Die Ich-Identität ist nach Erikson das Ergebnis aller zuvor gesammelten Erfahrungen aus den vorangegangenen Entwicklungsstufen. Das Bewusstsein der eigenen Person als ein schaffendes Wesen und damit ein Teil der Gesellschaft, kann laut Erikson durch Anerkennung der erbrachten Leistungen gefördert werden. Im Gegenzug dazu kann die Aberkennung dieser zu Rebellion bei der/ dem Jugendlichen führen. Zu Brüchen in der Identitätsentwicklung kann es kommen, wenn Kinder ihre Eltern zum Beispiel durch überfürsorgliches Verhalten, als Hindernis für die Bildung ihrer Persönlichkeit wahrnehmen. Trotz der Suche nach einem Gefühl der Zugehörigkeit, vermeiden manche Jugendliche laut Erikson eine starke Identifikation mit ihren Eltern und weichen stattdessen auf die Schule aus. In der Schule haben sie die Möglichkeit ein Gefühl der Zugehörigkeit zu empfinden, welches durch die Gleichheit der einzelnen Schüler, als Teil einer „Arbeitsgemeinschaft“ begründet wird. Andererseits besteht durch das Zugehörigkeitsgefühl einer solchen Gemeinschaft häufig die Gefahr, dass alles ausgegrenzt wird, das anders oder abweichend ist. Konnten Krisen voriger Entwicklungsstufen nicht angemessen bewältigt werden, kann dies zu Zweifeln an der eigenen Identität führen, die Erikson als Identitätsdiffusion bezeichnet. Diese ist dann als Resultat eines, in den früheren Stufen unzureichend bestätigten, Selbstgefühls zu verstehen. Die empfundenen Selbstzweifel können laut Erikson zu kriminellen oder psychotischen

Episoden führen. Um einer Identitätsdiffusion entgegen zu wirken, kann es dazu kommen, dass sich eine Jugendliche oder ein Jugendlicher in erheblichem Maß mit der Zugehörigkeit zu einer Clique, Bande oder Szene identifiziert. Die durch die übersteigerte Identifikation ausgeübte Intoleranz gegenüber Andersartigem muss laut Erikson als „notwendige Abwehr gegen ein Gefühl der Identitätsdiffusion“ (Erikson, 1966, S.110) verstanden werden. Demnach wird stereotypes Denken bezüglich seiner Ideale, Feinde und der eigenen Person von der/ dem Jugendlichen als Orientierungshilfe genutzt, um sich in einer Welt, die für sie/ ihn plötzlich voller Möglichkeiten und Veränderungen ist, zurecht zu finden.

„Es ist schwer, tolerant zu sein, wenn man im tiefsten Innern noch nicht sicher ist, ob man ein richtiger Mann (eine richtige Frau) ist, ob man jemals einen Zusammenhang in sich finden und liebenswert erscheinen wird, ob man imstande sein wird, seine Triebe zu beherrschen, ob man einmal wirklich weiß, was man werden will, weiß, wie einen die anderen sehen, und ob man jemals verstehen wird, die richtigen Entscheidungen zu treffen, ohne sich ein für allemal [sic!] dem falschen Mädchen, Geschlechtspartner, Führer oder Beruf anzulegen.“ (Erikson, 1966, S.111 f.)

Erikson sieht daher die Notwendigkeit, Jugendliche mit Verständnis und Anleitung zu unterstützen, statt mit Verboten auf dieses Verhalten zu reagieren.

(Vgl. Erikson, 1966, S.106-112)

3.2. Einschränkungen durch eine depressive Erkrankung der Mutter bei der psychosozialen Entwicklung nach Erikson

Nachdem das psychosoziale Entwicklungsmodell von Erikson im letzten Kapitel genauer erläutert wurde, soll nun in diesem Kapitel untersucht werden, welche Einschränkungen durch das mütterliche Krankheitsbild auf die psychosoziale Entwicklung und die Bewältigung der jeweiligen Entwicklungsaufgaben wirken können. Hierfür sollen mögliche Wirkungsweisen der bereits beschriebenen Symptome (siehe Kapitel 1) sowie mögliche Verhaltensmuster der Mutter (siehe Kapitel 2.3) auf die kindliche Entwicklung innerhalb der unterschiedlichen Entwicklungsstufen beschrieben und mögliche Folgen abgeleitet werden. Für eine durchweg positive Bewältigung der Entwicklungsstufen wäre eine unterstützende Haltung der Eltern unabdingbar. Wie bereits im Kapitel 2.3 erwähnt, sind psychisch kranke Eltern laut Mattejat und Renschmidt mit dieser Aufgabe oft überfordert.

In der ersten Entwicklungsstufe „*Ur-Vertrauen vs. Ur-Mißtrauen [sic!]*“ steht das Kind vor der Entwicklungsaufgabe, zum einen Vertrauen in seine körperlichen Fähigkeiten zu gewinnen und andererseits seine Eltern als zuverlässige „Versorger“ wahrzunehmen. Da Erikson beschreibt, dass ungelöste Entwicklungsaufgaben und -krisen in jede kommende Stufe übertragen werden und somit zu Schwierigkeiten bei der Identitätsbildung führen können, hat dieses *erste* Ziel eine besonders hohe Relevanz. Leidet die Mutter in dieser Stufe an einer postpartalen Depression, können Symptome wie emotionale Labilität oder die mangelnde Fähigkeit Liebe und Zuneigung zu empfinden, dazu führen, dass sich kein stabiles Vertrauensverhältnis zwischen Mutter und Kind entwickeln kann. Zusätzlich betont Erikson die Wichtigkeit eines Sicherheitsgefühls der Eltern bezüglich ihrer erzieherischen Fähigkeiten. Dieses könnte durch krankheitsbedingte, erhöhte Selbstzweifel gefährdet sein und dazu führen, dass das kindliche Vertrauen in die elterlichen Fähigkeiten geschwächt wird. Eine depressive Mutter, die, bedingt durch ihre Krankheit, eine Verringerung ihres Aktivitätsniveaus durchlebt, ist eventuell auch nicht in der Lage ihr Kind mit Sinnesreizen zu versorgen und so sein Vertrauen in sich selbst zu fördern. Geringer liebevoller und feinfühliges Körperkontakt kann auch beim „Abstillprozess“ zu Problemen führen, da sowohl Stillen als auch Abstillen ein gegenseitiges aufeinander Abstimmen voraussetzen. Ist dies nicht gewährleistet, könnte nach Erikson, im späteren Entwicklungsverlauf so die Entstehung von Verlustängsten, Depressionen, Selbstzweifeln bis hin zu Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen begünstigt werden.

In der zweiten Entwicklungsstufe „*Autonomie vs. Scham und Zweifel*“ gewinnt das Kind auf Grund seiner sich immer weiter entwickelnden Fähigkeiten zunehmend an Autonomie. Auch der Erkundungsdrang steigt und will vom Kind ausgelebt werden. Erikson beschreibt an dieser Stelle einen Kampf um Autonomie, den die Eltern aushalten müssen. Eine Mutter, die aufgrund ihrer Krankheit nicht in der Lage ist, diesem Kampf stand zu halten und dadurch zu sehr oder zu wenig in die gelebte kindliche Autonomie eingreift, kann so langfristig die Autonomieentwicklung des Kindes gefährden, da diese nach Erikson von der Konsequenz der Eltern bezüglich „gewähren“ und „verwehren“ abhängig ist. Das Kind benötigt laut Erikson sowohl den Raum, die Umwelt zu erkunden, als auch die leitende und schützende Führung der Eltern. Symptome wie Vermeidungsverhalten, Selbstunsicherheit oder Ängstlichkeit können an dieser Stelle hinderlich sein. Unter Symptomen wie Reizbarkeit oder Feindseligkeit gegenüber dem Kind, ist auch eine zu strenge Sauberkeitserziehung denkbar. Mangelnde Feinfühligkeit könnte zusätzlich dafür sorgen, dass das Kind nicht die nötige

Ruhe und Zeit hat, seine Fähigkeiten beherrschen zu lernen. Die im vorherigen Kapitel erwähnten Folgen wie Regression oder Rebellion im Kindesalter sowie neurotisches oder sehr selbstkritisches Verhalten im weiteren Entwicklungsverlauf, könnten daraus resultieren.

Die Kernaufgaben der dritten Entwicklungsstufe „*Initiative vs. Schuldgefühle*“ umfassen die Identifikation mit den Eltern (insbesondere dem gleichgeschlechtlichen Elternteil als Rollenvorbild) und die Ausbildung eines Gewissens in Form von Moralvorstellungen und Regeln. Das Kind prüft, was für eine Person es werden möchte und misst und vergleicht sich dabei mit anderen Personen. Erikson beschreibt die Wichtigkeit des Einhaltens der gestellten Regeln seitens der Eltern, beziehungsweise eine adäquate Aufklärung bezüglich der Statusungleichheit zwischen Eltern und Kind. Krankheitsbedingte Probleme bei der Bewältigung von alltäglichen Anforderungen könnten es der Mutter erschweren, sich an die familiären Regeln und Normen zu halten. Für das Kind könnte dies eine Beeinträchtigung der Vorbildfunktion der Mutter bedeuten und ihr gegenüber zu negativen Gefühlen oder zu Regression führen. Ohne eine Aufklärung besteht auch die Gefahr, dass das Kind seine nicht verarbeiteten Gefühle auf seine Gewissensbildung überträgt und in eine starke Leistungsorientierung oder Überkompensation verfällt. Die neu entwickelte Initiative des Kindes äußert sich unter anderem in Form einer ersten infantilen sexuellen Neugier. Sollte die Mutter das Kind auf Grund eines andauernden Gefühls der Überforderung mit Verboten strafen, wenn sie das Kind bei seinem Forscherdrang „erwischt“, könnte es ebenfalls zu Entwicklungsbeeinträchtigungen kommen. Eine Folge daraus könnte laut Erikson eine Manifestation des sexuellen Verhaltens sein. Auch der innere Konflikt des Kindes, bezüglich des Ödipus- oder Elektra-Komplexes bedarf einer gewissen Feinfühligkeit der Eltern. Um Minderwertigkeitsgefühle, Schuld und Angst beim Kind zu reduzieren empfiehlt Erikson eine erste sexuelle Aufklärung. Eine adäquate Aufklärung könnte die Grenzen der psychischen Belastbarkeit der Mutter überschreiten, da sich das Krankheitsbild wie in Kapitel 2.3 bereits erwähnt, auch auf das Interaktions- und Kommunikationsverhalten auswirken kann. Zusätzlich sollte das gleichgeschlechtliche Elternteil etwas mit dem Kind unternehmen, um die Entstehung negativer Gefühle zu umgehen oder zu vermindern. Ein gesenktes Aktivitätsniveau und eine stetige Antriebslosigkeit sind Symptome, die dabei hinderlich sein könnten.

Die vierte Entwicklungsstufe trägt den Namen „*Werksinn vs. Minderwertigkeitsgefühl*“. Durch den Schuleintritt in dieser Stufe verlagert sich der Lebensmittelpunkt des Kindes. Das Zusammenleben von Eltern und Kind wird daher durch Erikson weniger stark fokussiert. Erikson beschreibt im Kontext der schulischen Erziehung die Relevanz des kindlichen Spiels.

Demnach ist das Spiel für das Kind notwendig, um unter anderem Realitätserfahrungen zu verarbeiten und für diese zu „üben“. Dies könnte im heimischen Umfeld dann nicht gewährleistet werden, wenn das Kind durch die Mutter dauerhaft mit altersunangemessenen Aufgaben in Form einer Parentifizierung belastet wird und es keinen Raum findet, seinen Spieltrieb auszuleben. Bei einer bestehenden Parentifizierung wäre es jedoch auf Grund der vorherrschenden Rollenumkehr auch möglich, dass die Mutter Gefühle wie Eifersucht empfindet, wenn das Kind sich stärker mit einer anderen Person, zum Beispiel seiner Lehrkraft, identifiziert und der Mutter daher weniger Aufmerksamkeit zukommen lässt. Auf mögliche Folgen einer Parentifizierung soll an anderer Stelle noch eingegangen werden, es sei jedoch bereits gesagt, dass auch diese ein Entwicklungsrisiko darstellt (vgl. Hantel-Quitmann, 2015, S.137). Erikson benennt keine direkten Folgen, bei einer Missachtung des kindlichen Spieltriebs, erwähnt aber dessen Relevanz für den Umgang mit Konflikten und Emotionen sowie einer Steigerung des Selbstgefühls. „Gute“ Eltern sollten nach Erikson ein Vertrauensverhältnis ihres Kindes zu seinem Lehrer oder seiner Lehrerin unterstützen. Eine ängstliche bis über-fürsorgliche Mutter könnte Schwierigkeiten haben, ihr Kind aus der heimischen in die schulische Lebenswelt zu entlassen. Werden die kindlichen Leistungen nicht entsprechend anerkannt oder gewürdigt, kann es laut Erikson zu Minderwertigkeitsgefühlen kommen.

Die Pubertät wird mit der fünften Entwicklungsstufe „*Identität vs. Identitätsdiffusion*“ umfasst. Für die Jugendliche oder den Jugendlichen ist die Anerkennung ihrer/ seiner erbrachten Leistungen auch weiterhin von zentraler Bedeutung. Erikson nennt das Risiko eines Bruchs in der Identitätsbildung, wenn die/ der Jugendliche fürsorgliches Verhalten der Eltern als Hindernis für die eigene Entwicklung wahrnimmt. Dies könnte durch ein ängstliches oder über-fürsorgliches Verhalten der Mutter begünstigt werden. Auch rebellierendes Verhalten wäre eine mögliche Folge. Die größte Krise dieser Phase liegt in der Festigung der eigenen Identität. Dies kann mitunter ein unsicheres sowie intolerantes Verhalten einschließen. Erikson empfiehlt daher, Jugendlichen mit Anleitung und Verständnis zu begegnen. Eine depressive Mutter kann eventuell nicht das nötige Maß an Verständnis und Feinfühligkeit aufbringen, um die Jugendliche oder den Jugendlichen angemessen zu unterstützen. Auch eine gänzliche Vernachlässigung auf Grund der krankheitsbedingten Symptome der Mutter wäre denkbar, sodass der Jugendliche sich mit seinen Gefühlen und Unsicherheiten alleingelassen fühlt und eventuell wie von Erikson beschrieben, Halt in der vermeintlichen Sicherheit von kriminellen Gangs oder extremistischen Szenen sucht.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass eine mütterliche Depression eine einschränkende Wirkung auf die psychosoziale Kindesentwicklung haben kann. Durch die Zusammenführung des Modells nach Erikson und den bereits beschriebenen Symptomen des Krankheitsbildes, konnte dieser mögliche Einfluss im aktuellen Kapitel verdeutlicht werden. Demnach können die Symptome der Krankheit unter anderem einen negativen Einfluss auf die kindliche Autonomieentwicklung, das Selbstempfinden und die Identitätsbildung haben. Je früher eine Entwicklungsstufe nach Erikson nicht angemessen bewältigt wurde, desto schwerwiegender können negative Folgen die Entwicklung beeinträchtigen, da die positive Bewältigung von nachfolgenden Entwicklungsstufen erschwert werden kann. Demnach kann auch eine depressive Erkrankung der Mutter durch ihre Auswirkungen in den früheren Lebensjahren des Kindes, weitreichende Folgen für dessen Entwicklung haben und die erfolgreiche Bewältigung jeder folgenden Entwicklungsstufe gefährden. Um die Aussagekraft der gewonnenen Erkenntnisse zu reflektieren, soll Eriksons Modell im nächsten Kapitel kritisch betrachtet werden.

3.3. Kritik am Modell der psychosozialen Entwicklung

Eriksons Entwicklungsmodell hatte seiner Zeit einen bedeutsamen Einfluss auf die Forschung und rückte insbesondere die Phase der Jugend stärker in den Fokus. Dennoch wurde sowohl Eriksons als auch Freuds Modell vielseitig kritisiert. So wird bei beiden Modellen die ungenaue und vage Formulierung bemängelt, die eine wissenschaftliche Überprüfung nicht möglich macht. (Vgl. Siegler et al., 2011, S.343)

Erikson beschreibt als übergeordnetes Ziel der Bewältigung aller Entwicklungsstufen die Entwicklung einer gesunden Persönlichkeit. Wie diese genau beschaffen ist und welche konkreten Merkmale eine „gesunde“ von einer „ungesunden“ Persönlichkeit unterscheidet, lässt er offen und grenzt sie lediglich von einer nicht neurotisch kranken Persönlichkeit ab (vgl. Erikson, 1966, S.56). Durch den starren Entwicklungsverlauf, der laut Erikson immer in der gleichen Reihenfolge und Geschwindigkeit stattfindet (vgl. Erikson, 1966, S.58), lässt er nicht nur keinen Raum für eine eventuelle Veränderung der Lebensumstände, die auf das Kind wirken könnte und diese Faktoren somit rückwirkend beeinflusst; er hat auch eine bestimmte biographische Entwicklung zur Norm gemacht. Inwieweit diese sich auch auf andere Kulturen oder Generationen übertragen lässt, ist fragwürdig. Auch die Individualität von kindlichen Entwicklungsverläufen wird hierdurch vernachlässigt. Zwar geht er auf eine Wechselwirksamkeit zwischen dem Kind und seinen Betreuern ein (ebd.), vernachlässigt aber

eine mögliche Wechselwirksamkeit durch andere Ebenen wie Institutionen oder andere prägende soziale Kontakte. Jegliche Folgen einer mangelnden Krisenbewältigung werden als kausal dargestellt. Zum Beispiel postuliert Erikson, dass eine Verletzung des Ur-Vertrauens sich beim Erwachsenen stets in Ur-Misstrauen äußert. „Ein solcher Mensch zieht sich in einer bestimmten Weise in sich selbst zurück, wenn er mit sich selbst und anderen uneins ist.“ (Erikson, 1966, S.63). Auch durch diese Betrachtung wird der individuelle Fall unzureichend berücksichtigt. Besser geeignet wäre an dieser Stelle ein mult- und äquifinales Verständnis. Multifinalität bedeutet, dass ähnliche Entwicklungsverläufe zu unterschiedlichen Ergebnissen führen können. Äquifinalität meint, dass unterschiedliche Entwicklungsverläufe zu einem ähnlichen Ergebnis führen können (vgl. Heinrichs/ Lohaus, 2011, S.29 f). Generell stellt sich die Frage, ob Ur-Misstrauen immer negativ und ein überwiegendes Ur-Vertrauen immer positiv zu bewerten ist. Ein Gleichgewicht aus Ur-Vertrauen und Ur-Misstrauen könnte dazu beitragen, dass das Kind einerseits den Mut aufbringt die Welt zu erkunden und seinem Explorationsdrang nachzugehen, andererseits aber in kritischen Situationen eher zurückweicht und zum Beispiel nicht einfach mit Fremden mitgeht.

Die Entwicklung der sozialen Geschlechterrollen ist nach Erikson ebenfalls ein Prozess mit festgelegtem Entwicklungsergebnis. „Beim Knaben bleibt der Akzent des Machens auf dem direkten Angriff [...]; das Mädchen geht früher oder später dazu über, ihren Weg dadurch zu machen, daß [sic!] sie sich anziehend und lieb macht.“ (Erikson, 1966, S.92). Möchte man Mädchen und Jungen dazu anleiten, geschlechterstereotypes Verhalten zu hinterfragen oder zu durchbrechen, ist der genderpädagogische Ansatz diesbezüglich eine geeignetere Wahl (vgl. Krohe-Amann/ Lohner, 2011). Zusätzlich betont Erikson, dass es für die Entwicklung der Jungen besonders wichtig sei, auch männliche Lehrkräfte zu haben, um Wissenserwerb, als etwas nicht rein Weibliches zu verstehen (vgl. Erikson, 1966, S.104). Eine Geschlechtervielfalt bezüglich der pädagogischen Fachkräfte ist noch immer ein aktuelles Anliegen, wie zum Beispiel die Hamburger Initiative „Vielfalt, Mann!“ verdeutlicht (vgl. Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband Hamburg e. V., 2011). Im Gegensatz zu Erikson steht dabei jedoch nicht die Identifikation von Jungen mit den männlichen Fachkräften im Vordergrund, sondern vielmehr der kindliche Zugang zu einer Umwelt, die eine vielfältige Geschlechterorientierung ermöglicht.

An unterschiedlichen Stellen seines Modells erteilt Erikson Ratschläge. So empfiehlt er eine erste sexuelle Aufklärung, um Minderwertigkeitsgefühle zu vermeiden (vgl. Erikson, 1966, S.91). Damit das Kind nicht den Eindruck von Willkür oder Machtausnutzung seitens der Eltern verspürt, soll ebenfalls eine Aufklärung über die Ungleichheit von Eltern und Kind

Abhilfe schaffen (vgl. Erikson, 1966, S.95). In der Jugend sollen Verbote und predigende Vorträge durch Anleitung und Verständnis ersetzt werden, damit der/ die Jugendliche diese chaotische Zeit erfolgreich bewältigen kann (vgl. Erikson, 1966, S.111). Jeder dieser Ratschläge hat auf Grund der vorherrschenden Gegebenheiten der jeweiligen Entwicklungsstufe seine Berechtigung. Dennoch mangelt es all diesen Empfehlungen an konkreten Umsetzungshinweisen. Wie eine verständnisvolle Anleitung umgesetzt werden soll oder welche Schwerpunkte eine kindgerechte Aufklärung über Sexualität oder Statusungleichheit beinhalten sollte, wird an keiner Stelle erwähnt.

4. Wirkungsweisen von Risiko- und Schutzfaktoren auf die kindliche Entwicklung

In den vorigen Kapiteln wurde analysiert, welche Bedeutung eine depressive Erkrankung der Mutter für die Mutter-Kind-Beziehung und die kindliche Entwicklung haben kann. Ergänzend dazu soll in diesem Kapitel der Fokus auf Risiko- und Schutzfaktoren liegen, die auf das Kind wirken und es somit in seiner Entwicklung beeinflussen können. Hierzu sollen die Begrifflichkeiten definiert und Faktoren, die im Kontext der mütterlichen Erkrankung stehen, in ihren Wirkungsweisen genauer dargestellt werden.

4.1. Risikofaktoren

Unter dem Begriff „Risikofaktor“ werden nach Heinrichs und Lohaus Einflussfaktoren zusammengefasst, welche die Auftretenswahrscheinlichkeit einer psychischen Störung erhöhen. Diese werden anhand des Entwicklungsverlaufes des Kindes in pränatale, perinatale und postnatale Risikofaktoren differenziert. Pränatale Risikofaktoren können genetische Defekte oder Teratogene sein. Teratogene bezeichnen schädliche äußere Einflüsse denen das Kind bereits vor der Geburt ausgesetzt ist, wie zum Beispiel Alkohol, Drogen, Rauchen oder spezifische Medikamente, aber auch Umweltgifte, Strahlenschäden und Infektionserkrankungen der Mutter. (Vgl. Heinrichs/ Lohaus, 2011, S.19 f)

Schädliche äußere Einflüsse könnten, bedingt durch die depressive Erkrankung und/ oder eine mangelnde Aufklärung der werdenden Mutter, auf das Kind wirken. Sollte die Mutter auf Grund ihrer emotionalen Verfassung zum Beispiel eine der oben genannten Substanzen konsumieren, kann dies einen Risikofaktor für das ungeborene Kind darstellen.

„In den ersten beiden pränatalen Lebensmonaten ergeben sich aus teratogenen Wirkungen vor allem strukturelle Schädigungen, die die körperliche Struktur betreffen, während in den späteren Schwangerschaftswochen im Wesentlichen funktionelle Schädigungen im Vordergrund stehen (z. B. Beeinträchtigungen der Intelligenz).“ (Heinrichs/ Lohaus, 2011, S.20)

Perinatale Risikofaktoren beziehen sich auf Einflüsse, die im direkten Zusammenhang mit dem Geburtseignis stehen und so auf das Kind wirken können. Dazu zählen vor allem eine Frühgeburt oder Geburtskomplikationen (ebd.). Laut dem Erich Saling-Institut können körperliche oder psychische Überforderung das Eintreten einer Frühgeburt begünstigen (vgl. Erich Saling-Institut für Perinatale Medizin e.V., 2012). Setzt man das Krankheitsbild einer Depression mit der genannten psychischen Überforderung gleich, könnte diese auch ein Risikopotential für eine Frühgeburt darstellen.

Die Postnatalen Risikofaktoren umfassen nach Heinrichs und Lohaus ein weites Spektrum. Die Regulation der frühkindlichen Bedürfnisse birgt erste Risikokonstellationen. Die frühkindlichen Bedürfnisse umfassen in erster Linie die Ernährung und die Entwicklung einer Schlaf-Wach-Regulation. Hierbei ist es von zentraler Wichtigkeit, dass ein aufeinander Einspielen zwischen Eltern und Kind gelingt, da dies laut Heinrichs und Lohaus die Basis für eine positive Eltern-Kind-Interaktion darstellt. Gelingt dies nicht, kann das Verhalten der Eltern dem Kind gegenüber, zum Beispiel durch mangelnden Schlaf, negativ beeinflusst werden. Häufiges Weinen bis hin zu exzessivem Schreien des Kindes können weitere Folgen einer unbefriedigenden Schlaf-Wach-Regulation sein und sich negativ auf die Eltern-Kind-Interaktion auswirken. Auch das frühkindliche Temperament, welches genetisch determiniert ist, steht im Zusammenhang mit der Bedürfnisregulation und kann einen Risikofaktor darstellen. (Vgl. Heinrichs/ Lohaus, 2011, S.21)

Symptome wie Reizbarkeit oder Antriebslosigkeit sowie eine mangelnde Responsivität seitens der Mutter könnten den Prozess des aufeinander Einspielens gefährden und die Entstehung einer Störung der Mutter-Kind-Interaktion begünstigen. Welche Auswirkungen diese für das Kind haben kann, wurde in Kapitel 2.3 genauer analysiert. Neben dem Auftreten kritischer Lebensereignisse, wie zum Beispiel der Tod eines Elternteils, sind die Qualität der Bindung, das elterliche Erziehungsverhalten und der Einfluss durch Gleichaltrige nach Heinrichs und Lohaus weitere Risikofaktoren für die Entwicklung einer psychischen Störung (a.a.O., S.22 ff). Die aus den letzten Punkten resultierenden möglichen Konsequenzen für die kindliche Entwicklung wurden in Kapitel 2 bereits erwähnt.

Neben den bereits erwähnten allgemeinen Risikofaktoren sind Kinder psychisch kranker Eltern als spezifische Risikogruppe weiteren Einflussfaktoren ausgesetzt. So haben Kinder depressiver Eltern nach Mattejat und Remschmidt ein stark erhöhtes Risiko, selbst an einer affektiven Störung zu erkranken (vgl. Mattejat/ Remschmidt, 2008, S.313).

„Metaanalysen konnten aufzeigen, dass etwa 61 % der Kinder von Eltern mit einer schweren („major“) Depression im Verlaufe der Kindheit/ Jugend eine psychische Störung entwickeln.“ (Mattejat/ Remschmidt, 2008, S.313)

Wie bereits im letzten Kapitel angesprochen, stellt auch eine Parentifizierung ein Entwicklungsrisiko für das Kind dar. Nach Hantel-Quitmann werden durch die gelebte Rollenumkehr und die andauernde Übernahme von altersunangemessenen Aufgaben und Verantwortungen die betroffenen Kinder chronisch überfordert. Durch diese Überforderung werden die Kinder dazu gebracht die eigenen kindlichen Entwicklungsbedürfnisse zu vernachlässigen. Bei einer destruktiven Parentifizierung, werden die Kinder zudem von ihren Eltern zur Befriedigung der eigenen Bedürfnisse funktionalisiert, indem sie beispielsweise losgeschickt werden, um Alkohol zu besorgen oder sich um jüngere Geschwister kümmern müssen. (Vgl. Hantel-Quitmann, 2015, S.137)

„Die Langzeitfolgen einer solchen destruktiven Parentifizierung können ein schwaches Selbstwertgefühl, mangelnde Selbstwirksamkeitsgefühle wegen der chronischen Überforderung, eine Frühreife, die eher einer Pseudoreife entspricht, manchmal auch Identitätsprobleme, Depressionen und misslungene Ablösungen vom Elternhaus sein.“ (Hantel-Quitmann, 2015, S.137)

Hinzu kommen die Gefühle, die das Kind durch die psychische Erkrankung der Mutter zu verarbeiten hat. Verlust- und Versagensängste sowie Ängste um die Mutter, auf Grund der Krankheit, Scham- und Schuldgefühle aber auch Ekel, Trauer, Resignation oder Wut sind Gefühle, die auf Grund der heimischen Situation auftreten könnten. (Vgl. Hantel-Quitmann, 2015, S.137 f)

Nach Lenz und Kuhn sind das Störungsrisiko und die Beeinträchtigung von Kindern psychisch kranker Eltern abhängig von der Schwere und Dauer der Krankheit und der Anzahl der Krankheitsepisoden (vgl. Hammen et al., 1990 nach Lenz/ Kuhn, 2011, S.270). Auch das Familienklima kann durch die Erkrankung eines Elternteils belastet werden. Diese Belastung

kann unterschiedliche Gründe haben. Ein Schweigegebot kann zum Beispiel dazu beitragen, dass die Krankheit von den Familienmitgliedern bagatellisiert oder nur zögerlich umschrieben wird und sich zu einem Familiengeheimnis entwickelt, welches das Familienklima tiefgehend beeinflusst, auch wenn dieser Einfluss subtil vorhanden ist. Fehlen kompensatorische Beziehungen, die dem Kind einen normalisierenden Ausgleich bieten können, kann ein Schweigegebot dazu führen, dass die Kinder sich mit ihren Gefühlen, wie beispielsweise Scham und Schuld an niemanden wenden, da sie jegliches Gespräch als Verrat am erkrankten Elternteil beziehungsweise der Familie empfinden würden. Auch die elterliche Partnerschaft kann sich unter dem Einfluss des Krankheitsbildes negativ auf das Familienklima auswirken. Nach Downey und Coyne sind die Scheidungsrate und das Konfliktpotential in Ehen erhöht, bei denen mindestens ein Partner psychisch erkrankt ist (vgl. Downey/ Coyne, 1990 nach Lenz/ Kuhn, 2011, S.270). Ein negatives Familienklima, welches durch Konflikte in der elterlichen Partnerschaft erzeugt wird, erhöht nach Lenz und Kuhn das Risiko des Kindes selbst an einer psychischen Störung zu erkranken. Zusätzlich sind psychosoziale Belastungsfaktoren, die das Entstehungsrisiko einer psychischen Erkrankung bei Kindern erhöhen, in Familien mit psychisch kranken Eltern stark vertreten (vgl. Ihle et al., 2001 nach Lenz/ Kuhn, 2011, S.271). Dazu zählen Faktoren wie Armut, unzureichende Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit sowie eine zwei- bis fünffach erhöhte Wahrscheinlichkeit für Vernachlässigung, Misshandlungen oder sexuellen Missbrauch. (Vgl. Lenz/ Kuhn, 2011, S.270 ff)

Wiegand-Grefe et al. unterscheiden Faktoren für die Gefährdung der psychischen Gesundheit von Kindern psychisch kranker Eltern in drei Kategorien. Zu den *elterlich-familiären* Faktoren zählen Merkmale der Diagnose (Schwere, Komorbidität, Chronizität), der Einbezug des Kindes in die elterliche Krankheit, die Art und Angemessenheit der Krankheitsbewältigung, der psychische Status des anderen Elternteils, die Beziehung der Eltern, die Eltern-Kind-Beziehung/ -Interaktion sowie die familiären Lebensbedingungen (sozioökonomischer Status, Stabilität). Die *kindbezogenen* Faktoren umfassen Merkmale wie das Geschlecht, Alter und Temperament des Kindes, prä- und perinatale Bedingungen, intellektuelle und soziale Kompetenzen sowie ein alters- und entwicklungsadäquater Aufklärungsgrad. Die dritte Kategorie umfasst mit der Verfügbarkeit eines sozialen Unterstützungssystems (für die Familie) und der Verfügbarkeit von außenstehenden Personen und dem anderen Elternteil (für das Kind), *psychosoziale* Faktoren. (Vgl. Wiegand-Grefe et al, 2009, S.112 f)

Nach Lenz und Kuhn, ist zu beachten, dass Entwicklungsstörungen nicht auf einzelne Risikofaktoren zurück zu führen sind. Vielmehr muss davon ausgegangen werden, dass Risikofaktoren in kumulierter Form auf die Entwicklung des Kindes wirken (vgl. Lenz/ Kuhn, 2011, S. 272). Welche Wirkung Risikofaktoren auf die kindliche Entwicklung haben, ist jedoch abhängig von der Interaktion der Vulnerabilität und Resilienz des Kindes (vgl. Noecker/ Petermann, 2008 nach Wiegand-Grefe et al. 2009, S.113). Vulnerabilität beschreibt die Anfälligkeit eines Individuums dafür, dass Risikofaktoren wirksam werden. Resilienz beschreibt das Potential, mit widrigen Umständen zurecht zu kommen und diese erfolgreich zu bewältigen (vgl. Heinrichs/ Lohaus, 2011, S.27).

4.2. Schutzfaktoren

Nach Heinrichs und Lohaus sind Schutzfaktoren jene Faktoren, die durch ihre Existenz die Wirksamkeit von Risikofaktoren abmildern können und damit die möglichen negativen Folgen von Entwicklungsrisiken verhindern können. Dabei sollen Schutzfaktoren jedoch nicht als Gegenteil von Risikofaktoren gesehen werden, sondern vielmehr als Ressourcen, die im Umgang mit Entwicklungsrisiken genutzt werden können. Schutzfaktoren können in pränatal angelegte und postnatale Faktoren unterteilt werden. Zu den pränatal angelegten Faktoren zählen günstige genetische Konstellationen, die zum Beispiel zu einer positiven Grundstimmung oder höheren Stressresistenz beitragen können. Aber auch genetisch geprägte Persönlichkeitsmerkmale wie ein ruhiges und ausgeglichenes Temperament oder Intelligenz gelten als Schutzfaktoren. Postnatale Schutzfaktoren können soziale Beziehungen, das Erziehungsverhalten der Bezugspersonen oder das weitere soziale Umfeld sein. (Vgl. Heinrichs/ Lohaus, 2011, S.24 ff)

Diese Faktoren können demnach sowohl als Entwicklungsrisiko oder -potential wirken. Welche Entwicklungsrisiken aus den genannten Faktoren resultieren können, wurde im Verlauf dieser Arbeit bereits erläutert. Nach Heinrichs und Lohaus bildet eine sichere Bindung zu Bezugspersonen die Grundlage für die weitere soziale und kognitive Entwicklung. Ein Erziehungsstil wie der autoritative, bei dem die Eltern sowohl lenkend als auch verständnisvoll und responsiv auf das Kind eingehen, gilt ebenfalls als Schutzfaktor (ebd.).

„Autoritativ erzogene Kinder zeigen eine positivere psychosoziale Anpassung, bessere Schulleistungen, ein positiveres Selbstkonzept und weniger Problemverhalten als Kinder,

die einen anderen Erziehungsstil erlebt haben.“ (Steinberg et al., 1994; McIntyre/ Dusek, 1995; Lohaus/ Vierhaus 2009 nach Heinrichs/ Lohaus, 2011, S.26)

Positive soziale Erfahrungen in der Schule können durch ein positives Klassenklima und einen unterstützenden Umgang der SchülerInnen untereinander hervorgebracht und ebenfalls als Schutzfaktor genutzt werden. Diese Erfahrungen können sich positiv auf das Selbstwertgefühl und die sozialen Kompetenzen auswirken und so auch den Umgang mit kommenden sozialen Kontakten erleichtern. Durch ihre Modellwirkung und den Einbezug in ein soziales Netzwerk können positive Beziehungen zu Gleichaltrigen, die ein hohes Maß an psychosozialer Anpassung aufweisen, einen positiven Einfluss auf die eigene Entwicklung bewirken. Auch gute schulische Leistungen können als Schutzfaktor gesehen werden, da diese in der Regel die Karrierechancen im weiteren Entwicklungsverlauf erhöhen und innerfamiliäre Konflikte zum Thema Schule wahrscheinlich geringer sind. (Vgl. Heinrichs/ Lohaus, 2011, S.26)

Zusätzlich könnte davon ausgegangen werden, dass Kinder mit positiv bewerteten schulischen Leistungen, durch die Anerkennung dieser, ein höheres Selbstwertgefühl aufweisen, als Kinder mit schlechteren Noten.

Kinder psychisch kranker Eltern benötigen nach Hantel-Quitmann weitere Schutzfaktoren für ihre psychische Gesundheit. Um die Auffälligkeiten des elterlichen Verhaltens verarbeiten zu können, ist es relevant, dass das Kind eine altersangemessene Aufklärung über die Krankheit erhält. Das Kind erhält so die Möglichkeit, die eigenen Ängste bezüglich der Krankheit abzubauen und die Reaktionen des erkrankten Elternteils besser einschätzen zu können. Auch eine eventuelle Selbstzuschreibung kann durch eine kindgerechte und dem Entwicklungsstand des Kindes angemessene Aufklärung verhindert werden. Des Weiteren sind kompensatorische Beziehungen laut Hantel-Quitmann von zentraler Bedeutung, um die psychische Erkrankung des Elternteils besser bewältigen zu können. Kompensatorische Beziehungen innerhalb und außerhalb der Familie durch weitere Familienangehörige, Nachbarn, Freunde oder Lehrer und Erzieher, können dem Kind einen normalisierenden Ausgleich bieten, indem sie einen Raum für Geborgenheit, Vertrauen, Forderung und Förderung schaffen. Nach Hantel-Quitmann können Kinder psychisch kranker Eltern durch diese Beziehungen auch erfahren, dass mit ihnen, ihren Gefühlen und ihrer Wahrnehmung alles in Ordnung ist. Zusätzlich können sie durch die Sicherheit innerhalb der kompensatorischen Beziehungen auch einen Ausgleich für die empfundene Unsicherheit in der Beziehung mit dem kranken Elternteil erleben. (Vgl. Hantel-Quitmann, 2015, S.134 ff)

Nach Fröhlich-Gildhoff herrscht zu den Begriffen Risiko- und Schutzfaktoren in der Fachwelt eine kritische Diskussion. So stellt sich zum Beispiel die Frage, ob Schutzfaktoren erst dann greifen, wenn Risikofaktoren aktiviert werden und ob diese in ihrer Wirkung nur abgemildert oder durch den „Eingriff“ der Schutzfaktoren gänzlich verhindert werden (vgl. Fröhlich-Gildhoff, 2013, S.31).

Zuletzt soll erwähnt werden, dass es sich bei den genannten Risiko- und Schutzfaktoren um eine exemplarische Auswahl handelt, die noch erweiterbar ist. Die Auswahl bezieht sich auf Faktoren, die im Kontext der Fragestellung relevant sind, da sie entweder dem Verständnis der Begrifflichkeiten dienen oder durch pädagogische Arbeit beeinflusst werden können.

4.3. Die Bedeutung von Resilienz für die Wirksamkeit von Risiko- und Schutzfaktoren

Wie bereits erwähnt, steht die Wirksamkeit der Risiko- und Schutzfaktoren in direktem Zusammenhang mit dem Zusammenspiel von Resilienz und Vulnerabilität. Der Begriff der Resilienz beschreibt nach Fröhlich-Gildhoff ebenfalls einen Schutzfaktor. Dieser ist jedoch nicht als starres Konstrukt zu verstehen, welches, einmal erworben, immer wieder anwendbar ist. Stattdessen steht Resilienz in Zusammenhang mit der Bewältigung von Krisen und Belastungen und verändert sich durch Erfahrungen. (Vgl. Fröhlich-Gildhoff, 2013, S.31 f)

Nach Fingerle kann man Resilienz auch als „Bewältigungskapital“ interpretieren. Demnach ist ein Individuum mit diesem Kapital in der Lage, seine verfügbaren Ressourcen zu identifizieren, zu nutzen und über diese zu reflektieren um Krisen zu bewältigen und seine Ziele zu erreichen (vgl. Fingerle, 2011, S.213 nach Fröhlich-Gildhoff, 2013, S.31). Nach Rönnau-Böse (2013) sowie Fröhlich-Gildhoff, Dörner und Rönnau-Böse (2012) setzt sich Resilienz aus sechs unterschiedlichen Faktoren zusammen, die auch eine Grundlage für eine gezielte Förderung darstellen. Eine der Beschreibung entsprechenden Ausprägung dieser Faktoren soll die Bewältigung einer Krise erleichtern. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die sechs Faktoren nicht strikt voneinander zu trennen sind und sich gegenseitig bedingen. (Vgl. Fröhlich-Gildhoff, 2013, S.32 ff)

Die sechs Resilienzfaktoren nach der Beschreibung nach Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (vgl. Fröhlich-Gildhoff/ Rönnau-Böse, 2011 nach Fröhlich-Gildhoff, 2013, S.33 f):

1. *Selbst- und Fremdwahrnehmung*

Ein Individuum mit einer ausgeprägten Selbst- und Fremdwahrnehmung ist in der Lage, die eigenen Emotionen und Gedanken wahrzunehmen und reflektieren zu können. Darüber hinaus ist dieses Individuum fähig, die Gefühlszustände anderer Menschen einzuordnen und sich in sie hineinzuversetzen.

2. *Selbststeuerung*

Ein Individuum, das sich selbst steuern kann, besitzt die Fähigkeit, sich selbst zu regulieren, um einen Spannungszustand auszuhalten. So kann es beispielsweise Strategien anwenden, um sich in kritischen Situationen selbst zu beruhigen.

3. *Selbstwirksamkeit*

Ist dieser Faktor umfassend ausgeprägt, verfügt das Individuum über Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und ist so in der Lage sich Ziele zu setzen, für die eine Überwindung von Hindernissen erforderlich ist. Fröhlich-Gildhoff betont an dieser Stelle die Relevanz von Selbstwirksamkeitserwartungen, die auch mit dem umgangssprachlichen Begriff des Selbstvertrauens gleichgesetzt werden können. Je nachdem, ob das Individuum Erfolg oder Misserfolg bei der Bewältigung eines Ziels erfährt, kann das Selbstvertrauen gestärkt oder geschwächt werden.

4. *Soziale Kompetenzen*

Nach Fröhlich-Gildhoff ist ein sozial kompetentes Individuum fähig, soziale Situationen korrekt einzuschätzen und sich dementsprechend angemessen zu verhalten. Auch Empathie und Konfliktpotential sind relevante Eigenschaften. Zudem ist das Individuum in der Lage auf andere Menschen zuzugehen, zu kommunizieren und sich gegebenenfalls Unterstützung zu holen.

5. *Umgang mit Stress*

Ist dieser Faktor umfangreich ausgeprägt, können als „stressig“ eingestufte Situationen eingeschätzt, bewertet und reflektiert werden, sodass die eigenen Fähigkeiten insofern genutzt werden können, die Situation zu bewältigen. Zusätzlich ist das Individuum sich seiner eigenen Grenzen und Fähigkeiten bewusst und tendiert dazu, sich Hilfe und Unterstützung zu besorgen, statt seine Grenzen und Fähigkeiten zu überschreiten.

6. Problemlösen

Dieser Faktor beschreibt die Fähigkeit, schwierige bzw. komplexe oder nicht eindeutige Sachverhalte zu durchdringen und auf vorhandenes Wissen und Fähigkeiten zurückgreifen zu können.

Durch diese differenzierte Darstellung wurde ein Gerüst geschaffen, welches einen Ansatz für eine gezielte Förderung ermöglicht. Basierend auf den weiteren Erkenntnissen dieser Arbeit, soll im nächsten Kapitel analysiert werden, welche Anforderungen durch die Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern entstehen und wie diesen in der pädagogischen Praxis entsprochen werden kann.

5. Mögliche Ansätze zur Unterstützung

Nachdem im bisherigen Verlauf der Arbeit untersucht wurde, wie sich ein depressives Krankheitsbild der Mutter äußern kann und welchen Einfluss dieses auf die Mutter-Kind-Beziehung und die Kindesentwicklung haben kann, wird nun daraus abgeleitet, wie diesen Entwicklungsrisiken in der pädagogischen Praxis begegnet werden kann. Dabei werden mögliche Arbeitsfelder von KindheitspädagogInnen als Bezugspunkt genutzt. Die bisher gewonnenen Erkenntnisse sollen der Beantwortung der Frage dienen, was durch pädagogische Arbeit geleistet werden kann, um diese Kinder in ihrer Entwicklung zu unterstützen.

Um Kinder depressiver Mütter in ihrer Entwicklung zu unterstützen, kann an unterschiedlichen Stellen angesetzt werden. So könnte bereits vor der Geburt durch präventive Maßnahmen eine erste Unterstützung für die werdende Mutter geleistet werden. Wie bereits in Kapitel 1 erwähnt, kommt es bei Frauen, die bereits vor der Geburt eines Kindes an einer Depression litten, vermehrt zu postpartalen Depressionen. Eine Beratung zu Themen wie Schwangerschaft, Geburt, elterliche Anforderungen und Erziehung oder eine Unterstützung bei der Bewältigung von alltäglichen Anforderungen während der Schwangerschaft, könnten Ängste und psychische Belastungen verhindern und eventuell das Risiko einer postpartalen Depression (und damit die Entstehung eines Risikofaktors für die kindliche Entwicklung) minimieren. Leidet die Mutter nach der Geburt an postpartalen Depressionen, könnten Mutter und Kind mithilfe pädagogischer Interventionsmaßnahmen unterstützt werden. So könnte eine Schulung der mütterlichen Kompetenzen, durch die Vermittlung von Handlungsanleitungen dazu beitragen, ein responsives Verhalten der Mutter,

trotz des Krankheitsbildes zu ermöglichen. Auch wenn die Mutter bedingt durch ihre Krankheit vielleicht nicht in der Lage ist, feinfühlig mit dem Kind zu interagieren und ihm auf diesem Wege positive Erfahrungen in der Befriedigung seiner Bedürfnisse zu vermitteln, könnte ein Depot aus Handlungsrichtlinien zum Beispiel dafür sorgen, dass die Mutter weniger überfordert oder verunsichert ist, da sie in kritischen Situationen auf diese zurückgreifen kann. Handelt die Mutter durch die Anwendung der Handlungsanleitungen entsprechend der Signale des Kindes, könnte so trotz des Krankheitsbildes eine Basis für Vertrauen bzw. Ur-Vertrauen nach Erikson und letztendlich auch positive Bindung geschaffen werden. Auch eine Anwendung von Videoanalysetechniken wie zum Beispiel „Marte Meo“ könnten hilfreich sein, der Mutter die Relevanz von Interaktion und Körperkontakt zu verdeutlichen und sie gleichzeitig in ihrer Selbstwahrnehmung schulen (vgl. Marte Meo Institut Deutschland-Ost, 2016). Wenn möglich, könnte auch eine Stärkung des gesunden Elternteils durch unterstützende Maßnahmen des zuständigen Jugendhilfeträgers gemäß § 27 Abs. 2 Satz 1 SGB VIII erfolgen. Eine sozialpädagogische Familienhilfe gemäß § 31 SGB VIII oder eine Erziehungsberatung gemäß § 28 SGB VIII können hierbei geeignete Hilfen zur Erziehung darstellen. Durch diese Unterstützung könnte der gesunde Elternteil einen kompensatorischen Ausgleich für das Kind darstellen ohne vollkommen durch die mütterliche Krankheit belastet zu sein. Eine sozialpädagogische Familienhilfe oder eine Erziehungsberatung könnten auch von Vorteil sein, um ungünstige Erziehungspraktiken abzuwenden oder für die Kindesentwicklung schädliche Erziehungsgewohnheiten zu durchbrechen. Ein niedrigschwelliger Zugang zu Unterstützungssystemen könnte dazu beitragen, dass eine depressive Mutter sich bei Überforderung Hilfe sucht, statt sich an ihr Kind zu wenden und dadurch möglicherweise eine Parentifizierung bewirkt. Die Aufklärung über mögliche Anlaufstellen oder die direkte Vermittlung von Kontakten könnte in Form einer pädagogischen Beratung innerhalb einer Institution erfolgen.

Damit dies gelingen kann, ist es unabdingbar ein Beratungssetting zu schaffen, in dem die Eltern genügend Vertrauen zum Beratenden aufbauen können, um sich zu öffnen. Dass ein solches Setting essenziell für pädagogische Beratung ist, kann durch Ausführungen von Suess und Burat-Hiemer zu den Qualitäten einer Musterkrippe, verdeutlicht werden. Demnach ist es vor allem dann möglich, die Eltern in ihren Erziehungskompetenzen zu stärken, wenn die Haltung des Pädagogen oder der Pädagogin den Eltern gegenüber partnerschaftlich und beratend ist. Eine solide Vertrauensbasis wird als Grundvoraussetzung für eine wirksame Zusammenarbeit gesehen, da die Eltern laut Suess und Burat-Hiemer nur so für die

Bedürfnisse ihrer Kinder sensibilisiert werden können. (Vgl. Suess/ Burat-Hiemer, 2009, S.208)

Wie in Kapitel 3.1 erläutert, ist das elterliche Selbstbewusstsein bzgl. der Erziehung laut Erikson relevant, damit das Kind Vertrauen in die elterlichen Fähigkeiten gewinnen kann. Ein pädagogisch angeleiteter Austausch mit anderen Eltern (in einer ähnlichen Situation) über Sorgen, Ängste, Erwartungen, Erfahrungen und Erfolgserlebnisse könnte dazu beitragen, das Selbstbewusstsein der Eltern zu fördern und Sicherheit zu vermitteln. Dies könnte zum Beispiel im Rahmen eines Eltern-Cafés geschehen. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass Gefühle wie Scham im Vorfeld überwunden werden, damit zum einen die Teilnahme und darüber hinaus auch die Bereitschaft zum konstruktiven Austausch gewährleistet werden können. Auch die für Erikson bedeutsamen Themen wie Stillen und Abstillen oder Sauberkeitserziehung könnten durch eine Erziehungsberatung oder einen Gruppenaustausch behandelt werden und einer erkrankten Mutter einen Raum bieten, über Frustrationen und Unsicherheiten zu sprechen oder diese durch gezielte Handlungsanleitungen im Vorfeld zu umgehen. Durch diese Maßnahmen, könnten Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung in der Zusammenarbeit mit der Mutter bzw. den Eltern abgemildert werden. Zusätzlich muss jedoch auch die Krankheit der Mutter separat berücksichtigt und zum Beispiel mit Hilfe einer Psychotherapie behandelt werden, da diese im pädagogischen Handlungskontext nicht direkt bearbeitet werden kann.

Um das Kind direkt in seiner Entwicklung zu unterstützen und die Auswirkungen der mütterlichen Krankheit zu minimieren, könnten weitere Interventionsmaßnahmen greifen. Da es durch die Auswirkungen der mütterlichen Krankheit, wie in Kapitel 2.3 erläutert, zu Feindseligkeiten innerhalb der Familie kommen kann, ist es wichtig, dass das Kind sich innerhalb pädagogischer Institutionen insoweit aufgehoben fühlt, sich auch bezüglich kritischer Themen, wie häuslicher Gewalt zu öffnen. Eine stets feinfühligkeitige Haltung im Umgang mit den Kindern, könnte dazu beitragen. Nach Suess und Burat-Hiemer bedeutet Feinfühligkeit in der pädagogischen Praxis, dass Signale von Kindern wahrgenommen werden, diese korrekt interpretiert werden und den Bedürfnissen der Kinder entsprechend, angemessen gehandelt wird. Zusätzlich soll im Anschluss das eigene Handeln umfassend reflektiert werden, um zum einen dem Anspruch der Feinfühligkeit auch künftig gerecht zu werden und andererseits das eigene Handeln gegebenenfalls anpassen zu können (vgl. Suess/ Burat-Hiemer, 2009, S.163 ff). Dies gilt natürlich nicht nur im Umgang mit Kindern psychisch kranker Eltern. Kann das Kind entwicklungsnotwendige Erfahrungen im häuslichen Umfeld auf Grund der psychischen Erkrankung der Mutter nicht sammeln, wie zum Beispiel

die Auslebung des Spieltriebs oder infantiler sexueller Neugier (siehe Kapitel 3.1), ist es umso bedeutsamer, dass auch eine pädagogische Einrichtung Raum und Aufklärung dafür bieten kann. Da Kinder psychisch kranker Eltern wie in Kapitel 2.3 erläutert, eventuell Defizite im Selbstwertgefühl aufweisen können, ist es nötig, dass dem in der pädagogischen Praxis entsprochen wird. Dies könnte zum Beispiel durch angeleitete Gruppenaktivitäten erfolgen, in denen das betroffene Kind Unterstützung und Anerkennung erhält. So können auch soziale Kompetenzen erworben und gefördert werden, die einen Schutzfaktor darstellen. Ist das Kind schon älter, besteht die Gefahr, dass es sich durch die Sehnsucht nach Zugehörigkeit, an Leitbildern orientiert, die weder gesellschaftlich konform sind noch positiv auf die Entwicklung wirken (siehe Kapitel 3.1 und 3.2). Angeleitete Gruppenerlebnisse, die positive Gruppengefühle beim Kind oder der/ dem Jugendlichen hervorbringen, könnten dem entgegenwirken, da sie diese Sehnsucht aufgreifen und im Idealfall auch eine indirekte Wertevermittlung bewirken können, indem Werte wie zum Beispiel Toleranz durch den Pädagogen oder die Pädagogin und die Gruppe vorgelebt werden. Zusätzlich können positive Gruppenerfahrungen das Selbstwertgefühl fördern und eventuell letztendlich die innere Abkopplung vom belasteten Elternhaus durch die positive Selbstwahrnehmung und die Identifikation mit der Gruppe erleichtern. Beispiele hierfür könnten eine betreute Ferienfahrt oder außerschulische Gruppenangebote von Einrichtungen der offenen Kinder- und Jugendarbeit sein. PädagogInnen können mit ihrer Arbeit und Persönlichkeit dazu beitragen, Kindern psychisch kranker Eltern einen kompensatorischen und somit einen normalisierenden Ausgleich zu bieten. Dies kann zum Beispiel wie im Kapitel 4.2 erläutert, durch Unterstützung bei der Kanalisierung von Gefühlen, der Vermittlung von Geborgenheit und der Bildung eines Vertrauensverhältnisses umgesetzt werden. Um das Selbstwertgefühl zu steigern und häusliche Auseinandersetzungen zu vermeiden, kann auch eine Unterstützung in schulischen Angelegenheiten einen schützenden Faktor darstellen. Grundsätzlich stellt eine depressive Erkrankung der Mutter die Anforderung an die pädagogische Praxis, möglichst viele Risikofaktoren abzuwenden und/ oder Schutzfaktoren zu schaffen. So könnten neben den bereits erwähnten möglichen Unterstützungspotentialen auch positive entwicklungsfördernde Maßnahmen angewandt werden, die sich direkt auf eine Stärkung der Resilienzfaktoren fokussieren und das Kind so weniger belastbar für die negativen Auswirkungen der mütterlichen Krankheit machen (siehe Kapitel 4.3). Umfangreiche positive Gruppenerfahrungen könnten zum Beispiel neben der Stärkung der sozialen Kompetenzen auch eine positive Wirkung auf die Selbst- und Fremdwahrnehmung haben, da das Kind durch das Feedback und den Zuspruch der anderen Gruppenteilnehmer lernen könnte, sich

und andere besser einzuschätzen. Das Herbeiführen von Erfolgserlebnissen zum Beispiel durch sportliche Aktivitäten oder das Erlernen von Fähigkeiten, könnte zusätzliche positive Selbstwirksamkeitserfahrungen bewirken. Eine Stärkung des Selbstvertrauens könnte dazu führen, dass auch die Fähigkeit Probleme zu lösen steigt, da sich das Kind nun mehr zutraut und so in herausfordernden Situationen eher dazu tendiert, weiter zu machen statt aufzugeben. Auch der Umgang mit Stress oder das Selbststeuerungspotential könnten pädagogisch trainiert werden, indem zum Beispiel in Zusammenarbeit mit dem betroffenen Kind, Handlungsalternativen erarbeitet werden.

Sollte das Kind durch das Krankheitsbild der Mutter einen Zustand erreichen, in dem es in seiner Entwicklung länger als sechs Monate von der Norm abweicht und dadurch in seiner Teilhabe an der Gesellschaft beeinträchtigt ist, kann das Kind einen Anspruch auf eine Eingliederungshilfe gemäß § 35 SGB VIII haben. Dies bedeutet, dass das Kind nach Feststellung einer Abweichung der seelischen Gesundheit durch einen Arzt/ eine Ärztin oder einen Psychotherapeuten/ eine Psychotherapeutin einen Anspruch auf Hilfe hat. Diese kann in ambulanter Form, in Tages- oder teilstationären Einrichtungen, durch Pflegepersonal oder betreute Wohnunterkünfte gewährleistet werden. Damit es jedoch überhaupt zu einer Unterstützung in jeglicher Form kommen kann, ist es von hoher Wichtigkeit, dass PädagogInnen unabhängig von der Institution in der sie beschäftigt sind, eine hohe Wachsamkeit für die Bedürfnisse und Förderbedarfe der zu betreuenden Kinder in ihren Arbeitsalltag integrieren.

6. Fazit

Nach den Erkenntnissen dieser Arbeit kann eine depressive Erkrankung der Mutter ein hohes Belastungspotential für die Mutter, das Kind und die komplette Familie darstellen. So kann sich das Krankheitsbild negativ auf die Bindungsentwicklung auswirken, die Entstehung einer sicheren Bindung gefährden und im Extremfall zu einer desorganisierten Bindungsqualität führen. Dies kann sich auch negativ auf die weitere Entwicklung des Kindes auswirken und zu Schwierigkeiten beim Ausdruck von Gefühlen oder Problemen im Umgang mit Gleichaltrigen führen. Wirkt sich die Bindungsqualität zur Mutter negativ auf das innere Bindungsmodell aus, kann dies auch einen negativen Einfluss auf spätere Beziehungen haben. Auch das Interaktionsverhalten zwischen Mutter und Kind kann durch die Krankheit belastet werden. So kann ein durch die Krankheit bedingtes vermindertes Interaktionsverhalten sich zum Beispiel durch verminderte Kommunikation und/ oder geringen Körperkontakt äußern

und zu Regulationsstörungen oder zu einer sprachlichen oder körperlichen Entwicklungsverzögerung führen. Ein dysregulierter oder zurückgezogener Zustand beim Kind sind ebenfalls mögliche Folgen. Auf Grund der mit der depressiven Erkrankung verbundenen Symptomatik können auch Auswirkungen auf den Erziehungsstil nicht ausgeschlossen werden. Eine sehr fordernde oder vernachlässigende Haltung wären denkbare Erziehungsmuster. Nach dem psychosozialen Entwicklungsmodell von Erikson steht ein Kind bei der Entwicklung einer Identität, in den unterschiedlichen Phasen seines Lebens vor verschiedenen Entwicklungsaufgaben, die es zu bewältigen gilt. Die Symptome einer mütterlichen Depression könnten es dem Kind erschweren, diese Aufgaben erfolgreich zu bewältigen und so die Entwicklung einer „gesunden Persönlichkeit“ nach Erikson gefährden. Eine mangelnde Ausprägung des Ur-Vertrauens kann nach Erikson unter anderem zu Selbstzweifeln, Verlustängsten oder einer depressiven Grundstimmung beim Kind führen. Eine überhöhte Selbstkritik, eine weniger ausgeprägte Autonomie oder Regression sind mögliche Folgen, wenn zum Beispiel die Sauberkeitserziehung auf Grund von Symptomen wie Überforderung zu streng durchgeführt wird und die Mutter eventuell nicht die nötige Geduld erbringen kann. Erikson betont die Relevanz der Vorbildfunktion der Eltern, einer altersangemessenen sexuellen Aufklärung sowie gemeinsamer Aktivitäten mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil. Auch an dieser Stelle könnte das Krankheitsbild der Mutter eine einschränkende Wirkung haben und zu Minderwertigkeits- und/ oder Schuldgefühlen beim Kind führen. Grundsätzlich sollte das Kind nach Erikson stets den Raum haben, seine kindlichen Bedürfnisse ausleben zu können. Könnte dies durch die Krankheit der Mutter nicht gewährleistet werden, sind entwicklungsbeeinträchtigende Folgen für das Kind möglich. Demnach könnte eine Unterdrückung des Spieltriebs zu Schwierigkeiten bei der Verarbeitung von Emotionen oder im Umgang mit Konflikten führen und Über-Fürsorge ein rebellierendes bis intolerantes Verhalten beim Kind hervorbringen. Da nach Erikson jede ungelöste Entwicklungsaufgabe Probleme bei der Bewältigung der kommenden Entwicklungsaufgaben verursacht, ist es sinnvoll bereits zum frühestmöglichen Zeitpunkt Unterstützung für gefährdete Kinder zu leisten. Die Gefahr einer Verletzung der psychischen Gesundheit ist abhängig von der Wirksamkeit der Risiko- und Schutzfaktoren und der Interaktion von Vulnerabilität und Resilienz. Grundsätzlich haben alle Kinder Risiko- und Schutzfaktoren. Kinder psychisch kranker Eltern sind jedoch zusätzlich spezifischen Faktoren ausgesetzt, die durch das Krankheitsbild bedingt sind. Um Kinder psychisch kranker Eltern als PädagogIn gezielt unterstützen zu können, ist es notwendig sich der vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren bewusst zu sein und einschätzen zu können, welche dieser Faktoren man

durch ein geeignetes Setting unterstützen kann. Dies ist prinzipiell unabhängig davon, in welcher pädagogischen Einrichtung man auf die betroffenen Kinder oder deren Eltern trifft. Das zeigt sich zum Beispiel dadurch, dass schon ein beratendes Gespräch oder die Wirkung als kompensatorische Beziehung Risikofaktoren abmildern und Schutzfaktoren stärken können. Im Umgang mit allen Kindern sollten PädagogInnen stets feinfühlig und wachsam sein, sodass Förderbedarfe und Potentiale erkannt und gefördert werden können und auch bei sonstigen kritischen Umständen eingegriffen werden kann. So ist es zum Beispiel wichtig, dass alle PädagogInnen für Anzeichen von Missbrauch, Vernachlässigungen und andere Formen der Kindeswohlgefährdung geschult werden, um diese erkennen und intervenieren zu können. Bei all den Möglichkeiten des pädagogischen Handelns, sind der Praxis jedoch auch Grenzen gesetzt, wenn es um die Unterstützung von Kindern depressiver Mütter geht. So wurde im Verlauf dieser Arbeit auch der inneren Haltung der Mutter eine tragende Rolle bei der Persönlichkeitsentwicklung des Kindes zugesprochen. Zwar kann der Mutter durch eine pädagogische Unterstützung ein Depot an Handlungsempfehlungen mitgegeben werden, die ihr helfen, angemessen auf die Bedürfnisse ihres Kindes zu reagieren, die innere Haltung der Mutter kann jedoch auf diesem Wege nicht oder nur schwer beeinflusst werden. Grundsätzlich kann die Krankheit der Mutter als solches nur in Form einer therapeutischen Behandlung bearbeitet werden. Dies ist ein Muss, um sowohl die Mutter als auch das Kind in ihrer Entwicklung langfristig nicht zu gefährden. Damit dies möglich ist, müssen jedoch auch die Zugänge zu Unterstützungssystemen wie Hilfsprogrammen oder therapeutischen Maßnahmen für die Betroffenen zugänglich sein. Zudem stellt sich die Frage, ob nicht auch ein präventives Gespräch bei Feststellung der Schwangerschaft sinnvoll wäre, damit das Entstehungsrisiko einer postpartalen Depression minimiert werden kann. Hierfür müsste bei Feststellung der Schwangerschaft, die Krankheitsgeschichte überprüft werden und eine entsprechende Aufklärung stattfinden. Bei einer akuten oder früheren Depression könnte dann eventuell eine Überweisung an einen Therapeuten erfolgen, um die psychische Gesundheit der Patientin einschätzen und weitere Maßnahmen anbieten zu können. Eine Zusammenarbeit auf multiprofessioneller Ebene wäre auch sinnvoll, da zum Beispiel eine kindgerechte Aufklärung über die mütterliche Krankheit im pädagogischen Kontext nur schwer möglich ist ohne ein umfassendes medizinisches Wissen über diese zu haben. Eventuell wäre auch die Anwendung therapeutischer Maßnahmen an dieser Stelle angebracht, um das betroffene Kind bei der Verarbeitung zu unterstützen. Letztlich kann pädagogische Arbeit die Liebe einer Mutter sowie die Geborgenheit einer Familie sicherlich nicht ersetzen. Mit einer gezielten Unterstützung der Mutter und des Kindes kann die Entwicklung des Kindes jedoch vor

Auswirkungen des mütterlichen Krankheitsbildes geschützt werden, indem Risiken minimiert und Schutzfaktoren gestärkt werden. Zur kompletten Unterstützung wäre jedoch auch immer eine begleitende Therapie notwendig und ein Austausch der involvierten Unterstützungszweige wünschenswert.

Quellen

Abholz, Heinz-Harald; Schmacke, Norbert (2014): „Patienten mit Traurigkeit und Depression – Prävalenz, Therapie und Versorgung“. In: Klauber, Jürgen; Günster, Christian; Gerste, Bettina; Robra, Bernt-Peter; Schmacke, Norbert (Hrsg.): „Versorgungsreport 2013/ 2014“, Stuttgart: Schattauer, S. 7-19

Berking, Matthias; Rief, Winfried: „Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor – Band 1 Grundlagen und Störungswissen“, Berlin (Springer), 2012

Bowlby, John (1987): „Bindung“. In: Grossmann, Klaus E.; Grossmann, Karin (Hrsg.): „Bindung und menschliche Entwicklung – John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie“, Stuttgart (Klett-Cotta), 2003, S. 22-26

Brisch, Karl-Heinz; Hellbrügge, Theodor: „Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung, Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie“, Stuttgart (Klett-Cotta), 2007

Brisch Karl-Heinz (2008): „Bindung und Umgang“. In: Deutscher Familiengerichtstag (Hrsg.) "Siebzehnter Deutscher Familiengerichtstag vom 12. bis 15. September 2007 in Brühl". (Brühler Schriften zum Familienrecht, Band 15). Bielefeld (Giesecking), S. 89-135

Brisch, Karl Heinz: „Bindungsstörungen – von der Bindungstheorie zur Therapie“, Stuttgart (Klett-Cotta), 2009

DAK-Gesundheit, 2015: DAK Psychoreport 2015, online unter:
https://www.dak.de/dak/download/DAK-Psychoreport_2015-1718180.pdf (Zugriff: 14.11.2015)

Davison, Gerald C.; Neale, John M.; Hautzinger, Martin (Hrsg.): „Klinische Psychologie“, Weinheim (Beltz), 2012

Deneke, Christiane; Lüders, Bettina (2003): „Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern“. In: Vandenhoeck & Ruprecht (Hrsg.): „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie“ (2003), 52, S. 172-181

Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband e.V. 2011: „Vielfalt, Mann!“ online unter: <http://www.vielfalt-mann.de/index.php?id=348> (Zugriff am: 04.02.2016)

Deutsches Bündnis gegen Depression e.V., 2010: Postpartale Depression, online unter: <http://buendnis-depression.de/depression/nach-der-geburt.php> (Zugriff: 15.11.2015)

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, 2015: Affektive Störungen, online unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2016/block-f30-f39.htm> (Zugriff: 07.11.2015)

Erich Saling-Istitut für Perinatale Medizin e. V., 2012: Häufige Ursachen und Risikofaktoren für Frühgeburten, online unter: <http://www.saling-institut.de/german/03infomo/01fruehfehl.html> (Zugriff am 05.02.2016)

Erikson, Erik: „Identität und Lebenszyklus“, Frankfurt am Main (Suhrkamp), 1966

Fröhlich-Gildhoff, Klaus: „Angewandte Entwicklungspsychologie der Kindheit – Begleiten, Unterstützen und Fördern in Familie, Kita und Grundschule“, Stuttgart (Kohlhammer), 2013

Goddemeier, Christof (2015): „John Bowlby – Pionier der Bindungsforschung“ in: Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) und kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): „Deutsches Ärzteblatt“, 10, S. 459 - 461

Hantel-Quitmann, Wolfgang: „Klinische Familienpsychologie – Familien verstehen und helfen“, Stuttgart (Klett-Cotta), 2015

Heinrichs, Nina; Lohaus, Arnold: „Klinische Entwicklungspsychologie KOMPAKT – Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter“, Weinheim (Beltz), 2011

Krohe-Amann, Armin; Lohner, Eva Maria 2011: „Genderpädagogik“ online unter: <http://www.gender-bw.de/fachpositionen/genderpaedagogik.html> (Zugriff am: 04.02.2016)

Lenz, Albert; Brockmann, Eva: „Kinder psychisch kranker Eltern stärken – Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer“, Göttingen (Hogrefe), 2013

Lenz, Albert; Kuhn, Juliane (2011): „Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über die Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung“. In: Wiegand-Grefe, Silke; Mattejat, Fritz; Lenz, Albert (Hrsg.): „Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung“, (2011) S. 269-298

Marte Meo Institut Deutschland-Ost, 2016: Definition von Marte Meo, online unter: <http://www.martemeoinstitut.de/> (Zugriff am: 23.02.2016)

Mattejat, Fritz; Renschmidt Helmut (2008): „Kinder psychisch kranker Eltern“. In: Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): „Deutsches Ärzteblatt“, 7, S. 312-317

Mattejat, Fritz; Wiegand-Grefe, Silke; Lenz, Albert (Hrsg.): „Kinder mit psychisch kranken Eltern“, Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), 2012

Ramsauer, Brigitte (2011): „Frühkindliche Bindung im Kontext einer depressiven Erkrankung der Mutter“. In: Wiegand-Grefe, Silke; Mattejat, Fritz; Lenz, Albert (Hrsg.): „Kinder mit psychisch kranken Eltern – Klinik und Forschung“, Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), S. 171-179

Renschmidt, Helmut; Mattejat, Fritz: „Kinder psychotischer Eltern“, Göttingen (Hogrefe), 1994

Siegler, Robert; DeLoache, Judy; Eisenberg, Judy: „Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter“, Heidelberg (Spektrum), 2011

Sonnenmoser, Marion (2007): „Postpartale Depression – Vom Tief nach der Geburt“. In: Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) und kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): „Deutsches Ärzteblatt“, 2, S. 82-83

Spitz, René A.: „Vom Säugling zum Kleinkind – Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr“, Stuttgart (Klett-Cotta), 2005

Suess, Gerhard J.; Burat-Hiemer, Edith: „Erziehung in Krippe, Kindergarten, Kinderzimmer“, Stuttgart (Klett-Cotta), 2009

Wimmer-Puchinger, Beate, Riecher-Rössler, Anita (Hrsg.): „Postpartale Depression – von der Forschung zur Praxis“, Wien (Springer), 2006

Wiegand-Grefe, Silke; Geers, Peggy; Plaß, Angela; Petermann, Franz; Riedesser, Peter (2009): „Kinder psychisch kranker Eltern: Zusammenhänge zwischen subjektiver elterlicher Beeinträchtigung und psychischer Auffälligkeit der Kinder aus Elternsicht“. In: Hogrefe (Hrsg.) „Kindheit und Entwicklung“, 18 (2), S. 111-121

Wittchen, Hans-Ulrich; Jacobi, Frank; Kloese, Michael; Ryl, Livia (2010): „Depressive Erkrankungen“. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“, 51, S.19

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.

Ort, Datum

Unterschrift