

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Fakultät Life Sciences  
Studiengang Gesundheit

Vorgelegt von Simone Otto  
Langenfelder Damm 21  
20257 Hamburg  
Matrikel-Nr. 1656115

**Gesundheitsförderung bei Kindern  
psychisch kranker Eltern –  
Konzepte und Maßnahmen zur Unterstützung  
einer gesunden seelischen Entwicklung**

– Diplomarbeit –

Tag der Abgabe: 28. Februar 2007

Betreuende Prüferin:  
**Prof. Dr. Petra Strehmel**  
Hochschule für Angewandte  
Wissenschaften Hamburg  
Fakultät Soziale Arbeit und Pflege  
Saarlandstr. 30  
22303 Hamburg

Zweite Prüferin:  
**Prof. Christiane Deneke**  
Hochschule für Angewandte  
Wissenschaften Hamburg  
Fakultät Life Sciences  
Lohbrügger Kirchstraße 65  
21033 Hamburg

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis.....</b>	<b>I</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>III</b>
<b>Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>I Theoretischer Teil.....</b>	<b>4</b>
<b>1 Konzeptionelle Grundlagen der Gesundheitsförderung.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Gesundheitsförderung nach der Ottawa Charta.....</b>	<b>4</b>
<b>1.2 Das Konzept der Salutogenese.....</b>	<b>8</b>
<b>2 Psychisch kranke Eltern: Das Krankheitsbild der Depressionen.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Epidemiologie.....</b>	<b>10</b>
<b>2.2 Symptombeschreibung.....</b>	<b>12</b>
<b>3 Die Lebenssituation von Kindern depressiver Eltern.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1 Ergebnisse aus der High-Risk Forschung.....</b>	<b>16</b>
<b>3.2 Psychosoziale Probleme.....</b>	<b>17</b>
3.2.1 Interaktionsverhalten depressiver Eltern und ihrer Kinder.....	17
3.2.2 Wechselwirkung psychosozialer Belastungsfaktoren.....	19
3.2.3 Wahrnehmen und Erleben der elterlichen Erkrankung.....	20
<b>3.3 Entwicklungspsychologische Gesichtspunkte und altersspezifische Folgen der elterlichen Erkrankung.....</b>	<b>29</b>
<b>4 Das Konzept der Resilienz.....</b>	<b>33</b>
<b>4.1 Grundlagen und zentrale Kennzeichen des Resilienzparadigmas.....</b>	<b>33</b>
<b>4.2 Studie zur Resilienzforschung: Die „Kauai-Längsschnittstudie“.....</b>	<b>35</b>
<b>4.3 Protektive Faktoren für die psychische Gesundheit von Kindern.....</b>	<b>36</b>
4.3.1 Personale Ressourcen.....	36
4.3.2 Familiäre Ressourcen.....	41
4.3.3 Soziale Ressourcen.....	43
4.3.4 Zusammenfassung der empirischen Befunde.....	44
<b>4.4 Bewältigung (Coping).....</b>	<b>45</b>
<b>5 Zusammenfassung des Theorieteils.....</b>	<b>48</b>

---

<b>II</b>	<b>Praktischer Teil .....</b>	<b>52</b>
<b>6</b>	<b>Präventionsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Familien .....</b>	<b>52</b>
<b>6.1</b>	<b>Gruppenangebote .....</b>	<b>53</b>
<b>6.2</b>	<b>Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern .....</b>	<b>56</b>
<b>6.3</b>	<b>Spezielle Angebote für psychisch kranke Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern ....</b>	<b>59</b>
6.3.1	Stationär-psychiatrische Mutter-Kind-Behandlung .....	59
6.3.2	Tagesklinik und Spezialambulanz für psychisch kranke Eltern mit Säuglingen oder Kleinkindern ..	61
<b>6.4</b>	<b>Informationsmaterialien für Kinder psychisch kranker Eltern .....</b>	<b>63</b>
<b>6.5</b>	<b>Bewertung der Angebote .....</b>	<b>65</b>
<b>7</b>	<b>Handlungsempfehlungen für die Gesundheitsförderung .....</b>	<b>68</b>
<b>7.1</b>	<b>„Befähigen und Ermöglichen“ .....</b>	<b>69</b>
7.1.1	Zugangswege .....	69
7.1.2	Altersgerechte Aufklärung der Kinder .....	71
7.1.3	Förderung der familiären Ressourcen .....	72
7.1.4	Förderung sozialer Ressourcen .....	76
<b>7.2</b>	<b>„Vermitteln und Vernetzen“ .....</b>	<b>78</b>
7.2.1	Kooperation als Voraussetzung wirksamer Hilfeleistung .....	79
7.2.2	Fort- und Weiterbildung von Multiplikatoren .....	81
<b>7.3</b>	<b>„Anwaltschaft für Gesundheit“ .....</b>	<b>81</b>
<b>IV</b>	<b>Schlussbetrachtung .....</b>	<b>85</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>90</b>
	<b>Danksagung .....</b>	<b>97</b>
	<b>Eidesstattliche Erklärung .....</b>	<b>98</b>
	<b>Anhang .....</b>	<b>99</b>

---

# Abkürzungsverzeichnis

## Abkürzungen

BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
ICD	International Classification of Diseases/Internationale Klassifikation der Krankheiten
Kita	Kindertagesstätte
RKI	Robert Koch Institut
SpD	Sozialpsychiatrischer Dienst
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
WHO	World Health Organization/Weltgesundheitsorganisation

---

## Einleitung

*„Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit.“ (EU Kommission, 2005, S. 9)*

Wenn ein Familienmitglied psychisch erkrankt, hat dies auch immer Auswirkungen auf das gesamte System Familie, die innerfamiliäre Dynamik sowie die Lebenssituation der einzelnen Familienmitglieder. Die Angehörigenarbeit im Umfeld psychisch erkrankter Personen in Deutschland richtete sich lange Zeit nur an die erwachsenen Familienmitglieder. Dabei wurde vergessen, dass psychisch Kranke<sup>1</sup> häufig auch Eltern sind und Kinder haben, die als schwächstes Glied der Familie besonders von der Erkrankung betroffen und in ihrer psychischen Gesundheit gefährdet sind.

Häufig erleben diese Kinder ein familiäres Umfeld, das von Unberechenbarkeit, Vernachlässigung, Überforderung und Isolation geprägt ist. Erschwerend hinzu kommen die gesellschaftliche Tabuisierung psychischer Erkrankungen und die noch immer verbreitete Stigmatisierung psychisch kranker Menschen.

Der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker veranstaltete 1996 den Kongress „Hilfen für Kinder psychisch Kranker“ und diskutierte erstmals die Belange und Probleme dieser Kinder in der Fachöffentlichkeit. Im Ergebnis wurde deutlich, dass die Kinder immer von der psychischen Erkrankung der Eltern betroffen und häufig mit besonderen Belastungen und Beeinträchtigungen konfrontiert sind. Des Weiteren zeigten Ergebnisse aus der High-Risk-Forschung, dass Kinder psychisch Kranker gegenüber der Durchschnittsbevölkerung ein signifikant höheres Risiko haben, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken (vgl. Lenz, 2006). Dieses Risiko kann allerdings nicht ausschließlich auf die genetische Belastung zurückgeführt werden. Ausschlaggebend scheint vielmehr zu sein, dass die psychische Erkrankung des Elternteils häufig in Wechselwirkung mit weiteren psychosozialen Belastungsfaktoren steht wie z.B. Konflikte der Eltern, Trennungen, familiäre Disharmonie, finanzielle Einschränkungen, soziale Isolation usw. (vgl. Mattejat, Wüthrich & Remschmidt, 2000, S. 64).

Es liegen keine genauen Zahlen über die Kinder vor, die in Deutschland in einer Familie mit einem psychisch kranken Elternteil leben. Schätzungen zufolge gibt es etwa 500.000

---

<sup>1</sup> Unter psychisch Kranken sind Personen zu verstehen, die sich in ambulanter, teilstationärer oder stationärer psychiatrischer Behandlung oder Beratung befinden oder als psychisch krank diagnostiziert sind. Reine Suchterkrankungen sind in dieser Arbeit nicht berücksichtigt.

---

minderjährige Kinder psychotischer<sup>2</sup> Eltern (vgl. Remschmidt & Mattejat, 1994). Da weder von verschiedenen Experten, noch in der neueren Fachliteratur von aktuellen Daten und Zahlen gesprochen wird, zeigt sich auch die defizitäre Forschungssituation in diesem Bereich. Angesichts der steigenden Prävalenz psychischer Erkrankungen (vgl. RKI, 2006) liegt jedoch die Vermutung nahe, dass auch immer mehr Kinder in Familien leben, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist.

Obwohl das Problembewusstsein für diese Kinder in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat, steht die Entwicklung geeigneter Handlungsstrategien erst am Anfang (vgl. Schone & Wagenblass, 2006). Meist geraten die Kinder erst in den Blickwinkel der Fachleute, wenn sie selbst psychische Auffälligkeiten zeigen oder es um die Frage geht, ob sie weiter bei den kranken Eltern leben können (vgl. Mattejat, 2004).

Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgende Fragen: Wie kann man frühzeitig effektive Hilfen leisten und welche Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention gibt es für die betroffenen Kinder und ihre Familien? Wie kann man diese Kinder unterstützen, sich trotz der schwierigen Lebensbedingungen seelisch gesund zu entwickeln? Wie müssen die Rahmenbedingungen für eine optimale Unterstützung gestaltet sein?

Die Beantwortung dieser Fragen ist Ziel dieser Arbeit. Darüber hinaus sollen Empfehlungen für die Praxis der Gesundheitsförderung bei Kindern psychisch kranker Eltern gegeben werden. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht geht es dabei nicht darum, die betroffenen Kinder zu pathologisieren und sie als besondere Risikogruppe zu betrachten. Im Vordergrund steht die salutogenetische Perspektive, die mit dem Gesundheitsförderungsansatz der Ottawa Charta, als theoretisches Fundament dieser Diplomarbeit dient.

Aufgrund des vorgegebenen Rahmens wird sich diese Arbeit nicht mit allen in der Literatur behandelten psychischen Erkrankungen beschäftigen. Denn auch die Auswirkungen genetischer und psychosozialer Belastungsfaktoren auf die Kinder werden je nach Störungsbild der Eltern unterschiedlich diskutiert (vgl. Bohus, 1998, S. 134). Da sich der Schwerpunkt der Forschung bislang auf schizophrene und affektive Erkrankungen konzentriert, liegen hierfür die validesten Ergebnisse vor (ebd.). Als häufigste Form psychischer Erkrankungen stehen Depressionen weltweit an erster Stelle und weisen daher

---

<sup>2</sup> Psychosen sind schwerwiegende seelische Erkrankungen, die mit einer Störung des Realitätsbezugs einhergehen. Man unterscheidet affektive (depressive, manische, manisch-depressive) und schizophrene Psychosen (vgl. Remschmidt & Mattejat, 1994, S. 11f.).

---

grundlegende Public Health Relevanz auf (vgl. RKI, 2006). Daher wird sich diese Arbeit exemplarisch auf Kinder und Jugendliche<sup>3</sup> konzentrieren, die mit einem depressiven Elternteil zusammenleben.

Die vorliegende Arbeit richtet sich an Akteure<sup>4</sup> der Gesundheitsförderung sowie an alle Fachleute, die in ihrem Arbeitsfeld mit der Thematik konfrontiert werden können oder ein allgemeines Interesse an der Problematik haben.

Im sich anschließenden Teil wird der theoretische Hintergrund dargestellt. Hier werden zunächst für die Arbeit relevante konzeptionelle Grundlagen der Gesundheitsförderung vorgestellt. Um die vielseitigen Auswirkungen einer Depression für Betroffene und auch für Angehörige nachvollziehen zu können, sollen in Kapitel 2 die notwendigen Kenntnisse des Krankheitsbildes Depression vermittelt werden. Kapitel 3 stellt die Situation der betroffenen Kinder in den Mittelpunkt. Dabei wird beschrieben, wie unterschiedliche biologische und psychosoziale Faktoren das Verhalten und Erleben der Kinder sowie ihre Entwicklung beeinflussen können. Im Anschluss daran wird das Konzept der Resilienz in seiner Begriffsbestimmung und seinen forschungstheoretischen Grundlagen vorgestellt. Im Vordergrund steht hier vor allem, die Relevanz der Forschungsergebnisse für die Konzipierung von Präventionsmaßnahmen für Kinder psychisch kranker Eltern aufzuzeigen. In Kapitel 5 werden die Ergebnisse des Theorieteils zusammengefasst und dabei wichtige Erkenntnisse für die praktische Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern hervorgehoben.

Im praktischen Teil der Arbeit werden zunächst präventive Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern und ihrer Familien dargestellt. In Kapitel 7 findet der Leser die sich ableitenden Handlungsempfehlungen für die Praxis der Gesundheitsförderung. Im letzten Kapitel soll eine Schlussbetrachtung vorgenommen werden.

Im Anhang findet sich eine Adressenliste von Projekten, Angeboten und Einrichtungen für Kinder psychisch kranker Eltern in Deutschland.

---

<sup>3</sup> Soweit nicht anders bezeichnet, werden im Folgenden mit dem Begriff „Kinder“ auch Jugendliche bis 18 Jahre eingeschlossen.

<sup>4</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit wurde auf die kontinuierliche Nennung beider Geschlechter verzichtet. Ausdrücke wie „Akteure“ u.a. sind geschlechtsneutral zu verstehen.

---

# I Theoretischer Teil

## 1 Konzeptionelle Grundlagen der Gesundheitsförderung

In diesem Kapitel sollen Grundlagen der Gesundheitsförderung vermittelt werden, die für die Bearbeitung des Themas relevant sind. Die nachfolgend dargestellten Konzepte stehen dabei für den Paradigmenwechsel von der pathogenetischen Orientierung zur salutogenetischen Perspektive.

Einführend wird der Gesundheitsförderungsansatz nach der Ottawa Charta beschrieben. Die fünf Handlungsfelder mit Politik, Gemeinwesen, Institutionen, Gruppen und Individuen sowie die drei grundlegenden Handlungsstrategien „Befähigen und Ermöglichen“, „Anwaltschaft für Gesundheit“ und „Vermitteln und Vernetzen“ haben sich als wichtiger Ansatz in der Gesundheitsförderung durchgesetzt und bewährt.

Daran anschließend soll das Konzept der Salutogenese von Antonovsky in seinen Grundzügen dargestellt werden. Das Hauptkennzeichen des Konzepts ist die direkte Frage nach den Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen von Gesundheit (vgl. Franzkowiak, 2003). Die nachgewiesene Korrelation von Kohärenzgefühl und psychischer Gesundheit sowie seine Fokussierung auf die Bewältigungsressourcen erweisen diesen Ansatz für die Bearbeitung der Fragestellung als besonders relevant. Hinzu kommt seine Nähe zum Konzept der Resilienz, welches in Kapitel 4 aufgeführt wird.

### 1.1 Gesundheitsförderung nach der Ottawa Charta

*„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß<sup>5</sup>, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.“ (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO, 1986. WHO autorisierte Übersetzung, Hildebrandt & Kickbusch)*

---

<sup>5</sup> Zitate nach den Regeln der alten Rechtschreibung wurden unverändert beibehalten.



Nach der Gesundheitsdefinition der WHO (1948) ist nicht nur das körperliche Befinden, sondern ebenso das psychische und soziale Wohlbefinden von Bedeutung: „*Gesundheit ist ein Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.*“ (WHO, 1948)

Diese Definition ist zum Leitbild der Gesundheitswissenschaften geworden und hat die Abkehr von einem nur an Risiken und der Pathologie orientierten Denken hin zu einer ganzheitlichen Betrachtung der Person und ihrer Gesundheit eingeleitet. Dieses ganzheitliche Verständnis von Gesundheit wurde durch die Ottawa Charta (1986) präzisiert und weiter entwickelt. Danach wird Gesundheitsförderung als ein Prozess verstanden, der alle Menschen durch die Beeinflussung gesundheitsrelevanter Faktoren (Determinanten) befähigen soll, die Kontrolle über ihre Gesundheit zu erhöhen und sie dadurch zu verbessern (vgl. Kaba-Schönstein, 2003). Gesundheitsförderung stellt ein Konzept dar, das in allen gesellschaftlichen Bereichen ansetzt. So zielt Gesundheitsförderung nicht ausschließlich auf die Verbesserung individueller Lebensweisen und -bedingungen, sondern auch auf ökonomische, soziale, ökologische und kulturelle Faktoren (ebd.) und ist durch einen partizipativen, ganzheitlichen, intersektoralen und nachhaltigen Ansatz gekennzeichnet (vgl. Kolip et al., 2003). Dies erfordert die Berücksichtigung von Umgebungsfaktoren (Settings mit einer spezifischen sozialen und physischen Umwelt) und auch von persönlichen Faktoren (genetische Veranlagung, Kompetenzen, Motivation), die mit der Gesundheit des Einzelnen verbunden sind.

Die Ottawa Charta der WHO fasste 1986 die wichtigsten Aktionsstrategien und Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung zusammen und ist bis heute das wichtigste Grunddokument der Gesundheitsförderung geblieben. Dabei wurden drei Handlungsstrategien und fünf Handlungsfelder definiert.

Die drei grundlegenden Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung sind<sup>6</sup>:

#### 1. Anwaltschaft für Gesundheit (to advocate):

Gesundheitsförderndes Handeln zielt auf das anwaltschaftliche Eintreten für Gesundheit und die aktive Beeinflussung von politischen, ökonomischen, sozialen, kulturellen und biologischen Faktoren sowie von Umwelt- und Verhaltensfaktoren.

---

<sup>6</sup> In Anlehnung an Kaba-Schönstein, 2003, S. 74.

---

## 2. Befähigen und Ermöglichen (to enable):

Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit gerichtet. Gesundheitsförderliches Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern. Alle Menschen sollen über Konzepte der Kompetenzförderung zur Verwirklichung ihres größtmöglichen Gesundheitspotentials befähigt werden.

## 3. Vermitteln und Vernetzen (to mediate):

Diese Handlungsstrategie bedeutet die aktive, dauerhafte und interdisziplinäre Kooperation von Institutionen und Akteuren inner- und außerhalb des Gesundheitswesens (vgl. Kaba-Schönstein, 2003, S. 74).

Als fünf vorrangige Handlungsfelder nennt die Charta<sup>7</sup>:

### 1. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik:

Gesundheitsförderung berührt nicht nur die Gesundheitspolitik, sondern auch zahlreiche weitere Politikbereiche, die mit der Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen befasst sind (z.B. Familien-, Arbeitsmarkt-, Verkehrs-, Wohnungs- und Bildungspolitik). Daher ist Gesundheit auf allen Ebenen und Politikbereichen auf die politische Tagesordnung zu setzen.

### 2. Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen:

Die Schaffung von sicheren, anregenden und befriedigenden Arbeits- und Lebensbedingungen sowie Schutz der natürlichen und sozialen Umwelt gehört zum Aufgabenbereich der Gesundheitsförderung. Hierbei hat sich der systemische Setting-Ansatz als eine der wichtigsten Strategien der Gesundheitsförderung durchgesetzt und bewährt. Der *Setting-Ansatz* richtet sich an die Lebenswelten der Menschen, in denen sich Menschen aufhalten, z.B. Betrieb, Schule, Kindertagesstätten (Kita), Familie, Stadt. Gesundheit ist demnach kein abstraktes Ziel, sondern wird im Alltag hergestellt und aufrechterhalten.

Besondere Aufmerksamkeit verdient die Erhaltung der natürlichen Ressourcen als globale Aufgabe.

---

<sup>7</sup> In Anlehnung an Kaba-Schönstein, 2003, S. 74f.

### 3. Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen:

Die Unterstützung von Nachbarschaften, Gemeinschaftsaktivitäten von Bürgern, Selbsthilfeaktivitäten und Gemeinwesen zwecks vermehrter Selbstbestimmung, Autonomie und Kontrolle über ihre Gesundheitsbelange sind zentraler Angelpunkt der Gesundheitsförderung. Partizipation und Empowerment sind dabei Schlüsselwörter. Das Empowerment-Konzept verfolgt das Ziel, „[...] die Menschen zur Entdeckung ihrer (vielfach verschütteten) Stärken zu ermutigen, ihre Fähigkeiten zu Selbstbestimmung und Selbstveränderung zu stärken und sie bei der Suche nach Lebensräumen und Lebenszukünften zu unterstützen, die einen Zugewinn von Autonomie, sozialer Teilhabe und eigenbestimmter Lebensregie versprechen.“ (Herriger, 2006, S.7) Die Aufgabe für die Gesundheitsförderung besteht darin, Bedingungen zu schaffen, um den Prozess der Ressourcensuche- und Aktivierung zu ermöglichen.

### 4. Persönliche Kompetenzen fördern:

Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Kompetenzen durch Information und gesundheitsbezogener Bildung. Die Gesundheitsförderung will dadurch den Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben und ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugute kommen. Es gilt dabei, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen und die Bewältigung verschiedener Lebensphasen und eventuellen Krankheiten oder Behinderungen zu ermöglichen. Das Schlüsselwort in diesem Handlungsfeld ist *Empowerment*.

### 5. Gesundheitsdienste neu orientieren:

Es soll ein Versorgungssystem angestrebt und entwickelt werden, das auf die stärkere Förderung der Gesundheit ausgerichtet ist und über die medizinisch-kurativen Leistungen hinausgeht. Ziel der Bemühungen soll ein Wandel der Einstellungen und Organisationsformen sein, die eine Orientierung an den Bedürfnissen des Menschen als ganzheitliche Persönlichkeit ermöglichen und denen ein umfassender Gesundheitsbegriff zugrunde liegt (vgl. Kaba-Schönstein, 2003, S. 74f.).

Die Umsetzung der fünf Handlungsfelder erfordert die aktive Beteiligung der Bevölkerung und die Kooperation zahlreicher Akteure, Sektoren und Berufsgruppen auf allen Ebenen, im Besonderen die intersektorale Kooperation (ebd.).

Erwähnenswert erscheint hier auch die Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und Prävention. Es handelt sich um zwei unterschiedliche Ansätze, die jedoch das gleiche Ziel verfolgen: Das gesundheitliche Wohlbefinden der Gesamtbevölkerung soll gesteigert und Krankheiten verhindert werden (vgl. Kolip et al., 2003). Beide Strategien unterscheiden sich jedoch in ihren konzeptionellen Ansatzpunkten.

- *Gesundheitsförderung* versucht in salutogenetisch orientierter Perspektive (vgl. Kapitel 1.2) personale und soziale Ressourcen und Potentiale zu identifizieren, zu stärken und zu verbessern sowie Handlungsspielräume zu erweitern.
- *Prävention* konzentriert sich hingegen auf individuelle Krankheitsvermeidung (Primärprävention), Krankheitsfrüherkennung (Sekundärprävention) oder Vermeidung von Krankheitsfolgen (Tertiärprävention) und fokussiert dabei Erkrankte oder Risikogruppen (vgl. Franzkowiak, 2003).

Da sich beide Ansätze mit der Verbesserung von Gesundheit befassen, sollten sie als konzeptionell verschiedene, aber einander ergänzende Ansätze verstanden werden. Quer zu dieser Unterscheidung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention liegt eine Differenzierung hinsichtlich des Hauptansatzpunktes. Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen können einerseits am Individuum ansetzen („verhaltensbezogene Intervention“). Sie können andererseits aber auch an den sozialen, biologischen und materiellen Rahmenbedingungen ansetzen, um gesundheitsförderliche Lebensbedingungen zu schaffen („verhältnisbezogene Intervention“) (vgl. Altgeld & Kolip, 2004).

## 1.2 Das Konzept der Salutogenese

Das Konzept der Salutogenese wurde von dem amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1987) geprägt und gehört heute zu den einflussreichsten Ansätzen in den Gesundheitswissenschaften (vgl. Franzkowiak, 2003). In Umkehrung an die einseitige pathogenetische Sichtweise, stellt Antonovsky die direkte Frage nach den Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen von Gesundheit ins Zentrum der Betrachtung (lat. von *salus*: Gesundheit, Heil, Wohl und *genesis*: Entstehung). Er sieht dabei Krankheit und Gesundheit nicht als sich ausschließende Gegensätze, sondern als Pole eines multidimensionalen Kontinuums (vgl. Antonovsky, 1997). Welche Position eine Person auf dem Krankheits-Gesundheits-Kontinuum innehat, hängt von den pathogenen

---

und salutogenen Einflüssen ab, denen die Person ausgesetzt ist (ebd.). Das Modell des mehrdimensionalen Kontinuums impliziert, dass ein Mensch, selbst wenn er sich auf einer Dimension nahe dem Krankheitspol befindet, auf einer anderen Dimension durchaus gesund sein kann (ebd.). Das heißt, dass Menschen nicht gesund oder krank sind, sondern sich hinsichtlich jeder Dimension auf einem Punkt des Kontinuums befinden.

Weiter geht das salutogenetische Modell von der Heterostase<sup>8</sup> als Normalfall aus, d.h. Ungleichgewicht und Stress sind allgegenwärtig und lösen beim Menschen einen psychischen und physischen Spannungszustand aus (vgl. Antonovsky, 1997). Der Charakter des Stressors und die Art der Bewältigung entscheiden darüber, ob Stress zu positiven oder negativen gesundheitlichen Konsequenzen führt. Eine erfolgreiche Stressbewältigung kann dabei durchaus salutogene Wirkung auf den Organismus haben und damit zu einer Bewegung zum positiven Pol des Kontinuums beitragen (ebd.).

Anders als bei traditionellen Präventionsansätzen geht es in Antonovskys Konzept der Salutogenese nicht um das Ausschalten oder Vermeiden von als krankheitsauslösend erkannten Risikofaktoren, sondern um die Bewältigung der Stressoren. Die erfolgreiche Bewältigung hängt nach Antonovsky maßgeblich von den *generalisierten Widerstandsressourcen* ab, die ein konstruktives Umgehen mit Stressoren ermöglichen (Antonovsky, 1997). Das Konzept der generalisierten Widerstandsressourcen ist erstes Kernstück der Salutogenese. Antonovsky fasst darunter individuelle, soziale und kulturelle Ressourcen (ebd.).

Je mehr generalisierte Widerstandsressourcen einer Person zur Bewältigung von Stress zur Verfügung stehen, umso mehr kann sich das *Kohärenzgefühl* herausbilden. Auf das zweite Kernstück der Salutogenese - das Kohärenzgefühl - wird in Kapitel 4.3.1 noch genauer eingegangen.

---

<sup>8</sup> Nach Antonovsky geht die traditionelle Pathogenese von der Homöostase (Gleichgewicht) als Normalfall aus (vgl. Antonovsky, 1997).

## 2 Psychisch kranke Eltern: Das Krankheitsbild der Depressionen

Um die vielseitigen Probleme von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil erschließen zu können, ist im Vorwege der Blick auf das Krankheitsbild des Elternteils nötig. Diese Arbeit konzentriert sich exemplarisch auf das Krankheitsbild der Depressionen.

Zunächst wird durch epidemiologische Daten die Public Health Relevanz von Depressionen verdeutlicht. Der steigenden Prävalenz von Depressionen liegt die Vermutung nahe, dass immer mehr Kinder in Familien leben, in denen ein Elternteil depressiv erkrankt ist.

Des Weiteren wird in diesem Kapitel die Depression von anderen affektiven Störungen abgegrenzt und mögliche Symptome skizziert, um die vielseitigen Auswirkungen für die Betroffenen und ihre Familien zu verdeutlichen.

### 2.1 Epidemiologie

Depressionen gehören weltweit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (vgl. WHO, 2006). Laut WHO sind depressive Störungen die viertwichtigste Ursache von Erkrankungen, die im Jahr 2020 in den Industriestaaten - nach den Herz-Kreislaufkrankungen - vermutlich an zweiter Stelle stehen werden (ebd.). Folglich ist anzunehmen, dass die Krankheitsbelastung durch Depressionen weltweit noch steigen wird.

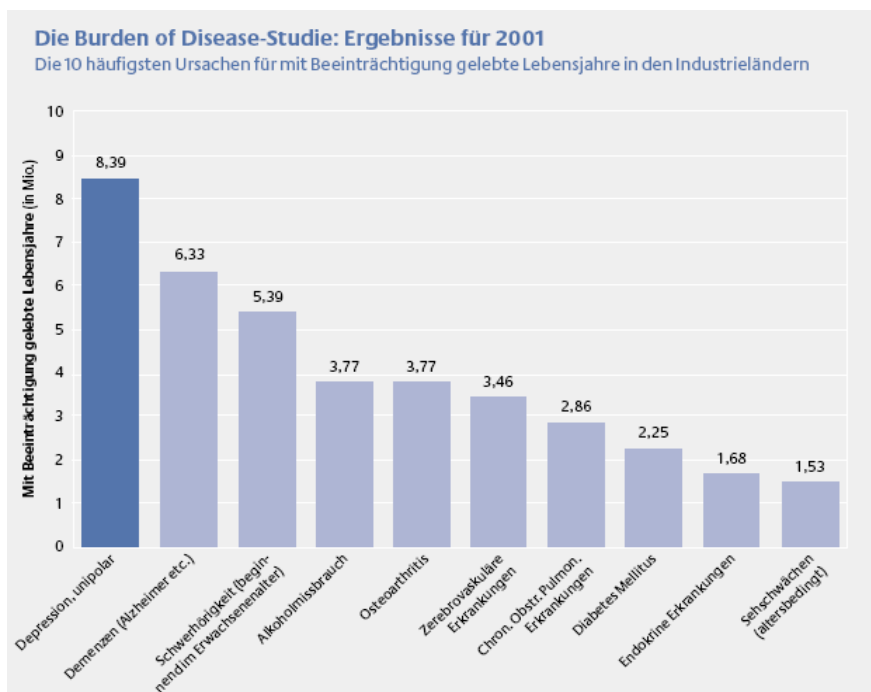
Die Ergebnisse der „Global Burden of Disease Study 2000“<sup>9</sup> bestätigen die herausragende Bedeutung depressiver Erkrankungen und deren Krankheitsbelastung. So zeigt sich, dass weltweit 9,5 % der Frauen und 5,8 % der Männer innerhalb von 12 Monaten eine depressive Episode erlitten hatten (vgl. RKI, 2006, S. 29). Berücksichtigt man zudem die so genannten Disability Adjusted Live Years (DALYs)<sup>10</sup> befinden sich die

---

<sup>9</sup> Die „Global Burden of Disease Study 2000“ wurde im Auftrag der WHO und der Weltbank durchgeführt. Die Studie sollte einen zentralen Orientierungsrahmen zur Beurteilung der medizinischen und gesundheitspolitischen Bedeutung verschiedener physischer und psychischer Erkrankungen schaffen (vgl. RKI, 2006).

<sup>10</sup> DALYs ist ein Maß der Krankheitslast und ergibt sich aus der Zahl der Lebensjahre, die einem Menschen durch vorzeitigen Tod und gesundheitliche Beeinträchtigung insgesamt verloren gehen (vgl. RKI, 2006).

unipolaren Depressionen<sup>11</sup> bei Frauen bereits auf Platz zwei und bei Männern auf Platz drei (ebd.). Betrachtet man neben der Schwere der Beeinträchtigung auch die Dauer der Erkrankung, liegen Depressionen in den entwickelten Ländern vor allen anderen psychischen und physischen Erkrankungen.



(Quelle: Murray & Lopez, 2001)

In Deutschland zeichnet der Bundes-Gesundheitssurvey von 1998 eine 12-Monats-Prävalenz von 15 % bei Frauen und 8,1 % bei Männern zwischen 18 und 65 Jahren ab (RKI, 2006, S. 30). Frauen erkranken also fast doppelt so häufig wie Männer. Dabei ist zu beachten, dass in den Gruppen unter 18 und über 65 Jahren ebenfalls Menschen von depressiven Störungen betroffen sind. Depressionen kommen in jedem Lebensalter vor, das mittlere Erkrankungsalter liegt dabei für Frauen bei 32 Jahren und für Männer bei 33 Jahren (ebd.).

Des Weiteren gehen Experten von einer hohen Dunkelziffer an Depressionen (Erkrankten) aus. Oft werden Depressionen durch körperlich diffuse Symptome und Begleiterscheinungen (Schlafstörungen, Gewichtsabnahme, Verspannungen,

<sup>11</sup> Unipolare Depressionen sind reine depressive Erkrankungen im Gegensatz zu bipolaren Störungen, bei denen manische und depressive Phasen wechseln können (vgl. Kapitel 2.2).

Schmerzempfindungen im ganzen Körper) nicht entdeckt und adäquat behandelt (vgl. Weber, Hörmann, Köllner, 2006).

Auch Kinder und Jugendliche sind zunehmend von Depressionen betroffen (vgl. WHO, 2003). Erste Ergebnisse der bundesweiten BELLA-Studie<sup>12</sup> (2006) zeigen, dass bei ca. 22 % der untersuchten Kinder und Jugendlichen Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit vorliegen und circa 10 % aller Kinder und Jugendlichen im engeren Sinn als psychisch auffällig beurteilt werden müssen (vgl. Ravens-Sieberer et al., 2006). Störungen des Sozialverhaltens, Ängste und Depressionen treten dabei am häufigsten auf (ebd.). Die Schwierigkeit der Erfassung von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen liegt darin, zwischen depressiven Symptomen im Rahmen der normalen psychischen Entwicklung und depressiven Symptomen mit Krankheitswert zu unterscheiden (vgl. Freisleder & Schlamp, 2001).

Die große Bedeutung von Depressionen ergibt sich einerseits aus ihrer Häufigkeit, andererseits sind Depressionen schwere und manchmal sogar lebensbedrohliche Krankheiten. So gehen 40 - 70 % aller Suizide auf eine Depression zurück (vgl. RKI, 2006, S. 30). Etwa 15 % der Patienten mit schweren depressiven Erkrankungen versterben durch Suizid, schätzungsweise die Hälfte der depressiv Erkrankten begehen im Laufe ihres Lebens einen Suizidversuch (vgl. Hegerl, 2006).

## 2.2 Symptombeschreibung

*„Depression ist nicht gleich Trauer.“ (Arbeitsgemeinschaft der Psychoseseminare, 2001, S. 4)*

Depressionen gehören neben den Manien und den manisch-depressiven Erkrankungen zu den affektiven Störungen (vgl. Hautzinger, 2002). Affektive Störungen sind im Wesentlichen charakterisiert durch Beeinträchtigungen der Stimmung, der Gefühlswelt, des Antriebs und der Interessen (ebd.). Man unterscheidet dabei zwischen unipolaren Krankheitsbildern, die ausschließlich durch depressive oder manische Phasen gekennzeichnet sind und bipolaren Störungsbildern, bei denen manische und depressive

---

<sup>12</sup> Die BELLA-Studie ist das Modul „Psychische Gesundheit“ zum bundesweiten Kinder - und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) des Robert Koch-Instituts (2003 - 2006). In der BELLA-Studie wurden 2863 Familien mit Kindern im Alter von 7 - 17 Jahren, die an KIGGS teilgenommen haben, befragt (vgl. Ravens-Sieberer et al., 2002).



Krankheitsphasen wechseln (ebd.). Affektive Störungen verlaufen zu 65 % unipolar depressiv, in ca. 30 % bipolar und bei etwa 5 % kommt es zu rein manischen Episoden (vgl. Schmauss, 2001, S.16).

Der typische Verlauf affektiver Störungen ist phasisch bzw. episodisch, das heißt, dass zwischen den Krankheitsphasen beschwerdefreie Intervalle unterschiedlicher Dauer liegen können (ebd.). Bei den unipolaren Depressionen erfolgt in ca. 50 % der Fälle eine zweite depressive Episode, in 80 - 90 % folgen daraufhin weitere depressive Krankheitsphasen (vgl. Althaus, 2004).

Im Folgenden wird auf die unipolaren Depressionen eingegangen, da es in dieser Arbeit exemplarisch um Kinder mit depressiven Eltern geht. Zu den Kernsymptomen der Depression zählen niedergeschlagene Stimmung, Verlust an Interesse und Freude sowie eine rasche Ermüdbarkeit (vgl. Althaus, 2004). Depressionen sind jedoch durch eine Vielzahl heterogener Symptome gekennzeichnet und in der Regel folgendermaßen beschrieben:

- Emotionale Beschwerden (z.B. durch Gefühle der Trauer, Hoffnungslosigkeit, Leere und Angst),
- somatische Beschwerden (z.B. Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Libidoverlust, Druck- und Engegefühl in der Herzgegend),
- kognitive Beschwerden (z.B. Konzentrationsprobleme, Grübeln, Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Pessimismus, Gedanken an Tod und Suizid, Sorgen um die eigene Gesundheit, die eigenen Fähigkeiten und die Zukunft),
- motivationale Beschwerden (z.B. Antriebsverlust, Misserfolgsorientierung, Interessenverlust),
- motorische Beschwerden (z.B. Verlangsamung, Hemmungen, Inaktivität),
- interaktive Beschwerden (z.B. sozialer Rückzug, leise Stimme, geringer Blickkontakt, Einschränkung kommunikativer Fähigkeiten und sozialer Fertigkeiten) (vgl. Hautzinger, 2002).

Die ICD 10<sup>13</sup> der WHO unterscheidet verschiedene Schweregrade einer Depression und kategorisiert diese nach leichten, mittelgradigen und schweren Depressionen. Die ICD 10 Forschungskriterien einer depressiven Episode sind in folgender Tabelle dargestellt:

A. Mindestens 2 (für eine schwere Depression 3) der folgenden Symptome liegen vor:	
1.	depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens 2 Wochen anhalten;
2.	Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren;
3.	verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit.
B. Eines oder mehr der folgenden Symptome zusätzlich, wobei die Gesamtzahl der Symptome je nach Schweregrad mindestens 4 – 8 beträgt (siehe unten):	
4.	Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühles;
5.	unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle;
6.	Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid; suizidales Verhalten;
7.	Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit.
8.	psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv);
9.	Schlafstörungen jeder Art;
10.	Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung.
Abstufung der Depression in Schweregrade:	
Leichte Depression:	2 der Symptome 1 – 3, Gesamtzahl mindestens 4
Mittelgradige Depression:	2 der Symptome 1 – 3, Gesamtzahl mindestens 6
Schwere Depression:	3 der Symptome 1 – 3, Gesamtzahl mindestens 8

(Quelle: Dilling, Mombour & Schmidt 2005)

Auffällig für Depressionen ist die besonders hohe Rate an Komorbidität. Bei dreiviertel der Fälle findet sich zumindest eine weitere Diagnose (vgl. Hautzinger, 2002). Überlappungen oder gleichzeitiges Auftreten von Depressionen mit Angststörungen, Zwängen, Essstörungen, Substanzabhängigkeiten etc. sind häufig (ebd.).

Außerdem ist das mit schweren Depressionen verbundene hohe Suizidrisiko bei der Symptombeschreibung von besonderer Bedeutung. Quälende Suizidideen bis hin zu Suizidversuchen und Tod durch Suizid sind bei depressiv Erkrankten häufig (vgl. Althaus, 2004).

<sup>13</sup> Die „International Classification of Diseases“ (ICD) ist eine von der WHO herausgegebene internationale Klassifikation der Krankheiten. 10 Ziel der ICD ist die weltweite Erforschung von Morbidität und Mortalität mit einer international einheitlichen Systematik zu ermöglichen (vgl. Dilling, Mombour & Schmidt, 2005).

Deutlich wurde hier, dass eine depressive Erkrankung den ganzen Menschen erfassen und vor allem in seinem Denken, Fühlen und Wahrnehmen beeinflussen kann. Symptome wie z. B. sozialer Rückzug, Schuldgefühle und Pessimismus wirken sich auch unmittelbar auf die soziale Umwelt aus. Insbesondere die Angehörigen und vor allem die Kinder sind in vielfacher Weise mit betroffen. Da die Familie in der Regel zentrale Bezugspunkte für die erkrankten Personen darstellen, sind psychische Erkrankungen wie Depressionen auch als Familienkrankheiten zu verstehen, die das gesamte Familiengefüge verändern können (vgl. Schone & Wagenblass, 2006).

Depressive Erkrankungen sind heterogene Krankheitsbilder, die sich sehr unterschiedlich ausprägen können. Dementsprechend kann sich die depressive Erkrankung auch in sehr unterschiedlicher Weise auf die Familie und die kindliche Entwicklung auswirken. Dies soll im folgenden Kapitel verdeutlicht werden.

### **3 Die Lebenssituation von Kindern depressiver Eltern**

Bei der wissenschaftlichen Untersuchung von Kindern depressiver Eltern ist eine Vielzahl von Faktoren zu berücksichtigen, die die Entwicklung der Kinder beeinflussen kann. Zum einen zeigen Ergebnisse der High-Risk Forschung, dass Kinder depressiver Eltern aufgrund genetischer Prädisposition ein deutlich erhöhtes Risiko haben, im Laufe ihrer Entwicklung mit Verhaltensauffälligkeiten zu reagieren oder selbst an einer Depression zu erkranken. Zum anderen wirken psychosoziale Vermittlungsprozesse direkt und indirekt auf die seelische Entwicklung der Kinder. Des Weiteren spielt die individuelle Wahrnehmung der Kinder eine bedeutsame Rolle. Diese Aspekte sollen in diesem Kapitel näher beleuchtet und abschließend die möglichen altersspezifischen Folgen für die Kinder dargestellt werden.

#### **3.1 Ergebnisse aus der High-Risk Forschung**

Die High-Risk-Forschung verfolgt das Ziel, Gruppen mit hohem Erkrankungsrisiko genauer zu beschreiben und herauszufinden, in welchen Merkmalen sich diese Risikogruppe von („normalen“) Vergleichsgruppen unterscheidet. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit richtet sich der Fokus auf die Gruppe Kinder depressiver Eltern.

Die High-Risk-Forschung geht davon aus, dass diese ein vielfach erhöhtes Risiko haben, im Laufe ihrer Entwicklung selbst depressiv zu erkranken oder eine andere psychische Störung zu entwickeln (vgl. Bohus, 1998; Lenz, 2005; Matthey, Wüthrich & Remschmidt, 2000). Lenz (2005) stellt dazu folgende Studienergebnisse vor: Das Risiko, eine affektive Störung zu entwickeln, ist für Kinder psychisch kranker Eltern um den Faktor 2 bis 3 höher, das Risiko an einer Depression zu erkranken ist etwa sechsmal höher, als für Kinder psychisch gesunder Eltern (Downey & Coyne, 1990). Besonders gefährdet sind Kinder, deren Elternteile beide an Depressionen erkrankt sind. Die Wahrscheinlichkeit, dass sie selbst im Laufe ihres Lebens an einer Depression erkranken, liegt sogar bei 70 Prozent (Robins & Regier 1991). Darüber hinaus haben Kinder depressiver Eltern ein erhöhtes Risiko für andere psychische Störungen sowie für Verhaltensauffälligkeiten und Anpassungsprobleme im sozialen, emotionalen und kognitiven Bereich (Cummings & Davis, 1994) (zit. n. Lenz, 2005).

Remschmidt und Mattejat (1994) haben in ihren Untersuchungen festgestellt, dass ein Drittel der Kinder, die in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden, einen psychisch kranken Elternteil haben (vgl. Remschmidt & Mattejat, 1994).

Genetische Vorbelastungen werden bei der Entstehung psychischer Auffälligkeiten bei den Kindern teilweise mitverantwortlich gemacht. Allerdings geht aus weiteren Forschungsbefunden hervor, dass die elterliche Diagnose weniger bedeutsam für die kindliche Entwicklung ist. Wichtiger erscheinen andere Dimensionen der elterlichen Psychopathologie wie z.B. Chronizität, Rückfallhäufigkeit und Schweregrad der Depression sowie das gemeinsame Auftreten mehrerer psychosozialer Risikofaktoren (vgl. Mattejat, Wüthrich & Remschmidt, 2000). Auf die bedeutsamen psychosozialen Einflussfaktoren soll im folgenden Kapitel näher eingegangen werden.

## **3.2 Psychosoziale Probleme**

### **3.2.1 Interaktionsverhalten depressiver Eltern und ihrer Kinder**

*„Viele Aspekte der Depression stehen im Widerspruch zu einem angemessenen elterlichen Verhalten, z.B. die verringerte Energie der Mutter, ihre Mißstimmung, Pessimismus, Unaufmerksamkeit und Irritierbarkeit.“ (Remschmidt/ Mattejat, 1994, S. 86)*

Bei einem depressiven Elternteil aufzuwachsen, ist ein psychosozialer Risikofaktor im Hinblick auf die psychische Gesundheit der Kinder, da die elterliche Erkrankung direkt belastende Auswirkungen auf die Kinder haben kann (vgl. Mattejat, 2004, S. 69).

Psychische Erkrankungen wie Depressionen, die das Fühlen, Denken und Handeln beeinträchtigen und somit die Persönlichkeit eines Menschen verändern, wirken sich unmittelbar auch auf seine Beziehungsfähigkeit und -gestaltung zu anderen Menschen aus. Die Kinder sind davon besonders betroffen, denn ihre kranken Eltern können vorübergehend, wiederkehrend oder dauerhaft erheblich in ihrer Funktion als Mutter oder Vater eingeschränkt sein.

Aus bindungstheoretischer Perspektive hat sich für die Etablierung einer sicheren Bindung des Kinder an seine primären Bezugspersonen (meist sind das die Eltern) eine Reihe von Charakteristika des elterlichen Interaktionsverhaltens ergeben (vgl.

---

Schneeweind, 2002, S. 117). Schneewind (2002) fasst folgende Merkmale des elterlichen Interaktionsverhaltens zusammen:

- Sensitivität (promptes und angemessenes Reagieren auf kindliche Signale),
- eine grundsätzlich positive Haltung gegenüber dem Kind,
- Synchronisation (im Sinne einer sanften Abstimmung reziproker Interaktion mit dem Kind),
- Wechselseitigkeit (in der Gestaltung von Interaktionen),
- Unterstützung (aufmerksame Zuwendung und emotionale Hilfestellung bei kindlichen Aktivitäten),
- Stimulation (häufige Interaktionsaufnahme mit dem Kind) (ebd.).

Im Folgenden soll auf die empirischen Befunde zur Interaktion von depressiven Eltern und ihren Kindern eingegangen werden. Die meisten Untersuchungen fokussieren dabei die Mutter-Kind-Interaktion und nicht eine väterliche Erkrankung. Im Ergebnis zeigen diese Studien, dass eine typische depressive Symptomatik (vgl. Kapitel 2.2) verbunden mit dem Gefühl, den mütterlichen Aufgaben nicht gewachsen zu sein, die Mutter-Kind-Interaktion deutlich beeinträchtigen kann (vgl. Scheithauer & Petermann, 2000).

Als direkte Folge der Erkrankung spricht man häufig von einem depressiven Interaktionsstil, der durch passives Verhalten und ein eingegrenzt kommunikatives Repertoire gekennzeichnet ist (vgl. Lenz, 2005). Depressive Mütter zeigen eine verminderte Qualität der Interaktion, lassen im Kontakt zu den Kindern weniger Interesse und Beteiligung erkennen und sind weniger sensitiv im Umgang mit dem Kind (vgl. Wiefel & Lehmkuhl, 2004). Ausreichend sensitive Eltern wenden sich dem Kind zu, reagieren angemessen und prompt auf seine Signale, zeigen intuitive Verhaltenskompetenzen und haben Freude am Umgang mit dem Kind. Diese Verhaltensweisen stehen in Wechselwirkung mit dem Kind, welches freudig, offen und aktiv auf die Eltern reagiert (vgl. Deneke, 2004c).

Depressive Mütter zeigen gegenüber ihren Kindern weniger affektive Reaktionen (vgl. Deneke, 2004c; Remschmidt & Mattejat, 1994). Sie reagieren häufig verzögert, verzerrt oder gar nicht auf die Signale und Bedürfnisse der Kinder, was zu Enttäuschungen und Rückzug der Kinder führt (vgl. Remschmidt & Mattejat, 1994). Entsprechend verlangsamt, abgeschwächt oder inadäquat erfolgen die Reaktionsweisen auf diese Signale (ebd.). Einige Studien konnten nachweisen, dass depressive Mütter ihren Kindern gegenüber

weniger entscheidungsfähig, warmherzig und engagiert waren (vgl. Lenz, 2005; Mattejat, Wüthrich & Remschmidt, 2000). Im Weiteren übten sie mehr Kritik, äußerten gegenüber dem Kind mehr negative Gefühle und Feindseligkeiten und gingen weniger einfühlsam mit den kindlichen Bedürfnissen um als gesunde Mütter (vgl. Lenz, 2005). Diese negative Haltung und Unsicherheiten dem Kind gegenüber können bei der Mutter wiederum Schuldgefühle auslösen und somit ein weiteres Stresspotential darstellen (vgl. Remschmidt & Mattejat, 1994). Der Zweifel an der eigenen mütterlichen Kompetenz kann das ohnehin instabile Selbstwertgefühl bedrohen und zu Schuld- und Insuffizienzgefühlen führen, die zentrale Elemente depressiver Erkrankungen darstellen (vgl. Lenz, 2005, S. 54).

Zudem weisen depressive Eltern häufig krankheitsbedingte Defizite im kognitiven, emotionalen, wie auch im Verhaltensbereich auf, die sich im Umgang mit dem Kind manifestieren und das Risiko einer psychischen Störung bei dem Kind begünstigen (vgl. Lenz, 2005; Mattejat, Wüthrich & Remschmidt, 2000).

Nicht zuletzt bieten depressiv erkrankte Eltern ihren Kindern weniger angemessene Regeln und Strukturen (vgl. Remschmidt & Mattejat, 1994). So zeigen sie sich in der Erziehung häufig inkonsequenter, weisen weniger elterliche Unterstützung auf und sehen sich in der Erzieherrolle weniger positiv als psychisch gesunde Eltern (vgl. Lenz, 2005).

Hinzu kommt, dass Störungen der Interaktion nicht regelhaft mit der Genesung der Mutter verschwinden (vgl. Deneke & Lüders, 2003). In Fällen, in denen die allgemeine Lebensbelastung der Mutter groß ist, können diese Störungen überdauern und damit weiterhin ein erhebliches Entwicklungsrisiko für das Kind bedeuten (ebd.).

Störungen in der Bindung, der emotionalen Regulation und der expressiven Sprache können die Folge sein (vgl. Remschmidt & Mattejat, 1994, S. 76), wenn nicht andere Personen kompensatorisch wirken und dem Kind alters- und entwicklungsadäquate Beziehungserfahrungen ermöglichen (vgl. Kapitel 3.3). Darüber hinaus werden durch die Erkrankung der Eltern häufig weitere bedeutsame psychosoziale Belastungen und familiäre Auffälligkeiten verursacht, die die Entwicklung der Kinder zusätzlich beeinträchtigen können.

### **3.2.2 Wechselwirkung psychosozialer Belastungsfaktoren**

Unabhängig von der depressiven Erkrankung des Elternteils können die betroffenen Kinder weiteren psychosozialen Problemen ausgesetzt sein. Risikofaktoren, die die psychische Gesundheit und Entwicklung bei Kindern generell erhöhen, sind z.B. eheliche Konflikte

oder Trennungen, familiäre Disharmonien, belastende Lebensereignisse, eingeschränkte Lebensbedingungen wie Armut bzw. finanzielle Probleme, unzureichende Unterstützung, soziale Isolation usw. (vgl. Mattejat, Wüthrich & Remschmidt, 2000; Lenz, 2005). In Familien mit einem psychisch kranken Elternteil treten diese allgemeinen Risikofaktoren gehäuft auf und haben somit indirekte Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder (ebd.). Die psychosozialen Risikofaktoren stehen dabei in Wechselwirkung zueinander und verstärken sich gegenseitig (Mattejat, 2004). So verfügen Familien mit einem depressiven Elternteil oftmals nicht über ein angemessenes soziales Netzwerk (vgl. Lenz, 2005, S. 15). Meist leben sie isolierter, ohne ausreichende Kontakte zu Freunden, Verwandten, Nachbarn oder Arbeitskollegen (ebd.). In Forschungsbefunden konnte gezeigt werden, dass auch eine enge Wechselwirkung zwischen der depressiven Erkrankung und ehelichen Konflikten zu beobachten ist. Die Scheidungsraten sind bei Ehepaaren mit einem depressiven Elternteil höher, als bei psychisch unauffälligen Paaren (Gotlieb & Goodman, 1999 zit. n. Lenz, 2005). Des Weiteren sind sie häufiger mit Arbeitslosigkeit und Armut konfrontiert (Brown & Harris, 1993 zit. n. Deneke, 1995).

Die Lebenssituation von Kindern depressiver Eltern kann folglich nicht aus der Tatsache der psychischen Erkrankung an sich erschlossen werden, sondern sie hängt von einer Vielzahl verschiedener Faktoren und Einflüsse ab.

### **3.2.3 Wahrnehmen und Erleben der elterlichen Erkrankung**

Wie stark sich die skizzierten Probleme im Einzelfall als Belastung ausprägen, ist sehr unterschiedlich und hängt unter anderem auch vom individuellen Erleben der Kinder ab. Über die subjektive Dimension, d.h. wie nun all diese von außen beobachteten Aspekte und Probleme individuell von den Kindern erlebt werden, liegen bislang nur einzelne Erkenntnisse aus Interviews mit betroffenen Kindern vor (vgl. bspw. Lenz, 2005; Schone & Wagenblass, 2006; Sollberger, 2000). Ohne ein Verständnis davon, wie die Kinder die psychische Erkrankung eines Elternteils subjektiv erleben, kann jedoch nicht die notwendige konzeptionelle Diskussion geführt werden, wie Unterstützungsangebote für betroffene Kinder und ihre Familien gestaltet sein müssen.

Vor diesem Hintergrund soll in diesem Kapitel gezielt die Perspektive der betroffenen Kinder in den Mittelpunkt gestellt und dabei die wichtigsten Probleme hervorgehoben werden. Die einleitenden Zitate stammen aus Erfahrungsberichten von oder aus Interviews mit Kindern psychisch kranker Eltern.



## Desorientierung

*„Ich habe damals nicht verstanden, wie ein Mensch sich so schnell verändern kann, manchmal von Stunde zu Stunde.“ (Bathe, 2004, S. 39)*

Eine schwere Depression tritt in der Regel nicht von einem auf den anderen Tag auf, sondern entwickelt sich in Schüben und ist Schwankungen unterworfen. Zwischen der kindlichen Wahrnehmung erster Symptome und der ärztlichen Diagnose oder der Einweisung in die Psychiatrie liegen manchmal Monate bis Jahre. Dieser „Graubereich“ ist eine besonders schwere Zeit für die Kinder, denn für das befremdliche Verhalten des erkrankten Elternteils stehen ihnen keine rationalen Erklärungen zur Verfügung. *„Das Leiden der Kinder beginnt nicht erst mit der Diagnose.“* (Schone & Wagenblass, 2006, S. 181)

Das Erleben der Depression eines Elternteils geht häufig mit einer tiefen Irritation und Verunsicherung der Kinder einher. Die erkrankten Eltern werden von den Kindern zum Teil als stark verändert und fremd wahrgenommen. Sie erleben Situationen und beobachten Handlungen, Denk- und Verhaltensweisen der Mutter oder des Vaters, die sie nicht nachvollziehen können, die sie verwirren oder befremden. Dadurch kann das Kind in seiner eigenen Wahrnehmung verunsichert werden (vgl. Heim, 2006). Durch die teilweise extremen Stimmungsschwankungen des depressiven Elternteils kommt es oftmals zu völlig unterschiedlichen und unberechenbaren Reaktionen auf ein und dasselbe Verhalten der Kinder (vgl. Fischer & Gerster, 2005). Die Kinder erleben den erkrankten Elternteil über einen längeren Zeitraum oder immer wiederkehrend in für sie unverständlichen, extremen Gefühlszuständen, in denen sie unerreichbar sind oder aber viel Nähe suchen (vgl. Deneke, 2004b). Abrupte Stimmungswechsel und unberechenbare Schwankungen zwischen Anhänglichkeit und Zurückweisung, Verwöhnung und Beschimpfung führen dazu, dass das Kind den kranken Elternteil nicht mehr einschätzen kann (vgl. Heim).

Auf kleinere Kinder wirken sich vor allem Klinikaufenthalte und längerfristige Trennungen von der Bezugsperson stark verunsichernd aus. Teilweise werden sie bei wechselnden Personen und Familien untergebracht und sind daher gezwungen, sich auf andere Personen, auf andere familiäre Regeln und Umgangsformen einzustellen (vgl. Lenz, 2005).

## Schuldgefühle

*„Regelmäßig, jedes Jahr, ging meine Mutter in die Klinik. Ich gab mir die Schuld daran, dass es dazu kam, ich fühlte mich schuldig, sie nicht länger und besser umsorgt zu haben, wozu man doch als Tochter die Pflicht hat.“ (Bathe, 2004, S. 41)*

Die Erkrankung des Elternteils wird von vielen Kindern mit einer persönlichen Schuldzuschreibung verbunden. Sie fühlen sich häufig verantwortlich als Mitverursacher der Überforderung und Überlastung des kranken Elternteils, weil sie diesen nicht oder nicht ausreichend unterstützt und sich um ihn gekümmert haben (vgl. Lenz, 2005; Mattejat, 2004). Insbesondere kleine Kinder belasten sich oft mit dem Gedanken, durch ihr schlechtes Benehmen, Herumtoben oder Schreien am Entstehen der Erkrankung mitbeteiligt zu sein (vgl. Lenz, 2005). Diese kindliche Denkweise kann durch direkte Schuldzuweisung und Vorwürfe des erkrankten Elternteils oder anderen Personen noch verstärkt werden. Somit haben sie kaum die Möglichkeit, ihre Verzweiflung mitzuteilen oder auszudrücken und sind allzu oft mit den belastenden Emotionen alleingelassen (vgl. Deneke 2004b).

Ältere Kinder und Jugendliche haben zumindest teilweise die Möglichkeit, sich von der schwierigen Familiensituation abzugrenzen. Sie können sich im Gegensatz zu kleinen Kindern verbal ausdrücken, ihre Gefühle und Gedanken mitteilen und sich über externe Kontakte ein gewisses Maß an Entlastung und Ablenkung verschaffen (vgl. Lenz, 2005). Die äußerliche Abgrenzung von den Eltern ist allerdings selten mit der inneren Loslösung von den Eltern verbunden: *„Die Jugendlichen bleiben vielmehr mit ihren Gefühlen und Gedanken ganz eng mit dem erkrankten Elternteil verstrickt.“* (Lenz, 2005, S. 89) Auch die teilweise vehementen Bindungswünsche der Eltern, die von den Jugendlichen als „Klammern“ und als Kontrollversuche wahrgenommen werden, erschweren die Distanzierungs- und Abgrenzungsversuche. Finden diese trotzdem statt, sind sie in der Regel von massiven Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen begleitet (vgl. Lenz, 2005). Das Erleben von Ärger und Wut gegenüber dem Elternteil verstärkt die Schuldgefühle zumeist noch (ebd.).

## Ängste

*„[...] Ich habe sie jahrelang an dem Seil hängen sehen, in den Balken. Immer wenn ich von der Schule kam, wenn ich nicht sofort wusste, wo die ist, dachte ich, jetzt, heute ist es passiert.“ (Interviewausschnitt zit. n. Schone & Wagenblass, 2006, S. 191).*

In biographischen Erzählungen nimmt das Thema Angst in unterschiedlichen Formen und Ausprägungen einen zentralen Stellenwert ein (vgl. Schone & Wagenblass, 2006; Lenz, 2005).

Das wiederholte Erleben akuter Krankheitsphasen und längerfristiger Klinikaufenthalte der Mutter oder des Vaters löst besonders bei kleineren Kindern eine andauernde Verlust- und Trennungsangst aus (vgl. Lenz, 2005). Zu einem besonders traumatischen Ereignis kann eine Akutkrise der kranken Eltern für die Kinder werden, wenn sie mit Suiziddrohungen bzw. Suizidversuchen einhergeht (ebd.). Auch krisenhafte Entwicklungen, die Zwangsmaßnahmen notwendig machen, stellen für die Kinder eine enorme emotionale Belastung dar, die mit starken Ängsten verbunden ist. Erleben die Kinder allerdings immer wieder akute Krankheitsphasen, können Gefühle der Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und Resignation in den Vordergrund rücken und die Verlust- und Trennungsängste überlagern (ebd.).

Ältere Kinder beschäftigen sich auch mit der Frage, in wieweit die depressive Erkrankung vererbbar ist und sind durch mangelhafte Information darüber mit der Angst belastet, selbst an der psychischen Störung des Elternteils zu erkranken (vgl. Schone & Wagenblass, 2006; Lenz, 2005).

### Tabuisierung

*„Ich wusste immer, dass meine Mutter anders ist als andere Mütter, sofern man schon mal in andere Familien kam. Aber ich wär nie auf den Gedanken gekommen, dass meine Mutter krank ist.“ (Interviewausschnitt zit. n. Schone & Wagenblass, 2006, S. 187)*

Die Verleugnung und Tabuisierung der psychischen Erkrankung kann auf mehreren Ebenen stattfinden und hat in seinem Zusammenwirken meist folgenreiche Auswirkungen auf das gesamte Familiensystem.

Von Seiten des erkrankten Elternteils kann es zu *subjektiven Verleugnungstendenzen* kommen (vgl. Schone & Wagenblass, 2006). Dabei nehmen sich die Betroffenen selbst nicht als krank wahr oder sie bagatellisieren aus Angst und Scham ihren Zustand. Die fehlende Krankheitseinsicht führt dazu, dass die Erkrankten freiwillig keine psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen, Medikamente und Therapien ablehnen oder frühzeitig abbrechen. Diese Verweigerung und Nichtinanspruchnahme kann Ausbruch, Dauer und die Folgen der depressiven Symptome stark beeinflussen, so dass oftmals erst in Akutkrisen eine (unfreiwillige) Behandlung stattfindet (ebd.).

Eine weitere Ebene der Tabuisierung findet in den Familien selbst als *familieninterne Verleugnungstendenz* ihren Ausdruck (ebd.). Die psychische Erkrankung des Elternteils wird häufig zu einem nicht kommunizierbaren Problem, was wiederum ein Aufarbeiten der Belastungen innerhalb der Familie dauerhaft behindert. Auch in Akutkrisen, wenn die Erkrankung offensichtlich wird, werden Abwehrmechanismen mobilisiert, um die psychische Erkrankung zu verleugnen oder die Problematik zu reduzieren. Teilweise werden Umdeutungen vorgenommen, indem z.B. manche Symptome einer gewissen Charaktereigenschaft zugeschrieben werden (vgl. Schone & Wagenblass, 2006). Mit dieser Umdeutung wird eine Normalisierung des Verhaltens herbeigeführt, die Betroffenen und ihre Familien entlasten sich dadurch von dem Stigma des „Verrücktseins“. Offene Strategien der Auseinandersetzung mit der Erkrankung können somit nicht stattfinden (ebd.). Dies löst bei den Kindern eine paradoxe Wahrnehmung aus, da sie einerseits intensiv von der Erkrankung des Elternteils betroffen sind, andererseits jedoch keine plausible Erklärung von ihrem Umfeld erfahren. Dieses Defizit gibt kindlichen Phantasien Raum, die oft schlimmer sind als die Wirklichkeit selbst und verstärkt zu Unsicherheiten, Ängsten und Schuldgefühlen führen kann (Schone & Wagenblass, 2006, S.187). Auch wird oft aus falsch verstandener Rücksichtnahme gegenüber den Kindern versucht, die Erkrankung zu verheimlichen und zu übergehen. Die Eltern versuchen dadurch, die Kinder vor den befürchteten Vorurteilen und der Ablehnung des sozialen Umfelds zu schützen (vgl. Lenz, 2005).

Folglich verfügen die Kinder in der Regel nur über ein relativ diffuses Wissen über die Erkrankung des Elternteils. Ältere Kinder äußern in Interviews durchgängig den Wunsch nach konkreter Information über die psychische Erkrankung, den Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten sowie Aufklärung darüber, wie sie den erkrankten Elternteil unterstützen und wie sich ihm gegenüber verhalten sollen (Lenz, 2005, S. 114f).

Aber auch, wenn die Kinder mehr oder weniger über die Erkrankung des Elternteils informiert sind, können auf einer dritten Ebene *familienexterne Verleugnungstendenzen* wirksam werden (vgl. Schone & Wagenblass, 2006). Die Erkrankung wird dann zum gemeinsamen Familiengeheimnis, das nicht nach außen getragen und kommuniziert werden darf. Das hat zur Folge, dass die Kinder mit niemandem außerhalb der Familie darüber sprechen können, weil sie befürchten, ihre Eltern zu verraten, abgelehnt, abgewertet oder gar moralisch verurteilt zu werden. Folglich nehmen Gefühle des Alleinseins und der Unsicherheit zu. Zudem fehlen den Kindern durch die Tabuisierung

oftmals die passenden Worte: „*Das Schweigen und Verheimlichen ist daher nicht selten auch ein Ausdruck ihrer Sprachlosigkeit in Bezug auf die elterliche Erkrankung.*“ (Lenz, 2005, S. 120) Aufgrund dieser familienexternen Verleugnungstendenzen ziehen sich die betroffenen Familien häufig immer mehr von ihrer Umwelt zurück und isolieren sich folglich selbst (vgl. Isolation). Für die Kinder, die existenziell auf den Rückhalt der Familie angewiesen sind, ist es fast unmöglich, das Tabu zu durchbrechen. Loyalitätskonflikte, Schuld- und Schamgefühle hindern sie meist daran, was dazu führt, dass die Kinder sich niemandem anvertrauen und ihre Ängste, Sorgen und Probleme verschweigen (vgl. Heim, 2006).

Die Tendenz zur Tabuisierung einer psychischen Erkrankung ist jedoch nicht nur ein subjektives oder familiäres, sondern auch ein gesellschaftliches Phänomen und ist auf der vierten Ebene als *gesellschaftliche Verleugnungstendenz* zu nennen (vgl. Schone & Wagenblaus, 2006). Erkrankten Eltern körperlich, wird den Kindern überwiegend mit Verständnis und Empathie begegnet, psychische Erkrankungen hingegen gelten immer noch als *Stigma* (ebd.). Psychisch Kranke sind häufig stigmatisiert mit der Zuschreibung vom schwierigen und labilen, sogar gewalttätigen und gefährlichen Menschen, der für sich und andere eine Belastung darstellt (vgl. WHO, 2006, S. 42). Oft werden psychische Erkrankungen auch als Charakterfehler oder exzentrische Eigenart mit entsprechend negativen Bewertungen der Person verbunden (ebd.). Bei Depressionen ist die Einstellung zwar weniger negativ (ebd.), allerdings werden diese auch häufiger bagatellisiert. In der Öffentlichkeit bestehen oftmals gravierende Missverständnisse darüber, was eigentlich eine Depression als Krankheitsbild ausmacht. Gerade weil das Erleben von unangenehmen Gefühlen zum Lebensalltag eines jeden Menschen gehört, findet häufig eine Verwechslung einer normalen „Befindlichkeitsstörung“ mit einer depressiven Erkrankung statt. „Depressionen“ glaubt jeder zu kennen, der Begriff ist ein Modewort geworden, das in allen gesellschaftlichen Bereichen, sei es Politik, Kultur oder Sport inflationär verwendet wird. Verharmlosungen wie „Depressionen haben wir doch alle mal, das ist doch halb so schlimm“, tragen wesentlich zur Stigmatisierung der Betroffenen bei.

Die Stigmatisierung durch die Gesellschaft ist häufig auch ein Grund, warum sich viele Betroffene scheuen, psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen und über ihre Probleme schweigen (vgl. Althaus, 2004).

## Isolation

*„Wenn es meiner Mutter schlecht ging, durften wir keine Freunde mit nach Hause bringen, [...]. Ich weiß, ich wollte das auch irgendwann nicht mehr, dass andere meine Mutter so sahen.“ (Interviewausschnitt zit. n. Schone & Wagenblass, 2006, S. 170)*

Meist ist es die eigene Unsicherheit, Scham und Tabuisierung der Krankheit, welche die betroffenen Familien in die Isolation treibt. Einladungen werden abgelehnt und die Kinder scheuen sich häufig, Spielgefährten oder Freunde mit nach Hause zu bringen. Dadurch werden die sozialen und außerfamiliäre Kontakte auf ein Minimum reduziert (vgl. Schone & Wagenblass, 2006). Kinder sind von dieser Isolationshaltung stark betroffen, denn sie benötigen beim Aufbau von sozialen Beziehungen die Unterstützung und Vermittlerrolle der Eltern (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S. 189). Wenn sich die Familie allerdings von ihrem sozialen Umfeld zurückzieht, dann können die Eltern die ihnen zugedachte Vermittlerrolle zwischen Kind und Umwelt kaum erfüllen. Für die Kinder gibt es daher wenige Möglichkeiten, mit Gleichaltrigen oder ihrer sozialen Umwelt in Kontakt zu kommen, was wiederum Isolation zur Folge hat.

Hinzu kommt, dass manche Menschen sich aus Unsicherheit von der gesamten Familie zurückziehen, wenn sie bemerken, dass ein Familienmitglied an einer psychischen Krankheit leidet. Oft bestimmen unreflektierte Vorurteile den Alltag der betroffenen Familien. Anstatt sich offensiv mit der Erkrankung und den Betroffenen auseinanderzusetzen, wird der Kontakt zu den Familien abgebrochen (ebd.).

## Betreuungsdefizite und mangelnde Unterstützung

*„Der Unterschied zwischen meinen Eltern war, dass ich mich auf meine Mutter nicht verlassen konnte, weil sie krank war. Mein Vater dagegen war gesund und hat mich trotzdem mit meinen Gefühlen und Ängsten allein gelassen.“ (Bern, 2004, S. 20)*

Eine psychische Erkrankung der Eltern geht häufig mit Beeinträchtigungen der Versorgungs-, Betreuungs- und Erziehungsfähigkeit einher (vgl. Lazarus, 2003). Der erkrankte Elternteil kann in der akuten Krankheitsphase den elterlichen Aufgaben meist nicht nachkommen, da er mit den eigenen Problemen überfordert und nicht mehr in der Lage ist, die Bedürfnisse des Kindes adäquat wahrzunehmen (vgl. Kapitel 3.2.1). Doch gerade in diesen schwierigen Phasen benötigen die Kinder besondere Zuwendung,

liebevolles Interesse, Trost und Geborgenheit. Stattdessen erleben sie jedoch häufig „befremdende Kühle und Abweisung im Kontakt, was dazu führen kann, dass Enttäuschung in Wut und Traurigkeit umschlägt.“ (Lenz, 2005, S. 88)

Zum anderen ist auch der gesunde Elternteil, gerade in Akutkrisen des Partners, aufgrund der zusätzlichen alltäglichen Belastungen häufig nicht in der Lage, die Kinder emotional zu unterstützen und ihnen einen sicheren Rahmen zu bieten (ebd.). Aus diesem Grund kann es zu einem Defizit an Aufmerksamkeit und Zuwendung für die Kinder kommen. Insbesondere auf kleine Kinder wirkt sich dieses Defizit in hohem Maße aus, denn sie sind auf die elterliche Pflege-, Versorgungs-, und Förderleistung angewiesen. Können die Eltern aufgrund der psychischen Erkrankung diesen Leistungen nicht nachkommen, ist das Risiko von physischer und seelischer Vernachlässigung für die Kinder groß (vgl. Schone & Wagenblass, 2006).

Bei älteren Kindern sind meist psychosoziale Belastungen die Folge. Sie wollen die Eltern in dieser Situation nicht noch zusätzlich fordern und beginnen ihre Bedürfnisse und Gefühle zu verbergen und sich zurückzuziehen. Oftmals übernehmen sie in diesen Situationen die Rolle der Verantwortlichen für die ganze Familie (vgl. Parentifizierung) (vgl. Lenz, 2005; Koch-Stoecker, 2006).

#### Parentifizierung<sup>14</sup>

*„Ich fühlte mich für den Zusammenhalt der Familie zuständig, soweit ich mich zurückerinnern kann. Ich war die ‚Gesunde‘, die immer Vernünftige, die Fröhliche, die ‚Erwachsene‘. Ich war Puffer, Auffangnetz und Abfalleimer in einem.“ (S.W., 2004, S. 27)*

Wenn ein Elternteil psychisch krank ist, kommt es häufig zu einer Rollenumverteilung und einer Auflösung der natürlichen Generationsverhältnisse innerhalb der Familie. Die Kinder haben oft das Gefühl, für die Eltern und die Familie verantwortlich zu sein und übernehmen teilweise die Eltern- oder Partnerfunktion, um den Ausfall des erkrankten Elternteils zu kompensieren (vgl. Lenz, A., 2006; Schone & Wagenblass, 2006).

Häufig geraten ältere Geschwister in eine Verantwortung gegenüber den jüngeren Geschwistern und übernehmen zudem ganze Lebensbereiche wie z.B. Haushaltsführung, Erziehung, Organisation des Familienalltags etc. Die Sorge und die Angst um die Eltern

---

<sup>14</sup> Aus dem Lateinischen „parentis“ (Eltern) abgeleitet und bedeutet, dass es in der Beziehung zwischen Kindern und Eltern zu einer Verantwortungsumkehr gekommen ist (vgl. Deneke, 1995, S. 5).

und die Familie beeinflusst diese Kinder meist enorm und lässt ihre eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund treten (vgl. Wagenblass, 2006; Lenz, 2005). Altersgemäße Bedürfnisse nach Schutz und Fürsorge durch die Eltern werden dann zurückgestellt, sie erlauben sich keine Gefühle der Schwäche oder Überforderung (vgl. Deneke, 1995). Die Kinder verzichten auf alterstypische, kindgerechte Beschäftigungen und sind in ihrem Verhalten und ihren Äußerungen häufig ernsthafter und vernünftiger, wirken selbstständiger, reifer und kompetenter als Gleichaltrige (vgl. Schone & Wagenblass, 2006).

Verantwortungsgefühle und das Zurücksetzen der eigenen Bedürfnisse sind oft tief verinnerlicht und hindern die Kinder daran, sich auf ihr eigenes Leben zu konzentrieren. Sie befinden sich mit zunehmendem Alter in dem Konflikt, sich einerseits vom erkrankten Elternteil räumlich wie emotional distanzieren zu wollen, sich andererseits um den kranken Elternteil und die Familie kümmern zu müssen (ebd.). Wenn sich die Rollenkehr zwischen Eltern und Kindern so verfestigt, dass ein eigenes und selbstbestimmtes Leben für die Kinder nicht mehr möglich ist, sowie normale Ablösungsprozesse von der Familie nicht stattfinden können, dann zeigen sich pathologische Auswirkungen auf die Kinder (vgl. Lenz, 2005).

Des Weiteren entfällt für heranwachsende Kinder und Jugendliche durch die Parentifizierung eine wichtige elterliche Identifikationsfigur, was die Identitätsentwicklung und Selbstfindung erschweren kann (vgl. Kapitel 3.3, Jugendalter).

In dieser Rolle der Verantwortlichen erfahren die Kinder jedoch auch Bestätigung. Neben Gefühlen der Überforderung bekommen sie dadurch Anerkennung, Lob und Zuwendung. Sie entwickeln häufig eine besondere Beobachtungsgabe für Stimmungen und Stimmungsschwankungen und passen ihr Verhalten daran an. Dies entlastet die Familien und wird von Eltern oder anderen außenstehenden Personen entsprechend anerkannt (vgl. Lenz, 2005). Die Kinder erhalten so einerseits ein Gefühl der Stärke und Kompetenz, andererseits kann es ihnen die Erfahrung vermitteln, nur anerkannt zu werden, wenn sie für andere da sind und sich um sie sorgen (vgl. Schone & Wagenblass, 2006).

### Loyalitätskonflikte

Die Kinder psychisch kranker Eltern sind innerhalb und außerhalb der Familie von Loyalitätskonflikten betroffen.

Innerhalb der Familie erleben sie oftmals Konflikte zwischen den Eltern und geraten dabei nicht selten zwischen beide Elternteile. Sie sind von beiden Seiten Ansprüchen ausgesetzt und mit dem Gefühl belastet, sich für einen Elternteil entscheiden zu müssen



(vgl. Lenz, 2005). Um diesem Loyalitätskonflikt zu entgehen, versuchen die Kinder häufig zwischen den Eltern zu vermitteln und Defizite in der Partnerschaft auszugleichen, indem sie beispielsweise als Gesprächspartner für den gesunden Elternteil fungieren (vgl. Lenz, 2005).

Doch auch außerhalb der Familie, in der Schule oder unter Freunden sind die Kinder manchmal Abwertungserlebnissen ausgesetzt. Dabei kommen die Kinder wiederum in die Konfliktsituation, den kranken Elternteil vor Angriffen zu schützen oder die Situation vor anderen zu verleugnen. Sie sind hin und her gerissen zwischen der Loyalität gegenüber ihren Eltern und der Distanzierung von ihnen (vgl. Lenz, 2005). *„Das Pendel zwischen diesen beiden Polen ist charakteristisch für das Familienleben“* (Lenz, 2005, S. 92).

### **3.3 Entwicklungspsychologische Gesichtspunkte und altersspezifische Folgen der elterlichen Erkrankung**

*„Kinder aller Altersstufen zeigen ein erhöhtes Risiko für emotionale und Verhaltensprobleme, wenn ihre Mütter depressiv sind.“ (Remschmidt & Mattejat, 1994, S. 75)*

Welche Auswirkungen die elterlichen Depressionen auf die Kinder haben und wie nachhaltig diese für ihre weitere Entwicklung sind, ist vor allem abhängig vom Lebensalter und Entwicklungsstadium, in welchem die Kinder erstmalig die Erkrankung des Elternteils erleben. Wie stark sie im Einzelnen zur Belastung werden, ist sehr unterschiedlich und hängt wesentlich von dem individuellen Erleben der betroffenen Kinder ab. Die Probleme der Kinder sind dabei vielseitig und zeigen ein weites Spektrum von emotionaler Dysregulation, unsicherer emotionaler Bindung, Aggression und oppositionellem Verhalten (vgl. Remschmidt & Mattejat, 1994, S.69). Auch Defizite in der Aufmerksamkeit, niedriges Selbstwertgefühl sowie schlechte Beziehungen zu Gleichaltrigen und depressive Stimmung sind häufig kennzeichnend für betroffene Kinder (ebd.).

#### Säuglings- und Kleinkindalter

*„Die Kinder emotional unerreichbarer Eltern sind psychisch depriviert, von Gedeihstörungen und Verzögerungen der sozial-emotionalen und kognitiven Entwicklung bedroht, da sie von den Eltern nicht genügend Entwicklungsanreize bekommen.“ (Deneke & Lüders, 2003, S. 177).*

Neben der Befriedigung der Grundbedürfnisse nach Ernährung und Pflege benötigen Säuglinge und Kleinkinder von ihren Bezugspersonen angemessene Anregungen und Herausforderungen für ihre Entwicklung. Gefühle von Schutz, Sicherheit, Geborgenheit und Anerkennung sind für die Kinder unerlässlich, um neue Situationen nicht als Bedrohung und Überforderung, sondern als Herausforderung bewerten zu können (vgl. Deneke & Lüders, 2003). Die erste erfahrbare Form von Anerkennung und Sicherheit ist die emotionale Zuwendung von anderen Menschen. In der frühen Kindheit sind das meist die Eltern oder andere Personen aus dem sozialen Nahraum. Dabei fördert die Erfahrung, sich auf die Bezugsperson verlassen zu können, das Selbstvertrauen der Kinder (ebd.). Aufgrund der problematischen Interaktion haben kleine Kinder depressiver Eltern dazu meist keine hinreichenden Möglichkeiten (vgl. Kapitel 3.2.1).

Auswirkungen des elterlichen Verhaltens auf die Entwicklung der Kinder sind unterschiedlich und lassen sich bereits im Säuglingsalter von drei Monaten feststellen. Bei depressiven Erkrankungen lassen sich vor allem Störungen in der Mutter-Kind-Beziehung und Defizite in der kognitiven Entwicklung der Kinder beobachten (vgl. Wickberg & Hwang 1996, zit. n. Pretis & Dimova, 2004). Meist reagieren die Säuglinge und Kleinkinder auf die emotionale Unerreichbarkeit der Mutter mit verstärktem Werben um Aufmerksamkeit im positiven Sinn. Werden diese Bemühungen allerdings von der Mutter nicht beantwortet, versuchen die Kinder im negativen Sinn, z.B. in Form von Quengeln, Unruhe oder Aggressivität, Aufmerksamkeit zu erlangen (vgl. Deneke, 2004c). Reagiert die Mutter auf die negativen Verhaltensweisen, können sich diese auch über die Dauer der Erkrankung der Mutter hinweg verfestigen (ebd.). Hält der Zustand der Nicht-Beachtung mit eingeschränkter Affektivität, Unbewegtheit und Gleichförmigkeit der Mutter längerfristig an, zeigt das Kind selbst oft ein resignatives, passives Ausdrucksverhalten (vgl. Deneke & Lüders, 2003, S. 177).

Kleinkindern, denen die Erfahrung einer sicheren und emotionalen Bindung zu ihrer primären Bezugsperson verwehrt bleibt, reagieren häufig mit Ich-bezogenen Strategien zur Aufrechterhaltung des inneren Gleichgewichts und der eigenen Handlungsfähigkeit (vgl. Wagenblass, 2006). Fehlende emotionale Verfügbarkeit und Feinfühligkeit von Seiten der Mutter tragen zu einem negativen Selbstkonzept des Kindes sowie fehlenden positiven Erwartungen an die Welt bei. Neugier und Entdeckungslust des Kindes können dadurch eingeschränkt sein. Außerdem wird es wenige Anreize finden, seine motorischen und intellektuellen Fähigkeiten zu entwickeln (vgl. Deneke, 2004a).

Zweijährige weisen bereits häufig eine geringere sprachliche Entwicklung und erhöhte Auffälligkeit im Sozialverhalten (z.B. hyperaktive, aggressive Verhaltensweisen) im Vergleich zu Gleichaltrigen mit gesunden Eltern auf (vgl. Pretis & Dimova, 2004).

### Schulalter

In diesem Lebensabschnitt erlangen Kontakte zu Gleichaltrigen, Freizeitgestaltung, kognitives Lernen, wachsende Selbständigkeit und Autonomie zunehmende Bedeutung (vgl. Oerter, 2002). Im Normalfall entstehen wenige Konflikte zwischen Erwachsenenrolle und Kindesrolle, denn das Kind ist in allen wesentlichen Lebensfragen und bezüglich seiner Entscheidungen vom Erwachsenen abhängig (ebd.).

Generell lassen sich bei Schulkindern aus Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen größere Verhaltensauffälligkeiten und ein geringerer Wortschatz beobachten (vgl. Pretis & Dimova, 2004, S. 48). Die Belastungen, die im Zusammenhang mit der Elternerkrankung stehen wirken sich in Form sehr unterschiedlicher Auffälligkeiten aus. Unterdrückte Affekte der Überforderung, Wut oder Trauer können sich z. B. auf körperliche Weise (psychosomatische Erkrankungen) äußern (vgl. Koch-Stoecker, 2006). Nach Remschmidt und Mattejat (1994) zeigen Kinder depressiver Eltern im Schulalter vermehrt Schulprobleme, sowie Schwierigkeiten in den Beziehungen zu Lehrern und Gleichaltrigen (vgl. Remschmidt & Mattejat, 1994). Insgesamt sind die Kinder emotional labiler und neigen zu einer erhöhten Depressionsanfälligkeit. Zudem finden sich vermehrt Isolation und Scham, Rivalität mit Gleichaltrigen, Hyperaktivität und Einnässen sowie aggressives Verhalten und Rückzug (Wadsworth 1999, zit. n. Pretis & Dimova, 2004). Die Symptome sind oft Ausdruck schwer wiegender Störungen in den Beziehungen zu anderen Menschen und im Selbstwertgefühl (vgl. Pretis & Dimova, 2004).

### Jugendalter

Die Jugend stellt eine Lebensphase zwischen Kindheit und Erwachsenenalter dar. Durch das Zusammenspiel biologischer, intellektueller und sozialer Veränderungen ist die Entwicklung in diesem Lebensabschnitt durch vielfältige Erfahrungen und Anforderungen an die Heranwachsenden geprägt (vgl. Oerter & Dreher, 2002).

Zu den Problemen von Kindern psychisch kranker Eltern in der Pubertät liegen bislang kaum Untersuchungen vor (vgl. Remschmidt & Mattejat, 1994). Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass erhebliche Belastungen bestehen, da die neuen

Entwicklungsaufgaben dieser Lebensphase (z.B. körperliche und psychosexuelle Entwicklung, Identitätssuche, Berufsorientierung, Loslösung von der Familie) die Jugendlichen bereits erheblich fordern. Die erkrankten Eltern können ihre Kinder in dieser Phase meist nicht ausreichend unterstützen. Die Jugendlichen fühlen sich vielmehr unentbehrlich und für die kranken Eltern und die Familie verantwortlich, was wiederum die Rollenumkehr innerhalb der Familie verstärkt. Durch die Parentifizierung fehlt den Jugendlichen eine wichtige Identifikationsfigur. Die Heranwachsenden nehmen selbst wahr, dass die kranken Eltern keine angemessenen Modelle hinsichtlich sozialer Fähigkeiten bieten und wenden sich daher bei ihrer Identitätssuche an den gesunden Elternteil, der meist nicht in der Lage ist, die Erwartungen zu erfüllen (Schone & Wagenblass, 2006). Häufig ist der gesunde Elternteil selbst mit der Situation überfordert und sucht seinerseits Unterstützung gerade bei dem Kind. Die Jugendlichen geraten auf diese Weise nicht selten zwischen beide Elternteile und fühlen sich deren Ansprüchen ausgesetzt (vgl. Kapitel 3.2.3). *„Ressentiments gegen die Eltern, das Fehlen elterlicher Kontrolle und soziale Benachteiligung aufgrund der sozialen Isolierung der Eltern kann diese Jugendlichen zusätzlich [in ihrer Entwicklung, Anm. d. Verf.] behindern.“* (Remschmidt & Mattejat, 1994, S. 77f.).

Nicht selten kommt es zu einem abrupten Ausbruch der Jugendlichen aus der Familie (Auszug, Kontaktabbruch) (vgl. Lenz, 2005; Schone & Wagenblass 2006). Die ambivalenten Gefühle von Distanzierungswünschen einerseits und Loyalität und tiefe Verbundenheit andererseits, verstärken bei den Jugendlichen oftmals die innere „Zerrissenheit“ und sind mit Gefühlen von Hilflosigkeit, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, und teilweise auch von Aggressionen begleitet (ebd.). Diese Gefühle erschweren wesentlich eine positive Gestaltung der Beziehung zum erkrankten Elternteil sowie die Ablösung und Autonomieentwicklung ohne „Trennungsschuld“ (vgl. Lenz, 2005, S. 96).

## 4 Das Konzept der Resilienz

Obwohl Kinder depressiver Eltern multiplen Belastungen ausgesetzt sind, erkranken viele betroffene Kinder nicht selbst (vgl. Lenz, 2005). Warum aber gelingt es manchen Kindern, sich trotz dieser schwierigen Lebensbedingungen psychisch gesund zu entwickeln? Welche Faktoren und Mechanismen schützen diese Kinder, während Gleichaltrige unter vergleichbaren Belastungen und Risiken in ihrer kognitiven, emotionalen oder sozialen Entwicklung Auffälligkeiten zeigen? Antworten auf diese Fragen liefert die Resilienzforschung, deren Befunde zeigen, dass widrige Lebensumstände oder Risikoeinflüsse (wie z.B. elterliche Psychopathologie) nicht zwangsläufig die kindliche Entwicklung beeinträchtigen. Einige Kinder entwickeln vielmehr erstaunliche Fähigkeiten und Potenziale, solchen negativen Einflüssen entgegenzutreten (vgl. Wustmann, 2004).

In diesem Kapitel soll das Konzept der Resilienz näher beleuchtet werden. Dabei wird zunächst das Konzept in seiner Begriffsbestimmung sowie in seinen inhaltlichen und forschungstheoretischen Grundlagen und Besonderheiten vorgestellt. Im Anschluss daran werden die wesentlichen empirischen Befunde dargelegt. Diese bilden den Ausgangspunkt für die Konzipierung von Maßnahmen und Angeboten zur Förderung der seelischen Gesundheit bei Kindern psychisch kranker Eltern. Da die erfolgreiche Bewältigung von Belastungen einen zentralen Stellenwert im Resilienzprozess einnimmt, wird in Kapitel 4.4 in wesentlichen Punkten das Konzept der Bewältigung („Coping“-Konzept) vorgestellt. Abschließend folgt eine Zusammenfassung der empirischen Befunde.

### 4.1 Grundlagen und zentrale Kennzeichen des Resilienzparadigmas

Eine einheitliche Definition von Resilienz gibt es nicht (vgl. Welter-Enderlin, 2006). Der Begriff leitet sich aus dem englischen Wort „*resilience*“ ab und umschreibt *“the quality or property of quickly recovering the original shape or condition after being pulled, pressed, crushed, etc.”* ([www.askoxford.com](http://www.askoxford.com), 07.02.2007) Gemeint ist eine psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken (vgl. Wustmann, 2004, S. 18). Einem resilienten Kind gelingt es, Entwicklungsrisiken überwiegend zu vermindern oder zu kompensieren, negative Einflüsse auszugleichen und sich gesundheitsförderliche Kompetenzen

anzueignen (ebd.). Resilienz bezieht sich insofern nicht nur auf die Abwesenheit psychischer Störungen bei den Kindern, wie z.B. Ängste, Depressionen, Sucht oder psychosomatische Beschwerden, sondern auch auf den Erhalt und Erwerb altersangemessener Kompetenzen und Fähigkeiten (ebd.).

Nach Masten (2001) wird eine resiliente Person danach beurteilt, „[...] *ob sie hinsichtlich bestimmter Kriterien gut zurechtkommt, und zum anderen danach, ob sie signifikante Herausforderungen irgendwelcher Art gemeistert hat.*“ (Masten, 2001, S. 193) Dem resilienten Kind wird nicht nur eine Widerstands- und Anpassungsfähigkeit gegenüber Risikofaktoren zugesprochen, sondern auch eine gewisse Bewältigungskompetenz, d.h. die Fähigkeit, mit Stress- und Risikosituationen umzugehen und diese positiv zu bewältigen (vgl. Wustmann, 2004; Hildenbrand, 2006). Von Resilienz wird demnach dann gesprochen, wenn einerseits eine signifikante Bedrohung der kindlichen Entwicklung vorhanden (gewesen) ist und diese andererseits erfolgreich bewältigt worden ist bzw. wird.

Im Gegensatz zur pathogenetisch orientierten Sichtweise der Risikoforschung impliziert das Resilienzparadigma einen Perspektivwechsel weg von einem an Defiziten orientierten Modell hin zu einem Ressourcen- bzw. Kompetenz-Modell (vgl. Wustmann, 2004). Das Konzept der Resilienz weist damit einen starken Bezug zu Antonovsky's Konzept der Salutogenese auf (vgl. Kapitel 1.2). Grundlegend dabei ist die aktive Rolle des Kindes, es wird als aktiver „Bewältiger“ und Mitgestalter seines Lebens (ebd.) und nicht nur als passiver Empfänger äußerer Einflüsse gesehen.

Nach heutigem Forschungsstand ist Resilienz keine stabile Immunität oder absolute Unverwundbarkeit gegenüber Risikoeinflüssen, sondern eine variable Größe, die nach Zeit und Situation variieren kann (vgl. Rutter, 2000, zit. n. Wustmann, 2004). So können Kinder in bestimmten Entwicklungsphasen (z.B. in der Pubertät) weitaus vulnerabler (verletzlicher/verwundbarer) sein als in anderen Lebensphasen. Die Vulnerabilität kann als Gegenstück der Resilienz bezeichnet werden: Sie bezieht sich auf die Prädisposition eines Kindes, unter Einfluss von Risikofaktoren physische oder psychische Störungen zu entwickeln (vgl. Wustmann, 2004).

In den letzten Jahren ist Resilienz zu einem wichtigen Konzept in Theorie und Forschung im Bereich psychischer Gesundheit geworden. Die Annahme, dass traumatische Erlebnisse und chronische Stressoren in der Kindheit unweigerlich zu Schädigungen führen, ist dadurch wissenschaftlich widerlegt worden (vgl. Walsh, 2006). Die Ergebnisse der Resilienzforschung sind heute von großer Bedeutung und haben das Interesse

zahlreicher Fachdisziplinen (z. B. Gesundheitspsychologie, Anthropologie, Pädagogik) geweckt (vgl. Wustmann, 2004).

Generelles Ziel der Resilienzforschung ist es, ein besseres Verständnis darüber zu erlangen, welche protektiven Faktoren die psychische Gesundheit und Stabilität bei Kindern erhalten und fördern (vgl. Fingerle, 1999). Erst dann können erfolgsversprechende ressourcenorientierte Präventions- und Interventionstrategien für die Gesundheitsförderung entwickelt werden.

## **4.2 Studie zur Resilienzforschung: Die „Kauai-Längsschnittstudie“**

Den Entstehungshintergrund für die Resilienzforschung bilden sowohl Einzelfallstudien sowie größere psychologische Längsschnittstudien an so genannten Risikokindern (Überblick hierzu in Scheithauer & Petermann, 1999; Egle, Hoffmann & Steffens 1997). Diese bestätigen übereinstimmend, dass nicht alle Kinder, die extremen Risikofaktoren ausgesetzt waren, später besondere gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen.

Eine der bekanntesten und einflussreichsten Studien zur Resilienz ist die so genannte Kauai-Studie von Emmy Werner und Ruth Smith (Werner & Smith 1992, 2001). Auf der hawaiischen Insel Kauai fand sich eine Population, die eine geringe Mobilität aufwies und im Gesundheitssystem, Ausbildungswesen und Wohlfahrtspflege über eine Infrastruktur verfügte, die sich mit US-amerikanischen Gemeinwesen ähnlicher Größe messen konnte (vgl. Werner, 2006). In dieser entwicklungspsychologischen Längsschnittstudie wurden 698 Kinder über einen Zeitraum von 40 Jahren hinweg begleitet. Die Daten wurden kurz nach der Geburt der Kinder sowie im Alter von 1, 2, 10, 18, 32 und 40 Jahren erfasst. Etwa 30 Prozent der Kinder ( $n = 201$ ) waren vor ihrem zweiten Lebensjahr bereits vier und mehr Risikobedingungen (z.B. elterliche Psychopathologie, chronische Armut, Geburtskomplikationen, ein geringes Bildungsniveau der Eltern, chronische familiäre Disharmonie) und somit einem erhöhten Entwicklungsrisiko ausgesetzt.

Zwei Drittel dieser identifizierten „Hochrisikokinder“ ( $n = 129$ ) zeigten im weiteren Entwicklungsverlauf schwere Lern- und Verhaltensstörungen, wurden straffällig oder wiesen frühe Schwangerschaften auf. Das restliche Drittel ( $n = 72$ ) entwickelte sich jedoch trotz dieser erheblichen Risikobelastung zu zuversichtlichen, selbstsicheren und leistungsfähigen Erwachsenen. Im Alter von 40 Jahren gab es bei dieser Gruppe der

resilienten Erwachsenen im Gegensatz zur Vergleichsgruppe eine niedrige Rate an Todesfällen, chronischen Gesundheitsproblemen und Scheidungen. Trotz großer ökonomischer Belastungen (Verwüstung der Insel durch einen Orkan) gingen alle einer Beschäftigung nach und mussten keine sozialen Dienste in Anspruch nehmen. Sie schauten zudem hoffnungsvoll und positiv in die Zukunft, ihre Ehen waren stabil (vgl. Werner, 2006).

Auf der Suche nach den Wurzeln für diese günstigen Entwicklungsverläufe konnten die Autorinnen dann im Verlauf der Untersuchung erstmals so genannte Resilienzfaktoren identifizieren.

Bevor die wesentlichen und empirisch gesicherten Resilienzfaktoren dargestellt werden, ist anzumerken, dass sich in der Literatur eine Vielzahl protektiver Faktoren (Schutzfaktoren) finden lassen. Im Gegensatz zu Risikofaktoren oder Belastungen bezeichnen die oft synonym gebrauchten Begriffe „Ressourcen“ oder „protektive Faktoren“ risikomildernde Faktoren. Sie alle haben gemeinsam, dass sie zum Selbstbewusstsein und zur emotionalen Sicherheit von Kindern beitragen. Was genau jedoch diese ausmacht, d. h. Kinder „stark“ und „resilient“ macht, ist ebenso vielfältig wie individuell und reicht von der Tragfähigkeit der Beziehungen von Bezugspersonen, angeborenen Merkmalen bis hin zu Bestätigung durch Freizeitaktivitäten und Hobbys oder guten Schulleistungen (vgl. Werner, 2006). Resilienz umfasst nach heutigen Erkenntnissen ein komplexes Zusammenspiel aus Merkmalen des Kindes und seiner Lebensumwelt (vgl. Welter-Enderlin, 2006; Werner, 2006). Auf Grundlage der Ergebnisse der Kauai-Studie werden im folgenden Kapitel die wichtigsten Ressourcen bzw. Resilienzfaktoren skizziert.

## **4.3 Protektive Faktoren für die psychische Gesundheit von Kindern**

### **4.3.1 Personale Ressourcen**

*„Als personalen Ressourcen werden Resilienz fördernde Merkmale oder Faktoren bezeichnet, die in der Person des Kindes oder Jugendlichen selbst angesiedelt sind und über die es unabhängig von seiner materiellen und sozialen Umgebung verfügen kann.“ (Bettge, 2004, S. 15).*



## Temperamentsmerkmale

Schon im Säuglingsalter wurden die resilienten Kinder der Kauai-Studie von ihren Bezugspersonen als sehr aktiv, liebevoll, „pflegeleicht“ und sozial aufgeschlossen charakterisiert (vgl. Werner, 2006). Zu den Temperamentsmerkmalen, die positive Wirkung auf die psychische Gesundheit und Entwicklung der Kinder haben, zählen Flexibilität oder Anpassungsfähigkeit an neue Situationen, ein aktives, kontaktfreudiges Zugehen auf andere sowie emotionale Ausgeglichenheit (vgl. Bettge, 2004).

Kinder mit einem derart „einfachen“ Temperament lösen bei den Bezugspersonen positive Rückkoppelungen aus (Wustmann, 2004), d.h. die Kinder erhalten Aufmerksamkeit, Wärme und soziale Unterstützung. Dagegen sind Kinder mit einem eher „schwierigen“ Temperament häufiger elterlicher Kritik und Reizbarkeit ausgesetzt, was wiederum die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die Kinder Störungen entwickeln (vgl. Bender & Lösel, 1998). Sie bekommen weniger positive Unterstützung durch ihre Umgebung, als die Kinder mit „einfachem“ Temperament. Das kindliche Temperament und das elterliche Erziehungsverhalten beeinflussen sich somit wechselseitig.

## Intellektuelle/Kognitive Fähigkeiten

Auch Intelligenz steht positiv mit psychischer Widerstandsfähigkeit in Verbindung. Dies umfasst nicht nur die schulischen Leistungen, sondern auch praktische Fertigkeiten, wie z.B. der Kommunikation, der Bewegung und des Problemlösens (vgl. Pretis & Dimova, 2004).

Die resilienten Kinder der Kauai-Studie galten schon im Kleinkindalter als selbständiger, selbstbewusster und unabhängiger im Vergleich zu den nichtresilienten Kindern gleichen Alters und Geschlechts. Zudem waren sie in ihren Kommunikations- und Bewegungsfähigkeiten weiter entwickelt. Sie verfügten einerseits über gut entwickelte Selbsthilfefertigkeiten, andererseits besaßen sie aber auch die Fähigkeit, Hilfe einzufordern, wenn diese für sie als notwendig erachtet wurde (vgl. Werner, 2006).

Beardslee und Podorefsky (1988) haben in einer Studie gezielt resiliente Jugendliche ausgewählt, bei denen ein Elternteil an einer affektiven Störung erkrankt war. Die Jugendlichen zeigten eine realistische Einschätzung eigener Möglichkeiten und Kompetenzen sowie eine adäquate kognitive Bewertung hinsichtlich der elterlichen Erkrankung und anderen familiären Stressfaktoren (Beardslee & Podorefsky, 1988 zit. nach Lenz, 2005, S.20).

### Internale Kontrollüberzeugung

Resiliente Kinder zeigen eine stark ausgeprägte internale Kontrollüberzeugung. Gemeint ist hiermit eine generalisierte Erwartung darüber, *„dass man selbst in der Lage ist, Kontrolle über oder zumindest Einfluss auf die Dinge des eigenen Lebens auszuüben, [...].“* (Wustmann, 2004, S. 102). Die externale Kontrollüberzeugung schreibt im Gegensatz dazu Ereignisse Faktoren wie Glück, Zufall oder anderen Personen zu, d. h. die Ereignisse liegen außerhalb der eigenen Kontrolle (ebd.). Resiliente Kinder nehmen also an, für sie kontrollierbare Probleme mit steuern zu können (z.B. Schulschwierigkeiten mit mehr Fleiß überwinden), sie sind jedoch nicht der Überzeugung de facto unkontrollierbare Probleme, wie z.B. die psychische Erkrankung der Eltern, beeinflussen zu können (realistische Kontrollüberzeugung). Bezogen auf Gesundheit und Krankheit bedeutet eine internale Kontrollüberzeugung, dass man durch eigenes Verhalten Krankheiten verhindern bzw. abmildern sowie Gesundheit durch eigenes Zutun fördern kann.

Internale Kontrollüberzeugung kann gestärkt werden, indem Kindern eine gewisse Autonomie zugestanden und die Möglichkeit zur Mitgestaltung und Partizipation eingeräumt wird (vgl. Bettge, 2004).

### Selbstwirksamkeitsüberzeugung

Darüber hinaus besitzen resiliente Kinder eine gut ausgeprägte Selbstwirksamkeitsüberzeugung<sup>15</sup>, d.h. *„[...] die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenz bewältigen zu können.“* (Schwarzer, 2004, S. 12). Nach Schwarzer ist damit die Überzeugung gemeint, dass es Handlungen gibt, die zum erwünschten Ergebnis führen (outcome expectancy) und dass man selbst in der Lage ist, diese Handlungen auszuführen (vgl. Schwarzer, 2004). Die protektive Wirkung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung liegt v. a. in der Motivation für und Ausführung von aktiven Bewältigungsversuchen. Sie wird daher auch als Bewältigungsressource verstanden, die den Umgang mit verschiedenen Stressoren erleichtert und das Problembewältigungsverhalten steuert (ebd.). Ergebnisse aus Studien zeigen, dass eine schwach ausgeprägte Selbstwirksamkeitsüberzeugung mit Depression, Angst und Hilflosigkeit sowie einem geringen Selbstwertgefühl assoziiert sind (ebd.).

---

<sup>15</sup> Das Konzept der Selbstwirksamkeit („self-efficacy“) wurde von Alfred Bandura im Rahmen der sozial-kognitiven Theorie entwickelt (1992) und wird im Deutschen auch als Kompetenzerwartung bezeichnet (vgl. Schwarzer, 2004).

Personen mit ausgeprägter Selbstwirksamkeitsüberzeugung verstehen schwierige Aufgaben hingegen als Herausforderung, setzen sich höhere Ziele und halten an ihnen fest (ebd.). Auch in der Kauai-Studie entwickelten die Kinder aufgrund der Selbstwirksamkeitsüberzeugung Zuversicht und Vertrauen in sich, was wiederum mit einem positiveren Selbstkonzept und mehr Eigenaktivität einherging (vgl. Wustmann, 2004).

### Positives Selbstkonzept und soziale Kompetenz

Welche Meinungen die Kinder und Jugendlichen von sich selbst haben, ist bei der Bewältigung schwieriger Lebensereignisse von entscheidender Bedeutung. Ein positives Selbstkonzept mit einem guten Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen konnte in verschiedenen Studien bei resilienten Kindern nachgewiesen werden (vgl. Bender & Lösel, 1998). Die resilienten Kinder der Kauai-Studie besaßen Selbstvertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten und die Zuversicht, dass sich die Dinge für sie zum positiven entwickeln oder wenden werden (vgl. Wustmann, 2004). Sie hatten also eine optimistische Lebenseinstellung.

Als weitere personale Ressource kann die soziale Kompetenz eines Kindes gelten, d.h. sie können andere Personen angemessen wahrnehmen, können verbal und nonverbal adäquat kommunizieren und sie können Beziehungen positiv gestalten sowie konstruktiv mit interpersonalem Konflikten umgehen (vgl. Faltermaier, 2005).

Resiliente Kinder der Kauai-Studie zeigten Empathie und Hilfsbereitschaft gegenüber anderen Menschen (vgl. Wustmann, 2004, S. 105). Häufig mussten sie schon früh Verantwortung für sich und in anderen Bereichen übernehmen (z.B. Pflege der Eltern, Betreuung von Geschwistern, Haushalt), was offenbar die Entwicklung von Selbstwirksamkeit und Ausdauer vermögen begünstigt hat (ebd.).

### Kohärenzgefühl

Im Mittelpunkt von Antonovskys Modell der Salutogenese (vgl. Kapitel 1.2) steht das Kohärenzgefühl, das ebenfalls als vielzitiertes Konstrukt zu der Gruppe der personalen Ressourcen gehört.

Das Kohärenzgefühl oder der Kohärenzsinn (sense of coherence, SOC) stellt eine globale Orientierung dar und ist gekennzeichnet durch eine Lebenseinstellung, die

grundlegend durch Vertrauen und Zuversicht geprägt ist (vgl. Antonovsky, 1997). Verbunden sind damit drei miteinander verknüpfte Komponenten:

- *Das Gefühl der Verstehbarkeit* (comprehensibility): die Wahrnehmung innerer und äußerer Reize als strukturiert, vorhersehbar und erklärbar.
- *Das Gefühl der Handhabbarkeit* (manageability): das Vertrauen, dass die nötigen Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen gerecht zu werden.
- *Das Gefühl der Sinnhaftigkeit* (meaningfulness): die Überzeugung, dass das Leben einen Sinn hat und die gestellten Anforderungen Herausforderungen sind, für die es sich lohnt, sich einzusetzen (vgl. Antonovsky, 1997, S. 34f).

Für die Entstehung eines starken Kohärenzgefühls sind vor allem drei Erfahrungen wichtig:

- *Konsistenz*: Die Erfahrung, dass Dinge sich wiederholen, dass Abläufe unter vergleichbaren Bedingungen ähnlich sind und dass Beziehungen überdauern. Konsistente Lebenserfahrungen sind vor allem wichtig zur Ausbildung der Verstehbarkeitskomponente des Kohärenzgefühls.
- *Belastungsbalance*: Das Erleben einer Ausgeglichenheit zwischen Überlastung und Unterforderung ist notwendig zur Ausbildung eines starken Gefühls der Handhabbarkeit.
- *Partizipation*: Die Erfahrung, dass man auf die Gestaltung von Ergebnissen und auf das eigene Leben Einfluss nehmen kann. Diese Erfahrung ist vor allem wichtig zur Ausbildung der Bedeutsamkeitskomponente (vgl. Antonovsky, 1997, S.36f.).

Nach Antonovsky trägt ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl zu gesundheitsförderlichem Verhalten bei und beeinflusst die körperliche und psychische Gesundheit auch direkt positiv (vgl. BZgA, 2001). Personen mit einem starken SOC werden schwierige Situationen als weniger belastend, sondern vielmehr als Herausforderung wahrnehmen und davon ausgehen, dass ihre Ressourcen ausreichen, sich an die Anforderung anzupassen (vgl. Franke, 2005). Das Kohärenzgefühl ist Voraussetzung dafür, dass Menschen mit den verschiedensten Anforderungen flexibel umgehen können, dass die Zahl ihrer potentiellen Bewältigungsmechanismen erhöht ist und die richtige Bewältigungsstrategie gewählt wird (vgl. BZgA, 2001; vgl. Antonovsky, 1997).

### 4.3.2 Familiäre Ressourcen

*„Positive Merkmale des Familienumfeldes tragen wesentlich zur Entwicklung von Resilienz bei.“ (Dinkel-Sieber, 2006, S. 110)*

#### Emotionale Bindung

Eine enge, positiv-emotionale und stabile Beziehung zu mindestens einer Bezugsperson ist einer der wichtigsten protektiven Faktoren gegenüber Belastungen (vgl. Lenz, 2005; Deneke, 1995; Bender & Lösel, 1998). Die primären Bezugspersonen sind für Kinder meist die Eltern. Voraussetzungen für eine sichere Eltern-Kind-Bindung wie z.B. Sensitivität, Unterstützung etc. wurden bereits in Kapitel 3.2.1 dargestellt. Ein sicheres Bindungsmuster zu den Eltern trägt maßgeblich zur Entwicklung eines positiven Selbstbildes, Selbstwertgefühl und sozialer Kompetenz bei (vgl. Wustmann, 2004).

In der weiteren Entwicklung bis ins Jugendalter gewinnt die allgemeine elterliche oder familiäre Unterstützung an Bedeutung (vgl. Bettge, 2004). Die Bindung zu den Eltern wird dann zunehmend durch Beziehungen zu Freunden abgelöst. Hierzu muss einerseits die altersangemessene Ablösung von den Eltern stattfinden dürfen, andererseits auch die Entwicklung von Autonomie gefördert werden (vgl. Bettge, 2004; Bender & Lösel, 1998). Die meisten resilienten Kinder der Kauai-Studie hatten trotz schwieriger Bedingungen innerhalb der Familie (z.B. elterliche Psychopathologie) die Möglichkeit und Chance, eine enge Bindung mit mindestens einer kompetenten und stabilen Person aufzubauen, die ihnen konstante Betreuung sowie Anregung bot (vgl. Werner, 2006, S. 32). Selbst wenn beide Elternteile emotional nicht verfügbar sind (aufgrund der Erkrankung bzw. eigener starker Belastung durch die Erkrankung des Partners), können Kinder dennoch tragfähige Beziehungen zu anderen Personen aufbauen. Die Kinder der Kauai-Studie fanden häufig Zuwendung bei älteren Geschwistern, Großeltern, Tanten oder Onkeln (ebd.). Ein Großteil der Kinder konnte dadurch ein sicheres Bindungsverhalten wie auch Vertrauen („Urvertrauen“) aufbauen und die schwierigen Lebensbedingungen kompensieren (vgl. Wustmann, 2004).

#### Erziehungsstil und Familienklima

Im engen Zusammenhang mit dem Bindungsverhalten stehen Merkmale des Erziehungsklimas und des Erziehungsstils (vgl. Bender & Lösel, 1998). Protektive

Erziehungsmerkmale sind sowohl durch Wertschätzung, Respekt und Akzeptanz dem Kind gegenüber gekennzeichnet als auch durch ein forderndes Regeln und Grenzen setzendes Elternverhalten (ebd.). So wirken sich z.B. auch altersangemessene Verpflichtungen im Haushalt (Förderung der Verantwortungsübernahme) protektiv auf Kinder aus. Des Weiteren sind Sicherheit und Konstanz im Erziehungsverhalten sowie eine offene, konstruktive, partnerschaftliche Kommunikation zwischen Eltern und Kindern wichtige Schutzfaktoren innerhalb der Familie (vgl. Wustmann, 2004).

Der innerfamiliären Kommunikation kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Auch in Krisenzeiten kann durch einen offenen Austausch Klarheit geschaffen werden und die Familienmitglieder können ihren Emotionen Ausdruck verleihen (vgl. Walsh, 2006). Dies fördert wiederum die gemeinsame Problemlösung.

Ebenso positiv wirkt sich ein weitgehend stabiles Familienklima und Zusammenhalt innerhalb der Familie (Kohäsion) aus (vgl. Wustmann, 2004). In Familien resilienter Kinder gibt es häufiger gemeinsame Unternehmungen, Rituale und routinierte Tagesstrukturen (vgl. Wustmann, 2004). Darüber hinaus zeigt sich ein geringes Konfliktpotential in der Familie, verbunden mit einer harmonischen Paarbeziehung der Eltern, als protektiv (ebd.). Auch ein unterstützendes familiäres Netzwerk (Verwandte, Freunde, Nachbarn) kann als familiäre Ressource bezeichnet werden (ebd.).

### Krankheitseinsicht- und Bewältigung der Eltern

Im Zusammenhang mit einem psychisch kranken Elternteil sei hier als wichtiger Faktor Art und Umgang des Elternteils mit der Erkrankung genannt. Nach Mattejat (2004) gehören dazu die innere Einstellung zur Erkrankung und die Bewältigungsstrategien (Verleugnung versus Überbewertung; Überforderung versus Unterforderung), die lebenspraktische familiale Organisation und Aufgabenverteilung sowie Einsicht in präventive Maßnahmen und die Kooperation mit Fachinstanzen (Ärzten, Psychologen, Psychiater, Jugendhilfe) (vgl. Mattejat, 2004). Als hilfreich hat sich hier eine Haltung bewährt, „ [...] die die Krankheit akzeptiert, ohne in eine fatalistische Haltung zu verfallen und die eine aktive Auseinandersetzung mit der Erkrankung und ihren Konsequenzen ermöglicht, ohne sich dabei zu überfordern.“ (Lenz, 2005, S. 19). Auch weniger schwere und chronische Krankheitsverläufe mit relativ gesunden Intervallen, können als protektive Faktoren für die psychische Entwicklung der Kinder gesehen werden (vgl. Deneke, 2004b).

Eine depressive Erkrankung eines Elternteils hat also nicht automatisch pathologische Folgewirkungen auf das Familienleben. Oftmals haben die Kinder trotzdem gute Möglichkeiten, emotionale Zuwendung in der Familie zu erfahren und selbstständiges Verhalten zu entwickeln (vgl. Matthejat, Wüthrich & Remschmidt, 2000).

### 4.3.3 Soziale Ressourcen

*„Während personale Ressourcen durchgängig wirksam sind, spielen soziale Ressourcen vor allem in Krisenzeiten eine entscheidende Rolle.“ (Lenz, 2005, S. 163)*

Soziale Ressourcen wurden vor allem über das Konstrukt der sozialen Unterstützung untersucht (vgl. Faltermaier, 2005). Soziale Unterstützung meint nicht nur das bloße Vorhandensein von Freundschaften und häufigen sozialen Kontakten, entscheidend ist vielmehr die Qualität und Zufriedenheit des Individuums mit den Beziehungen sowie die Fähigkeit der Person, diese soziale Unterstützung auch mobilisieren zu können (ebd.).

Viele resiliente Kinder der Kauai-Studie verfügten auch außerhalb der Familie über Quellen emotionaler und sozialer Unterstützung (vgl. Werner, 1999). Auch in der bereits erwähnten Studie von Beardslee und Podorefsky orientierten sich die resilienten Jugendlichen mit affektiv erkrankten Elternteilen ebenfalls stark an engen, vertrauensvollen Beziehungen außerhalb der Familie (Beardslee & Podorefsky, 1988 zit. nach Lenz, 2005, S. 20). Das Vorhandensein und die Inanspruchnahme außerfamiliärer Beziehungen zu Verwandten, Lehrern, Erziehern etc. tragen maßgeblich zur Resilienz bei (vgl. Bender & Lösel, 1998).

Außerfamiliäre soziale Kontakte dienen als „Puffer“ in Krisensituationen, sie bieten alternative Verhaltens- und Identifikationsmodelle an, an denen sich die Kinder in Belastungssituationen orientieren können sowie Anregungen und Hilfestellungen zu einer effektiven Bewältigung geben. Zudem fördern sie das generelle Wohlbefinden, indem sie elementare Bedürfnisse nach Geborgenheit, Rückhalt und Zugehörigkeit erfüllen (ebd.).

Auch Kontakte zu Gleichaltrigen (Peers) und positive Freundschaftsbeziehungen helfen den Kindern, eine positive Lebensperspektive zu entwickeln (vgl. Werner, 1999). Die Kinder erfahren dadurch Nähe und Akzeptanz, was vor allem das Selbstwertgefühl stärkt. Peer-Beziehungen fördern die Kommunikations- und Konfliktfähigkeiten, die Impulskontrolle und Kreativität (vgl. Wustmann, 2004). Zudem bieten sie Ablenkung von

schwierigen Situationen und lassen die Kinder dadurch eine „Normalität“ in Beziehungen zu anderen Menschen erfahren (ebd.). Darüber hinaus können Gleichaltrige wirksame Modelle darstellen, wenn z.B. ein Kind ein anderes Kind dabei beobachtet, wie es ein Problem oder Konflikt bewältigt<sup>16</sup>.

Weitere protektive Effekte sozialer Ressourcen gehen von einer strukturierten Schulumgebung, der Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft und Engagement in Freizeitaktivitäten oder Hobbies aus (vgl. Wustmann, 2004; Bettge, 2004). Darüber hinaus haben sich Ressourcen auf kommunaler Ebene, insbesondere der Zugang zu sozialen Einrichtungen und professionellen Hilfsangeboten als weitere Schutzfaktoren gezeigt (vgl. Wustmann, 2004, S. 114).

#### 4.3.4 Zusammenfassung der empirischen Befunde

Im vorangegangenen Abschnitt wurden die zentralen protektiven Faktoren für die psychische Gesundheit von Kindern vorgestellt. Diese sind, wie die empirischen Untersuchungen gezeigt haben, für eine erfolgreiche Bewältigung von belastenden Lebenssituationen förderlich und tragen wesentlich zur Entwicklung von Resilienz bei. Die zentralen protektiven Faktoren sollen an dieser Stelle noch einmal im Überblick dargestellt werden. Dabei wird die Unterscheidung zwischen personalen, familiären und sozialen Ressourcen beibehalten.

##### Personale Ressourcen

- Positive Temperamenteigenschaften, die soziale Unterstützung und Aufmerksamkeit bei den Betreuungspersonen hervorrufen (flexibel, aktiv, offen)
- Intellektuelle Fähigkeiten, Problemlösefähigkeiten
- Selbstwirksamkeitsüberzeugungen
- Internale Kontrollüberzeugung
- Hohe Sozialkompetenz: Empathie/Kooperations- und Kontaktfähigkeit (verbunden mit guten Sprachfertigkeiten), soziale Perspektivenübernahme, Verantwortungsübernahme, Humor
- Aktives und flexibles Bewältigungsverhalten (z. B. die Fähigkeit, soziale Unterstützung zu mobilisieren, Entspannungsfähigkeiten)
- Gut ausgeprägtes Kohärenzgefühl
- Sicheres Bindungsverhalten (Explorationslust)
- Lernbegeisterung/schulisches Engagement
- Optimistische, zuversichtliche Lebenseinstellung sowie Religiöser Glaube, Spiritualität
- Talente, Interessen und Hobbys
- Körperliche Gesundheitsressourcen

<sup>16</sup> In Theorien der Gesundheitsförderung sind solche Rollenmodelle z.B. aus der Sozialen Lerntheorie bekannt (vgl. Seibt, 2003).



### **Familiäre Ressourcen**

- Eine sichere Eltern-Kind-Bindung, die Vertrauen und Autonomie fördert
- Emotional positives, unterstützendes und strukturierendes Erziehungsverhalten, Feinfühligkeit und Responsivität
- Zusammenhalt (Kohäsion), Stabilität und konstruktive Kommunikation in der Familie
- Altersangemessene Verpflichtungen des Kindes im Haushalt
- Krankheitseinsicht, positive Krankheitsbewältigung des Elternteils
- Unterstützendes familiäres Netzwerk (Verwandtschaft, Freunde, Nachbarn)

### **Soziale Ressourcen**

- Kompetente und fürsorgliche Erwachsene außerhalb der Familie, die Vertrauen fördern, Sicherheit vermitteln und als positive Rollenmodelle dienen (z. B. Nachbarn, Freunde, Erzieherinnen, Lehrer)
- Positive Peerkontakte
- Ressourcen auf kommunaler Ebene (Angebote der Familienbildung, Beratungsstellen, Frühförderstellen, Gemeindefarbeit etc.)
- Klare, transparente und konsistente Regeln und Strukturen in Bildungs- und Erziehungseinrichtungen sowie wertschätzendes Klima (Wärme, Respekt, Akzeptanz gegenüber dem Kind)

## **4.4 Bewältigung (Coping)**

Die erfolgreiche Bewältigung von Belastungen nimmt einen zentralen Stellenwert im Resilienzprozess ein. Bewältigungsbemühungen haben immer das Ziel, emotionale Belastungen abzubauen und das Wohlbefinden wieder herzustellen (vgl. Faltermaier, 2005, S. 100).

Das Konzept der Bewältigung (Coping-Konzept) beruht auf den Arbeiten von Richard R. Lazarus und Mitarbeitern (1984), die nicht nur eine einflussreiche psychologische (transaktionale) Stresstheorie entwickelt haben, sondern auch wesentlich zu der Begründung und Verbreitung des Coping-Konzeptes beigetragen haben (vgl. Lazarus & Launier 1981; Lazarus & Folkmann, 1984).

Sie definieren dabei Coping *„als die sich ständig verändernden kognitiven und verhaltensmäßigen Bemühungen einer Person, mit den spezifischen externen und/oder internen Anforderungen fertig zu werden, die so eingeschätzt werden, dass sie ihre eigenen Ressourcen beanspruchen oder übersteigen“* (Lazarus & Folkmann, 1984, zit. nach Faltermaier, 2005, S. 99f.). Dem Coping-Prozess liegen zwei subjektive Bewertungsprozesse zugrunde: Die Einschätzung der Bedeutung des Stress- bzw. Belastungserlebens (als Herausforderung, Bedrohung oder als Schaden/Verlust) und die Einschätzung der Bewältigungsmöglichkeiten bzw. die Ressourceneinschätzung (vgl.

Schwarzer, 2004). Aus der Art und Weise der Einschätzung resultieren dann unterschiedliche Bewältigungs- bzw. Copingstrategien (ebd.).

Lazarus unterscheidet dabei zwischen einer problemorientierten und einer emotionsorientierten Funktion von Coping. Im ersten Fall zielt das Verhalten auf die Lösung des Problems, indem eine instrumentelle Tätigkeit ausgeführt wird (z.B. Hilfsmöglichkeiten aufsuchen). Im zweiten Fall soll eine Linderung der Belastungssymptome und Regulierung der Emotionen bewirkt werden (z.B. Tagträume, Entspannung, Verleugnung/Verdrängung). Der Ansatz von Lazarus setzt dabei keinen Erfolg dieser Bemühungen voraus, die Bewältigungsversuche müssen daher nicht nur positiv und erfolgreich sein (vgl. Faltermaier, 2005). Des Weiteren unterscheiden Lazarus und seine Mitarbeiter vier Bewältigungsarten: die Suche nach Informationen, direktes Handeln, Unterlassen von Handlungen sowie intrapsychisches Coping<sup>17</sup> (ebd.).

Welche Coping-Strategie erfolgreich ist, ist abhängig von der jeweiligen Situation. Es gibt keine generell erfolgreiche, allgemeingültige Coping-Strategie.

Das Vorhandensein der (in Kapitel 4.3) genannten Ressourcen trägt maßgeblich zu einer positiven Bewältigung schwieriger Lebenssituationen bei. Resiliente Kinder und Jugendliche zeigen demnach folgendes Bewältigungsverhalten:

- aktive, problemorientierte Strategien,
- direkte Auseinandersetzung mit den Problemen, wenig Neigung zur Verleugnung oder Verzerrung von Realitäten,
- Fähigkeit, zwischen verschiedenen Bewältigungsstrategien zu wählen und diese je nach Ziel, emotionaler Belastung oder vorhandener Unterstützung flexibel einsetzen zu können,
- Fähigkeit, ein hilfreiches soziales Netzwerk aufzubauen und dieses zur eigenen Unterstützung heranzuziehen (vgl. Bender und Lösel, 1998).

Lenz (2005) hat in seiner aktuellen Studie festgestellt, dass Kinder psychisch kranker Eltern zu einem überwiegend defensiv-vermeidenden Bewältigungsverhalten neigen. Die Kinder ziehen sich eher zurück, verdrängen ihre Sorgen und Ängste und fliehen oftmals in eine Fantasiewelt (intrapsychisches Coping). Zudem zeigen sie eine eher geringere Bereitschaft, ihre sozialen Ressourcen zu mobilisieren und in ihrem sozialen Netzwerk auf

---

<sup>17</sup> Intrapsychisches Coping dient in diesem Fall der Regulation von Emotionen, z.B. durch emotionale Distanzierung, Rationalisierung, Verleugnung oder Umdeutung (vgl. Schwarzer, 2004, S.154).

sie zurückzugreifen (ebd.). Auch die Tabuisierung der elterlichen Erkrankung trägt im Wesentlichen dazu bei, dass aktiv-problemorientierte Bewältigungsversuche nicht stattfinden können. Die Kinder scheuen und schämen sich, ihre Probleme nach außen zu tragen und bleiben damit alleine.

## 5 Zusammenfassung des Theorieteils

Im vorangegangenen Teil der vorliegenden Arbeit wurde dargestellt, dass die depressive Erkrankung eines Elternteils zu einem Stress- und Belastungsfaktor für die ganze Familie werden und zu erheblichen Veränderungen bei allen Familienmitgliedern führen kann.

Der erkrankte Elternteil fühlt sich in Akutkrisen oftmals überfordert und der Rolle der Mutter oder des Vaters nicht gewachsen. Die Auswirkungen der Erkrankung zeigen sich primär im veränderten Verhalten des Elternteils sowie in einem depressiven Interaktionsstil mit dem Kind. Die Kinder erleben die Depression des Elternteils häufig als Mangel an affektiver Zuwendung, fehlender Verlässlichkeit sowie im Schwanken zwischen Nähe und Distanz einerseits und Entwertung und Verwöhnung andererseits. Dabei spielt immer auch eine Rolle, ob es sich bei der Depression um eine kurzfristige Episode oder um eine chronische, schwere Depression handelt und wie der betroffene Elternteil selbst mit seiner Erkrankung umgeht. Durch die Überforderungen der Eltern mit ihren eigenen Problemen kommt es nicht selten zu einem Defizit an Aufmerksamkeit und Zuwendung für die Kinder. In diesen Phasen ist es von besonderer Bedeutung, ob der gesunde Elternteil oder eine andere Bezugsperson kompensatorisch wirksam werden kann.

Darüber hinaus werden durch die depressive Erkrankung des Elternteils häufig bedeutsame psychosoziale Belastungen (z.B. durch Arbeitslosigkeit), familiäre Auffälligkeiten (z.B. durch Parentifizierung) und Beziehungsprobleme (z.B. durch Trennungen, familiäre Disharmonie) verursacht, welche die Entwicklung der Kinder beeinträchtigen können. Ein großes Problem bei alledem ist die Tendenz zur Tabuisierung der psychischen Erkrankung und die damit verbundene Unwissenheit der Kinder über die Krankheit ihrer Eltern. Diese Verheimlichungsstrukturen, innerhalb wie auch außerhalb der Familie, können bei den Kindern zu Irritationen, Ängsten und Schuldgefühlen führen. Darüber hinaus ziehen sich Depressive - und häufig auch ihre Familien - von ihrer Umwelt zurück und leben überwiegend sozial isoliert.

Die Lebenssituation von Kindern depressiver Eltern kann somit nicht aus der Tatsache der psychischen Erkrankung des Elternteils an sich erschlossen werden, sondern ist von einer Vielzahl weiterer Faktoren und Einflüssen abhängig. Im Alltag der Kinder lässt sich jedoch nicht immer klar unterscheiden, welches familiäre Problem konkret in welcher Weise wirkt. Die Probleme überlagern sich vielmehr und verstärken sich wechselseitig.

Die Kinder reagieren unterschiedlich auf die belastenden Lebensumstände. Je jünger die Kinder sind, desto stärker sind sie von der Erkrankung des Elternteils betroffen. Manche Kinder erfahren die Erkrankung des Elternteils und die Auswirkungen als bedrohliche Krise und permanente Stresssituation und sind dadurch in ihrer seelischen Gesundheit gefährdet. Sie können Auffälligkeiten in ihrer sozial-emotionalen und kognitiven Entwicklung zeigen und/oder selbst psychisch erkranken. Andere Kinder bewältigen die belastenden Situationen mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen und entwickeln dabei individuelle Stärken und Potenziale. Die Resilienzforschung hat personale, familiäre und soziale Ressourcen identifiziert, die diese Kinder für die Bewältigung schwieriger Lebenssituationen stärken.

Bei der Bewältigung der elterlichen Erkrankung sind demnach sowohl Einflüsse der sozialen Umwelt, als auch die Persönlichkeitseigenschaften und Ressourcen der Kinder in den Blick zu nehmen. Kind und Umwelt stehen dabei in komplexer Wechselbeziehung zueinander.

Folgende Grafik fasst die wichtigsten Aspekte zusammen:

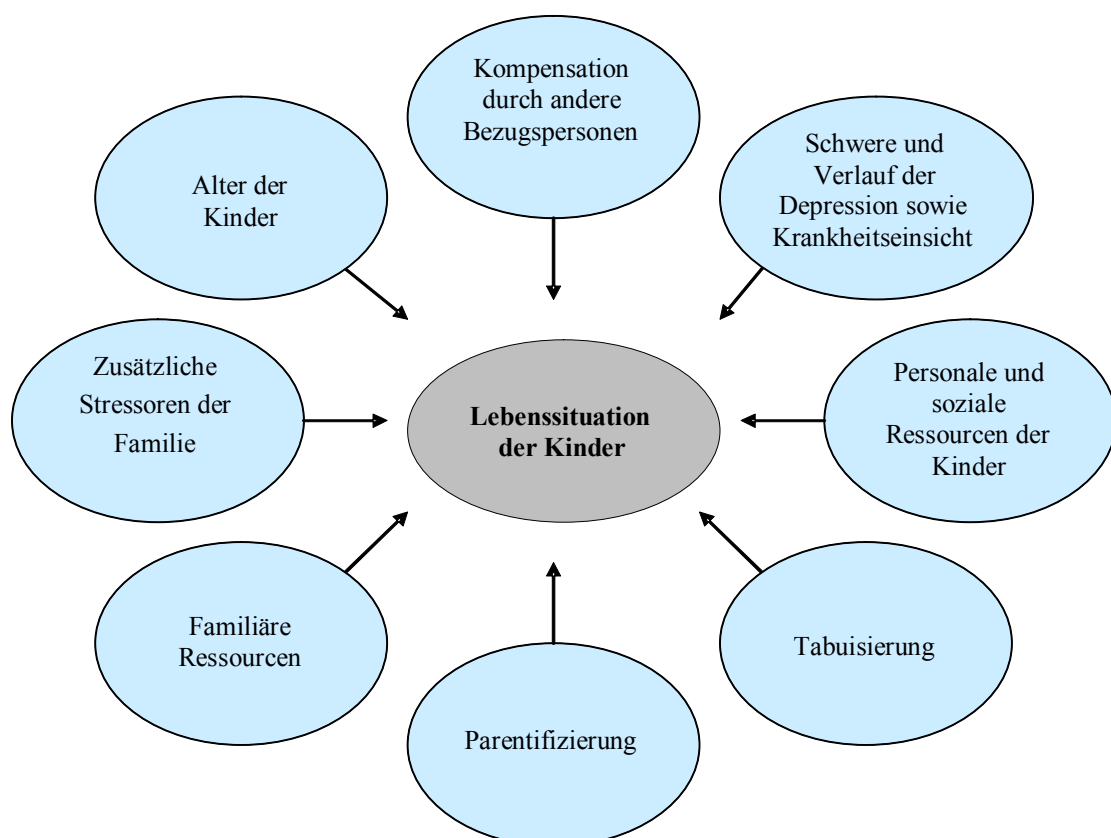


Abbildung: Einflussfaktoren auf die Lebenssituation der Kinder depressiv erkrankter Eltern (Schone & Wagenblass, 2006, modifiziert von der Verf.).

Demnach dürften die Auswirkungen auf die Kinder umso weniger gravierend sein,

- je mehr der gesunde Elternteil oder andere Bezugspersonen eine kompensatorische Rolle einnehmen,
- je mehr die Kinder altersgemäß über die Erkrankung des Elternteils informiert und entsprechende Unterstützungs- und Hilfsmaßnahmen erfahren (Enttabuisierung),
- je mehr personale Ressourcen dem Kind zur Verfügung stehen,
- je weniger die Kinder eine überfordernde Verantwortung in der Familie übernehmen müssen,
- je mehr soziale Ressourcen dem Kind und der Familie zur Verfügung stehen,
- je stabiler und tragfähiger der familiäre Zusammenhalt ist,
- je weniger zusätzliche Stressoren die Familie belasten,
- je weniger intensiv und chronisch der depressive Verlauf ist und je größer die Krankheitseinsicht des betroffenen Elternteils ist.

Hier wird deutlich, dass Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Familien keine homogene Gruppe darstellen, für die ein einheitlicher Unterstützungsbedarf formuliert werden kann. Welche Hilfen im Einzelnen nötig sind, ist stets abhängig vom gesamten familiären Kontext sowie den individuellen und familiären Bewältigungsressourcen und -strategien. Um den unterschiedlichen Bedürfnissen betroffener Familien gerecht zu werden, ist daher ein Hilfenetz nötig, das sowohl kind-, eltern- als auch familienbezogene Aspekte bereithält.

Obwohl die oben skizzierten Einflussgrößen offensichtlich sind, erfahren Kinder psychisch kranker Eltern nach wie vor eine zu geringe Aufmerksamkeit von professionellen Helfersystemen (vgl. Mattejat, 2004). Die betroffenen Kinder und Jugendlichen erhalten meist dann erst die erforderliche Unterstützung, wenn die persönlichen, familiären und sozialen Folgen zu groß sind und nicht mehr alleine bewältigt werden können. Erst wenn die Probleme eskalieren, die Kinder mit extremen Verhaltensauffälligkeiten reagieren, selbst psychisch erkranken oder es um die Frage geht, ob sie bei den Eltern bleiben können, werden entsprechende (reaktive) Maßnahmen eingeleitet. Oft kommen diese Hilfen insofern zu spät, als dass bereits erhebliche Folgen für die Kinder eingetreten sind.

Nun stellt sich die entscheidende Frage, welche Implikationen sich hieraus für die Gesundheitsförderung ableiten lassen: Wie können die Bewältigungskompetenzen dieser Kinder und somit ihre seelische Gesundheit wirksam gefördert werden? Im Vordergrund

---

steht hier, bereits im Vorfeld bzw. in der Frühphase psychische Entwicklungsrisiken zu beseitigen oder in ihren Wirkungen abzumildern (Primärprävention) sowie Bedingungen zu schaffen und Kompetenzen zu fördern, mit denen es den Kindern und ihren Familien gelingt, die belastenden Umstände zu bewältigen (Gesundheitsförderung).

Ebenso wichtig erscheinen verhältnisbezogene Interventionen, um bedarfsgerechte Angebote für die betroffenen Familien gestalten zu können und gesundheitsförderliche Lebensbedingungen zu schaffen.

Im praktischen Teil dieser Arbeit werden zunächst bestehende Projekte und Hilfsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern vorgestellt. Es wird überprüft, ob und inwiefern die Angebote den hier genannten Forderungen nachkommen und ob sie für die Praxis ausreichend sind. Im siebten Kapitel werden aus den Erkenntnissen der vorherigen Kapitel praktische Empfehlungen für die Gesundheitsförderung abgeleitet.

---

## II Praktischer Teil

### 6 Präventionsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Familien

In diesem Kapitel wird ein Überblick über die Möglichkeiten der Prävention und Hilfestellung für Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Familien gegeben<sup>18</sup>. Die Auswahl orientierte sich an Angeboten in Hamburg. Außerdem sollten Hilfsprojekte für ältere Kinder und Jugendliche und Angebote für kranke Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern gleichermaßen berücksichtigt werden. Zunächst wird ein ambulantes Gruppenangebot für Kinder psychisch kranker Eltern dargestellt. Es folgt die Beschreibung des Patenschaftsprojekts von Pfiff e.V. Anschließend werden zwei Angebote speziell für psychisch kranke Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern vorgestellt: Die gemeinsame stationäre Mutter-Kind-Behandlung und die präventive Arbeit mit psychisch kranken Eltern und ihren Säuglingen in einer tagesklinischen Einrichtung. Im Anschluss an die Beschreibung der Angebote werden Informationsmaterialien für betroffene Kinder und Eltern aufgeführt. Andere wichtige Ansätze (z.B. Selbsthilfegruppen für erwachsene Kinder psychisch Kranker, betreutes Wohnen für Mutter und Kind und andere Angebote im Bereich der Jugendhilfe, Erfahrungen mit speziellen Ansätzen, wie z.B. mit der kunsttherapeutischen Arbeit etc.) konnten aufgrund des vorgegebenen Rahmens nicht aufgenommen werden.<sup>19</sup>

Um die ausgewählten Angebote beschreiben und auch vergleichen zu können, wurde ein Beschreibungsraster mit geeigneten Dimensionen entwickelt. Bei der Wahl dieser Beschreibungsdimensionen orientierte sich die Verfasserin an einem bewährten Raster (vgl. BZgA, 2005). Zu Beginn wird der Hintergrund des Angebotes kurz skizziert. Daran anschließend erfolgt die Beschreibung anhand folgender Dimensionen: Zielgruppe, Zugangswege (Erreichbarkeit), Ziele, Arbeitsweisen und Methoden, Personal und Qualitätssicherung, Erfolgskontrolle und Wirksamkeit.

---

<sup>18</sup> Nach Kenntnissen der Verfasserin aus Literatur sowie Telefon- und E-Mailkontakten mit Experten existieren keine speziellen Angebote für Kinder depressiver Eltern.

<sup>19</sup> Im Anhang dieser Arbeit befindet sich eine ausführliche Liste von Projekten und Angeboten für Kinder von psychisch Kranken in Deutschland (Anm. der Verf.).



Nach der Darstellung der Angebote folgen am Ende des Kapitels eine kurze Bewertung und erste Empfehlungen. Weiterführende Empfehlungen für die Praxis werden in Kapitel 7 gegeben.

## 6.1 Gruppenangebote

### Hintergrund des Angebotes

Exemplarisch sollen hier die AURYN<sup>20</sup>-Gruppen in Hamburg vorgestellt werden, die an der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf (UKE) angeboten werden. Die Beschreibung des Angebotes bezieht sich, soweit nicht anders vermerkt, auf die Darstellung nach Dierks (2001).

Das Konzept der AURYN-Gruppen wurde 1996 an der Psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg entwickelt und inzwischen auch in anderen Städten wie Hamburg, Frankfurt, Leipzig und Chemnitz übernommen. Die AURYN-Gruppen sind in der Regel auf ein halbes Jahr befristet und umfassen wöchentliche Treffen à 90 Minuten. Die Gruppengröße ist auf vier bis maximal sieben Kinder festgelegt. Am Ende der Gruppenzeit wird ein Fest für die Kinder veranstaltet. Mit den Eltern werden weiterführende Unterstützungsmaßnahmen besprochen und evtl. eingeleitet. Ein Nachtreffen zur Reflexion findet ein halbes Jahr nach Beendigung der Gruppe statt.

### Zielgruppe

Das Gruppenangebot ist für folgende Kinder konzipiert:

- Kinder zwischen 7 und 16 Jahren, die in altershomogene Gruppen mit etwa gleichem Entwicklungsstand zusammengefasst werden,
- die Eltern der Kinder weisen klinisch relevante psychische Störungen auf. Eine Suchtstörung darf nicht im Vordergrund stehen,
- die Kinder selbst weisen keine schweren psychische Störungen auf, die psychotherapeutischer Behandlung bedürfen,
- die unmittelbare psychosoziale Versorgung der Kinder ist durch die Eltern oder entsprechend andere Maßnahmen gewährleistet,
- die Eltern können die kontinuierliche Teilnahme des Kindes an der Gruppe für mindestens ein halbes Jahr zusichern.

---

<sup>20</sup> Der Name AURYN symbolisiert - in Anlehnung an das Schutzmulett aus Michael Endes „Unendliche Geschichte“ (1979) – Kraft und Stärke für die Bewältigung schwieriger Aufgaben (vgl. Dierks, 2001).

## Zugangswege

Zugangswege zu den Familien ergeben sich auf unterschiedliche Weise. Das Projekt kooperiert mit anderen Fachleuten und Institutionen, wie z. B. der Erwachsenenpsychiatrie des UKEs, niedergelassenen Psychiatern oder Tageskliniken, die mit den Betroffenen arbeiten. Andere Kinder werden über den Verein „SeelenNot“ (vgl. Kapitel 6.5) vermittelt. Im Erstkontakt mit den Familien werden die aktuellen Probleme, die bisherigen Bewältigungsstrategien, psychosoziale Ressourcen der Familie und die Entwicklungsanamnese der Kinder erfragt. Im Anschluss daran finden Gespräche mit dem Kind statt, in denen die Perspektive des Kindes im Mittelpunkt steht. Wenn die Teilnahme an einer Gruppe für das Kind indiziert ist und die Eltern der Teilnahme zustimmen, lernen die Familien die Gruppenleiterin bei einem Hausbesuch kennen.

## Ziele

Ziele der Arbeit mit den Kindern sind:

- Förderung der Selbstreflexion und Selbstwertstärkung,
- altersentsprechende Informationsvermittlung zum Thema psychische Erkrankung sowie Aufklärung über krankheitsbedingte Einschränkungen und Verhaltensweisen der Eltern,
- Enttabuisierung des Themas psychischer Erkrankung der Eltern,
- Stärkung der emotionalen Wahrnehmung und Ermutigung, diese Gefühle zu erleben und auszudrücken,
- Förderung von individuellen Bewältigungsmustern,
- Austausch über die persönliche und familiäre Situation,
- Kontakte und Solidarität mit Kindern in ähnlichen Lebenssituationen schaffen,
- Freizeitgestaltung und Erleben von Unbeschwertheit im geschützten Rahmen sowie Entlastung von Schuldgefühlen.

Parallel zur Kindergruppe findet die Elternarbeit in Form einer Elterngruppe statt, die ca. 4-6mal während der Gruppenlaufzeit zusammentrifft. Die Anleitung der Elterngruppe ist personell getrennt von der Kindergruppe, um einen geschützten Gruppenrahmen für die Kinder zu gewährleisten. Beim letzten Elterntreffen kommen die Leiterinnen der Kindergruppe hinzu. Ziele der Arbeit mit den Eltern sind:

- Austausch von Eltern, die sich in ähnlichen Lebenslagen befinden,
- Begleitung der Gruppenarbeit mit den Kindern,
- Bewältigungshilfen in Krisensituationen,
- Förderung der Empathie für die kindliche Perspektive der elterlichen Erkrankung.

### Arbeitsweisen und Methoden

Die Umsetzung der Ziele richtet sich nach Alter und Entwicklungsstand der Kinder. Bei jüngeren Kindern steht der spielerische Ausdruck stärker im Vordergrund. Durch Interaktions- und Rollenspiele werden aktuell erlebte Belastungssituationen aufgearbeitet, negative Emotionen ausgedrückt und Handlungsmöglichkeiten erprobt. Die Anwendung verschiedener therapeutischer Medien (z.B. Musik, Malen, Rollenspiele, Körperübungen etc.) bietet Möglichkeiten des nonverbalen, emotionalen Ausdrucks, weckt Fähigkeiten und Interessen, Freude und Stolz auf erbrachte Leistungen (vgl. Schone & Wagenblass, 2006).

Bei älteren Kindern, die sich differenzierter verbalisieren können, geht es vor allem darum, dass sie sich auf den Gruppenprozess einlassen, sich emotional öffnen und angstfrei über ihre Sorgen und Nöte erzählen, ohne dabei in Loyalitätskonflikte ihren Eltern gegenüber zu geraten. Neben diesen Gruppenarbeiten kommen kindgerechte Informationsmaterialien zur Anwendung.

### Personal und Qualitätssicherung

Die Gruppenleiterinnen sind Pädagoginnen und Psychologinnen mit kinderpsychotherapeutischer Weiterbildung. Die Vorgespräche und die Elternarbeit werden von zwei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters durchgeführt. Diese stehen im ständigen Austausch mit den Gruppenleiterinnen. Die Arbeit wird über die gesamte Laufzeit vierzehntägig supervidiert.

### Evaluation

Eine systematische Evaluation des Projekts fehlt bislang und ist aufgrund mangelnder finanzieller und personeller Ressourcen in nächster Zeit nicht angedacht (Sielaff, E-Mailkontakt, Februar 2007).

## 6.2 Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern

### Hintergrund des Angebotes

Das Modellprojekt „Patenschaften“ wurde von PFIFF e.V. (Pflegekinder und ihre Familien Förderverein) 1996 entwickelt und wird seit März 2000 in Hamburg realisiert. Seit 2004 ist das Projekt Patenschaften in die Regelversorgung übergegangen. Die folgende Projektbeschreibung bezieht sich, soweit nicht anders vermerkt, auf die Darstellung nach Szylowicki (2006).

Hintergrund des Projektes ist, dass Kinder aufgrund der Psychiatrieaufenthalte eines Elternteils häufig in wechselnden Bereitschaftspflegefamilien untergebracht wurden und wenig Kontinuität in ihren sozialen Beziehungen erlebten. Folgen waren zusätzliche Verunsicherungen und Ängste der Kinder.

### Zielgruppe

Zur Zielgruppe gehören Familien, insbesondere allein erziehende Mütter mit psychischen Erkrankungen ohne tragfähiges soziales Netz.

### Zugangswege

Häufig sind die Eltern bereits an eine Einrichtung (Psychiatrie oder Jugendhilfe) gebunden, so dass sich der Zugang über die professionellen Helfer ergeben. Teilweise lassen sich die Eltern auch über offene Treffs, Stadtteilzentren oder ähnliche Institutionen erreichen. Ist der Kontrakt zwischen betroffenen Familien und Paten geschlossen (siehe Methoden und Grundsätze), ist die Patenfamilie ohne Antragstellung oder sonstige Formalität verfügbar.

### Ziele

Übergeordnete Ziele der Patenschaften sind:

- Erhalt der Familie, Vermeidung der Fremdunterbringung der Kinder ohne das Wohl des Kindes aus den Augen zu verlieren,
- Förderung der Eltern-Kind Dyade/ Triade.

Für die Kinder bedeutet eine Patenfamilie:

- Ein kontinuierliches Beziehungsangebot, das alltags-, lebenswelt- und bedarfsorientiert in Anspruch genommen werden kann,
- eine Ausweichmöglichkeit in belastenden Situationen und Krisenzeiten der Eltern, ohne in Loyalitätskonflikte zu geraten,
- die Ermöglichung modellhaften Lernens für die Alltagsbewältigung durch das Beispiel der Patenfamilie,
- Schutz und Sicherheit.

Für die Eltern bieten die Patenfamilien:

- Für eine festzulegende Zeitdauer eine personell konstante, unkompliziert verfügbare Entlastung von den Elternpflichten,
- pragmatische Unterstützung in der Kindererziehung und Lebensbewältigung durch Rat und Tat,
- konkrete Unterstützung, indem sie in festzulegenden Rhythmen zu vorher vereinbarten Zeiten die Kinderbetreuung übernehmen,
- eine Verankerung im sozialen Nahraum mit dem Ziel der langfristigen Einbindung in stadtteilorientierte Strukturen,
- die Gewissheit, das Kind im Krisenfall vorübergehend über Tag und Nacht unterbringen zu können.

### Methoden und Grundsätze

Patenschaften verbinden professionelle Elemente der Tagespflege (Betreuung und Förderung der Kinder, Unterstützung der Eltern) und der Bereitschaftspflege (flexible Krisenintervention). Das Betreuungssetting orientiert sich dabei an einem stabilen nachbarschaftlichen oder verwandtschaftlichen Verhältnis sowie an niedrighwelligen, alltagspraktischen Angeboten der Unterstützung und Hilfe für die betroffenen Familien.

Für ein Gelingen des Settings müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein:

- Durch einen Kontrakt soll Verbindlichkeit zwischen den Paten und den Familien geschaffen werden. Hierbei wird definiert, welche Aufgaben die Paten übernehmen sowie Häufigkeit und Betreuungsintensität festgelegt.
- Freiwilligkeit stellt eines der Grundprinzipien dar. Ein Kontrakt kann nur zustande kommen, wenn die Beteiligten das wollen, d.h. die Familien suchen sich gegenseitig

aus. Die gegenseitige Wertschätzung, Sympathie und Akzeptanz der betroffenen Familien und der Paten ist Voraussetzung für den Aufbau der Patenbeziehung.

- Die Patenfamilie dient dem Erhalt der Eltern-Kind-Beziehung. Sie stellt eine Ergänzung zur leiblichen Familie und keinen Ersatz dar.
- Durch sozialräumliche Nähe soll langfristig sichergestellt werden, dass sich sowohl die Kinder als auch deren Eltern sozial und regional einbinden und zunehmend unabhängiger von den Paten werden.

### Personal und Qualitätssicherung

Das Projekt orientiert sich am „Laienmodell“. Bislang übernahmen bei PFIFF e.V. jedoch nur Personen Patenschaften, die entweder über langjährige Erfahrungen in der Bereitschafts-, Dauer- oder Tagespflege verfügen oder aus psychologischen, pädagogischen bzw. pflegerischen Berufen kommen (Beckmann, Telefonkontakt mit der Verfasserin, Dezember 2006). Um den komplexen Anforderungen gerecht zu werden, werden die Patenfamilien in ein professionelles System eingebettet, welches regelmäßige Gruppen, fachlichen Schulungen und Supervisionen umfasst.

### Evaluation

Das Projekt wurde während der Modellphase ein Jahr evaluiert. Inzwischen findet aufgrund mangelnder zeitlicher, finanzieller und personeller Ressourcen keine systematische Evaluation mehr statt. Es werden jedoch ausführliche Qualitäts- und Zwischenberichte geschrieben (Beckmann, E-Mailkontakt mit der Verfasserin, Februar 2007).

## **6.3 Spezielle Angebote für psychisch kranke Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern**

### **6.3.1 Stationär-psychiatrische Mutter-Kind-Behandlung**

#### Hintergrund des Angebotes

Viele Mütter wollen eine längere Trennung von ihrem Kind vermeiden und haben Angst, dass die Familie auseinander gerissen wird und dadurch zusätzliche Probleme entstehen. Folglich wird eine notwendige Behandlung herausgezögert, ein Klinikaufenthalt vermieden oder die stationäre Behandlung frühzeitig abgebrochen (vgl. Lenz, 2005, S. 52). Die Möglichkeit einer gemeinsamen Mutter-Kind-Behandlung senkt nicht nur die Schwelle zur Aufnahme einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sondern fördert auch die Motivation der Mutter, sich auf eine längere stationäre Behandlung einzulassen (ebd.). Für Eltern, vor allem für Mütter mit Säuglingen oder Kleinkindern, stellt daher die integrierte Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie ein wichtiges Angebot dar.

In Deutschland gibt es inzwischen einige wenige Kliniken, in denen eine gemeinsame Aufnahme von psychisch kranken Müttern und ihren Kindern auf psychiatrischen Allgemeinstationen möglich ist (vgl. Lenz & Lenz, 2004). Spezielle Mutter-Kind-Einheiten in der Psychiatrie gibt es in Deutschland jedoch noch nicht (vgl. Hartmann, 2004). Da die Kosten für die Mitaufnahme der Kinder von den Krankenkassen nicht übernommen werden, besitzen die Kinder hinsichtlich rechtlicher, finanzieller und therapeutischer Aspekte einen Gaststatus in der Klinik (ebd.).

#### Zugangswege

Der Zugang zu den betroffenen Müttern ergibt sich bei stationärer Aufnahme in einer psychiatrischen Klinik sowie über niedergelassene Psychiater und Ärzte, die eine stationäre Behandlung der Mutter als notwendig betrachten (vgl. Lenz & Lenz, 2004).

#### Ziele

Therapeutisch kann bei der Mutter-Kind-Behandlung auf die Mutter, die Mutter-Kind-Beziehung und das Kind eingewirkt werden. Für die Mutter ergeben sich dabei folgende Ziele:

- Sie lernt schrittweise, die Pflege für das Kind üben und gewinnt Sicherheit im Umgang mit dem Kind,
- die Übernahme mütterlicher Funktionen wird gefördert,
- die Mutter-Kind-Bindung wird gestärkt,
- sie wird von der emotionalen Überforderung entlastet,
- sie erhält Anregung zur altersadäquaten Beschäftigung mit dem Kind,
- sie wird im Hinblick auf Erziehung und eine kindgerechte Lebensweise nach der Entlassung beraten (vgl. Hartmann, 2004, S. 542).

Für das Kind ergeben sich folgende Vorteile der gemeinsamen Aufnahme mit der Mutter:

- Vermeidung einer Fremdunterbringung,
- Vermeidung wechselnder Betreuungs- und Bezugspersonen,
- Bindungsförderung und -erhaltung (ebd.).

#### Arbeitsweisen und Methoden

Im Allgemeinen geht es nicht um die Versorgung des Kindes durch das pflegerische Team, sondern um Anleitung der Mutter, die Versorgung selbst durchzuführen. Zeitweise übernimmt das Pflegeteam die volle Versorgung und Betreuung der Kinder, um der Mutter die Teilnahme an therapeutischen Aktivitäten zu ermöglichen und sie in Krisensituationen zu entlasten (vgl. Hartmann, 2001, S. 546).

Die Mütter bekommen Hilfestellung bei Ernährung und Pflege des Kindes, im Bedarfsfall wird eine Hebamme mit hinzugezogen. Als kognitive Orientierungshilfe dienen Texte über Beziehungsentwicklung von Mutter und Säuglingen (ebd.).

#### Personal und Qualitätssicherung

Die Betreuung von Mutter und Kind ist in der Regel durch die Bezugspflege geregelt, sodass ein ständiger Wechsel von Pflegepersonen möglichst vermieden wird. Obwohl die Mutter primär für ihr Kind verantwortlich ist, ist das Gelingen einer Mutter-Kind-Behandlung abhängig vom Engagement des Klinikpersonals, die anfallende Mehrarbeit zu leisten (vgl. Hartmann, 2001).



## Evaluation

Es fehlt eine fundierte empirische Basis für eine differenzierte Bewertung der Mutter-Kind-Behandlung (vgl. Lenz, 2005). Bisher liegen nur einzelne Studien vor, die den Nutzen und die Wirksamkeit unterstreichen (vgl. hierzu Lenz & Lenz, 2004; Hartmann, 2001).

### **6.3.2 Tagesklinik und Spezialambulanz für psychisch kranke Eltern mit Säuglingen oder Kleinkindern**

#### Hintergrund des Angebotes

Die Interaktion zwischen Eltern und Kind haben zentralen Einfluss auf die kindliche Entwicklung. Diese ist bei psychisch kranken Eltern, bei denen die Indikation einer tagesklinischen Behandlung gestellt wird, in erheblichem Maße eingeschränkt (vgl. Lüders & Deneke, 2001, S. 552). Dem präventiven Aspekt der Vermeidung einer frühen Bindungsstörung und/oder einer pathologischen Entwicklung des Kindes wird durch spezifische Therapiemodule in der Spezialambulanz des UKEs Rechnung getragen. Die folgende Ausführung bezieht sich, soweit nicht anders vermerkt, auf die Darstellung nach Lüders und Deneke (2001).

#### Zielgruppe

Es werden psychisch belastete bzw. kranke Mütter und Väter mit Säuglingen oder Kleinkindern bis zum Alter von 5 Jahren betreut. Kontraindikation für das tagesklinische Setting sind fehlende Krankheitseinsicht, häufige Krankheitsschübe, akute Suizidalität sowie deutliche Entwicklungsverzögerung des Kindes. Bisher wurden nur Mütter mit ihren Kindern in der Ambulanz betreut. Die Väter werden mittels Paar- und Vätergruppentherapieangeboten miteinbezogen.

#### Zugangswege

Der Zugang zu den Eltern ergibt sich meist über die Erwachsenenpsychiatrie des UKEs, teilweise über direkt aufsuchende Tätigkeit der Mitarbeiter in der Klinik. Einige Eltern werden auch ambulant vermittelt.

## Ziele

Übergeordnetes Ziel ist die Prävention von Störungen der seelischen Entwicklung bei Kindern sowie der Aufbau und die Unterstützung einer positiven Eltern-Kind-Beziehung.

Ziele bei den Müttern sind:

- Mütterliche Kompetenzen zu stärken und zu stützen,
- Hilfen bei der Alltagsstrukturierung zu geben und Autonomie zu erlangen,
- Feinfühligkeit und Interaktionsverhalten der Mutter zu verbessern,
- pflegerische Anleitung und Unterstützung im Handling zu geben,
- Ich-Funktionen und Fähigkeit zur Selbstreflexion zu stärken.

Ziele bei den Kindern sind:

- Die Nachreifung von sprachlichen und sozial-emotionalen Entwicklungsdefiziten zu fördern,
- durch getrennte Mutter-Kind-Zeiten dem Kind Raum für Autonomieerfahrungen zu geben.

## Arbeitsweisen und Methoden

Den Bedürfnissen der Eltern und Kinder entsprechend haben sich verschiedene Arten der Begleitung, Beratung bzw. Behandlung ergeben:

- niederfrequente entwicklungsbezogene Beratung, bei der es immer auch um die Entwicklungsfortschritte des Kindes geht,
- Unterstützung und Behandlung der Mutter-Kind-Interaktion teilweise mittels Videoanalyse,
- tiefenpsychologische Psychotherapie der Mutter,
- spieltherapeutische Einzel- und Gruppenangebote für die Kinder,
- Einzel-, Paar- und Gruppentherapien,
- Bewegungs- und Ergotherapie für Eltern und Kinder,
- Bezugspflegesystem, um wechselnde Betreuungspersonen zu vermeiden.

Die teilstationäre Behandlung beinhaltet auch eine Einbeziehung des sozialen Umfelds. Daher werden parallel zu den Arbeiten in der Tagesklinik von Anfang an Unterstützungsmöglichkeiten im häuslichen Umfeld geplant. Hier arbeiten die Mitarbeiter der Spezialambulanz eng mit der Jugendhilfe und dem Amt für soziale Dienste (ASD)

zusammen, um gemeinsam mit den Eltern über eine Unterstützung im Rahmen der Hilfen zur Erziehung zu beraten und evtl. auch eine ergänzende Fremdbetreuung der Kinder zu etablieren (z.B. durch Patenschaften). Die Gruppentherapien dienen als „Reintegration“ in das soziale Umfeld und ermöglichen über eine tageweise gestaffelte Behandlungsreduktion die Ablösung aus der Tagesklinik. Die Gruppentherapien bleiben als Nachsorgeangebot bestehen.

### Personal und Qualitätssicherung

Die Ambulanz wird von Psychiatern und Pflegekräften der Erwachsenenpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie geführt.

### Evaluation

Es fehlt eine fundierte empirische Basis für eine differenzierte Bewertung. Die Behandlung der Mutter-Kind-Interaktion mittels Videoanalyse dient tlw. auch als Wirksamkeitsnachweis.

## **6.4 Informationsmaterialien für Kinder psychisch kranker Eltern**

In diesem Kapitel werden spezielle Informationsmaterialien für betroffene Kinder und Eltern vorgestellt. Da diese nicht unter die allgemeine Rubrik „Präventionsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Familien“ einzuordnen sind, werden erste Empfehlungen bereits am Ende dieses Kapitels gegeben.

In Deutschland liegen bislang nur vereinzelt Informationsmaterialien vor. Es gibt lediglich drei in Holland entwickelte Broschüren, die 1997 übersetzt und an die deutschen Verhältnisse angepasst wurden. Diese Broschüren richten sich an 8- bis 11-jährige Kinder, 12- bis 18-jährige Kinder und Jugendliche sowie an psychisch erkrankte Eltern und sind für eine Schutzgebühr über den Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen e. V. zu beziehen (1997 a, b, c). Die beiden Broschüren für die Kinder beinhalten einfache Erläuterungen zu Fachbegriffen und Erklärungen häufiger Erkrankungen. Darüber hinaus werden wichtige Aspekte des Zusammenlebens mit einem psychisch kranken Elternteil aufgegriffen und verdeutlicht, dass es andere Kinder gibt, die ebenfalls mit solchen Problemen konfrontiert sind. Zentrale Ziele dieser Broschüren bestehen darin, die Kinder von der Schuldfrage zu entlasten und sie zu motivieren, mit anderen Menschen über ihre

---

Probleme und die Familiensituation zu sprechen (Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigung e. V., 1997a, b).

In dem Informationsheft für Jugendliche wird die Möglichkeit der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe betont sowie Anregung zu eigenen Freizeitaktivitäten und Kontakten zu Peers gegeben (vgl. Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigung e. V., 1997b). In den beiden Broschüren für Kinder und Jugendliche liegen jeweils eine Begleitinformation für Eltern und Berater bei.

Die Broschüre für betroffene Eltern enthält Informationen darüber, wie unterschiedlich die Kinder auf die Erkrankung reagieren können und welche Unterstützung die Kinder in dieser Situation benötigen. Praktische Tipps zum Umgang mit den Kindern und eine allgemeine Liste zu Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten sind weitere Inhalte (vgl. Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigung e. V., 1997c).

Es ist wichtig, die Broschüren weiter zu vervielfältigen sowie öffentlich und vor allem kostenlos verfügbar zu machen. Einrichtungen, die Anlaufstellen für Familien, Kinder und Jugendliche sind, sollen mit diesen Broschüren ausgestattet werden. Es ist notwendig, dass die Kinder und auch die Eltern erfahren, wo sie Hilfe bekommen können, daher sollten die Broschüren mit einer ausführlichen Auflistung von Hilfe-, Unterstützungs-, und Beratungsmöglichkeiten ergänzt und auf Länderebene entsprechend angepasst werden.

Auch die Informationsvermittlung über das Internet, wie z.B. die Initiative „Netz und Boden“<sup>21</sup> bietet, sollte weiter ausgebaut werden. Hier können ebenfalls erste Informationen vermittelt und auf Unterstützungsmöglichkeiten aufmerksam gemacht werden. Das Medium Internet wird von Kindern und Jugendlichen auch immer mehr zum virtuellen, meist anonymen Austausch mit anderen genutzt. Möglich wäre ein professionell betreutes und begleitetes Forum für Kinder psychisch erkrankter Eltern. Der anonyme Kontakt zu anderen betroffenen Kindern kann ein erster Schritt in Richtung Enttabuisierung für betroffene Kinder sein.

---

<sup>21</sup> Abrufbar unter: [www.netz-und-boden.de](http://www.netz-und-boden.de) (20.12.2006).

## 6.5 Bewertung der Angebote

Die Darstellung der Angebote zeigt, dass Hamburg über eine relativ gute Infrastruktur an Möglichkeiten der Prävention und Hilfestellung für betroffene Kinder und Familien verfügt.

Die AURYN-Gruppen fördern vor allem die Entwicklung persönlicher Kompetenzen, indem sie Raum geben für das Erlernen und Erproben grundsätzlicher Resilienz- und gesundheitsfördernden Fertigkeiten (z.B. Förderung des Selbstwerts, Problemlösung, Gefühls- und Stressbewältigung). Die Kinder haben ebenfalls die Möglichkeit, Kontakte zu Peers mit ähnlicher Problemerkfahrung aufzubauen und sich über Gespräche emotional zu entlasten. Um den Gruppenprozess und den Einzelprozess von Kindern parallel begleiten zu können, ist es notwendig, die Gruppen zu zweit zu leiten. Optimal wäre ein Leitungsteam bestehend aus Mann und Frau. Die Gruppenangebote werden häufig auch als Rahmen für die Informationsvermittlung an die Kinder empfohlen (vgl. Lenz, 2005). Die praktischen Erfahrungen in den Präventionsgruppen zeigen allerdings, dass betroffene Kinder große Hemmungen haben, über ihre spezifischen Belastungen und Gefühle vor anderen überhaupt zu sprechen (ebd.). Für eine umfassende Aufklärung der Kinder über die elterliche Erkrankung sollten demnach andere Wege gewählt werden (vgl. Kapitel 7.1.2). Außerdem handelt es sich bei den AURYN-Gruppen in Hamburg um ein eher hochschwelliges Angebot. Die Gruppenteilnahme der Kinder bedeutet für die Eltern oftmals eine organisatorische Herausforderung. Sie müssen zusichern, dass die Kinder über ein halbes Jahr wöchentlich am Gruppentreffen teilnehmen, und dass auch sie selbst regelmäßig zu den Elternnachmittagen erscheinen. Zudem wird eine Indikation zur Aufnahme in die Gruppe gestellt. Das Angebot steht somit nicht allen betroffenen Kindern offen. Des Weiteren sind die AURYN-Gruppen zeitlich begrenzt, was spezielle Nachsorgeangebote notwendig macht (vgl. 7.1.4).

Das Patenschaftsprojekt ist ein niedrigschwelliges Angebot und konnte in Hamburg erfolgreich realisiert werden. Eine Patenschaft stellt jedoch eine sehr komplexe Aufgabe dar und ist mit hohen Anforderungen verbunden. Die Dynamik der psychischen Erkrankung kann die gesamte Patenfamilie erfassen und in ihre Konflikte verstricken. Daher bedarf es unbedingt einer fundierten fachlichen Vorbereitung der Paten (vgl. Lenz, 2005). Die Paten müssen von einem professionellen Team begleitet und beraten werden. Regelmäßige Supervisionen, aber auch Einzelberatung und Gespräche gemeinsam mit den

erkrankten Eltern und den Kindern sind notwendig. In diesem erweiterten Setting können Probleme und Hindernisse thematisiert werden und weitere Schritte geplant werden (ebd.).

Der Ausbau spezieller Angebote für psychisch Kranke mit Säuglingen und Kleinkindern ist ebenfalls zu befürworten. So kann die notwendige Förderung der Eltern-Kind-Bindung stattfinden und eine Fremdunterbringung der Kinder vermieden werden. Für die Etablierung der stationären Mutter-Kind-Behandlung müssen jedoch entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden (vgl. Kapitel 7.1.2). Insgesamt stellen die Angebote des UKEs eher hochschwellige Angebote dar. Die speziellen medizinischen und therapeutischen Angebote stehen im Vordergrund der Arbeit mit den betroffenen Familien. Auch die Angliederung der Spezialambulanz an die psychiatrische Abteilung des UKEs kann für betroffene Eltern eine große Hemmschwelle sein, das Angebot in Anspruch zu nehmen. Sozialpsychiatrisch von großer Bedeutung ist aus dieser Sicht die Entwicklung gemeindenaher Ansätze ambulanter Betreuungsmöglichkeiten für betroffene Familien.

An dieser Stelle soll auf die Angebote des Vereins „SeelenNot“ (Gemeinnütziger Verein zur Unterstützung von Familien mit seelisch kranken Eltern) hingewiesen werden, der in der vorangegangenen Übersicht nicht aufgenommen werden konnte, da keine publizierte Projektbeschreibung vorliegt<sup>22</sup>. Dennoch leistet der Verein, im Rahmen seiner ihm zur Verfügung stehenden Mittel, beispielhafte interdisziplinäre Netzwerkarbeit und soll daher in dieser Arbeit nicht unberücksichtigt bleiben. Der Verein wurde im Jahr 2000 von Mitarbeitern der in Kapitel 6.3.2 vorgestellten Spezialambulanz des UKEs gegründet. Die Beratungsstelle wird von einer Psychologin mit 15 Stunden wöchentlich geführt und ist im Stadtteil Hamburg- Ottensen integriert. Der Verein erhält keine öffentlichen Gelder und ist auf Spenden und Stiftungsgelder angewiesen.

Die Beratungsstelle SeelenNot möchte betroffene Kinder, Eltern und Familien, aber auch Fachleute, wie z.B. Erzieher, Pädagogen, Lehrer und Sozialpädagogen erreichen. Alle Angebote sind kostenlos.

Neben der systemischen Familien- und Einzelberatung von betroffenen Kindern und Familien, bietet der Verein ein Gruppenangebot für psychisch kranke Mütter an. Betroffene Kinder werden bei Bedarf an die AURYN-Gruppe (Kapitel 6.1) am UKE vermittelt. Des Weiteren werden kollegiale Supervisionen, Fachberatungen und

---

<sup>22</sup> Alle Angaben zum Verein stammen aus Gesprächen sowie Telefon- und E-Mailkontakten (2006) mit der Psychologin G. Sielaff (Mitarbeiterin und Mitgründerin des Vereins). Es liegt kein öffentliches Konzept des Vereins vor (Anm. d. Verf.).

Fortbildungen für Berufsgruppen organisiert, die mit betroffenen Familien arbeiten. Außerdem möchte der Verein durch Öffentlichkeitsarbeit für das Thema sensibilisieren. Darüber hinaus findet Vernetzungsarbeit mit der Psychiatrie des UKEs, dem Jugendamt und Jugendhilfeträgern in Hamburg statt. Sielaff (2006) berichtet jedoch, dass die vielen Anfragen von betroffenen Familien und auch von Fachleuten die vorhandenen Kapazitäten sprengen (Sielaff, Telefon-, E-Mail-, und persönliche Kontakte mit der Verfasserin, November 2006). Um den Anforderungen gerecht zu werden, müsste die Beratungsstelle finanziell abgesichert und mit zusätzlichem, fachlich qualifiziertem Personal ausgestattet werden.

## 7 Handlungsempfehlungen für die Gesundheitsförderung

Die Notwendigkeit von gesundheitsförderlichen Maßnahmen für Kinder psychisch kranker Eltern wurde in dieser Arbeit bereits an mehreren Stellen deutlich. Aus den Ergebnissen des Theorieteils lassen sich insbesondere folgende Ziele für gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen benennen:

- Psychische Störungen oder Entwicklungsauffälligkeiten beim Kind verhindern,
- die kindlichen Kompetenzen fördern (Förderung personaler Ressourcen),
- die Kinder altersgemäß über die Erkrankung des Elternteils aufklären,
- die Ressourcen innerhalb der Familie stärken (Eltern-Kind-Bindung/Beziehung,
- die sozialen Ressourcen in der Betreuungsumwelt des Kindes erhöhen (außerfamiliäre Bezugspersonen, Peer-Kontakte),
- Eltern und Kinder emotional und praktisch (im Alltag) entlasten,
- eine niedrigschwellige, flexible Infrastruktur an Beratungs- und Unterstützungsangeboten im Sinne der Gesundheitsförderung schaffen,
- zur Enttabuisierung des Themas und Entstigmatisierung psychisch Kranker in der Öffentlichkeit beitragen.

Darüber hinaus geht es um frühzeitige Interventionen und Rückfallvermeidung bei dem erkrankten Elternteil (Behandlung, Rehabilitation, Selbsthilfe). In dieser Arbeit liegt der Fokus auf der Gesundheitsförderung der betroffenen Kinder. Medizinisch-kurative, therapeutische oder tertiärpräventive Maßnahmen für die erkrankten Eltern werden nicht bearbeitet.

Nach der Ottawa Charta erfordert gesundheitsförderndes Handeln die Entwicklung persönlicher Kompetenz, das Schaffen gesundheitsförderlicher Lebenswelten, die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, die Neuorientierung der Gesundheitsdienste und die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik. Dabei orientiert sich die Gesundheitsförderung an den drei grundlegenden



Handlungsstrategien „Befähigen und Ermöglichen“, „Anwaltschaft für Gesundheit“ und „Vermitteln und Vernetzen“ (vgl. Kapitel 1.1).

Vor diesem Hintergrund lassen sich nun Handlungsempfehlungen für die Praxis der Gesundheitsförderung bei Kindern psychisch kranker Eltern ableiten. Dabei werden die Handlungsstrategien der Ottawa Charta verfolgt und als strukturgebender Rahmen genutzt. Die fünf Handlungsebenen werden hinsichtlich einer möglichen Implementierung ebenfalls berücksichtigt.

## **7.1 „Befähigen und Ermöglichen“**

Bei dieser Handlungsstrategie geht es vor allem darum, alle Menschen über Empowerment und Kompetenzförderung zur gesundheitsfördernden Gestaltung ihrer Lebensbedingungen zu befähigen. Gesundheitsförderung für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil bedeutet in diesem Sinne, vor allem Ansprechpartner zu sein oder aber Ansprechpartner zu nennen oder an diese weiterzuvermitteln. Durch ressourcenorientierte Arbeitskonzepte sollen die Kompetenzen und Potenziale der Kinder und Familien gefördert und aktiviert werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Familien mit Bedarf auch mit entsprechenden Angeboten erreicht werden und sie dadurch die notwendige Unterstützung erfahren.

### **7.1.1 Zugangswege**

Viele Kinder psychisch kranker Eltern werden erst von professionellen Helfersystemen erreicht, wenn sie selbst psychisch auffällig werden oder sie aufgrund der Erkrankung des Elternteils nicht mehr in ihrer Familie leben können. Auch bei den betroffenen Eltern bestehen unterschiedliche Hürden und Hemmnisse, öffentliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Komm-Struktur vieler Einrichtungen erschwert die Kontaktaufnahme zusätzlich und führt dazu, dass spezielle Angebote in der Regel kaum nachgefragt und in Anspruch genommen werden ([www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de), 11.02.2007).

Diese Hürden müssen in der Gestaltung und Erreichbarkeit der Angebote weiter abgebaut werden. Um die betroffenen Kinder und ihre Familien möglichst früh zu erreichen, bedarf es entsprechend niedrighwelliger Angebote und Unterstützungsmöglichkeiten. Niedrighwellig bedeutet, möglichst viele Barrieren für eine Inanspruchnahme von Hilfe im Vorwege abzubauen. Daher ist es wichtig, Zugang zu

den Familien und den betreuenden Einrichtungen zu finden sowie ihre Bereitschaft zur Mitarbeit zu gewinnen. Ein erster Schritt ist dabei eine verstärkte aufsuchende Arbeit.

Es ist möglich, auf die Eltern während eines stationären Klinikaufenthaltes zuzugehen und eine offene Elternsprechstunde anzubieten. Die Eltern sollten bereits bei der Aufnahme auf dieses Angebot hingewiesen und immer wieder motiviert werden, dieses auch in Anspruch zu nehmen. Plakate und Kurzinformationen auf den psychiatrischen Stationen können zusätzlich auf die Elternsprechstunde aufmerksam machen. Um Eltern in psychiatrischen Kliniken aufsuchen zu können, sollte es im Rahmen der Basisdokumentation zum Standard werden, routinemäßig nach Kindern zu fragen.

In persönlichen Gesprächen muss das Vertrauen der Eltern, vor allem des erkrankten Elternteils gewonnen werden. Ziel dabei ist nicht die Betroffenen zu stigmatisieren, sondern ihnen unterstützende Maßnahmen zu unterbreiten und sie möglichst in laufende Angebote des Stadtteils zu integrieren. Ängste und Bedenken seitens der Eltern müssen ernst genommen und in Gesprächen Zeit und Raum für diese gegeben werden. Die Eltern befürchten möglicherweise die Bloßstellung der familiären Defizite und evtl. auch die Infragestellung des Sorgerechts für ihr Kind. Manche Eltern sorgen sich um Überforderung und Pathologisierung ihrer Kinder. Des Weiteren können auch die durch Angebote initiierten Stärkungen und Veränderungen der Kinder von den Eltern als Angriff erlebt werden (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S. 229).

Weitere Zugangswege können sich über sozialpsychiatrische Dienste (SpD), niedergelassene Ärzte und Psychiater, Beratungsstellen und die Jugendämter ergeben. Dies setzt allerdings das Wissen der beteiligten Berufsgruppen um die Problematik der betroffenen Kinder voraus (vgl. Kapitel 7.2).

Außerdem ist es sinnvoll, spezielle Angebote für betroffene Familien an bereits bestehende Einrichtungen anzugliedern. Wenn die Eltern die Möglichkeit haben, nicht nur direkt über die Auswirkungen ihrer Erkrankungen, sondern auch indirekt z.B. über Erziehungsfragen in Kontakt treten zu können, kann dies die Hemmschwelle der Eltern reduzieren und ein zusätzlicher Anreiz sein, die Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen.

Nicht zuletzt soll die Erreichbarkeit durch unkomplizierte Terminabsprachen und zielgruppenorientierte Öffnungszeiten von Einrichtungen gefördert werden.

### 7.1.2 Altersgerechte Aufklärung der Kinder

In dieser Arbeit wurde deutlich, dass Kinder psychisch kranker Eltern oftmals keine oder nur unzureichende Informationen über die Erkrankung des Elternteils erhalten (vgl. Kapitel 3.2). Für Kinder psychisch kranker Eltern ist es jedoch von besonderer Bedeutung, dass sie das abweichende Verhalten ihrer kranken Eltern einordnen können. Sie müssen eine Sprache dafür finden, um damit eine Grundlage für die Handhabbarkeit der Belastungen und deren Bewältigung zu gewinnen (vgl. Lenz, 2005). Dazu bedarf es einer angemessenen Aufklärung und die Beantwortung ihrer Fragen.

Indem die Kinder als Angehörige ernst genommen und altersentsprechend informiert werden, können sie wieder mehr Kontrolle über ihre Lebenssituation gewinnen sowie den Glauben an ihre eigenen Fähigkeiten stärken. Durch die Informationsvermittlung kann Transparenz, d.h. Deutlichkeit und Verstehbarkeit hergestellt werden. Sind die betroffenen Kinder ausreichend informiert, erhöht sich die Widerstandskraft gegenüber den Belastungen, die sich aus dem Zusammenleben mit den psychisch erkrankten Eltern ergeben. Wissen die Kinder um die Entstehung und den Verlauf der Erkrankung, können Schuldgefühle und Ängste abgebaut werden und somit zur notwendigen Entlastung der Kinder führen (vgl. Lenz, 2005).

Informationen können auf unterschiedlichen Wegen vermittelt werden. Dabei muss die Art und Weise der Aufklärung von den kognitiven Fähigkeiten und dem Alter der Kinder abhängig gemacht werden.

Broschüren oder andere Informationsmaterialien können Betroffenen allenfalls Anstöße geben, sich mit dem Familienthema zu beschäftigen. Allerdings können sie aufgrund ihres knappen inhaltlichen Umfangs das individuelle Informations- und Aufklärungsbedürfnis der Kinder und Eltern nicht ersetzen. Insbesondere für Menschen mit eher niedrigem Bildungsniveau müssen diese Medien auf ihre Eignung hin überprüft werden. Außerdem stellt Lenz (2005) in seinen Untersuchungen fest, dass es den Kindern weniger um objektive informative Wissensvermittlung geht, sondern vielmehr um „(...) *konkrete Informationsbedürfnisse, hinter denen nicht nur Wünsche nach Aufklärung stehen, sondern immer auch Gefühle wie Ängste, aber auch Wut und Trauer, die nicht direkt ausgedrückt werden können.*“ (Lenz, 2005, S. 143). Auch Beardslees Evaluation eines psychoedukativen Familienprogramms für Kinder mit depressiven Eltern (vgl. Beardslee et al., 1996 und 1997; Beardslee & Focht-Birkerts, 2000) zeigte, dass Informationen von den

Kindern und Eltern besser aufgenommen und umgesetzt werden konnten, wenn ein Bezug zu den individuellen Lebensverhältnisse der Familien hergestellt wurde (ebd.). Des Weiteren muss die Selbstschuttfunktion des „Nicht- alles- wissen- wollen“ in der Aufklärungsarbeit mit den Kindern berücksichtigt werden (Lenz, 2005, S. 143). Eine weitere wichtige Voraussetzung ist die kontinuierliche Vergewisserung, dass die Kinder die Informationen auch verstanden haben.

Diese individuellen Bedürfnisse im Zusammenhang mit der Informationsvermittlung können am Besten in Einzel- und Familiengesprächen berücksichtigt werden. Professionelle und fachlich qualifizierte Angebote zur Beratung und Unterstützung müssen daher erhalten und weiter ausgebaut werden. Die Beratung kann dabei emotional unterstützen, aber auch in einem Prozess des Empowerment dazu beitragen, dass die Kinder neue Perspektiven aufbauen und soziale Unterstützung aktivieren können.

Manchen Kindern fällt es in Abwesenheit der Eltern leichter, ihre Fragen und Anliegen offen und unbefangener zum Ausdruck zu bringen. Daher gilt auch für ambulante Hilfen, dass spezifische Informations-, Bewältigungs- und Redeangebote für Kinder und Jugendliche entwickelt werden müssen. Hierfür müssen finanzielle und personelle Voraussetzungen geschaffen werden. In Einzelgesprächen haben die Kinder die Möglichkeit, ohne Rücksichtnahme auf die Eltern, dem Wunsch nach Information über die Erkrankung des Elternteils nachzugehen, d.h. sie können Fragen stellen, die sie noch nie gestellt haben oder die noch nie beantwortet wurden. Darüber hinaus ermöglicht der Einzelkontakt den Kindern, offen über ihre Ängste und Sorgen um den erkrankten Elternteil, ihre Schuld- und Schamgefühle, ihre Befürchtung selbst zu erkranken, über Wut, Enttäuschung und ihren Ärger zu sprechen. Besonders bei älteren Kindern und Jugendlichen können solche Einzelkontakte identitätsstärkend und autonomiefördernd wirken (vgl. Lenz, 2005). Diese Einzelkontakte sollten jedoch in jedem Fall durch gemeinsame Familiengespräche ergänzt werden. Familiengespräche können die Transparenz und Offenheit in der Familie fördern und die Entwicklung von Ängsten und Misstrauen von Seiten der Eltern wie auch der Kinder verhindern (vgl. Kapitel 7.1.2).

### **7.1.3 Förderung der familiären Ressourcen**

Wichtig in der Arbeit mit betroffenen Familien ist die Schwerpunktverlagerung von den Defiziten der Familie hin zu ihren Stärken und Potentialen, ohne dabei ihre Verwundbarkeit und Einschränkungen zu vernachlässigen (vgl. Walsh, 2006). In Familien

mit einem depressiven Elternteil ist nicht unbedingt zu erwarten, dass die Betroffenen ohne weiteres Zugang zu ihren Ressourcen finden oder ihre Potenziale benennen können.

Auch hier kommt der professionellen Beratung eine hohe Bedeutung zu. Die wesentlichen Inhalte und Punkte der Beratung, die nach Erkenntnissen dieser Arbeit eine Rolle spielen, sollen an dieser Stelle skizziert werden:

- Bei allen Familienmitgliedern soll das Wissen und das Verständnis für die elterliche Depression erweitert werden.
- Es ist wichtig, die Eltern trotz ihrer Erkrankung für die Bedürfnisse ihrer Kinder zu sensibilisieren. Außerdem müssen sie auf die Problematik aufmerksam gemacht werden, die sich für die Kinder aus der Erkrankung ergibt, ohne die Schuldgefühle der Eltern zu verstärken oder ihnen Vorwürfe zu machen. Dabei soll den Eltern Wissen über Risiko- und Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung vermittelt und für ihr Kind konkretisiert werden.
- die allgemeine Lebenssituation der Familie muss mit allen Familienmitgliedern besprochen und bedeutsame Ereignisse, wie z. B. Arbeitsplatzverlust, geplante Klinikaufenthalte etc. ausführlich erörtert werden.
- In der Beratung sollen vor allem eine konstruktive Kommunikation sowie die innerfamiliären Problem- und Konfliktlösefähigkeiten gefördert werden.
- die Familie muss ermutigt werden, das Tabu zu brechen, die gegenseitige Schonhaltung zu überwinden sowie offener und aktiver mit dem Familienthema umzugehen: Kinder und Eltern können Fragen stellen und die eigene Perspektiven und Positionen darstellen. So können die Eltern in diesem Rahmen lernen, ihre Befindlichkeit und Gefühle sowie krankheitsbedingte Einschränkungen offen gegenüber ihren Kindern zu äußern und ehrliche Antworten zu geben. Die Kinder können lernen, Wünsche und Bedürfnisse gegenüber den Eltern zum Ausdruck zu bringen und sich trauen, Fragen zu stellen und Unsicherheiten auszuräumen.
- In der Familienberatung können gemeinsam Wege entwickelt werden, die zur emotionalen Entlastung der Kinder beitragen sowie Krisenpläne für Akutsituationen erstellt werden.
- Die Familien sollen motiviert werden, öffentliche Hilfen zur Alltagsentlastung in Anspruch zu nehmen und sich in Krisenzeiten an Experten zu wenden.
- Die Kinder sollen zum Aufbau außerfamiliärer Beziehungen motiviert sowie ermutigt werden, ihr eigenes Leben weiterzuführen.

Nicht zuletzt kann in der Familienberatung angeregt werden, die Kinder altersentsprechend in die Behandlung des erkrankten Elternteils mit einzubeziehen. Gemeinsam mit den Eltern und dem Kind wird erarbeitet, in wiefern und in welchen Bereichen den Kindern Verantwortung übertragen werden kann (z. B. Übernahme von altersadäquaten Aufgaben im Haushalt etc.). Es gibt deutliche Hinweise, dass die Möglichkeit der Partizipation und aktiver Einflussnahme eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung und Stärkung personaler Ressourcen wie internale Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeitsüberzeugung schafft (vgl. Lenz, 2005). Die übertragenen Aufgaben dürfen die Kinder jedoch nicht überfordern, außerdem müssen ihre Rechte auf Autonomie stets aufrechterhalten bzw. gesichert bleiben.

Voraussetzung für eine Öffnung der Familien in Gesprächen ist eine positive, respektvolle und vertrauensvolle Beziehungsgestaltung zwischen professionell Tätigen und den einzelnen Familienmitgliedern. Um die Transparenz zu erhöhen, müssen die Familienmitglieder über Inhalte, Ablauf und Ziele des Angebotes aufgeklärt sowie Erwartungen seitens der Familie geklärt werden. Die Berater müssen über ein fundiertes Wissen über das Krankheitsbild Depression verfügen und vor allem Kenntnisse über die möglichen Konsequenzen für die Kinder haben. Sie orientieren sich dabei an einem ganzheitlichen, positiven und dynamischen Gesundheitsbegriff.

Manchen Kindern wird es gerade am Anfang schwer fallen, sich in den Familiengesprächen aktiv einzubringen, negative Gefühle oder Wünsche sowie Kritik gegenüber dem erkrankten Elternteil zum Ausdruck zu bringen. Die professionellen Helfer übernehmen daher die Rolle des Motivators und Katalysators und stoßen immer wieder Austauschprozesse zwischen den Familienmitgliedern an (vgl. Lenz, 2005). Für die Eltern fungieren die Helfer als Modelle. Sie zeigen exemplarisch, wie eine Atmosphäre größerer Offenheit und Transparenz hergestellt werden kann und wie sie den Wünschen und Anliegen ihrer Kinder begegnen und sich konstruktiv mit ihnen auseinandersetzen können. Für die Kinder übernehmen die Helfer eine anwaltliche Funktion. Sie treten aktiv für das Wohl des Kindes ein und stützen ihre Standpunkte und Bedürfnisse (ebd.).

Durch die veränderte Kommunikation in der Familie können Schuldgefühle entkräftet, Parentifizierung umkehrbar gemacht sowie Klarheit geschaffen werden. Erst wenn die Tabuisierung innerhalb der Familie aufgehoben ist, wird auch eine Öffnung nach außen möglich und dadurch der familiären Isolation entgegengewirkt.

---

Haben psychisch kranke Eltern noch sehr kleine Kinder, steht vor allem die Aufrechterhaltung der Beziehungskonstanz zwischen Eltern und Kind sowie die Förderung und Stärkung der Eltern-Kind-Bindung im Vordergrund.

Ist die Mutter bereits während der Schwangerschaft depressiv erkrankt, muss sie schon in dieser Zeit hinsichtlich Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten für sie und ihr Kind intensiv beraten werden. Hier ist es besonders wichtig, dass Berufsgruppen, die während der Schwangerschaft mit der erkrankten Frau in Kontakt kommen, über entsprechendes Handlungs- und Vermittlungswissen verfügen sowie untereinander kooperieren (z.B. Austausch zwischen Gynäkologen und Psychiatern) (vgl. Kapitel 7.2). Direkt nach der Geburt sollten die Eltern in ein Netz unterstützender Maßnahmen eingebettet und idealer Weise von einer Familienhebamme<sup>23</sup> begleitet werden. Die Förderung der Bereitschaft und Kompetenz der Eltern zur Übernahme von Verantwortung für ihr Kind steht dabei im Vordergrund.

Im Falle einer stationären Aufnahme der Mutter sollte immer die Mitaufnahme des Kindes in Erwägung gezogen werden (vgl. Kapitel 6.3.1). Wünschenswert ist die regelhafte Einrichtung von Mutter-Kind Einheiten in Kliniken, angeschlossen an allgemeinpsychiatrische Stationen. Damit diese Möglichkeit mehr Verbreitung findet, ist eine regelmäßige Finanzierung der zusätzlich erbrachten Leistungen bei der Mutter-Kind-Behandlung erforderlich. Ob eine gemeinsame Unterbringung von Mutter und Kind sinnvoll ist, muss stets im Einzelfall überprüft werden. Die Mitaufnahme darf nicht zu einer Instrumentalisierung der Kinder führen. Sie dürfen nicht nur aufgenommen werden, um den Gesundungsprozess der Mutter positiv zu beeinflussen. Eine gemeinsame Unterbringung ist daher nur dann sinnvoll, wenn auch für die Kinder eine adäquate pädagogische und ggf. auch psychologische Betreuung gewährleistet werden kann. Sinnvoll ist daher, das Klinikpersonal im Umgang mit Kindern (z.B. Säuglings- und Kinderpflege, Sensibilisierung für Frühwarnzeichen) zu qualifizieren und fortzubilden. Sinnvoll wäre auch die Bereitstellung eines klinikinternen „Kinderexperten“. Dieser Mitarbeiter sollte sich über Fortbildungen entwicklungspsychologisches Wissen und spezielles Wissen beispielsweise über Belastungen der Kinder und Frühwarnzeichen aneignen. Zudem muss er über methodisches Wissen verfügen, wie man vor allem mit

---

<sup>23</sup> Familienhebammen sind staatliche examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation, deren Tätigkeit die Gesunderhaltung von Mutter und Kind fördert. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auf der psychosozialen, medizinischen Beratung und Betreuung von Risikogruppen durch aufsuchende Tätigkeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Berufsgruppen ([www.familienhebamme.de](http://www.familienhebamme.de), 29.01.2007).

kleineren Kindern spricht, Beziehungen zu ihnen aufbaut und wie man speziell Säuglinge in ihrer Entwicklung fördern kann. Dieser Experte sollte sowohl Ansprechpartner für Patienten als auch für Klinikmitarbeiter sein, wenn es um spezielle Fragen und Anliegen im Zusammenhang mit den Kindern geht.

Außerdem sollte die räumliche Gestaltung für die Mitaufnahme und Besuche eines Kindes weiter ausgebaut werden. So bedarf es z. B. in den vorgesehenen Zimmern eine kindgerechte Ausstattung mit Wickeltisch, Spielsachen, Kinderbett etc. Darüber hinaus sollten auch Spielzimmer in der Klinik integriert und entsprechend kindgerechtes Außengelände (z. B. Spielplatz) gestaltet werden.

Nach einem stationären Aufenthalt ist eine weit reichende familienorientierte Nachsorge notwendig. Diese bedarf vor allem einer interdisziplinären Vernetzung mit dem ambulanten medizinischen, therapeutischen und sozialarbeiterischen Helfersystem.

#### **7.1.4 Förderung sozialer Ressourcen**

Die Depression des Vaters oder der Mutter stellt für die Familie und besonders für die Kinder eine Krise dar, in der sie häufig über zu wenige soziale Ressourcen als Puffer verfügen. Die Familien leben oftmals sozial zurückgezogen, aufgrund der Tabuisierung ist es den Kindern kaum möglich, außerhalb der Familie vertrauensvolle Ansprechpartner zu finden. Kinder depressiver Eltern benötigen jedoch besonders verlässliche Interaktionen und Akzeptanz in ihren sozialen Beziehungen sowie Modelle stabiler und strukturgebender Verhaltensweisen, die ihnen Sicherheit vermitteln.

Die Möglichkeiten der Förderung und Stärkung sozialer Ressourcen erweisen sich daher als wichtiger Ansatzpunkt in der gesundheitsfördernden Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern. Eine stabile, vertrauensvolle Beziehung zu einer Person stellt eine der wichtigsten Bewältigungsressourcen für diese Kinder dar (vgl. Kapitel 4.3.2). Auch den Kontakten zu Peers werden aus entwicklungspsychologischer Sicht eine wichtige Bedeutung bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben- und Problemen zugeschrieben (vgl. Backes, 2003, S. 177).

Spezielle Gruppenangebote für Kinder psychisch kranker Eltern, wie z.B. die AURYN-Gruppen in Hamburg (vgl. Kapitel 5.1) bieten neben der Förderung personaler Ressourcen einen idealen Rahmen, Peer-Kontakte anzustoßen. Vor allem für ältere Kinder und Jugendliche eröffnen sich dadurch neue Unterstützungsmöglichkeiten. Die Erfahrung, kein



Einzelchicksal zu erleiden, sondern Gleichaltrige mit ähnlichen oder gleichen Problemen kennen zu lernen, ist besonders entlastend für die Kinder. Die professionellen Helfer sollten dabei vermehrt entstehende Solidaritätsimpulse der Kinder aufgreifen, die sich aus ähnlichen Lebenssituationen der Kinder ergeben, Wünsche nach Gemeinsamkeiten verbalisieren und gemeinsame Interessen stärken (vgl. Lenz, 2005).

Allerdings darf nicht vergessen werden, dass die Angebote in der Regel begrenzt sind. Demnach muss die Zeit nach Abschluss der Angebote gut mit den Kindern und auch den Eltern vorbereitet werden. Es ist notwendig, spezielle Nachsorgeangebote (z.B. Nachsorgegespräche, Kindersprechstunde) und Ansätze zur Integration der Kinder in soziale Netzwerke (z.B. Sportverbände, Jugendverbände) in den Konzeptionen strukturell zu verankern. Zudem sollten in den Gruppen die Förderung der Selbsthilfepotentiale forciert werden, d.h. die Kinder müssen dazu motiviert werden, auch über das Gruppenangebot hinaus die Kontakte, gemeinsame Freizeitaktivitäten und Gesprächsmöglichkeiten im Alltag weiterzuverfolgen und zu intensivieren.

Spezielle Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern sind für den Ausbau personaler und sozialer Ressourcen notwendig und sinnvoll, allerdings ist auch die Alltagsnormalisierung für diese Kinder von besonderer Bedeutung: *„Die Erfahrung von Normalität in alltäglichen Kontakten, erwartbare und durchschaubare Reaktionen auf eigenes Verhalten, affektive Verlässlichkeit und Transparenz erhöhen die Sicherheit der Kinder, ihren eigenen Wahrnehmungen und Entscheidungen zu vertrauen.“* (Koch-Stoecker, 2006, S. 60) Die Kinder benötigen nicht nur Ansprechpartner mit denen sie über die psychische Erkrankung des Elternteils reden können, sondern auch Zuhörer, denen sie ihre Alltagssorgen und Erlebnisse mitteilen können. Das Miteinbeziehen von nachbarschaftlichen oder ehrenamtlichen Unterstützungsformen stellt einen wichtigen Aspekt der Normalisierung und der Veralltäglichung für die Kinder und deren Familien dar. Die Übernahme einer Patenschaft (vgl. Kapitel 6.2) ist eine gute Möglichkeit auch außerhalb eines institutionellen Settings vertrauensvolle Netzwerke zu schaffen. Paten können eine entscheidende Kompensationsfunktion übernehmen- sowohl im Hinblick auf direkte Unterstützungsleistungen als auch im Hinblick auf ein positives Modellverhalten für die Kinder und die Eltern. In Übereinstimmung mit der Ottawa Charta kann auf diese Weise die psychische Gesundheit der Kinder im Alltag und ihrer Lebenswelt gefördert werden.

Auch Bildungs- und Erziehungseinrichtungen kommt bei der Alltagsnormalisierung betroffener Kinder ein besonderer Stellenwert zu. Häufig sind Schule und Kita die einzigen außerfamiliären Settings, in denen sich Kinder psychisch kranker Eltern aufhalten.

Diese Settings schaffen einen Rahmen, in dem die Kinder positive Peer- und Freundschaftserfahrungen sowie unterstützende Beziehungen zu Erwachsenen außerhalb der Familie aufbauen können. Für Kinder psychisch erkrankter Eltern können Kita und Schule wichtige Orte für persönliche Zuwendung und für die Bestätigung eigener Fähigkeiten darstellen. Außerdem kann durch Kontinuität und Struktur innerhalb der Einrichtungen Sicherheit vermittelt und gefördert werden, was zur Ausbildung des Kohärenzgefühls notwendig ist. Darüber hinaus können Bildungs- und Erziehungseinrichtungen frühzeitig, kontinuierlich und umfassend die Kinder für besondere Risiken in ihrer Lebensumwelt stärken und sie bei der Bewältigung schwieriger Lebensumstände unterstützen.

Bildungs- und Erziehungseinrichtungen haben also eine übergeordnete Funktion in der Vermittlung wichtiger Basiskompetenzen. Sie verfügen über einen direkten Zugang zu einer hohen Anzahl von Kindern und können somit fast alle Kinder im Sinne der Gesundheitsförderung als auch spezielle Risikogruppen im Sinne der Primärprävention erreichen. Die Verankerung des Themas „Resilienz“ sowie die Vermittlung eines ganzheitlichen Verständnisses von Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Ausbildungsplänen von pädagogischen Fachkräften sind daher notwendig. Darüber hinaus bedarf es Qualifizierungsangebote für diese Berufsgruppen, v. a. im Hinblick auf die Früherkennung, Wahrnehmung und Beobachtung von Entwicklungsrisiken.

Um Lehrer und Erzieher auf die spezielle Problematik von Kindern psychisch kranker Eltern aufmerksam zu machen, müssen gezielte Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten werden. Dieser wichtige Aspekt wird im folgenden Kapitel aufgenommen (siehe Kapitel 7.3).

## **7.2 „Vermitteln und Vernetzen“**

Obwohl Kinder psychisch kranker Eltern immer mehr als betroffene Angehörigengruppe wahrgenommen werden, fehlen noch immer ausreichend Angebote und Maßnahmen für diese Zielgruppe. Dieses Defizit ist nicht nur auf mangelnde finanzielle und personelle Ressourcen zurückzuführen, sondern vielmehr auf Kommunikationsstörungen und nicht

ausreichende Kooperationen zwischen Institutionen und Handelnden (vgl. Lenz, 2005; Schone & Wagenblass, 2006). Folge davon ist, dass die betroffenen Kinder noch allzu oft durch die Netze der Hilfesysteme fallen und erst in Krisensituationen Unterstützung erfahren.

Aufgrund der komplexen Problematik der betroffenen Familien ist ein Hilfesystem allein nicht in der Lage, die fehlenden Ressourcen zu kompensieren oder zu aktivieren und die notwendige Unterstützung zu gewährleisten. Um angemessene und umfangreiche Hilfen anbieten zu können, bedarf es einer interdisziplinären Handlungsperspektive, in der das Wissen und die Kompetenzen aus Gesundheits-, Bildungs- und Sozialeinrichtungen miteinander verknüpft werden (Schaffung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik). Je besser diese interdisziplinäre Kooperation gelingt, umso effektiver kann die Hilfe gestaltet werden. Es ist daher unerlässlich, Berufsgruppen die mit dem Thema konfrontiert werden, zu vernetzen sowie für die Thematik zu sensibilisieren und weiterzubilden. Primäres Ziel dabei ist ein frühes zeitgleiches, gemeinsam abgestimmtes Handeln der Helfersysteme zu ermöglichen.

### **7.2.1 Kooperation als Voraussetzung wirksamer Hilfeleistung**

Kooperation stellt eine wichtige Handlungsstrategie dar, die jedoch nicht einfach nebenbei umgesetzt werden kann. Pluto, van Santen und Seckinger (2006) betonen, dass eine dauerhafte Kooperation nur dann funktionieren kann, wenn die Institutionen und jeweiligen Berufsgruppen Wert darauf legen, in einem Kooperationszusammenhang vertreten zu sein, sich mit Kooperationsinhalten auseinandersetzen und diese zu einem Bestandteil ihrer internen Arbeit machen (Pluto, van Santen und Seckinger, 2006, S. 35). Dafür müssen entsprechende Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Insbesondere zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe sind verbindliche Kooperationsstrukturen erforderlich, da sich in der Praxis die Zusammenarbeit häufig schwierig gestaltet (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S. 153). Die Konflikte dieser beiden Institutionen entstehen vor allem aufgrund der unterschiedlichen Versorgungsaufträge: Die Psychiatrie ist verantwortlich für die Behandlung und Gesundung des kranken Elternteils. Im Mittelpunkt stehen die Bedürfnisse des Patienten. Die Jugendhilfe zielt darauf ab, positive Lebensbedingungen für Kinder, Jugendliche und ihre Familien zu schaffen und in Not- und Krisenzeiten Hilfe und Unterstützung bereit zu stellen. Im Mittelpunkt stehen die Interessen der Kinder und Jugendlichen (ebd.). Das mangelnde Wissen über die

Handlungsaufträge und Möglichkeiten der beiden Systeme erschwert häufig einen konstruktiven Austausch sowie eine gemeinsame Suche nach Lösungen für die betroffenen Kinder und Familien.

Ein erster Schritt zum Aufbau der notwendigen Kooperation ist dabei, dass sich die einzelnen Berufsgruppen und Institutionen über ihre Leistungsfähigkeit und Leistungsgrenzen sowie über Schnittstellen, aber auch sinnvolle Abgrenzungen verständigen (vgl. Pluto, van Santen & Seckinger, 2006). Es wäre sinnvoll, gemeinsame themenbezogene Fortbildungen und Fachtagungen für diese Berufsgruppen zu veranstalten. In diesem Rahmen können sich die einzelnen Fachkräfte mit den Perspektiven anderer Institutionen vertraut machen. Dadurch kann das Verständnis für die jeweils andere Sichtweise verbessert und mögliche Synergieeffekte gefördert werden. Die Psychiatrie muss für die besondere Situation der erkrankten Eltern und für die Belange der Kinder sensibilisiert werden. Die Jugendhilfe benötigt bei der Realisierung von Hilfen den Rückgriff auf psychiatrische Kompetenz. Hierfür bieten sich auch multiprofessionelle Teambesprechungen in regelmäßigen Abständen an (vgl. Lenz, 2005). In diesen Beratungen können dann Einzelfälle einer multidisziplinären Sichtweise zugänglich gemacht werden.

Wünschenswert wären ebenfalls interdisziplinäre Arbeitsgruppen, die einen regelmäßigen Austausch unter den Akteuren, ein besseres Kennenlernen der Zuständigkeiten, Organisationsabläufe und Auftragsstrukturen der jeweils anderen Einrichtung ermöglichen (vgl. Pluto, van Santen & Seckinger, 2006). Die regelmäßigen Treffen fördern zudem die gegenseitige Akzeptanz sowie eine personelle Kontinuität, die für eine dauerhafte Kooperationsverbindung nötig ist (ebd.). Des Weiteren kann in diesen Arbeitsgruppen eine verbindliche Grundlage, z. B. in Form eines Kooperationsvertrages geschaffen werden. Notwendig ist dann auch die gemeinsame Erstellung eines „Kooperationsleitfadens“ der allen Kooperationspartnern eine Orientierung über konkrete Hilfsangebote und Handlungsschritte geben soll.

Wichtige Kooperationspartner für Psychiatrie und Jugendhilfe stellen die sozialpsychiatrischen Dienste (SpD) dar. Sie sind flächendeckend als Regelversorgungsangebot im öffentlichen Gesundheitswesen etabliert und können durch ihre aufsuchende Struktur den Hilfebedarf direkt in der Familie abklären. Deshalb ist der SpD insbesondere im Zusammenhang mit der Entlassung von Eltern aus der stationären Psychiatrie von großer Bedeutung. Effizient wäre dabei zum Beispiel die Qualifizierung eines Mitarbeiters des SpD innerhalb eines Landkreises oder einer Stadt, der Mitarbeiter von Psychiatrie und Jugendhilfe bei Bedarf berät.

### 7.2.2 Fort- und Weiterbildung von Multiplikatoren

Neben den handlungsfeldspezifischen Fort- und Weiterbildungen für Psychiatrie und Jugendhilfe müssen die Berufsgruppen, die im Alltag mit den Kindern zusammentreffen und somit als Multiplikatoren<sup>24</sup> fungieren können, für die Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern sensibilisiert werden. Gemeint sind hier vor allem die Fachleute aus Erziehungs- und Bildungseinrichtungen. Diese werden oftmals mit der schwierigen Familiensituation durch die Verhaltensauffälligkeiten der Kinder konfrontiert, ohne hierauf durch ihre Ausbildung vorbereitet zu sein. Die Belastungen und Irritationen der Kinder wahrzunehmen und ihnen mit Gesprächsangeboten zu begegnen, stellt daher eine große Herausforderung für diese Berufsgruppen dar.

Aber auch niedergelassene Psychiater, Haus- und Kinderärzte, Gynäkologen und Hebammen sowie Tätige in der Sozialen Arbeit können mit betroffenen Familien konfrontiert werden. Diese Fachleute sollten ebenfalls befähigt werden, eine kompetente Erstberatung betroffener Kinder und Familien durchzuführen. Neben der Sensibilisierung für die Thematik ist dabei auch ein entsprechendes Handlungswissen erforderlich, d.h. die wahrnehmende Person muss wissen, welche Unterstützungsmaßnahmen in diesen Fällen hilfreich sein können. Erst wenn diese Berufsgruppen verstärkt auf die Problematik vorbereitet werden und entsprechende Lösungsschritte vermittelt bekommen, können sie Aufklärungsarbeit leisten, Unterstützungs- und Hilfsmöglichkeiten anbieten oder an solche weitervermitteln. Wünschenswert wären daher regelmäßige themenspezifische Fort- und Weiterbildungsseminare sowie die Integration des Themas in die Ausbildungen der unterschiedlichen Disziplinen.

### 7.3 „Anwaltschaft für Gesundheit“

Gesundheitsförderung bei Kindern psychisch kranker Eltern heißt auch, anwaltschaftlich für sie und ihre Familien einzutreten: „Gerade die Kinder sind auf die Unterstützung anderer Menschen angewiesen, die stellvertretend für sie auf ihre Situation aufmerksam

---

<sup>24</sup> Multiplikatoren der Gesundheitsförderung können Berufsgruppen und Institutionen des Gesundheitswesens, der Sozialen Arbeit, der Pädagogik oder Massenmedien sein. Auch Angehörige der Zielgruppe können als Multiplikatoren wirken (vgl. Lehmann & Sabo, 2003).

machen und sich für ihr Recht nach Unterstützung öffentlich einsetzen.“ (Schone & Wagenblass, 2006, S. 223).

Akteure der Gesundheitsförderung, die mit dem Thema konfrontiert werden, sollten den Bedarf an Fortbildungen und an Beratungs- und Unterstützungsangeboten für Betroffene deutlich machen und in den entsprechenden politischen Gremien Einfluss nehmen. Sie haben die Möglichkeit, anwaltschaftlich für die Interessen Betroffener einzutreten und auf politische Entscheidungen, wie z. B. auf die Vergabe von finanziellen Mitteln für Beratungsstellen, Einfluss zu nehmen. „Anwaltschaft für Gesundheit“ bedeutet in diesem Sinne auch die Schaffung eines gesellschaftlichen Klimas, in dem Menschen mit psychischen Erkrankungen leben können, ohne Ausgrenzung und Zurückweisung befürchten zu müssen. Tätige in der Gesundheitsförderung können die Darstellung und den Umgang mit dem Thema in der Öffentlichkeit beeinflussen, indem sie für einen kompetenten und sensiblen Umgang eintreten und somit der Stigmatisierung und Tabuisierung entgegenwirken. Auf diesen wichtigen Aspekt und die damit verbundenen Empfehlungen soll im Folgenden näher eingegangen werden.

### Öffentlichkeitsarbeit

*„Stigmatisierung ist eines der schwerwiegendsten Probleme, die Menschen mit schweren psychiatrischen Störungen erleben. Sie beeinträchtigt ihre Selbstachtung, trägt dazu bei, dass Familienbeziehungen zerbrechen, und wirkt sich negativ auf die Fähigkeit zur Anknüpfung sozialer Beziehungen, auf Wohnungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten aus.“ (WHO, 2006, S. 39)*

In jüngster Zeit werden die Themen „psychische Gesundheit“ bzw. „psychische Erkrankungen“ zunehmend diskutiert. Das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ hat bislang jedoch nur wenig Aufsehen in der Öffentlichkeit erregt. Um den Kindern in dieser schwierigen familiären Situation zu helfen, ist es wichtig, dass man ihre Problematik ins Bewusstsein der Öffentlichkeit rückt. Die Öffentlichkeit muss erfahren, dass psychische Erkrankungen meistens kein Einzelschicksal sind, sondern dass ganze Familien und besonders die Kinder mit betroffen sein können. Mittels gezielter Aufklärung kann zudem Vorurteilen und Unsicherheiten im Umgang mit psychisch Kranken und der damit verbundenen Gefahr der gesellschaftlichen Ausgrenzung entgegengewirkt werden.

Das Bild von psychisch kranken Menschen wird wesentlich durch Fernsehen, Presse, Nachrichten und Filme geprägt. Maßnahmen zur Reduzierung von Stigmatisierung umfassen Medienkampagnen wie z.B. Plakataktionen, Kinospots oder

Fernsehdokumentationen. Auch öffentliche Aufklärungskampagnen wie z.B. Gesundheitstage zur seelischen Gesundheit sowie zielgruppenspezifische Aufklärungskampagnen für z.B. Journalisten, Schüler, Lehrer etc. müssen vermehrt organisiert werden. Bei der Durchführung von Veranstaltungen könnten z.B. Erfahrungen des Hamburger Vereins „Irre menschlich“ e.V. (Verein zur Öffentlichkeitsarbeit im Bereich psychische Erkrankungen) genutzt werden. Dieser Verein hat es sich unter anderem zur Aufgabe gemacht, Journalisten und andere Medienvertreter in der Darstellung von psychisch kranken Menschen zu beraten. Die Mitarbeiter haben einen Service für Medienvertreter eingerichtet und wollen damit eine verzerrte, stereotypisierte Darstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Medien verhindern ([www.irremenschlich.de](http://www.irremenschlich.de), 12.01.2007).

Neben Aufklärung und Information durch die Medien, ist der persönliche Kontakt zu Menschen mit einer psychischen Erkrankung von zentraler Bedeutung: *„Die persönliche Botschaft der Experten in eigener Sache und der Begegnung mit ihnen wird die größte Überzeugungskraft zugeschrieben.“* (Bock et al., 2003, S. 33) Eine wichtige Grundlage in der Öffentlichkeitsarbeit sollte daher der persönliche Kontakt zu Betroffenen und Angehörigen sein, die über ihre subjektiven Erfahrungen im Umgang mit und im Erleben der psychischen Erkrankung berichten. Die direkte Begegnung, auch mit Angehörigen und professionell Tätigen kann helfen, Vorurteile zu entkräften und Ängste abzubauen.

Die gezielte Aufklärungsarbeit an Schulen ist ebenfalls ein wichtiger Baustein, um zur Enttabuisierung der Thematik beizutragen und sollte an allen Schulen etabliert werden. Gerade die Schule bietet die Chance, junge Menschen darüber zu informieren, was psychische Erkrankungen sind, wie sie tatsächlich von den betroffenen Menschen erlebt werden und welche Mythen über sie in der Gesellschaft existieren. Die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung auf Angehörige und vor allem auf Kinder sollten dabei gleichermaßen thematisiert werden. Auch hier kann auf Konzepte des Vereins „Irre menschlich“ e.V. zurückgegriffen werden. Mittels eines Faltsblatts werden Schüler und Lehrer angesprochen, das Thema „Anderssein, Verrücktheit und psychische Erkrankung“ im Unterricht zu behandeln und zu diskutieren. Die Lehrkräfte werden von Fachleuten des Vereins beraten und mit einer ausführlichen Informationsmappe und Materialien versorgt. So können die Lehrer ein auf ihr Fach und auf das Alter der Schüler abgestimmtes Vorgehen wählen. Schwerpunkt der Unterrichtseinheit, Projektwoche oder Sonderveranstaltung ist in der Regel der Besuch von Menschen mit persönlicher

Erfahrung, die sich konstruktiv mit ihrer psychischen Erkrankung auseinandergesetzt haben ([www.irremenschlich.de](http://www.irremenschlich.de), 12.01.2007).

In diesen Veranstaltungen sollten die Schüler zudem motiviert werden, sich über die eigene seelische Verletzbarkeit auszutauschen und Bewältigungsmöglichkeiten zu diskutieren.



## IV Schlussbetrachtung

In dieser Arbeit wurde deutlich, dass sich eine psychische Erkrankung eines Elternteils in vielfacher Weise auf die seelische Entwicklung der Kinder auswirken kann. Es wurde jedoch auch festgestellt, dass die psychische Erkrankung nicht immer der zentrale Belastungsfaktor für die betroffenen Kinder darstellt. Vielmehr können auch andere familiäre Risikofaktoren wie z.B. Trennungen der Eltern oder Arbeitslosigkeit die unmittelbaren Krankheitsfolgen überlagern. Die erfahrenen Belastungen der betroffenen Kinder können somit direkt aus der Erkrankung, indirekt aus den Begleiterscheinungen oder aus allgemeinen krankheitsunabhängigen Konfliktlagen der Familie resultieren. Für das Verstehen der Lebenswelten dieser Kinder ist es deshalb wichtig, dass Fachleute stets den gesamten familiären Kontext im Blick haben und nicht linear auf die Erkrankung des Elternteils fixiert sind.

Es zeigte sich auch, dass nicht alle betroffenen Kinder mit Entwicklungsstörungen oder psychischen Auffälligkeiten reagieren. Ein Teil der Kinder kann die schwierige familiäre Situation mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen bewältigen. Die Ergebnisse der Resilienzforschung liefern entscheidende Anhaltspunkte dafür, welche Basiskompetenzen und Unterstützungsleistungen Kinder brauchen, um sich trotz dieser belastenden Familiensituation gesund entwickeln zu können. Kinder psychisch kranker Eltern in diesen grundlegenden Fähigkeiten frühzeitig zu stärken, ist notwendiger Bestandteil zukünftiger und bestehender Angebote für diese Zielgruppe.

Die Fachöffentlichkeit ist zwar in den letzten Jahren stärker auf die Kinder psychisch kranker Eltern aufmerksam geworden, es fehlen aber noch weitgehend geeignete präventive Hilfestellungen für diese Kinder und ihre Familien. Oft erhalten die Betroffenen erst in Krisensituationen entsprechende Unterstützung.

Obwohl die vorgestellten Handlungsansätze in Hamburg überwiegend positiv bewertet werden können, ist man von einer flächendeckenden Umsetzung präventiver Angebote nach wie vor weit entfernt. Dies ist einerseits darauf zurückzuführen, dass psychisch Kranke und ihre Familien öffentliche Hilfe nur in geringem Maße in Anspruch nehmen und der Zugang zu den betroffenen Familien nur schwer zu finden ist. Andererseits erschwert die mangelnde Kooperation und Vernetzung der Helfersysteme die Bereitstellung umfassender Unterstützungsleistungen. Daher ist es unabdingbar, eine

entsprechend niedrigschwellige und flexible Infrastruktur geeigneter Hilfs- und Unterstützungsangebote zu schaffen.

Die Tabuisierung psychischer Erkrankungen und die noch immer bestehende Stigmatisierung psychisch Erkrankter in der Öffentlichkeit sind weitere Aspekte, die es zu beachten gilt. Die Hemmschwelle Betroffener, sich Hilfe und Unterstützung zu suchen, kann durch diesen unsensiblen Umgang mit dem Thema noch weiter verstärkt werden. Akteure der Gesundheitsförderung müssen diesem Prozess entgegensteuern, indem sie sich anwaltschaftlich für die Interessen der Betroffenen einsetzen. Offenheit im Umgang mit Betroffenen ist ein wichtiger Punkt, um den Teufelskreis aus Tabuisierung, Isolation und Angst zu durchbrechen.

Die Herausforderung für die Gesundheitsförderung besteht darin, die betroffenen Familien frühzeitig zu erreichen und die Kinder bei einer gesunden seelischen Entwicklung zu unterstützen. Hier schließe ich mich dem Zitat der Kinder- und Jugendpsychiaterin Christiane Deneke an: „*Besser früh betreuen als spät behandeln.*“ (Deneke, 2004b)

Akteure der Gesundheitsförderung können dabei eine Beratungs- und Unterstützungsfunktion übernehmen und direkt mit den betroffenen Kindern und Eltern arbeiten. Sie können aber auch indirekt tätig werden, indem sie als Multiplikatoren fungieren und anwaltschaftlich für die Interessen der betroffenen Familien in der Öffentlichkeit und gegenüber anderen Berufsgruppen eintreten. Grundsätzlich gilt: Will man die Kinder auf der Verhaltensebene stark machen, müssen auch die Strukturen und Rahmenbedingungen auf der Verhältnisebene verbessert werden.

Im Folgenden sollen die zentralen Handlungsempfehlungen und Maximen für die Gesundheitsförderung bei Kindern psychisch kranker Eltern hervorgehoben werden:

- Es ist erforderlich, dass betroffene Kinder altersgemäß über die Erkrankung des Elternteils aufgeklärt, sowie in die Behandlung des kranken Elternteils mit einbezogen werden. Die entsprechenden Maßnahmen müssen dabei an den individuellen Bedürfnissen der Kinder ausgerichtet sein.
- Für Kinder und Jugendliche müssen Redeangebote und Erfahrungsräume außerhalb der Familie geschaffen werden. Hier steht vor allem die Förderung sozialer Ressourcen im Vordergrund.
- Es bedarf niedrigschwelliger Angebote für betroffene Kinder und ihre Familien. Der Grundsatz dabei lautet: Die Menschen dort erreichen und unterstützen, wo ihre Probleme entstehen und wo sie ihren Alltag leben.

- Der Aufbau und die Implementierung eines Netzwerkes (wie z.B. der Verein SeelenNot in Hamburg) für Kinder psychisch kranker Eltern sollte gefördert werden.
- Um effizient arbeiten zu können, bedarf es der Entwicklung bzw. Etablierung von familienorientierten Vernetzungskonzepten von Psychiatrie und Jugendhilfe mit anderen psychosozialen, medizinisch- gesundheitlichen sowie mit Bildungs- bzw. Erziehungseinrichtungen.
- Es ist wichtig, durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit die Interessen der Betroffenen nach außen zu tragen und anwaltschaftlich zu vertreten. Akteure der Gesundheitsförderung sollten zur Enttabuisierung des Themas beitragen. Außerdem müssen Vorbehalte gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung weiter abgebaut werden.
- Es ist unabdingbar, Berufsgruppen, die im Alltag mit den Kindern zusammentreffen können, für die Problematik zu sensibilisieren und ihnen entsprechendes Handlungswissen zu vermitteln. Wünschenswert wäre hierfür die Erstellung eines wegweisenden Leitfadens.
- Es ist erforderlich, Konzepte und Materialien zu entwickeln, die für die Multiplikatorenarbeit genutzt und weitergegeben werden können. Außerdem sollten die bestehenden Informationsmaterialien weiter vervielfältigt und kostenlos zur Verfügung gestellt werden.
- Angebote zur frühzeitigen Förderung elterlicher Erziehungskompetenzen für Risikogruppen sollten verstärkt ausgebaut werden (z.B. Familienhebammen).

Die Frage der Finanzierung zur Realisierung dieser Forderungen ist ein grundlegendes Problem. Seitens der (verschiedenen) Kostenträger ist es daher erforderlich, die Zuständigkeiten, vor allem für präventive Angebote zu klären. Um eine kontinuierliche Arbeit zu gewährleisten, sind Jugend- und Sozialhilfe, Landeswohlfahrtsverbände und Krankenkassen dazu angehalten, Finanzierungsregelungen zu treffen oder Konzepte der Mischfinanzierung zu erarbeiten und umzusetzen. Darüber hinaus ist zu hoffen, dass präventive Hilfsmöglichkeiten, die sich als effektiv und nützlich erweisen, zukünftig in die regulären Versorgungsstrukturen eingebaut werden. Dafür ist es auch notwendig, dass diese Präventionsmodelle wissenschaftlich evaluiert werden, um Hinweise für ihre Wirksamkeit und Weiterentwicklung zu gewinnen.

Des Weiteren sollte die zukünftige Forschung in diesem Bereich verstärkt die subjektive Perspektive der betroffenen Kinder und Eltern fokussieren – bislang liegen nur wenige

qualitative Studien mit kleinen Stichproben vor (vgl. Sollberger, 2000; Lenz, 2005; Schone & Wagenblass, 2006). Nur so können Fachleute für die Bedürfnisse und Belange der Familien sensibilisiert und Ansatzpunkte für die Entwicklung präventiver Angebote sichtbar gemacht werden. Gerade im Hinblick auf die Ausarbeitung gezielter Präventions- und Interventionsmaßnahmen ist es von besonderer Bedeutung, nicht nur das Vorhandensein psychischer Störungen zu betrachten, sondern vor allem die Wirkungsweise potenzieller Risikofaktoren und Ressourcen für die psychische Gesundheit in die Planung von Programmen mit einzubeziehen (vgl. Mattejat, 2004). Hierfür sollten in weiterführenden Arbeiten entsprechende Erfassungsinstrumente entwickelt werden.

Von Interesse wäre auch eine Befragung darüber, wie spezielle Angebote, Beratungsstellen und Hilfeinrichtungen für Betroffene gestaltet sein müssten, um einen besseren Zugang zur Zielgruppe zu erlangen. Unbedingt erforderlich ist dabei meines Erachtens der besondere Blick auf die Gruppe der sozial Benachteiligten sowie auf die in Deutschland lebenden Migranten.

Angebote der Prävention und Beratung für betroffene Familien finden sich überwiegend in den Metropolen. Es wäre zu überprüfen, ob sich in ländlichen Gebieten Bedarf und Angebot decken. Ist dies nicht der Fall, müssten entsprechende Strukturen geschaffen werden.

Insgesamt erscheint es wichtig, dass sich der Umgang mit dem Thema psychische Gesundheit in der (frühen) Kindheit unter Fachleuten und in der Allgemeinbevölkerung weiterentwickelt. Neben speziellen Angeboten brauchen Kinder psychisch kranker Eltern solange sie selbst keine manifesten Störungen entwickelt haben vor allem Alltagsnormalisierung. Die betroffenen Kinder benötigen Hilfeleistungen, die sie eher nebenbei unterstützen und stärken, ohne ihnen das Gefühl zu vermitteln, selbst nicht ganz gesund zu sein. Hier kommt den Erziehungs- und Bildungseinrichtungen sowie allen Erziehungspersonen eine besondere Bedeutung zu. Die Ergebnisse aus der Resilienzforschung müssen dafür verstärkt in umsetzbare Konzepte für die Praxis nutzbar gemacht werden, um diese in den Alltag der Institutionen integrieren zu können.

Die Förderung psychischer Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen nimmt im Aktionsplan für psychische Gesundheit der WHO (2005) einen zentralen Stellenwert ein. Aufgabe der Politik ist daher, die Umsetzung des Aktionsplans weiter voranzutreiben sowie die Rahmenbedingungen für Prävention und Gesundheitsförderung zu verbessern.

Die steigenden Zahlen depressiver und anderer psychischer Erkrankungen machen meiner Meinung nach ein Aktivwerden unumgänglich. Im Sinne eines gesundheitsförderlichen und präventiven Fokus ist es deshalb dringend erforderlich, sich den Problemlagen von Kindern psychisch kranker Eltern offensiver als bisher anzunehmen. Ich hoffe, dass die Ergebnisse dieser Arbeit einen Beitrag dazu leisten können.

## Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie: Tübingen.
- Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. Jossey-Bass: San Francisco.
- Altgeld, T. & Kolip, P. (2004). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.) (2004). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Hans Huber Verlag: Bern, S. 41-51.
- Althaus, D. (2004). Das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“. Zwischenauswertung eines depressions- und suizidpräventiven Programms nach 12 Monaten Laufzeit. Veröffentlichte Dissertation. Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität: München.
- Arbeitsgemeinschaft der Psychoseminare (2001). „Es ist normal verschieden zu sein!“ Verständnis und Behandlung von Psychosen. Hamburg.
- Backes, H. (2003). Peer Education. In: BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Peter Sabo: Schwabenheim a. d. Selz, S. 176-179.
- Bathe, S. (2004). Die einzige Vertraute. In: Mattejat, F & Lisofsky, B. (Hrsg.). „...nicht von schlechten Eltern“. Kinder psychisch Kranker. 4. Auflage, Psychiatrie Verlag: Bonn, S. 38-43.
- Baumann, A., Gaebel, W. & Zäske, H. (2004). Psychisch Kranke. Stigma erschwert Behandlung und Integration. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 48, A3253-A3256.
- Beardslee, W. & Focht-Birkerts, L. (2000). A Child's Experience of Parental Depression: Encouraging Relational Resilience in Families with Affective Illness. In: Family Process, 39, S. 417-434.
- Beardslee, W. et al. (1997). Examination of Children's Responses to Two Preventive Intervention Strategies Over Time. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, S. 196-204.
- Beardslee, W. et al. (1996). Response of Families to Two Preventive Intervention Strategies: Long-Term Differences in Behavior and Attitude Change. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, S. 774-782.
- Beckmann (2006, 2007), Telefon- und E-Mailkontakte mit der Verfasserin, Dezember 2006; Februar 2007.
- Bender, D. & Lösel, F. (1998). Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- versus pathogenetische Ansätze. In: Margraf, J., Siegrist, J. & Neumer, S. (Hrsg.). Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen. Springer: Berlin, S. 117-145.
- Bern, K. (2004). Eine beängstigende Krankheit. In: Mattejat, F & Lisofsky, B. (Hrsg.). „...nicht von schlechten Eltern“. Kinder psychisch Kranker. 4. Auflage, Psychiatrie Verlag: Bonn, S. 12-25.
- Bettge, B. (2004). Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Charakterisierung, Klassifizierung und Operationalisierung.

Veröffentlichte Dissertation. Institut der Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität: Berlin.

- Bohus, M. (1998). Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Untersuchung zum Problembewusstsein im klinischen Alltag. In: Psychiatrische Praxis, 25, S. 134-138.
- Bock, T. et al. (2003). Antistigmakampagne von unten lebt von dialogischer Zusammenarbeit. In: Kerbe. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie, Heft 3, S. 31-35.
- BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2005). Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht. Gesundheitsförderung Konkret, Band 6, Köln.
- BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert. Erweiterte Neuauflage, Band 6, Köln.
- Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigung e.V. (1997a). Wenn deine Mutter oder Dein Vater in psychiatrische Behandlung muss ... Mit wem kannst Du dann eigentlich reden? Bonn.
- Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigung e.V. (1997b). Wenn deine Mutter oder Dein Vater psychische Probleme hat. Information für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren. Bonn.
- Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigung e.V. (1997c). Wenn eine Mutter oder ein Vater psychische Probleme hat ... Wie geht es dann den Kindern? Bonn.
- Deneke, C. (2004a). Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsprobleme und präventive Ansätze. In: projugend. Zu Hause ist was anders. Kinder psychisch und suchtkranker Eltern. Heft 1, S. 4-9.
- Deneke, C. (2004b). Besser früh betreuen als später behandeln. Erfahrungen einer Kinder- und Jugendpsychiaterin. In: Mattejat, F & Lisofsky, B. (Hrsg.). "...nicht von schlechten Eltern". Kinder psychisch Kranker. 4. Auflage, Psychiatrie Verlag: Bonn, S. 87-91.
- Deneke, C. (2004c). Säuglinge und Kleinkinder mit psychisch kranken Eltern. In: Frühe Kindheit 02/04. Online im Internet: [http://www.liga-kind.de/fruehe/204\\_deneke.php](http://www.liga-kind.de/fruehe/204_deneke.php) (Stand 21.10.2006).
- Deneke, C. & Lüders, B. (2003). Psychisch kranke Eltern und Kleinkinder. Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 3, S. 172-180.
- Deneke, C. (1995). Psychosoziale Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern. In: pro familia magazin. Sexualpädagogik und Familienplanung, 4, S. 5-7.
- Dierks, H. (2001). Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter (AURYN-Gruppen). In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 7, S. 560-568.
- Dinkel-Sieber, S. (2006). „Ich bin gesund!“ Resilienz in Familien mit krankem Elternteil. In: Welter-Enderlin & Hildenbrand (Hrsg.). Resilienz- Gedeihen trotz widriger Umstände. Carl-Auer: Heidelberg, S. 104-119.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2005). Internationale Klassifikation psychischer Störungen in der 10. Revision (ICD-10), Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5. ergänzte Auflage, Huber: Bern.

- Egle, U. T., Hoffmann, S. O. & Steffens, M. (1997). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. In: *Nervenarzt*, 68, S. 683-695.
- Europäische Kommission (2005). Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern- Entwicklung einer Strategie zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. Brüssel.
- Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie*. Kohlhammer: Stuttgart.
- Fingerle, M. (1999). Resilienz- Vorhersage und Förderung. In: Opp, G, Fingerle, M. & Freytag, A. (Hrsg.). *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. Ernst Reinhardt: München, S. 94-98.
- Fischer, M. & Gerster, S. (2005). Vergessen und überfordert. Kinder von psychisch Erkrankten. In: *Neuropsychiatrie*, 19, S. 162-167.
- Franzkowiak, P. (2003). Salutogenetische Perspektive. In: BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Peter Sabo: Schwabenheim a. d. Selz, S. 198-200.
- Freisleder, F.J., Schlamp, D. (2001). Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: Freisleder, F.J., Schlamp, D. & Naber, G. (Hrsg.) (2001). *Depression, Angst, Suizidalität. Affektive Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Zuckschwerdt Verlag: München, S. 1-13.
- Hartmann, H.-P. (2001). Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern und ihren Kindern. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Band 50. S. 537-551.
- Hautzinger, M. & Meyer, D. (2002). *Diagnostik Affektiver Störungen*. Hogrefe: Göttingen.
- Hegerl, U. (2006). Unterschätzte Krankheit. Online im Internet: [http://www.kompetenznetz-depression.de/betroffene/frameset\\_betroffene.htm](http://www.kompetenznetz-depression.de/betroffene/frameset_betroffene.htm) (Stand 15.01.2007).
- Heim, S. (2006). ... und (k)einen Platz für Kinder? Ein „blinder Fleck“ der Angehörigenarbeit in der Psychiatrie. In: Schone, R. & Wagenblass, S. (Hrsg.). *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Soziale Praxis*, Band 21, Juventa: Weinheim, München, S. 73-77.
- Herriger, N. (2006). *Empowerment in der sozialen Arbeit. Eine Einführung*. 3., erweiterte und aktualisierte Auflage, Kohlhammer: Stuttgart.
- Hildenbrand, B. (2006). Resilienz in sozialwissenschaftlicher Perspektive. In: Welter-Enderlin & Hildenbrand (Hrsg.). *Resilienz- Gedeihen trotz widriger Umstände*. Carl-Auer: Heidelberg, S. 20-28.
- Hipp, M. & Steats, S. (2006). Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern KIPKEL. Erfahrungen aus der Praxis. In: Schone, R. & Wagenblass, S. (Hrsg.) (2006). *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Soziale Praxis*, Band 21, Juventa: Weinheim, München, S. 77-88.
- Kaba- Schönstein, L. (2003). Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder- und Strategien. In: BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Peter Sabo: Schwabenheim a. d. Selz, S. 73-78.



- Koch- Stoecker, S. (2006). Zur Wirkung mütterlicher Psychosen auf die Entwicklungspotenziale ihrer Kinder. In: Schone, R. & Wagenblass, S. (Hrsg.) (2006). Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Soziale Praxis, Band 21, Juventa: Weinheim, München, S. 48-65.
- Kolip, P., Glaeske, G., Francke, R. & Kirschner, K. (2003). Prävention und Gesundheitsförderung stärken und ausbauen. Friedrich-Ebert-Stiftung. Gesprächskreis Arbeit und Soziales.
- Laucht, M., Schmidt, M. H. & Esser, G. (2000). Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Frühförderung interdisziplinär, 19, S. 97-108.
- Lazarus, H. (2003). Zum Wohle des Kindes? Psychisch erkrankte Eltern und die Sorgerechtsfrage. In: Soziale Psychiatrie, 3, 22-26.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. Springer: New York.
- Lazarus, R.S., & Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In: Nitsch; J.R. (Hrsg.). Stress - Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Huber: Bern; S. 213–259.
- Lehmann, M. & Sabo, P. (2003). Multiplikatoren. In: BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Peter Sabo: Schwabenheim a. d. Selz, S. 154-156.
- Lenz, A. (2006). Kinder psychisch kranker Eltern. Unterstützungsbedarf und präventive Hilfen. In: Prävention. Schwerpunktheft „Seelische Gesundheit und...“, 01, S. 16-20.
- Lenz, A. (2005). Kinder psychisch kranker Eltern. Hogrefe: Göttingen.
- Lenz, A. & Lenz, S. (2004). Mutter-Kind-Behandlung - ein geschlechtersensibler Behandlungsansatz. Ergebnisse einer katamnestischen Untersuchung. In: Krankenhauspsychiatrie, Band 15, S. 70-76.
- Lüders, B. & Deneke, C. (2001). Präventive Arbeit mit Müttern und ihren Babys im tagesklinischen Setting. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50, Nr. 7, S. 552-559.
- Masten, A.S. (2001). Resilienz in der Entwicklung. Wunder des Alltags. In: Röper, G., v. Hagen, C. & Noam, G. (Hrsg.). Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie. Kohlhammer: Stuttgart, S. 192-219.
- Mattejat, F. (2004). Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen und was zu tun ist. In: Mattejat, F & Lisofsky, B. (Hrsg.). "...nicht von schlechten Eltern". Kinder psychisch Kranker. 4. Auflage, Psychiatrie Verlag: Bonn, S. 66-79.
- Mattejat, F., Wüthrich, C. & Remschmidt, H. (2000). Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. In: Der Nervenarzt, 71, S. 164-172.
- Mattejat, F. (1996). Kinder mit psychisch kranken Eltern- eine aktuelle Standortbestimmung. In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. und Lisofsky, B. (Hrsg.) „Bei uns ist alles anders“ - Auch Kinder sind Angehörige. Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Bonn, S. 9-34.
- Murray, C.J.L. & Lopez, A.D. (2001). The Global Burden of Disease. Vol. 1. Harvard University Press, Harvard, 247-293.

- Oerter, R. (2002). Kindheit. In: Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.). Entwicklungspsychologie. 5., vollständig überarbeitete Auflage, Beltz Verlag: Weinheim, S. 209-255.
- Oerter, R. & Dreher, E. (2002). Jugendalter. In: Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.). Entwicklungspsychologie. 5., vollständig überarbeitete Auflage, Beltz Verlag: Weinheim, S. 258-317.
- Petermann, F./ Kusch, M./ Niebank, K. (1998). Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch. Weinheim, Psychologie Verlags Union, Beltz.
- Pluto, L., van Santen, E. & Seckinger, M. (2006). Kooperation – Verhängnis oder Verheißung? In: Schone, R. & Wagenblass, S. (Hrsg.). Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Soziale Praxis, Band 21, Juventa: Weinheim, München, S. 31-48.
- Pretis, M. & Dimova, A. (2004). Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern. Ernst Reinhardt Verlag: München.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2006). Modul Psychische Gesundheit (BELLA-Studie). In: Robert Koch Institut (Hrsg.). Symposium zur Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Tagungsbericht. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 10, 1057-1058.
- Ravens-Sieberer, U., Schulte-Markwort, M., Bettge, S. & Barkmann, C. (2002). Kinder und Jugendsurvey. Risiken und Ressourcen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In: Gesundheitswesen, 64, Sonderheft 1, S. 88-94.
- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (1994). Kinder psychotischer Eltern. Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung. Hogrefe: Göttingen.
- RKI- Robert Koch Institut (Hrsg.) (2006). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin.
- Scheithauer, H. & Petermann, F. (2000). Frühinterventionen und -präventionen im Säuglings-, Kleinkind- und frühen Kindesalter. In: Petermann, F., Niebank, K. & Scheithauer, H. (Hrsg.). Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. Hogrefe: Göttingen.
- Scheithauer, H. & Petermann, F. (1999). Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Kindheit und Entwicklung, 8, S. 3-14.
- Schmauss, M. (2001). Affektive Störungen im Erwachsenenalter. In: Freisleder, F.J., Schlamp, D. & Naber, G. (Hrsg.). Depression, Angst, Suizidalität. Affektive Störungen im Kindes- und Jugendalter. Zuckschwerdt Verlag: München, S. 14-31.
- Schneewind, K. A. (2002). Familienentwicklung. In: Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.). Entwicklungspsychologie. 5., vollständig überarbeitete Auflage, Beltz: Weinheim, Basel, S. 105-126.
- Schone, R. & Wagenblass, S. (2006). Wenn Eltern psychisch krank sind... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. 2. Auflage, Votum: München.
- Schwarzer, R. (2004). Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie. 3. überarbeitete Auflage, Hogrefe: Göttingen, Bern.
- Seibt, A. (2003). Soziale Lerntheorie/ Sozial-kognitive Theorie. In: BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Peter Sabo: Schwabenheim a. d. Selz, S. 206-208).

- Sielaff, G. (2006/ 2007). Telefon- und E-Mailkontakt mit der Verfasserin im November 2006; Februar 2007.
- Sollberger, D. (2000). Psychotische Eltern- verletzliche Kinder. Zu Identität und Biografie von Kindern psychisch kranker Eltern. Edition das Narrenschiff, Sozialpsychiatrische Texte, 3, Bonn.
- Szylowicki, A. (2006). Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern. In: Schone, R. & Wagenblass, S. (Hrsg.). Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Soziale Praxis, Band 21, Juventa: Weinheim, München, S. 103-118.
- Stark, W. (2003). Empowerment. In: BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Peter Sabo: Schwabenheim a. d. Selz, S. 28-31).
- W., S. (2004). Rollenwechsel. In: Matthejat, F & Lisofsky, B. (Hrsg.). "...nicht von schlechten Eltern". Kinder psychisch Kranker. 4. Auflage, Psychiatrie Verlag: Bonn, S. 25-31.
- Wagenblass, S. (2004). Die schwere Last psychischer Erkrankungen. In: Frühe Kindheit 02/04. Online im Internet: [http://www.liga-kind.de/fruehe/204\\_wagenblass.php](http://www.liga-kind.de/fruehe/204_wagenblass.php) (Stand: 21.10.2006)
- Walsh, F. (2006). Ein Modell familialer Resilienz und seine klinische Bedeutung. In: Welter-Enderlin & Hildenbrand (Hrsg.). Resilienz- Gedeihen trotz widriger Umstände. Carl-Auer: Heidelberg, S. 43-80.
- Weber, A., Hörmann, G. & Köllner, V. (2006). Psychische und Verhaltensstörungen. Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 4, S. 169-172.
- Welter-Enderlin, R. (2006). Resilienz aus Sicht von Beratung und Therapie. . In: Welter-Enderlin & Hildenbrand (Hrsg.). Resilienz- Gedeihen trotz widriger Umstände. Carl-Auer: Heidelberg, S. 7-20.
- Werner, E. (2006). Wenn Menschen trotz widriger Umstände gedeihen- und was man daraus lernen kann. In: Welter-Enderlin & Hildenbrand (Hrsg.). Resilienz- Gedeihen trotz widriger Umstände. Carl-Auer: Heidelberg, S. 104-119.
- Werner, E. (1999). Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: Opp, G, Fingerle, M. & Freytag, A. (Hrsg.). Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. Ernst Reinhardt: München, S. 25-37.
- Werner, E. & Smith, R. (2001). Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery. Cornwell University Press: Ithaca.
- Werner, E. & Smith, R. (1992). Overcoming The Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood. Cornwell University Press: Ithaca.
- WHO- Weltgesundheitsorganisation Europa (2006). Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz. Kopenhagen.
- WHO- Weltgesundheitsorganisation Europa (2005). Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Helsinki. Online im Internet: <http://www.euro.who.int/document/mnh/gdoc07.pdf> (Stand 13.02.2007).
- WHO- Weltgesundheitsorganisation Europa (2003). Psychische Gesundheit in der Europäischen Region der WHO. Faktenblatt EURO/03/03. Kopenhagen, Wien.

---

Online im Internet: <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0303g.pdf> (Stand 22.02.2007).

WHO- Weltgesundheitsorganisation Europa (1986). Ottawa Charta for Health Promotion. International Conference on Health Promotion, Ottawa, Ontario/ Canada, 17.-21.11.1986.

WHO- Weltgesundheitsorganisation Europa (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946. Official Records of the World Health Organization 2, WHO, Kopenhagen.

Wiefel, A. & Lehmkuhl, U. (2004). "Schau mich bitte nicht so an..." Besonderheiten in der frühkindlichen Bindungsentwicklung bei Säuglingen und Kleinkindern von psychisch kranken Eltern. In: Frühe Kindheit 02/04. Online im Internet: [http://www.liga-kind.de/fruehe/204\\_wiefel.php](http://www.liga-kind.de/fruehe/204_wiefel.php) (Stand: 21.10.2006).

Wustmann, C. (2004). Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beltz Verlag: Weinheim.

## **Internetseiten**

[www.askoxford.de](http://www.askoxford.de), 07.02.2007

[www.familienhebamme.de](http://www.familienhebamme.de), 29.01.2007

[www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de), 11.02.2007

[www.irremenschlich.de](http://www.irremenschlich.de), 12.01.2007

[www.netz-und-boden.de](http://www.netz-und-boden.de), 20.12.2006

---

## Danksagung

Die vorliegende Arbeit wurde von Frau Prof. Petra Strehmel und Frau Prof. Christiane Deneke von der Hochschule für angewandte Wissenschaften betreut. Ich danke beiden für ihre fachliche und vor allem konstruktive Beratung sowie für ihre persönliche Unterstützung und Motivation.

Ein spezieller Dank geht an Gyöngyvér Sielaff und die Gruppe „Unterwegs“<sup>25</sup> für ihre Offenheit und spontane Einladung, an ihren Treffen teilzunehmen. Ihre persönlichen Geschichten und der Austausch mit ihnen haben mir einen ganz besonderen Zugang zur Thematik ermöglicht und waren auch unabhängig von dieser Arbeit eine sehr gute Erfahrung für mich. Außerdem danke ich allen weiteren Experten auf diesem Gebiet, die sich für den fachlichen Austausch mit mir Zeit genommen haben.

Für die intensive Unterstützung, konstruktive Kritik, Lob und Änderungsvorschläge danke ich besonders Betti, Matthias, Annette & Co. und all meinen Freunden, die mich in dieser Zeit aufgebaut und unterstützt haben.

Ich danke Sabine und Michael, die mir immer lebhafte Beispiele für „resiliente Menschen“ waren, sind und hoffentlich noch lange bleiben werden.

Ein herzlicher Dank geht an meine Eltern, ohne die mir das Studium und damit auch diese Abschlussarbeit gar nicht möglich gewesen wären.

---

<sup>25</sup> „Unterwegs“ ist eine Selbsthilfegruppe für erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern in Hamburg.

## **Eidesstattliche Erklärung**

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

Hamburg, 28. Februar 2007

Simone Otto

## Anhang

### **Einrichtungen, Projekte und Anlaufstellen zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“**

#### BERLIN

##### **AMSOC e. V. (Ambulante Sozialpädagogik Charlottenburg)**

- Patenschaften für Kinder und Jugendliche psychisch erkrankter Eltern (Modellprojekt)
- „Schöne Zeiten – schlimme Zeiten“ Gruppe/n für Kinder psychisch erkrankter Eltern
- Spezielle Familienhilfe für Kinder psychisch erkrankter Eltern

Wilmsdorfer Str. 135

10627 Berlin

Tel./Fax: 030-3254605

Email: [amsoc@web.de](mailto:amsoc@web.de)

##### **APK Landesverband Berlin e.V.**

Selbsthilfegruppe für erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern

Mannheimer Str.32

10713 Berlin-Wilmersdorf

Tel: 030-863957-03/ -01

##### **Familienforum Havelhöhe**

Gesprächskreis erwachsene Kinder psychisch Kranker Kinder

Kladower Damm 221

14089 Berlin-Spandau

Tel : 0700-00008839

Fax : 0721-151582131

Email: [info@tufz.de](mailto:info@tufz.de)

##### **Netz und Boden - Initiative für Erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern**

Akazienallee 3a

14050 Berlin

Email: [Kontakt@Netz-und-Boden.de](mailto:Kontakt@Netz-und-Boden.de)

**PROWO e.V.**

Projekt Wohnen

Therapeutische Wohnform für psychisch kranke Schwangere und Eltern

Kottbusser Damm 79a

10967 Berlin

Tel: 030-6959770

**Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle Gropiusstadt des DWNO e. V.**

Selbsthilfegruppe für erwachsene Kinder psychiatrisch erkrankter Eltern

Rudower Str. 176

12351 Berlin-Neukölln

Tel : 030-60972104

Fax : 030-609721415

Email: [diakonie-NO-PSKB@web.de](mailto:diakonie-NO-PSKB@web.de)

**Thessa e.V.**

Weidenweg 37

10 249 Berlin

Tel: 030/ 293 688

43 Fax: 030/ 293 688 - 46

Email: [kontakt@Thessa-eV.de](mailto:kontakt@Thessa-eV.de)

**BIELEFELD**

**AWO-Beratungsstelle für Kinder,**

**Jugendliche und ihre Familien**

Gruppenangebot für Kinder eines psychisch kranken Elternteils

Detmolder Str. 280

33605 Bielefeld

Tel: 0521-9216421

**Kinderprojekt Bielefeld**

Gruppenangebot für Kinder eines psychisch kranken Elternteils

Gesundheitsamt / Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst

Nikolaus-Dürkopp-Str. 5-9

33602 Bielefeld

Tel: 0521-516714



## BONN

### **Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V.**

Thomas-Mann-Str. 49a

53111 Bonn

Tel: 0228-632646

### **Rheinische Landeslinik Bonn**

Kaiser-Karl-Ring 20

53111 Bonn

Tel: 0228-5511

Fax: 0228-5512463

## BREMEN

### **PiB Pflegekinder in Bremen gGmbH**

Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern

Bahnhofstr. 28-31

28195 Bremen

Tel.: 0421-9588200

Fax: 0421-95882045

Email: [g.bollwahn@pib-bremen.de](mailto:g.bollwahn@pib-bremen.de)

[k.loetsch@pib-bremen.de](mailto:k.loetsch@pib-bremen.de)

## CHEMNITZ

### **Salus Kinderhilfswerk**

AURYN

Geschäftsstelle Chemnitz

Postfach 11 03

09052 Chemnitz

Tel.: 0371-666918-92

Fax: 0371-666198-93

## CUXHAVEN

### **Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Eltern des Landkreises Cuxhaven**

Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern im Landkreis Cuxhaven

Borriesstr. 48

27570 Bremerhaven

Tel.: 0471-20458

Fax: 0471-20459

Email: [Vtrepte@t-online.de](mailto:Vtrepte@t-online.de)

## DARMSTADT

### **Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle Caritasverband Darmstadt e. V.**

Kinderprojekt

Tel.: 06151-609618

### **Sozialpsychiatrischer Verein Darmstadt e. V.**

Kinderprojekt

Tel.: 06151-4979571

## DRESDEN

### **Psychosozialer Trägerverein Dresden e. V.**

Angehörigengruppe für erwachsene Kinder

psychisch kranker Eltern

Gabelsberger Str. 27 a

01309 Dresden

Tel : 0351-440030

e-mail: [wille@ptv-dresden.de](mailto:wille@ptv-dresden.de)

## FRANKFURT a. M.

### **Kinderprojekt AURYN**

Bamberger Hof

Kelsterbacher Str. 14

60528 Frankfurt am Main

Tel: 069-6780020

**Kinderprojekt AURYN**

Zobelstr. 11

60316 Frankfurt

Tel: 069-40586513

**Waisenhaus - Stiftung des öffentlichen Rechts**

Gruppe für erwachsene Kinder psychotischer Eltern

Bleichstr. 12

60313 Frankfurt

Tel.: 069-298003-67 und -69

Fax: 069-298003-29

Email: [roswitha.fischer-rosa@waisenhausfrankfurt.de](mailto:roswitha.fischer-rosa@waisenhausfrankfurt.de)

**FÜRTH****Wohnheime Frühlingsstraße**

Betreutes Wohnen für jugendliche Schwangere und Mütter sowie psychisch kranke Frauen

Frühlingsstr. 17-18

90765 Fürth

Tel: 0911-9799660

Fax: 0911-97996640

**GÖTTINGEN****Kontakt, Information und Beratung im Selbsthilfebereich (KIBIS) im Gesundheitszentrum Göttingen**

Albanikirchhof 4-5

37073 Göttingen

Tel.: 0551-486766

Email: [gesundheitszentrum-goe@t-online.de](mailto:gesundheitszentrum-goe@t-online.de)

**HAAN****KIPKEL**

Präventionsangebot für Kinder psychisch kranker Eltern

Zentrum für Kindertherapie

Walderstr. 5-7

42781 Haan

Tel.: 02129-346970

## HANNOVER

### **AANB e. V. (Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker)**

Selbsthilfegruppe erwachsener Kinder psychisch kranker Eltern Hannover

Wedekindplatz 3

30161 Hannover

Tel.: 0511-5106740

Email: [kiratill@gmx.de](mailto:kiratill@gmx.de)

## HAMBURG

### **AURYN-Gruppe**

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters, UKE

Martinistr. 52

20246 Hamburg

Tel: 040-47176770

### **Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Sozialpsychiatrische Psychosen Ambulanz**

„Unterwegs“ Gruppe für erwachsene Kinder psychisch erkrankter Eltern

Martinistr. 52

20246 Hamburg

Tel: 040-428033236

### **Wohnprojekt Harburg**

Ambulante Hilfen für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder

Jugendhilfezentrum des Ev.-luth. Gesamtverbandes Hamburg-Harburg

Schlossmühlendamm 1

21073 Hamburg

Tel: 040-7901890

Fax: 040-79018999

Email: [info@margaretenhort.de](mailto:info@margaretenhort.de); [www.margaretenhort.de](http://www.margaretenhort.de)

### **Sozialpsychiatrische Ambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie UKE**

Angehörigengruppe für erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern

Martinistr. 52

20246 Hamburg

Tel: 040-42803-3236

**Beratungsstelle SeelenNot e.V.**

Bahrenfelder Str. 169  
22765 Hamburg  
Tel: 040-39109050

**PFIFF e.V.**

Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern  
Holsteinischer Kamp 80  
22081 Hamburg  
Tel: 040-291284  
Fax: 040-41098489  
Email: [Pfiff.e.v@t-online.de](mailto:Pfiff.e.v@t-online.de)

**Sozialtherapeutische Kindergruppe Windlicht Margaretenhort**

Schlossmühlendamm 1  
21073 Hamburg  
Tel: 040-7901890  
Fax: 040-79018999  
Email: [info@margaretenhort.de](mailto:info@margaretenhort.de); [www.margaretenhort.de](http://www.margaretenhort.de)

**Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder und Jugendalters**

Spezialambulanz für psychisch kranke Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern  
Martinstr. 52  
20246 Hamburg  
Tel.: 040-42803-2215 oder -4226

**HEIDELBERG**

**Universitätsklinikum Heidelberg**

**Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie**

BALANCE Beratungs- und Orientierungsangebot für Kinder psychisch kranker Eltern  
Voßstr. 2  
69115 Heidelberg  
Tel.: 06221-564436 und 0179-8301926  
Email: [Balanceprojekt@web.de](mailto:Balanceprojekt@web.de)

## HEILBRONN

### **Caritas-Zentrum Öhringen**

Für den Landkreis Hohenlohe

Projekt zur Unterstützung Kinder psychisch kranker Eltern

Tel.: 07941-34066

Email: [scherer@caritas-heilbronn-hohenlohe.de](mailto:scherer@caritas-heilbronn-hohenlohe.de)

### **Weinsberger Hilfsverein für psychisch kranke Menschen**

Für den Stadt- und Landkreis Heilbronn

Projekt zur Unterstützung Kinder psychisch kranker Eltern

Tel.: 07131-797920

Email: [weinsberger.hilfsverein@t-online.de](mailto:weinsberger.hilfsverein@t-online.de)

## HILDEN

### **Sozialpsychiatrischer Dienst Hilden**

„Nicht von schlechten Eltern“ - Gruppe für erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern  
Hilden

Kirchhofstr. 33-35

40721 Hilden

Tel.: 02103-2527301

Email: [Heike.Grese-Neuenfeldt@web.de](mailto:Heike.Grese-Neuenfeldt@web.de)

### **KIPKEL**

Präventionsangebot für Kinder psychisch kranker Eltern

Sozialpsychiatrischer Dienst

Kirchhofstr. 35-37

40721 Hilden

Tel: 02103-242055

## INGOLSTADT

### **Erziehungs- und Familienberatung**

„... nicht von schlechten Eltern“ Gruppenangebot für Kinder psychisch kranker Eltern

Psychologische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Familien

Gabelbergstr. 46

85057 Ingolstadt

Tel.: 0841-4903830

Fax: 0841-4903831

Email: [erziehungsberatung.ingolstadt@caritaseichstaett.de](mailto:erziehungsberatung.ingolstadt@caritaseichstaett.de)

## KAISERSLAUTERN

### **Beratungsstelle des Kinderschutzbundes Kaiserslautern**

Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern

Molkestr. 10 b

67655 Kaiserslautern

Tel.: 0631-24044

Fax: 0631-26064

Email: [info@Kinderschutzbund-Kaiserslautern.de](mailto:info@Kinderschutzbund-Kaiserslautern.de)

## KIEL

### **Familienhaus**

Stationäre Unterbringung von psychisch kranken Müttern und ihren Kindern

Marie-Christian Heime e.V.

Rönner Weg 75

24146 Kiel

Tel: 0531-78010

### **Selbsthilfegruppe der erwachsenen Kinder psychisch kranker Eltern des Kieler Fensters**

Alte Lübecker Chaussee 1

24114 Kiel

Tel: 0431-6498030

Fax: 0431-6498019

Email: [g.riederle@kieler-fenster.de](mailto:g.riederle@kieler-fenster.de)

## KÖLN

### **Erziehungsberatungsstelle für Eltern, Jugendliche und Kinder**

KIMM - Kindern Mut Machen Projekt für Kinder psychisch erkrankter Eltern

Rathausstr. 8

51143 Köln

Tel.: 022203-55001

Email: [kimm@caritas-koeln.de](mailto:kimm@caritas-koeln.de)

### **Kinderprojekt Porz**

Gemeinschaftsprojekt Beratungsstelle für Eltern, Jugendliche und Kinder des Caritasverbandes Köln und „Porzer Bürger für psychisch Kranke e.V.“

Rathausstr. 8

51143 Köln

Tel: 02203-55001

### **KölnRing GmbH/WF**

WohnForum Frau-und-Kind-Haus Berg.Gladbacher Str. 812

51069 Köln

Tel: 96846640

Fax: 96847159

### **Rat und Tat e.V.**

Angehörigengruppe für erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern

Kempener Str. 135 im „Worringer Bahnhof“

50733 Köln-Nippes

Tel: 0221-7390734

### **Tagesklinik Alteburger Strasse**

Alteburger Str. 8-12

50678 Köln

Tel:33940

Fax: 3394158

## **LEIPZIG**

### **Kinder-, Jugend- und Familienberatungsstelle Leipzig**

AURYN

Verein Angehöriger und Freunde psychisch Kranker Wege e. V.

Lützener Str. 75, 2. Hinterhaus

04177 Leipzig-Lindenau

Tel.: 0341-4785899

Fax: 0341-4785898

Email: [Wege-Leipzig@t-online.de](mailto:Wege-Leipzig@t-online.de)



## LENGERICH

### **Westfälische Klinik für Psychiatrie**

Stationäre Kinderwohngruppe Kolibri

Parkallee 10

49525 Lengerich

Tel: 05481-120

Fax: 05481-12158

## MANNHEIM

### **Kinderprojekt Mannheim**

Präventives Angebot für Kinder psychisch kranker Eltern

Sozialpsychiatrischer Dienst

C 3, 16

68159 Mannheim

Tel: 0621-397490

Fax: 0621-13659

Email: [spdimannheim@aol.com](mailto:spdimannheim@aol.com)

### **Kinderprojekt Mannheim**

Psychologische Beratungsstelle der ev. Kirchengemeinde Mannheim

C 3, 4-5

68159 Mannheim

Tel: 0621-28000

Fax: 0621-28010

Email: [ev.pb.ma@t-online.de](mailto:ev.pb.ma@t-online.de)

## METTMANN

### **Sozialpsychiatrischer Dienst Mettmann**

„Nicht von schlechten Eltern“ - Gruppe für erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern  
Mettman

Düsseldorferstr. 47

40822 Mettmann

Tel.: 02102-893124

Email: [Monika.Krebs@Kreis-Mettmann.de](mailto:Monika.Krebs@Kreis-Mettmann.de)

## MÜNCHEN

### **Bayerische Gesellschaft für psychische Gesundheit e. V. – BEW Team**

Professionelle Begleitung für seelisch belastete Mütter/Väter und ihre Kinder

Claude-Lorrain-Str. 19

81543 München

Tel.: 089-61465315

Fax: 089-61465320

Email: [geschaeftsstelle@bgfpg.de](mailto:geschaeftsstelle@bgfpg.de)

### **SKF-München / „Haus Monika“**

Intensives betreutes Wohnen für junge, psychisch kranke Mütter und ihre Kinder

Scalpinenstr. 22

81241 München

Tel: 089-8293962023

## REUTLINGEN

### **Oberlin-Jugendhilfeverbund**

Kindergruppe für Jungen und Mädchen psychisch erkrankter Eltern

Oberlinstr. 37

72763 Reutlingen

Tel.: 07121-278549

## SENFTENBERG

### **Sozialpsychiatrischer Dienst**

Gruppenangebot für Kinder

Großenhainerstr. 30i

01968 Senftenberg

Tel: 03573-706956

### **Sozialpsychiatrischer Dienst**

„Kleine Angehörige“ Angebote für Kinder psychisch kranker Mütter

Großenhainerstr. 30i

01968 Senftenberg

Tel: 03573-87043-35

Fax: 03573-87043-10

Email: [enferny@t-online.de](mailto:enferny@t-online.de)

## SINSHEIM

### **KipkE**

Bürgerkreis für psychosoziale Arbeit e.V.  
Beratung und spielpädagogische Angebote  
Am Kirchplatz 12a  
74889 Sinsheim  
Tel:07261-945040

## TRIER

### **AURYN Trier e. V.**

Friedrich-Wilhelm-Str. 29  
54290 Trier  
Tel.: 0651-9461511  
Email: [Auryn-Trier@gmx.de](mailto:Auryn-Trier@gmx.de)

## WESEL

### **St. Josef Haus / SKF e.V.**

Heim für Mutter, Vater und Kind  
Am Birkenfeld 14  
46485 Wesel  
Tel: 0281-952380  
Fax: 0281-9523811

## WITTEN

### **Kinderprojekt FLIPS**

Praxis für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie  
Aufklärungsprogramm für Kinder psychotischer Eltern  
Annenstr. 172  
58453 Witten  
Tel: 02302-60323

WÜRZBURG

**Evangelische Beratungsstelle für Erziehungs-,  
Ehe- und Lebensfragen**

„Gute Zeiten - Schlechte Zeiten“ Gruppen für Kinder mit psychisch belasteten Elternteil  
und

Beratungsangebote für Kinder und ihre Eltern

Stephanstr. 8

97070 Würzburg

Tel: 0931-305010

Fax: 0931-3050130

Email: [ev.beratungsstelle@diakonie-wuerzburg.de](mailto:ev.beratungsstelle@diakonie-wuerzburg.de)