

**Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg**

**Fakultät Wirtschaft und Soziales**

**Department Soziale Arbeit**

# **Intergenerationale Weitergabe depressiver Störungen**

Die Relevanz psychoedukativer Prävention durch Kinderbücher

*Bachelor-Thesis*

Tag der Abgabe: 19.08.2019

Vorgelegt von: Anna-Lea Pape



Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Gunter Groen

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Georg Schürgers

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Depression.....	2
2.1. Symptome und Diagnosen depressiver Störungen.....	3
2.2. Erklärungsansätze für depressive Störungen.....	5
3. Bindungstheorie nach Bowlby.....	7
4. Lebenswelten von Kindern psychisch erkrankter Eltern.....	10
4.1. Belastungsfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern.....	10
4.1.1. Elterliche Erkrankung und familiärer Alltag.....	10
4.1.2. Tabuisierung und fehlende soziale Unterstützung.....	11
4.1.3. Parentifizierung.....	13
4.1.4. Gefühle der Kinder.....	14
4.2. Risikofaktoren für die Entwicklung des Kindes.....	14
4.2.1. Elterliche und familiäre Risikofaktoren.....	15
4.2.2. Risikofaktoren der Kinder.....	16
4.2.3. Psychosoziale Belastungen.....	17
5. Intergenerationale Weitergabe depressiver Störungen.....	17
5.1. Transgenerationalität.....	18
5.2. Übertragungsprozesse.....	20
5.2.1. Genetik.....	20
5.2.2. Verhaltensweisen.....	21
5.2.3. Bindung.....	22
5.2.4. Lebensumstände.....	23
5.3. Mögliche Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung.....	24
6. Resilienz.....	26
7. Psychoedukation.....	28
7.1. Ziele der Psychoedukation.....	29
7.2. Psychoedukation bei Angehörigen.....	29
7.3. Psychoedukation bei Kindern.....	30
8. Methodisches Vorgehen.....	35
8.1. Qualitative Forschung.....	35
8.2. Datenauswertung nach der qualitativen Inhaltsanalyse.....	36
8.3. Bildung von Kategorien mit der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse.....	36
8.4. Besonderheiten von Bilderbüchern.....	37
9. Auswahl und Bestimmung des Ausgangsmaterials.....	38

9.1.	„Mamas Monster“.....	38
9.2.	„Papas Seele hat Schnupfen“.....	39
9.3.	„Sonnige Traurigtage“.....	40
10.	Ergebnisse.....	42
10.1.	Veränderung im Alltag.....	43
10.2.	Tabuisierung.....	44
10.3.	Parentifizierung.....	46
10.4.	Gefühlslage der Kinder.....	46
10.5.	Darstellung der elterlichen Depression.....	48
10.6.	Behandlung und Krankheitsverlauf.....	49
10.7.	Aufklärung / Wissensvermittlung.....	51
11.	Schlussfolgerung.....	53
12.	Literaturverzeichnis.....	58
13.	Eidesstattliche Erklärung.....	62

# 1. Einleitung

„Rike läuft die Treppe hoch zum Schlafzimmer. Vorsichtig macht sie die Tür auf. Mama dreht sich zu Rike um und schaut ganz betrübt. „Was hast du denn Mama? Bist du traurig?“, fragt Rike. Doch die Mama sagt nichts und schließt die Augen wieder. Leise geht Rike aus dem Zimmer und macht die Tür wieder zu. Ob Mama böse auf Rike ist?“ (Mosch 2013, S. 15 ff.)

Pädagogische Fachkräfte sind in Kindergärten, Schulen, stationären Wohngruppen, psychiatrischen Kliniken oder anderen pädagogischen Einrichtungen mit Kindern psychisch erkrankter Eltern konfrontiert. Diese stellen im pädagogischen Alltag häufig eine Herausforderung dar und bedürfen einer besonderen Aufmerksamkeit.

Es wird davon ausgegangen, dass psychische Störungen zu den häufigsten Erkrankungen in der gesamten Bevölkerung gehören. Knapp 40% der Menschen der Europäischen Union sind von einer psychischen Erkrankung betroffen. Depressive Störungen gehören dabei zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und nehmen nicht nur durch ihre hohe Prävalenz eine besondere Relevanz ein, sondern auch aufgrund ihrer schweren Auswirkungen und Beeinträchtigungen für die Betroffenen und deren Angehörigen, insbesondere für die Kinder psychisch Erkrankter (vgl. Leuzinger-Bohleber 2017, S. 14). Aufgrund der elterlichen Depression kommt es zu besonderen Belastungsfaktoren für die betroffenen Kinder. Nicht selten wird die depressive Erkrankung der Eltern an das Kind weitergegeben und das Risiko an einer anderen psychischen Störung zu erkranken ist erhöht. Diese Hochrisikogruppe hat lange Zeit wenig Aufmerksamkeit erfahren, da meist die Behandlung oder Unterstützung bei den erkrankten Eltern oder den bereits auffällig gewordenen Kindern ansetzte. Aufgrund des hohen Entwicklungsrisikos der betroffenen Kinder hat die Aufmerksamkeit im wissenschaftlichen Bereich im Rahmen verschiedener Studien allerdings stark zugenommen. Dies führte dazu, dass in Deutschland präventive und stärkende Maßnahmen auch schon für (noch) nicht auffällige Kinder psychisch kranker Eltern verstärkt angeboten werden. Die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern stellt keine Ausnahmesituation dar. Es kann davon ausgegangen werden, dass psychisch Erkrankte genauso häufig Eltern werden, wie psychisch gesunde Menschen. Knapp drei Millionen Kinder erleben innerhalb eines Jahres in Deutschland einen psychisch erkrankten Elternteil. Bei einer ausgeprägten psychischen Störung müssen Betroffene oft eine stationäre Behandlung in Anspruch nehmen und ihre Kinder bei dem anderen Elternteil, den Partner\*innen, einem Angehörigen oder in die Obhut anderer sozialer Unterstützung, geben. Dies betrifft knapp 175.000 Kinder im Laufe eines Jahres (vgl. Mattejat 2019, S. 3 f.).

Laut des DAK Psychoreports haben die Arbeitsunfähigkeitstage, welche mit einer psychischen Erkrankung begründet wurden, in den letzten Jahren zugenommen. Am häufigsten fehlen Arbeitnehmer\*innen mit der Diagnose einer depressiven Störung. Dies hängt nicht zwangsweise mit einem erhöhten Depressionsaufkommen zusammen, sondern auch mit einer gesellschaftlichen Enttabuisierung psychischer Störungen. Es wird offener mit psychischen Erkrankungen umgegangen, sodass sich mehr Menschen aufgrund ihrer psychischen Erkrankung behandeln lassen (vgl. DAK Gesundheit 2019, S. 7). Diese Entwicklung bietet die Chance auch mit den Belastungsfaktoren von Kindern psychisch erkrankter Eltern offener umzugehen und verstärkt präventive Maßnahmen anzubieten.

Diese Bachelorthesis setzt sich daher zum Ersten mit der Fragestellung auseinander, wie depressive Störungen intergenerational von erkrankten Eltern an ihre Kinder weitergegeben werden. Zum zweiten steht die Frage im Vordergrund inwiefern die Methodik der Psychoedukation - in Form von aufklärenden Bilderbüchern – dazu geeignet ist, die betroffenen Kinder aufzuklären und zu stärken, um das Risiko selbst an einer Depression zu erkranken zu senken. Hierfür wird, um eine Grundlage für die weiteren Ausführungen zu schaffen, das Krankheitsbild der Depression sowie die Bindungstheorie beleuchtet. Daraufhin wird der aktuelle Forschungsstand zur Lebenswelt von Kindern psychisch erkrankter Eltern beschrieben, wobei auf die Belastungs- und Risikofaktoren verstärkt eingegangen wird. In Kapitel 5 wird auf die erste Forschungsfrage nach der intergenerationalen Weitergabe depressiver Störungen und ihrer Übertragungsprozesse eingegangen. Darauffolgend werden für einen gesamten Überblick Resilienzfaktoren von Kindern und Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil beschrieben. Kapitel 7 schließt mit der Beschreibung der psychoedukativen Methodik mit dem theoretischen Abschnitt ab. In Kapitel 8 wird das methodische Vorgehen der Bilderbuchanalyse erläutert und im anschließenden Kapitel werden die ausgewählten aufklärenden Bilderbücher für Kinder psychisch erkrankter Eltern bestimmt und vorgestellt. Kapitel 10 widmet sich dem zweiten Teil der Fragestellung. Hier werden die einzelnen Kategorien dargestellt und hinsichtlich der drei ausgewählten Kinderbücher theoriegeleitet analysiert. Abschließend wird in der Schlussfolgerung Bezug auf die Fragestellung genommen und dargestellt, welche Relevanz Kinderliteratur in der Aufklärung psychischer Erkrankungen einnimmt.

## **2. Depression**

Im Hinblick auf die Fragestellung und einer Betrachtung der Intergenerationalität depressiver Störungen, erweist es sich als relevant, sich mit den Diagnosen, Symptomen und Erklärungs-

ansätzen von Depressionen zu beschäftigen. Depressive Störungen nehmen im Bereich der Volkskrankheiten einen besonderen Stellenwert ein, da sie im Vergleich zu anderen psychischen Störungen wie auch nichtpsychiatrischen Erkrankungen eine hohe Prävalenz aufzeigen (vgl. Laux 2017, S. 1711). So liegt das Risiko im Laufe des Lebens an einer unipolaren Depression zu erkranken bei 10 bis 20% (vgl. Tölle/Windgassen 2014, S. 237). Häufig werden Depressionen nicht sofort entdeckt, sodass sie zum Teil erst spät behandelt werden und schwere Folgen für die Betroffenen sowie auch deren Angehörigen mit sich bringen. Die Gefahr bei einer Depression besteht darin, dass diese nicht nur einmalig im Leben auftritt, sondern sich chronifiziert und rezidivierend auftritt. So erleben ungefähr 50% der depressiv Betroffenen mindestens eine weitere depressive Episode (vgl. Leuzinger-Bohleber, 2017, S. 14). Selbst im Jugendalter ist die Verbreitung von depressiven Symptomen schon recht hoch. Häufig entwickeln sich die depressiven Symptome schon in der späten Kindheit und reichen bis ins Erwachsenenalter (vgl. Essau 2007, S. 47). Depressive Störungen nehmen eine erhöhte Relevanz bei den psychischen Erkrankungen ein, da sie nicht selten in Suizidversuchen oder erfolgreichen Suiziden münden und insbesondere im Jugendalter mit zu den häufigsten Todesursachen gehören (vgl. Ihle et al. 2012, S. 1).

## **2.1. Symptome und Diagnosen depressiver Störungen**

Depressive Störungen gehören zu der Gruppierung der affektiven Störungen, welche charakterisiert sind durch eine Veränderung oder Beeinträchtigung der Grundstimmung, der Affektivität. Die depressive Störung wird in der Internationalen Klassifikation für psychische Störungen ICD-10 sowie im Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen DSM-V definiert. Sie werden unterschieden in unipolare und bipolare depressive Störungen. Die Depression und die Manie äußern sich jeweils in einer entgegengesetzten Richtung. Bei der Depression in einer Niedergeschlagenheit und bei der Manie in Form eines überhöhten Hochgefühls (vgl. Essau 2007, S. 19). Im Rahmen dieser Bachelorarbeit, wird sich im Folgenden ausschließlich auf unipolare Depressionen bezogen.

Die Grundstimmung einer depressiv erkrankten Person verändert sich durch einen Stimmungswechsel sowie Gefühlswechsel, wobei der Beginn einer depressiven Episode meist gekennzeichnet ist durch ein einschneidendes belastendes Erlebnis (vgl. Weltgesundheitsorganisation 2015, S. 159). Zu den Hauptsymptomen einer Depression gehört eine emotionale Niedergeschlagenheit. Die Fähigkeit Freude zu empfinden, sowie sich für Interessen zu begeistern ist beeinträchtigt und der Antrieb gemindert. Weitere typische Symptome sind ein geringeres Selbstwertgefühl, vermehrte Schuldgefühle, eine negative Zukunftserwartung sowie verstärktes Nachdenken über

den Tod oder suizidales Verhalten. Oft gehen auch Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten, der Konzentrationsfähigkeit sowie der Motivation einher. Dies führt wiederum zu Leistungsabfällen in Schule oder Beruf. Zu den klassischen körperlichen Merkmalen gehören ein veränderter Schlafrhythmus und verminderter Appetit (vgl. Weltgesundheitsorganisation 2015, S. 169 f. ; Baierl 2017, S. 216 ; Ihle et al. 2012, S. 1). Außerdem zählen zu den Kernsymptomen ein Gefühl der Leere und Gefühlslosigkeit. Häufig sind Erkrankte nicht mehr in der Lage Traurigkeit, Freude, Liebe oder andere Gefühlsregungen zu empfinden. Betroffene verspüren keine Motivation oder Freude mehr für Tätigkeiten, welche vor Ausbrechen der Erkrankung noch leicht zu bewältigen waren. Nicht selten fühlen sie sich nicht in der Lage alltägliche Aufgaben zu erledigen, was dazu führen kann, dass ein Gefühl der Angst, Pflichten nicht nachkommen zu können, entsteht. Die Bewältigung alltäglicher Aufgaben erscheint unerreichbar. Bei einer starken depressiven Episode kann es auch zu Wahnerleben kommen. Für Außenstehende und nicht Betroffene ist die Symptomatik einer Depression nicht einfühlbar. Selbst Erkrankten fällt es nach einer depressiven Episode zum Teil schwer, sich in das Erlebte zurückzusetzen (vgl. Tölle/Windgassen 2014, S. 238 ff.).

Einige dieser Symptome sind, wohl auch ohne das Erleben einer depressiven Störung, den meisten Menschen in schwierigen Lebensphasen bekannt. Aus diesem Grund ist es wichtig, alltägliche Empfindungen wie Traurigkeit oder Selbstzweifel von depressiven Störungen abzugrenzen. Aufgeführte Symptome werden erst als depressive Störung klassifiziert, wenn

- „- mehrere Symptome gleichzeitig vorliegen,
- diese Symptome eine bestimmte Intensität erreichen und
- über eine gewisse Zeit andauern (mindestens wenige Wochen) sowie
- im Leben der Betroffenen zu Beeinträchtigungen oder Leiden führen“ (Ihle et al. 2012, S. 3).

Depressive Störungen werden unterteilt in einmalig auftretende und rezidivierende (wiederholende) Episoden und sind nach Schweregrad eingeordnet. So ist die Depression im ICD-10 in eine leichte (F32.0), mittlere (F32.1) und schwere (F32.2 oder F.32.3) depressive Episode, ebenso wie die Major Depression im DSM-V in Schweregrade unterteilt. Die rezidivierende depressive Episode (ICD-10 F.33) bzw. die Major Depression mit rezidivierenden Episoden charakterisieren sich durch wiederholte depressive Phasen. Leichte, aber chronisch verlaufende Depressionen sind in der ICD-10 unter F.34 und in dem DSM-V der dysthymen Störungen vermerkt (vgl. Essau 2007, S. 18 f.). Anhand dieser vielseitigen Diagnosen werden die Vielfalt und die möglichen Ausprägungen des Störungsbildes einer Depression deutlich.

Diese Diagnosen depressiver Störungen werden für Erwachsene, Kinder und Jugendliche gleichermaßen genutzt. Es wird davon ausgegangen, dass die Hauptsymptome bei Kindern und Jugendlichen den Symptomen der Erwachsenen gleichen, jedoch je nach Alter unterschiedlich ausgeprägt sind und sich zum Teil anders ausdrücken. Depressive Störungen zeigen sich im Kindesalter vermehrt durch körperliche Beschwerden, Schuldgefühle sowie durch Unruhe und Reizbarkeit. Häufig ist der Antrieb bei Kindern nicht so sehr gemindert wie bei Erwachsenen und es treten eher Verhaltensprobleme wie aggressives Verhalten auf (vgl. Baierl 2017 S. 215; Besson/Ihle 2009, S. 157; Ihle et al. 2012, S. 2). Im DSM-V wurden die Kriterien jedoch leicht für Kinder und Jugendliche angepasst. So muss eine dysthyme Störung bei Erwachsenen mindestens zwei Jahre bestehen, um die Kriterien zu erfüllen. Bei Kindern und Jugendlichen wurde dies auf ein Jahr reduziert. Ein Symptom der Major Depression „depressive Verstimmung“ wurde für Kinder und Jugendliche umgeschrieben in „Reizbarkeit“. Außerdem muss es bei Kindern und Jugendlichen nicht zu einem Gewichtsverlust kommen, sodass eine ausbleibende Gewichtszunahme als Symptom ausreicht (vgl. Essau 2007, S. 20).

## **2.2. Erklärungsansätze für depressive Störungen**

Es wird heute davon ausgegangen, dass ein multifaktorielles Erklärungsmodell, welches biologische, psychologische und soziale Faktoren berücksichtigt am besten zum Nachvollziehen der Entstehung von Depressionen geeignet ist (vgl. Laux 2017, S. 1714). Hierbei stehen genetische und biologische Umweltfaktoren, Aspekte psychoanalytischer Modelle, bindungstheoretische Bezüge sowie auch kognitive Theorien in einem Zusammenspiel und nehmen bei der Erklärung einer depressiven Störung eine wichtige Rolle ein (vgl. Essau 2007, S. 118). Häufig werden kritische Lebensereignisse oder Stressoren bei bzw. vor Ausbruch der Erkrankung beschrieben. Diese können ein Verlust einer wichtigen Bezugsperson, gravierende Veränderungen im privaten oder beruflichen Umfeld, Misshandlungen oder andere einschneidende Erfahrungen sein (vgl. Laux 2017, S. 1721). Insbesondere in der Kindheit und Jugend können bestimmte biologische, psychologische und soziale Faktoren die Entstehung einer Depression beeinflussen und durch kritische Lebensereignisse begünstigt werden. Stressoren im Kindes und Jugendalter können durch Probleme oder Scheidung der elterlichen Ehe, Missbrauch, Schwierigkeiten in der Schule, mit der Familie oder Gleichaltrigen oder andauernde schwierige Lebensumstände wie finanzielle Belastungen der Familie ergänzt werden (vgl. Ihle et al. 2012, S. 17 ff.).

Zu den biologischen Faktoren gehört ein erhöhtes Risiko einer Erkrankung für Mädchen im Jugendalter. Insbesondere während und nach der Pubertät ist die Vulnerabilität bei Mädchen höher als bei Jungen eine Depression zu entwickeln. Die Pubertät stellt insgesamt einen Risi-

kofaktor für Mädchen wie auch für Jungen dar. Die Jugendzeit ist geprägt durch biologische, psychische und soziale Veränderungen. Dies können beispielsweise pubertäre körperliche Entwicklungen oder das Loslösen vom Elternhaus sein. Außerdem müssen Entwicklungsaufgaben, wie der Aufbau von Beziehungen zu Gleichaltrigen, die Auseinandersetzung mit der eigenen Identität und des Selbstwertes und die Erreichung schulischer Abschlüsse, bewältigt werden (vgl. Essau 2007, S. 54; Ihle et al. 2012, S. 15 f.). Diese Herausforderungen können bei Misserfolgen, wie beispielsweise Schwierigkeiten in der Schule, mit der Familie oder mit Gleichaltrigen, zu erhöhtem Stress und damit zu einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Depression führen, sodass die Häufigkeit einer depressiven Erkrankung mit dem pubertären Alter ansteigt (vgl. Groen/Petermann 2011, S. 77).

Eine Theorie zur Entwicklung einer Depression stellt das kognitive Modell der Depression nach Beck dar. Beck beschreibt, dass bei depressiv Erkrankten Wahrnehmungs- und Verarbeitungsmuster gestört sind, sodass die eigene Person, die Umwelt und die Zukunft in einem negativen Bild gesehen werden. Dies drückt sich in einem geringen Selbstwert und einem negativen Selbstbild aus. Außerdem werden Situationen auf der Basis von dysfunktionalen und depressionsfördernden Kognitionen selektiv verarbeitet und bewertet. Zukünftige Ereignisse werden schon im Vorfeld pessimistisch erwartet. Laut Beck beruhen diese Bewertungen von Situationen nicht auf objektiven Tatsachen, sondern auf fehlerhaften Interpretationen, beeinflusst durch negative Kognitionen (vgl. Essau 2007, S. 106). Es wird davon ausgegangen, dass sich diese Bewertungsmuster schon in der frühen Kindheit entwickeln und im späteren Leben durch Erlebnisse oder Lebensumstände aktiviert werden können (vgl. Ihle et al. 2012, S. 19). Das Konzept der erlernten Hilflosigkeit von Seligman geht davon aus, dass Menschen, welche wiederholt Situationen erleben, die sie nicht beeinflussen können und ihre Umwelt als unkontrollierbar wahrnehmen, negative Erwartungen bezüglich ihrer Zukunft entwickeln. Diese Erfahrungen werden häufig auf nachfolgende Situationen übertragen und verallgemeinert, sodass die subjektive Wahrnehmung von künftigen Möglichkeiten einer Einflussnahme sinkt. Dadurch kommt es zu einem verringerten Selbstwertgefühl bis hin zu einer Depression (vgl. Essau 2007, S. 107).

Mehrere Familienstudien zeigen eine Häufung von psychischen Erkrankungen innerhalb einer Familie. Dies könnte auf einen genetischen Zusammenhang einer psychischen Störung zwischen den Generationen hindeuten. Unklar ist bis jetzt jedoch, welche weitergegebenen Gene zu einem erhöhten Depressionsrisiko führen können. Das genetische Risiko einer depressiven Störung steht im engen Zusammenhang mit chronischen Stressoren, welche durch die elterliche

Erkrankung begünstigt werden. Zu diesen können Eheprobleme, ein negatives Erziehungsverhalten oder auch soziale Isolation gehören, welche die kindliche Gesundheit in Verbindung mit genetischen Faktoren beeinflussen (vgl. Groen/Petermann 2011, S. 107; Ihle et al. 2012, S. 17). Die Eltern-Kind-Beziehung stellt bei der Entwicklung einer Depression des Kindes einen wichtigen Faktor dar. Unabhängig der elterlichen psychischen Gesundheit können bestimmte Verhaltensweisen der Eltern, Lebensumstände oder -ereignisse ein Risiko für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen darstellen. Eine geringe Eltern-Kind-Bindung, mangelnde Akzeptanz oder eine gestörte Interaktion zwischen Eltern und Kind, Vernachlässigung, Trennungs- oder Missbrauchserlebnisse oder schwierige Lebensumstände (wie z.B. Armut) können dazu führen, eine erhöhte Vulnerabilität (Verletzbarkeit) für eine depressive Störung zu entwickeln (vgl. Ihle et al. 2012, S. 15 f.). Die Eltern-Kind-Bindung im Hinblick auf die Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung und psychische Gesundheit soll im nächsten Kapitel konkreter beschrieben werden.

### **3. Bindungstheorie nach Bowlby**

Die Bindungstheorie wurde erstmals von John Bowlby, einem Psychiater und Psychoanalytiker, formuliert. Sie beschäftigt sich mit der Entwicklung des Kindes und wie diese durch emotionale Bindungen beeinflusst werden kann. Sie geht davon aus, dass Menschen eine angeborene Motivation besitzen, eine emotionale Beziehung zu anderen Menschen aufzubauen. Insbesondere Säuglinge und Kinder sind auf diese Bindungen angewiesen, da sie Sicherheit, Zuwendung und Unterstützung bieten (vgl. Bowlby 2018, S. 98). In schwierigen oder unbekanntem Situationen wie Krankheit, Angst, Fremdheit oder eine Trennung von der Bindungsperson, wird das Bindungsbedürfnis aktiviert und es wird (körperlicher) Kontakt zur Bindungsperson gesucht. Die Nähe zu dieser Person wirkt beruhigend. Das Bindungsverhalten charakterisiert sich durch bestimmte Verhaltensweisen, die darauf abzielen Nähe zum Bindungsobjekt, meist der Mutter, aufzubauen. Dies wird vom Kind aktiv eingefordert durch beispielsweise den Aufbau von Blickkontakt, Schreien, Weinen oder Arme ausstrecken (vgl. Seiffge-Krenke 2009, S. 58). Feinfühliges Verhalten und Reagieren auf den Säugling in alltäglichen Situationen, sind entscheidende Faktoren bei dem Aufbau einer sicheren Bindung. Die Bindungsperson erkennt im besten Fall die Signale des Säuglings, interpretiert sie richtig und reagiert augenblicklich in angemessener Weise, sodass die Bindungsbedürfnisse des Kindes befriedigt werden (vgl. Brisch 2018, S. 36). Noch bevor Kleinkinder ihre Sprachfähigkeit vollends ausgebildet haben, ist es wichtig, dass auch non-verbale Signale und Gefühlszustände, wie Hunger, Durst oder

Wutempfinden, wahrgenommen und gespiegelt werden in dem sie von der Bindungsperson stellvertretend für das Kind formuliert werden. Eine besonders enge und sichere Bindung wird zu Personen aufgebaut, die sich entsprechend verhalten, viel Zeit mit dem Kind verbringen und regelmäßig anwesend sind (vgl. ebd., S. 58). Kinder können Bindungsbeziehungen zu mehreren Menschen aufbauen und entwickeln eine Rangordnung dieser, abhängig von dem Verhalten und der Präsenz im Leben des Säuglings. Die primäre Bindungsperson ist die Wichtigste mit der qualitativ wertvollsten Bindung. Wenn die Bedürfnisse des Kindes nur wenig oder inkonsistent wahrgenommen und befriedigt werden, entsteht eher eine unsichere Bindung zum Kind (vgl. Seiffge-Krenke 2009, S. 60).

Dem Bedürfnis nach Bindung steht ein anderes Motivationssystem, das Explorationsbedürfnis, komplementär gegenüber. Diese beiden Systeme entspringen zwar aus unterschiedlichen Motivationen, stehen aber in enger Wechselwirkung zueinander. Die Neugierde und das Bedürfnis die eigene Umwelt zu erkunden sind schon früh in Kindern verankert. Um dieses Bedürfnis befriedigen zu können, muss die Bindungsperson als sichere Basis vorhanden sein, von der aus Umweltexplorationen getätigt werden können. Bei einer sicheren Bindung und dementsprechend einer sicheren Basis, kann sich das Kind mit steigendem Alter ohne Angst immer weiter von dieser entfernen und die eigene Umwelt erkunden (vgl. Brisch 2018, S. 38 f.). Voraussetzung dafür ist das Gefühl von Sicherheit und die Gewissheit jederzeit in kritischen Situationen zur sicheren Basis zurückkehren zu können, um aufgefangen zu werden. Dies bietet für Kinder und Jugendliche die Möglichkeit, Autonomie und Selbstsicherheit zu entwickeln (vgl. Bowlby 2018, S. 9 f.). Laut der Bindungstheorie von Bowlby sind diese beiden Verhaltenssysteme nicht nur im Kindesalter zu finden, sondern ziehen sich im Laufe des gesamten Lebens durch die Beziehung der beiden Bindungspersonen durch. Wobei der Prozess der Aushandlung von Bindungs- und Explorationsbedürfnis immer wieder neu ins Gleichgewicht gebracht werden muss (vgl. Brisch 2018, S. 40).

Durch sich immer wiederholende Bindungssituationen, welche sich durch Trennungs- und Nähe-Erlebnisse auszeichnen, entwickeln Kinder noch im ersten Lebensjahr innere Arbeitsmodelle. Mit diesen Arbeitsmodellen lernt das Kind das Verhalten der Bindungsperson einschätzen und vorhersagen zu können. So kann es abschätzen, wie sich eine bestimmte Bezugsperson in einer Stresssituation verhält, und ob beim Aufsuchen dieser Person das eigene Bindungsbedürfnis befriedigt werden kann. So entwickeln Kinder unterschiedliche Arbeitsmodelle für verschiedene Bezugspersonen, wie beispielsweise für die Mutter und den Vater (vgl. ebd., S. 38). Es wird in der Bindungstheorie in verschiedene Bindungstypen unterschieden, welche erstmals

von Mary Ainsworth entwickelt wurden. Dazu gehören die sichere, die unsicher-ambivalente und die unsicher-vermeidende Bindung. Kinder mit einer sicheren Bindung vertrauen auf ihre sichere Basis und können sich in kritischen Situationen auf ihre Bindungsperson und eine feinfühlig Reaktion dieser verlassen. Die Bindungsperson, zumeist die Mutter, verhält sich überwiegend feinfühlig und reagiert auf Signale des Kindes angemessen und unmittelbar. Dadurch sind sichergebundene Kinder in der Lage ihr Explorationsverhalten auszuleben. Unsicher-ambivalent gebundene Kinder können sich ihrer Basis nicht sicher sein, da die Bindung zu ihren Eltern durch ein inkonsistentes Verhalten charakterisiert ist. Sie können sich in einer Stresssituation nicht auf ihre Eltern verlassen und nicht einschätzen, ob ihre Bindungspersonen feinfühlig oder ablehnend reagieren. Häufig entwickeln diese Kinder Ängste vor Trennungen und zeigen seltener ein Explorationsbedürfnis. Diese Kinder sind eher angepasst und leichter zu frustrieren. Kinder mit einem unsicher-vermeidenden Bindungsverhalten sind überwiegend auf Ablehnung ihrer Eltern gestoßen und haben dadurch gelernt, dass sie von ihren Eltern keine sichere Basis erwarten können. Vermehrt streben diese Kinder schon früh nach Autonomie und verlassen sich nicht auf die Unterstützung anderer (vgl. Bowlby 2018, S. 101). Ein weiteres unsicheres Bindungsmuster ist das Desorganisierte. Das gezeigte Verhalten dieser Kinder lässt sich nicht zu den bisherigen Bindungstypen einordnen, da es zu widersprüchlichen und inkonsistenten Verhaltensweisen kommt. So wird zum Beispiel vorerst körperliche Nähe gesucht, während es im nächsten Moment jedoch zu einer Distanzierung und Erstarrung des Kindes kommt (vgl. Brisch 2018, S. 52). Diese Kinder mussten in der Interaktion mit ihren Bindungsfiguren oftmals ängstigende Situationen erleben, was zu widersprüchlichen Arbeitsmodellen führt (vgl. Lenz 2014, S. 197). Anhand von Längsschnittstudien wurde festgestellt, dass eine sichere Bindung als Schutzfaktor für die kindliche psychische Gesundheit fungiert. Kinder, welche mit einer sicheren Bindung zu mindestens einer Bezugsperson aufgewachsen sind, wird eine psychische Stabilität zugeschrieben und das Risiko eine psychische Erkrankung zu entwickeln, ist kleiner (vgl. Brisch 2018, S. 41).

Es konnte durch verschiedene Studien festgestellt werden, dass das Bindungsverhalten einen transgenerationalen Charakter hat und sich elterliche Bindungsmuster auf die nächste Generation übertragen. Der Bindungsstil der Mutter, vor und nach der Geburt, entspricht in 75% der Fälle dem des Kindes. So haben Mütter mit einem sicheren Bindungsmuster auch häufiger Kinder mit eben diesem und auch anders herum, unsicher gebundene Mütter haben häufiger unsicher gebundene Kinder. Das Bindungsmuster der Mutter beeinflusst das mütterliche Verhalten dem Kind gegenüber und wie diese miteinander interagieren. Diese Interaktion stellt wiederum

einen wichtigen Faktor für die Bindungsqualität zwischen Kind und Bindungsperson dar (vgl. Brisch 2014, S. 21). Bowlby stellte fest, dass Mütter, welche selbst eine schwierige Kindheit erlebten, deutlich weniger feinfühliges Verhalten ihren Kindern gegenüber zeigten. Jedoch gab es auch Mütter, welche trotz ihrer schwierigen Kindheit eine sichere Bindung zu ihren eigenen Kindern aufbauen konnten. Dies wurde damit in Zusammenhang gebracht, dass diese Mütter ihre eigene Kindheit und die gemachten negativen Erfahrungen aufgearbeitet und reflektiert haben (vgl. Bowlby 2018, S. 109).

## **4. Lebenswelten von Kindern psychisch erkrankter Eltern**

Kinder psychisch erkrankter Eltern sind durch die psychische Störung ihrer Eltern gehäuften sozialen Belastungen ausgesetzt und haben im Gegensatz zu Kindern psychisch gesunder Eltern ein viermal höheres Risiko selbst eine psychische Störung zu entwickeln. (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 3). Bei Kindern depressiv erkrankter Eltern ist das Risiko an einer Depression zu erkranken sogar bis zu sechsmal so hoch (vgl. ebd., S. 27). Im Folgenden soll auf die subjektiven Belastungsfaktoren eingegangen werden, welche die Beeinträchtigungen und Belastungen im alltäglichen Leben von Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil beschreiben. Darauf folgend wird auf die Risikofaktoren, welche das Risiko für Kinder psychisch erkrankter Eltern erhöhen, selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Dies können unter anderem Belastungen im Zusammenleben mit dem erkrankten Elternteil sein, jedoch auch andere familiäre oder kindliche Faktoren.

### **4.1. Belastungsfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern**

Die von Kindern subjektiv erlebten Umstände in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil wirken sich auf die Lebenswelt, die Gefühle und die Bewältigungsstrategien von alltäglichen Herausforderungen betroffener Kinder aus. Eine Betrachtung der Belastungsfaktoren ermöglicht es Kenntnisse über das kindliche Erleben einer elterlichen psychischen Erkrankung zu erlangen und dient als Grundlage für eine intergenerationale Perspektive auf psychische Störungen (vgl. ebd., S. 3 f.).

#### **4.1.1. Elterliche Erkrankung und familiärer Alltag**

Die Elterliche Erkrankung geht einher mit Veränderungen im familiären Alltag und dem Umgang mit dem Kind. Wie in Kapitel 2 bereits beschrieben, führt eine depressive Störung zu Niedergeschlagenheit, Interessensverlust und Antriebslosigkeit. Kinder nehmen diese Veränderung der Grundstimmung einer ihrer wichtigsten Bezugspersonen, einem Elternteil, früh und

sehr deutlich wahr. Häufig können durch die Entwicklung einer depressiven Störung die Alltagsstrukturen nicht mehr aufrechterhalten werden. So fühlt sich der betroffene Elternteil eventuell nicht mehr in der Lage morgens das Bett zu verlassen, wie gewohnt mit den Kindern zu spielen oder diese vom Kindergarten abzuholen. Außerdem kann es bei einer depressiven Störung zu einer Rollenverteilung zwischen den Eltern kommen, da der depressive Elternteil, nicht mehr fähig ist, sich um die Bewältigung der Haushaltsaufgaben zu kümmern. Oftmals führt dies nicht nur zu einer Aufgabenverschiebung unter den Elternteilen, sondern auch zu einer zusätzlichen Belastung für die Kinder von psychisch kranken Eltern, sodass Arbeiten im Haushalt nun den Kindern zugeschrieben werden. In Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil, welcher psychisch erkrankt ist, ist dies noch stärker der Fall, da die Aufgabenbewältigung hier nicht von dem zweiten Elternteil aufgefangen werden kann, sondern vermehrt beim Kind liegt. Durch eine Einweisung der erkrankten Mutter oder des Vaters in eine Klinik kommt es häufig zu einem belastenden und zum Teil traumatischen Trennungserlebnis für das Kind. Insbesondere im frühen Kindesalter ist eine Klinikeinweisung noch schwer zu verstehen und kann zu einem Gefühl des „Alleingelassenseins“ führen. Nach einer längeren und akuten depressiven Episode kann eine Einweisung in eine stationäre Klinik jedoch auch entlastend auf die Kinder und das Familienklima wirken (vgl. ebd., S. 5 ff.). Psychische Störungen, welche erst spät diagnostiziert und behandelt werden oder einen langen Behandlungsverlauf mit mehreren stationären Aufenthalten mit sich bringen, führen zu gehäuften Trennungserlebnissen der Kinder und können auch zu Konflikten innerhalb der elterlichen Ehe bis hin zu einer Scheidung führen. Diese verstärken wiederum die psychische Störung des Elternteils und die Auswirkungen auf das Kind (vgl. Wiegand-Grefe et al. 2011, S. 206).

#### **4.1.2. Tabuisierung und fehlende soziale Unterstützung**

Kinder von psychisch kranken Eltern haben oft das Gefühl, dass sie mit niemandem über die familien-internen Probleme sprechen können, weder mit ihren Eltern selbst noch mit Außenstehenden. Die Eltern begründen die fehlende Kommunikation über die Erkrankung eines Elternteils damit, dass sie ihre Kinder schützen und schonen wollen. Zum Teil sind die Eltern aber auch noch nicht bereit über ihre Krankheit zu sprechen, da sie diese selbst leugnen und nicht wahrhaben wollen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 6). Ein wichtiger Grund dafür, dass Eltern keine Behandlung ihrer Krankheit in Anspruch nehmen, ist, dass sie sich aufgrund ihrer psychischen Störung schämen und Angst vor einer Stigmatisierung haben. Häufig werden psychisch Erkrankte oder ihre Kinder aufgrund der psychischen Störung in einer abwertenden Weise behandelt und diskriminiert. Daraus folgt unter anderem die Angst, dass bei einer Inan-

spruchnahme von Hilfen und somit die Offenlegung der eigenen familiären und psychischen Probleme, das Sorgerecht der Kinder entzogen werden könnte. Folge dessen ist, dass psychische Störungen nicht selten länger geleugnet und tabuisiert werden und so eine psychotherapeutische Behandlung erst in Anspruch genommen wird, wenn die Symptome bereits so stark sind, dass sie zu Schwierigkeiten im Arbeitsverhältnis, innerhalb der Familie oder anderen Bereichen führen (vgl. Matzejat/Lenz/Wiegand-Grefe 2011, S. 16 f.). Die Tabuisierung findet jedoch nicht nur innerhalb der Familie statt, sondern bezieht sich auch auf Außenstehende. Betroffene Kinder haben das Gefühl, dass sie ihre Eltern verraten, wenn sie mit anderen Menschen über die psychische Erkrankung ihrer Eltern sprechen würden. Das Bedürfnis mit anderen zu sprechen und sich Unterstützung zu holen, steht der Loyalität ihren Eltern gegenüber entgegen. Daraus entsteht ein Gefühl des Alleinseins, da sie weder mit ihren Eltern noch mit anderen über ihre familiäre Situation sprechen können und die Probleme mit sich selbst ausmachen müssen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 6).

Die Folgen eines fehlenden offenen Umgangs mit der psychischen Erkrankung von Eltern, können für Kinder weitreichend sein. Sie werden nicht über die Krankheit ihrer Eltern aufgeklärt und können so keinen eigenen Umgang mit dieser finden. Insbesondere jüngere Kinder können die Krankheit der Eltern und das Verhalten dieser nicht einordnen. Dies führt dazu, dass sie das veränderte Verhalten auf sich beziehen, sie sich für die Traurigkeit ihres Elternteils verantwortlich machen und sich die Schuld dafür geben (vgl. Schmid/Grieb/Kölch 2011, S. 182 f.).

Die Tabuisierung der psychischen Krankheit führt dazu, dass Kinder betroffener Eltern wenig soziale Unterstützung erhalten, obwohl sie sich diese, laut Aussage erwachsener Kinder psychisch kranker Eltern gewünscht hätten. Dies liegt zum einen darin begründet, dass es den Kindern aufgrund der Tabuisierung schwer fällt Außenstehende um Hilfe zu bitten. Zum anderen erfahren Familienexterne wenig über die Probleme und die psychische Erkrankung der Eltern und sind so nicht in der Lage Unterstützung zu leisten. Das Kommunikationsverbot führt des Weiteren auch zu einer sozialen Isolation der Kinder, da es ihnen schwerfällt, Beziehungen außerhalb ihrer Familie aufzubauen. Sie haben häufig wenig bis gar keine Kontakte zu Gleichaltrigen oder anderen Erwachsenen als ihren Eltern. Kinder psychisch kranker Eltern fühlen sich ihren Eltern gegenüber verantwortlich und haben das Gefühl, dass diese auf ihre Hilfe im Haushalt oder ihre seelische Unterstützung nicht verzichten können. Sie haben Angst davor, dass ein Wegbleiben ihrerseits zu weitreichenden Folgen führen könnte. Scham und Schuldgefühle führen dazu, dass sie sich nicht trauen die wenigen Kontakte, welche die Kinder haben,

um Hilfe zur Bewältigung ihrer Probleme zu bitten (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 7). Außerdem fällt es Eltern mit einer psychischen Störung schwerer, die Probleme ihrer Kinder wahrzunehmen und Unterstützung in Anspruch zu nehmen, da sie in ihre eigene Krankheit selbst sehr eingebunden sind. Es kann auch dazu führen, dass das Verhalten des Kindes falsch interpretiert wird. So würde eine depressive Mutter, welche selbst wenige soziale Beziehungen hat, von ihrem Kind weniger erwarten, dass dieses viele Kontakte zu Gleichaltrigen pflegt als es eine gesunde Mutter tun würde (vgl. Schmid/Grieb/Kölch 2011, S. 186).

#### **4.1.3. Parentifizierung**

Eine elterliche psychische Erkrankung führt, wie beschrieben meist zu einem Zusammenbrechen der Alltagsstrukturen, wodurch auch die Generationsgrenzen innerhalb der Familie durcheinanderkommen können. Dies führt zu einer Verschiebung der Rollen- und Aufgabenverteilung zwischen Eltern und Kind. Eine Form dieser Verschiebung ist die Parentifizierung, welche in Familien mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil häufig vorkommt. Dabei wird dem Kind eine altersunangemessene Verantwortung zugeschrieben und es nimmt zum Teil, aufgrund der Überforderung und Überlastung der Eltern eine Eltern- oder Partnerrolle ein. Dies kann sich auf die Übernahme von Haushaltsaufgaben, die Aufrechterhaltung des Familienalltages oder die Betreuung der jüngeren Geschwister beziehen, kann aber auch in Form von emotionaler Unterstützung auftreten, wenn Kinder den Eltern in schwierigen Situationen beistehen und Trost spenden, ihre Eltern beraten oder bei Konflikten zwischen den Eltern vermitteln. Jedoch ist es für Kinder meist unmöglich diesen Erwartungen ihrer Eltern gerecht zu werden und die Funktion eines Erwachsenen einzunehmen. Dies kann dazu führen, dass die Eltern enttäuscht sind und sie ihre Kinder zum Teil sogar für ihre Probleme mitverantwortlich machen. Die kindliche Entwicklung leidet unter dieser unangemessenen Verantwortung, da die Bedürfnisse der Kinder, wie zum Beispiel Kontakte zu Gleichaltrigen, untergeordnet werden und sich die Kinder mit ihrem Bedürfnis nach Fürsorge und emotionaler Nähe von ihren Eltern nicht gesehen fühlen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 7 f.). Langzeitfolgen für die Entwicklung der betroffenen Kinder durch diese Unterordnung der eigenen Bedürfnisse, können ein geringes Selbstwertgefühl, Probleme beim Ablösen vom Elternhaus oder bei der Identitätsfindung bis hin zur Entwicklung depressiver Störungen sein. Wenn die Eltern jedoch die Aufgabenübernahme der Kinder wahrnehmen und anerkennen, ist es auch möglich, dass Kinder psychisch kranker Eltern aus dieser Situation mit einem gestärkten Selbstbewusstsein herausgehen (vgl. Ohntrup et al. 2011, S. 377 f.).

#### **4.1.4. Gefühle der Kinder**

Die elterliche Erkrankung und die damit einhergehenden Veränderungen des familiären Alltags, haben großen Einfluss auf die Gefühlslage der Kinder. Häufig führen Tabuisierung der Erkrankung, Parentifizierung und die fehlende soziale Unterstützung zu Gefühlen von Angst, sowie Verlustangst, Schuld und Trauer. Die Kinder machen sich Sorgen darüber den betroffenen Elternteil zu verlieren, sei es durch einen Klinikaufenthalt oder suizidales Verhalten. Außerdem haben sie Angst, dass der betroffene Elternteil nicht wieder gesund wird bzw. nach einer gesunden Phase wieder erkranken könnte. Im Jugendalter wird die Angst vor einer Vererbung und somit selbst zu erkranken stärker. Insbesondere im frühen Kindesalter ist es für Kinder schwer, die psychische Störung ihrer Eltern einzuordnen und zu verstehen, was zu Schuldgefühlen führen kann. Eigenes Fehlverhalten wird als Auslöser der Krankheit interpretiert. Begleitet werden diese Gefühle von dem Bedürfnis die eigenen Eltern zu schonen und dem entgegengesetzten Gefühl von Wut, welches von fehlender Verfügbarkeit der Eltern, sowie mangelnder Aufmerksamkeit und Fürsorge herrührt. Eine längere Episode psychischer Krankheit der Eltern kann dazu führen, dass die Situation für das Kind aussichtslos erscheint und es feststellen muss, dass es nicht in der Lage ist dem erkrankten Elternteil zu helfen. Dies führt zu Trauer bis hin zum depressiven Rückzug. Für Kinder psychisch kranker Eltern entsteht eine Situation, in welcher sich all diese Gefühle miteinander vermischen. Wenn es für sie nicht möglich ist ihre Gefühle und ihren Unmut zu äußern, entsteht eine erhöhte Reizbarkeit (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 9). Hinzu kommt zu dieser Sammlung von Gefühlen ihren Eltern gegenüber ein innerer Loyalitätskonflikt, da sie sich zum einen für ihre Eltern und ihre familiären Probleme schämen und zum anderen diese in Schutz nehmen möchten. Stigmatisierung und Abwertung aufgrund der psychischen Erkrankung betreffen nicht nur die Eltern, sondern häufig auch die Kinder (vgl. Wiegand-Grefe/Halverscheid/Plass 2011, S. 25).

#### **4.2. Risikofaktoren für die Entwicklung des Kindes**

Die Risikoforschung beschäftigt sich mit Faktoren, welche das Risiko, von einer Erkrankung betroffen zu sein, erhöhen und inwieweit sich diese Faktoren von Merkmalen gesunder Vergleichsgruppen unterscheiden. Häufig treten diese Risikofaktoren nicht alleinstehend auf, sondern stehen in Wechselwirkung zueinander und beeinflussen sich gegenseitig. Bei psychischen Störungen wurde festgestellt, dass je mehr Risikofaktoren gemeinsam auftreten, desto höher ist auch die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer psychischen Störung. Beeinflusst wird dies davon wie stark, über welchen Zeitraum und ob die Risikofaktoren gleichzeitig auftreten (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 9). Risikofaktoren für Kinder psychisch kranker

Eltern sind vor allem elterliche sowie familiäre Faktoren, kindliche Merkmale und allgemeine psychosoziale Belastungsfaktoren (vgl. Wiegand-Grefe et al. 2011, S. 207).

#### **4.2.1. Elterliche und familiäre Risikofaktoren**

In der Risikoforschung wird immer wieder auf die Vererbbarkeit psychischer Störungen und den Einfluss genetischer Faktoren hingewiesen. Die Übertragungswege genetischer Risikofaktoren sind noch weitgehend unklar, jedoch wurde in mehreren Studien festgestellt, dass der Serotonin-Spiegel einen Einfluss auf die Psyche eines Menschen haben kann. Eine Serotonin-Unterversorgung kann genetisch veranlagt sein und zur Entwicklung einer Depression führen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass es bei einer genetischen Disposition zwingend zu der Entwicklung einer psychischen Störung kommen muss. Stattdessen wird auf die wichtige Rolle der individuellen Lebensgeschichte und die Umfeldbedingungen verwiesen. Man kann davon ausgehen, dass verschiedene genetische Faktoren zu einer erhöhten Verletzbarkeit führen, auf Umweltbedingungen und kritische Lebensereignisse stärker bzw. empfindlicher zu reagieren als bei nicht genetisch vorbelasteten Personen. Fest steht, dass genetische Merkmale einen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben, jedoch wird nicht die Krankheit an sich vererbt, sondern lediglich die Vulnerabilität eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Umweltbedingungen spielen dabei keine untergeordnete Rolle, sondern interagieren und bedingen sich mit genetischen Faktoren. Daraus folgt, dass für Menschen mit einem erhöhten genetischen Risiko die Umweltbedingungen umso wichtiger sind. Für Kinder psychisch kranker Eltern sind positive wie auch negative Umweltfaktoren entscheidend für ihre psychische Gesundheit. Für eine Stärkung dieser Risikogruppe ist es also umso wichtiger, dass negative Risikofaktoren reduziert und positive potenziert werden (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 10 f.).

Es wird von einigen Autor\*innen davon ausgegangen, dass verschiedene Diagnosen psychischer Störungen von Eltern auch zu unterschiedlichen Risikofaktoren für die Entwicklung der betroffenen Kinder führen. Auf diese spezifischen Belastungsfaktoren einer depressiven Störung soll im nächsten Kapitel 5. „Intergenerationale Weitergabe depressiver Störungen“ im Speziellen eingegangen werden. Andere Autor\*innen hingegen gehen davon aus, dass es keinen spezifischen Zusammenhang zwischen der Diagnose und den Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder gebe. Vielmehr gehe es um die unspezifischen allgemeinen Merkmale einer psychischen Krankheit, wie zum Beispiel der Schweregrad und die Chronizität einer elterlichen psychischen Störung. Hierbei spielen die Dauer der Erkrankung, die Häufigkeit der Episoden und die Rückfälle eine Rolle. Außerdem führt eine komorbide psychische Störung zu einem erhöhten Risiko. Der erhöhte Schweregrad, der chronische Verlauf und auch die Komorbidität

der elterlichen Erkrankung bringen erhöhte Beeinträchtigungen durch häufige stationäre Behandlungen und damit einhergehenden vermehrten Trennungserlebnissen für die Kinder mit sich (vgl. ebd., S. 11 f.). Die Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder sind, wenn die Mutter psychisch erkrankt ist höher als wenn der Vater eine psychische Störung hat. Wenn jedoch beide Elternteile betroffen sind, kommt es zu einem verstärkten Risiko für die Kinder (vgl. Leuzinger-Bohleber 2017, S. 31).

Die elterliche psychische Störung führt wie in Kapitel 4.1. beschrieben zu vermehrten Belastungsfaktoren im Alltag der Kinder und zu Schwierigkeiten im Aufbau einer stabilen und sicheren Eltern-Kind-Bindung (siehe Kapitel 3). Diese können zu Risikofaktoren für eine psychische Erkrankung werden. Schon im Säuglingsalter fallen elterliche Verhaltensweisen dem Kind gegenüber auf, welche den Bindungsaufbau zwischen Eltern und Kind stören. Eltern mit einer psychischen Erkrankung fällt es schwerer, Signale ihrer Kinder einzuordnen und auf diese feinfühlig zu reagieren. Häufig bringen sie ihren Kindern vermehrt negative und feindselige Gefühle mit und ihre emotionale Erreichbarkeit wie auch Beteiligung sind eingeschränkt. In der Interaktion und Kommunikation sind die Eltern meist eher ablehnend und haben zum Teil einen reduzierten Ausdruck ihrer Gefühlsregungen. Dieses konfliktbehaftete Familien-Klima stellt eine Beeinträchtigung für die Kinder dar und gilt als Risikofaktor für Kinder psychische Auffälligkeiten zu entwickeln (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 12 f.).

#### **4.2.2. Risikofaktoren der Kinder**

Auf der Seite der Kinder von psychisch kranken Eltern können auch bestimmte Risikofaktoren auftreten, welche die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Auffälligkeit erhöhen. Wenn die psychische Störung eines Elternteils im jungen Kindesalter erstmals auftritt, hat dies vermehrt negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder. Außerdem wirkt sich die elterliche Erkrankung besonders stark aus, wenn die Kinder ihr über einen langen Zeitraum ausgeliefert sind. Das Geschlecht des Kindes hat auch eine Wirkung auf die Entwicklung des Kindes. So wirkt das weibliche Geschlecht eher als Risikofaktor für depressive Störungen. Bei Kindern psychisch kranker Eltern mit einem männlichen Geschlecht kommt es eher zu externalisierenden und mit einem weiblichen Geschlecht eher zu internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten. Komplikationen während der Schwangerschaft oder kurz nach der Geburt können auch schon einen Einfluss haben. Ein schwieriges Temperament oder geringe intellektuelle und soziale Fähigkeiten des Kindes können sich in Kombination mit anderen Risikofaktoren auf die gesunde Entwicklung des Kindes auswirken (vgl. Wiegand-Grefe/Halverscheid/Plass 2011, S. 23).

### **4.2.3. Psychosoziale Belastungen**

Ist ein Elternteil an einer psychischen Störung erkrankt, ist das Kind einerseits den unmittelbaren Auswirkungen der Erkrankung ausgesetzt, zusätzlich aber auch allgemeinen psychosozialen Belastungsfaktoren, welche häufig mit einer chronischen psychischen Störung einhergehen. Zu den allgemeinen psychosozialen Belastungsfaktoren gehören ein fehlendes oder mangelhaftes Unterstützungssystem, ein niedriger sozioökonomischer Status, beengte Wohnverhältnisse, Misshandlungen, Trennungserlebnisse, Konflikte in der Ehe der Eltern oder ein alleinerziehender Elternteil (vgl. Mattejat/Lenz/Wiegand-Grefe 2011, S. 18). Es sind fast alle psychosozialen Belastungen, welche das Risiko eines Kindes erhöhen eine psychische Störung zu entwickeln, in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil überrepräsentiert. Die elterliche psychische Störung steht in enger Wechselwirkung mit den psychosozialen Belastungsfaktoren und beeinträchtigt das Umfeld, in welchem Kinder sich entwickeln. So kann eine psychische Störung der Eltern zu Arbeitslosigkeit und finanziellen Schwierigkeiten führen. Beeinträchtigt sind davon oft auch die Wohnverhältnisse der Familie. Das soziale Netzwerk einer Familie mit einem psychisch kranken Elternteil, ist in Wechselwirkung mit einer Tabuisierung der Erkrankung und der familiären Probleme (siehe Kapitel 4.1.2.) oft mangelhaft. Meist haben die Kinder und auch die Eltern wenige tragfähige Beziehungen oder Bezugspersonen außerhalb der Familie, welche sie unterstützen können. Insgesamt kann gesagt werden, dass Kinder psychisch kranker Eltern häufiger psychosozialen Belastungsfaktoren ausgesetzt sind als wenn sie mit gesunden Elternteilen aufwachsen würden. Beeinträchtigungen im Einzelnen sind für Kinder meist gut zu bewältigen. Je mehr Risikofaktoren jedoch vorhanden sind, desto schwieriger wird es, diese erfolgreich zu bewältigen und das Risiko eine psychische Auffälligkeit zu entwickeln steigt (vgl. Mattejat 2019, S. 4 f.). Die Belastungs- und Risikofaktoren addieren sich nicht nur, sondern interagieren miteinander und potenzieren sich. Dadurch gehören Kinder von psychisch kranken Eltern zu einer Hochrisikogruppe selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Deshalb ist es besonders wichtig die betroffene Kinder zu stärken (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 11).

## **5. Intergenerationale Weitergabe depressiver Störungen**

Die intergenerationale Weitergabe depressiver Störungen weist aufgrund der erhöhten Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit betroffener Kinder eine hohe Relevanz auf. Das Risiko an einer Depression zu erkranken, ist für Kinder depressiver Eltern bis zu sechsmal höher als für Kinder mit gesunden Eltern. Bei 40 % der Kinder mit Eltern, welche eine affektive Störung

haben, entsteht bereits im Kindes- oder Jugendalter eine depressive Episode. Sind beide Elternteile an einer affektiven Störung erkrankt, steigt das Risiko bei den betroffenen Kindern, irgendeine depressive Störung im Laufe des Lebens zu entwickeln (Lebenszeitprävalenz) auf bis zu 70% an (vgl. ebd., S. 27). Auffallend ist, dass die Suizidversuchsraten bei Kindern depressiver Eltern mit 8% um einiges höher sind als vergleichsweise bei Kindern mit keinem depressiv erkrankten Elternteil (1%). Außerdem sind Kinder depressiver Eltern häufiger von einem erhöhten Schweregrad und einer Chronizität der eigenen depressiven Störung betroffen. Die psychische Störung des Kindes bleibt meist länger bestehen, oft auch über die Erkrankung des psychisch erkrankten Elternteils hinaus. Die Erkrankung der Eltern führt jedoch nicht nur zu einem erhöhten spezifischen Erkrankungsrisiko für eine depressive Störung, sondern auch zu einem erhöhten Risiko für andere psychische Störungen, wie Angststörungen oder Verhaltensauffälligkeiten. Häufig kommt es zu komorbid auftretenden psychischen Auffälligkeiten. Jedoch ist der Zusammenhang zwischen einer Depression der Eltern und einer depressiven Erkrankung des Kindes im Jugendalter höher als der zwischen der depressiven elterlichen Erkrankung und irgendeiner psychischen Störung des Kindes (vgl. Lenz 2014, S. 25 f.). Diese Ergebnisse und Zahlen mehrerer Studien legen eine intergenerationale Weitergabe von depressiven Störungen nahe, wobei bis heute noch nicht eindeutig geklärt ist, wie eine depressive Störung innerhalb einer Familie generationenübergreifend übertragen werden kann. (vgl. Essau 2007, S. 124 f.).

Die intergenerationale Weitergabe depressiver Störungen hat auch Auswirkungen auf die Lebensgestaltung von Erwachsenen, welche an einer Depression leiden. Häufig sind depressiv erkrankte Erwachsene von der Angst betroffen, ihre eigene depressive Störung an ihre Kinder weiterzugeben. In einer Studie gingen depressiv Erkrankte von einer genetischen Beeinträchtigung ihrer Familie aus und waren davon überzeugt, dass sie ihre Erkrankung an die folgende Generation weitergeben würden. Dies führte bei über 50% dazu, dass vom Wunsch Kinder zu bekommen abgesehen wurde (vgl. Leuzinger-Bohleber 2017, S. 12). Im Folgenden soll auf die Übertragungsprozesse bezogen auf genetische Faktoren, Verhaltensweisen und Affekte der Bezugsperson und Lebensumstände und die daraus resultierenden Folgen für die Kinder genauer eingegangen werden. Zuvor wird der Prozess der Transgenerationalität im Allgemeinen beschrieben.

## **5.1. Transgenerationalität**

Erstmals wurde der Fokus auf den Forschungsbereich der Generationalität und der Transmission von Erfahrungen aus der einen in die nächste Generation, in Verbindung mit Überlebenden

des Holocaust gelegt. Hier beschäftigen sich viele Studien mit der Fragestellung wie sich der Nationalsozialismus auf die nächste Generation von Verfolgten auswirkt (vgl. Jureit 2006, S. 70). Generationenphänomene und -verhältnisse können aus einer soziologischen und historischen Sichtweise betrachtet werden, wobei der Schwerpunkt eher auf gesellschaftlichen Veränderungsprozessen zwischen Generationen liegt. In der pädagogischen und psychologischen Wissenschaft beschäftigt sich die Transgenerationalität mit familiären Generationenverhältnissen, der intergenerationalen Weitergabe und konkret mit der Beziehung zwischen Eltern und Kind (vgl. ebd., S. 62).

Intergenerationale Beziehungen innerhalb der Familie unterscheiden sich von anderen sozialen Zusammenhängen durch ihre Struktur. Familiäre soziale Beziehungen und Bindungen ziehen sich beispielsweise meist durch das gesamte Leben und finden strukturell besonders oft in Alltags-Momenten statt. Sie charakterisieren sich durch eine emotionale Nähe und sind oft verbunden mit einer Unterstützung, zum Teil auch einer verpflichtenden Unterstützung, auf sozialer und auch materieller Ebene (vgl. ebd., S. 63). Kinder entwickeln sich und wachsen im Konstrukt Familie auf, somit in einer engen Verbundenheit sowie in Beziehung zur älteren Generation. Die Erziehung findet überwiegend im privaten Raum statt. Ein weiteres Charakteristikum von Familie ist, dass verwandtschaftliche Beziehungen keine sind, welche freiwillig ausgesucht werden und ebenso schwierig ist es, sich diesen Strukturen zu entsagen (vgl. Ecarius 2017, S. 56). Übertragungsprozesse innerhalb einer Familie beziehen sich auf die Transmission von (unbewussten) Belastungen und Erinnerungen, Normen und Werten, Wissen oder Lebenshaltungen (vgl. Gahleitner/Frank/Leitner 2015, S. 20 f.). Dies kann sich auf soziale, psychosoziale oder auch historische Faktoren beziehen, wie zum Beispiel auf Themen wie die Veränderungen der Lebensumstände und -weisen zwischen den Generationen in Bezug auf Arbeitsmigration oder darauf wie Geschlechterverhältnisse entstanden sind und sich verändern. Ein weiteres Thema sind die Auswirkungen von traumatischen Erfahrungen wie Krieg und Verfolgung auf die jüngere Generation. Erlebnisse wie diese sind oftmals für die Betroffenen nicht erzählbar, besonders belastend und schwer zu bearbeiten (vgl. Inowlocki 2017, S. 37 f.). In der intergenerationalen Forschung wird davon ausgegangen, dass nicht bearbeitete und nicht reflektierte belastende Erfahrungen, auf die nächste Generation übertragen werden können. Dazu gehören die beschriebenen Themen und weitere traumatische Erlebnisse wie Misshandlung und Missbrauch oder auch psychische Erkrankungen von Angehörigen. In der jüngeren Generation zeigt sich die Übertragung durch unbewusste Verhaltensweisen, sowie durch die Wahrnehmung des Selbstbildes und der Emotionen (vgl. Moré 2013, S. 2).

Die generationale Forschung ermöglicht es, individuelle Belastungen und auch Ressourcen im Zusammenhang mit der Familiengeschichte betrachten zu können. Nur so wird die intergenerationale Perspektive auf die Entstehung von Krisensituationen und Bewältigungsstrategien und wie sich diese in Verbindung mit den familiären Beziehungen über Generationen hinweg entwickeln, ermöglicht. Die intergenerationale Betrachtung bietet ein Ursachenverstehen von individuellen Belastungs- und Risikofaktoren. So kann verstanden werden, warum eine Person in schwierigen Situationen bestimmte Verhaltensweisen und Bewältigungsstrategien zeigt und eine andere Person ganz andere. Dies ist nicht nur für die intergenerationale Forschung relevant, sondern kann auch auf individueller Ebene in schwierigen Lebenssituationen in Form von einer Aufarbeitung der eigenen Lebensgeschichte neue Erkenntnisse bringen (vgl. Inowlocki 2017, S. 39).

## **5.2. Übertragungsprozesse**

Viele Studien der letzten Jahre berichten, dass depressive Störungen in Familien gehäuft auftreten. Sie gehen davon aus, dass bestimmte Risikofaktoren zu einer intergenerationalen Weitergabe depressiver Störungen innerhalb der Familie führen und setzen sich mit den Übertragungsprozessen depressiver Störungen auseinander. Wie genau diese Übertragung passiert, ist jedoch noch nicht eindeutig geklärt. In einem entwicklungsorientierten Modell beschreiben Goodman und Gotlib (1999) vier Mechanismen, welche einen Einfluss auf die Übertragung einer mütterlichen Depression bei den Kindern haben können:

- „- Die genetische Übertragung von Depression
- Angeborene neurologische Dysfunktion
- Die Konfrontation mit negativen Kognitionen, Verhaltensweisen und
- Gefühlen der depressiven Mutter sowie
- Belastende Lebensumstände“ (Groen/Petermann 2011, S. 106).

Im Folgenden wird kurz auf die genetischen und neuroregulatorischen Mechanismen, aber vor allem auf die Verhaltensweisen der Mutter, die negativen Kognitionen und die Lebensumstände, welche Kinder depressiv erkrankter Eltern erleben, eingegangen.

### **5.2.1. Genetik**

Viele Studien belegen eine Häufung depressiver Störungen innerhalb einiger Familien. Adoptionsstudien deuten auf eine genetische Vererbung depressiver Störungen hin. So weisen Kinder depressiv erkrankter Eltern, welche jedoch nicht in ihrer biologischen Herkunftsfamilie aufwuchsen, trotz dessen eine erhöhte Prävalenz für depressive Störungen auf. Auch Zwillingsstudien geben Hinweise auf eine Vererbung (vgl. Klicpera/Gasteiger-Klicpera/Bešić 2019, S.

96). Goodman und Gotlib (nach Essau 2007) beschreiben im ersten Mechanismus ihres integrativen und entwicklungsorientierten Modells eine genetische Prädisposition für depressive Störungen, welche von der Mutter übertragen wird. Es wird davon ausgegangen, dass eine DNA von einer depressiven Mutter an ihr Kind vererbt wird, welche die Vulnerabilität für die Entwicklung einer depressiven Erkrankung beim Kind erhöht. Außerdem kann es sein, dass ein depressionsförderndes (gehemmtes) Temperament, sowie eine erhöhte Empfindsamkeit und Verletzbarkeit für kritische Lebensereignisse und -umstände, weitergegeben werden. Beim zweiten Mechanismus wird beschrieben, dass Kinder depressiver Mütter schon mit „dysfunktionalen neuroregulatorischen Mechanismen“ geboren werden. Dies kann noch vor der Geburt zu einer gestörten Entwicklung des Embryos und einer erhöhten Vulnerabilität für depressive Störungen führen (vgl. Essau 2007, S. 124). Ein vererbbares genetisches Merkmal, welches Einfluss auf die gesunde Entwicklung eines Kindes hat, ist das Serotonintransporter-Gen. Bei einem beeinträchtigten Serotonintransport kann es zu einem erhöhten Depressionsrisiko kommen. Jedoch kommt es auch bei einer vererbten Serotonin-Unterversorgung nicht zwingend zur Entwicklung einer Depression, sondern nur zu einer erhöhten Vulnerabilität. Erst durch die Interaktion genetischer und psychosozialer Faktoren kommt es zu negativen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung (vgl. Klicpera/Gasteiger-Klicpera/Bešić 2019, S. 96). Es wird davon ausgegangen, dass Genetik und Umwelt im Zusammenspiel einen etwa gleich hohen Einfluss auf die Entwicklung einer psychischen Störung bei Kindern psychisch kranker Eltern haben. Menschen mit einer erhöhten genetischen Vulnerabilität für Depressionen haben eine erhöhte Verletzbarkeit für kritische Lebensereignisse und Umweltbedingungen. Sie reagieren auf diese empfindlicher als es Menschen tun, welche nicht genetisch vorbelastet sind. Umso wichtiger sind Umweltfaktoren für Kinder mit einer erhöhten Vulnerabilität für Depressionen, da sie einen großen Einfluss in positiver sowie auch in negativer Weise haben können. Deshalb ist es von großer Bedeutung, dass die positiven Umweltfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern gestärkt und die negativen reduziert werden (vgl. Mattejat 2014, S. 83 f.).

### **5.2.2. Verhaltensweisen**

Goodman und Gotlib (nach Essau 2007) beschreiben im dritten Mechanismus ihres Modells zu Einflussfaktoren auf die intergenerationale Übertragung einer mütterlichen Depression „negative Kognitionen, Verhalten und Affekte“ (Essau 2007, S. 125) der Mutter. Depressive Mütter sind oft nicht in der Lage die Bedürfnisse ihrer Kinder wahrzunehmen und sie adäquat zu befriedigen. Dies kann dazu führen, dass die kindliche Entwicklung der sozialen und kognitiven Fähigkeiten gestört ist. Außerdem übernehmen Kinder durch soziales Lernen am Modell Ver-

haltensweisen und Kognitionen ihrer wichtigsten Bezugspersonen. Bei einer depressiven Mutter sind es häufig depressiv fördernde Verhaltensweisen, welche übernommen werden. Die Kombination aus übernommenen negativen Kognitionen, Affekten, sowie Verhaltensweisen und fehlenden sozialen und kognitiven Kompetenzen, erhöht für Kinder depressiver Mütter das Risiko an einer Depression zu erkranken (vgl. ebd.).

Kinder depressiver Mütter sind den Verhaltensweisen und Affekten, welche durch die mütterliche Depression gekennzeichnet sind, im alltäglichen Umgang ausgesetzt. Häufig zeichnet sich das Verhalten depressiver Mütter ihren Kindern gegenüber eher als negativ, feindselig und widersprüchlich aus. Sie verhalten sich ihren Kindern gegenüber eher ablehnend und zurückweisend und sind weniger unterstützend. Auch ihre eigene Rolle als Mutter nehmen sie negativer wahr und sind weniger selbstbewusst im Umgang mit ihren Kindern (vgl. Groen/Petermann 2011, S. 107). Es mangelt an emotionaler Wärme seitens der Mutter und sie verhält sich weniger tolerant und zärtlich. Auf der anderen Seite kann sich der erkrankte Elternteil aber auch überbeschützend und kontrollierend verhalten (vgl. Essau 2007, S. 127). Schon im Kleinkindalter gehen depressive Eltern weniger auf die Interaktions- und Kommunikationsversuche des Kleinkindes ein. Häufig weisen depressiv Erkrankte einen reduzierten affektiven Gesichtsausdruck auf und sind dadurch nicht in der Lage gemeinsam mit ihrem Kind Emotionen in positiver Weise auszutauschen oder die Affekte des Kindes zu spiegeln und zu regulieren (vgl. Seiffge-Krenke 2009, S. 42). Depressive Mütter sind oft sehr in ihre eigene Erkrankung verwickelt und nehmen dadurch die Handlungen, Fähigkeiten und positiven Eigenschaften ihres Kindes weniger wahr. Sie reagieren langsamer oder gar nicht auf das Verhalten ihrer Kinder und wenn doch, nicht selten mit unangemessenem, inkonsistentem und strafendem Verhalten. Für die betroffenen Kinder sind die Reaktionen ihres depressiven Elternteils weniger einschätzbar und vorhersagbar. Die Adoleszenz ist eher konfliktbelastet und die Jugendlichen werden häufiger in die Bewältigung der elterlichen Erkrankung einbezogen (vgl. Klicpera/Gasteiger-Klicpera/Bešić 2019, S. 94).

### **5.2.3. Bindung**

Mehrere Studien belegen, dass Kinder depressiver Eltern vermehrt unsichere Bindungsmuster aufweisen. Das beschriebene inkonsistente und ablehnende Verhalten des erkrankten Elternteils führt dazu, dass betroffene Kinder häufig eine unsichere und desorganisierte Bindung entwickeln. Eine sichere Bindung kann als Schutzfaktor für die positive Gesundheit des Kindes wirken. Im Gegensatz dazu wirkt eine unsichere Bindung als Risikofaktor für psychische Störungen oder andere Verhaltensauffälligkeiten. Schon mit knapp einem Jahr weisen Kinder depres-

siver Eltern vermehrt eine unsichere Bindung auf. Hierbei hat der Schweregrad und die Chronizität der elterlichen Erkrankung einen großen Einfluss auf die Gesundheit und auf das Bindungsmuster des Kindes. Bei einer schweren depressiven Störung ist die Interaktion zwischen Eltern und Kind stärker gestört und behindert dadurch den Aufbau einer sicheren Bindung. Dies passiert vor allem durch die schon beschriebenen typischen Verhaltensweisen depressiver Eltern in den Bereichen emotionaler Verfügbarkeit und feinfühligem Verhalten der Mutter, durch die Fähigkeit die kindlichen Affekte spiegeln und reflektieren zu können, sowie durch Blickkontakt und Kommunikation zwischen Eltern und Kind. Bei elterlichen Depressionen kommt es häufig zu einer Unterstimulation des Kindes durch die emotionale Unverfügbarkeit des erkrankten Elternteils. Beim Kind führt dies zu unruhigem oder auch zu Rückzugsverhalten bis hin zu depressiven Verhaltensweisen (vgl. Lenz 2014, S. 201 f.). Die Bindung zu den Eltern bleibt auch noch nach dem Kindesalter ein wichtiger Faktor für die weitere Entwicklung des jungen Menschen. Das Explorationsverhalten nimmt besonders im Jugendalter eine bedeutende Rolle beim Aufbau von Autonomie und Unabhängigkeit ein. Mit der Grundlage einer sicheren Bindung kann es in der Jugendzeit zu einem entwicklungsentsprechenden Ablösprozess des Elternhauses kommen. Gleichzeitig können pubertäre Herausforderungen und Stress mit einem familiären Rückhalt besser bewältigt werden (vgl. Groen/Petermann 2011, S. 82 f.).

#### **5.2.4. Lebensumstände**

Der vierte Mechanismus im Modell von Goodman und Gotlib (nach Essau 2007) zum Risiko für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung für Kinder depressiver Mütter, befasst sich mit den Lebensumständen von Kindern depressiver Mütter. Die betroffenen Kinder sind nicht nur den beschriebenen für Depressionen typischen Verhaltensweisen der Mutter ausgesetzt, sondern auch weiteren Stressoren, welche mit der psychischen Erkrankung zusammenhängen. Es wird von drei Moderatoren ausgegangen, die das Zusammenspiel der mütterlichen Depression und einer Psychopathologie des Kindes beeinflussen. Die Gesundheit des Vaters und seine Beziehung zum Kind wirken als ein Moderator. Sie können in positiver und negativer Weise einen Einfluss auf die Gesundheit des Kindes nehmen. Bei psychischer Gesundheit des Vaters und wenn dieser einen wichtigen Platz in der Erziehung einnimmt, kann dies fördernd für die Resilienz und die Gesundheit des Kindes sein. Auf der anderen Seite kann ein psychisch kranker oder nicht anwesender Vater, das Risiko für die betroffenen Kinder erhöhen. Je früher die Depression der Mutter ausbricht, desto schwieriger ist es für die betroffenen Kinder diese einzuordnen und zu verstehen. Dementsprechend führt ein früher Zeitpunkt der Erstmanifestation

der mütterlichen Depression und ein chronischer Verlauf dieser zu verstärkten Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. Als dritter Faktor werden die persönlichen Merkmale des Kindes benannt, welche die negativen Auswirkungen der mütterlichen Depression moderieren. Diese können zum Beispiel das Temperament und das Geschlecht des Kindes oder auch die intellektuellen und sozial-kognitiven Fähigkeiten sein (vgl. Essau 2007, S. 126).

Bei einer depressiven Erkrankung kommt es nicht selten zu einer Klinikeinweisung des erkrankten Elternteils. Schwere depressive Störungen führen oft zu mehreren stationären Aufenthalten und für die betroffenen Kinder zu wiederholten Trennungs- und Verlusterfahrungen. Besonders für jüngere Kinder können diese Erlebnisse traumatisierend sein, da besonders wenn die Mutter erkrankt ist, die Alltagsstrukturen und -routinen dabei häufig verloren gehen. Eine Zwangseinweisung nimmt die Kinder meist in besonderer Weise mit (vgl. Metzging 2016, S. 163). Außerdem kommt es in Familien mit einem depressiven Elternteil häufiger zu (sexuellem) Missbrauch und Vernachlässigung, was das Risiko einer Depression für Kinder ebenfalls erhöht (vgl. Essau 2007, S. 134). Weitere Lebensumstände, welchen Kindern depressiver Eltern häufig ausgesetzt sind und die als Risikofaktoren für die Entwicklung einer Depression gelten, wurden bereits in Kapitel 4.2.3. beschrieben.

### **5.3. Mögliche Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung**

Dieses beschriebene Verhalten von depressiven Eltern und die Lebensumstände, welchen Kinder depressiver Eltern ausgesetzt sind, haben einen Einfluss auf die Entwicklung und auf bestimmte Verhaltenstendenzen der betroffenen Kinder. Die unterstimulierende Interaktion zwischen dem erkrankten Elternteil und dem Kind kann zu einem eingeschränkten Explorationsverhalten des Kindes und weniger Lernerfahrungen führen. Und daraus folgend zu Beeinträchtigungen und Defiziten in der kognitiven sowie sozialen und emotionalen Entwicklung (vgl. Lenz 2014, S. 202). Kinder depressiver Eltern verhalten sich oft zurückhaltender, weniger selbstbewusst und ängstlicher. Sie vermeiden Herausforderungen und haben eine geringere Frustrationstoleranz als Kinder gesunder Eltern. Außerdem kann es zu aggressivem oder oppositionellem Verhalten kommen. Die Beziehungen zu Gleichaltrigen sind bei Kindern depressiver Eltern meist schlechter. Schon in den ersten Lebensjahren wurde eine geringere Responsivität der Kinder festgestellt, das heißt, dass diese Kinder weniger Kommunikations- und Interaktionsversuche ihren Eltern gegenüber aufweisen. Insbesondere die kritische und negative Einstellung der depressiven Mutter dem Kind gegenüber führt zu einem geringen Selbstwertgefühl der Kinder. Schon in den ersten Lebensjahren können Kinder einen eingeschränkten

Affektausdruck, bis hin zu depressiven Verhaltensweisen zeigen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 26 f.).

Diese Entwicklungsdefizite im Kindesalter können als mögliche Vorläufer späterer Depressionssymptome interpretiert werden. Im Jugendalter zeigen sich häufiger depressive Symptome, welche jedoch nicht zwangsläufig schon eine depressive Episode darstellen müssen (vgl. Klicpera/Gasteiger-Klicpera/Bešić 2019, S. 94). Die betroffenen Kinder haben im Laufe ihres Lebens ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung irgendeiner psychischen Erkrankung. Insbesondere depressive Störungen treten gehäuft auf und dies nicht selten schon vor Beginn der Pubertät (vgl. Seiffge-Krenke 2009, S. 44). Die elterliche Erkrankung wirkt sich auf den weiteren Verlauf der psychischen Gesundheit der Kinder aus. So weisen Kinder depressiver Eltern eine frühere Erstmanifestierung einer depressiven Störung auf. Der frühe Beginn der psychischen Erkrankung beeinträchtigt wiederum den weiteren Verlauf der psychischen Erkrankung dieser in negativer Weise (vgl. Essau 2007, S. 122). Es kommt häufiger zu stationären Klinikaufenthalten und die ambulante Behandlung zieht sich meist über einen längeren Zeitraum als bei Kindern psychisch unauffälliger Eltern (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 29).

Vergleicht man die Lebenswelten von Kindern depressiv erkrankter Eltern mit den Erklärungsansätzen depressiver Störungen, fällt auf, dass die Lebensbedingungen betroffener Kinder oftmals depressionsfördernd sind. Die betroffenen Kinder erhalten von dem erkrankten Elternteil wenige positive Rückmeldungen und Reaktionen. Die Versuche das Familienmitglied in der Bewältigung der Depression zu unterstützen laufen meist ins Leere, wodurch ein Gefühl der Hilflosigkeit entsteht. Die Situationen erscheinen nicht beeinflussbar oder kontrollierbar. Häufig fühlen sie sich für die Nicht-Genesung mitverantwortlich oder schuldig (vgl. Pitschel-Walz/Bäuml/Kissling 2018, S. 18). Eine erlernte Hilflosigkeit verbunden mit pessimistischen Erwartungen, negativen Kognitionen und Erklärungsansätzen für Situationen können die spätere Depressionssymptomatik negativ beeinflussen. Weniger familiäre Unterstützung und Stressoren wie kritische Lebensereignisse, Schwierigkeiten in der Familie oder anderen Beziehungen und die psychische Erkrankung irgendeines Familienmitgliedes zählen auch als Prädiktoren für eine spätere Depressionssymptomatik und treten in Familien mit einem depressiv erkrankten Elternteil gehäuft auf (vgl. Groen/Petermann 2011, S. 72)

Auch andere Risikofaktoren, welche die Dauer und die Stabilität einer depressiven Störung beeinflussen, treten in Familien mit einem depressiven Elternteil bzw. bei Kindern depressiver Eltern häufiger auf als in Familien mit psychisch gesunden Eltern. Hierzu zählen kindliche Merkmale, wie ein niedriges Selbstbewusstsein oder ein negatives Problemlöseverhalten, und

familiäre Faktoren, wie Schwierigkeiten in der Erziehung oder der Eltern-Kind-Beziehung (vgl. ebd., S. 64). Depressive Kinder und Jugendliche weisen ein vielfach erhöhtes Risiko für Rückfälle und eine sich wiederholende depressive Episode auf. Suizidgedanken und -versuche oder auch vollendete Selbstmorde sind im Lebensverlauf dieser Kinder erhöht. Insgesamt kann man sagen, dass die Depression im Kindes- und Jugendalter, beeinflusst durch die elterliche depressive Störung, weitreichende Auswirkungen bis ins Erwachsenenalter hat, da es zu einer erhöhten Rate von rezidivierenden depressiven Störungen, sowie anderen psychischen Störungen und psychosozialen Beeinträchtigungen und Suizid(-versuchen) kommt (vgl. ebd., S. 58).

## **6. Resilienz**

Den beschriebenen Risikofaktoren für Kinder, welche mit einem psychisch kranken Elternteil zusammenleben, ist jedoch gegenüberzustellen, dass nicht alle Kinder psychisch kranker Eltern selbst eine psychische Störung entwickeln. Ein sehr großer Anteil dieser Kinder bleibt auch im Laufe des Lebens psychisch gesund. Dies bedeutet, dass eine elterliche psychische Erkrankung nicht zwangsläufig zu einer kindlichen Erkrankung führen muss. Hier stellt sich die Frage woran es liegt, dass einige Kinder erkranken und andere gesund bleiben. Die Risikofaktoren, welche die Verletzbarkeit für eine kindliche psychische Erkrankung erhöhen, wurden in den letzten Kapiteln schon genauer beschrieben. Im Folgenden sollen die Schutzfaktoren, welche zu einer Widerstandsfähigkeit auf Seiten der Kinder führen, beschrieben werden. Resiliente Kinder beschreibt Kinder, welche trotz eines belastenden Umfeldes, welches charakterisiert ist durch schwierige und zum Teil traumatische Bedingungen, psychisch gesund bleiben. Jedoch prallen diese alltäglichen Belastungen in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil nicht einfach an den Kindern ab und sie wurden nicht mit einer Widerstandsfähigkeit geboren, vielmehr haben diese Kinder schon früh gelernt mit ihren Umweltbedingungen umzugehen und sich funktional anzupassen. Resiliente Eigenschaften entwickeln sich durch ein Zusammenspiel von persönlichen Merkmalen des Kindes und Faktoren des Umfeldes wie familiäre und soziale Aspekte (Lenz/Wiegand-Grefe 2016, S. 30).

Familiäre Ressourcen, welche die psychische Gesundheit von Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil fördern, sind zum einen die Qualität der Beziehung zwischen Eltern und Kind. Eine sichere Bindung zu mindestens einer gesunden Bezugsperson, meist dem gesunden Elternteil und auch stabile Beziehungen zu anderen außenstehenden erwachsenen Personen, fördern die Entwicklung des Kindes. Ein positives Familienklima und das Gefühl auch von dem erkrankten Elternteil geliebt zu werden wirken schützend. Fördernd sind Beziehungen zu

Gleichaltrigen und positive Erfahrungen und Erfolgserlebnisse außerhalb der Familie, wie in Schule, Kita oder Vereinen (Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 37 f.). Weitere wichtige Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern sind die positive Krankheitsbewältigung und ein offener sowie aktiver Umgang innerhalb der Familie mit dieser. Die psychische Störung des erkrankten Elternteils wird nicht geleugnet oder tabuisiert und es werden Hilfsmöglichkeiten angenommen. Eine alters- und entwicklungsangemessene Aufklärung der Kinder über die Krankheit ihrer Eltern wirkt protektiv und ist entscheidend dafür, dass die Kinder die Verhaltensweisen ihres erkrankten Elternteils verstehen und einordnen können und so keine Schuldgefühle entwickeln (ebd., S. 38 f.).

Schutzfaktoren auf Seiten der Kinder, welche dazu führen, dass diese Kinder besonders resilient sind, können ein positives Temperament, sowie ein gut entwickeltes Problemlöseverhalten sein. Diese Kinder gehen auf andere Menschen und auf anstehende Schwierigkeiten offen und aktiv zu. Sie weisen ein positives Selbstwertgefühl und hohe Sozialkompetenzen auf (vgl. Wiegand-Grefe et al. 2011, S. 207).

Diese beschriebenen Schutzfaktoren können durch Präventionsmaßnahmen für Kinder psychisch kranker Eltern gefördert werden und gleichzeitig können dadurch die Risikofaktoren reduziert werden, sodass die Widerstandsfähigkeit trotz dieser Risikokonstellation gestärkt wird. Eine positive Entwicklung der Kinder kann erreicht werden, wenn das soziale Netzwerk des Kindes, bestehend aus Eltern, Verwandten und Fachkräften, zusammenarbeiten und gemeinsam erlernt wird mit der psychischen Erkrankung umzugehen. Für die Eltern sowie auch für die betroffenen Kinder ist es wichtig, dass sie sich auf externe Hilfe und zuverlässige Beziehungen verlassen können (vgl. Mattejat/Lenz/Wiegand-Grefe 2011, S. 18).

Früh ansetzende Präventionsmaßnahmen können das Risiko einer psychischen Erkrankung mindern und die Resilienz der betroffenen Kinder stärken. Diese können fallbezogen beim Einzelnen oder auf übergeordneter struktureller Ebene im Hinblick auf bestehende Rahmenbedingungen ansetzen. Für Familien mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil können individuelle Präventionsmaßnahmen auf der elterlichen, der kindlichen oder familiären Ebene stattfinden. Im Kleinkindalter können dies Angebote zur Förderung der Bindung zwischen Mutter und Kind oder im Kindes- und Jugendalter Einzel- und Gruppenangebote für die betroffenen Kinder oder Eltern sein (vgl. Reinisch/Heitmann/Griepenstroh 2011, S. 63 f.). Des Weiteren gibt es Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern, welche den Kindern und Eltern Unterstützung durch einen gesunden Erwachsenen anbieten. Dieser versucht die Eltern zu entlasten und eine langfristige stabile Beziehung zu dem Kind aufzubauen (vgl. ebd.

ebd., S. 68). Für Eltern können Präventionsmaßnahmen zum Beispiel Angehörigengruppen zum Austausch und auch pädagogische Unterstützung im alltäglichen Bereich sein (vgl. ebd. ebd., S. 70).

## **7. Psychoedukation**

Eine weitere Präventionsmaßnahme für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder sind psychoedukative Angebote. Psychoedukative Programme haben in den letzten Jahren im medizinischen und vor allem auch psychiatrischen Bereich an Bedeutung zugenommen. Allgemein wird unter Psychoedukation die Informationsvermittlung von Fachkräften an Patient\*innen und Angehörige verstanden. Dabei geht es um eine präventive Aufklärung über die Erkrankung und die Behandlung, um das Krankheitsverständnis und die Bewältigung der Krankheit zu verbessern. Kombiniert wird dies oft durch ein psychotherapeutisches Gruppenangebot, bei dem Erfahrungen zwischen den Betroffenen ausgetauscht werden können (vgl. Pitschel-Walz/Bäuml 2016, S. 3). Psychoedukative Methoden wurden vermehrt im Bereich der schizophrenen Störungen angeboten, jedoch spricht vieles dafür, dass sie auch bei anderen Störungsbildern hilfreich sind (vgl. Pitschel-Walz/Froböse/Bäuml 2016, S. 442).

Beispielsweise ist Psychoedukation auch bei depressiven Störungen indiziert. Wie schon im ersten Kapitel beschrieben nehmen depressive Störungen aufgrund ihrer Prävalenz und der Auswirkungen auf die Betroffenen und ihre Angehörigen, eine hohe Relevanz ein. Depressive Störungen weisen ein hohes Risiko für einen Rückfall auf. Ohne eine Behandlung der Depression kommt es bei bis zu 50% der Erkrankten zu einer weiteren depressiven Episode (vgl. Pitschel-Walz/Bäuml/Kissling 2018, S. 8). Mit einer therapeutischen Begleitung insbesondere in Verbindung mit einer Behandlung durch Psychopharmaka kann das Risiko eines Rückfalls reduziert werden, jedoch erhalten Personen mit einer depressiven Störung noch zu selten auch eine Psychotherapie. Dies liegt unter anderem darin begründet, dass die Akzeptanz von Medikamenteneinnahme bei psychischen Erkrankungen und zum Teil auch von Psychotherapien in der Allgemeinbevölkerung niedrig ist und es psychisch Belasteten schwer fällt sich auf die Behandlung einzulassen. Die fehlende Akzeptanz hängt mit einem allgemeinen geringen Wissen über Depression und ihre Behandlung zusammen. So weiß nur ein kleiner Anteil um die biologischen Faktoren einer depressiven Störung und steht dieser dementsprechend vorurteilsbelastet gegenüber. Durch psychoedukative Angebote können diese Sorgen abgebaut und der positive Einfluss einer psychotherapeutischen Behandlung auf den Krankheitsverlauf aufgezeigt werden, sodass diese besser angenommen werden kann (vgl. ebd., S. 10 f.).

## **7.1. Ziele der Psychoedukation**

Ziele der Psychoedukation für Betroffene sind im Allgemeinen die Förderung der Gesundheit der Patient\*innen und des selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung, sowie die Stärkung der Ressourcen. Dazu gehört, dass die Patient\*innen über die Erkrankung, den Verlauf, die Behandlungsoptionen und die Ursachen aufgeklärt werden. Die Patient\*innen sollen dabei unterstützt werden ein funktionales Krankheitskonzept zu entwickeln und dahingehend befähigt werden auf Augenhöhe mit Professionellen sprechen und gemeinsam Entscheidungen bezüglich der weiteren Behandlung treffen zu können. Durch psychoedukative Interventionen soll der Betroffene Sicherheit im Umgang mit seiner Erkrankung erlangen. So werden die Patient\*innen befähigt Krisen zu bewältigen und Selbstwirksamkeit zu erfahren (vgl. Pitschel-Walz/Bäuml 2016, S. 3). Ein weiteres Ziel ist es, eine Behandlungsbereitschaft (Compliance) der Patient\*innen zu erreichen. Um Rückfälle zu reduzieren, ist es förderlich, dass Patient\*innen mit ihren Therapeut\*innen und anderen Helfersystemen zusammenarbeiten und sich an Absprachen halten. Dazu gehören die Einnahme von Medikamenten oder auch die Veränderung von Verhalten oder Lebensweisen. Im Gegensatz dazu ist Noncompliance das Nicht-Umsetzen von Empfehlungen, welche aus medizinisch therapeutischer Sicht als notwendig angesehen werden. Durch die Aufklärung und Informationsvermittlung des medizinischen Behandlungsverlaufs kann die Compliance gestärkt und der weitere Verlauf der Erkrankung positiv beeinflusst werden (vgl. Pitschel-Walz/Bäuml/Kissling 2018, S. 9).

Bei depressiven Patient\*innen, kann Psychoedukation dahingehend unterstützen, dass Symptome und Anzeichen einer depressiven Episode früh erkannt werden und entsprechen darauf reagiert wird, sodass frühzeitig Hilfe in Anspruch genommen wird. Des Weiteren lernen Patient\*innen mit der eigenen Gefühlslage umzugehen und durch Veränderungen der Lebensweise und Bewältigungsstrukturen positiv auf diese einwirken zu können. Da die Betroffenen in der Lage sind ihre Erkrankung selbst einzuschätzen und sich im Notfall Hilfe holen zu können, sind seltener stationäre Klinikaufenthalte notwendig (vgl. ebd., S. 20).

## **7.2. Psychoedukation bei Angehörigen**

Wie schon beschrieben, leiden nicht nur die Betroffenen einer psychischen Erkrankung unter dieser, sondern auch die Angehörigen und nahen Bezugspersonen. Zum Teil sind Angehörige in der Lage diese Belastungen aufgrund ihrer eigenen Stärken und ihres sozialen Netzwerkes zu bewältigen. Jedoch sind mehr als 40% der Angehörigen eines depressiven Menschen durch diese Situation so beeinträchtigt, dass sie selbst auf eine therapeutische Behandlung angewiesen sind. Häufig kommt es zu einem Gefühl der Hilflosigkeit auf Seiten der Angehörigen, da sie

trotz Bemühungen nicht oder wenig in der Lage sind ihren Partner\*innen zu helfen oder sogar von diesen zurückgewiesen werden. Dies kann besonders belastend wirken, da oft das Gefühl entsteht an der Erkrankung und der Nicht-Gesundheit schuld zu sein. Überforderung bis hin zu aggressiven Gefühlen und Verhalten dem Erkrankten gegenüber, verstärken dies. Nicht selten kommt es aus Sorge und dem Wunsch die Partner\*innen zu unterstützen, zu einem Rückzug aus dem eigenen sozialen Leben. Dies führt wiederum zu einem erhöhten Stresslevel, da es keine Erholungsmöglichkeiten mehr gibt (vgl. Pitschel-Walz/Luderer 2016, S. 200). Ziele psychoedukativer Programme für Angehörige eines psychisch erkrankten Menschen sind es an diesen Belastungen anzusetzen und den Umgang mit dem\*der psychisch Erkrankten zu fördern, sodass der Krankheitsverlauf positiv beeinflusst wird. Außerdem soll die Bewältigung der familiären Belastungen, welche krankheitsbedingt entstanden oder verstärkt wurden, erleichtert werden. Konkret bedeutet das, ähnlich wie bei den Betroffenen, eine Informationsvermittlung über die Diagnose und die Behandlung. Außerdem soll auch bei den Angehörigen eine langfristige Compliance erreicht werden, damit sie in der Lage sind die Behandlung und die Behandlungsbereitschaft ihres psychisch belasteten Familienmitgliedes zu unterstützen. Auch bei Angehörigen ist das Bedürfnis groß dahingehend unterstützt zu werden Krisensituationen gemeinsam mit dem Betroffenen bewältigen zu können (vgl. Pitschel-Walz/Bäumel 2016, S. 4). Des Weiteren können psychoedukative Gruppenangebote für Angehörige eines psychisch Erkrankten, durch den Erfahrungsaustausch emotional entlastend wirken. Bedrückende Gefühle wie Schuld, Scham, Angst und Gereiztheit treffen hier auf Verständnis. Häufig hilft es schon den Unmut mit anderen Betroffenen zu teilen um wieder Kraft sammeln zu können. Dies wirkt sich positiv auf das Familienklima und die Beziehung zu den Partner\*innen aus, sodass sie wieder in Lage sind, diese bei der Bewältigung ihrer Probleme zu unterstützen (vgl. Pitschel-Walz/Luderer 2016, S. 201 f.).

### **7.3. Psychoedukation bei Kindern**

Zu den Angehörigen psychisch Erkrankter und der Zielgruppe psychoedukativer Interventionen gehören auch die Kinder der Betroffenen. Wie schon in Kapitel 4 beschrieben stellen diese durch die Belastungsfaktoren eine Hochrisikogruppe für die Entstehung psychischer Störungen dar. Ziele der Psychoedukation für Kinder sind ähnlich wie bei den Erwachsenen. Es soll gemeinsam mit einer Fachkraft durch Informationsvermittlung ein Verständnis für die Erkrankung entwickelt werden. Dadurch wird versucht, die Schuldgefühle der Kinder und das Gefühl der Verantwortung für die Entstehung und die Genesung der psychischen Störung zu mindern. Außerdem soll den Kindern die Angst vor der Krankheit, dem erkrankten Elternteil und der

Zukunft genommen werden. Häufig kommt es im Krankheitsverlauf durch einen stationären Klinikaufenthalt zu einer Trennung vom erkrankten Elternteil. Eine Vorbereitung auf dieses Trennungserlebnis ist für die betroffenen Kinder wichtig, um dieses einordnen zu können. Des Weiteren streben psychoedukative Angebote an, den Kindern einen Raum zu ermöglichen, in dem sie offen über ihre Gefühle und Sorgen sprechen können (vgl. Andre-Lägel 2016, S. 450). Da es bei Kindern zu spezifischen Besonderheiten kommt, welche bei Erwachsenen nicht gegeben sind, können psychoedukative Programme für erwachsene Angehörige nicht einfach auf Kinder übertragen werden. Die Sprache muss individuell auf das Alter und den Entwicklungsstand des Kindes angepasst werden. Dazu gehört, dass ein kindgerechtes Vokabular und eventuell auch Hilfsmaterialien, wie zum Beispiel Bilder genutzt werden. Häufig wirken Kinder psychisch kranker Eltern aufgrund der Parentifizierung erwachsener und reifer als sie es eigentlich sind. Davon darf sich die Fachkraft nicht täuschen lassen und das Kind durch eine erwachsene Ansprache überfordern. Für Kinder psychisch erkrankter Eltern ist das Thema der psychischen Erkrankung eines ihrer Elternteile ein sehr sensibles Thema, da die besprochene Person meist eine der wichtigsten Bezugspersonen für das betroffene Kind darstellt. Diese Person ist eine ihrer Bindungspersonen, von welchem das Kind abhängig ist. Daher ist besonders auf Loyalitätskonflikte zu achten, welche verhindern können, dass das Kind offen über Gefühle sprechen kann. Bewusste oder unbewusste Tabuisierungen innerhalb der Familie können auch dazu führen, dass das Kind sich nicht traut über seine Ängste und Sorgen zu sprechen. Des Weiteren kann es sein, dass aufgrund der Erkrankung des Elternteils eine Bindungsstörung beim Kind entstanden ist, welche zu vermeidenden und kontrollierenden Bewältigungsstrategien führt. Aus diesen Gründen ist es bei Kindern besonders wichtig, individuell auf sie und ihre (familiäre) Situation einzugehen und angepasste psychoedukative Interventionen anzubieten. Ausschließlich psychoedukative Gruppenangebote für Kinder anzubieten, ist nicht empfehlenswert, da es in einem solchen Rahmen nicht möglich ist, auf individuelle Reaktionen und Anzeichen von Überforderung bis zu Traumatisierung einzugehen. In Gruppensettings kommt es eher dazu, dass die einzelnen Bedürfnisse der Kinder untergehen. Daher ist es von Bedeutung, dass Kinder psychisch kranker Eltern nicht nur Gruppenangebote, sondern auch individuelle Programme in Kombination mit Familieninterventionen wahrnehmen (vgl. ebd., S. 449 f.).

Aufgrund der Sensibilität dieses Themas ist es für Kinder wichtig, dass das Gespräch über die eigene Situation mit einer Person stattfindet, welche eine positive Beziehung zu dem Kind hat. Empfehlenswert ist es, gemeinsam mit dem Kind sowie beiden Elternteilen zu sprechen, dabei

sollte sich der erkrankte Elternteil in einer gesundheitlich stabileren Phase befinden (vgl. Wunderer 2014, S. 125). Das Gespräch sollte in einer möglichst angenehmen Atmosphäre stattfinden, in der sich das Kind wohlfühlt. Sterile Arztzimmer und Störungen des Gesprächs sollten vermieden werden. Weiterhin ist bei psychoedukativen Interventionen bei Kindern zu beachten, dass besonders Kinder, die bei der Erstmanifestierung der psychischen Störung ihres Elternteils noch sehr jung sind, die krankheitsbedingten Symptome und das Verhalten ihrer Eltern als normal wahrnehmen (vgl. Andre-Lägel 2016, S. 450).

Für Kinder psychisch kranker Eltern ist das Wissen und vor allem das Verstehen der elterlichen Erkrankung von enormer Bedeutung, da diese als Schutzfaktor wirken. Dabei geht es nicht um eine reine Wissensvermittlung, sondern darum den erkrankten Elternteil mit seinen Symptomen verstehen zu können. Für Kinder ist es bedeutend sich die Veränderungen und Belastungen im Alltag, sowie die Verhaltensweisen und Reaktionen des erkrankten Elternteils erklären zu können (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 38). Kommt es zu keiner Aufklärung des Kindes, macht es sich Sorgen um die Eltern und es entsteht meist ein diffuses Wissen über die psychische Krankheit der Eltern. Dieses beruht auf eigenen Erklärungen und Vermutungen zu Verhaltensänderungen der erkrankten Mutter oder des Vaters und führt nicht selten zu Schuldgefühlen und Angst. Themen, welche tabuisiert werden, wirken bedrohlich, da sie nicht eingeschätzt und eingeordnet werden können (vgl. Mattejat 2014, S. 93 f.). Häufig wird in Familien nicht über die psychische Erkrankung eines Elternteils gesprochen, da die Eltern die Befürchtung haben das Kind damit zu überfordern und zu belasten. Es ist wichtig diese Sorgen ernst zu nehmen und den Eltern aufzuzeigen wie Krankheitswissen und -vermittlung positiv auf die Entwicklung der betroffenen Kinder wirken (vgl. Lenz 2014, S. 313). Wenn Kinder die Krankheit und die elterlichen Verhaltensweisen verstehen, können sie „Hoffnung, Mut und positive[n] Zukunftserwartungen“ (Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 39) schöpfen. Die Ressourcen der Kinder können (neu) entdeckt und nutzbar gemacht werden, sodass kritische Situationen subjektiv bewältigbar und beeinflussbar erscheinen. Sie können ein Gefühl der Kontrolle und Selbstwirksamkeit erlangen. Erst durch das Verstehen der Erkrankung können Kinder aktiv mit ihrer Situation umgehen. Bei der Vermittlung von Krankheitswissen sollte der Fokus bei den Sorgen, Gefühlen und Fragen der Kinder liegen. Diese sind häufig sehr unterschiedlich und verändern sich im Verlauf der elterlichen Krankheit und der Behandlung nochmals stark. Daher ist es wichtig auf die subjektive Situation der Kinder einzugehen (vgl. ebd. ebd., S. 38 f.).

Offen und transparent mit der Situation umzugehen bedeutet nicht, Kindern jede Einzelheit der elterlichen Erkrankung und der Behandlung aufzubürden, da dies zu Überforderung und Ver-

wirung führen kann. Nichtsdestotrotz müssen Kinder über die Veränderungen, welche sie selbst betreffen, informiert werden. Dabei müssen sie sich sicher sein können, die Wahrheit zu erfahren und nicht angelogen zu werden. Andernfalls kann es dazu kommen, dass das Kind sich nicht auf weitere Unterstützungsmaßnahmen einlassen kann, da es weder den Eltern noch den Fachkräften vertraut. Wichtig ist dabei, dass die Wissensvermittlung alters- und entwicklungsangemessen ist. Es ergibt keinen Sinn Kindern etwas zu erklären, wenn sie kognitiv noch nicht in der Lage sind dies zu verstehen (vgl. Lenz 2014, S. 313 f.). Trotz dessen ist schon im Kleinkindalter ein transparenter Umgang mit der psychischen Störung unerlässlich, da Kinder besonders sensibel auf die Atmosphäre und das Familienklima reagieren. Auch wenn Kleinkinder noch nicht alle Wörter verstehen, ist es wichtig, dass ihnen in einer kindgerechten Sprache kurz die Situation erklärt wird (vgl. ebd., S. 317). Kinder im Grundschulalter können die häusliche Situation kognitiv schon besser verstehen. Sie fragen sich welche Ursachen die elterliche Erkrankung hat, wie sie sich ihrem erkrankten Elternteil gegenüber verhalten sollen und was sich aufgrund der psychischen Erkrankung im Alltag für sie verändern wird (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2016, S. 52 f.). Jugendliche haben sich im Gegensatz zu Kindern meist schon selbstständig mit der Erkrankung der Eltern auseinandergesetzt, jedoch kommt es dabei oft zu Fehlinformationen und -einschätzungen. Sie beschäftigen sich zusätzlich mit dem Thema der Erbeinflüsse und der Verantwortlichkeit ihrer Familie gegenüber (vgl. Lenz 2014, S. 319). Um eine realistische Vorstellung über die Krankheit der Eltern zu erreichen, sollte Psychoedukation immer das individuelle Vorwissen der Kinder berücksichtigen. Aufbauend darauf sind vorerst nur grundlegende Informationen über die elterliche Erkrankung relevant. Dazu gehört, dass dem Kind erklärt wird, dass seine Mutter oder sein Vater psychisch erkrankt ist und der Name der Diagnose genannt wird. Es sollte beschrieben werden, dass der erkrankte Elternteil in einer Behandlung ist, damit die Ärzt\*innen ihm\*ihr helfen können. In der Erstinformation sollten noch die möglichen krankheitsbedingten Veränderungen im Leben des Kindes benannt und erläutert werden. Damit wird dem Kind aufgezeigt, dass mit dem Thema der psychischen Erkrankung offen und ehrlich umgegangen wird und gleichzeitig eröffnet es diesem die Möglichkeit jederzeit Fragen und Sorgen zu äußern (vgl. ebd., S. 315).

Um ein solches Gespräch, vor allem mit jüngeren Kindern zu unterstützen, sind oftmals Hilfsmaterialien, wie beispielsweise Kinderbücher, förderlich. Diese können einen Raum für betroffene Kinder schaffen, um über ihre Gefühle, Gedanken und Sorgen zu sprechen (vgl. Andre-Lägel 2016, S. 449). Im Optimalfall werden aufklärende Kinderbücher mit einem\*einer Vorlesenden und dem zuhörenden Kind gemeinsam entdeckt, erschlossen und besprochen.

Dabei übernehmen die Kinder eine aktive Rolle, indem sie durch offene Fragen dazu angeregt und ermutigt werden, eigene Meinungen und Ideen zu äußern. So kann ein Gespräch über den weiteren Verlauf der Erzählung, individuelle Erfahrungen oder Interessen des Kindes entstehen (vgl. Kurwinkel 2017, S. 179). Bei dem Medium Bilderbuch als eine psychoedukative Methodik ist dialogisches Vorlesen besonders förderlich. Kinder werden dazu angeregt Fragen zu stellen und sich zu beteiligen. Ihre Beiträge sind erwünscht und werden wertgeschätzt. Der\*die Vorlesende kann darauf mit Fragen und Impulsen reagieren, sodass ein Gespräch über oftmals schwierige Themen entstehen kann. Besonders bei sensiblen Themen wie die psychische Erkrankung der Eltern, welche nicht selten mit Tabuisierungstendenzen und Loyalitätskonflikten besetzt ist, ist dialogisches Vorlesen von aufklärenden Kinderbüchern im Einzelkontakt ein guter Gesprächseinstieg. So kann bei traumatischen oder belastenden Erfahrungen ein Bilderbuch einen sensiblen Einstieg in das Thema bieten und kann zu einem Gespräch über die Erfahrungen, Sorgen und Fragen anregen. Das Kind ist nicht dazu gezwungen von eigenen zum Teil sehr belastenden oder unaussprechbaren Erfahrungen zu berichten. Durch die Reaktionen und Beiträge des Kindes kann der\*die Vorlesende schon meist erkennen, welche Themen dieses gerade beschäftigt. Dabei ist es besonders wichtig empathisch mit dem Kind umzugehen, auf Reaktionen und Bedürfnisse unmittelbar zu reagieren und eine sichere und geborgene Umgebung zu schaffen. Die Auswahl der Bücher muss entsprechend der Bedürfnisse und des Entwicklungsstandes des einzelnen Kindes stattfinden (vgl. Hardenberg 2016, S. 19 f.). Das Bilderbuch als psychoedukatives Medium kann nicht nur bei Kindern psychisch kranker Eltern, sondern auch bei nicht betroffenen Kindern genutzt werden. Diese sehen sich in Kindergarten oder Schule immer wieder mit Kindern mit herausfordernden Verhalten konfrontiert. Oftmals müssen sie Rücksicht auf die betroffenen Kinder nehmen und lernen mit ihrem Verhalten umzugehen. Bilderbücher mit Kindern psychisch erkrankter Eltern als Protagonist\*innen können für die Lebenssituation und Belastungsfaktoren von betroffenen Kindern sensibilisieren (vgl. Müller/Temper 2018, S. 7. f.). Psychoedukation setzt ähnlich wie das dialogische Vorlesen an einem partnerschaftlichen und wertschätzenden Umgang mit den Kindern an. Die Kinder sollen dazu ermutigt und angeregt werden, Fragen und eigene Gedanken zu äußern. Oft fällt es Kindern psychisch erkrankter Eltern aber aufgrund von Schuldgefühlen, Loyalitätskonflikten oder anderen Verunsicherungen schwer, ihre Ängste und Gefühle zu äußern. Ein wechselseitiges Gespräch mit dem Kind, kann einen Einblick in die Gedanken und Bedürfnisse der Kinder gewähren (vgl. Lenz 2014, S. 311).

## 8. Methodisches Vorgehen

Der Fragestellung nach der Relevanz psychoedukativer Präventionsmaßnahmen in Form von Bilderbüchern wird sich durch ein qualitatives methodisches Vorgehen genähert. Es wurden drei exemplarische Kinderbücher mit psychoedukativen Anteilen für Kinder psychisch kranker Eltern ausgesucht und diese mit der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

### 8.1. Qualitative Forschung

Für die Beantwortung der Fragestellung erweist sich eine qualitative Herangehensweise als geeignet, da sich die qualitative Inhaltsanalyse auf festgehaltene Kommunikation, bezogen auf unter anderem Sprache in Textform oder Bilder bezieht. Sie geht systematisch und theoriegeleitet mit einer Fragestellung vor, um nachvollziehbar und überprüfbar zu sein. Ziel ist es, Schlussfolgerungen über Absichten und Wirkungen der Kommunikation ziehen zu können (vgl. Mayring 2015, S. 12 f.). Sie legt den Fokus darauf, individuelle Zusammenhänge in dem Ausgangsmaterial zu verstehen und sich in diese hineinzusetzen (vgl. ebd., S. 19). Dies erweist sich für die Betrachtung von psychoedukativen Bilderbüchern als besonders wertvoll, da diese eine subjektive Geschichte und einen individuellen Umgang mit einer elterlichen Erkrankung konstruieren. Mayring betont, dass in der qualitativen Forschung vor der Wahl der genauen Forschungsmethode ein Untersuchungsplan, oder auch ein Untersuchungsdesign, entwickelt werden müsse. Das Untersuchungsdesign solle das Untersuchungsziel und den Untersuchungsablauf umfassen. Weiter soll es die Rahmenbedingungen der Analyse festlegen. Er nennt verschiedene Untersuchungspläne der qualitativen Forschung: die Einzelfallanalyse, die Dokumentenanalyse, die Handlungsforschung, die deskriptive Feldforschung, das qualitative Experiment und die qualitative Evaluation (vgl. Mayring 2016, S. 40). Zur Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit wird die Dokumentenanalyse als am sinnvollsten bewertet. Diese kann sich mit verschiedenen gegenständlichen Quellen wie Schriftstücken, Video- oder Tonaufnahmen oder (Kunst-)Gegenständen befassen. Die zu untersuchenden Materialien müssen interpretierbar sein und Erkenntnisse über „menschliches Verhalten, Fühlen und Handeln zulassen“ (ebd., S. 47). Vorteile der Dokumentenanalyse sind zum einen die große Fülle an Materialien und zum anderen, dass der zu analysierende Gegenstand bereits besteht und abgeschlossen ist, dadurch kann es bei der Datenerhebung zu weniger Fehlern kommen. Ausschließlich bei der Auswahl des Ausgangsmaterials hat die Subjektivität des\*der Forscher\*in einen Einfluss (vgl. ebd.).

## **8.2. Datenauswertung nach der qualitativen Inhaltsanalyse**

Die ausgewählten Bilderbücher für Kinder psychisch kranker Eltern wurden nach der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring und deren Weiterentwicklung von Kuckartz ausgewertet. Diese Auswertungsmethode arbeitet mit der Bildung von Kategorien und bietet eine genaue Anleitung für die Auswertung qualitativer Daten. Die angewandte Auswertungsmethode eignet sich für das Forschungsvorhaben dieser Arbeit besonders gut, da sie laut Mayring und Kuckartz die Möglichkeit einer Mischform von an der Theorie und an der Empirie gebildeten Kategorien bietet, also einer Mischform zwischen einem induktiven und einem deduktiven Vorgehen (vgl. Kuckartz 2016, S. 95). So war es möglich bei der Bildung der Kategorien auch Bezug auf die Theorie und die getroffenen Vorannahmen zu nehmen. Dadurch konnten Kategorien gebildet werden, die sich einerseits an den theoretischen Erkenntnissen und den Vorannahmen dieser Arbeit und andererseits offen an den Themen der Kinderbücher orientieren. Die qualitative Inhaltsanalyse umfasst laut Mayring und Kuckartz mehrere Auswertungsschritte, die alle immer in Bezug zur Forschungsfrage stehen sollen. Die Schritte sind: Textarbeit, Bildung von Kategorien, Codierung, Analyse und Ergebnisdarstellung (vgl. ebd., S. 45).

Kuckartz beschreibt drei Arten der qualitativen Inhaltsanalyse: Die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse, die evaluative qualitative Inhaltsanalyse und die typenbildende qualitative Inhaltsanalyse. Diese Verfahren können eigenständig angewandt werden, sie können aber auch miteinander in Verbindung gebracht werden (vgl. ebd., S. 48). In dieser Arbeit wurde die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse angewandt. So kann auch auf unerwartete Umstände und Realitäten im Ausgangsmaterial eingegangen werden, indem entsprechend nach einer deduktiven Kategorienbildung zusätzlich induktive Kategorien gebildet werden (vgl. ebd., S. 97).

## **8.3. Bildung von Kategorien mit der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse**

Die Kinderbücher wurden durch die Bildung von Kategorien nach Kuckartz ausgewertet. Die Kategorien sollen Möglichkeiten zur psychoedukativen Behandlung des Themas elterliche psychische Störungen in Kinderbüchern darstellen und wurden, wie bereits ausgeführt, sowohl mithilfe theoretischer Vorannahmen als auch anhand der Daten gebildet.

Kuckartz nennt für die Bildung von Kategorien sieben Phasen, an denen sich die Auswertung orientieren soll. In der ersten Phase soll die Auswertung durch das Arbeiten an den Texten eingeleitet werden. In den Schriftstücken sollen als wichtig erachtete Textabschnitte markiert werden. Daraufhin soll durch die Bildung von thematischen Kategorien und Subkategorien eine

inhaltliche Strukturierung der Daten stattfinden. Die Hauptkategorien sollen entweder bereits bestehen und als Leitfaden dienen oder aber neu aus dem Material herausgearbeitet werden. Diese Kategorien sollen sich an der Forschungsfrage orientieren (vgl. ebd., S. 101). In der dritten Phase soll der eigentliche Codierungsprozess starten. Hierfür werden alle Textabschnitte Schritt für Schritt durchgegangen und einzelne Textsequenzen den passenden thematischen Hauptkategorien zugeordnet. Danach sollen alle Textstellen, die mit der gleichen Kategorie codiert wurden, zusammengefasst werden und mit Blick auf die Forschungsfrage bei Bedarf ausdifferenziert werden. Die Ausdifferenzierung soll durch die Bildung von Subkategorien stattfinden. Diese Subkategorien sollen, anders als die Hauptkategorien, ausschließlich anhand des Materials, also induktiv, bestimmt werden. Dennoch soll auch hierbei die Theorie im Hinterkopf behalten werden. Nun soll die zweite Codierungsphase stattfinden und im gesamten Material die Subkategorien codiert werden (vgl. ebd., S. 100). Für die letzte Phase schlägt Kuckartz verschiedene Möglichkeiten vor, um die Kategorien zu analysieren. In der Analyse dieser Arbeit schien es sinnvoll zu sein, die Möglichkeit zu wählen, nach der die Daten kategoriebasiert entlang der Hauptkategorien ausgewertet werden sollen (vgl. ebd., S. 118).

#### **8.4. Besonderheiten von Bilderbüchern**

Bilderbücher zeichnen sich verglichen mit anderen Schriftstücken durch einige Besonderheiten aus, welche bei der Analyse dieser zu beachten sind. Das Bilderbuch und die Analyse eben jener gliedern sich zum einen in das „stehende Bild“ und die „geschriebene Sprache“ (Kurwinkel 2017, S. 7). Zielgruppe von Bilderbüchern sind zumeist Kinder ab ungefähr einem bis zehn Jahren. Die Bücher zeichnen sich durch viele Illustrationen und wenig bis gar keinen Text aus. Oft sind es wenige, reißfeste Seiten mit einem stabilen Bucheinband in unterschiedlichsten Größen (vgl. ebd., S. 13). Es gibt Erzähl- und Sachbilderbücher, wobei erzählende Bilderbücher von einem Geschehen berichten, welches keines Wirklichkeitsbezuges bedarf. Sachbücher berichten über wahre Geschehnisse (vgl. ebd., S. 26). Das Erzählbilderbuch kann unterschieden werden in realistische und fantastische Erzählformen. Fantastische Bilderbücher stellen Geschichten in einer Fantasiewelt dar, in denen die Naturgesetze nicht gelten (vgl. ebd., S. 27). Ein erzählendes Bilderbuch zeichnet sich durch einen narrativen Text aus, welcher eine Veränderung von Zuständen über einen bestimmten Zeitrahmen beschreibt (vgl. ebd., S. 47). Die textinterne Analyse der Textabschnitte von Bilderbüchern bezieht sich auf die Handlung, Figuren, Motive, Themen, sowie auf die erzählte Zeit und den Raum. Die Bilder können hinsichtlich ihrer Form, Farbe und Komposition analysiert werden (vgl. ebd., S. 52). Die textexterne Analyse von Bilderbüchern beschäftigt sich zum einen mit dem Beiwerk, wie dem

Paratext und der Materialität des Buches und zum anderen mit technischen Aspekten wie der Künstlerfarbe. Eine weitere Analyseebene macht die Makroanalyse aus, welche sich damit beschäftigt, in welchem Kontext das Bilderbuch entstanden ist. Dabei wird unter anderem die Produktion unter welchen Bedingungen das Buch entstanden ist, wie es verbreitet wurde und wie es bei den Leser\*innen ankam betrachtet. Dies schließt auch die Intention und soziale Herkunft des\*der Autor\*in mit ein (vgl. ebd., S. 53 f.).

In der folgenden Analyse kann im Rahmen dieser Arbeit nur auf einige dieser Aspekte eingegangen werden. Dabei steht die textinterne und theoriegeleitete Analyse der Handlungen und Figuren thematisch bezogen auf psychoedukative Prävention durch Bilderbücher im Vordergrund. Die Interpretation der Bilder wird in dieser Arbeit nicht behandelt und es wird nur in sehr geringem Maße auf die Illustrationen eingegangen. Die textexterne und die Makroanalyse der Bücher werden ebenfalls nur kurz behandelt, da der Fokus auf der textinternen Analyse liegt. Bei den vorliegenden Büchern handelt es sich um realistische Erzählbilderbücher, welche eine Zielgruppe von Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren haben.

## **9. Auswahl und Bestimmung des Ausgangsmaterials**

Die vorliegenden Bücher „Mamas Monster“, „Papas Seele hat Schnupfen“ und „Sonnige Traurigtage“ wurden aus einer Vielzahl von Bilderbüchern für Kinder psychisch kranker Eltern ausgewählt. Der Fokus wurde dabei auf eine (vermeintlich) depressive Störung gelegt. Für die bessere Verstehbarkeit werden sie vor der Analyse kurz zusammengefasst. Um einen Überblick und Vergleichswerte zu erhalten, wurde ein Buch ausgewählt, welches eine jüngere Zielgruppe anspricht, eines welches die väterliche psychische Erkrankung thematisiert und ein Kinderfachbuch.

Da die Bücher „Mamas Monster“ und „Papas Seele hat Schnupfen“ nicht mit Seitenzahlen versehen sind, wurden diese für die Arbeit manuell definiert, beginnend mit der ersten rechten Innenseite als Seite 1.

### **9.1. „Mamas Monster“**

„Mamas Monster“ ist ein gebundenes Bilderbuch, welches 2013 nun schon in der 5. Auflage beim BALANCE Buch + Medien Verlag, welcher der Psychiatrie Verlag GmbH zugehörig ist, erschienen ist. Die Geschichte umfasst nur wenige Seiten (40) und ist deshalb schon für jüngere Kinder geeignet. Die Zeichnungen sind farbenfroh und die Texte klar und kindgerecht.

Erdmute v. Mosch ist Autorin und Illustratorin des Buches „Mamas Monster“, welches im Zuge ihrer Diplomarbeit an der FH Würzburg-Schweinfurt im Fachbereich Gestaltung entstanden ist.

Ihre Motivation für dieses Buch ist aus persönlichen Erfahrungen zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern entstanden. In einem Vorwort richtet sich die Autorin an die erwachsenen Leser\*innen und möchte für die Belastungsfaktoren von Kindern psychisch erkrankter Eltern sensibilisieren und auf ihre Bedürfnisse aufmerksam machen. Auf den letzten Seiten sind noch eine kurze Erklärung zu Depressionen und zum Umgang mit depressiven Angehörigen, sowie Hinweise auf weiterführende Informationen im Internet zu finden.

„Mamas Monster“ ist ein Bilderbuch für Kinder ab drei Jahren, welches Rike, ihren kleinen Bruder, ihren Vater und ihre depressiv erkrankte Mutter darstellt. Rike führt mit ihrer kleinen Familie ein glückliches Leben. Doch eines morgens ändert sich etwas, denn ihre Mutter kommt nicht wie jeden Morgen in ihr Zimmer, um sie zu wecken. Sie wirkt auch in der nächsten Zeit kraftlos und traurig und schafft es nicht mehr zur Arbeit zu gehen oder aus ihrem Bett aufzustehen. Deswegen müssen sich Rikes Vater und ihre Nachbarin um Rike und ihren Bruder kümmern. Keiner von Rikes Bezugspersonen erklärt ihr, warum sich ihre Mutter plötzlich so verändert hat. Rike fühlt sich einsam und traurig. Nach einigen Tagen erklärt Rikes Mutter ihr die neue Situation. Sie berichtet ihr, dass sie an einer Depression erkrankt ist, welche ihr die Gefühle stehle und sie müde mache. Rike vergleicht die Krankheit mit einem Monster und kann ihrer Mutter endlich die Fragen stellen, welche sie die letzte Zeit beschäftigten. Ihre Mutter berichtet ihr, dass sie nun regelmäßig zu einem Psychotherapeuten geht, welcher ihr hilft die Krankheit zu bekämpfen und ihr dafür unterstützend Medikamente verschrieben hat. Dies hilft nicht sofort und Rikes Vater muss sich noch einige Zeit alleine um seine Kinder kümmern, aber Rike kann sehen, wie es ihrer Mutter allmählich besser geht. Rike hat immer wieder mit typischen Gefühlen und Sorgen von Kindern psychisch kranker Eltern zu kämpfen, wie Einsamkeit, Traurigkeit und Wut, aber sie weiß, dass ihre Mutter sie lieb hat, in Behandlung ist und es ihr bald besser gehen wird. Am Ende der Geschichte bringt ihre Mutter sie wieder wie früher abends ins Bett und gibt ihr einen Gutenachtkuss (vgl. Mosch 2013).

## **9.2. „Papas Seele hat Schnupfen“**

„Papas Seele hat Schnupfen“ ist ein gebundenes Bilderbuch des Kinderbuchverlages MONTEROSA, welches 2014 in der 2. Auflage erschien. Es umfasst 69 Seiten und zeichnet sich durch große farbenfrohe Bilder aus. Dieses Buch entstand in Kooperation mit der Deutschen DepressionsLiga, eine Selbsthilfeorganisation von depressiv Erkrankten und ihren Angehörigen. Claudia Gliemann hat das Buch „Papas Seele hat Schnupfen“ geschrieben, illustriert wurde es von Nadia Faichney. Gliemann ist Kinderbuchübersetzerin, Autorin, Kinderliedermacherin und 2010 gründete sie ihren eigenen Kinderbuchverlag MONTEROSA. Die

Illustratorin Nadia Faichney studierte an der HAW Hamburg Illustration und spezialisierte sich auf Kinder- und Sachbuchillustration. Das Buch „Papas Seele hat Schnupfen“ hat nach seiner Veröffentlichung mehrere Preise und Auszeichnungen erhalten. Innerhalb der letzten Jahre sind zu dem Buch eine Musik-CD, ein Schulkonzept und ein Arbeitsheft entstanden. Zielgruppe dieses Bilderbuches sind Kinder ab etwa sechs Jahren. Auf den ersten Seiten sind Informationen über die Autorin und die Illustratorin zu finden. Die Deutsche DepressionsLiga lobt das Buch in einem Vorwort und beschreibt es als ein geeignetes Unterstützungsmaterial für Familien mit einem depressiv erkrankten Elternteil. Es fördere die Aufklärung und Entstigmatisierung depressiver Störungen.

Die Erzählung berichtet davon, dass Nele in einer aufregenden und farbenfrohen Welt in einem Zirkus lebt, in welchem ihre Eltern als berühmte Seilartisten auftreten. Gemeinsam mit vielen anderen Zirkusmitgliedern leben sie dort als eine große Familie zusammen. Irgendwann wird ihr Vater jedoch traurig und Nele beobachtet, wie er sich jeden Tag etwas mehr zurückzieht und das Lachen verlernt. Neles Familie wird zu einer großen Zirkusolympiade eingeladen, wo ihr Vater vor den Augen aller zusammenbricht. Daraufhin wird ein Arzt gerufen, welcher ihrem Vater rät, sich in einer Psychiatrie behandeln zu lassen. Für Nele ist es unbegreiflich, warum ihr Vater auf einmal so anders ist und in eine Klinik muss. Sie möchte ihre Familie nicht mit Fragen belasten, weshalb sie sich dem Zirkusclown, dem „Dummen August“ anvertraut. Dieser erklärt ihr sensibel was eine Psychiatrie und eine psychische Krankheit sind. Nele findet in diesem Gespräch ihre eigene Erklärung für das Verhalten ihres Vaters, welche gleichzeitig den Titel ausmacht: „Papasa Seele hat Schnupfen“. Nele und ihre Mutter schreiben ihrem Vater Briefe und besuchen ihn in der Klinik. Nach mehreren Wochen wird ihr Vater aus dem Krankenhaus entlassen und kommt wieder nach Hause in den Zirkus. Er ist jedoch immer noch oft kraftlos und traurig und muss regelmäßig zu einem Therapeuten. Nach einem Rückfall des Vaters klärt der Zirkusclown Nele über den langwierigen Behandlungsverlauf einer psychischen Krankheit auf. Die Geschichte endet damit, dass Neles Vater langsam beginnt in sein altes Leben zurückzufinden, indem er Teile seines früheren Alltags übernimmt und wieder lachen kann. Nach einiger Zeit steigt er, trotz vieler Rückschläge wieder auf das Seil und beginnt zu trainieren. Nele und der gesamte Zirkus unterstützen ihn dabei.

### **9.3. „Sonnige Traurigtage“**

„Sonnige Traurigtage“ ist ein illustriertes Kinderfachbuch für Kinder psychisch kranker Eltern, welches 2014 in der sechsten Auflage beim Mabuse Verlag erschien. Es zeichnet sich durch große bunte Bilder aus und ist für Kinder ab sechs Jahren geeignet. Die Autorin Shirin Homeier

ist Diplom Sozialpädagogin, welche in einem Beratungszentrum für unter anderem Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil arbeitet. Ihre Motivation für dieses Werk ist die Arbeit mit den betroffenen Familien und der Mangel an geeigneter Literatur für Kinder zu diesem Thema. Das Kinderfachbuch beginnt mit einem Vorwort von Fritz Mattejat, welcher sich selbst viele Jahre mit der Situation von Kindern psychisch kranker Eltern auf wissenschaftlicher und praktischer Ebene beschäftigt hat. Das Buch „Sonnige Traurigtage“ sei für ihn „nicht nur ein unterhaltsames Kinderbuch mit ansprechenden Illustrationen. Es ist ein konkreter Beitrag zur Überwindung der Tabuisierung psychischer Erkrankungen.“ (Homeier 2014, S. 5). Die Autorin Shirin Homeier wendet sich in ihrem Vorwort nochmals direkt an das lesende Kind und die erwachsenen Leser\*innen, indem sie für einen offenen Umgang mit psychischen Erkrankungen mit Blick auf die Bedürfnisse betroffener Kinder appelliert. Auf der letzten Seite ist noch weiterführende Literatur zu finden. Hier wurden einige weitere Kinder- und Jugendbücher, Fachbücher zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern und wichtige Links gesammelt.

Das Buch „Sonnige Traurigtage“ ist gegliedert in drei Abschnitte und umfasst 127 Seiten. Es beginnt mit der Geschichte von der neunjährigen Mona, welche mit ihrer alleinerziehenden psychisch erkrankten Mutter zusammenlebt. Der zweite Teil ist ergänzend zur Kindergeschichte ein Ratgeber für Kinder mit psychisch erkrankten Eltern. Dieser setzt sich aus kindgerechten Sachinformationen zum Thema psychische Erkrankungen, Psychiatrie, Unterstützungsmöglichkeiten und den erlebten Gefühlen von Mona zusammen. Der letzte Teil besteht aus einem Ratgeber für Eltern und andere Bezugspersonen. Hier werden die Bezugspersonen der Kinder über die Belastungs- und Risikofaktoren von Kindern psychisch erkrankter Eltern aufgeklärt. Themen sind dabei Trennungserlebnisse durch Klinikaufenthalte des erkrankten Elternteils, Schwierigkeiten im familiären Alltag, Gefühle, Ängste und Sorgen der Kinder und die häufige Tabuisierung der psychischen Krankheit innerhalb der Familie. Der Informationsteil für die Eltern soll die Bedürfnisse der Kinder und einen förderlichen Umgang mit der psychischen Erkrankung aufzeigen. Die Kernaussage dieses Abschnittes und auch des gesamten Buches ist: „Kinder haben ein Recht darauf, es sich trotz der elterlichen Erkrankung gut gehen zu lassen“ (ebd., S. 124). Auch in schwierigen Phasen ist es möglich den Kindern schöne und kindgerechte Tage zu schaffen, die sonnigen Traurigtage. Um dies zu ermöglichen, ist die Unterstützung der Eltern und des sozialen Netzwerkes nötig.

Im ersten Abschnitt berichtet die neunjährige Mona, dass sie an schönen Tagen, den Sonntagen, tolle Ausflüge mit ihrer Mutter unternimmt und sich diese liebevoll um Mona kümmert.

In der letzten Zeit ist ihre Mutter aber oft müde und niedergeschlagen. In diesen (vermutlich) depressiven Phasen ist Mona auf sich allein gestellt. Ihre Mutter ist nicht mehr in der Lage, sich um den Haushalt und das Mittagessen zu kümmern. Mona macht sich große Sorgen um ihre Mutter und versucht alles ihr Mögliche, damit es ihrer Mutter wieder besser geht. Sie durchlebt für Kinder psychisch kranker Eltern typische Belastungen und Gefühle wie Traurigkeit, Wut, Scham, Schuld und Einsamkeit. Damit ihre Mutter wieder gesund wird, vergräbt Mona ihr Lieblingskuscheltier. Im Laufe des Buches gelingt es ihr aber, sich ihrer Lehrerin anzuvertrauen, welche sie und ihre Mutter von da an verständnisvoll unterstützt. Durch die Lehrerin erfährt Mona, dass ihre Mutter eine psychische Erkrankung hat und Mona nicht in der Verantwortung ist, ihrer Mutter zur Gesundheit zu verhelfen. Ihre Mutter benötigt die Hilfe von Ärzt\*innen und anderen Fachpersonen. Daraufhin ist Mona sehr froh und erleichtert, weil sie ihr Stofftier wieder ausgraben kann.

Im für Kinder gerechten Informationsteil, berichtet die Protagonistin Mona dem Leserkind, welche Informationen sie über psychische Erkrankungen gesammelt hat. Mit kurzen kindgerechten Zusammenfassungen beschreibt Mona, was Kinder psychisch kranker Eltern alles über den weiteren Krankheits- und Behandlungsverlauf der Eltern wissen müssen. Sie berichtet dem lesenden Kind, welche Schwierigkeiten bei ihr und ihrer Mutter weiterhin aufgetreten, wie sie damit umgegangen sind und welche Erleichterungen sich aus Monas neu gewonnenem Wissen ergeben haben. Konkret wird unter anderem beschrieben, was eine psychische Krankheit ist, welche Unterstützungsmöglichkeiten es für sie und ihre Mutter gibt und was Psychotherapeut\*innen und eine Psychiatrie sind. Des Weiteren wird auf unterschiedliche Familienberatungsstellen, Telefonnummern und Internetadressen hingewiesen. Das Leserkind wird durch eine direkte Ansprache dazu aufgefordert, seine persönlichen Erfahrungen im Buch zu notieren.

Die folgende Analyse wird sich nur auf die Abschnitte beziehen, welche als Zielgruppe Kinder ansprechen und den dritten Teil, den Ratgeber für Eltern und Bezugspersonen, außen vor lassen.

## **10. Ergebnisse**

In der folgenden strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse soll sich mit der Fragestellung auseinandergesetzt werden, wie die elterliche depressive Erkrankung und die Belastungsfaktoren der Kinder in den vorliegenden Bilderbüchern aufgegriffen und dargestellt werden. Welche psychoedukativen Elemente sind zu finden und welche Relevanz haben diese Kinderbücher hinsichtlich ihrer psychoedukativen Ansätze bezogen auf die kindliche Aufklärung und

Enttabuisierung? Dafür wurden induktiv sowie deduktiv Kategorien zum einen theoriegeleitet und zum anderen am Material gebildet. Die Ergebnisse werden nach Kuckartz durch eine kategoriebasierte Auswertung entlang der Hauptkategorien präsentiert. Die ausdifferenzierten Hauptkategorien stellen die wichtigsten Eckpunkte einer Erstaufklärung für Kinder psychisch kranker Eltern dar. Diese werden im Folgenden am Beispiel der drei Kinderbücher dargestellt. Hierzu wird zu jeder Kategorie erläutert, wie diese in den einzelnen Kinderbuchgeschichten aufgegriffen oder zum Teil auch wenig oder gar nicht behandelt wurden. Dabei werden Bezüge zur Fragestellung und zur Theorie hergestellt sowie Vermutungen zu ihnen angestellt.

### **10.1. Veränderung im Alltag**

In allen drei Büchern wird von einem freudigen und warmherzigen familiären Alltag berichtet, bis sich das Verhalten eines Elternteils für die betroffenen Kinder aus einem vorerst unerklärlichen Grund verändert. Sie sind plötzlich traurig und niedergeschlagen, so müde, dass sie viel Zeit im Bett verbringen oder dieses gar nicht mehr verlassen. Alle betroffenen Elternteile sehen sich nach einiger Zeit nicht mehr in der Lage, ihrem Job nachzugehen. Wie in Kapitel 4 schon beschrieben sind Kinder psychisch kranker Eltern von mehreren Belastungsfaktoren betroffen. Unter anderem von dem sich auf negative Weise veränderten Alltag. Die Veränderung der Grundstimmung von Rikes Mutter und das Zusammenbrechen der Alltagsstrukturen wird im Bilderbuch „Mamas Monster“ besonders hervorgehoben. So fällt beispielsweise das morgendliche Ritual zwischen ihr und ihrer Mutter, singend mit einem Kuss geweckt zu werden, weg, da Rikes Mutter nicht die Kraft hat, aus ihrem Bett aufzustehen (vgl. Mosch 2013, S. 13). Für Rike ist es unmöglich das veränderte traurige und kraftlose Verhalten der Mutter einzuordnen. Auch Nele beschreibt in „Papas Seele hat Schnupfen“ eine farbenfrohe Welt im Zirkus, welche sich verdunkelt als ihr Vater plötzlich traurig wird und verlernt zu lachen (vgl. Gliemann 2014, S. 14). Ihr Alltag verändert sich schlagartig, als ihr Vater bei der Zirkusolympiade zusammenbricht und sich zur Behandlung in eine Klinik begibt (vgl. ebd., S. 37). Lenz und Wiegand-Grefe beschreiben eine Klinikeinweisung als ein potenzielles traumatisches Trennungserlebnis für Kinder, jedoch kann es nach einer langen Krankheitsphase auch entlastend wirken (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 5). Gliemann und Homeier beschreiben die Einweisung der erkrankten Elternteile für die Kinder dank der Unterstützung ihres sozialen Umfeldes als eher entlastendes Ereignis. Nele und Mona wissen, dass ihre Eltern nun in Behandlung sind und ihnen geholfen wird. In der Kindergeschichte „Mamas Monster“ von Mosch wird keine stationäre Behandlung beschrieben. Dies könnte jedoch damit zusammenhängen, dass dieses Buch

für jüngere Kinder konzipiert ist, welche meist eine geringe Aufmerksamkeitsspanne haben und daher eine kürzere Geschichte benötigen.

Des Weiteren beschreiben Lenz und Wiegand-Grefe eine mögliche Veränderung der Rollenverteilung zwischen den Eltern, da der depressiv erkrankte Elternteil, nicht mehr in der Lage ist, sich um die Bewältigung der Haushaltsaufgaben zu kümmern (vgl. ebd., S. 7). Dies wird im Buch „Mamas Monster“ deutlich, da der Vater sich bedingt durch die mütterliche Erkrankung alleine um den Haushalt und die Kinder kümmern muss. Rike wird von ihrer Nachbarin in den Kindergarten gebracht. Diese Doppelbelastung führt vermehrt zu einer schlechten Laune beim Vater, welche Rike spürt (vgl. Mosch 2013, S. 31). Diese Veränderung der Rollenverteilung kann auch eine zusätzliche Belastung der Kinder bedeuten. Insbesondere in einem Haushalt mit einem alleinerziehenden Elternteil, ist dies stark vertreten, da die zusätzliche Aufgabenbewältigung nicht von dem zweiten Elternteil aufgefangen werden kann. Die betroffenen Kinder leiden oft sehr darunter, da sie ihre eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund stellen müssen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 7). Im Buch „Sonnige Traurigtage“ sind die Eltern geschieden und der Vater ist abwesend. Dies führt dazu, dass Mona im Laufe des Buches viele Aufgaben übernimmt. Sie versucht, sich um den Haushalt zu kümmern und einkaufen zu gehen, da ihre Mutter dazu nicht mehr in der Lage ist. Dabei stellt Mona ihre eigenen kindlichen Bedürfnisse wie mit Gleichaltrigen zu spielen, zurück. Ihre Mutter denkt aufgrund ihrer depressiven Erkrankung auch nicht mehr daran, ihre Tochter zu wecken, was dazu führt, dass Mona verschläft und zu spät zur Schule kommt (vgl. Homeier 2014, S. 37). Die Veränderung von Monas Mutter wird auch auf der Bildebene gut illustriert. Sie wird anfangs gepflegt mit einem Lächeln im Gesicht dargestellt (vgl. ebd., S. 11). In depressiven Episoden, den Traurigtagen, wird sie zerzaust, durcheinander und mit verzerrtem Gesicht illustriert (vgl. ebd., S. 21). In einer schweren depressiven Episode geht es Monas Mutter sehr schlecht, sodass sie sich zur Behandlung in eine Psychiatrie begibt und Mona in dieser Zeit bei ihrer Freundin Anke und ihren Eltern wohnt (vgl. ebd., S. 85 f.). Das Buch „Papas Seele hat Schnupfen“ beschreibt eine väterliche depressive Erkrankung. Hier wird nur in sehr geringen Maßen auf die zusätzlichen Belastungen und Aufgaben der Mutter oder von Nele eingegangen. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Haushaltsaufgaben auch schon vor dem Ausbrechen der psychischen Störung im Aufgabenfeld der Mutter lagen.

## **10.2. Tabuisierung**

In den Geschichten der vorliegenden Bücher machen sich die Kinder große Sorgen um ihre Eltern und fragen sich, was mit diesen los ist. Anfangs spricht niemand mit ihnen darüber, was

dazu führt, dass diese die Erkrankung nicht verstehen und einordnen können. Im Buch „Mamas Monster“ geht es Rike genau so, bis ihre Mutter sie nach einigen Tagen aufklärt (vgl. Mosch 2013, S. 19). In Neles Familie wird auch anfangs nicht über die Erkrankung ihres Vaters gesprochen. Daher traut sie sich wahrscheinlich auch nicht, ihren Eltern Fragen über die neue Situation zu stellen. Sie vertraut sich lieber dem Zirkusclown an, da sie ihre Eltern nicht mit ihren eigenen Sorgen und Gedanken belasten möchte (vgl. ebd., S. 52). Zwischen Mona und ihrer Mutter besteht anfangs ebenso eine unausgesprochene Tabuisierung der mütterlichen Depression. Diese bezieht sich aber nicht nur auf die beiden, sondern auch auf Außenstehende. Ihr fällt es sehr schwer, sich einer anderen Person anzuvertrauen, da sie sich zum einen für ihre Mutter und die häusliche Situation schämt und zum anderen ihre Mutter schützen möchte. Zusätzlich ist Mona aufgrund der alleinerziehenden Situation ihrer Mutter vollkommen auf sich gestellt (vgl. Homeier 2014, S. 41). Wie schon in Kapitel 4.2. beschrieben, steht das Bedürfnis der Kinder sich jemandem anzuvertrauen und Unterstützung zu erhalten, einem Loyalitätsgefühl der eigenen Familie gegenüber und einem Schamgefühl entgegen. Oft haben die betroffenen Kinder und so auch Mona das Gefühl, sie würden ihre Eltern verraten, wenn sie eine Außenstehende Person einbeziehen. Bei den betroffenen Kindern entsteht so ein Gefühl der Einsamkeit, da sie weder mit ihren Eltern noch mit Außenstehenden über ihre problematische Situation sprechen können (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 6). Weder ihrer Freundin Anke, noch ihrer Lehrerin kann sich Mona anfangs anvertrauen, sodass sie die Probleme mit sich selbst ausmachen muss. Dies führt auch dazu, dass die problematische familiäre Situation von außen nicht sofort bemerkt wird und Mona und ihre Mutter nicht unterstützt werden können. Daraus resultiert nicht nur eine fehlende soziale Unterstützung, sondern auch eine Isolation von Mona und ihrer Mutter. Zum einen möchte Mona aufgrund eines Schamgefühls keine Freund\*innen mehr zu sich einladen und zum anderen hat sie das Gefühl, dass sie für ihre Mutter mitverantwortlich ist und dass ein Wegbleiben ihrerseits schlimme Folgen nach sich ziehen könnte. Dies führt dazu, dass sie viel Zeit alleine verbringt (vgl. Homeier 2014, S. 41 f.). Dieses Kommunikationsverbot, welches zu einer Isolation der Familie und vor allem des Kindes eines psychisch erkrankten Elternteils führt, wird im Buch „Sonnig Traurigtage“ besonders prägnant aufgrund der alleinerziehenden Mutter dargestellt. Obwohl es für Mona anfangs sehr schwer ist, schafft sie es nach einiger Zeit, sich ihren wenigen Kontakten anzuvertrauen. Dem Leserkind wird dadurch aufgezeigt, wie wichtig es ist, andere erwachsene außenstehende Personen miteinzubeziehen und das Kommunikationsverbot zu durchbrechen.

### **10.3. Parentifizierung**

Aufgrund einer elterlichen psychischen Erkrankung kommt es häufig zu einer Verschiebung der Rollen innerhalb der Familie, insbesondere zwischen den Eltern- und Kinderrollen. Dies führt wie in Kapitel 4.1.3. beschrieben zu einer oftmals altersunangemessenen Verantwortung, indem die Kinder Elternfunktionen übernehmen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 8). Auf diese besondere Form der Rollenverschiebung wird bei Gliemann und Mosch wenig bis gar nicht eingegangen. Homeier hingegen greift die Auswirkungen einer Parentifizierung in „Son-nige Traurigtage“ auf. Monas Mutter ist krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage, sich um die Bewältigung der Alltagsaufgaben zu kümmern. Dies führt dazu, dass Mona versucht, einige dieser zu übernehmen. Sie macht sich große Sorgen um ihre Mutter und hofft auf eine Besse-rung ihrer Gesundheit, indem sie liegengebliebene Aufgaben im Haushalt übernimmt oder ein-kaufen geht. Sie macht sich auf sich selbst gestellt viele Gedanken darüber, wie es ihrer Mutter besser gehen könnte, dafür stellt sie ihre eigenen Bedürfnisse (mit Gleichaltrigen spielen, laut sein etc.) zurück (vgl. Homeier 2014, S. 25). Dies führt wiederum zu einer verstärkten Isolation von Mona. Nachdem Mona sich ihrer Lehrerin anvertraut und ihre Mutter in Behandlung kommt, wird Mona durch ein soziales Netzwerk von Erwachsenen aufgefangen. Die Eltern von Anke, Monas Nachbarin, eine Pädagogin aus einem Familienberatungszentrum und der Psy-chiater von Monas Mutter konnten so Mona die Verantwortung für vieles nehmen, was für Mona eine große Entlastung bedeutet: „Manchmal weiß ich alleine nämlich wirklich nicht mehr weiter. Dann hilft es mir, wenn die Erwachsenen alles untereinander regeln und ich spielen kann.“ (ebd., S. 107).

### **10.4. Gefühlslage der Kinder**

In den ausgewählten Bilderbüchern für Kinder psychisch erkrankter Eltern stehen die Gefühle der Kinder im Vordergrund und werden daher sehr genau beschrieben. In der folgenden Dar-stellung wird versucht auf alle einzugehen, zum Teil wird jedoch aufgrund der Fülle ein Gefühl exemplarisch am Beispiel einer Protagonistin dargestellt, was nicht bedeutet, dass in den ande-ren Büchern auf diese Gefühlslage nicht eingegangen wird. Rike, Nele und Mona machen sich Sorgen um ihren erkrankten Elternteil. Anfangs können sie das veränderte Verhalten dieser nicht verstehen und trauern den schöneren Zeiten nach. Sie fühlen sich häufig einsam und haben Angst davor, wie es weiter geht.

Wie in Kapitel 4.1.4. beschrieben, ist auch Rike traurig und fühlt sich einsam aufgrund der fehlenden Verfügbarkeit ihrer Mutter. Dies macht Rike wütend auf die Krankheit ihrer Mutter (vgl. Mosch 2013, S. 33). Auch Mona ist wütend auf ihre Mutter: „Mama soll sich endlich

wieder normal verhalten! Und sie soll sich um mich kümmern!“ (Homeier 2014, S. 42). Auch hier wird deutlich, dass Mona unter der ungenügenden Verfügbarkeit und Aufmerksamkeit ihrer Mutter leidet. Wie Lenz und Wiegand-Grefe erläutern, stehen Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil häufig in einem innerlichen Konflikt, da sie zum einen von ihren Eltern enttäuscht sind und zum anderen diese schonen möchten und sich Sorgen machen. (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 9). Daher wirft Mona sich im Anschluss ihr Gefühl der Wut vor und macht sich Sorgen eine schlechte Tochter zu sein (vgl. Homeier 2014, S. 45). Nele wird in dem Buch „Papas Seele hat Schnupfen“ wütend, als sie sieht, wie ihr Vater zusammenbricht. Als sie ihn jedoch am Boden sitzend sieht, schwankt sie zwischen Gefühlen von Angst, Wut und Scham. „Ich bin immer so stolz gewesen auf meinen Papa. Und jetzt konnte ich das nicht mehr sein.“ (Gliemann 2014, S. 35). Außerdem hat Nele Angst vor der Reaktion der anderen Kinder (vgl. ebd., S. 36). Im Gegensatz zu Nele, welche letztendlich keine Stigmatisierung durch die Kinder im Zirkus erfahren muss, wird Mona im Buch „Sonnige Traurigtage“ von ihren Mitschüler\*innen aufgrund der psychischen Erkrankung ihrer Mutter ausgeschlossen und abgewertet. Mona fühlt sich isoliert und einsam. Sie kann sich niemandem anvertrauen (vgl. Homeier 2014, S. 46 f.). Dieses Schamgefühl und die Angst vor einer Stigmatisierung stehen dem Bedürfnis der Kinder ihre Familie zu verteidigen und zu schützen entgegen (vgl. Wiegand-Grefe/Halverscheid/Plass 2011, S. 25). So fühlt sich Mona ihrer Mutter und ihrer Genesung gegenüber verantwortlich. Mona entwickelt diffuse Erklärungsmuster für das Verhalten ihrer Mutter und versucht sie zu schonen, indem sie sich brav verhält und Haushaltsaufgaben übernimmt. Nachdem es ihr jedoch trotz dessen nicht besser geht, ist Mona enttäuscht und gibt sich selbst dafür die Schuld (vgl. Homeier 2014, S. 56). Auch Rike bezieht die Gesundheit ihrer Mutter auf ihr eigenes Verhalten. Sie quält sich mit der Frage, ob ihre Mutter auf sie böse sein könnte (vgl. Mosch 2013, S. 21), jedoch kann ihre Mutter ihr diese Angst und die Verantwortung für ihre Genesung in einem Gespräch nehmen (vgl. ebd., S. 29). Rikes Gefühle werden nicht nur auf der Textebene, sondern zusätzlich bildsprachlich durch ihren Teddy dargestellt. Dieser spiegelt durch eindeutige Gesichtsausdrücke ihre Gefühlslage wider. Dies eignet sich besonders gut, um mit jüngeren Kindern über Rikes Gefühle zu sprechen und auch die Gefühle und Ängste des Leserkindes zu verbalisieren.

Besonders nach einem längeren Krankheitsverlauf oder Rückschlägen kann die Situation für die betroffenen Kinder aussichts- und hoffnungslos erscheinen und zu einem (depressiven) Rückzug führen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 9). Nachdem Neles Vater aus der Klinik kam, ging es ihm zeitweise schlechter und er zog sich wieder vermehrt zurück. Das bereitete

Nele große Sorgen. Da sie ihre Eltern mit ihren Gedanken und Ängsten nicht belasten wollte, sprach sie den Zirkusclown auf ihre Sorgen an. Er konnte sie beruhigen und ihr sensibel den Krankheitsverlauf erklären (vgl. Gliemann 2014, S. 52). Eine schwere depressive Episode führte auch bei Monas Mutter dazu, dass sie zur Behandlung in eine stationäre Klinik ging. Mona fühlte sich hilflos und entwickelte Verlustängste, jedoch konnte sie von ihrem sozialen Netzwerk aufgefangen werden (vgl. Homeier 2014, S. 85 f.).

Alle drei Kinderbücher gehen ehrlich mit den Gefühlen und zum Teil aussichtslos erscheinenden Situationen, welche die Kinder durchleben müssen um. Mosch stellt nicht nur diese, sondern auch die Gefühle des Vaters dar, welcher mit der neuen Situation überfordert ist. Rike und er können jedoch über die Situation sprechen und aus dem Familienzusammenhalt Kraft ziehen (vgl. Mosch 2013, S. 31). Obwohl Nele in „Papas Seele hat Schnupfen“ stark unter der Trennung von ihrem Vater leidet, wird auch hier aufgezeigt was ihr hilft um die neue Situation zu bewältigen. Dies sind zum einen die Beziehung zum Zirkusclown, welcher eine wichtige Bezugsperson für sie darstellt, und zum anderen die Freundschaften zu den anderen Kindern im Zirkus, welche ihr Normalität und Ablenkung bieten. Durch diesen ehrlichen Umgang mit den Gefühlen wird dem Leserkind vermittelt, dass es in Ordnung ist, wütend oder traurig zu sein und das unabhängig davon wie ausweglos die Situationen erscheinen, gemeinsam eine Lösung gefunden werden kann.

### **10.5. Darstellung der elterlichen Depression**

Die depressive Erkrankung und ihre Symptome werden in den drei vorliegenden Büchern unterschiedlich dargestellt. Im Buch „Mamas Monster“ verändert sich das Verhalten von Rikes Mutter schlagartig. Sie liegt viel im Bett, ist kraftlos und traurig. Auf Ansprechen reagiert sie anfangs nur, indem sie sich wegdreht (vgl. ebd., S. 15). Auch bildlich wird diese Veränderung abgebildet. In depressiven Phasen wirkt die Mutter wirr und durcheinander (vgl. ebd., S. 22), im Gegensatz dazu gepflegt und lächelnd in gesunden Phasen (vgl. ebd., S. 8). Als Rikes Mutter sie über ihre depressive Erkrankung aufklärt, vergleicht Rike diese mit einem „Monster, das Gefühle klaut“ (vgl. ebd., S. 25). Das Depressionsmonster versteckt sich, es ist nicht sichtbar und auch nicht greifbar. Nur ihre Mutter kann es mit der Hilfe eines Arztes klein halten und bekämpfen. Für den Rest der Familie stellt es keine Gefahr dar (vgl. ebd., S. 27). Gerade für jüngere Kinder scheint diese Metapher verstehbarer als eine medizinische Diagnose. Mit Hilfe der Depressionsmonster-Metapher wird die depressive Störung konkret benannt und ihre Symptome wie Veränderung der Grundstimmung, Niedergeschlagenheit und Interessenverlust beschrieben. Oftmals ist die Fähigkeit Freude für Tätigkeiten zu empfinden, welche vor Aus-

brechen der Depression noch gerne gemacht wurde, beeinträchtigt (siehe Kapitel 2). Dies wird bei „Papas Seele hat Schnupfen“ in Form der Unfähigkeit des Vaters, weiterhin als Seilartist tätig zu sein, deutlich. Er verliert das Interesse an Dingen, wie der Zirkusolympiade, welche ihn vor Krankheitsausbruch begeistert hätte (vgl. Gliemann 2014, S. 18). Mit dem gewählten Zirkus-Setting ist es möglich, viele Kontraste zwischen den farbenfrohen Bildern, welche den Alltag im Zirkus beschreiben und dem farblosen Leben eines depressiv Erkrankten darzustellen. Der Vater wirkt isoliert und in sich zusammengesunken, während der Rest der Zirkusmitglieder vor guter Laune und Energie strotzen. Nele nutzt die Metapher der erkrankten Seele, welche erst an einem Schnupfen und, nachdem Neles Vater nicht so schnell wie erwartet gesund wird an einem Beinbruch erkrankt ist (vgl. ebd., S. 52). Auch in „Sonnige Traurigtage“ werden ähnliche Symptome beschrieben wie in den anderen Büchern. Ebenso wird die Mutter auch im Krankheitsverlauf entsprechend unterschiedlich illustriert. Hier ist besonders hervor zu heben, wie aussichtslos die Situation und die Erkrankung ihrer Mutter für Mona erscheinen. Im Verlauf des Buches und dank der sozialen Unterstützung erfährt Mona jedoch einiges über psychische Erkrankungen. Ihre Lehrerin erklärt Mona, dass psychische Krankheiten „das Hören, Sehen, Fühlen, Denken, Wollen und die Gefühle der Menschen“ (Homeier 2014, S. 77) verändern. In diesen drei Kinderbüchern wird die elterliche depressive Erkrankung dargestellt ohne Belastungen nur zu umschreiben oder zu beschönigen. Die Metaphern helfen den Kindern die schwierigen Begriffe und Entwicklungen zu verstehen, ohne ihnen Angst zu machen. So wirkt das Depressionsmonster eher durcheinander und wirr, als gefährlich.

## **10.6. Behandlung und Krankheitsverlauf**

Gliemann, Homeier und Mosch beschreiben den Verlauf und die Behandlung der Depression auf unterschiedliche Art. In „Mamas Monster“ wird dieser wahrscheinlich bedingt durch die jüngere Zielgruppe verkürzt behandelt. Rikes Mutter geht regelmäßig zu einem „Arzt für Gefühle“, welcher ihr hilft, das Depressionsmonster zu bekämpfen (vgl. Mosch 2013, S. 27). Sie nimmt unterstützend zur therapeutischen Behandlung Medikamente. Es geht ihr nicht sofort wieder besser, aber sie ist auf einem guten Weg. Nach drei Wochen berichtet sie ihrer Tochter, dass die Depression schon kleiner, aber noch nicht ganz bekämpft sei (vgl. ebd., S. 35). Mosch beschreibt in einem relativ kleinen Zeitraum von wenigen Wochen eine mütterliche depressive Erkrankung. Die Geschichte endet mit einer hoffnungsvollen aber realistischen Aussicht. Die Mutter ist noch nicht wieder gesund, aber sie kann langsam wieder alltägliche Aufgaben bewältigen, wie Rike abends ins Bett zu bringen. Der kurze Zeitraum scheint für die Zielgruppe angemessen, da für dreijährige eine längere Zeitspanne wohl nicht mehr vorstellbar wäre.

Im Gegensatz dazu stellt Gliemann in „Papas Seele hat Schnupfen“ einen längeren und realistischen Behandlungsprozess psychischer Erkrankungen dar. Nachdem Neles Vater mehrere Wochen in einer psychiatrischen Klinik verbrachte, konnte er wieder nach Hause. Er war jedoch nicht wie von Nele erwartet wieder gesund, sondern musste sich weiterhin schonen. Trotz Rückschlägen wird gewertschätzt, dass Neles Vater erkannt hat, dass er psychisch erkrankt ist und eine Behandlung annimmt. Nele und der Zirkusclown arbeiten in einem gemeinsamen Gespräch heraus, dass eine psychische Störung nicht so schnell verheilt wie ein Schnupfen, vergleichsweise eher so lange wie ein Beinbruch (vgl. Gliemann 2014, S. 52). Im Verlauf der Geschichte wird der Genesungsprozess in langsamen Schritten detailliert und realistisch dargestellt. Der Vater ist auch nach einigen Wochen noch nicht wieder in der Lage zu arbeiten und nimmt eine neue Rolle innerhalb der Zirkusfamilie ein, indem er für diese kocht. Nach einiger Zeit traut sich Neles Vater wieder an das Seil und beginnt zu Trainieren (vgl. ebd., S. 59). Diese Kindergeschichte endet nicht nach dem Klinikaufenthalt mit einem vermeintlichen „Happy End“. Das Leserkind und die Leser\*innen erfahren viel über die Schwierigkeiten nach der Klinik, das Zurückerkämpfen der alten Strukturen, über den Umgang mit Rückfällen und enttäuschten Erwartungen. Die Betroffenen müssen im Krankheitsverlauf ihre Erwartungen und Vorstellungen immer wieder neu anpassen. „Papass Seele hat Schnupfen“ vermittelt eine realistische Krankheitsgeschichte mit einem hoffnungsvollen Ende. Die langwierige Genesung wird nicht beschönigt oder verharmlost. Nele lernt im Verlauf der Krankheit die schönen Zeiten mit ihrem Vater zu genießen und mit den depressiven Episoden umzugehen und sich abzulenken. Trotz der väterlichen Erkrankung ist es für sie möglich, ihre kindliche Unbeschwertheit mit ihren Freund\*innen beizubehalten.

Auch „Sonnige Traurigtage“ geht sehr offen und wirklichkeitsnah mit dem Krankheitsprozess der Mutter und den Auswirkungen für Mona um. Für Mona ist der klinische Behandlungsverlauf ihrer Mutter besonders belastend, da sie nicht wie die anderen Kinder auf die Unterstützung des zweiten Elternteils zurückgreifen kann. Für Mona scheint die Situation ausweglos bis sie sich ihrer Lehrerin anvertraut und von ihr Unterstützung erfährt. Sie ist darauf angewiesen, für die Zeit der stationären Behandlung ihrer Mutter bei einer Freundin und ihren Eltern unterzukommen (vgl. Homeier 2014, S. 86). Bei Homeier ist besonders hervorzuheben, dass im zweiten Abschnitt, dem Ratgeber für Kinder, die Belastungsfaktoren der Kinder und der weitere Krankheitsverlauf kindgerecht erklärt und beschrieben werden. So wird im Gegensatz zu den anderen Büchern auch auf eine professionelle soziale Unterstützung für Mona eingegangen. In der Familienberatungsstelle kann Mona mit einer Pädagogin über ihre Gefühle und Sorgen

sprechen und lernt ein anderes Kind kennen, welches wie sie einen psychisch erkrankten Elternteil hat. Es wird beschrieben, dass es auch nach dem Klinikaufenthalt wieder zu depressiven Episoden kommen kann und wie in solchen Momenten, mit Hilfe eines Notfallplans, damit umgegangen werden kann (vgl. ebd., S. 106 f.). Durch ihre eigenen Erfahrungen macht die Protagonistin dem Leserkind Hoffnung und Mut sich Hilfe zu suchen. Das Buch endet optimistisch mit dem Appell an die Kinder, sich mit Fragen und überfordernden Gefühlen an eine erwachsene Vertrauensperson zu wenden (vgl. ebd., S. 110).

### **10.7. Aufklärung / Wissensvermittlung**

Rike, Nele und Mona werden, nachdem sie einige Zeit die Erkrankung ihrer Eltern nicht verstehen konnten und versuchten sich diese selbst zu erklären, von einer erwachsenen Person aufgeklärt. Bei Rike findet die Aufklärung durch ihre psychisch erkrankte Mutter statt. Sie erklärt, ihr was die depressive Störung in ihr auslöst, an ihrem Verhalten verändert und wie der weitere Verlauf ihrer Behandlung und Krankheit aussieht (vgl. Mosch 2013, S. 25). Rike machte sich vorher große Sorgen, unter anderem auch darüber, ob die Traurigkeit ihrer Mutter ansteckend sein könnte. Diese Angst und die Verantwortlichkeitsgefühle konnten Rike durch ein einfühlsames Gespräch mit ihrer Mutter genommen werden. Sie weiß jetzt, dass sie nicht Schuld an der Erkrankung ihrer Mutter ist und nur diese selbst die Krankheit bekämpfen kann (vgl. ebd., S. 29). Wie in Kapitel 7.3. beschrieben, ist es das Ziel einer Psychoedukation für Kinder mit depressiv erkrankten Elternteilen, ein Verständnis für die elterliche Erkrankung zu entwickeln, sodass die Angst und Schuldgefühle der Kinder gemindert werden können (vgl. Andre-Lägel 2016, S. 450). Rike und dem Leserkind wird altersangemessen eine depressive Erkrankung erklärt. Dabei werden die wichtigsten Informationen über Veränderungen und Belastungen in ihrem Alltag beschrieben.

Nele wendet sich in dem Buch „Papas Seele hat Schnupfen“ mit ihren Ängsten an den Zirkusclown und wird von ihm über die psychische Erkrankung ihres Vaters aufgeklärt. Der „Dumme August“ erklärt ihr, dass auch die Seele eines Menschen, „[...] was wir denken und fühlen, was wir mögen und nicht mögen“ erkranken kann (vgl. Gliemann 2014, S. 39). Sie reflektieren gemeinsam die entwickelte Metapher einer an Schnupfen erkrankten Seele und erweitern sie als diese nicht so schnell wie erwartet heilt (vgl. ebd., S. 52). Nele spürt, dass der „Dumme August“ ehrlich mit ihr über die Erkrankung spricht und vertraut ihm. Bei ihm hat sie einen Raum gefunden, in dem sie offen über ihre Sorgen und Gefühle sprechen kann.

Mona wird erstmalig durch ihre Lehrerin aufgeklärt, welche ihr das Gefühl der Schuld und Verantwortung für die Depression ihrer Mutter nehmen kann. Sie bestärkt sie darin, trotz der

„Traurigtage“ ihrer Mutter, fröhlich sein zu dürfen. Solche Tage bezeichnet sie als die „sonnigen Traurigtage“ (vgl. Homeier 2014, S. 68). Der Psychiater ihrer Mutter klärt Mona im Ratgeber für Kinder über die unterschiedlichen psychischen Erkrankungen und ihre Symptome auf. Mona ist es möglich, bei ihm und auch bei der Pädagogin im Familienberatungszentrum offen über ihre Gefühle und Ängste zu sprechen. Ihr wird erklärt, dass es ihrer Mutter möglich ist, mit der Unterstützung durch den Psychiater und durch Medikamente gegen die depressive Störung anzukämpfen. Außerdem erläutert sie ihr, wer in der weiteren Behandlung ihrer Mutter involviert ist, wie der Sozialpsychiatrischen Dienst, die Familienberatungsstelle und auch die psychiatrische Klinik (vgl. ebd., S. 84 f.). Sie ist erleichtert über ihre neuen Informationen: „Mir hätte mal eher jemand erklären sollen, was mit Mama los ist. Dann hätte ich mir auch weniger Sorgen gemacht.“ (ebd., S. 92). Mona und dem Leserkind werden Informationen und Kontakte für Organisationen, bei denen sie sich in Notfällen eigenständig melden können, an die Hand gegeben (vgl. ebd., S. 93 ff.). Durch diese kindgerechte und transparente Beschreibung des Krankheitsverlaufs wird Mona die Angst vor medizinischen Begrifflichkeiten und dem zukünftigen Behandlungsprozess genommen. Die Pädagogin aus der Familienberatungsstelle klärt sie darüber auf, dass sie sich keine Sorgen darüber machen müsse, selbst an einer Depression zu erkranken. Es sei ganz normal, auch mal traurig zu sein. Sie erklärt Mona aber auch, dass Kinder psychisch kranker Eltern häufig empfindlicher auf Stress und kritische Situationen reagieren. Daher sei es für Kinder psychisch kranker Eltern besonders wichtig, auf sich zu achten, indem sie Dinge tun, die ihnen Spaß bereiten (vgl. ebd., S. 100 f.). Wie in Kapitel 6 beschrieben, wirken Beziehungen zu Gleichaltrigen und positive Erfahrungen als Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern psychisch kranker Eltern. Häufig beschäftigen Kinder psychischer kranker Eltern unterschiedliche Themen, bedingt durch den individuellen Krankheits- und Behandlungsprozess der Eltern. Die Gliederung des Ratgebers für Kinder, mit Überschriften und kurzen Zusammenfassungen zu den einzelnen Themen, ermöglicht es dem Leserkind, sich mit spezifischen Themen zu beschäftigen, welche für das einzelne Kind gerade aktuell und relevant sind.

Die drei vorliegenden Bilderbücher klären die lesenden Kinder über psychische Erkrankungen kind- und altersangemessen auf. „Sonnige Traurigtage“ hat aufgrund seines Formates als Fachbuch für Kinder viele wissensvermittelnde Elemente. Zum einen für die Kinder, aber im dritten Abschnitt auch für die Eltern und anderen Bezugspersonen. Dieser bietet ein niedrigschwelliges Angebot sich über psychische Erkrankungen und die Belastungsfaktoren der betroffenen Kinder zu informieren. Außerdem spricht Homeier mit ihrem Buch „Sonnige Traurigtage“ eine

große Zielgruppe an, da es nicht nur spezifisch über die depressive Erkrankung aufklärt, sondern besonders im Ratgeber für Kinder auch über andere psychische Erkrankungen informiert. Die drei Kinderbücher gehen auf unterschiedliche Schwerpunkte einer psychischen bzw. depressiven Erkrankung ein, bieten den Lesenden jedoch immer einen transparenten Umgang mit dem Thema und regen zu Gesprächen über die subjektiven Belastungsfaktoren von Kindern psychisch erkrankter Eltern an. Interaktive Elemente durch Aufforderungen eigene Erfahrungen im Buch zu notieren, wie im Buch „Sonnige Traurigtage“ und zum Teil bei „Mamas Monster“ unterstützen einen Einstieg in ein Gespräch über die individuellen Lebenswelten der Kinder.

## **11. Schlussfolgerung**

Nach den Erkenntnissen dieser Bachelorthesis stellt eine elterliche depressive Störung komplexe psychosoziale Belastungen für die betroffenen Kinder und die gesamte Familie dar. Die psychische Erkrankung wirkt sich in vielerlei Hinsichten auf die familiäre Situation aus. Kinder depressiver Eltern sind mehreren Risiko- und Belastungsfaktoren ausgesetzt, welche Übertragungsprozesse einer intergenerationalen Weitergabe depressiver Störungen fördern. Nicht selten kommt es in der Familie zu einer Tabuisierung der elterlichen Erkrankung oder zu einer Parentifizierung. Häufig müssen betroffene Kinder Aufgaben, welche ihrem Alter nicht angemessen sind, übernehmen und stellen ihre eigenen kindlichen Bedürfnisse zurück. Negative, kritische oder vernachlässigende Verhaltensweisen des depressiven Elternteils können das Interaktionsverhalten zwischen Eltern und Kind beeinträchtigen. Meist geschieht dies durch eine verminderte Responsivität der erkrankten Eltern und führt zu einer mangelnden Kommunikation und Aufmerksamkeit seitens der Eltern. Dies kann negative Auswirkungen auf die Bindung zwischen den Eltern und dem Kind haben und zu einem unsicheren Bindungsverhalten des Kindes führen.

Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil sind oftmals zusätzlich belastenden Lebensumständen ausgesetzt, welche die Gesundheit der betroffenen Kinder gefährden. Aufgrund von Klinikaufenthalten kommt es nicht selten zu Trennungs- oder Verlusterfahrungen für das Kind und bekannte Alltagsstrukturen brechen zusammen. Armutsverhältnisse oder eine alleinerziehende Situation wirken sich in Verbindung mit einer elterlichen psychischen Erkrankung zusätzlich negativ auf die Entwicklung der Kinder aus. Kinder depressiver Eltern entwickeln oftmals Schuldgefühle, sie fühlen sich einsam und sind nicht in der Lage das veränderte Verhalten ihrer Eltern einzuordnen. Dies kann zu einem Gefühl der Unkontrollierbarkeit und

Hilflosigkeit führen. Die familiäre Situation und die Verhaltensweisen des erkrankten Elternteils können ein niedriges Selbstbewusstsein, ängstliches Verhalten bis hin zu einem depressiven Rückzug bei den betroffenen Kindern auslösen. Dies kann sich bis in die Adoleszenz und in das Erwachsenenalter auf die Persönlichkeitsentwicklung auswirken.

Diese Risikokonstellation und eine genetisch bedingte Vulnerabilität des Kindes für die Entwicklung einer Depression, führen zu einem erhöhten Risiko selbst im Laufe ihres Lebens an einer depressiven Störung zu erkranken. Ebenso wie Risikofaktoren gibt es auch Schutzfaktoren, welche betroffene Kinder vor seelischem Leid schützen und das Risiko einer intergenerationalen Weitergabe der elterlichen Depression abschwächt. Umso wichtiger ist es für pädagogische und psychiatrische Fachkräfte sich diesen Risiko- und Schutzfaktoren bewusst zu sein und eine Umwelt zu schaffen, welche den Bedürfnissen der Kinder entspricht und ihre Resilienz fördert.

Ein Schutzfaktor ist die kindgerechte Aufklärung und Wissensvermittlung über die psychische Erkrankung der Eltern. Durch psychoedukative Methoden können Kinder transparent über die für sie relevanten Veränderungen aufgeklärt werden und so Schuld- und Verantwortlichkeitsgefühle abbauen. Außerdem wird es ihnen ermöglicht in einem vertrauensvollen Rahmen, offen über belastende Ängste und Gefühle zu sprechen. Die Situation wird aufgrund der Aufklärung für die Kinder verstehbar und erscheint subjektiv wieder kontrollierbar. Das betroffene Kind ist in der Lage, aktiv und selbstbestimmt mit der veränderten Situation umzugehen. Oft fällt es Kindern aufgrund von Loyalitätskonflikten oder Tabuisierungstendenzen innerhalb der Familie schwer, über die Erkrankung der Eltern zu sprechen. Daher braucht es einen niedrigschwelligen Einstieg in ein aufklärendes Gespräch, sei es in einer pädagogischen Einrichtung wie einer Beratungsstelle oder in psychiatrischen Kliniken als Unterstützung zur Behandlung der Eltern oder im privaten Umfeld gemeinsam mit den Eltern oder anderen Bezugspersonen. Die Soziale Arbeit trifft jedoch nicht nur in diesen Settings auf Kinder psychisch erkrankter Eltern, sondern auch in Kitas, Schulen, Wohngruppen, offenen Kinder- und Jugendtreffs und anderen Einrichtungen. In diesen bedürfen betroffene Kinder, aufgrund ihrer erhöhten Belastungsfaktoren und daraus zum Teil folgenden herausfordernden Verhalten meist besondere Aufmerksamkeit. Dafür ist es besonders relevant, dass sich pädagogische Fachkräfte über die Risiko- und Schutzfaktoren dieser Kinder bewusst sind und sie beispielsweise durch psychoedukative Angebote unterstützen.

Trotz dieses hohen Entwicklungsrisikos von Kindern depressiver Eltern, hat diese Risikogruppe lange Zeit wenig Aufmerksamkeit erhalten. Erfreulich ist, dass sich dies in den letzten Jahren

verändert hat. Für die positive Entwicklung des Kindes sind präventive und stärkende Maßnahmen auch schon für noch nicht auffällige Kinder psychisch kranker Eltern maßgeblich. Die Auseinandersetzung mit psychischen Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten ist jedoch nicht nur für pädagogische oder psychiatrische Fachkräfte notwendig, sondern auch für Kinder mit und ohne Auffälligkeiten, Eltern und Bezugspersonen. Die Aufklärung über die Lebenssituation betroffener Kinder und ihrer Familien kann dabei helfen, herausforderndes Verhalten zu verstehen und darauf sensibel zu reagieren. Dabei ist erfreulich zu erwähnen, dass aus dem Buch „Papas Seele hat Schnupfen“ ein Konzept für ein Schulworkshop zur Aufklärung über elterliche psychische Erkrankungen und betroffene Kinder entstanden ist.

Die vorliegenden Bilderbücher können das Verstehen der Lebenssituation von Kindern depressiver Eltern fördern und Mitgefühl anregen. Sie fördern die Aufklärung und das Krankheitsverständnis der betroffenen Kinder, sind jedoch auch eine Bereicherung für nicht betroffene Kinder und Bezugspersonen, um eine Tabuisierung und Stigmatisierung psychischer Erkrankungen zu überwinden. Alle drei vorliegenden Bücher sind zur Aufklärung über psychische Erkrankungen und die Lebenssituationen betroffener Familien, aber auch als unterhaltsame und sensibilisierende Bücher empfehlenswert. Insbesondere sind sie aber für Situationen und sensible Gesprächseinstiege, in denen man nach Worten sucht, um einem Kind eine schwierige Diagnose angemessen zu erklären, geeignet. Bilderbücher können das Kind und den\*die Vorlesende\*n zum Gespräch anregen. Insbesondere bei Büchern dieser Art, ist das dialogische Vorlesen sehr wertvoll, da es den Raum zum Austausch und zum Fragen stellen bietet. Die Kinder werden dazu angeregt, sich zu beteiligen und eigene Gedanken, Erfahrungen und Fragen zu äußern. Durch begleitende Gespräche beim Vorlesen oder Anschauen von Bilderbüchern, wird ein Einblick in die Gedanken, Gefühle und Sorgen des Kindes gewährt. In den Bilderbüchern „Mamas Monster“, „Papas Seele hat Schnupfen“ und „Sonnige Traurigtage“ stehen die Bedürfnisse und Gefühle der Kinder im Mittelpunkt. Die Geschichten helfen betroffenen Kindern ihre Situation zu verstehen und machen ihnen Mut für den weiteren Krankheits- und Behandlungsverlauf des erkrankten Elternteils. Die Bücher nehmen die Gefühle und Sorgen der Kinder ernst ohne die Erkrankung der Eltern zu verharmlosen oder zu beschönigen. Sie zeigen auf, dass die betroffenen Kinder mit ihrer Situation und ihren Problemlagen nicht alleine sind und trotz der elterlichen Erkrankung ein Recht dazu haben ihre Bedürfnisse auszuleben und ohne Schuldgefühle mit Freund\*innen spielen und laut sein dürfen. Das alleinige Lesen bzw. Vorlesen eines Kinderbuches wird nicht ausreichen um die Situation des betroffenen Kindes und seiner\*ihrer Eltern zu verbessern. Dafür sind weitere Helfersysteme, wie Beratungsstellen,

psychiatrische Kliniken oder ambulante Unterstützung nötig. Sie können jedoch als Einstieg in das Thema oder als unterstützendes Medium bei psychoedukativen Angeboten helfen. Kinder können sich selbstständig mit den Bilderbüchern auseinandersetzen und sich informieren. Ebenso bekommen Eltern und Bezugspersonen einen Einblick in die Gedanken- und Gefühlswelt betroffener Kinder und darin wie diese unterstützt werden können.

Auffallend war während der Recherche für diese Arbeit, dass weniger Präventionsmaßnahmen und wissenschaftliche Studien zu depressiven Vätern als zu Müttern existieren. Väter werden vermutlich aufgrund der erhöhten Vulnerabilität von Frauen für internalisierenden Erkrankungen und der vermeintlich engeren Bindung zwischen Mutter und Kind weniger bedacht. Dies zeigt sich auch an dem großen Angebot von Kinderbüchern für Kinder mit depressiven Müttern im Gegensatz zu Kindern mit depressiven Vätern.

Diese Arbeit bietet einen Blick auf die Entstehung depressiver Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter aus einer pädagogisch psychologischen Perspektive. Oft werden die Ursachen abhängig von individuellen oder familiär bedingten Lebensumständen oder auf der Grundlage neurobiologischer Forschung, mit einem bio-psycho-sozialen Ansatz erklärt. Dabei wird der gesellschaftliche Einfluss, welcher die Häufung bestimmter psychischer Erkrankungen zu bestimmten Zeiten erklären kann, oftmals weniger mitgedacht. Rahmenbedingungen, welche psychische Erkrankungen eher begünstigen und die Belastungen für Kinder psychisch erkrankter Eltern verstärken, wie zum Beispiel prekäre Armutsverhältnisse oder Verhältnisse von Alleinerziehenden, können nicht nur auf individueller Ebene bei der Erklärung von Ursachen und Manifestierung psychischer Erkrankungen betrachtet werden. Betroffene können in solchen Fällen nur auf ein starkes soziales Netzwerk hoffen, welches sie unterstützt und aufhängt. Wenn das soziale Netzwerk fehlt, werden diese Familien oftmals wenig oder erst sehr spät professionell unterstützt. Meist erst dann, wenn die betroffene Familie und die Kinder schon ein starkes seelisches Leid entwickelt haben. Umso wichtiger sind Rahmenbedingungen und strukturell greifende Präventionsmaßnahmen bei der Bewältigung psychischer Erkrankungen.

Auch wenn der Umgang mit psychischen Erkrankungen offener geworden ist und mehr Betroffene den Mut fassen sich Hilfe zu holen, sind psychische Erkrankungen gesellschaftlich noch nicht enttabuisiert. Daher gilt es auch den gesellschaftlichen Umgang mit psychischen Störungen, die daraus folgende Stigmatisierung sowie die fehlende soziale Teilhabe der Betroffenen zu reflektieren. Denn Stigmatisierung oder die Angst vor dieser hindert die Betroffenen an einer angemessenen Krankheitsbehandlung und -bewältigung. Dabei können Bilder-

bücher schon bei jungen Kindern einen Beitrag dazu leisten Themen wie psychische Erkrankungen zu enttabuisieren und entstigmatisieren.

## 12. Literaturverzeichnis

Andre-Lägel, Ines (2016): Psychoedukation bei Kindern psychisch erkrankter Eltern. In: Bäuml, Josef / Behrendt, Bernd / Henningsten, Peter / Pitschel-Walz, Gabriele (Hg.): Handbuch der Psychoedukation. für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer. S. 446 – 453.

Baierl, Martin (2017): Herausforderung Alltag. Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen. 5. überarbeitete und ergänzte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Besson, Stefanie / Ihle, Wolfgang (2009): Depressive Störungen. In: Petermann, Franz (Hg.): Fallbuch der klinischen Kinderpsychologie. 3. vollständig überarbeitete Auflage. Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag. S. 157 – 178.

Bowlby, John (2018): Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. 4. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Brisch, Karl Heinz (2014): Die Bedeutung von Bindung in Sozialer Arbeit, Pädagogik und Beratung. In: Trost, Alexander (Hg.): Bindungsorientierung in der sozialen Arbeit. Grundlagen, Forschungsergebnisse, Anwendungsbereiche. Dortmund: Borgmann. S. 15 – 42.

Brisch, Karl Heinz (2018): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. 15. Auflage Stuttgart: Klett-Cotta.

DAK Gesundheit (2019): Psychoreport 2019. Entwicklung der psychischen Erkrankungen. Langzeitanalyse: 1997 - 2018. Online unter: <https://www.dak.de/dak/download/190725-dak-psychoreport-pdf-2125500.pdf> (Zugriff: 14.08.2019).

Ecarius, Jutta (2017): Methode und Methodologie. Erziehung in drei Generationen. In: Böker, Kathrin / Zölch, Janina (Hg.): Intergenerationale qualitative Forschung. Theoretische und methodische Perspektiven. Wiesbaden: Springer VS. S. 55 – 74.

Essau, Cecilia A. (2007): Depression bei Kindern und Jugendlichen. Psychologisches Grundlagenwissen. 2. überarbeitete Auflage. München [u.a.]: Reinhardt.

Gahleitner, Silke Birgitta / Frank, Christina / Leitner, Anton (2015): Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik. Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa.

Gliemann, Claudia (2014): Papas Seele hat Schnupfen. 2. Auflage. Karlsruhe: Monterosa Verlag.

Groen, Gunter / Petermann, Franz (2011): Depressive Kinder und Jugendliche. 2. überarbeitete Auflage. Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag.

Hardenberg, Martina (2016): Vorlesen schafft Nähe und Beziehung. Dialoge besonderer Art. In: Theorie und Praxis der Sozialpädagogik. 2016 (4). S. 18 – 20.

Homeier, Schirin (2014): Sonnige Traurigtage. ein Kinderfachbuch für Kinder psychisch kranker Eltern. 6. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Ihle, Wolfgang / Groen, Gunter / Walter, Daniel / Esser, Günter / Petermann, Franz (2012): Depression. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Inowlocki, Lena (2017): 'Generationsarbeit' in Familien. Zur Begriffsentwicklung in der rekonstruktiven intergenerationalen Forschung. In: Böker, Kathrin / Zölch, Janina (Hg.): Inter-generationale qualitative Forschung. Theoretische und methodische Perspektiven. Wiesbaden: Springer VS. S. 33 – 54.

Jureit, Ulrike (2006): Generationenforschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Klicpera, Christian / Gasteiger-Klicpera, Barbara / Bešić, Edvina (2019): Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. 2. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Kuckartz, Udo (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3. überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.

Kurwinkel, Tobias (2017): Bilderbuchanalyse. Narrativik - Ästhetik - Didaktik. Tübingen: A. Francke Verlag Tübingen.

Laux, Gerd (2017): Depressive Störungen. In: Möller, Hans-Jürgen / Laux, Gerd / Kapfhammer, Hans-Peter (Hg.): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Berlin: Springer. S. 1711 – 1796.

Lenz, Albert (2014): Kinder psychisch kranker Eltern. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Lenz, Albert / Wiegand-Grefe, Silke (2016): Ratgeber Kinder psychisch kranker Eltern. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Lenz, Albert / Wiegand-Grefe, Silke (2017): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Leuzinger-Bohleber, Marianne (2017): Chronische Depression, Trauma und Embodiment. Eine transgenerative Perspektive in psychoanalytischen Behandlungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

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

Mattejat, Fritz (2019): Kinder psychisch kranker Eltern. Welche Aufgaben hat die Kinder- und Jugendhilfe?. In: Unsere Jugend; Die Zeitschrift für Studium und Praxis der Sozialpädagogik. 2019 (1). S. 2 – 11.

Mattejat, Fritz / Lenz, Albert / Wiegand-Grefe, Silke (2011): Kinder psychisch kranker Eltern - Eine Einführung in die Thematik. In: Wiegand-Grefe, Silke / Mattejat, Fritz / Lenz, Albert (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 13 – 24.

Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 12. überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.

Mayring, Philipp (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6. überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz.

Metzing, Sabine (2016): Kinder psychisch (depressiv) erkrankter Eltern - ein Überblick. In: Hax-Schoppenhorst, Thomas / Jünger, Stefan (Hg.): Das Depressions-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Menschen mit Depressionen gekonnt pflegen und behandeln. Bern: Hogrefe Verlag. S. 159 – 168.

Moré, Angela (2013): Die unbewusste Weitergabe von Traumata und Schuldverstrickungen an nachfolgende Generationen. Online unter: <https://www.journal-fuer-psychologie.de/index.php/jfp/article/view/268> (Zugriff: 14.08.2019).

Mosch, Erdmute (2013): Mamas Monster. 5. Auflage. Köln: BALANCE Buch + Medien Verlag.

Müller, Thomas / Temper, Anette (2018): Pädagogisch arbeiten mit Bilderbüchern. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Ohntrup, Janna M. / Pollak, Eva / Plass, Angela / Wiegand-Grefe, Silke (2011): Parentifizierung - Elternbefragung zur destruktiven Parentifizierung von Kindern psychisch erkrankter Eltern. In: Wiegand-Grefe, Silke / Mattejat, Fritz / Lenz, Albert (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 375 – 398.

Pitschel-Walz, Gabriele / Bäuml, Josef (2016): Grundlagen des Konsensuspapiers zur Psychoedukation. In: Bäuml, Josef / Behrendt, Bernd / Henningsten, Peter / Pitschel-Walz, Gabriele (Hg.): Handbuch der Psychoedukation. Für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer. S. 2 – 11.

Pitschel-Walz, Gabriele / Bäuml, Josef / Kissling, Werner (2018): Psychoedukation bei Depressionen. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. 2. Aufl. München: Elsevier.

Pitschel-Walz, Gabriele / Froböse, Teresa / Bäuml, Josef (2016): Psychoedukation und die Einbeziehung der Angehörigen. In: Bäuml, Josef / Behrendt, Bernd / Henningsten, Peter / Pitschel-

Walz, Gabriele (Hg.): Handbuch der Psychoedukation. Für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer. S. 438 – 445.

Pitschel-Walz, Gabriele / Luderer, Hans-Jürgen (2016): Psychoedukation bei unipolaren Depressionen. In: Bäuml, Josef / Behrendt, Bernd / Henningsten, Peter / Pitschel-Walz, Gabriele (Hg.): Handbuch der Psychoedukation. Für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer. S. 198 – 213.

Reinisch, Anke / Heitmann, Dieter / Griepenstroh, Julia (2011): Präventionsangebote und -projekte für Kinder psychisch kranker Eltern in Deutschland - ein Überblick. In: Wiegand-Grefe, Silke / Mattejat, Fritz / Lenz, Albert (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 62 – 83.

Schmid, Marc / Grieb, Jasmin / Kölch, Michael (2011): Die psychosoziale Versorgung von Kindern stationär behandelter psychiatrischer Patienten - Realität und Wünsche. In: Wiegand-Grefe, Silke / Mattejat, Fritz / Lenz, Albert (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 180 – 205.

Seiffge-Krenke, Inge (2009): Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Beziehungen: Herausforderungen, Ressourcen, Risiken. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer.

Tölle, Rainer / Windgassen, Klaus (2014): Psychiatrie: Einschließlich Psychotherapie. 17. überarbeitete und ergänzte Auflage. Berlin [u.a.]: Springer.

Weltgesundheitsorganisation (2015): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Klinisch-diagnostische Leitlinien Kapitel V. 10. überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.

Wiegand-Grefe, Silke / Geers, Peggy / Petermann, Franz / Plass, Angela (2011): Elterliche Erkrankung und Gesundheit der Kinder. In: Wiegand-Grefe, Silke / Mattejat, Fritz / Lenz, Albert (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 206 – 234.

Wiegand-Grefe, Silke / Halverscheid, Susanne / Plass, Angela (2011): Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Familienorientierte Prävention – Der CHIMPs-Beratungsansatz. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Wunderer, Susanne (2014): Kindgerechte Aufklärung bei psychischer Erkrankung eines Elternteils. In: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hg.): Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker. 4. korrigierte und ergänzte Auflage. Köln: BALANCE Buch Medien Verlag. S. 123–128.

## 13. Eidesstattliche Erklärung

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

Ort, Datum

Unterschrift