

Bachelor-Arbeit

im Studiengang

Soziale Arbeit B. A.

zur Erlangung des Grades eines

Bachelor of Arts

Thema

Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Sozialen Arbeit
Problemlagen und Unterstützungsmöglichkeiten

Vorgelegt von:

Raja Suckfüll

im Wintersemester 2021/2022
am Fachbereich 4: Soziale Arbeit und Gesundheit
der Frankfurt University of Applied Sciences

Erstprüfer: Prof. Dr. Susanne Döll-Hentschker
Zweitprüfer: Prof. Dr. Andju Sara Labuhn

Abgabedatum: 19.01.2022

Fachhochschule Frankfurt-University of Applied Sciences
Fachbereich 4 Soziale Arbeit und Gesundheit
Studiengang Soziale Arbeit (B.A)

Bachelor Thesis

**Kinder psychisch erkrankter Eltern in der
Sozialen Arbeit**
Problemlagen und Unterstützungsmöglichkeiten

Dozentin: Prof. Dr. Susanne Döll-Hentschker
Modul 24 / 20: Bachelor Thesis
Prüfungsnummer: 20009
Wintersemester: 2021/2022

Vorgelegt von:
Raja Suckfüll

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| 1. Einleitung | 1 |
| 2. Psychisch erkrankte Eltern | 2 |
| 2.1 Perspektive betroffener Eltern | 3 |
| 2.2 Psychosoziale Auswirkungen | 4 |
| 2.3 Auswirkungen auf die Beziehungs- und Erziehungsfähigkeit | 6 |
| 3. Kinder mit psychisch erkrankten Eltern | 9 |
| 3.1 Schutz- und Risikofaktoren | 9 |
| 3.2 Entwicklungsaufgaben | 12 |
| 3.2.1 Säuglingsalter | 12 |
| 3.2.2 Kleinkindalter | 15 |
| 3.2.3 Schulkindalter | 17 |
| 3.2.4 Jugendalter | 20 |
| 4. Soziale Arbeit mit Familien, mit psychisch erkrankten Eltern(-teilen) | 25 |
| 4.1 Kinder- und Jugendhilfe | 25 |
| 4.2 Kindeswohl - Gefährdung? | 26 |
| 4.3 Handlungsmöglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe | 27 |
| 4.3.1 Maßnahmen für Kinder und Jugendliche | 28 |
| 4.3.2 Eltern- und Familienorientierte Maßnahmen | 30 |
| 4.4 Kooperation der Beteiligten | 32 |
| 4.4.1 Interinstitutionelle Problemlagen | 32 |
| 4.4.2 Bedingungen für gelingende interinstitutionelle Kooperation | 33 |
| 5. Fallbeispiel | 35 |
| 6. Fazit | 39 |
| Literaturverzeichnis | 44 |
| Eigenständigkeitserklärung | 49 |

1. Einleitung

Im Verlauf eines Jahres erleben etwa drei Millionen Kinder psychische Störungen bei ihren Eltern (vgl. Lenz/ Mattejat/ Wiegand-Grefe 2011: 17). Durch die damit einhergehenden Belastungen zählen diese Kinder als eine Hochrisikogruppe. Die Auswirkungen auf betroffene Kinder reichen von Entwicklungsverzögerungen bis ausgeprägten psychischen Störungen. Der Anteil der Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil in der vollstationären Kinderpsychiatrie macht etwa ein Drittel bis die Hälfte aller dort behandelten Kinder aus (vgl. Schrappe 2011: 116).

Die Pandemie bedingten Verschärfungen von psychosozialen Belastungsfaktoren für alle Menschen macht das Thema "Kinder psychisch erkrankter Eltern" aktueller denn je. Denn ein Anstieg an psychosozialen Belastungen kann eine psychische Krise auslösen oder eine bestehende psychische Störung verschlimmern. Gleichzeitig führen Maßnahmen wie Schulschließungen dazu, dass Familien deutlich mehr Zeit miteinander verbringen. Die damit deutlich angestiegene Betreuungszeit kann für psychisch erkrankte Menschen schnell zu einer zusätzlichen Belastung führen, während ihren Kindern, die sonst durch die Schule ermöglichten Pausen von der familiären Situation fehlen.

Lange Zeit wurden diese Kinder sowohl in der Forschung als auch in der Praxis vergessen. Mittlerweile hat sich diese Situation glücklicherweise etwas verändert und Kinder als angehörige psychisch erkrankter Menschen sind in das Blickfeld der Forschenden gerückt. Dennoch ist die sozialpädagogische Forschung zu dieser Thematik bislang noch nicht weit genug fortgeschritten (vgl. Schone/ Wagenblaus 2010: 21). Dies ist sehr bedauerlich, da gerade Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen, in vielen ihrer Tätigkeitsbereiche auf betroffene Kinder und ihre erkrankten Eltern treffen, weshalb eine fundierte wissenschaftliche Grundlage zu Handlungsmöglichkeiten diesbezüglich notwendig ist. Durch die vielen verschiedenen Berührungspunkte, die Fachkräfte der Sozialen Arbeit mit betroffenen Familien haben, z. B. in Schulen und Kindergärten, in der Kinder- und Jugendhilfe, aber auch psychiatrischen Einrichtungen ergibt sich für sie eine besonders große Verantwortung, wenn es um die Unterstützung dieser Familien geht.

Es stellt sich also die Frage, wie Soziale Arbeit Kindern psychisch erkrankter Eltern begegnen kann. Was brauchen betroffene Kinder und welche Handlungsmöglichkeiten stehen der Sozialen Arbeit zur Verfügung, um diese Kinder unterstützen zu können? Reichen die vorhandenen Möglichkeiten aus, oder sollten sie erweitert werden? Was braucht es über die

Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit hinaus, um betroffene Familien unterstützen zu können? Diese Fragen sollen in der vorliegenden Arbeit beantwortet werden.

Da der Schwerpunkt der Fragestellung auf strukturellen Bedingungen liegt, wird darauf verzichtet, psychische Störungen vertiefend zu thematisieren, es wird sich auf die Klassifikation des ICD-10 bezogen. Darüber hinaus wird im Bereich der Sozialen Arbeit der Fokus auf den Möglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe liegen.

Um sich mit den strukturellen Bedingungen für die Arbeit mit Kindern psychisch erkrankter Eltern auseinandersetzen zu können, muss sich zunächst mit ihrer Situation befasst werden. Hierfür wird einleitend die Situation psychisch erkrankter Eltern sowie mögliche Auswirkungen einer Störung auf ihre Erziehungsfähigkeit thematisiert. Anschließend wird auf die dadurch entstehenden Auswirkungen auf Kinder betroffener Eltern eingegangen. Es wird versucht, diese anhand altersspezifischer Entwicklungsaufgaben für die Altersstufen vom Säugling bis einschließlich des Jugendalters darzustellen. Leider ist die Forschungslage zu altersspezifischen Risiken mangelhaft und besonders für das Jugendalter liegen in diesem Zusammenhang kaum Ergebnisse vor (vgl. Habers/ Jungbauer/ Stelling 2016: 258).

Mit dem so erarbeiteten Problemverständnis sollen die Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit mit Schwerpunkt auf der Kinder- und Jugendhilfe auf die Bedürfnisse der Kinder von psychisch erkrankten Eltern hin überprüft werden. So soll die Frage nach dem Ausreichen eben dieser Handlungsmöglichkeiten und einem möglicherweise bestehenden Handlungsbedarf der Sozialer Arbeit erörtert werden. Abschließend werden die gewonnenen Erkenntnisse auf ein Fallbeispiel übertragen bzw. auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse Handlungsmöglichkeiten anhand des Fallbeispiels konstruiert.

2. Psychisch erkrankte Eltern

Die 12-Monats-Prävalenz für die erwachsene Allgemeinbevölkerung in Deutschland an irgendeiner psychischen Störung klassifiziert nach dem ICD-10 F00-F99, zu erkranken, liegt laut der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung bei 27,8 % (vgl. Dazer/ Maaß/ Rabe-Menssen 2020: 11). Unter diesen knapp 30 % befinden sich, genau wie im nicht erkrankten Teil der Gesellschaft, auch Eltern. Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass mehr Mütter als Väter in psychiatrischer Behandlung sind (vgl. Schone/ Wagenblass 2010: 69). Eine Studie von Lenz zeigt, dass ein Großteil, 72 %, der psychisch erkrankten Eltern mit ihren Kindern zusammenlebt, nur bei den Schizophrenen und Schizoaffektiven Störungen scheint der Anteil der mit ihren Kindern zusammenlebenden mit 41 % deutlich

kleiner auszufallen (vgl. Lenz 2012: 10f.). Welche Besonderheiten sich aus der Überschneidung der Kategorien “psychische Störung” und “Eltern” für Betroffene ergibt, soll im Folgenden veranschaulicht werden. Hierzu sollen Aspekte der psychosozialen Folgen, Er- und Beziehungsfähigkeit sowie die subjektive Perspektive der betroffenen Eltern thematisiert werden.

2.1 Perspektive betroffener Eltern

Das Vorhandensein einer psychischen Störung ist für sich genommen bereits ein Belastungsfaktor, welcher jedoch eine Menge weiterer psychosozialer Belastungsfaktoren zu Folge hat. Haben psychisch erkrankte Menschen Kinder, so wirkt sich dies noch einmal besonders auf ihre Situation aus. Bisher gibt es jedoch nur wenig Forschung zur subjektiven Bedeutung von Elternschaft und den Perspektiven psychisch erkrankter Eltern (vgl. Jungbauer 2016: 20).

Einer der psychosozialen Belastungsfaktoren, welcher mit einer psychischen Störung einhergeht, ist die Stigmatisierung und Abwertung sowie die Angst davor. Gerade Eltern mit psychischen Störungen werden in der Öffentlichkeit stark stigmatisiert und per se als unzumutbar für ihre Kinder dargestellt. So berichten Krumm und Becker (vgl. 2006: 454), dass Menschen mit psychischen Erkrankungen, welche sich ernsthaft mit dem Thema Kinderwunsch beschäftigen wollen, von allen Seiten negative Reaktionen erhalten und ihnen weder im privaten noch im professionellen Unterstützungsumfeld bei dieser schwierigen Entscheidung geholfen wird. Dabei ist es gerade für psychisch kranke Menschen wichtig und sinnvoll, sich beim Bestehen eines Kinderwunsches genau damit auseinanderzusetzen. So müssen zu den grundsätzlichen Überlegungen noch Aspekte des Krankheitsverlaufs und Medikamenteneinnahme berücksichtigt werden.

Dabei hängt die Erziehungsfähigkeit immer vom konkreten Verhalten der betroffenen Eltern ab (vgl. Lenz 2005: 34) und kann und darf nicht pauschal infrage gestellt bzw. verneint werden. So ist Elternschaft für Betroffene oft eine Stabilisierung und etwas, aus dem sie Selbstwert ziehen können, denn “... gerade bei schweren psychischen Erkrankungen [ist] die Elternrolle oft die einzige soziale Rolle (.), die den Patienten neben der Krankenrolle noch verblieben ist.” (Kornmüller/ Driessen 2012: 54). Ist die Wahrnehmung der Eltern durch die Erkrankung nicht zu stark eingeschränkt, so nehmen die Eltern die Auswirkungen ihrer Störung auf ihre Familie und Kinder wahr, was zusätzlichen Druck erzeugt, Schuldgefühle, Hilflosigkeit, Scham und das Gefühl, allein gelassen zu sein noch verstärkt. Nicht selten

haben diese Ängste und Sorgen zur Folge, dass stationäre Klinikaufenthalte zu lang hinausgezögert oder zu früh abgebrochen werden sowie Hilfen vom Jugendamt nicht oder erst zu spät angenommen werden, da Eltern befürchten, das Sorgerecht für ihre Kinder zu verlieren (vgl. Lenz 2012: 35 f.). Dies wiederum hat oft zur Folge, dass sich die Lage der Familien so weit zuspitzt, dass sie als kindeswohlgefährdend eingeschätzt wird und sich die Befürchtungen der Eltern erfüllen und die Kinder aus den Familien (zumindest zeitweise) herausgenommen werden. Ein so entstandenes traumatisches Trennungserlebnis kann die Symptomatik des erkrankten Elternteils noch verschlechtern, Schuld- und Schamgefühle sowie die Ablehnung von institutionellen Hilfen noch weiter verstärken. Es wäre für alle Familienmitglieder hilfreich und sinnvoll, einen Weg zu finden, frühzeitig niedrigschwellige und freiwillig in Anspruch genommene Hilfsmaßnahmen zu installieren. Inwieweit diese bereits vorhanden sind, in Anspruch genommen werden oder auch weshalb psychisch erkrankte Eltern solche Hilfen nicht in Anspruch nehmen und was nötig wäre, um dies zu ändern, soll im weiteren Verlauf dieser Arbeit erörtert werden.

2.2 Psychosoziale Auswirkungen

Für Menschen mit psychischen Störungen besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für verschiedenste psychosoziale Risikofaktoren. So sind sie nicht selten sozioökonomisch sowie soziokulturell benachteiligt, leben in Armut, unzureichenden Wohnverhältnissen am sozialen Rand und erleben kulturelle Diskriminierung. Häufig findet sich bei Betroffenen ein niedriger Ausbildungs- und Berufsstand oder sie sind (aufgrund ihrer Erkrankung) ganz arbeitslos (vgl. Lenz 2012: 20). Eine Folge dieser kumulativen Belastungen kann die Verschlechterung der psychischen Situation des Erkrankten sein, während gleichzeitig eine Folge der psychischen Erkrankung, die Verschärfung der psychosozialen Belastungsfaktoren ist (Mattejat/Remschmidt 2008).

Diese Risikofaktoren wirken auch für Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen als zusätzliche Belastung, so ist Armut für sich genommen bereits ein Risikofaktor für die kindliche Entwicklung. Besteht eine Partner*innenschaft, so wird diese in der Mehrzahl der Fälle ebenfalls belastet und es kommt zu Problemen in der Partnerschaft. Je schwerer und chronifizierter die Erkrankung ausgeprägt ist, desto häufiger kommt es zur Trennung der Partner*innen. Kommt es nicht zu einer Trennung und zur Pflege des erkrankten Elternteils durch den gesunden, so hat auch dies Auswirkungen auf die Familie. Auch der gesunde Elternteil kann Schuldgefühle entwickeln, unsicher und überfordert sein. Bei dem Versuch, so

viel wie möglich aufzufangen und den/ die Partner*in so gut wie möglich zu versorgen, geht dies oft auf Kosten des oder der Kinder. Zeit, die eigentlich für ihre Versorgung, Förderung und Erziehung notwendig wäre, muss nun für den erkrankten Elternteil aufgebracht werden (vgl. Schone/ Wagenblass 2010: 13). In diesem Zusammenhang wird die psychische Erkrankung eines Elternteils auch als Familienerkrankung betrachtet, da die Situation aller zur Familie gehörenden betrifft und die Familie grundsätzlich in ihrer Funktionalität beeinflusst. So sind Verschiebungen in den Bereichen Aufgabenerfüllung, Rollenverhalten, Werte und Normen, affektive Beziehungsaufnahme, Kommunikation, Kontrolle und Emotionalität zu erwarten, und gleichzeitig wird die Dialektik aus Sicherheit innerhalb der Familie sowie Autonomie des Individuums gestört (vgl. Bockting u. a. 2011: 255). Auch hier ist eine wechselseitige Verstärkung der negativen Folgen zu erwarten, solange die Familie nicht adäquat unterstützt wird. Denn die Belastung des Familiensystems kann die Symptome des / der Erkrankten weiter verschlechtern und dies wiederum die Familie stärker belasten. An vielen Stellen scheinen solche sich gegenseitig verstärkenden Kreisläufe zu entstehen, welche die Situation immer weiter verschärfen, solange es nicht gelingt, die Folgen der Erkrankung aufzufangen.

Für alleinerziehende Eltern und ihre Kinder müssen die beschriebenen Folgen noch gravierender sein, da es eben keine*n Partner*in gibt und damit auch keine Unterstützung bei der Bewältigung der vielschichtigen Problemlagen. Gerade ältere Kinder kommen in solchen Ein-Eltern-Familien häufig in die Situation, ein Partner*innen-Ersatz für die erkrankte Betreuungsperson zu werden. Dies scheint Frauen deutlich häufiger zu betreffen als Männer. So sind in einer Untersuchung von Schone und Wagenblass deutlich mehr Mütter als Väter in psychiatrischer Behandlung sowie ausschließlich psychisch erkrankte Mütter alleinerziehend (vgl. Schone / Wagenblass 2010: 68 ff.). Als Gründe dafür nennen sie verschiedene geschlechtsspezifische Faktoren. So brechen bestimmte psychische Störungen bei Männern früher als bei Frauen aus, weshalb es wahrscheinlicher ist, dass Frauen noch bevor sie erkranken, Kinder bekommen. Geschlechtsspezifische Sozialisation kann allerdings auch als Ursache für den deutlich größeren Teil der psychisch erkrankten und alleinerziehenden Mütter sein, denn Mütter / Frauen versorgen ihre*n erkrankte*n Partner*in deutlich öfter als Väter / Männer. Darüber hinaus bleiben Kinder nach einer Trennung in der Mehrzahl der Fälle bei ihren Müttern, diese müssen dann Care-Arbeit leisten und Geldverdienen - in den meisten Fällen für ein geringeres Gehalt - wodurch sich der Druck und die psychosozialen Belastungen erhöhen. Unter diesen Voraussetzungen scheint es nicht verwunderlich, dass

deutlich mehr Mütter als Väter in psychiatrischer Behandlung sind - jedenfalls in der Untersuchung von Schone und Wagenblast.

Es zeigt sich also, dass die Situation von psychisch erkrankten Elternteilen durch verschiedenste Faktoren beeinflusst und erschwert werden. Dies bedeutet wiederum, dass Hilfsangebote und Unterstützungsmöglichkeiten ebenso vielschichtig sein müssen wie die verschiedenen Problemlagen, um betroffenen Eltern, ihren Familien und Kindern wirklich helfen zu können. Die mehrdimensionalen Problemlagen der Familien werden von verschiedenen Institutionen begleitet werden müssen, und diese wiederum sollten fallbezogen interdisziplinär gut vernetzt sein, um die beschriebenen negativen Kreisläufe stoppen und aufheben zu können.

2.3 Auswirkungen auf die Beziehungs- und Erziehungsfähigkeit

Wie aber wirken sich psychische Störungen auf die Beziehungs- und Erziehungsfähigkeiten der betroffenen Eltern aus? Dass sich psychische Störungen auf diesen Ebenen bemerkbar machen, muss angenommen werden, da sie sich im Allgemeinen auf das Verhalten von Betroffenen auswirken und ihre zwischenmenschlichen Kompetenzen beeinflussen. Dennoch bedeutet eine psychische Störung nicht gleich, dass Eltern per se nicht in der Lage sind, ihre Kinder förderlich zu erziehen. Es kommt darauf an, ob eine tragfähige Beziehung zwischen ihnen und ihren Kindern besteht. "Tragfähige Beziehungen sind solche, die emotional, kognitiv und im praktischen Handeln unterstützende Funktionen erfüllen können und in denen gleichermaßen Bindung wie auch Eigenständigkeit möglich sind" (Mattejat 1998: 71). Inwieweit eine solche tragfähige Beziehung möglich ist, hängt von mehreren Faktoren ab, Diagnose, Schweregrad, aber auch Entwicklungsphase des Kindes und Unterstützungsmöglichkeiten der Familie.

Je nachdem, in welcher Entwicklungsphase sich ein Kind befindet, geht es um unterschiedliche Bedürfnisse, welche von den Eltern adäquat befriedigt werden sollten. Im Säuglings- und Kleinkindalter geht es darum, die Signale des Kindes wahrzunehmen, sie richtig zu interpretieren und darüber hinaus prompt und angemessen auf sie zu reagieren. Diese Fähigkeit kann bei psychisch erkrankten Eltern mehr oder weniger stark eingeschränkt sein. So kann die emotionale Verfügbarkeit dadurch nicht gegeben sein, dass ein Symptom der Störung verminderte oder aber auch übersteigerte Interaktion ist (vgl. Mattejat/ Renschmidt 2008).

Im Alter von etwa drei bis zehn Jahren geht es in der kindlichen Entwicklung grundsätzlich um exploratives Verhalten, wodurch Eltern dazu aufgefordert sind, dieses zum einen zu fördern und das kindliche Selbstvertrauen zu stärken, aber auch Grenzen zu setzen und diese dem Kind gegenüber durchzusetzen (vgl. Mattejat/ Remschmidt 2008). Auch hier kann je nach Störung und damit einhergehender Symptomatik die Kompetenz beeinflusst sein, so kann Überängstlichkeit durch eine Angststörung die kindliche Exploration zu stark einschränken, wohingegen übermäßige Sorglosigkeit beispielsweise bedingt durch eine Manie zu ungenügender Grenzsetzung bis hin zu einer akuten Gefahr führen kann.

In der Pubertät und Adoleszenz geht es für Kinder und Jugendliche besonders um Kompetenzerwerb, Selbstständigkeit und Autonomieentwicklung. Eltern kann es überfordern, ihre Kinder bei diesen Aufgaben adäquat zu unterstützen, gleichzeitig dienen sie ihren Kindern nicht oder nur eingeschenkt als positives Vorbild. Häufig werden die heranwachsenden älteren Kinder auch in die konkreten Problemlagen der Familie miteinbezogen und (zum Teil) für deren Lösung oder Abfederung. Parentifizierung findet sich häufig bei Jugendlichen mit psychisch erkrankten Eltern (vgl. Mattejat / Remschmidt 2008).

Bei depressiven Störungen kann Feinfühligkeit sowie Interaktionsverhalten (stark) vermindert sein, wodurch betroffene Eltern nicht oder nicht ausreichend emotional verfügbar für ihre Kinder sind. Die für die Depression typische Antriebsschwäche kann besonders bei älteren Kindern zu Parentifizierung führen, bei jüngeren Kindern besteht die Gefahr zur Vernachlässigung. Antriebsschwäche kann aber auch zu Gereiztheit gegenüber kindlichen Einforderungen führen, dies wiederum kann herabwürdigendes Verhalten gegenüber dem Kind nach sich ziehen. Auch eine Übertragung der depressiven Weltsicht ist möglich. In diesem Zusammenhang wirken sich postpartale Depressionen besonders stark und folgeschwer auf das kindliche Bindungsverhalten aus. Geht es um manische Störungen, so können Eltern oft nicht genügend Ruhe und Struktur für ihre Kinder herstellen. Gleichzeitig kann es zu einer Gefährdungslage durch Überschätzung des eigenen Könnens, Unterschätzung von Alltagssituationen und generellem riskanten Verhalten kommen. Bei bipolaren Störungen kommen sowohl die depressiven als auch die manischen Auswirkungen im Verhalten der Betroffenen zusammen, wodurch Eltern für ihre Kinder noch unverständlicher werden. Im Zusammenhang mit Zwangsstörungen werden emotionale Kälte als auch übermäßige Kritik und Zweifel vonseiten der Eltern gegenüber ihren Kindern beobachtet. Weiterhin können Zwangsstörungen einen autoritären Erziehungsstil mit sich bringen (vgl. Plattner 2019: 43 ff.).

Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen können ebenfalls Vernachlässigung der Kinder zur Folge haben. Ist das Kind in die Wahnvorstellungen einbezogen, kann dies zu extremen und bedrohlichen Aggressionen gegen das Kind führen. Die Affekt- und Impulskontrolle der Betroffenen ist in der Regel stark eingeschränkt, was zu äußerst wechselhaftem Verhalten der Eltern und ihren Reaktionen gegenüber der Kinder führen kann (vgl. Plattner 2019: 70 ff.).

Ein stark schwankender Umgang mit den Kindern lässt sich auch bei Eltern mit Suchterkrankungen beobachten. In Bezug auf ihre Erziehungs- und Beziehungsfähigkeit ist besonders mit einer Beeinträchtigung der Feinfühligkeit zu rechnen, aber auch dysfunktionale Stressverarbeitung sowie Störungen der Impulskontrolle sind zu erwarten (vgl. Hertkorn 2019: S. 81 ff.).

Zu Auswirkungen von Persönlichkeitsstörungen und -Akzentuierungen gibt es sehr wenig Forschung. Plattner ordnet dieser Störungsgruppe in Abhängigkeit der jeweiligen Diagnose folgende Auswirkungen zu: aggressives, impulsives und oder manipulatives Verhalten. Fehldeutungen der kindlichen Bedürfnisse und Unberechenbarkeit sowie emotionale Intensität als auch der Wunsch nach einer symbiotischen Beziehung. Letzteres ist ein gutes Beispiel für die Abhängigkeit der Auswirkungen einer psychischen Störung von den entwicklungsspezifischen Bedürfnissen der Kinder. So kann der Wunsch nach Symbiose im Säuglingsalter dabei helfen, die Signale des Säuglings prompt und adäquat zu beantworten, spätestens in der Adoleszenz aber wird ein solcher Wunsch vonseiten der Eltern zu einem Entwicklungsproblem für die Heranwachsenden (vgl. Plattner 2019: 91 ff.).

Es lässt sich abschließend festhalten, dass die Auswirkungen einer psychischen Störung immer in Abhängigkeit der zur Familie gehörenden Personen ausfallen. Besteht bei betroffenen Eltern Krankheitseinsicht sowie Behandlungsbereitschaft, so sollten edukative Maßnahmen Eltern dabei unterstützen, ihre erzieherischen Kompetenzen zu fördern. Dabei wird es besonders wichtig sein, die Situation der erkrankten Eltern richtig einzuschätzen, um sie nicht zu überfordern oder gar ihre Schuldgefühle, Versagensängste oder Ähnliches zu schüren. Befinden sich Eltern in einer relativ stabilen oder zumindest nicht in einer akuten Phase, so kann mit einem geeigneten Konzept genau diese Erziehungskompetenz gefördert werden.

3. Kinder mit psychisch erkrankten Eltern

Die kindliche Entwicklung wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. So wirken genetische Veranlagungen, Umweltfaktoren, soziale und kulturelle Umwelt aufeinander ein (vgl. Schwarzer 2015: 16) und ergeben ganz individuelle Entwicklungskontexte für das jeweilige Kind oder Jugendlichen.

Wie im Vorangegangenen bereits geschildert, stellen die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung eine vielschichtige, sich gegenseitig beeinflussende und komplexe Situation dar, welche sich unweigerlich auf den Entwicklungskontext von Kindern und Jugendlichen auswirken muss. So ist es nicht verwunderlich, dass betroffene Kinder und Jugendliche ein deutlich erhöhtes Risiko haben, Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Störungen zu entwickeln. Dennoch entwickeln die meisten Kinder psychisch erkrankter Eltern keines dieser Probleme. Nichtsdestotrotz erschwert die besondere Situation ihre Entwicklung und Identitätsfindung, da sie mit den familiären Belastungen konfrontiert sind, gleichzeitig wenig Unterstützung erfahren und oft auf sich allein gestellt mit den Anforderungen des Lebens zurechtkommen müssen (vgl. Lenz 2005: 73).

In der Forschung ist man sich einig darüber, dass persönliche Resilienz, Risiko- sowie Schutzfaktoren ausschlaggebend für den Entwicklungsverlauf von Kindern und Jugendlichen in einer solchen Situation sind. So wird sich zunächst mit eben diesen Faktoren befasst, um anschließend die Entwicklungsaufgaben in den jeweiligen Altersstufen zu beleuchten, sowie die Risiken, welche die Entwicklung aufgrund einer psychischen Erkrankung von Eltern gefährden können. Abschließend wird zusammengefasst, wie Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung unterstützt und gefördert werden können.

3.1 Schutz- und Risikofaktoren

Bei Schutz- und Risikofaktoren geht es hier um die Ermittlung von Merkmalen, welche die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen positiv bzw. negativ beeinflussen. Welche Merkmale erhöhen das Risiko für einen ungünstigen Entwicklungsverlauf im Allgemeinen und welche ergeben sich speziell aus der Situation im Aufwachsen mit psychisch erkrankten Eltern? Was kann den Entwicklungsverlauf von Kindern und Jugendlichen trotz vorhandener Risikofaktoren schützen?

Um auf die Risikofaktoren genauer eingehen zu können, ist es an dieser Stelle sinnvoll, sie in Kategorien aufzuteilen; allgemeine psychosoziale Risikofaktoren, familiäre Risikofaktoren,

krankheitsspezifische Risikofaktoren sowie intrapersonale Risikofaktoren. Das Vorhandensein eines Risikofaktors lässt an sich noch keine Schlüsse über einen negativen Entwicklungsverlauf zu, es ist vielmehr die kumulative Wirkung verschiedener und sich gegenseitig beeinflussender Risikofaktoren, welche in ihrer Summe die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit negativ beeinflussen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 15 f.).

Mit allgemeinen psychosozialen Risikofaktoren sind jene gemeint, welche generell auftreten können - also unabhängig von einer psychischen Erkrankung der Eltern - und sich belastend auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auswirken. Zu ihnen gehören Armut, wohnen in beengten Verhältnissen, geringer Bildungsstand der Eltern, Arbeitslosigkeit, Migration, ein kaum oder gar nicht vorhandenes soziales Umfeld und soziale Randständigkeit (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017: 9).

Zu den generellen familiären Risikofaktoren gehören Trennung der Eltern, Verlust eines Elternteils, andauernder Streit in der elterlichen Beziehung, Instabilität innerhalb der Familie sowie ein allgemein kaltes, familiäres Klima. Darüber hinaus kommt es in Familien mit (einem) psychisch erkrankten Eltern(-teil) zu Veränderungen in der Familiendynamik. Generationsgrenzen verschwimmen und Rollen verschieben sich oder kehren sich gar ganz um. Oft ist auch die familiäre Kommunikation gestört, bis hin zu einem impliziten oder expliziten Kommunikationsverbot über den Zustand des erkrankten Elternteils, also die Thematisierung der Krankheit und ihrer Auswirkungen selbst. So kann auch die familiäre Risikobewältigung zu einem Risikofaktor für die kindliche Entwicklung werden. Diese speziellen Risikofaktoren, welche in Familien mit psychisch erkrankten Eltern(-teilen) gehäuft vorkommen, passen zu der Beobachtung, dass psychische Störungen auch transgenerational weitergegeben werden können (vgl. Lanz/ Wiegand-Grefe 2017: 14 f.).

Im Bezug auf die krankheitsspezifischen Risikofaktoren ist man in der Forschung bislang noch nicht zu einem eindeutigen Ergebnis gekommen. So gibt es unterschiedliche Ergebnisse zu den spezifischen Auswirkungen psychischer Störungen der Eltern auf ihre Kinder. Es scheint sich jedoch die besondere Schwere von Persönlichkeitsstörungen für die kindliche Entwicklung in den Studien abzuzeichnen (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017: 11). Diagnoseunspezifische Risikofaktoren wie Schwere der Erkrankung, Chronizität, Komorbidität, Rückfallhäufigkeit sowie unauffällige Phasen wirken sich je nach Ausprägung mehr oder weniger stark auf die Entwicklung aus (vgl. Dörr/ Schrappe 2012: 100). Ein weiterer Risikofaktor kann sich im Besonderen bei wahnhaften Störungen für Kinder und Jugendliche ergeben, wenn diese in die Wahnvorstellungen ihrer Eltern mit einbezogen

werden. Generell ist der Umgang mit der Krankheit durch die betroffenen Eltern entscheidend, ob sich dieser als Risikofaktor auswirkt. Weiterhin können psychische Störungen die Beziehungs-, Bindungs- und Erziehungskompetenzen der Eltern erheblich beeinträchtigen, was sich ebenfalls negativ auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auswirkt.

Die Wahrscheinlichkeit, psychisch oder physisch vernachlässigt zu werden oder sexuelle Gewalt durch den erkrankten Elternteil zu erfahren, ist für diese Gruppe Kinder 2-5 Mal höher als für Kinder psychisch gesunder Eltern. So zeigt sich in einer Untersuchung, dass 30 % der Sorgerechtsentzüge und 50 % der Inobhutnahmen im Zusammenhang mit psychisch erkrankten Eltern stehen (vgl. Klein / Jungbauer 2016: 176).

Zu den intrapersonalen Risikofaktoren gehören wie bereits erwähnt, die genetisch bedingte erhöhte Vulnerabilität, aber auch Temperamentsmerkmale, Alter und damit einhergehende (Un-) Abhängigkeit vom erkrankten Elternteil, Resilienz und persönliche Ressourcen. Darüber hinaus können auch Komplikationen vor, während und nach der Geburt die individuelle Vulnerabilität erhöhen, ebenso neurologische Defizite, geringe kognitive Fähigkeiten, eine verminderte Fähigkeit zur Selbstregulation und ein unsicheres Bindungsverhalten (vgl. Wustmann Seiler 2015: 38). Die Art und Weise, wie betroffene Kinder und Jugendliche mit ihrer besonderen Situation umgehen (können), beeinflusst ihre Entwicklungsmöglichkeiten und werden gleichzeitig von diesen begründet. Wie dies geschieht, wird im Weiteren genauer erläutert werden.

Schutzfaktoren sind jene Merkmale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen, welche das Risiko senken bzw. die Auswirkungen von Risikofaktoren abfedern können. Zu ihnen gehören alle Formen von Ressourcen, welche kindbezogen, familienbezogen und umgebungsbezogen sind. Kindbezogene Schutzfaktoren sind beispielsweise ein einfaches Temperament und Resilienz. Familienbezogene Ressourcen können stabile Beziehungen zu Geschwistern, Großeltern oder dem nicht erkrankten Elternteil sein. Eine außerfamiliäre Bezugsperson, soziale Anbindung und Teilhabe können als umgebungsbezogene Schutzfaktoren gezählt werden (vgl. Wustmann Seiler 2015: 46 f.).

Im Hinblick auf präventive Maßnahmen für Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern wird hier besonders die Resilienz interessant. *“Wenn sich Personen trotz gravierender Belastungen oder widriger Lebensumstände psychisch gesund entwickeln, spricht man von Resilienz. Damit ist keine angeborene Eigenschaft gemeint, sondern ein variabler und kontextabhängiger Prozess.”* (Fröhlich - Gildhoff/ Rönnau - Böse 2019: 9). Resilienz kann

also als die individuelle Anpassungsleistung an belastende Situationen betrachtet werden. Für diese Anpassungsleistungen können verschiedenste Ressourcen genutzt werden, wobei die Prozesshaftigkeit von Resilienz ein wichtiges Merkmal darstellt. Denn um sich nachhaltig positiv zu entwickeln, reicht es nicht aus, in einer Krisensituation einmalig gut angepasst auf die Anforderungen zu reagieren. Vielmehr ist eine konstante und vor allem konstruktive Bewältigung gefragt. Studien sprechen dafür, dass aktive Bewältigungsstrategien zu einer günstigeren Anpassung führen (vgl. Eschenbeck/ Knauf 2018: 40). So wird Resilienzförderung zu einem wichtigen Baustein in der Arbeit mit Kindern von psychisch erkrankten Eltern werden.

3.2 Entwicklungsaufgaben

Die Entwicklung vom Säugling bis zum Erwachsenen hält unterschiedliche, aufeinander aufbauende Aufgaben bereit, die ein Individuum bewältigen sollte. Die erfolgreiche Meisterung einer Entwicklungsaufgabe wird dem Individuum in seinem Selbst bestärken und sich dadurch positiv auf den weiteren Entwicklungsverlauf auswirken. Die wesentlichen Entwicklungsaufgaben bestehen zunächst darin, eine Bindung durch Vertrauen aufzubauen, nach und nach an Eigenständigkeit zu gewinnen, der Selbstwirksamkeit zu vertrauen sowie Selbstwert zu entwickeln (vgl. Schwarzer 2015: 23).

3.2.1 Säuglingsalter

In der pränatalen Entwicklung geht es primär um die physische Entwicklung. Dennoch haben Untersuchungen gezeigt, dass bereits ungeborene Kinder auf Depressionen ihrer Mütter reagieren (vgl. Geers/ Petermann/ Wiegand Grefe 2011: 150). Zu den größten Risikofaktoren in dieser Zeit gehören Substanzmissbrauch, physische Erkrankungen, psychische Erkrankungen und deren medikamentöse Behandlung, Ernährungsdefizite sowie Stress der Mutter (vgl. Pinnow / Schölmerich 2007: 131 ff.).

Nach der Geburt müssen sich Wahrnehmung und Motorik weiterentwickeln, gleichzeitig beginnt die Bindungsentwicklung, welche sich für das Säuglingsalter in drei Phasen aufteilen lässt. Von der Geburt bis zur sechsten Lebenswoche etwa befinden sich Säuglinge in der Vorbindungsphase. Im Anschluss folgt die Phase des Bindungsaufbaus, die Bindung zur primären Bezugsperson wird aufgebaut und ist für den Säugling überlebensnotwendig, da er ohne diese Bezugsperson sowohl der Außenwelt als auch der eigenen Erlebenswelt hilflos ausgeliefert wäre. Ab einem Alter von etwa acht Monaten sind Säuglinge mehr und mehr in

der Lage zu verstehen, dass ihre primäre Bezugsperson eigene Bedürfnisse hat. Es beginnt die Phase der zielkorrigierten Partnerschaft (vgl. Jovanovic 2015: 265 ff.). Die Entwicklung der Bindung zur primären Bezugsperson stützt sich auf die Sicherheitsregulation. Ein Säugling wird von seinen Emotionen überwältigt und ist noch nicht in der Lage, diese selbstständig zu regulieren, daher können diese als sehr bedrohlich erlebt werden. Die Bezugsperson muss die Emotionsregulation stellvertretend für den Säugling übernehmen, wodurch dieser einen Zuwachs an Sicherheit und mit der Zeit Vertrauen gewinnt. Die Feinfühligkeit, mit welcher die Bezugsperson die Bedürfnisse des Säuglings wahrnimmt, wird als Schlüssel für eine sichere Bindungsorganisation gesehen. Es geht also darum, dass die Bedürfnisse des Säuglings wahrgenommen, adäquat und prompt befriedigt werden. Ein ineffektives Reagieren der Bindungsperson auf die Signale, beispielsweise dem Bedürfnis nach Ruhe und Schlaf mit Spiel und gesteigerter Interaktion zu begegnen, wird dem Säugling nicht helfen können, die überwältigenden inneren Zustände zu regulieren. Inadäquate und unvorhersehbare Regulierungen durch die Bezugsperson führen zu unsicheren Bindungstypen. Bei unsicher vermeidenden Bindungsorganisation wird davon ausgegangen, dass Bezugspersonen emotional sehr schlecht erreichbar sind und nur wenig bzw. unpassende Versuche der stellvertretenden Emotionsregulation unternehmen. Das Entstehen einer unsicher ambivalenten Bindungsorganisation wird in der Literatur dadurch erklärt, dass die Bezugsperson in ihrem emotionsregulierenden Verhalten dermaßen unterschiedlich reagiert, dass sie für den Säugling nicht einschätzbar ist. Als eine vierte Bindungsorganisationskategorie, wird die desorganisierte Bindung aufgeführt, bei welcher sich Kinder keiner der drei anderen Kategorien zuordnen lassen. Eine mögliche Erklärung für desorganisiertes Bindungsverhalten sind beängstigende oder traumatische Erfahrungen durch die Bezugsperson, die das Kind dermaßen erschüttert haben, dass sich keine subjektiv sinnvolle Verhaltensstrategie erschließen ließ (vgl. Jovanovic 2015: 268). Neben Bindungsstörungen gehören Regulationsstörungen und eine starke Beeinträchtigung in der Interaktion zu den für das Säuglingsalter typische Entwicklungsstörungen. Zu ihnen zählen Probleme beim Schlafen und der Nahrungsaufnahme (vgl. Schwarzer 2015: 29 ff.). Regulationsstörungen können die Interaktion zwischen Säugling und Bezugsperson zusätzlich belasten und somit zu einer Verstärkung der Probleme führen.

Durch die Interaktion von Bezugsperson und Säugling entstehen innere Arbeitsmodelle für die Bindungsorganisation. Diese Arbeitsmodelle nehmen Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung und psychische Stabilität. Weiterhin lassen sich auch Rückschlüsse über die soziale Emotionsregulationsstrategien ziehen, so werden sicher

gebundene Kinder oder Jugendliche bei Stress Unterstützung bei ihnen nahe stehenden Personen suchen, während unsicher gebundene Kinder und Jugendliche dazu tendieren, sich abzulenken und eben nicht nach Unterstützung durch die Bindungsperson suchen. Dies zeigt, dass Bindung sowohl als Schutzfaktor als auch als Risikofaktor fungieren kann (vgl. Zimmermann 2007: 333 f.). Sozial-emotional geht es in der Entwicklung des Säuglings also um die Bindungsentwicklung und damit um ein Gefühl der Sicherheit und das Erlernen selbstregulierender Mechanismen.

Wie wirkt sich an dieser Stelle nun eine psychische Störung der primären Bezugsperson aus? Die Auswirkungen fallen genau wie die Störungen sehr unterschiedlich aus. So wird beispielsweise eine an Depressionen erkrankte Mutter durch die damit einhergehende Antriebsminderung sicherlich durch die Versorgung ihres Säuglings schnell erschöpft sein. Wie oben bereits erwähnt, geht mit einer Depression i. d. R. eine verminderte Interaktion sowie ein Rückgang der Feinfühligkeit einher. Genau dies braucht es jedoch, um auf die Bedürfnisse von Säuglingen angemessen eingehen zu können und somit die Grundlage einer sicheren Bindung aufzubauen.

Bei einer manisch-depressiven Erkrankung können zu den Phasen der Unterstimulation Phasen der Überstimulation hinzukommen. Der für eine Manie typische gesteigerte Antrieb kann dazu führen, dass das Bedürfnis des Säuglings nach Schlaf und Ruhe nicht wahrgenommen wird. Es kann dazu kommen, dass aufgrund von starker Gereiztheit aggressiv auf Signale wie Schreien und Quengeln reagiert wird. Unter diesen Voraussetzungen, bei denen das Eingehen der Bezugsperson auf die Signale des Säuglings sehr unterschiedlich ausfallen können, ist die Entwicklung eines unsicher-ambivalenten Bindungsverhalten sehr wahrscheinlich. Ein ähnlich wechselhaftes Verhalten ist bei Schizophrenen- und Suchterkrankungen zu erwarten, um nur einige Beispiele zu nennen.

Da die Fähigkeit der Emotionsregulation des Säuglings durch die Bezugsperson die Grundlage für das Bindungsverhalten, aber auch die spätere Selbstregulation des Kindes bildet (vgl. Jovanovic 2015: 262) ist es sinnvoll, speziell diese Fähigkeiten in einem Elterntraining zu fördern. Ein solches Training könnte Bezugspersonen verschiedene Strategien vermitteln, auf welche sie zurückgreifen können. Außerdem kann innerhalb eines solchen Trainings für die Wichtigkeit einer angemessenen Emotionsregulation sensibilisiert werden.

3.2.2 Kleinkindalter

Im Kleinkindalter entwickeln sich Kinder mit einer enormen Geschwindigkeit. Als Beispiel hierfür sei nur der Spracherwerb genannt, der mit einem stark ausgeprägten Kommunikationsbedürfnis einhergeht. Grundlegende kognitive, emotionale und soziale Kompetenzen werden entwickelt und mit zunehmendem Alter immer weiter ausgebaut. Kinder sind mehr und mehr dazu in der Lage, sich selbst von anderen zu differenzieren und entwickeln ein Selbstkonzept. Sie beginnen ihre Emotionen selbstständig zu regulieren und mit dem Eintritt in den Kindergarten auch ihre ersten Beziehungen unabhängig von der Herkunftsfamilie aufzubauen (vgl. Jovanovic / Schwarzer 2007).

Als ein sehr wichtiger Entwicklungsschritt kann der Zuwachs an neuen Emotionen gesehen werden. Die Emotionen, Freude, Trauer, Ärger, Furcht, Ekel und Überraschung werden erweitert durch selbstreflexive Emotionen wie Empathie, Verlegenheit, Schuld, Scham und Stolz. Um diese neuen und dadurch unbekanntem Emotionen regulieren zu können, brauchen Kleinkinder die Unterstützung ihrer Bezugspersonen. Ab einem Alter von etwa drei Jahren bildet sich ein mit der Zeit differenziertes Emotionskonzept sowie die Fähigkeit zur Selbstregulation. Diese Selbstregulation ist sehr stark abhängig von dem, was dem Kind durch die Bezugsperson(en) vermittelt wurde und wird. Darüber hinaus beeinflusst die Art und Weise, wie Betreuungspersonen auf die gezeigten Emotionen der Kinder reagieren, welche Gefühle als sozial erwünscht wahrgenommen werden und damit ausdrückbar sind, ebenso welche sozial unerwünscht sind und daher als Anpassungsleistung eher unterdrückt werden (vgl. Jovanovic 2015: 242 ff.).

Mit dem Erleben von Emotionen, welche "...in der Bewertung der eigenen Person im Bezug auf die Umwelt." (Jovanovic 2015: 242) entstehen, beginnt auch die Entwicklung des Selbstwerts. Selbstwert ist unweigerlich verknüpft mit einem Selbstkonzept. So kann der Selbstwert als Ergebnis der Bewertung des kognitiv-deskriptiven Selbstkonzepts, also des selbstbezogenen Wissens verstanden werden. In der Kindheit wird das eigene selbstbezogene Wissen hauptsächlich durch das Verhalten von anderen generiert, wodurch den Betreuungspersonen und ihrem Erziehungsstil eine ausschlaggebende Rolle für die Selbstwertentwicklung des Kindes zukommt (vgl. Thomsen u. a. 2018: 92 ff.). Ebenso sind die Reaktionen von Bezugspersonen auf die Selbstregulationsversuche der Kinder wichtig, da sie eine implizite Bewertung der Aktion darstellen und somit die Strategie fördern oder ablehnen (vgl. Jovanovic 2015: 249).

Kinder sind zunehmend in der Lage, anderen Personen Empfindungen und Überzeugungen zuzuordnen, welche nicht mit ihren eigenen übereinstimmen. Sie entwickeln eine immer ausgeprägtere Wahrnehmung für die Gefühlszustände ihrer Mitmenschen. So können auch Kleinkinder schon Stimmungswechsel ihrer Bezugspersonen wahrnehmen. Dabei sind sie jedoch noch nicht in der Lage, das Gesamtbild zu begreifen und sehen sich selbst als Ursache für die Be- und Überlastung ihrer Eltern. Je jünger Kinder sind, desto eher und stärker neigen sie zu dieser Art von Selbstbeschuldigung und den damit einhergehenden Schuldgefühlen (vgl. Lenz 2005: 101).

Für Kleinkinder ist neben der motorischen Entwicklung die soziale, emotionale und kognitive Weiterentwicklung wichtig, um eine Grundlage zu bilden, auf welcher sie die nachkommenden Entwicklungsaufgaben gut meistern können. Für diese Entwicklungen brauchen Kleinkinder eine angemessene Unterstützung durch Betreuungspersonen, welche den Spagat zwischen den Bedürfnissen nach Nähe und eigenständiger Exploration der Kinder managen müssen. Eine besondere Bedeutung kommt der Aufgabe zu, Kindern den Umgang mit ihren Emotionen zu vermitteln, denn "... Probleme der Emotionsregulation haben ihre Wurzeln häufig in der frühen Kindheit, in der Kinder lernen, ihre Emotionen mit Hilfe ihrer Bezugspersonen zu regulieren." (Jovanovic 2015: 262).

Menschen mit psychischen Störungen haben allerdings oft selbst Schwierigkeiten, mit ihren Emotionen und inneren Zuständen angemessen umgehen zu können. Daraus ergibt sich eine offensichtliche Schwierigkeit in der Bewältigung dieser erzieherischen Aufgabe, wodurch es zu Überforderung der psychisch erkrankten Erziehungsperson kommen kann. Bei einer depressiv erkrankten Erziehungsperson kann die erlebte Handlungsunfähigkeit zum einen dazu führen, dass das Kind nicht in der Emotionsregulation unterstützt wird. Es kann aber auch aufgrund der Überforderung zu Gereiztheit kommen und einer generellen Abwertung des kindlichen Gefühlsausdrucks. Ähnliche Reaktionen sind bei einer manisch-depressiven Störung zu erwarten.

Eltern mit einer generalisierten Angststörung können Probleme dabei haben, ihre Kinder in Autonomie- und Explorationsbestrebungen zu unterstützen. Auch bei einer instabilen Persönlichkeitsstörung der Betreuungsperson kann es zu einem verminderten Explorationsverhalten des Kindes kommen, da der betroffene Elternteil verunsichert ist und das Kind in seinen Autonomiebestrebungen zurückhält. Oder das Kind aufgrund der elterlichen Verunsicherung selbst so verunsichert ist, dass ihm der Rückhalt fehlt, um von einer sicheren Basis ausgehend die Welt zu erkunden (vgl. Lenz 2017: 32 f.).

Entwicklungsstörungen können sich im Kleinkindalter neben Regulations- und Bindungsstörungen auch in Einnässen und Einkoten, sowie kindlichem Autismus äußern (vgl. Schwarzer 2015: 29 f.). Wiegand-Grefe, Geers und Petermann kommen zu differenzierteren Auffälligkeiten von Kindern unterschiedlich erkrankter Eltern. So zeigen Kinder schizophrener erkrankter Eltern vermehrt neurologische Auffälligkeiten, Aufmerksamkeitsprobleme, soziale Hemmungen, Ängstlichkeit, Zerstreuung und Zurückgezogenheit. Kinder depressiv erkrankter Personen fallen vermehrt durch emotionale Dysfunktion, unsichere emotionale Bindungen, Aggressionen und oppositionelles Verhalten, niedrigen Selbstwert, Herausforderungsvermeidung, depressive Verstimmungen, aber auch wie Kinder schizophrener erkrankter durch Aufmerksamkeitsdefizite auf. Während Kinder von Eltern mit bipolaren Erkrankungen eher durch affektive Störungen auffallen (vgl. Geers, Petermann, Wiegand-Grefe 2011).

Was also brauchen Kinder von ihren Eltern, um das Risiko der Entwicklungsstörungen abzumildern? Wie im Säuglingsalter ist die Feinfühligkeit, mit welcher Bezugspersonen auf die Emotionen der Kleinkinder eingehen, mit der wichtigste Faktor für eine positive Entwicklung der Kinder. Dazu gehört auch ein angemessener Umgang mit den eigenen Emotionen, also den Emotionen, welche die Bezugspersonen erleben. Um an dieser Stelle das Risiko von Entwicklungsstörungen abzumildern, ist es also weiterhin sinnvoll, die Feinfühligkeit der psychisch erkrankten Eltern zu trainieren sowie sie darin zu fördern, einen angemessenen Umgang mit ihren eigenen Emotionen zu entwickeln. Darüber hinaus bieten sich ab dem Kleinkindalter neue Räume zur Entwicklungsförderung in Form von Tagesbetreuungen. Auch in Kindergärten ist es möglich, Kindern einen Raum zu bieten, in welchem sie lernen können, konstruktiv mit ihren Emotionen umzugehen, stabile Beziehungen zu erfahren und sich explorativ auszuleben. So kann neben einem Elterntaining auch eine Kinderbetreuungseinrichtung mit gut qualifizierten - im Idealfall über die psychische Erkrankung informierten - Betreuer*innen zu einem wichtigen Schutzfaktor für die Entwicklung von Kindern psychisch erkrankter werden.

3.2.3 Schulkindalter

Mit dem Schuleintritt werden ganz neue Anforderungen an die Entwicklung von Kindern gestellt. Plötzlich ist Lernen etwas, dass gezielt geschehen muss und unweigerlich zu einer Bewertung führt. Die Entwicklungsaufgaben von Kindern im Grundschulalter bestehen im Erwerb von gesellschaftstypischen Kompetenzen, kulturellen Techniken wie lesen, schreiben

und neuen Denkschemata. Die Entwicklung einer positiven Einstellung sich selbst gegenüber, der Entwicklung von Moral und Werten sowie der Fähigkeit, sich in einer Gruppe zurechtzufinden, vermehrte Selbstständigkeit und einem weiteren Anstieg der motorischen Fähigkeiten (vgl. Bovenschen/ Kramer/ Spangler 2007: 175).

Der zielgerichtete Kompetenzerwerb als eine Entwicklungsaufgabe beeinflusst das sich entwickelnde Selbstkonzept der Kinder als weitere Entwicklungsaufgabe maßgeblich. Erfolge in der Schule führen bei Kindern zu einer Aufwertung im Bezug auf die eigenen Fähigkeiten innerhalb des Selbstkonzeptes, während Misserfolge eine Abwertung zur Folge haben. Der Glaube an die eigenen Fähigkeiten, die Selbstwirksamkeit, wird also maßgeblich vom schulischen Erfolg mit beeinflusst. Gleichzeitig werden in der Schule die sozialen Kompetenzen weiterentwickelt (vgl. Bovenschen/ Kramer/ Spangler 2007: 176 f.). So können die Lernerfahrungen zu wichtigen Ressourcen werden, wenn sie positiv ausfallen oder aber zu selbstwerthemmenden Stressoren, wenn das Kind in der Schule keine Erfolge erzielen kann.

Neben den Kompetenzen, die in der Schule gezielt erlernt werden müssen, erweitern Schulkinder auch ihre sozialen Kompetenzen und bauen Freundschaften auf, wodurch sie neue Beziehungserfahrungen machen. Diese neuen Beziehungen zu Freund*innen können sich als wichtiger Schutzfaktor und von der Familie unabhängige Ressource erweisen (vgl. Salisch 2007: 339 f.). Ein wichtiger Entwicklungsschritt hierbei ist die Fähigkeit zur Perspektivübernahme. So werden sie immer besser darin, subjektive Perspektiven anderer zu übernehmen, ihre eigenen Perspektiven zu reflektieren und diese darüber hinaus aus der Perspektive einer anderen Person heraus zu betrachten (vgl. Bovenschen/ Kramer/ Spangler 2007: 183).

Diese kognitive, soziale und emotionale Entwicklung führt dazu, dass Kinder zwischenmenschliche Veränderungen und Veränderungen im Verhalten immer bewusster wahrnehmen können, so auch Veränderungen im Verhalten ihrer Bezugsperson(en). So nehmen Kinder mit psychisch erkrankten Eltern auch schon sehr frühe Zeichen einer Verschlechterung des psychischen Zustandes ihrer Bezugsperson wahr. Dies kann zum einen zu großer Verunsicherung der Kinder führen, da sie die Verhaltensveränderungen nicht einordnen können, aber auch zu einem angepassten Verhalten, um den erkrankten Elternteil nicht zusätzlich zu belasten (vgl. Lenz 2005: 85). Je schwerer die Symptomatik der betroffenen Bezugsperson ist, desto größer ist die Verunsicherung der Kinder, wenn sie nicht über die Krankheit altersgerecht informiert werden. Das offene Sprechen über die Erkrankung hilft dabei, die Situation einzuordnen und zu verstehen, wodurch Kinder vor Schuldgefühlen geschützt werden. Offen mit Kindern über ihre Sorgen und Ängste zu sprechen, wirkt sich

grundsätzlich erleichternd auf sie aus, doch leider wird dies nur sehr selten getan. Selbst die krankheitsunabhängigen Sorgen der Kinder gehen regelmäßig unter, da zum einen der gesunde Elternteil - vorausgesetzt, es gibt ihn / sie in der Familienkonstellation - mit dem Auffangen des Ausfalls des erkrankten Elternteils beschäftigt ist. Zum anderen neigen betroffene Kinder dazu, ihre Konflikte innerlich auszutragen und somit keine zusätzliche Belastung für die Familie darzustellen (vgl. Schone/ Wagenblaus 2010: 198 f.). Besonders dann, wenn Kinder in Familien mit nur einem Elternteil leben und dieser psychisch erkrankt ist, versuchen die Kinder den Ausfall des Elternteils zu kompensieren. Sie stellen sich selbst hinten an, um die Familie zu stabilisieren und wirken daher bereits sehr früh reif und erwachsen (vgl. Schone/ Wagenblaus 2010: 182). So werden ihre Probleme nicht nur übersehen, da sie oft nicht auffallen, sondern es kann auch davon ausgegangen werden, dass ihnen aufgrund ihrer reifen Wirkung grundsätzlich viel weniger Hilfe und Unterstützung angeboten wird, als vergleichsweise kindlichen Kindern.

Das nicht sprechen über die Krankheit, hat neben der Verunsicherung noch eine weitere weitreichende Auswirkung auf die Kinder. Es impliziert ein Kommunikationsverbot über die Situation, in manchen Familien wird dieses Verbot auch explizit ausgesprochen. Dies hat zur Folge, dass Kinder sich nur selten an außenstehende Personen wenden, um Trost und Unterstützung in ihrer Situation zu erfahren (vgl. Lenz 2005: 120). Geschwister können eine schützende und stützende Ressource werden, da sie miteinander über die Situation sprechen können, ohne dabei das Kommunikationsverbot nach außen zu brechen und in Loyalitätskonflikte zu geraten.

Die durch die psychische Erkrankung entstehenden familiären Belastungen führen häufig dazu, dass sich sowohl Tagesstrukturen als auch innerfamiliäre Strukturen ändern. So werden Kinder mit zunehmendem Alter immer mehr in die Bewältigung von Alltagsaufgaben einbezogen, ganz besonders dann, wenn sie alleine mit dem psychisch erkrankten Elternteil leben und oder in Akutphasen. Diese strukturelle Veränderung kann so weit reichen, dass es zu einer Rollenumkehr, also Parentifizierung, kommt. Kinder nehmen die Bedürftigkeit des erkrankten Elternteils wahr und fühlen sich für dessen Wohlergehen verantwortlich. Auch wenn ein gesunder Elternteil vorhanden ist, kann es dazu kommen, dass dieser (unbewusst) Signale der Bedürftigkeit an das Kind übermittelt und sich das Kind ihm ebenfalls verpflichtet fühlt (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017: 7 f.).

Für das Alter typische Entwicklungsstörungen, die unter solchen Belastungen entstehen können, sind Angststörungen. Hier ist besonders die Trennungsangst in Folge von nicht zuordenbaren Klinikaufenthalten der Bezugsperson zu nennen (vgl. Lenz 2005: 86). Es

können aber auch Konzentrationsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, der Selbstregulation und Tickstörungen entstehen (vgl. Schwarzer 2015: 30). Viele Kinder entwickeln jedoch keine Auffälligkeiten im diagnostischen Störungsbereich, dennoch leiden sie an Ängsten, den erkrankten Elternteil zu verlieren und vor Verschlimmerung der Erkrankung. Sie empfinden häufig Wut auf den erkrankten Elternteil und die Situation, was wiederum ihre Schuldgefühle verstärkt. Hoffnungslosigkeit und Ohnmachtsgefühle sind gerade bei sich wiederholenden Akutphasen ebenfalls oft auftretende Gefühle, mit denen die Kinder zurechtkommen müssen (vgl. Lenz 2005: 89).

Um sich trotz solcher Belastungen positiv entwickeln zu können, brauchen Kinder verschiedene Ressourcen, die sie dabei unterstützen, mit der Situation zurechtkommen. Auf der familiären Ebene bestehen diese Ressourcen aus einer sicheren Bindung zu einem Familienmitglied z. B. ein Geschwister oder Großeltern, jedoch auch Interaktion mit und Erziehung durch die Familie sind wichtige Schutzfaktoren. Auf der sozialen Ebene ist die Schule als entwicklungsfördernder Raum zu nennen, ideal wäre es, wenn Lehrkräfte über die psychische Erkrankung Bescheid wissen, um dem Kind angemessen begegnen zu können. Ebenfalls Freundschaften, die gerade in jungen Jahren über die Schule geknüpft werden, sind eine wichtige Stütze für die Entwicklung von Kindern mit psychisch erkrankten Eltern. Auf der personalen Ebene der Kinder sind vor allem Selbstregulations- und Copingstrategien zu nennen (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017: 35). Selbstregulationsstrategien sind ebenso wie Copingstrategien erlernbar, weshalb in ihnen großes Potenzial zur Entwicklungsförderung der Kinder liegt. Und nicht zuletzt ist eine altersgemäße Aufklärung über die psychische Störung ein wichtiger Schutzfaktor. Durch die Aufklärung kann die Situation verstehbar und Schuldgefühle abgebaut werden.

3.2.4 Jugendalter

Die Jugend ist eine Zeit großer Veränderungen für Heranwachsende. Ihre Körper verändern sich, sie sind keine Kinder mehr, aber auch noch keine Erwachsenen. Diese Phase der Veränderung ist voll von wichtigen Entwicklungsaufgaben, welche gemeistert werden müssen. Jugendliche müssen lernen, die eigene Person und ihren Körper mit all seinen Veränderungen zu akzeptieren und ihr eigene Identität finden. Gleichzeitig beginnt der Prozess der Loslösung von der Familie bis hin zur materiellen und emotionalen Unabhängigkeit von den Bezugspersonen, die Intensivierung der Beziehungen zu gleichaltrigen und das Eingehen erster romantischer Beziehungen. Jugendliche müssen eigene

Werte und Normvorstellungen entwickeln und Entscheidungen über ihren beruflichen Werdegang treffen (vgl. Eschenbeck/ Knauf 2018: 24).

All diesen Entwicklungsaufgaben gerecht zu werden, stellt Jugendliche vor große Herausforderungen. Dabei ist ihr bisheriger Entwicklungsverlauf und im Besonderen ihr aktueller Entwicklungsstand ausschlaggebend für den Verlauf ihrer weiteren Entwicklung. So bildet die Meisterung vorheriger Entwicklungsaufgaben eine stabile Basis, von welcher die neuen Herausforderungen angegangen werden können. Fehlen Entwicklungsschritte, so fehlt es der Basis an Substanz und Jugendliche haben eine schwierigere Startposition für ihre Entwicklung. Gleichzeitig führt das Meistern von Entwicklungsaufgaben zu mehr Zufriedenheit. Während das nicht Bewältigen negative Folgen für die Entwicklung der Jugendlichen mit sich bringt (vgl. Eschenbeck / Knauf 2018: 41 f.).

Durch die großen Autonomiebestrebungen der Jugendlichen verändert sich ihre Beziehung zu ihren Bezugspersonen sehr stark. Die Distanzierung von ihnen ist für Jugendliche ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer reifen Persönlichkeit, welcher von den Eltern unterstützt werden sollte. Dabei ist es wichtig, dass diese ihnen Freiraum für ihre Entwicklung gewähren und gleichzeitig durch Grenzsetzungen die Sicherheit der Heranwachsenden gewährleisten. Gerade in fragilen Eltern-Kind-Beziehungen, die ihren Ursprung i. d. R. in einer unsicheren Bindung haben, kann sich dieser Prozess als schwierig erweisen und die Entwicklung somit erschweren (vgl. Lux/ Walper/ Witte 2018: 116 ff.). Dies ist mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten, wenn die Bezugspersonen der Jugendlichen schon seit ihrer Kindheit an psychischen Störungen leiden. Welche Schwierigkeiten können sich darüber hinaus für Jugendliche durch die psychische Erkrankung ihrer Eltern für ihre Entwicklung noch ergeben?

Jugendliche sind aufgrund ihrer Entwicklung noch besser dazu in der Lage, die psychische Störung ihrer Bezugsperson(en) wahrzunehmen, Frühwarnzeichen klarer zu erkennen und noch strategischer auf diese zu reagieren, als es Schulkinder sind. Aus dieser deutlichen Wahrnehmung, gepaart mit dem weitverbreiteten Kommunikationsverbot über die Situation und damit einhergehender Unaufgeklärtheit, ist Angst ein Thema, welches Jugendliche in diesem Zusammenhang stark beschäftigt. Oft haben sie Angst davor, selber zu erkranken, wodurch ein noch stärkeres Abgrenzungsbedürfnis entstehen kann (vgl. Lenz 2005: 89). Schone und Wagenblass sprechen von vier Ebenen der Angst, die Angst vor dem erkrankten Elternteil, die Angst um den erkrankten Elternteil, die Angst um die eigene Gesundheit und die Ebene der Existenzangst (vgl. Schone/ Wagenblass 2010: 190). Die verschiedenen Ängste können selbstverständlich auch bereits von jüngeren Kindern erlebt werden, doch da

zumindest die Existenzangst eine eher kognitiv anspruchsvollere Angst ist, werden diese vier Ebenen erst hier aufgeführt.

Das Wissen über die psychische Störung ihrer Bezugsperson ist auch bei Jugendlichen sehr diffus. Doch das Wissen über die Krankheit, ihre Entstehung und eventuelle Verlaufsprognosen, sowie Behandlungsmöglichkeiten könnten ihnen helfen, die Situation besser einzuschätzen und ein Gefühl von Erwartbarkeit bei ihnen generieren (vgl. Lenz 2005: 112 ff.). Das Schweigen zur familiären Situation und den Auswirkungen der psychischen Erkrankung eines Elternteils kann, ähnlich wie Angst auf vier Ebenen betrachtet werden. Die erste Ebene liegt in der betroffenen Bezugsperson selbst, wenn diese krankheitsuneinsichtig ist. Die zweite Ebene des Schweigens bezieht sich auf die innerfamiliäre Tabuisierung der Thematik und die dritte Ebene auf das außerfamiliäre Kommunikationsverbot. Die vierte und letzte Ebene bezieht sich auf den gesellschaftlichen Umgang mit der Thematik psychischer Störungen an sich. Diese werden nach wie vor tabuisiert oder gar geleugnet (vgl. Schone/Wagenlass 2010: ff.). Egal auf welcher Ebene, eine Tabuisierung verhindert eine offene und ressourcenmobilisierende Auseinandersetzung mit der Situation und erschwert den Umgang der Jugendlichen mit ihren Problemen dadurch zusätzlich. Nicht einmal Jugendliche, die ihre Bezugspersonen während eines stationären Klinikaufenthalts besuchen, werden von den Klinikmitarbeiter*innen aufgeklärt (vgl. Lenz 2005: 109 f.).

Die Gefahr der Parentifizierung ist für Jugendliche noch größer als für Schulkinder, da ihnen aufgrund ihres Alters und ihrer Fähigkeiten weitaus mehr zugemutet werden kann als jüngeren Kindern. Die Bedürftigkeit des erkrankten Elternteils kann zu großer Nähe in der Eltern-Kind-Beziehung und übermäßiger Fürsorge führen, die der / die Heranwachsende seiner / ihrer Bezugsperson entgegenbringt. Dies mag für den betroffenen Elternteil entlastend wirken, erschwert dem / der Jugendlichen jedoch den Ablösungs- und Selbstfindungsprozess ungemein, da diese im Gegensatz zu dem Nähe- und Versorgungsbedürfnis des Elternteils stehen und dieser gleichzeitig nicht als elterliche Identifikationsfigur zur Verfügung steht. Kinder und Jugendliche haben häufig das Gefühl, als Ersatzpartner*innen der Eltern fungieren zu müssen, oder bei zwei Eltern Haushalten, die durch die Zusatzbelastungen entstandene Lücke schließen zu müssen (vgl. Lenz 2005: 90 ff.). Zwei Eltern Haushalte schützen nicht unbedingt mehr vor Parentifizierung. So kann es passieren, dass der gesunde Elternteil seine / ihre Beziehungswünsche auf den / die Jugendliche projiziert und dadurch den für die Entwicklung so wichtigen Ablösungsprozess erschwert. Bei extremen Formen von Parentifizierung kann es dazu kommen, dass der Ablösungsprozess nicht in Gang gesetzt

wird, was in der Folge pathologische Auswirkungen auf die Jugendlichen haben kann (vgl. Lenz 2005: 89).

Auch bei weniger extremen Formen der Parentifizierung stehen Jugendliche vor großen innerlichen Konflikten. Das eigene Bedürfnis nach Distanzierung weckt in ihnen Loyalitätskonflikte und Schuldgefühle, wie etwa Trennungsschuld (vgl. Lenz 2005: 118).

Bei all den verschiedenen Anforderungen, die an die Jugendlichen gestellt werden, seien es die vorhergesehenen Entwicklungsaufgaben oder diejenigen, die sich aus der psychischen Erkrankung des Elternteils an sie richten, ist es nur zu gut nachvollziehbar, dass betroffene Jugendliche in (innere) Bedrängnis geraten. Um mit diesen Stressoren umgehen zu können, werden Jugendliche auf verschiedene Copingstrategien zurückgreifen, welche sich in drei Typen kategorisieren lassen. Beim ersten Copingtyp, dem aggressiven Coping, besteht laut Forschung ein erhöhtes Risiko, selbst psychische Störungen zu entwickeln. Dieses Risiko ist beim zweiten Copingtyp, dem kontrollierenden Coping, abhängig von den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, um die Situation bewältigen zu können. Der dritte Copingtypus, das moderate Coping, birgt wohl das geringste Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Bei diesem Typ wird situationsangemessenes Coping betrieben, die Art des Umgangs ist also flexibler (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017: 43).

Das Bindungsmuster und die emotionale Sozialisation prägen die Emotionsregulation von Kindern und Jugendlichen (vgl. Çelik u. a. 2018: 82). Die Wahrscheinlichkeit für ungünstige Bindungsmuster und ungünstiger innerfamiliärer Umgang mit Emotionen in Familien mit psychisch erkrankten Eltern(teilen) ist deutlich höher, als in Familien mit psychisch gesunden Eltern. Es wurde auch ein Zusammenhang zwischen passiven Bewältigungsstrategien und depressiven Störungen gefunden (vgl. Çelik u. a. 2018: 81).

Wenn Jugendliche an ihren Entwicklungsaufgaben scheitern, kann es zu verschiedenen Störungen kommen, zu ihnen gehören Depressionen, delinquentes Verhalten, Ess- und Selbstwertstörungen, Beziehungsstörungen, Suizidalität, unzureichende Selbstständigkeit, schizoides Verhalten und Geschlechtsidentitätsstörungen sowie sexuelle Reifungskrisen (vgl. Heinrichs/ Wenglorz 2018: 255). Aber auch wenn sich keine diagnostischen Störungen entwickeln, belastet die Situation Jugendliche maßgeblich und erschwert ihnen ihren Entwicklungsverlauf. Was brauchen Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern(-teilen) nun, um sich trotz dieser Zusatzbelastung ihren Entwicklungsaufgaben erfolgreich stellen zu können?

Neben den grundsätzlichen Schutzfaktoren für Kinder und Jugendliche, wie eine positive Selbstwahrnehmung, soziale Kompetenzen, kognitive Fähigkeiten, ein warmes familiäres Klima, eine sichere Bindung sowie ein eigenes soziales Umfeld, in dem sie Freundschaftsbeziehungen zu gleichaltrigen pflegen, aber auch außerfamiliäre Beziehungen zu anderen Erwachsenen führen (vgl. Eschenbeck, Knauf 2018: 36), um nur ein paar zu nennen, brauchen Jugendliche vor allem Aufklärung. Wenn Jugendliche über die psychische Störung ihrer Bezugsperson aufgeklärt sind, erlangen sie ein Gefühl von Sicherheit, sowohl im Umgang mit der Bezugsperson selbst als auch mit der Gesamtsituation. Dies kann ihnen helfen, neue Möglichkeiten zu erkennen, ihre Perspektive zu erweitern und ein Gefühl von Handlungsfähigkeit, Kontrolle und Selbstwirksamkeit zu erlangen. So kann das Bewältigen von Krisen und Herausforderungen zu einem Empowerment werden (vgl. Lenz/ Kuhn 2011: 287), was sich positiv auf das Selbstkonzept der Jugendlichen und ihre Identitätsfindung auswirken kann. Dabei soll es aber unbedingt nicht darum gehen, dass die Jugendlichen für ihre Bezugsperson oder Familie die Situation besser handhaben können, sondern für sich selbst.

Soziale Beziehungen außerhalb der Familie sind besonders im Jugendalter wichtig und können einen wichtigen Rückzugsort und Sicherheit für Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern darstellen. Beziehungen zu gleichaltrigen mit ähnlichen Erfahrungen werden von betroffenen Jugendlichen als hilfreiche Ressource und sicherer Raum wahrgenommen, um über ihre familiäre Situation zu sprechen (vgl. Lenz 2005: 122).

Um den so wichtigen Ablösungsprozess von der Herkunftsfamilie meistern zu können, ist es wichtig, dass Eltern ihre heranwachsenden Kinder dabei unterstützen und nicht durch extremes Anklammern oder große Bedürftigkeit diesen Prozess erschweren. Lenz spricht sogar davon, dass Parentifizierung bis zu einem gewissen Maß entwicklungsfördernd wirken kann, dazu braucht es Anerkennung, Lob und Zuwendung durch die Bezugsperson(en) (vgl. Lenz 2005: 89).

Damit Jugendliche die vielschichtigen Herausforderungen positiv meistern können, brauchen sie zum einen konstruktive, lösungsorientierte Bewältigungs- und Copingstrategien, zu anderen die nötigen Ressourcen, die für deren Umsetzung notwendig sind. Es wird also wichtig sein, sie dahingehend zu unterstützen, eben diese Ressourcen zu erkennen, zu aktivieren und diese situationsangemessen anzuwenden. Das Vorhandensein von Bewältigungsressourcen ist maßgeblich entscheidend für einen positiven Entwicklungsverlauf (vgl. Eschenbeck/ Knauf 2018: 46).

4. Soziale Arbeit mit Familien, mit psychisch erkrankten Eltern(-teilen)

Durch die vielfältige und breite Aufstellung des Berufsfeldes der Sozialen Arbeit kommen Sozialarbeiter*innen an verschiedensten Stellen mit betroffenen Familien in Berührung. Sowohl in medizinischen Bereichen wie der Psychiatrie oder des psychosozialen Dienstes als auch in Schulen, Kindergärten, Erziehungsberatungsstellen und weiteren der Hilfe zur Erziehung angehörigen Einrichtungen finden sich Sozialarbeiter*innen wieder.

Grundsätzlich lässt sich der Auftrag der Sozialen Arbeit als Vermittlungsprozess zwischen einem Individuum, dessen Möglichkeiten und Bedürfnissen sowie der Gesellschaft und der durch sie gestellten Anforderung und Bedarfe zusammenfassen (vgl. Bosshard/ Ebert/ Lazarus 1999: 52 f.). Je nach Institution und des dortigen Handlungsauftrags, richteten sich die Bemühungen der Sozialarbeiter*innen, auf unterschiedliche Ziele aus. So gehören Sozialarbeiter*innen aus Psychiatrie und Jugendhilfe, zwar derselben Profession an, haben jedoch für ihre konkrete Umsetzung, unterschiedliche Ziele und damit auch unterschiedliche Handlungsaufträge.

4.1 Kinder- und Jugendhilfe

§ 1 SGB VIII definiert die Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe und zieht diese in die Verantwortung, dafür zu sorgen, dass Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung gefördert werden und dafür zu Sorge zu tragen, Benachteiligungen zu verringern oder ganz zu vermeiden. Junge Menschen dahingehend zu fördern, an der Gesellschaft teilzuhaben und ihre Erziehungsberechtigten in der Erziehung zu beraten und wenn nötig zu unterstützen. Weiterhin hat die Jugendhilfe das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu schützen und dazu beizutragen, dass sie in einer positiven Lebenswelt aufwachsen.

Bereits aus diesem ersten Paragraphen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes ergeben sich zwei Wirkrichtungen für die Kinder- und Jugendhilfe. Zum einen adressiert sie Kinder und Jugendliche, indem sie zu ihrer Unterstützung verpflichtet wird. Zum anderen adressiert sie die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten der heranwachsenden Menschen, welche bei der Bewältigung ihrer erzieherischen Aufgaben Anspruch auf Unterstützungsleistungen haben. So können die kompensatorischen Maßnahmen und Angebote der Kinder- und Jugendhilfe entweder Eltern-, / familienorientiert oder Kind- / jugendorientiert sein (vgl. Schone/

Wagenblaus 2010: 41 f.). Diese Ausrichtung ermöglicht es der Kinder- und Jugendhilfe in der Arbeit, mit Familien mit psychisch erkrankten Eltern(-teilen), den Fokus weg von der psychischen Störung und hin zur Gesamtsituation der Familie zu richten. Dies kann sich durchaus entlastend auf die erkrankte, erziehungsberechtigte Person auswirken (vgl. Schrappe 2011: 118). Leider scheint es für die Kinder- und Jugendhilfe besonders schwierig zu sein, gerade psychisch erkrankte Eltern zu erreichen und sie vom Nutzen der unterschiedlichen Maßnahmen zu überzeugen sowie die Mitwirkungsbereitschaft betroffener Eltern zu erlangen. Im Besonderen gilt dies für psychisch erkrankte Eltern ohne Krankheitseinsicht (vgl. Schone/Wagenblaus 2010: 105).

Da die Erziehung durch Artikel 1 GG als natürliches Recht der Eltern definiert wird und ein Eingriff in dieses Recht nur auf Grundlage eines Gesetzes erfolgen kann, wenn das Wohl der Kinder gefährdet ist, bleibt der Kinder- und Jugendhilfe in einem solchen Fall nur die Möglichkeit zur Beobachtung der Familie und des Wohls des Kindes / der Kinder. Erst eine Überschreitung der Schwelle zur Kindeswohlgefährdung rechtfertigt einen Eingriff in das Elternrecht auf Erziehung ihrer Kinder.

4.2 Kindeswohl - Gefährdung?

Der in § 8a SGB VIII verankerte Schutzauftrag verpflichtet die Kinder- und Jugendhilfe zur gefahrenabwehrenden und kindeswohlsichernden Intervention im Falle einer Kindeswohlgefährdung. In der Fachliteratur herrscht Einigkeit darüber, dass gerade in Familien mit psychisch erkrankten Eltern(-teilen) häufig Maßnahmen zum Schutz des Kindeswohls getroffen werden müssen. So kommen Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass in ca 30 % der Sorgerechtsverfahren vor dem Familiengericht psychisch erkrankte Eltern involviert sind, bei Inobhutnahmen trifft dies auf ca 50 % der Fälle zu (vgl. Jungbauer/Klein 2016: 176). Nicht selten kommt es in diesen Fällen zur Fremdplatzierung, da sich die familiäre Situation schon so weit zugespitzt hat, dass keine andere Möglichkeit zur Intervention mehr für ausreichend gehalten wird (vgl. Schone/Wagenblaus 2010: 92). Die Frage, die sich besonders aus bindungstheoretischer Sicht stellt, ist, ob dies die beste Möglichkeit für Kinder und Eltern darstellt. Denn egal wie mangelhaft die Versorgung durch die Erziehungsberechtigten ist, bleiben diese doch die primären Bezugspersonen für Kinder und Jugendliche, eine Trennung stellt sowohl für Eltern als auch für Kinder eine extreme Verlusterfahrung dar (vgl. Schleifer 2015: 11). Weiterhin stellt sich die Frage, ob es denn überhaupt so weit kommen muss, denn der Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe besteht wie

bereits dargestellt, eben auch in der Unterstützung der Erziehungsberechtigten in der Ausübung ihrer Erziehungspflicht.

Verschiedene Faktoren erhöhen das Risiko für Kindeswohlgefährdung. Zu ihnen zählen unter anderem das Alter des Kindes, generell schwierige Lebensbedingungen, eigene traumatische Kindheitserfahrungen der Eltern sowie komorbide Suchterkrankungen (vgl. Jungbauer/ Klein 2016: 177). Dennoch darf eine psychische Störung aufseiten der Erziehungsberechtigten nicht mit einer (drohenden) Kindeswohlgefährdung gleichgesetzt werden, sondern muss vielmehr im Einzelfall unter den dortigen Bedingungen eingeschätzt werden. So sind die "individuelle Problemkonstellation und das konkrete Erziehungsverhalten des erkrankten Elternteils ausschlaggebend für eine mögliche Kindeswohlgefährdung" (Jungbauer/ Klein 2016: 186). Und da die individuellen Problemkonstellationen, wie im vorangegangenen beschrieben, unendlich vielschichtig und von vielen verschiedenen Faktoren abhängig sind, darf die Einschätzung zur Erziehungsfähigkeit psychisch erkrankter Eltern und einer damit möglicherweise einhergehenden Kindeswohlgefährdung keinesfalls pauschalisiert werden.

Vielmehr sollten Sozialarbeiter*innen, Pädagog*innen, Familienrichter*innen und alle weiteren Beteiligten ihre Vorurteile bezüglich psychisch erkrankter Eltern reflektieren, um die Situation möglichst ungetrübt beurteilen zu können. Weiterhin sollte eine wichtige Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe darin bestehen, den Teufelskreis der Angst aufzulösen. Dieser Teufelskreis kommt dadurch in Gang, dass Eltern - besonders psychisch erkrankte Eltern aus Angst vor Stigmatisierung - nötige Unterstützung ablehnen bzw. den Kontakt zum Jugendamt ganz vermeiden, da sie befürchten, ihnen könnte das Sorgerecht für ihre Kinder entzogen werden. Durch die so ausbleibende Unterstützung verschärft sich die familiäre sowie psychische Situation jedoch regelmäßig und damit eben auch die Situation der Kinder. Die immer nötiger werdende Hilfe bleibt aufgrund von Angst weiterhin aus, bis die Situation so weit zugespitzt ist, dass das Jugendamt eingreifen muss und sich die Angst der Eltern erfüllt. Dieser Kreislauf muss aufgebrochen werden, in dem Eltern über den Schutz, die Entlastung und den Nutzen aller durch die Inanspruchnahme von Hilfen der Kinder- und Jugendhilfe aufgeklärt und überzeugt werden (vgl. Jungbauer/ Klein 2016: 192).

4.3 Handlungsmöglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe

Die Kinder- und Jugendhilfe bekommt durch den § 27 SGB VIII sowie die §§ 28-35a eine große Bandbreite an Unterstützungsleistungen, auf welche sie je nach Bedarf der zu unterstützenden Familie zurückgreifen kann. In der Arbeit mit Kindern psychisch erkrankter

Eltern kommen allerdings hauptsächlich Fremdunterbringungen oder sozialpädagogische Familienhilfen zum Einsatz. Weitere Hilfeformen durch das Jugendamt machen laut Untersuchungen gerade etwa 3 % der Maßnahmen aus. Die genutzten Hilfen scheinen ausschließlich auf die (nicht) Erziehungsfähigkeit betroffener Eltern abzielen, explizite Hilfen für Kinder und den Umgang mit den psychischen Störungen sowie den daraus resultierenden Belastungen scheint es kaum zu geben (vgl. Schone/ Wagenblaus 2010: 92). Welche Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe liegen im Bereich des möglichen, sind sinnvoll geeignet und notwendig, um Kinder psychisch erkrankter Eltern und ihre Familien zu unterstützen?

4.3.1 Maßnahmen für Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern brauchen ihrem Alter und ihren Fähigkeiten entsprechende Unterstützungsmaßnahmen und Angebote, um mit ihrer besonderen familiären Situation zurechtzukommen. Es ist Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe, diese Unterstützung mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln zu leisten und betroffene Kinder explizit zu adressieren.

Bei Säuglingen und Kleinkindern ist es aufgrund ihrer kognitiven Entwicklung am sinnvollsten, bindungsbezogene Prävention bzw. Intervention anzubieten (Lenz 2016: 46). Dafür können Maßnahmen der Erziehungsberatung genutzt werden, aber auch intensives Elterntaining, um Eltern dahingehend zu sensibilisieren, die Signale ihrer Kinder feinfühlig wahrzunehmen und zu beantworten. Somit kann die Grundlage für eine sichere Bindung geschaffen werden, welche wie gezeigt grundsätzlich wichtig ist für die positive Entwicklung junger Menschen.

Bei Kindern ab dem Grundschulalter können gezielt Maßnahmen ergriffen werden, welche die Problemlöse- und Bewältigungskompetenzen der Kinder stärken, sie dabei unterstützen, mit ihren Gefühlen umzugehen, ihre sozialen Ressourcen aktivieren, sie im Aufbau ihres Selbstwerts fördern und bei ihrer Identitätsfindung unterstützen. Aber auch psychoedukative Maßnahmen unterstützen Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung und im Umgang mit ihren erkrankten Eltern (vgl. Lenz 2016: 46, 61).

Die Aufklärung von Kindern und Jugendlichen über die psychische Erkrankung ihrer Eltern ist eine wichtige und situationsspezifische Ressource, welche Schuldgefühle abbauen, Handlungsmöglichkeiten eröffnen und zu mehr Verständnis dem erkrankten Elternteil gegenüber führen kann. Wichtig dabei ist, dass die Kinder zum einen aufgeklärt werden

wollen, zum anderen die Informationen an ihren bisherigen Wissensstand anknüpfen und ihren kognitiven Fähigkeiten entsprechen. Während dem Gespräch ist es wichtig, die Fragen der Kinder und Jugendlichen nicht nur auf der Sachebene wahrzunehmen, sondern vielschichtig zu beantworten. Ebenso muss berücksichtigt werden, dass nur so viel Information aufgenommen werden kann wie das Kind oder der / die Jugendliche auch emotional verarbeiten kann (vgl. Lenz 2005: 131 ff.).

Grundsätzlich wirken sich ressourcenaktivierende und damit Resilienz fördernde Maßnahmen positiv auf betroffene junge Menschen aus. Auch die Schule besitzt das Potenzial, als struktur- und haltgebende Ressource zu wirken. Denn gerade Lehrkräfte und an Schulen tätige Sozialpädagog*innen sehen die Kinder und Jugendlichen regelmäßig, können eine Beziehung zu ihnen aufbauen und zu einer außerfamiliären Bezugsperson werden. Hierzu ist es wichtig, dass sie für die Kinder emotional verfügbar sind, ihnen das Gefühl vermitteln, dass diese wichtig sind und von der Lehrkraft / Pädagog*in wahrgenommen werden (vgl. Brockmann 2016: 159 f.). Dies gilt über die Institution Schule hinaus für alle erwachsenen Personen, die im regelmäßigen Kontakt zu Kindern und Jugendlichen stehen. So können auch Sozialpädagog*innen, welche über das Jugendamt als Hilfe in einer Familie mit einem psychisch erkrankten Elternteil installiert wurden, beispielsweise ein Erziehungsbeistand, diese außerfamiliäre Bezugsperson für das Kind oder den Jugendlichen darstellen.

Zu den konkreten Maßnahmen, welche die Kinder- und Jugendhilfe für betroffene junge Menschen anbieten können, gehört auch die soziale Gruppenarbeit. Gerade für Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern stellt eine Gruppe mit in ähnlicher Weise Betroffenen die Möglichkeit dar, die Erfahrung zu machen, dass sie nicht alleine sind. So können in solchen Gruppen für angehörige Kinder psychisch kranker Eltern die Erfahrungen gemacht werden, mit dem eigenen Leid nicht alleine zu sein und es kann zu einer relativierenden Einordnung und damit kognitiven Neubewertung kommen (vgl. Lenz 2015: 144 f.). Auch in geeigneten Tagesgruppen, können solche entlastenden Erfahrungen gemacht, außerfamiliäre Bezugspersonen gefunden und Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung unterstützt werden.

Sollte die familiäre Situation eine Gefährdung des Kindeswohls darstellen und mit anderen Mitteln nicht behoben werden können, so kann die Kinder- und Jugendhilfe durch Maßnahmen der Fremdunterbringung das Wohl der Heranwachsenden sichern. Es besteht auch die Möglichkeit zur Ernennung einer Patin oder eines Paten, welche das Kind in akuten Krankheitsphasen mit stationärem Klinikaufenthalt betreut. Die Patin oder der Pate steht auch in stabilen Phasen der Eltern mit der Familie in Kontakt, wodurch eine vertrauensvolle

Beziehung entstehen kann, was sowohl für die Eltern als auch für die Kinder eine Entlastung in akuten Krisen darstellt (vgl. Brockmann/ Lenz 2013: 102). Leider ist das Konzept der Pat*innen noch nicht flächendeckend vertreten. Dennoch lässt sich festhalten, dass über die Maßnahmen des SGB VIII grundsätzlich vielfältige Möglichkeiten bestehen, Kinder und Jugendliche psychisch erkrankter Eltern auf individuelle Weise gezielt zu begegnen und sie zu unterstützen.

4.3.2 Eltern- und Familienorientierte Maßnahmen

Erwachsene psychisch erkrankte Menschen werden von der Kinder- und Jugendhilfe nicht adressiert, es sei denn sie sind Eltern. In diesem Fall bezieht sich die Hilfe allerdings nicht auf die psychische Störung selbst, sondern auf die familiäre Situation. Auch in Zwei-Eltern-Haushalten ist es sinnvoll, wenn Familien sich Unterstützung holen, da auch ein*e gesunde Partner*in nicht alle Belastungen abfangen können wird (vgl. Schone/Wagenblaus 2010: 80). Alle Institutionen, die mit Kindern psychisch erkrankter Eltern arbeiten, sollten in dem für sie realistischen Maße auch Elternarbeit leisten. So sind im Besonderen auch psychiatrische und psychotherapeutische Einrichtungen gefragt, da diese mit den betroffenen Eltern am engsten zusammenarbeiten. Vor allem dann, wenn Eltern aus Angst vor einem Sorgerechtsverlust den Kontakt zum Jugendamt und damit einhergehende Unterstützungsangebote vermeiden, können die psychiatrischen und psychotherapeutischen Einrichtungen einen großen Beitrag leisten, da sie auf einer i. d. R. vertrauensvollen Beziehungsbasis die Eltern darin bestärken können, die nötige Unterstützung anzunehmen, um den befürchteten Sorgerechtsentzug zu vermeiden (vgl. Schrappe 2011: 114).

Im Erreichen der betroffenen Eltern und darin sie von der frühzeitigen Annahme von Unterstützungsmaßnahmen zu überzeugen, dürfte die größte Schwierigkeit der Jugendhilfe in der Arbeit mit psychisch erkrankten Eltern liegen. Gelingt es betroffene Eltern von der Inanspruchnahme geeigneter Unterstützungen zu überzeugen, sollte neben der Förderung der Erziehungskompetenzen die allgemeine familiäre Situation im Fokus der an die Eltern und Familien adressierten Hilfen stehen. So hat sich beispielsweise gezeigt, dass die Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche auch stark zu ihrer Beziehung zum gesunden Elternteil sowie der Paarbeziehung der Eltern zueinander abhängt (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017: 36). Auch die Förderung der familiären Resilienz, welche sich durch konstruktive Überzeugungen der Familie, ihrem Zusammengehörigkeitsgefühl, Verbundenheit, ihrem Optimismus sowie ihrem Gefühl der Handlungsfähigkeit und Anpassungsfähigkeit ausdrückt,

wirkt sich positiv auf alle Familienmitglieder und damit auch auf die Kinder und Jugendlichen aus. Weiterhin wirkt sich die Förderung einer klaren und stabilen familiären Organisation sowie der Kommunikations- (hier sei besonders an die Kommunikation über die Erkrankung gedacht) und Konfliktfähigkeit der Familie günstig auf alle Beteiligten aus. Nicht zuletzt ist ein konstruktives familiäres Coping ein wichtiger Faktor in der Arbeit mit betroffenen Familien. Sie entlasten die gesamte Familie und im besonderen Kinder und Jugendliche bezüglich der Probleme, die außerhalb ihrer Beeinflussbarkeit liegen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017: 40 ff.). Außerdem können Kinder und Jugendliche von den familiären Copingstrategien lernen und Merkmale in ihr eigenes Copingverhalten integriert.

Psychoedukative Maßnahmen, auch wenn diese aufgrund der notwendigen Qualifizierung den psychiatrischen und psychotherapeutischen Einrichtungen zugeordnet werden müssen, sind für betroffene Eltern und ihr Partner*innen genau wie für ihre Kinder, ressourcenfördernd. So ermöglicht ihnen ein differenziertes Wissen über die spezifische Erkrankung einen größeren Handlungsspielraum im Umgang mit ihr, was zu einer Stabilisierung oder auch Genesung beitragen kann und somit die Partizipation am Genesungsprozess fördert (vgl. Lenz 2005: 140 f.).

Die Möglichkeit zur Partizipation sollte betroffenen Eltern aber durchaus auch vonseiten der Jugendhilfe eröffnet werden. Eine aktive Einbeziehung der psychisch erkrankten Eltern in die Hilfeplanung wirkt sich vertrauensfördernd aus und bestärkt sie zugleich in ihrer Selbstkompetenz (vgl. Lenz 2021: 86). So kann beispielsweise mit dem erkrankten Elternteil und dem Kind, den Kindern sowie weiteren Familienmitgliedern ein gemeinsamer Krisenplan ausgehandelt werden, welcher in Akutsituationen greift. Ein solcher Plan verhilft den einzelnen Familienmitgliedern nicht nur dazu, sich aktiv an der Situationsgestaltung zu beteiligen, sondern bietet darüber hinaus auch die Möglichkeit, als Familie gemeinsam zu lernen, einen konstruktiven und vor allem kommunikativen Umgang mit der Erkrankung zu finden. Somit wird zum einen das Schweigegebot gebrochen und zum anderen eine Tür zu aktiven Bewältigungsstrategien geöffnet (vgl. Lenz/ Brockmann 2013: 106 f.).

Um die für psychisch erkrankten Eltern und ihre Familien notwendigen Hilfen zu leisten, stehen der Kinder- und Jugendhilfe vor allem die Erziehungsberatung und die sozialpädagogische Familienhilfe als Maßnahmen zur Verfügung. Die Erziehungsberatung ist ein sehr niedrigschwelliges Angebot, auf welches betroffene Eltern jederzeit zurückgreifen können. Die sozialpädagogische Familienhilfe ist dagegen ein sehr hochschwelliges Angebot, bei dem die pädagogische Fachkraft tiefe Einblicke in das familiäre Leben erhält. Es wäre sinnvoll, wenn Fachkräfte in diesen Bereichen für den Umgang mit psychisch erkrankten

Menschen qualifiziert werden, um den Adressat*innen adäquat begegnen zu können. Gerade in der sehr intensiven Betreuung einer Familie als sozialpädagogische Familienhilfe kann das Qualifikationsdefizit zu Überforderung und extremen Belastungen der Fachkraft und gleichzeitig zu ungenügender Hilfeleistung für die Familie führen (vgl. Schone/ Wagenblaus 2010: 108). Somit bietet die Kinder- und Jugendhilfe prinzipiell auch Unterstützung für psychisch erkrankte Eltern und ihre Familien. Jedoch scheinen in diesem Zusammenhang Weiterbildungsmöglichkeiten sinnvoll zu sein, um den spezifischen Anforderungen gerecht zu werden.

4.4 Kooperation der Beteiligten

Wenn es um Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Sozialen Arbeit geht, ist die Kinder- und Jugendhilfe nicht in der alleinigen Verantwortung. Wie eingangs erwähnt, finden sich Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagoge*innen auch außerhalb dieser Hilfeform, wie etwa in Schulen und Kindergärten. Aber auch der Profession angehörige Fachkräfte aus dem Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung sowie diese Bereiche selbst gehören mit in die Verantwortung genommen. Denn auch wenn sie nicht mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, so arbeiten sie doch mit psychisch erkrankten Eltern. Leider ergibt sich allein aus der unterschiedlichen Gesetzeslage des Gesundheitswesens im SGB V und der der Kinder- und Jugendhilfe im SGB VIII eine Schwierigkeit für gelingende Kooperation. So ist im SGB VIII Kooperation gesetzlich verankert, während dies im SGB V nicht der Fall ist (vgl. Fegert/ Gahleitner/ Homfeld 2012: 247).

4.4.1 Interinstitutionelle Problemlagen

Da nicht nur eine elterliche psychische Erkrankung die kindliche Entwicklung beeinflusst, sondern durchaus auch die kindliche Entwicklung den gesundheitlichen Zustand des Elternteils, ist es wichtig, dass Fachkräfte aller involvierten Einrichtungen nicht nur den eigenen Handlungsauftrag wahrnehmen, sondern den/ die Adressat*in der Hilfe in ihrer Gesamtheit wahrnehmen. Dazu gehört auch, Kinder als Angehörige psychisch erkrankter Eltern zu begreifen. So braucht die Einbeziehung von Kindern als Angehörige für gelingende Hilfe interinstitutionelle Kooperation (vgl. Lenz 2016: 63 ff.).

Die verschiedenen Zielsetzungen von Psychiatrie und Jugendhilfe scheinen die Gestaltung von gelingender Kooperation nicht ganz einfach werden zu lassen. So steht für die Psychiatrie die Genesung der/ des Patient*in im Vordergrund, wobei dieser Prozess wenig planbar ist. Die

Kinder- und Jugendhilfe hat das Wohl der Kinder zum Ziel und es ist ihr daher daran gelegen, langfristige, dem Kind Sicherheit vermittelnde Lösungen zu entwickeln. Das zwischen diesen unterschiedlichen Ausrichtungen Spannungen entstehen ist nachvollziehbar, als Beispiel sei nur ein von der Jugendhilfe angefordertes psychiatrisches Gutachten genannt. Die Kinder- und Jugendhilfe braucht dieses Gutachten zu Hilfeplanung, während die Psychiatrie solche prognostischen Gutachten vermeiden möchte, um Patient*innen nicht die Hoffnung zu nehmen (vgl. Schone/ Wagenblast 2010: 130 ff.).

In diesem Spannungsfeld nimmt Soziale Arbeit als größte Schnittstelle eine wichtige Position ein, welche bezüglich gelingender Kooperation große Verantwortung trägt. Doch scheinen Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen, den durch die Professionen gemeinsamen Handlungsauftrag in der alltäglichen Arbeitswelt weniger stark zu vertreten als den durch ihren Arbeitsplatz institutionell vorgegebenen Handlungsauftrag (vgl. Schon/ Wagenblast 2010: 117). Bosshard, Ebert und Lazarus sprechen in diesem Zusammenhang auch vom Abgrenzungs- und Definitionsproblem Sozialer Arbeit (vgl. Bosshard/ Ebert/ Lazarus 1999: 68 f.).

Nach Lenz sind diese fehlenden Kooperationsbeziehungen zwischen Psychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe eine der Hauptursachen für fehlende Angebote und Maßnahmen für betroffene Kinder und ihre Familien. Es bräuchte verbindliche, fallübergreifende Kooperationsstrukturen (vgl. Lenz 2005: 183), um mit den zur Verfügung stehenden Mitteln jeweils das individuell passendste Maßnahmenpaket einsetzen zu können.

4.4.2 Bedingungen für gelingende interinstitutionelle Kooperation

Welche Bedingungen müssen geschaffen werden, damit Kooperation fallübergreifend und auf interinstitutioneller Ebene Gelingen kann? Denn eins ist klar, soll es gelingen Kindern und Jugendlichen mit psychisch erkrankten Eltern und ihren Familien ganzheitliche Unterstützung anzubieten, darf die dafür notwendige Kooperation nicht von einzelnen Individuen abhängen, sondern muss strukturell angelegt werden (vgl. Fegert/ Gahleitner/ Homfeld 2012: 264).

Zu den notwendigen Grundvoraussetzungen gelingender interinstitutioneller Kooperation gehören Klarheit über eigene professionsbezogene Kompetenzen nach innen und außen sowie Transparenz bezüglich personeller Zuständigkeiten und eine gemeinsame Sprache der unterschiedlichen Fachdisziplinen (vgl. Fegert/ Gahleitner/ Homfeld 2012: 253). Denn nur wenn die verschiedenen Institutionen sich gegenseitig kennen und verstehen, ist es möglich,

dass sie trotz ihrer unterschiedlichen Zielsetzungen und Handlungsaufträgen die einzelnen nicht klar zuzuordnenden Sachverhalte gemeinsam angehen können.

Nach Wiesner braucht es auf struktureller Ebene verschiedene, aber gemeinsam wirkende Ansätze. So bräuchte es einen Wissenstransfer zwischen den verschiedenen Disziplinen - dieser kann nur gelingen, wenn in einer gemeinsamen Sprache gesprochen wird. Das Fachpersonal müsste sich ausreichend weiterqualifizieren können, um den komplexen und teilweise fachfremden Problemlagen professionell begegnen zu können und müsste überdies mit einer angemessenen Personalzahl ausgestattet werden. Auch die Finanzierung müsste geklärt sein, um die durch die Kooperation entstehende Arbeit ausgleichen zu können, was wiederum den politischen Willen benötigt, um das Problemfeld anzugehen. Nicht zuletzt bräuchte es Schlichtungsstellen, um im Falle von Konflikten sicherzustellen, dass diese nicht auf Kosten der Adressat*innen ausgetragen werden. Schließlich müssten die Professionen ihr Selbstverständnis erweitern und den Zusammenhang der unterschiedlichen Faktoren in ihr Selbstbild und ihre Arbeitsweisen integrieren (vgl. Wiesner 2012: 244 f.).

Es zeigte sich in einer Untersuchung von Schone und Wagenblass, dass die Psychiatrie selbst den Kontakt zum Jugendamt so lange wie möglich vermeidet, um die Autonomie ihrer Patient*innen zu wahren. Dies hat leider oft zur Folge, dass das Jugendamt erst kontaktiert wird, wenn ein Verbleib in der Familie nicht mehr möglich ist und sich somit die Angst der Eltern bestätigt. Um dieser Dynamik entgegenzuwirken, schlagen die Autor*innen regelmäßige offene Erziehungsberatungsgespräche innerhalb psychiatrischer Einrichtungen vor (vgl. Schone/ Wagenblass 2010: 128 f.). Auf diese Weise können sowohl Eltern innerhalb des psychiatrischen Systems erreicht werden, als auch die Institutionen Psychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe in einen regelmäßigen Austausch kommen. Weiterhin schlagen die Autor*innen fachübergreifende Fort- und Weiterbildungen vor, in denen sich mit Grundlagen psychischer Störungen, aber auch kindlicher Entwicklung auseinandergesetzt wird, rechtlich-administrative Fragen geklärt werden und örtliche Vernetzungsstrukturen geschaffen werden können (vgl. Schone/ Wagenblass 2010: 138 f.).

Die individuelle fallbezogene Kooperation könnte mit dem Instrument des Hilfeplanverfahrens, welches aus der Kinder- und Jugendhilfe wohl bekannt ist, festgehalten werden (vgl. Wiesner 2012: 242). Mit der im Hilfeplan festgelegten Aufgabenverteilung und der dazugehörigen regelmäßigen Überprüfung des Nutzens der Hilfe besteht die Möglichkeit, fallbezogen individuelle Hilfsstrukturen zu schaffen, bei deren Ausgestaltung auch die Adressat*innen der Hilfe die Möglichkeit zur Partizipation erhalten.

Für die notwendige Kooperation in der Arbeit mit Kindern psychisch erkrankter Eltern lässt sich festhalten, dass es in der Theorie durchaus Konzepte gibt, die zusammengenommen die Mehrdimensionalität der Aufgabe erfassen. In der konkreten Umsetzung scheinen diese Konzepte allerdings noch nicht verankert zu sein.

5. Fallbeispiel

Im Folgenden sollen die Erkenntnisse aus den vorangegangenen Kapiteln an einem Fallbeispiel zur Anwendung kommen. Dem Fallbeispiel liegt ein Interview zugrunde, welches zusammengefasst wird. Einzelne Aussagen werden für eine genauere Betrachtung transkribiert.

J. wird 1994 als zweites Kind seiner Eltern geboren. Noch während seine Mutter mit ihm schwanger ist, verlässt sein leiblicher Vater die Familie, J. wird ihn nie kennenlernen. Gemeinsam mit seiner älteren Schwester wächst J. bei seiner Mutter und ihrem neuen Lebensgefährten auf. Die Familie lebt im Haus des neuen Lebensgefährten welcher Anwalt ist.

J.'s Mutter ist aufgrund einer bipolaren Erkrankung in Behandlung und wird auch medikamentös eingestellt. Als J. die fünfte oder sechste Klasse besucht ist seine Mutter für einen längeren Zeitraum in einer stationären psychiatrischen Klinik. Er und seine Schwester besuchen die Mutter zwar ein oder zwei Mal, allerdings ist ihnen nicht klar was das für ein Ort ist, an dem ihre Mutter sich befindet oder weshalb sie dort ist.

*Mit etwa neun Jahren bemerkt J., dass seine Mutter anders ist als andere Eltern, da in seiner Familie jedoch nicht über die Erkrankung seiner Mutter gesprochen wird, kann er dieses Anders-Sein nicht einordnen. Mit seiner Schwester spricht er über die starken Stimmungsschwankungen seiner Mutter und die damit einhergehenden Streitigkeiten in der Familie. Da sie allerdings auch nicht weiß, was los ist, kann sie nicht mehr für ihren Bruder tun als ihn vorzuwarnen, wenn die Situation zu Hause zu angespannt ist. Solche Tage verbringt J. bei Freund*innen.*

Trotz der starken Stimmungsschwankungen seiner Mutter hat J. ein sehr gutes Verhältnis zu ihr. Das Verhältnis zu seinem Stiefvater ist dagegen sehr schlecht, dieser lehnt J. und seine Schwester ab, zeigt ihnen gegenüber manipulatives und zutiefst verunsicherndes Verhalten. Wenn es regelmäßig zu Konflikten zwischen dem Stiefvater und den Kindern kommt, zieht sich die Mutter zurück. Im Alter von etwa 15 Jahren nimmt J.'s Schwester wegen den extremen

Belastungen durch den Stiefvater Kontakt zum Jugendamt auf, welches nach einem Gespräch mit ihm allerdings keinen Hilfebedarf sieht.

Da sich die häusliche Situation und die Symptomatik der Mutter immer weiter zuspitzen, ist J. mit Beginn der Adoleszenz immer weniger zu Hause und besucht auch die Schule immer unregelmäßiger. Er findet Halt in seiner Peergroup, welche er über das Skateboard fahren kennenlernt. Allerdings beginnt er durch den Kontakt mit ihnen auch regelmäßig Alkohol und Marijuana zu konsumieren. Während J. die familiäre Situation vermeidet, ist seine große Schwester immer zu Hause und tagtäglich mit den Auswirkungen der psychischen Störung und dem Streit der Eltern konfrontiert.

Trotz psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung setzt die Mutter ihre Medikamente unbemerkt ab. Ihre depressiven Phasen werden immer extremer, bis sie sich das Leben nimmt. Zu diesem Zeitpunkt ist J. in der 10. Klasse. Erst jetzt erfährt J. durch seine Schwester, welche sich intensiv mit dem Störungsbild auseinandergesetzt hat, von der Diagnose seiner Mutter und der dazugehörigen Symptomatik.

Im folgenden Schuljahr schafft J. es kaum noch in die Schule zu gehen. Um nicht falsch abgestempelt zu werden, vertraut er sich seiner Klassenlehrerin an, welche ihm ermöglicht, den Rest des Schuljahres zu pausieren und im neuen Jahr die Klasse bei ihr zu wiederholen. Zu diesem Zeitpunkt beginnt J. eine Therapie aufgrund von einer depressiven Störung.

Heute studiert J., hat eine sehr enge Beziehung zu seiner Schwester und den Kontakt zum Stiefvater abgebrochen. Zurzeit macht J. eine Traumatherapie.

Im vorliegenden Fallbeispiel haben die Kinder keinerlei Unterstützung erhalten. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit, dass sowohl Kinder- und Jugendhilfe als auch Erwachsenenpsychiatrie gemeinsam kooperative Strukturen entwickeln müssen, um Kindern als Angehörige von psychisch erkrankten Eltern angemessen begegnen zu können. Welche strukturellen Bedingungen hätte es gebraucht, um J. und seine Schwester erreichen und unterstützen zu können?

Die Mutter befand sich in ärztlicher Behandlung, wie genau diese aussah, geht aus dem zugrunde liegenden Interview nicht hervor. Dennoch kann festgehalten werden, dass es sinnvoll ist, wenn behandelnde Ärzt*innen in der Arbeit mit ihren Patient*innen mit Kindern diese auch bedenken. So hätte die/ der behandelnde Ärztin/ Arzt die Mutter zu der Inanspruchnahme eines Angebots der örtlichen Erziehungsberatungsstelle der Jugendhilfe motivieren können. Auch aus Sicht der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes wäre eine solche Familienberatung sinnvoll, da dort bestehende familiäre Spannungen

bearbeitet werden könnten, was wiederum die Patientin selbst entlastet hätte. Von der Beratungsstelle ausgehend, bestünde die Möglichkeit, je nach Bedarf weitere Maßnahmen einzuleiten.

Spätestens mit Beginn der vollstationären psychiatrischen Behandlung der Mutter hätten die Kinder und deren Versorgung durch ein Unterstützungssystem wahrgenommen werden sollen. Dies könnte folgendermaßen ablaufen: Bei der Aufnahme von Patient*innen mit Kindern werden Informationen darüber eingeholt, von wem sie während des Klinikaufenthalts versorgt werden. Anschließend wird ein Kontakt zwischen der betreuenden Person und einer Erziehungsberatungsstelle hergestellt - idealerweise ist die Psychiatrie mit der örtlichen Erziehungsberatungsstelle im engen Kontakt, sodass die Vermittlung zur gewöhnlichen Zusammenarbeit der Einrichtungen gehört. Die ausreichend qualifizierte Fachkraft der Beratungsstelle führt ein Gespräch mit dem betroffenen Elternteil - soweit ihr psychischer Zustand dies zulässt-, dem Kind,/ den Kindern und der (ersatzweise) betreuenden Person. In diesem Gespräch, bei Bedarf auch mehreren, werden die Erziehenden und Erziehungsberechtigten über protektive Maßnahmen für Kinder und Jugendliche in solch einer besonderen Situation aufgeklärt sowie die Kinder kennengelernt und ihre Situation eingeschätzt. Je nach individueller Bedarfslage können weiter Unterstützungsangebote vermittelt werden. Um das Angebot so niedrigschwellig wie möglich zu halten, sollte an dieser Stelle auf das Jugendamt verzichtet werden, denn viele Eltern befürchten durch den Kontakt mit dem Jugendamt das Sorgerecht für ihre Kinder zu verlieren. Ein anonymes Angebot einer offenen Beratungsstelle lässt sich dagegen leichter annehmen.

Die Erfahrung, die J.'s Schwester mit dem Jugendamt gemacht hat, in ihrem Anliegen und mit ihren Belastungen nicht ernst genommen worden zu sein, hat große Hoffnungslosigkeit bei ihr ausgelöst.

[16:48] J.: "Genau, das war voll krass, weil die S. [Schwester] hat mit'm Jugendamt geredet und eh das Jugendamt war dann auch im Gespräch (.) mit meinem Stiefvater auch. Der war ja das, das, das. Er (.) eh das man keine Chance hat gegen ihn anzukommen. Das man halt von ihm minimalisiert wird, dass man irgendwie (.) eh er ist der Hausherr und man muss danach gehorchen, egal wie banal die Anforderungen eh aussehen so. Und es kam zu dem Punkt [...] Und es kam dazu, dass der das Jugendamt auch soo belabert hat, dass der Dude vom Jugendamt irgendwann so war so >>So! Wenn das so ist, dann ist ja alles ok.<< Und hat den, eh um den es geht, wo das Kind, meine Schwester quasi sich beschwert hat über ihn (.) eh gesagt hat >> Der ist der Arsch. Und der hat << und das Jugendamt hat mit dem geredet, war danach so >> Nö ich hab jetzt mit dem geredet, seh ich jetzt nicht so. << (..) *Und dann wars*

gegessen das Thema. Und danach hatte meine Schwester auch quasi Angst, oder hatte kein Bock mehr. Und war so >> Ja, eh (.) es gibt (.) eh quasi es gibt keine Hilfe für uns in diesem (.) in dieser Situation<<“. [17:50]

(.): 1 Sekunde Pause, (..): 2 Sekunden Pause, *Kursiv*: Stimme wird leiser

Hätte das Jugendamt J.'s Schwester ernster genommen und sich die Situation genauer angeschaut, wäre es möglicherweise zu einem anderen Schluss gekommen. Auch die bipolare Störung der Mutter hätte bei einer genaueren Betrachtung der familiären Situation dem Jugendamt auffallen sollen, und entsprechende Unterstützungsangebote nach sich ziehen müssen. Da das Jugendamt Kindern und Jugendlichen gegenüber einen Schutzauftrag hat, sollte es diese äußerst ernst nehmen, wenn sie sich wegen häuslicher Probleme an dies wenden.

Auch über die Schule hätten J. und seine Schwester erreicht werden können. Das plötzlich einsetzende häufige Schuleschwänzen von J. hätte, zumindest als er noch im schulpflichtigen Alter war, die Lehrkräfte aktivieren müssen. Es ist wichtig, dass Lehrkräfte Verhaltensveränderungen ihrer Schüler*innen ernst nehmen (vgl. Brockmann/ Lenz 2013: 131), denn so besteht die Möglichkeit, schwierige Situationen wie psychisch erkrankte Eltern aufzudecken und geeignete Unterstützungsmaßnahmen zu erörtern.

[7:20] J.: “Keine Ahnung. Auswirkungen hats auf mich in dem Sinne jetzt im Nachhinein oder Damals gehabt. Ich hatte, hab dann ‘ne Weile Depressionen. Hatte vor Jahren schon mal ‘ne Krasse Phase mit Depressionen, eh damit, deswegen.” [7:32]

[40:08] J.: “Ich hab voll die, das eh Selbstbewusstseinsproblem. Das eh glaub ich von meinem Stiefvater her kommt. Das der halt alles was ich mach, sag gemacht getan hab, nieder gemacht hat. Und ich eh (.) alles mögliche halt übelst hinterfrag und eh [...] Bis heute hinterfrage ich alles wochenlang, monatelang hängt mir alles im Schädel (..). Ich hab jetzt auch festgestellt, dass ich irgendwie, was Beziehung betrifft (.) eh voll, also eh mit Mädchen ehm, hab ich auch voll die Probleme. Hab irgendwie voll die Bindungsängste und vor allem Verlustängste.” [41:30]

Auch wenn aus dem Interviewmaterial wenig über das konkrete Verhalten der Mutter hervorgeht, so passen die beschriebenen Auswirkungen doch sehr gut zu den Forschungsergebnissen. So wird wie im vorherigen dargestellt, wechselhaftes und unberechenbares Verhalten der Bindungsperson mit einem unsicheren Bindungsmuster des Kindes in Zusammenhang gebracht. Dieses wechselhafte Verhalten ist besonders dann zu erwarten, wenn eine bipolare Störung bei der Bindungsperson vorliegt.

Weiterhin werden passive Bewältigungsstrategien in Zusammenhang mit depressiven Störungen gebracht (vgl. Çelik u. a. 2018: 81). Dieses vermeidende Bewältigungsverhalten zeigt J. ganz klar mit Beginn des Jugendalters, in dem er immer weniger zu Hause ist und seine Zeit hauptsächlich mit Freund*innen beim Skateboardfahren und Rauschmittelkonsum verbringt.

Allein die Tatsache, dass nicht offen mit der psychischen Erkrankung umgegangen und über sie aufgeklärt wird, reicht aus, um Kinder und Jugendliche tiefgreifend zu verunsichern (vgl. Küchenhoff 1998: 105). Das beschriebene verunsichernde Verhalten des Stiefvaters kann diesen Effekt nur verstärkt haben. Starke, andauernde Verunsicherungen können die Entwicklung des Selbstkonzeptes und des Selbstwertes erheblich stören. Spätestens dann, wenn zu dessen Entwicklung auch auf reflexives Wissen zurückgegriffen wird, auf welches sich J. wegen der großen Verunsicherung nicht mehr verlassen konnte. Die durch die schlechte Beziehung zum Stiefvater verursachte Verstärkung der Auswirkungen verdeutlicht die Bedeutsamkeit der Beziehung von Kindern mit psychisch erkrankten Elternteilen zu ihren gesunden Elternteilen (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017: 36). Durch diese Faktoren sowie das Ausbleiben geeigneter Unterstützungsmaßnahmen ist die depressive Problematik in J.'s Biografie aus wissenschaftlicher Perspektive naheliegend. Aber aus eben dieser Perspektive wäre die depressive Problematik von J. auch vermeidbar gewesen. Das vorliegende Fallbeispiel basiert auf einem zufällig ausgewählten Einzelinterview und ist damit nicht repräsentativ. Dennoch verdeutlicht es den enormen Handlungsbedarf, Strukturen auszubauen, welche die Problemlagen von Kindern mit psychisch erkrankten Eltern erfassen, um ihnen somit geeignete Unterstützung zukommen lassen zu können.

6. Fazit

Psychische Störungen betreffen Eltern genauso häufig wie kinderlose Menschen. Oft ist diese Thematik für Betroffene sehr schambesetzt, wobei dies für Eltern aufgrund von Vorurteilen und Stigmatisierung noch stärker zutreffen dürfte. Dabei ist eine psychische Störung nicht mit Erziehungsunfähigkeit gleichzusetzen. Es kommt vielmehr auf die Schwere der Störung, den zur Verfügung stehenden Ressourcen und der Krankheitseinsicht betroffener Eltern an, wenn es um die Beurteilung der Erziehungsfähigkeit geht. Störungsbedingte Beeinträchtigungen in der Erziehungsfähigkeit kann bis zu einem gewissen Grad gut durch spezielle Elterntrainings oder Erziehungsberatung und ähnlichen Maßnahmen entgegengewirkt werden. Dabei ist es

wichtig, betroffenen Eltern die Angst vor dem Verlust des Sorgerechts zu nehmen, welche sie häufig davon abhält, geeignete Unterstützung anzunehmen.

Die Auswirkungen einer psychischen Störung der Eltern auf ihre Kinder sind von vielen verschiedenen Faktoren abhängig. Die individuelle Veranlagung, das Temperament, Alter und Entwicklungsstand, aber auch das Vorhandensein weiterer Risikofaktoren wie Armut o. Ä., die zur Bewältigung zur Verfügung stehenden Ressourcen sowie die familiäre Gesamtsituation gehören zu den zu berücksichtigenden Faktoren. Resilienzfördernde und ressourcenaktivierende Maßnahmen sowie eine dem Entwicklungsstand des Kindes oder Jugendlichen angemessene Aufklärung über die psychische Erkrankung des Elternteils gehören zu den wichtigsten protektiven Faktoren.

Die Problemlagen betroffener Familien sind individuell und vielschichtig. Die einzelnen Faktoren beeinflussen sich gegenseitig, weshalb Unterstützungsangebote möglichst ganzheitlich angelegt sein sollten. Einzelne Maßnahmen, wie beispielsweise eine psychiatrische Behandlung einer bipolar erkrankten Mutter, sind durchaus hilfreich. Doch um den vielen verschiedenen und kumulativ wirkenden Belastungs- und Risikofaktoren, die durch einen psychisch erkrankten Elternteil entstehen können, wirkungsvoll entgegenzutreten, ist es sinnvoll, auch Hilfsmaßnahmen und Unterstützungsleistungen so zu gestalten, dass sich eine kumulative Wirkung entwickeln kann.

An vielen Stellen des Handlungsfeldes Sozialer Arbeit treffen Fachkräfte auf Kinder psychisch erkrankter Eltern oder auf die betroffenen Eltern selbst. Allein aus dieser Tatsache ergibt sich eine große Verantwortung für die Soziale Arbeit und im Besonderen für die Kinder- und Jugendhilfe, entsprechende Angebote bereitzustellen.

Das SGB VIII stellt eine große Bandbreite an Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung, doch der Großteil der für diese Familien eingesetzten Hilfen besteht aus sozialpädagogischen Familienhilfen oder Fremdplatzierungen der Kinder (vgl. Schone/ Wagenblast 2010: 92). Dies kann zum einen darauf zurückgeführt werden, dass betroffene Eltern aus Angst den Kontakt und damit die Hilfe durch das Jugendamt vermeiden, das Jugendamt selbst somit erst bei einer bestehenden Kindeswohlgefährdung eingreifen kann. Zum anderen müssen dafür aber auch fehlende interdisziplinäre Kooperationsstrukturen verantwortlich gemacht werden. Wären diese Strukturen vorhanden, so könnten die verschiedenen beteiligten Institutionen die betroffenen Familien an die jeweils anderen Institutionen weitervermitteln und sie zur Annahme der Hilfe motivieren. Solche institutionalisierten kooperativen

Vermittlungsprozesse haben das Potenzial, Familien frühzeitig zu erreichen und damit eine Fremdplatzierung von Kindern ganz zu vermeiden.

Damit Familien mit psychisch erkrankten Eltern(-teilen) die jeweils nach individuellem Bedarf notwendige Unterstützung erhalten können, muss sich besonders die Soziale Arbeit neben der Sichtbarmachung des Problemfeldes für die Entwicklung ebensolcher Strukturen einsetzen. Darin muss der nächste Schritt in der Ausgestaltung von Hilfen für betroffene Familien liegen. Es hat sich gezeigt, dass den einzelnen Fachdisziplinen für ihren jeweils spezifischen Handlungsauftrag durchaus geeignete Mittel zur Verfügung stehen. Da sich eine psychische Störung eines Elternteils jedoch auf die gesamte Familie auswirkt, sollte sie auch als Familien-Störung gesehen und ihr entsprechend vielschichtig begegnet werden. Die dafür notwendige Kooperation der verschiedenen Institutionen setzt ein gegenseitiges Verständnis sowie Kenntnisse über Handlungslogiken und -Abläufe voraus. Weiterhin sind Grundkenntnisse zum jeweils anderen Themengebiet für Pädagog*innen, also Grundkenntnisse im Bezug auf psychische Störungen, den Umgang mit Betroffenen und für psychiatrische und psychotherapeutische Ärzt*innen sowie Grundkenntnisse über kindliche Entwicklung und Bedürfnisse wichtig, um im Einzelfall angemessen handeln zu können. In der Literatur zu dieser Thematik gibt es für die Ausgestaltung von kooperativen interinstitutionellen Strukturen viele Vorschläge, wie beispielsweise gemeinsame Fortbildungen, lokale Vernetzungen und damit einhergehende fallübergreifende Handlungsabläufe.

Durch die Vielschichtigkeit des Problemfeldes ist es schwer, allen Aspekten gerecht zu werden, dennoch versucht die vorliegende Arbeit auf alle wichtigen Aspekte wenigstens kurz einzugehen. Weiterhin ist der Forschungsstand über die Grundlagenforschung hinaus noch nicht sehr weit entwickelt. So bemängeln Habers, Jungbauer und Stelling beispielsweise das Fehlen von Studien zu altersspezifischen Auswirkungen (vgl. Habers/ Jungbauer/ Stelling 2016: 258). Ebenso verhält es sich zu der Frage nach geschlechtsspezifischen Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017: 34).

Eine weitere Schwierigkeit bestand darin, thematisch im Handlungsfeld der Sozialen Arbeit zu bleiben. Die Grenzen zu anderen Fachdisziplinen sind fließend, wodurch sich - auch in der Praxis - Zuständigkeitsfragen ergeben. Um nur ein Beispiel zu nennen, ist die Frage nach der Zuständigkeit von psychoedukative Maßnahmen, nicht einfach zu beantworten. So ist einerseits ein spezifisches Fachwissen Voraussetzung, um eben solche Maßnahmen durchführen zu können. Gleichzeitig muss mindestens bei der Psychoedukation von Kindern und Jugendlichen pädagogische Kompetenz vorhanden sein, um die Informationen, den

Möglichkeiten und Voraussetzungen des Kindes oder Jugendlichen entsprechend vermitteln zu können.

Auch wenn nicht auf alle Bereiche der Sozialen Arbeit, in denen sie auf Kinder psychisch erkrankter Eltern und ihre Familien trifft, vertiefend eingegangen werden konnte, so sind doch alle in die Verantwortung zu ziehen, dahingehend mitzuwirken, bessere Bedingungen für den Umgang mit betroffenen Familien und ihren Kindern zu schaffen. Denn wie sich gezeigt hat, machen diese Familien einen nicht unerheblichen Teil der Adressat*innen Sozialer Arbeit aus. So muss in Zukunft nicht nur die Ausgestaltung von notwendigen Strukturen ein Ziel sein, sondern darüber hinaus oder viel mehr grundsätzlich ist es an der Zeit, ein Bewusstsein für diese Familien mit all ihren unterschiedlichen Problemlagen zu schaffen, ohne dabei Stigmatisierungsprozesse weiter voranzutreiben. So könnten Sozialarbeiter*innen an Schulen und in Kindergärten dafür sorgen, dass sich auch dort der Thematik gewidmet wird. Der Disziplin angehörige Fachkräfte in psychiatrischen Einrichtungen könnten sich dort für einen erweiterten Blick einsetzen, damit Patient*innen mit Kindern auch dort als Elternteile wahrgenommen werden.

Eine Schwierigkeit in der Umsetzung von Hilfeleistungen für Familien mit psychisch erkrankten Eltern wird darin liegen, diese auch zu erreichen. Wie bereits erwähnt, sehen sie in der über das Jugendamt finanzierten Hilfe eher eine Institution, die ihnen ihre Kinder wegnehmen wird, als die Chance auf eine Verbesserung ihrer Gesamtsituation. Öffentlichkeitsarbeit, welche einerseits auf die Verringerung der Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen im Besonderen auf Eltern abzielt, andererseits Aufklärung, bezüglich der Aufgaben und Leistungen des Jugendamts leistet, wäre diesbezüglich wünschenswert. Weiterhin fehlt es an Strategien, wie betroffene Jugendliche selbst erreicht werden können (vgl. Habers/ Jungbauer/ Stelling 2016: 273).

Ebenso wichtig ist die notwendige Qualifizierung von Fachkräften, um angemessen Handeln zu können. Der Nutzen, den Kinder aus der Aufklärung über die psychische Erkrankung ihrer Eltern ziehen, lässt sich im Prinzip auf den für Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen übertragen. Erst wenn diese zumindest über ein grundlegendes Verständnis zu den Auswirkungen, Verhaltensweisen und Behandlungsmöglichkeiten von psychisch erkrankten Eltern verfügen, werden sie die Möglichkeit haben, Strategien für den Umgang mit ihnen sowie die notwendige Hilfe entwickeln können. Gleichzeitig werden Fachkräfte durch die erweiterte Handlungskompetenz vor Überforderung und Überlastung geschützt, was sich ebenfalls positiv auf die Qualität der Hilfe auswirkt.

Es bleibt festzuhalten, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern glücklicherweise nicht mehr die vergessenen Angehörigen sind und sich gerade in der Forschung diesbezüglich viel getan hat. Dennoch besteht nach wie vor ein großer Bedarf am Ausbau der diesbezüglichen Forschung, sowie den Kompetenzen der verschiedenen Fachkräfte und den interinstitutionellen Strukturen, welche benötigt werden, um multidimensionale, fallspezifisch individuell notwendige Hilfe leisten zu können.

Literaturverzeichnis

- Becker, Thomas/ Krumm, Silvia (2006): Subjektiv views of motherhood in women with mental illness - a sociological perspectiv. In: Journal of Mental Health, 15, 449-449.
- Bockting, Claudia u. a. (2011): Kinder psychisch kranker Eltern im Vorschulalter - Zusammenhänge zwischen psychischer Gesundheit und Familienfunktionalität im Vergleich verschiedener Altersgruppen. In: Lenz, Albert / Mattejat, Fritz / Wiegand-Grafe, Silke (Hrsg.) (2011): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen u. a.: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 254-268.
- Bosshard, Marianne / Ebert, Ursula / Lazarus, Horst (1999): Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bovenschen, Ina / Kramer, Klaudia / Spangler, Gottfried (2007): Schulkindalter. In: Hasselhorn, Marcus/ Schneider, Wolfgang (Hrsg.) (2007): Handbuch der Entwicklungspsychologie. Göttingen u.a.: Hogrefe Verlag. S. 153-163.
- Brockmann, Eva (2016): Lehrer und Sozialpädagogen als stützende Bezugspersonen für Schüler mit psychisch kranken Eltern. In: Jungbauer, Johannes (2016): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Praxiskonzepte. (2. überrag. Aufl.), Opladen u.a.: Verlag Barbara Budrich. S. 159-175.
- Brockmann, Eva / Lenz, Albert (2013): Kinder psychisch kranker Eltern stärken. Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Çelik, Fatma u.a. (2018): Emotionale Entwicklung. In: Lohaus, Arnold (Hrsg.) (2018): Entwicklungspsychologie des Jugendalters. (5., akt. Aufl.) München: Ernst Reinhardt Verlag. Berlin: Springer-Verlag. S. 75-90.
- Daher, Anne / Maaß, Enno / Rabe-Menssen, Caroline (2020): Report Psychotherapie 2020. Berlin: Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V.
- Dillig, Horst / Freyberger, Harald (Hrsg.)(2016): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. (8. überarb. Aufl.) Bern: Hogrefe.
- Driesen, Martin / Kornmüller, Klaus-Thomas (2012): Kinder psychisch kranker Eltern - die Perspektive der (Erwachsenen-)Psychiatrie. In: Bauer, Ullrich / Reinisch, Anke / Schwul, Miriam (Hrsg.) (2012): Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern: Bedarf, Koordination, Praxisreferat. Wiesbaden: Springer VS. S. 47-58.
- Dörr, Margret / Schrappe, Andreas (2012): „Bin ich hier eigentlich richtig bei Ihnen?“ - Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken und Suchtkranken Eltern. In: Gahleitner, Silke / Homfeldt Hans (Hrsg.) (2012):Kinder und Jugendliche mit speziellem

Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. S. 97-114.

Eschenbeck, Heike / Knauf, Reha-Katharina (2018): Entwicklungsaufgaben und ihre Bewältigung. In: Lohaus, Arnold (Hrsg.) (2018): Entwicklungspsychologie des Jugendalters. (5., akt. Aufl.) München: Ernst Reinhardt Verlag. Berlin: Springer-Verlag. S. 23-50

Fegert, Jörg / Gahleitner, Silke / Homfeldt, Hans (2012): Gemeinsam Verantwortung für Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf übernehmen? Hindernisse und Lösungswege für Kooperationsprozesse. In: Gahleitner, Silke / Homfeldt Hans (Hrsg.) (2012): Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. S. 247-272.

Fröhlich - Gildhoff, Klaus / Rönnau - Böse, Maike (2019): Resilienz. (5., akt. Aufl.) München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 23-50.

Geert, Peggy / Petermann, Franz / Wiegand-Grefe, Silke (2011): Entwicklungsrisiken von Kindern mit psychisch kranken Eltern - ein Überblick. In: Lenz, Albert / Matzejat, Fritz / Wiegand-Grefe, Silke (Hrsg.): (2011): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 145-170.

Geert, Peggy / Kuhn, Juliane (2011): Was stärkt kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über Ergebnisse der Residenz und Copingforschung. In: Lenz, Albert / Matzejat, Fritz / Wiegand-Grefe, Silke (Hrsg.): (2011): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 269-198.

Habers, Ingeborg / Jungbauer, Johannes / Stellung, Kirsten (2016): Zwischen Autonomie und Verantwortung: Jugendliche mit psychisch kranken Eltern. In: Jungbauer, Johannes (2016): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Praxiskonzepte. (2. überrag. Aufl.), Opladen u.a.: Verlag Barbara Budrich. S. 176-199.

Heinrichs, Nina / Wenglorz, Markus (2018): Psychische Störungen. In: Lohaus, Arnold (Hrsg.) (2018): Entwicklungspsychologie des Jugendalters. (5., akt. Aufl.) München: Ernst Reinhardt Verlag. Berlin: Springer-Verlag. S. 251-282.

Hertkorn, Christiane (2019): Suchterkrankungen. In: Plattner, Anita (Hrsg.) (2019): Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern richtig einschätzen und fördern. (2. akt. Aufl.) München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 76-86.

- Jovanovic, Bianca (2015): Emotionale Entwicklung und Entwicklung des Selbst. In: Hasselhorn, Marcus/ Kunde, Wilfried/ Schneider, Silvia (Hrsg.) (2015): Entwicklungspsychologie der Kindheit. Stuttgart: Kohlhammer. S. 234-263.
- Jovanovic, Bianca (2015): Soziale Entwicklung. In: Hasselhorn, Marcus/ Kunde, Wilfried/ Schneider, Silvia (Hrsg.) (2015): Entwicklungspsychologie der Kindheit. Stuttgart: Kohlhammer. S. 264-293.
- Jovanovic, Bianca / Schwarzer, Gudrun (2007): Kleinkindalter. In: Hasselhorn, Marcus/ Schneider, Wolfgang (Hrsg.) (2007): Handbuch der Entwicklungspsychologie. Göttingen u.a.: Hogrefe Verlag. S. 153-163.
- Jungbauer, Johannes (2016): Wenn Eltern psychisch krank sind - Belastungen, Entwicklungsrisiken, Hilfebedarf. In: Jungbauer, Johannes (2016): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Praxiskonzepte. (2. überarb. Aufl.), Opladen u.a.: Verlag Barbara Budrich. S. 9-43.
- Jungbauer, Johannes / Klein, Stephan (2016): Kindeswohlgefährdung und Sorgerechtsentzug in Familien mit psychisch erkrankten Eltern. In: Jungbauer, Johannes (2016): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Praxiskonzepte. (2. überarb. Aufl.), Opladen u.a.: Verlag Barbara Budrich. S. 176-199.
- Küchenhoff, Bernhard (1998): Welche Hilfen werden gewünscht? Eine Befragung von Eltern, Kindern und Bezugspersonen. In: Lisofsky, Beate / Mattejat, Fritz (Hrsg.) (1998): ...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: Psychiatrie Verlag. S. 66-78.
- Lenz, Albert (2021): Ressourcen fördern. Mentalisierungsbasierte Intervention bei Kindern psychisch kranker Eltern und ihren Familien. (2. überarb. Aufl.), Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lenz, Albert (2017): Eltern mit psychischen Erkrankungen in den frühen Hilfen. Handreichung. Grundlagen- und Handlungswissen. (Material zur frühen Hilfen 9). Köln: Nationales Zentrum frühe Hilfen (NZFH). doi:10.17623/NZFH:MFH-EPE.
- Lenz, Albert / Wiegand-Grefe, Silke (2017): Kinder psychisch kranker Eltern. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, Albert (2016): Ressourcen fördern. In: Jungbauer, Johannes (2016): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Praxiskonzepte. (2. überarb. Aufl.), Opladen u.a.: Verlag Barbara Budrich. S. 44-79.

- Lenz, Albert (2012): Basiswissen: psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Lenz, Albert / Mattejat, Fritz / Wiegand-Grefe, Silke (2011): Kinder psychisch kranker Eltern - Eine Einführung in die Thematik. In: Lenz, Albert / Mattejat, Fritz / Wiegand-Grefe, Silke (Hrsg.): (2011): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 96-121.
- Lenz, Albert (2005): Kinder psychisch erkrankter Eltern. Göttingen u.a. Hogrefe.
- Lux, Ulrike / Walter, Sabine / Witte, Susanne (2018): Sozialbeziehungen zur Herkunftsfamilie. In: Lohaus, Arnold (Hrsg.) (2018): Entwicklungspsychologie des Jugendalters. (5., akt. Aufl.) München: Ernst Reinhardt Verlag. Berlin: Springer-Verlag. S. 113-138.
- Mattejat, Fritz / Remscheid, Helmut (2008): Kinder psychisch kranker Eltern. In: Deutsches Ärzteblatt, 105(23): 413-8.
- Mattejat, Fritz, (1998): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen und was zu tun ist. In: Lisofsky, Beate / Mattejat, Fritz (Hrsg.) (1998): ...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: Psychiatrie Verlag. S. 66-78.
- Pinnow, Marlies / Schölmerich, Axel (2007): Pränatale Entwicklung. In: Hasselhorn, Marcus / Schneider, Wolfgang (2007): Handbuch der Entwicklungspsychologie. (Bnd. 7) Göttingen u.a.: Hogrefe Verlag. S. 131-142.
- Plattner, Anita (Hrsg.) (2019): Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern richtig einschätzen und fördern. (2. akt. Aufl.) München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schleifer, Roland (2015): Fremdplatzierung und Bindungstheorie. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Schone, Reinhold/ Wagenblass, Sabine (2010): Wenn Eltern psychisch krank sind... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. (3. Aufl.), Weinheim, München: Juventa.
- Schrapppe, Andreas (2011): Die Leistungen der Jugendhilfe für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. In: Lenz, Albert / Mattejat, Fritz / Wiegand-Grefe, Silke (Hrsg.): (2011): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 96-121.
- Schwarzer, Gudrun (2015): Kernthemen und Anwendungsfelder der Entwicklungspsychologie der Kindheit. In: Hasselhorn, Marcus/ Kunde, Wilfried/ Schneider, Silvia (Hrsg.) (2015): Entwicklungspsychologie der Kindheit. Stuttgart: Kohlhammer. S. 11-35.

- Thomsen, Tamara u.a. (2018): Selbstkonzept und Selbstwert. In: Lohaus, Arnold (Hrsg.) (2018): Entwicklungspsychologie des Jugendalters. (5., akt. Aufl.) München: Ernst Reinhardt Verlag. Berlin: Springer-Verlag. S.
- Westmann Seiler, Corinna (2015): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. (5. Aufl.), Berlin: Cornelsen Schulverlag.
- Wiesner, Reinhard (2012): Rechtliche Perspektiven zu den Kooperationsnotwendigkeiten der sozialen Dienste. In: Gahleitner, Silke / Homfeldt Hans (Hrsg.) (2012): Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. S. 247-272.
- Zimmermann, Peter (2007): Bindungsentwicklung im Lebenslauf. In: Hasselhorn, Marcus / Schneider, Wolfgang (2007): Handbuch der Entwicklungspsychologie. (Bnd. 7) Göttingen u.a.: Hogrefe Verlag. S. 326-346.

Eigenständigkeitserklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Hilfe Dritte verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Frankfurt am Main, 16.01.2022



Raja Suckfüll