



Albert Lenz

# **Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern**

Grundlagen, Diagnostik und  
therapeutische Maßnahmen

# Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern



# Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern

Grundlagen, Diagnostik und  
therapeutische Maßnahmen

von

Albert Lenz

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG  
TORONTO · CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN

*Prof. Dr. phil. Albert Lenz*, geb. 1951. 1973-1979 Studium der Psychologie, Soziologie und Pädagogik in München. 1988 Promotion. Weiterbildung in Paar- und Familientherapie, Krisenintervention. Seit 1994 Professor für Klinische Psychologie und Sozialpsychologie an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Paderborn, Fachbereich Sozialwesen. *Arbeits- und Forschungsschwerpunkte*: Sozial- und Gemeindepsychiatrie, Beratung und Jugendhilfe, Soziale Netzwerke und Empowerment, Theorie und Praxis der Gemeindepsychologie.

#### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2008 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag  
Toronto · Cambridge, MA · Amsterdam · Kopenhagen  
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

---

Umschlagabbildung: Gisela Dauster, Rheinbach  
Satz: Grafik Design Fischer, Weimar  
Druck: Druckerei Kaestner, Rosdorf  
Printed in Germany  
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 978-3-8017-2042-1

# Inhalt

Einführung .....	7
<b>1 Belastungen der Kinder psychisch kranker Eltern .....</b>	<b>11</b>
1.1 Objektiver Zugang zu den Belastungen der Kinder .....	11
1.1.1 Entwicklungsverlauf und psychische Störungen bei Kindern psychisch kranker Eltern .....	11
1.1.2 Alters- und Geschlechtsspezifität .....	14
1.1.3 Elterliche Erkrankung und Entwicklungsverlauf von Kindern .....	15
1.1.4 Erziehungsfähigkeit .....	17
1.1.5 Vernachlässigung und Misshandlung .....	20
1.2 Subjektiver Zugang zu den Belastungen der Kinder .....	24
1.2.1 Elterliche Krankheit und Persönlichkeit .....	24
1.2.2 Familiärer Alltag .....	26
1.2.3 Klinikeinweisung .....	27
1.2.4 Familienbeziehungen .....	28
1.2.5 Tabuisierung und Kommunikationsverbot .....	32
1.2.6 Diffuses Wissen über die Krankheit .....	33
1.2.7 Gefühlslagen der Kinder .....	34
1.2.8 Fehlende soziale Unterstützung .....	35
<b>2 Stress und Bewältigungsprozesse im Kindesalter .....</b>	<b>40</b>
2.1 Stresserleben im Kindesalter .....	40
2.1.1 Belastungen und kognitive Entwicklung .....	42
2.1.2 Stress als Prozess .....	43
2.2 Stressbewältigung im Kindesalter .....	46
2.2.1 Bewältigungsstrategien der Kinder .....	46
2.2.2 Die Situationsangemessenheit der Bewältigungsstrategien .....	49
2.2.3 Alters- und Geschlechtsunterschiede in der Stressbewältigung .....	51
2.3 Bewältigungsressourcen .....	53
2.3.1 Ressourcen als Schutzfaktoren bei Kindern .....	55
2.3.2 Generelle Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern .....	56
2.3.3 Spezielle Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern .....	61
2.3.4 Von generellen Schutzfaktoren zu differenziellen Schutzfaktoren ..	63
2.4 Stressbewältigung als Interaktionsprozess .....	65
2.4.1 Stressbewältigung als familiärer Prozess .....	69
<b>3 Stress- und Bewältigungsdiagnostik .....</b>	<b>73</b>
3.1 Anamnese und Exploration .....	73
3.1.1 Durchführung der Explorationsgespräche .....	74
3.2 Standardisierte diagnostische Verfahren .....	79
3.2.1 Verfahren zur diagnostischen Einschätzung des Bewältigungs- verhaltens von Kindern .....	80
3.2.2 Diagnostische Verfahren zur Erfassung der Stresssymptomatik .....	82

3.2.3 Diagnostische Verfahren zur Erfassung familiärer Stress- und Bewältigungsprozesse .....	83
3.3 Ressourcenorientierte Diagnostik .....	86
3.3.1 Die Durchführung der Ressourcenanalyse .....	88
3.3.1.1 Analyse der personalen Ressourcen .....	89
3.3.1.2 Analyse der sozialen Ressourcen .....	92
3.3.1.3 Analyse familiärer Ressourcen .....	96
3.3.2 Ressourcenorientierte Diagnostik als ein ziel- und lösungs- orientierter Prozess .....	98
<b>4 Interventionen und Unterstützungsmaßnahmen .....</b>	<b>100</b>
4.1 Ressourcenaktivierung .....	102
4.1.1 Aktivierung personaler Ressourcen .....	103
4.1.2 Lösungsorientierte Strategien zur Aktivierung personaler Ressourcen .....	105
4.1.3 Förderung und Entwicklung familiärer Ressourcen .....	112
4.1.4 Aktivierung sozialer Ressourcen .....	118
4.1.5 Empowerment als integratives Handlungskonzept für die Ressourcenaktivierung .....	129
4.2 Förderung der Problembewältigung .....	131
4.3 Klärungsorientierte Vorgehensweisen .....	136
4.3.1 Strategien der narrativen Psychologie .....	137
4.3.2 Psychoedukation – Informationsvermittlung und Aufklärung .....	143
<b>5 Ausblick .....</b>	<b>152</b>
<b>Literatur .....</b>	<b>159</b>
<b>Anhang</b>	
Explorationsleitfaden zur Einschätzung der kindlichen Belastung .....	173

# Einführung

Über die Prävalenz psychisch kranker Eltern lassen sich vorläufig zwar keine verlässlichen Angaben machen, die bis heute vorliegenden methodisch kontrollierten Studien zeigen aber übereinstimmend, dass Kinder psychisch kranker Eltern mit Sicherheit keine Randgruppe darstellen. So wurden beispielsweise in einer konsekutiven Erhebung auf verschiedenen allgemeinspsychiatrischen und psychotherapeutischen Stationen von zwei psychiatrischen Kliniken über einen Zeitraum von 6 Monaten, alle neu aufgenommenen Patienten befragt (Lenz, 2005). Von den in diesem Zeitraum erfassten 808 Patienten hatten ca. 27 % Kinder unter 18 Jahren. Dabei zeigten sich signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede. So hatten 34 % der Patientinnen und nur 18 % der Patienten Kinder unter 18 Jahren. Circa 77 % der Patientinnen lebten mit ihren minderjährigen Kindern auch zusammen, während nur ca. 60 % der befragten Patienten mit ihren Kindern im selben Haushalt wohnten. Betrachtet man die Diagnosen, so wird deutlich, dass unter den Patienten mit Kindern unter 18 Jahren alle großen Diagnosegruppen vertreten waren (vgl. ausführlich Lenz, 2005).

Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes haben im Jahr 2002 bundesweit 591.608 Patientinnen und Patienten zwischen 20 und 55 Jahren eine stationäre psychiatrische Behandlung beendet. Legt man die Zahlen aus der konsekutiven Erhebung zugrunde, wurden im Jahr 2002 ungefähr 150.000 Väter und Mütter stationär behandelt. Allein von einer stationären psychiatrischen Behandlung eines Elternteils waren damit mindestens 150.000 Kinder betroffen. Remschmidt und Matthejat (1994) gehen in Deutschland von mindestens 500.000 Kindern mit einem an einer Schizophrenie oder einer affektiven Psychose erkrankten Elternteil aus.

Obwohl bislang keine genauen Angaben vorliegen, ist die Zahl der Kinder mit psychisch kranken Eltern also relativ hoch. Umso erstaunlicher ist es, dass das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ in der deutschsprachigen Fachöffentlichkeit lange Zeit kaum präsent war. Erste empirische Studien zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern sind hingegen bereits in den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts durchgeführt worden. Systematisch und methodisch differenziert setzte sich erstmals der englische Kinder- und Jugendpsychiater Rutter mit der Thematik auseinander (Rutter, 1966). Im deutschsprachigen Raum griffen Remschmidt und Strunk das Thema in den 70er Jahren erstmalig auf. Sie untersuchten die Kinder von schizophoren und depressiv erkrankten Eltern, die in der kinderpsychiatrischen Universitätsklinik Marburg behandelt wurden (Remschmidt et al., 1973). Im Zentrum der empirischen Arbeiten stand lange Zeit die „High-risk“-Forschung, die das Ziel verfolgte, Gruppen mit hohem Erkrankungsrisiko genauer zu beschreiben und herauszufinden, in welchen Merkmalen sich diese Risikogruppen von normalen Vergleichsgruppen unterscheiden. In den zahlreichen Studien konnten eindeutige Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen der Eltern und Störungen der kindlichen Entwicklung nachgewiesen werden. Es zeigte sich, dass Kinder, die in Familien aufwachsen, in denen ein Elternteil psychisch krank ist, in vielfältiger Weise durch die elterliche Erkrankung betroffen sind und ein gegenüber Vergleichsgruppen um den Faktor 2 bis 3 erhöhtes Risiko tragen, selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Bleuler konnte aber bereits 1972 in einer Langzeitstudie aufzeigen, dass Kinder in schwierigen

familiären und sozialen Konstellationen durchaus auch in der Lage sind, ihr Leben adäquat zu meistern. Er stellte fest, dass drei Viertel der untersuchten Kinder schizophrener erkrankter Eltern gesund geblieben sind (vgl. Lenz, 2005). Differenzierte Antworten auf die Frage, warum und wie Kinder trotz der vielfältigen Belastungen und Risiken gesund bleiben oder sich relativ leicht von Störungen erholen bzw. mit den belastenden, widrigen und widersprüchlichen Lebenserfahrungen angemessener umgehen können als andere Kinder, liefern die mittlerweile umfangreichen Befunde aus der Resilienz- und Bewältigungsforschung.

Nicht zuletzt ausgelöst durch die Tagung des Dachverbands psychosozialer Hilfsvereinigungen „Auch Kinder sind Angehörige“ im Jahr 1997 hat sich mittlerweile die Situation im deutschsprachigen Raum deutlich verbessert. Die Fachöffentlichkeit ist auf die Kinder und ihre psychisch kranken Eltern aufmerksam geworden. So wurden in den letzten Jahren nicht nur zahlreiche Fachtagungen, Symposien und Kongresse durchgeführt, sondern es sind darüber hinaus in verschiedenen Regionen und Orten eine Reihe von Initiativen entstanden, die Kindern und ihren psychisch kranken Eltern Hilfen anbieten. Besonders bekannt geworden ist das Konzept der AURYN-Kinderguppe, das ursprünglich an der Psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg entwickelt wurde und mittlerweile als „Vorlage“ für eine Vielzahl von Projekten dient. Es fehlen bislang allerdings mehrdimensionale und ressourcenfördernde Interventionsansätze, wie sie speziell im angloamerikanischen Bereich entwickelt und evaluiert wurden. Als Pionier gilt hier vor allen Beardslee, der mit seinen Mitarbeitern bereits vor über 20 Jahren am Children's Hospital in Boston erste Programme zur Unterstützung Kinder depressiv erkrankter Eltern entwickelt hat. Im Mittelpunkt der angloamerikanischen Interventionsprogramme stehen Maßnahmen zur Entlastung der Kinder und Eltern, zur besseren Nutzung familiärer und außerfamiliärer Unterstützung, zur Förderung familiärer Kommunikation, zur Informationsvermittlung bzw. Edukation und zur Stärkung sozialer Ressourcen und zum Aufbau sozialer Kompetenzen sowie von Problemlöse- und Erziehungsfertigkeiten.

Der vorliegende Band schließt die bestehende Lücke in den Interventionsansätzen bei Kindern psychisch kranker Eltern im deutschsprachigen Raum. So wird ausgehend von den empirischen Befunden der Risiko-, Resilienz- und Bewältigungsforschung – wobei die Ergebnisse qualitativer Studien zu Belastungs- und Bewältigungsprozessen wegen ihrer hohen Praxisrelevanz einen großen Raum einnehmen – sowie der auf dem transaktionalen Stressmodell basierenden Ergebnisse der Stressforschung im Kindesalter, ein breit gefächertes Repertoire an Interventionsansätzen und Methoden vorgestellt. Gezielte und wirksame Interventionen setzen die Erfassung der Belastungen und der verfügbaren bzw. mobilisierbaren personalen, familiären und sozialen Ressourcen voraus. Aus diesem Grund werden darüber hinaus ein umfangreicher Leitfaden zur diagnostischen Einschätzung des kindlichen Belastungserlebens sowie verschiedene Verfahren zur Stress-, Bewältigungs- und Ressourcendiagnostik vorgestellt. Interventionen erweisen sich erst dann als nützlich und effektiv, wenn sie in die regulären Versorgungsstrukturen eingebaut werden und auf diese Weise eine Kontinuität und Verlässlichkeit der Hilfsangebote gewährleistet werden kann. Es werden daher abschließend die Grundzüge eines Handlungsrahmens entwickelt, der es ermöglicht, die Interventionen und Unterstützungsmaßnahmen in ein Gesamtkonzept der Angehörigenarbeit in der Psychiatrie einzubetten.

Mein besonderer Dank gilt Frau Dipl.-Psychologin Susanne Weidinger vom Hogrefe Verlag für die gute Betreuung, meiner Mitarbeiterin Frau Dipl.-Psychologin Juliane Kuhn für das kritische Lesen des Manuskripts und meiner Frau Dr. med. Silvia Lenz für die wertvollen Anregungen.

Paderborn, im September 2007

*Albert Lenz*



# **1 Belastungen der Kinder psychisch kranker Eltern**

## **1.1 Objektiver Zugang zu den Belastungen der Kinder**

Mit objektivem Zugang zu den Belastungen ist der Forschungsstand zu den Folgewirkungen der elterlichen psychischen Erkrankung auf die Entwicklung von Kindern gemeint. Diese Betrachtungsweise umfasst eine Vielzahl von Befunden, die eine Grundorientierung hinsichtlich des Entwicklungsrisikos betroffener Kinder und ein Verständnis für Risikomechanismen bieten. Kenntnisse über die „objektiven“ Belastungen stellen die Rahmenbedingungen und Grundvoraussetzungen für die Entwicklung und den Einsatz wirksamer Hilfs- und Unterstützungsangebote dar.

### **1.1.1 Entwicklungsverlauf und psychische Störungen bei Kindern psychisch kranker Eltern**

Die vorliegenden Studien zum Entwicklungsverlauf und der Auftretenshäufigkeit psychischer Störungen kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass die psychische Erkrankung eines Elternteils das Risiko für die Kinder, im Verlauf ihres Lebens selbst eine psychische Störung auszubilden, beträchtlich ist. Die aussagekräftigsten Befunde stammen aus Längsschnittstudien, in denen betroffene Kinder mindestens bis ins Jugendalter begleitet wurden. Es zeigte sich, dass die Auftretensraten schizophrener Störungen bei Kindern mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil zwischen 8 und 20 % lagen (Niemi et al., 2003). Betrachtet man alle Formen psychiatrischer Störungen so wurden bei Kindern mit mindestens einen schizophren erkrankten Elternteil im Mittel bei 30 bis 40 % der Betroffenen bis zum Jugendalter klinisch relevante Auffälligkeiten festgestellt (Niemi et al., 2003). Remschmidt und Mattejat (1994) gehen davon aus, dass Kinder schizophrener Eltern stärker belastet sind als Kinder von depressiven Eltern. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass sich Kinder aus Familien mit einem schizophrenen Elternteil insgesamt weniger mit ihren Eltern identifizieren als Kinder aus Familien mit einem depressiven Elternteil. Kinder, bei denen ein Elternteil an einer chronischen Depression mit einem rezidivierenden Verlauf erkrankt war, wurden ebenfalls in Längsschnittstudien, meist bis ins Jugend- bzw. junge Erwachsenenalter hinein, untersucht (vgl. Niemi et al., 2003). Die vorliegenden Zahlen lassen vermuten, dass bei einer unipolaren Depression eines Elternteils etwa 40 % der betroffenen Kinder selbst bis zum Alter von 20 Jahren mindestens eine depressive Episode erleben und im Mittel bis zu 60 % mindestens eine klinisch relevante Störung ausbilden (Beardslee et al., 1998). Downey und Coyne (1990) gehen davon aus, dass das Risiko für eine affektive Störung für die betroffenen Kinder zwei- bis dreimal höher, das Risiko für eine Major Depression etwa sechsmal höher als für Kinder unauffälliger Eltern ist. Kinder depressiver Eltern tragen darüber hinaus auch ein erhöhtes Risiko für andere psychische Störungen sowie Verhaltensauffälligkeiten und Anpassungsprobleme im sozialen, emotionalen und kognitiven Bereich (Cummings & Davis, 1994). Weissman et al. (1987) fanden in ihrer Studie eine erhöhte Prävalenz von Depressionen, Abhängigkeitserkrankungen und schu-

lischen Problemen bei Kindern von depressiven Eltern. Rutter und Quinton (1984) stießen in ihrer Untersuchung auf eine signifikant erhöhte Rate kindlicher Auffälligkeiten bei Eltern mit einer umschriebenen Persönlichkeitsstörung. Es gibt sogar Hinweise, dass Kinder bei einer Persönlichkeits- oder Suchtstörung eines Elternteils ungünstigere Entwicklungsmerkmale aufweisen als bei schizophrenen und affektiven Erkrankungen. Es zeigte sich auch, dass Kinder von Eltern, die an Angststörungen leiden, ein bis zu 7-fach erhöhtes Risiko haben ebenfalls an einer Angststörung zu erkranken (vgl. Beardslee et al., 1998). Eine Studie von Last et al. (1987) ergab, dass 83 % der Kinder mit einer isolierten Angststörung und/oder mit einer Überängstlichkeitsstörung eine Mutter haben, die ebenfalls an einer Angststörung litt bzw. noch leidet. Mehr als die Hälfte der Mütter hatten zum gleichen Zeitpunkt wie die Kinder eine klinisch relevante Angststörung.

Für die bislang untersuchten psychischen Störungen steigt die Wahrscheinlichkeit eines Auftretens von psychischen Auffälligkeiten bei den Kindern noch einmal deutlich, wenn beide Elternteile von einer psychischen Erkrankung betroffen sind (vgl. Foley et al., 2001). Sind beispielsweise beide Elternteile depressiv erkrankt, beträgt die Wahrscheinlichkeit für die Kinder, im Laufe ihres Lebens eine Depression auszubilden, etwa 70 % (Robins & Regier, 1991).

Betrachtet man die vorliegenden Befunde der Risikoforschung über Art der elterlichen Erkrankung sowie Form und Ausmaß der kindlichen Störungen, so wird deutlich, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit klinisch relevanter psychischer Beeinträchtigungen der Kinder über verschiedene elterliche Diagnosen hinweg ähnlich hoch ist. Die Rochester Longitudinal Study, eine große Risikostudie, kommt zu dem Ergebnis, dass die elterliche Diagnose offensichtlich weniger bedeutsam für die Anpassung des Kindes ist als andere Dimensionen wie Schweregrad, Art und Chronizität der Symptomatik, Komorbidität, Rückfallhäufigkeit und symptomfreie Perioden sowie allgemeinen familiäre und psychosozialen Bedingungen des Aufwachsens (Sameroff, 1987). Schwere psychische Erkrankungen begünstigen das Auftreten von Belastungsfaktoren wie eheliche Konflikte, familiäre Disharmonien, Scheidung, Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung, inadäquate soziale Unterstützung und soziale Isolation sowie eingeschränkte objektive Lebensbedingungen wie Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme und problematische Wohnverhältnisse. So kommen Untersuchungen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass in Partnerschaften, in denen ein Partner von einer psychischen Erkrankung betroffen ist, häufiger und schwerere Konflikte auftreten als in Partnerschaften zwischen gesunden Partnern, und dass die Beziehungszufriedenheit insgesamt als geringer eingeschätzt wird. (Downey & Coyne, 1990; Jacobsen et al., 1997). Auch die Scheidungsrate ist bei Paaren mit mindestens einem psychisch kranken Partner höher als bei unauffälligen Paaren. Psychisch kranke Frauen erleben zudem überdurchschnittlich häufig körperliche und sexuelle Gewalt. Derartig belastende Lebensereignisse wirken als genereller Stressor und beeinflussen die psychosozialen Entwicklungsbedingungen der Kinder und sind für die Störungen bzw. Beeinträchtigungen mitverantwortlich. Darüber hinaus ist allgemein bekannt, dass die sozialen und sozioökonomischen Lebensbedingungen für Familien mit psychisch kranken Eltern in der Regel schlechter sind als für andere Familien. So leben die Eltern nicht nur getrennt, sondern es gehören darüber hinaus gehäuft Armut, Arbeitslosigkeit und schwierige Wohnverhältnisse in Gebieten mit allgemein schlechterer Frei-

zeitqualität zu den Belastungen, unter denen die Familien leiden. Dabei ist zu beachten, dass sich das gemeinsame Auftreten mehrerer Risikofaktoren besonders gravierend auf die kindliche Entwicklung auswirkt, weil sich ihre Effekte nicht nur einfach aufaddieren, sondern wechselseitig verstärken (Mattejat et al., 2000). Die Kumulation von Risiken oder Stressoren ist besonders bedeutsam. So steigt mit der Anzahl der vorhandenen Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder eine ernsthafte Störung entwickeln, deutlich an (Rutter, 1990).

Die Umweltfaktoren sowie die Schwere und der Verlauf der elterlichen Erkrankung haben mindestens eine ebenso große Bedeutung für ungünstige Entwicklungsverläufe und die Ausbildung von psychischen Störungen wie genetische Faktoren. Die Rolle genetischer Faktoren bei der Entstehung psychischer Störungen konnte in einer Reihe von Studien zwar hinreichend belegt werden (vgl. Lenz, 2005), allerdings wurde zugleich deutlich, dass es gerade bei vermutlich vorhandenen genetischen Risiken auf die Umwelt ankommt, in der ein Kind aufwächst. Eine determinierende Wirkung genetischer Faktoren kann weitgehend ausgeschlossen werden. So konnte nachgewiesen werden, dass das Risiko späterer psychischer Störungen von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil, die nach der Geburt adoptiert wurden, wesentlich vom Vorhandensein ungünstiger Umweltumstände und familiärer Belastungen in der Adoptivfamilie abhängt (Tienari & Wynne, 2004). Weitere Hinweise liefern Zwillingsstudien, in denen vorhandene genetische Risiken die Entwicklung von Kindern umso stärker belasten, je länger das Kind mit dem erkrankten Elternteil zusammengelebt hat (Jaffee et al., 2004). Die kumulative Wirkung von biologischen und psychosozialen Risikofaktoren konnte unter anderem auch in Längsschnittstudien bestätigt werden (vgl. dazu den Überblick von Häfner et al., 2001).

Ein weiterer wichtiger Umweltfaktor, der den Entwicklungsverlauf der Kinder beeinflusst, ist die Art und die Angemessenheit der Krankheitsbewältigung durch die Eltern und die übrigen Familienangehörigen. Im Anschluss an Mattejat et al. (2000) stellt der Umgang der Eltern mit der Krankheit für die Kinder dann eine zusätzliche Belastungsquelle dar, wenn

1. sowohl der kranke als auch der gesunde Elternteil eine wenig akzeptierende Einstellung zur Krankheit zeigen oder sogar zu Verleugnung und einer fatalistischen Haltung neigen, die einhergeht mit Rückzug und Passivität in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung und ihren Konsequenzen für die Familie;
2. eine lebenspraktische Organisation und Aufgabenverteilung in der Familie nicht gelingt sowie eine Anpassung der beruflichen und schulischen Situation an die Erkrankung und die Nutzung informeller Hilfsmöglichkeiten im sozialen Netzwerk nicht möglich ist und
3. die Fachinstanzen der Psychiatrie, der Jugendhilfe und anderer Einrichtungen bzw. Institutionen nicht in Anspruch genommen werden sowie Kooperation und Abstimmung mit den Diensten nicht möglich sind.

Je weniger es den Eltern und den Familienangehörigen gelingt, in einer angemessenen Weise im Alltag mit der Erkrankung umzugehen, desto gravierendere Belastungen können für die Kinder daraus erwachsen.

### 1.1.2 Alters- und Geschlechtsspezifität

Wenn Eltern unter einer psychischen Erkrankung leiden, zeigen Kinder aller Altersstufen ein erhöhtes Risiko für Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen. Einige Studien deuten jedoch darauf hin, dass in der frühen Kindheit und in der Pubertät eine besondere Vulnerabilität bei den Kindern psychisch kranker Eltern besteht (Cummings & Davies, 1994). Danach treten bei Säuglingen und Kleinkindern vermehrt kognitive und emotionale Entwicklungsverzögerungen sowie verstärkte Trotzreaktionen und stärkere Trennungsängste auf. In der Pubertät werden insbesondere Anpassungsschwierigkeiten sichtbar (vgl. Beardslee et al., 1998). Frühe Kindheit und Jugendalter stellen offensichtlich Phasen erhöhter Vulnerabilität gegenüber den Belastungen, die mit dem Zusammenleben mit einem psychisch kranken Elternteil verbunden sind. Die komplexen Veränderungen, die sich in diesen Entwicklungsphasen ereignen und sowohl biologische als auch kognitive, emotionale und soziale Aspekte betreffen, führen offensichtlich zu einer besonderen Verletzbarkeit der betroffenen Kinder.

Ob sich eine psychische Erkrankung eines Elternteils bei Mädchen und Jungen unterschiedlich auswirkt, also geschlechtsspezifische Unterschiede in den Reaktionen der Kinder bestehen, ist bislang nicht eindeutig geklärt. So kommen Billings und Moos (1983) zu dem Ergebnis, dass die Vulnerabilität und das Ausmaß der Belastung bei Mädchen und Jungen etwa gleich stark ausgeprägt sind. Andere Studien kommen hingegen zu dem Schluss, dass die elterliche Erkrankung Mädchen und Jungen unterschiedlich beeinflusst. Töchter depressiver Mütter sind möglicherweise vulnerabler für die Entwicklung psychischer Erkrankungen als Jungen. Davies und Windle (1997) kamen in einer Studie über die Auswirkung mütterlicher Depressionen auf die Kinder zu dem Ergebnis, dass bei den Jungen die Vulnerabilität im Schulalter erhöht ist, während Mädchen insbesondere in der Pubertät anfällig sind. Einen wesentlichen Grund sehen die Autoren hierfür in der besonderen Sensitivität der Mädchen gerade in dieser Altersstufe für familiäre Schwierigkeiten und Konflikte, die häufig mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils einhergehen. So kommen Nolens-Hoeksema et al. (1995) aufgrund umfangreicher Literaturrecherchen zu dem Ergebnis, dass sich Mädchen in der Adoleszenz durch kritische Lebensereignisse wie etwa psychische Erkrankung eines Elternteils oder Scheidung der Eltern mehr gefordert und stärker belastet fühlen als Jungen.

Darüber hinaus deuten die vorliegenden Forschungsergebnisse darauf hin, dass die mütterliche Erkrankung sich gravierender auf die kindliche Entwicklung auswirkt als eine entsprechende Erkrankung des Vaters (Keller et al., 1986). Dies gilt beispielsweise für Depression genau so wie für Schizophrenie. Downey und Coyne (1990) verweisen in diesem Zusammenhang auf eine gewisse Einseitigkeit in der Forschung und sprechen von einer gewissen „Mutterlastigkeit“ in der Literatur. Bislang wurden in den meisten Studien psychisch kranke Mütter untersucht, so dass es unklar ist, ob eine Erkrankung väterlicherseits einen ähnlichen Risikofaktor wie die Erkrankung der Mutter darstellt. Die Gründe für die Mutterlastigkeit in der Forschung dürften vor allem in der epidemiologischen Verteilung der Erkrankungen und in der geschlechtsspezifischen Reproduktionsrate liegen (Mattejat et al., 2000). So erkranken wesentlich häufiger Frauen als Männer an Depression und darüber hinaus haben schizophran erkrankte Frauen häufiger Kinder als schizophran erkrankte Männer.

### Diagnostische Fragen zur Einschätzung der kindlichen Belastungen I

1. Ist die Mutter psychisch krank? Ist der Vater psychisch krank? Sind beide Elternteile psychisch krank?
2. Handelt es sich um eine akute Krankheitsphase? Wie lange dauert diese Phase schon an?
3. Ist die Erkrankung in der Vergangenheit schon einmal aufgetreten? Gab es bereits mehrere Krankheitsphasen? Wie lange liegt die letzte akute Krankheitsphase zurück?
4. Liegen komorbide Störungen (z. B. Alkohol- und Substanzmissbrauch, Suizidalität) vor?
5. Bestand die Krankheit
  - schon vor der Geburt des Kindes?
  - trat sie unmittelbar nach der Geburt auf?
  - trat sie in den ersten Lebensjahren des Kindes (Vorschulalter) auf?
  - trat sie im Verlaufe des Schulalters/Jugendalters auf?
6. Liegen familiäre Belastungsfaktoren vor?
  - Partnerschafts- bzw. Eheprobleme
  - Trennung und Scheidung
  - familiäre Disharmonien (z. B. sexuelle und/oder körperliche Gewalt)
  - Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung
  - Ist der erkrankte Elternteil allein erziehend?
7. Liegen psychosoziale Belastungsfaktoren vor?
  - finanzielle Probleme
  - Arbeitslosigkeit
  - schwierige Wohnverhältnisse
8. Gibt es Anzeichen für verleugnende, fatalistische und passive Tendenzen im Umgang mit der Krankheit bei dem erkrankten Elternteil, beim gesunden Elternteil, in der ganzen Familie, bei anderen wichtigen Bezugspersonen?
9. Alter und Geschlecht der betroffenen Kinder.

### 1.1.3 Elterliche Erkrankung und Entwicklungsverlauf von Kindern

Eine Reihe von Untersuchungen beschäftigt sich mit den Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die altersabhängige Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und auf die Entfaltung der kognitiven Leistungs- und Fähigkeitsbereiche.

Im Konzept der Entwicklungsaufgaben wird Entwicklung als Lernprozess aufgefasst, der sich über die gesamte Lebensspanne – von Kleinkindalter bis zum späten Erwachsenenalter – erstreckt und im Kontext realer Anforderungen zum Erwerb von Fertigkeiten und Kompetenzen führt, die zur konstruktiven und zufriedenstellenden Bewältigung des Lebens notwendig sind. Havighurst (1982) geht davon aus, dass es innerhalb der Lebensspanne Zeiträume gibt, die er als sensitive Perioden bezeichnet und die für bestimmte Lernprozesse besonders geeignet erscheinen. Dies bedeutet nicht, dass Aufgaben zu einem früheren oder späteren Zeitpunkt nicht in Angriff genommen werden könnten, wohl aber, dass der Lernprozess einen größeren Aufwand erfordert und eventuell

mit einem geringeren Erfolg verbunden ist. Havighurst unterscheidet darüber hinaus explizit zwischen zeitlich begrenzten Aufgaben und Aufgaben, die sich unter variierenden Anforderungen über mehrere Perioden der Lebensspanne erstrecken.

Wichtige Entwicklungsaufgaben in der frühen Kindheit bestehen unter anderem im Aufbau organisierter, sicherer und stabiler Bindungen, im Kindergartenalter in der Integration in die Gruppe der Gleichaltrigen und in ersten Ablösungsschritten, in der mittleren Kindheit in der Ausweitung des sozialen Umfeldes und in der Identifikation mit den Eltern und mit anderen erwachsenen Bezugspersonen sowie im Jugendalter in der emotionalen Unabhängigkeit von den Eltern und anderen Erwachsenen und darüber hinaus im Aufbau neuer und reifer Beziehungen zu Altersgenossen beiderlei Geschlechts (vgl. ausführlich Havighurst, 1982).

Die vorliegenden Studien deuten auf erhebliche Belastungen im Entwicklungsverlauf von Kindern mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil hin. Etwa 20 bis 30 % der Kinder, die mit psychisch schwer erkrankten Mütter (Schizophrenie, unipolare und bipolare Depression) aufwachsen, können die grundlegende Entwicklungsaufgabe des Aufbaus einer organisierten Bindungsbeziehung zur Mutter in der frühen Kindheit nicht erfüllen (Hipwell et al., 2000). Sie nehmen ihre explorativen Bedürfnisse zurück und verlieren ihre Unbekümmertheit und Neugierde. In fremden Situationen gehen sie, wenn überhaupt, nur vorsichtig, zögerlich und ängstlich auf andere Personen zu. Im Kindergartenalter scheitern die frühen Ablösungsschritte und die betroffenen Kinder wirken ängstlich, bleiben mehr allein, spielen für sich und erkunden ihre Umwelt wenig. Remschmidt und Mattejat (1994) haben darüber hinaus in einer Untersuchung festgestellt, dass das Identifikationsverhalten der Kinder mit ihren Eltern durch die psychische Erkrankung eines Elternteils vermindert ist, und zwar besonders stark bei einer schizopren erkrankten Mutter. Als zentrale Bezugsperson in diesem Alter hat offensichtlich die psychische Erkrankung der Mutter besondere Auswirkungen auf das Identifikationsverhalten der Kinder. Die Ergebnisse legen darüber hinaus den Schluss nahe, dass sich schizophrene Erkrankungen insgesamt negativer auf das Identifikationsverhalten auswirken als Depressionen. Am höchsten waren die Identifikationswerte der Kinder bei einem depressiv erkrankten Vater. Insgesamt kann man feststellen, dass bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben, im Vergleich zu Kindern aus Kontrollgruppen, ein größerer Anteil der Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil scheitert bzw. weniger erfolgreich ist (vgl. Remschmidt & Mattejat, 1994).

Untersuchungen, die sich mit den Auswirkungen von psychischer Erkrankung der Eltern auf die Entwicklung kognitiver Fähigkeiten beschäftigen, kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Studien zur intellektuellen Leistungsfähigkeit von Kindern depressiv erkrankter Mütter zeigen im Mittel einen schwachen bis moderaten negativen Einfluss der mütterlichen Erkrankung (Krustjens & Wolke, 2001; Laucht et al., 2002). Bei genauerer Analyse ergab sich, dass vor allem die verbalen Fähigkeiten dieser Kinder gegenüber einer Vergleichsgruppe von Kindern psychisch unauffälliger und psychosozial unbelasteter Mütter stärker beeinträchtigt waren. Die Beeinträchtigungen sind jedoch von der Qualität der Interaktion zwischen der depressiven Mutter und dem Kind abhängig. Stärker scheinen die Beeinträchtigungen durch eine elterliche Erkrankung aus dem schizoprenen Formenkreis zu sein. Betrachtet man die schulische Laufbahn so erlebt

eine substantielle Minderheit der Kinder mit einem schizophrenen Elternteil bedeutende Misserfolge. Bei depressiv erkrankten Elternteilen konnten hingegen keine Auswirkungen auf die Schulleistungen festgestellt werden.

### 1.1.4 Erziehungsfähigkeit

Einschränkungen in der Erziehungsfähigkeit bei psychisch kranken Eltern, die Erziehungsverantwortung tragen, stellen eine weitere Belastungsquelle dar und können die Entwicklung negativ beeinflussen. Erziehungsfähigkeit umfasst verschiedene Bereiche der elterlichen Fürsorge, Betreuung und der Eltern-Kind-Beziehung (vgl. Göpfert et al., 1996). Im Einzelnen werden unter Erziehungsfähigkeit die Fähigkeit der Eltern, Bedürfnisse des Kindes nach körperlicher Versorgung und Schutz zu erfüllen, die Fähigkeit, dem Kind als stabile und positive Vertrauensperson zu dienen, die Fähigkeit, dem Kind ein Mindestmaß an Regeln und Werten zu vermitteln sowie die Fähigkeit, einem Kind grundlegende Lernchancen zu eröffnen, verstanden.

<b>Brazelton und Greenspan (2002) unterscheiden drei basale kindliche Bedürfnisse:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• das Bedürfnis nach Existenz („existence“),</li><li>• das Bedürfnis nach sozialer Bindung und Verbundenheit („relatedness“) und</li><li>• das Bedürfnis nach Wachstum („growth“).</li></ul>



Die Grundbedürfnisse stehen miteinander in Zusammenhang und sind in ihrer Wirkung voneinander abhängig. In den unterschiedlichen Entwicklungsstadien eines Kindes kommt den verschiedenen Grundbedürfnissen jedoch eine unterschiedliche Bedeutung zu. Im Wesentlichen verändert sich das Verhältnis von Fürsorge und Autonomie hinsichtlich der Befriedigung der verschiedenen Bedürfnisse im Verlauf der Entwicklung. Es muss daher immer wieder eine neue Balance gefunden werden. So steht in der frühen Kindheit die Fürsorge im Mittelpunkt, mit zunehmendem Alter rückt hingegen immer mehr Autonomie in den Vordergrund. Durch die Feinfühligkeit von Bezugspersonen, womit die angemessene Wahrnehmung und Beachtung der kindlichen Signale in der Beziehungsgestaltung gemeint ist, entwickelt sich allmählich eine reife Autonomie, die es dem Kind ermöglicht, eigenständig zu handeln und zugleich Hilfe und Unterstützung zu fordern (Deci & Ryan, 2000).

#### *Das Bedürfnis nach Existenz*

Das Bedürfnis nach Existenz beinhaltet die grundlegenden Voraussetzungen für eine gesunde körperliche und geistige Entwicklung. Dazu zählen im Einzelnen

- die Beachtung der grundlegenden physiologischen Bedürfnisse, wie die regelmäßige, ausreichende und ausgewogene Ernährung, Körperpflege sowie ein angemessener Wach-Ruhe-Rhythmus,
- der Schutz des Kindes vor schädlichen äußeren Einflüssen, Gefahren und Krankheiten, auch schon während der Schwangerschaft und
- das Unterlassen von Gewalt und anderen physisch und psychisch grenzenverletzenden Verhaltensweisen sowie den Schutz davor.