



Bachelorarbeit

Förderung von Kindern psychisch kranker Eltern: Entwicklung und Überprüfung eines Kurzzeit- Gruppenangebotes.

Julia Graß

Promenade 7, 59821 Arnsberg

Telefonnummer: 02931/ 939793

eMail-Adresse: julegrass@web.de

Matrikelnummer: 762609

Erstbegutachter : Prof. Dr. Michael Borg-Laufs

Zweitbegutachterin : Prof. Dr. Astrid Krus

Eingereicht am 01.08.2011

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	5
2 Kinder psychisch kranker Eltern- Eine Einführung	6
2.1 Die Situation der Kinder	8
2.1.1 Kinder von Eltern mit schizophrenen Störungen	11
2.1.2 Kinder von Eltern mit depressiven Störungen	12
2.1.3 Kinder von Eltern mit Angststörungen und Zwangsstörungen	12
2.1.4 Kinder von alkoholkranken Eltern	13
2.1.5 Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen	13
2.1.6 Kinder von Eltern mit bipolar affektiven Störungen	14
2.2 Auswirkungen der elterlichen psychischen Erkrankung	13
2.2.1 Genetische Belastung	14
2.2.2 Psychosoziale Belastungsfaktoren	14
2.2.3 Schutzfaktoren	17
2.3 Historische Entwicklung der Forschung	19
2.4 Forschungsansätze	21
3 Prävention	22
3.1 Prävention in der Sozialen Arbeit	23
3.2 Präventionsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern	23
4 Das Kurzzeit-Gruppenangebot	25
4.1 Ziele	25
4.2 Grundlegendes	26
4.3 Das Konzept: Ein Überblick	28
4.3.1 Erste Einheit	29
4.3.2 Zweite Einheit	36
4.3.3 Dritte Einheit	43
4.3.4 Vierte Einheit	48
5 Evaluation	52
5.1 Auswahl und Entwicklung der Erhebungsinstrumente	52
5.2 Zeitliche Planung der Messungen	56
5.3 Präsentation der Ergebnisse	57
5.4 Weitere Anmerkungen	57
5.5 Untersuchungshypothesen	58
6 Befunddarstellung	59
6.1 Deskriptive Darstellung der Daten der SDQ-Fragebögen	59
6.1.1 Deskriptive Darstellung der Daten der Selbsteinschätzung	59

6.1.2 Deskriptive Darstellung der Daten der Fremdeinschätzung	673
6.2 Deskriptive Darstellung der Daten der spezifischen Fragebögen	66
6.2.1 Daten der ersten Einheit.....	67
6.2.2 Daten der zweiten Einheit	70
6.2.3 Daten der dritten Einheit.....	73
6.2.4 Daten der vierten Einheit.....	76
6.3 Deskriptive Darstellung der Daten der Feedbackfragebögen.....	79
7 Interpretation der Ergebnisse	81
7.1 Interpretation der Ergebnisse der SDQ- Selbsteinschätzungs-Fragebögen.....	81
7.1.1 Emotionale Probleme	82
7.1.2 Verhaltensauffälligkeiten	82
7.1.3 Hyperaktivität	83
7.1.4 Probleme mit Gleichaltrigen	84
7.1.5 Prosoziales Verhalten	84
7.1.6 Gesamtproblemwert.....	85
7.1.7 Interpretation der Zusatzfragen	85
7.2 Interpretation der Ergebnisse der SDQ-Fremdeinschätzungs-Fragebögen	86
7.2.1 Emotionale Probleme	86
7.2.2 Verhaltensauffälligkeiten	87
7.2.3 Hyperaktivität	88
7.2.4 Probleme mit Gleichaltrigen	88
7.2.5 Prosoziales Verhalten	89
7.2.6 Gesamtproblemwert.....	89
7.2.7 Interpretation der Zusatzfragen	89
7.3 Interpretation der spezifischen Feedbackfragebögen	91
7.3.1 Interpretation der Daten der ersten Einheit.....	92
7.3.2 Interpretation der Daten der zweiten Einheit.....	93
7.3.3. Interpretation der Daten der dritten Einheit.....	95
7.3.4 Interpretation der Daten der vierten Einheit.....	96
7.4 Interpretation der Daten der Feedbackfragebögen.....	97
7.5 Überprüfung der Untersuchungshypothesen.....	99
7.6 Weitere Anmerkungen.....	100
8 Fazit	101
Literaturverzeichnis.....	104
Abbildungsverzeichnis.....	110
Tabellenverzeichnis.....	111
Danksagung.....	112
Eidesstattliche Erklärung.....	113

*„Ein Teil meiner Kindheit ist
verloren gegangen, aufgefressen worden
durch die Krankheit meiner Mutter.
Ich habe mich aufgelöst an ihrer Seite, war
nur da, um sie zu beschützen,
sie zu verstehen, sie zu lieben
und zu bedauern.“*

(Beeck, 2004, S. 40)

1 Einleitung

Die Entwicklung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter wird von unterschiedlichen Faktoren aus dem sozialen und familiären Umfeld bestimmt. Wissenschaftliche Studien haben im Laufe der letzten Jahre belegt, dass speziell die Kinder, die mit einem psychisch kranken Elternteil zusammenleben, großen Belastungen ausgesetzt sind. Zudem haben diese Kinder ein signifikant höheres Risiko im Vergleich zur Gesamtbevölkerung, selber eine psychische Störung zu entwickeln. Die Forschung auf diesem Gebiet ist trotz wachsendem Interesse der Öffentlichkeit und Wissenschaft jedoch immer noch vereinzelt und lückenhaft. Bestehende Präventions- und Interventionsangebote sind überschaubar (Lenz, 2010).

In der vorliegenden Arbeit wird ein von der Verfasserin entwickeltes Präventionsangebot für Kinder psychisch kranker Eltern im Alter von 10 bis 12 Jahren vorgestellt. Die grundlegenden Ziele des Angebotes sind neben Psychoedukation und der Förderung der Empathiefähigkeit, die Stärkung des Selbstbewusstseins, der positive Umgang mit Stress sowie die Förderung der allgemeinen sozialen Kompetenzen. Das Besondere an dem Angebot ist die zeitliche Einteilung. Im Gegensatz zu bereits bestehenden Präventions- und Förderangeboten beschränkt sich das vorliegende Konzept in der Durchführung auf vier aufeinander folgende Tage mit jeweils 120 Minuten intensiver Förderung der Kinder. Diese somit kurzzeitige Förderung der überwiegend personalen Ressourcen der Kinder ist in der Fachliteratur bis dato nicht erwähnt worden, obwohl sich für die Umsetzung viele Chancen ergeben. So kann dieses Programm, wie in dieser Arbeit geschehen, in den Schulferien umgesetzt werden, was u.a. zum Vorteil hat, dass die Kinder eine Ferienbeschäftigung und die Eltern in der schulfreien Zeit Entlastung haben. Die Untersuchungsfrage der vorliegenden Bachelorarbeit orientiert sich an der Überprüfung der Wirksamkeit und der zeitlichen Einteilung des entwickelten Konzeptes. Die Untersuchung und Überprüfung hinsichtlich der verfolgten Ziele des Kurzzeit-Gruppenangebotes wird im Folgenden detailliert dargelegt.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in sieben Teile. In Kapitel 2 wird zunächst eine Einführung in den Gegenstandsbereich gegeben. Der Leser bekommt einen Überblick über die Forschung, über die Situation der Familien sowie über Schutz- und Risikofaktoren der betroffenen Kinder. Darauf folgend wird in Kapitel 3 auf die Rolle der Prävention in der Sozialen Arbeit eingegangen, bestehende Präventionsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern werden darauf aufbauend kurz dargestellt. In Kapitel 4 sind die Inhalte der Durchführung des von der Verfasserin entwickelten Kurzzeit-Gruppenangebotes dargelegt. In Bezug

auf die inhaltliche Darstellung des Kurzzeit-Gruppenangebotes werden die wissenschaftlichen Hintergründe beleuchtet. Das folgende Kapitel 5 stellt die von der Verfasserin eigens entwickelten Evaluationsmethoden dar, die in der Aufstellung von Untersuchungshypothesen münden. Kapitel 6 beinhaltet die deskriptive Befunddarstellung, welche in Kapitel 7 interpretiert wird. Die Arbeit endet im achten Kapitel mit dem Fazit.

Da eine geschlechtsspezifische Formulierung oder die Nennung beider Geschlechter den Lesefluss stören würde, sei an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen, dass zu jeder Zeit sowohl männliche wie auch weibliche Kinder und Eltern gemeint sind, auch wenn diese nicht ausdrücklich genannt werden.

Die Kenntnis über psychische Störungen wird für das Verständnis dieser Arbeit vorausgesetzt. Eine explizite Erklärung aller genannten psychischen Erkrankungen würde den vorgegebenen Rahmen dieser Bachelorthesis überschreiten.¹ In der gesamten Arbeit wurde sich an die Vorgaben von Prof. Dr. Borg-Laufs zum wissenschaftlichen Denken und Arbeiten gehalten (vgl. Borg-Laufs, 2010).

2 Kinder psychisch kranker Eltern- Eine Einführung

Psychische Störungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen in Deutschland. Nach vorsichtigen Schätzungen nehmen jedes Jahr 4,5 Millionen Menschen aufgrund einer psychischen Krankheit fachliche Hilfe in Anspruch. Aufgrund von abwertender Stigmatisierungen und Diskriminierungen die auf der psychischen Störung basieren, verheimlichen jedoch viele Kranke ihre psychische Störung (Wiegand-Grefe et al., 2011). Demnach sind keine genauen Angaben bezüglich der Häufigkeit psychischer Erkrankungen zulässig. Nach den Ergebnissen des vom Robert-Koch-Institut (RKI) aufgestellten Bundes-Gesundheitssurveys aus dem Jahr 2007 erkrankt etwa jeder dritte erwachsene Deutsche im Laufe eines Jahres an einer psychischen Störung. Das sind über 16 Millionen Menschen. Diese Zahlen entsprechen vergleichbaren internationalen Studien. Sehr häufig geschilderte Diagnosen sind Angststörungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, affektive Störungen sowie somatoforme Störungen. Hervorzuheben wäre an dieser Stelle die Tatsache, dass Frauen (und somit potentielle Mütter) deutlich häufiger von psychischen Störungen betroffen sind als Männer. Frauen erkranken nach Angaben des Robert-Koch-Instituts doppelt so häufig an Angststörungen und somatoformen Störungen. Die allgemein größere Häufigkeit von

¹ An dieser Stelle sei auf das Buch „Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie“ von M. Berger verwiesen (vgl. Berger, 2008).

psychischen Störungen beim weiblichen Geschlecht könnte unter anderem auf diese beiden überdurchschnittlich häufigen, spezifischen Diagnosen bei Frauen zurückzuführen sein. Rund 40 Prozent der psychisch Erkrankten wies mehr als nur eine Störung auf (vgl. Robert Koch-Institut, 2010). Entsprechende zuverlässige Zahlen für die psychische Erkrankung von Kindern und Jugendlichen liegen nicht vor. Nach nationalen und internationalen Studien ist davon auszugehen, dass etwa jedes fünfte Kind innerhalb eines Beobachtungszeitraums von sechs Monaten von einer psychischen Störung betroffen ist. Die häufigsten psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen sind nach Angaben der Bundespsychotherapeutenkammer Angststörungen, dissoziale Störungen und hyperkinetische Störungen (vgl. Bundespsychotherapeutenkammer, 2007). Unabhängig von einer Erkrankung der Eltern diskutiert Petermann ausgewählte Inhalte und internationale empirische Befunde zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Dabei wird vor allem auf die Häufigkeit psychischer Störungen eingegangen. Methodische Inkonsistenzen führen jedoch, wie oben bereits angedeutet, zu großen Unterschieden in den ermittelten Gesamtprävalenzraten. Gut konzipierte Studien liefern einheitlichere Häufigkeiten, die oft zwischen 10 und 20 % liegen. Petermann merkt weiterhin an, dass betroffene Kinder und Jugendliche nur selten professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (vgl. Petermann, 2005).

Das Risiko an psychischen Störungen zu erkranken, ist bei Kindern psychisch Kranker im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich erhöht. Mattejat schreibt von einem bis zu 60% erhöhten allgemeinen Erkrankungsrisiko bei diesen Kindern: „Kinder von psychisch kranken Eltern entwickeln im Verlauf ihrer Kindheit relativ häufig psychische Auffälligkeiten bzw. Störungen (...). Das Erkrankungsrisiko (...) ist somit relativ hoch.“ (Mattejat, 2009, S.79). Zudem unterscheidet er das spezifische Erkrankungsrisiko (das Risiko, dieselbe psychische Erkrankung zu entwickeln wie die Eltern) vom allgemeinen Erkrankungsrisiko und kommt zu dem Schluss, dass dieses Risiko mit rund 10% zwar noch relativ gering, im Vergleich zur Gesamtbevölkerung jedoch deutlich erhöht ist (vgl. Mattejat, 2009). In der jüngsten Veröffentlichung der Fachliteratur wird ein 2-10 fach erhöhtes Erkrankungsrisiko im Vergleich zur Gesamtbevölkerung und somit die Einstufung der Kinder zu einer Hochrisikogruppe genannt (Wiegand-Grefe et al., 2011). Kinder mit psychischen Problemen, die auf Grund der psychischen Erkrankung eines Elternteils auftreten, werden in vielen Fällen erst dann Fachleuten vorgestellt, wenn es darum geht, ob die Kinder Fremduntergebracht werden sollen (Mattejat, 2009). Dieses späte Eingreifen ist unzureichend. Es ist wichtig, dass den Familien schon dann Hilfe angeboten wird, bevor das Kindeswohl gefährdet und die Situation in der Familie verhärtet ist.

2.1 Die Situation der Kinder

Psychisch kranke Menschen sind im Durchschnitt genauso häufig Eltern wie psychisch gesunde Menschen. Von insgesamt 3 Millionen Kindern in Deutschland erleben pro Jahr ca. 175.000 Kinder die stationäre Behandlung eines psychisch erkrankten Elternteils und sind somit großen Belastungen ausgesetzt (Wiegand-Grefe et al., 2011).

Aus der Forschung ist bekannt, dass diese Kinder ein erhöhtes Risiko haben, selber an einer psychischen Störung im Laufe ihres Lebens zu erkranken. Lägél nennt für dieses erhöhte Risiko die Gründe der Veranlagung einer erhöhten Erkrankungsbereitschaft und im besonderen Maße die multiplen Belastungen der Kinder, die sich aus den psychosozialen und familiären Besonderheiten in der Familie ergeben (vgl. Lägél, 2008). Die Folgen einer psychischen Erkrankung eines oder beider Elternteile macht Deneke nicht nur an der elterlichen Krankheitsdiagnose fest. Entscheidender als diese sei für die Entwicklung der betroffenen Kinder die Schwere und Chronizität der Krankheit sowie die schon genannten allgemeinen psychosozialen Bedingungen, unter denen die Kinder aufwachsen (vgl. Deneke, 2005). Zudem läge es „auf der Hand, dass Kinder, die von Geburt an oder schon früh in, durch die Krankheit geprägten, pathologischen Beziehungsstrukturen leben, stärker gefährdet sind als Kinder, die eine längere überwiegend gesunde Beziehungsgeschichte vor Ausbruch der Krankheit erlebt haben, auch wenn sie in ihren jungen Jahren noch nicht psychisch gestört erscheinen.“ (Deneke, 2005, S.62). An frühe Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten anknüpfend führen Smeekens et al. auf, dass sich diese in Kombination mit genetischen Risiken und weiteren familiären und kindsbezogenen Risikofaktoren, „wie sie eine psychische Erkrankung eines Elternteils in besonders komplexer Weise darstellt“, zu einer überdauernden psychischen Störung entwickeln kann (Smeekens et al., 2007, S.348).

Die belastende Lebenssituation der Kinder ist geprägt durch emotionale Mangel Erfahrungen, Überforderung, Isolation und Ängste. Bereits während der Schwangerschaft kann eine psychische Erkrankung der Mutter dazu führen, dass pränatal gestresste Kinder eine erhöhte Erregbarkeit und Regulationsstörungen aufweisen (Wiegand-Grefe et al., 2009). Die Kinder leiden häufig an Desorientierung, Schuldgefühlen, Loyalitätskonflikten (nach außen und innerhalb der Familie) und anderen Zusatzbelastungen die sich z.B. durch die Hilfe bei der Haushaltsführung ergeben. Zusätzlich erleben die Kinder Tabuisierungen, Betreuungsdefizite, Parentifizierung und Abwertungserlebnisse (Mattejat, 2009). Die Tabuisierung der Krankheit wird durch Bergmann als gesellschaftliches Problem dargestellt, welches Isolation und Ängste zur Folge hat, da die Kinder mit ihren Sorgen und individuellen Erklärungs-

mustern in Bezug auf die Krankheit allein gelassen werden (vgl. Bergmann, 2007). Werden Kinder psychisch kranker Eltern nach ihren Gefühlen gefragt, so werden vor allem Angst, Verwirrung, Scham- und Schuldgefühle, Alleingelassensein, Isolation und Überlastung genannt. Befragte Kinder wünschen sich in der Regel bessere Informationen über die Erkrankung der Eltern, einen Gesprächspartner, Kontakt zu anderen Betroffenen sowie kompetente Beratung (Schlack et al., 2009). Die psychischen Erkrankungen der Eltern beeinflussen wesentlich die Gestaltung der Eltern-Kind-Beziehung. Oftmals auftretende Bindungsunsicherheiten und Desorganisationen gehen nach Wiegand-Grefe et al. frühen emotionalen und Verhaltensstörungen voraus (vgl. Wiegand-Grefe et al., 2009).

Bezogen auf das erhöhte Krankheitsrisiko der Kinder ist nicht nur die psychosoziale Belastung, sondern auch das individuelle Erleben der Krankheit relevant. Nach Wagenblass müssen Unterstützungsangebote für diese Zielgruppe entlang des Erlebens der elterlichen Krankheit gestaltet werden (vgl. Wagenblass, 2001). Dafür müssen die Fachkräfte erkennen, dass die individuellen Ressourcen und Bewältigungskompetenzen bei einem Großteil der Kinder nicht ausreichen, um den multiplen Belastungen entgegen zu wirken.

Die mit dem in dieser Arbeit dargestellten Konzept verfolgte Zielgruppe sind Kinder psychisch kranker Eltern im Alter von 11 bis 13 Jahren. Somit gehen die Kinder in die Schule. Nach Bergmann setzen sich die bereits im Kleinkindalter erlebten Mangel Erfahrungen und Betreuungsdefizite in der Entwicklung fort und beeinflussen den Umgang der Kinder mit ihrer Umwelt. Die Entwicklung des Kindes wird in der Schule zum Einen von Außen beurteilt, zum Anderen vergleichen sich die Kinder selbst mit ihren Mitschülern. Die Kontakte zu anderen Kindern, Freizeitgestaltung, wachsende Selbstständigkeit und Autonomie nehmen an Bedeutung zu. In dieser Lebensphase erkennen die Kinder psychisch kranker Eltern, dass ihre Eltern anders sind als die meisten ihrer Schulfreunde. Selten können sie Freunde mit nach Hause bringen oder außer Haus gehen und geraten dadurch schnell in unbeliebte Außenseiterpositionen. Durch die Tabuisierung der elterlichen Krankheit wissen Mitschüler und Lehrer oftmals nichts von der familiären Situation und so werden die Kinder für Verhaltensweisen verantwortlich gemacht, die auf der Krankheit der Eltern beruhen (Bergmann, 2007). Gerade im Schulalter fungieren die Eltern normalerweise als Identifikationspersonen und Vorbilder. Die oftmals fehlende Vorbildfunktion der Eltern ist jedoch ein weiteres Problem dem die Kinder psychisch Kranker ausgesetzt sind. Wüthrich et al. berichten von einer Untersuchung von Remschmidt und Matthejat zum Identifikationsverhalten Kinder depressiver und schizophrener Eltern. Diese ergab, dass die fehlende

Vorbildfunktion der Eltern eine gravierende Einschränkung der Persönlichkeitsentwicklung zur Folge haben kann (vgl. Wüthrich et al., 1997).

Anschließend werden die Folgen der Erkrankung der Eltern nach dem psychischen Störungsbild differenziert dargestellt. Eine Verallgemeinerung zur „psychischen Störung“ der Eltern findet im Rahmen des Konzeptes zwar statt, die unterschiedlichen Auswirkungen der verschiedenen psychischen Störungen sind für die kindliche Entwicklung aber von Bedeutung und werden aus diesem Grund erläutert.

2.1.1 Kinder von Eltern mit schizophrenen Störungen

Schizophrenie-Störungen der Eltern (u.a. schizophrene, schizoaffektive, schizophrenieforme, schizotype Persönlichkeitsstörungen) und die damit einhergehenden emotionalen und neurologischen Auffälligkeiten der Kinder bilden Prädiktoren für ein breites Spektrum an psychischen Störungen. Bereits im Vorschulalter fallen Kinder von Eltern mit schizophrenen Störungen durch Aufmerksamkeitsprobleme und emotionale Störungen auf. Schulkinder zeigen neben Beeinträchtigungen der schulischen Leistung ein vermeidendes und ambivalentes Bindungsverhalten sowie geringe soziale Kompetenzen und Defizite der affektiven Kontrolle (Deneke, 2001). Wiegand-Grefe et al. schreiben von 40 bis 60 % der Kinder, die auf Grund eines schizophrenen Elternteils unspezifische behandlungsbedürftige Störungen entwickeln (vgl. Wiegand-Grefe et al., 2011). Auch neurobiologisch lassen sich Zahlen nachweisen. So berichtet Deneke von neurointegrativen Defiziten, die bei 40 % der Verwandten ersten Grades schizophrener Menschen, durch Anzeichen für eine erhöhte Vulnerabilität im Zentralnervensystem festgestellt wurden. Die Anzeichen für diese neurointegrativen Defizite finden sich schon bei 2- bis 4-jährigen Kindern. Im Vergleich dazu weisen 15% der Kinder von gesunden Eltern und 22% der Kinder anders psychisch kranker Menschen diese Defizite auf (vgl. Deneke, 2001). Lenz und Jungbauer merken an, dass Kinder schizophrener Eltern im Vergleich zu Kindern anders psychisch kranker Eltern besonders stark belastet sind (vgl. Lenz & Jungbauer, 2008).

Hervorzuheben wäre an dieser Stelle, dass das lebenslange Erkrankungsrisiko an schizophrenen Störungen bei der Gesamtbevölkerung bei 1% liegt. Im Vergleich dazu erhöht sich das lebenslange Erkrankungsrisiko bei Kindern mit einem schizophrenen Elternteil auf 13%, bei Kindern mit zwei schizophrenen Elternteilen auf 46% (Mattejat, 2009).

2.1.2 Kinder von Eltern mit depressiven Störungen

Mattajaj kommt zu dem Ergebnis, dass Kinder mit einem depressiven Elternteil im Vergleich zu Kindern mit psychisch gesunden Eltern ein vierfach erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter haben (vgl. Mattejat, 2009). Eine in Amerika von Weissmann durchgeführte Studie zeigt, dass Kinder mit einem depressiven Elternteil durch ein, wieder im Vergleich zu Kindern ohne depressiven Elternteil, dreifach erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Angststörungen, schweren Depressionen und für Substanzabhängigkeit auffallen (vgl. Weissmann et al., 2006). Die Situation und Entwicklung der Kinder depressiver Eltern wurden in den vergangenen Jahren besonders gut untersucht. Es erwies sich, dass diese Kinder neben dem erhöhten Erkrankungsrisiko an Depression ungünstige Entwicklungsverläufe zeigen. Lenz und Jungbauer schreiben von niedrigeren IQ-Werten, die bei 10-jährigen Kindern ca. zehn Punkte unter den Werten der Vergleichsgruppe liegen. Besonders die verbalen Fähigkeiten unterschieden sich deutlich von denen der Vergleichsgruppe (vgl. Lenz & Jungbauer, 2008).

Anhand der Zahlen bezüglich des Lebenszeitriskos für unipolare Depressionen bei Verwandten unipolar Depressiver wird deutlich, dass das Lebenszeitrisko der Gesamtbevölkerung bei 6% liegt, dagegen das Erkrankungsrisiko bei Kindern Depressiver mit 11,8% fast doppelt so hoch ist. Hervorzuheben ist außerdem das Risiko bei eineiigen Zwillingen, welches bei 43% liegt (vgl. Schlosser et.al., 2006).

2.1.3 Kinder von Eltern mit Angststörungen und Zwangsstörungen

Kinder von Eltern mit einer Angststörung haben nach Lenz und Jungbauer ein zehnfach erhöhtes Risiko, selbst an einer Angststörung zu erkranken (vgl. Lenz & Jungbauer, 2008). Die Ergebnisse einer Studie von Unnewehr et al. in der belegt wurde, dass diese Kinder häufiger an Trennungsängsten leiden als Kinder psychisch gesunder Eltern (vgl. Unnewehr et al., 1998), lässt Lenz und Jungbauer vermuten, „dass Trennungsängste im Kindesalter ein spezifischer Vorläufer für die Ausbildung einer Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie im Erwachsenenalter sein könnte“ (Jungbauer & Lenz 2008, S.93). Zusammenfassend kann man auf die bei Kindern von Eltern mit Zwängen und Ängsten signifikant höheren Werte für internalisierende Probleme verweisen.

2.1.4 Kinder von alkoholkranken Eltern

Die größte in der Wissenschaft bekannte Risikogruppe im Zusammenhang mit der Entwicklung einer Suchterkrankung stellt die Gruppe der Kinder von alkoholkranken Eltern dar. 30% dieser Gruppe wird im Laufe ihres Lebens ebenfalls alkoholkrank, das ist ein sechsfach erhöhtes Risiko im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (Klein, 2001). Weitere Risiken wurden insbesondere für Essstörungen in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter, für eigene Störungen durch Substanzkonsum sowie für Alkohol- und Drogenabhängigkeit festgestellt (Wiegand-Grefe et al., 2011). Lenz und Jungbauer schreiben von einer besonders starken Belastung der Kinder mit zwei suchtkranken Elternteilen. Zudem kommt, wie bei anderen psychischen Störungen der Eltern bereits angemerkt, auch bei dieser Risikogruppe eine signifikant höhere Rate an Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetischen Störungen hinzu (vgl. Lenz & Jungbauer, 2008). An dieser Stelle sollte bedacht werden, dass die Gesundheit des Kindes bei einer alkoholkranken Mutter schon während der Schwangerschaft gefährdet wird und der Konsum von Alkohol oder anderen Substanzen toxisch oder teratogen auf das ungeborene Kind wirkt. Das Konsumverhalten während der Schwangerschaft führt somit zu Entzugerscheinungen des Säuglings, von den dadurch verursachten Entwicklungsstörungen und –verzögerungen einmal ganz abgesehen. Dietze und Spicker berichten von der sogenannten Alkoholembriopathie. Gemeint sind die geistigen und psychomotorischen Entwicklungsstörungen aufgrund von Alkoholmissbrauch während der Schwangerschaft (vgl. Dietze & Spicker, 2007). Neurobiologische Befunde beweisen, dass schädigende Umwelteinflüsse wie Nikotin und Alkohol zu garvierende Veränderungen in der funktionellen und strukturellen Hirnentwicklung führen und bereits in der fetalen und neonatalen Entwicklung eine Vulnerabilität verstärken (Wiegand-Grefe et al., 2009).

2.1.5 Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen

Weiss et al. untersuchten bereits im Jahr 1996 in einer Pilot-Studie Kinder von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Sie verglichen diese mit Kindern von Müttern, die an anderen Persönlichkeitsstörungen erkrankt waren und konzentrierten sich auf die Schwerpunkte Psychopathologie, Traumatisierung und kindliches Funktionsniveau. Kinder von Müttern, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung litten, zeigten besonders häufig eine Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS). Das Funktionsniveau der Kinder lag im Gegensatz zu der Vergleichsgruppe deutlich niedriger, zudem wurden signifikante Beeinträchtigungen im sozialen Bereich festgestellt. Kinder von Eltern mit Persön-

lichkeitsstörungen litten in dieser Studie zu 90% an einer Traumatisierung (vgl. Weiss et al., 1996). Die Mannheimer Risikokinder-Studie ermittelte 1992 für Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen sehr ungünstige Entwicklungsverläufe. Zudem wurde das höchste Gefährdungspotential für psychische Störungen bei Kindern von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und feindseligem elterlichem Verhalten festgestellt (Wiegand-Grefe et al., 2011b).

2.1.6 Kinder von Eltern mit bipolar affektiven Störungen

In der Fachliteratur wird über ein erhöhtes Risiko der Entwicklung einer psychischen Störung für Kinder bipolar affektiver Eltern berichtet. Wiegand-Grefe et al. schreiben in ihrem jüngsten Fachbuch von 52% der Kinder bipolarer Eltern, die im Laufe ihres Lebens eine psychische Störung entwickeln, im Gegensatz dazu lag das Risiko bei der Kontrollgruppe bei 29%. Bei den Kindern wurden externalisierende und internalisierende Auffälligkeiten, körperliche Beschwerden, Ängstlichkeit und Depressivität sowie soziale Probleme und dissoziales bzw. aggressives Verhalten diagnostiziert (vgl. Wiegand-Grefe et al., 2011b). Durch die Überrepräsentation affektiver Störungen bei Jugendlichen schließen die Autoren, „dass die elterliche bipolare Störung eher zu affektiven Störungen bei den Kindern und Jugendlichen führt“ (Wiegand-Grefe et al. 2011, S.154).

2.2 Auswirkungen der elterlichen psychischen Erkrankung

Die britischen Wissenschaftler Tienari und Wynne stellten 2004 fest, dass die Entwicklung einer psychischen Störung bei Kindern psychisch kranker Eltern, die nach ihrer Geburt adoptiert wurden, stark von den psychosozialen Faktoren der Adoptivfamilie abhängt. Somit konnte nachgewiesen werden, dass genetische und psychosoziale Faktoren zusammen wirken und schlussfolgernd eine determinierende Wirkung der genetischen Faktoren ausgeschlossen werden kann (vgl. Tienari & Wynne, 2004). Die Ergebnisse verschiedener Studien zu diesem Thema sind sich einig, dass die genetischen Faktoren die Auswirkung verschiedener Lebensereignisse beeinflussen und somit die Umwelteinflüsse von großer Bedeutung sind (vgl. Wiegand-Grefe et al. 2011). Im Folgenden werden zunächst die genetische Belastung der verschiedenen psychischen Störungen sowie weitere bedeutsame belastende und schützende Faktoren komprimiert dargestellt.

2.2.1 Genetische Belastung

Um zunächst einen Überblick über die genetische Belastung der Kinder zu schaffen wird in Tabelle 1 die Vererblichkeit verschiedener psychischer Störungen dargestellt. Hier wird im direkten Vergleich deutlich, dass bei Schizophrenie die Vererbung eine verhältnismäßig große Rolle spielt. Insgesamt ist zu erkennen, dass der Erbfaktor bei einem Großteil der psychischen Erkrankungen über 50% liegt und ihm somit eine sehr große Bedeutung zukommt (Mattejat, 2009, S.80).

Psychische Störung	Vererblichkeit in Prozent
Enuresis	67-70%
Störung des Sozialverhaltens	53%
Zwangsstörung	47%
Angststörung	30-40%
Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung	60-80%
Anorexia nervosa	48-88%
Bulimia nervosa	28-83%
Schizophrenie	73-90%
Bipolare Störung	60-85%
Schwere Depression	31-42%

Tabelle 1: Vererblichkeit psychischer Störungen nach Mattejat

Anzumerken wäre an dieser Stelle, dass nicht die psychische Störung wie z.B. Depression als solche vererbt wird, sondern die Vulnerabilität für bestimmte Umweltbedingungen in den Genen liegt. Somit entscheidet der genetische Faktor, wie ein Mensch auf bestimmte Umweltfaktoren reagiert. Bei Menschen der genetisch verletzlichen Gruppe sind die Umweltbedingungen somit besonders wichtig und sollten so gestaltet werden, dass diese Menschen so wenig wie möglich durch Faktoren ihrer Umwelt verletzt werden. „Die Vererbung bestimmt darüber, ob ein Mensch eine hohe oder geringe Verletzlichkeit hat. Ob er aber eine psychische Erkrankung entwickelt, hängt sehr stark davon ab, ob er verletzenden Umweltfaktoren ausgesetzt ist oder nicht.“ (Mattejat 2009, S.83).

2.2.2 Psychosoziale Belastungsfaktoren

Ein Großteil der relevanten psychosozialen Belastungen, die für ein erhöhtes Erkrankungsrisiko der Kinder erforscht wurden, ist in den betroffenen Familien deutlich überrepräsentiert. „D.h., die psychische Erkrankung eines Elternteils korreliert positiv mit zahlreichen

psychosozialen Belastungsfaktoren. Die psychische Erkrankung stellt somit ein Kernmerkmal dar, durch welches das Entwicklungsumfeld eines Kindes gravierend beeinträchtigt wird.“ (Lenz & Kuhn, 2011, S.271). Im Folgenden werden besonders relevante Belastungsfaktoren skizziert dargestellt.

- Die Beeinträchtigung und das Störungsrisiko Kinder psychisch kranker Eltern ist umso größer, je länger die elterliche Erkrankung anhält, je schwerer die Krankheit ausgeprägt ist und je mehr Krankheitsepisoden vorkommen (Lenz & Kuhn, 2011).
- Die elterliche Fürsorge und damit einhergehend die Erziehungsfähigkeit ist bei psychisch kranken Eltern oft eingeschränkt und führt zu einer Vernachlässigung der kindlichen Bedürfnisbefriedigung (Lenz, 2005).
- Kinder psychisch kranker Mütter erfahren in vielen Fällen emotionale Unbeteiligung, wenig Interesse und darüber hinaus häufig negative Gefühle. Zudem wird das Verhalten der Mütter als „passiv“ beschrieben (Lenz & Kuhn, 2011, S.270), was sich zusätzlich zum engen kommunikativen Repertoire der kranken Mütter konträr zum Umgang der unauffälligen Mütter mit ihren Kinder stellt.
- Der Wissenschaft ist schon lange bekannt, dass chronische Eheprobleme die Kinder belasten und die Entwicklung einschränken. Zudem ist das Risiko einer psychischen Störung bei Kindern, die eine langfristige eheliche Disharmonie miterleben, erhöht (Lenz & Kuhn, 2011).
- In vielen Familien mit psychisch kranken Elternteilen ist keine Einhaltung der Unterscheidung zwischen elterlichen und kindlichen Rollen gegeben. Das führt zu einer Diffusion der Generationengrenzen und einer Parentifizierung der Kinder, die in vielen Familien eine Eltern- oder Partnerfunktion für ihre Eltern übernehmen. Dabei bleiben die kindlichen Bedürfnisse unbefriedigt (Mattejat, 2009).
- Die psychische Erkrankung eines oder beider Elternteile ist in betroffenen Familien oft ein Familiengeheimnis. In vielen Fällen herrscht ein Kommunikationsverbot über die psychische Erkrankung und ihre Auswirkungen. Somit reden die Kinder nicht mit Außenstehenden über die psychische Krankheit und ihre damit zusammenhängenden Ängste, Sorgen, Schuld- und Schamgefühle (Lenz & Kuhn, 2011).
- Anknüpfend an das genannte Kommunikationsverbot und die damit fehlende Unterstützung von außenstehenden Personen, fehlen den betroffenen Kindern zuverlässige und vertrauensvolle Beziehungen, die nach Lenz und Kuhn „eine ausgleichende und normalisierende Funktion übernehmen könnten“ (Lenz & Kuhn, 2011, S.271).

Familiäre Risikofaktoren, denen Kinder psychisch kranker Eltern besonders häufig ausgesetzt sind, werden an dieser Stelle ebenfalls erwähnt. Zu ihnen zählen die vielen soziokulturellen und sozioökonomischen Aspekte, Arbeitslosigkeit oder niedrige Ausbildungsstände, Armut, soziale Randständigkeit, der Verlust von wichtigen Bezugspersonen und das zwei- bis fünffach erhöhte Risiko für sexuellen Missbrauch, Vernachlässigung und Misshandlung (Lenz & Kuhn, 2011). Das Zusammenwirken der Belastungsfaktoren wirkt sich schwerwiegend auf die kindliche Entwicklung aus. Die kumulative Wirkung von Belastungsfaktoren ist dabei wichtiger als die Wirkung einzelner Faktoren (Lenz, 2010). Hierbei tritt nach Mattejat nicht nur ein Summationseffekt auf, sondern auch eine gegenseitige Verstärkung der Faktoren. In solchen Fällen wird das Risiko einer Erkrankung der Kinder erhöht (vgl. Mattejat, 2009).

2.2.3 Schutzfaktoren

„Schutzfaktoren sind Ressourcen, die eingesetzt werden, um Risiken abzupuffern und Fehlentwicklungen bzw. die Entwicklung von pathogenen Strukturen zu verhindern bzw. abzumildern“ (Lenz, 2011, S.10). Demnach sind Schutzfaktoren bereits vor dem Auftreten von Risiko- und Belastungsfaktoren aktiv und können die Entstehung einer psychischen Störung abmildern oder verhindern. Somit kommt den Schutzfaktoren von Kindern psychisch kranker Eltern eine besondere Bedeutung zu. In der folgenden Tabelle werden von Lenz veröffentlichte Schutzfaktoren dargestellt, die in personale, familiäre sowie soziale Ressourcen unterteilt werden (Lenz, 2011, S.11). Eine besondere Aufmerksamkeit kommt an dieser Stelle den personalen Ressourcen der Kinder zu. Diese werden in dem vorliegenden Kurzzeit-Gruppenangebot gefördert.

Personale Ressourcen	- positives Selbstkonzept - Hohe Selbstwirksamkeitserfahrungen - Problemlösefertigkeit und Problemlösekompetenzen - Stressbewältigungsfähigkeiten - Soziale Kompetenz und Anpassungsfähigkeit - Alters- und entwicklungsangemessenes Wissen über die Krankheit der Eltern
Familiäre Ressourcen	- Emotional sichere und stabile Bindungserfahrungen - Elterliche Wärme - Interesse der Eltern am Leben des Kindes - Kohäsion und Anpassungsfähigkeit der Familie

	- Zugewandtes, akzeptierendes und zugleich normiertes, angemessen forderndes Erziehungsverhalten - Gute Qualität der Paarbeziehung der Eltern - elterliche Erziehungskompetenz - Elternallianz (wechselseitige Unterstützung) - angemessene Krankheitsbewältigung
Soziale Ressourcen	- Soziale Unterstützung und Rückhalt durch Familie und Freunde - Stabile Beziehungen zu fürsorglichen Erwachsenen - Einbindung in unterstützendes und anregendes Peer-Netzwerk - Integration in Gruppen, Vereine oder religiöse Vereinigungen

Tabelle 2: Schutzfaktoren von Kindern psychisch kranker Eltern nach Lenz

Die aufgezählten Ressourcen stehen nach Lenz in Wechselwirkung zueinander. Das Zusammenwirken der verschiedenen Ressourcen optimiert die schützende Wirkung (vgl. Lenz, 2010).

Lenz und Kuhn beschreiben, dass resiliente Kinder psychisch kranker Eltern Bewältigungsstrategien für belastende Lebensumstände entwickeln können und somit relativ unversehrt mit den Folgen dieser Umstände umgehen können. Zudem berichten sie von empirischen Befunden, die eine Unterteilung der Resilienz in bereichsspezifische Resilienzen wie z.B. der emotionalen oder sozialen Resilienz vornehmen. Spezifische Resilienzen „entsprechen den im Kontext der Individuum-Umwelt-Interaktion erworbenen Ressourcen und werden im erfolgreichen Einsatz weiterentwickelt.“ (Lenz & Kuhn, 2011, S.274). Zusammenfassend kann man Resilienz als psychische Robustheit beschreiben. Die Resilienzforschung verlagert zunehmend ihren Forschungsschwerpunkt von der Identifizierung der allgemeinen Schutzfaktoren zur Feststellung differentieller Entwicklungsprozesse und geht somit der Frage nach, ob es spezielle Schutzfaktoren für verschiedene Problemfelder gibt (Lenz & Kuhn, 2011). In zahlreichen Forschungsansätzen und Studien wurden viele Schutzfaktoren für eine gesunde psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen identifiziert. In dieser Arbeit sollen neben den Ressourcenquellen von Lenz die Ergebnisse der klassischen Kauai-Studie von Werner und Smith aus dem Jahr 1982 näher beleuchtet werden (vgl. Werner & Smith, 1982). Zu den Schutzfaktoren, die diese Studie aufführt und auf die sich bis heute verschiedene Wissenschaftler berufen, gehören kindesbezogene, umgebungsbezogene und soziale Ressourcen.

Zu den kindesbezogenen Schutzfaktoren gehören neben dem Status des Erstgeborenen, einer guten Kommunikation, Selbstkontrolle und der Fähigkeit zur Selbsthilfe auch ausgeprägte Interessen, ein positives Selbstkonzept sowie eine hohe Aktivität des Säuglings. Die

Umgebung betreffend sind viel Zuwendung, eine positive Eltern-Kind-Beziehung, Hilfe und Rat bei Bedarf, Freunde, weitere erwachsene Beziehungspersonen, Zusammenhalt in der Familie sowie ein geregelter und strukturierter Haushalt als Schutzfaktoren bedeutsam (Wiegand- Grefe et al., 2011). Allgemeine Schutzfaktoren zählen Lenz und Kuhn auf. Zu ihnen gehören Temperamentsmerkmale, soziale Kompetenzen, kognitive Kompetenzen, positive Selbstkonzepte, Kohärenzgefühl, emotionale Bindung an Bezugspersonen, Merkmale des Erziehungsklimas, Paarbeziehung der Eltern, Familienstrukturen, Soziale Unterstützung sowie kindeszentrierte, familienzentrierte und soziale Schutzfaktoren (vgl. Lenz & Kuhn, 2011).² Mattejat zählt zusätzliche Interessensgebiete der Kinder außerhalb der Familie sowie Interesse an der Schule und Erfolg in dieser zu positiven Entwicklungsfaktoren. Das Gefühl, auch vom kranken Elternteil geliebt zu werden und eine gefestigte Beziehung zum gesunden Elternteil sind eindeutige Schutzfaktoren der Kinder. Zudem hält Mattejat den Austausch mit anderen betroffenen Kindern und Unterstützung in schwierigen Lebenssituationen für enorm wichtig (vgl. Mattejat, 2009).

Angesichts der zentralen Bedeutung der Schutzfaktoren für die Bewältigung der multiplen Belastungen in den Familien und für die Erhaltung der physischen und psychischen Gesundheit der Kinder stehen die Aktivierung der personalen, familiären und sozialen Ressourcen bei spezifischen Unterstützungsangeboten im Mittelpunkt (Mattejat, 2009).

2.3 Historische Entwicklung der Forschung

In der Fachliteratur verweisen die frühesten Aufzeichnungen über Auswirkungen einer psychischen elterlichen Erkrankung auf die Kinder in die 1930er Jahre. Vorreiter des Themas waren die Amerikaner Preston und Antin, die eine empirische Erhebung bei Kindern psychotischer Eltern im Maryland State Hospital durchführten. Ihre Untersuchungen konnten jedoch keine besonderen Probleme bei den 49 untersuchten Kindern feststellen (Mattejat, 2009). Im Jahr 1932 hielten sie auf einem Kongress der American Orthopsychiatric Association den ersten öffentlichen Vortrag zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“. Es folgten zu diesem damals neuen und unerforschten Bereich vereinzelte Untersuchungsansätze in Amerika, Holland und Deutschland. Hervorzuheben wäre an dieser Stelle der Wissenschaftler Michael Rutter, der 1966 die ersten wichtigen Ergebnisse zu Untersuchungen von Kindern psychisch und körperlich kranker Eltern in seiner Monographie „Children of sick parents“ publizierte (Wiegand-Greife et al., 2011).

² Da es den Rahmen der Arbeit überschreiten würde, alle genannten Faktoren detailliert darzustellen, wird an dieser Stelle nicht weiter darauf eingegangen. Zur Vertiefung sei hier der Verweis auf Lenz & Kuhn (2011) gerichtet.

Ende der 1990er Jahre beschrieb Gundelfinger resigniert die bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder psychisch kranker Eltern als isolierte Bemühungen Einzelner (Mattejat, 2009). Schon in den 1980er Jahren hatte Gundelfinger präventive Initiativen aus den Niederlanden aufgegriffen und durch Interviews mit bereits erwachsenen Kindern psychisch Kranker an Schweizer Verhältnisse angepasst. Er stellte eine Serie von Informationsheften für Kinder, Jugendliche und Eltern her. Diese Informationshefte wurden in Deutschland von Mattejat und dem Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. publiziert und stießen auf erhebliches Interesse. 1996 wurde erneut öffentlich über die schwierige Situation der Kinder aufmerksam gemacht. Im Rahmen des vom Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. veranstalteten Kongresses „Hilfen für Kinder psychisch Kranker“ wurden die Kinder primär als betroffene Angehörige wahrgenommen und als stark belastete Risikogruppe eingeschätzt (Schone & Wagenblass, 2002). Seit diesem Kongress lässt sich eine ansteigende Zahl von Veröffentlichungen, Fachtagungen, Forschungsprojekten und Hilfsangeboten zur Thematik verzeichnen. Wiegand-Grefe et al. geben an, dass die problematische Situation der Kinder in den letzten zehn Jahren zwar ein stärkeres öffentliches Interesse erfahren habe, jedoch die Forschung zu diesem Gebiet immer noch sehr überschaubar sei. Grund dafür sind nach ihrer Auffassung die lückenhaften und vereinzelt wissenschaftlichen Befunde, die sich zum Teil widersprechen. Somit kann von keinem gesicherten empirischen Wissen gesprochen werden (vgl. Wiegand-Grefe et al., 2011).

Die Wissenschaftler sprechen von einer grundlegenden Veränderung der wissenschaftlichen Situation des Themas seit der Jahrtausendwende. Zahlreiche Veröffentlichungen sind seitdem in Deutschland zu verzeichnen. Nicht nur ein Aufschwung der Publikationen zu dem Thema ist in den letzten zehn Jahren zu bemerken, es sind zudem fast 100 Initiativen entstanden, die mit den betroffenen Familien zusammenarbeiten. „Allen geht es darum, den Kindern möglichst gute Entwicklungschancen zu öffnen.“ (Wiegand-Grefe et al., 2011, S.20). Desweiteren kann man auch von einer rasanten Entwicklung der Internetpräsenz bezüglich dieses Themas sprechen. Es gibt viele informative Internetseiten die zeigen, dass sich die Hilfsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Familien vernetzt haben. Somit wird das Thema für die Gesellschaft zugänglich und das Internet als niedrigschwelliges Hilfsangebot oftmals als erster Schritt der Beratung und Information genutzt.

Zusätzlich zu der Entwicklung und Vernetzung von Informations-, Interventions- und Präventionsmaßnahmen hat auch die Forschung in diesem Bereich in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte gemacht. Mittlerweile laufen eine ganze Anzahl von kontrollierten em-

pirischen Studien, in denen die Präventionsprogramme nach Wirksamkeit beurteilt werden und die der eingangs geschilderten unzureichenden wissenschaftlichen Erkenntnisbasis dienen. Den Sprung in die Gesundheitspolitik hat das für unsere Gesellschaft sehr wichtige Thema bereits geschafft (Bundesgesundheitsblatt, 2009).

2.4 Forschungsansätze

In der Fachliteratur finden sich verschiedene Forschungsansätze, die sich mit der Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern beschäftigen. Gegenwärtig gibt es die Ansätze der High-Risk-Forschung, der Resilienzforschung, genetischer Studien, sozialpsychiatrischer und familientheoretischer, sozialpädagogischer sowie juristischer Forschungen. Diese werden im Folgenden kurz erläutert. In der High-Risk-Forschung werden Merkmale und Indikatoren, die sogenannten Vulnerabilitätsfaktoren, ermittelt, um das Erkrankungsrisiko bestimmter Gruppen mit erhöhtem Krankheitsrisiko genau zu beschreiben. In diesem Forschungsansatz werden neben genetischen und biochemischen Faktoren auch die der Neuropsychologie, der Entwicklungspsychologie sowie lern- und interaktionstheoretische Aspekte berücksichtigt. Ziel ist zum Einen die Ermittlung von Risikofaktoren, zum Anderen das Bestimmen der präventiven und protektiven Faktoren bezogen auf das Erkrankungsrisiko der untersuchten Gruppe. Hierbei wurde festgestellt, dass Kinder psychotischer Eltern häufig psychopathologische Auffälligkeiten zeigten (Schone & Wagenblass, 2002). Genetische Studien untersuchen den Einfluss der Vererbung bezüglich der Entwicklung einer psychischen Störung. Auf die genetische Belastung wurde bereits detailliert eingegangen. Die Resilienz-Forschungsansätze betrachten die Widerstandskraft der Kinder und diejenigen Faktoren, die die Kinder vor einer psychischen Krankheit schützen. Die Ergebnisse der Resilienzforschung sind unter anderem die Grundlage für Präventionsangebote und somit für das vorliegende Konzept von großer Bedeutung. Sozialpsychiatrische und familienpädagogische Forschungsansätze legen einen besonderen Fokus auf die Familiendynamik, da diese beiden Ansätze davon ausgehen, dass die Entwicklung einer psychischen Störung als eine psychoreaktive Form auf bestimmte Umstände verstanden werden kann. Diese Annahme bedeutet für die Kinder psychisch kranker Eltern, dass die psychische Störung ein mögliches Ergebnis eines pathologischen Interaktionsmusters in der Familie darstellt, da das Leben in diesen Familie multiple Belastungen für die Kinder innehat (Mattejat, 2009). Sozialpädagogische Studien kommen bislang nur vereinzelt in der Fachliteratur vor. Eine Vorreiterin der Sozialpädagogik, die Ergebnisse zu durchgeführten Studien vorzeigen kann, ist die Pädagogin Sabine Wagenblass. Der Forschungsansatz dieser Studien fokus-

siert die Lebenswelt und die Entwicklungsbedingungen von Kindern mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteilen. Der spezifische Unterstützungs- und Hilfebedarf durch die Jugendhilfe und die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie stehen hierbei im Mittelpunkt (vgl. Wagenblass, 2003). Juristische Forschungsansätze untersuchen die Gefährdung des Kindeswohls aufgrund der psychischen Erkrankung der Eltern. Die Forschung nimmt sich der Frage an, wie gehandelt werden kann wenn die kranken Eltern nicht mehr erziehungsfähig sind und somit nur beschränkt das Kindeswohl sichern können, ob die rechtlichen Vorschriften diesen Familien gerecht werden und wie rechtliche Beziehungen in schwierigen Situationen gestaltet werden können (Münder, 1995).

In der Fachliteratur wird aktuell weitgehend auf Erklärungsmodelle zur Entstehung und Behandlung psychischer Störungen verwiesen. Das bio-psycho-soziale-Modell ist in Bezug auf den Themenkomplex der Kinder psychisch kranker Eltern am besten geeignet, um Risiken für die generationsübergreifenden Entwicklungen psychischer Störungen zu erklären. Dieses Modell geht von einem Zusammenwirken von biologischen, psychodynamischen, sozialen und gesellschaftlichen Faktoren aus (Schmutz, 2010) und fasst somit die multiplen Belastungen der Kinder auf. Trotz des überzeugenden Ansatzes des bio-psycho-sozialen-Modells haben bislang nur wenig Präventions- und Forschungsprogramme eine Verwirklichung des Modells vorgenommen. Doch aufgrund der enormen Komplexität der Problemsituation der Kinder muss vor allem die Prävention auf der Basis des Modells agieren. Darüber hinaus wird in der Wissenschaft häufig das Vulnerabilitätsmodell angewendet, welches eine bestimmte Verletzlichkeit annimmt, damit eine psychische Störung entstehen kann. Nach Schmutz kann das Zusammentreffen und Zusammenwirken von ungünstigen Faktoren in Verbindung mit dieser Verletzlichkeit eine psychische Erkrankung auslösen. Zusätzlich zum bio-psycho-sozialen-Modell und dem Vulnerabilitätsmodell lässt sich das Modell der Salutogenese für die Entwicklung von Unterstützungsangeboten für die Kinder anwenden. Hierbei wird der Fokus auf die Aktivierung und Mobilisierung der subjektiven Selbsthilfepotentiale und Selbsthilfestrategien sowie der im Umfeld befindlichen Gesundheitsressourcen gelegt (vgl. Schmutz, 2010).

3 Prävention

Da das Kurzzeit-Gruppenangebot eine Präventionsmaßnahme für Kinder psychisch kranker Eltern darstellt, wird in den folgenden zwei Abschnitten auf die Rolle der Prävention einge-

gangen. Zum Einen wird die Verbindung zur Sozialen Arbeit hergestellt, zum Anderen wird der Leser über spezifische Präventionsangebote informiert.

3.1 Prävention in der Sozialen Arbeit

Prävention im Sozial- und Gesundheitswesen umfasst alle personen- und gruppenbezogenen sowie kontext- und systemabhängigen Strategien zur Erhaltung der Gesundheit. Gemeint sind hier alle Interventionshandlungen, die zur Vorbeugung und Bewältigung persönlicher, kollektiver und sozialer Gesundheitsrisiken oder gesundheitsrelevanter Problemlagen beitragen (Franzkowiak, 2006). Nach dem biomedizinischen Strukturmodell wird hinsichtlich der Ziele und des zeitlichen Ansatzes im Krankheitsverlauf in der internationalen Fachliteratur die Dreiteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention vorgenommen. Die primäre Prävention umfasst die Förderung der Gesundheit und die Verhütung der Krankheit durch die Beseitigung der ursächlichen Faktoren. Hier sind auch die Verhinderung und Verminderung verhaltensbedingter Risikofaktoren, die Erhöhung der Widerstandskraft oder die Veränderung der Umweltfaktoren, die zur Krankheitsentstehung beitragen, unterzuordnen. Die sekundäre Prävention hat das Ziel der Krankheitsfrüherkennung, die tertiäre Prävention will Folgeschäden und Chronifizierungen vermeiden sowie Rückfälle verhindern (Warnke & Lehmkuhl, 2003). Damit fällt das vorliegende Präventionsangebot für Kinder psychisch kranker Eltern nach dieser wissenschaftlichen Einteilung unter die primäre Prävention.

Im Jahr 2001 identifizierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sechs prioritäre Krankheitsgruppen, in denen „ein bedeutsames und nicht ausgeschöpftes Potenzial an Primär- und teilweise auch Sekundär- bzw. Tertiärprävention besteht“. Neben zerebrovaskulären Erkrankungen und Krebserkrankungen wurde hier die Gruppe der depressiven Störungen genannt. Als Strukturdefizite für diese Gruppen nennt der Sachverständigenrat der WHO eine generell mangelnde Präventionsorientierung des deutschen Systems. Zu vergleichbaren Zielbestimmungen kommen die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung in ihren Empfehlungen für präventiv prioritäre Ziele (GKv, 2011).

„Im Zuge gesundheitspolitischer Kosteneinsparungen stellen zeitlich begrenzte, aber effektive und effiziente Interventionen wichtige zukünftige Maßnahmen dar, wobei zu prüfen ist, welche Interventionsform sich anderen ggf. als überlegen erweist“ (Christiansen et al., 2011, S.477). Zeitlich begrenzte, effektive und effiziente Maßnahmen sollten jedoch nicht nur in der Intervention, sondern auch in der Prävention als Ziel gesehen werden. Aus die-

sem Grund wurde das Kurzzeit-Gruppenangebot zur Förderung der personalen Ressourcen für Kinder psychisch kranker Eltern entwickelt. „Ein wissenschaftlich fundiertes Interventionsprogramm zur Prävention psychischer Störungen bei Kindern sollte auf die Verhütung und Verringerung kindlicher Verhaltensstörungen durch die Förderung personaler, familiärer und sozialer Ressourcen und die Stärkung der Resilienz bei den Kindern abzielen“ (Lenz, 2010, S.35).

3.2 Präventionsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern

In den letzten Jahren wurden zahlreiche Präventionsangebote und –projekte für Kinder psychisch kranker Eltern in Deutschland entwickelt. Diese fokussieren verschiedene Schwerpunkte. Sie richten sich im Sinne der fallbezogenen Prävention primär an die Kinder. Im Sinne einer fallübergreifenden und strukturell orientierten Prävention an die Bedingungen, die die Kinder umgeben. Die Angebote reichen von Primärprävention im Säuglings- und Kleinkindsalter, über Prävention im Kindes- und Jugendalter (Projekte im ambulanten sowie im stationären Bereich), Patenprojekte, internetbasierte Information und Beratung bis hin zu präventiven Ansätzen auf der Eltern- und Familienebene (Reinisch et al., 2011). Im Folgenden werden nur einzelne Präventionsangebote für Kinder psychisch Kranker im Rahmen eines Gruppenangebotes betrachtet um die Bedeutung eines kurzzeitigen Angebotes deutlich zu machen.

Ein wichtiger Vorreiter der gesamten Gruppen-Präventionsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern ist das Kinderprojekt Aurnyn aus Freiburg. Das Pilotprojekt wurde erstmals 1995 zur Unterstützung der betroffenen Kinder durchgeführt. Ziele des niedrigschwelligen Projektes waren u.a. die Ermutigung der Kinder ihre Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken, die Kinder über die Krankheit der Eltern aufzuklären und sie somit von Ängsten und Schuldgefühlen zu entlasten, das Selbstvertrauen und die Eigenständigkeit zu fördern sowie die Aufhebung der Parentifizierung. Das themenzentrierte Präventionsangebot fand einmal wöchentlich über die Dauer von vier Monaten statt. Zusätzlich wurde Elternarbeit betrieben, um auch diese zu stärken und zu entlasten. Bis heute fanden neun altersentsprechend zusammengestellte Aurnyn-Gruppen in Deutschland statt und wurden von Kindern, Eltern und Gruppenleitern als überwiegend positiv bewertet (Deneke, 2011). Der Verein „SeelenNot“ begann 1999 nach dem Vorbild der Aurnyn-Gruppen ebenfalls Präventionsgruppen für Kinder psychisch Kranker durchzuführen, musste diese Angebote jedoch aufgrund von Finanzierungsschwierigkeiten wieder einstellen. Seit 2009 werden in Kooperation mit anderen Einrichtungen wieder Gruppenangebote für die Kinder angeboten (Deneke,

2011). Ebenfalls in Anlehnung an die Aurn-Projekte entstand im Jahr 2000 in Hamburg das sozialtherapeutische Kindergruppenangebot „Windlicht“. Die Ziele dieses Angebotes unterscheiden sich kaum von den oben aufgeführten Zielen der Aurn-Gruppen; Entlastung der Kinder und Raum zur individuellen Entwicklung stehen im Mittelpunkt. Das Angebot fand im Zeitraum eines Jahres mit wöchentlichen Sitzungen á 2 Stunden statt. Nach positiven Rückmeldungen wurden zwei weitere Gruppenangebote in Hamburg durchgeführt. Das in der Fachliteratur oft genannte ambulante Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern KIPKEL wurde 1998 von Susanna Staets entwickelt. Bis zum Jahr 2008 hat KIPKEL insgesamt über 800 Kinder und ihre Familien betreut. Ein Ziel dieses niedrigschwelligen Angebotes ist die Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung der Kinder sowie die Entlastung der Kinder und der Eltern. In wöchentlichen Gruppenangeboten können Kinder ihre Erfahrungen austauschen, über Lösungsstrategien sprechen und neu erworbene Freiheiten genießen und erproben (Staets, 2011). In Anlehnung an KIPKEL entstand 2006 die Therapie- und Trainingsgruppe „Sonne- und Wolken-Gruppe“ für Kinder psychisch kranker Eltern. Diese bot Platz für die besonderen Erfahrungen und Bedürfnisse der Kinder. Ziel war auch hier der Austausch untereinander, die Information über psychische Krankheiten, die Entlastung der Kinder und die Verbesserung der eigenen Orientierung bezüglich der eigenen Lebensgeschichte. Das Gruppenangebot fand einmal wöchentlich für 75 Minuten in einem Zeitraum von acht Wochen statt und wurde von den Kindern sehr positiv angenommen (vgl. Hartmann, 2008).

Im Rahmen des 3-jährigen Projektes „KipE“ wurden bereits 2001 Gruppenangebote für Kinder von 5 bis 15 Jahren geschaffen, in denen sich die Kinder untereinander austauschen konnten, Fragen stellen und Befürchtungen bezüglich der psychischen Erkrankungen der Eltern aussprechen durften (Deneke, 2011). Das 2003 abgeschlossene erste Projekt von „KipE“ hat sich in Deutschland in letzter Zeit erneuert und überregional verbreitet. Allein auf das Rheinland bezogen wurde seit Mai 2011 im Rahmen des vom Landschaftsverband finanzierten Projektes „Kinder psychisch kranker Eltern“ daran gearbeitet, regionale Netzwerke zu schaffen, Präventionsarbeit zu leisten und nachhaltige Angebote für Kinder und Eltern zu etablieren. Insgesamt neun Modellregionen bieten Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Angehörigen an. Eine dieser Modellregionen stellt die Psychiatrische Hilfgemeinschaft in Duisburg dar, in der das vorliegende Konzept für das kurzzeitige Gruppenangebot durchgeführt wurde.

4 Das Kurzzeit-Gruppenangebot

4.1 Ziele

Die Ziele des kurzzeitigen Gruppenangebotes für Kinder psychisch kranker Eltern im Alter von 11 bis 13 Jahren sind primär die Informationsvermittlung über die Krankheit der Eltern und die damit zusammenhängende Entlastung von Schuld- und Schamgefühlen. Neben der Stärkung der emotionalen Wahrnehmung und des Selbstwertgefühls werden die Kinder zudem in ihren individuellen Bewältigungsformen, vor allem in Bezug auf Stress und negative Gefühle, gestärkt. Durch die Austauschmöglichkeiten mit Gleichaltrigen kann den bestehenden Isolationsgefühlen entgegenwirkt werden. Zudem werden die Kinder in der Freizeitgestaltung und dem Erleben von Unbeschwertheit unterstützt. Die Kreativitäts- und Fantasieförderung erweitert zusätzlich die personalen Kompetenzen. Weitere Ziele sind der Aufbau und die Stärkung des Selbstvertrauens sowie die Förderung der Problemlösekompetenz der Kinder.

An dieser Stelle wird noch einmal die Notwendigkeit eines kurzzeitigen Gruppenangebotes deutlich gemacht. Neben den bereits erwähnten multiplen Belastungen, denen die Kinder psychisch kranker Eltern ausgesetzt sind, ergeben sich im Alltag weitere Belastungen, die ein Angebot außerhalb der Schulzeit notwendig machen. Die Kinder werden durch den Besuch von Ganztagschulen in ihrer möglichen außerschulischen Freizeitaktivität eingeschränkt. Zudem kann diese verlängerte Schulzeit nach Lucht als „regelrechte Belastung für das Kind durch die Schule“ angesehen werden (vgl. Lucht, 2009, S.14). Auch Kinder, die nicht die Ganztagschule besuchen, haben weitere Belastungen bzw. Aktivitäten in den Nachmittagsstunden wie z.B. den Besuch von Vereinen oder anderen festen Freizeitgruppen. Nach einer Studie hat zusätzlich rund ein Drittel der Kinder im Alter von 8 bis 12 Jahren Schwierigkeiten mit dem Erledigen von Hausaufgaben (Alt, 2005). Das bedeutet, dass das Erledigen dieser Aufgaben wahrscheinlich sehr viel Zeit in Anspruch nimmt und somit die Freizeit der Kinder dadurch eingeschränkt wird. Vor allem Kinder psychisch kranker Eltern erledigen viele Aufgaben „nebenbei“. Sie kümmern sich um ihr Geschwister und sind für den Haushalt oder das Essen verantwortlich (Lenz, 2010). Ein zusätzlicher wöchentlicher Termin würde für die Kinder eine weitere Belastung darstellen. Aus diesen Gründen ist es sinnvoll, ein Angebot in die schulfreie Zeit zu legen. In den Ferien können sich die Kinder völlig auf das Programm einlassen, sie werden durch die verschiedenen alltäglichen Verpflichtungen (v.a. durch die Schule) nicht abgelenkt. Man sollte bedenken, dass eine Teilnahme der Kinder im vollen Umfang sehr wünschenswert ist, damit sie auf allen Ebenen

gefördert werden können. Zudem ist die Entlastung der Eltern durch ein Angebot für die Kinder in der schulfreien Zeit ebenfalls sehr wichtig. Diese können dadurch ihre Kräfte schonen und müssen nicht den kompletten Tag für die Kinder da sein. Die Chance, dass sie die übrigen Stunden des Tages mit ihren Kindern verbringen, wird durch die halbtägige Entlastung vergrößert. Nicht zu vergessen sind zudem die, mit diesem kurzzeitigen Angebot zusammenhängenden, Chancen für die ausführenden Einrichtungen. Der oft beklagte Zeit- und Personalmangel für entsprechende Angebote könnte in den Schulferien von geringerer Präsenz sein. Viele Studenten der Psychologie oder der Sozialen Arbeit haben zu dieser Zeit oftmals keine universitären Verpflichtungen und somit Zeit für derartige Angebote. Außerdem bieten viele Einrichtungen bereits Ferienprogramme an. Nur die fachliche Komponente müsste bei der Umsetzung ergänzt werden.

4.2 Grundlegendes

Die Kinder der Interventionsgruppe waren bereits vor der Durchführung des Kurzzeit-Gruppenangebotes in der Psychiatrischen Hilfgemeinschaft bekannt. Die Krankheitseinsicht der Eltern ist eine Voraussetzung für die Teilnahme der Kinder an dem Angebot. Ohne diese elterliche Einsicht kann in dem geplanten Rahmen nicht gearbeitet werden. Da die Eltern jedoch bereits von der Psychiatrischen Hilfgemeinschaft betreut werden, besteht diese Krankheitseinsicht (mehr oder weniger). Über die Einrichtung wurden im Februar Einladungen an die Kinder sowie an die Eltern verschickt. Die Kinder wurden offiziell und schriftlich zu dem Ferienprogramm eingeladen, die Eltern bekamen eine Einladung zu einem Elterninformationsabend. Über die Mitarbeiter der Psychiatrischen Hilfgemeinschaft meldeten sich die Kinder an. Der Elterninformationsabend, an dem die Gruppenleiter sich selbst und das Programm vorstellten, war trotz der schriftlichen Einladung sehr schlecht besucht.

Das Kurzzeit-Gruppenangebot fand in der ersten Woche der Osterferien statt. Die Psychiatrische Hilfgemeinschaft stellte für das Angebot einen großen Raum zur Verfügung und kam zudem für alle Materialkosten auf. Die Gruppenleitung wurde durch zwei Studenten der Sozialen Arbeit/ Sozialpädagogik und somit natürlich auch von der Verfasserin dieser Arbeit besetzt. Es war an dieser Stelle wichtig, dass auch ein männlicher Gruppenleiter an dem Programm teilnahm. So konnten die Kinder beide Geschlechterrollen positiv wahrnehmen. Das Angebot war für die Kinder kostenlos, zudem wurde ein Fahrdienst eingerichtet um eine regelmäßige Teilnahme der Kinder zu sichern. Es konnte nicht davon ausgegangen werden, dass die (psychisch kranken) Eltern jeden Tag in der Stimmung waren und

die Zeit und Kraft hatten, die Kinder in die Psychiatrische Hilfgemeinschaft zu bringen. Zudem wurde vor der Durchführung des Programms sicher gestellt, dass die Kinder nach der Beendigung des Angebotes mit den PHG-Mitarbeitern über alle Inhalte des Angebotes noch einmal reden können. Somit werden die Kinder mit angestoßenen und nicht verarbeiteten Themen nicht sich selbst überlassen.

4.3 Das Konzept: Ein Überblick

Die folgende Tabelle stellt Inhalte und Ziele der einzelnen Tage (Einheiten) dar.

	Inhalt	Ziele
Erste Einheit	• Kennenlernen, Gruppenregeln und Ablauf des Programms, Schweigevertrag • Gefühle benennen und beschreiben • Eigenen Gefühle bewusst wahrnehmen • Fremde Gefühle bewusst wahrnehmen • Was hilft bei negativen Gefühlen • Gefühle darstellen • Austausch mit den anderen Kindern • Was haben wir alle gemeinsam • Reaktionen auf Emotionen • Transfer	• Emotionale Kompetenzförderung • Empathievermögen fördern • Isolationsgefühle abbauen • Bewältigungsmuster für negative Gefühle • Selbst- und Fremdwahrnehmung fördern
Zweite Einheit	• Körperliche Erkrankungen • Was ist die Seele • Die Seelenvogel-Geschichte • Den Seelenvogel basteln • Psychische Erkrankungen • Aufklärung, Fragerunde • Entspannung • Transfer	• Psychoedukation (altersgemäße Krankheitsaufklärung und Informationsvermittlung) • Förderung der Fantasie und der Kreativität • Abbau von Schuld- und Schamgefühlen sowie Isolationsgefühlen • Sorgen und Ängste der Kinder mildern
Dritte Einheit	• Kennenlernen eines Stressmodells • Wahrnehmung eigener Stressreaktionen • Erkennen von Stresssituationen • Einsatz von Bewältigungsstrategien • Verschiedene Entspannungsverfahren • Notfallperson • Transfer	• Bewältigungsstrategien für stressige Situationen • Entspannungsmöglichkeiten erfahren • Krisenbewältigung
Vierte Einheit	• Was ich an mir mag • Was andere Menschen an mir mögen • Komplimente machen und annehmen • Schatzkiste gestalten und füllen • Transfer • Verabschiedung	• Selbstbewusstsein stärken • Selbstwirksamkeit erfahren • Selbstschätzung fördern

Tabelle 3: Übersicht über Inhalte und Ziele des Kurzzeit-Gruppenangebotes

Nachfolgend werden die Inhalte der einzelnen Einheiten (Tage) detailliert beschrieben. Sämtliche Arbeitsmaterialien, die in diesem Konzept eingesetzt werden, befinden sich im Anhang.

4.3.1 Erste Einheit

1 Begrüßung (5 Minuten)

2 Kennlernspiele (15 Minuten)

Um einen Einstieg in das Programm zu finden wird nach der Begrüßung und Bekanntmachung der Kinder ein Kennlernspiel angeboten. Kennlernspiele geben den Kindern eine erste Gelegenheit spielerisch und ungezwungen miteinander in Kontakt zu treten und animieren zur Kooperation untereinander. Nach Petillon erleichtern sie wesentlich den gruppendynamischen Prozess und sollten immer durchgeführt werden um ein Gruppengefühl bei sich noch unbekannten Mitgliedern aufzubauen (vgl. Petillon, 1997). Die Gruppenleiter nehmen ebenfalls an den Spielen teil. Das erste Spiel „Spinnennetz“ (Anhang, S.14) macht die Interventionsgruppe mit allen Namen vertraut und fördert die Interaktion der Kinder untereinander. So können bereits zu Beginn des Programms soziale Kontakte geknüpft werden. Der freie Austausch der Kinder untereinander ist hierbei sehr wichtig (Lenz, 2010) und sollte zu jeder Zeit ausreichend Platz finden.

Um den Gruppenzusammenhang zu stärken und den Isolationsgefühlen entgegenzuwirken, wird nach dem ersten Kennlernspiel ein weiteres Kooperationspiel gespielt. Durch das Spiel „Kettenreaktion“ (Anhang, S.14) wird den Kindern schnell bewusst, dass sie miteinander viele äußere Gemeinsamkeiten haben.³ Somit werden die nach Mattejat beschriebenen belastenden Isolationsgefühle Kinder psychisch kranker Eltern bereits zu Beginn des Programms abgebaut (vgl. Mattejat, 2009).

3 Sitzkreis (20 Minuten)

Nach dem Kennenlernen kommen die Kinder mit den Gruppenleitern in einem Sitzkreis zusammen und werden über das Ferienprogramm aufgeklärt. Wichtig ist hierbei, ganz selbstverständlich mit der Erkrankung des Elternteils umzugehen, damit es den Kindern leichter fällt sich in der Gruppe zu diesem Thema zu öffnen (Lägel, 2008). In dieser Runde wird von jedem Kind ein Schweigevertrag unterschrieben (Anhang, S.10). Der Schweigevertrag hat

³ Zu den inneren Gemeinsamkeiten wie z.B. Schuldgefühle, Angst oder Einsamkeit wird im Folgenden noch eingegangen.

deshalb eine tragende Bedeutung, da viele Kinder Angst haben, dass intime Details von ihrer Familie an die Öffentlichkeit getragen werden. Aufgrund dieser Angst könnten sie sich in der Gruppe nicht öffnen. Die Gruppenleiter machen den Kindern deutlich, dass die Gruppe ein geschützter Raum ist, in dem über alles gesprochen werden kann und dass nichts aus dieser Gruppe weitererzählt wird. Mit der Ankündigung dieses Vertrages sichern sich die Gruppenleiter außerdem vorab (beim Elternabend) das Vertrauen der Eltern, da diese ebenfalls Wert auf den angemessenen Umgang mit ihrer Krankheit legen (Mattejat, 2009). Anschließend werden mit den Kindern Gruppen- und Verhaltensregeln bestimmt, die auf ein großes Plakat geschrieben werden und an die sich die Gruppe für die Zeit des Programms halten muss. Die Gruppen- und Verhaltensregeln sind wichtig um in der Gruppe wie gewünscht arbeiten zu können. Zudem stärken sie nach Langfeldt und Büttner das prosoziale Verhalten (vgl. Langfeldt & Büttner, 2008). Mit einer Unterschrift auf dem Plakat macht jedes Kind deutlich, dass es die Regeln akzeptiert und als verbindlich ansieht. Zum Abschluss wird von den Gruppenleitern die Erlaubnis der Eltern zur aktiven Teilnahme an dem Programm angesprochen. Hierbei wird den Kindern berichtet, dass ihre Eltern vorab, z.B. auf dem Elternabend über die Inhalte des Programms informiert wurden und dass die Kinder über alles frei reden „dürfen“. Somit sollen die Kinder bestärkt werden sich dem Thema zu öffnen und sich nicht, an Loyalitätskonflikten leidend, der Gruppe verschließen. Es wäre wünschenswert, dass die Eltern vorab mit den Kindern über diese Sache gesprochen haben. Jedoch kann, trotz Aufforderung am Elternabend, nicht damit gerechnet werden, dass alle Eltern dies tun. Aus diesem Grund ist es sehr wichtig, noch einmal mit den Kindern darüber zu sprechen und die Erlaubnis zu verdeutlichen. Anschließend werden die SDQ-Selbsteinschätzungsfragebögen ausgefüllt.

4 Sich selbst und den Anderen bewusst wahrnehmen (10 Minuten)

Nach diesem theoretischen aber sehr wichtigen Teil des Programms wird auf die Gefühle und somit die inneren Gemeinsamkeiten der Kinder eingegangen. Um in das Thema spielerisch einzusteigen wird das für eine solche Zielsetzung von Kopfhammer empfohlene Spiel „Spiegelbild“ durchgeführt (Anhang, S.14). Das Spiel animiert die Kinder, auf andere zu achten und sich selbst bewusst wahrzunehmen. Zusätzlich leitet es die Empathieförderung ein. Empathisch auf das Gegenüber reagieren zu können ist nach Mattejat für Kinder psychisch kranker Eltern unter anderen ein Faktor, der sie vor der Entwicklung einer psychischen Störung bewahren kann (vgl. Mattejat, 2009).

5 Gefühle wahrnehmen (15 Minuten)

In dem Präventionsprogramm für Kinder psychisch kranker Eltern werden einige Aspekte der sozialen und emotionalen Kompetenz gefördert. Das erste Ziel des Programms ist das Emotionserkennen sowie das Emotionsverständnis. Für das Erkennen von Emotionen werden in der Umsetzung verschiedene Übungen und Spiele mit den Kindern durchgeführt. Ebenso wichtig wie das Emotionserkennen ist das Verstehen von Emotionen (Malti & Perren, 2008). Dafür werden mit den Kindern Ursachen und Folgen sowie der Ausdruck von Emotionen behandelt. Währenddessen lernen sie, dass eine Situation mitunter zwei verschiedene Gefühlszustände hervorrufen kann. Bereits in anderen etablierten Präventionsprogrammen speziell für Kinder psychisch kranker Eltern, wie beispielsweise dem Angebot der AURYN-Gruppen, wird dem Wahrnehmen und Akzeptieren eigener Gefühle und Bedürfnisse eine große Bedeutung zugetragen (Schaub & Frank, 2010).

Wie bereits ausführlich erklärt sind es die sozialen und emotionalen Kompetenzen der Kinder, die es in der Prävention zu stärken gilt. Die Förderung der sozial-kognitiven, emotionalen und sozialen Kompetenzen wird in dem „Programm zur Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen“ anschaulich beschrieben. In diesem Präventionsprogramm für Schulkinder wird als Teilziel auf das Erkennen und Benennen eigener und fremder Emotionen (Frühauf, 2008) eingegangen, welches in dem Gruppenprogramm für Kinder psychisch kranker Eltern ebenfalls umgesetzt wird. Die emotionale Kompetenz umfasst nach Langfeldt und Büttner acht Schlüsselfertigkeiten und wird in der sozialen Interaktion erworben (vgl. Langfeldt & Büttner, 2008). Sechs dieser Fertigkeiten werden bei der Umsetzung des kurzzeitigen Gruppenangebotes beachtet und als Ziele für die erste Einheit definiert:

- Bewusstsein bezüglich des eigenen emotionalen Zustandes
- Erkennen der Emotionen anderer Personen aufgrund ihres emotionalen Ausdrucks sowie aufgrund von Merkmalen und Situationen
- Fähigkeit, empathisch auf das emotionale Erleben anderer Personen einzugehen
- Wissen, dass emotionales Empfinden und emotionaler Ausdruck sowohl bei sich selbst als auch bei anderen nicht immer kongruent sind
- Bewältigung negativer Emotionen mit Hilfe selbstregulativer Strategien
- Emotionale Selbstwirksamkeit und Akzeptieren der eigenen Emotionen

Emotionale Kompetenzen ermöglichen den Kindern „eine größere Bandbreite von Lebensaufgaben im emotionalen und sozialen Bereich leichter zu bewältigen“ (Bieg & Behr, 2005, S. 38). Im präventiven Trainingsprogramm „Dich und Mich verstehen“ von Bieg und Behr

wird die emotionale Sensitivität durch das angemessene Ausdrücken der eigenen Emotionen und das differenzierte Erkennen von Emotionen anderer dargestellt. Die Autoren leiten aus dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus die Schlussfolgerung ab, dass „Kompetenzen zur Bewältigung von Angst und Stress gestärkt werden, wenn Menschen für die Wahrnehmung der eigenen Gefühle und die der anderen sensibilisiert werden“ (Bieg & Behr, 2005, S.147). Somit ist das genannte Trainingsprogramm sinnvoll für die Gruppe der Kinder psychisch kranker Eltern, die auch auf der Ebene Angst- und Stressbewältigung gestärkt werden sollen (siehe dritte Einheit).

In der praktischen Durchführung werden zunächst im Sitzkreis alle unterschiedlichen Gefühle die den Kindern einfallen, auf kleine Zettel geschrieben. Diese Gefühle werden anschließend geordnet und in Kategorien unterteilt. Zu den einzelnen Gefühlen dürfen Geschichten erzählt oder Gedanken geäußert werden. Ziel hierbei ist es, den Kindern bewusster zu machen, welche Gefühle es gibt, dass jeder Mensch Gefühle wie Angst kennt und dass sich Gefühle je nach Person unterschiedlich bemerkbar machen können. An dieser Stelle ist es besonders wichtig, Kindern das bereits vorhandene Wissen über ihre Gefühle zu verdeutlichen und ihnen zu vermitteln, dass diese Gefühle Realität sind und etwas zu bedeuten haben. Den Kindern soll im Sitzkreis klar gemacht werden, dass ihre Gefühle ihre eigenen Produkte, (freigewählte, wenn auch häufig unbewusste) Reaktionen auf Situationen sind und dass andere Menschen nicht in der Lage sind, „uns etwas fühlen zu machen“ (Plummer, 2009, S.92). Es sollte auf eine ausgewogene Darstellung der positiven und negativen Gefühle geachtet werden. Zudem ist es für die weitere Arbeit wichtig, dass auch das Gefühl der Unsicherheit genannt und besprochen wird. Die Gefühle der Liebe und Zuneigung sind hier von großer Bedeutung, da mit den Kindern an späterer Stelle besprochen wird, dass sie von den Eltern trotz der Krankheit und den dazugehörigen Auswirkungen geliebt werden. Das Gefühl der Liebe in Bezug auf ihre Eltern ist für die Kinder von essentieller Natur. Neben der Abhängigkeit der Kinder von der Liebe der Eltern muss dabei bedacht werden, dass die Kinder auf der anderen Seite bedingungslos ihre Eltern lieben. Die Tatsache, dass die Kinder sehr wichtig für die Eltern sind und von ihnen geliebt werden muss im Zusammenhang mit Gefühlen unbedingt zur Sprache kommen. Dass die Kinder ihre Eltern trotz der Belastungen und Probleme lieben, steht außer Frage und bekommt auch in der praktischen Umsetzung Raum.

6 Unsere Gefühle (10 Minuten)

Zur Erweiterung der Gefühlswahrnehmung wird in Anlehnung an „Unsere Gefühle“ von Plummer (Anhang, S.24) ein Arbeitsblatt bearbeitet. Ziel des Arbeitsblattes ist es, die Kin-

der herausfinden zu lassen, was in Situationen mit dem Gefühl der Unsicherheit hilfreich sein könnte und was ihnen helfen würde, sich in einer neuen Situation zurechtzufinden. Im weiteren Verlauf werden in der Gruppe Gefühle beschrieben, die in Zusammenhang mit Situationen mit den erkrankten Eltern stehen. So wird ein Zusammenhang zu den Eltern und der elterlichen Krankheit hergestellt. Im Vordergrund stehen in dieser ersten Einheit die Gefühle der Kinder und nicht die Krankheit der Eltern. Bei der Darstellung der Situationen mit den Eltern soll wieder auf ein ausgewogenes Verhältnis von positiven und negativen Gefühlen geachtet werden, wie schon Prof. Dr. Hartmann zur Durchführung seiner „Sonne- und Wolken-Gruppe“ anmerkte (vgl. Hartmann, 2008). Der nächste Schritt der Umsetzung sieht vor, dass die Kinder Bewältigungsmuster für negative Gefühle herausarbeiten, die ihnen in Zukunft helfen können, mit diesen Gefühlen umzugehen und sie bestenfalls in positive Gefühle umzuwandeln. In der Gruppe überlegen und berichten die Kinder, was sie machen können um sich in negativen Situationen besser zu fühlen. So lernen die Kinder voneinander verschiedene Bewältigungsstrategien für negative Gefühle, was sich positiv auf die psychische Gesundheit auswirkt (vgl. Lenz, 2010). Bei dieser Gruppenphase kann jedes Kind eigene Ideen einbringen. Die Gruppenleiter ermutigen die Interventionsgruppe zur praktischen Umsetzung der Bewältigungsstrategien in den Alltag, um eine Verbindung zum alltäglichen Leben der Kinder zu schaffen.

7 Pause (10 Minuten)

Während der gesamten Umsetzung des Präventionsprogramms wird stets darauf geachtet, dass die Kinder Zeit und Raum zum freien Austausch untereinander haben. Der Austausch mit Gleichaltrigen in ähnlichen Lebenssituationen hilft den Kindern mit der Krankheit der Eltern besser umgehen zu können und die belastenden Isolationsgefühle abzubauen (Lenz, 2010). In jeder Einheit gibt es eine Pause, in der die Kinder Kakao und Kuchen o.ä. essen sowie die Gelegenheit bekommen, sich mit den zur Verfügung stehenden Materialien wie fachlichen Kinderbüchern (Anhang, S.28) und natürlich mit den anderen Kindern zu beschäftigen. Das ungezwungene und unangeleitete Zusammensein stellt eine gute Abwechslung zum doch recht durchstrukturierten Programm des Angebotes dar. Die Gruppenleiter stehen in solchen Phasen für Einzelgespräche zur Verfügung und können intime Fragen, die nicht für die Gruppe bestimmt sind, beantworten.

8 Auflockerungsspiel (10 Minuten)

Nach der Arbeit im Sitzkreis wird das Spiel „Armer schwarzer Kater“ (Anhang, S.14) angeboten. Das Spiel hat zum Einen Auflockerung der Gruppe, zum Anderen das weitere Sensibilisieren für Gefühle zum Ziel. Die Kinder werden angeregt, die anderen Gruppenmitglieder bewusst wahrzunehmen und auf Gestik und Mimik beim Gegenüber zu achten. Somit wird die sinnliche Wahrnehmung geschärft und die Kinder werden für die Gefühle anderer sensibilisiert, was sich positiv auf die Empathiefähigkeit auswirkt und somit wiederum die psychische Gesundheit der Kinder stabilisieren kann (Mattejat, 2009). Die Kinder sollen in die Lage gebracht werden, sich in andere Menschen hineinzusetzen und die Emotionen so zu empfinden, wie sie das Gegenüber fühlt.

9 Wechselnde Gefühle (10 Minuten)

Um das Thema Gefühlswahrnehmung zu intensivieren, wird in Anlehnung an Plummers Trainingsprogramm „Wie Kinder lernen, sich wertschätzen“ auf wechselnde Gefühle eingegangen (Anhang, S.25). Mit den Kindern wird erarbeitet, dass sie zu unterschiedlichen Zeiten und in unterschiedlichen Situationen verschiedene Gefühle haben. Die Kinder sollen in der weiteren Umsetzung des Angebotes ausdrücken, woran sie ihre eigenen und fremde Gefühle erkennen. Sie üben diesen Ausdruck verbal oder symbolisch durch das Malen von Bildern oder Zeichen. Darauf aufbauend üben sie die Gefühle der anderen Kinder an Gesichtsausdruck, der Stimme oder der Körperhaltung zu deuten und zu verstehen. Den Kindern wird in der folgenden Gruppendiskussion deutlich, dass eine Situation bei mehreren Personen für unterschiedliche Gefühle verantwortlich sein kann (Bieg & Behr, 2005) und dass diese Erkenntnis wichtig ist, um das Verhalten anderer Menschen zu verstehen.

10 Nonverbale Gefühle (10 Minuten)

Zur weiteren Selbst- und Fremdwahrnehmung von Gefühlen gehören nicht nur die verbal ausgedrückten Gefühle. Die Kinder lernen im nächsten Schritt, wie man seine Gefühle nonverbal ausdrückt und wie sie anhand von Körpersprache die Emotionen anderer Menschen erkennen können. Zu diesem Zweck sollen sie in der Gruppe vorgespielte Emotionen deuten und mit körperlichen, ebenfalls nonverbalen Reaktionen auf diese vorgespielten Emotionen antworten. Eine Übung zu dieser nonverbalen Darstellung von Gefühlen ist die Erweiterung des Spiels „Spiegelbild“. Die Kinder werden hierbei aufgefordert, immer genau das Gegenteil des Gegenübers darzustellen. Mit dieser Übung wird weiterhin auf die für die Kinder der Interventionsgruppe protektive Empathiefähigkeit abgezielt (Mattejat, 2009).

11 Bedürfnissen bewusst werden (10 Minuten)

Ergänzt wird das letzte Spiel durch eine weitere Übung, welche die Kinder auffordert, gewünschte Reaktionen ihrer Umgebung auf ihre Gefühle vorzustellen und auszusprechen. Dazu werden die Zettel mit den zu Beginn des Programms aufgeschriebenen Gefühlen in die Mitte des Sitzkreises gelegt, die Kinder ziehen die Zettel und beantworten zu dem jeweiligen Gefühl die folgenden Fragen: „Welche Reaktionen aus der Umgebung würden mir bei diesem Gefühl helfen?“, „Was wünsche ich mir von meiner Umgebung wenn es mir so geht?“. Hier werden sich die Kinder ihren eigenen Bedürfnissen bewusst, was nach Lenz von großer Bedeutung für die Gesundheit ist (vgl. Lenz, 2010). Zusätzlich kann die Variationsbreite der unterschiedlichen Bedürfnisse verdeutlicht werden.

12 Auflockerungsspiel (15 Minuten)

Das letzte Spiel „Mumien“ (Anhang, S.15) der ersten Einheit hat den Zweck, den Kindern einfach Spaß zu machen. Die Kinder sollen am nächsten Tag gerne wieder kommen.

13 Abschlussrunde (10 Minuten)

Zum Ende der ersten Einheit wird mit den Kindern abschließend ein Sitzkreis gebildet. Die Gruppe reflektiert den Tag und die Inhalte des Programms. Wichtig ist es hierbei, dass auf den Transfer in den Alltag geachtet wird. Unter Transfer wird ein psychosozialer Prozess verstanden, der die Aufnahme und Übertragung der im Angebot gelernten Inhalte auf eine andere alltägliche Situation umfasst (Lehmke, 1995). Das Erlernte soll weiterhin in den Köpfen der Kinder bleiben und somit für den täglichen Gebrauch geeignet sein. Wünschenswert wäre die längerfristige Wirkung des Angebotes; diese lässt sich jedoch im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht überprüfen. Abschließend werden die spezifischen Fragebögen sowie die Feedbackfragebögen ausgeteilt und von den Kindern ausgefüllt. Aufgelockert und gut gelaunt können sie danach aus dem ersten Programmtag nach Hause gehen.

4.3.2 Zweite Einheit

1 Begrüßung (5 Minuten)

2 Aufwärmspiel (10 Minuten)

Zu Beginn der zweiten Einheit wird nach der Begrüßung und zum Aufwärmen das Spiel „Tischpusteball“ (Anhang, S.15) gespielt. Damit soll eine ausgelassene Stimmung und positive Einstellung der Kinder zum Programm erreicht werden. Nach diesem Spiel kommen die Kinder im Sitzkreis zusammen.

3 Physische Krankheiten (15 Minuten)

In Anlehnung an die bereits erwähnte „Sonne-und-Wolken-Gruppe“ von Hartmann werden, zur weiteren Erläuterung des Psyche-Begriffs, zunächst körperliche Erkrankungen besprochen (vgl. Hartmann, 2008). Die Kinder sollen hierbei anhand eines großen Körperschemas die jeweils betroffenen Körperstellen, die Entstehung und die Behandlung physischer Krankheiten nennen. Alles wird auf dem Körperschema festgehalten und somit bildlich verdeutlicht. Der anschließende Übergang von physischen zu psychischen Erkrankungen fällt den Kindern nach dieser Übung leichter (Hartmann, 2008).

4 Die Seele (10 Minuten)

Im weiteren Verlauf werden die Kinder aufgefordert zu überlegen, wo sich ihrer Meinung nach die Seele befindet und wie diese aussehen könnte. Durch das Darstellen der verschiedenen Ideen über die Beschaffenheit der Seele wird der Interventionsgruppe bewusst, dass jeder Mensch eine andere Vorstellung von der Seele hat und dass man sie nicht richtig erklären oder fassen kann. Die Seele bzw. die Psyche hat auch für Kinder einen sehr abstrakten Charakter, der nicht leicht zu verstehen ist. Diese Beobachtung machte Hartmann bereits bei der Durchführung mit seiner Gruppe (vgl. Hartmann, 2008). An dieser Stelle des Konzeptes ist es wichtig, dass die Gruppenleitung in Ruhe mit den Kindern über das Thema spricht und sicher stellt, dass jedes Kind eine Vorstellung von der Seele hat, bevor mit dem Programm weiter gemacht wird.

5 Der Seelenvogel (15 Minuten)

Um ein einheitliches und nachvollziehbares Bild von der Seele herzustellen und um in den folgenden Schritten mit diesem Bild arbeiten zu können, wird mit den Kindern die Geschichte „Der Seelenvogel“ (Anhang, S.11) gelesen. Die individuellen Vorstellungen der Kinder

von der Seele sollen durch die Geschichte nicht zerstört werden. Vielmehr soll der Seelenvogel als eine weitere Möglichkeit der Beschaffenheit der Seele angenommen und auch von der Gruppenleitung so vermittelt werden. Auf der Basis dieser Geschichte wird das Thema „Seele“ noch einmal neu beleuchtet und mit den Kindern diskutiert. Gemeinsam mit den Kindern wird überlegt, was geschieht, wenn der Seelenvogel krank ist oder wie sich ihr eigener Seelenvogel gerade fühlt. Auch die Ideen über die Seelenvögel der Eltern finden in dieser Runde Platz.

6 Seelenvogel basteln (30 Minuten)

Die Kinder werden im Folgenden aufgefordert zu der Krankheit ihrer Eltern einen Seelenvogel zu basteln. Bei einer depressiven Mutter könnte das Bild z.B. einen Vogel darstellen, der die Traurigkeit-Schublade nicht mehr schließen kann. Durch die Vorstellung des Vogels verliert die Seele ihren abstrakten Charakter und wird für die Kinder (be)greifbar. Alternativ dürfen die Kinder auch einen gesunden Seelenvogel basteln oder ihren eigenen Seelenvogel entwerfen. Der Gruppe stehen viele unterschiedliche Materialien wie Federn, Perlen, Steinchen, Pfeifenputzer usw. zur Verfügung. Mit dieser Aufgabe werden Kreativität und Fantasie der Kinder gefördert. Kreativität ist deshalb von besonderer Bedeutung, da diese eine Eigenschaft darstellt, die das ganze Leben bereichern kann. Nach Greenspan brauchen wir Kreativität in der Adoleszenz, im Erwachsenenalter, in der Ehe und in anderen engen Beziehungen sowie im Berufs- und Familienleben. Er schreibt „Für Erwachsene, deren Kreativität in den verschiedenen Entwicklungsstadien gefördert wurde, ist es leichter, neue Ebenen des reflexiven Denkens und der Empathie zu entwickeln“ (Greenspan, 2008, S.201). Fantasie und Kreativität wirken als Schutzfaktoren der Kinder im Hinblick auf die eigene psychische Gesundheit (Mattejat, 2009).



Abbildung 1: Gebastelte Seelenvögel der Kinder von der Interventionsgruppe

7 Pause (10 Minuten)

Nach der kreativen Phase des Bastelns bekommen die Kinder bei Kakao und Kuchen die Gelegenheit für den Austausch untereinander und für Einzelgespräche mit den Gruppenleitern.

8 Psychoedukation (35 Minuten)

Die Vermittlung von Informationen, die für den Umgang mit den durch die elterliche Erkrankung hervorgerufenen familiären Belastungen als hilfreich bewertet werden, wird im Kontext der Fachlichkeit und des Programms für Kinder psychisch kranker Eltern unter Psychoedukation zusammengefasst. Inhalte des Angebotes sind diesbezüglich alters- und entwicklungsangemessene Krankheitsinformationen, die der kognitiven Orientierung der Kinder helfen und zudem eine wichtige Voraussetzung für die Verarbeitung der Belastungen darstellen (Lenz, 2010). Lenz merkt in seinem Buch „Ressourcen fördern“ an, dass die Vermittlung von Krankheitsinformationen nicht auf rein sachlich-informativer Ebene erfolgen sollte, sondern dass auch die emotionale sowie die kognitive Ebene der Informationsvermittlung von Bedeutung ist (vgl. Lenz, 2010). Er führt an, dass die Informationsbedürfnisse in der akuten Krankheitsphase der Eltern anders zu beachten sind, als solche, die ein Kind in einer stabilen Krankheitsphase der Eltern ausdrückt. Zudem „hat ein Kind, das die Erkrankung zum ersten Mal erlebt, andere Fragen als Kinder, die bereits mehrmalige Krankheitsphasen erlebt haben“ (Lenz, 2010, S.184). Die Wünsche nach Art, Form und Umfang von Information werden von der familiären Situation sowie auch dem Geschlecht und dem Alter des Kindes beeinflusst (vgl. Lenz, 2010). In jedem Fall muss eine altersangemessene Aufklärung über die Erkrankung der Eltern mit auftretenden Symptomen, Behandlungsmöglichkeiten und Krankheitsverlauf in kleinen Schritten erfolgen (Lägel, 2008). Selbstverständlich müssen in der vorliegenden Konzeption auch die alters- und entwicklungsabhängigen Ängste und Sorgen der Kinder Berücksichtigung finden. Lenz fasst diese wie folgt zusammen (vgl. Lenz, 2005):

Sorgen und Ängste der jüngeren Kinder:

- Angst vor längerfristiger Trennung (z.B. Klinikaufenthalt)
- Angst vor Verlust des Elternteils
- Angst, dass sich die Krankheit verschlimmert
- Angst, dass sich der erkrankte Elternteil etwas antut
- Angst, an der elterlichen Erkrankung Schuld zu sein
- Wut auf den Erkrankten

Sorgen und Ängste der Jugendlichen:

- Angst vor möglicher eigener Erkrankung
- Schuldgefühle wegen Abgrenzungs- und Loslösungsprozessen
- Mitgefühl und Traurigkeit
- Verantwortung für die Familie
- Verlust einer Identifikationsperson
- Aufgaben als Ersatzpartner/ Ersatzelternteil

Anzustrebende Ziele der Psychoedukation sind hierbei ein besseres Verständnis der Erkrankung und mehr Selbstsicherheit im Umgang mit der Krankheit (Schaub & Frank, 2010). Durch eine klare Zuordnung der Symptome einer Krankheit und eine Erklärung zur Entstehung dieser wird den Kindern deutlich, dass sie nicht der Grund für die Krankheit sind. Somit werden sie nach einer sachgerechten Aufklärung von ihren Schuldgefühlen entlastet. Auch der Angst, selber an einer psychischen Erkrankung zu erkranken, wird durch Aufklärung entgegen gewirkt. Lägél gibt an, den Fokus auf die altersgemäße Krankheitsinformation und nicht auf eine „ausführliche Erklärung aller pathologischen Erscheinungsformen“ zu lenken (Lägél, 2008, S.796). Nach Gorspott leiden die Kinder an Desorientierung, da sie die elterlichen Krankheitssymptome und Verhaltensweisen nicht verstehen und einordnen können (vgl. Gorspott, 2011). Die Kinder sind auf eigene Vermutungen und Annahmen bezüglich der Krankheit angewiesen und trauen sich oft nicht aus Rücksicht der Eltern gegenüber, ihren Wunsch nach genaueren Informationen zu äußern (Lenz, 2010). „Die innerfamiliären Tabuisierungen und Schweigegebote führen dazu, dass Kinder nur über ein diffuses Wissen über die psychische Krankheit der Eltern verfügen. Dieses diffuse Wissen gestattet ihnen kein oder allenfalls wenig Verständnis für den Zustand ihrer Mutter oder ihres Vaters.“ (Lenz, 2010, S.186). Die Kinder haben oft das Gefühl, dass es ein Verrat an den Eltern ist über die Probleme zu sprechen und sich anderen mitzuteilen. An dieser Stelle wird noch einmal darauf hingewiesen, dass es aufgrund dieser Tabuisierung sehr wichtig ist, das in der ersten Einheit beschriebene Verbot „über die Krankheit zu sprechen“ aufzuheben. Die Kinder brauchen eine explizite Erlaubnis sich der Gruppe zu öffnen und über ihre Probleme in der Familie und ihre Sorgen und Gefühle bezüglich der Krankheit zu sprechen. Zudem erhalten die Kinder durch die Krankheitsaufklärung und Informationsvermittlung eine, wie Lenz es nennt, „innere Erlaubnis, Fragen zu stellen“ (Lenz, 2010, S.185). Diese hilft den Kindern die notwendigen Veränderungen in ihr Leben zu integrieren und über Sorgen und Ängste zu sprechen. Lenz veröffentlichte im Jahr 2010 eine Tabelle von Informationsbedürfnissen der Kinder psychisch kranker Eltern, die sich zur weiteren Vertiefung im Anhang der Arbeit befindet (Anhang, S.2).

Grundsätzlich stellt sich die Frage, wie ein Gespräch mit den Kindern über die elterliche Erkrankung geführt werden soll. Neben Ehrlichkeit und den im Folgenden genannten wichtigen Aspekten soll kurz erwähnt werden, auf was die Gruppenleitung besonders achten sollte. Der Wortschatz des Kindes bzw. der Kinder ist ein wichtiger Aspekt, auf den die professionellen Helfer eingehen müssen. Diese müssen sicher stellen, dass die Kinder die Begriffe und Informationen verstehen. Darüber hinaus empfiehlt Lenz einen kontinuierlichen Rückkopplungsprozess einzubauen, der zur Verarbeitung der Informationen beiträgt. Ein solcher Rückkopplungsprozess besteht darin, dass die Gruppenleiter die Kinder bitten, die erhaltenen Informationen sowie die Erläuterungen in eigenen Worten wiederzugeben. Die Gruppenleitung kann durch die Rückmeldung der Kinder einschätzen, in wie weit die erhaltenen Informationen und Erklärungen aufgenommen wurden und gegebenenfalls einige Fakten noch einmal aufgreifen (vgl. Lenz, 2005).

Vor allem jüngere Kinder benötigen dringend eine Erklärung für die Krankheit des Elternteils, da sie besonders von der psychischen Erkrankung betroffen sind. Sie sind sehr abhängig von ihren Eltern und somit von der Stimmung in der Familie. Jüngere Kinder können keine Grenze zwischen krankheitsbedingtem Verhalten und der Person ziehen. Mattejat schreibt, dass es allgemein kein bestimmtes Alter gibt, in dem man mit Kindern über die Erkrankung der Eltern sprechen sollte. Seiner Meinung nach „kann man schon einem Säugling sagen: Mama geht es heute nicht gut, sie ist müde und traurig“ (Mattejat, 2009, S.125). Er rät in seinem Buch „Nicht von schlechten Eltern“ bereits bei kleinen Kindern die Krankheit beim Namen zu nennen, damit diese ihren Schrecken verliert und in der Familie kein Geheimnis aus der Erkrankung gemacht wird. Lägél dagegen führt an, dass die Aufklärung erst ab einem Alter von 5 Jahren erfolgen sollte (vgl. Lägél, 2008). Dabei muss bei der Gegenüberstellung dieser beiden Aussagen der Begriff „Aufklärung“ genauer definiert werden. Mattejats Aussage beschränkt sich auf das Äußern und Benennen von Gefühlen, bei Lägél geht es bereits um kindsgerechte Krankheitsaufklärung mit Hintergrundinformationen. Berücksichtigt werden muss außerdem, dass nur so viele Informationen über die Krankheit von den Kindern aufgenommen werden können, wie diese auch emotional verarbeiten können. Da für die Kinder bestimmte Inhalte bedrohlich wirken können und Angst oder Hoffnungslosigkeit auslösen könnten, ist unbedingt zu beachten, dass sie sich nicht verschließen. Lenz merkt an, dass viele Kinder „nach einer ausführlichen Krankheitsaufklärung oftmals nicht über mehr Wissen verfügen als zuvor“ (Lenz, 2010, S.185). Zudem gibt er Anregungen zum Umgang mit Unsicherheit und Hoffnung. Er betont, dass jegliche Versprechen den Kindern gegenüber vermieden werden müssen. Jedoch ist die Hoffnung seiner Meinung nach sehr wichtig für die Kinder. Er schreibt: „Ohne Hoffnung kann man nicht

leben. Dies gilt für Kinder wie für Erwachsene. Offen bleibt dabei die Frage: Hoffnung worauf? Die Gefahr besteht darin, dass manchmal Hoffnung mit Sicherheit verwechselt wird.“ (Lenz, 2010, S.188). Eine realistische Hoffnung kann aber nur auf der Grundlage der Wirklichkeit entstehen. Können die Kinder die Situation bezüglich der Krankheit realistisch einschätzen, können sie darauf aufbauend Hoffnung entwickeln. Völlig falsch dagegen wäre es, wenn die Kinder nicht wahrheitsgemäß aufgeklärt werden, da falsche Realitäten zwangsläufig zur Enttäuschung führen werden. Unwahrheitsgemäße Aufklärung erschüttert langfristig das Vertrauen der Kinder in die Fachkräfte und trägt zu Misstrauen und Abwendung von fachlicher Hilfe bei. Anzumerken wäre an dieser Stelle, dass u.a. Lenz von der Ansprache der Verhaltensweisen gegenüber dem erkrankten Elternteil schreibt: „Für die Kinder ist es von großer Bedeutung, wie sie sich im Alltag gegenüber dem erkrankten Elternteil verhalten sollen“ (Lenz, 2010, S.32). Dafür ist es natürlich wichtig, im Vorhinein Informationen über die elterlichen Erkrankungen einzuholen. Ein Kind mit einem alkoholkranken Vater braucht andere Ratschläge zum Verhalten als ein Kind mit einer depressiven Mutter.

In der praktische Umsetzung der Psychoedukation werden die Kinder durch die Gruppenleiter animiert, so viele Begriffe wie möglich aufzuschreiben, die sie im Zusammenhang mit der Krankheit der Eltern kennen oder schon einmal gehört haben. Vor allem die Begriffe, mit denen die Kinder nichts anzufangen wissen, finden eine besondere Bedeutung bei dieser Übung. Die Gruppenleitung steht den Kinder hierbei unterstützend zu Seite, da es möglich ist, dass die Kinder Begriffe nicht schreiben können oder sich mit der Formulierung schwer tun. Im Folgenden werden alle Begriffe zusammengetragen und in der Gruppe besprochen. Die Aufgabe der Gruppenleitung ist es, die Kinder behutsam an die Thematik der Erkrankungen heranzuführen und in altersangemessener Weise den Kindern alle angesprochenen Begriffe zu erklären. Schaub und Frank machen deutlich, dass es an dieser Stelle wichtig ist, an die Erklärungsmodelle der Kinder anzuknüpfen und die Überforderung und Belastung durch ihre subjektiven Krankheitstheorien zu beachten (vgl. Schaub & Frank, 2010). Eine Orientierung für die Gruppenleitung bezüglich der Erklärung der Fachbegriffe bietet Gerspott. Diese merkt außerdem an, dass es besonders wichtig ist den Kindern zu vermitteln „dass sie, wie andere Kinder, lachen und fröhlich sein dürfen, auch wenn die Eltern krank sind“ (Gerspott, 2011, S.125). Was die Gruppenleitung zudem noch einmal deutlich machen sollte, ist die Tatsache, dass die Eltern trotz ihrer Erkrankung ihre Kinder lieb haben. Viele Eltern können das ihren Kindern während der Krankheit nicht zeigen, deshalb ist es umso wichtiger, den Kindern im Bezug auf die Mutter- bzw. Vaterliebe alle negativen Gedanken und Unsicherheiten zu nehmen. Wichtig wäre außerdem, dass den

Kindern deutlich gemacht wird, dass ihre Eltern unter bestimmten Bedingungen wieder gesund werden können, dass die Genesung jedoch möglicherweise Zeit braucht. Auch das Risiko, dass die Krankheit zu einem anderen Zeitpunkt erneut auftreten kann, sollte nicht verschwiegen werden (Mattejat, 2009). Der Vorteil der Gruppenarbeit ist, dass die Kinder gemeinsam über ihre Situation und die Krankheit in der Familie sprechen lernen und nochmal sehr deutlich erfahren, dass sie damit nicht alleine sind. Trotz der wiederholten Erwähnung an dieser Stelle sollte es als selbstverständlich angesehen werden, dass den Kindern realistische und ehrliche Antworten gegeben werden. Auch Lenz ermahnt als Grundsatz zur alters- und entwicklungsgemäßen Krankheitsinformation die „Verpflichtung zur Wahrheit“ (Lenz, 2010, S.187).

9 Bewegungsspiel (10 Minuten)

Zum Abschluss der zweiten Einheit wird das Spiel „Feuer, Wasser, Wind“ (Brenn, 2011) angeboten. Erkert weist darauf hin, dass Kinder mit ihrem ganzen Körper Gefühle und Stimmungen ausdrücken. Deshalb ist es wichtig, Körper- und Bewegungserfahrungen durch spielerische Tätigkeiten zu unterstützen (vgl. Erkert, 2009). Zudem ist Bewegung ein elementares Ausdrucksmittel. Es bildet die Grundlage für die gesamte Entwicklung der Kinder. So beeinflusst die Bewegung die Mimik und Gestik und schult alle Sinneserfahrungen. Zu wenig Bewegung beeinträchtigt die Denk- und Leistungsfähigkeit sowie das Sozialverhalten. Durch spielerische Bewegung wird ein positives Körperbewusstsein aufgebaut. Bewegung leistet demnach immer einen Beitrag zu physischem und psychischem Wohlbefinden (Brenn, 2011).

10 Abschlussrunde (10 Minuten)

Nach diesem aktiven Spiel kommen die Kinder abschließend ein letztes Mal im Sitzkreis zusammen. Nachdem mit der Gruppe das Programm des Tages noch einmal reflektiert und ein theoretischer Transfer in den Alltag geschaffen wurde, füllen die Kinder die spezifischen Fragebögen und die Feedbackbögen aus. Danach wird die Gruppe verabschiedet.

4.3.3 Dritte Einheit

1 Begrüßung (5 Minuten)

2 Aufwärmspiel (10 Minuten)

Zum Einstieg in die dritte Einheit des Kurzzeit-Gruppenangebotes wird mit den Kindern zunächst ein lebhaftes Spiel gespielt. Mit „Stuhlkreisfußball“ (Anhang, S.16) werden alle Kinder aktiv in das Spiel und die Gruppe einbezogen.

3 Entspannungsübungen (15 Minuten)

Wie bereits im ersten Teil der Arbeit verdeutlicht leiden die Kinder psychisch kranker Eltern an Stress. In der dritten Einheit des Programms lernen sie spielerisch verschiedene Entspannungstechniken kennen, um so eine nach individuellen Vorstellungen passende Möglichkeit der Entspannung zu finden. Entspannungsverfahren werden in der Behandlung, Prävention und Rehabilitation vieler psychischer und physischer Störungen und Erkrankungen eingesetzt. Durch das wachsende Interesse der Gesellschaft und Wissenschaft an Entspannungsverfahren lassen sich in der Fachliteratur viele verschiedene Arten der Entspannung zur Vorbeugung und Bewältigung von Stresssymptomen finden. Entspannungsverfahren sollten nach Petermann und Vaitl zum „normalen Verhaltensrepertoire des Menschen“ gehören und kein außergewöhnliches Phänomen darstellen (Petermann & Vaitl, 2009, S.4). Um das entsprechende Repertoire der Kinder zu erweitern und eine Auswahl an nützlichen Übungen zu schaffen, wird in dem Präventionsprogramm auf verschiedene Methoden der Entspannung eingegangen. Petermann und Vaitl machen darauf aufmerksam, dass psychische und körperliche Störungen und Erkrankungen nicht „einzig und allein durch Entspannungsverfahren verhindert oder behandelt werden“ können, räumen der Entspannung jedoch einen besonderen Stellenwert innerhalb eines Therapieschemas ein (Petermann & Vaitl, 2009, S.6). Die bekanntesten Entspannungstechniken sind Autogenes Training, Meditation, Imagination und progressive Muskelentspannung. Ihnen gemeinsam sind die Schulung der Konzentration, Beruhigung und die Steigerung des Wohlbefindens. Der Einsatz der Entspannungsverfahren im Präventionsprogramm für Kinder psychisch Kranker kann dadurch begründet werden, dass diese Verfahren leicht zu erlernen sind und sich bereits nach kurzer Zeit ein Erfolg einstellt. Ziel der Entspannungsübungen ist, dass die Kinder in zukünftigen Situationen von Anspannungen und Alltagsbelastungen bewusst einen Zustand der Entspannung hervorrufen können. „Gerade bei Kindern lohnt sich der

Einsatz präventiver Maßnahmen, um der Entstehung und Fixierung psychosomatischer und somatischer Störungen wirksam vorzubeugen“ (Petermann & Vaitl, 2009, S.12).

Nach der Begrüßung und dem Aufwärmspiel beginnt die dritte Einheit mit einer Übung zur imaginativen Entspannung. Die eingesetzte „Kapitän Nemo“ Geschichte verknüpft imaginative und kognitive Entspannungselemente (Anhang, S.19). Die Kombination dieser Elemente ist nach Petermann der einzelnen Anwendung überlegen und „eine ideale Verknüpfung zwischen den Entspannungsinstruktionen einerseits und den verwendeten Imaginationen andererseits“ (Petermann, 2007, S.106). In den „Kapitän Nemo“ Geschichten gehen die Kinder mit Kapitän Nemo auf eine Unterwasserreise. Das Element des Wassers wird aufgrund seiner spezifischen Wirkung auf den Körper gezielt gewählt. Wasser macht den Körper schwerelos, langsam und schützt vor Geräuschen (Petermann, 2007, S.107). Mit der Interventionsgruppe wird in eine „Kapitän Nemo“ Geschichte eingetaucht und durch gezielte Grundübungen des Autogenen Trainings (Schwere-Übung und Wärme-Übung) die Entspannung ausgelöst. Die „Kapitän Nemo“ Geschichten können weiterführend immer wieder angewendet werden und sind gerade für Kinder sehr geeignet (Petermann, 2007).

Ein wichtiger Schritt des Entspannungsverfahrens ist an dieser Stelle das Gespräch mit der Gruppe. Die Erlebnisse der Kinder während der Geschichte und somit der Entspannung sollen hier zur Sprache kommen. Jedes Kind wird anschließend zum Zwecke des Transfers aufgefordert, eine Alltagssituation zu benennen, in welcher es eine der Übungen anwenden kann. Die Erfahrungen der Kinder während der Geschichte knüpfen an Alltagssituationen an, die durch Badewannen- und Schwimmbaderlebnisse meist positiv sind (Petermann, 2007). Somit kann auf diese Weise ein theoretischer Transfer eingeleitet werden.

4 Thema Stress (30 Minuten)

Nach den Übungen des autogenen Trainings wird mit den Kindern auf das Thema „Stress“ eingegangen. Die Kinder sollen bei der Entwicklung einer effektiven Stressbewältigung unterstützt und zu angemessenen Verhaltensweisen in Stresssituationen animiert werden. An dieser Stelle ist anzumerken, dass jedes Kind ein individuelles Stressempfinden besitzt. Was als Stress erlebt wird und welche Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, ist bei jedem Kind unterschiedlich (Langfeldt & Büttner, 2008). Es gibt in der Fachliteratur eine Vielzahl von Stress-Präventionsprogrammen für Kinder mit vielen verschiedenen Ansätzen. Das Ziel dieses Programmteils besteht darin, den Kindern ein breites Spektrum von Bewältigungsmöglichkeiten zu vermitteln, die im Alltag flexibel anwendbar sind. Zu den verschiedenen Entspannungsverfahren gehören in diesem Kontext die Rätselreise sowie

die Fantasiereise. Diese stellen eine besondere Form der Entspannung dar und sind aufgrund ihres kreativen Charakters in das vorliegende Konzept involviert.

Vielen Kindern psychisch kranker Eltern fehlt das innere Gleichgewicht. Vor allem Kinder schizophrener oder schizoauffektiv erkrankter Eltern sind in hohem Maße verschiedensten Stressoren ausgesetzt und finden in der Präventionsforschung besondere Beachtung (Kuhn et al., 2011). Generell ist die Stressbewältigung, unabhängig von der spezifischen Art der elterlichen Erkrankung, ein wichtiger Faktor um mit Belastungssituationen in den Familien umzugehen (Kuhn & Lenz, 2008). Für Kinder ist das Erleben großer Verunsicherung und großer Desorientierung ein enormer Stressfaktor. Zudem nehmen die Kinder psychisch Kranker aufgrund der Unberechenbarkeit und Wesensveränderung der Eltern diese Situationen in der Familie als unkontrollierbar und unsicher wahr. Diese Unkontrollierbarkeit führt schließlich bei vielen Kindern zu Angst, Unruhe, Ratlosigkeit, Verzweiflung und Überforderung und zwangsläufig zu Stresssymptomen (Kuhn et al., 2011). Mattejat und Renschmidt fordern für Kinder psychisch kranker Eltern vermehrte Entspannungsübungen, um ihren Schwierigkeiten damit zu begegnen. Dadurch können die Folgen der Bewältigungsstörungen in der Schule und dem sozialen Umfeld vermieden werden. Mit besserer Stressbewältigung und Entspannung lässt sich die Lebenszufriedenheit fördern und Problemfelder können gezielt bearbeitet werden (vgl. Mattejat & Renschmidt, 2006).

Der nächste Schritt der praktischen Umsetzung des Kurzzeit-Gruppenangebotes stellt ein Brainstorming mit der Gruppe zum Thema „Stress“ dar. Die Kinder werden aufgefordert eine subjektive Stresssituation zu nennen und ihre Gefühle in dieser Situation zu beschreiben. Darauf aufbauend wird, wie in einem Präventionsprogramm von Lohaus und Klein-Heßling beschrieben, das Stressmodell der Stresswaage vorgestellt. Den Kindern wird vereinfacht veranschaulicht wie Stress entsteht und wie sich Belastungen, Anforderungen und Bewältigungsmöglichkeiten auf die Waage auswirken. Es wird klar, dass ein angemessenes Verhalten in einer Belastungssituation die Stresswaage ins Gleichgewicht bringen kann. Der nächste Schritt des Programms ist auf die Wahrnehmung der eigenen Stressreaktionen fokussiert. Hierbei wird an die erste Einheit angeknüpft. Die Kinder stellen ihre Gefühle in Stressreaktionen pantomimisch dar. Zur Veranschaulichung zeichnen die Kinder anschließend die Körperstellen in ihre eigenen Körperschemata ein, an denen sich Stresssymptome bemerkbar machen. Das Erkennen von Stresssituationen wird anschließend mit Hilfe eines Steckbriefes erarbeitet (Anhang, S.26). So kann ein Überblick über die zur Stressreaktion nötigen vorangehenden Ereignisse sowie das Verhalten der Kinder in diesen Situationen erarbeitet werden.



Abbildung 2: Körperschemata der Kinder (rot gefärbt sind die Körperteile, an denen sie Stress bemerken)

5 Entspannungsübungen (15 Minuten)

Eine wichtige Bewältigungsstrategie, die Entspannung, haben die Kinder an dem Beispiel des autogenen Trainings bereits kennen gelernt. Wie schon erwähnt ist es jedoch wichtig, dass sie verschiedene Entspannungsmöglichkeiten zur Stressbewältigung kennen lernen. Somit kommt an dieser Stelle eine weitere Entspannungsübung hinzu. In Anlehnung an das Entspannungstraining von Hinsch und Pfingsten (Hinsch & Pfingsten, 2007, S.201ff) wurde für dieses Konzept eine Anleitung zur Entspannung für ca. 10 Minuten abgeändert und auf die Kinder der Interventionsgruppe angepasst (Anhang, S.20).

6 Pause (10 Minuten)

Nach der Entspannungsübung bekommen die Kinder wie in den vorherigen Pausen Zeit, sich mit den Kinderbüchern zum Thema „psychisch kranke Eltern“ auseinander zu setzen. Zudem können sie die freie Zeit nutzen um untereinander in Kontakt zu treten oder mit den Gruppenleitern zu sprechen.

7 Notfallperson (10 Minuten)

Nach der Pause werden die Kinder aufgefordert in einem Sitzkreis zusammenzukommen. In diesem Kreis wird von den Gruppenleitern ein wichtiges Thema angesprochen. Jedes Kind soll in Ruhe und bis zum nächsten Tag überlegen, an welche Person es sich wenden kann, wenn es nicht von alleine schafft, den Stress zu bewältigen. Welche Person kann es immer anrufen, wenn es ein Problem gibt und wer hilft in einem solchen Fall? Ein möglicher

Notfall wäre zum Beispiel die Einweisung der Mutter in eine Klinik. Um die Kinder nicht zu verängstigen, falls ihnen spontan niemand einfällt, machen die Gruppenleiter auf die PHG-Mitarbeiter aufmerksam, die für die Familien als Ansprechpartner immer erreichbar sind. Dieses Thema soll aber am letzten Tag erst wieder aufgegriffen werden, damit die Kinder auch zu Hause eine Gelegenheit haben, die Sache mit den Eltern zu besprechen. Die außerfamiliäre Unterstützung in schwierigen Situationen ist für die Kinder ein wichtiger Schutzfaktor bezüglich des psychischen Erkrankungsrisikos (Lenz, 2010) und wird durch das Ansprechen der Notfallperson im Angebot aufgenommen.

8 Rätselfantasien (15 Minuten)

Anschließend werden zur Fantasieförderung Rätselfantasien angeboten. Petillon empfiehlt jene Art von Spielen, die eine Herausforderung beinhalten. So muss jedes Kind versuchen das vorgetragene Rätsel zu lösen. Trotzdem können die Kinder gleichzeitige Entspannung finden, da sie nur ruhig liegen und zuhören sollen. Es werden die Rätsel „Wolke“, „Fluss“ und „Segelboot“ vorgetragen (Anhang, S.18). Nachweislich wirken sich Fantasie und Kreativität förderlich auf die psychische Gesundheit der Kinder psychisch kranker Eltern aus (Mattejat, 2009).

9 Fantasiebild (20 Minuten)

Im Anschluss an die Rätselfantasien wird ein weiteres kreatives Entspannungsverfahren kennengelernt. Den Kopf und den Körper zu entspannen muss geübt und wiederholt werden, um eine langfristige Wirkung zu erzielen. Plummer überträgt das Konzept der Entspannung in ihrem Training auf ein Fantasiebild, welches anschließend besprochen wird. Ihrer Meinung und Erfahrung nach ist Entspannung bei den Kindern „ein sehr wünschenswerter Zustand“ (Plummer, 2009, S.144) und die willentliche Herstellung der Entspannung eine sinnvolle und gesundheitsfördernde Aufgabe. Die Kinder werden aufgefordert, die Entspannung in einem Fantasiebild darzustellen. „Fantasie ist eine Fähigkeit, die Sinneseindrücke, Bewusstseins- und Erlebnisinhalte so zu kombinieren oder umzugestalten, dass neue Vorstellungen entstehen.“ (Müller, 2008, S.21). Fantasie belebt den Alltag. Die Kinder können mit ihrer Hilfe in vielen verschiedenen Situationen in ihrer Umgebung Anregungen und Reize für ihre eigene Erlebniswelt sammeln. Fantasie ist außerdem ein wesentlicher Faktor für die psychische Entwicklung und Gesundheit eines Kindes (Petillon, 1997). Jean-Jacques Rousseau als wichtiger Vertreter in der Philosophie sowie in der Pädagogik beschrieb Fantasie als grenzenlos und enorm wichtig für das kindliche Wohl sowie die geistige Entwicklung (vgl. Rousseau, 1998).

10 Bewegungsspiel (10 Minuten)

Da Lohaus und Klein-Heßling in einem Unterpunkt der Bewältigungsmuster für Stress „Spaß haben“ (Lohaus & Klein-Heßling, 2006, S.176) definieren, wird beim letzten Spiel des Tages der Spaß in den Mittelpunkt gerückt und den Kindern auch diese Methode der Stressbewältigung erklärt. Die Kinder spielen mit den Gruppenleitern das Spiel „Die Wäscheklammerdiebe“ (Anhang, S.17), welches noch einmal Bewegung in die Gruppe bringt und zudem ein klassisches soziales Lernspiel ist. Es bietet gute Ansatzpunkte zum Überdenken der Gemeinschaft und dem Bewusstwerden über die eigene Befindlichkeit in der Gruppe (Petillon, 2007), was sich positiv auf die personalen Ressourcen der Kinder der Interventionsgruppe und somit auf die Erhaltung der psychischen Gesundheit auswirkt (Lenz, 2010).

11 Abschlussrunde (10 Minuten)

Nach einer kurzen Abschlussrunde mit Wiederholung der Inhalte des Programms und dem Transfer in den Alltag sowie dem anschließenden Ausfüllen der Fragebögen werden die Kinder verabschiedet.

4.3.4 Vierte Einheit

1 Begrüßung (5 Minuten)

2 Aufwärmspiele (10 Minuten)

Zu Beginn des Programms wird mit den Kindern das Spiel „Postbote“ (Anhang, S.15) gespielt. In einer unterhaltsamen Runde bietet dieses Spiel jedem Kind die positive Beachtung der Gruppe. Daher eignet es sich für den Einstieg in das Thema „Selbstbewusstsein“ sehr gut. Direkt im Anschluss wird mit den Kindern ein weiteres Spiel gespielt. Da diese Einheit die letzte des Programms ist, soll hier Platz für viel gute Laune sein, verbunden mit spielerischer Stärkung des Selbstbewusstseins und des Selbstvertrauens. Das zweite Spiel „Den anderen zum Lachen bringen“ (Anhang, S.16) empfehlen die Autoren um den Kindern das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten näher zu bringen.

3 Was ich an mir mag (10 Minuten)

Im nächsten Schritt wird mit den Kindern in Anlehnung an Plummer (Anhang, S.23) ein Arbeitsblatt zu positiven Eigenschaften bearbeitet. Die Übung gibt den Kindern Gelegenheit, alle Eigenschaften und Verhaltensweisen aufzuschreiben, die sie an sich selbst mögen.

Anschließend werden dann in der Gruppe die ausgefüllten Arbeitsblätter besprochen und über weitere mögliche Punkte diskutiert. Die so wachsende Selbstschätzung der Kinder beeinflusst im positiven Sinne das Selbstbewusstsein und wirkt somit als Schutzfaktor (Mattejat, 2009).

4 Selbstwirksamkeit spielerisch erfahren (25 Minuten)

Das nächste Spiel welches mit der Interventionsgruppe durchgeführt wird, ist die „Sumpfüberquerung“ (Anhang, S.15). Dieses Spiel wird oft in der Erlebnispädagogik eingesetzt und unterstützt den Gruppenzusammenhalt, das Sozialverhalten und stärkt das Selbstbewusstsein der Kinder (Lange, 2009). Selbstbewusst sein bezeichnet die Überzeugung dazugehören, akzeptiert zu werden, stark zu sein sowie Fähigkeiten zu besitzen und geliebt zu werden. Selbstbewusstsein hilft Kindern, die Herausforderungen des Lebens anzunehmen und Probleme zu überwinden. Zudem unterstützt es die Kinder beim Äußern von Bedürfnissen (Dinkmeyer & McKay, 2007). Kinder die selbstbewusst sind, sind sich ihrer eigenen Stärken bewusst, können dadurch selbstsicher auftreten und mit Problemen umgehen. Die Basis des Selbstbewusstseins bildet das Selbstvertrauen. Ein wichtiger Bereich in der kindlichen Entwicklung ist das Wachsen des Selbstbewusstseins und vor allem der Selbstachtung. Hier können nach Plummer spielerische Aktivitäten sehr hilfreich sein, da das Spiel eine kindsgerechte Methode ist, die Freude bereitet und alle Sinne ansprechen kann. Auch kann Spielen ein wirksames Instrument sein, um sich selbst und die eigene Wirklichkeit wahrzunehmen. Richtig eingesetzt helfen Spiele, ein gesundes Selbstvertrauen aufzubauen und zu pflegen (vgl. Plummer & Müller, 2010).

5 Komplimente machen und annehmen (20 Minuten)

Im Anschluss an die „Sumpfüberquerung“ wird eine Übung im Sitzkreis angeboten, welche den Kindern hilft sich selbst wahrzunehmen und sie ermutigt zum wiederholten Male über Gefühle nachzudenken und über diese zu sprechen. Der Reihe nach dürfen die Kinder ein bestimmtes Kind loben und ihm Komplimente machen. Jedes Mal wenn das jeweilige Kind gelobt wird, klatschen die anderen Kinder, um ihre Anerkennung deutlich zu machen (Korte, 2006). In der großen Gruppe kann es den Kindern schwer fallen, die Komplimente der anderen anzunehmen. Aus diesem Grund wird vor der Arbeit mit der Gruppe eine Übung in Zweierteams durchgeführt. In dieser Übung lernen die Kinder Komplimente zu machen und anzunehmen. In Anlehnung an Beck et al. wird den Kindern vorab verdeutlicht, wie man Loben und Komplimente machen kann und wie man diese annimmt. Als Hilfestellung werden Kindern im ersten Schritt zwei Blätter aus dem Arbeitsmaterial aus Becks „Training sozialer Fertigkeiten mit Kindern von 8 bis 12 Jahren“ gezeigt (Anhang, S.22). Da dieses Spiel

in der letzten Einheit durchgeführt wird, wird es den Kindern nicht besonders schwerfallen, anderen Kindern Komplimente zu machen. Das Spiel lässt sich erweitern, in dem die gelobten Charaktereigenschaften und Fähigkeiten pantomimisch dargestellt werden. Im Anschluss an die Besprechung dieser Übungen mit der Gruppe werden die Kinder gebeten, sich in eine ruhige Ecke zurückzuziehen und noch einmal drei Eigenschaften, die sie selbst an sich positiv finden und auf die sie stolz sind, auf einen Zettel zu schreiben. Dieser Zettel kommt zum Schluss in die im nächsten Schritt zu bastelnde Schatztruhe. Nach dieser Lobesrunde werden die Kinder ein gutes Gefühl haben, da im alltäglichen Leben viele Kinder nur selten gelobt werden. Ob in der Familie oder in der Schule, Kindern wird allgemein zu wenige Anerkennung geschenkt. Doch Loben ist sehr wichtig für die Entwicklung des Kindes, da es positive Verstärkung beinhaltet. Somit sollte also das Verhalten gelobt werden, welches gefördert werden soll (Korte, 2006). Mit den Kindern werden in diesem Präventionsprogramm bewusst nur positive Eigenschaften behandelt. Es handelt sich hierbei jedoch nicht um Ausblendung der Schwächen und negativen Eigenschaften. Bergner schreibt, dass Schwächen durchaus als Chancen gesehen werden können und natürlich auch den Charakter einer Person ausmachen (vgl. Bergner, 2008). Jedoch muss an dieser Stelle betont werden, dass es sich in diesem Programm um Einheiten im Rahmen von 120 Minuten handelt. Um mit den Kindern den Weg von Schwächen zu Chancen und Stärken zu finden, wäre ein längeres Programm nötig. Somit ist es völlig ausreichend sich auf die positiven Eigenschaften der Kinder zu konzentrieren, die wie bereits erwähnt auf das Selbstbewusstsein wirken und somit als indirekte förderliche Faktoren für die psychische Gesundheit der Interventionsgruppe betrachtet werden können (Lenz, 2010).

6 Pause (10 Minuten)

Wie auch in den anderen Pausen bekommen die Kinder die Gelegenheit sich frei in der Gruppe und den Räumlichkeiten zu bewegen, die fachlichen Materialien zu sichten oder Einzelgespräche mit den Gruppenleitern zu führen.

7 Schatzkiste basteln (30 Minuten)

Nach der Pause bekommen die Kinder die Aufgabe, eine Schatzkiste zu gestalten. Hierfür verteilt die Gruppenleitung an die Kinder kleine Holzkästchen, welche zu Schatzkisten umfunktioniert werden. Den Kindern stehen hierfür eine Vielzahl von Farben, Perlen, Steinchen und Aufklebern zur Verfügung. Jedes Kind soll hiermit eine eigene Schatzkiste kreieren und diese zum Ende der Einheit füllen. Die Funktion und die Wichtigkeit der Kreativität und Fantasie für Kinder psychisch Kranker wurden bereits ausführlich beschrieben und kann auf diese kreative Aktion übertragen werden.



Abbildung 3: Basteln der Schatztruhe in der Interventionsgruppe

8 Auflockerungsspiel (15 Minuten)

Im nächsten Schritt wird mit den Kindern erneut das Selbstwertgefühl spielerisch gestärkt. In der Gruppe wird das Spiel „Was hat sich verändert“ gespielt (Anhang, S.16). Hierbei erfahren die Kinder positive Rückmeldung der Gruppe und können in den meisten Fällen mehr veränderte Sachen erraten und erkennen als sie sich vorher zugetraut haben. Diese Erfahrung stärkt weiterhin das Selbstbewusstsein und die Selbstwirksamkeit der Kinder.

9 Abschlussrunde (15 Minuten)

Zum Abschluss der Einheit wird noch einmal ein Sitzkreis gebildet. Jedes Kind bekommt einen Stift und ein Blatt Papier. Nun werden die Kinder aufgefordert, die Zettel durch die Runde zu reichen und zu jedem Kind einen positiven Satz aufzuschreiben. Diesen Zettel nimmt dann jedes Kind mit nach Hause und hat so eine positive Rückmeldung der anderen Kinder und zugleich einen Mutmacher in der Tasche. Anschließend wird in der Gruppe noch einmal das Thema der Notfallperson angesprochen. Die Kinder werden aufgefordert ihre Notfallpersonen zu nennen. Die Gruppenleitung leistet hierbei Hilfe und stellt sicher, dass jedes Kind nach diesem Gespräch weiß, an wen es sich in einem Notfall wenden kann. Außerdem verteilen die Gruppenleiter an jedes Kind eine „Schutzengelkarte“ (Anhang, S.27), auf der Ansprechpartner und Kontakte für Hilfen in schwierigen Situationen aufgelistet sind. Hier stehen unter anderem die Nummer gegen Kummer und die Adresse der Psychiatrischen Hilfgemeinschaft. Nach einer letzten Wiederholungsrunde mit Transfer werden die Kinder gebeten, die SDQ-Selbstbewertungsfragebögen auszufüllen und die spezifischen Fragebögen sowie die Feedbackfragebögen zu beantworten. Dann werden die Kinder mit einem Abschiedskreis verabschiedet.

5 Evaluation

Einen Schwerpunkt dieser Arbeit stellt die Evaluation des kurzzeitigen Gruppenangebotes für Kinder psychisch kranker Eltern dar. Für diese ist eine genaue Planung und Durchführung notwendig (Kempfert & Rolff, 2005).

5.1 Auswahl und Entwicklung der Erhebungsinstrumente

Die zum Zwecke der Datenerhebung eingesetzten Erhebungsinstrumente beschränken sich ausschließlich auf Fragebögen. Die Form der Fragebögen als schriftliche Befragung hat den Vorteil, dass diese meist ohne den Einfluss von Dritten beantwortet werden. Hierbei ist darauf zu achten, dass Bedingungen gestaltet werden, die Anonymität sichern (Merchel, 2010).

Zum Teil wurde auf den bereits existierenden SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) zurückgegriffen. Der SDQ-Fragebogen zu Stärken und Schwächen dient der Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und Problemverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Der Fragebogen besteht aus fünf Einzelskalen: emotionale Probleme, Hyperaktivität, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen, Verhaltensauffälligkeiten und Prosoziales Verhalten. Der SDQ-Selbsteinschätzungsfragebogen für Kinder (Anhang, S.3) kam direkt vor und nach der Durchführung des Kurzzeit-Gruppenangebotes zum Einsatz. Außerdem wurde der SDQ-Fremdeinschätzungsfragebogen (Anhang, S.4) von den Eltern ausgefüllt. Letzterer wurde zwei Wochen vor und vier Wochen nach dem Angebot ausgefüllt. Nach dem Angebot bekamen die Eltern einen speziellen Follow-up-Fragebogen, auf dem sich Zusatzfragen befanden. Drei Zusatzfragen wurden von dem ursprünglichen SDQ-Follow-up-Fragebogen übernommen, drei weitere Zusatzfragen wurden speziell für diese Befragung entwickelt. Auch die Kinder bekamen nach dem Angebot zusätzlich zur Selbsteinschätzung drei Fragen ausgehändigt. Die Bewertung der 25 Items der Fragebögen erfolgt dreistufig durch 0= nicht zutreffend, 1= teilweise zutreffend, 2=eindeutig zutreffend. Zehn Merkmale sind dabei positiv, vierzehn Merkmale negativ und ein Merkmal neutral formuliert (Goodman, 1997). Für die deutsche Fassung liegt bisher keine Angabe zu Reliabilitätsmassen vor. In der englischen Originalform dagegen sind diese Werte ausführlich bestimmt worden (Goodman, 2001). Die Tatsache, dass die für die Auswertung der Skalenwerte vorliegenden Normwerte auf eine große Bevölkerungsstudie in England zutreffen, ist jedoch kritisch zu hinterfragen. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die britische und die deutsche Norm kongruent sind. Somit wäre es wünschenswert, dass die Normwerte auf

deutsche Lebensverhältnisse angepasst werden. Der SDQ Test wurde trotz dieser Einschränkung ausgewählt, da er zum Einen von Mattejat als Testverfahren für Kinder psychisch kranker Eltern empfohlen wurde (vgl. Mattejat, 2009), zum Anderen durch die Übersichtlichkeit und die Einteilung in die fünf Bereiche für diese Datenerhebung geeignet ist. Die vollständig standardisierten SDQ-Fragebögen für Eltern und Kinder erhalten zudem nur geschlossene Fragen und sind für eine objektive Evaluation konstruiert worden. Dadurch wird eine eindeutige Rückmeldung ermöglicht und das Auswerten der Antworten erleichtert.

Die Zusatzfragen des Follow-up-Fragebogens für die Eltern wurden in Bezug auf die Untersuchungshypothesen und Ziele des Gruppenangebotes entwickelt, wobei drei Fragen aus dem ursprünglichen Follow-up-Fragebogen übernommen wurden („Seit Sie das letzte mal hier waren, sind die Probleme ihres Kindes: viel schlimmer/ etwas schlimmer/ etwa gleich/ ein wenig besser/ viel besser“, „Empfanden Sie das Programm hilfreich? Gar nicht hilfreich/ kaum hilfreich/ ziemlich hilfreich/ sehr hilfreich“, „Gibt es sonst noch etwas, das Sie erwähnen möchten?“). Die zusätzlich entwickelten Fragen lauten:

1. „War das Angebot eine Entlastung für Sie?“
2. „Angenommen, dass Programm würde in der Schulzeit einmal wöchentlich für 60 Minuten angeboten (insgesamt 10 Wochen), würde Ihnen diese zeitliche Aufteilung besser passen als das Ferienprogramm?“
3. „Würden Sie Ihr Kind in den nächsten Schulferien erneut zu solch einen Ferienprogramm anmelden?“

Die erste Frage soll Aufschluss darüber geben, ob die Annahme, dass das Programm kurzzeitig und in den Ferien eine Entlastung für die Eltern ist, aufrecht zu halten ist. Die zweite Frage geht gezielt auf den Unterschied zwischen eines kurzzeitigen Angebotes und eines wöchentlichen Angebotes ein. Die Eltern antworten direkt, ob ein wöchentlich angebotenes Programm zeitlich besser in ihren Tages- und Wochenablauf passen würde. Die dritte Zusatzfrage klärt, ob die Eltern ihr Kind noch einmal zu einem kurzzeitigen Ferienangebot anmelden würden.

Für den SDQ-Selbstbewertungsfragebogen für Kinder wurden ebenfalls Zusatzfragen entwickelt, um den Annahmen nachzugehen, dass die Kinder in den Ferien ein Ferienprogramm gerne annehmen und dass sie während der Schulzeit kaum Zeit für ein wöchentliches Angebot hätten.

1. „Was machst Du in der zweiten Ferienwoche?“
2. „Was hast Du in den letzten Ferien gemacht?“
3. „Wie oft hast Du während der Schulzeit unter der Woche keine Termine und Zeit für Dich?“

Die ersten beiden Fragen wurden bewusst als offene Fragen formuliert, da den Kindern keine Antworten vorgegeben und Platz für ihre eigenen Worte gesichert sein sollte. Sie bieten Platz für ein breites Antwortspektrum und sind für das Alter 11 bis 13 Jahre durchaus geeignet (Raab-Steiner & Benesch, 2008). Anhand dieser beiden ersten Fragen kann die Annahme, dass die Kinder keine sinnvolle Aktivität und somit viel Langeweile in den Ferien haben, untersucht werden. Diese Annahme könnte z.B. bedeuten, dass die Kinder das Programm gerne annehmen. Zu diesem Zweck wurden auch die letzten Ferien mit einbezogen. Die dritte zusätzliche Frage bezieht sich auf die Annahme, dass die Kinder während der Schulzeit keine Zeit haben, um an einem wöchentlichen Programm teilzunehmen. Daraus könnte man schließen, dass ein kurzzeitiges Ferienangebot für die Kinder attraktiver ist als ein wöchentliches Angebot.

Weitere verwendete Fragebögen (Anhang, S.5 ff) wurden speziell auf die Ziele der einzelnen Einheiten und als Feedback zum Programm sowie zu den Gruppenleitern entwickelt. Die Prä-Post-Fragen wurden alle mit Skalierungsantworten entwickelt, um die Veränderung der Angaben deutlich zu machen. Durch die Wiederholung der Fragen können so die Veränderungen, die während des Programms stattgefunden haben, sichtbar gemacht werden (Ziegenhain et al., 2006). Die systematische Erhebung der Daten des Ausgangszustandes und des Endzustandes bedeutet, dass die tatsächliche Veränderung mit der hypothetisch erwarteten Veränderung verglichen wird (Borg-Laufs & Hungerige, 2010). Somit kann nach Abschluss der Datenerhebung festgestellt werden, ob und wie weit die angenommenen und erwünschten Veränderungen eingetreten sind. Die spezifischen Fragen (Anhang, S.5 ff) der Prä-Post-Befragung orientieren sich an den Zielen und Inhalten der jeweiligen Einheit. Im Folgenden werden diese Fragen für jede Einheit dargestellt. Die skalierten Antwortmöglichkeiten bleiben für jede Frage gleich: sehr wenig/ wenig/ mittel/ viel/ sehr viel.

1. „Nimmst Du deine Gefühle bewusst wahr?“
2. „Achtest Du auf die Gefühle der anderen Menschen um dich herum?“
3. „Hast Du Ideen was Du besser machen kannst, wenn es dir nicht gut geht und Du dich besser fühlen willst?“

Die Ziele der ersten Einheit des Angebotes sind neben der Förderung der emotionalen Kompetenzen und der Empathie das Erarbeiten und Kennenlernen von Bewältigungsmustern bei negativen Gefühlen. Die ersten beiden Fragen gehen direkt auf das Bewusstsein bezüglich der eigenen Gefühle und das bewusste Wahrnehmen fremder Gefühle ein. Die Veränderungen der Einschätzung der eigenen Bewältigungsstrategien für negative Gefühle werden in der dritten Frage verfolgt.

4. „Hast Du Ideen, was die Seele ist?“
5. „Wie viel weißt Du über die Krankheit deiner Mutter/ deines Vaters?“
6. „Hast Du Fragen zu der Krankheit deiner Mutter/ deines Vaters?“

Das Ziel der zweiten Einheit des Kurzzeit-Gruppenangebotes ist die Psychoedukation. Die Gruppe befasst sich mit dem Bild der Seele, welches im Konzept mit dem Seelenvogel thematisiert wird. Die erste Frage bezieht sich auf das Bewusstsein der Kinder bezüglich der Seele. Die beiden folgenden Fragen befragen den Wissensstand der Kinder bezüglich der psychischen Krankheit der Eltern.

7. „Kennst Du Situationen, in denen Du Stress bekommst?“
8. „Weißt Du etwas über deine Gefühle und dein Verhalten, wenn Du Stress hast?“
9. „Kennst Du Sachen die dir helfen können, wenn Du im Stress bist?“

Die spezifischen Fragen zum Inhalt und den Zielen der dritten Einheit beziehen sich auf die Stressbewältigungskompetenzen der Kinder. Während des Angebotes lernen sie Stress und Bewältigungsstrategien kennen. Somit kann durch das Einsetzen dieser Fragen vor und nach der Durchführung die Veränderung in diesen Bereichen festgehalten werden.

10. „Gibt es Eigenschaften, die Du an dir magst?“
11. „Kennst Du Eigenschaften, die andere Menschen an dir mögen?“
12. „Glaubst Du, dass Du ein toller Mensch bist?“

Die vierte Einheit des Angebotes hat zum Ziel, das Selbstbewusstsein der Kinder zu stärken und die Selbstschätzung zu fördern. Die Kinder sollen sich während der Durchführung ihrer Stärken und positiven Eigenschaften bewusst werden. Diese Veränderung der Selbstschätzung und des Selbstbewusstseins wird gemessen.

Die Feedbackfragen zu den Gruppenleitern und zum Programminhalt wurden ebenfalls speziell für dieses Angebot entwickelt (Anhang, S.9). Sie geben Aufschluss darüber, wie

das Programm und seine Inhalte von den Kindern angenommen wurden, ob und wann sie Spaß an der Sache hatten und wie sie ihre Stellung bei den Gruppenleitern einschätzen. Die skalierten Antwortmöglichkeiten machen bei der Auswertung kleine Unterschiede und folglich schon kleine Veränderungen der Angaben sichtbar (Bastian et al., 2005). Die entwickelten Fragen werden bewusst nicht nur einmal (am Ende des Angebotes) ausgegeben, sondern nach jeder Einheit ausgehändigt. Somit ist eine auf die Inhalte des Angebotes differenzierte Analyse der Antworten möglich. Die Antwortmöglichkeiten der Feedbackfragen beschränken sich auf ja/ weiß nicht/ nein.

1. „Das Programm hat mir heute gut gefallen“
2. „Die Gruppenleiter mögen mich“
3. „Wenn ich nach Hause gehe, fühle ich mich gut“
4. „Ich freue mich auf das nächste Mal“

Vor dem Einsatz der Fragebögen im Rahmen des Kurzzeit-Gruppenangebotes wurden die entwickelten Fragen mit zwei Kindern, einem Vater und einer Mutter getestet. Bei diesem kleinen Test kam es zu keinen Problemen oder Fehlern und somit wurden die Fragen ohne Änderungen übernommen.

5.2 Zeitliche Planung der Messungen

Neben der Entwicklung der Erhebungsinstrumente ist die zeitliche Planung der zeitlichen Messungen ein wichtiger Verfahrensschritt in der Evaluation (Merchel, 2010). Für das vorliegende Konzept gibt es verschiedene zeitliche schriftliche Erhebungen. Zum einen wird auf dem Elterninformationsabend 14 Tage vor Beginn des Programms von den Eltern der SDQ-Fremdeinschätzungs-Fragebogen ausgefüllt. Eltern, die nicht auf dem Elternabend erscheinen, bekommen von einem Mitarbeiter der PHG die Fragebögen in der darauffolgenden Woche ausgehändigt. Den dazugehörigen Follow-up-Fragebogen füllen die Eltern 4 Wochen nach dem Programm aus. Die Kinder dagegen füllen zu Beginn des Programms am ersten Tag den SDQ-Selbsteinschätzungsbogen aus. Am letzten Tag des Programms füllen sie ebenfalls diesen Fragebogen aus. Die entwickelten spezifischen Fragebögen zu den Zielen des Programms bearbeiten die Kinder vor und nach jeder Einheit, der Feedbackfragebogen wird zum Schluss jeder Einheit ausgefüllt.

5.3 Präsentation der Ergebnisse

Nach der deskriptiven Darstellung der Daten sollte eine Präsentation der Ergebnisse stattfinden, nach der sie produktiv verarbeitet werden können (Merchel, 2010). Die gewählte Form der Bachelorthesis ist hier als Präsentation passend, da die Ergebnisse vollständig, verständlich und transparent präsentiert werden. Merchel nennt als Anforderungen an die Vermittlung der Evaluationsergebnisse zudem das Anpassen an Zielgruppen, die Rechtzeitigkeit und die Diplomatie. Außerdem zeigt er auf, dass darauf geachtet werden muss, dass die Anonymität einzelner Personen gesichert ist (vgl. Merchel, 2010). Auf Grund dieser Anonymität bekommt jedes Kind einen Buchstaben, der den Namen ersetzt. Die Eltern werden nicht benannt oder unterschieden. Die Präsentation der Ergebnisse findet in Form von Tabellen und in Form von Säulendiagrammen statt. Die Daten der spezifischen Fragebögen in Bezug auf die Ziele des Angebotes werden besonders detailliert dargestellt, da diese neben den Zusatzfragen der SDQ-Fragebögen von tragender Bedeutung für die Überprüfung des Angebotes sind. Sie lassen sich zur statistischen Überprüfung der Untersuchungshypothesen am besten einsetzen. Eine derartige präzise Darstellung der anderen Ergebnisse würde den Umfang der Arbeit überschreiten.

5.4 Weitere Anmerkungen

Bei der Evaluation des vorliegenden Präventionsprogramms wird auf Evaluationsmöglichkeit der summativen Evaluation zurückgegriffen. Mattejat empfiehlt für die Vorher- Nachher-Auswertung eines Gruppenangebotes für Kinder psychisch kranker Eltern des SDQ-Fragebogen, welcher in diesem Kontext verwendet wird (vgl. Mattejat, 2009). Zusätzlich zur summativen Evaluation werden die Kinder gebeten, nach jeder Einheit einen Feedbackbogen auszufüllen. Eine Einschätzung und Bewertung des Programms von Seiten der Kinder ist eine Möglichkeit, im Nachhinein Veränderungen an dem Programm vorzunehmen. Die formative Evaluation wird von Pädagogen und anderen Fachkräften im sozialen Bereich empfohlen, da diese Form der Evaluation die Möglichkeit bietet, das Programm noch während der Durchführung positiv zu beeinflussen und somit seine Wirkung zu potenzieren (Geldard & Geldard, 2003). Über den Evaluationsweg soll vor der Durchführung Klarheit herrschen. In diesem Konzept liegt der Schwerpunkt auf der summativen Evaluation. Auf Grund dieser Auswertungsmethode kann Unsicherheit entstehen, ob die Veränderungen der Kinder wirklich auf das Gruppenangebot zurückzuführen sind. Ziel dieses Programms ist jedoch eine erste Einschätzung der Wirkung des Angebotes. Diese Einschätzung soll dazu beitragen, die Untersuchungshypothesen zu stärken, nicht diese zu beweisen. Dazu

wäre auch der Umfang der Interventionsgruppe (n=8) zu klein; eine Gruppengröße dieser Art lässt keine Hypothesen beweisenden Aussagen zu (Merchel, 2010). Zudem ist ohne die Einführung von Kontrollgruppen die endgültige Interpretation von Ausgangslage und Endzustand nicht korrekt (Geldard & Geldard, 2003). Noch einmal wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass das Ergebnis dieser Arbeit nur zur Stärkung der Hypothesen bzw. zur Schwächung der Nullhypothesen ausreichend ist.

5.5 Untersuchungshypothesen

Das Ziel der Untersuchung ist eine „möglichst exakte, nachprüfbare und objektive Prüfung der Hypothesen“ (Abel, 1998, S.25). Die Untersuchungshypothesen der Arbeit lauten:

1. Das entwickelte Kurzzeit-Gruppenangebot lässt sich wie von der Verfasserin geplant in die Praxis umsetzen.
2. Aufgrund der Durchführung des Kurzzeit-Gruppenangebotes kommt es zu einer Steigerung der personalen Ressourcen der Kinder der Interventionsgruppe.
3. Die zeitliche Einteilung des Angebotes ist für die Kinder der Interventionsgruppe sowie für ihre psychisch kranken Eltern besser geeignet als ein wöchentliches Angebot.

Für die statistische Überprüfung der zweiten und dritten Untersuchungshypothese werden Nullhypothesen formuliert, die alternativ zu den beiden Untersuchungshypothesen betrachtet werden. „Entsprechend der beiden Entscheidungsmöglichkeiten - Bestätigung oder Nichtbestätigung der Vorhersage - gründet die Logik der inferenzstatistischen Tests auf zwei gegenläufigen statistischen Testhypothesen: Nullhypothese und Alternativhypothese.“ (Schilling, 1998, S.126).

Nullhypothese zur zweiten Untersuchungshypothese:

Aufgrund der Durchführung des Kurzzeit-Gruppenangebotes kommt es zu keiner Steigerung der personalen Ressourcen der Kinder der Interventionsgruppe.

Nullhypothese zur dritten Untersuchungshypothese:

Die zeitliche Einteilung des Kurzzeit-Gruppenangebotes ist für die Kinder und ihre psychisch kranken Eltern nicht besser geeignet als ein wöchentliches Angebot.

Die Effekte der Untersuchung werden unter dem Verwertungszusammenhang verstanden und tragen zur Lösung der gestellten Untersuchungshypothese bei. Das Ergebnis jeder

Forschungsarbeit hat eine erkenntnistheoretische Funktion, da das Wissen über pädagogische Zusammenhänge vergrößert wird (Abel, 1998). Die Ergebnisse des Angebotes werden zunächst objektiv dargestellt, im weiteren Verlauf werden anhand der Ergebnisse Verbesserungsvorschläge für eine erneute Durchführung formuliert. Zudem werden zukünftig die Ergebnisse der Forschung und die gesamte Arbeit veröffentlicht, um somit nicht nur zum subjektiven, sondern zum allgemeinen Erkenntnisfortschritt beizutragen.

6 Befunddarstellung

Die Interventionsgruppe bestand aus acht Kindern im Alter von 11 bis 13 Jahren, fünf Mädchen und drei Jungen. Ein Kind war 11 Jahre alt, fünf Kinder waren 12 Jahre, und zwei Kinder 13 Jahre alt. Die diagnostizierten psychischen Störungen der Eltern waren Depressionen, Borderline-Störungen und Alkoholabhängigkeit. Unter den erkrankten Eltern waren sechs Mütter und zwei Väter.

6.1 Deskriptive Darstellung der Daten der SDQ-Fragebögen

Die Auswertung der SDQ-Fragebögen wurde mit dafür vorgesehen Schablonen vorgenommen. Jede Skala der Fragebögen besteht aus fünf Items, die nach der Punkteverteilung addiert werden und einen Wert zwischen 0 und 10 erreichen können (Goodman, 2001).

6.1.1 Deskriptive Darstellung der Daten der Selbsteinschätzung

Die Summe jeder Skala des SDQ-Fragebogens wurde mit den vorgegebenen Cut-off-Werten des SDQ abgeglichen. Somit konnte der Grad der Auffälligkeit ermittelt werden. Desweiteren wurde der Gesamtproblemwert ermittelt, für den die Werte der Skalen mit Ausnahme des Prosozialen Verhaltens addiert wurden. Auch der Gesamtproblemwert konnte anschließend anhand der Cut-off-Werte eingeschätzt werden (Linderkamp & Grünke, 2007). Die Verteilung der Cut-off-Werte des Selbsteinschätzungsbogens wurde aufgrund der fehlenden deutschen Normen so gewählt, dass bei einer Stichprobe von 930 Kindern im Alter von 6 bis 16 Jahren (N=930) ca. 80 % als unauffällig, 10% als grenzwertig auffällig und 10% als auffällig eingestuft werden. In der folgenden Tabelle sind die Cut-off-Werte der Selbsteinschätzung dargestellt.

Selbsteinschätzung	unauffällig	grenzwertig	auffällig
Gesamtproblemwert	0-15	16-17	18-40
Emotionale Probleme	0-5	6	7-10
Verhaltensauffälligkeiten	0-4	5	6-10
Hyperaktivität	0-6	7	8-10
Probleme mit Gleichaltrigen	0-3	4	5-10
Prosoziales Verhalten	7-10	6	0-5

Tabelle 4: Cut-off-Werte Selbsteinschätzung 11-15 Jahre

Nach der Auswertung der auf den Fragebögen angegebenen Daten wurden die in der Tabelle dargestellten Punkte vor (18.04.2011) und nach (21.04.2011) der Durchführung errechnet:

Kind	Emotionale Probleme	Verhaltens-auffälligkeiten	Hyper-aktivität	Probleme mit Gleichaltrigen	Prosoziales Verhalten	Gesamtproblemwert
A vor	2 P	1 P	5 P	7 P	6 P	15 P
A nach	2 P	1 P	5 P	6 P	10 P	14 P
B vor	1 P	6 P	5 P	3 P	10 P	15 P
B nach	2 P	6 P	5 P	3 P	10 P	16 P
C vor	6 P	6 P	5 P	7 P	6 P	24 P
C nach	2 P	6 P	6 P	5 P	8 P	19 P
D vor	5 P	7 P	6 P	3 P	9 P	21 P
D nach	3 P	8 P	3 P	2 P	10 P	16 P
E vor	6 P	10 P	8 P	6 P	5 P	30 P
E nach	6 P	6 P	6 P	5 P	9 P	23 P
F vor	2 P	5 P	7 P	8 P	4 P	22 P
F nach	3 P	2 P	8 P	7 P	6 P	20 P
G vor	4 P	7 P	2 P	7 P	7 P	20 P
G nach	2 P	8 P	4 P	6 P	10 P	20 P
H vor	1 P	5 P	8 P	6 P	8 P	20 P
H nach	1 P	5 P	5 P	3 P	8 P	14 P

Tabelle 5: Errechnete Punktzahl der SDQ-Selbsteinschätzungsfragebögen

Skala emotionale Probleme: Der Vergleich der vorliegenden Werte mit den Cut-off-Werten zeigt, dass vor dem Angebot zwei der acht Kinder (Kind C und E) als *grenzwertig auffällig* eingeordnet werden können. Die übrigen sechs Kinder sind in dieser Skala *unauffällig*. Nach der Durchführung des Angebotes sind die Werte für emotionale Probleme bei 7 Kindern *unauffällig*. Ein Kind (Kind E) dagegen kann nach wie vor als *grenzwertig auffällig* eingeschätzt werden. Im Vergleich zu den Werten die vor der Durchführung aufgenommen wurden, hat Kind C seine Werte von sechs Punkten (*grenzwertig*) auf zwei Punkte verringert (*unauffällig*). Auch bei Kind D und Kind G sind Punkteabnahmen zu verzeichnen.

Skala Verhaltensauffälligkeiten: Die Kinder F und H sind nach dem Vergleich der Werte vor dem Angebot *grenzwertig auffällig*, fünf Kinder dagegen *auffällig*. Nur Kind A ist anhand der niedrigen Punktzahl als *unauffällig* einzustufen. Bei dieser Skala kam es nach der Durchführung bei den Kindern E und F zu einer Abnahme der Punkte. Kind E bleibt mit sechs Punkten jedoch weiterhin als *auffällig* eingestuft, Kind F dagegen befindet sich nun im *unauffälligen* Bereich. Bei Kind D und Kind G haben sich die Skalenwerte um einen Punkt erhöht, beide sind nach wie vor im *auffälligen* Bereich der Cut-off-Werte. Die restlichen 50% der Kinder haben ihre Werte in der Skala der Verhaltensauffälligkeiten nicht verändert.

Skala Hyperaktivität: 62,5% der Kinder sind vor dem Kurzzeit-Gruppenangebot *unauffällig*, Kind F *grenzwertig auffällig* und die Kinder E und H *auffällig*. Die Skala kann einen Unterschied der Werte vor und nach der Durchführung vorweisen. Kind E reduzierte den mit 8 Punkten *auffälligen* Wert auf einen *unauffälligen* Wert mit 6 Punkten. Kind H veränderte ebenfalls den Wert von acht auf fünf Punkte und wird nach der Durchführung als *unauffällig* eingestuft. Bei den Kindern C, F und G vergrößerte sich der Wert nach der Durchführung um einen Punkt. Kind C und Kind F bleiben trotz der Zunahme im *unauffälligen* Bereich, Kind G dagegen gelangt mit einem Punkt mehr in den *auffälligen* Bereich.

Skala Probleme mit Gleichaltrigen: Nach den Werten der Selbsteinschätzung vor dem Angebot kann bei zwei Kindern (Kind B und Kind D) die Einschätzung *unauffällig* vorgenommen werden. Die übrigen sechs Kinder sind dagegen in dieser Skala *auffällig*. Nach der Durchführung blieb nur der Wert von Kind B mit drei Punkten konstant. Kind H, welches vor dem Programm als *auffällig* eingestuft wurde, erhält nach der Durchführung drei Punkte, die es als *unauffällig* kennzeichnen. Eine Abnahme der Punkte wird bei allen Kindern mit Ausnahme von Kind B verzeichnet, die Einteilung in „unauffällig“, „grenzwertig“ und „auffällig“ ändert sich jedoch dadurch nicht weiter.

Skala prosoziales Verhalten: Die Werte der ersten Messung sind bei 50% der Kinder *unauffällig*, bei Kind A und C mit sechs Punkten *grenzwertig auffällig* und bei den Kindern E und F *auffällig* niedrig. Bei der zweiten Messung nach dem Angebot haben sich die Werte des Prosozialen Verhaltens, bis auf den Wert von Kind H welches mit acht Punkten konstant *unauffällig* blieb, erhöht. Kind A hat nach der Durchführung statt sechs Punkten nun zehn Punkte und wechselt somit vom *grenzwertigen* Bereich in den *unauffälligen* Bereich. Ebenso Kind C, welches nach der Durchführung mit acht Punkten als *unauffällig* eingestuft wird. Kind F erhält nach der Durchführung sechs Punkte. Alle anderen Kinder sind im *unauffälligen* Bereich, wobei neben Kind A die Kinder D und G die höchsten Punktzahlen erreichen.

Skala Gesamtproblemwert: Beim Vergleich der Gesamtproblemwerte der Interventionsgruppe können vor dem Angebot zwei der acht Kinder (Kind E und Kind F) als *auffällig*, die anderen sechs Kinder dagegen als *unauffällig* eingestuft werden. Die Gesamtproblemwerte der Kinder haben sich durch die Veränderung der Punkte in den einzelnen Skalen nach dem Angebot ebenfalls verändert. Kind B erhält als einziges Kind eine höhere Punktzahl als vor dem Programm und wird mit sechszehn Punkten im *grenzwertigen* Bereich eingeordnet. Als *unauffällig* in dieser Skala ist nach wie vor Kind A. Dazu kommt Kind H, welches von zwanzig auf vierzehn Punkte reduziert und somit vom *auffälligen* in den *unauffälligen* Punktebereich gelangt. Trotz der Punktabnahme von Kind C, Kind E und Kind F bleiben diese im *auffälligen* Bereich des Gesamtproblemwertes. Kind E hat mit sieben Punkten Abnahme die größte Differenz zwischen vorher und nachher. Kind H und Kind D wechseln durch Punktabnahmen vom *auffälligen* Bereich in den *grenzwertigen* Bereich.

Die Kinder erhielten zu dem SDQ-Selbsteinschätzungsfragebogen nach der Durchführung des Programms drei Zusatzfragen. Die erste Frage bezog sich auf die Aktivitäten in der zweiten Ferienwoche. Hier gaben drei Kinder an, nicht zu wissen, was sie in der folgenden schulfreien Woche tun werden. Zwei Kinder gaben an, vor dem Computer und dem Fernseher zu sitzen. Zwei weitere Kinder antworteten „Freunde treffen“. Die folgende Frage bezog sich auf die letzten Ferien der Kinder. Fünf Kinder gaben an, „nichts besonderes“ in den letzten Ferien gemacht zu haben. Ein Kind war nach eigenen Angaben im Urlaub, zwei weitere Kinder trafen sich mit Freunden. Die letzte Frage „Wie oft hast du in der Schulzeit unter der Woche keine Termine und Zeit für dich?“ wurde von fünf Kindern mit „2x in der Woche“ beantwortet. Ein Kind gab an, „1x in der Woche“ nachmittags Zeit für sich zu haben, zwei Kinder gaben drei freie Nachmittage an.

6.1.2 Deskriptive Darstellung der Daten der Fremdeinschätzung

Die folgende Tabelle stellt die normierten Cut-off Werte des SDQ-Fremdeinschätzungsfragebogens der Eltern dar.

Fremdeinschätzung Eltern	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamtproblemwert	0-13	14-16	17-40
Emotionale Probleme	0-3	4	5-10
Verhaltensauffälligkeiten	0-2	3	5-10
Hyperaktivität	0-5	6	7-10
Probleme mit Gleichaltrigen	0-2	3	4-10
Prosoziales Verhalten	6-10	5	0-4

Tabelle 6: Cut-off Werte Fremdeinschätzung

Nach der Auswertung der auf den Fragebögen angegebenen Daten wurden die in der Tabelle dargestellten Punkte vor (10.04.2011) und nach (20.05.2011) der Durchführung errechnet:

Kind	Emotionale Probleme	Verhaltens-auffälligkeiten	Hyper-aktivität	Probleme mit Gleichaltrigen	Prosoziales Verhalten	Gesamtproblemwert
A vor	6 P	5 P	3 P	5 P	7P	19 P
A nach	6 P	5 P	3 P	5 P	6 P	19 P
B vor	6 P	8 P	7 P	5 P	8 P	26 P
B nach	6 P	8 P	7 P	5 P	8 P	26 P
C vor	4 P	8 P	5 P	6 P	8 P	23 P
C nach	5 P	8 P	6 P	6 P	7 P	27 P
D vor	3 P	7 P	6 P	3 P	8 P	19 P
D nach	2 P	7 P	5 P	5 P	9 P	19 P
E vor	3 P	8 P	7 P	5 P	5 P	23 P
E nach	3 P	6 P	7 P	3 P	6 P	19 P
F vor	5 P	6 P	6 P	6 P	6 P	23 P
F nach	3 P	7 P	6 P	5 P	9 P	21 P

G vor	7 P	7 P	4 P	7 P	5 P	25 P
G nach	7 P	5 P	5 P	6 P	6 P	23 P
H vor	4 P	5 P	5 P	4 P	8 P	18 P
H nach	3 P	4 P	5 P	4 P	8 P	16 P

Tabelle 7: Errechnete Punktzahl der SDQ-Fremdeinschätzungsfragebögen

Skala emotionale Probleme: Die Auswertung und Abgleichung mit den Cut-off-Werten des von den Eltern ausgefüllten SDQ-Fremdbewertungsfragebogens vor der Durchführung des Angebotes zeigen, dass nach Angaben der Eltern die Kinder D und F als *unauffällig* in dieser Skala eingestuft werden können. Kind D und Kind H dagegen werden mit dem Wert von vier Punkten als *grenzwertig* bewertet. Die restlichen 50% der Kinder haben höhere Punktzahlen, was sie in den *auffälligen* Bereich der Werte der emotionalen Probleme gruppiert. Nach dem Angebot verringerten sich die Punktzahlen der Kinder D, E, F und G. Somit lassen sich alle vier im *unauffälligen* Bereich einstufen. Die Summationswerte der Kinder A, B und G blieben konstant. Lediglich das Kind C erhält bei der Auswertung einen Punkt mehr als vor der Durchführung und gelangt dadurch neben Kind A, B und G in den *auffälligen* Bereich.

Skala Verhaltensauffälligkeiten: Kein Kind ist vor der Durchführung des Angebotes unter vier Punkten, womit auch keines in den *unauffälligen* Bereich eingeteilt wird. Auch die Punktzahl 4 wird bei keinem Kind erreicht, weshalb sich alle acht Kinder im *auffälligen* Bereich in Bezug auf Verhaltensauffälligkeiten befinden. Die Werte fallen nach der Durchführung abweichend aus. Kind E verringert die Punktzahl von acht auf sechs Punkte, bleibt jedoch weiterhin im *auffälligen* Bereich. Ebenso verhält es sich mit Kind G, welches seine Punktzahl von sieben auf fünf Punkte verändert, jedoch nach wie vor als *auffällig* eingestuft wird. Kind F, ebenfalls nach wie vor im *auffälligen* Bereich, erhält einen Punkt mehr als zuvor. Die anderen Kinder verändern ihre Punktzahl nicht, sie werden weiterhin als *auffällig* betrachtet.

Skala Hyperaktivität: Die Kinder A, C, G und H sind vor dem Angebot auf der Skala im *unauffälligen* Bereich. Die Kinder D und F werden auf Grund ihrer Punktzahl von sechs Punkten als *grenzwertig auffällig* eingeschätzt. Die anderen zwei Kinder sind wegen ihrer hohen Punktzahl in der Hyperaktivitätsskala *auffällig*. Der Bereich der Hyperaktivität enthält nach der Durchführung in der *unauffälligen* Einschätzung ein Kind mehr als zuvor (Kind D). Die Werte der Skala unterscheiden sich weiter nicht von den Werten vor der Durchführung, bei Kind A, B, E, F, und H bleiben die Werte konstant.

Skala Probleme mit Gleichaltrigen: Die Einschätzung der Probleme mit Gleichaltrigen hat bis auf Kind D mit einer Punktzahl von drei Punkten vor dem Angebot keine als *unauffällig* eingestuften Kinder zu verzeichnen. Kind H wird anhand der Punktzahl als *grenzwertig auffällig* eingeschätzt, die restlichen 75% der Kinder gelten nach der Wertung und dem Vergleich mit den Cut-off-Werten als *auffällig*. Die höchste Punktzahl im *auffälligen* Bereich erhält mit sieben Punkten Kind G. Konstant bleiben die Werte der Skala für die Kinder A, B, C und H nach der Durchführung. Eine Punkteabnahme ist bei Kind E um zwei Punkte, bei den Kindern F und G um einen Punkt zu verzeichnen. Kind E wechselt mit drei Punkten in den *unauffälligen* Bereich, der *auffällige* Bereich der Kinder F und G verändert sich nicht.

Skala prosoziales Verhalten: Diese Skala stuft vor dem Angebot alle Kinder bis auf die Kinder E und G als *unauffällig* ein. Die genannten zwei Kinder kommen auf Grund ihrer Punktzahl mit fünf Punkten in den *grenzwertigen* Bereich. Nach den Angaben der Elternfragebögen hat sich das prosoziale Verhalten der Kinder nach dem Angebot verändert. Es kam bei den Kindern D, E, F und G zu höheren Werten als vor der Durchführung des Programms. Kind E kann dadurch auch, wie alle anderen Kinder, in den *unauffälligen* Bereich eingestuft werden.

Skala Gesamtproblemwert: Die Summe der Skalen und der somit ermittelte Gesamtproblemwert stufen vor dem Kurzzeit-Gruppenangebot alle Kinder ohne Ausnahme als *auffällig* ein. Kind B und Kind G fallen durch besonders hohe Werte auf. Die Skala stellt nach Angaben der Eltern bei den Kindern A, B und D nach der Durchführung im Vergleich mit den Ergebnissen vor der Durchführung keine Veränderung dar. Eine Abnahme der Punktzahl ist bei Kind E um vier Punkte, bei den Kindern F, G und H um zwei Punkte zu verzeichnen. Kind C erhält nach der Auswertung zwei Punkte mehr als zuvor. Alle Kinder bleiben nach wie vor im *auffälligen* Bereich des Gesamtproblemwertes.

Der Follow-up Fragebogen, den die Eltern beantworteten, beinhaltete fünf Zusatzfragen die sich auf das Konzept bezogen. Die angegebenen Antworten werden hier kurz dargestellt. 62,5 % der Eltern gaben an, dass sich die Probleme des Kindes nach der Durchführung des Angebotes weder verbessert noch verschlechtert haben. Zwei Eltern waren der Meinung, dass die Probleme „etwas besser“ waren als vor der Durchführung. Eine Mutter dagegen gab an, dass die Probleme „etwas schlimmer“ geworden waren. Diese Mutter schrieb unter die angegebene Antwort: „Aber anders. Es wurde emotional aufgewühlt, jedoch verarbeitet sie es jetzt besser. Also besser für die Zukunft“. Auf die nächste Frage, ob die Eltern das Angebot als hilfreich empfanden, gaben fünf Eltern an, dass sie das Programm als „ziemlich hilfreich“ bewerten. Zwei Eltern gaben die Antwort „sehr hilfreich“, eine Mutter gab an, dass sie

das Programm als „kaum hilfreich“ empfand. Auf die Frage, ob das Angebot eine Entlastung für die Eltern war, antworteten 75% der Eltern „sehr entlastend“. 25% der Eltern gaben an, dass das Angebot in den Ferien für sie persönlich „ziemlich entlastend“ war. Mit der Frage „Angenommen, das Programm würde in der Schulzeit einmal wöchentlich für 1 Stunde angeboten (insgesamt 10 Wochen lang), würde Ihnen diese zeitliche Aufteilung besser passen als das Ferienprogramm?“ wurde Bezug auf die zeitliche Aufteilung des Angebotes genommen. Alle Eltern gaben hier die Antwortmöglichkeit „nein“ an. Die letzte Zusatzfrage bezog sich auf eine erneute Anmeldung zu einem Angebot für die Kinder. Hier gaben 100% der Eltern an, die Kinder in den nächsten Ferien wieder zu solch einem Programm anzumelden. Auf die Frage „Gibt es noch etwas, das Sie erwähnen möchten?“ gaben sieben Eltern keine Antwort, eine Mutter schrieb: *„Vielen Dank für die Veranstaltung, Kind war sehr glücklich und es hat ihr riesig Spaß gemacht, Danke.“*

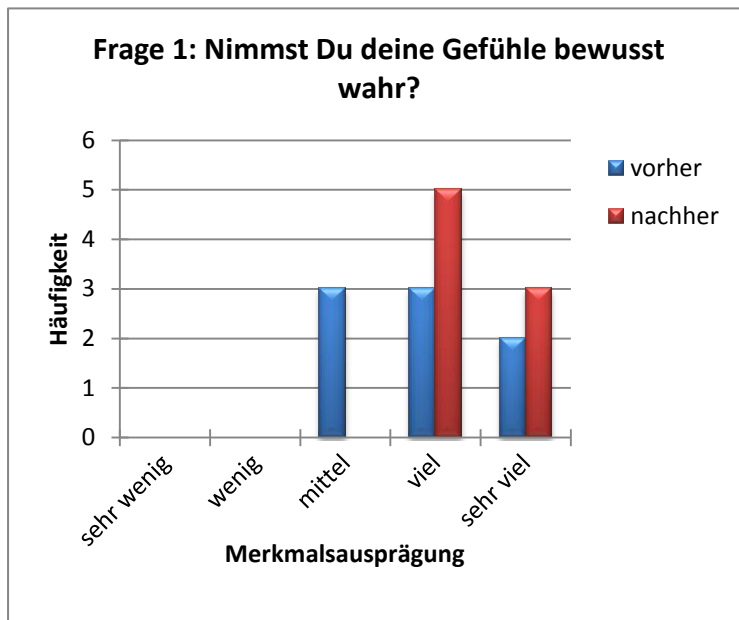
6.2 Deskriptive Darstellung der Daten der spezifischen Fragebögen

Im Folgenden werden die Daten der spezifischen Fragebögen deskriptiv dargestellt. In jeder Abbildung sind die Angaben der Kinder vor und nach der Durchführung angegeben. In den nebenstehenden Parameter-Tabellen sind der ermittelte Mittelwert mit dazugehöriger Standardabweichung, die Extremwerte sowie die Variationsbreite der Daten aufgeführt. Der Mittelwert (arithmetisches Mittel) wird berechnet, da er die Stichprobe in geeigneter Form als Maß der zentralen Tendenz repräsentiert. Er macht einen übersichtlichen und exakten Vergleich der Stichproben vor und nach der Durchführung möglich (Schilling, 1998). Bei der Auswertung der Daten wurde zuerst anstatt des Mittelwertes der Medianwert ermittelt. Da keine ausgefallenen Verteilungen vorliegen, war dieser jedoch für diese Untersuchung zu ungenau. So wird jetzt der Mittelwert bei der Befunddarstellung eingesetzt. Köhler weist darauf hin, dass das Ergebnis des Mittelwertes vor allem bei kleinen Datenmengen oftmals nicht eindeutig interpretierbar ist. Wenn die Stichprobe jedoch einigermaßen gleichmäßig verteilt ist, wird das arithmetische Mittel nicht stark verzerrt und lässt sich als den Wert angeben, um den sich die Daten herumgruppieren (vgl. Köhler, 2004). Die dazu ermittelten Standardabweichungen (Dispersionsmaße) geben Auskunft über die Streuung der angegebenen Antworten. Liegt der Wert der Standardabweichung bei 0, liegen sämtliche Stichprobenwerte direkt am Mittelwert (Köhler, 2004). Die Extremwerte (in der Fachliteratur auch „Range“ genannt), beschreiben zusätzlich am deutlichsten den Umfang der ermittelten Daten, da jeweils der höchste und der niedrigste Wert angegeben sind. Die Variationsbreite stellt die Differenz dieser Extremwerte dar und setzt zur Bestimmung die Intervallskalierung

der Daten voraus (Köhler, 2004). Für die Verarbeitung der Daten der Skalierungsfragen werden für die Berechnung der spezifischen Fragebögen folgende Punktwertungen auf die Antworten übertragen:

wenig=1P, *wenig*=2P, *mittel*=3 P, *viel*=4P, *sehr viel*= 5P⁴

6.2.1 Daten der ersten Einheit



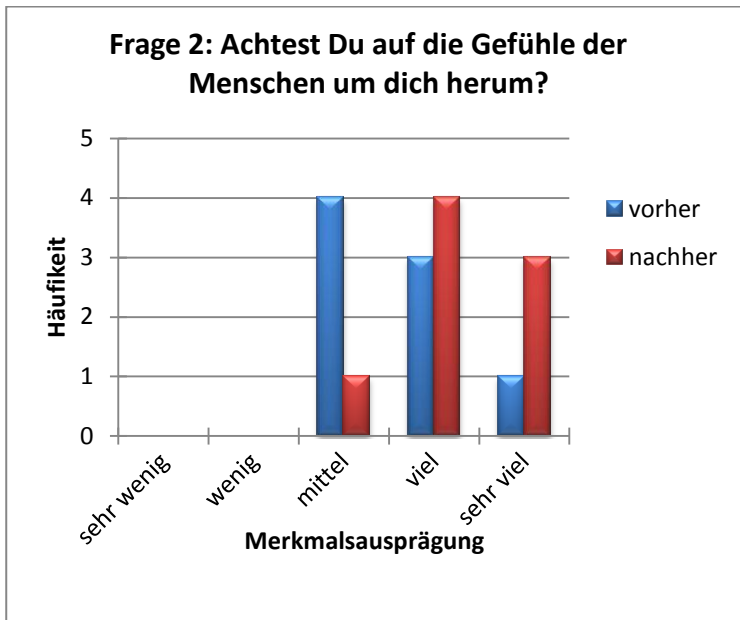
Parameter Frage 1	Vorher	Nachher
Extremwerte	3, 5	4, 5
Variationsbreite	2	1
Mittelwert	3,875	4,375
Standardabweichung	0,8345	0,5175

Tabelle 8: Parameter der ersten Einheit Frage 1

Abbildung 4: Frage1: Nimmst Du deine Gefühle bewusst wahr?

Anhand der Grafik ist zu erkennen, dass zu Beginn der ersten Einheit drei der acht Kinder ihre bewusste Gefühlswahrnehmung *mittelmäßig* einschätzten, drei andere nahmen nach ihren Angaben ihre Gefühle recht bewusst wahr („*viel*“). Zwei Kinder gaben an, mit *sehr viel* Bewusstsein ihren Gefühlen zu begegnen. Nach der Durchführung der ersten Einheit mit dem Ziel der Empathieförderung und des Bewusstmachens eigener und fremder Gefühle haben sich die Angaben der Kinder deutlich in den höheren Wertebereich verschoben. Fünf Kinder geben an, mit *viel* Bewusstsein ihre eigenen Gefühle wahrzunehmen, drei Kinder erleben ihre Gefühle sehr bewusst („*sehr viel*“). Der Mittelwert liegt vor der Durchführung bei 3,875 mit einer Standardabweichung von 0,8345. Nach der Durchführung verschiebt sich der Mittelwert auf 4,375, die Standardabweichung verringert sich auf den Wert 0,5175. Die Extremwerte vor der Durchführung sind die Merkmalsausprägungen 3 (*mittel*) und 5 (*sehr viel*). Nach der Durchführungen liegen sie bei 4 (*viel*) und 5 (*sehr viel*). Somit verringert sich auch die Variationsbreite nach der Durchführung auf den Wert 1.

⁴ Die genaue Rechnung der Werte befindet sich im Anhang (S.29 ff).

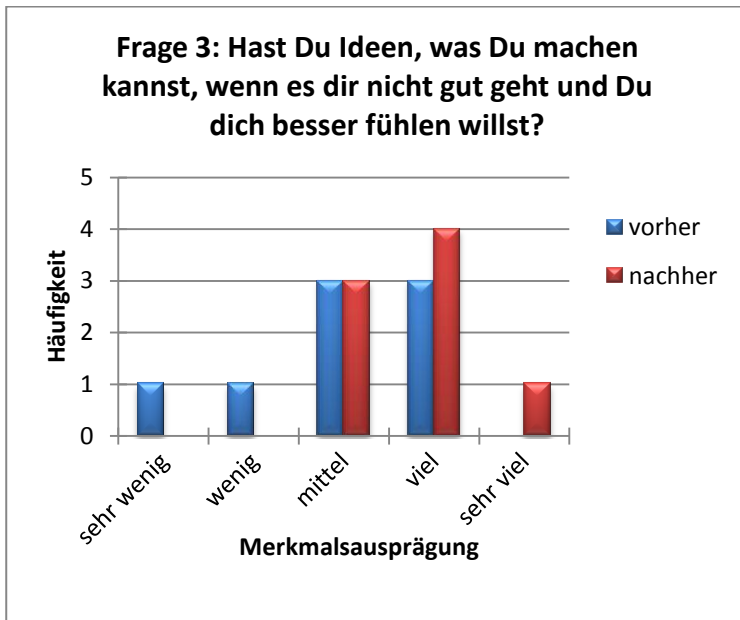


Parameter Frage 2	Vorher	Nachher
Extremwerte	3 und 5	3 und 5
Variationsbreite	2	2
Mittelwert	3,625	4,25
Standardabweichung	0,5175	0,7440

Tabelle 9: Parameter der ersten Einheit Frage 2

Abbildung 5: Frage 2: Achtest Du auf die Gefühle der Menschen um dich herum?

Die Frage nach der Achtsamkeit auf die Gefühle anderer Menschen beantworteten 50% der Kinder vor der Durchführung der ersten Gruppeneinheit als *mittelmäßig*. Drei der insgesamt acht Kinder achteten nach eigenen Angaben *viel* auf die Gefühle der Menschen um sie herum. Ein Kind gab an, *sehr viel* auf die Gefühlswelt anderer Menschen zu achten. Nach der Durchführung dagegen nimmt der mittelmäßige Wert von vier Kindern auf ein Kind ab, dagegen steigt der Wert der Kinder, die *viel* auf die Gefühle der Menschen um sie herum achten, auf vier Kinder an. Auch die Zahl der Kinder, die *sehr viel* auf die Gefühle ihrer Mitmenschen achten, steigt von 12,5% auf 37,5%. Der Mittelwert der Daten liegt vor der Durchführung bei 3,625, danach bei 4,25. Die Standardabweichung beträgt vor der Durchführung 0,5175, nach dieser 0,7440. Die Extremwerte und die Variationsbreite bleiben trotz der Verschiebung des Mittelwertes konstant.



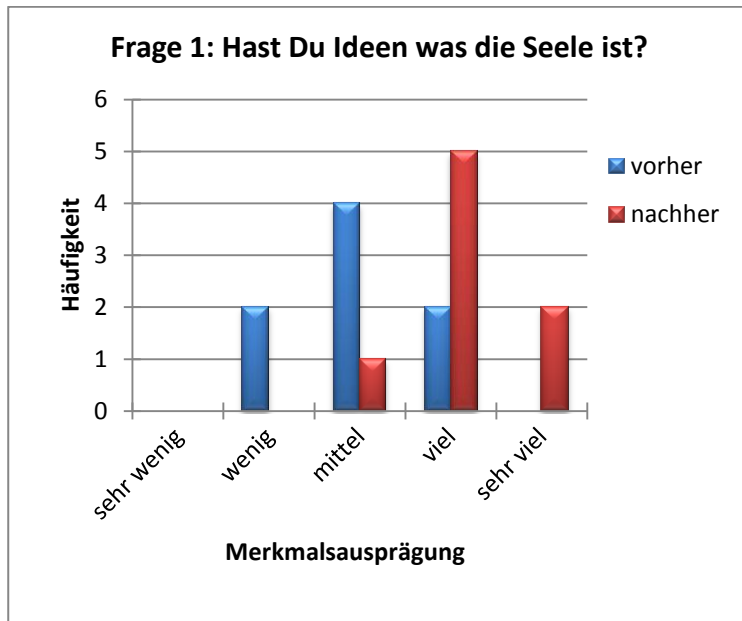
Parameter Frage 3	Vorher	Nachher
Extremwerte	1 und 4	3 und 5
Variationsbreite	3	2
Mittelwert	3,0	3,75
Standardabweichung	1,0609	0,7071

Tabelle 10: Parameter der ersten Einheit Frage 3

Abbildung 6: Frage 3: Hast Du Ideen, was Du machen kannst, wenn es dir nicht gut geht und Du dich besser fühlen willst?

Zu Beginn der ersten Einheit des Kurzzeit-Gruppenangebotes gab ein Kind an, *sehr wenig* Möglichkeiten zu kennen, um ein besseres Gefühl bei Unwohlsein zu bekommen. Ebenfalls ein Kind gab *wenig* Ideen für einen gewollten positiven Stimmungswechsel an. Drei Kinder haben *mittel* viele Ideen, weitere drei Kinder *vielen* Ideen was sie machen können, um sich besser zu fühlen. Nach der Durchführung des Angebotes haben drei Kinder *mittelmäßig* *vielen* Ideen zur Problematik der Gefühlsänderung, vier haben *vielen* Ideen und zwei Kinder geben an *sehr vielen* Möglichkeiten zu kennen. Der Mittelwert beträgt vor der Durchführung 3,0 mit einer Standardabweichung von 1,0609, nach der Durchführung 3,75 mit einer Standardabweichung von 0,7071. Die Extremwerte verschieben sich in den oberen Bereich der Skala. Zudem verringert sich die Variationsbreite nach der Durchführung um einen Punkt auf 2.

6.2.2 Daten der zweiten Einheit

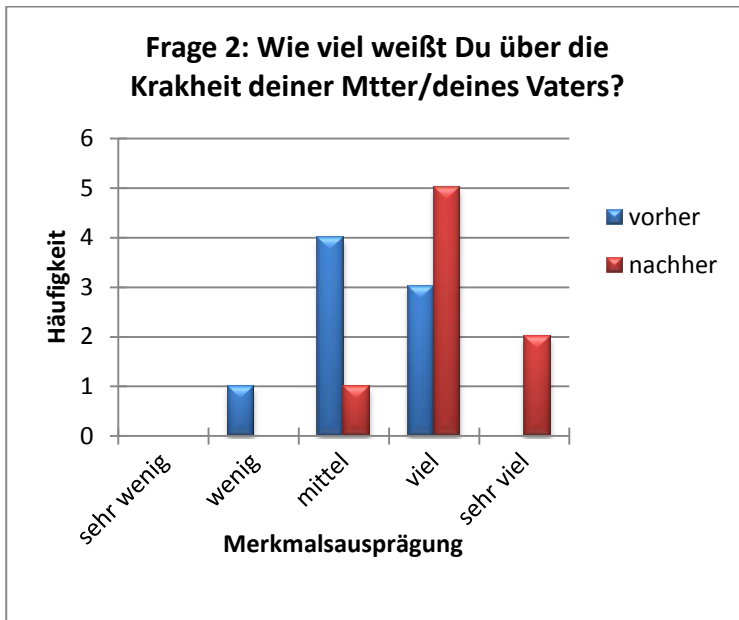


Parameter Frage 1	Vorher	Nachher
Extremwerte	2 und 4	3 und 5
Variationsbreite	2	2
Mittelwert	3,0	4,125
Standardabweichung	0,7559	0,6409

Tabelle 11: Parameter der zweiten Einheit Frage 1

Abbildung 7: Frage 1: Hast Du Ideen was die Seele ist?

Zu Beginn der zweiten Einheit des Gruppenprogramms für Kinder psychisch kranker Eltern gaben zwei Kinder an, *wenige* Vorstellungen von der Seele zu haben. Vier Kinder hatten *mittelmäßige* Vorstellungen, zwei dagegen gaben an, *vielen* Ideen zum Bild der Seele zu haben. Nach der Durchführung der zweiten Einheit kommt es, wie in der Grafik deutlich zu erkennen, zu einem signifikanten Anstieg der Ideen der Kinder zum Thema „Seele“. Die Zahl der *mittelmäßigen* Vorstellung zur Seele beschränkt sich auf ein einziges Kind, fünf Kinder dagegen geben an, *vielen* Ideen zu haben. Die vor der Durchführung des Angebotes gar nicht angegebenen *sehr vielen* Ideen zu Seele geben nach der Durchführung zwei der acht Kinder und somit 25% der Interventionsgruppe an. Der Mittelwert verändert sich nach der Durchführung des Angebotes von 3,0 auf 4,125. Die dazugehörigen Standardabweichungen von 0,7559 auf 0,6409. Die Extremwerte verschieben sich jeweils um einen Wert nach oben, die Variationsbreite bleibt bei beiden Messungen konstant bei 2.

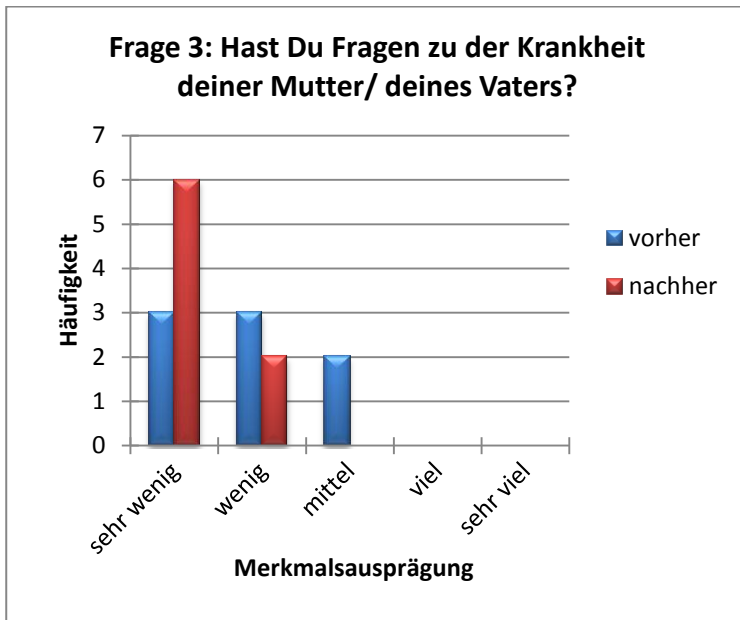


Parameter Frage 2	Vorher	Nachher
Extremwerte	2 und 4	3 und 5
Variationsbreite	2	2
Mittelwert	3,25	4,125
Standardabweichung	0,071	0,6409

Tabelle 12: Parameter der zweiten Einheit Frage 2

Abbildung 8: Frage 2: Wie viel weißt Du über die Krankheit deiner Mutter/deines Vaters?

Vor der Durchführung der zweiten Einheit mit dem Ziel der altersgemäßen Krankheitsaufklärung gaben 12,5% der Kinder an, *wenig* über die Krankheit des Elternteils zu wissen. 50% gaben an, über *mittelmäßiges* Wissen bezüglich der Krankheit zu verfügen und 37,5% der Kinder wussten nach eigenen Angaben *viel* über die psychische Erkrankung der Mutter bzw. des Vaters. Nach der zweiten Einheit des Gruppenangebotes ist die Zahl der Kinder, die *mittelmäßiges* Wissen angeben, von 50% auf 12,5% gesunken. Dagegen geben zusätzliche 25% an, über *viel* Wissen zu verfügen. Weitere 25% der Kinder definieren ihr Wissen über die elterliche Krankheit nach dem Angebot mit *sehr viel*. Der Mittelwert zu dieser Frage betrug vor der Durchführung des Kurzzeit-Gruppenangebotes den Wert 3,0. Danach verändert er sich auf den Wert 4,125. Die jeweiligen Standardabweichungen ändern sich von 0,7559 auf 0,6409. Die Extremwerte verschieben sich jeweils um einen Wert in den höheren Bereich, die Varianzbreite bleibt demnach unverändert bei 2.



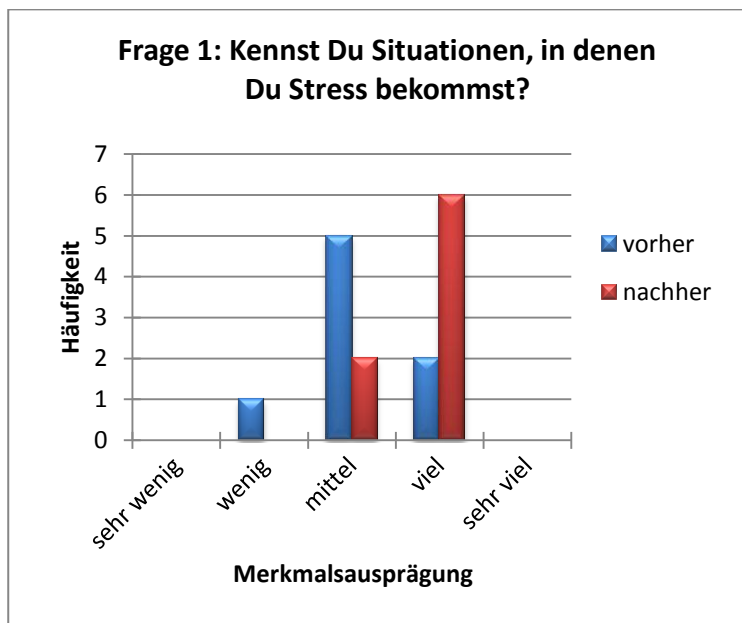
Parameter Frage 3	Vorher	Nachher
Extremwerte	1 und 3	1 und 2
Variationsbreite	2	1
Mittelwert	1,875	1,25
Standardabweichung	0,8345	0,4629

Tabelle 13: Parameter der zweiten Einheit Frage 3

Abbildung 9: Frage 3: Hast Du Fragen zu der Krankheit deiner Mutter/ deines Vaters?

Die letzte Frage der zweiten Einheit des Angebotes fragt nach dem Erkenntnisinteresse der Kinder bzgl. der psychischen Störung der Eltern. Anhand der Grafik ist zu erkennen, dass die befragten Kinder bereits vor der Durchführung *wenig* (37,5% der Kinder) bis *sehr wenig* (ebenfalls 37,5% der Kinder) Fragen zu der Krankheit hatten. 25% gaben an, *mittelmäßig* viele Fragen zu haben. Nach der Krankheitsaufklärung, in der Fragen der Kinder beantwortet wurden, geben 75% der Kinder an, nun *sehr wenig* Fragen zu der Krankheit der Mutter oder des Vaters zu haben. 25% haben nach einigen Angaben *wenig* Fragen. Der Mittelwert veränderte sich nach der Durchführung von dem Wert 1,875 auf den Wert 1,25. Die Standardabweichung verringert sich von 0,8345 auf 0,4629. Der höchste Extremwert verändert sich nach dem Angebot von 3 auf 2, die Variationsbreite von 2 auf 1.

6.2.3 Daten der dritten Einheit

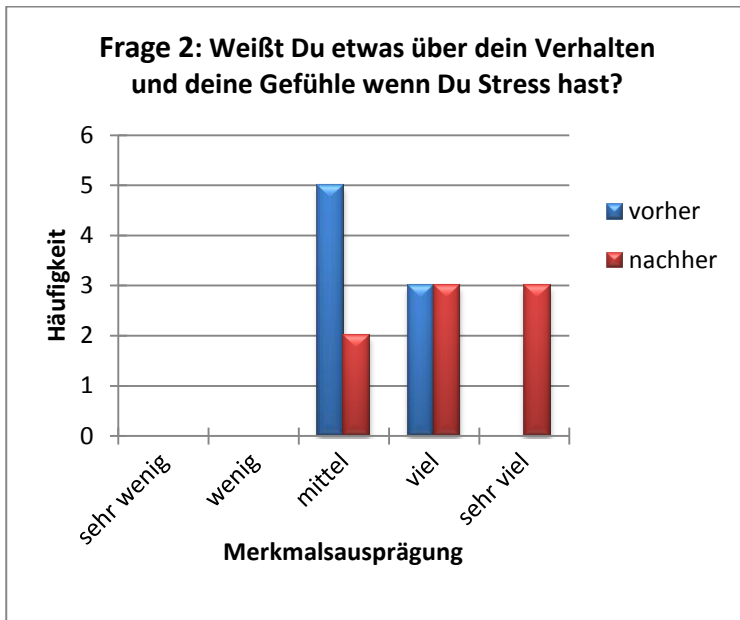


Parameter Frage 1	Vorher	Nachher
Extremwerte	2 und 4	3 und 4
Variationsbreite	2	1
Mittelwert	3,125	3,75
Standardabweichung	0,6409	0,4629

Tabelle 14: Parameter der dritten Einheit Frage 1

Abbildung 10: Frage 1: Kennst Du Situationen, in denen Du Stress bekommst?

Zur Zielüberprüfung der dritten Einheit mit dem Thema Stressbewältigung wurde als erstes eine Frage zur Kenntnis von Stresssituationen gestellt. Vor der Durchführung der Einheit gab ein Kind an, *wenig* Situationen zu kennen, in denen es Stress bekommt. Fünf Kinder dagegen gaben *mittelmäßiges* Wissen an und zwei Kinder verfügten nach eigenen Angaben über *viel* Wissen in Bezug auf ihre eigenen Stresssituationen. Nach der Durchführung der Einheit änderte sich das Wissen über Stresssituationen eindeutig. Wie in der Grafik zu erkennen geben nur noch zwei Kinder einen *mittleren* Wissenstand zu Stresssituationen an. Sechs Kinder dagegen wissen *viel* über Situationen, in denen sie Stress bekommen. Der errechnete Mittelwert verändert sich von ursprünglich 3,125 auf 3,75. Die Werte der Standardabweichung verzeichnen nach der Durchführung des Angebotes eine Abnahme von 0,178. Der niedrigste Extremwert vergrößert sich nach der Durchführung von 2 auf 3, die Variationsbreite verringert sich um einen Punkt.

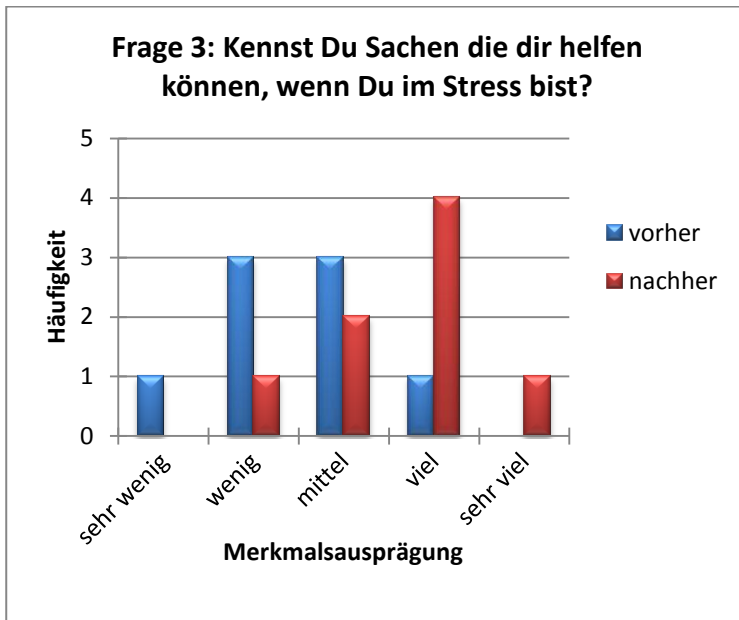


Parameter Frage 2	Vorher	Nachher
Extremwerte	3 und 4	3 und 5
Variationsbreite	1	2
Mittelwert	3,375	4,125
Standardabweichung	0,5175	0,8345

Tabelle 15: Parameter der dritten Einheit Frage 2

Abbildung 11: Frage 2: Weißt Du etwas über dein Verhalten und deine Gefühle wenn Du Stress hast?

Die zweite spezifische Frage an die Kinder fokussiert die Wahrnehmung des Verhaltens und der Gefühle in Stresssituationen. Vor der Durchführung der dritten Einheit gaben 62,5% Kinder an, *mittelmäßiges* Wissen über ihre Gefühle und ihr Verhalten im Stress zu verfügen. Drei Kinder und somit 37,5% weisen nach eigenen Angaben *viel* Wissen vor. Nach der Umsetzung der dritten Einheit des Konzeptes verringert sich die Zahl der Kinder die *mittelmäßiges* Wissen angeben von 62,5% auf 25%. Die Anzahl der Kinder, die über *viel* Wissen verfügen ändert sich nicht. Dafür geben 37,5% der Kinder an, nach dem Programm über *sehr viel* Wissen bezüglich ihres Verhaltens und ihrer Gefühle in Stresssituationen zu verfügen. Der Mittelwert vergrößerte sich demnach von 3,375 auf 4,125. Die dazugehörigen Standardabweichungen veränderten sich von 0,5175 auf 0,8345. Der höchste Extremwert vergrößert sich nach dem Angebot auf den Wert 5 (=sehr viel). Die Variationsbreite vergrößert sich nach der Durchführung ebenfalls um einen Wert.



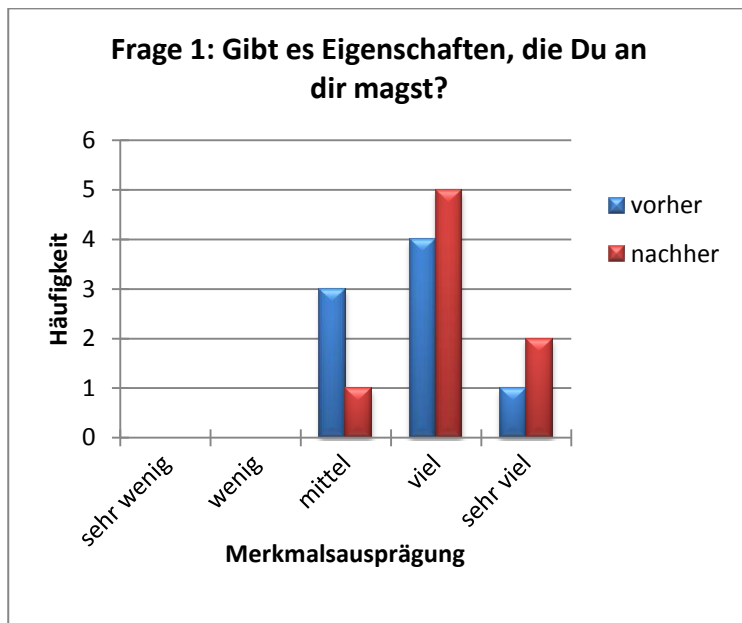
Parameter Frage 3	Vorher	Nachher
Extremwerte	1 und 4	2 und 5
Variationsbreite	3	3
Mittelwert	2,5	3,625
Standardabweichung	0,9258	0,9161

Tabelle 16: Parameter der dritten Einheit Frage 3

Abbildung 12: Frage 3: Kennst Du Sachen die dir helfen können, wenn Du im Stress bist?

Die Kinder wurden nach Bewältigungswissen in Stresssituationen gefragt. Vor der Durchführung der dritten Einheit gab ein Kind an, *sehr wenig* über den positiven Umgang mit Stress zu wissen. Drei Kinder gaben jeweils *wenig* und *mittelmäßige* Kenntnisse an. Ein Kind dagegen gab bereits vor der Durchführung an, *viel* über den positiven Umgang mit Stress zu wissen. Der Abbildung ist deutlich zu entnehmen, dass nach der Bearbeitung des Themas „Stress“ in der dritten Einheit eine signifikante Veränderung der Angaben der Kinder vorliegt. Nur ein einzelnes Kind gibt an, *wenig* über den positiven Umgang mit Stress zu wissen. Zwei Kinder dagegen geben *mittelmäßiges* Wissen an, vier Kinder und somit 50% der Interventionsgruppe schätzen ihr Wissen über Hilfe in Stresssituationen als *viel* ein, während weitere zwei Kinder *sehr viel* diesbezüglich angaben. Eine deutliche Veränderung lässt sich auch beim Mittelwert feststellen. Dieser verändert sich von dem Wert 2,5 auf den Wert 3,625. Die Standardabweichung dagegen bleibt mit den Werten 0,9258 und 0,9161 im ähnlichen Bereich. Die Extremwerte verschieben sich in den höheren Bereich, die Variationsbreite bleibt konstant.

6.2.4 Daten der vierten Einheit

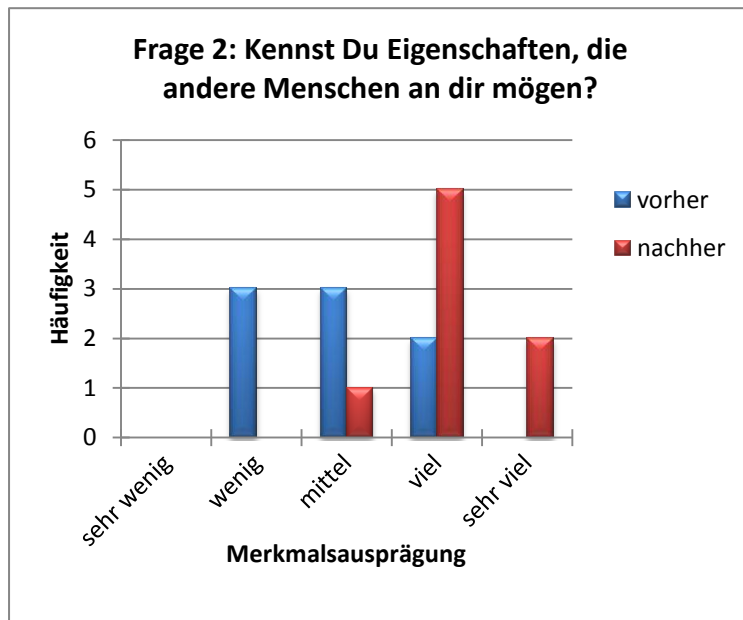


Parameter Frage 1	Vorher	Nachher
Extremwerte	3 und 5	3 und 5
Variationsbreite	2	2
Mittelwert	3,75	4,125
Standardabweichung	0,7071	0,6409

Tabelle 1: Parameter der vierten Einheit Frage 1

Abbildung 13: Frage1: Gibt es Eigenschaften, die Du an dir magst?

Zum Thema „Selbstbewusstsein“ wurde den Kindern die Frage nach Eigenschaften, die sie an sich selber mögen, gestellt. 37,5% der Kinder gaben vor der Durchführung an, *mittelmäßig viele* Eigenschaften an sich zu mögen. 50% mochten nach eigenen Angaben *vielen* Eigenschaften an sich, 12,5% kannten *sehr vielen* liebenswerten Eigenschaften an sich selbst. Nach der Durchführung der vierten Einheit des Kurzzeit-Gruppenangebotes gaben anstatt 37,5% nur noch 12,5% der Kinder *mittelmäßig viele* Eigenschaften an, die sie an sich mögen. 62,5% Kinder dagegen mögen *vielen* Eigenschaften an sich, 25% Kinder *sehr vielen*. Der zusätzlich ermittelte Mittelwert verschob sich nach der Durchführung von 3,75 auf 4,125. Die Standardabweichung betrug vor dem Angebot 0,7071, danach 0,6409. Die Extremwerte und die Variationsbreite veränderten sich nicht.

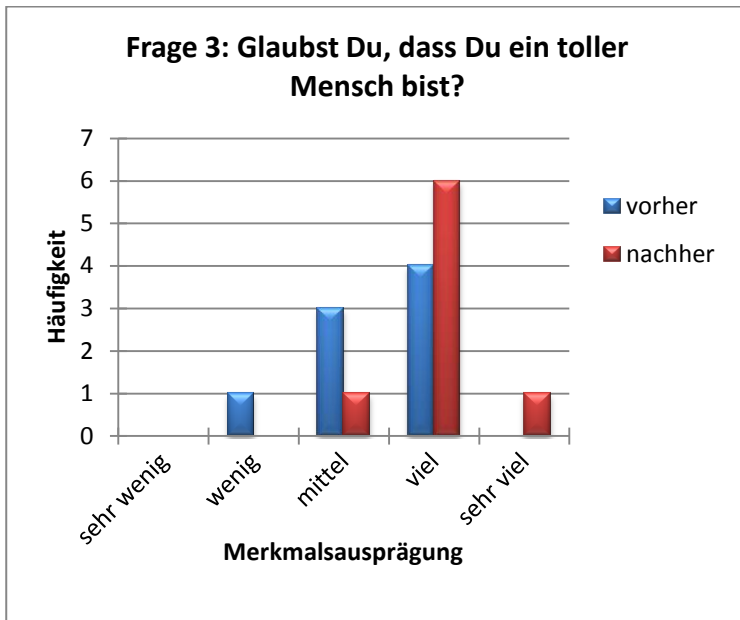


Parameter Frage 2	Vorher	Nachher
Extremwerte	2 und 4	3 und 5
Variationsbreite	2	2
Mittelwert	2,875	4,75
Standardabweichung	0,8345	0,6409

Tabelle 18: Parameter der vierten Einheit Frage 2

Abbildung 14: Frage 2: Kennst Du Eigenschaften, die andere Menschen an dir mögen?

Ein Kind gab vor der Durchführung des vierten Tages *wenig* Kenntnis über Eigenschaften, die andere Menschen an ihm mögen, an. Drei Kinder kannten *mittelmäßig viele* Eigenschaften an sich, zwei Kinder gaben *viel* Kenntnis über diese Eigenschaften an. Nach der Durchführung sind veränderte Angaben festzustellen. Nur noch ein einziges Kind gibt *mittelmäßige* Kenntnis über die definierten Eigenschaften an, fünf Kinder kennen *vielen* Eigenschaften die andere Menschen an ihnen mögen und zwei Kinder geben nach der Durchführung *sehr viele* bekannte Eigenschaften an. Der Mittelwert verändert sich deutlich von 2,875 auf 4,75, die Standardabweichung verringert sich um 0,1936 auf 0,6409. Die Extremwerte verschieben sich um jeweils einen Wert nach oben. Die Variationsbreite bleibt konstant bei 2.



Parameter Frage3	Vorher	Nachher
Extremwerte	2 und 4	3 und 5
Variationsbreite	2	2
Mittelwert	3,375	4,0
Standardabweichung	0,7440	0,5345

Tabelle 19: Parameter der vierten Einheit Frage 3

Abbildung 15: Frage 3: Glaubst Du, dass Du ein toller Mensch bist?

Die letzte Frage zur Überprüfung der spezifischen Ziele der vierten Einheit verzeichnet ebenfalls eine deutliche Veränderung der Zahlen im Vergleich von vorher und nachher. Vor der vierten Durchführung gaben 12,5% der Kinder der Interventionsgruppe an, *wenig* daran zu glauben, dass sie tolle Menschen sind. 37,5% Kinder gaben *mittelmäßigen* Glauben diesbezüglich an, 50% Kinder glaubten doch eher daran, dass sie tolle Menschen sind („*viel*“). Nach der Durchführung der letzten Einheit des Programms geben nur noch 12,5% der Kinder *mittelmäßigen* Glauben zur Fragestellung an, 75% glauben nach eigenen Angaben *viel*, dass sie tolle Menschen sind und 12,5% glauben diesbezüglich *sehr viel* daran. Der Mittelwert verändert sich deutlich von dem Wert 3,375 auf den Wert 4,0. Die Standardabweichung verringert sich von 0,7440 auf 0,5345 und die Extremwerte verschieben sich jeweils um einen Wert in den höheren Bereich. Die Variationsbreite bleibt demnach konstant.

6.3 Deskriptive Darstellung der Daten der Feedbackfragebögen

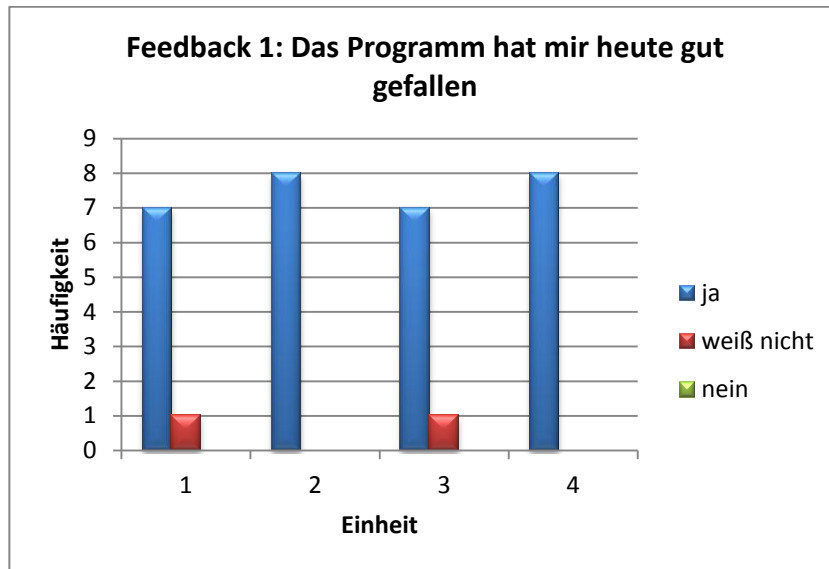


Abbildung 16: Feedback 1: Das Programm hat mir heute gut gefallen

Nach jeder Einheit des Kurzzeit-Gruppenangebotes wurde von den Kindern der Feedback-Fragebogen ausgefüllt. Auf der Abbildung ist zu erkennen, dass das Programm in der ersten Einheit sieben Kindern gut gefallen hat. Lediglich ein Kind gab an, nicht zu wissen ob es ihm gefallen habe. In der zweiten sowie in der vierten Einheit gaben 100% der Kinder an, dass das Programm ihnen gut gefallen hat. In der dritten Einheit gab wieder ein einziges Kind an, dass es nicht weiß, ob das Programm ihm gefallen hat. Die Antwortmöglichkeit „nein“ wurde bei keiner Einheit angegeben.

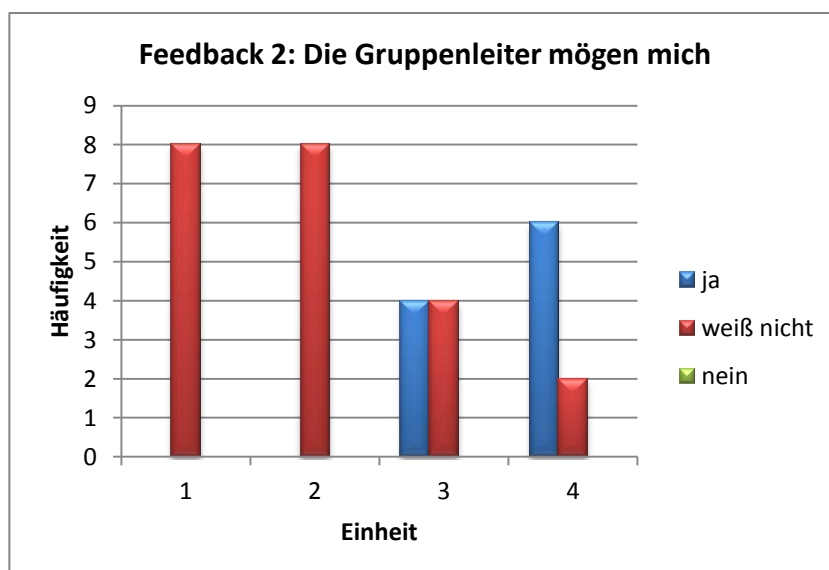


Abbildung 17: Feedback 2: Die Gruppenleiter mögen mich

Bei der Einschätzung, ob die Gruppenleiter die Kinder mögen, gaben nach der ersten Einheit 100% der Kinder „*weiß nicht*“ als Antwort an. Die gleiche Aussage findet man nach der zweiten Einheit des Programms. Am dritten Tag gaben 50% der Kinder die Antwort „*ja*“ an, die restlichen 50% sind nach wie vor unentschlossen. Am letzten Tag des Programms gaben bereits 75% der Interventionsgruppe an, dass die Gruppenleiter sie mögen, 25% Kinder sind sich immer noch unsicher. Die Antwortmöglichkeit „*nein*“ wurde zu keinem Zeitpunkt ausgewählt.

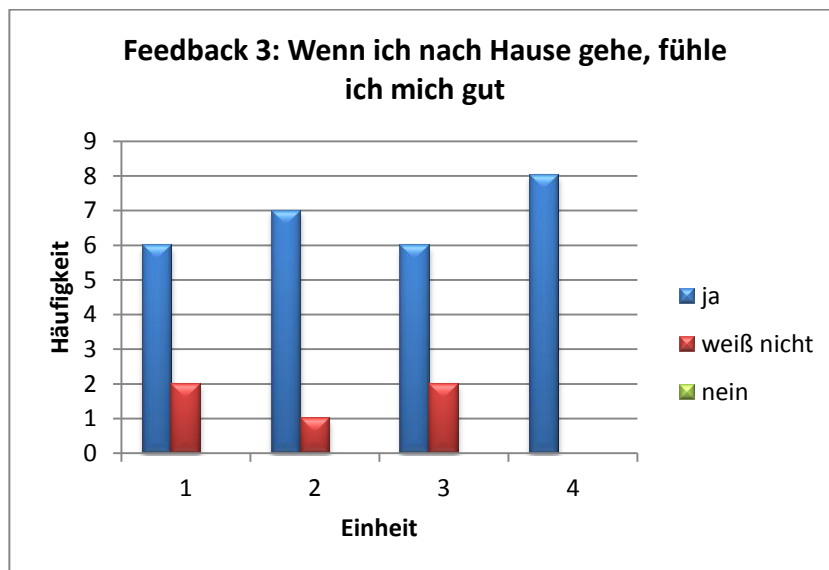


Abbildung 18: Feedback 3: Wenn ich nach Hause gehe, fühle ich mich gut

Auf die Frage ob die Kinder sich gut fühlen wenn sie nach dem Programm nach Hause gehen, gaben nach der ersten Einheit sechs Kinder die Antwortmöglichkeit „*ja*“, zwei Kinder die Antwortmöglichkeit „*weiß nicht*“ an. Am zweiten Tag des Kurzzeit-Gruppenangebotes gab ein Kind mehr als zuvor die Antwort „*ja*“, ein Kind dagegen war immer noch unentschlossen. Nach der Durchführung der dritten Einheit gaben die Kinder, wie auf der Abbildung gut zu erkennen, die Antworten im gleichen Verhältnis an wie nach dem ersten Tag des Programms. Am vierten Tag gaben 100% der Kinder an, dass sie sich gut fühlen wenn sie nach Hause gehen. Die Antwortmöglichkeit „*nein*“ wurde an keinem der Tage gewählt.

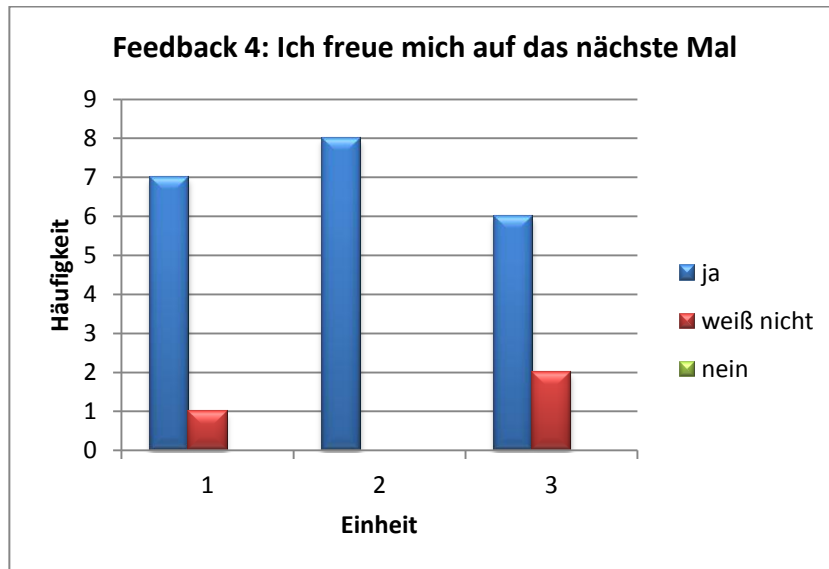


Abbildung 19: Feedback 4: Ich freue mich auf das nächste Mal

Wie auf der Abbildung verdeutlicht, gaben nach der ersten Einheit des Programms 87,5% der Kinder an, sich auf das nächste Mal, also den nächsten Tag des Angebotes, zu freuen. 12,5% der Kinder dagegen waren unentschlossen und gaben die Antwortmöglichkeit „*weiß nicht*“ an. Nach der zweiten Einheit des Programms gaben 100% der Kinder „*ja*“ an. Nach dem dritten Tag gaben 75% der Kinder an, sich auf das nächste Mal zu freuen, 25% konnten keine klare Aussage dazu machen. Die Antwort „*nein*“ wurde zu keinem Zeitpunkt ausgewählt. Diese Feedback-Frage wurde nach der vierten Einheit nicht beantwortet, da das Programm zu dem Zeitpunkt endete.

7 Interpretation der Ergebnisse

7.1 Interpretation der Ergebnisse der SDQ- Selbsteinschätzungs-Fragebögen

Die Kinder, die am Kurzzeit-Gruppenangebot für Kinder psychisch kranker Eltern teilnahmen, gaben wie bereits in der deskriptiven Beschreibung der Daten erkennbar, vor und nach dem Angebot unterschiedliche Angaben an. Es ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass die Kinder den zweiten Selbsteinschätzungsbogen direkt nach dem Ende des Kurzzeit-Gruppenangebotes ausfüllten. Zudem war es durch den Namen auf dem Blatt möglich, die Veränderung zum Prä-Test einzuschätzen, was die Kinder wussten. Die Kinder wussten auch, dass die Befragung im Rahmen der Programmüberprüfung stattfand. Es

kann also nicht absolut sicher gestellt werden, dass sie auch wirklich die angegebenen Veränderungen erlebten, oder ob sie eventuell den Gruppenleitern zu Liebe die ein oder andere für sie logische Veränderung angaben. Zudem waren die erlernten und erlebten Inhalte des Programms noch sehr präsent, was es möglich machen könnte, dass die Kinder andere (vielleicht gravierendere) Situationen, Gefühle und Erfahrungen in diesem Moment ausblendeten.

7.1.1 Emotionale Probleme

6 bis 10 Prozent aller Kinder hat zu irgendeinem Zeitpunkt emotionale Probleme. Dabei leiden die meisten Kinder während ihrer Schullaufbahn an diesen Schwierigkeiten (Preuß & Stümpfig, 2010). Somit wäre es nicht besonders ungewöhnlich, dass die Kinder der Interventionsgruppe zum Teil emotionale Probleme haben. Es zeigt sich deutlich, dass nach der Durchführung des Programms weniger Kinder diese Probleme angeben. Bezogen auf das Gruppenangebot zeigt die abnehmende Tendenz der Skala der emotionalen Probleme, dass der Inhalt des Programms mit den Zielen übereinstimmt und das Angebot Wirkung im Bereich der personalen Ressourcen zeigt. Die Kinder könnten ihre emotionalen Probleme dadurch verringert haben, da sie nach der Durchführung des Angebotes bewusster mit ihren Gefühlen umgehen. Zudem haben sie durch die Krankheitsaufklärung über die psychischen Krankheiten der Eltern und das Erleben anderer betroffener Kinder eine große emotionale Erleichterung erfahren. Die Erfahrung des „Gemocht werdens, auch wenn ich anders bin“, stärkte am vierten Tag des Angebotes bei den Kindern Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen, was sich wiederum positiv auf die emotionale Befindlichkeit auswirkte. Zusammenfassend kann man sagen, dass das Programm auf der emotionalen Ebene durch viele verschiedene Übungen und Spiele die Kinder emotional stärkte und entlastete und somit in diesem Bereich der personalen Ressourcen wirksam war.

7.1.2 Verhaltensauffälligkeiten

Die Verhaltensauffälligkeiten der Kinder, die in der nächsten Skala angegeben und bewertet wurden, werfen zunächst die Frage auf, was genau mit Verhaltensauffälligkeiten in diesem Zusammenhang gemeint ist. Fröhlich-Gildhoff und Hartung machen darauf aufmerksam, dass es sich als sehr schwierig gestaltet die Abweichung von der Norm in Bezug auf Verhaltensauffälligkeiten zu definieren. Neben Alter, Geschlecht, soziokultureller Zugehörigkeit, Art und Vielfalt der Symptome sowie den gegenwärtigen Lebensumständen (welche

ohne Zweifel eine besondere Belastung für die Kinder psychisch kranker Eltern darstellen) muss man feststellen, dass die Definition „Verhaltensauffälligkeit“ nicht eindeutig und konstant ist (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Hartung, 2007). Trotz dieser Einwände und der Frage, ob die vorhandene Stichprobe für die Cut-off-Werte ausreicht, kann man Veränderungen bei den Angaben der Kinder in Bezug auf Verhaltensauffälligkeiten feststellen. Insgesamt sind die Kinder in den Unterscheidungen der Cut-off-Werte sehr unterschiedlich einzuschätzen. Der nicht klar definierte Bereich der Verhaltensauffälligkeiten ist nur sekundär vom Kurzzeit-Gruppenangebot betroffen. Durch die oben beschriebene Abnahme der emotionalen Probleme der Kinder könnten sich im Laufe der Zeit auch die Verhaltensauffälligkeiten verringern. Vor allem durch die Erfahrung der Selbstwirksamkeit und der Förderung des Empathievermögens sowie der gelernte angemessene Umgang mit stressigen und negativen Situationen könnten im Nachhinein dazu beitragen, dass die Kinder auch in ihrem Verhalten Veränderungen zeigen. Für die Feststellung der mittelfristigen bzw. langfristigen Wirkung müsste die Post-Befragung nach einigen Wochen bzw. Monaten noch einmal wiederholt werden.

7.1.3 Hyperaktivität

Die Veränderung im Vergleich der Angaben vor und nach dem Gruppenangebot und lässt darauf schließen, dass das Konzept unter anderem die hyperaktiven Verhaltensweisen der Kinder positiv beeinflusst. Insgesamt sind die Veränderungen jedoch sehr ambivalent. Es gab Zu- sowie Abnahmen der Werte und somit ist keine konkrete und eindeutige Aussage über die Wirkung des Programms bezüglich der Hyperaktivität möglich. Die Hyperaktivität der Kinder könnte, durch den im Programm erlernten geeigneten Umgang mit Stresssituationen und dem Aufzeigen von Entspannungsverfahren und -übungen, verringert werden. Durch das bewusstere Wahrnehmen der körperlichen Reaktionen auf bestimmte Situationen und das Bewusstmachen der eigenen Gefühle könnte das Programm zur Verringerung der Hyperaktivität führen. Für die Überprüfung sollte nach einigen Monaten ein Follow-up-Fragebogen zum Einsatz kommen. Eine Frage ist jedoch, ob Hyperaktivität wirklich als negative Eigenschaft betrachtet werden soll und auf Grund dieser negativen Betrachtung wirklich verringert werden muss. Die Abweichung von der Norm ist natürlich ein Grund, weshalb die Kinder mit erhöhter Aktivität oftmals negativ auffallen. Aber viel wichtiger ist in diesem Kontext, dass hyperaktive Kinder besonders fantasiereich sind und über einen großen Ideenreichtum und Kreativität verfügen (Warnke & Satzger-Harsch, 2004). Die Fantasie, welche unter anderem als Schutzfaktor bei Kindern psychisch kranker Eltern bewiesen ist (Mattejat, 2009), sollte gerade bei Kindern mit erhöhter Aktivität als positive Eigenschaft gesehen werden. Andererseits tradieren sich hyperaktive Verhaltensweisen in Familien

über Generationen. Unbehandelte hyperaktive Erwachsene erschweren die Betreuung hyperaktiver Kinder, was ein Grund für die Behandlung der Hyperaktivität darstellt.

7.1.4 Probleme mit Gleichaltrigen

Nach der Umsetzung des Kurzzeit-Gruppenangebotes ist bei allen Kindern eine Abnahme der Werte zu den Problemen mit Gleichaltrigen festzustellen. Bei der Auswertung der Daten der Fragebögen sind insgesamt signifikant hohe Werte zu verzeichnen. Dies bestärkt die Annahme, dass die Kinder psychisch kranker Eltern vor allem in ihrem sozialen Umfeld außerhalb der Familie Probleme haben. Hier könnte natürlich die Außenseiterposition, die bereits im ersten Teil der Arbeit beschrieben wurde, einen erheblichen Faktor darstellen. In der Schule oder bei Freizeitbeschäftigungen nach der Schule, sowie am Wochenende und in den Ferien sind die Kinder geprägt von der familiären Situation und der Krankheit der Eltern. Das würde die Probleme bei dem Großteil der Kinder erklären. Die positive Auswirkung des Gruppenangebotes auf den Umgang mit Gleichaltrigen ist eine wichtige Komponente im Konzept. Bedacht sollte bei dieser Wertveränderung die Tatsache, dass die Kinder im Programm mit Gleichaltrigen in einem geschützten Rahmen zusammen waren. Zudem fand das Kurzzeit-Gruppenangebot in den Ferien statt, was Probleme in der Schule bei den Kindern ausgeblendet haben könnte. In der Interventionsgruppe herrschte durchgängig ein angenehmes und freundliches Klima, was dazu beigetragen haben könnte, dass die Kinder weniger Probleme mit Gleichaltrigen nach dem Programm angaben und dies auch wirklich so empfanden. Das Programm wirkte dank des Abbaus von Isolationsgefühlen und der Anerkennung von Anderen positiv auf die Skala der Probleme mit Gleichaltrigen.

7.1.5 Prosoziales Verhalten

Die Werte des prosozialen Verhaltens nahmen nach der Durchführung des Angebotes bei fünf Kindern zu, bei drei Kindern blieben die Werte konstant. Der eindeutige Anstieg des angegebenen prosozialen Verhaltens ist auf die Inhalte des Kurzzeit-Gruppenangebotes zurückzuführen. Neben der Förderung der Empathiefähigkeit wurde im gesamten Programm darauf geachtet, das Miteinander und Füreinander zu fördern. Der Anstieg des prosozialen Verhaltens ist ein wichtiger Aspekt bei der Begutachtung des vorliegenden Konzeptes und macht deutlich, dass die Kinder den Inhalt des Konzeptes angenommen und verinnerlicht haben.

7.1.6 Gesamtproblemwert

Die ermittelten Daten ergaben bei sechs der acht Kinder eine zum Teil starke Abnahme des Gesamtproblemwertes. Das ist eine positive Veränderung im Hinblick auf die Gesamtsituation der Kinder. Die Hälfte der Kinder hat jedoch auch nach der Durchführung des Programms einen *auffällig* hohen Gesamtproblemwert. Das zeigt, dass trotz einer deutlichen Veränderung auf den Teilskalen sowie einer eindeutigen Veränderung im Gesamtproblemwert das Kurzzeit-Gruppenangebot nicht ausreicht, um alle Kinder in den *unauffälligen* oder *grenzwertig auffälligen* Bereich des Gesamtproblemwertes zu befördern. Der Ansatz des Konzeptes ist trotz der begrenzten Wirksamkeit insgesamt auch im Gesamtproblemwertbereich als positiv zu bewerten.

7.1.7 Interpretation der Zusatzfragen

Durch die Beantwortung der Zusatzfragen nach der Durchführung des Gruppenangebotes kann der zeitliche Rahmen des Angebotes diskutiert werden. 50% der Kinder gaben an, nicht zu wissen, was sie in der folgenden Woche nach dem Angebot tun werden. Diese Zahl spricht dafür, dass die Kinder eine sinnvolle Beschäftigung wie das angebotene Ferienprogramm annehmen, da sie keinen alternativen Aktivitäten nachgehen. Es könnte an der mangelnden Motivation, Kraft und zeitlichen Verfügbarkeit der Eltern liegen (Mattejat, 2009), dass die Kinder kein familiäres Ferienprogramm geboten bekommen. Jedoch spielt hier auch die Außenseiterrolle der Kinder eine wichtige Rolle. Viele Kinder werden sich schlichtweg nicht verabreden können, da sie keine oder nur wenig Freunde haben. Das könnte man auch mit den Angaben „PC spielen und Fernsehen gucken“ von zwei Kindern in Zusammenhang bringen. Diese angegebenen Beschäftigungen können alleine durchgeführt werden. Jedoch steht außer Frage, dass diese Hauptaktivität für die ganze Woche nicht angemessen ist. Zwei Kinder dagegen gaben an, sich in der folgenden Woche mit Freunden zu treffen. Es ist möglich, dass diese Kinder während des Angebotes neue Freundschaften geschlossen haben, die sie in der kommenden Woche ausbauen wollen. Natürlich sollte man nicht darauf schließen, dass alle Kinder der Interventionsgruppe Isolationsprobleme haben. Somit kann auch einfach davon ausgegangen werden, dass diese beiden Kinder normal sozialisiert und in einen Freundeskreis eingebunden sind. Die Angaben zu den Aktivitäten während der letzten Ferien machen deutlich, dass ein Ferienangebot für die Kinder attraktiv ist. Fünf Kinder geben an, dass sie „nichts Besonderes“ in den letzten Ferien gemacht haben. Zwei Kinder gaben wiederum an, dass sie Freunde getroffen

hätten. Die Ausnahme bildete hier ein Kind, welches angab, im Urlaub gewesen zu sein. Für dieses Kind wäre das Angebot nicht passend gewesen. Diese Angabe macht darauf aufmerksam, dass Kinder, die in den Ferien in den Urlaub fahren, von dem Angebot ausgeschlossen werden. Im Vergleich jedoch ist es nur ein Kind, welches im Urlaub war, wogegen fünf Kinder „nichts besonderes“ gemacht haben. Diese Relation macht wiederum deutlich, dass die Mehrheit der Stichprobe in das Angebot eingeschlossen wäre. Durch Wiederholungen und weitere Angebote zu verschiedenen Zeitpunkten in den Ferien besteht zudem die Möglichkeit, auch Kinder, die in den Urlaub fahren, zu einer anderen Zeit in das Programm aufzunehmen. Dass das Angebot in den Ferien besser besucht wird als in der Schulzeit, können die Angaben zur dritten Zusatzfrage bestätigen. Ein Kind gab an, an nur einem Nachmittag während der Schulzeit über Freizeit zu verfügen. Fünf Kinder gaben zwei Nachmittage an, zwei Kinder hatten drei freie Nachmittage zur Verfügung. Wenn man davon ausgeht, dass die Kinder auch unbedingt Zeit für sich brauchen, sich erholen müssen und auch einfach mal nichts tun sollten, kann man sechs der acht Kinder nicht zusätzlich mit einem wöchentlichen Termin belasten. Zwei Kinder, die angaben drei Nachmittage in der Woche Zeit für sich zu haben, würden für ein wöchentliches Angebot in Frage kommen. Jedoch muss auch hier bedacht werden, dass die Eltern der Kinder ebenfalls Verpflichtungen haben und vor allem psychisch kranke Eltern oftmals nicht die Zeit und Kraft haben, die Kinder wöchentlich zu Terminen zu bringen.

7.2 Interpretation der Ergebnisse der SDQ-Fremdeinschätzungs-Fragebögen

Der Vergleich der Werte der Fremdeinschätzung vor und nach der Durchführung des Kurzzeit-Gruppenangebotes hat in der deskriptiven Darstellung der Ergebnisse einige Unterschiede dargestellt, die im Folgenden interpretiert werden. Die Cut-off-Werte des Fremdeinschätzungs-Fragebogens wurden nach einer repräsentativen deutschen Feldstichprobe mit 930 Kindern errechnet. Die Frage bleibt an dieser Stelle offen, ob die Zahl nicht etwas zu gering ist um eine generalisierende Einschätzung vornehmen zu können.

7.2.1 Emotionale Probleme

Die Werte der Skala der emotionalen Probleme waren bei der Auswertung des Prä-Tests sehr hoch. Die Hälfte der Kinder wurde von ihren Eltern als *auffällig* beschrieben. Die insgesamt positive Veränderung bei drei der acht Kinder könnte zu einem Teil auf das Kurz-

zeit-Gruppenprogramm zurück zu führen sein. Die von den Kindern selbst angegebenen Veränderungen fielen zwar deutlicher aus, aber die Eltern als objektive Beobachter können differenziertere Angaben machen. Hier muss beachtet werden, dass zwischen der ersten und zweiten Befragung der Eltern ein größerer Zeitraum liegt als bei der Selbsteinschätzung der Kinder. Somit können auch noch weitere Faktoren eine Rolle für die Veränderung spielen, die nichts mit dem Programm zu tun haben. In jedem Fall kann positiv bewertet werden, dass die Eltern auch noch vier Wochen nach der Durchführung des Programms eine positive Veränderung erleben. Das würde für die kurzfristige, aber eventuell auch für die mittelfristige Wirksamkeit des Konzeptes sprechen. Die Differenzierung ist jedoch auf Grund der genannten Faktoren schwer einzuhalten, und somit bleibt die Frage offen, ob sich die Veränderungen wirklich auf Grund des Programms entwickelt haben. Die Punktzunahme des Kindes C um einen Punkt kann ebenfalls an verschiedenen Gründen liegen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass das Kurzzeit-Programm emotionale Probleme herbeigerufen hat. So könnte z.B. die Aufklärung über die Krankheit des Elternteils auch negative Folgen haben. Es wurde bei der Durchführung selbstverständlich darauf geachtet, die Kinder nicht zu überfordern, aber eine 100%ige Sicherheit kann dafür nicht gegeben werden. Wohlmöglich spielen aber auch hier ganz andere, mit dem Konzept nicht in Verbindung zu bringende Faktoren eine Rolle.

7.2.2 Verhaltensauffälligkeiten

Die Werte der Skala der Verhaltensauffälligkeiten sind vor der Durchführung signifikant hoch. Alle Kinder werden von ihren Eltern als *auffällig* eingeschätzt. Vergleicht man diese Werte mit den Werten der Selbsteinschätzung, können hier deutliche Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung aufgezeigt werden. Der Unterschied zwischen subjektiver und objektiver Bewertung und Einschätzung wird an dieser Stelle deutlich. Es ist anzumerken, dass die Eltern durch ihre objektivere Meinung eine wichtige Informationsquelle darstellen. Nach der Durchführung des Programms veränderten sich die Werte bei 50% der Kinder. Die relativ konstante Einteilung der Kinder in den *auffälligen* Bereich spiegelt die Problematik in den Familien wieder. Es könnte natürlich sein, dass die Eltern sehr kritisch mit ihren Kindern umgehen und deshalb alle Kinder im *auffälligen* Bereich sind. Es ist jedoch trotzdem nicht auszublenden, dass wirklich ein Problem im Verhalten der Kinder vorliegt und dass nicht nur die Eltern, sondern auch zum Teil die Kinder selbst diese Probleme wahrnehmen. Umso wichtiger ist es, den Kindern und den Familien unterstützend zur Seite zu stehen und mit speziellen Angeboten auf diese Verhaltensauffälligkeiten einzuge-

hen. Dies wiederum hätte den Umfang des vorliegenden Angebotes überschritten. Interessant und vielleicht von wissenschaftlicher Bedeutung ist dagegen die Annahme, dass die Kinder der Interventionsgruppe vor dem Kurzzeit-Gruppenangebot ohne Ausnahme als *auffällig* in den Verhaltensproblemen eingeschätzt wurden.

7.2.3 Hyperaktivität

Die Verteilung der Kinder auf die unterschiedlich starken Ausprägungen der Hyperaktivität deckt alle drei Bereiche ab. Vor der Durchführung des Angebotes wird die Hälfte der Kinder von den Eltern als *auffällig* dargestellt. Zwei Kinder befinden sich im *grenzwertigen*, weitere zwei Kinder im *unauffälligen* Bereich. Diese Werte stehen im deutlichen Unterschied zu der Selbsteinschätzung der Kinder (welche die Hälfte der Kinder als *unauffällig* darstellt). Nach der Durchführung verändern sich nur drei Werte. Die Punktzunahme bezüglich der Hyperaktivität kann durch verschiedene Faktoren begründet sein und muss nicht auf das Angebot zurück geführt werden. Zu bedenken ist hier, dass zu der Zeit der Untersuchung Schulferien waren und die Kinder höchstwahrscheinlich viel zu Hause waren. Es ist nicht verwunderlich, wenn sich langweilende Kinder von den Eltern mit einer höheren Hyperaktivität wahrgenommen werden. Um auf das Konzept zurückzukommen könnte es natürlich sein, dass die manchmal sehr persönlichen und eventuell auch aufwühlenden Inhalte des Angebotes (v.a. in Bezug auf die Krankheitsaufklärung) eine Veränderung herbeigeführt haben. Verzeichnete Punkteabnahmen könnten auf die Entspannungsübungen und das Bewusstmachen eigener Gefühle und des eigenen Stressempfindens zurückzuführen sein.

7.2.4 Probleme mit Gleichaltrigen

Die Skalenwerte bezüglich der Probleme mit Gleichaltrigen veränderten sich nach Angaben der Eltern nach der Durchführung des Kurzzeit-Gruppenangebotes bei 50% der Kinder. Vor der Durchführung wurden sechs Kinder als *auffällig* eingestuft. Insgesamt hat sich die Zahl der Kinder im auffälligen Bereich nicht verändert. Somit könnte davon ausgegangen werden, dass prinzipiell eindeutige Probleme mit Gleichaltrigen vorliegen und das Konzept keine bedeutsame Veränderung diesbezüglich ausgelöst hat. Jedoch könnte es sein, dass die Eltern eine mögliche Veränderung erst nach einiger Zeit bemerken, da sie sicherlich viele Probleme nicht sofort mitbekommen und somit auch eine Veränderung diesbezüglich nicht sofort registrieren würden. Die Angaben der Eltern stimmen in diesem Bereich nicht mit den Angaben der Kinder überein, die eine signifikante positive Veränderung angaben.

7.2.5 Prosoziales Verhalten

Das prosoziale Verhalten der Kinder wird von den Eltern vor dem Angebot überwiegend als *unauffällig* dargestellt. Die insgesamt positive Tendenz der Werte des prosozialen Verhaltens der Kinder ist mit der Entwicklung der Werte der Selbsteinschätzung vergleichbar. In beiden Fällen nahm das prosoziale Verhalten zu. Da auch die Elterneinschätzung die positive Entwicklung des prosozialen Verhaltens beweist, kann davon ausgegangen werden, dass das vorliegende Konzept eine positive Wirkung auf das prosoziale Verhalten der Kinder hat. Der Einfluss unabhängiger Faktoren wird an dieser Stelle natürlich nicht ausgeschlossen.

7.2.6 Gesamtproblemwert

Der Gesamtproblemwert nach der Einschätzung der Eltern lag vor der Durchführung des Konzeptes bei 100% der Kinder *auffällig* hoch. Diese Werte machen erneut deutlich, dass Kinder psychisch kranker Eltern zu den zehn Prozent der Kinder gehören, die einen *auffällig* hohen Gesamtproblemwert haben. Dieses Ergebnis lässt die notwendige Einschätzung der Kinder zu einer Hochrisikogruppe deutlich werden. Es zeigt, dass diesen Kindern erheblich mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Nach der Durchführung des Angebotes kam es insgesamt zu einer leichten Abnahme der Werte. Bei keinem der Kinder wurde ein *grenzwertiger* Wert erreicht, aber Kind H steht mit insgesamt sechzehn Punkt auf der Schwelle zum *grenzwertigen* Bereich. Insgesamt kann jedoch von einer leichten Abschwächung des Gesamtproblemwertes gesprochen werden, der auf der Basis der anderen bereits erläuterten Skalen besteht.

7.2.7 Interpretation der Zusatzfragen

Die erste Zusatzfrage bezüglich einer Verbesserung der Probleme (Umgang mit Gleichaltrigen, emotionale Probleme usw.) des Kindes nach dem Kurzzeit-Programm wurde von fünf Eltern neutral bewertet. Diese Eltern konnten demnach keine Veränderung der Probleme der Kinder feststellen. Somit bewirkt das Programm bei dem Großteil der Kinder nach den Angaben der Eltern in diesem Bereich keine konkrete Verbesserung. Das könnte daran liegen, dass diese Frage sehr allgemein und unspezifisch gestellt wurde. Die Eltern geben hier keine genauen Informationen an, und somit ist nur das Gesamtbild der Probleme der

Kinder zu bewerten. Dass für alle vorhandenen Probleme der Kinder ein Kurzzeit-Gruppenangebot nicht ausreicht, war jedoch von Anfang an zu erwarten. Dafür sind die Probleme und multiplen Belastungen zu komplex. Vergleicht man jedoch mit den anderen festgestellten spezifischen Veränderungen, konnte trotz dieser Angaben der Eltern in vielen Bereichen der Problemwert der Kinder reduziert werden. 25% der befragten Elternteile gaben an, dass sich die Probleme der Kinder „etwas verbessert“ haben. Diese Aussagen sind positiv zu bewerten. Es gilt auch bei dieser Veränderung, dass sie nicht zwangsläufig auf das Gruppenkonzept zurückzuführen ist. Alle äußeren Faktoren können in dieser Interpretation nicht berücksichtigt werden. Es ist wahrscheinlich, dass die Verbesserung der Probleme durch das Programm zustande kam. Die bereits gegebenen spezifischen Antworten der Eltern und der Kinder können diese Annahme bestätigen. Die Aussage der einen Mutter, die angab, dass die Probleme zwar „etwas schlechter“ geworden wären, jedoch mit besseren Strategien bewältigt werden konnten, ist auf der einen Seite positiv zu bewerten, auf der anderen Seite kritisch zu hinterfragen. Die genannte „emotionale Aufwühlung“ des Kindes geschah höchstwahrscheinlich durch die intensive Beschäftigung mit der elterlichen Erkrankung. Die wahrheitsgemäße Aufklärung und den offenen Umgang mit den psychischen Störungen könnte zu Verwirrung und eventuell auch einer Überforderung des Kindes geführt haben. Dass das Kind nach den Angaben der Mutter nun besser mit den Problemen umgehen kann, ist natürlich der positive Aspekt dieser Interpretation. Ziel des Konzeptes war es, angemessene Problemlösefertigkeiten der Kinder und das Verständnis von der Krankheit der Eltern zu fördern. Wie die Mutter angab, ist es für die Zukunft des Kindes positiv, dass es die Probleme besser verarbeiten kann. Im Großen und Ganzen können die Angaben zur Problemveränderung der Kinder nach dem Programm mit einer positiven Tendenz bewertet werden. Um eine mittel- bzw. längerfristige Wirkung des Angebotes zu bewerten, wären weitere Follow-up-Fragebögen nötig. Es könnte durchaus sein, dass sich eine Veränderung aufgrund des Angebotes erst nach einigen Wochen einstellt, da die Kinder das Gelernte und Erfahrene erst einmal verinnerlichen und den Transfer in den Alltag vollziehen müssen. Man müsste in dem Fall bedenken, dass sich weniger Soforteffekte verzeichnen lassen.

Das Programm erschien den Eltern hilfreich. Fünf der acht Eltern gaben den Wert „*ziemlich hilfreich*“ an, zwei Eltern den Wert „*sehr hilfreich*“. Es kann eindeutig belegt werden, dass die Eltern das Programm und seine Auswirkungen auf die Kinder und die ganze Familie als sehr positiv ansehen. Ob die Eltern das Programm als hilfreich bewerteten, weil sie in den Ferien entlastet wurden oder ob die Kinder sinnvoll beschäftigt wurden, bleibt ungeklärt. Wahrscheinlich war es das Zusammenwirken verschiedener Aspekte, die den Eltern dieses

positive Gefühl in Bezug auf das Kurzzeit-Gruppenangebot gaben. Ein Elternteil gab an, dass das Programm „*kaum hilfreich*“ war. Diese Antwort muss auch berücksichtigt werden. Dieses Kind könnte bereits sehr aufgeklärt und selbstbewusst zum Programm erschienen sein. Vielleicht wurde deshalb keine große Veränderung festgestellt. Möglicherweise öffnete es sich nicht so vertrauensvoll wie einige andere. Manche Kinder hatten eine eher ruhige Art, die bestimmte Veränderungen überspielen könnte. Die insgesamt eindeutige positive Bewertung der Eltern macht deutlich, dass das Konzept gut angenommen wurde. Die letzte Anmerkung einer Mutter, die sich für die Veranstaltung bedankte und angab, das Kind wäre sehr glücklich gewesen und hätte viel Spaß gehabt, ist positiv zu bewerten. Sechs Eltern gaben an, dass das Angebot „*sehr entlastend*“ für sie war, zwei Eltern gaben „*ziemlich entlastend*“ an. Somit ist anzunehmen, dass die sinnvolle Beschäftigung der Kinder während der Schulferien den Eltern zu Gute kommt. Durch die Entlastung der Eltern kann im Umkehrschluss den Kindern geholfen werden. Entlastete Eltern haben eher die Ruhe und die Kraft, sich mit ihren Kindern zu beschäftigen. Die klare Antwort, dass den Eltern der Termin in den Ferien gelegener kommt als wöchentliche kürzere Termine, kann ebenfalls positiv für die zeitliche Planung des Angebotes bewertet werden. Das unterstreicht die Wichtigkeit eines kurzzeitigen und intensiven Ferienprogramms. Durch die theoretische Gegenüberstellung des Angebotes in den Ferien und eines möglichen Angebotes während der Schulzeit kommt eine klare Bevorzugung des Kurzzeit-Gruppenangebotes zum Vorschein. Die positive Bewertung wird auch in der letzten Zusatzfrage wiedergegeben. Sämtliche Eltern würden ihr Kind in den nächsten Ferien wieder zu einem Kurzzeit-Angebot anmelden. Neben der Entlastung der Eltern, der sinnvollen Beschäftigung und der notwendigen Förderung der personalen Ressourcen der Kinder ist insgesamt nach den Ergebnissen dieser Arbeit das Kurzzeit-Angebot den langfristig bestehenden Angeboten vorzuziehen.

7.3 Interpretation der spezifischen Fragebögen

Die spezifischen Feedbackfragebögen wurden entworfen, um die Zielerreichung nach der Durchführung jeder Einheit zu bewerten. Von den Kindern wurde ein auf die Ziele und Inhalte jeder Einheit abgestimmter Feedbackbogen vor und nach dem Programm ausgefüllt. So konnten kurzfristigen Veränderungen in Bezug auf die Ziele des Konzeptes festgestellt werden.

7.3.1 Interpretation der Daten der ersten Einheit

Die Angaben der Kinder vor und nach der ersten Durchführung spiegeln die Veränderung durch das Kurzzeit-Gruppenangebot wieder. Das Ergebnis der ersten Frage nach der Wahrnehmung der eigenen Gefühle zeigt, dass sich über die Hälfte der Kinder bereits vor dem Angebot mit den eigenen Gefühlen auseinandersetzte. Nach der Umsetzung der ersten Einheit, in der die Kinder viel über ihre eigenen Gefühle lernten und sprechen konnten, gaben 62,5% der Kinder an, die eigenen Gefühle „viel“ wahrzunehmen. Das ist ein deutlicher Anstieg der Gefühlswahrnehmung der Kinder und kann darauf zurückgeführt werden, dass an diesem Tag des Angebotes neben den Gefühlen Anderer die eigenen Gefühle im Mittelpunkt standen. Schon zu Beginn der Einheit wurden sehr viele und unterschiedliche Gefühle genannt. Die Kinder standen in einem regen Austausch bezüglich der eigenen Gefühle und setzten sich intensiv auf verschiedenen Ebenen damit auseinander. Der Einfluss äußerer Faktoren wie bei den SDQ-Fragebögen ist unwahrscheinlich, da die Post-Befragung direkt im Anschluss an das Programm stattfand. Eindeutig ist, dass das Angebot kurzfristig die Wahrnehmung der eigenen Gefühle fördert. Eine mittel- bzw. langfristige Wirkung ist hier nicht nachgewiesen und müsste durch weitere Follow-up-Befragungen überprüft werden. Die deutliche Verschiebung des Mittelwertes in den positiven Bereich lässt statistisch eine positive Tendenz zu. Anhand der Standardabweichung ist zu erkennen, dass die Antworten der Kinder eindeutig geringer vom Mittelwert abweichen als vor der Durchführung. Der niedrigste Extremwert erhöht sich hier auf 4. Folglich nehmen alle Kinder mindestens „viel“ ihre eigenen Gefühle wahr, was eine positive Veränderung hin zur eigenen Gefühlswahrnehmung noch unterstreicht.

Eine ähnlich deutliche Wirkung des Programms lässt sich anhand der Einschätzung der Kinder auf die zweite Frage feststellen. Die Hälfte der Kinder nimmt die Gefühle der anderen Menschen um sie herum bereits vor der Durchführung nach eigenen Angaben „viel“ wahr. Das kann darin begründet sein, dass die Kinder ein sehr feines Gefühl dafür entwickelt haben, wie es den psychisch kranken Eltern geht, um in verschiedenen Gefühlslagen unterschiedlich zu agieren (z.B. tröstend, als Gesprächspartner,...) (Mattejat, 2009). Das Konzept erreicht die erwünschte positive Tendenz. Es ist eindeutig zu erkennen, dass die Kinder kurzfristig die Gefühle der anderen Teilnehmer in der Gruppe intensiver wahrnehmen. Das kann vor allem an den vielen Gesprächen, Spielen und Übungen liegen, bei denen die Kinder auf ihre Mitmenschen besonders achten mussten. Die deutliche Verschiebung des errechneten Mittelwertes in den positiven Bereich unterstützt die oben genannten

Annahmen auf der statistischen Ebene, was trotz der anderen konstanten Werte eine positive statistische Tendenz vermerken lässt.

Die Antworten auf die dritte Frage sind nicht so eindeutig wie die der beiden ersten Fragen. Daran kann man sehen, dass die Kompetenzen der Kinder in diesem Bereich sehr unterschiedlich sind. Diese Annahme war in der Umsetzung des Konzeptes von Vorteil, da die Kinder untereinander von ihren Strategien erzählen und somit von den Anderen lernen konnten. Der kurzfristige Erfolg des Programms lässt sich an den Antworten nach der Durchführung ablesen. Der Schwerpunkt der Antworten hat sich vom negativen bzw. mittleren in den positiven Bereich verlagert. Die ausführlichen Gespräche und Beispiele während des Angebotes zu diesem Thema wurden von den Kindern angenommen. Eine eindeutige positive Entwicklung des Wissens über die Veränderung negativer Gefühle ist festzustellen. Neben der statistischen Zunahme des Mittelwertes um 0,75 kann anhand der deutlich höheren Extremwerte behaupten werden, dass sich das Wissen der Kinder in den höher zu wertenden Bereich verschoben hat. Durch die verringerte Variationsbreite und Standardabweichung kann zudem festgestellt werden, dass die Kinder ein einheitlicheres Wissen zeigen als vor der Durchführung.

7.3.2 Interpretation der Daten der zweiten Einheit

Auf die Frage nach dem Wissen über die menschliche Seele gab vor der Durchführung die Hälfte der Kinder mittelmäßiges Wissen an. Kein Kind gab an, „*sehr wenig*“ über die Seele zu wissen, was man darauf zurückführen kann, dass die Kinder sich in vielen Fällen schon einmal mit dem Thema Seele auseinander gesetzt hatten. Die Angaben der Kinder nach der Durchführung zeigen einen deutlichen Unterschied. Durch den offensichtlichen Wissenszuwachs in Bezug auf die Vorstellung der menschliche Seele kann behauptet werden, dass die Gespräche in der Gruppe, die Geschichte des Seelenvogels und das anschließende künstlerische Darstellen des Seelenvogels bei den Kindern zweifellos eine Wirkung hinterlassen hat. Zu Beginn konnten nur wenige Kinder beschreiben, was die Seele ist und wie sie aussehen könnte. Mit dem Bild des Seelenvogels haben sich alle Kinder sehr gut angefreundet. Sie bastelten, trotz der ausdrücklichen Aufforderung, auch ihre eigene Idee der Seele darzustellen, ohne Ausnahme diesen Vogel. Insgesamt kann somit die Annahme bestätigt werden, dass der Seelenvogel als bildliches Vehikel eindeutig dazu beiträgt, der Seele das Abstrakte und Unbegreifliche zu nehmen. Die statistischen Werte lassen sich ebenfalls positiv interpretieren. So nimmt der Mittelwert sehr deutlich zu, die Extremwerte verschieben sich in den höheren Bereich. Dagegen verringern sich die Werte der Stan-

dardabweichung. Diese Tendenz lässt die Aussage zu, dass die Kurzzeit-Studie auch anhand der Statistik (in Bezug auf die Ziele des Angebotes) als positiv bewertet werden kann.

Die zweite Frage soll Aufschlüsse über den Erfolg der Krankheitsaufklärung des Programms geben. Die Angaben der Kinder vor der Durchführung zeigen, dass alle zumindest über etwas Wissen in Bezug auf die Krankheit verfügen. Dieses Vorwissen kann durch die Arbeit der PHG-Mitarbeiter, sowie durch die Aufklärung in der Familie angenommen werden. Eine eindeutige Verschiebung der Werte wurde nach der Durchführung der zweiten Einheit festgestellt. Die kurzfristige Veränderung des Wissensstandes der Kinder bezüglich der Krankheit der Eltern zeigt, dass das Angebot eindeutig zu Wissensbereicherung und Informationsvermittlung und somit zur Förderung der personalen Ressourcen beiträgt. Durch die offen gestellten Fragen und das Angebot der Gruppenleiter, unter vier Augen Fragen zur Krankheit zu beantworten, konnten die Kinder ihre Ängste, Sorgen und Fragen äußern. Die Kinder arbeiteten sehr lange und intensiv zu diesem Thema, ohne dass Motivation oder Interesse nachließen. Diesen Ergebnisse zur Folge kann behauptet werden, dass das Konzept das Ziel, eine altersgemäße Krankheitsaufklärung zu betreiben, erfüllt hat. Es wäre wünschenswert, noch mehr Zeit für die Krankheitsaufklärung aufzubringen, um eine noch vollständigere Wissensbasis bei allen Kindern der Gruppe zu gewährleisten. Diesen Punkt sollte eine nachfolgende Veränderung des Konzeptes berücksichtigen. Der Mittelwert vergrößert sich nach der Durchführung von dem Wert 3,25 auf den Wert 4,125. Dieser Wert repräsentiert die Stichprobe am geeignetsten und stellt eine deutliche positive Veränderung dar. Das Verschieben der Extremwerte in den oberen Bereich der Werte unterstützt diese Annahme. Die Zunahme der Standardabweichung dagegen stützt die oben getätigte Aussage, dass nicht genug Zeit für alle Fragen zur Verfügung stand und somit unterschiedlichere Antworten als vor der Durchführung gegeben wurden.

Die dritte Frage (nach den Fragen der Kinder bezüglich der Krankheit der Eltern) wirft bei der Analyse der angegebenen Antworten Unstimmigkeiten auf. Über die Hälfte der Kinder hatte nach eigenen Angaben vor dem Angebot wenige bis sehr wenige Fragen. Bei der Durchführung des Angebotes fiel jedoch auf, dass sämtliche Kinder nach Einschätzung der Gruppenleiter sehr viele Fragen hatten. Selbst jene Kinder, die auch während des Programms betonten, nichts erfahren zu wollen, konnten im Nachhinein kaum aufhören zu fragen. Es wurden sehr viele verschiedene Fragen zu allen möglichen Bereichen der psychischen Krankheit und des Familienlebens gestellt. Bei der Überarbeitung des Konzeptes sollte darauf geachtet werden, noch mehr Zeit für diesen Themenkomplex einzuplanen. So gaben die Kinder trotz der vielen gestellten Fragen an, kaum Fragen bezüglich der Krank-

heit zu haben. Das könnte daran liegen, dass manche Kinder sich vorab nicht trauten oder schämten, Fragen an die Gruppenleiter zu stellen. Noch dazu, wenn die meisten Fragen in der Gruppe besprochen wurden. Der tatsächliche enorme Wissensdurst der Kinder kann dadurch begründet sein, dass sie merkten, dass die Gruppenleiter kompetent und ehrlich antworteten und alle anderen Kinder auch Fragen stellten. Andererseits können ihnen durch die Fragen der anderen Kinder erst eigene Fragen bewusst geworden sein. Die Antworten nach der Durchführung zeigen, dass 75% der Kinder angeben, „*sehr wenig*“ Fragen zur Krankheit der Mutter oder des Vaters zu haben. Es kann vermutet werden, dass die Fragen der Kinder zu diesem Zeitpunkt beantwortet waren. Insgesamt erfuhren die Kinder sehr viele Informationen zur den psychischen Krankheiten und konnten sich überwinden, ihre Fragen zu äußern. Es spricht für die Atmosphäre des Programms und für die Gruppenleitung, dass trotz der anfangs angegebenen Skalenwerte fast 30 Minuten lang Fragen zu den Krankheiten gefragt wurden. Die insgesamt sehr niedrigen statistischen Werte nach der Durchführung zeigen, dass nach dem Angebot keine oder nur noch wenige Fragen zur Krankheit der Mutter bzw. des Vaters bestehen.

7.3.3 Interpretation der Daten der dritten Einheit

Die dritte Einheit verfolgte unter anderem das Ziel, den Kindern einen positiven Umgang mit Stress zu vermitteln. So wurde vor der Durchführung gefragt, ob sich die Kinder stressigen Situationen überhaupt bewusst sind. Die Werte vor und nach der Durchführung des Programms stellen eine positive Veränderung dar. Das Programm fördert demnach kurzfristig das Wissen über eigene Stresssituationen. Den Kindern wurde während des Angebotes bewusst, wann und wie für sie eine Situation als stressig empfunden wird. Diese Veränderung ist wichtig, da die Kinder in dem Fall schon im Voraus etwas gegen dieses Stressempfinden unternehmen können. Der Mittelwert erhöht sich von dem Wert 3,125 auf den Wert 3,75. Die Abnahme der Standardabweichung bei einem erhöhten Mittelwert kann als Hinweis für einen Wissenszuwachs dienen. Der niedrigste Extremwert nach der Durchführung liegt höher als vor der Durchführung. Somit untermauern die statistischen Werte die positive Veränderung durch das Angebot. Die Verschiebung der Skalen in den oberen Bereich der Werte und die kurzfristige Wissensbereicherung sind als positiv zu bezeichnen.

Das Programm kann das Bewusstmachen des eigenen Verhaltens und der subjektiven Gefühle in stressigen Situationen verzeichnen. Die Kinder setzten sich intensiv mit sich selbst und dem Thema „Stress“ auseinander und verfügten über kurzfristig angestiegenes Wissen. Ob dieses Wissen mittel- oder langfristig zu verzeichnen ist, kann nur mit einem Fol-

low-up-Fragebogen ermittelt werden. Der Mittelwert verschob sich signifikant in den höheren Bereich. Die eindeutigen Angaben der statistischen Werte sichern die Behauptung des vergrößerten Wissensbereiches der Kinder nach dem Angebot ab.

Die Veränderung des Bewältigungswissens während des Programms wurde anhand der dritten Frage an die Kinder festgestellt. Beim Vergleich der Daten vor und nach der Durchführung ist die Tendenz zu größerem Wissen diesbezüglich eindeutig zu erkennen. Das Konzept hatte das Ziel, den Kindern subjektive Bewältigungsstrategien und den positiven Umgang mit Stress zu vermitteln. Anhand der Verschiebung der Skalenwerte in den positiven Bereich kann festgestellt werden, dass das Programm den Kinder Lösungs- und Bewältigungsmöglichkeiten vermittelt. Es ist anzumerken, dass diese Strategien nur theoretisch angesprochen und bearbeitet wurden. Die praktische Umsetzung wurde in dem begrenzten Zeitrahmen nicht überprüft, sodass sich auch hierfür ein Follow-up-Fragebogen eignen würde. Jedoch ist es ein erster Schritt in die richtige Richtung, über theoretische Bewältigungsstrategien zu verfügen. Die Veränderung der Werte kann neben den Inhalten des Programms auf den regen Austausch der Kinder untereinander zurückzuführen sein. Durch verschiedene Ideen und Schilderungen der Kinder erweiterte sich das Bewältigungs- und Ideenrepertoire deutlich. Durch konkrete Beispiele und Erfahrungsberichte konnten sich die Kinder besonders gut auf die verschiedenen Lösungen einlassen. Die statistischen Werte zeigen zu dieser Frage besonders signifikante Veränderungen in den positiven Bereich. So verschiebt sich der Mittelwert um den Wert von 1,125 in den positiven Bereich, die Standardabweichung nimmt ab. Das bringt zum Ausdruck, dass die Kinder nach der Durchführung des Kurzzeit-Gruppenangebotes über deutlich mehr Wissen verfügen.

7.3.4 Interpretation der Daten der vierten Einheit

Die Antworten auf die Frage nach eigenen positiven Eigenschaften der Kinder gehen mit der Annahme einher, dass viele der Kinder bereits vor dem Angebot ein gesundes Selbstbewusstsein hatten. Die Werte nach der Durchführung des Programms haben sich leicht in den oberen Wertebereich verschoben. Diese Veränderung könnte darauf zurückgeführt werden, dass den Kindern im Laufe des Angebotes viele Eigenschaften erst bewusst wurden. Das intensive Auseinandersetzen mit der eigenen Persönlichkeit und mit den positiven Seiten des Ichs kann die positiven Werte hervorgerufen haben. Die Veränderung des Mittelwertes von 3,75 auf 4,125 macht deutlich, dass es auch statistisch zu einer Veränderung des Selbstbewusstseins und des Wissens über positive Eigenschaften durch das Angebot kommt. Die Verringerung der Standardabweichung unterstützt diese Annahme.

Die Antworten der Kinder auf die Frage, ob sie Eigenschaften haben, die andere Menschen an ihnen mögen, fielen vor der Durchführung bei der Mehrzahl der Kinder auf den unteren bzw. mittleren Bereich der Skala. Das machte sich auch in der Durchführung des Angebotes bemerkbar, da den Kindern zu Beginn kaum solche Eigenschaften einfielen. Die Werte könnten darauf zurückzuführen sein, dass die Kinder oft Probleme mit Gleichaltrigen haben, in der Schule und Freizeit negative Erfahrungen machen oder von den Eltern nicht die Anerkennung bekommen, die sie bräuchten (Mattejat, 2009). In der vierten und letzten Einheit wurde viel zum Thema Selbstbewusstsein und positive Eigenschaften gearbeitet. Die Kinder machten sich gegenseitig Komplimente und nahmen die Schatztruhe mit dem Zettel der positiven Eigenschaften mit nach Hause. Die veränderten positiven Antworten der Kinder sprechen dafür, dass der Inhalt des Konzeptes die erwünschten Ziele verfolgt. Der Mittelwert veränderte sich von 2,875 auf 4,75, die Standardabweichung nahm ab. Das ist die stärkste statistische Veränderung der ganzen Befunddarstellung. Dieses Ergebnis lässt vermuten, dass es den Kindern sehr gut getan hat, positive Anerkennung im Rahmen des Programms zu erfahren. Die statistischen Werte spiegeln durch die Verschiebung in den oberen Bereich eindeutig die kurzfristige Steigerung des Selbstbewusstseins wieder. Zu hoffen bleibt, dass den Kindern dieses positive Gefühl mit Hilfe der Schatztruhe noch eine Weile erhalten bleibt. Eine mittel- und langfristige Wirkung muss auch hier durch wiederholte Befragungen neu ermittelt werden.

Die letzte Frage des Angebotes bezog sich wieder auf das Selbstbild der Kinder. Die ermittelten Ergebnisse passen zu den Werten der ersten Frage dieser Einheit und machen noch einmal deutlich, dass ein Großteil der Kinder nach eigenen Angaben ein durchaus positives Selbstbild hat, was in der Fachliteratur oftmals anders dargestellt wird. Dieses Selbstbild wurde durch das Angebot verstärkt. Hier bestehen anhand der Auswertung keine Zweifel an dem positiven Selbstbild jedes Kindes. Folglich hat das Programm dazu beigetragen, das Selbstbild zu verbessern und zu stärken. Die leichte Verschiebung des Mittelwertes sowie der Extremwerte in den oberen Bereich der Skala unterstützt diese Annahme.

7.4 Interpretation der Daten der Feedbackfragebögen

Die Auswertungsergebnisse der Feedback-Fragebögen zeigen deutlich, dass das Programm von den Kindern insgesamt sehr gut aufgenommen wurde. Nach der zweiten und nach der vierten Einheit des Angebotes gaben mit allen acht Kindern 100% der Befragten an, das Programm habe ihnen an diesem Tag gut gefallen. Am ersten und am dritten Tag gaben sieben der acht Kinder die identische Antwort. Ein Kind gab an diesen Tagen die

Aussage „*weiß nicht*“ an. Am ersten und dritten Tag des Angebotes standen eher theoretische Inhalte und Übungen auf dem Programm. Dadurch könnte ein Kind mit dem Programm nicht völlig zufrieden gewesen sein. Trotzdem ist anhand des Feedbacks deutlich zu erkennen, dass das Programm insgesamt sehr positiv von den Kindern bewertet wurde. Die Frage, ob die Gruppenleiter sie mögen, konnten die Kinder an den ersten beiden Tage des Programms nicht klar beantworten. Sie gaben eine neutrale Antwort. Dieses Phänomen könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich die Kinder von den Gruppenleitern erst ein Bild machen mussten, um diese Frage sicher zu beantworten. Die allgemeine Unsicherheit könnte auf der Loyalität und Neutralität der Gruppenleitung beruhen. Am dritten Tag beantwortete bereits die Hälfte der Kinder die Frage mit *ja*. Das bestätigt die Annahme, dass die Kinder zu Beginn erst einmal die Leiter kennen- und einschätzen lernen müssen. Am letzten Tag gaben sechs Kinder an, von den Gruppenleitern gemocht zu werden; wieder ein deutlicher Anstieg des positiven Feedbacks. Die Gruppenleitung wurde zu keiner Zeit negativ bewertet.

Ob sich die Kinder gut fühlen, wenn sie nach dem Programm nach Hause gehen, war die nächste Feedbackfrage, die an allen Tagen insgesamt sehr positiv beantwortet wurde. Die Ergebnisse zeigen, dass das Programm den Kindern im Großen und Ganzen ein positives Gefühl vermittelte. Der erste Tag, bei dem noch alles neu und ungewohnt für die Kinder war und an dem zusätzlich schon sehr persönliche Themen angesprochen wurden, könnte dazu beigetragen haben, dass hier in zwei Fällen die Antwort „*weiß nicht*“ angegeben wurde. Die Verteilung der Werte der dritten Einheit könnte auf die theoretischen Inhalte zurückzuführen sein. Das Stressmodell sowie die Arbeitsblätter zum Thema „Stress“ könnten für zwei Kinder nicht besonders interessant gewirkt und zu der uneindeutigen Antwort geführt haben. Jedoch ist hier zu beachten, dass zu keiner Zeit die Antwortmöglichkeit „*nein*“ gegeben wurde. Folglich hat das Programm bei keinem der Kinder ein negatives Gefühl verursacht. In Anbetracht der teils sehr persönlichen und schwerwiegenden Themen ist diese Beobachtung als sehr positiv zu werten.

Die letzte Frage des Feedback-Fragebogens sollte eine Einschätzung darüber geben, wie das Programm bei den Kindern ankommt und ob sie gerne wieder kommen würden. Diese Frage wurde insgesamt sehr positiv beantwortet. Nach dem ersten Tag des Angebotes beantworteten sieben Kinder die Frage mit „*ja*“, ein Kind mit „*weiß nicht*“. Diese unschlüssige Aussage könnte auf der anfänglichen Unsicherheit des Kindes oder durch andere Faktoren wie die Abneigung gegen andere Teilnehmer oder den Inhalt des Programms beruhen. Am zweiten Tag wurde die Frage ausschließlich mit „*ja*“ beantwortet. 100% der Teilnehmer

freuten sich also nach eigenen Angaben auf den nächsten Tag, was natürlich positiv zu bewerten ist. Nach der dritten Einheit veränderte sich die Verteilung der Antworten auf zwei Kinder, die die Möglichkeit „weiß nicht“ angaben. Dies könnte wieder auf den überwiegend theoretischen Inhalt der dritten Einheit zurückzuführen sein. Eventuell gefielen den Kindern die Entspannungsübungen nicht besonders gut, da sie nicht „spannend“ genug waren. Auch hier wurde zu keiner Zeit die Antwort „nein“ gegeben. Somit erhält das Programm die positive Wirkung und den die Kinder ansprechenden Charakter.

7.5 Überprüfung der Untersuchungshypothesen

Nach der detaillierten deskriptiven und interpretierenden Darstellung der erhobenen Daten wird im Folgenden Bezug auf die Untersuchungshypothesen genommen.

Die erste Untersuchungshypothese („Das entwickelte Kurzzeit-Gruppenangebot lässt sich wie von der Verfasserin geplant in die Praxis umsetzen“) lässt sich trotz der gelungenen Umsetzung in die Praxis nur bedingt bestärken. Insgesamt war das Angebot zeitlich sehr straff durchstrukturiert. Aufgrund dieses straffen Programms kommt die Frage auf, ob in weiteren Angeboten dieser Art alle Kinder die Konzentration und Müße dafür haben. Leider konnte nicht flexibel mit den Inhalten des Programms umgegangen und somit nur teilweise auf die Bedürfnisse und aufkommende Themen der Kinder eingegangen werden. Der Inhalt des Angebotes wird in Zukunft bei nachfolgenden Durchführungen nicht verändert. Jedoch sollten dann für jeden Tag 60 Minuten mehr Zeit zur Verfügung stehen. Das Kurzzeitige des Angebotes, welches ein Untersuchungskriterium darstellt, würde in diesem Fall erhalten bleiben, da sich die Zahl der Einheiten nicht verändert. Mit insgesamt 210 Minuten (3,5 Std) pro Einheit bekommt das Angebot zudem den stärkeren Charakter eines Ferienangebots, da in diesem Fall der ganze Nachmittag gefüllt wäre. Für weitere Durchführungen wäre also somit ein erweiterter zeitlicher Rahmen jeder Einheit nicht nur wünschenswert sondern notwendig.

Die zweite Untersuchungshypothese („Aufgrund der Durchführung des Kurzzeit-Gruppenangebotes kommt es zu einer Steigerung der personalen Ressourcen der Kinder der Interventionsgruppe“) lässt sich mit Hilfe der Verwerfung der Nullhypothese („Aufgrund der Durchführung des Kurzzeit-Gruppenangebotes kommt es zu keiner Steigerung der personalen Ressourcen der Kinder der Interventionsgruppe“) ebenfalls bestätigen. Die statistischen Werte verwerfen die Annahme der Nullhypothese. Somit bleibt die Alternativhypothese und in diesem Fall die eigentliche Untersuchungshypothese als wahrscheinlich be-

stehen. Die Auswertung des Angebotes festigt demnach die Annahme, dass das Kurzzeit-Gruppenangebot für die personalen Ressourcen der Kinder förderlich ist. Diese Annahme gilt es in weiteren Untersuchungen zu festigen und zu beweisen.

Die dritte Untersuchungshypothese („Die zeitliche Einteilung des Angebotes ist für die Kinder der Interventionsgruppe sowie ihre psychisch kranken Eltern besser geeignet als ein wöchentliches Angebot“) lässt sich ebenfalls mit Hilfe der aufgestellten und nicht bewiesenen Nullhypothese („Die zeitliche Einteilung des Kurzzeit-Gruppenangebotes ist für die Kinder und ihre psychisch kranken Eltern nicht besser geeignet als ein wöchentliches Angebot“) stützen. Die Werte der Überprüfung des Angebotes zeigen, dass die zeitliche Einteilung des kurzzeitigen Angebotes einem wöchentlichen Angebot vorgezogen wird. Diese Werte beschränken sich auf die Interventionsgruppe, weshalb auch diese Hypothese in weiteren Untersuchungen gefestigt werden muss. Insgesamt lässt sich die Nullhypothese anhand der erhobenen Daten verwerfen und macht somit die Alternativhypothese (also die dritte Untersuchungshypothese) ebenfalls wahrscheinlich.

7.6 Weitere Anmerkungen

Die Gruppenleitung der bereits erwähnten „Sonne-und-Wolken-Gruppe“ entschied sich nach der ersten Durchführung gegen die erneute Aufnahme von Geschwisterkindern. Nach Hartmann reaktivierten sich alte Rivalitäten und Beziehungsstörungen, die den Gruppenprozess hemmten (vgl. Hartmann, 2008). Auch an der Interventionsgruppe des Kurzzeit-Gruppenangebotes nahmen Geschwister (zwei Brüder) teil. Die Erfahrungen mit der Gruppe und den beiden Brüdern sind sehr positiv. Sie unterstützten sich gegenseitig, eine Hemmung des Prozesses konnte in keiner Phase des Programms festgestellt werden. Aus diesem Grund sprechen die Erfahrungen aus der Interventionsgruppe eindeutig dafür, Geschwister aufzunehmen. Zudem sollte bedacht werden, dass bei einer Entscheidung gegen Geschwisterkinder entweder beide Kinder nicht teilnehmen könnten oder ein Kind von den fördernden Erfahrungen ausgeschlossen wäre. Das würde zu unterschiedlichen Bewältigungskompetenzen und somit zu verschiedenen Entwicklungsverläufen führen. Jedes Kind mit psychisch kranken Eltern sollte aber die Möglichkeit bekommen, an einem präventiven Programm teilzunehmen. Die Tatsache, dass in der Sonne-und-Wolken-Gruppe negative Erfahrungen mit Geschwistern gemacht wurden, fordert eine zukünftige differenzierte Untersuchung der Gruppenkonstellationen mit Geschwistern, um eine eindeutige Einschätzung vornehmen zu können.

Nach Wiegand-Grefe et al. muss die Fremdeinschätzung der Eltern besondere Beachtung finden. Sie berichten von einer Studie, die positive Zusammenhänge zwischen der subjektiven Beeinträchtigung der Eltern und den beschriebenen Auffälligkeiten der Kinder aufzeigt. „Je stärker die Eltern sich von diesen Symptomen beeinträchtigt fühlen, desto eher stimmten sie dem Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten bei ihren Kindern zu.“ (Wiegand-Grefe et al., 2009, S.118). Dieses Ergebnis entspricht anderen Studien, die der elterliche Belastung und der Stärke der Symptombelastung ihrer Kinder einen ausgeprägten Zusammenhang einräumen. Insofern sind die Angaben der SDQ-Fremdeinschätzung durch die Eltern nicht unproblematisch (Wiegand-Grefe et al., 2009).

8 Fazit

Ziel dieser Arbeit war die Entwicklung und Überprüfung eines Kurzzeit-Gruppenangebotes für Kinder psychisch kranker Eltern. Die formulierten Ziele zur Förderung der personalen Ressourcen wurden mit der Interventionsgruppe tendenziell erreicht. Das Programm und die zeitliche Einteilung des Angebotes wurden von Eltern und Kindern insgesamt sehr gut aufgenommen. Die Ergebnisse dieser Arbeit können als Basis vieler weiterer geplanter Angebote und Untersuchungen in der Psychiatrischen Hilfgemeinschaft verwendet werden. Auch andere Einrichtungen können aufgrund der positiven Rückmeldung zum Programm die Möglichkeit eines kurzzeitigen Angebotes in Betracht ziehen. Wünschenswert wären zudem Angebote für Kinder die mit psychisch erkrankten Eltern zusammenleben, die keine Krankheitseinsicht haben. Denn diese Familien werden leider von dem entwickelten Kurzzeit-Gruppenangebot ausgeschlossen. Um die Zahl der teilnehmenden Kinder zu erhöhen, sollte die Einladung zu Ferienangebot an Schulen, Kindergärten, verschiedenen Beratungsstellen und dem Jugendamt ausliegen. In den Zeitungen sollten Termine veröffentlicht werden, um möglichst viele Familien zu erreichen.

In weiteren Untersuchungen muss nun geprüft werden, ob die durch diese Arbeit gestärkte Hypothese, dass ein kurzzeitiges Angebot einem wöchentlichen Angebot vorzuziehen ist, generalisiert werden kann. Desweiteren wäre für zukünftige Angebote eine Weiterentwicklung des Programms denkbar. Es ist sinnvoll, weitere kurzzeitige Angebote für verschiedene Altersgruppen zu schaffen. Zudem wäre es wichtig, eine Differenzierung zwischen den Krankheiten der Eltern vorzunehmen und spezielle Angebote für die mit den jeweiligen Krankheiten belasteten Kinder und Jugendlichen durchzuführen. Aufgrund der Breite der elterlichen Störungen müssen die Datenbasis vergrößert und die Angebote für die betreffenden Kinder konkretisiert werden. Auch eine geschlechts- und altersspezifische Untersu-

chung hinsichtlich des Angebotes wäre für die Wissenschaft interessant und für die weitere Entwicklung verschiedener Angebote wünschenswert. Im Rahmen des Angebotes der Psychiatrischen Hilfgemeinschaft in Duisburg werden zukünftig weitere Angebote auf der Grundlage des vorliegenden Konzeptes angeboten, die eine genauere Evaluation möglich machen. In den folgenden Angeboten wird auf eine flexiblere Zeiteinteilung geachtet, damit aufkommende Fragen und Themen der Kinder ausreichend Platz zum Bearbeiten finden.

Zum Schluss dieser Arbeit soll darauf hingewiesen werden, dass selbst die besten Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern nutzlos sind, wenn die Kinder nicht daran teilnehmen. Es muss an die Erwachsenenpsychiatrie und die gesamte Gesellschaft appelliert werden, Kinder psychisch Kranker als Angehörige wahrzunehmen und ihnen die besten Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen. Die Einstellung der Gesellschaft zu psychischen Krankheiten muss verändert und die damit zusammenhängenden Stigmatisierungen vermindert werden, um vielen Kindern die Möglichkeit einer gesunden Entwicklung zu geben. Die hohe Dunkelziffer der betroffenen Eltern und Kinder sollte darauf aufmerksam machen, dass noch viel in diesem Bereich getan werden muss, um den Teufelskreis der an der Entstehung der psychischen Störungen beteiligt ist, zu unterbrechen. Die Vernetzung der sozialen Dienste und der vielen Hilfsangebote für die Familien müssen mit gemeindenahen Angeboten und Integration in andere Angebote gesichert werden. Es ist sehr wichtig, bereits vor der Entstehung von Entwicklungsstörungen (im Säuglingsalter) mit Prävention bei betroffenen Familien zu beginnen. Es ist wünschenswert, dass noch viele verschiedene Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern ins Leben gerufen werden und somit die lange Zeit nicht wahrgenommenen und vergessenen kleinen Angehörigen von Menschen mit psychischen Störungen ein möglichst gesundes Leben führen können.

Luca: „Guck mal, Julia, was Tobias auf meinen Zettel geschrieben hat.“

Auf Lucas Zettel für die Schatzkiste steht:

*Ich bin froh dass du mein Bruder bist und
ich habe dich sehr lieb.*

*„Das hat er noch nie zu mir gesagt.
Heute ist der schönste Tag in meinem
Leben!“*

Luca (11 Jahre)

nach der Durchführung der vierten Einheit des Kurzzeit-Gruppenangebotes

am 21.04.2011

Literaturverzeichnis

- Abel, J. (1998). Grundlagen empirischer Forschung und der Forschungsprozess. In J. Abel, R. Möller, & K. Treumann, *Einführung in die Empirische Pädagogik* (S. 24-76). Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Alt, C. (2005). *Kinderleben-Aufwachsen zwischen Familie, Freunden und Institutionen. Band 2*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bastian, J., Combe, A., & Langer, R. (2005). *Feedback-Methoden. Erprobte Konzepte, evaluierte Erfahrungen*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Beck, N., Cäsar, S., & Leonhardt, B. (2006). *Training sozialer Fertigkeiten mit Kindern im Alter von 8 bis 12 Jahren*. Tübingen: DGVV Verlag.
- Beeck, K. (2004). *Ohne Netz und ohne Boden- Situation Kinder psychisch kranker Eltern*. Berlin: Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern.
- Berger, M. (2008). *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. München: Elsevier Verlag
- Bergmann, I. (2007). *Sozialpädagogische Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder psychisch kranker Väter*. Norderstedt: GRIN Verlag.
- Bergner, T. (2008). *Burnout-Prävention: Das 9 Stufen-Programm zur Selbsthilfe*. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Bieg, S., & Behr, M. (2005). *Mich und Dich verstehen. Ein Trainingsprogramm zur emotionalen Sensitivität bei Schulklassen und Kindergruppen im Grundschul- und Orientierungsstufenalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Borg-Laufs, M. (März 2010). [www.hs-niederrhein.de. http://learning.hs-niederrhein.de/fb06/moodle/file.php/80/basozar/22_borg-laufs/Wissenschaftliches_Arbeiten.pdf](http://www.hs-niederrhein.de/learning.hs-niederrhein.de/fb06/moodle/file.php/80/basozar/22_borg-laufs/Wissenschaftliches_Arbeiten.pdf)
Abgerufen am 15.01.2011
- Borg-Laufs, M., & Hungerige, H. (2010). *Selbstmanagementtherapie mit Kindern. Ein Praxishandbuch*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Borg-Laufs, M., & Lüpertz, S. (2009). Kinder psychisch kranker Eltern. *Pädiatrische Praxis* 74 , S. 23-29.
- Bundesgesundheitsblatt. (2009). Evaluation des nationalen Gesundheitsziels "Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln". *Bundesgesundheitsblatt* , S. 897-904.
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2007). *Bundes- Gesundheitssurvey. Häufigkeit psychischer Störungen*. Berlin.
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2007). *Psychische Krankheiten entnommen in:*
<http://www.bptk.de/patienten/psychische-krankheiten.html>. Berlin: Bundespsychotherapeutenkammer.
- Busch, M., & Glaser, R. (2006). www.sn.schule.de. Abgerufen am 08.03.2011
- Christiansen, H., Mattejat, F., & Röhrle, B. (2011). Wirksamkeitsbefunde von Interventionen bei Kindern und Familien psychisch kranker Eltern- ein metaanalytisch fundierter Überblick. In Wiegand-Grefe, S., Mattejat, F. & Lenz, A. *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 458-481). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

- Deneke. (2001). Kinder psychisch kranker Eltern-Entwicklungsprobleme und präventive Ansätze. *Institut für Soziale Arbeit, Hauptsache gesund...Zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen*. http://www.isa-muenster.de/pdf/hauptsache_gesund.pdf , S. 59-70. Abgerufen am 03.04.2011
- Deneke, C. (September 2005). Kinder psychisch kranker Eltern: Entwicklungsrisiken und Ansätze zur Prävention. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* , S. 61-81.
- Deneke, C. (2011). Überblick über die Entwicklungen und Projekte in Hamburg- SeelenNot, Auryr-Gruppen und Eltern-Baby-Arbeit. In: Wiegand-Grefe, S., Mattejat, F. & Lenz, A. *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 84-95). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.KG.
- Dietze, K., & Spicker, M. (2007). *Alkohol- kein Problem? Suchtgefahren erkennen-richtig handeln*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Dinkmeyer, D., Dinkmeyer, J., McKay, D., & McKay, J. (2007). *STEP- Systematisches Training für Eltern*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Erkert, A. (2009). *Die 50 besten Wahrnehmungsspiele*. München: Don Bosco verlag.
- Franzkowiak, P. (2006). *Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Fritz, S., & Oppenhauer, D. (2009). *Kinderspiele*. München: Compact Verlag.
- Fröhlich-Gildhoff, K., & Hartung, J. (2007). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Frühauf, S. (2008). verhaltenstraining für Schulanfänger- Ein Programm zur Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen. In: Langfeldt, H. & Büttner, G. *Trainingsprogramme zur Förderung von Kindern und Jugendlichen. Kompendium für die Praxis* (S. 132-145). Basel: Beltz Verlag.
- Geldard, D., & Geldard, K. (2003). *Helfende Gruppen. Eine Einführung in die Gruppenarbeit mit Kindern*. Weinheim: Beltz Verlag.
- GKv, (2011). Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen. *Empfehlungen für präventiv prioritäre Ziele*. entnommen in: http://www.gkv-spitzenverband.de/Zahlen_und_Grafiken.gkvnet. Abgerufen am 15.05.2011
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* , S. 1337-1345.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* , S. 581-586.
- Gorspott, M. (2011). Auryr in Leipzig- vom Projekt zur Beratungsstelle. In: Wiegand-Grefe, S., Mattejat, F. & Lenz, A. *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 122-142). Göttingen: Vandenhoeck & Verlag.
- Greenspan, S. (2008). *Starke Kinder: Die 10 Eigenschaften, die ihr Kind erfolgreich und glücklich machen*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Hartmann, R. (2008). Sonne und Wolken, Therapie- und Trainingsgruppe mit Kindern psychisch kranker Eltern. *Unsere Jugend* , S. 321-326.

- Herbert, C., & Hinder, H. (2008). *Ruhe finden*. Abgerufen am 10. März 2011
- Hinsch, R., & Pfingsten, U. (2007). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK*. Weinheim: Beltz Verlag.
- K, B. (2011). Bewegungsspiele für Kinder. www.psychomotorikundspiele.de. Abgerufen am 28.03.2011
- Kempfert, G., & Rolff, H. (2005). *Qualität und Evaluation. Ein Leitfaden für pädagogisches Qualitätsmanagement*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Klein, M. (2001). Kinder aus alkoholbelasteten Familien- Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. *Suchttherapie*, 2, S. 118-124.
- Köhler, T. (2004). *Statistik für psychologen, Pädagogen und Mediziner. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Kopfhammer, C., & Nachtrab, M. (2000). *Entspannungsspiele für hörgeschädigte und sprachbehinderte Kinder*. Neuwig: Luchterhand Verlag.
- Korte, J. (2006). *Sozialverhalten ändern. Aber wie? Ideen und Vorschläge zur Förderung sozialen Verhaltens an Schulen*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Kretzschmar, T. (2010). *Spiel das Ding! 555 Spiele mit 33 Gegenständen für Gruppen*. Kassel: BORN Verlag.
- Kuhn, J., & Lenz, A. (2008). Coping bei Kindern schizophoren erkrankter Eltern- eine täuschend gute Bewältigung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, S. 735-756.
- Kuhn, J., Lenz, A., & Jungbauer, J. (2011). Stressbewältigung bei Kindern schizophoren erkrankter Eltern. In Wiegand-Grefe, S., Mattejat, F. & Lenz, A. *Kinder mit psychisch kranken Eltern* (S. 299-314). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag.
- Lägel, I. (2008). Präventive Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern. Ein multidimensionaler Ansatz zur Förderung der protektiven Faktoren. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, S. 789-801.
- Lange, T. (2009). *Erlebnispädagogik und ihr präventiver Beitrag zur Gesundheit von Kindern im Vor- und Grundschulalter*. GRIN Verlag: Norderstedt.
- Langfeldt, H., & Büttner, G. (2008). *Trainingsprogramme zur Förderung von Kindern und Jugendlichen*. Basel: Beltz Verlag.
- Lehmke, S. (1995). *Transfermanagement*. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Lenz, A. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lenz, A. (2010). *Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Lenz, A., & Jungbauer, J. (2008). *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte*. Tübingen: dgvt Verlag.
- Lenz, A., & Kuhn, J. (2011). Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihr Entwicklung? Überblick über Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In: Wiegand-Grefe, S., Mattejat, F. & Lenz, A. *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 269-298). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

- Linderkamp, A., & Grünke, D. (2007). *Lern- und Verhaltensstörungen*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Lohaus, A., & Klein-Heßling, J. (2006). *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lucht, I. (2009). *Ganztagsschule- Welche Kinder besuchen eine Ganztagsschule?* Norderstedt: GRIN Verlag.
- Malti, T., & Perren, S. (2008). *Soziale Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen. Entwicklungsprozesse und Förderungsmöglichkeiten*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Mattejat, F., & Lisofsky, B. (Hrsg.), (2009). *Nicht von schlechten Eltern- Kinder psychisch Kranker*. Bonn: BALANCE buch + medien verlag GmbH & Co. KG.
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (2006). *ILK-Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Merchel, J. (2010). *Evaluation in der Sozialen Arbeit*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Mosley, J., & Sonnet, H. (2009). *101 Spiele zur Stärkung des Selbstwertgefühls*. Buxtehude: Persen Verlag GmbH.
- Müller, E. (2008). *Du spürst unter deinen Füßen das Gras. Autogenes Training in Phantasie- und Märchenreisen*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Münder, J. (1995). Probleme des Sorgerechts-bei psychisch kranken und geistig behinderten Eltern-exemplarisch für den Kinderschutz bei Kindeswohlgefährdung,. *Familie und Recht(FuR) Zeitschrift für die anwaltliche und gerichtliche Praxis* , S. 89-98.
- Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung* , S. 48-57.
- Petermann, F., & Vaitl, D. (2009). *Entspannungsverfahren. Das Praxisbuch*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Petermann, U. (2007). *Entspannungstechniken für Kinder und Jugendliche: ein Praxisbuch*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Petillon, H. (1997). *1000 Spiele für die Grundschule*. Basel: Beltz Verlag.
- Plummer, D. (2009). *(Wie) Kinder lernen, sich wertzuschätzen. Ein Trainingsprogramm mit Kopiervorlagen*. Tübingen: dgvt Verlag.
- Plummer, D., & Müller, W. (2010). *Trau Dich! Spiele zur Stärkung kindlicher Selbstachtung*. Tübingen: dgvt Verlag.
- Preuß, U., & Stümpfig, S. (2010). *Kinder- und Jugendpsychiatrie für Pflege- und Sozialberufe*. München: Urban und Fischer Verlag.
- Raab-Steiner, E., & Benesch, M. (2008). *Der Fragebogen: Von der Forschungsidee zur SPSS/ PASW- Auswertung*. Wien: Facultas Verlag.
- Reinisch, A., Heitmann, D., & Griepenstroh, J. (2011). Präventionsangebote und -projekte für Kinder psychisch kranker Eltern in Deutschland- ein Überblick. In: Wiegand-Grefe, S., Mattejat, F. & Lenz, A. *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 62-83). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.KG.

- Robert-Koch-Institut (2010). *Modul "psychische Störungen" des Bundes-Gesundheitssurveys entnommen in:* http://www.rki.de/cln_109/nn_196910/DE/Content/GBE/Erhebungen/Gesundheitsurveys/BGS98/psyche__inhalt.html?__nnn=true. Berlin: Robert Koch-Institut. Abgerufen am 03.05.2011
- Rousseau, J. (1998). *Emile oder Über die Erziehung*. Paderborn: Schoeningh Ferdinand GmbH.
- Schaub, A., & Frank, R. (2010). Sprechstunde für Kinder psychisch kranker Eltern. *Monatsschrift Kinderheilkunde* , S. 858-867.
- Schilling, O. (1998). *Grundkurs: Statistik für Psychologen*. München: Fink Verlag.
- Schlack, H., von Kries, R., & Thyen, U. (2009). *Sozialpädiatrie: Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Schlosser, A., Kindler, J., Mossaheb, N., & Aschauer, H. (4, 2006). Genetische Aspekte affektiver Erkrankungen und der Schizophrenie. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* , S. 19-24.
- Schmutz, E. (2010). *Kinder psychisch kranker Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie*. Mainz: Institut für sozialpädagogische Forschung Mainz e.V.
- Schone, R., & Wagenblass, S. (2002). *Wenn Eltern psychisch krank sind... kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster*. Münster.
- Smeekens, S., Riksen-Walraven, J., & van Bakel, H. (2007). Multiple determinants of externalizing behavior in 5-year old: A longitudinal model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35 , S. 347-361.
- Snunit, M., Golomb, N., & Pressler, M. (2006). *Der Seelenvogel*. Hamburg: Carlsen Verlag GmbH.
- Staets, S. (2011). KIPKEL- Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern. In Wiegand-Grefe,S., Mattejat,F. & Lenz, A. *Kinder mit psychisch kranken Eltern* (S. 133-142). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.KG.
- Tienari, P., & Wynne, L. (2004). Genotype-enviroment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. *British Journal of Psychiatry* , S. 216-222.
- Unnewehr, S., Schneider, S., Florin, I., & Margraf, J. (1998). Psychopathology in children of patients with panic order or animal phobia. *Psychopathology*, 3, S. 69-84.
- Wagenblass, S. (2001). Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* , S. 513-524.
- Wagenblass, S. (2003). Wenn Eltern in ver-rückten Welten leben... Die Entdeckung der Kinder psychisch kranker Eltern als betroffene Angehörige. *Soziale Psychiatrie*,3 , S. 8-11.
- Warnke, A., & Lehmkuhl, G. (2003). *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland. Die Versorgung von psychisch kranken Kindern,Jugendlichen und ihren Familien*. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Warnke, A., & Satzger-Harsch, U. (2004). *ADHS- Das Aufmerksamkeit-Defizit-Syndrom*. Stuttgart: TRIAS Verlag.

- Weiss, M., Zerkowicz, P., Feldmann, R., Vogel, J., Heymann, M., & Paris, J. (1996). Psychopathology in offspring of mothers with Borderline Personality Disorder: A Pilot Study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, S. 285-290.
- Weissmann, M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Pilowsky, D., & Verdelli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *American Journal of Psychiatry* 163, S. 1001-2006.
- Weltgesundheitsorganisation, W. <http://www.who.int/en/>. Berlin: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Abgerufen am 26.04.2011
- Werner, E., & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
- Wiegand-Greife, S., Geers, P., & Petermann, F. (2011). Entwicklungsrisiken bei Kindern psychisch kranker Eltern. In S. Wiegand-Greife, F. Matthejat, & A. Lenz, *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 145-170). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.KG.
- Wiegand-Greife, S., Geers, P., Pläß, A., Petermann, F., & Riedesser, P. (2009). Kinder psychisch kranker Eltern: Zusammenhänge zwischen subjektiver elterlicher Beeinträchtigung und psychischer Auffälligkeit der Kinder aus Elternsicht. *Kindheit und Entwicklung*, S. 111-121.
- Wiegand-Greife, S., Matthejat, F., & Lenz, A. (2011). *Kinder mit psychisch kranken Eltern- Klinik und Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Wüthrich, C., Matthejat, F., & Remschmidt, H. (1997). Kinder depressiver Eltern. *Kindheit und Entwicklung*, 6, S. 141-146.
- Ziegenhain, U., Fries, M., Bütow, B., & Dersken, B. (2006). *Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe*. Weinheim: JUVENTA Verlag.
- Zimmer, M. (2008). www.spieledatenbank.de. Abgerufen am 10. März 2011

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gebastelte Seelenvögel der Kinder von der Interventionsgruppe.....	37
Abbildung 2: Körperschemata der Kinder.....	46
Abbildung 3: Basteln der Schatztruhe in der Interventionsgruppe.....	51
Abbildung 4: Frage 1: Nimmst Du deine Gefühle bewusst wahr?	68
Abbildung 5: Frage 2: Achtest Du auf die Gefühle der Menschen um dich herum?	69
Abbildung 6: Frage 3: Hast Du Ideen, was Du machen kannst, wenn es Dir nicht gut geht und Du dich besser fühlen willst?	70
Abbildung 7: Frage 1: Hast Du Ideen was die Seele ist?	71
Abbildung 8: Frage 2: Wie viel weißt Du über die Krankheit deiner Mutter/ deines Vaters?	69
Abbildung 9: Frage 3: Hast Du Fragen zu der Krankheit deiner Mutter/ deines Vaters?	70
Abbildung 10: Frage 1: Kennst Du Situationen, in denen Du Stress bekommst?	71
Abbildung 11: Frage 2: Weißt Du etwas über dein Verhalten und deine Gefühle wenn Du im Stress bist?....	72
Abbildung 12: Frage 3: Kennst Du Sachen die dir helfen können, wenn Du Stress hast?	73
Abbildung 13: Frage 1: Gibt es Eigenschaften, die Du an dir magst?	74
Abbildung 14: Frage 2: Kennst Du Eigenschaften, die andere Menschen an dir mögen?	75
Abbildung 15: Frage 3: Glaubst Du, dass Du ein toller Mensch bist?	69
Abbildung 16: Feedback 1: Das Programm hat mir heute gut gefallen	77
Abbildung 17: Feedback 2: DieGruppenleiter mögen mich.....	77
Abbildung 18: Feedback 3: Wenn ich nach Hause gehe, fühle ich mich gut	78
Abbildung 19: Feedback 4: Ich freue mich auf das nächste Mal	79

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vererblichkeit psychischer Störungen nach Mattejat	14
Tabelle 2: Schutzfaktoren von Kindern psychisch kranker Eltern nach Lenz	17
Tabelle 3: Übersicht über die Inhalte und Ziele des Kurzzeit-Gruppenangebotes	27
Tabelle 4: Cut-off-Werte Selbsteinschätzung 11-15 Jahre	57
Tabelle 5: Errechnete Punktzahl der SDQ-Selbsteinschätzungsfragebögen	59
Tabelle 6: Cut-off-Werte Fremdeinschätzung	61
Tabelle 7: Errechnete Punktzahl der SDQ-Fremdeinschätzungsfragebögen	62
Tabelle 8: Parameter der ersten Einheit Frage 1	65
Tabelle 9: Parameter der ersten Einheit Frage 2	66
Tabelle 10: Parameter der ersten Einheit Frage 3	67
Tabelle 11: Parameter der zweiten Einheit Frage 1	68
Tabelle 12: Parameter der zweiten Einheit Frage 2	69
Tabelle 13: Parameter der zweiten Einheit Frage 3	70
Tabelle 14: Parameter der dritten Einheit Frage 1	71
Tabelle 15: Parameter der dritten Einheit Frage 2	72
Tabelle 16: Parameter der dritten Einheit Frage 3	73
Tabelle 17: Parameter der vierten Einheit Frage 1	74
Tabelle 18: Parameter der vierten Einheit Frage 2	75
Tabelle 19: Parameter der vierten Einheit Frage 3	76

Danksagung

Ein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Borg-Laufs. Er hat mich erstmals auf das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ in einem Seminar aufmerksam gemacht und mein Interesse zu diesem Themengebiet geweckt. Vielen Dank für die fachliche Begleitung und Betreuung während der langen Entstehungszeit dieser Arbeit.

Danken möchte ich weiter Frau Ruth Miller von der Psychiatrischen Hilfgemeinschaft, die mir die Umsetzung des Kurzzeit-Gruppenangebotes ermöglicht hat und mir in allen Fragen zur Seite stand. Das mir entgegen gebrachte Vertrauen in meine persönlichen und fachlichen Fähigkeiten weiß ich besonders zu schätzen.

Von ganzem Herzen danke ich meinen Freund Filipe, der mir nicht nur bei der Durchführung des Angebotes als fachlich kompetenter Sozialpädagoge zur Seite stand, sondern auch während der ganzen letzten Monate immer an mich geglaubt hat, zu jeder Tages- und Nachtzeit aufbauende Worte fand und einfach immer für mich da war. Danke!

Nicht vergessen möchte ich an dieser Stelle meine Familie, insbesondere meine Eltern, die mir das Studium der Sozialen Arbeit überhaupt erst möglich gemacht haben und mich persönlich und finanziell zu jeder Zeit liebevoll unterstützt haben.

Danke, David, für die geduldige Unterstützung bei der statistischen Auswertung.

Ein letzter Dank geht an unseren Kater Mikesch, der mir die vielen einsamen Stunden vor dem PC wesentlich angenehmer gestaltet hat.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung war.

Julia Graß

Anhang

Inhalt

1 Vertiefende Tabelle zum Informationsbedürfnis der Kinder.....	2
2 SDQ-Fragebögen.....	3
3 Spezifische Fragebögen jeder Einheit.....	5
4 Feedbackfragebogen.....	9
5 Schweigevertrag.....	10
6 Die Seelenvogelgeschichte.....	11
7 Spielanleitungen.....	14
8 Rätselfantasien.....	18
9 Kapitän Nemo Geschichte.....	19
10 Anleitung zur Entspannung.....	20
11 Arbeitsblätter.....	22
12 Steckbrief.....	26
13 Adressen und Telefonnummern für den Notfall.....	27
14 Kinderbücher.....	28
15 Rechnungen.....	29

1 Vertiefende Tabelle zum Informationsbedürfnis der Kinder

Informationsbedürfnis der Kinder nach Albert Lenz (vgl. Lenz, 2010, S.187)

Umgang im familiären Alltag	- Wie soll ich mich Mutter/Vater gegenüber verhalten? Muss ich mich jetzt anders verhalten? - Wie soll ich auf Verhaltensweisen oder Worte von Mutter/Vater reagieren? - Wie kann ich Mutter/Vater in gesunden Phasen und akuten Krankheitsphasen unterstützen?
Mögliche Veränderungen im Familienleben	- Wird sich mein Leben ändern und wenn ja, wie? - Wer wird für mich sorgen? - Was mache ich, wenn es zu Hause Schwierigkeiten gibt?
Krankheitsursache und Verlauf der Krankheit	- Was ist los mit Mutter/Vater? - Warum ist Mutter/Vater krank geworden? - Woher kommt die Krankheit der Mutter/des Vaters? - Ist Mutter/Vater meinetwegen krank? - Bin ich schuld, dass Mama wieder in die Klinik muss? Habe ich etwas falsch gemacht? Habe ich der Mama zu wenig geholfen? Habe ich mich zu wenig um sie gekümmert? - Wird es schlimmer werden?
Unterschiede zwischen psychischer und körperlicher Krankheit und Behandlungsverlauf	- Was heißt psychisch krank? - Was heißt Therapie? Was ist ein Psychiater (Psychotherapeut)? - Gibt es Medikamente für Mutter/Vater? - Kann Mutter/Vater wieder gesund werden?
Erbeinflüsse	- Werde ich auch krank? - Werden noch andere aus meiner Familie krank?

2 SDQ-Fragebögen

Fragen des Selbsteinschätzungsfragebogens zu Stärken und Schwächen (SDQ)

Antwortmöglichkeiten: *Nicht zutreffend/ teilweise zutreffend/ eindeutig zutreffend*

1. Ich versuche, nett zu anderen Menschen zu sein; ihre Gefühle sind mir wichtig
2. Ich bin oft unruhig; ich kann nicht lange stillsitzen
3. Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mit wird oft schlecht
4. Ich teile normalerweise mit Anderen (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte)
5. Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung
6. Ich bin meistens für mich alleine; ich beschäftige mich lieber mit mir selbst
7. Normalerweise tue ich, was man mir sagt
8. Ich mache mir häufig Sorgen
9. Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind
10. Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig
11. Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen
12. Ich schlage mich häufig; ich kann andere zwingen zu tun, was ich will
13. Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen
14. Im Allgemeinen bin ich beliebt bei Gleichaltrigen
15. Ich lasse mich leicht ablenken; ich finde es schwer mich zu konzentrieren
16. Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen
17. Ich bin nett zu jüngeren Kindern
18. Andere behaupten oft, dass ich lüge oder mogle
19. Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert
20. Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrer, Gleichaltrige)
21. Ich denke nach, bevor ich handele
22. Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von zu Hause, in der Schule oder anderswo)
23. Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen
24. Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht
25. Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende; ich kann mich lange genug konzentrieren

Zusatzfragen des Follow-up-Fragebogens

1. Was machst Du in der zweiten Ferienwoche?
2. Was hast Du in den letzten Ferien gemacht?
3. Wie oft hast Du während der Schulzeit unter der Woche keine Termine und Zeit für Dich?

Fragen des Fremdeinschätzungsfragebogens zu Stärken und Schwächen (SDQ)

Antwortmöglichkeiten: *Nicht zutreffend/ teilweise zutreffend/ eindeutig zutreffend*

1. Rücksichtsvoll
2. Unruhig, überaktiv, kann nicht lange still sitzen
3. Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit
4. Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)
5. Hat oft Wutanfälle, ist aufbrausend
6. Einzelgänger; spielt meist alleine
7. Im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen
8. Hat viele Sorgen; scheint häufig bedrückt
9. Hilfsbereit wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind
10. Ständig zappelig
11. Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin
12. Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie
13. Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig
14. Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt
15. Leicht ablenkbar, unkonzentriert
16. Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen
17. Lieb zu jüngeren Kindern
18. Lügt oder mogelt häufig
19. Wird von anderen gehänselt oder schikaniert
20. Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)
21. Denkt nach, bevor er/sie handelt
22. Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo
23. Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern
24. Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht
25. Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne

Zusatzfragen des Follow-up-Fragebogens

1. Seit Sie das letzte Mal hier waren, sind die Probleme ihres Kindes:
Viel schlimmer/ etwas schlimmer/ etwa gleich/ ein wenig besser/ viel besser
2. Empfanden Sie das Programm als hilfreich?
Gar nicht hilfreich/ kaum hilfreich/ ziemlich hilfreich/ sehr hilfreich
3. War das Angebot eine Entlastung für Sie?
Gar nicht entlastend/ kaum entlastend/ ziemlich entlastend/ sehr entlastend
4. Angenommen, dass Programm würde in der Schulzeit einmal wöchentlich für 60 Minuten angeboten (insgesamt 10 Wochen), würde Ihnen diese zeitliche Aufteilung besser passen als das Ferienprogramm?
Ja/ weiß nicht/ nein
5. Würden Sie ihr Kind in den nächsten Schulferien wieder zu solch einem Angebot anmelden?
Ja/ weiß nicht/ nein
6. Gibt es sonst noch etwas, das Sie erwähnen möchten?

3 Spezifische Fragebögen zu jeder Einheit

Bitte umkreise das Zutreffende!

a) Nimmst Du deine Gefühle bewusst wahr?

sehr wenig wenig mittel viel sehr viel

b) Achtest Du auf die Gefühle der Menschen um Dich herum?

sehr wenig wenig mittel viel sehr viel

c) Hast Du Ideen was Du machen kannst wenn es Dir nicht gut geht, damit Du dich besser fühlst?

sehr wenig wenig mittel viel sehr viel

Bitte umkreise das Zutreffende!

a) Hast Du Ideen, was die Seele ist?

sehr wenig wenig mittel viel sehr viel

b) Wie viel weißt Du über die Krankheit deiner Mutter/ deines Vaters?

sehr wenig wenig mittel viel sehr viel

c) Hast Du Fragen zu der Krankheit deiner Mutter/ deines Vaters?

sehr wenig wenig mittel viel sehr viel

Bitte umkreise das Zutreffende!

a) Kennst Du Situationen, in denen Du Stress bekommst?

sehr wenig wenig mittel viel sehr viel

b) Weißt Du etwas über Dein Verhalten und Deine Gefühle, wenn Du Stress hast?

sehr wenig wenig mittel viel sehr viel

c) Kennst Du Sachen die Dir helfen können, wenn Du Stress hast?

sehr wenig wenig mittel viel sehr viel

Bitte umkreise das Zutreffende!

a) Gibt es Eigenschaften, die Du an Dir magst?

sehr wenig wenig mittel viel sehr viel

b) Kennst Du Eigenschaften, die andere Menschen an Dir mögen?

sehr wenig wenig mittel viel sehr viel

c) Glaubst Du, dass Du ein toller Mensch bist?

sehr wenig wenig mittel viel sehr viel

4 Feedbackfragebogen

Bitte umkreise das Zutreffende!

1. Das Programm hat mir heute gut gefallen

nein **weiß nicht** **ja**

2. Die Gruppenleiter mögen mich

nein **weiß nicht** **ja**

3. Wenn ich nach Hause gehe, fühle ich mich gut

nein **weiß nicht** **ja**

4. Ich freue mich auf das nächste Mal

nein **weiß nicht** **ja**

SCHWEIGEVERTRAG

Hiermit versichere ich,

dass die Geschichten der Gruppe nicht nach außen getragen werden und ich die Geheimnisse der anderen Kinder nicht verraten werde!

Ort:

Datum:

Unterschrift:

6 Die Seelenvogelgeschichte

Der Seelenvogel

Tief, tief in uns wohnt die Seele.
Noch niemand hat sie gesehen,
aber jeder weiß, dass es sie gibt.
Und jeder weiß auch, was in ihr ist.

In der Seele, in ihrer Mitte,
steht ein Vogel auf einem Bein.
Der Seelenvogel.
Und er fühlt alles,
was wir fühlen.

Wenn uns jemand verletzt,
tobt der Seelenvogel in uns herum;
hin und her, nach allen Seiten,
und alles tut ihm weh.

Wenn uns jemand lieb hat,
macht der Seelenvogel fröhliche Sprünge
kleine, lustige,
vorwärts und rückwärts,
hin und her.

Wenn jemand unseren Namen ruft,
horcht der Seelenvogel auf die Stimme,
weil er wissen will,
ob sie lieb oder böse klingt.

Wenn jemand böse auf uns ist,
macht sich der Seelenvogel ganz klein
und ist still und traurig.

Und wenn uns jemand in den Arm nimmt,
wird der Seelenvogel in uns
größer und größer,
bis er uns fast ganz ausfüllt.
So gut geht es ihm dann.

Ganz tief in uns ist die Seele.
Noch niemand hat sie gesehen,
aber jeder weiß, dass es sie gibt.
Und noch nie,
noch kein einziges Mal,

wurde ein Mensch ohne Seele geboren.
Denn die Seele schlüpft in uns,
wenn wir geboren werden,

und sie verlässt uns nie,
keine Sekunde,
solange wir leben.
So, wie wir auch nicht aufhören zu atmen
von unserer Geburt bis zu unserem Tod.

Sicher willst du wissen,
woraus der Seelenvogel besteht.
Das ist ganz einfach.
Er besteht aus Schubladen.
Diese Schubladen können wir
nicht einfach aufmachen,
denn jede Einzelne ist abgeschlossen
und hat ihren eigenen Schlüssel.
Und der Seelenvogel ist der Einzige,
der die Schubladen öffnen kann.
Wie?
Auch das ist ganz einfach:
mit seinem Fuß.

Der Seelenvogel steht auf einem Bein.
Das zweite hat er, wenn er ruhig ist,
an den Bauch gezogen.
Mit dem Fuß dreht er den Schlüssel
zu der Schublade um,
die er öffnen will,
zieht am Griff,
und alles, was darin ist,
kommt zum Vorschein.

Und weil alles, was wir fühlen,
eine Schublade hat,
hat der Seelenvogel viele Schubladen.
Es gibt eine Schublade für Eifersucht
und eine für Hoffnung.
Es gibt eine Schublade für Enttäuschung
und eine für Verzweiflung.
Es gibt eine Schublade für Geduld
und eine für Ungeduld.
Auch für Hass und Wut und Versöhnung.

Eine Schublade für Faulheit und Leere
und eine Schublade für die
geheimsten Geheimnisse.
Diese Schublade wird fast nie geöffnet.
Es gibt auch noch andere Schubladen.
Du kannst selbst wählen, was drin sein soll.

Manchmal sind wir eifersüchtig
ohne dass wir es wollen.

Und manchmal machen wir etwas kaputt,
wenn wir eigentlich helfen wollen.
Der Seelenvogel gehorcht uns nicht immer
und bringt uns manchmal
in Schwierigkeiten...

Man kann schon verstehen,
dass die Menschen verschieden sind,
weil sie verschiedene Seelenvögel haben.
Es gibt Vögel,
die jeden Morgen die Schublade
"Freude" aufmachen.
Dann sind die Menschen froh.
Wenn der Vogel
die Schublade "Wut" aufmacht,
ist der Mensch wütend.
Und wenn der Vogel
die Schublade nicht mehr zuschließt,
hört der Mensch nicht auf, wütend zu sein.

Manchmal geht es dem Vogel nicht gut.
Dann macht er böse Schubladen auf.

Geht es dem Vogel gut,
macht er Schubladen auf, die uns gut tun.
Manche Leute hören den Seelenvogel oft,
manche hören ihn selten.
Und manche hören ihn
nur einmal in ihrem Leben.

Deshalb ist es gut, wenn wir
auf den Seelenvogel horchen,
der tief, tief in uns ist.
Vielleicht spät abends,
wenn alles still ist....

Aus dem Hebräischen von Michal Snunit

7 Spielanleitungen

1) Spinnennetz

Material: Wollknäul

Spielbeschreibung: Die Gruppe steht im Kreis. Ein Kind hält das Ende eines Wollknäuls fest und sagt: „Mein Name ist...“, wirft das Wollknäul zu einem anderen Kind und fragt „...und wie heißt Du?“ Das Kind fängt das Wollknäul, hält es fest und wirft es dann zum nächsten Kind, das nach seinem Namen gefragt wird. Am Ende des Spiels entsteht so ein Spinnennetz. Zur Erweiterung wird das Wollknäul wieder aufgewickelt, in dem es zurück geworfen wird (Petillon, 1997, S.38).

2) Kettenreaktion

Material: kein Material notwendig

Spielbeschreibung: Die Gruppenmitglieder verteilen sich beliebig im Raum. Ein Kind beginnt: Es ruft ein anderes zu sich, dass ihm in irgendeinem Merkmal ähnlich ist, z.B. auch eine Brille trägt. Dieses fasst das erste Kind an und ruft nun wiederum ein Kind zu sich, was ihm ähnlich ist usw. Zum Schluss hängen alle Gruppenmitglieder wie eine Kette aneinander. Das Spiel kann beliebig oft wiederholt werden. Dabei werden sich immer wieder neue Reihungen ergeben, die sichtbar machen, dass die Kinder auf vielfältige Weise Gemeinsamkeiten haben (Petillon, 1997, S.65).

3) Spiegelbild

Material: kein Material notwendig

Spielbeschreibung: Die Kinder kommen in Paaren zusammen. Je Paar wird ein Kind bestimmt, das in der folgenden Runde das Spiegelbild des anderen Kindes spielen soll. Auf ein Zeichen hin versuchen alle Kinder, die das Spiegelbild ihres Gegenübers darstellen, der pantomimischen Darstellung des Partners zu folgen. Ach ein paar Minuten wechseln die Partner ihre Position und das andere Kind wird zum Spiegelbild (Kopfhauer & Nachtrab, 2000, S.50).

4) Armer schwarzer Kater

Material: kein Material notwendig

Spielbeschreibung: Die Kinder sitzen im Kreis zusammen. Ein Kind wird bestimmt, welches in der ersten Runde den schwarzen Kater spielt. Der Kater begibt sich in die Mitte des Kreises und versucht durch Grimassen, Miauen, Jammer usw. einen seiner Mitspieler zum Lachen zu bringen. Das jeweilige Kind hat dabei die Aufgabe, dem Kater dreimal über den Kopf zu streicheln und zu sagen „Armer schwarzer Kater.“ Das Kind darf dabei nicht lachen. Gelingt es dem Kater nicht, seinen Mitspieler zum Lachen zu bringen, muss er sein Glück bei einem anderen Kind versuchen. Das Kind, welches der Kater zum Lachen bringt, ist dann der neue schwarze Kater (Fritz & Oppenhauer, 2009 S.108).

5) Mumien

Material: pro Mitspieler mindestens 2 Klopapierrollen

Spielbeschreibung: Die Kinder werden jeweils zu zweit in Teams eingeteilt, die gegeneinander antreten. Jedes Team bekommt zwei Klopapierrollen und bestimmt die Mumie für den ersten Durchgang des Spiels. Auf ein Signal müssen die Kinder ihre Mumie mit Klopapier so einwickeln, dass man nachher nichts mehr von dem Kind darunter erkennt. Das Team, welches als erstes eine fertige Mumie hat, hat gewonnen. Anschließend werden die Positionen der Kinder gewechselt (Kretzschmar, 2010, S.112).

6) Tischpusteball

Material: Tischtennisball

Spielbeschreibung: Alle Spieler sitzen um einem Tisch, jeder bekommt einen bestimmten Bereich auf den Tischrändern markiert, der ihm gehört. Nun wird auf den Tisch ein Tischtennisball gelegt. Jedes Kind muss von seinen Platz aus sitzend versuchen, den Tischtennisball bei einem anderen Spieler vom Tisch zu blasen. Bewertet wird von 10 Punkten abwärts, für jedes "Tor" das man bekommen hat (Zimmer, 2010).

7) Postbote

Material: mit Zetteln nummerierte Stühle

Spielbeschreibung: Ein Kind, dessen Stuhl entfernt wird, steht in der Mitte des Kreises und sagt: „Hallo, ich bin der Postbote und heiße.... Ich habe hier Briefe für Nummer... und Nummer.... Die Kinder auf den entsprechenden Stühlen versuche die Plätze zu wechseln, ohne dass sich der Postbote auf einen ihrer Stühle setzt. Das Kind, das keinen Platz bekommt, steht dann als Postbote in der Mitte.

8) Sumpfüberquerung

Material: Zeitungspapier

Spielbeschreibung: Jedes Kind bekommt eine Seite Zeitungspapier. Mit diesen Zeitungsstücken muss die ganze Gruppe einen imaginären Sumpf überqueren, ohne in diesen zu treten/zu fallen. Übertritt ein Kind das Papier, muss die ganze Gruppe wieder von vorne beginnen (Busch & Glaser, 2006).

9) Was hat sich verändert?

Material: kein Material notwendig

Spielbeschreibung: Ein Kind verlässt den Raum. Die anderen Mitspieler verändern unterdessen eine vorher bestimmte Anzahl von Dingen im Raum, die das Kind anschließend erkennen soll (z.B.

Brille tauschen, Fenster aufmachen...). Danach geht ein anderes Kind aus dem Raum (Koch, 2008).

10) Den anderen zum Lachen bringen

Material: kein Material notwendig

Spielbeschreibung: Die Kinder bilden Paare. Abwechselnd sollen die Spieler nun versuchen ihren Partner zum Lachen zu bringen. Sie können Grimassen schneiden oder Witze erzählen, dürfen den anderen aber nicht berühren. Die Partner müssen versuchen, so lange wie möglich ernst zu bleiben. Jeder Spieler hat abwechselnd mehrere Versuche (Mosley & Sonnet, 2009, S.31).

11) Stuhlkreisfußball

Material: Ball

Spielbeschreibung: Die Spieler bilden einen engen Stuhlkreis. Jeder sitzt auf einem seiner Füße, den anderen hat er frei um sein Tor (seinen Stuhl) zu verteidigen bzw. auf andere Tore einen Angriff zu starten. Zuerst haben alle Spieler eine bestimmte Anzahl von Punkten, für jedes Tor bekommt der entsprechende Torwart einen Punkt abgezogen (Zimmer, 2008).

12) Feuer, Wasser, Wind

Material: Musik, Stühle

Spielbeschreibung: Die Kinder bewegen sich frei, von Musik begleitet, durch den Raum. Dann stoppt die Musik und einer der Begriffe „Feuer“, „Wasser“ oder „Wind“ wird gerufen. Bei „Feuer“ legen sich die Kinder alle auf den Boden, bei „Wasser“ klettern sie auf die Stühle im Raum und bei „Wind“ suchen sie sich einen anderen Mitspieler und halten sich an diesem fest (damit sie nicht wegfliegen). Nach ein paar Runden wird das Spiel um die Begriffe „Blitz“ und „Donner“ erweitert. Bei „Blitz“ erstarren die Kinder, bei „Donner“ laufen sie schnell in die Ecken des Raumes (Brenn, 2011).

13) Die Wäscheklammerdiebe

Material: Wäscheklammern

Spielbeschreibung: Jedes Kind befestigt so viele Wäscheklammern wie möglich gut sichtbar an seiner Kleidung. Nun versuchen alle Mitspieler, den anderen Kindern die Wäscheklammern zu klauen und diese an die eigene Kleidung zu stecken. Hat ein Kind alle Klammern verloren, werden die der anderen Kinder gezählt. Der Spieler mit den meisten Klammern hat gewonnen (Brenn, 2011).

8 Rätselfantasien

1) Einfache Wolke

Anleitung: „Du bist ganz, ganz weich. Weich wie Luft. Du hast keinen Körper und niemand kann Dich anfassen. Du schwebst ganz oben am Himmel. Du bist flauschig und weiß. An Regentagen kannst Du auch grau oder schwarz aussehen. Du kannst das Licht der Sonne in Dir festhalten. Was bist Du? (Petillon, 1997, S.146).

2) Der Fluss

Anleitung: Du beginnst ganz oben auf einem riesigen Berg. Zuerst bist Du ein riesengroßes Feld aus kühlem Schnee und Eis. An Deiner tiefsten Stelle verwandelst Du Dich in klares Wasser, das an vielen Stellen aus dem Gletscher strömt und sich zu einem Gebirgsbach sammelt. Die Sonne glitzert in Dir wie ein Edelstein. Je tiefer Du strömst, desto lauter werden Deine Töne. Zuerst machst Du ein leises Plätschern, und allmählich bist Du als Rauschen zu hören. Am Fuß der Berge angelangt wirst Du ganz breit. Du siehst nun schon anders aus und zeigst ein helles Grün. Je weiter Du fließt, desto mächtiger wirst Du. Du strömst langsamer und kannst auf Dir sogar kleine und große Schiffe tragen. Was bist Du? (Petillon, 1997, S.147).

3) Segelboot

Anleitung: Du treibst im Wasser und schaukelst leicht hin und her, hin und her. Das Wasser ist so angenehm warm und weich. Sanfte kleine Wellen kommen und stoßen Dich an, wiegen Dich. Du bist fest und stark. Die Sonne scheint und wärmt das Holz, aus dem Du gebaut bist. Dann kommt Wind auf und bläst Dich sanft hinaus in die See. Deine große Leinwand nimmt den Wind auf und bewegt Dich langsam weiter. Was bist Du? (Petillon, 1997, S.147).

9 Kapitän Nemo Geschichte

Stell dir vor, Du bist von Kapitän Nemo in sein Unterwasserboot Nautilus eingeladen worden. Ihr fahrt gemeinsam durch alle Weltmeere und seht viele wunderschöne Dinge unter Wasser. Die schönsten Stunden sind immer die, wenn Kapitän Nemo dich auf seine Unterwasserausflüge mitnimmt. Dann ziehst Du einen speziellen Taucheranzug an, der eine besondere Wirkung auf Dich hat. Du merkst nämlich schon beim Anziehen, dass Du vollkommen ruhig wirst. Zuerst steigst Du mit dem rechten Bein in den Taucheranzug. Du denkst und merkst: Mein rechtes Bein ist ganz ruhig. Dann kommt das linke Bein in den Anzug und wird ruhig. Du denkst: Meine Beine sind schon ganz ruhig. Du ziehst den Taucheranzug über den Po und den Rücken hoch. Dann schlüpfst Du mit dem rechten Arm hinein. Du denkst: Mein rechter Arm ist ganz ruhig. Du ziehst den linken Arm an und merkst, dass auch dieser ganz ruhig wird. Du denkst: Meine beiden Arme sind vollkommen ruhig. Du ziehst nun noch die Kapuze über den Kopf und machst den Reißverschluss zu. Jetzt bist Du vom Taucheranzug rundum eingehüllt und geschützt. Du fühlst dich wohl, sicher und vollkommen ruhig. Zum Schluss ziehst Du noch die Schwimmflossen an, nimmst das Sauerstoffgerät auf den Rücken und setzt die Taucherbrille auf. Jetzt bist Du für den Unterwasserausflug mit Kapitän Nemo bereit.

Nacheinander gleiten Kapitän Nemo und Du durch die Ausstiegsluke der Nautilus ins Wasser. Du landest auf dem weißen, weichen Sand des Meeresbodens. Heute will Kapitän Nemo Dir einen Unterwasserwald zeigen. Er führt Dich durch die Unterwasserwelt, in der es viele wundersame Tiere gibt. Die Tiere schwimmen alle ruhig und sicher an Dir vorbei. Auch Dein Körper ist vollkommen ruhig und sicher. Dein Körper ist im Wasser auch auf eine besondere Art angenehm schwer. Du merkst es zuerst an Deinen Armen. Du denkst: Mein rechter Arm ist ganz schwer. Auch bei Deinem linken Arm stellst Du fest: Mein linker Arm ist ganz schwer. Du schwimmst ruhig und sicher hinter Kapitän Nemo her und denkst: Meine Arme sind ganz schwer. Endlich seid ihr im Unterwasserwald angekommen. Dort wachsen Sträucher die so groß sind wie die Bäume auf dem Land. In diesem Unterwasserwald gibt es viele bunte Fische, große und kleine. Manche sind dick, andere dünn und wieder andere ganz flach. Die einen haben lange, die anderen kurze Flossen. Es ist schön, so sicher und ruhig durch den Unterwasserwald zu schwimmen wie die Fische. Und es ist angenehm, ganz schwere Arme zu haben. Dabei kribbelt und kitzelt es an den Fingerspitzen, als ob kleine Fische sanft daran schnuppern.

Kapitän Nemo gibt Dir ein Zeichen, dass ihr zur Nautilus zurück kehren müsst. Ihr verlasst den Unterwasserwald und schwimmt durch das helle, warme Wasser. Die Sonne scheint durch das Wasser hindurch und alles erscheint Dir in vielen bunten Farben. Du freust Dich, dass ein paar Fische aus dem Unterwasserwald euch noch ein Stück begleiten. Du denkst immer dabei: Ich bin ganz ruhig. Und meine Arme sind ganz schwer. Da taucht das Unterwasserboot vor euch auf. Ruhig, schwer und sicher schwimmt ihr darauf zu. Bei der Nautilus angekommen, steigst Du durch die Luke in das Unterwasserboot hinein. Es ist so, als ob Du aus einem schönen Traum erwachst. Du beugst und streckst deine Arme, holst tief Luft, atmest aus und öffnest die Augen (Herbert & Hinder, 2008).

10 Anleitung zur Entspannung

Setz dich nun möglichst bequem hin (2) und versuche, deine Muskeln so locker wie möglich zu lassen (5).

Wir beginnen bei den Händen. Spann deine Hände und Unterarme fest an (1) und achte auf die Anspannung, die dabei entsteht (1) und wieder locker lassen (2). Achte dabei auf den Übergang von Anspannung zu Entspannung (5). Lass jetzt deine Unterarme schwer ausruhen (1) und konzentriere dich auf deine einzelnen Finger (2), die Daumen (1) die Zeigefinger (1) die Mittelfinger (1) die Ringfinger (1) und die kleinen Finger (5).

Nun spannst du in beiden Armen die Oberarme, die Unterarme und die Hände fest an (2). Achte auf die Spannung (1) und wieder locker lassen (4). Versuche die Muskeln in deinen Armen ganz locker zu lassen (4). Deine Unterarme werden jetzt immer schwerer (4). Konzentriere dich wieder auf deine einzelnen Finger (3). Auf die Daumen (1) die Zeigefinger (1) die Mittelfinger (1) die Ringfinger (1) und die kleinen Finger (5).

Jetzt kommen wir zum Gesicht. Spann dein ganzes Gesicht an (2) die Stirn (1), die Augen (1), die Nase (1), die Lippen (1), die Wangen (1) das Kinn (1) den Mund (2) und jetzt wieder entspannen (5). Achte darauf, dass dein Mund ganz locker wird (2), dass die Wangen entspannt sind (2), dass die Stirn wieder glatt und gelöst ist (3), dass die Augenlider ganz schwer werden (3). Achte auf das Gefühl der Ruhe, dass sich ausbreitet, wenn deine Gesichtsmuskeln immer weiter entspannen (6).

Nun kommen wir zu deinen Nackenmuskeln. Drücke deinen Kopf jetzt nach vorne, so als wolltest du mit deinem Kinn die Brust berühren. Versuche diese Spannung zu halten (2) und wieder locker lassen (3). Achte wieder auf den Übergang zwischen Anspannung zur angenehmen Entspannung (4). Halte deinen Kopf jetzt so, dass deine Nackenmuskeln ganz locker und gelöst sind (3). Versuche dich noch weiter zu entspannen (5).

Jetzt kommen wir zu den Schultern. Ziehe deine Schultern in die Höhe (2), achte dabei auf die Spannung, die dabei entsteht (1) und wieder locker lassen (3). Achte jetzt nur auf das Angenehme in der Entspannung (5). Lass deine Muskeln immer lockerer werden (6).

Konzentriere dich jetzt auf deinen Atem (2), achte darauf, wie die Luft ein- und ausströmt (11). Halte jetzt nach dem Einatmen die Luft für kurze Zeit an (3) und achte dabei auf die Spannung in deiner Brust (2). Und jetzt die Luft wieder ausatmen (3), achte darauf, wie sich deine Brust beim Ausatmen angenehm entspannt (5). Wiederhole das Luftanhalten und achte wieder auf die Spannung (2) und wieder ganz lang ausatmen, achte auf die Entspannung (8). Verfolge nun das Ein- und Ausströmen der Luft beim Atmen (4). Sprich innerlich mit, wenn du ein- und ausatmest (3) und achte dabei auf das Gefühl der Ruhe, dass sich dabei im ganzen Körper ausbreitet (7).

Nun kommen wir zu deinem Bauch (1). Spann deine Bauchmuskeln an und beobachte die Anspannung (3) und wieder locker lassen (3). Lass deine Bauchmuskeln jetzt ganz locker werden (7).

Jetzt kommen wir zu den Beinen. Drücke deine Füße fest gegen den Boden, die Zehenspitzen zum Gesicht angezogen (2) und spann deine Unterschenkel, deine Oberschenkel und deinen Po fest an (3) und wieder locker lassen (3). Achte wieder auf den Unterschied zwischen Anspannung und der angenehmen Entspannung die sich langsam ausbreitet (8). Lass deine Muskeln noch lockerer werden (2) und versuche dich noch weiter zu entspannen (4).

Lass nun die Entspannung von den Füßen hinauf strömen (1), durch die Beine zum Rücken (2), in die Brust (2) in den Bauch (2) in die Schultern (2) in die Arme und Hände (2) bis in die Fingerspitzen (2) in den Nacken (2) und in das Gesicht (2). Lass deinen ganzen Körper locker und entspannt wer-

den (5), deine Stirn ist ganz glatt (2), deine Augenlider sind schwer (2) der Mund ist ganz locker (2). Lass deinen Körper sich mit dem ganzen Gewicht auf dem Stuhl ausruhen (5).

Achte jetzt noch einmal auf deine Atmung (3) und versuche, die Atmung nicht zu beeinflussen sondern nur innerlich mitzusprechen (5) wie du ein und aus atmest (5). Denke nur noch an das Ein- und Ausatmen (8) und entspann dich dabei noch ein bisschen weiter (5). Denke an nichts anderes als nur an das Gefühl der Entspannung (15).

Jetzt spannst du deinen Körper langsam wieder an (2) beginn mit deinen Händen (2) bewege langsam deine Arme (2) strecke dich (2) und öffne die Augen.

LOBEN UND KOMPLIMENTE MACHEN

1. Denke über etwas Nettes nach, das man sagen kann.
2. Überlege dir einen Satz, wie man es sagen kann.
3. Schau den Anderen an
4. Sag es dem Anderen

LOB UND KOMPLIMENTE ANNEHMEN

1. Schaue den, der mit dir spricht, an
2. Bedanke dich
3. Wenn du willst, sag noch etwas dazu

(Beck et al., 2006, S.171/172)

WAS ICH BEI MIR AM MEISTEN MAG

Zu den Dingen, die ich selbst bei mir am meisten mag, gehören:

UNSERE GEFÜHLE

Stell dir vor, du wärst ein Wesen von einem anderen Stern und würdest zum ersten Mal auf der Erde landen. Du weißt gar nicht was das ist, diese Erde. Was für Gefühle hättest du wohl in so einer völlig fremden Umgebung? Denk an drei Worte mit denen du beschreiben könntest, wie du dich als Wesen vom anderen Stern bei der Landung auf der Erde fühlen würdest.

Was wären die wichtigsten drei Dinge, die du wissen müsstest, um deine Gefühle zu beruhigen?

Was würde dir noch helfen, um dich an diesem fremden Ort einigermaßen gut zu fühlen?

WECHSELNDE GEFÜHLE

Ich habe mich einmal ganz besonders **mutig** gefühlt. Das war als:

Ich habe mich einmal besonders **glücklich** gefühlt. Das war als:

Ich war auch einmal besonders **wütend**. Und zwar deshalb, weil:

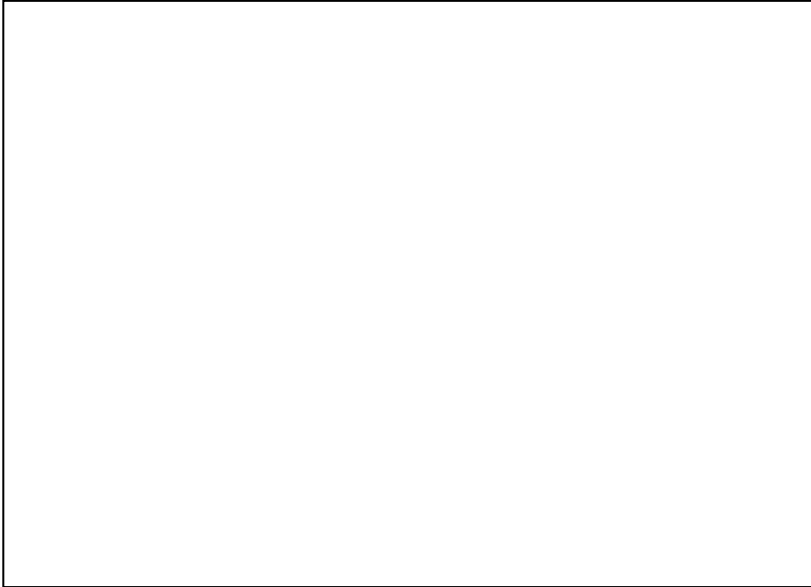
Einmal hatte ich ziemliche **Angst**, als:

Ein anderes Mal war ich richtig **erleichtert**, als:

12 STECKBRIEF

STECKBRIEF

Gesucht wird: STRESS



Wann hast Du ihn das letzte Mal bemerkt?

Woran hast Du ihn erkannt?

Was ist passiert?

Was hast Du gemacht, um ihn wieder loszuwerden?

13 Adressen und Telefonnummern für den Notfall

- Psychiatrische Hilfgemeinschaft Duisburg, Kontakt- und Beratungsstelle
Weidmannstr.15, 47166 Duisburg
0203/ 5444790
- Deutscher Kinderschutzbund
Adlerstr.57, 47055 Duisburg
0203/353522 oder 0203/ 735513
- Caritasverband Duisburg
Duissernplatz 15, 47051 Duisburg
0203/ 29592
- Ehe- Familien- und Lebensberatung
Schwarzenbergerstr.47a, 47226 Duisburg
02065/ 73008
- Gesellschaft zur psychosozialen Versorgung
Händelstr.10, 47226 Duisburg
0203/ 345820
- Nummer gegen Kummer, Kinder- und Jugendtelefon
0800/111033
- Telefonseelsorge
0800/1110111 oder 0800/1110222
- Notrufnummer
112
- Polizei
110

(Du kannst Dich natürlich auch jederzeit an Deine Lehrer, Freunde und Nachbarn wenden.
Die können Dir ebenfalls helfen.)

14 Kinderbücher

- **Flaschenpost nach irgendwo.** *Ein Kinderfachbuch für Kinder suchtkranker Eltern*
Von Schirin Homeier und Andreas Schrappe, 2009, Frankfurt am Main, Mabuse Verlag
- **Sonnige Traurigtage.** *Ein Kinderfachbuch für Kinder psychisch kranker Eltern*
Von Schirin Homeier, 2006, Frankfurt am Main, Mabuse Verlag
- **Warum ist Mama traurig?**
Von Susanne Wunderer, 2010, Frankfurt am Main, Mabuse Verlag
- **Mamas Monster: Was ist nur mit Mama los?**
Von Erdmute von Mosch, 2009, Bonn, Balance Verlag
- **Eichhörnchenzeit oder der Zoo in Mamas Kopf**
Von Brigitte Minne, 2004, Düsseldorf, Sauerländer Verlag
- **Annikas andere Welt**
Von Sigrun Eder, Petra Rebhandl und Evi Gasser, 2004, Salzburg, Edition Riedenburg Verlag

15 Rechnungen

Stichproben x_i mit $i=1,2,3,\dots,n$. ($n=8$). (8 verschiedene Kinder)

Merkmalsausprägungen $m=1,2,3,4,5$. (5 verschiedene Merkmalsausprägungen: Sehr wenig ($m=1$), wenig ($m=2$), mittel ($m=3$), viel ($m=4$), sehr viel ($m=5$))

Häufigkeiten f_m mit $m=1,2,3,4,5$ (Häufigkeit für jede Merkmalsausprägung, $f_m=1,2,3,\dots,8$)

Mittelwert: $\langle x \rangle = \frac{1}{n} \times \sum_{i=1}^n x_i$

Standardabweichung: $s = \sqrt{\frac{1}{n-1} \times \sum_{i=1}^n (x_i - \langle x \rangle)^2}$

Zu 5.2.1 Werte der ersten Einheit

a) Nimmst Du deine Gefühle bewusst wahr?

Vor der Durchführung: $f_1=0, f_2=0, f_3=3, f_4=3, f_5=2$

Ergebnis: **Urliste:** 33344455,

Extremwerte der Merkmalsausprägungen: 3 und 5,

Variationsbreite der Merkmalsausprägungen: $5-3=2$

Mittelwert der Stichproben: 3,875

Standardabweichung der Stichproben: 0,8345

Nach der Durchführung: $f_1=0, f_2=0, f_3=0, f_4=5, f_5=3$

Ergebnis: **Urliste:** 44444555

Extremwerte der Merkmalsausprägungen: 4 und 5

Variationsbreite der Merkmalsausprägungen: $5-4=1$

Mittelwert der Stichproben: 4,375

Standardabweichung der Stichproben: 0,5175

b) Achtest Du auf die Gefühle der Menschen um dich herum?

Vor der Durchführung: $f_1=0, f_2=0, f_3=4, f_4=3, f_5=1$

Ergebnis: **Urliste:** 33334445

Extremwerte der Merkmalsausprägungen: 3 und 5

Variationsbreite der Merkmalsausprägungen: $5-3=2$

Mittelwert der Stichproben: 3,625

Standardabweichung der Stichproben: 0,7440

Nach der Durchführung: $f_1=0$, $f_2=0$, $f_3=1$, $f_4=4$, $f_5=3$

Ergebnis: **Urliste:** 34444555

Extremwerte der Merkmalsausprägungen: 3 und 5

Variationsbreite der Merkmalsausprägungen: $5-3=2$

Mittelwert der Stichproben: 4,25

Standardabweichung der Stichproben: 0,7071

- c) Hast Du Ideen was Du machen kannst, wenn es dir nicht gut geht und Du dich besser fühlen willst?

Vor der Durchführung: $f_1=1$, $f_2=1$, $f_3=3$, $f_4=3$, $f_5=0$

Ergebnis: **Urliste:** 12333444

Extremwerte der Merkmalsausprägungen: 1 und 4

Variationsbreite der Merkmalsausprägungen: $4-1=3$

Mittelwert der Stichproben: 3,0

Standardabweichung der Stichproben: 1,0690

Nach der Durchführung: $f_1=0$, $f_2=0$, $f_3=3$, $f_4=4$, $f_5=1$

Ergebnis: **Urliste:** 33344445

Extremwerte der Merkmalsausprägungen: 3 und 5

Variationsbreite der Merkmalsausprägungen: $5-3=2$

Mittelwert der Stichproben: 3,75

Standardabweichung der Stichproben: 0,7071

Zu 5.2.2 Werte der zweiten Einheit

- a) Hast Du Ideen was die Seele ist?

Vor der Durchführung: $f_1=0$, $f_2=2$, $f_3=4$, $f_4=2$, $f_5=0$

Ergebnis: **Urliste:** 22333344

Extremwerte der Merkmalsausprägungen: 2 und 4

Variationsbreite der Merkmalsausprägungen: $4-2=2$

Mittelwert der Stichproben: 3,0

Standardabweichung der Stichproben: 0,7559

Nach der Durchführung: $f_1=0, f_2=0, f_3=1, f_4=5, f_5=2$

Ergebnis: **Urliste:** 34444455

Extremwerte der Merkmalsausprägungen: 3 und 5

Variationsbreite der Merkmalsausprägungen: $5-3=2$

Mittelwert der Stichproben: 4,125

Standardabweichung der Stichproben: 0,6409

b) Wie viel weißt Du über die Krankheit deiner Mutter/deines Vaters?

Vor der Durchführung: $f_1=0, f_2=1, f_3=4, f_4=3, f_5=0$

Ergebnis: **Urliste:** 23333444

Extremwerte der Merkmalsausprägungen: 2 und 4

Variationsbreite der Merkmalsausprägungen: $4-2=2$

Mittelwert der Stichproben: 3,25

Standardabweichung der Stichproben: 0,071

Nach der Durchführung: $F_1=0, f_2=0, f_3=1, f_4=5, f_5=2$

Ergebnis: **Urliste:** 34444455

Extremwerte der Merkmalsausprägungen: 3 und 5

Variationsbreite der Merkmalsausprägungen: $5-3=2$

Mittelwert der Stichproben: 4,125

Standardabweichung der Stichproben: 0,6409

c) Hast Du Fragen zu der Krankheit deiner Mutter/deines Vaters?

Vor der Durchführung: $f_1=3, f_2=3, f_3=2, f_4=0, f_5=0$

Ergebnis: **Urliste:** 11122233

Extremwerte der Merkmalsausprägungen: 1 und 3

Variationsbreite der Merkmalsausprägungen: $3-1=2$

Mittelwert der Stichproben: 1,875

Standardabweichung der Stichproben: 0,8345

Nach der Durchführung: $f_1=6, f_2=2, f_3=0, f_4=0, f_5=0$

Ergebnis: **Urliste:** 11111122

Extremwerte der Merkmalsausprägungen: 1 und 2

Variationsbreite der Merkmalsausprägungen: $2-1=1$

Mittelwert der Stichproben: 1,25

Standardabweichung der Stichproben: 0,4629

Zu 5.2.3 Werte der dritten Einheit

a) Kennst Du Situationen, in denen Du Stress bekommst?

Vor der Durchführung: $f_1=0, f_2=1, f_3=5, f_4=2, f_5=0$

Ergebnis: **Urliste:** 23333344

Extremwerte der Merkmalsausprägungen: 2 und 4

Variationsbreite der Merkmalsausprägungen: $4-2=2$

Mittelwert der Stichproben: 3,125

Standardabweichung der Stichproben: 0,6409

Nach der Durchführung: $f_1=0, f_2=0, f_3=2, f_4=6, f_5=0$

Ergebnis: **Urliste:** 33444444

Extremwerte der Merkmalsausprägungen: 3 und 4

Variationsbreite der Merkmalsausprägungen: $4-3=1$

Mittelwert der Stichproben: 3,75

Standardabweichung der Stichproben: 0,4629

b) Weißt Du etwas über dein Verhalten und deine Gefühle wenn Du Stress hast?

Vor der Durchführung: $f_1=0, f_2=0, f_3=5, f_4=3, f_5=0$

Ergebnis: **Urliste:** 33333444

Extremwerte der Merkmalsausprägungen: 3 und 4

Variationsbreite der Merkmalsausprägungen: $4-3=1$

Mittelwert der Stichproben: 3,375

Standardabweichung der Stichproben: 0,5175

Nach der Durchführung: $f_1=0, f_2=0, f_3=2, f_4=3, f_5=3$

Ergebnis: **Urliste:** 33444555

Extremwerte der Merkmalsausprägungen: 3 und 5

Variationsbreite der Merkmalsausprägungen: $5-3=2$

Mittelwert der Stichproben: 4,125

Standardabweichung der Stichproben: 0,8345

c) Kennst Du Sachen die dir helfen können, wenn Du im Stress bist?

Vor der Durchführung: $f_1=1, f_2=3, f_3=3, f_4=1, f_5=0$

Ergebnis: **Urliste:** 12223334

Extremwerte der Merkmalsausprägungen: 1 und 4

Variationsbreite der Merkmalsausprägungen: $4-1=3$

Mittelwert der Stichproben: 2,5

Standardabweichung der Stichproben: 0,9258

Nach der Durchführung: $f_1=0, f_2=1, f_3=2, f_4=4, f_5=1$

Ergebnis: **Urliste:** 23344445

Extremwerte der Merkmalsausprägungen: 2 und 5

Variationsbreite der Merkmalsausprägungen: $5-2=3$

Mittelwert der Stichproben: 3,625

Standardabweichung der Stichproben: 0,9161

Zu 5.2.4 Werte der vierten Einheit

a) Gibt es Eigenschaften, die Du an dir magst?

Vor der Durchführung: $f_1=0, f_2=0, f_3=3, f_4=4, f_5=1$

Ergebnis: **Urliste:** 33344445

Extremwerte der Merkmalsausprägungen: 3 und 5

Variationsbreite der Merkmalsausprägungen: $5-3=2$

Mittelwert der Stichproben: 3,75

Standardabweichung der Stichproben: 0,7071

Nach der Durchführung: $f_1=0, f_2=0, f_3=1, f_4=5, f_5=2$

Ergebnis: **Urliste:** 34444455

Extremwerte der Merkmalsausprägungen: 3 und 5

Variationsbreite der Merkmalsausprägungen: $5-3=2$

Mittelwert der Stichproben: 4,125

Standardabweichung der Stichproben: 0,6409

b) Kennst Du Eigenschaften, die andere Menschen an dir mögen?

Vor der Durchführung: $f_1=0, f_2=3, f_3=3, f_4=2, f_5=0$

Ergebnis: **Urliste:** 22233344

Extremwerte der Merkmalsausprägungen: 2 und 4

Variationsbreite der Merkmalsausprägungen: $4-2=2$

Mittelwert der Stichproben: 2,875

Standardabweichung der Stichproben: 0,8345

Nach der Durchführung: $f_1=0, f_2=0, f_3=1, f_4=5, f_5=2$

Ergebnis: **Urliste:** 34444455

Extremwerte der Merkmalsausprägungen: 3 und 5

Variationsbreite der Merkmalsausprägungen: $5-3=2$

Mittelwert der Stichproben: 4,75

Standardabweichung der Stichproben: 0,6409

c) Glaubst Du, dass Du ein toller Mensch bist?

Vor der Durchführung: $f_1=0, f_2=1, f_3=3, f_4=4, f_5=0$

Ergebnis: **Urliste:** 23334444

Extremwerte der Merkmalsausprägungen: 2 und 4

Variationsbreite der Merkmalsausprägungen: $4-2=2$

Mittelwert der Stichproben: 3,375

Standardabweichung der Stichproben: 0,7440

Nach der Durchführung: $f_1=0$, $f_2=0$, $f_3=1$, $f_4=6$, $f_5=1$

Ergebnis: **Urliste:** 34444445

Extremwerte der Merkmalsausprägungen: 3 und 5

Variationsbreite der Merkmalsausprägungen: $5-3=2$

Mittelwert der Stichproben: 4,0

Standardabweichung der Stichproben: 0,5345