

Universität Bielefeld
Fakultät für Erziehungswissenschaften
Bildungswissenschaft Master of Education

MASTERARBEIT

Zur Erlangung des akademischen Grades eines Master of Education

Risikofaktor psychisch erkrankte Eltern – Handlungsperspektiven von Schule und Lehrkräften zur Unterstützung von SchülerInnen psychisch erkrankter Eltern

Vorgelegt von Katharina Elena Klassen
E-Mail: katharina.klassen@uni-bielefeld.de
Matrikelnummer: 2672549
Studiengang: Grundschullehramt mit integrierter Sonderpädagogik
Abgabedatum: 14.01.2022

Erstgutachter: Herr Manfred Palm
Zweitgutachterin: Frau Sandra Kirchhoff

„Schulen können aber gerade auch im Leben von Kindern, die in ihren Lebenswelten hohen Belastungen und Entwicklungsrisiken ausgesetzt sind, eine wichtige, Entwicklung schützende Funktion ausüben:

„In vielen Fällen machen diese Kinder die Schule zu einer zweiten Heimat, einem Zufluchtsort vor einem chaotischen Elternhaus (Werner 1997, S. 198, zitiert nach Opp 2007, S. 240).“

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	5
2. Kinder psychisch kranker Eltern – Forschungsgrundlage und Relevanz.....	6
2.1 Aktuelle Forschungslage: psychische Erkrankung und Elternschaft	6
2.2 Übersicht über die häufigsten psychischen Krankheitsbilder und ihre Prävalenz	9
3. Lebenswelten von Kindern psychisch kranker Eltern.....	12
3.1 Einfluss der elterlichen psychischen Erkrankung auf die Entwicklung und psychische Gesundheit von betroffenen Kindern – Darstellung des Modells der psychischen Gesundheit bei Kindern psychisch kranker Eltern.....	12
3.2.1 Elterliche Erkrankung als Risikofaktor für die Entwicklung einer psychischen Störung des Kindes.....	17
3.3 Belastungen Kinder psychisch kranker Eltern - Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf den kindlichen und familiären Alltag.....	20
4. Kinder psychisch erkrankter Eltern im schulischen Kontext.....	30
4.1 (Sonder-) pädagogische Relevanz für Kinder psychisch erkrankter Eltern und Zuständigkeitsbereich von Schule und Lehrkräften	30
4.2 Auswirkungen der elterlichen psychischen Erkrankung auf den Schulalltag und die schulische Leistungsfähigkeit.....	31
4.3 Kinder psychisch erkrankter Eltern – Eine spezifische Risikogruppe für den Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung?	34
5. Schutzfaktoren und Bewältigungsstrategien von Kindern psychisch erkrankter Eltern.....	38
5.1 Resilienzkonzept – Begriffsbestimmung und zentrale Forschungsbefunde	38
5.2 Schutzfaktoren für Kinder psychisch erkrankter Eltern - Allgemeine Schutzfaktoren ...	40
5.3 Spezifische Schutzfaktoren im Kontext psychisch erkrankte Eltern	43
5.3.1 Psychoedukation	43
5.3.2 Positive Familiäre Krankheitsbewältigung	45
5.4 Bewältigungsstrategien (Copingstrategien) von Kindern im Umgang mit der elterlichen psychischen Erkrankung	47
6. Handlungsperspektiven von Schule – Ort der Ressourcenstärkung	49
6.1 Zum Einfluss von Schule und Lehrkräften auf die kindliche Entwicklung	50
6.2 Schule als soziale Ressource – Unterstützungsmöglichkeiten und Präventionsmaßnahmen für Kinder psychisch erkrankter Eltern.....	51
6.2.1 Mental Health Literacy – Kompetenzerweiterung von Lehrkräften im Umgang mit psychischen Erkrankungen und Kindern psychisch erkrankter Eltern	54
6.2.2 Beziehungsgestaltung - Lehrkräfte als Vertrauenspersonen und BeraterInnen	55
6.2.3 Förderung der Resilienz und kindzentrierter Schutzfaktoren	60
6.2.4 Kindgerechte Psychoedukation gestalten	62
6.3 Kooperation und Elternarbeit mit psychisch erkrankten Eltern	65
6.4 Netzwerkgestaltung – Kooperation und Unterstützung innerhalb und außerhalb des Schulkontextes	68
6.5 Weitere Konsequenzen auf institutioneller und gesellschaftlicher Ebene.....	70

<i>7. Fazit</i>	72
<i>Literatur</i>	75
<i>Abbildungsverzeichnis</i>	80
<i>Anhang</i>	81
<i>Eigenständigkeitserklärung</i>	96

1. Einleitung

In Deutschland wachsen schätzungsweise drei Millionen Kinder mit einem Elternteil¹ auf, das an einer psychischen Störung erkrankt ist (vgl. Matthejat/ Lisofsky 2014, S. 75). In der Forschung besteht Einigkeit darüber, dass sich eine psychische elterliche Erkrankung ungünstig auf die kindliche Entwicklung auswirken kann und mit ihr ein erhöhtes Risiko für die Entstehung von psychischen Auffälligkeiten und Störungen einhergeht (vgl. Matthejat/ Lisofsky 2014, S. 76; Lenz/ Wiegand-Grefe 2017, S. 1; Jungbauer 2016, S. 225). Auch wenn die Thematik insbesondere in den letzten zwei Jahrzehnten in den Blick der Forschung gerückt ist, können Kinder psychisch erkrankter Eltern² immer noch als eine weitgehend unbeachtete Risikogruppe bezeichnet werden (vgl. Brockmann/ Lenz 2016, S. 9).

Mittlerweile bestehen zahlreiche Initiativen und Netzwerke für Kinder psychisch erkrankter Eltern, im Kontext von Schule erfährt die Thematik jedoch bislang kaum Beachtung (vgl. Brockmann 2014, S. 2). Von den drei Millionen betreffenden Kindern sind schätzungsweise zwei Millionen Kinder schulpflichtig (vgl. Brockmann/ Lenz 2014, S. 9) und auch die Bedeutsamkeit von Schule als zentrale Sozialisationsinstanz, Lern- und Lebensraum und Indikator sozialer Teilhabe, weist auf die notwendige Dringlichkeit hin, dem Thema Kinder psychisch erkrankter Eltern im Kontext Schule eine größere Bedeutung in Forschung und pädagogischer Praxis zukommen zu lassen. Es stellt sich damit unweigerlich die Frage, inwiefern die elterliche psychische Erkrankung Einfluss auf den schulischen Alltag und die schulische Leistungsfähigkeit betreffender Kinder nimmt und welche Rolle Schule und Lehrkräfte im Umgang mit SchülerInnen³ psychisch erkrankter Eltern spielen können.

Um diese Frage zu konkretisieren, soll es Ziel dieser Arbeit sein, herauszuarbeiten, inwiefern die Institution Schule Kinder psychisch erkrankten Eltern unterstützen kann und Ressourcen gestärkt werden können. Die zentrale Fragestellung für diese Arbeit lautet demnach: Welche Handlungsperspektiven haben Schule und Lehrkräfte, um Kinder psychisch erkrankter Eltern in ihrer Entwicklung zu stärken und ein wertvoller Ort der Ressourcenstärkung darzustellen?

Um sich der Beantwortung dieser Fragestellung anzunähern, werden in Kapitel zwei und drei theoretische Grundlagen für eine intensive Auseinandersetzung geschaffen und das

¹ Im weiteren Verlauf wird die Bezeichnung Kinder psychisch erkrankter Eltern verwendet, um den Lesefluss nicht zu unterbinden. Darunter sollen Familien mit einem oder zwei psychisch erkrankten Elternteilen verstanden werden.

² In der gegenwärtigen Literatur wird häufig der Begriff Kinder psychisch kranker Eltern verwendet. Für diese Arbeit wurde sich dafür entschieden, die Ausdrucksweise Kinder *psychisch erkrankter Eltern* zu verwenden, mit der Intention, darauf aufmerksam zu machen, dass eine psychische Erkrankung kein Persönlichkeitsmerkmal oder Merkmal des Individuums darstellt, sondern ein Umstand, der der betroffenen Person widerfahren ist. Die Formulierung *psychisch erkrankte Eltern* soll den Umstand der Erkrankung der Person in den Fokus stellen und auf Stigmatisierungs- und Zuschreibungsprozesse durch unsere Sprache aufmerksam zu machen. Hierbei wird das Merkmal psychisch krank als salientes Persönlichkeitsmerkmal reduktionistisch verwendet und häufig mit negativen Attributen verknüpft (vgl. Byland Rosero 2017, S. 38).

³ In dieser Arbeit soll auf eine gendergerechte Sprache geachtet werden. Aus diesem wird ein Binnen-I genutzt, um das generische Maskulinum und Femininum gleichermaßen einzubinden. Mit dieser Formulierung sollen jedoch auch Personengruppen, die sich keinem der beiden Geschlechter zugehörig fühlen, eingeschlossen werden.

Forschungsfeld Kinder psychisch erkrankter Eltern betrachtet. Mit Blick auf den Status quo der Forschung, sollen umfassend Risiko- und Belastungsfaktoren von Kindern psychisch erkrankter Eltern herausgearbeitet werden, um ein Verständnis dafür zu entwickeln, inwiefern sich die elterliche psychische Erkrankung auf die Lebenswelt und damit auch die Entwicklung von Kindern auswirken kann und den Schullalltag sowie die schulische Leistungsfähigkeit beeinflussen.

Es entwickeln längst nicht alle Kinder psychisch erkrankter Eltern psychische Auffälligkeiten, psychische oder Entwicklungsstörungen. Daher soll in Kapitel fünf mit Blick auf die Resilienzforschung und das Schutzfaktorenkonzept herausgestellt werden, welche Faktoren eine positive Entwicklung und psychische Gesundheit von Kindern psychisch erkrankter Eltern begünstigen und Risikofaktoren abmildern. Dieses Kapitel stellt eine Grundlage dar, um im darauffolgenden sechsten Kapitel herauszuarbeiten, welche Handlungsmöglichkeiten Schule und Lehrkräfte im Umgang mit Kindern psychisch erkrankten Eltern und ihren Familien besitzen und wie sie diese in der (sonder-) pädagogischen Praxis gezielt unterstützen können. Die Arbeitsergebnisse sollen abschließend in einem Fazit zusammengefasst und reflektiert werden.

2. Kinder psychisch kranker Eltern – Forschungsgrundlage und Relevanz

In diesem Kapitel erfolgt eine Einführung in die Thematik Kinder psychisch erkrankter Eltern, wobei der aktuelle Forschungsstand umschrieben wird. Darauf folgt eine Skizzierung der häufigsten psychischen Störungsbilder, um vorbereitend ein Verständnis für den tiefgreifenden Einfluss der elterlichen psychischen Erkrankung auf die kindliche Entwicklung und Belastungen psychisch erkrankter Kinder zu entwickeln.

2.1 Aktuelle Forschungslage: psychische Erkrankung und Elternschaft

Das Aufwachsen von Kindern mit psychisch erkrankten Eltern stellt einen Risikofaktor für die kindliche Entwicklung dar, da diese Kinder häufig mit einer Vielzahl an psychosozialen Belastungsfaktoren aufwachsen und ihr Risiko selbst an einer psychischen Störung zu erkranken um ein Vielfaches erhöht ist (vgl. Mattejat et al. 2012, S. 13). Dies konnte vor allem in Forschungen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. Loch 2014, S. 24) sowie zahlreichen Zwillings-, Adoptions- und anderen Familienstudien belegt werden (vgl. Mattejat 2008, S. 413).

Gleichzeitig war diese kindliche Risikogruppe in der Wissenschaft lange ein weitestgehend unbeachtetes Problemfeld (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 9). Mattejat et al. (2012) begründen dieses unter anderem mit der Frage nach der Zuständigkeit für diese Kinder. Loch (2014) betitelt dies als „Schnittstellenproblematik“ (Loch 2014, S. 19). Versorgungssysteme, wie Kinder- Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe kümmern sich um erkrankte Eltern und bereits auffällige Kinder und Jugendliche. Eine zielgerichtete

Präventionsarbeit für Kinder, die langfristigen und kumulativen Belastungen ausgesetzt sind und von Entwicklungsstörungen und psychischen Auffälligkeiten bedroht sind, ist jedoch nicht präsent genug (vgl. Mattejat et al. 2012, S. 13). Aufgrund des erhöhten Risikos und gleichzeitiger „Nichtbeachtung im Gesundheitssystem, solange sie nicht durch eigene Symptome auffällig werden“ (Loch 2014, S. 24), werden Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Literatur als „Hochrisiko-Gruppe“ bezeichnet (vgl. Mattejat et al. 2011, S. 13, zitiert nach Loch 2014, S. 24). Die wissenschaftliche Auseinandersetzung und Forschung mit der Thematik hat sich erfreulicherweise in den letzten Jahren verstärkt und sowohl die Anzahl an wissenschaftlichen Studien als auch die Anzahl an Praxisprojekten hat stark zugenommen (vgl. Mattejat et al. 2012, S. 13; Loch 2014, S. 19). Psychische Störungen gehören in unserer Gesellschaft mittlerweile zu den häufigsten Erkrankungen insgesamt (vgl. Mattejat/Lisofky, 2014, 69; Mattejat et al., 2012, 16; Lenz/Wiegand-Grefe, 2017, 3). Jedes Jahr sind in Deutschland rund 27,8 Prozent der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen, was rund 17,8 Millionen Menschen entspricht (vgl. DGPPN, 2018, online). Psychische Erkrankungen werden mittlerweile als Volkskrankheiten betitelt und sind mit einer gesellschaftlich hohen Krankheitslast verbunden (vgl. Jacobi et al. 2014, 77). Sie nehmen innerhalb der Gesellschaft allerdings einen anderen Stellenwert ein.

„Psychische Erkrankungen sind tabuisierte Erkrankungen.“ (Wagenblaus/ Schone 2001, S. 587, zitiert nach Brockmann/ Lenz 2016, S. 31)

Sie sind genauso ernst zu nehmen, wie physische Erkrankungen, werden aber auch heute noch, trotz zunehmendem Bewusstsein (vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 182), begleitet von Stigmatisierung, Diskriminierung und Tabuisierung. Die Folgen von Stigmatisierung und Tabuisierung sind: eine Unwissenheit der Gesellschaft gegenüber psychischen Erkrankungen (vgl. Mattejat/ Lisofsky 2014, S. 72), Stereotypisierungen, eine ablehnende Haltung und das Weitertragen von Vorurteilen (vgl. Möller/ Leimkühler 2004, S. 37). Psychisch Erkrankte gelten vorbehaltlich als unberechenbar, gefährlich oder für ihre Erkrankung selbst verantwortlich und die Bevölkerung begegnet ihnen mit einer eher ablehnenden Haltung oder Distanz (vgl. ebd.). Für die psychisch Erkrankten selbst besteht damit das Risiko, dass sie ihre Erkrankung aus Scham und Angst vor diskriminierenden oder ablehnenden Reaktionen verleugnen oder professionelle Hilfe verweigern (vgl. Mattejat/ Lisofsky 2014, S. 72). Psychisch erkrankte Personen werden jedoch im Durchschnitt genauso häufig Eltern, wie psychisch gesunde Menschen (vgl. Mattejat/ Lisofsky 2014, S. 74).

Der Blick auf die hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen innerhalb der Bevölkerung und die Einschätzung, dass psychisch erkrankte Erwachsene durchschnittlich genauso viele Kinder bekommen, bedeutet folglich, dass ein nicht unerheblicher Teil von Kindern in

Deutschland mit mindestens einem Elternteil aufwachsen, das eine psychische Erkrankung hat (vgl. Mattejat/ Lisofsky 2014, S. 75).

Allerdings besteht auch allgemeiner Konsens darüber, dass konkrete Zahlen zu Kindern psychisch erkrankter Eltern schwer zu ermitteln sind (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 18; Mattejat/Lisofsky 2014, S. 75; Brockmann/Lenz 2016, S. 9). Dies liegt vor allem an fehlenden Studien, die genau erfassen, wie viele Kinder betroffen sind (vgl. Brockmann/Lenz 2016, 16), aber auch an der Dunkelziffer⁴ von psychisch Erkrankten, da aus vielfältigen Gründen längst nicht alle psychisch erkrankten Personen psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe suchen (vgl. DGPPN 2018, 13, online). Bei der Schätzung von Kindern, die mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil aufwachsen, wird auf die Elternschaftsrate von PatientInnen zurückgegriffen:

„Wenn wir [...] für unsere Abschätzung konservativ annehmen, dass im Verlauf eines Jahres 15% (halbierter Prozentsatz) der Bevölkerung unter einer psychischen Störung leiden, können wir hochrechnen, dass in der Bundesrepublik Deutschland etwa drei Millionen Kinder im Verlauf eines Jahres einen Elternteil mit einer psychischen Störung erleben“ (Mattejat/Lisofsky 2014, S. 75).

Dimova und Petris (2019) gehen ebenfalls von einer Schätzung zwischen 3 und 3,8 Millionen Kinder aus (vgl. Dimova/Petris 2019, S. 28), weitere Studien, die die Elternschaftsrate hinzuziehen, kommen zu der Einschätzung, dass circa 250.000 Kinder innerhalb eines Jahres in Deutschland bei einem Elternteil leben, das aufgrund seiner psychischen Erkrankung eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nimmt (vgl. Mattejat/Lisofsky 2014, S. 75). 175.000 Kinder erleben die Behandlung eines Elternteils stationär in einer psychiatrischen Einrichtung (vgl. ebd.)

Bei den Schätzungen zur Anzahl an psychisch erkrankten Eltern, kann zwischen den verschiedenen Störungsbildern und den Geschlechtern differenziert werden (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 19). Die Elternschaftsrate ist bei Menschen mit einer affektiven Störung mit circa 70 Prozent am höchsten (vgl. ebd.). Für Suchterkrankungen wird eine Elternschaftsrate von 55 Prozent angegeben, bei an Schizophrenie erkrankten Personen beträgt diese circa 47 Prozent. Rund 44 Prozent der Personen mit Persönlichkeitsstörungen oder neurotischen Störungen werden Eltern (vgl. ebd.). Bezüglich der Geschlechter lässt sich allgemein feststellen, dass bei allen psychischen Erkrankungen, ausgenommen den Suchterkrankungen, häufiger die Mütter von einer psychischen Erkrankung betroffen sind (vgl. ebd.). In Zahlen ausgedrückt: bei affektiven Störungen sind rund 42 Prozent der Mütter und

⁴ Die Tabuisierung der eigenen Erkrankung oder auch eine Verharmlosung der Symptome seitens der ÄrztInnen und die allgemeine Unterversorgung und mangelnde Inanspruchnahme insbesondere im ambulanten therapeutischen Bereich (vgl. DGPPN, 2018, online), lässt vermuten, dass mehr Kinder von mindestens einem Elternteil versorgt werden, das behandlungsbedürftige Symptome einer psychischen Erkrankung hat.

28 Prozent der Väter betroffen, bei der Erkrankung Schizophrenie rund 32 Prozent der Mütter und 15 Prozent der Väter und bei Persönlichkeitsstörungen und neurotischen Störungen 33 Prozent der Mütter und 11 Prozent der Väter. Von einer Suchterkrankung sind 31 Prozent der Väter und 24 Prozent der Mütter betroffen (vgl. ebd.).

Der Umstand allein mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufzuwachsen, bedeutet jedoch nicht, dass alle Kinder psychisch erkrankter Eltern selbst behandlungsbedürftig sind (vgl. Petris/Dimova 2019, S. 28). Kinder, auf die dies zutrifft, werden jedoch als „behandlungsbedürftige Hochrisikogruppe“ bezeichnet (vgl. Petris/ Dimova 2019, S. 18). In diese Gruppe fallen circa drei bis fünf Prozent aller Kinder mit psychisch erkrankten Eltern (vgl. ebd.). Statistisch betrachtet, soll nach Petris und Dimova (2019) in jeder Schulklasse oder Kita-Gruppe mindestens ein Kind mit psychisch erkrankten Eltern sitzen, das als behandlungsbedürftig betrachtet werden kann.

2.2 Übersicht über die häufigsten psychischen Krankheitsbilder und ihre Prävalenz

Eine psychische Störung wird nach der ICD-10⁵ als ein „klinisch erkennbarer Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten, die immer auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen- oder sozialen Ebene mit Belastung und Beeinträchtigung von Funktionen verbunden sind“ (Hautzinger/Thies 2009, S. 13) betrachtet. Bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen kann von einer multifaktoriellen Ursache gesprochen werden, ausgegangen von einer genetischen Vulnerabilität, über biologische Faktoren, wie gestörte biochemische Prozesse im Gehirn, begünstigen psychosoziale Stressoren und belastende Ereignisse das Entstehen psychischer Erkrankungen (vgl. Hautzinger/ Thies 2009, S. 54; Köhler 2017, S. 21). Zu den häufigsten Störungsbildern in Deutschland zählen Angststörungen (Prävalenz 15,4 Prozent), affektive Störungen (Prävalenz 9,8 Prozent) und Substanzstörungen (Prävalenz 5,7 Prozent) (vgl. Statista, 2021, online). Schizophrenie als psychische Erkrankung hat eine Prävalenz von ein bis zwei Prozent, soll an dieser Stelle allerdings auch skizziert werden, da in Studien im Kontext psychisch erkrankter Eltern auch häufig schizophrene Eltern eingeschlossen werden und ein erhöhtes Vererbungsrisiko bei der Diagnose Schizophrenie an Kinder vielfach belegt werden konnte (vgl. Köhler 2017, S. 95). Da das Risiko für Kinder psychisch erkrankte Eltern selbst psychische Auffälligkeiten und Störungen zu entwickeln, unter anderem auch von der Diagnose ihrer Eltern abhängig ist, sollen die häufigsten Störungsbilder im Folgenden in Kürze⁶ beschrieben werden.

⁵ Die ICD-10 ist ein internationales Klassifikationssystem für Erkrankungen der World Health Organisation (WHO). Ein weiteres gängiges, im amerikanischen Raum bevorzugtes Klassifikationssystem ist das DSM-5 (vgl. Köhler 2017, S. 17).

⁶ Es ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ein umfassenderes Bild über psychische Erkrankungen zu liefern. Dies liegt auch daran, dass psychische Erkrankungen im Allgemeinen sehr vielfältig in ihren Ausprägungen und Symptomen sind.

Affektive Störungen (unipolare Depression und bipolare Störung)

Affektive Störungen sind durch Veränderungen der Stimmung gekennzeichnet, im Falle einer Depression durch eine besonders gedrückte Stimmung, bei einer Manie durch eine auffällige und unangemessene gehobene Stimmung (vgl. Köhler 2017, S. 120). Die bekannteste und weltweit häufigste affektive Störung ist die unipolare Depression (vgl. Hautzinger/Thies 2009, S. 63). Ihre Lebenszeitprävalenz liegt bei rund 16 Prozent. Frauen erkranken im Vergleich zu Männern zwei bis dreimal so häufig (vgl. ebd., S. 65). Die ICD-10 teilt eine Depression in leichte (F32.0), mittelgradige (F32.1) und schwere (F32.2/ F32.3) Episoden ein (vgl. ICD-10 Code 2021, online). Neben den drei Hauptsymptomen, einer niedergeschlagenen Stimmung, Antriebslosigkeit oder dem Verlust von Freude und Interessen, ist eine Depression weiterhin gekennzeichnet durch Symptome, die im Zusammenhang mit Stimmungs- oder Aktivitätswechsel stehen (vgl. ebd.), beispielsweise Selbstwertverlust und unbegründete Selbstvorwürfe, Konzentrationsstörungen, psychomotorische Unruhe oder Apathie, Schlafstörungen oder wiederholte Suizidgedanken (vgl. ICD-10 Code 2021, online). Bei einer leichten unipolaren Depression treten mindestens zwei der Kernsymptome und ein bis vier der weiteren Symptome auf, bei einer mittelgradigen unipolaren Depression zwei Kernsymptome und bis zu sechs weiteren Symptomen und bei einer schweren Depression alle Kernsymptome und alle weiteren Symptome (vgl. Hautzinger/Thies, 2009, 65). Die Lebenszeitprävalenz für eine unipolare Depression liegt bei etwa drei bis vier Prozent, bei depressiven Symptomen wird sie mit 15 bis 25 Prozent deutlich höher angegeben (vgl. Köhler 2017, S. 133). Tritt eine Depression mehr als einmal auf, wird sie als rezidivierende Depression bezeichnet (vgl. ICD-10 Code 2021, online).

Bei einer bipolaren Depression treten depressive Phasen abwechselnd mit manischen Phasen auf, in denen die erkrankte Person manische Symptome, wie ungewöhnlich gereizte Stimmung, Steigerung der Aktivität oder motorische Unruhe, erhöhte Gesprächigkeit, Gedankenrasen oder Verlust von sozialen Hemmungen und unangemessenes soziales Verhalten zeigt (vgl. ebd.). Auch ein vermindertes Schlafbedürfnis, eine Überhöhung der Selbsteinschätzung, leichtsinniges Verhalten, Ablenkbarkeit oder Wahrnehmungsstörungen sind Symptome einer Manie (vgl. Hautzinger/ Thies 2009, S. 64). Eine bipolare Depression äußert sich unterschiedlich, abhängig davon, wie ausgeprägt depressive oder manische Symptome sind. Die Lebenszeitprävalenz für eine bipolare Störung liegt weltweit bei circa ein Prozent, Frauen und Männer erkranken gleichermaßen (vgl. Köhler 2017, S. 133)

Angst- und Zwangsstörungen

Angststörungen machen mit 15,4 Prozent den Großteil psychisch erkrankter Erwachsenen aus (vgl. DGPPN 2021, online). Unter dem allgemeinen Begriff der Angststörung, werden Phobische Störungen, Panikstörungen, Zwangsstörungen, Belastungsstörungen oder

dissoziative Störungen gefasst. Panik- oder Angstattacken werden als Episoden intensiver Angst beschrieben, die sehr plötzlich beginnen. Sie sind nicht zwingend an eine auslösende Situation gekoppelt (vgl. Hautzinger/Thies 2009, S. 81). Bei der sozialen Phobie steht die Angst im Zusammenhang mit der Anwesenheit anderer. Betroffene haben beispielsweise Angst zu erröten, im Mittelpunkt zu stehen oder sich peinlich zu verhalten. Im Vergleich zu den phobischen Störungen lassen sich die Ängste bei einer generalisierten Angststörung nicht auf eine bestimmte Situation oder Gegenstände zurückführen (vgl. ebd., 87). Erkrankte sind mit vielen unspezifischen Sorgen und Ängsten konfrontiert, die als unkontrollierbar erlebt werden (vgl. ebd.). Die generalisierte Angststörung hat eine Lebenszeitprävalenz von circa 15 Prozent bei Männern, bei Frauen 26 Prozent. Auch ist die Komorbiditätsrate bei Angststörungen hoch, viele erkranken zusätzlich an Depressionen, Alkoholismus oder Persönlichkeitsstörungen (vgl. ebd.).

Personen, die an einer Zwangsstörung erkranken, leiden unter wiederkehrenden Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, die durch Zwangsrituale oder stereotype Handlungen charakterisiert werden (vgl. ICD-10 Code 2021, online). Diese werden als aufdringliche Impulse wahrgenommen, die nicht unterdrückt werden können. Sie werden als Vorbeugung für unwahrscheinliche Ereignisse betrachtet und daher grundsätzlich weder als nützlich noch als effektiv erlebt (vgl. ebd.), aus Angst vor diesen Ereignissen jedoch ständig wiederholt. Die Lebenszeitprävalenz an einer Zwangsstörung zu erkranken beträgt schätzungsweise zwei bis drei Prozent (vgl. Köhler 2017, S. 173).

Schizophrenie

Schizophrenie ist eine der schwerwiegenden psychischen Erkrankungen, die dazu von enormen gesellschaftlichen Vorurteilen geprägt ist (vgl. Hautzinger/ Thies 2009, S. 51). Die Lebenszeitprävalenz an Schizophrenie zu erkranken, liegt weltweit bei ein bis zwei Prozent (vgl. Hautzinger/ Thies 2009, S. 53), Männer und Frauen sind gleichermaßen von der Erkrankung betroffen, Frauen zeigen allgemein etwas mildere Verläufe (vgl. ebd.) Nach der ICD-10 sind schizophrene Störungen durch „grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet“ (ICD-10 Code 2021, online). Das Bild der Schizophrenie ist sehr heterogen, es besteht kein zentrales Symptom, das für eine Diagnose vorhanden sein muss. Vielmehr stehen bei verschiedenen Subtypen der Erkrankung verschiedene Symptome im Zentrum, in der ICD-10 werden insgesamt acht Symptomgruppen aufgeführt. Bei vier Symptomen, reicht für eine Diagnose bereits ein einziges davon aus: Wahnvorstellungen und Wahnwahrnehmungen, das Gefühl in den eigenen Gedanken beeinflusst zu werden, das Hören von Stimmen oder wahnhafter Glaube an übermenschlichen eigenen Fähigkeiten (vgl. Köhler 2017, S. 91). Häufig erleben an Schizophrenie Erkrankte die Störung in Krankheitsschüben (vgl. ICD-10 Code 2021,

online). Dazwischen bestehen Symptome und Verhaltensdefizite, die sie in ihrem Alltag und Lebensgestaltung beeinträchtigen können. Eine Schwierigkeit stellt die hohe Komorbidität mit Substanzstörungen dar, rund die Hälfte aller an Schizophrenie Erkrankten leiden auch an Substanzmissbrauch (vgl. Hautzinger/ Thies 2009, S. 53).

Substanzstörungen

In der ICD-10 sind unter der Kennung F19 eine Vielzahl an Störungsbildern gelistet, die durch einen Konsum von Substanzen entstehen (vgl. ICD-10 Code 2021, online). Zwei wichtige Erscheinungsformen substanzinduzierter Störungen stellen der *schädliche Gebrauch* und das *Abhängigkeitssyndrom* dar (vgl. Hautzinger/ Thies 2009, S. 49). Beim *schädlichen Gebrauch* führt ein Konsum von Substanzen zu einer Gesundheitsschädigung, das *Abhängigkeitssyndrom* bezieht sich auf ein Verlangen oder Zwang einzelne Substanzen zu gebrauchen, das mit einem körperlichen Entzugssyndrom bei Reduktion oder Absetzen einhergeht und sich durch eine verringerte Kontrolle über Menge des Konsums auszeichnet (vgl. Hautzinger/Thies 2009, S. 39).

Bei Frauen liegt die Lebenszeitprävalenz bei 15,3 Prozent, bei Männern mit 24,7 Prozent deutlich höher (vgl. Hautzinger/ Thies 2009, S. 40). Der Wunsch nach Konsum von schädlichen Substanzen liegt häufig in der Veränderung der Stimmung, viele Substanzen haben einen positiven Einfluss darauf und mildern negative Affekte, wie zum Beispiel Stress oder Ängste (vgl. Hautzinger/ Thies 2009, S. 46). So kann auch eine hohe Komorbiditätsrate erklärt werden. Hautzinger und Thies (2009) beschreiben aber auch, dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale zu verstärktem Substanzmissbrauch führen können.

3. Lebenswelten von Kindern psychisch kranker Eltern

Das folgende Kapitel kennzeichnet ein umfangreiches Kapitel, das sich mit den Lebenslagen von Kindern psychisch erkrankter Eltern auseinandersetzt und die Frage beantworten soll, inwiefern die elterliche psychische Erkrankung ein Risiko für die kindliche Entwicklung darstellt. Dafür werden auf Grundlage des Modells zur psychischen Gesundheit von Wiegand-Grefe et al. zentrale Aspekte benannt und in Beziehung gesetzt. Anknüpfend daran erfolgt eine detaillierte Betrachtung möglicher Belastungen, denen Kinder psychisch erkrankter Eltern ausgesetzt sein können.

3.1 Einfluss der elterlichen psychischen Erkrankung auf die Entwicklung und psychische Gesundheit von betroffenen Kindern – Darstellung des Modells der psychischen Gesundheit bei Kindern psychisch kranker Eltern

Heranwachsende sind im Laufe ihrer Entwicklung mit verschiedenen Entwicklungsaufgaben konfrontiert, die es zu bewältigen gilt (vgl. Kupferschmid/Koch 2014, S. 24). Im Sinne einer gesunden Entwicklung ist es von großer Bedeutung, dass die jeweiligen

Entwicklungsaufgaben bewältigt werden, andernfalls hat dies weitreichende Folgen für die weitere Entwicklung des Kindes (vgl. Kupferschmid/Koch 2014, S. 24). Bezugspersonen und Eltern des Kindes können in Bezug auf die Bewältigung dieser Aufgaben eine zentrale Rolle und Verantwortung zugeschrieben werden. Sie beeinflussen und unterstützen die Entwicklung ihres Kindes maßgeblich (vgl. ebd.). Aber auch das Kind selbst wird als aktiv handelnde Person in Auseinandersetzung mit seiner Umwelt beschrieben und hat Einfluss auf seine Entwicklung. Sind Eltern psychisch belastet oder an einer psychischen Störung erkrankt, können sie ihr Kind bei der Bewältigung seiner Entwicklungsaufgaben möglicherweise nicht mehr hinreichend unterstützen (vgl. Kupferschmid/Koch 2014, S. 156).

Jungbauer (2016) beschreibt Entwicklungsschwierigkeiten von Kindern psychisch erkrankter Eltern als „Passungsprobleme⁷“ zwischen den kindlichen Grundbedürfnissen und den vorliegenden Umweltbedingungen (vgl. Jungbauer 2016, S. 226). Er stellt die Hypothese auf, dass bei vielen Kindern psychisch erkrankter Eltern eine ungenügende Passung zwischen Entwicklungsbedürfnissen und -bedingungen entsteht, die langfristig das Risiko für Entwicklungsstörungen und das Entwickeln psychischer Auffälligkeiten und Störungen begünstigt (vgl. ebd.).

Es bestehen einige Modelle, die den Einfluss der elterlichen psychischen Erkrankung auf die kindliche Entwicklung unter Einbeziehung verschiedener Variablen zu erklären versuchen. Um den Einfluss der elterlichen psychischen Erkrankung auf die Kindesentwicklung zu beschreiben, wurde sich in dieser Arbeit für das *Modell für psychische Gesundheit bei Kindern psychisch kranker Eltern* nach Wiegand-Grefe et al. (2011) entschieden. Dieses Modell stellt aufbauend auf dem Rahmenmodell der psychosozialen Vermittlungsprozesse bei Kindern von psychisch erkrankten Eltern nach Matthejat et al. (2000), die Beziehungsqualität und Krankheitsbewältigung sowie Dynamik innerhalb der Familie mit psychisch erkrankten Eltern in den Fokus (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 79). Es stellt damit umfassend die Einflussfaktoren auf die gesunde Entwicklung von Kindern psychisch erkrankter Eltern dar (vgl. ebd.). Zu ihrem Modell schreiben die Autorinnen selbst:

„Das Modell der psychischen Gesundheit bei Kindern psychisch kranker Eltern stellt eine Integration und Verdichtung aller beschriebenen Einflussfaktoren (Risiko- und Resilienzfaktoren) auf die Entwicklung der Kinder in betroffenen Familien dar. Wichtige Einflussfaktoren für die Entwicklung und psychische Gesundheit der Kinder im Modell markieren gleichzeitig Ansatzpunkte für die präventive (...) Arbeit mit den betroffenen Familien.“ (Plass/Wiegand Grefe 2012, S. 85).

⁷ Die Grundlage für seine Ausführungen stellt das entwicklungspsychologische „fit-misfit Modell“ nach Remo Largo (2000) dar (vgl. Jungbauer 2016, S. 226).

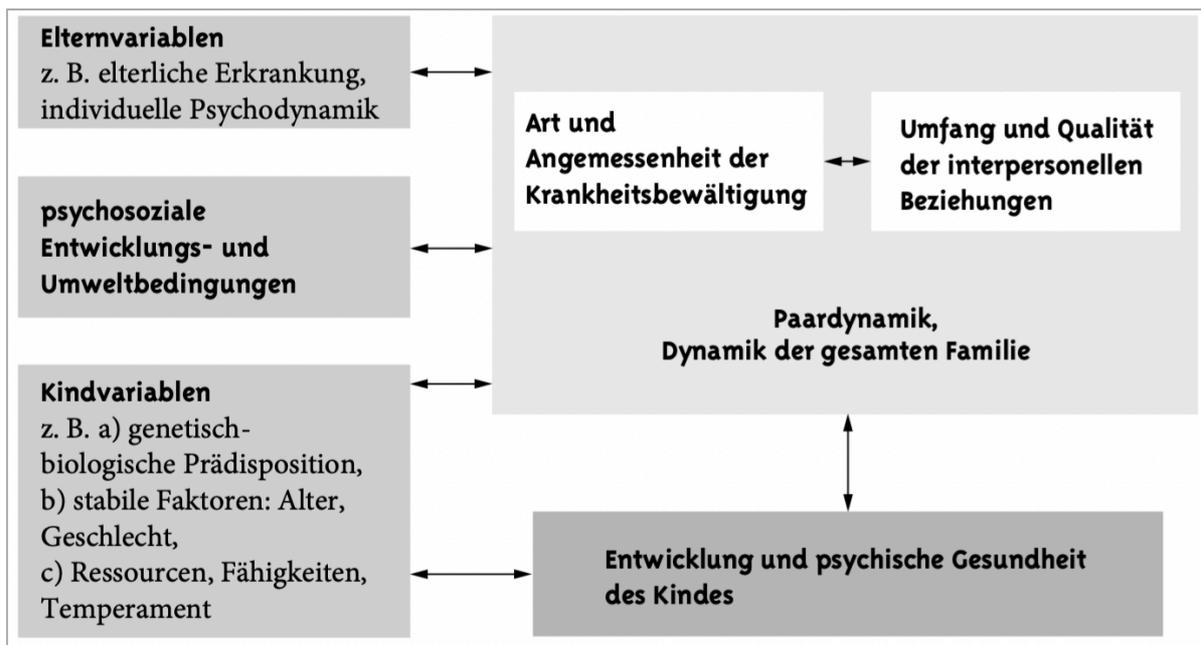


Abbildung 1: Wiegand-Grefe et al. (2011): Modell der psychischen Gesundheit bei Kindern psychisch kranker Eltern

Aufgrund seiner umfassenden Einbeziehung unterschiedlicher psychosozialer Entwicklungs- und Umweltbedingungen, eignet sich das Modell von Wiegand-Grefe et al. (2011) deshalb insbesondere auch für die Betrachtung von möglichen Fördermöglichkeiten und präventiver Arbeit in Bezug auf die Stärkung sozialer Ressourcen. Schone und Wagenblass (2002) betonen, dass bei der Einschätzung der individuellen Lebenssituation Kinder psychisch erkrankter Eltern nicht nur die psychische Erkrankung selbst und ihre unmittelbaren Folgen für die Kinder in den Blick genommen werden sollten. Es bedarf vielmehr einer umfassenden Perspektive, die den gesamten familiären Kontext und andere Einflüsse berücksichtigt (vgl. Schone/Wagenblass 2002, S. 196). Für eine gesunde psychische Entwicklung von Kindern psychisch erkrankter Eltern stellen Wiegand-Grefe et al. neben den Kindvariablen, Elternvariablen und psychosozialen Entwicklungs- und Umweltbedingungen, drei zentrale Faktoren für die kindliche psychische Gesundheit in das Zentrum ihres Modells. Zum einen die hinreichende, adäquate und individuelle familiäre Krankheitsbewältigung, die Qualität der innerfamiliären und außerfamiliären Beziehungen sowie tragfähige soziale Unterstützungssysteme als auch die elterliche Paar- und generelle Familiendynamik (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 80). Im Rahmen dieser Arbeit soll auf die Qualität der innerfamiliären und außerfamiliären Beziehungen und die Krankheitsverarbeitung verstärkt Bezug genommen werden.

Qualität der innerfamiliären und außerfamiliären Beziehungen

Die Bindungsmuster der Eltern, das elterliche Erziehungsverhalten und die Eltern-Kind-Interaktion, nehmen allesamt Einfluss auf die Qualität von Beziehungen innerhalb der Familie. Dies gilt insbesondere für die Eltern – Kind – Beziehung. Alle drei Aspekte beeinflussen die

Entwicklung emotionaler und sozialer Kompetenzen von Kindern in hohem Maße. Nach der Bindungstheorie von Bowlby (1958), prägt der eigene Bindungsstil⁸ und die damit verbundenen inneren Arbeitsmodelle das Individuum sein ganzes Leben lang. Auf Grundlage dieser Erfahrungen führen Menschen soziale Interaktion und enge Beziehungen (vgl. Wiegand-Grefe et al. 2016, S. 266). Dabei kann das feinfühliges Elternverhalten als Voraussetzung für eine positive Bindungsqualität zum Kind und zentrale Voraussetzung für die Entwicklung einer positiven Eltern-Kind-Interaktion angesehen werden (vgl. Petersen/Petermann 2017, S. 148). Es ist ein Prädiktor für eine positive emotionale und soziale Entwicklung von Kindern (vgl. ebd.). Ausgeprägte emotionale und soziale Kompetenzen wiederum, schützen Kinder vor Entwicklungsstörungen oder dem Ausbilden psychischer Auffälligkeiten und Störungen (vgl. ebd.). Feinfühliges Elternverhalten äußert sich in der Perspektivübernahme, Aufmerksamkeit gegenüber den Bedürfnissen und den Signalen des Kindes, eine richtige Interpretation dieser und prompte, angemessene Reaktionen sowie eine emotionale Verfügbarkeit, Empathie und Zuverlässigkeit (vgl. ebd.). Weiterhin stellen Petersen und Petermann (2017) heraus, dass zahlreiche Studien einen Zusammenhang zwischen feinfühligem Elternverhalten und emotionalen und sozialen Kompetenzen herstellen. Kinder, deren Eltern feinfühlig agieren, verfügen über ausgeprägte emotionale und soziale Kompetenzen, während weniger feinfühliges Elternverhalten das Risiko für die Entwicklung von externalisierenden Störungen oder Depressionen bei Kindern erhöht (vgl. ebd., S. 153). Bei psychisch erkrankten Eltern konnten Jeske et al. (2011) in ihrer Studie über die Bindungssicherheit von Erwachsenen und der Lebensqualität ihrer Kinder, herausstellen, dass sie im Vergleich zur Referenzgruppe häufiger einen unsicheren-vermeidenden, unsicheren-ambivalenten oder desorganisierten Bindungsstil aufweisen (vgl. Wiegand-Grefe et al. 2016, S. 267). Daraus ergeben sich eine Vielzahl elterlichen Verhaltensweisen, die sich negativ auf die kindliche Entwicklung auswirken können. Eltern, die keinen sicheren Bindungsstil entwickeln konnten, zeigen allgemein weniger feinfühliges Verhalten im Umgang mit ihrem Kind und seinen Bedürfnissen oder ambivalentes oder inkonsequentes Verhalten (vgl. ebd., S. 269) und können nicht angemessen mit ihren Kindern interagieren. Auch Wiegand-Grefe et al. (2016) untersuchten in ihrer Studie die Bindungsstile von psychisch erkrankten Eltern im Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und konnten herausstellen, dass Eltern mit einer psychischen Erkrankung häufiger einen konflikthaften Bindungsstil und seltener einen sicheren Bindungsstil aufweisen (vgl. ebd., S. 267). Dies wirkt sich auf die gesunde Entwicklung ihrer Kinder auswirkt. Eine Bedingung für das seelische Wohlbefinden und die Gesundheit von Kindern, stellt nach Wiegand-Grefe et al. (2016) ein personenzentriertes elterliches Verhalten, Wertschätzung, Aufrichtigkeit und emotionale

⁸ Eine geeignete Darstellung der Bindungsstile im Zusammenhang mit dem Fürsorge- und Elternverhalten sowie der Familiendynamik ist dem Anhang zu entnehmen.

Verfügbarkeit dar (vgl. ebd., S. 270). Eltern mit einer psychischen Erkrankung erleben oftmals Veränderungen des affektiven Erlebens, der Persönlichkeit oder Handlungsmöglichkeiten. Damit kann die psychische Erkrankung die Erziehungskompetenz in hohem Maße negativ beeinflussen und zu Einschränkungen in der Beziehungsgestaltung zu ihren Kindern führen (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017, S. 12). So sind sie häufiger nicht dazu in der Lage, auf die Bedürfnisse der Kinder einzugehen, einen feinfühligem Umgang mit ihnen zu führen und lassen Bindungsbedürfnisse unerfüllt (vgl. Wiegand-Grefe et al. 2016, S. 269). Auch ein inkonsequenter Umgang, fehlende Grenzen und das Dominieren von elterlichen Bedürfnissen schaden der gesamten Beziehungsqualität und damit dem Kind und seiner Entwicklung. Die Voraussetzungen für eine positive Bindung zum Kind, feinfühliges Erziehungsverhalten und eine positive Eltern-Kind-Interaktion, erfüllen psychisch erkrankte Eltern in der Regel seltener als gesunde Eltern (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017, S. 12).

Die dargestellten Einschränkungen der Eltern im feinfühligem Elternverhalten und der Eltern-Kind-Interaktion, können das Entwickeln von Entwicklungsstörungen oder psychischen Störungen des Kindes in hohem Maße begünstigen. Damit ist die emotionale und soziale Entwicklung und die psychische Gesundheit von Kindern aufgrund der elterlichen psychischen Erkrankung bedroht.

Krankheitsbewältigung – Zum Umgang mit der elterlichen psychischen Erkrankung

Die Art der Gestaltung des Umgangs mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils in betroffenen Familien und ihre Bewältigung, stellt einen zentralen Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit von Kindern psychisch erkrankter Eltern dar (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 75; Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 79). Das Modell der psychischen Gesundheit bei Kindern psychisch kranker Eltern nach Wiegand-Grefe et al. (2011) stellt die familiäre Krankheitsbewältigung als einen der zentralen Bereiche für eine positive Bewältigung und gesunde psychische Entwicklung von betroffenen Kindern heraus (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 79). Neben den Einflussvariablen der Qualität der Familienbeziehungen und der Familiendynamik, ist die Krankheitsbewältigung ein zentraler Pfeiler des Modells und für die Bereiche der Prävention und Intervention gleichermaßen wichtig (vgl. ebd.), da auf die Krankheitsbewältigung auch außerhalb der Familie Einfluss genommen werden kann und durch die Aktivierung sozialer Ressourcen gefördert wird (vgl. Brockmann/ Lenz 2016, S. 76). Das Bewältigungsverhalten und die Bewältigungsstrategien können in emotionale, kognitive und handlungsorientierte Strategien unterschieden werden, die sich dann als effektiv erweisen, wenn mit ihr eine umgehende Veränderung des Belastungserlebens für die Betroffenen oder eine positive Regulation der Belastung einhergeht (vgl. Fortune et al., 2005, zitiert nach Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 81). Der Umgang mit der elterlichen Erkrankung innerhalb der Familie wird dann zum Risikofaktor für die kindliche Entwicklung, wenn eine

Einsicht in die psychische Erkrankung, ihre Akzeptanz und eine aktive Auseinandersetzung mit der Bewältigung fehlt (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S.12). Vor allem eine Tabuisierung oder Verleugnung der Erkrankung gegenüber dem Kind kann ein Risiko für eine gesunde Entwicklung und das emotionale Wohlbefinden darstellen (vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 82). Denn der Tabuisierung gegenüber, steht das Bedürfnis des Kindes nach Informationen darüber, warum das erkrankte Elternteil sich dementsprechend verhält. Eine geringe Informiertheit über die elterliche psychische Erkrankung verstärkt das Risiko, dass sich die elterliche Erkrankung auf die Gesundheit des Kindes auswirkt, ein großes Wissen über die Erkrankung hingegen, stärkt die Resilienz des Kindes (vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 82). Ein tabuisierter Umgang mit der Erkrankung kann außerdem verhindern, dass sich das betroffene Elternteil in psychologische oder psychiatrische Hände begibt und sich die Belastungen, die mit der Erkrankung einhergehen, verbessern können. Aber auch eine Überbewertung der psychischen Erkrankung und eine Fixierung darauf, kann sich negativ auswirken und kann für das betroffene Elternteil und die Familie zu einer unüberwindbaren Bedrohung und Belastung werden, zu enormer Überforderung führen und Betroffene sowie Angehörige in ihrem Selbstwirksamkeitserleben einschränken. Sowohl die Tabuisierung und Verleugnung als auch die Überbewertung der psychischen Erkrankung stellen einen inadäquaten Umgang mit der elterlichen psychischen Erkrankung und damit einen potenziellen Risikofaktor für die kindliche Entwicklung und (psychische) Gesundheit dar (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 75; Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 82).

3.2. Elterliche Erkrankung als Risikofaktor für die Entwicklung einer psychischen Störung des Kindes

„Kinder, die in Familien aufwachsen, in denen ein Elternteil psychisch krank ist, sind in vielfältiger Weise durch die elterliche Erkrankung betroffen und stehen unter einem erhöhten Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln“ (Lenz 2005, S. 13).

Das von Lenz beschriebene Risiko, das mit einer elterlichen psychischen Erkrankung einher geht, lässt sich differenzieren in ein allgemeines psychiatrisches Erkrankungsrisiko für Kinder und in ein diagnosespezifisches Risiko. Dass das Aufwachsen mit einer elterlichen psychischen Erkrankung ein allgemeines Risiko für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen darstellt, ist vielfach belegt und unumstritten (vgl. Mattejat/Lisofsky 2014, S. 76; Brockmann/Lenz 2016, S. 51). Bezüglich des allgemein psychiatrischen Risikos, kann bestätigt werden, dass bei Kindern psychisch erkrankter Eltern die Gefahr selbst eine psychische Störung zu entwickeln deutlich erhöht ist (vgl. Mattejat/ Lisofsky 2014, S. 78). Dies lässt sich auch unabhängig von der Diagnose der Eltern im Vergleich zum psychischen Erkrankungsrisiko für die Gesamtbevölkerung bestätigen. In diagnoseübergreifenden Studien konnte herausgestellt werden, dass das Risiko bei Kindern mit elterlicher psychischer

Erkrankung selbst zu erkranken gegenüber der Gesamtbevölkerung drei- bis siebenfach erhöht ist (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 20). Mattejat (2014) spricht bei Kindern psychisch erkrankter Eltern von einem allgemeinen Erkrankungsrisiko von bis zu 60 Prozent. Das heißt, dass etwa 60 Prozent der Kinder mit psychisch erkrankten Eltern im Verlauf ihrer Kindheit oder Jugend an einer psychischen Störung erkranken (vgl. Mattejat/Lisofsky 2014, S. 78). Bei Betrachtung der Häufigkeit einer psychischen Erkrankung von Eltern bei Kindern, die in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie stationär in Marburg behandelt wurden, wiesen circa die Hälfte der Eltern ebenso eine psychische Erkrankung auf (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 20). In zahlreichen diagnoseübergreifenden und diagnosespezifischen Studien konnte ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der psychischen Erkrankung und Störungen der kindlichen Entwicklung bestätigt werden (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 51). Unter einem spezifischen Erkrankungsrisiko für Kinder psychisch erkrankter Eltern, wird das Risiko gefasst, dass Kinder im Verlauf von derselben psychischen Erkrankung, wie ihre Eltern betroffen sind (vgl. Brockmann/Lenz, 2016, 51). Die Wahrscheinlichkeit ist bei Kindern psychisch erkrankter Eltern im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ebenfalls erhöht (vgl. Mattejat 2008, S. 79). Die Betonung liegt hierbei allerdings auf dem Vergleich zur Gesamtbevölkerung. Die tatsächliche Wahrscheinlichkeit für ein Kind dieselbe psychische Störung, wie die seiner Eltern zu entwickeln, liegt bei circa zehn Prozent und ist damit noch relativ gering (vgl. Mattejat/Lisofsky 2014, S. 79).

Für Kinder mit Eltern, die an einer schizophrenen Störung erkrankt sind, ist das Risiko selbst eine psychische Störung oder sogar eine schizophrene Störung zu entwickeln, am höchsten (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 51). Das allgemeine Risiko für die Gesamtbevölkerung an Schizophrenie zu erkranken, liegt bei circa 1 Prozent. Bei Kindern eines schizophrenen Elternteils, liegt die Wahrscheinlichkeit im Laufe ihres Lebens selbst daran zu erkranken, schon bei 13 Prozent, das Risiko ist also mehr als zehnfach erhöht. Noch gravierender wird es, wenn beide Elternteile von Schizophrenie betroffen sind, dann erhöht sich das diagnosespezifische Erkrankungsrisiko des Kindes auf 46 Prozent und das allgemein psychiatrische Erkrankungsrisiko auf 40 bis 60 Prozent (vgl. ebd.).

Bei affektiven Störungen, also unipolarer und bipolarer Depression, ist ebenfalls ein erhöhtes diagnosespezifisches Risiko festzustellen. Ist ein Elternteil depressiv, erhöht sich das Risiko für das Kind selbst an Depressionen zu erkranken um 15 bis 45 Prozent (vgl. ebd., S. 52). Plass und Wiegand-Grefe formulieren eine 24-prozentige Wahrscheinlichkeit (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 21). Sind beide Elternteile an Depressionen erkrankt, steigt die Wahrscheinlichkeit für das Entwickeln einer Depression beim Kind auf 80 Prozent. Es konnte bezüglich des allgemein psychiatrischen Erkrankungsrisikos bei Kindern depressiver Eltern ferner herausgestellt werden, dass ihr Risiko eine Angststörung oder Affektregulationsstörung zu entwickeln mit 60 Prozent ebenfalls deutlich erhöht ist (vgl. ebd., S. 52). Weitere

Störungsbilder von Kindern depressiver Eltern sind Störungen im Sozialverhalten, Phobien, Panikstörungen, Abhängigkeitserkrankungen sowie Einschränkungen in der Beziehungs- und Bindungsfähigkeit (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 52). Die Auswirkungen von elterlichen bipolaren Störungen, sind noch nicht so umfangreich erforscht, wie die von unipolaren Störungen. Grundsätzlich kann aber von einem allgemeinen psychiatrischen Erkrankungsrisiko für Kinder von 52 Prozent gesprochen werden (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 52). Ein spezifisches Risiko für diese Kinder eine eigene affektive Störung zu entwickeln, beträgt 26 Prozent und für eine eigene bipolare Störung circa 5 Prozent (vgl. Brockmann/ Lenz 2016, S. 52). Bei Angststörungen liegt das allgemein psychiatrische Erkrankungsrisiko für Kinder bei circa 41 Prozent, das Risiko selbst an einer Angststörung zu erkranken ist zwei bis siebenfach erhöht (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 53).

Ein generelles Risiko ist allerdings auch nicht zu pauschalisieren, denn für die Risikoerhöhung sind weitere Faktoren, wie die Dauer der elterlichen Erkrankung, der Schweregrad, rezidivierende Verlaufsformen oder das Erkrankungsalter von Bedeutung (vgl. Mattejat/Remschmidt 2008, S. 414).

Vererbung einer psychischen Erkrankung

Das erhöhte Entwicklungsrisiko für Kinder, die mit einer elterlichen psychischen Erkrankung aufwachsen, gibt Anlass zur Vermutung einer Vererbbarkeit oder die Wirkung von genetischen Einflüssen in Bezug auf psychische Erkrankungen (vgl. Lenz/Kuhn 2011, S. 269). Verschiedene Forschungsergebnisse weisen auf eine hohe Bedeutung der Heritabilität⁹ hin und bestätigen den genetischen Einfluss bei der Entwicklung von psychischen Erkrankungen (vgl. Mattejat/Lisofsky 2014, S. 80; Wiegand-Grefe/Lenz 2017, S. 10). Jedoch ist die Betrachtung der genetischen Veranlagung als alleiniger Auslöser für eine psychische Erkrankung unzureichend (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 58). Genetische Einflüsse müssen zwingend in ihrer Wechselwirkung mit Umwelteinflüssen betrachtet werden, (vgl. Wiegand-Grefe/Lenz 2017, S. 10). In Bezug auf die Entwicklung von psychischen Erkrankungen, kann demnach eine gewisse Vulnerabilität vererbt werden, die die Wahrscheinlichkeit für eine psychische Erkrankung unter erkrankungsförderlichen Umweltfaktoren begünstigt (vgl. ebd.). Diese Erkenntnis bringt zum Ausdruck, dass für Kinder mit psychisch erkrankten Eltern, die eine erhöhte Vulnerabilität aufweisen, Umweltfaktoren eine besonders einflussnehmende Rolle bei der Erklärung zur Entstehung von psychischen Auffälligkeiten und psychischen Erkrankungen spielen (vgl. Mattejat/ Lisofsky 2014, S. 83).

Insgesamt ist festzustellen, dass die elterliche psychische Erkrankung für Kinder aus verschiedenen Gründen ein Risiko bedeutet. Zum einen vererben Eltern eine Veranlagung zur Entstehung von psychischen Störungen, die mit der Vulnerabilität bezeichnet werden kann.

⁹ Die Heritabilität gibt an, zu wie viel Prozent eine psychische Erkrankung genetisch verursacht ist. Sie liegt bei den meisten psychischen Erkrankungen bei über 50 Prozent (vgl. Mattejat/ Lisofsky 2014, 80).

Zum anderen stellt die elterliche psychische Erkrankung und ihre psychosozialen Folgen ein Risiko für eine positive Entwicklung dar (vgl. Mattejat/Lisofsky 2014, 86).

3.3 Belastungen Kinder psychisch kranker Eltern - Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf den kindlichen und familiären Alltag

„Der Hauptrisikofaktor für die Kinder liegt nicht in der psychischen Erkrankung des Elternteils an sich, sondern vielmehr in damit assoziierten psychosozialen Belastungen der Familie (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 20)“

Die elterliche psychische Erkrankung stellt nicht per se ein Risiko für die Entwicklung von Kindern dar, es sind, wie Plass und Wiegand-Grefe (2012) verdeutlichen, vielmehr die psychosozialen Belastungen, die in Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen deutlich erhöht sind (vgl. Mattejat/Remschmidt 2008, S. 413). Grundsätzlich lassen sich eine Reihe von Belastungsfaktoren benennen, denen auch Kinder psychisch gesunder Eltern in ihrer Entwicklung ausgesetzt sind (vgl. Mattejat/Remschmidt 2000, S. 165). Unabhängig einer elterlichen psychischen Erkrankung, werden beispielsweise belastende Lebensereignisse, prekäre Lebensbedingungen, eheliche Konflikte oder Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Beziehung, aber auch inadäquate soziale Unterstützung und soziale Isolation als psychosoziale Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung bezeichnet (vgl. ebd.). Schwierig wird es, wenn Kinder in Familien aufwachsen, in denen sich diese Risikofaktoren häufen. Denn die Belastungen, denen Kinder dann ausgesetzt sind, stehen in Wechselwirkung zueinander (vgl. ebd.) und verstärken sich gleichsam multiplikativ (vgl. Mattejat/Lisofsky 2014, S. 86). Zudem erhöht das Vorkommen eines psychosozialen Belastungsfaktors die Wahrscheinlichkeit, dass weitere Belastungsfaktoren auftreten (vgl. ebd.). So geht eine psychische Erkrankung beispielsweise oft mit einem geringeren sozioökonomischen Status, erhöhter Arbeitslosigkeit oder problematischen Wohnverhältnissen einher (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 27). Die psychosozialen Belastungsfaktoren, beschreiben Brockmann und Lenz (2016) als objektive Belastungsfaktoren von Kindern psychisch erkrankter Eltern. Wichtig in Bezug darauf ist, dass die objektiven Belastungen sich zwar negativ auf das allgemeine Familienleben auswirken können, für das Kind aber erst dann zu einer tatsächlichen Belastung in seinem Alltag werden und ein Risiko für eine positive Entwicklung darstellen, wenn das Kind sie auch als solche wahrnimmt (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 26). Als Belastung wahrgenommen, werden objektive Belastungsfaktoren damit zur subjektiven Belastung für das Kind. Bei der Frage nach subjektiven Belastungsfaktoren, kommt es neben der Kumulation von Belastungen auch auf die Dauer an, die das Kind den Belastungen ausgesetzt ist (vgl. Brockmann 2014, S. 41). Belastungen, die ein Entwicklungsrisiko darstellen, können auch auf spätere Lebensabschnitte Auswirkungen

haben und beispielsweise im Jugend- oder Erwachsenenalter zu psychischen Erkrankungen führen (vgl. ebd.). Hierbei gilt: je früher Kinder psychisch erkrankter Eltern mit Belastungen konfrontiert werden und ihre Entwicklung beeinflussen, desto größer ist das Risiko für das Entwickeln von Entwicklungsstörungen oder psychischen Auffälligkeiten und Erkrankungen (vgl. ebd., 42).

Mit der psychischen elterlichen Erkrankung können sich eine Vielzahl an subjektiven Belastungsfaktoren für das Kind ergeben, die im Folgenden verschärft in den Blick genommen werden. Sie sind für das Thema dieser Arbeit von besonderer Relevanz, da subjektive Belastungen Einblicke in die unmittelbare Erlebnis- und Gefühlswelt von betroffenen Kindern und ihren Umgang mit den gegebenen zusätzlichen Alltagsanforderungen gewähren. Sie bieten wertvolle Anknüpfungspunkte für individuelle Unterstützung von Kindern psychisch erkrankter Eltern (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017, S. 3). Die subjektive Perspektive auf Belastungen von Kindern aus psychisch erkrankten Elternhäusern konnte bislang nur in wenigen Studien, die methodisch begründet sind, erfasst werden (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 21). Verschiedene Interviewstudien, die hauptsächlich retrospektiv mit jungen Erwachsenen durchgeführt wurden (Dunn 1993; Lenz 2005; Müller 2008) ermöglichen Einblicke in das subjektive Erleben von Kindern mit psychisch erkrankten Eltern (vgl. Wiegand-Grefe/Lenz 2017, S. 4). Aufgrund der Übereinstimmung der Wissenschaft, dass lediglich eine Vulnerabilität vererbt wird und die Entstehung von psychischen Störungen in größerem Maße von den gegebenen Umwelteinflüssen abhängt (vgl. Mattejat/ Lisofsky 2014, S. 83; Lenz/ Wiegand-Grefe 2017, S.10), müssen Belastungsfaktoren in Familien mit psychisch erkrankten Eltern in den Fokus gestellt werden, um vor allem präventive Arbeit leisten zu können.

Tabuisierung der psychischen Erkrankung

Mit einer elterlichen psychischen Erkrankung lebende Kinder sehen sich allein mit ihrer belastenden Lebenslage und haben das Empfinden, nur sie befinden sich in solch einer Situation (vgl. Mattejat/ Lisofsky 2014, S. 75). Dass dies im Widerspruch zu den Schätzungen aus Kapitel 2.1 steht, zeigt ganz deutlich, was die Folgen von Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen psychisch Erkrankter sind. Sie geben Betroffenen Anlass für Scham- und Schuldgefühle. In Familien mit psychisch erkrankten Eltern herrscht aufgrund dessen häufig ein „Rede- und Kommunikationsverbot“ bezüglich der Erkrankung, sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie (vgl. Brockmann/ Lenz 2016, S. 31).

Dass Kinder mit psychisch erkrankten Eltern einen begründeten Eindruck haben, dass sie mit niemandem über ihre Familiensituation sprechen oder Fragen an die Eltern stellen dürfen, erhob Lenz (2005) in seiner Studie. In dieser wurde das Wissen über die elterliche psychische Erkrankung minderjähriger Kinder von PatientInnen erhoben. 37 Prozent gaben an, dass ihre Kinder „über kein ausreichendes Wissen über die Krankheit und Behandlung verfügen“

(Brockmann/Lenz 2016, S. 31). Mit schätzungsweise 74 Prozent, waren Kinder von PatientInnen mit affektiven Störungen am besten über die elterliche Erkrankung informiert. Bei PatientInnen mit Psychosen betrug der Anteil an Kindern, die Wissen über die elterliche Erkrankung verfügen, circa 57 Prozent, bei Eltern mit Persönlichkeitsstörungen oder Neurosen waren circa die Hälfte der Kinder informiert. Als am wenigsten informiert, zeigten sich mit rund 25 Prozent Kinder von PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 31). Als mögliche Erklärung für diese Ergebnisse liefert Lenz, dass sich das Krankheitsbild der Depression im Allgemeinen leichter beschreiben lässt als das der Schizophrenie. Bei einer Depression werden Begriffe wie „traurig“, „erschöpft“ oder „müde“ genutzt (vgl. ebd.). Krankheitsbilder, wie die Borderline Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie können mit Symptomen wie Selbstverletzung oder Halluzinationen einhergehen, die sich deutlich schwieriger in kindgerechter Sprache beschreiben lassen (vgl. ebd.). Sollberger (2012) kam in seiner Studie zu dem Ergebnis, dass lediglich ein Viertel der Kinder regelmäßig in der Familie über die elterliche psychische Erkrankung spricht (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 6). Rund 53 Prozent geben an, wenig bis gar nicht im Familienkreis über die psychische Erkrankung zu sprechen und 62 Prozent berichten, dass sie ebenso wenig bis gar nicht mit Personen außerhalb des Familienkreises über die elterliche psychische Erkrankung sprechen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 6). Viele Eltern fühlen sich Eltern damit, ihren Kindern die psychische Erkrankung in einem Gespräch zu erklären. Sie äußern Bedenken, dass sie das Falsche sagen oder auf Rückfragen der Kinder nichts Passendes antworten könnten (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 32). Doch die benannte Schwierigkeit die eigene Erkrankung oder die seines Ehepartners auf eine für das Kind angemessene Weise zu versprachlichen, stellt nur eine mögliche Ursache für die allgemein geringe Aufklärungsrate und Tabuisierung dar. Die Gründe für die Familien nicht über die elterliche psychische Erkrankung zu sprechen sind weitaus vielfältiger (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 6). Als eine weitere mögliche Erklärung für die Tabuisierung der elterlichen Erkrankung seitens der Erwachsenen, wird eine elterliche Schutzhaltung oder Rücksichtnahme gegenüber dem Kind angegeben (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 32; Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 26). Dies beruht auf der elterlichen Annahme, dass „die Kinder das erhaltene Wissen nicht verarbeiten könnten und aufgrund dieser Überforderung in ihrer Entwicklung beeinträchtigt würden“ (Brockmann/Lenz 2016, S. 32) und sie ihre Kinder schützen, wenn sie nicht über ihre Erkrankung sprechen. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass dieses Verhalten der Eltern für ihre Kinder sehr irritierend ist, da sie die Veränderungen innerhalb der Familie oder des psychisch erkrankten Elternteils dennoch wahrnehmen. Sie besitzen eine ausgeprägte Feinfühligkeit in Bezug auf Symptome und Verhaltensveränderungen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 25; Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 5). Krankheitsbedingt kann es den Eltern mit psychischer Erkrankung jedoch schwerfallen, sich in die Gefühlslage ihrer

Kinder hineinzusetzen und empathisch zu handeln (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 32). Ängste und Sorgen von erkrankten und gesunden Elternteilen führen dazu, dass sie Gesprächen ausweichen oder das Kind explizit darum bitten, nicht darüber zu sprechen oder Fragen zu stellen (vgl. ebd., 33). Aber auch ohne ein explizites Schweigegebot spüren Kinder aus Familien mit psychisch erkrankten Eltern intuitiv, dass die elterliche psychische Erkrankung ein Tabuthema ist und passen ihr Kommunikationsverhalten daran an (vgl. ebd.). Die elterliche psychische Erkrankung etabliert sich damit zu einem „geteilten Familiengeheimnis“ (ebd.), welches das emotionale Familienklima tiefgreifend beeinflussen kann. Vor allem auch dann, wenn das Thema selbst innerhalb der Familie tabuisiert wird (vgl. Lenz/Kuhn 2011, S. 271). Die entwickelte Feinfühligkeit in Bezug auf die elterliche psychische Erkrankung, führt dazu, dass bereits sehr junge Kinder zwischen akuten Krankheitsphasen und stabilen Phasen unterscheiden können (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 34). Sie identifizieren die sogenannten „Frühwarnzeichen“, die eine akute Krankheitsphase ankündigen, und richten ihr eigenes Verhalten danach aus, indem sie weniger Forderungen an das betroffene Elternteil stellen oder die eigenen Freizeitaktivitäten einschränken (vgl. ebd.).

„Die psychische Erkrankung eines Elternteils greift tief in den Alltag, die Eltern-Kind-Beziehung und das innere Erleben des Kindes ein. Wenn den Kindern hierfür keine nachvollziehbaren Erklärungen gegeben werden, schaffen sich Kinder eigene Erklärungsmuster. Und die Fantasien sind in der Regel weitaus schlimmer als die Realität.“ (Mattejat/Lisofsky, 2014, S. 124).

Kinder psychisch erkrankter Eltern leben mit einem unausgesprochenen Widerspruch: sie nehmen oft ganz genau wahr, dass mit dem betroffenen Elternteil etwas nicht stimmt, sie können aber nicht genau erklären, woran das liegt und dürfen nicht darüber sprechen. Um diesen inneren Konflikt zu lösen, versuchen Kinder sich das Verhalten des betroffenen Elternteils selbst zu erklären und entwickeln dafür individuelle, kindliche Krankheitstheorien¹⁰ (vgl. Brockmann/ Lenz 2016, S. 35). Dies ist insofern problematisch, als dass die kindlichen Erklärungen für Verhaltensweisen, Symptome und die familiären Probleme häufig, weitaus schlimmer und bedrohlicher wirken als die eigentliche Realität (vgl. Mattejat/ Lisofsky 2014, S. 124). Die Erklärungsmuster, die die Kinder entwickeln, beziehen sich zudem meist auf das Kind selbst und ihr Verhalten, was zur Folge hat, dass sie Schuldgefühle entwickeln (vgl. Mattejat/Lisofsky 2014, S. 124; Brockmann/Lenz 2016, S. 35). Auffällig ist hierbei, dass der Großteil der Kinder eine eindimensionale Vorstellung von der Krankheitsentstehung und ihren Ursachen besitzt (vgl. Brockmann/ Lenz 2016, S. 35). So nennen sie oftmals nur einen

¹⁰ Eine Übersicht über bestehende kindliche Krankheitstheorien in Bezug auf die elterliche psychische Erkrankung ist dem Anhang zu entnehmen.

möglichen Grund für die psychische elterliche Erkrankung ihrer Eltern. In Kombination mit der Tabuisierung der elterlichen Erkrankung haben die kindlichen Krankheitstheorien eine beängstigende und beeinträchtigende Wirkung auf die Kinder. Schuldgefühle führen außerdem dazu, dass sie ihr eigenes Verhalten und die Gestaltung ihres Alltages anpassen und eigene Bedürfnisse zurückstellen. Fühlt sich das Kind mitschuldig oder verantwortlich, besteht ferner die Gefahr, dass es ein negatives oder instabiles Selbstkonzept entwickelt (vgl. ebd.). Weiterhin bringt eine Tabuisierung die Gefahr mit sich, dass Loyalitätskonflikte auftreten und es zu Loyalitätsspaltungen kommt. Zum einen innerhalb der Familie zwischen einzelnen Familienmitgliedern oder dem erkrankten und gesunden Elternteil, wenn es darum geht, für eine Seite Partei zu ergreifen (vgl. ebd., S.37). Zum anderen in Bezug auf Kontakte außerhalb der Familie. Häufig haben Kinder psychisch erkrankter Eltern das Empfinden, die Schwierigkeiten innerhalb der Familie und damit verbundene Ängste und Sorgen vor ihren Freunden verheimlichen zu müssen, um ihre Familie zu schützen. Sie geraten damit in einen inneren Zwiespalt zwischen Loyalität gegenüber der Familie und dem betroffenen Elternteil und einer Distanzierung mit dem Wunsch der belastenden Situation zu entkommen (vgl. ebd., S. 38). Dies erschwert es auch, sich jemandem anzuvertrauen und über die belastende Situation und Gefühle zu sprechen (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017, S. 6). Das Erleben dieser ambivalenten Emotionen, kann für betroffene Kinder als sehr belastend empfunden werden und verstärkt das Entwickeln von Schuldgefühlen (vgl. Schone/Wagenblass 2002, S. 17). Besonders schwierig an der Tabuisierung der elterlichen psychischen Erkrankung ist, dass eine offene, transparente Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung eine Ressourcenmobilisierung bei den Kindern erst ermöglicht (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017, S. 6). Das bedeutet, dass mit dem Kommunikationsverbot eine externe soziale Unterstützung erschwert wird und sich die Situation sowohl für die betroffenen Kinder als auch für die gesamte Familie eher verschlechtert. Die betroffenen Kinder verschließen sich und geraten mit ihrer Familie in eine soziale Isolation.

Soziale Isolation

Psychisch erkrankte Personen verfügen oft über ein kleineres soziales Netz und leben isolierter als andere Personengruppen (vgl. Müller 2008, zitiert nach Byland Rosero 2017, S. 37). Die aufgeführte Tabuisierung und das innerfamiliäre (indirekt) ausgesprochene Kommunikationsverbot über die elterliche psychische Erkrankung, tragen in hohem Maße zur sozialen Isolation bei (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 38). Weitere Gründe für eine soziale Isolation betroffener Familien sieht Lenz (2005) in der Angst vor Ablehnung und sozialer Ausgrenzung, Stigmatisierung sowie auftretenden Schamgefühlen (vgl. ebd.). Ein familiärer sozialer Rückzug der Familie überträgt sich häufig auch auf die Kinder (vgl. Byland Rosero 2017, S. 37). Die Vermeidung zum Kontakt zu Gleichaltrigen aufgrund fehlender „innerer und

äußerer Freiräume“ (Lenz/ Wiegand-Grefe 2017, S. 7) stellt ein großes Problem dar. Kinder psychisch erkrankter Eltern übernehmen häufig, aus einem Pflichtbewusstsein und Schulgefühlen heraus, mehr Verantwortung im familiären Alltag als Kinder psychisch gesunder Eltern (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 39). Sie fühlen sich, als würden sie zu Hause gebraucht werden und stellen deshalb eigene Interessen und Bedürfnisse unter die, des erkrankten Elternteils oder der gesamten Familie. So bleibt meist wenig Freizeit und „außerfamiliäre Kontakte und Aktivitäten werden auf diese Weise zu Nebenschauplätzen im Leben der Kinder“ (Lenz 2010, S.157, zitiert nach Brockmann/Lenz 2016, S. 39). Außerdem führt die „starke emotionale Verstrickung“ innerhalb der Familie (Lenz/ Wiegand-Grefe 2017, S. 7), das Schuldbewusstsein und das Gefühl zu Hause unentbehrlich zu sein dazu, dass es ihnen schwerfällt, außerhalb der Familie soziale Kontakte aufzubauen und aufrechtzuerhalten. So belegen Studien zwar, dass kleine soziale Netzwerke bei betreffenden Kindern vorhanden sind, die Beziehungen allerdings häufig nur oberflächlich bestehen und selten eine Unterstützungs- oder Entlastungsfunktion haben (vgl. Lenz/Brockmann 2016, S. 39). Kinder psychisch erkrankter Eltern laden Freunde beispielsweise nicht nach Hause ein, aus Sorge, dass sie das auffällige Verhalten des psychisch erkrankten Elternteils miterleben und ablehnend reagieren (vgl. ebd.). Damit wird die soziale Isolation auch zum Schutz vor peinlichen oder beschämenden Situationen und Stigmatisierung. Gleichzeitig isolieren sie sich davor, vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen, die jedoch eine Ressource darstellen und „eine ausgleichende und normalisierende Funktion übernehmen könnten“ (Brockmann/Lenz 2016, S. 39). Ein weiteres Risiko, wenn Kinder in ihren Beziehungserfahrungen allein gelassen werden, stellt insbesondere bei Kindern psychisch erkrankter Eltern ein fehlendes Einschätzungsvermögen im Kontext sozialer Situationen oder eine zu große Offenheit gegenüber Fremden dar (vgl. Byland Rosero 2017, S. 37). Dies birgt das Risiko, dass sich betroffene Kinder in dysfunktionale Peerbeziehungen begeben.

Parentifizierung

Das Phänomen der Parentifizierung¹¹ greift die Verantwortungsübernahme von Kindern psychisch erkrankter Eltern für die Aufrechterhaltung des Familienlebens auf und beschreibt die Rollenumkehrung von Eltern und ihren Kindern (vgl. Kupferschmid/Koch 2014, S. 19). Parentifizierung als Begriff wird für die Beschreibung von Situationen verwendet, in denen das Kind in eine inadäquate Erwachsenenrolle schlüpft (vgl. Pretis/Dimova 2019, S. 24) und elterliche Aufgaben und Funktionen übernimmt (vgl. Kupferschmid/Koch 2014, S. 19). Auch Situationen, in denen Kinder eine Art Partnerersatz für das erkrankte oder gesunde Elternteil übernehmen, werden unter Parentifizierung gefasst (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 40).

¹¹ Der Begriff setzt sich zusammen aus dem lateinischen „parentes“ (Eltern) und „facere“ (machen) (vgl. Kupferschmid/ Koch 2014, S. 19).

Parentifizierungsprozesse lassen sich gehäuft in Familien mit psychisch erkrankten Eltern finden und führen zu diffusen Generationengrenzen, die für die Funktionalität einer Familie grundsätzlich aber von großer Bedeutung sind (vgl. Lenz/Kuhn 2011, S. 270). Plass und Wiegand-Grefe (2012) definieren Parentifizierung im Kontext psychisch erkrankter Eltern folgendermaßen: Parentifizierung als subjektive Verzerrung einer Beziehung (Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 29),

„ist in vielen Familien mit einem psychischen kranken Elternteil zu beobachten. Die Kinder übernehmen elterliche Funktionen und Verantwortung in vielen Bereichen (z.B Haushalt und Erziehung der jüngeren Geschwister), sie werden zu Vertrauten und Ratgebern ihrer Eltern, zur primären Quelle von Unterstützung und Trost“ (Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 29).

Die Autorinnen sprechen in diesem Auszug zwei verschiedene Arten von Parentifizierung an, die instrumentelle oder auch familienfunktionale Parentifizierung, und die emotionale Parentifizierung (vgl. Kupferschmid/Koch 2014, S. 19). Zur familienfunktionalen Parentifizierung gehört die Übernahme von Lebensbereichen, für die normalerweise die Eltern die Verantwortung übernehmen sollten. Dazu gehört beispielsweise die Organisation des Haushaltes, die Versorgung von jüngeren Geschwistern, aber auch finanzielle Angelegenheiten oder die (medizinische) Versorgung des erkrankten Elternteils (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 40). Mitarbeit bei alltäglichen Aufgaben im Haushalt oder Phasen, die stark zeitlich begrenzt sind, können als „gesunde Übernahme von Verantwortung in einem sozialen Gefüge“ (Kupferschmid/Koch 2014, S. 20) verstanden werden. Demnach kann Parentifizierung nicht per se als dysfunktional und entwicklungsschädigend bezeichnet werden. Wenn dem Kind jedoch für sein Alter und Entwicklungsstand inadäquate Funktionen innerhalb der Familie zugesprochen werden, die weder kindgerecht noch zeitlich angemessen sind, kann von einer destruktiven Parentifizierung gesprochen werden (vgl. Kupferschmid/Koch 2014, S. 20). Dies bezieht sich beispielsweise auf Behördengänge oder die Verantwortung für die medikamentöse Versorgung des erkrankten Elternteils. Die allgemeine Belastbarkeit der Kinder wird damit eingeschränkt, weil sie Aufgaben und Rollen zu Ungunsten ihrer eigenen Bedürfnisse und Wünsche übernehmen (vgl. Kupferschmid/Koch 2014, S. 20f.).

Bei der emotionalen Parentifizierung wird den betroffenen Kindern die Aufgabe einer „emotionalen Stützfunktion“ (Müller 2008, S. 145 zitiert nach Brockmann/ Lenz 2016, S. 40), sowohl für das erkrankte als auch für das gesunde Elternteil, übertragen. So wenden sich Eltern mit alters- und entwicklungsinadäquaten persönlichen Anliegen an ihr Kind (Ohntrup et al., 2011, S. 377, zitiert nach Brockmann 2014, S. 36). Kinder werden in elterliche Konflikte miteinbezogen (vgl. Mattejat/Remschmidt 2008, S. 415) oder rutschen in eine Art „Sorgerrolle“ (Brockmann/Lenz 2016, S. 40), indem sie beispielsweise dem gesunden Elternteil die vom

erkrankten Elternteil vermisste Zuwendung oder Aufmerksamkeit als Gesprächspartner schenken sollen (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 41). Bei der emotionalen Parentifizierung geben Eltern ihre elterliche Funktion auf und missbrauchen das Kind für die Befriedigung ihrer eigenen Bedürfnisse. Sie fordern damit das betroffene Kind auf, seine altersangemessene Rolle innerhalb der Familie zu verlassen. Dies macht die emotionale Parentifizierung zur schädlicheren Form der Parentifizierung für die kindliche Entwicklung (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 31). Die Folgen und Langzeitfolgen der Parentifizierung sind vielfältig. Insgesamt stehen Kinder, die altersinadäquate Rollen übernehmen mussten, unter einem erhöhten Risiko später an Depressionen zu erkranken, unter Ablöse- oder Identitätsproblemen zu leiden oder ein instabiles Selbstwertgefühl und starke Selbstzweifel zu entwickeln (vgl. ebd.). Zu betonen ist jedoch wiederholt, dass Parentifizierung nicht immer destruktiv ist und sich schädigend auf die Entwicklung des Kindes auswirkt. Die Übernahme von Verantwortung und Bestätigung ihrer Rolle, kann Kindern auch ein Gefühl der Stärke und Kompetenz geben, was sie im Allgemeinen widerstandsfähiger gegenüber Belastungen werden lässt (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 41). Parentifizierung kann dann als adaptiv bewertet werden (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 30). Ausschlaggebend bei der Bewertung der Belastung durch die Parentifizierung ist die Frage danach, inwieweit die Übernahme von Aufgaben und Funktionen innerhalb der Familie dazu führt, dass das Kind eigene Bedürfnisse zurückstellt, Freizeitaktivitäten und Kontakt zu Gleichaltrigen vernachlässigt oder sich negative Auswirkungen auf die schulischen Leistungen ergeben (vgl. Kupferschmid/Koch 2014, S. 21).

Emotionale Nicht-Verfügbarkeit

Eine Erfahrung die, wie eine Interviewstudie von Könnecke et al. (2005) herausstellte, prägend für Kinder psychisch erkrankter Eltern ist und als enorme Belastung erfahren wird, stellt die emotionale Nicht-Verfügbarkeit von erkrankten Elternteilen dar (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 42). Nicht nur, dass Kinder von psychisch erkrankten Eltern häufig in einem Betreuungsdefizit aufwachsen, in dessen sie zu wenig Aufmerksamkeit und Zuwendung erhalten (vgl. Matzejat/Lisofsky 2014, S. 88), ihnen mangelt es häufig auch an Fürsorge und emotionaler Nähe durch das erkrankte Elternteil (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 42). Insbesondere in akuten Krankheitsphasen beschreiben Betroffene eine Störung oder einen Abbruch der Kommunikation zum erkrankten Elternteil und damit großen Leidensdruck (vgl. ebd.). Sie vermissen liebevolle Zuwendung, Interesse und Zärtlichkeiten seitens des erkrankten Elternteils und nicht selten erleben sie stattdessen Abweisung und eine „befremdende Kühle“ (ebd.). Besonders problematisch und entwicklungsschädigend ist eine offene Form der emotionalen Ablehnung. Diese wird durch Beleidigungen, abwertende Aussagen oder Beschuldigungen charakterisiert, die gezielt an das Kind gerichtet sind (vgl. ebd.). Eine offene Form der emotionalen Ablehnung kann schwerwiegende negative Folgen für die Entwicklung

des Kindes haben, insbesondere in Bezug auf den Selbstwert und die Emotionalität des betroffenen Kindes.

Ent-Normalisierung des Alltags

Aufgrund der psychischen Erkrankung und den damit verbundenen Einschränkungen im Familienleben und -alltag, erleben viele Kinder mit der Erkrankung ihrer Eltern häufig einen Zusammenbruch vertrauter und verlässlicher Strukturen des Alltages (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017, S. 7; Brockmann/Lenz 2016, S. 43). In akuten Krankheitsphasen kann es mit der Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu veränderten Abläufen im Alltag und der Versorgung der Kinder kommen, insbesondere dann, wenn das erkrankte Elternteil Aufgaben der Versorgung der Kinder oder der Haushaltsführung übernommen hat (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 43). Besonders gravierend ist dies, wenn das erkrankte Elternteil alleinerziehend ist und betroffene Kinder in die Haushaltsführung und Versorgung der Familie eingebunden werden müssen, was zu einer Überforderung führen kann (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017, S. 7). Das in den Hintergrund rücken der kindlichen Bedürfnisse und Freizeitaktivitäten kommt belastend hinzu (vgl. ebd.).

Erhöhtes Risiko für Kindeswohlgefährdung

In Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen sind Kinder einem höheren Risiko für Kindeswohlgefährdendes Elternverhalten ausgesetzt (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 45). Wird das „körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet und sind die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden“ (Bundesministerium der Justiz 2021, online), spricht das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) von Kindeswohlgefährdung. Vernachlässigung, psychische und physische Misshandlung¹² sowie der sexuelle Missbrauch sind Erscheinungsformen der Kindeswohlgefährdung, die für den Kontext psychisch erkrankter Eltern relevant sind. Bei den genannten Erscheinungsformen sprechen Mattejat und Remschmidt (2008) von einem zweifach bis fünffach erhöhtem Risiko für Kinder aus Familien psychisch erkrankter Elternteile (vgl. Lenz/ Kuhn 2011, S. 272; Jungbauer 2016, S.176). Auch wenn keine repräsentativen Studien existieren, die beispielsweise angeben, bei wie vielen Kindern psychisch erkrankter Eltern Maßnahmen zum Schutz des Kindeswohls ergriffen werden (vgl. Jungbauer 2016, S. 176), zeigen qualitative Studien, dass diese Kinder sehr viel häufiger Opfer von Misshandlungen und Vernachlässigung werden, als Kinder psychisch gesunder Eltern (vgl. ebd.). So wurde in einer explorativen Studie erfasst, dass bei 30 Prozent aller familiengerichtlichen Sorgerechtsentscheidungen und bei 50 Prozent der Inobhutnahmen eine psychische elterliche Erkrankung eine Rolle spielt (vgl. Jungbauer 2016, S. 176). Die psychische Misshandlung stellt

¹² Im Anhang werden diese Begrifflichkeiten konkretisiert.

nach Lenz (2008) die häufigste Form der Kindeswohlgefährdung dar, kann aber auch am schwersten erfasst werden (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 45). Ein Zurückweisen, Ausnutzen, Terrorisieren, Bedrohen, Isolieren oder psychohygienische und medizinische Vernachlässigung stellt eine enorme Gefährdung für den Selbstwert des Kindes und seine psychische Gesundheit dar. Bei Kindern, die psychischer Misshandlung ausgesetzt sind, erhöht sich das Risiko für die Entwicklung einer Depression oder dissoziativen Störung (vgl. Jungbauer 2016, S. 178). Kinder psychisch erkrankter Eltern sind einem erhöhten Risiko für psychische Misshandlung ausgesetzt (vgl. Loch 2014, S. 67), dies besteht auch für Vernachlässigung durch die Eltern. Vernachlässigung wird als Unterlassen fürsorglicher Handlungen bezeichnet, „die zur Sicherstellung der physischen Versorgung, der psychischen Versorgung, der altersangemessenen Entwicklung und/oder der (sozialen) Bildung eines Kindes notwendig wären“ (Loch 2014, S. 67). Wenn Eltern fortgesetzt nicht in der Lage sind, den elterlichen und familiären Pflichten nachzukommen und unfähig sind, auf die kindlichen Bedürfnisse einzugehen, steigt das Risiko für Vernachlässigung und emotionalen Missbrauch (vgl. ebd., S. 53). Vernachlässigung und das Nicht Erfüllen von Grundbedürfnissen können im Kontext psychisch erkrankter Eltern in einen direkten Zusammenhang mit subjektiven Belastungsfaktoren wie der emotionalen Nicht-Verfügbarkeit von erkrankten Elternteilen, einer gestörten Eltern-Kind-Interaktion, der Ent-Normalisierung des Alltages oder der Parentifizierung gebracht werden. All dies sind Belastungen, denen Kinder psychisch erkrankter Eltern häufig ausgesetzt sind. Vor allem in akuten Krankheitsphasen des erkrankten Elternteils kann es sein, dass kindliche Bedürfnisse missachtet werden und es an Wärme und Zuneigung mangelt (vgl. Brockmann/ Lenz 2016, S. 42). Nach Jungbauer (2016) stellt die psychische elterliche Erkrankung nur in Ausnahmefällen eine gravierende physische Gefährdung für Kinder dar und auch Plass und Wiegand-Grefe (2012) betonen, dass eine Kindeswohlgefährdung aufgrund einer psychischen Erkrankung der Eltern nicht unmittelbar im Raum stehen sollte (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 173). Forschungsbefunde legen jedoch auch nahe, dass mit der elterlichen psychischen Erkrankung und der damit einhergehenden andauernden familiären Belastungssituationen ein erhöhtes Risiko einer emotionalen Misshandlung und Vernachlässigung gegeben ist (vgl. Jungbauer 2016, S. 178). Da auch Lehrkräfte per Gesetz ¹³ in der Verantwortung stehen, bei Anzeichen der Kindeswohlgefährdung zu handeln und die physische und psychische Gesundheit ihrer Schüler aufrechtzuerhalten, ist ein erhöhtes Risiko für Kinder psychisch erkrankter Eltern in jedem Fall von pädagogischer Relevanz.

¹³ § 42, Absatz 6: „Die Sorge für das Wohl der Schülerinnen und Schüler erfordert es, jedem Anschein von Vernachlässigung oder Misshandlung nachzugehen.“ (Schulgesetz NRW 2005, online)

4. Kinder psychisch erkrankter Eltern im schulischen Kontext

Dieses Kapitel soll eine Verknüpfung der beiden Themenfelder Schule und Kinder psychisch erkrankter Eltern darstellen. Es folgen Ausführungen zur Relevanz der Thematik elterliche psychische Erkrankung im schulischen Kontext, mögliche Auswirkungen der Erkrankung auf den schulischen Alltag und die schulische Leistungsfähigkeit. Im Kapitel 4.3 wird diskutiert, inwiefern eine elterliche psychische Erkrankung von sonderpädagogischer Relevanz ist und ob Kinder psychisch erkrankter Eltern potenziell von einem sonderpädagogischen Förderbedarf bedroht sind.

4.1 (Sonder-) pädagogische Relevanz für Kinder psychisch erkrankter Eltern und Zuständigkeitsbereich von Schule und Lehrkräften

Die Zahlen aus Kapitel 2.1 bestätigen, dass Kinder mit psychisch erkrankten Eltern längst nicht als Randgruppe zu bezeichnen sind. Wie zu Beginn des zweiten Kapitels dargestellt, sind circa drei Millionen minderjährige Kinder im Laufe eines Jahres mit einer psychischen Erkrankung eines Elternteils und damit einhergehenden Belastungen konfrontiert (vgl. Brockmann 2014, S. 85). Von insgesamt 13,75 Millionen (vgl. Statista, 2021, online) minderjährigen Kindern, die in Deutschland leben, sind etwa 8,38 Millionen davon schulpflichtig (vgl. Statista, 2021, online). Im Rahmen ihrer Dissertation stellte Brockmann (2014) in einer Erhebung zur Thematik „Kinder psychisch erkrankter Eltern in Schule“ heraus, dass schätzungsweise zwei Millionen SchülerInnen im Laufe eines Jahres erleben, dass ihr Elternteil von einer psychischen Erkrankung betroffen ist. Durchschnittlich sitzen sechs SchülerInnen in einer Klasse, die mit einer elterlichen psychischen Erkrankung konfrontiert werden, davon in jeder zweiten Klasse ein Kind, dessen Elternteil in ambulanter oder teilstationärer Behandlung ist. In jeder dritten Klasse sitzt ein Kind, dessen Elternteil sich in stationärer psychiatrischer Behandlung befindet (vgl. Brockmann 2014, S. 86). Brockmann (2014) betont die Zuständigkeit von Lehrkräften für diese Schülergruppe und die schulische Relevanz der Thematik mit Blick auf die gesetzlichen Grundlagen von Schule und Lehrkräften. Laut dem Schulgesetz für das Bundesland Nordrhein-Westfalen, hat nach Paragraph eins jedes schulpflichtige Kind das Recht auf Bildung, Erziehung und individuelle Förderung, unabhängig seiner Herkunft, Geschlecht oder wirtschaftlichen Lage (vgl. Ministerium für Schule und Bildung des Landes Nordrhein-Westfalen, §1, 2021, online¹⁴). Mit seinem Erziehungsauftrag, neben dem Bildungsauftrag, steht Schule weiterhin in der Pflicht dabei die individuellen Fähigkeiten und Voraussetzungen von SchülerInnen und damit auch ihre gegenwärtigen Lebenssituationen zu berücksichtigen (vgl., §1). Lehrkräfte und Schule sind dazu angehalten, SchülerInnen in ihrer Entwicklung, Entfaltung der Persönlichkeit und der Gestaltung ihres eigenen Lebens zu unterstützen (§

¹⁴ Die weiteren Ausführungen liegen ausnahmslos dem Schulgesetz NRW des Ministeriums für Schule und Bildung des Landes Nordrhein-Westfalens, abrufbar unter <https://bass.schul-welt.de/6043.htm#1-1p1> (Stand 23.10.21), zugrunde.

2(4)). Ferner ist es gemeinsam mit den Erziehungsberechtigten Aufgabe von Schule und Lehrkräften, die Gesundheit von SchülerInnen zu fördern und aufrechtzuerhalten (vgl. §54). Krankheiten von SchülerInnen sollen vorgebeugt und frühzeitig erkannt werden, um entsprechend zu handeln. Dies schließt auch die psychische Gesundheit mit ein, denn eine Beschränkung auf physische Erkrankungen nimmt das Schulgesetz nicht vor. Ebenfalls im Schulgesetz verankert, ist die Bewahrung des Kindeswohls in Paragraf 42, Absatz 6:

„(6) Die Sorge für das Wohl der Schülerinnen und Schüler erfordert es, jedem Anschein von Vernachlässigung oder Misshandlung nachzugehen. Die Schule entscheidet rechtzeitig über die Einbeziehung des Jugendamtes oder anderer Stellen“. (Ministerium für Schule und Bildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2021, online).

Ein weiterer Bereich des Schulgesetzes, der im Kontext dieser Arbeit in Schule und für Lehrkräfte von Bedeutung sind, ist die Beratungstätigkeit von Lehrkräften und die Zusammenarbeit mit Eltern. Beides ist ebenso im Schulgesetz Nordrhein-Westfalen verankert. So ist die Aufgabe von Schule und Lehrkräften Eltern und SchülerInnen in Fragen zur Erziehung und der Schullaufbahn zu beraten und hierfür mit dem schulpsychologischen Dienst und der Berufsberatung zusammenzuarbeiten (vgl. §44). Nach Paragraf 2 Absatz 3, ist die Schule dazu aufgefordert, das Erziehungsrecht der Erziehungsberechtigten zu achten und muss deshalb mit ihnen „partnerschaftlich“ an der Realisierung der Erziehungsziele arbeiten (vgl. §2).

4.2 Auswirkungen der elterlichen psychischen Erkrankung auf den Schulalltag und die schulische Leistungsfähigkeit

„Das Zusammenleben mit einem psychisch kranken Elternteil stellt für Kinder ein kritisches Lebensereignis dar. Ein kritisches Lebensereignis (...) geht einher mit einer großen Zunahme an zusätzlichen alltäglichen Anforderungen, Konflikten und Spannungen, sowohl innerhalb der Familie als auch im sozialen Umfeld, in der Schule und in Peerbeziehungen“ (Mattejat/Lisofsky 2014, S. 96).

Die Auswirkungen der elterlichen psychischen Erkrankung auf Schule und die schulische Leistungsfähigkeit Kinder psychisch erkrankter Eltern, lassen sich auf zwei Ebenen beschreiben (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 20). Zum einen stellen die Belastungen, mit denen Kinder psychisch erkrankter Eltern konfrontiert werden, ein generelles Risiko für eine verminderte schulische Leistungsfähigkeit dar (vgl. Brockmann 2014, S. 89). Zum anderen führt das erhöhte Risiko für Kinder psychisch erkrankter Eltern selbst psychische Auffälligkeiten und Störungen zu entwickeln dazu, dass Kompetenzen, die für die Bewältigung schulischer Anforderungen und Leistungen benötigt werden, nur unzureichend entwickelt und

ausgebaut werden können (vgl. Brockmann/ Lenz 2016, S. 20). Hinzu kommt, dass mit einer psychischen Erkrankung, Entwicklungsstörungen oder Verhaltensauffälligkeiten bei den betreffenden Kindern selbst, weitere negative Auswirkungen auf den schulischen Alltag einhergehen und damit ein sonderpädagogischer Förderbedarf und weitere Stigmatisierungen drohen.¹⁵ Um nachvollziehen zu können, inwiefern sich die elterliche psychische Erkrankung negativ auf die schulische Leistungsfähigkeit auswirken kann, müssen die alltäglichen Belastungsmuster¹⁶ Kinder psychisch erkrankter Eltern erneut in den Blick genommen werden. Diese nehmen nicht nur Einfluss auf den kindlichen Alltag und die allgemeine Lebensqualität von Kindern, sondern ebenso auf schulische Leistungen und das Verhalten (vgl. Wiegand-Greife et al. 2010, S. 317; Brockmann/Lenz 2016, S. 20).

Kinder (auch Kinder, die nicht unter erschwerten Lebenslagen aufwachsen) sind in ihrem Alltag mit einer Vielzahl an möglichen Belastungen konfrontiert. Dazu zählen auch schulische Anforderungen, die es zu bewältigen gilt (vgl. Zander 2011, S. 383). Zu diesen alltäglichen Belastungen, kommen bei Kindern psychisch erkrankter Eltern subjektive Belastungen und Risikofaktoren hinzu, die sie an ihre Belastungsgrenzen bringen können. Sie stellen eine „Anhäufung von einzelnen Stressereignissen (dar), die in Dauer, Intensität und zeitlicher Abfolge unterschiedlich verlaufen können, sich wechselseitig beeinflussen und in aller Regel das Belastungserleben verstärken“ (Lenz 2008, S. 43f.; zitiert nach Brockmann/Lenz 2016, S. 23). Dass die subjektiven Belastungen Kinder psychisch erkrankter Eltern auch während des Schulalltages und während des Unterrichtsgeschehen beeinflussen, konnte Brockmann (2014) in ihrer Studie nachweisen, indem sie die gedankliche Beschäftigung mit der elterlichen psychischen Erkrankung während des Unterrichtes herausstellte (vgl. Brockmann 2014, S. 268). Brockmann betont, dass Ursachen für die Erkrankung, akute Belastungen und Auswirkungen auf den Alltag Kinder psychisch erkrankter Eltern im Schulalltag beschäftigen (vgl. ebd.). Trotz der räumlichen Distanz zur Familie, der Beschäftigung mit schulischen Themen und umgeben von Gleichaltrigen, waren die SchülerInnen in der Erhebung nicht in der Lage, sich gedanklich von der elterlichen psychischen Erkrankung zu lösen und sich vollständig auf den Unterricht zu konzentrieren (vgl. ebd.).

Weitere Studien¹⁷ (Lenz, Wiegand-Greife, Bruland et al.) deuten ebenfalls auf einen Zusammenhang zwischen den subjektiven Belastungen und der Bewältigung des Schulalltages und der schulischen Leistungsfähigkeit hin.

So wirken sich nach Brockmann und Lenz (2016) Belastungsmuster Kinder psychisch erkrankter Eltern auf unterschiedliche Bereiche der Lern- und Leistungsfähigkeit aus (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 20). Wiegand – Greife et al. (2011) weisen auf Defizite Kinder

¹⁵ Dies wird im darauffolgenden Kapitel 4.3 aufgegriffen.

¹⁶ Diese wurden in Kapitel 3.3 umfassend herausgearbeitet.

¹⁷ Wenngleich ein direkter Zusammenhang zwischen einer elterlichen psychischen Erkrankung und schwachen schulischen Leistungen bisher nicht konkret erhoben wurde, so deuten verschiedene andere Studien darauf hin (vgl. Brockmann 2014, S. 89; Brockmann/Lenz 2016, S. 20).

psychisch erkrankter Eltern im Bereich der Aufmerksamkeits- und Informationsverarbeitung und kognitive Störungen hin (vgl. Brockmann 2014, S. 89). Diese Aspekte stellen allesamt Bereiche dar, die für schulische Leistungsfähigkeit notwendig sind. In einer Erhebung von Lenz (2005), in den Eltern, die sich in stationärer psychiatrischer Behandlung befinden, das Verhalten ihrer Kinder einschätzten, beschrieben circa 15 Prozent der PatientInnen ihre Kinder als auffällig oder im Grenzbereich zwischen auffällig und unauffällig (vgl. Brockmann 2014, S. 89), geltend für die Bereiche Schule und soziale Kompetenzen, Lernschwierigkeiten und schulbezogene Schwierigkeiten. Aber auch Kontaktschwierigkeiten wurden als auffällig benannt (vgl. Lenz 2005, S. 45, zitiert nach Brockmann 2014, S. 89).

Konkrete Belastungen, wie die Parentifizierung oder vernachlässigendes Verhalten des erkrankten Elternteils, haben unmittelbaren Einfluss auf die Bewältigung des Schulalltages. Eine hohe Verantwortung, die (gedankliche) Beschäftigung mit familiären Prozessen und Aufgaben aber auch Müdigkeit, emotionale Überforderung, Erschöpfung oder eine mangelnde Grundversorgung durch die Erziehungsberechtigten, führt zu einem enormen Leidensdruck und Anspannung. Diese hohe Anspannung, so Brockmann (2014), kann sich bei mangelnden Bewältigungs- und Problemlösestrategien negativ auf den Unterricht und die Konzentration auswirken, zu schlechteren Leistungen und schlimmstenfalls zu Schulabstinenz führen.

Die zu bewältigenden Emotionen, die mit den Gedanken der Kinder einhergehen, wie zum Beispiel Frustration, Enttäuschung, Ärger, Angst, aber auch Empathie und ein hohes Schuldbewusstsein, nehmen Einfluss auf das Verhalten der Kinder in der Schule.

Die Belastungsmuster und ihre Bewältigungsversuche, so Powell (2009), werden in der Schule häufig durch internalisierende oder externalisierende Verhaltensmuster sichtbar (vgl. Bruland et al. 2017, S. 775). So wurde in der Erhebung von Brockmann (2014) deutlich, dass störendes Verhalten im Unterricht auf die Bewältigungsstrategie des Ablenkens hinweist, also der Versuch, sich mit negativem und als störend wahrgenommenem Verhalten im Unterricht von den familiären Belastungen und Sorgen abzulenken (vgl. Brockmann 2014, S. 270). Daran anknüpfend beschreibt Lenz (2010) den Zusammenhang zwischen mangelnden Problemlösefähigkeiten und aufkommenden Emotionen, wie Frustration oder Ärger aufgrund der eingeschränkten Situationsbewältigung (vgl. Brockmann, 2014, 271)

Es kann demnach festgehalten werden, dass die psychische elterliche Erkrankung betreffende Kinder im Schulalltag und im Unterrichtsgeschehen gedanklich verfolgt und beschäftigt, sie aufgrund der zu den alltäglich hinzukommenden Belastungen Defizite im Bereich der Konzentration und Aufmerksamkeit zeigen können und durch negativ wahrgenommene Verhaltensweisen versuchen, von ihrem Belastungserleben Abstand zu gewinnen. Jedoch ist an dieser Stelle auch zu betonen, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern nicht zwangsläufig durch externalisierende Verhaltensmuster oder schlechtere schulische Leistungen auffallen müssen. Innerhalb ihrer Familie lernen sie häufig, insbesondere in akuten Krankheitsphasen

des Elternteils, ihre Bedürfnisse und Gefühle zu unterdrücken und ihr Verhalten an die niedrigen Belastungsgrenzen ihres erkrankten Elternteils auszurichten (vgl. Brockmann 2014, S. 162). Eine hohe Anstrengungsbereitschaft und gute Schulleistungen können dann auch als Bemühungen verstanden werden, es dem erkrankten Elternteil „so leicht wie möglich zu machen“ (Brockmann 2014, S. 163) und nicht für Ärger zu sorgen. Diese Kinder sind bemüht, ihren Eltern möglichst keine Sorgen zu machen und fallen deshalb innerhalb von Schule nicht auf. Sie sind aber gleichermaßen mit familiären Belastungen konfrontiert und gefährdet. Insbesondere die Tabuisierung und das indirekte familiäre Kommunikationsverbot kann dazu führen, dass betreffende Kinder sich verschließen und zurückziehen. Kinder psychisch erkrankter Eltern können in Schule also auch durch besonders unauffälliges Verhalten auffallen und internalisierende Störungen entwickeln. Besonders dann, wenn die Verhaltensveränderungen über einen längeren Zeitraum andauern oder aber sehr plötzlich, sollten Lehrkräfte genau hinschauen (vgl. ebd.). So wie die Lebenslagen psychisch erkrankter Eltern komplex und vor allem individuell sind, können auch Verhaltensveränderungen unterschiedlich aussehen. Brockmann und Lenz (2013) beschreiben mögliche Verhaltensveränderungen auf der Ebene des Kindes, im Kontakt zu Gleichaltrigen des Kindes und in seiner Versorgung (vgl. ebd.). Das Kind kann zum einen traurig, innerlich angespannt wirken, aber auch aggressives oder selbstverletzendes Verhalten zeigen (vgl. ebd.). Es ist möglich, dass es müde wirkt oder dem Unterrichtsgeschehen nur schwer folgen kann. Im Kontakt zu seinen KlassenkameradInnen kann es sich zurückhaltender verhalten und sich von ihnen isolieren, genauso aber auch Streit und Konflikte suchen (vgl. ebd.). Fehlt das Kind häufig, verspätet sich oder ist der Jahreszeit nicht angemessen gekleidet, werden generell grundlegende Versorgungsschwierigkeiten sichtbar, könnte dies ebenfalls ein Anzeichen dafür sein, dass familiäre Belastungen auftreten, denen es nachzugehen gilt (vgl. ebd.).

Selbstverständlich deuten Veränderungen im Verhalten von Kindern nicht zwangsläufig auf Überforderung der Eltern oder eine Gefährdung der psychischen Gesundheit hin. Hinter den beschriebenen möglichen Verhaltensveränderung muss auch nicht zwangsläufig eine psychische Erkrankung der Eltern stehen (vgl. ebd., 132). Eine Kumulation aus schulischen Anforderungen und Belastungen aufgrund der elterlichen psychischen Erkrankung, können aber grundsätzlich ein enormes Risiko für die kindliche Gesundheit und die schulische Leistungsfähigkeit darstellen. Daher sind Lehrkräfte in jedem Fall dazu angehalten, sensibel auf Verhaltensveränderungen ihrer SchülerInnen zu achten (vgl. ebd. S. 131).

4.3 Kinder psychisch erkrankter Eltern – Eine spezifische Risikogruppe für den Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung?

Die Belastungsmuster Kinder psychisch erkrankter Eltern und ihre Bewältigungsversuche wirken sich nicht nur auf den Schulalltag und die schulischen Leistungen aus, sie wirken sich insbesondere auch auf die psychische Gesundheit der Kinder aus. Eine positive Entwicklung

und die psychische Gesundheit der Kinder ist vor allem bei einer Kumulation subjektiver Belastungsfaktoren, denen sie langfristig ausgesetzt werden, der Fall (vgl. Bruland et al. 2017, S. 776). Das Aufwachsen unter erhöhten Belastungen und das erhöhte Risiko aufgrund der elterlichen psychischen Erkrankung selbst psychische Auffälligkeiten oder Störungen zu entwickeln, machen Kinder psychisch erkrankter Eltern zu einer Hochrisikogruppe für Entwicklungsstörungen oder Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Jungbauer 2016, S. 225). Besonders häufige Störungsbilder, die Kinder psychisch erkrankter Eltern entwickeln, sind kindliche Depressionen, Angststörungen, hyperkinetische Störungen wie ADHS, aber auch expansive Verhaltensstörungen (vgl. ebd.). Die Symptome genannter Störungen wirken sich unmittelbar auf Schule und Unterricht aus und führen zu Auffälligkeiten, die das Sozialverhalten, die Aufmerksamkeit und das Lernen beeinträchtigen (vgl. Brockmann 2014, S. 90). Die Belastungen und Sorgen innerhalb der Familie führen nicht selten dazu, dass Kinder Störungen im Unterricht als Möglichkeit nutzen, um sich von eben diesen Belastungen abzulenken, weil ihnen weitere Problemlösestrategien kaum zur Verfügung stehen (vgl. ebd., S. 270). Diese eingeschränkten Problemlösefähigkeiten führen zu einer unangemessenen Situationsbewältigung, was Gefühle wie Frustration oder Ärger hervorruft (vgl. ebd.). Dies wiederum führt zu auffälligem Verhalten und Auseinandersetzungen, sowohl mit der Lehrkraft als auch mit MitschülerInnen. Für vereinzelte Diagnosen der psychisch erkrankten Eltern konnten in weiteren Studien weitere psychische Auffälligkeiten von Kindern psychisch erkrankter Eltern festgestellt werden. So sind Kinder depressiver Eltern beispielsweise signifikant weniger sozial aktiv und kompetent und zeigen auffälliges Verhalten und schlechtere Schulleistungen (vgl. Mattejat/Lisofsky 2014, S. 115). Kinder mit Eltern, die an einer Zwangsstörung erkrankt sind, zeigen deutlich höhere Werte für internalisierende Störungen, wie depressiven Stimmungen, Ängste oder psychosomatische Probleme (vgl. ebd.).

Aus den Ergebnissen einzelner qualitativer Studien, aber auch in den vorherigen Kapiteln herausgestellten Auswirkungen der elterlichen psychischen Erkrankung auf die kindliche Entwicklung, lässt sich schlussfolgern, dass bei Kindern psychisch erkrankter Eltern aufgrund der kumulativen Belastung eine Gefährdung der Persönlichkeitsentwicklung und der psychischen Gesundheit vorliegt. Dies macht sie im Schulkontext zu einer Risikogruppe, die stärker von einem sonderpädagogischen Förderbedarf im Bereich der emotionalen und sozialen Entwicklung bedroht sein kann.

Der Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung ist mit einem Anteil von rund 23 Prozent in Nordrhein-Westfalen der am zweitstärksten repräsentierteste sonderpädagogische Förderschwerpunkt (vgl. Henneman/Casale 2016, S. 33). Bei rund 36.000 SchülerInnen wurde ein sonderpädagogischer Förderbedarf im Schuljahr 2020/2021 in diesem Bereich festgestellt,

ein Großteil dieser Kinder wird trotz der inklusiven Schulentwicklung¹⁸ weiterhin an Förderschulen beschult (vgl. Ministerium für Schule und Weiterbildung NRW, 2021, 16). Die Kultusministerkonferenz (KMK) definiert den Förderschwerpunkt folglich:

„Sonderpädagogischer Förderbedarf ist bei Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen der emotionalen und sozialen Entwicklung, des Erlebens und der Selbststeuerung anzunehmen, wenn sie in ihren Bildungs-, Lern-, und Entwicklungsmöglichkeiten so eingeschränkt sind, dass sie im Unterricht der allgemeinen Schule auch mit Hilfe anderer Dienste nicht hinreichend gefördert werden können“ (KMK, 2000, 10f.).

Der Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung (ESE) umfasst den „Themenkomplex der Verhaltensstörungen“ (Stein/Müller 2018, S. 30), der Fachverband Council for Children with Behavior Disorders schlägt erweiternd den Begriff der Gefühls- und Verhaltensstörung vor (vgl. Hennemann/Casale 2016, S. 33). Unter Gefühls- und Verhaltensstörungen werden spezifische Störungsbilder gefasst, die sich auf zwei übergeordnete Kategorien beziehen: Externalisierende, nach außen gerichtete Störungen, wie Störungen des Sozialverhaltens oder AD(H)S und internalisierende, nach innen gerichtete Störungen, beispielsweise Depressionen oder Angststörungen (vgl. Myschker/Stein 2014, S. 51ff.).¹⁹ Laut des Jugend-Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts weisen knapp 18 Prozent aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland Auffälligkeiten im Bereich der Emotionalität und des Sozialverhaltens und auf²⁰ (vgl. Hennemann/ Casale, 2016, S. 34). Ausgangspunkt für eine Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs sind meist Verhaltensbeobachtungen der Lehrkraft und ihr „subjektives Empfinden“ (Hennemann/Casale 2016, S. 36), dass Problematiken in diesem Bereich vorliegen könnten. Für den Förderschwerpunkt ESE besteht nach AO-SF²¹ ein Bedarf, wenn

„sich eine Schülerin oder ein Schüler der Erziehung so nachhaltig verschließt oder widersetzt, dass sie oder er im Unterricht nicht hinreichend gefördert werden kann und die eigene Entwicklung oder die der Mitschülerinnen und Mitschüler erheblich gestört oder gefährdet ist“ (Ministerium für Schule und Weiterbildung, 2006, online).

Es wird dann ein Verfahren zur Überprüfung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs eingeleitet, wenn ein Schüler oder eine Schülerin besondere Unterstützung benötigt, die

¹⁸ Mit in Kraft treten der UN-BRK und dem Inklusionsbestreben, soll ein Zugang zum regulären Bildungssystem für alle Kinder gelten (vgl. Kölch/ Nolkemper 2017, S. 759).

¹⁹ Die ICD-10 bietet eine umfassende Übersicht über Verhaltens - und emotionale Störungen im Kindes- und Jugendalter, ein Auszug daraus ist dem Anhang¹⁹ zu entnehmen.

²⁰ Nicht gleichzusetzen mit der tatsächlichen Anzahl an Kindern, die einen festgestellten Förderbedarf im Bereich ESE durch ein AO-SF haben.

²¹ Abkürzung für Ausbildungsordnung Sonderpädagogische Förderung.

Fördermöglichkeiten der allgemeinen Schule jedoch ausgeschöpft sind (vgl. Ministerium für Schule und Weiterbildung, 2016, online). Mit dem neunten SchulRÄndG zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, erfolgte ein „grundsätzlicher Paradigmenwechsel im Bereich der sonderpädagogischen Förderung“ (Bezirksregierung Münster 2016, online). Demnach gilt, dass im Sinne einer inklusiven Bildung der Förderort für Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf per Gesetz grundsätzlich zunächst die allgemeine Schule ist (vgl. Ministerium für Schule und Weiterbildung, 2016, Paragraf 1, Absatz 1). Außerdem liegt die Antragsstellung in erster Linie bei den Erziehungsberechtigten (vgl. Ministerium für Schule und Weiterbildung, 2016, Paragraf 11, Absatz 1). Ein Antrag zur Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs seitens der Schule kann nur dann ohne die Einwilligung der Eltern gestellt werden, wenn eine zieldifferente Förderung (im Förderschwerpunkt Lernen oder geistige Entwicklung) notwendig ist oder bei einem Verdacht einer Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt (vgl. AO-SF Paragraf 12, Absatz 1-2).

Bei einem Verdacht auf einen sonderpädagogischen Förderbedarf, wird der Antrag auf die Eröffnung eines Verfahrens zur Feststellung bei der zuständigen Schulaufsichtsbehörde eingereicht. Diese prüft den Antrag und leitet das Verfahren daraufhin ein oder lehnt den Antrag fachlich begründet ab (vgl. Bezirksregierung Münster, 2016, online). Wird dem Antrag stattgegeben, wird das Verfahren zur Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs eingeleitet und eine sonderpädagogische Lehrkraft sowie eine Lehrkraft der allgemeinen Schule mit der Erstellung des Gutachtens beauftragt. Die Gutachtenerstellung erfolgt gegebenenfalls unter Hinzuziehen der Gesundheitsbehörde und die Erziehungsberechtigten werden über den Ablauf des Verfahrens informiert. Nach Fertigstellung des Gutachtens, entscheidet die Schulaufsichtsbehörde auf Grundlage dessen, ob ein sonderpädagogischer Förderbedarf besteht und informiert die Erziehungsberechtigten darüber in einem Gespräch. Nach Feststellung wird mindestens eine allgemeine Schule des gemeinsamen Lernens als Lernort vorgeschlagen, auf Wunsch der Eltern auch eine für den festgestellten Förderbedarf geeignete Förderschule (vgl. Ministerium für Schule und Weiterbildung Paragraf 13 Absatz 1-6). Wenngleich ein festgestellter sonderpädagogischer Förderbedarf zusätzliche Ressourcen und die Grundlage für eine gezieltere und bedürfnisorientiertere Förderung darstellen kann, ist kritisch anzumerken, dass insbesondere mit dem Förderschwerpunkt ESE eine Stigmatisierung und Etikettierung als auffällig, gestört und förderbedürftig erfolgt (vgl. Stein/Müller, 2018, 36). Diese als „Etikettierungs-Ressourcen-Dilemma“ bekannte Herausforderung, ist vor allem deswegen problematisch, als dass erst finanzielle und personelle Ressourcen zur Verfügung stehen, wenn sich die Störung bei emotional und sozial belasteten Schülern bereits manifestiert hat und sie diagnostiziert wurde. (vgl. ebd.).

In der Arbeit mit emotional und sozial belasteten Kindern und auch mit Kindern psychisch erkrankter Eltern, stellt Prävention²² und die Erkennung von Risikofaktoren daher einen zentralen Aspekt dar, um eine Manifestierung von Gefühls- und Verhaltensstörungen zu verhindern und ungünstige Entwicklungsverläufe vorzubeugen (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017, S. 47). Eine Früherkennung emotionaler sozialer Belastungen, denen Kinder ausgesetzt sind, und anbahnender Probleme ist von großer Bedeutung und Aufgabe der Lehrkräfte. Eine wirksame Prävention setzt dabei ein Wissen über Risiko- und Belastungsfaktoren voraus, bezieht sich aber mit Blick auf die Salutogenese auch auf die Aktivierung von Ressourcen (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017, S. 48).

5. Schutzfaktoren und Bewältigungsstrategien von Kindern psychisch erkrankter Eltern

Auch wenn Kinder psychisch erkrankter Eltern auf vielfältige Weise von der psychischen Erkrankung ihrer Eltern betroffen sind und eine Risikogruppe darstellen, entwickeln trotz dessen längst nicht alle eine psychische Störung, Auffälligkeiten oder Entwicklungsstörungen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 35). Die mögliche Erklärung dazu, liefern Erkenntnisse aus der Resilienzforschung (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 34f.). In belastenden Lebenssituationen sind mitunter folgende Faktoren entscheidend: bestehende Ressourcen, die eine Entlastung darstellen, vorhandene Schutzfaktoren und Bewältigungsstrategien, mit Hilfe derer die erlebte Situation verändert werden kann (vgl. Byland Rosero 2017, S. 27). Dank der Resilienzforschung und populären Studien²³, sind zahlreiche protektive Faktoren für die kindliche Entwicklung bekannt. Für Kinder psychisch erkrankter Eltern steht die Forschung noch am Anfang (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe, 2017, S. 35; Lenz, 2020, S. 34). Dennoch können einzelne Studien herangezogen werden, um neben allgemeinen Schutzfaktoren auch spezifische Schutzfaktoren von Kindern psychisch erkrankter Eltern herauszuarbeiten.

5.1 Resilienzkonzept – Begriffsbestimmung und zentrale Forschungsbefunde

Das Konzept der Resilienz²⁴ versucht das Phänomen von Heranwachsenden zu beschreiben, widrige und ungünstige Lebensumstände, trotz massiver Entwicklungsrisiken erfolgreich zu meistern (vgl. Zander 2011, S. 181; Wustmann Seiler 2021, S. 18) und trotz dessen zu „erstaunlich kompetenten, leistungsfähigen und stabilen Persönlichkeiten“ (Wustmann Seiler 2021, S. 14) heranzuwachsen. Das Phänomen der Resilienz hat sich in jüngerer Zeit zu einem relevanten Forschungsinteresse zahlreicher Fachdisziplinen entwickelt (vgl. ebd.). Die

²² Ein zentrales Prinzip präventiver Arbeit ist die Beeinflussung von Risikofaktoren und der Minimierung psychosozialer Belastungsfaktoren, um eine Verschlechterung des Zustandes zu vermeiden und das Auftreten von Erkrankungen zu vermeiden (vgl. Matzejat/Lisofsky 2014, S. 140).

²³ Wie die Kauai- Studie (Werner und Smith, 1982), die Mannheimer Risikokinderstudie (Laucht et al., 1994) oder die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie (Lösel und Bender, 1999).

²⁴ Der Begriff Resilienz leitet sich von dem englischen Wort „resilience“ ab, was so viel wie Spannkraft, Elastizität oder Widerstandsfähigkeit bedeutet (vgl. Wustmann Seiler, 2021, 18). Synonyme für den Begriff der Resilienz stellen die Begriffe „psychische Elastizität“, „psychische Robustheit“ oder „Stressresistenz“ dar (ebd.).

gegenwärtige Resilienzforschung versucht protektive Faktoren kindbezogener und sozialer Ressourcen zu identifizieren und die Fragen zu beantworten, was Kinder, die unter schwierigen Bedingungen und Risiken aufwachsen, stark macht, weshalb sie die belastenden Lebensumstände erfolgreich bewältigen können und welche Aspekte zu einer positiven Entwicklung beitragen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 34f.; Wustmann Seiler 2021, S. 14). Die Entwicklungsrisiken können dabei auf biologischer, psychologischer oder psychosozialer Ebene beschrieben werden (vgl. Wustmann Seiler 2021, S. 18). Damit orientiert sich das Resilienzkonzept am Konzept der Salutogenese, der Frage nach der Gesundheitserhaltung des Menschen (vgl. Wustmann Seiler 2021, S. 26). Wustmann Seiler definiert den Begriff der Resilienz wie folgt:

„Unter Resilienz wird die psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken verstanden. Das Phänomen der Resilienz bezieht sich auf die Abwehr von maladaptiven Reaktionen angesichts belastender Lebensumstände.“ (Wustmann Seiler 2021, S. 22).

In weiterer gegenwärtiger Literatur²⁵ wird Resilienz ergänzend verstanden als:

- Kompetenz, die durch Lernprozesse entsteht (vgl. Zander 2011, S. 197)
- „Prozess der gelingenden Bewältigung schwieriger Lebensbedingungen über ein Wechselspiel zwischen Individuum, Familie, sozialem Umfeld (...)“ (Loch 2014, S. 27)
- „außergewöhnlich gute und stabile Kontrollüberzeugung“ (Zander 2011, S. 191)
- „dynamischer oder kompensatorischer Prozess positiver Anpassung“ (Lenz/Kuhn 2011, S. 273)
- „Fähigkeit, vorhandene Mechanismen zur Bewältigung alterstypischer Entwicklungsaufgaben trotz schwieriger Umstände zu aktivieren“ (Masten u. Powell, 2003, zitiert nach Lenz/Kuhn 2011, S. 274)
- „das positive Gegenstück zu Vulnerabilität, (...) die Verwundbarkeit, Verletzbarkeit oder Empfindlichkeit einer Person gegenüber äußeren (ungünstigen) Einflussfaktoren“ (Wustmann Seiler 2021, S. 22).

Ein zentrales Merkmal von Resilienz, das deutlich wird, ist der relative Charakter (vgl. Lenz 2021, S. 29; Wustmann Seiler 2021, S. 18). Resilienz meint nicht die Abwesenheit oder Nichtexistenz von psychischen Störungen und Entwicklungsstörungen, sondern die besondere Bewältigung besonderer Schwierigkeiten oder Widrigkeiten (vgl. Opp 2007, S. 251). Personale und auch soziale Ressourcen, aus denen Kinder im Zuge ihrer Entwicklung

²⁵ Diese Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie soll lediglich verdeutlichen, dass unterschiedliche Aspekte der Resilienz je nach Schwerpunkt hervorgehoben werden.

schöpfen können, allein machen sie nicht zu resilienten Kindern, sondern erst die Fähigkeit, massive Beeinträchtigungen oder Entwicklungsrisiken²⁶ erfolgreich zu bewältigen (vgl. Wustmann Seiler 2021, S. 18). Ihnen gelingt es, die mit den widrigen Lebensumständen einhergehenden Entwicklungsrisiken weitestgehend zu kompensieren oder abzumildern (vgl. ebd.). Resilienz ist weder umfassend noch stabil, sondern eine variable, kontextspezifische Kompetenz (vgl. ebd., S. 30). So können Kinder in bestimmten Lebensphasen resilientes Verhalten zeigen und in darauffolgenden Entwicklungsphasen, in denen sie anderen Risikoeinflüssen ausgesetzt sind, anfälliger für schwierige Ereignisse sein (vgl. ebd.). Gleiches gilt für verschiedene Lebens- oder Kompetenzbereiche (vgl. ebd., S. 32). Resilienz stellt auch kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal dar²⁷, sondern eine Kompetenz, die im Verlauf der Entwicklung im Zusammenspiel mit der Umwelt erworben wird (vgl. Wustmann Seiler 2021, S. 28) und demnach erlernt, aber auch verlernt werden kann (vgl. Zander 2011, S. 197; Wustmann Seiler 2021, S. 31). Sie stellt eine Kompetenz dar, die kontinuierlich in den Blick kindlicher Entwicklung genommen werden muss. Anknüpfend daran soll aber auch die aktive Rolle der Heranwachsenden im Resilienzprozess betont werden. So wirken nicht nur frühere Umwelterfahrungen auf das Kind und seine Bewältigungsfähigkeiten ein, auch das Kind selbst wirkt regulierend auf seine Umwelt ein und ist aktiv in den Anpassungsprozess an die aversiven Umgebungsbedingungen beteiligt (vgl. Wustmann Seiler 2021, S. 28; Lenz 2021, S. 29). Der Aspekt des Zusammenspiels zwischen Umwelt und Individuum und seine aktive Rolle im Prozess, ist vor allem für Bildungseinrichtungen wie Kita und Schule und weitere außerfamiliäre Bereiche hinsichtlich der Unterstützung und Präventionsarbeit mit Kindern, die unter erschwerten Lebensbedingungen aufwachsen, von Bedeutung (vgl. Wustmann Seiler 2021, S. 14).

5.2 Schutzfaktoren für Kinder psychisch erkrankter Eltern - Allgemeine Schutzfaktoren

Die Beobachtung des Phänomens der Resilienz führte in der Forschung zu einem Interesse unterschiedlicher Entwicklungsverläufe und spezifischen personalen und sozialen Ressourcen (vgl. Wustmann Seiler 2021, S. 28). Resilienz muss also immer auch im Kontext von Risiko- und Schutzkonzept betrachtet werden (vgl. Lenz/Kuhn 2011, S. 273).

Unter Schutzfaktoren, auch protektiven oder risikomildernden Faktoren genannt, werden psychologische Merkmale oder Eigenschaften verstanden, die die Wahrscheinlichkeit der Entstehung einer psychischen Störung oder Entwicklungsstörung abmildern, im Umkehrschluss die „Aufretenswahrscheinlichkeit eines positiven bzw. gesunden Ergebnisses erhöhen“ (Wustmann Seiler 2021, S. 44). Hervorzuheben ist, dass protektive Merkmale erst dann als solche klassifiziert werden können, wenn sie Risikofaktoren abmildern oder

²⁶ Beispielsweise traumatische Erlebnisse, Verlusterfahrungen oder das Aufwachsen in Armut

²⁷ Ältere Forschungsbefunde sprechen von „unverwundbaren Kindern“ (vgl. Wustmann Seiler 2021, S. 28)

beseitigen (vgl. ebd., S. 45). Es kann also erst bei einer vorliegenden Gefährdung von Schutzfaktoren gesprochen werden, ohne ein Risiko können Aspekte, die sich positiv auf die Entwicklung auswirken, nach Ruttter (1990) lediglich als entwicklungsförderliche Bedingungen bezeichnet werden (vgl. ebd.). Bei der Bewältigung von Krisensituationen oder langanhaltenden Stresssituationen, kommen Schutzfaktoren demnach eine große Bedeutung zu: sie dienen als Puffer, fördern die Anpassung des Individuums an seine Umwelt und erschweren das Auftreten einer psychischen Störung, indem sie die Risikofaktoren abschwächen oder kompensieren (vgl. ebd., S. 47). Protektive Faktoren stellen mit den Eigenschaften und Merkmalen des Kindes selbst zum einen personale Ressourcen und mit protektiven Faktoren seiner Umwelt, soziale Ressourcen dar (vgl. ebd., S. 46). Diese stehen in Wechselwirkung zueinander und können daher nicht isoliert voneinander betrachtet werden. Mittlerweile existieren zahlreiche Längsschnittstudien, wie die Kauai Studie (Werner/ Smith, 1982), die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie (Lösel/ Bender, 1999) oder die Mannheimer Risikostudie (Laucht et al. 1994), mithilfe derer eine Reihe von protektiven Faktoren identifiziert werden konnte (vgl. Lenz/Kuhn 2011, S. 276). Diese werden in folgender Abbildung zusammengefasst.

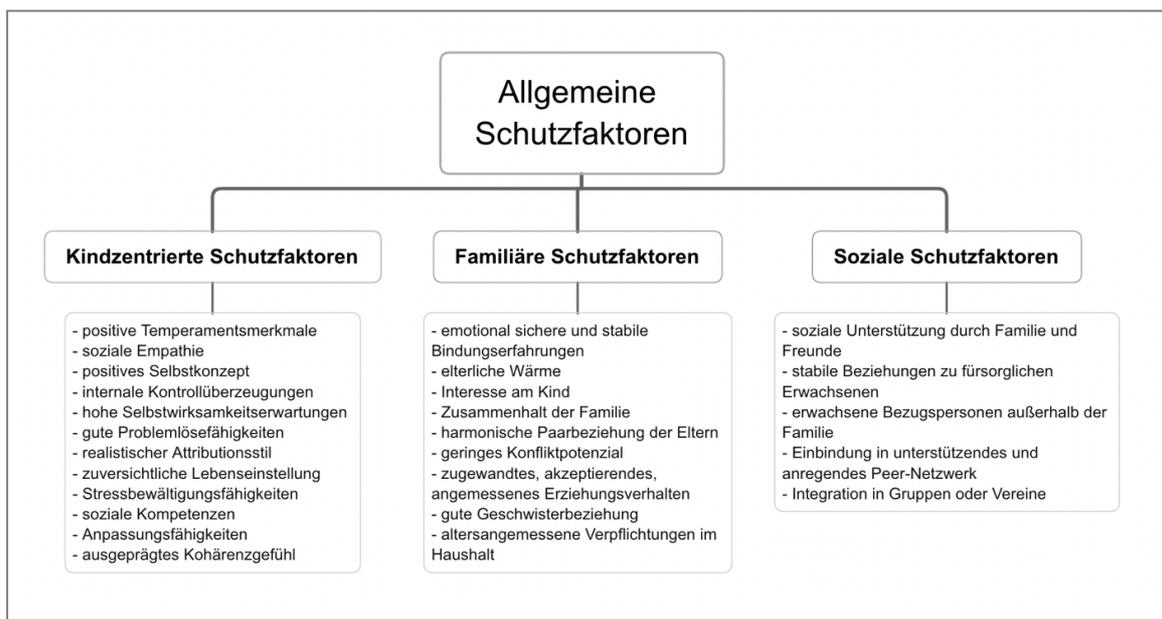


Abbildung 2: Allgemeine Schutzfaktoren (Eigene Darstellung, basierend auf Brockmann/Lenz, 2016, 78)

Kindzentrierte Schutzfaktoren stellen protektive Eigenschaften dar, die das Kind in sich trägt, wie zum Beispiel ein positives Temperament, das sich durch ein umgängliches, freundliches, anpassungsfähiges und vorwiegend positiv gestimmtes Gemüt auszeichnet (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 79), ein positives Selbstkonzept und Selbstwert, soziale Kompetenzen, gute Problemlösefähigkeiten oder hohe Selbstwirksamkeitserwartungen. Die personalen Ressourcen unterstützen das Kind dabei mit Problemsituationen umzugehen. So

nutzen resiliente Kinder verschiedene angemessene Problemlösefähigkeiten, setzen sich wirkungsvoll mit ihrer realen Lebenswelt auseinander und bewältigen Schwierigkeiten situationsangemessen, übernehmen Verantwortung für ihr Handeln und besitzen die internale Überzeugung, dass sie durch ihr eigenes Handeln ihre Situation beeinflussen können (vgl. ebd., S. 82ff.). Auch soziale Kompetenzen, wie die Empathiefähigkeit oder gute kommunikative Kompetenzen schützen Kinder, da sie dazu verhelfen, sich in andere hineinzusetzen, soziale Situationen einzuschätzen und ihre eigenen Gefühle und Gedanken wahrzunehmen und mitzuteilen (vgl. Brockmann/Lenz 2021, S. 80). Auch gute Schulleistungen stehen in einem Zusammenhang mit Resilienz und protektiven Faktoren und drücken Ausdauervermögen und ein überdurchschnittliches Maß an Hartnäckigkeit oder Intelligenz aus (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 81).

Auf der Ebene der familiären Schutzfaktoren spielen die Bindungserfahrungen, die das Kind mit seinen ersten Bezugspersonen macht, eine zentrale Rolle, wenn es um die psychische Widerstandsfähigkeit geht (vgl. Brockmann/Lenz, 2016, 85). Ein wichtiger protektiver Faktor gegenüber den Risiko- und Belastungsfaktoren stellt eine „stabile und emotional sichere Bindung durch die Bezugspersonen“ (Brockmann/Lenz 2016, S. 85). Kinder psychisch erkrankter Eltern, so Lenz (2016) haben dann gute Entwicklungschancen, wenn sie sich auf verlässliche, sichere und tragfähige Beziehungen innerhalb ihrer Familie stützen können (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017, S. 36). Sichere Bindungen tragen dazu bei, ein positives Selbstwertgefühl sowie Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeitserleben und soziale Kompetenzen zu entwickeln (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 37). Auch ein positives, emotional warmes Familienklima stellt einen protektiven Faktor dar und hilft, Belastungen auch innerhalb der Familie zu meistern.

Darüber hinaus können schützende Bedingungen auch außerhalb der familiären Beziehungen Ressource und Schutzfaktor für Kinder psychisch erkrankter Eltern sein und sind für betreffende Kinder und mit Blick auf den Schulkontext daher besonders wichtig. Freundschaften zu Gleichaltrigen, das Eingebunden sein in eine Gruppe oder vertrauensvolle Beziehungen zu erwachsenen Bezugspersonen stellen soziale Schutzfaktoren dar (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 88), die insbesondere dann von besonderer Bedeutung sind, wenn genannte familiäre protektive Bedingungen unzureichend gegeben sind oder innerhalb der Familie für die Entwicklung des Kindes schädigende Bedingungen gegeben sind, wie es in Familien mit psychisch erkrankten Eltern häufiger der Fall sein kann.²⁸

Soziale Schutzfaktoren tragen zur Resilienz des Kindes bei und werden zu stabilisierenden Faktoren. Außenstehende Personen, wie pädagogische Fachkräfte und Lehrkräfte werden,

²⁸ Die Risiko- und Belastungsfaktoren in Familien mit psychischen Erkrankungen wurden in Kapitel 3 umfassend herausgearbeitet.

wenn als Vertrauens- und Bezugspersonen wahrgenommen, zur wichtigen sozialen Ressource (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 37).

5.3 Spezifische Schutzfaktoren im Kontext psychisch erkrankte Eltern

Da sich in unterschiedlichen Themen- und Problemfeldern ein Kernbereich von Merkmalen festmachen lässt, die protektiv auf die kindliche Entwicklung wirken, kann davon ausgegangen werden, dass es sehr breit gefächerte wirksame Schutzfaktoren gibt (vgl. Lenz/Kuhn 2011, S. 286). Daher geht die Resilienzforschung mittlerweile auch der Frage nach, welche spezifischen Schutzfaktoren es für verschiedene Problemfelder gibt (vgl. ebd.). Für Kinder psychisch erkrankter Eltern können Psychoedukation und eine positive familiäre Krankheitsbewältigung als spezifische protektive Faktoren benannt werden.

5.3.1 Psychoedukation

Psychoedukation als altersgerechte und situationsangemessene Aufklärung des Kindes über die elterliche psychische Erkrankung bildet der Resilienzforschung nach einen bedeutsamen Schutzfaktor für die Entwicklung des Kindes, da Kinder psychisch erkrankter Eltern häufig mit unerwartetem Verhalten und Reaktionen konfrontiert werden (vgl. ebd.; Brockmann/ Lenz 2016, S. 69). Wissen Kinder um und über die psychische Erkrankung, sind sie eher in der Lage, Reaktionen oder Verhalten des erkrankten Elternteils einordnen zu können. Mit der Aufklärung über die psychische Erkrankung erhalten sie die „innere Erlaubnis“ Fragen zu stellen und über ihre eigenen Ängste und Sorgen zu sprechen (vgl. ebd.). Allgemein werden unter dem Begriff Psychoedukation „systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Wiedemann, Klingberg und Pitschel Walz 2003, S. 789; zitiert nach Brockmann/Lenz 2016, S. 70).

Die Psychoedukation spielt eine bedeutende Rolle für die Krankheitsverarbeitung und kann als enormer Schutzfaktor für Kinder psychisch erkrankter Eltern angesehen werden, da sie der Tabuisierung der Erkrankung und dem Entwickeln subjektiver, kindlicher Krankheitstheorien entgegenwirkt, die meist weitaus beängstigender für betroffene Kinder sind als die Realität (vgl. Mattejat/Lisofsky 2014, S. 124). Eine Enttabuisierung der elterlichen psychischen Erkrankung stellt die Grundlage von Psychoedukation dar (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 70). Insgesamt können drei Haupteffekte im Kontext einer elterlichen psychischen Erkrankung beschrieben werden. Zum einen bewirkt eine angemessene Wissensvermittlung eine Veränderung des kindlichen Belastungserlebens (vgl. ebd., S. 71). Wissen Kinder psychisch erkrankter Eltern um die elterliche psychische Erkrankung und den Ursprung bestimmter Symptome oder Verhaltensweisen, können sie Situationen und Reaktionen besser einordnen. Sie bewerten außerdem ihre eigene Verantwortlichkeit anders, da sie wissen, dass das

elterliche Verhalten einen triftigen Grund hat. Damit wird die Gefahr einer traumatischen Verarbeitung der Belastungssituation verringert und es gelingt betroffenen Kindern, die Symptome und Verhaltensweisen ihres erkrankten Elternteils aus einer distanzierteren Sichtweise wahrzunehmen (vgl. Brockmann/Lenz, 2016, 71). So können Ängste und Sorgen der Kinder reduziert werden (vgl. Lenz 2021, S. 82).

Ein weiterer positiver Effekt der Psychoedukation ist der des Hoffnung Spendens. Über die Informationen der elterlichen psychischen Erkrankung, können Kinder positive Zukunftserwartungen in Bezug auf die Entwicklung der Erkrankung und die eigene Lebensgestaltung entwickeln (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 71). Sie sind durch das Wissen eher in der Lage ihre Lebenssituation zu bewältigen und sich positive Veränderungen ihrer Lebensumstände auszumalen (vgl. ebd.).

Ferner fördert die Psychoedukation betroffener Kinder sogenannte Empowerment Prozesse (vgl. ebd.) Psychoedukation eröffnet neue Handlungsspielräume und Perspektiven und gibt Kindern psychisch erkrankter Eltern das Gefühl der Kontrolle und Beeinflussbarkeit ihrer belastenden Situation (vgl. Lenz 2021, S. 82). Mit einem positiven Selbstwirksamkeitserleben gelingt es ihnen, unvorhersehbare Reaktionen und Verhaltensweisen ihrer Eltern mit Blick auf das Wissen über die Erkrankung besser einschätzen und einordnen können (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S.71). Mit dem Wissen, was sie tun können und welche Situationen sie nicht beeinflussen können, erlangen betroffene Kinder Eigenständigkeit, Selbstbefähigung und Selbstermächtigung (vgl. ebd.). In der Förderung dieser Empowerment Prozesse, werden Kinder ermutigt, ihre eigenen Kompetenzen und Fähigkeiten zu entdecken und einzusetzen, was sie wiederum in ihrer Resilienz stärkt. Eine offene Kommunikation wirkt sich über den familiären Kontext hinaus, auch auf den schulischen Alltag hinaus. Nach Trepte (2008) besitzen Kinder psychisch erkrankter Eltern, die darüber aufgeklärt sind und über Wissen verfügen, verbesserte Möglichkeiten zur Steuerung belastender Gedanken. Dies führt zu einer angemesseneren Steuerung des Verhaltens, da betreffende Kinder in der Lage sind, auf belastende Gedanken nicht mit Ablenkung und Stören des Unterrichts zu reagieren, sondern diese in positive Zukunftserwartungen umwandeln können (vgl. Brockmann 2014, S. 270). Kinder profitieren von der Psychoedukation, sie können Gedanken über die elterliche Erkrankung zulassen und schaffen es, angstauslösende Gedanken durch positive Selbstinstruktionen in beruhigende Gedanken umzuwandeln und sich selbst Mut zuzusprechen (vgl. ebd.).

Lenz (2005) stellte in seiner Interviewstudie heraus, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern ein großes Informationsbedürfnis haben und den Bedarf nach Informationen über die elterliche Erkrankung auch klar benennen können (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 71). Dabei suchen „die Kinder offensichtlich keine allgemeinen und umfassenden Informationen“ (ebd., S. 72).

Über die Fragen zur elterlichen Erkrankung, werden vor allem die eigenen Gefühle und Gedanken transportiert, die Kinder oft nicht ausdrücken können (vgl. ebd., 73).

„Oftmals verbergen sich hinter den scheinbar eindeutigen Sachfragen der Kinder nicht nur Wünsche nach kognitiven Informationen, also nach Fakten und Erklärungen von Zuständen oder Zusammenhängen, sondern zugleich auch ein emotionales Anliegen, das als solches wahrzunehmen und direkt anzusprechen ihnen schwerfällt“ (Lenz 2010, S. 177).

Als besonders wichtig für die betroffenen Kinder stellen sich Fragen bezüglich der Krankheitsursache und den Verlauf der Erkrankung oder der Umgang mit der Erkrankung im familiären Alltag und mögliche Veränderungen im Familienleben heraus. So versteckt sich hinter der Frage nach der Entstehung oder Ursache der elterlichen psychischen Erkrankung für das betroffene Kind beispielsweise häufig die Frage nach der eigenen „Mitschuld“ an der Erkrankung. Zwei Aspekte sind für die Psychoedukation von zentraler Bedeutung. Zum einen die individuellen Informationsbedürfnisse Kinder psychisch erkrankter Eltern und Psychoedukation als dialogischer Prozess. In Gesprächen, die der Psychoedukation dienen, müssen Kinder dazu ermutigt werden, individuelle Fragen stellen zu können und über Ängste und Sorgen zu sprechen.

5.3.2 Positive Familiäre Krankheitsbewältigung

In Kapitel 3.1 wurde die familiäre Krankheitsbewältigung als zentraler Einflussfaktor auf die kindliche Entwicklung und seine psychische Gesundheit als Teil des Modells der psychischen Gesundheit von Kindern psychisch erkrankter Eltern dargestellt (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 81; Brockmann/Lenz 2016, S. 75). Sie wurde aber auch als Risikofaktor bezeichnet, wenn keine positive Krankheitsbewältigung gelingt. Da die familiäre Krankheitsbewältigung aber auch einen Schutzfaktor darstellen kann, stellt sich die Frage, wie eine adäquate Krankheitsbewältigung und ein angemessener Umgang mit der psychischen elterlichen Erkrankung innerhalb der Familie stattdessen aussehen kann. Brockmann und Lenz (2016) fassen aus der Literatur dafür zentrale Aspekte einer angemessenen Krankheitsbewältigung zusammen. Zum einen lässt sich eine positive Krankheitsbewältigung durch eine akzeptierende Haltung der psychischen Erkrankung und Krankheitseinsicht kennzeichnen (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 75). Die psychische Erkrankung zu akzeptieren, setzt eine aktive Auseinandersetzung mit auftretenden Symptomen voraus (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 81). Auch wenn es für betroffene Elternteile aufgrund der Angst vor Stigmatisierungs- oder Ablehnungserfahrungen eine Herausforderung darstellen kann, sich die psychische Erkrankung selbst und auch vor anderen Familienmitgliedern einzugestehen und zu akzeptieren, stellt dies eine Notwendigkeit in Bezug auf die Krankheitsbewältigung dar (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 75). Die Krankheitseinsicht ist zudem eine Voraussetzung für eine

adäquate psychologische und psychiatrische Behandlung (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 81). Neben der inneren Einsicht und Akzeptanz gegenüber der psychischen Erkrankung, spielen für die innerfamiliäre Bewältigung dieser sowohl die Organisation des Alltages betroffener Familien als auch konkrete auftretende Bewältigungsformen eine Rolle. In Bezug auf die Bewältigungsformen berichten Eltern, dass für sie zu Beginn der Erkrankung die Hoffnung auf baldige Genesung im Vordergrund steht (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 81). In der Anfangsphase der Erkrankung steht die Belastung der gesamten Familie und der der Kinder im Hintergrund, dies findet erst im Verlauf der Erkrankung Beachtung (vgl. ebd.). Für eine aktive Auseinandersetzung und Beachtung aller Familienmitglieder, ist die familiäre Organisation des Alltages daher von großer Bedeutung (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 75; Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 81). Da sich in akuten Krankheitsphasen oder in Phasen ambulanter oder stationärer Therapie, Strukturen und Organisation des familiären Alltages enorm verändern können, ist es wichtig, dass innerhalb betroffener Familien Aufgaben von Familienmitgliedern flexibel umverteilt werden können (vgl. ebd.). Die betroffene Familie muss demnach in der Lage sein, ihr Familienleben, einschließlich beruflicher und schulischer Situation an die Gegebenheiten anzupassen und familiäre Rollen neu zu definieren (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 76). Gleichzeitig stellt dies aber auch eine Herausforderung dar, da Heranwachsende Alltagsstrukturen benötigen, die ihnen Halt und Orientierung bieten (vgl. ebd.). Hierbei steht vor allem das gesunde Elternteil vor einer großen Verantwortung, wenn das erkrankte Elternteil nicht in der psychischen Verfassung ist, Aufgaben wahrzunehmen oder sich in einer psychiatrischen Klinik befindet. Neben innerfamiliären Faktoren, die zu einer adäquaten Krankheitsbewältigung beitragen, nimmt auch die Aktivierung sozialer Ressourcen eine zentrale Funktion für eine angemessene Krankheitsbewältigung ein (vgl. ebd.). Die Nutzung von externen Hilfsangeboten der Kinder- und Jugendhilfe beispielsweise, kann eine Entlastung darstellen (vgl. ebd.), setzt aber auch einen offenen Umgang mit der elterlichen psychischen Erkrankung voraus. Brockmann und Lenz (2016) betonen an dieser Stelle auch, dass es eine Rolle spielt, wie die psychische Erkrankung eines Elternteils von den jeweiligen Familienmitgliedern wahrgenommen wird. Eine Sichtweise auf die elterliche psychische Erkrankung, die sie als gemeinschaftlich zu bewältigen betrachtet, fördert die Selbstwirksamkeit und familiäre Resilienz²⁹ (Walsh, 2003). So kann die psychische Erkrankung eines Elternteils auch dazu beitragen, dass innerfamiliäre Beziehungen gestärkt werden, wenn sich die Familienmitglieder durch die Bewältigung der psychischen Erkrankung miteinander verbunden fühlen und das Gefühl haben, die Erkrankung gemeinsam bewältigen zu können (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 77).

²⁹ Eine Darstellung der zentralen Aspekte des Konzepts der familiären Resilienz nach Walsh (2003) ist dem Anhang zu entnehmen.

5.4 Bewältigungsstrategien (Copingstrategien) von Kindern im Umgang mit der elterlichen psychischen Erkrankung

Ob Kinder psychisch erkrankter Eltern selbst psychische Auffälligkeiten oder Erkrankungen entwickeln, hängt neben den zur Verfügung stehenden Schutzfaktoren auch von den mobilisierbaren Strategien zur Bewältigung der belastenden Situation ab (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017, S. 42). Diese Bewältigungsstrategien werden auch als Copingstrategien bezeichnet und gelten als „jene verhaltensorientierten und intrapsychischen Anstrengungen, mit umweltbedingten und internen Anforderungen fertig zu werden, das heißt, sie zu meistern, zu tolerieren, zu reduzieren oder zu minimieren (Lazarus und Launier, 1981, zitiert nach Wustmann Seiler 2021, S. 76).“ Mit dem Versuch mit belastenden Situationen emotional, kognitiv und handelnd umzugehen (Brockmann/Lenz 2016, S. 63), geht die Vorstellung von Situationen oder schädlichen Umwelteinflüssen einher, die Stress auslösen und aktiv bewältigt werden müssen. Das Coping- oder Bewältigungsverhalten verfolgt neben dem Ziel diese schädlichen Einflüsse zu verringern, auch das Ziel, das emotionale Wohlbefinden zu steigern und Erholung zu schaffen. Auch soziale Beziehungen und ein positives Selbstbild sollen damit aufrechterhalten werden (vgl. Wustmann Seiler 2021, S. 76). Ob eine Situation als bedrohlich oder schädigend bewertet wird, hängt grundsätzlich davon ab, inwieweit das Individuum in der Erwartung ist, diese Situation bewältigen zu können (vgl. ebd.).³⁰ Hierfür bedarf es angemessene Strategien, die in engem Zusammenhang mit den vorhandenen Schutzfaktoren stehen³¹, da die Bewältigung belastender und stressreicher Lebensumstände maßgeblich davon abhängt, welche personalen und sozialen Ressourcen verfügbar sind (vgl. Matzejat/Lisofsky 2014, S. 97; Brockmann/Lenz 2016, S. 63).

Lazarus und Folkman (1984) differenzieren zwischen Bewältigungsstrategien mit problemlösender Funktion und emotionsorientierter Funktion (vgl. Lenz/Kuhn 2011, S. 289), wobei das Bewältigungsverhalten bei Kindern, wie auch bei Erwachsenen, eine mehrdimensionale Struktur aufweist (vgl. ebd., S. 290). Bewältigungsstrategien können nicht allgemein in günstig oder ungünstig differenziert werden, da der Kontext und die Passung zwischen der jeweiligen Situation und dem Bewältigungsverhalten eine Rolle spielt (vgl. ebd.). Belegt werden konnte jedoch ein Zusammenhang zwischen einem erhöhten Wohlbefinden und situativ angemessenen Bewältigungsstrategien (vgl. ebd.).

Im Forschungsfeld Kinder psychisch erkrankter Eltern, steht die Copingforschung noch am Anfang, es liegen bislang wenige Studien vor (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017, S. 43). Diese Studien (Lenz 2005; Lenz et al. 2011; Kuhn/Lenz/Jungbauer 2011) beschäftigten sich mit der Frage, über welche Bewältigungsstrategien Kinder psychisch erkrankter Eltern verfügen. Sie deuten darauf hin, dass sich diese Kinder häufig dysfunktionaler Bewältigungsstrategien

³⁰ Diese Erwartung wird als Selbstwirksamkeitserwartung bezeichnet (vgl. Wustmann Seiler 2021, S. 76).

³¹ Schutzfaktoren dienen der Vermeidung oder Abmilderung von Entwicklungsstörungen und psychischen Störungen (vgl. Lenz/Kuhn 2011, S. 289).

bedienen (vgl. ebd.), jedoch kein spezifisches Copingverhalten von Kindern psychisch erkrankter Eltern herausgearbeitet werden kann (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 66). Vielmehr wenden sie mehrere, teilweise auch konträre Bewältigungsstrategien an (vgl. ebd.). Da ein Zusammenhang zwischen Schutzfaktoren und der Verfügbarkeit von Strategien zur Bewältigung belastender Situationen besteht, kann die Ursache von unzureichenden oder dysfunktionalen Bewältigungsstrategien bei Kindern psychisch erkrankter Eltern in einem Mangel von protektiven Ressourcen liegen. Einem Teil der Kinder psychisch erkrankter Eltern steht damit nicht das „Repertoire“ an Strategien zur Verfügung, wie Kindern, die mit zahlreichen Schutzfaktoren aufwachsen (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 64).

Einige Kinder psychisch erkrankter Eltern nutzen Bewältigungsstrategien, wie das Zurückziehen in Phantasiewelten, die Vermeidung einer aktiven Auseinandersetzung mit der belastenden Situation, das Bagatellisieren, Resignation, Ablenkung oder aggressives Verhalten (vgl. Jungbauer 2016, S. 14; Brockmann/Lenz 2016, S. 65). Als günstige Strategien können davon jedoch nur das Bagatellisieren und Ablenkung oder Erholung bewertet werden (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 65). Günstige Bewältigungsstrategien stellen aktive Versuche der Problemlösung dar, wie die Situationskontrolle oder positive Selbstinstruktionen. Auch ein soziales Unterstützungsbedürfnis kann als günstige Bewältigungsstrategie betrachtet werden (vgl. ebd.). Letzteres ist bei Kindern psychisch erkrankter Eltern zwar gegeben, die Bemühung um Unterstützung von außen aber weniger (vgl. Jungbauer 2016, S. 15). Ein breites Repertoire an Bewältigungsstrategien, die situationsangemessen ausgewählt und genutzt werden können, mindert jedoch das Risiko zur Entstehung von psychischen Erkrankungen und Auffälligkeiten (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017, S. 44).

Welche Bewältigungsstrategien Kinder psychisch erkrankter Eltern anwenden, haben Lenz et al. (2011) mittels qualitativer Interviews bei Kindern mit an Schizophrenie erkrankten Eltern erhoben (vgl. ebd., S. 43). In der Studie konnten insgesamt drei Copingtypen identifiziert werden: das aggressive Coping, das kontrollierende Coping und das moderate Coping (vgl. ebd.). Das aggressive Coping kennzeichnet sich durch eine geringe Ablenkungsfähigkeit und gering ausgeprägte Strategien zur Emotionsregulation. Diese Faktoren führen dazu, dass nicht nur die Aggressionen bei Kindern mit diesem Copingstil stark ausgeprägt sind, sondern auch ihre negative Stressverarbeitung (vgl. ebd.) Ihnen fehlt es damit an Möglichkeiten, sich in unkontrollierbaren Situationen zu erholen und zu entspannen oder günstige Strategien, wie das Bagatellisieren oder Problemlösestrategien anzuwenden. Kinder mit einem solchen Copingtyp weisen ein deutlich erhöhtes Risiko auf, selbst eine psychische Störung zu entwickeln (vgl. ebd., S. 44). Das kontrollierende Copingverhalten ist vor allem durch ein hohes soziales Unterstützungsbedürfnis und eine überdurchschnittliche Ausprägung positiver Stressbewältigung gekennzeichnet (vgl. ebd.). Aktive Bewältigungsmaßnahmen, wie das Bagatellisieren oder positive Selbstinstruktionen, können angewendet werden. Eine

Voraussetzung stellt hierbei allerdings die Verfügbarkeit des familiären oder außerfamiliären Netzwerkes dar, da Kinder dieses Copingstils ebenfalls gering ausgeprägte Anpassungsfähigkeiten an unkontrollierbare Situationen besitzen und ihr soziales Unterstützungsbedürfnis befriedigt werden muss, damit sie aus diesen Bewältigungsmaßnahmen schöpfen können (vgl. ebd.). Ein Risiko für das Entwickeln einer psychischen Störung, stellt für Kinder mit einem kontrollierenden Copingverhalten demnach eine familiäre Krankheitsverarbeitung dar, die von Tabuisierung und einem Kommunikationsverbot geprägt ist (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017, S. 44). Der dritte Copingstil, den Lenz et al. herausarbeiten konnten, ist das moderate Coping. Dieses Copingverhalten wird als unauffällig bezeichnet. Kinder mit diesem Copingstil verfügen demnach über ein breites Repertoire an Bewältigungsstrategien, die sie situationsangemessen für sich nutzen können. Demnach kann das Risiko für diese Kinder an einer psychischen Störung zu erkranken im Vergleich zu den beiden anderen Copingstilen als eher gering eingeschätzt werden (vgl. ebd.).

Auffällig hierbei und wichtig für Prävention und die pädagogische Arbeit mit Kindern psychisch erkrankter Eltern, ist der bestehende Zusammenhang zwischen der Tabuisierung und der Bewältigung der mit der elterlichen psychischen Erkrankung einhergehenden Belastungen, den sowohl Lenz et al. (2011) als auch Brockmann (2014) andeuten. So neigen Kinder, die um die elterliche psychische Erkrankung wissen und eine offene Kommunikation erfahren, dazu, (negative) Gedanken zur elterlichen Erkrankung bewusst zuzulassen und diese in positive Selbstinstruktionen umzuformen. Sie sprechen sich dann selbst Mut zu und sind in der Lage, angstausslösende Gedanken in beruhigende Gedanken umzuwandeln (vgl. Brockmann 2014, S. 270). Das Nichtwissen um die Erkrankung führt hingegen eher dazu, dass sich betreffende Kinder von negativen Gedanken ablenken und ihnen seltener weitere Problemlösekompetenzen und -Strategien zur Verfügung stehen (vgl. ebd., S. 271.).

Ein Verständnis für die zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien und ihre Förderung ist in der Arbeit mit Kindern psychisch erkrankter Eltern somit ein wichtiger Aspekt in Bezug auf Prävention.

6. Handlungsperspektiven von Schule – Ort der Ressourcenstärkung

Die Schule als Lebensraum von Heranwachsenden und Ort der sozialen Teilhabe (vgl. Opp 2007, S. 239), kann einen sicheren und haltgebenden Ort für Kinder aus belasteten Lebenslagen darstellen, an dem personale und soziale Ressourcen sowie Schutzfaktoren gestärkt werden können. Dies lässt Kinder resilienter und handlungsfähiger im Umgang mit Belastungen werden.

Im Kontext Kinder psychisch erkrankter Eltern nimmt demnach auch die Schule und vor allem Lehrkräfte eine sehr bedeutsame Rolle ein, wenn es darum geht, betreffende Kinder in ihrer Entwicklung zu unterstützen. Daher verfolgt das folgende Kapitel das Ziel,

Handlungsmöglichkeiten von Schule und vor allem von Lehrkräften im Umgang mit Kindern psychisch erkrankter Eltern herauszuarbeiten. Neben bedingungsförderlichen Aspekten, sollen auch Hindernisse und Grenzen der Zuständigkeit kritisch betrachtet werden.

6.1 Zum Einfluss von Schule und Lehrkräften auf die kindliche Entwicklung

Schule als Lebens- und Erfahrungsraum beeinflusst die kindliche Entwicklung und auch den familiären Alltag maßgeblich (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 22; Opp 2007, S. 239). Kinder und Jugendliche verbringen aufgrund der Schulpflicht einen erheblichen Teil ihrer Zeit in der Schule und mit Tätigkeiten, die mit der Schule zusammenhängen. Neben der Familie ist die Schule ein sozialer Raum, in dem Heranwachsende die meiste Zeit verbringen (vgl. Bruland 2017, S. 788) Demnach stellt die Institution Schule einen bedeutsamen Ort der sozialen Teilhabe dar, der für Heranwachsende von großer Relevanz ist (vgl. Opp 2007, S. 239). Schule beeinflusst Heranwachsende auch in ihrer Persönlichkeitsentwicklung, da sie einen Handlungs- und Erfahrungsraum darstellt, „der das Denken, Fühlen und Handeln von Kindern und Jugendlichen beeinflusst (Hofmann, Siebertz-Reckzeh 2008, S. 14; zitiert nach Brockmann/Lenz 2016, S. 22).

Für viele Heranwachsende stellt Schule einen Risikofaktor dar und kann ein Ort der „Langeweile, der sozialen Ausgrenzung und der Angst sein“ (Opp 2007, S. 240), wenn Kinder in Schule beispielsweise Diskriminierung, Konflikte oder Mobbing erfahren oder Leistungsanforderungen an sie gestellt werden, denen sie sich nicht gewachsen fühlen. Die mit der Schule einhergehenden täglichen Anforderungen und Belastungen können bei Heranwachsenden zu einem erhöhten Belastungserleben und Stress führen, da sie im Kontrast zu Erwachsenen anfälliger für solche Belastungen sind (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 23). Diese Belastungen, Makrostressoren, werden von einem Großteil der SchülerInnen jedoch angemessen bewältigt. Dennoch belegen zahlreiche Studien³² auch, dass sich diese schulischen Anforderungen negativ auf die kindliche Gesundheit und das Wohlbefinden auswirken können (vgl. Brockmann/ Lenz 2016, S. 23).

Insbesondere für Kinder, die unter erschwerten Bedingungen aufwachsen, kann Schule aber einen wichtigen Resilienzfaktor darstellen (vgl. Kölch/ Nolkemper 2017, S. 756), indem in Schule ein sozialer Erfahrungsraum geschaffen wird, in dem sich Kinder wohl- und zugehörig fühlen und stützende Kontakte zu Peers aber auch zu ihren Lehrkräften aufbauen (vgl. Opp 2007, S. 239). Zentrale Aspekte, die bei der Frage nach Schule als soziale Ressource bei der Thematik Kinder psychisch erkrankter Eltern in den Blick genommen werden sollten, stellen zum einen das Schul- beziehungsweise Klassenklima, die Qualität von Unterricht, vor allem aber auch die Beziehungen, die innerhalb von Schule geknüpft werden können, dar (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 94f.). Nicht nur die Beziehungen zu Gleichaltrigen sind von

³² Beispielsweise der Bielefelder Grundschulsurvey aus dem Jahr 1997.

Relevanz, sondern auch die Beziehung zur Lehrkraft, die eine vertrauensvolle Bezugsperson darstellen kann. Darüber hinaus hebt Opp (2007) auch den kompensatorischen Einfluss von Schule heraus, die mit ihren verlässlichen Strukturen und immer gleichen Abläufen, Sicherheit geben kann. Der Einfluss genannter Faktoren auf das emotionale Wohlbefinden und die kindliche Entwicklung wurde vielfach belegt³³.

6.2 Schule als soziale Ressource – Unterstützungsmöglichkeiten und Präventionsmaßnahmen für Kinder psychisch erkrankter Eltern

„Je früher Unterstützung und Hilfe einsetzen – so lautet die Leitidee –, desto eher kann der Verfestigung einer Störung und ihren Spätfolgen vorgebeugt werden (...). Erfolgreiche Präventionsarbeit darf sich nicht darauf beschränken, die Risikofaktoren für pathologische Entwicklungsverläufe zu mindern bzw. durch Interventionen zu kompensieren. (Lenz/Kuhn 2011, S. 293)“.

In der Präventionsarbeit wird der Aktivierung und Stärkung von Ressourcen, die Risikofaktoren abmildern und als Puffer fungieren, eine zentrale Wirkung zugesprochen (vgl. Lenz/Kuhn 2011, S. 294; Lenz/ Wiegand-Grefe, 2017, S. 48). Für die befragten psychisch erkrankten Eltern, die Lehrkräfte ihrer Kinder über die Erkrankung informierten, stellte die Aktivierung solcher sozialen Ressourcen in der qualitativen Studie von Brockmann (2014) einer der zentralen Beweggründe für die offene Kommunikation ihrer eigenen Erkrankung dar (vgl. Brockmann 2014, S. 240). Mit dieser Enttabuisierung wollten sie ihre Kinder darin unterstützen, sozial-unterstützungsorientierte Bewältigungsstrategien zu erlernen und pädagogische Fachkräfte und Lehrkräfte als erwachsene Vertrauens- und Bezugspersonen wahrzunehmen (vgl. ebd.). Gleichzeitig besteht bei Kindern von Eltern, die die psychische Erkrankung nicht kommunizieren, ein hohes Unterstützungsbedürfnis bei einer mangelnden Inanspruchnahme dieser möglichen sozialen Ressourcen (vgl. ebd.).

Es scheint eine beinahe unüberwindbare Hürde für Kinder darzustellen, von sich aus auf ihre Lehrkräfte zuzugehen und die psychische elterliche Erkrankung zu thematisieren:

„Den Kindern fällt es ausgesprochen schwer, solche sozialen Ressourcen im Zusammenhang mit ihrer spezifischen Lebenssituation zu aktivieren bzw. zu mobilisieren“ (Lenz 2005, S. 120).

Welche Möglichkeiten bestehen also für die in der Schule tätigen pädagogischen Fachkräfte und Lehrkräfte, Kinder psychisch erkrankter Eltern individuell zu unterstützen?

³³ Zum Beispiel von Hurrelmann und Settertobulete (2008), Bilz (2008,2013), Hascher und Hagenauer (2011) aber auch die Metastudie von Hattie (2013).

Schule als strukturierte Gegenwelt für Kinder aus problembelasteten Familien

Opp (2007) macht deutlich, dass Schule selbst mit seinen ritualisierten Strukturen und immer wiederkehrenden gleichen Abläufen einen wichtigen Schutzraum bietet. Sie stellt einen Gegenpol zur Lebenswelt dar, in der Kinder psychisch erkrankter Eltern häufig mit unkontrollierbaren Strukturen und Belastungen leben, die zu einer Entnormalisierung des Alltages führen (vgl. Brockmann/ Lenz 2016, S.43). Betreffende Kinder erfahren in Schule demnach ein Stück Normalität, Stabilität und Verlässlichkeit, die sie für eine gesunde Entwicklung brauchen.

Positives Schul- und Klassenklima als Lernort sozialer Kompetenzen (vgl. Brockmann/ Lenz 2016, S. 94)

Ein positives Schul- und Klassenklima schafft einen geschützten Handlungs- und Erfahrungsraum, indem Kinder psychisch erkrankter Eltern sich als Teil einer sozialen Gruppe wahrnehmen, positive soziale Kontakte aufbauen können und Integration in ein außerfamiliäres Sozialleben erfahren (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 94). Dies ist besonders dann von Bedeutung, wenn Kinder psychisch erkrankter Eltern durch die Tabuisierung und den sozialen Rückzug der Familie außerhalb von Familie und Schule wenig Sozialkontakte, Freunde und Angehörige haben. Sie erhalten so die Möglichkeit für einen sozialen Kompetenzzuwachs und eine Steigerung ihres Selbstwertgefühls. Darüber hinaus konnte Bilz (2008, 2013) in einer Studie zur Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten in Zusammenarbeit mit der World Health Organisation (WHO) herausstellen, dass sich ein positives Klima in der Schule positiv auf emotionale Probleme, psychosomatische Beschwerden sowie internalisierende Störungen auswirkt (vgl. Brockmann /Lenz 2016, S. 94f.).

Gute Schulleistungen als Schutzfaktor

Gute Schulleistungen stellen in der Resilienzforschung aus verschiedenen Gründen einen potenziellen protektiven Faktor dar (vgl. Brockmann/ Lenz 2016, S. 95). Sie dienen ebenfalls dem Aufbau eines positiven Selbstwertgefühls, aber auch anderer kindzentrierter Schutzfaktoren, wie der Selbstwirksamkeitserwartung, internalen Kontrollüberzeugungen oder Problemlöse- und Anpassungsfähigkeiten. In den Studien von Lösel und Bender (2007) zeichneten sich resiliente Kinder durch eine höhere Leistungsmotivation, Ausdauervermögen und Hartnäckigkeit aus (vgl. ebd., S. 81). Sie waren dazu in der Lage, ihre eigenen Ressourcen und Fähigkeiten zu nutzen, um bessere Schulleistungen zu erzielen und eine positive Beziehung zur Schule aufzubauen. Auch können gute Schulleistungen Zukunftsaussichten vermitteln. Intelligenz als solches stellt keine Bedingung für gute Schulleistungen dar, kann

aber auch als Schutzfaktor gelten, wenn es darum geht ungünstige sozioökonomische Verhältnisse auszugleichen (vgl. Brockmann / Lenz 2016, S. 81).

Aufbau vertrauensvoller Beziehungen zu erwachsenen Bezugspersonen

Eine positive und vertrauensvolle Beziehung zur Lehrperson, kann für Kinder psychisch erkrankter Eltern eine wichtige soziale Ressource darstellen (vgl. ebd., S. 100) und ist sowohl für Prävention und Intervention von zentraler Bedeutung. In Kapitel 6.2.2 wird auf die Beziehungsgestaltung und die Rolle der Lehrkraft in Bezug auf Handlungsperspektiven von Schule zum Umgang mit Kindern psychisch erkrankter Eltern daher ausführlich eingegangen. Zu betonen ist an dieser Stelle, wie nah Lehrkräfte an SchülerInnen sind und dass ihnen bei der Erkennung von auffälligem oder veränderten Verhalten eine große Verantwortung zukommt. Zudem können Lehrkräfte eine erste Anlaufstelle für Kinder bei Sorgen und Problemen darstellen.

Kinder psychisch erkrankter Eltern als potenziell gefährdet für einen sonderpädagogischen Förderbedarf

Von besonderer Relevanz im Kontext Kinder psychisch erkrankter Eltern in Schule, ist die präventive Arbeit, die Schule und Lehrkräfte leisten (können). In den Kapiteln 3, 4.2 und 4.3 dieser Arbeit, konnte verdeutlicht werden, dass das Risiko für Kinder mit Eltern, die psychisch erkrankt sind, Entwicklungsstörungen, psychische Auffälligkeiten und Störungen oder Verhaltensveränderungen zu entwickeln signifikant höher ist als bei Kindern psychisch gesunder Eltern. Obgleich eine psychische elterliche Erkrankung der Schule und Lehrkräften bekannt ist, kann Schule dieses Risiko mildern und mit einer allgemeinen Unterstützungshaltung dazu beitragen, dass diese Störungen gar nicht erst entstehen und Kinder psychisch erkrankter Eltern in ihrer Resilienz und Empowerment Prozessen gestärkt werden. Bei einer offenen Kommunikation und Wissen um die elterliche psychische Erkrankung kommt Schule und Lehrkräften die Rolle als Vermittler, eingebunden in ein psychosoziales Netzwerk fachkompetenter Hilfe- und Unterstützungsleistungen zuteil.

Wenn auch im vorherigen Kapitel deutlich wurde, dass Schule als Sozialisationsinstanz selbst auch ein Risikofaktor darstellen kann und auch nur eingeschränkt Einfluss auf innerfamiliäre Prozesse und Bedingungen des Aufwachsens genommen werden kann, so kann Schule als Ort der Ressourcenstärkung einen wesentlichen Beitrag zur psychischen Gesundheit und Wohlbefinden, Persönlichkeitsentwicklung und Alltagsbewältigung von Kindern psychisch erkrankten Eltern leisten. Dafür müssen sie Schule als einen Ort erfahren, in dem sie Erfahrungen der persönlichen Zuwendung, der Bestätigung eigener Werthaftigkeit oder der Einbindung in ein soziales Netzwerk machen (vgl. Opp 2007, S. 255).

6.2.1 Mental Health Literacy – Kompetenzerweiterung von Lehrkräften im Umgang mit psychischen Erkrankungen und Kindern psychisch erkrankter Eltern

In vorherigen Kapiteln wurden die Belastungen von Kindern psychisch erkrankter Eltern und die damit verbundenen Risiken für die Entwicklung und Gesundheit betroffener Kinder herausgearbeitet. Auch wurde in Kapitel 4.2 und 4.3 dargestellt, wie die elterliche psychische Erkrankung Einfluss auf die schulischen Leistungen und den Schulerfolg nehmen kann. Aufgrund der Belastungen, denen Kinder psychisch erkrankter Eltern ausgesetzt sind, werden auch ihre Lehrkräfte mit unterschiedlichen Reaktionen und Bewältigungsversuchen der Kinder konfrontiert (vgl. Bruland et al. 2017, S. 775).

Lehrkräften kann eine bedeutsame Rolle zugesprochen werden, wenn sie hinter auffälligem Verhalten subjektive Belastungsmuster erkennen und mit Unterstützung auf das Problemverhalten reagieren (vgl. ebd., S. 776). Eine Voraussetzung dafür stellt im Kontext Kinder psychisch erkrankter Eltern ein sensibler Umgang und eine bewusste Auseinandersetzung mit psychischen Erkrankungen und mentaler Gesundheit dar.

Es bedarf seitens der Lehrkräfte zum einen Wissen darüber, mit welchen Belastungen Kinder psychisch erkrankter Eltern konfrontiert sein können, wie die elterliche psychische Erkrankung Einfluss auf das Leben des Kindes und seinen Schulalltag nehmen kann und zum anderen eine Einschätzung, wann Handlungs- und Unterstützungsbedarf seitens der Schule besteht (vgl. ebd.). Diese an Lehrkräfte gestellten Anforderungen und Kompetenzen können unter dem Konzept der *mental health literacy*, der mentalen Gesundheitskompetenz zusammengefasst werden. Die mentale Gesundheitskompetenz umfasst

„a) das Wissen über die Prävention psychischer Erkrankungen, b) das Erkennen von Erkrankungen zur Erleichterung der Hilfesuche, c) Kenntnisse über professionelle Hilfe und verfügbare Behandlungsoptionen, d) das Wissen über wirksame Selbsthilfestrategien sowie e) Wissen und Fähigkeiten, um Betroffene zu unterstützen und in Akutsituationen zu versorgen“ (Jorm 2012, zitiert nach Bollweg et al. 2020, S. 146).

Die mentale Gesundheitskompetenz spielt nicht nur für die psychisch Erkrankten und Angehörigen selbst eine zentrale Rolle in Bezug auf Krankheitsbewältigung, sondern insbesondere bei jüngeren Kindern auch für erwachsene Bezugspersonen, wie Lehrkräfte und pädagogische Fachkräfte (vgl. Bollweg et al. 2020, S. 150). Da Kinder im Grundschulalter in der Regel darauf angewiesen sind, dass erwachsene Bezugspersonen auf sie zukommen und sie bei der Suche nach Hilfe unterstützen, nehmen Lehrkräfte eine zentrale Funktion ein, was das Beobachten und Erkennen von Auffälligkeiten und möglichen Belastungen betrifft. Mit dem Erkennen möglicher Belastungen und dem Wissen um die Prävention psychischer Erkrankungen, einschließlich dem Wissen um Verhaltensweisen, die die psychische Gesundheit fördern, können Lehrkräfte mit individueller Unterstützung und Maßnahmen zur

Stärkung protektiver Faktoren, zu einer positiven Entwicklung von Kindern psychisch erkrankter Eltern beitragen. Das Fördern der Mental Health Literacy, die Lehrkräfte zu einem kompetenteren Umgang mit psychischen Erkrankungen verhilft, kann betreffenden Kindern nicht nur in Akutsituationen helfen, sondern leistet auch präventive Arbeit, der mit der bereits angesprochenen Aktivierung von Ressourcen eine zentrale Wirkung zugesprochen werden kann (vgl. Lenz/Kuhn 2011, S. 294).

Ein weiterer zentraler Aspekt in Bezug auf die mentale Gesundheitskompetenz kann dem Abbau von stigmatisierenden Einstellungen und Vorbehalten gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen zugesprochen werden. Um diesen Aspekt ergänzen Kutcher et al. (2016) das Konzept zur Mental Health Literacy von Jorm et al. (vgl. Kirchoff 2020, S. 210). Ferner fokussieren sich Kutcher et al. nicht nur auf das Erkennen, Bewältigen und Vorbeugen psychischer Auffälligkeiten, sondern auch auf eine aktive Förderung der psychischen Gesundheit (vgl. ebd.). Mit grundlegendem Wissen um psychische Erkrankungen, damit einhergehenden Belastungen, Symptomen und ihre Auswirkungen auf Familienangehörige, können Belastungsmuster und Verhaltensweisen von Kindern psychisch erkrankter Eltern besser wahrgenommen werden.

Sind Lehrkräfte in der Lage, Belastungsfaktoren und psychische Auffälligkeiten zu erkennen, wissen sie um mögliche Unterstützungsmöglichkeiten und Anlaufstellen, an die sie betreffende SchülerInnen vermitteln können und besitzen sie Handlungskompetenzen und -sicherheit im Umgang mit Kindern psychisch erkrankter Eltern, stellen sie ganz eindeutig einen wichtigen Schutzfaktor für die Entwicklung von betreffenden Kindern dar. Sie können zum vertrauensvollen Ansprechpartner und Bezugsperson werden und betreffende Kinder im Aufbau eines positiven Selbstwertes und Selbstwirksamkeitserleben im Umgang mit der belastenden Lebenssituation unterstützen (vgl. Bollweg 2020, S. 147).

Die Mental Health Literacy spielt damit eine zentrale Rolle, da sie Lehrkräfte in ihren Handlungskompetenzen unterstützt und Einfluss auf die Beziehungsgestaltung und den Umgang mit der elterlichen psychischen Erkrankung von Lehrkräften nimmt. Sie ist daher zwingend durch Fort- und Weiterbildungen zu fördern, auch, damit Lehrkräfte Einstellungen und Vorbehalte zu psychischen Erkrankungen reflektieren können.

6.2.2 Beziehungsgestaltung - Lehrkräfte als Vertrauenspersonen und BeraterInnen

Die Gestaltung vertrauensvoller und stabiler Beziehungen zu Erwachsenen außerhalb der Familie, stellt für Kinder psychisch erkrankter Eltern einen zentralen Schutzfaktor dar. In der Arbeit mit Kindern psychisch erkrankter Eltern in Schule kann daher der SchülerInnen – Lehrkraft – Beziehung eine besondere Bedeutung zugesprochen werden.

Es herrscht allgemeiner Konsens darüber, dass die SchülerInnen – Lehrkraft – Beziehung von besonderer Bedeutung sowohl für den Schulerfolg von Heranwachsenden als auch für ihre

Persönlichkeitsentwicklung ist (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 96; Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S: 61). Der hohe Einfluss der Lehrperson auf den Schulerfolg ist unbestreitbar. Lehrkräfte nehmen grundsätzlich eine wichtige Funktion im Leben von Kindern ein und können eine erwachsene Bezugsperson für Kinder darstellen (vgl. Jungbauer 2016, S. 159). Sie sind für ihre SchülerInnen oftmals erster Ansprechpartner bei Sorgen und Problemen, auch im familiären Bereich, und nehmen bei Fragen zur Entwicklung und Erziehung oder in Krisensituationen eine beratende Funktion ein (vgl. Jungbauer 2016, S. 161; Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 61). Die Bedeutung von Lehrkräften und Schule im Zusammenhang mit Kindern psychisch erkrankter Eltern und schützenden Faktoren, ist im deutschsprachigen Raum bisher noch nicht in das Blickfeld der Forschung und Praxis gerückt (vgl. Jungbauer 2016, S. 159). Brockmann (2014) ist in ihrer Studie erstmalig der Frage nachgegangen, inwiefern Lehrkräfte als erwachsene Bezugspersonen in der Lebenswelt Schule einen sozialen Schutzfaktor für Kinder psychisch erkrankter Eltern darstellen können. Die zentralen Aspekte der Gestaltung der SchülerInnen - Lehrkraft – Beziehung im Kontext Kinder psychisch erkrankter Eltern und den Funktionen, die Lehrkräfte einnehmen können, werden im Folgenden³⁴ dargestellt.

Lehrkräfte als soziale Ressource und Schutzfaktor

Soziale Schutzfaktoren als „das Geflecht an sozialen Beziehungen zu Verwandten, Freunden und Bekannten, in das die Person eingebunden ist“ (Lenz, 2008, S. 103, zitiert nach Jungbauer 2016, S. 160) sind für Kinder psychisch erkrankter Eltern von enormer Bedeutung für ihre Entwicklung. Soziale Beziehungen außerhalb des Familienkontextes dienen Kindern psychisch erkrankter Eltern als Puffer in belastenden Krisensituationen. Sie fördern das generelle Wohlbefinden und die psychische Gesundheit, indem sie grundlegende soziale Bedürfnisse, wie Geborgenheit, Rückhalt oder Zugehörigkeit erfüllen (Lenz 2010 S. 156; Jungbauer 2016, S. 160). Ob eine Person für betreffende Kinder eine Bezugs- und Vertrauensperson darstellt, hängt entscheidend davon ab, ob diese Person für das Kind emotional verfügbar ist und das Kind das Gefühl hat, für die andere Person etwas Besonderes zu sein (vgl. Jungbauer 2016, S. 160). Wenn dies gegeben ist, kann die Person nach Cohen (2008) eine „Lücke füllen, die Eltern offenlassen“ (ebd.), unabhängig davon, ob die erwachsene Person in einem Verwandtschaftsverhältnis zu dem betreffenden Kind steht. Das heißt, dass auch Lehrkräfte diese Funktion einnehmen und für SchülerInnen mit psychisch erkrankten Eltern eine zentrale Bezugsperson in ihrem Leben darstellen können (vgl. Brockmann 2014, S. 246).

³⁴ Vor allem mit Hilfe der Ausführungen von Brockmann und Lenz (2013, 2014, 2016).

„Zuverlässige und vertrauensvolle Beziehungen könnten jedoch in der belastenden Familiensituation für die Kinder psychisch kranker Eltern eine ausgleichende und normalisierende Funktion übernehmen“ (Lenz 2010, S.156).

Eine Voraussetzung dafür stellt die Herstellung einer emotional stabilen und zuverlässigen SchülerIn – Lehrkraft – Beziehung, die auf Vertrauen beruht, dar. Vertrauen als zentrales Fundament zwischenmenschlicher Beziehungen kann als wesentliches Merkmal für die Qualität dieser Beziehungen bezeichnet werden (vgl. Schweer 2008, S. 547).

Erschwerend beim Aufbau von Vertrauen kommt bei dieser Beziehungskonstellation jedoch eine Rollenasymmetrie hinzu, weshalb es die Lehrkraft ist, die den Vertrauensbildungsprozess initiiert (vgl. Jungbauer 2016, S. 165; Brockmann/Lenz 2016, S. 102). Das Herstellen einer solchen vertrauensvollen, positiven Beziehung zur Lehrkraft, kann insbesondere für Kinder psychisch erkrankter Eltern eine Stütze darstellen, wenn es gelingt mithilfe der Vertrauensbasis eine offene Kommunikation herzustellen. Da oftmals ein inoffizielles Schweigegebot herrscht und die elterliche psychische Erkrankung tabuisiert wird, können Kinder psychisch erkrankter Eltern in Lehrkräften eine Bezugsperson finden, mit der sie über Belastungen innerhalb der Familie sprechen können. Sie suchen in der Regel selten das Gespräch von allein auf, wissen sie jedoch, dass eine erwachsene Vertrauensperson um ihre Belastungen die psychische Erkrankung weiß, empfinden sie dies als große Erleichterung (Kuhn/Lenz 2008, S. 749). Gleichzeitig kann es für sie eine ungewohnt positive Erfahrung sein, wenn Lehrkräfte ihnen Zeit und Aufmerksamkeit schenken und sich nach den familiären Situationen und ihrem Wohlbefinden erkundigen (vgl. Brockmann 2014, S. 244).

Brockmann (2014) stellte in ihrer Studie heraus:

„dass Kinder psychisch erkrankter Eltern veränderte Erwartungen an die Rolle der Lehrer als Bezugspersonen stellen, indem sie einer fürsorglichen und einfühlsamen Haltung eine besondere Gewichtung zukommen lassen.“ (Brockmann 2014, S. 250).

Bei den befragten SchülerInnen kam Brockmann zu dem Ergebnis, dass sie keine hohen Anforderungen an ihre Lehrkräfte in Bezug auf Fachexpertise im Umgang mit der elterlichen Erkrankung stellen und bereits „kleine Signale der Empathie und Unterstützung“ zu einer emotionalen Entlastung führen können (Brockmann 2014, S. 247). Für den Umgang mit Kindern psychisch erkrankter Eltern in der Praxis bedeutet dies, dass schon kurze Nachfragen nach Unterrichtschluss, Signale des Verständnisses bei fehlenden Hausaufgaben und eine offene Grundhaltung und das wiederholte³⁵ Signalisieren der Gesprächsbereitschaft von Bedeutung sind und entlastend wirken.

³⁵ Brockmann (2014) stellte heraus, dass SchülerInnen ihre Lehrkräfte nicht als solche Bezugspersonen wahrnehmen, wenn sie ihre Gesprächsbereitschaft und offene Haltung nicht wiederkehrend signalisieren. Selbst

Kompensatorische Wirkung einer vertrauensvollen SchülerIn – Lehrkraft– Beziehung

Lehrkräfte können SchülerInnen mit psychisch erkrankten Eltern Halt geben, individuelle Hilfestellungen aufzeigen und ihnen bei der Bewältigung akuter Belastungssituationen oder der Aufrechterhaltung ihres Alltages helfen (vgl. Jungbauer 2016, S.161). Besonders in ihren Familien ist ein positives Familienklima, die Eltern – Kind – Interaktion oder auch das elterliche Erziehungsverhalten oftmals eingeschränkt (vgl. Brockmann/ Lenz 2016, S. 104). Eine geringe emotionale Verfügbarkeit, eine gestörte Eltern – Kind – Beziehung, aber auch mangelnde Kommunikation, fehlender Zusammenhalt und ein konflikthafte Familienklima werden als Risikofaktoren innerhalb Familien psychisch erkrankter Eltern beschrieben (vgl. Wiegand-Greife et al. 2016, S. 268). Diese Faktoren verdeutlichen die Notwendigkeit einer stabilen und zuverlässigen Beziehung zur Lehrkraft als Schutzfaktor und ihre ausgleichende und normalisierende, sogar kompensatorische Funktion (vgl. Lenz 2010, S. 156). Durch sie können Kinder psychisch erkrankter Eltern seelischen Halt finden und den negativen Einfluss der fehlenden familiären Ressourcen abmildern oder kompensieren (vgl. Brockmann/ Lenz 2016, S. 104). Die Voraussetzung für eine solch kompensatorische Funktion, stellt eine einfühlsame, achtende Haltung und nach Theis-Scholz (2012) ein wertschätzendes Erziehungsverhalten von Lehrkräften dar:

„Durch ein wertschätzendes Erziehungsverhalten, das verbunden mit Empathie und positiver Fehlerkultur, Schüler in ihrer aktiven Beteiligung ermutigt, kann ein schulisch positives Gleichgewicht zu problembelasteten familiären Umständen geschaffen werden (Theis-Scholz 2012, S. 345)“.

Wenn es der Lehrkraft gelingt, grundlegende Bedürfnisse zu erfüllen, die Kindern psychisch erkrankter Eltern in der Familie nicht hinreichend erfüllt werden können, kann ein solches Gleichgewicht entstehen (vgl. Jungbauer 2016, S. 164; Brockmann/ Lenz 2016, S. 104).

Sicherheit durch Normalität

Neben den bereits genannten Aspekten, sorgen auch die von Lehrkräften geschaffenen festen Strukturen und Abläufe für Halt und Sicherheit bei Kindern psychisch erkrankter Eltern (vgl. Jungbauer 2016, S. 164). Aufgrund der elterlichen psychischen Erkrankung erleben betreffende Kinder oftmals instabile Alltagsstrukturen und eine Ent-Normalisierung des Alltages, insbesondere in akuten Krankheitsphasen erkrankter Elternteile oder bei stationären Aufenthalten (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 105; Jungbauer 2016, S. 164). Durch Rituale und

wenn die Lehrkräfte um die psychische Erkrankung Bescheid wissen (vgl. Brockmann 2014, 248). Kinder psychisch erkrankter Eltern benötigen immer wieder kleine Signale, die sie wissen lassen, dass die Lehrkräfte ihre Belastungen im Blick haben.

geregelte, transparente Abläufe kann die Lehrkraft das familiäre „Chaos“ (Opp, 2007, S. 230) kompensieren und Verlässlichkeit schaffen (vgl. Jungbauer 2016, S. 164).

Auch in den Ausführungen von Brockmann (2014) bestätigt sich der Wunsch der befragten Kinder nach Normalität und vor allem auch der Wunsch einer Gleichbehandlung in Schule. Obgleich ihnen Einfühlungsvermögen und Verständnis seitens der Lehrkraft wichtig sind, möchten sie keine gesonderte Rolle innerhalb der Klasse einnehmen (vgl. Brockmann 2014, S. 249). Dieser Wunsch keine Sonderrolle einzunehmen, geht vor allem mit der Befürchtung von Stigmatisierung oder Ausgrenzung aufgrund der elterlichen psychischen Erkrankung einher (vgl. ebd.). Sie möchten auch nach einer Kommunikation über die elterliche Erkrankung von ihren Lehrkräften gleichbehandelt werden (vgl. ebd.). Damit steht die Lehrkraft vor der Herausforderung das Wissen um die Erkrankung des Elternteils oder Informationen aus Beratungsgesprächen, nicht in die Leistungserwartung oder -bewertung einfließen zu lassen und sie nicht zu bevorzugen oder zu benachteiligen. Es stellt einen großen Vertrauensbeweis dar, wenn sich Kinder psychisch erkrankter Eltern ihren Lehrkräften anvertrauen und damit ihre Ängste vor Stigmatisierung, Vertrauensmissbrauch oder negativen Leistungsbewertungen ablegen (vgl. Brockmann 2014, S. 251).

Lehrkräfte als BeraterInnen

Insbesondere die Beratungstätigkeit von Kindern psychisch erkrankter Eltern stellt hohe Anforderungen an ihre Lehrkräfte. Sie verlangt von Lehrkräften eine hohe Professionalität und Kompetenz, da sie vorübergehend in eine andere Rolle schlüpfen, ihren Erziehungsauftrag kurzzeitig ablegen und mit den hohen Belastungen der betreffenden Schüler konfrontiert werden (vgl. Brockmann/ Lenz 2016, S. 109). Im Sinne einer „Holding-function“ (ebd.), können Lehrkräfte durchaus gefordert sein, starke Emotionen oder unangemessene Verhaltensweisen ihrer SchülerInnen aushalten zu müssen (vgl. ebd.). Demnach bedarf es eine gefestigte Persönlichkeit sowie eine hohe Emotionskontrolle der Lehrkraft, um dem betreffenden Kind Halt und Sicherheit zu vermitteln und das Kind weiß, dass es auch in schwierigen Situationen auf die Lehrkraft zukommen kann (vgl. ebd.).

Beratungssettings innerhalb von Schule und durch Lehrkräfte unterscheiden sich stark von herkömmlichen Beratungssettings und Lehrkräfte können schnell an ihre (Belastungs-)grenzen stoßen. Nicht nur räumliche und zeitliche Faktoren stellen eine Herausforderung dar, da Beratungen häufig vor oder nach Unterrichtssituationen stattfinden und nur begrenzt Zeit dafür zur Verfügung steht. Lehrkräfte werden zudem auch mit der Widersprüchlichkeit ihrer Rollen als BeraterIn und BeurteilerIn konfrontiert (vgl. Brockmann/ Lenz 2016, S. 106). Im Kontext Kinder psychisch erkrankter Eltern berichteten befragte Lehrkräfte, dass sie im Kontakt mit Schülern Unsicherheit und Überforderung verspüren und ihnen die hohe Verantwortung, die sie tragen, bewusst ist (vgl. Brockmann, 2014, 272). An dieser Stelle wird

die zentrale Bedeutung eines Netzwerkes und tragfähiger Kooperationsbeziehungen zwischen Lehrkräften, Schulsozialarbeitern und außerschulischen Kooperationspartnern, wie der Kinder- und Jugendhilfe oder Erziehungsberatungsstellen deutlich.

Zu betonen ist an dieser Stelle aber auch, dass es für die befragten SchülerInnen in der Studie von Brockmann (2014) nicht die Fachkompetenz ihrer Lehrkräfte einen ausschlaggebenden Faktor darstellt, um mit ihnen über die Erkrankung zu sprechen, sondern die Zeit und die Aufmerksamkeit, die sie von ihnen erhalten (vgl. Brockmann 2014, S. 244f.). Dies kann eine ungewohnt positive Erfahrung für sie sein. In jedem Fall ist von Seiten der Lehrkräfte eine einfühlsame Grundhaltung und Sensibilität in Bezug auf die möglichen Belastungen ihrer SchülerInnen gefordert und eine offene Haltung, um die Hemmschwelle für Kinder psychisch erkrankter Eltern zu senken und ihnen die Möglichkeit zu geben, über die elterliche Erkrankung zu sprechen und sich Unterstützung zu holen. Bei Störungen des Unterrichts und auffälligem Verhalten sollten sie nicht ausschließlich mit Konsequenzen reagieren, sondern sich insbesondere bei auffälligen Verhaltensveränderungen mit möglichen Ursachen und Belastungen des Kindes beschäftigen.

6.2.3 Förderung der Resilienz und kindzentrierter Schutzfaktoren

Trotz der multiplen Belastungen und der Bezeichnung von Kindern psychisch erkrankter Eltern als Hochrisikogruppe, entwickeln längst nicht alle Kinder psychische Auffälligkeiten oder Störungen (vgl. Lenz 2021, S. 28). Um dies zu erklären, wurde in Kapitel fünf dieser Arbeit der Blick auf die Resilienzforschung und zentrale Erkenntnisse in Bezug auf Schutzfaktoren als Abmilderung von Risikofaktoren gelenkt. Schule und Lehrkräfte haben nur sehr beschränkt Einfluss auf die Lebenslagen ihrer SchülerInnen (vgl. Zander 2011, S. 393) und die im Modell der psychischen Gesundheit von Kindern psychisch erkrankter Eltern genannten Faktoren, wie Eltern-Kind-Interaktion, Familienklima oder die familiäre Krankheitsbewältigung. Dennoch besitzen Lehrkräfte und pädagogische Fachkräfte die Möglichkeit mit Schule einen Handlungsraum sozialer Teilhabe zu gestalten und ein positives Erlebnis- und Beziehungsfeld herzustellen (vgl. Zander 2011, S. 393). Schule und Lehrkräfte können die sozialen Ressourcen erweitern und wertvolle personale Kompetenzen fördern.

Die beiden zuletzt genannten Aspekte stellen unter anderem zentrale Zielsetzungen der Resilienzförderung dar (vgl. Wustman Seiler 2021, S. 122). Zentrale Aufgabe von Präventions- und Interventionsmaßnahmen im Rahmen der Förderung von Resilienz, ist die Verminderung von Risikofaktoren und die Erhöhung der Resilienz- und Schutzfaktoren (ebd.). Für den Bildungs- also auch schulischen Kontext, beschreibt Wustmann Seiler Ansätze zur Resilienzförderung auf der individuellen und auf der Beziehungsebene (vgl. ebd., 125). Ansätze auf der individuellen Ebene beziehen sich auf das Fördern personaler Ressourcen,

wobei folgende Bereiche bei der Resilienzförderung auf individueller Ebene von der Autorin hervorgehoben werden (Wustmann Seiler 2021, S. 125):

- Problemlösefähigkeiten und Konfliktlösestrategien
- Eigenaktivität und persönliche Verantwortungsübernahme
- Selbstwirksamkeit und realistische Kontrollüberzeugungen
- Positives Selbstwertgefühl
- Selbstregulationsfähigkeiten
- Soziale Kompetenzen, wie Empathie und Perspektivübernahme
- Stressbewältigungskompetenzen
- Körperliche Gesundheitsressourcen

Es bestehen bislang zahlreiche ausgearbeitete Trainingsprogramme für den pädagogischen Kontext³⁶, um genannte Kompetenzen anzubahnen und zu fördern. Göppel (2011) weist aber auch kritisch darauf hin, dass es für die Stärkung personaler Ressourcen und Resilienzförderung in Schule darauf ankommt, was „konkret erfahrbar“ im Unterricht ist (vgl. Zander 2011, S. 394). Kompetenzen zur Bewältigung belastender Lebensereignisse lassen sich nach Göppel (2011) nicht einfach in ein pädagogisches Förderprogramm „verpacken“ (Zander 2011, S. 392). Einzelne Kompetenzen und Strategien sollten demnach eingebettet in die Unterrichtsgestaltung und durch die Haltung der Lehrkraft und in ihrer Beziehung zu SchülerInnen zum Tragen kommen. Auf Beziehungsebene steht die Stärkung der Erziehungskompetenzen pädagogischer Fachkräfte bei der Resilienzförderung im Vordergrund (vgl. Wustmann Seiler 2021, S. 133).

„Jeder Erziehende kann mit seinem Handeln im alltäglichen Umfeld dazu beitragen, dass das Kind im Vertrauen in die eigene Kraft und die eigenen Fähigkeiten gewinnt, dass es sich selbst als wertvoll erlebt und dass es durch seine eigenen Handlungen Veränderungen bewirkt“ (ebd.).

Bei der Frage danach, wie die kindliche Resilienz und personale Ressourcen (Kinder psychisch erkrankter Eltern) gezielt gefördert und gestärkt werden können, geht es nach Wustmann Seiler (2021) vor allem darum, das eigene erzieherische Verhalten zu reflektieren und sein pädagogisches Handeln danach auszurichten. Indem die Lehrkraft beispielsweise Möglichkeiten schafft, in denen sich Kinder psychisch erkrankter Eltern als kompetent erfahren und Erfolgserlebnisse machen, können sie in ihrer Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstvertrauen und inneren Kontrollüberzeugungen gestärkt werden (vgl. ebd., S. 134). Machen Kinder in Schule die Erfahrung, dass sie bedingungslos wertgeschätzt, akzeptiert und sogar dazu ermutigt werden, ihre eigenen Stärken zu erkennen, gewinnen sie Selbstvertrauen

³⁶ Eine Übersicht über bestehende Trainingsprogramme ist dem Anhang zu entnehmen.

und erleben Geborgenheit (vgl. ebd.). In der Förderung von Resilienz und personaler Ressourcen von Kindern psychisch erkrankter Eltern geht es also vor allem darum, Situationen zu schaffen, in denen sie sich als stark und kompetent erleben, in denen sie in Entscheidungsprozesse eingebunden werden, gleichzeitig, aber realistische und altersangemessene Erwartungen an sie gestellt werden (vgl. ebd.).

Gestärkte Ressourcen, die in der Interaktion und Beziehung entwickelt und gefördert werden, können zur Bewältigung ihrer Belastungen verhelfen (vgl. Mattejat/ Lisofsky 2014, S. 97). Im Umgang mit ihren Belastungen, die sich mit der elterlichen psychischen Erkrankung ergeben, sind die Stärkung des Selbstwertgefühls und des Selbstwirksamkeitserlebens von zentraler Bedeutung (vgl. Mattejat/ Lisofsky 2014, S. 98). Durch gezieltes Ansprechen von Begabungen und Stärken, aktives Zuhören und Interesse an Fertigkeiten oder Hobbys des Kindes, können diese kindzentrierten Ressourcen gezielt aktiviert werden (vgl. ebd.). Die aufgezeigten Beispiele³⁷ pädagogischen Handelns stellen sowohl Maßnahmen zur Prävention und Intervention dar. Zu betonen ist an dieser Stelle, dass letztlich nicht nur Kinder aus schwierigen Lebenslagen, wie Kinder psychisch erkrankter Eltern, von einer solchen Grundhaltung und erzieherischen Handelns profitieren, sondern auch Kinder psychisch gesunder Eltern. An dieser Stelle sei jedoch der relative Charakter der Resilienz nicht außen vor zu lassen³⁸.

6.2.4 Kindgerechte Psychoedukation gestalten

„Kinder von psychisch kranken Eltern haben dann gute Entwicklungschancen, wenn die Kinder eine altersgemäße Aufklärung über die elterliche Erkrankung erfahren, die ein Verstehen der elterlichen Verhaltensweisen und der Auswirkungen auf das Familienleben ermöglichen“ (Brockmann/ Lenz 2013, S. 73).

In Kapitel fünf wurde die Bedeutung einer alters- und entwicklungsangemessenen Aufklärung über die elterliche psychische Erkrankung und die zentralen Anliegen der Psychoedukation umfassend dargestellt. Da Psychoedukation ein spezifischer Schutzfaktor für Kinder psychisch erkrankter Eltern darstellt und Bestandteil von Prävention und Intervention ist (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 82), müssen für eine kindgerechte Psychoedukation wesentliche Aspekte, wie Alter, Entwicklungsstand und Fragestellungen des Kindes beachtet werden. Andernfalls kann eine allgemeine Psychoedukation, die die Fragestellungen des betreffenden Kindes, das konkrete Erleben sowie bereits vorhandenes Wissen oder Vorstellungen übersteigt, zu emotionaler Überforderung führen (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 74). Ferner sollte sich Aufklärung über die elterliche psychische Erkrankung nicht auf eine rein kognitive Informationsvermittlung beschränken (vgl. Lenz/ Wiegand – Grefe 2017, S. 82).

³⁷ Eine ausführliche Darstellung der Erziehungsmaximen zur Förderung von Resilienz in Interaktion mit Kindern, die Wustmann Seiler (2021) zusammengestellt hat, ist dem Anhang zu entnehmen.

³⁸ Siehe Kapitel 5.1

Wie bereits beschrieben, geht es Kindern psychisch erkrankter Eltern nicht ausschließlich um das Verstehen von Fakten und Zusammenhängen, sondern vor allem auch um ihre eigenen Empfindungen und Gedanken, die sie über Fragen zur elterlichen psychischen Erkrankung zum Ausdruck bringen (vgl. Brockmann/ Lenz 2017, S. 73). An dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass nicht nur die kognitiven Voraussetzungen und der Entwicklungsstand betreffender Kinder Beachtung finden müssen, sondern auch ihre emotionalen Verarbeitungs- und Belastungsgrenzen (vgl. ebd., 74). Die Weitergabe von Informationen und Psychoedukation ist damit stark situations- und kontextgebunden und muss sich zwangsläufig daran orientieren, was betroffene Kinder von sich aus wissen möchten und vor allem, was sie nicht wissen möchten.

Wichtig bei der Psychoedukation ist eine Differenzierung zwischen dem Wissenszuwachs über die elterliche psychische Erkrankung und dem Verstehen von elterlichen Verhaltensweisen und Symptomen (vgl. Lenz/Wiegand- Grefe 2017, S. 82). Erst wenn Kinder die psychische Erkrankung und ihre Hintergründe und Folgen verstehen, können Ängste und Sorgen abgemildert und subjektive Krankheitstheorien³⁹ überdacht und verändert werden (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017, S. 82). Kinder psychisch erkrankter Eltern im Grundschulalter sind entwicklungsgemäß dazu in der Lage sich in andere hineinzusetzen, die Bedürfnisse und Argumente des Gegenübers nachvollziehen zu können und sich kritisch damit zu befassen (vgl. Lenz 2010, S. 171). Auch sind sie dazu fähig, Zusammenhänge zwischen dem Verhalten des erkrankten Elternteils und ihren Reaktionen herzustellen oder den psychischen Zustand des Elternteils mit bestimmten Belastungsfaktoren in Verbindung zu bringen (vgl. Lenz, 2010, 171). Gespräche mit betreffenden Kindern können demnach bereits im Grundschulalter gewinnbringend sein und Selbstbefähigungs- und Selbstbemächtigungsprozesse anstoßen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 82).

Eine notwendige Grundvoraussetzung bei Gesprächen über die elterliche psychische Erkrankung, ist eine Beziehung zwischen Kind und Erwachsenen, die auf Vertrauen beruht (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 75). Im günstigsten Fall ist es das erkrankte Elternteil selbst, dass das Kind über die psychische Erkrankung aufklärt, wenn es gerade stabil ist (vgl. Matzejat/Lisofsky 2014, S. 125). Aber auch das gesunde Elternteil, andere Familienmitglieder oder sogar pädagogische Fachkräfte oder Lehrkräfte können mit dem betroffenen Kind über die elterliche psychische Erkrankung sprechen (vgl. ebd.).

„Grundsätzlich kann jede dem Kind nahstehende Bezugsperson, in die das Kind Vertrauen hat, mit dem Kind über die elterliche psychische Erkrankung sprechen“ (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 75).

³⁹ In Kapitel 3.3 wurde auf die subjektiven Krankheitstheorien von Kindern psychisch erkrankter Eltern eingegangen. Eine Übersicht ist dem Anhang zu entnehmen.

Damit setzen Brockmann und Lenz den Fokus auf die Aufklärung und Enttabuisierung sowie die Hoffnung spendende Funktion von kindgerechter Psychoedukation. Von Bedeutung bei Gesprächen über die elterliche psychische Erkrankung ist, dass das betroffene Kind in keine Loyalitätskonflikte gerät (vgl. Mattejat/Lisofsky 2014, S. 125; Brockmann/Lenz 2016, S. 75) und eine vertrauensvolle, offene Kommunikationsbasis herrscht. Von zentraler Bedeutung ist außerdem, dass die Eltern betreffender Kinder in Kenntnis davon gesetzt werden und keine Informationen weitergegeben werden, die vorab nicht mit ihnen abgesprochen sind (vgl. Mattejat/Lisofsky 2014, S. 125).

Das Kommunizieren über die elterliche psychische Erkrankung erfordert sehr viel Feingefühl und Empathie. Solche Gespräche sind zwingend als dialogischer Prozess zu verstehen, Kinder sollen und dürfen Fragen stellen. Sie geben zudem Aufschluss darüber, über welche Vorstellungen Kinder in Bezug auf die elterliche psychische Erkrankung verfügen und welche Ängste und Sorgen sie haben (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 82). Es hat sich als förderlich erwiesen, Kinder Fragen zu stellen und sie erzählen zu lassen. An diesen Krankheitsinformationen lässt sich anknüpfen. In einem psychoedukativen Gespräch sollte die Erkrankung klar als solche benannt werden und auch darüber gesprochen werden, welche konkreten Symptome eine solche psychische Erkrankung mit sich bringt⁴⁰ (vgl. Thürnau 2021, S. 85). Wichtig ist herauszustellen, dass eine psychische Erkrankung genauso ernstzunehmend ist wie eine physische Erkrankung, nur dass psychische Krankheiten anders als letztere nicht offensichtlich sichtbar sind (vgl. Mattejat/Lisofsky 2014, S. 126). Ein zentrales Ziel sollte es sein, Schuldgefühlen der betreffenden Kinder Aufmerksamkeit zu schenken und ein Verständnis zu fördern, dass weder das Kind noch jemand anderes dafür verantwortlich ist, dass das Elternteil psychisch erkrankt ist (vgl. ebd., S. 127).

In aufklärenden Gesprächen ist es notwendig, dass das Kind Wertschätzung und Würdigung erfährt, für das, was es mit der erwachsenen Person teilt. Kinder psychisch erkrankter Eltern können aufgrund ihrer Ängste, Hemmungen und den eigenen Gefühlen häufig zwischen einem „Wissen-Wollen“ und „Nicht-Wissen-Wollen“ schwanken, deshalb ist es ratsam, ihnen die Möglichkeit zu geben, selbst Fragen zu stellen und sich in einem solchen Gespräch feinfühlig „ranzutasten“ (Brockmann/Lenz 2016, S. 74). Ein geeignetes Instrument, um das Verstehen der psychischen Erkrankung des Elternteils zu fördern, stellen Kinderbücher⁴¹ dar (vgl. Thürnau 2021, S. 86). Es existieren bisher zu den häufigsten psychischen Erkrankungen Bilderbücher, die insbesondere jüngeren Kindern auf eine entwicklungs- und altersangemessene Art typische Verhaltensmuster von psychisch Erkrankten näherbringen und zur Identifikation geeignet sind.

⁴⁰ Formulierungshilfen für Erwachsene zu aufklärenden Gesprächen sind dem Anhang zu entnehmen.

⁴¹ Eine kleine Auswahl an geeigneten Bilderbüchern und Kinderbüchern ist ebenfalls dem Anhang zu entnehmen.

Zu betonen ist, dass jede Art von Kommunikation über die elterliche psychische Erkrankung mit Kindern eine Vorbereitung und das Reflektieren eigener Überzeugungen voraussetzt. Fühlen sich Lehrkräfte in der Aufgabe überfordert, ist es sinnvoll, Rat bei SchulsozialarbeiterInnen oder erfahrenen Mitarbeitenden der Erziehungsberatungsstellen zu suchen.

6.3 Kooperation und Elternarbeit mit psychisch erkrankten Eltern

Es wurde bereits herausgestellt, dass psychisch erkrankte Eltern aufgrund ihrer Erkrankung häufig stigmatisierende Erfahrungen in Form von Aussagen, Einstellungen oder Verhaltensweisen anderer Personen machen, die sich durch Ausgrenzung, Missachtung oder mangelnden Respekt ihnen gegenüber äußern können (vgl. Brockmann 2014, S. 242). Ebenso wie psychisch gesunde Eltern, möchten allerdings auch psychisch erkrankte Eltern in ihrer Rolle als Erziehungsberechtigte wahrgenommen werden und an Entscheidungen in der Schule partizipieren (vgl. Jungbauer 2016, S. 168). Es ist jedoch möglich, dass sie im Kontakt zur Lehrkraft befürchten, dass ihnen diese Erziehungskompetenz abgesprochen wird oder sie für mögliche Einschränkungen in der Erziehungsfähigkeit, Versorgung und Unterstützung aufgrund der Erkrankung kritisiert werden (vgl. Jungbauer 2016, S. 171). Zudem kann der Kontakt zur Lehrkraft auch mit Emotionen wie Aggressionen oder Eifersucht verbunden sein, da die Lehrkraft als mögliche erwachsene Bezugsperson in akuten Krankheitsphasen oder Klinikaufenthalten dem Kind in der Schule Stabilität und positive Bindungserfahrungen ermöglichen kann (vgl. Brockmann 2014, S. 128). Lenz und Wiegand-Grefe (2016) sprechen psychisch erkrankten Personen eine hohe Sensibilität und Feinfühligkeit in Bezug auf das Wahrnehmen von Vorbehalten psychisch gesunder Personen ihnen gegenüber zu. Sie betonen, dass eine Gesprächsbereitschaft der Eltern in hohem Maße mit der Einstellung zusammenhängt, die sie bei ihrem Gegenüber feststellen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 64). Eine Grundvoraussetzung für die Elternarbeit mit psychisch erkrankten Eltern stellt daher eine wertschätzende Grundhaltung und ein unvoreingenommener Umgang mit psychischen Erkrankungen dar (vgl. Jungbauer 2016, S. 168).

Dafür müssen Lehrkräfte ihre eigenen Einstellungen und Haltung gegenüber psychischen Erkrankungen zwingend reflektieren und in eine bewusste Auseinandersetzung gehen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 64; Jungbauer 2016, S. 170). Folgende Reflexionsfragen können darin unterstützen:

- Welche Vorbehalte habe ich gegenüber Menschen mit einer psychischen Störung?
- Ertappe ich mich dabei, dass ich Eltern, die an einer psychischen Störung leiden weniger wertschätze als psychisch gesunde Eltern, ihnen weniger glaube oder ihre Erziehungskompetenz in Frage stelle?

- Was würde es für mich und die Arbeit mit dem Kind bedeuten, wenn ich von der Krankheit erfahren würde?⁴²

Eine aktive Auseinandersetzung mit solchen Fragestellungen ist insbesondere vor dem Hintergrund wichtig, als dass auch Lehrkräfte und pädagogische Fachkräfte mit gesellschaftlichen Vorbehalten und Vorurteilen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen aufwachsen und diese nicht einfach ablegen können (vgl. Brockmann/ Lenz 2013, S. 142). Sie beeinflussen das Handeln jedoch und können unreflektiert dazu führen, dass betroffene Eltern und Kinder sich der Kommunikation und Unterstützungsmöglichkeiten verweigern (vgl. Jungbauer 2016, S. 170).

In der Gestaltung von Gesprächssituationen, beispielsweise wenn Lehrkräfte im Verhalten des Kindes oder in Gefühlsäußerungen Veränderungen wahrnehmen, sind einige Aspekte herauszustellen, die die Beziehung zu den Eltern und eine offene Kommunikation fördern.

Diese können dazu beitragen, dass sich psychisch erkrankte Eltern als kompetente Erziehungsberechtigte gesehen fühlen und das Empfinden haben, dass ihre Bemühungen um ihr Kind von der Lehrkraft anerkannt werden. Die Bereitschaft mit der Lehrkraft über Herausforderungen und innerfamiliäre Themen zu sprechen, kann sich durch das Verhalten der Lehrkraft erhöhen. Die wertschätzende und unvoreingenommene Haltung der Lehrkraft sollte sich auch im Blick auf das Kind widerspiegeln. Es ist ratsam bei einem Gespräch über auffälliges Verhalten des Kindes oder Problemen in der Schule mit den Stärken und Ressourcen des Kindes zu beginnen (vgl. Thürnau 2021, S. 131). Eine Stärkenorientierung und das Benennen positiver Eigenschaften, hebt die positive Beziehung der Lehrkraft zum Kind hervor. Diese stellt einen förderlichen Aspekt für eine offene, zugewandte Haltung von Eltern gegenüber der Lehrkraft dar (vgl. Brockmann 2014, S. 246).

Ich-Botschaften der Lehrkraft („Ich nehme wahr“, „Ich denke, dass“) und das Benennen konkreter Verhaltensweisen im aktuellen Schulalltag, verhindern, dass Aussagen der Lehrkraft als Vorwürfe wahrgenommen werden könnten (vgl. Thürnau 2021, S. 131). Verallgemeinerungen und Formulierungen, die Anweisungen oder Erwartungen an die Eltern implizieren, sollten vermieden werden. Stattdessen sollte die Lehrkraft durch Aussagen und nonverbale Kommunikation verdeutlichen, dass auch sie selbst um das Wohl des Kindes bedacht ist (vgl. ebd.). Um eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, sind einige Aspekte bedeutsam: durch aufnehmendes Zuhören zeigt die Lehrkraft Interesse und Verständnis (vgl. ebd.). Rückfragen an die Eltern signalisieren ebenfalls Interesse und klären, ob das Gesagte von der Lehrkraft richtig verstanden wurde. Dies eröffnet den Eltern die Möglichkeit, um über Probleme und Sorgen zu sprechen (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017, S. 63). Es schafft zudem Wertschätzung gegenüber den Eltern, wenn Lehrkräfte als Zuhörende ihre eigenen Gefühle

⁴² Aufgestellte Reflexionsfragen nach Jungbauer (2016) sind dem Anhang zu entnehmen.

und Gedanken zum Ausdruck bringen (vgl. Thürnaeu 2021, S. 132.). Psychisch erkrankten Eltern fällt ein offener Umgang mit der psychischen Erkrankung in der Regel leichter, wenn Lehrkräfte auf sie zukommen und durch kleine Signale Rücksichtnahme und Verständnis für ihre Situation äußern (vgl. Jungbauer 2016, S. 168). Da Lehrkräfte sehr schnell an die Grenzen ihrer Kompetenzen und Beratungsmöglichkeiten gelangen können, wenn es um eine fachkompetente Hilfe im Umgang mit psychischen Erkrankungen geht, übernehmen sie vielmehr die Funktion als mögliche (erste) AnsprechpartnerInnen und VermittlerInnen, wenn Eltern die psychische Erkrankung offen thematisieren und können Empowerment Prozesse anstoßen (vgl. Jungbauer 2016, S. 168).

Ogleich Brockmann (2014) herausstellen konnte, dass eine Enttabuisierung positive Auswirkungen auf den Kontakt zwischen Eltern und Lehrkräften hat und sich auch positiv auf die familiäre Krankheitsbewältigung auswirken kann (vgl. Brockmann 2014, 259), kann eine offene Kommunikation seitens der Eltern nicht vorausgesetzt werden.

Aufgrund stigmatisierender Erfahrungen ist es möglich, dass erkrankte Eltern ein Gespräch über die psychische Erkrankung verweigern oder Konflikte im Verlauf des Gespräches entstehen. Brockmann (2014) benennt zum einen die Angst vor einer möglichen Stigmatisierung der Kinder klar als einen Aspekt, der psychisch erkrankte Eltern daran hindert, offen mit der Lehrkraft ihres Kindes zu kommunizieren (vgl. ebd., S. 251). So haben Eltern die Sorge, dass durch eine offene Kommunikation Nachteile für ihr Kind in Bezug auf Leistungsbewertung oder schulische Unterstützung entstehen (vgl. ebd.). Aber auch die Angst vor der eigenen Stigmatisierung durch die Lehrkraft, hindert die Eltern an der offenen Kommunikation. Sie befürchten beispielsweise, dass sie als schlechte Mutter oder Vater bewertet werden und ihnen ihre Erziehungskompetenz abgesprochen wird (vgl. Brockmann 2014, S. 252; Jungbauer 2016, S. 171). Nicht wenige Eltern befürchten auch, dass die Schule aufgrund von Auffälligkeiten das Jugendamt informieren könnte (vgl. Jungbauer 2016, S. 171). Ein weiterer Grund für Eltern nicht offen mit der Lehrkraft zu kommunizieren, sind die Hierarchieunterschiede, die Cohen (2008) als Hindernis für eine gleichgestellte Kommunikation erachtet (vgl. Brockmann 2014, S. 253). Eltern fühlen sich einem Gespräch mit der Lehrkraft möglicherweise nicht gewachsen und empfinden das Gesprächsangebot als Kritik an ihrem erzieherischen Handeln (vgl. ebd.). Mit Blick auf die möglichen Einschränkungen der Erziehungsfähigkeit aufgrund der psychischen Erkrankung und der Fürsorge für ihr Kind, scheinen diese Bedenken nachvollziehbar. Die individuellen Beweggründe psychisch erkrankter Eltern für eine ablehnende oder abweisende Haltung sind vielseitig. An dieser Stelle ist es auf Seiten der Lehrkraft notwendig, den Eltern nicht vorwurfsvoll zu begegnen und zu akzeptieren, dass die betroffenen Eltern nicht über die psychische Erkrankung oder familiäre Probleme sprechen möchten (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 64). Denn die ablehnenden Reaktionen richten sich weniger an die Lehrkraft als Person, sondern drücken die Angst vor

erneuter Stigmatisierung und Ablehnung aus (vgl. ebd.). Eltern sollten daher keinesfalls dazu gedrängt werden, über sich oder die familiäre Situation zu sprechen. An dieser Stelle gilt es für die Lehrkraft lediglich zu verdeutlichen, dass ihr das Wohl des Kindes wichtig ist und die Gesprächsbereitschaft bestehen bleibt. Sie hat die Möglichkeit ihre Eindrücke und Wahrnehmungen in Bezug auf das Verhalten des Kindes zu schildern, die sie dazu veranlasst haben ein Gespräch zu suchen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe, 2017, S. 65). Alles darüber hinaus sollte vermieden werden, um die „Verweigerungs- und Rückzugstendenzen“ (ebd., S. 64) nicht zu verstärken.

Für Lehrkräfte im Umgang mit psychisch erkrankten Eltern und ihren Kindern ist es wichtig, dass sie über die Kooperation mit den Eltern hinaus, den Kontakt zu pädagogischen oder psychologischen Fachkräften suchen und sich Unterstützung einholen (vgl. Jungbauer 2016, S. 171; Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 65). Ein fachlicher Austausch mit der sozialpädagogischen Fachkraft schafft Sicherheit und Handlungskompetenz, eine Kooperation mit schulexternen Einrichtungen und Beratungsstellen liefert konkrete Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfen für betroffene Familien. Thürnauf (2021) empfiehlt außerdem eine Auseinandersetzung mit systemischer Gesprächsführung (vgl. Thürnauf 2021, S. 131).

6.4 Netzwerkgestaltung – Kooperation und Unterstützung innerhalb und außerhalb des Schulkontextes

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, was für ein Potenzial in Lehrkräften als erwachsene Bezugspersonen und in Schule als Ort der Ressourcenstärkung und soziale Unterstützung steckt. Brockmann (2014) konnte in ihrer qualitativen Studie allerdings auch herausstellen, dass sich Lehrkräfte mit den Anforderungen im Umgang mit der elterlichen psychischen Erkrankung überfordert fühlen, eine multiprofessionelle Zusammenarbeit selten zustande kommt und die Inanspruchnahme von Hilfe sehr gering ist. Kinder psychisch erkrankter Eltern sind darauf angewiesen, dass Lehrkräfte und pädagogische Fachkräfte auf sie zukommen und Schule ein Hilfsnetzwerk gestaltet, in dem sie individuelle Unterstützung erfahren können.

Befragte Lehrkräfte nehmen im Umgang mit der elterlichen psychischen Erkrankung und den vielschichtigen Hilfebedarfen Überforderung und ein mangelndes Wissen ihrerseits wahr (vgl. Brockmann 2014, S. 244). Das Beratungsanliegen psychisch erkrankter Eltern oder das ihrer Kinder übersteigt die Fachkompetenz und auch den Zuständigkeitsbereich von Lehrkräften. Insbesondere, da Schwierigkeiten aufgrund der psychischen elterlichen Erkrankung häufig nicht isoliert vorkommen, sondern in Verbindung mit kindlichen Entwicklungsschwierigkeiten, schulischen Problemen und familiären Schwierigkeiten stehen können (vgl. Matzejat/ Lisofsky 2014, S. 169). Gleichzeitig zeigte sich in der Studie von Brockmann auch, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern und ihre Familien Beratungslehrkräfte oder sogar

SchulsozialarbeiterInnen in der Schule nicht als AnsprechpartnerInnen wahrnehmen, obgleich diese eine höhere Expertise bei Erziehungsfragen besitzen, besser vernetzt sind als andere Lehrkräfte und zeitliche Ressourcen für eine Beratung zur Verfügung stehen (vgl. Brockmann 2014, S. 262). Dies verdeutlicht, worüber auch in der Literatur Einigkeit herrscht: eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und der Aufbau eines tragfähigen Unterstützungsnetzwerkes stellt eine Notwendigkeit dar, um Kindern psychisch erkrankter Eltern und auch ihren Familien angemessene Unterstützung zukommen zu lassen (vgl. Mattejat/Lisofsky 2014, S. 167; Brockmann/ Lenz 2016, S. 167). Nur eingebunden in ein psychosoziales Netzwerk, können schulinterne Kooperationen zwischen Lehrkräften, SchulsozialarbeiterInnen oder SchulpsychologInnen Unterstützung leisten und an Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Erziehungsberatungsstellen oder das Jugendamt verweisen und vermitteln (vgl. Brockmann/ Lenz 2014, S. 167).

In vielen Regionen haben sich Netzwerke für Kinder psychisch erkrankter Eltern und ihren Familien zusammengeschlossen. Sie bestehen aus VertreterInnen unterschiedlicher Professionen aus Kinder- und Jugendhilfe, Jugendamt, Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie oder (Erziehungs-) Beratungsstellen und besitzen breitgefächerte psychologische, familientherapeutische und pädagogische Kompetenzen (vgl. Lenz/ Wiegand – Grefe 2017, S. 66; Brockmann/ Lenz 2016, S. 182). Schulen sollten sich diesen Netzwerken anschließen und enge Kooperationsbeziehungen aufbauen, damit sowohl SchülerInnen und ihre Familien als auch Lehrkräften im Umgang mit der psychischen Erkrankung entlastet werden können. Eine solche Netzwerkgestaltung ermöglicht Lehrkräften ein vertieftes Wissen zur Thematik und schafft durch gezielten Austausch und Beratung Handlungssicherheit im Umgang mit betroffenen Familien (vgl. Brockmann/ Lenz 2016, S. 183). Wie die Ergebnisse von Brockmann (2014) zeigen, müssen auch für Eltern Kooperationsbeziehungen in Schule von Lehrkräften, beispielsweise zur Schulsozialarbeit, sichtbar sein und persönlicher Kontakt entstehen. Andernfalls werden Unterstützungs- und Beratungsangebote eher selten angenommen. Ein Ziel in Schule sollte es daher sein, die Sichtbarkeit von Schulsozialarbeit oder Schulpsychologie und ihre Zusammenarbeit mit Lehrkräften zu erhöhen und an Elternsprechtagen oder am Tag der offenen Tür ein persönliches Kennenlernen mit Eltern zu ermöglichen. Für diese ist es vor allem in Bezug auf die Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe und dem Jugendamt von Bedeutung zu erfahren, welche Handlungsmöglichkeiten aber auch Grenzen die Schulsozialarbeit hat (vgl. Brockmann 2014, S. 263). Über die Schule hinaus braucht es für Schule und Lehrkräfte feste Vereinbarungen und AnsprechpartnerInnen, um sich beraten zu lassen, vertieftes Wissen über die Lebenslagen von Kindern psychisch erkrankter Eltern zu gewinnen und passende Unterstützungsangebote bereitzustellen. Eine Zusammenarbeit mit ExpertInnen rund um das Thema ist von großer Bedeutung, da es auch

zu kompetentem Handeln von Lehrkräften gehört, eigene Grenzen der Zuständigkeit und Verantwortung wahrzunehmen, diese abzugeben und sich unterstützen zu lassen.

6.5 Weitere Konsequenzen auf institutioneller und gesellschaftlicher Ebene

Lenz und Brockmann (2016) resümieren im Kontext Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Schule, dass keine komplexen Interventionen, bestimmte Methodenrepertoires oder das Schaffen neuer Strukturen notwendig seien, um betreffende Kinder in der Schule unterstützen zu können (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 169). Wesentlich für den Schulkontext sei vielmehr eine offene Kommunikation aller Beteiligten und gegenseitiges Vertrauen.

Gleichzeitig konnte Brockmann (2014) in ihrer Erhebung eine Überforderung und Verunsicherung von Lehrkräften feststellen. Die Frage nach der eigenen Zuständigkeit, nach möglichen Unterstützungsmaßnahmen für belastete Kinder und die Zusammenarbeit mit Eltern und anderen Professionen, beschäftigt Lehrkräfte. Fortbildungen für Lehrkräfte, die sich mit den Themen psychische Erkrankungen und Kindern psychisch erkrankter Eltern und ihren individuellen Belastungen auseinandersetzen, sind kaum vorhanden. An geeigneten Unterrichtsmaterialien und Manualen, um psychische Erkrankungen und mental health literacy in Schule zu thematisieren, mangelt es ebenfalls (vgl. Brockmann/ Lenz, 2016, 169), auch wenn sowohl SchülerInnen, Eltern als auch Lehrkräfte dies befürworten würden (vgl. Brockmann 2014, S. 267). Was es also auf schulischer Ebene braucht, um eine offene Kommunikation und gegenseitiges Vertrauen in Schule im Umgang mit Kindern psychisch erkrankter Eltern zu schaffen, sind zum einen Fortbildungen und Angebote, um Lehrkräfte in ihren Handlungskompetenzen und ihrer mental health literacy zu stärken, Unterrichtskonzepte und -material, um psychische Gesundheit und ihre Aufrechterhaltung im Unterricht zu thematisieren und zum anderen das Schaffen stabiler und persönlicher interdisziplinärer Kooperationsbeziehungen über den Schulkontext hinaus.

In spezifischen Fortbildungen, die vertieftes Wissen und fachlichen Austausch ermöglichen, können Lehrkräfte für die praktische Arbeit mit Kindern psychisch erkrankter Eltern und Familien gestärkt werden, ihre eigenen Vorbehalte und Einstellungen zu psychischen Erkrankungen reflektieren und Handlungssicherheit gewinnen. Sie können damit einen Zugang zu den Betroffenen erhalten und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit ermöglichen (vgl. Brockmann/ Lenz 2013, S.142). Die Förderung der mental health literacy von Lehrkräften unterstützt diese nicht nur im Umgang mit Kindern psychisch erkrankter Eltern und dem Erkennen von Hilfebedarf, sie sorgt auch dafür, dass Lehrkräfte selbst herausfordernde Situationen im Umgang mit betreffenden SchülerInnen und Eltern als weniger belastend erleben (vgl. Kirchhof 2020, S. 210). Lehrkräfte und pädagogische Fachkräfte in ihren Handlungskompetenzen zu unterstützen, ist vor allem auch für die präventive Arbeit mit belasteten Kindern von Bedeutung, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass eine positive Beziehungsgestaltung und Aufgeschlossenheit und Sensibilität gegenüber der

Thematik auch zu einer offenen Kommunikation seitens der psychisch erkrankten Eltern führt. Präventionsarbeit stellt jedoch einen zentralen Aspekt bei der Frage nach Unterstützung für Kinder psychisch erkrankter Eltern dar, da oftmals erst dann gehandelt wird oder werden kann, wenn Kinder bereits durch ihr Verhalten oder schlechtere Leistungen auffallen und sich diese manifestiert haben. Über den internen Schulkontext hinaus, ergeben sich weitere Konsequenzen, die Kinder psychisch erkrankter Eltern und ihre Eltern und ihren Umgang damit in Schule betreffen.

In Deutschland existiert im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und Familienberatungsstellen mittlerweile ein großes Unterstützungsnetzwerk für Kinder psychisch erkrankter Eltern und Familien (vgl. Mattejat/Lisofsky 2014, S. 140). In diesen Einrichtungen gibt es eine Vielzahl an Angeboten (Freizeitaktivitäten, Therapieangebote, langfristige Patenschaften) für betreffende Familien (vgl. ebd.). Zum Tätigkeitsbereich dieser Beratungsstellen zählt außerdem die Kooperation mit Schulen (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2016, S: 66). Sie haben als niedrigschwellige Einrichtungen der Jugendhilfe die Aufgabe, präventive und beraterische Angebote bereitzustellen und eine Vernetzung zu PsychotherapeutInnen, Familienhilfe und ÄrztInnen aufzubauen (vgl. Mattejat/ Lisofsky 2014, S. 168). Eine Kooperation von Schule und Beratungsstellen sollte demnach ausgebaut und genauso wie Präventionsangebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern stärker finanziell gefördert werden.⁴³

Da die psychische Erkrankung eines Elternteils unmittelbar Einfluss auf die weiteren Familienmitglieder nimmt, sollten Angehörige mit Blick auf den therapeutischen Kontext stärker in den Therapieprozess eingebunden werden. In der Praxis stellt die Zusammenarbeit zwischen der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine große Herausforderung (und gleichzeitig Notwendigkeit) dar (vgl. Mattejat/ Lisofsky 2014, S. 108). An dieser Stelle sollte es auf gesellschaftlicher und politischer Ebene das Ziel sein, eine enge Kooperation der Erwachsenenpsychiatrie mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber auch der Kinder- und Jugendhilfe und Beratungsstellen zu etablieren, damit Angehörigen, insbesondere Kindern, zeitnah geholfen werden und präventiv gehandelt kann (vgl. ebd.).

Im Kontext psychischer Erkrankungen stellt die Tabuisierung und Stigmatisierung die größte gesellschaftliche Hürde dar, die es langfristig zu überwinden gilt. Gleichzeitig ist eine Enttabuisierung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen aber auch eine Voraussetzung dafür, dass psychisch Erkrankte über ihre Belastungen sprechen und sich Hilfe suchen. Diese offene Kommunikation wiederum stellt einen zentralen Aspekt bei dem Ausbau von Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung und dem Nutzen sozialer Ressourcen dar. Nur mit dem Abbau von Vorurteilen, stigmatisierenden Verhaltensweisen und diskriminierenden Erfahrungen, die psychisch erkrankte Personen machen, kann langfristig

⁴³ In der Regel werden Präventionsangebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern im Rahmen des Gesundheitsversorgungssystems nur zeitlich begrenzt oder nicht flächendeckend finanziert (vgl. Mattejat et al. 2012, S. 21).

erreicht werden, dass psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder die Hilfe und Versorgung erhalten, die sie benötigen. Rüscher et al. (2004) bezeichnen die Kombination aus Edukation, also Aufklärung, und Kontakt hierbei als wirksamste Strategie, um sich einer Enttabuisierung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen anzunähern (vgl. Rüscher et al. 2004, S. 10). Eine Thematisierung von psychischen Erkrankungen und eine Förderung der mental health literacy von SchülerInnen durch geeignetes Unterrichtsmaterial in Schule, kann ein erster Ansatz sein und darüber hinaus dazu beitragen, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern Ängste sich zu öffnen abbauen und über die elterliche psychische Erkrankung und ihre Alltagsbelastungen sprechen.

7. Fazit

Das Ziel dieser Arbeit lag darin, die Bedeutung der Thematik Kinder psychisch erkrankter Eltern für den schulischen und (sonder-) pädagogischen Kontext hervorzuheben und Handlungsperspektiven für Lehrkräfte und Schule zur Unterstützung von SchülerInnen psychisch erkrankter Eltern aufzuzeigen. Obgleich die Anzahl an Studien, die sich der Thematik Kinder psychisch erkrankter Eltern und Präventionsprogramme und Initiativen in den letzten zwei Jahrzehnten stark gewachsen sind (vgl. Matthejat et al. 2012, S. 13), stellen Kinder psychisch erkrankter Eltern im schulischen Kontext in Forschung und pädagogischer Praxis eine kaum sichtbare Risikogruppe dar. Erwachsene, die an einer psychischen Störung erkrankt sind, werden im Durchschnitt genauso häufig Eltern, wie psychisch gesunde Erwachsene (vgl. Matthejat et al. 2012, S. 17), in jeder zweiten Klasse sitzt ein Kind mit einem psychisch erkrankten Elternteil, das sich in ambulanter Therapie befindet und in jeder dritten ein Kind mit einem Elternteil in stationärer Versorgung (vgl. Brockmann/Lenz 2016, S. 17). Mit Blick auf diese Zahlen wird deutlich, dass SchülerInnen mit psychisch erkrankten Eltern also keine Seltenheit in Schule darstellen.

In Kapitel drei und vier dieser Arbeit wurden die kumulativen Belastungen von Kindern psychisch erkrankter Eltern und ihre Auswirkungen auf die schulische Leistungsfähigkeit sowie das emotionale Wohlbefinden und die psychische Gesundheit ausführlich dargestellt. Die psychische Erkrankung eines Elternteils hindert Kinder nicht zwangsläufig an einer positiven Entwicklung und psychischer Gesundheit, wenn ausreichend Schutzfaktoren zur Verfügung stehen. Dennoch weisen die Ergebnisse auf eine Dringlichkeit hin, Kinder psychisch erkrankter Eltern im schulischen Kontext als potenziell gefährdete Risikogruppe für einen drohenden sonderpädagogischen Förderbedarf stärker wahrzunehmen. Aus dieser Wahrnehmung und Sensibilität heraus, muss vor allem auf die präventive Arbeit in Schule ein verstärktes Augenmerk gelegt werden, um belastete Kinder aufzufangen, bevor sich Entwicklungsstörungen oder psychische Störungen manifestieren.

In Familien psychisch erkrankter Eltern ist es entscheidend, wie viel Unterstützung vorhanden ist (vgl. Bollweg 2020, S. 164). Lehrkräfte können eine wertvolle soziale Ressource und einen

zentralen Schutzfaktor für Kinder psychisch erkrankter Eltern darstellen, wenn es ihnen gelingt, eine vertrauensvolle SchülerInnen – Lehrerkraft – Beziehung aufzubauen, die von Verlässlichkeit und Stabilität geprägt ist. Gleichzeitig können sie durch das Schaffen von ritualisierten Abläufen und Strukturen mit Schule und Unterricht einen Handlungsraum für Kinder psychisch erkrankter Eltern gestalten, in dem sie Normalität und Sicherheit erleben, was in einem Kontrast zu ihrem belastenden und von fehlenden Strukturen geprägten Familienalltag stehen kann.

Die Institution Schule als Ort der Persönlichkeitsentwicklung und sozialer Teilhabe, besitzt ein enormes Potenzial, um (vor allem präventive) Unterstützung zu leisten und ungünstige Bedingungen des Aufwachsens von Kindern psychisch erkrankter Eltern abzumildern und zu kompensieren. Sie kann ein Ort sein, in dem personale Ressourcen von Kindern psychisch erkrankter Eltern und ihre Resilienz gestärkt werden. Eingebunden in ein soziales Unterstützungsnetzwerk können sie wertvolle, stabilisierende soziale Kontakte knüpfen und ausbauen, die sie in ihrer Alltagsbewältigung und Persönlichkeit stärken. Dieses Potenzial in Schule wird bisher nicht ausreichend ausgeschöpft.⁴⁴

Die Bandbreite psychischer Störungen und Belastungen macht es schwer ein einheitliches Bild psychisch erkrankter Kinder und Familien abzuzeichnen. Das macht es zur Herausforderung individuelle Hilfebedarfe abzuschätzen und konkrete Handlungsempfehlungen aufzulisten. Seitens der Lehrkräfte und pädagogischen Fachkräfte ist ein sehr individueller und differenzierter Blick notwendig (vgl. Bollweg 2020, S. 164). Dafür benötigen Lehrkräfte und pädagogische Fachkräfte Handlungskompetenzen, die sie befähigen, Auffälligkeiten früh zu erkennen, individuelle Unterstützung zu bieten und sich selbst Hilfe und Beratung zu suchen, wenn sie sich überfordert fühlen. Eine Stärkung der mental health literacy ist im Umgang mit Kindern psychisch erkrankter Eltern und ihren Familien, aber auch der eigenen spürbaren Belastung von Lehrkräften von zentraler Bedeutung. Auf schulischer Ebene bedarf es für diese Handlungskompetenzen eine stärkere Vernetzung und sichtbare, persönliche Kooperationsbeziehungen. Feste AnsprechpartnerInnen für Lehrkräfte und in Schule arbeitende pädagogische Fachkräfte durch Erziehungsberatungsstellen und der Kinder- und Jugendhilfe sowie Fort- und Weiterbildungen und die Einbettung mentaler Gesundheit und psychischen Erkrankungen als Unterrichtsinhalte in Schule, stellen eine dringliche Notwendigkeit dar.

Plass und Wiegand-Greife (2012) deuten in ihren Ausführungen einen Richtungswechsel in Bezug auf psychische Erkrankungen und ihre Stellung innerhalb der Gesellschaft an. Psychische Erkrankungen sind allerdings nach wie vor „tabuisierte Erkrankungen“ (Wagenblass/ Schone, 2002, 587). Um der Thematik Kinder psychisch erkrankter Eltern mehr

⁴⁴ Ulrich Bauer bezeichnet Schule sogar als blinden Fleck auf der Landkarte der Unterstützungsnetzwerke (vgl. Bollweg 2020, S. 166).

Präsenz zu geben, bedarf es auf gesellschaftlicher Ebene Enttabuisierungs- und Entstigmatisierungsarbeit, damit Unterstützungsnetzwerke und Schule sich der Thematik Kinder psychisch erkrankter Eltern in Schule annehmen und zu ihrer positiven Entwicklung beitragen können. Damit Kinder und ihre Eltern im schulischen Kontext nicht wiederholt Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen machen, ist in jedem Fall eine erhöhte Sensibilität und eine differenzierte Betrachtung kindlicher Belastungen erforderlich, damit auch Kinder psychisch erkrankter Eltern und ihre Familien in Schule einen Ort der Ressourcenstärkung sehen.

Literatur

Alle, Frederike (2010): Kindeswohlgefährdung. Das Praxishandbuch. Lambertus.

Bauer, Ulrich/ Albert Lenz/ Janine Bröder (2020): Im Dialog: Zur Berücksichtigung zielgruppenspezifischer Besonderheiten bei der Betrachtung der Mental Health Literacy von Kindern psychisch erkrankter Eltern. In: Bollweg, Torsten M. / Paulo Pinheiro/ Janine Bröder (2020): Health Literacy im Kindes- und Jugendalter. Ein- und Ausblicke Wiesbaden: Springer

Brockmann, Eva/ Albert, Lenz (2013): Kinder psychisch kranker Eltern stärken. Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Brockmann, Eva (2014): Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Schule. Bedingungen und Konsequenzen der Enttabuisierung der elterlichen psychischen Erkrankung im schulischen Kontext auf die Beziehung zwischen Eltern, Schülern und Lehrern – eine qualitative Studie.

Brockmann, Eva/ Albert, Lenz (2016): Schüler mit psychisch kranken Eltern. Auswirkungen und Unterstützungsmöglichkeiten im schulischen Kontext. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH.

Byland Rosero Marcia, Mara (2017): Kinder psychisch kranker Eltern. Lebenswelten betroffener Familien damals und heute. Zürich.

Casale, Gino/ Thomas Hennemann (2016): Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung. Fachwissenschaftliche Grundlagen, Effektive Gelingensbedingungen, und Handlungsmöglichkeiten im Kontext inklusiver Prozesse. In: Sonderpädagogische Förderbedarfe in Nordrhein-Westfalen. Ein Blick aus der Wissenschaft in die Praxis.

Hautzinger, Martin/ Elisabeth, Thies (2009): Klinische Psychologie: Anwendungsbereich Psychische Störungen. Weinheim & Basel: Beltz Verlag.

Jacobi, F et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). In: Der Nervenarzt. Berlin u. Heidelberg: Springer Verlag.

Jorm, Anthony F. (2020): Eine Einführung in das Konzept Mental Health Literacy. In: Bollweg, Torsten M. / Paulo Pinheiro/ Janine Bröder (2020): Health Literacy im Kindes- und Jugendalter. Ein- und Ausblicke Wiesbaden: Springer

Jungbauer, Johannes (2016): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Praxiskonzepte. Opladen/ Berlin/ Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Kirchhoff, Sandra (2020): Förderung psychischer Gesundheit von Schüler*innen: ein ganzheitlicher Schulansatz basierend auf Mental Health Literacy. In: Bollweg, Torsten M. / Paulo Pinheiro/ Janine Bröder (2020): Health Literacy im Kindes- und Jugendalter. Ein- und Ausblicke Wiesbaden: Springer

Köhler, Thomas (2017): Psychische Störungen. Symptomatologie, Erklärungsansätze, Therapie. Kohlhammer Verlag.

Kölch, Michael/ Daria Nolkemper (2017): Schulbesuch psychisch kranker Kinder. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 66/2017, S. 756-773.

Kupferschmid, Stephan/ Irene Koch (2014): Psychisch belastete Eltern und ihre Kinder stärken. Ein Therapiemanual. Kohlhammer.

Lenz, Albert (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Lenz, Albert (2010): Psychoedukation für Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag.

Lenz, Albert/ Juliane, Kuhn (2011): Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung= Überblick über die Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In: Matzejat, Fritz/ Fritz, Albert/ Silke, Wiegand-Grefe (Hrsg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 269-298.

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

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

Lenz, Albert (2021): Ressourcen fördern. Hogrefe Verlag.

Loch, Ulrike (2014): Kinderschutz mit psychisch kranken Eltern. Ethnografie im Jugendamt. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Mattejat, Fritz/ C. Wüthrich/ H. Remschmidt (2000): Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. In: Der Nervenarzt 3. Springer Verlag. S.164-172.

Mattejat, Fritz/ Helmut Remschmidt (2008): Kinder psychisch kranker Eltern. In: Deutsches Ärzteblatt; Jg: 105, Heft 23, S. 413-418.

Mattejat, Fritz/ Beate Lisofsky (2014): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Balance Ratgeber. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Mattejat, Fritz (2010): Kinder psychisch kranker Eltern – Vom Risiko zur Resilienz.

Mattejat, Fritz/ Albert, Lenz/ Silke, Wiegand-Grefe (2012): Kinder mit psychisch kranken Eltern Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH.

Möller-Leimkühler, A. M (2004): Stigmatisierung psychisch Kranker aus der Perspektive sozialpsychologischer Stereotypenforschung. In: Fortschr Neurol Psychiat 2004; 72: 36 ± 44. Stuttgart: Thieme Verlag.

Myschker, N/ Roland Stein (2014): Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Kohlhammer.

Opp, Günther (2007): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz.

Opp, Günther (2020): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz.

Petersen, Rieke/ Franz Petermann (2017): Feinfühliges Elternverhalten und kindliche Emotionsregulation. In: Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für klinische Kinderpsychologie. Jg 26, Nr. 3, S. 147-156.

Plass, Angelika/ Silke- Wiegand-Grefe (2012): Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. Weinheim & Basel: Beltz Verlag.

Pretis, Manfred/ Aleksandra Dimova (2019): Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern. Ernst Rheinhardt Verlag.

Rüsch, Nicolas/ Mathias Berger/ Asmus Finzen/ Matthias C. Angermeyer (2004): Das Stigma psychischer Erkrankungen – Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen. In: Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie.

Schone, Reinhold/ Sabine Wagenblast (2002): Wenn Eltern psychisch krank sind. Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Juventa.

Schweer, Martik K.W (2008): Lehrer – Schüler – Interaktion. Inhaltsfelder, Forschungsperspektiven, und methodische Zugänge. Wiesbaden: VS Verlag.

Stein, Roland/ Thomas Müller (2018): Inklusion im Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung. Stuttgart: Kohlhammer.

Theis-Scholz, Margit (2012): Resilienzförderung in der Schule. In: Jugendhilfe. S. 343-346.

Thürnau, Anja (2021): Kinder psychisch kranker Eltern in der Kita. Erkennen – Verstehen – Stärken. Freiburg im Breisgau: Herder Verlag.

Wiegand-Grefe, Silke et al. (2016): Beeinflusst der elterliche Bindungsstil die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder psychisch kranker Eltern? In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 65. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 266-28.

Wustmann Seiler, Corinna (2021): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Berlin: Verlag an der Ruhr.

Zander, Margherita (Hrsg.) (2011): Handbuch Resilienzförderung. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Onlineliteratur

Bezirksregierung Münster (2016): Handreichung AO-SF für die Grundschulen.

Abrufbar unter: [https://www.bezreg-](https://www.bezreg-muenster.de/zentralablage/dokumente/schule_und_bildung/inklusion/inklusionsordner/Inklusionsordner_Kapitel-7_AOSF_Grundschulen.pdf)

[muenster.de/zentralablage/dokumente/schule_und_bildung/inklusion/inklusionsordner/Inklusionsordner_Kapitel-7_AOSF_Grundschulen.pdf](https://www.bezreg-muenster.de/zentralablage/dokumente/schule_und_bildung/inklusion/inklusionsordner/Inklusionsordner_Kapitel-7_AOSF_Grundschulen.pdf) (Stand 27.12.21)

Bundesministerium der Justiz (2021): § 1666 Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls.

Abrufbar unter:

https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_1666.html (Stand: 02.01.2022)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (2018): Dossier. Psychische Erkrankung in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung.

Online abrufbar unter: <https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/dossier.html> (Stand: 01.01.2022)

ICD-10 Code (2021): Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99).

Abrufbar unter: <https://www.icd-code.de/icd/code/F00-F99.html> (Stand 02.01.2022)

Ministerium für Schule und Weiterbildung Nordrhein Westfalen (2005): Verordnung über die sonderpädagogische Förderung, den Hausunterricht und die Schule für Kranke (Ausbildungsordnung sonderpädagogische Förderung – AO-SF).

Abrufbar unter: <https://bass.schul-welt.de/6225.htm> (Stand: 27.12.21)

Ministerium für Schule und Weiterbildung Nordrhein-Westfalen (2005): Schulgesetz für das Land Nordrhein-Westfalen. Abrufbar unter: <https://bass.schul-welt.de/6043.htm> (Stand 27.12.2021)

Ministerium für Schule und Weiterbildung Nordrhein Westfalen (2021): Sonderpädagogische Förderung in Nordrhein-Westfalen. Statistische Daten und Kennziffern zur Inklusion 2020/2021.

Abrufbar unter: <https://www.schulministerium.nrw/amtliche-schuldaten> (Stand: 27.12.2021)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell der psychischen Gesundheit bei Kindern psychisch kranker Eltern (Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 79)

Abbildung 2: Allgemeine Schutzfaktoren (Eigene Darstellung, basierend auf Brockmann/Lenz 2016, S. 78)

Anhang

Anhang 1: Bindungsstile in unterschiedlichen Beziehungskontexten aus Wiegand-Grefe et al. (2016)

Tabelle 1: Bindungsstile in unterschiedlichen Beziehungskontexten (mod. nach Scheuerer-Englisch, 2001)

Bindung- und Beziehungsstile	Fürsorge- und Elternverhalten	Familiendynamik
Sicher	Feinfühligkeits Wahrnehmung, prompte und angemessene Reaktion auf kindliche Bedürfnisse und Gefühlsäußerungen; Zulassen von Körperkontakt, Akzeptieren des Kindes	Offenes System: Gegenseitiges Vertrauen ermöglicht Exploration und Autonomie, offener und flexibler Umgang mit Gefühlen und Bedürfnissen, wenig Spannungen, klare Rollenverteilung
Vermeidend	Wenig feinfühligkeits Umgang mit kindlichen Bedürfnissen; Zurückweisung bei Gefühlsäußerungen und Körperkontakt	Geringe Feinfühligkeits und unerfüllte Bindungsbedürfnisse führen zu Anspannung, beeinträchtigter Exploration, keine Kommunikation primärer Gefühle, Tendenz zu Isolation
Ambivalent	Inkonsistenter nicht einschätzbarer Umgang mit kindlichen Bedürfnissen, fehlende Grenzen zwischen elterlichen und kindlichen Bedürfnissen, elterliche Bedürfnisse dominieren	Verstrickung, Ambivalenz und geringes Vertrauen führen zu Überengagement bzw. Abhängigkeit bei gestörter Exploration und Individuation
Desorganisiert	Ängstiger Umgang mit dem Kind, Traumatisierung durch Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung, Elternteil selbst traumatisiert und verängstigt beim Umgang mit Kind	Traumatisierender Umgang der Eltern mit den Kindern oder intergenerationale Traumafolgen desorganisieren Familienstruktur, führen zu Rollenkehr, Irritation und Zerfall der Familie

Quelle: Wiegand-Grefe et al. (2016): Beeinflusst der elterliche Bindungsstil die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder psychisch kranker Eltern? In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 65. S. 269.

Anhang 2: Darstellung kindlicher Krankheitstheorien nach Brockmann/ Lenz (2016)

Subjektive Krankheitstheorien von Kindern psychisch erkrankter Eltern

Im Rahmen einer Interviewstudie, konnte Lenz (2005, 2014) verschiedene kindliche Erklärungsmuster für die elterliche psychische Erkrankung herausarbeiten:

Psychosoziale Belastung des erkrankten Elternteils

Am häufigsten erklären Kinder sich die elterliche psychische Erkrankung über die psychosoziale Belastung des erkrankten Elternteils (vgl. Lenz/Brockmann 2016, S. 35). Eine allgemeine Überforderung oder Überlastung führt demnach zur Entstehung der elterlichen psychischen Erkrankung. Besonders problematisch für diese kindliche Krankheitstheorie ist die Schuldfrage in Bezug auf die eigene Person. Diese Kinder fühlen sich häufig schuldig und verantwortlich für die Erkrankung, da sie sich als Belastungsfaktor betrachten. Durch diese eigene Schulzuschreibung sehen sich betroffene Kinder daher besonders in der Pflicht, dem erkrankten Elternteil und der Familie zu helfen und ihre Bedürfnisse an die des erkrankten Elternteils anzupassen (vgl. ebd.).

Biologisch-somatische Ursachen für die psychische elterliche Erkrankung

Ein weiteres Erklärungsmuster ist die elterliche psychische Erkrankung als Folge von somatischen, biologischen Beschwerden. Vor allem jüngeren betroffenen Kindern fällt es leichter, psychische Beschwerden an körperliche Beschwerden zu knüpfen. Problematisch bei dieser subjektiven kindlichen Krankheitstheorie die Vorstellung, dass das psychische Leiden mithilfe von Medikamenten oder intensiver Schonung gelindert werden kann (vgl. ebd., S. 36).

Genetische Vorbelastung als Ursache für die psychische elterliche Erkrankung

Bei Jugendlichen stellt sich in Bezug auf die Entstehung der elterlichen psychischen Erkrankung vor allem auch die Frage nach einer genetischen Vorbelastung, aber auch mit psychologische Belastungsfaktoren, wie traumatische Kindheitserfahrungen des Elternteils oder innerfamiliären Konflikten, wird sich im Jugendalter die elterliche psychische Erkrankung erklärt (vgl. ebd.).

Quelle: Brockmann/ Lenz (2016): Schüler mit psychisch kranken Eltern. Auswirkungen und Unterstützungsmöglichkeiten im schulischen Kontext. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag. S. 35f.

Anhang 3: Definitionen bei Kindeswohlgefährdung (Auszug aus: Alle 2010)

Vernachlässigung (nach Schone u.a 1997):

- Andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns von Personensorgeberechtigten oder Betreuungspersonen,
- das zur Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wäre.
- Diese Unterlassung kann bewusst oder unbewusst erfolgen.
- Gründe können unzureichendes Wissen, Fähigkeiten und Einsichten sein.
- Die chronische Unterversorgung, Missachtung und Nichtbefriedigung der Lebensbedürfnisse des Kindes
- hemmt oder verhindert seine körperliche, seelische und geistige gesunde Entwicklung.
- Folgen können bleibende Schäden körperlicher oder psychischer Art oder, in gravierenden Fällen, der Tod des Kindes sein.

Psychische beziehungsweise seelische Misshandlung kann verursacht werden:

- durch Haltungen, Gefühle, Aktionen von Eltern und Betreuungspersonen gegenüber dem Kind, die es herabsetzen, ihm Angst machen, es isolieren, ihm vermitteln, es sei wertlos, ungeliebt, fehlerhaft, etc.;
- wenn Kinder nicht mit ihren Bedürfnissen und Lebensäußerungen wertgeschätzt werden;
- wenn Kinder durch verachtende Haltungen der Eltern daran gehindert werden, sich geistig-seelisch gesund und dem Leben positiv zugewandt zu entwickeln;
- wenn Kinder durch die Haltung der Eltern parentifiziert werden oder ihnen Verantwortung übertragen wird, die ihrer Rolle nicht gemäß ist;
- wenn das Kind oder der Jugendliche in seinem Bedürfnis nach Exploration behindert wird oder Eltern eine massiv überbehütende Erziehungshaltung haben.

Sexuelle Misshandlung (nach Bange und Deegener 1996)

Sexuelle Misshandlungen sind sexuelle Handlungen vor oder an Kindern,

- die gegen den Willen des Kindes vorgenommen werden oder
- denen das Kind aufgrund seiner Unterlegenheit im körperlichen, psychischen, kognitiven oder sprachlichen Bereich nicht bewusst zustimmen kann.
- Der Täter oder die Täterin nutzt die eigene Überlegenheit oder seine/ihre Macht- und Autoritätsposition aus,
- um eigene Bedürfnisse zu befriedigen.

Körperliche Misshandlung

Alle körperlichen Gewaltanwendungen wie zum Beispiel Prügel, Schläge mit Gegenständen, Treten, Kneifen, Verbrennen, Verbrühen, Vergiften, Würgen, Erstickern und Schütteln sind Formen der körperlichen Misshandlung. Das Kind kann dadurch Verletzungen wie Kratzer, Platzwunden, Prellungen, Knochenbrüche, Hämatome und bleibende Schäden auf

körperlicher, seelischer und geistiger Ebene erleiden. Im schlimmsten Fall führt die Gewalt zum Tod.

Quelle: Zitiert nach Alle, Frederike (2010: Kindeswohlgefährdung. Das Praxishandbuch. Lambertus S. 22-25.

Anhang 4: Auszug ICD-10 Verhaltens- und emotionale Störungen im Kindes- und Jugendalter

F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Info: [F90.-](#) Hyperkinetische Störungen

[F91.-](#) Störungen des Sozialverhaltens

[F92.-](#) Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

[F93.-](#) Emotionale Störungen des Kindesalters

[F94.-](#) Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

[F95.-](#) Ticstörungen

[F98.-](#) Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Quelle: ICD-10 Code, online

Abrufbar unter: <https://www.icd-code.de/icd/code/F90-F98.html> (Stand: 03.01.22)

Anhang 5: Erziehungsmaxime zur Förderung von Resilienz in der Erzieher-Kind-Interaktion nach Wustmann Seiler (2021)



Praxis sowie dem eigenen erzieherischen Verhalten (noch) stärker ansetzen, um Kinder bei der Entwicklung dieser wichtigen Lebenskompetenzen zu unterstützen? Wie trage ich mit meinem erzieherischen Verhalten z. B. dazu bei, dass das Kind Verantwortung für sich und sein Handeln übernimmt und Problemlösefertigkeiten entwickelt? Wie fördere ich die Kontrollüberzeugung des Kindes?

Die nachfolgenden Ausführungen können hier erste Anregungen und Hinweise liefern – sie erheben allerdings keinesfalls den Anspruch auf Vollständigkeit (-> Tab. 10). Denn wie bereits in vorangegangenen Kapitel mehrfach dargelegt wurde, ist die Entwicklung von Resilienz in vielfältigsten Faktoren und System-Ebenen begründet (-> Kap. 4.5 und 7.5).

Resiliente Verhaltensweisen können gefördert werden, indem man ...	Förderung von
das Kind ermutigt, seine Gefühle zu benennen und auszudrücken.	Gefühlsregulation/ Impulskontrolle
dem Kind konstruktives Feedback gibt (das Kind konstruktiv lobt und kritisiert).	positiver Selbsteinschätzung/ Selbstwertgefühl
dem Kind keine vorgefertigten Lösungen anbietet (vorschnelle Hilfeleistungen vermeidet).	Problemfähigkeit/ Verantwortungsübernahme/ Selbstwirksamkeitsüberzeugungen
das Kind bedingungslos wertschätzt und akzeptiert.	Selbstwertgefühl/Geborgenheit
dem Kind Aufmerksamkeit schenkt (aktives Interesse an den Aktivitäten des Kindes zeigt; sich für das Kind Zeit nimmt).	Selbstwertgefühl/Selbstsicherheit
dem Kind Verantwortung überträgt.	Selbstwirksamkeitsüberzeugungen/Selbstvertrauen/Selbstmanagement
das Kind ermutigt, positiv und konstruktiv zu denken.	Optimismus/Zuversicht
dem Kind zu Erfolgserlebnissen verhilft.	Selbstwirksamkeitsüberzeugungen/Selbstvertrauen/Kontrollüberzeugung

Resiliente Verhaltensweisen können gefördert werden, indem man ...	Förderung von
dem Kind dabei hilft, eigene Stärken und Schwächen zu erkennen.	positiver Selbsteinschätzung/ Selbstvertrauen
dem Kind hilft, soziale Beziehungen aufzubauen.	sozialer Perspektivenübernahme/ Kooperations- und Kontaktfähigkeit
dem Kind hilft, sich erreichbare Ziele zu setzen.	Kontrollüberzeugung/ Zielorientierung/ Durchhaltevermögen
realistische, altersangemessene Erwartungen an das Kind stellt.	Selbstwirksamkeitsüberzeugungen/ Kontrollüberzeugung
dem Kind Zukunftsglauben vermittelt.	Optimismus/Zuversicht
das Kind in Entscheidungsprozesse einbezieht.	Kontrollüberzeugung/ Selbstwirksamkeit
dem Kind eine anregungsreiche Umgebung anbietet und Situationen bereitstellt, in denen das Kind selbst aktiv werden kann.	Explorationsverhalten/ Selbstwirksamkeit
Routine in den Lebensalltag des Kindes bringt.	Selbstmanagement/ Selbstsicherheit
das Kind nicht vor Anforderungssituationen bewahrt.	Problemlösefähigkeit/ Mobilisierung sozialer Unterstützung
dem Kind hilft, Interessen und Hobbys zu entwickeln.	Selbstwertgefühl
ein „resilientes“ Vorbild ist (dabei aber authentisch bleibt).	Effektiven Bewältigungsstrategien

Tab. 10 Erziehungsmaxime zur Förderung von Resilienz in der Erzieher-Kind-Interaktion

Wenn Kinder beispielsweise von früh an in wichtige Entscheidungsprozesse eingebunden werden, können sie ein Gefühl entwickeln, selbstwirksam zu sein und Kontrolle über ihr eigenes Leben zu haben. Wenn Kindern realistische, kleine Verantwortlichkeiten übertragen werden, gewinnen sie Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und lernen, selbstbestimmt zu handeln. Wenn Kinder schon von einem frühen Entwicklungszeitpunkt an vermittelt

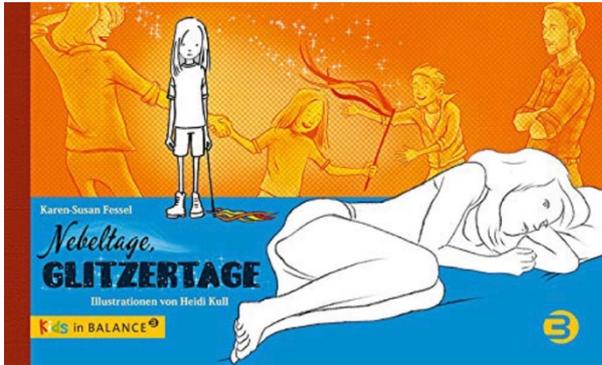
■ ■ Formulierungsvorschläge bei verschiedenen psychischen Erkrankungen

Im Folgenden werden Beispiele für kindgerechte Erklärungen zu verschiedenen psychischen Krankheiten gegeben:

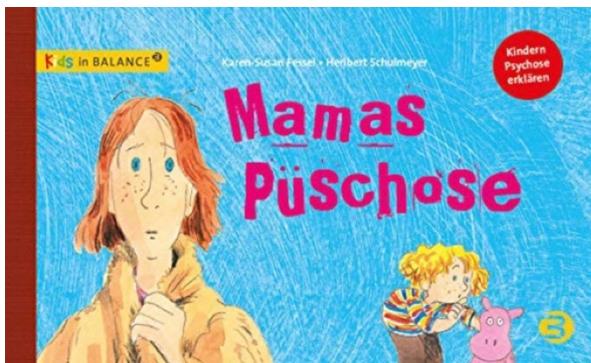
- Depression** ▶ Man kann nicht aufhören, traurig zu sein, und ist immer furchtbar müde. Man mag morgens nicht aufstehen, sich nicht anziehen, nichts kochen und nichts essen. Man mag nicht sprechen und nichts hören, weil alles so schrecklich anstrengend erscheint.
- Manie** ▶ Eine Manie ist das Gegenteil von Depression und tritt manchmal im Wechsel mit ihr auf. Man kann dann nicht still sitzen und hat das Bedürfnis, immerzu zu sprechen. Man will alles gleichzeitig machen und kann nicht schlafen, weil zu viele Gedanken und Ideen im Kopf herumschwirren.
- 128 Schizophrenie** ▶ Man hört, sieht, fühlt oder riecht Sachen, die gar nicht da sind. Man hört z.B. Stimmen, die sonst keiner hört. Man sagt oder tut dann komische Dinge, die scheinbar keinen Sinn ergeben und manchmal auch Angst machen.
- Phobie** ▶ Das ist, wenn man nicht mehr aufhören kann, vor etwas Bestimmtem Angst zu haben, z.B. in ein Kaufhaus zu gehen, mit der Straßenbahn zu fahren oder mit dem Flugzeug zu fliegen. Die Angst ist dann riesengroß und man glaubt, es nicht aushalten zu können.
- Sucht** ▶ Es gibt verschiedene Formen von Suchtverhalten. Bei einer Esssucht z.B. muss man immerzu essen und kann nicht damit aufhören, auch wenn man das gerne möchte. Bei einer Mager-sucht isst man zu wenig. Man wird dann immer dünner und glaubt immer noch, man sei zu dick und müsse weiter abnehmen. Es gibt noch andere Süchte, z.B. die Sucht, Alkohol zu trinken oder Tabletten zu nehmen.

Quelle: Mattejat, Fritz/ Beate Lisofsky (2014): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Balance Ratgeber. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH. S. 127f.

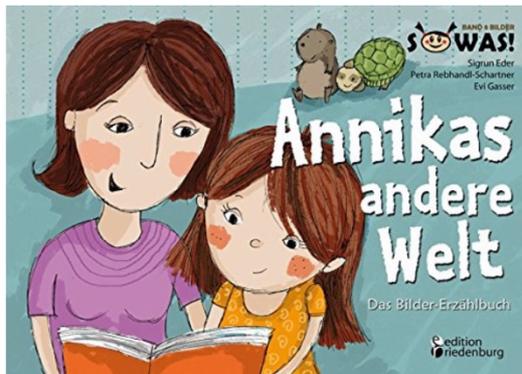
Anhang 7: Kleine Auswahl Bilderbüchern zur Thematik



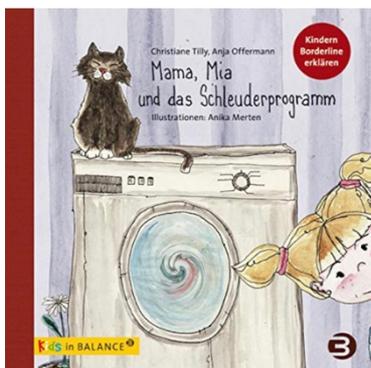
Fessel, Karen Susann, Heidi Kull (2018): Nebeltage, Glitzertage: Kindern bipolare Störungen erklären. Balance Buch + Medien Verlag.



Fessel, Karen Susann/ Heribert Schulmeyer (2020): Mamas Püschose: Kindern Psychose erklären. Balance Buch + Medien Verlag.



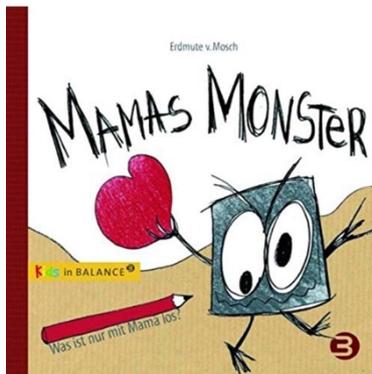
Eder, Sigrun (2013): Annikas andere Welt – Das Bilder-Erzählbuch für Kinder psychisch kranker Eltern. Edition Riedenburg.



Tilly, Christiane (2012): Mama, Mia und das Schleuderprogramm: Kindern Borderline erklären. Balance Buch + Medien Verlag.



Homeier, Schirin (2006): Sonnige Traurigtage: Illustriertes Kinderfachbuch für Kinder psychisch kranker Eltern und deren Bezugspersonen. Mabuse Verlag.



Mosch von, Erdmute (2011): Mamas Monster: Was ist nur mit Mama los? Balance Buch + Medien Verlag.



Möbest, Anja (2017): Als Mama nur noch traurig war: Wenn ein Elternteil an Depression erkrankt. Coppenrath.

Anhang 8: Familiäre Resilienz nach Walsh (2003)

Unter Resilienz lässt sich nicht nur die psychische Widerstandskraft von einzelnen Individuen, sondern auch die eines sozialen Systems, fassen (vgl. Wustmann Seiler 2021, S.18). Walsh (2003) hat dahingehend das Resilienzkonzept mit einer systemischen Betrachtungsweise erweitert und das Konzept der familiären Resilienz entwickelt (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S. 40).

„Durch den Fokus auf familiäre Resilienz wird der Blick auf Prozesse gelenkt, die es den Familien als System ermöglichen, ihre Aufgaben trotz vorliegender erheblicher Belastungen und Widrigkeiten gut zu erfüllen (Lenz/ Wiegand-Grefe 2017, S. 40).“

Walsh (2003) beschreibt drei Kategorien von Schlüsselprozessen familiärer Resilienz in Familien, die er mit resilienzfördernden Interaktionsmustern und -prozessen verknüpft hat (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017, S. 42):

1. Geteilte Überzeugungen von Familien
2. Familiäre Organisationsmuster
3. Kommunikations- und Problemlöseprozesse

Resiliente Familien sehen in belastenden Lebensumständen demnach eine gemeinsame Herausforderung und Aufgabe. Sie teilen die Überzeugung, dass die Bewältigung dieser Umstände gemeinsam überwunden werden kann und sollte (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2017, S. 40). Diese optimistische Haltung stärkt das Zusammengehörigkeitsgefühl innerhalb der Familie. Ausgehend dieser optimistischen Einstellung, finden und erproben resiliente Familien gemeinsam Lösungswege (vgl. ebd.). Walsh (2003) beschreibt das Schaffen flexibler familiärer Strukturen in Bezug auf familiäre Rollen und Zusammenarbeit als weiteren zentralen Aspekt. So unterstützen sich resiliente Familien gegenseitig und schaffen Verbindlichkeit und Zusammenhalt, respektieren aber auch die Bedürfnisse und Unterschiede einzelner Familienmitglieder (vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2017, S.42). In resilienten Familien werden Gefühle zum Ausdruck gebracht und eindeutige und wahrhafte Botschaften ausgesprochen. Die Kommunikations- und Problemlöseprozesse involvieren alle Beteiligten. Die genannten Schlüsselprozesse sind in resilienten Familien stark ausgeprägt und tragen dazu bei, dass Belastungen und Krisen abgemildert und bewältigt werden können (vgl. ebd.).

Quelle: Lenz, Albert; Silke Wiegand-Grefe (2017): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe Verlag. S. 40ff.

Anhang 9: Übersicht Trainingsprogramme zur Förderung kindzentrierter Schutzfaktoren und Resilienz



Diese Förderaspekte können als Basis für die Konzipierung von Präventionsmaßnahmen dienen und entscheidende Anhaltspunkte für curriculare Konzepte liefern. Für eine Umsetzung einzelner Förderaspekte in der pädagogischen Praxis können dabei folgende ausgearbeitete und wissenschaftlich fundierte Präventionsprogramme bereits erste Anregungen und Impulse geben:

- **Trainingsprogramm zur Veränderung maladaptiver Attributionsmuster** (Julius & Goetze, 1998 a, 1998 b, 2000): Im Vordergrund dieses Trainings steht die Entwicklung von realistischen Ursachenzuschreibungen (Attributionen) und Kontrollüberzeugungen sowie die Mobilisierung sozialer Unterstützung. Kinder lernen anhand von Bildtafeln und Identifikationsgeschichten:

- dass es internale (auf Fähigkeiten und Anstrengungen bezogene) und externale (auf Aufgabenschwierigkeit, Glück und Zufall bezogene) Attributionen gibt,
- dass Gedanken ursächlich für die Entstehung von Gefühlen sein können,
- dass Gefühle in einer Situation von der Bewertung dieser Situation abhängig sind und
- dass die günstigste Form der Bewältigung schwieriger Situationen darin besteht, sich Hilfe und Unterstützung zu holen.

Darüber hinaus basiert dieses Trainingsprogramm auf dem „Buddy-Prinzip“, d. h. Partnerarbeit bzw. Arbeit in Zweiergruppen von Kindern mit günstigen (funktionalen) und ungünstigen (dysfunktionalen) Attributionsmustern (positive Modellwirkung).

Zielgruppe: Kinder im Grundschulalter

Setting: 6 Wochen mit jeweils 2 Unterrichtsstunden

Methodik: Bildtafeln, Identifikationsgeschichten, Problemanalysen, Partnerarbeit.

- **Programm „I can problem solve“ (ICPS) zur Verbesserung von Problemlösestrategien und sozialer Perspektivenübernahme** (Shure & Spivack, 1981): Dieses Programm zielt u. a. darauf ab, die eigenen Gefühle und die Gefühle anderer Menschen wahrzunehmen, zu benennen bzw. mit verschiedenen Gefühlen angemessen umgehen zu können und Problemlösefertigkeiten zu erwerben (z. B. Probleme zu erkennen und zu analysieren, Ziele zu formulieren, verschiedene Lösungen zu generieren, Kompromisse zu suchen, Konsequenzen herausfinden und bedenken). Eine Adaption dieses Programms wurde jüngst unter dem Namen „Ich kann Probleme lösen“ an der Universität Erlangen entwickelt (Beelmann, 2003). Im Rahmen des dortigen Forschungsprojekts „Förderung von Erziehungskompetenzen und sozialen Fertigkeiten in Familien: Eine kombinierte Präventions- und Ent-

wicklungsstudie zu Störungen des Sozialverhaltens“ (vgl. Lösel, 2001) wird das Programm in Kindergärten erprobt und evaluiert (die folgenden Angaben beziehen sich auf diese Adaption).

Zielgruppe: Kinder im Alter von 4–6 Jahren

Setting: ca. 6–10 Kinder; 15 Sitzungen à 60 Minuten über 3 Wochen

Methodik: Rollenspiele, Problemanalysen, Spiele, Diskussion.

- **Stresspräventionstraining „Bleib locker“** (Klein-Heßling & Lohaus, 2000) und **„Anti-Stress-Training für Kinder“** (Hampel & Petermann, 1998): Hauptziele dieser Programme sind:

- das Kennenlernen eines anschaulichen Stressmodells (Modell der „Stresswaage“),
- die Verbesserung der Fähigkeit, eigene Stressreaktionen zu erkennen und stressauslösende Situationen wahrzunehmen und zu bewerten,
- das Erlernen neuer Stressbewältigungsstrategien,
- die Erhöhung der bei sich selbst wahrgenommenen Kompetenzen zur Problembewältigung und
- die Verbesserung des eigenen Selbstwertgefühls (Lohaus & Klein-Heßling, 1999).

Als Stressbewältigungsstrategien werden dabei der Ausdruck eigener Stresserlebnisse („Sich über Stress mitteilen“), die Berücksichtigung von Anspannung und Entspannung („Sich ausruhen und erholen“; Spiel und Spaß), Problemlösefähigkeiten und die Nutzung von Selbstinstruktionstechniken vermittelt. Im Hinblick auf das Problemlösen werden Kinder beispielsweise an folgendes Handlungsschema herangeführt: Problemdefinition – Lösungssuche – Lösungserprobung – Lösungsbewertung – evtl. Neudefinition des Problems.

Zielgruppe: Kinder im Grundschulalter

Setting: ca. 10 Kinder, 8 Sitzungen à 1½ Stunden, 2 begleitende Elternabende

Methodik: Problemanalysen, Rollenspiele, Entspannungs- und Auflockerungsübungen, Comics, Hörspiele.

- **FAUSTLOS-Curriculum zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention** (Cierpka, 2001; Cierpka et al. o.J.): Dieses Programm verfolgt das Ziel der Gewaltprävention über den Weg der Förderung von Empathie, sozialer Perspektivenübernahme, Impuls- bzw. Selbstkontrolle (Frustrationstoleranz) und Konfliktlösefähigkeit. Im Vordergrund steht dabei, mit Hilfe von Interaktionsübungen, Problemgeschichten und Rollenspielen einen angemessenen, reflektierten Umgang mit eigenen Gefühlen (wie Angst, Wut, Ärger) und äußeren Konflikten zu lernen sowie konstruktive, interpersonale Problem- und Konfliktlösestrategien anzuwenden (diplomatisches Streitverhalten).

Zielgruppe: Kindergartenkinder und Grundschul Kinder der 1.–3. Klasse (für jede Gruppe gibt es jeweils eine Version)
Setting: 51 Lektionen (Grundschul-Curriculum), 28 Lektionen (Kindergarten-Curriculum), 1–2 Lektionen pro Woche
Methodik: Fotofolien/Fotokartons, Geschichten, Rollenspiele, Handpuppen (Kindergarten).

- **Das „Penn Prevention Programme“** (Seligman; eine Adaption ist im deutschen unter dem Titel „Kinder brauchen Optimismus“, 1999, erschienen): Dieses Programms zielt auf die Förderung von optimistischen Gedanken, problemzentrierten Coping-Strategien (insbesondere positive Selbstinstruktion), realistischen Kontrollüberzeugungen/Attributionsmustern und Konfliktlösefähigkeiten. Mit Hilfe von Bildergeschichten und Figuren (z. B. „Holly Hoffnung“, „Trüber Tim“, „Pessimistische Petra“) werden Kinder an das ABC-Modell herangeführt: (A) Misserfolgs erlebnis, (B) Deutungen/ Vermutungen/ Interpretationen, (C) Folgen. Anhand dieses Modells sollen die Kinder lernen, dass Gefühle nicht unmittelbar durch unangenehme Erlebnisse, sondern durch Gedanken ausgelöst werden.
Zielgruppe: Grundschul Kinder
Setting: 12 Sitzungen
Methodik: Bildergeschichten, Spiele, Rollenspiele, Diskussion und Video.

- **Gruppeninterventionsprogramme für Kinder in Trennungs- und Scheidungssituationen** (vgl. z. B. das „Gruppentraining mit Kindern aus Trennungs- und Scheidungsfamilien“ von Jaede, Wolf & Zeller-König, 1996, und das „Gruppeninterventionsprogramm für Kinder mit getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern – TSK Trennungs- und Scheidungskinder“ von Fthenakis et al., 1995): Diese Programme haben zum Ziel, dem Chaos der elterlichen Trennung/Scheidung eine stabilisierende Struktur entgegenzusetzen. Im Mittelpunkt steht:
 - die Vermittlung von Coping-Strategien für einen konstruktiven Umgang mit der veränderten Familiensituation,
 - der Ausdruck von scheidungsbezogenen Gefühlen,
 - der Erwerb einer realistischen Perspektive (Normalisierung der eigenen Sichtweise),
 - die positive Wahrnehmung der eigenen Person und Familie (Abbau von Schuldgefühlen, Stärkung des Selbstwertgefühls) sowie
 - die Etablierung von neuen sozialen Netzen.Mit Hilfe von projektiven Materialien werden u. a. folgende Themen gemeinsam bearbeitet: Gefühle, Streit zwischen Eltern, scheidungsbedingte Veränderungen, der neue Partner, Besuchsregelungen und Zukunftsgedanken.

Quelle: Wustmann Seiler, Corinna (2021): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beiträge zur Bildungsqualität. Berlin: Cornelsen. S. 126ff.

Anhang 10: Fragen zur Reflexion. Der eigenen Haltung im Kontext psychischer Erkrankungen und Elternarbeit (nach Jungbauer 2016)

4.2.1 Reflexion der eigenen Haltung

Folgende Fragen können bei der Auseinandersetzung mit den eigenen Einstellungen und Haltungen gegenüber psychisch erkrankten Menschen helfen:

- Welche Einstellungen und Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen habe ich gelernt?
- Auf welche Vorurteile gegenüber psychisch kranke Menschen als Eltern stoße ich in meinem sozialen und beruflichen Umfeld?
- Ertappe ich mich dabei, dass ich psychisch kranke Eltern weniger wertschätze als psychisch gesunde Eltern?
- Kommt es vor, dass ich psychisch kranke Eltern für weniger glaubwürdig halte als psychisch gesunde Eltern?
- Kann es sein, dass ich ihre Erziehungskompetenz in Frage stelle bzw. manchmal sogar ganz abspreche?

Folgende Fragen können die Auswirkungen reflektieren, die eine offene Thematisierung der elterlichen Erkrankung auslösen könnte:

- Was würde es für mich und die Arbeit mit dem Kind bedeuten, wenn ich von der Krankheit erfahren würde?
- Was wäre dann anders in meinem Arbeitsalltag?
- Würde ich dann anders mit dem Kind umgehen? Ihm vielleicht mehr Unterstützung und Hilfe zusichern?
- Würde sich der Umgang mit den Elternteilen verändern?

Wie alle Menschen sind auch Sozialpädagogen und Lehrer mit den gesellschaftlichen Vorurteilen gegenüber psychischen Krankheiten aufgewachsen und können diese nicht einfach ablegen. Bleiben sie jedoch unreflektiert, wird der Zugang zu den Sorgen und Nöten psychisch kranker Eltern verhindert. Es besteht die Gefahr, dass dann Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfen für die Erkrankten selber, für die Kinder und die ganze Familie nicht genutzt werden.

Quelle: Jungbauer, Johannes (2016): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Praxiskonzepte. Opladen/ Berlin/ Toronto: Verlag Barbara Budrich. S.169f.

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbständig verfasst und gelieferte Damensitze, Zeichnungen, Skizzen und graphische Darstellungen selbständig erstellt habe. Ich habe keine anderen Quellen als die angegebenen benutzt und habe die Stellen der Arbeit, die anderen Werken entnommen sind - einschl. verwendeter Tabellen und Abbildungen - in jedem einzelnen Fall unter Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht.

Paderborn, den 14.01.2022

K. Klasse