

Seminar: Kinder mit psychisch erkrankten Elternteilen

Bernd Abendschein

Dipl.-Psychologe,
Psychologischer Psychotherapeut,
Systemischer Therapeut (SG)

Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Wiesloch

1

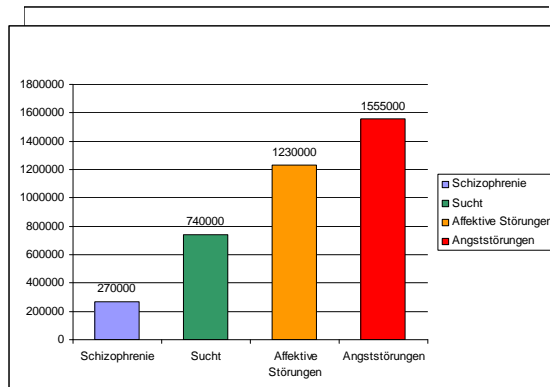
Gliederung

- (1) Einführung
- (2) Entwicklung der Kinder
- (4) Risiko- und Schutzfaktoren
- (5) Intervention und Prävention

2

Epidemiologische Daten

- Im Verlaufe eines Jahres erleben mindestens **3 Millionen Kinder** einen Elternteil mit einer psychischen Störung.



Zahlen für Deutschland nach einer Hochrechnung von Prof. F. Matthejat (2006), veröffentlicht durch Prof. S. Wagenblaus (2008).

Häufigkeitsschätzungen für die BRD

- **Allgemeine Versorgungsdaten**

250.000 Kinder leben bei einem Elternteil, der sich wegen einer psychischen Erkrankung

in psychiatrischer / psychosozialer Beratung / Behandlung / Betreuung

befindet.

- **Stationäre Versorgungsdaten**

175.000 Kinder machen pro Jahr die Erfahrung, dass ein Elternteil wegen einer psychischen Erkrankung **stationär** psychiatrisch behandelt wird.

Entwicklungsaufgaben im Säuglings- und Kleinkindalter

Entwicklungsperiode	Entwicklungsaufgabe des Kindes	Elterliche Aufgaben und mögliche Störquellen
Frühe Kindheit (PRIMÄRE BINDUNG)	<ul style="list-style-type: none"> - Aufbau der primären Bindung - Einüben von elementaren Regulationen (Schlafen; Erregungsniveau; Essen; Ausscheidung; Motorik) 	<p>Verfügbarkeit und Reaktivität:</p> <p>Trennungserlebnisse; Wechsel der Bezugspersonen; gestörte Eltern-Kind-Aktion (elterliche Reaktivität / Feinfühligkeit)</p>

Entwicklungsaufgaben im Vorschul- und Schulalter

Entwicklungsperiode	Entwicklungsaufgabe des Kindes	Elterliche Aufgaben und mögliche Störquellen
Vorschul- / Grundschulzeit (SOZIALISATION)	<ul style="list-style-type: none"> - Einübung sozialer Regeln; - Entwicklung individueller Durchsetzungsfähigkeit und einer Leistungshaltung; - Erwerb von Kulturtechniken (Schule, andere Kinder) 	<p>Unterstützung und Anleitung:</p> <p>Defizite in der Beaufsichtigung, Im Setzen von Grenzen oder in der positiven Zuwendung; inkonsequentes Verhalten; Unterforderung oder Überforderung</p>

Entwicklungsaufgaben

in der Adoleszenz

Entwicklungsperiode	Entwicklungsaufgabe des Kindes	Elterliche Aufgaben und mögliche Störquellen
Jugendalter (IDENTITÄT / AUTONOMIE)	<ul style="list-style-type: none"> - Identitätsfindung - Anpassung an sexuelle Reifung - Ablösung vom Elternhaus -Selbständigkeit und Partnerschaft 	<p>Respekt und Partnerschaft: Unangemessenes elterliches Modellverhalten (eingeschränkte Vorbildfunktion); Autonomiehemmende Faktoren (symbiotisches Verhalten; überzogene negative Reaktion)</p>

Potentielle Entwicklungsauffälligkeiten allgemein

1) Säuglingsalter

- psychisch kranker Elternteil selten in der Lage, adäquat auf ihr Kind einzugehen
- Extremfall: psychisches Überleben des Kindes gefährdet
- bereits im Alter weniger Wochen: Verhaltensauffälligkeiten
- auch soziale und kognitive Entwicklung kann beeinträchtigt sein

2) Kleinkindalter (2 - 4 Jahre)

- Abweichungen von „normaler“ Entwicklung bezogen auf Ablösungsschritte, Spracherwerb, aktives Kennenlernen / Spielen
- mangelndes / fehlendes Urvertrauen, sichere Bindung oft nicht vorhanden
- häufig motorische / sensorische Dysfunktionen, affektive Überreizbarkeit, verringerte Expressivität, kommunikative Kompetenz

Potentielle Entwicklungsauffälligkeiten allgemein

3) Vorschulalter

- Sichtweisen anderer werden in Überlegungen mit einbezogen / Entwicklung eines empathischen Verständnisses
 - fast unmöglich bei Elternteilen mit einem wahnhaft verzerrten oder depressiven Weltbild
 - typisch depressive Kognitionen (Hoffnungslosigkeit, Schuldgefühle) werden in Denken eingebaut
- soziale Kontakte nicht / nur eingeschränkt möglich, da Eltern Kontakt nach außen so gering wie möglich halten
- Kinder zeigen sich depressiver, zerstreuter, zurückgezogener und ängstlicher

Potentielle Entwicklungsauffälligkeiten allgemein

4) Schulalter

- Schwierigkeiten im Bereich der Schulleistung, des Verhaltens und der sozialen Integration
- introvertierte (Depression, Angst, psychosomatische Beschwerden) wie extravertierte (Unruhe, Ungehorsam, Aggressivität) Symptome werden sichtbar
- Schamgefühle (bezogen auf das Realisieren des Krankheitsbildes), Schuldgefühle
- verfrühte Selbstständigkeit (im Extremfall Rollenumkehr)
- Schule: Defizite im Bereich der Aufmerksamkeit, affektiver Kontrolle, sozialer Kompetenz

Potentielle Entwicklungsauffälligkeiten allgemein

5) Adoleszenz

- fehlendes soziales Netzwerk erschwert Ablösung / Identitätsfindung
- Konformitätsdruck (Angst davor, „anders“ / so wie Elternteil zu sein)
- Tendenzen zu kognitiven Störungen (tangenciales Denken, schlechteres Kontextverständnis, kognitives Gleiten)
- höchste Vulnerabilität

→ Jedes Alter benötigt adäquate Unterstützungskonzepte!

Affektive Störungen Interaktionsverhalten

Verhalten depressiver Mütter:

- schauen Neugeborenen wenig in das Gesicht
- älteren Kindern gegenüber zeigen sie wenig affektive Reaktionen, ein niedriges Aktivitätsniveau und wenig kontingente Reaktionen oder einen Wechsel von fehlendem Engagement und Aufdringlichkeit
- oft unfähig, angemessen auf ihre Kinder aufzupassen

→ Sind nicht in der Lage, durchgehend auf sie zu achten oder sie vor möglichen Gefahren zu schützen

Affektive Störungen Interaktionsverhalten

Verhalten depressiver Mütter:

- Abrupter Wechsel zwischen Über- und Unterstimulation
- Inadäquater Wechsel zwischen gewährendem und kontrollierendem Erziehungsstil, Zurückweisen kindlicher Autonomie
- Schwierigkeiten Grenzen zu setzen

Reaktionen der Kinder:

- reagieren mit Nervosität und verringerter physischer Aktivität
- Rückzug, häufiges Wegschauen und reduzierter positiver Affekt

Auswirkungen auf das Interaktionsverhalten bei depressiven Müttern (im Säuglings- und Kleinkindalter)

- Durch die Depression ist die Empathie und die emotionale Verfügbarkeit der Mütter reduziert
- Es zeigen sich Einschränkungen der mütterlichen Feinfühligkeit die kindlichen Signale
 - wahrzunehmen,
 - richtig zu interpretieren,
 - prompt und angemessen zu beantworten

Beispiele: Blickkontakt, Lächeln, Sprechen, Imitieren, taktile Stimulation, interaktives Spielen
- Überstimulation und ärgerlich- aggressive Tendenzen

Auswirkungen auf das Interaktionsverhalten bei depressiven Müttern (im Säuglings- und Kleinkindalter)

Kindliche Reaktionen:

- Geringe Synchronisation, wenig Rückkopplungssignale und Feinabstimmung, Kind hat weniger Gelegenheit zur Selbstwirksamkeitserfahrung
- Gewöhnung des Säuglings an die Depressivität der Mutter - Selbstregulation im still face
- vermehrt unsicher vermeidende Bindungsstrategien bzw. desorganisierte Bindungsmuster bei Kindern postpartal depressiver Mütter

Auswirkungen auf das Interaktionsverhalten bei depressiven Müttern (Vorschul- und Schulalter)

- Die Mütter nehmen die Kinder als besonders schwierig wahr
- Der sprachliche Austausch ist eingeschränkt
- Im Zusammenhang mit neuen Entwicklungsaufgaben haben die Mütter Schwierigkeiten, sich gegenüber dem Kind durchzusetzen und Grenzen zu setzen
- Teilweise reagieren sie auch überängstlich und erlauben expansive Tendenzen des Kindes zu wenig (Schwanken zwischen permissiven und kontrollierendem Erziehungsstil)
- Positive Kommentare, die das kindliche Selbstwertgefühl stärken, kommen weniger vor

Auswirkungen auf das Interaktionsverhalten bei depressiven Müttern (in der Adoleszenz)

- Dem Kind werden erwachsenentypische und elternhafte Aufgaben und Verantwortungen übertragen
 - Parentifizierung
- Beziehen das Kind in die Elterlichen Probleme /Konflikte mit ein
 - diffuse generationale Abgrenzung
- Wegen der krankheitstypischen Einschränkungen ist die Identifikation des Kindes mit den Eltern beeinträchtigt
 - eingeschränkte Vorbildfunktion der Eltern
- Die Mutter ist mit der Aufgabe überfordert, ihr Kind bei der Bewältigung der altersspezifischen Entwicklungsaufgaben zu unterstützen
 - insbes. Kompetenzerwerb, Selbständigkeit, Autonomieentwicklung

Erkrankungsrisiken der Kinder

Kinder mit einem depressiv erkrankten Elternteil (verglichen mit Kindern von gesunden Eltern) weisen eine deutlich erhöhte psychiatrische Störungsrate auf:

- Metaanalysen: Etwa **61%** der Kinder von Eltern mit einer schweren („major“) Depression entwickeln im Verlaufe der Kindheit/Jugend eine psychische Störung.
- Die Wahrscheinlichkeit für psychische Störungen im Kindes und Jugendalter ist um das **4-fache** erhöht (Beardslee, 2007).

Risikofaktoren: Affektive Störungen

Lebenslanges Erkrankungsrisiko für schwere affektive Störungen (Depressionen und manisch-depressive Erkrankungen)

Risikogruppen	Erkrankungsrisiko
Gesamtbevölkerung	5 - 10 %
Wenn ein Elternteil an einer bipolaren affektiven Störung erkrankt ist	9 - 21 %
Wenn ein Elternteil an einer unipolaren affektiven Störung erkrankt ist	8 - 15 %
Wenn beide Eltern an einer affektiven Störung erkrankt sind	56 %

Schizophrenie

Auswirkungen auf die Kinder / Interaktionsverhalten

- Minussymptomatik: durch verlangsamte, abgeschwächte Reaktionen auf die Umwelt, können sie nicht immer den Signalen ihrer Kinder folgen
- Orientierung an eigenen inneren Impulsen und Gesetzmäßigkeiten, welche für das Kind nicht recht durchschaubar sind
 - **Folge:** das Kind bemüht sich nicht dauerhaft um die elterliche Aufmerksamkeit
- unter den Säuglingen schizophrener Eltern oft besonders ruhige Säuglinge, erscheinen pflegeleicht und unkompliziert
 - extreme Passivität und später dann Entwicklungsverzögerung
 - = Warnsignal (Deneke, 1999)
- Gereiztes und ungeduldiges Verhalten gegenüber ihren Kindern (Creer und Wing, 1977)

Schizophrenie

Auswirkungen auf die Kinder / Interaktionsverhalten

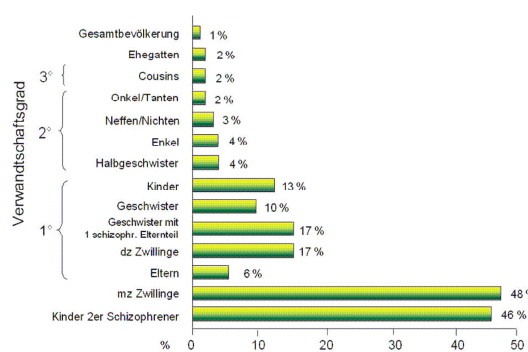
- erkrankte Eltern reagieren häufig mit affektiver Überregtheit und einer verringerten verbalen Expressivität und Kommunikation auf die Kinder

Folge:

- **Vorschulalter:** Depressives und ängstlich-zurückgezogenes Verhalten
- **Schule:** Kinder neigen zu Defiziten in den Bereichen der Aufmerksamkeit, der affektiven Kontrolle und der sozialen Kompetenz
- **Adoleszenz:** kognitive Störungen, schlechteres Kontextverständnis, vermehrt magische Denkstile

Risikofaktoren: Schizophrenie

Lebenslanges Risiko für Schizophrenie (%)



AUS: SCHOSSER A, KINDLER J, MOSSAHEB N, ASCHAUER H

Genetische Aspekte affektiver Erkrankungen und der Schizophrenie. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 2006; 7 (4), 19-24
Abgerufen 25.02.2008 bei: <http://www.kup.at/kup/pdf/6160.pdf>

BPS-Patientinnen als Mütter

Invalidierender Erziehungsstil

▪ Invalidierung:

- Eltern reagieren auf die jeweiligen Gefühle des Kindes nur unangemessen
- das Kind wird mit seinen Gefühlen und Bedürfnissen nicht ernstgenommen oder vernachlässigt
- oder die Eltern unterbinden durch einen überprotektiven Erziehungsstil die Autonomie und Selbstwertentwicklung des Kindes

▪ **widersprüchliche Bindungserfahrungen** bei Müttern mit BPS können zu einem desorientierten Bindungsverhalten führen

- das Fehlen von verlässlichen, warmen und empathischen Beziehungserfahrungen verhindert eine Internalisierung positiver Beziehungserfahrungen
- häufig auch die Affektregulation, speziell die adäquate Reaktion in angstbesetzten Situationen und Stress, gestört

BPS-Patientinnen als Mütter

Sicht der Kinder

▪ BPS-Mütter manchmal auch **Quelle der Angst** und Bedrohung, weil sie sich in Bindungssituationen gg. Kindern aggressiv und damit ängstigend verhalten

▪ **invalidierender Erziehungsstil** wirkt sich besonders dann auf psychische Gesundheit des Kindes aus, wenn Kind eher ängstlich-vermeidendes Temperament aufweist. Diese Kinder reagieren besonders empfindlich auf Kritik, Ablehnung und strenge Kontrolle durch Eltern.

- Kombination aus dispositioneller Ängstlichkeit und Invalidierung führt zu einem Anstieg emotionaler Probleme beim Kind

▪ **familiäre Zusammenhalt** gering, Mütter unbeständig, häufig Veränderungen in der Haushaltszusammensetzung und Schulwechseln

▪ **Defizite** in gegenseitiger Unterstützung im Haushalt und in der Leitung täglicher Routine

▪ **Stabile Partnerschaft** Pufferfunktion (Ausnahme Partner gewalttätig oder antisozial)

Persönlichkeitsstörung

Interaktionsverhalten - allgemein

Verhalten des Elternteils:

- häufige Wechsel zwischen verschiedenen, oft gegensätzlich affektiv getönten Umgangsweisen

z.B. kann sich ein positiv zugewandtes Interaktionsverhalten mit plötzlicher Abwendung oder ungeduldig ablehnendem Umgang scheinbar unmotiviert abwechseln

Reaktionen der Kinder:

- Kinder oft besonders wachsam und einfühlsam auf die Mutter eingestellt (Deneke, 1999)
- zeigen sich in schweren Fällen ängstlich, zurückgezogen oder aggressiv (Deneke, 1999)

Interaktionsstörungen

Entwicklungsrisiken für die Kinder

Grundsätzliches

- Kinder beziehen den Affekt der Eltern primär auf sich
 - Fühlen sich verantwortlich und schuldig, wenn es Eltern schlecht geht
- Starke Beeinträchtigung in ihrer Phantasie-, Spiel- und Lernfähigkeit
 - Entwicklungsdefizite („falsches Selbst“, später seelische Erkrankung)
- Kinder, die emotional alleingelassen wurden, leiden in höherem Maße an Ängsten, Selbstwertproblemen, Depressionen, sind suchtanfällig
- Überforderung mit den Aufgaben des kranken Elternteils
 - Entwickeln Versagensängste, Schuldgefühle, Depressionen
- Bewältigung der Aufgaben
 - Zu reif und übermäßig ernst, Verhalten oft nicht altersgemäß

Interaktionsstörungen Entwicklungsrisiken für die Kinder

- zeigen eher zu wenig als zu viel von ihren Problemen nach außen (aus Loyalitätsgründen den Eltern gegenüber)
- Helfende Personen müssen erst das Vertrauen der Kinder darin gewinnen, dass sie es auch gut mit den kranken Eltern meinen, bevor die Kinder versuchen können, sich ihnen zu öffnen

Verschiedene Interaktionsstörungen Entwicklungsrisiken für die Kinder

Emotionale Unerreichbarkeit (Depression, Schizophrenie, Sucht, z.T. Pers.störung)

→ geprägt von Passivität, verzögerter oder ausbleibender Reaktion auf die kindlichen Signale, meist ohne affektive Beteiligung

- Säuglinge und Kleinkinder
 - reagieren bei Nicht-Beachtung mit vermehrtem Bemühen um Aufmerksamkeit in Form von Unruhe, Quengeln, Aggressivität
 - je nach Temperament Rückzug, Passivität, Resignation
 - Entweder schwierige, unzufriedene oder extrem passive Kinder, bleiben in sozial-emotionaler / intellektueller Entwicklung zurück
- Ältere Kinder
 - Hyperaktiv-aggressives Verhalten oder wirken depressiv
 - Bei mehreren Kinder: Rollenteilung, Parentifizierung

Verschiedene Interaktionsstörungen Entwicklungsrisiken für die Kinder

Überstimulation (agitiert depressive Mütter, Angststörungen, Manien, z.T. Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen)

→ Kind wird übermäßig anhaltend und stark angeregt, dauernd zu Reaktionen herausgefordert (unabhängig von seinen Tendenzen)

- Säuglinge und Kleinkinder
 - Rückzug aus Interaktion, Abwenden, vermeiden Blickkontakt, passiv
 - Je nach Temperament auch Protest; aber auch Erstarren in Gefahrensituationen, wenn Mutter aggressiv
- Ältere Kinder
 - Verharren entweder in passiver Unterordnung oder verweigern sich trotz den dauernden Interaktionsanforderungen

Verschiedene Interaktionsstörungen Entwicklungsrisiken für die Kinder

Stark und unberechenbar wechselndes Interaktionsverhalten
(bei manisch-depressiven Erkrankungen, BPS, Sucht, z.T. Schizophrenie)

→ Kinder sind dauernd angespannt, fangen früh an, die Eltern zu beobachten, richten ihr eigenes Verhalten nach den elterlichen Zuständen, um nicht Ungeduld oder Aggression auf sich zu ziehen

- Säuglinge
 - Unruhig oder besonders ruhig, i.S.v. angstvoller Erstarrung / erzwungener Unterwerfung
 - Späteres Bindungsmuster: desorganisierter Typ
- Ältere Kinder
 - Überangepasst und ängstlich
 - Zwanghaft fürsorgliches Verhalten; später heftige Machtkämpfe möglich = Versuch, Kontrolle über Elternperson zu bekommen

Verschiedene Interaktionsstörungen Entwicklungsrisiken für die Kinder

Einbeziehen des Kindes in ein Wahn-, Angst- oder Zwangssystem (bei Schizophrenien, neurotischen Störungen)

→ entwicklungsabhängige Bedürfnisse (Bewegung, Spielen, Kontakt) werden ignoriert; Unterordnung in die Logik der elterlichen Störung

- Säuglinge
 - Reagieren nicht auf die Inhalte, sondern auf mitgeteilte Affekte
- Kleinkinder
 - Lassen sich in Ängste und Zwänge sowie in psychotische Inhalte einbinden (Mangel an Realitätsprüfung)
- Ältere Kinder
 - Inhalte werden übernommen oder sich davon distanziert
 - „doppelte Buchführung“

Risikofaktoren für die Kinder

- **Desorientierung und Angst:** Sie können die Erkrankung nicht einordnen und nicht verstehen
- **Schuldgefühle:** Sie glauben, dass sie schuld sind
„Mama ist krank/durcheinander/traurig, weil ich böse war.“
- **Tabuisierung:** Sie haben das (begründete) Gefühl, dass sie mit niemandem darüber sprechen dürfen
- **Isolierung:** Sie wissen nicht, mit wem sie darüber sprechen können, fühlen sich alleine gelassen, ziehen sich zurück

Welche Verhaltensauffälligkeiten können bei den betroffenen Kindern festgestellt werden / auftreten?

- glauben nicht, dass sie dazu in der Lage sind, ihr Gegenüber positiv für sich zu interessieren
 - starkes Misstrauen, Bedürfnisse sind oft nicht gestillt
- erleben wenig Alltagsstruktur und Tagesrhythmus
- Verantwortungsverschiebung
 - Parentifizierung (bereits im Alter von 9 Monaten feststellbar)
- überwiegend auffällig unauffällig
- passen sich den Wünschen der Eltern an (häufig passiv und folgsam)
- häufig enge emotionale Angstbindung zu den Eltern
 - Bindung oft desorganisiert und unsicher, trotzdem häufig Trennungsangst
- Tabuisierung der Erkrankung und Loyalitätskonflikt führen zu Schweigen oder Unehrllichkeit seitens der Kinder
- mittlere Kindheit: massive Belastung im Selbsterleben und Erleben der Beziehung zum erkrankten Elternteil durch Stigmatisierung und Tabuisierung

33

1. Einführung 2. Krankheitsbilder 3. Entwicklung/Auswirkung 4. Risiko- und Schutzfaktoren 5. Interventionen

Risikofaktoren für die Kinder

- Niedriger sozioök. Status
 - Arbeitslosigkeit
 - Große Familie mit geringem Wohnraum
 - Sexuelle und/oder aggressive Misshandlung
 - Eheleiche Disharmonie, Scheidung, Trennung der Eltern
 - Vernachlässigung
 - Häufig wechselnde frühe Beziehungen
 - Alleinerziehender Elternteil
 - Verlust der Mutter
 - Längere Trennung von den Eltern in den ersten 7 Lebensjahren
- (psychosoziale) Risikofaktoren gehäuft in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil
- erhöhen die Belastungen für die Kinder, indem sie sich wechselseitig verstärken

Was kennzeichnet die betroffenen Eltern(teile)/Familien?

- das Bemühen, gute Mütter / gute Väter zu sein
 - Es wird daher so lange wie möglich versucht, die familiären Problemlagen alleine zu bewältigen
 - Gelingt dies nicht mehr, entstehen bei den Betroffenen starke Scham- und Schuldgefühle
 - Folge: der Kontakt zur Jugendhilfe kommt erst spät zustande
- Betroffene Eltern sind meist davon überzeugt, dass die Probleme ihrer Kinder die Folge ihrer Erkrankung sind
 - glauben nicht wirklich, dass Kinder auch ohne psychiatrische Belastungen bei ihren Eltern Probleme haben
 - verstärkt ohnehin vorhandene Schuld- und Schamgefühle
- Betroffene Eltern sind der Jugendhilfe gegenüber hoch misstrauisch
 - Kontrollorgan des Staates / „Amt, das die Kinder wegnimmt“

35

Was kennzeichnet die betroffenen Eltern(teile)/Familien?

- meist kaum noch soziale Vernetzung
 - Isolation / Stigmatisierung (auch die Kinder)
- es besteht ein umfangreicher Hilfebedarf
 - psycho-soziale Belastung → „Multirisikobedingungen“
- in akuten Krankheitsphasen: krankheitsbedingte Verhaltensweisen, geringere Belastbarkeit, kurze Aufmerksamkeitsspanne
- sie sind extrem verletzlich, unsicher, voller Schuld- und Schamgefühle
 - als eine Art Gegengewicht haben sie die Kinder häufig hochgradig narzisstisch besetzt
 - verringert wiederum die Motivation für Hilfe

36

Protektive (Resilienz-) Faktoren

Personale Schutzfaktoren

- Temperamentsmerkmal: „Einfaches Temperament“ bzw. „resilienter Temperamentstypus“
- Weibliches Geschlecht (im Kindesalter)
- Positive Wahrnehmung der eigenen Person
- Positive Lebenseinstellung und Religiosität
- Intelligenz, kognitive Fähigkeiten, schulische Leistung
- Internale Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeitserwartung
- Fähigkeit zur Selbstkontrolle und Selbstregulation
- Verfügbarkeit von aktiven Bewältigungsstrategien
- Realistische Selbsteinschätzung und Zielorientierung
- Besondere Begabungen und Kreativität
- Soziale Kompetenz

Protektive Faktoren

Weitere personale Schutzfaktoren

- Wenn die Kinder wissen, dass ihre Eltern krank sind und sie nicht an dieser Erkrankung schuld sind
- Eine sichere und stabile häusliche Umgebung trotz der Erkrankung des Elternteils
- Das Gefühl, auch von dem kranken Elternteil geliebt zu werden
- Eine gefestigte Beziehung zu einem gesunden Erwachsenen
- Freunde
- Interesse an der Schule und Erfolg in der Schule
- Andere Interessensgebiete des Kindes außerhalb der Familie
- Individuelle Ressourcen: Bewältigungsstrategien, positives Selbstwertgefühl
- Hilfe von außerhalb der Familie, zum richtigen Zeitpunkt und in der richtigen Dosierung, um Situation zu verbessern

Protektive Faktoren

Familiäre Schutzfaktoren

- Strukturelle Familienmerkmale: Stabilität in der Familienzusammensetzung; hinreichendes Einkommen / sozioökonomischer Status; klar geregelte Tagesstruktur (Regeln und Rituale)
- Merkmale der Eltern-Kind-Beziehung: Sichere Bindung und positive Beziehung zu mindestens einem Elternteil
- Autoritative Erziehung mit positiven Erziehungsmethoden
- Positives Familienklima und familiäre Kohäsion
- Positive Geschwisterbeziehung
- Elterliche Merkmale:
 - Bildungsorientierung und Bildungsniveau
 - Qualität der elterlichen Beziehung
 - psychische Stabilität der Eltern

Protektive Faktoren

Soziale Schutzfaktoren

- Soziale Unterstützung, insbes. wahrgenommene soziale Unterstützung:
 - Inner- und außerfamiliär
 - informell und institutionell
 - emotional und instrumentell
- Erwachsene als Rollenmodelle und gute Beziehung zu einem Erwachsenen außerhalb der Familie
- Kontakte zu Gleichaltrigen (Freundschaftsbeziehungen, Akzeptanz und Anerkennung durch Gleichaltrige)
- Qualität der Bildungseinrichtung (u.a. Verbundenheit mit der Schule; positive Beziehung zur Lehrerin / zum Lehrer)

Möglichkeiten früher Prävention

- Prävention von Entwicklungsstörungen so früh wie möglich
 - erste Anlaufstellen (nach der Geburt am günstigsten)
 - Meistens Hebammen, suchen dann ihrerseits geeignete Anlaufstellen
 - Niederschwellige Angebote nach der Neugeborenenperiode
→ Müttertreffs, Krabbelgruppen, Elternkurse
 - Behandlung psychischer Krisen und Erkrankungen nach der Geburt
 - es sollten ambulante, teilstationäre und stationäre Möglichkeiten vorhanden sein (z.Z. nicht genügend vorhanden in Deutschland)
 - Grundsätzlich: gemeinsame Mutter-Kind-Behandlung
- Fokus auf die Mutter-Kind-Beziehung und die Entwicklung des Kindes
- multimodaler Ansatz und die Kooperation verschiedener Disziplinen notwendig

Möglichkeiten früher Prävention

- Psychiatrische Diagnostik und Psychopharmakotherapie
- Entwicklungsdiagnostik des Kindes und Planung der daraus resultierenden Behandlung
- Einzelpsychotherapie der Mutter mit dem Fokus Elternschaft
- Eltern-Kind-Psychotherapie (eventuell videogestützt)
- Eltern-Kind-Gruppentherapie
- Paar-/ Familientherapie
- Vätergruppe
- Nachsorgegruppe
- Fachtherapien (Bewegungs-, Ergo-, Musik-, Physiotherapie)

Möglichkeiten früher Prävention

- sozialpädagogische Betreuung
 - Aufbau eines sozialen Netzwerkes mit kompensatorischen Beziehungsangeboten für Eltern und Kind
 - Enge Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, den sozialen Diensten, Wohneinrichtungen und ambulanten Betreuungsdiensten unabdingbar
- So kann eine ausreichende Unterstützung der Familie und damit eine günstige psychische Entwicklung des Kindes gewährleistet werden
- Anforderungen an das behandelnde Team: unbedingt das Kindeswohl im Auge behalten
- um Indikation für die Herausnahme des Kindes aus der Familie stellen zu können

Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern

- Interaktionszentrierte Mutter-Kind-Therapien für das Säuglings- und Kleinkindalter (Video-mikroanalytische Therapie, Unterstützung der Mutter-Kind-Beziehung im Alltag)
- Familienzentrierte Programme für das Grundschul- und frühe Jugendalter (Psychoedukation, Stärkung des Selbstwertgefühls und der Problemlösefähigkeit, Förderung der Elternkompetenzen)
- Sozialpädagogische Familienhilfe und Patenschaften
- Gruppen für Kinder psychisch kranker Eltern (z.B. nach AURYN-Konzept, Strategien der Netzwerkförderung, Peer Counselling)

Hilfeplanung mit betroffenen Kindern/ Jugendlichen

- Gespräch, Zeitpunkt, in welchem Rahmen vorher planen
- bei Jugendlichen immer hilfreich das Gespräch ohne Eltern zu führen
- Kinder können Situationen als belastend bewerten, die für Erwachsene als irrelevant gelten
- wenn ein Jugendlicher sehr schweigsam im Kontakt ist, erzählen Sie selbst viel
- Informationen über die Erkrankung und Behandlung der Eltern
- kein Einzelfall, welche Hilfen angeboten werden können → vermittelt Kontrolle
- ehrliche Antworten auf die Fragen der Kinder
- besonders bei älteren Kindern: Frage nach Zukunftsvisionen
- bei Geschwistern je nach familiärer Rolle unterschiedlichen Hilfebedarf

45

Konkrete Hilfe Zugang zu den Kindern

- Einschätzung des Hilfebedarfs: biologisch bedingte erhöhte Vulnerabilität wie Frühgeburt, Behinderung, schwieriges Temperament, geringe intellektuelle und soziale Kompetenz berücksichtigen!
- „Die Eltern sind das Tor zu den Kindern“ (Mattejat, 2008)
 - Sicherheit, dass sich um die Eltern gekümmert wird
- großer Nachholbedarf an Normalität und unbeschwerten Aktivitäten
- Autonomie und Exploration fördern
- Realitätswahrnehmung fördern (bei Kindern mit psychotischen Müttern)
- Ermöglichung des Kontaktes zwischen Mutter und Kind (bei Klinikaufenthalt z.B.)

46

Konkrete Hilfe Zugang zu den Kindern

- Hilfeplan erstellen, wer mit dem Kind wann psychoedukative Maßnahmen ergreift
- Kontakt zu einer emotional verfügbaren kompensierenden Bezugsperson essentiell!
- tagesstrukturierende Maßnahmen wichtig, ermöglichen Entlastung in Bezug auf die lebenspraktische Organisation (z.B. Hilfe bei Hausaufgaben)
- Hilfen zur Verselbstständigung
- entlastende Informationen zur Schuldgefühlreduzierung (Kinder beziehen den Affekt der Eltern immer auf sich!)
- Sowohl die Kinder als auch die Eltern können bei Bedarf Vertrauenspersonen für sich für das Gespräch wählen

47

Hilfebedarf bei den Eltern

- Am offensten für den Kontakt mit professionellen Helfern sind die Familien bis zu 24 Stunden nach einer akuten Klinikeinweisung
 - Leidensdruck ist zu diesem Zeitpunkt am höchsten. Danach nimmt die Motivation kontinuierlich ab
- Nutzen Sie Phasen, in denen es dem erkrankten Elternteil gut geht, um mit ihm Vereinbarungen für Krisenzeiten zu treffen
- In der Hilfeplanung sollte möglichst immer der Verlauf der Erkrankung berücksichtigt werden
 - mehrfache Einschätzung ist notwendig, um die geeignete Unterstützung zu planen bzw. Entscheidungen auf längere Sicht zu treffen
 - Die Schwere und die Chronizität der Erkrankung ist für die Kinder entscheidender als die Diagnose, ebenso ein früher Beginn der Erkrankung wenn das Kind noch sehr klein ist

48

Hilfebedarf bei den Eltern

- Hilfen müssten deutlich langfristiger geplant werden, als im Jugendhilfebereich momentan üblich
 - Notwendig wäre langfristige psychosoziale Begleitung. Alleine der Vertrauensaufbau kostet sehr viel Zeit.
- Chronische Zustände der Eltern können durch Familienhilfe alleine nicht verbessert werden!

49

1. Einführung 2. Krankheitsbilder 3. Entwicklung/Auswirkung 4. Risiko- und Schutzfaktoren 5. Interventionen

Interventionen nach Lenz (2008)

- **Förderung/ Aktivierung personaler Ressourcen**
 - Stärkung des Selbstvertrauens, Selbstwirksamkeitserwartungen und von internalen Kontrollüberzeugungen
- durch Entwicklung eines praktikablen **Krisenplans**
- Verbindliche Absprachen für Krisenzeiten
 - Vertrauensperson aus dem Umfeld
 - schriftlich fixiert

50

Interventionen nach Lenz (2008)

▪ Gruppenintervention

Gruppe ist Medium und Katalysator sowohl für individuelle als auch für soziale Prozesse zur Förderung und Initiierung sozialer Ressourcen.

Indikation: Kinder benötigen, neben Kontakten auch einen Schutzraum, der ihnen Sicherheit und ein Gefühl der Zugehörigkeit vermittelt, in dem sie sich emotional öffnen, über Probleme reden und neue Kommunikationsmuster erproben können.

Problem: stark parentifizierte Kinder

Psychoedukative Interventionen nach Lenz (2008)

▪ Wissen über die Krankheit erhöht die Widerstandsfähigkeit der Kinder gegenüber Belastungen:

- vermittelt Hoffnung und positive Zukunftserwartungen und
- befähigt ein Gefühl der Kontrolle und Selbstwirksamkeit zu entwickeln

Psychoedukative Interventionen

nach Lenz (2008)

▪ Informationsbedürfnisse der Kinder:

- **Mögliche Veränderungen im Familienleben:** Wird sich mein Leben ändern und wenn ja, wie? Wer wird für mich sorgen?
- **Krankheitsursachen und Verlauf der Krankheit:** Gefahren der Verschlechterung
- **Umgang im familiären Alltag:** Wie soll ich mich dem kranken Elternteil gegenüber verhalten? Wie kann ich Vater oder Mutter in gesunden Phasen und akuten Krankheitsphasen unterstützen?
- **Unterschiede zwischen psychischer Krankheit und körperlicher Krankheit**
- **Behandlungsverlauf:** Heilungsmöglichkeiten und Medikamente
- **Erbeinflüsse:** Angst vor einer möglichen eigenen Erkrankung

Psychoedukative Interventionen

nach Lenz (2008)

▪ Kinder haben ein Recht, die Wahrheit über die Krankheit zu erfahren

- sie müssen nicht alle Details erfahren (insbesondere jüngere Kinder wären damit emotional und kognitiv überfordert)
- sie müssen aber über alle wesentlichen Veränderungen informiert werden sowie über alle Angelegenheiten, die sie betreffen
- sie brauchen auch die Sicherheit, die Wahrheit erfahren zu haben

Psychoedukative Interventionen

nach Lenz (2008)

▪ Krankheitsinformationen für Kinder bis zum 3. Lebensjahr

Kind sollte erfahren

- Mutter oder Vater ist krank.
- Es ist nicht schuld. Es hat nichts falsch gemacht.

„Mama geht es heute nicht gut, sie ist müde und traurig. Wenn es ihr wieder besser geht, spielt sie wieder mit dir.“

Psychoedukative Interventionen

nach Lenz (2008)

▪ Krankheitsinformationen für Kinder vom 4. bis zum 12. Lebensjahr

Das Kind sollte erfahren:

- Mutter oder Vater ist krank.
- Die Krankheit heißt...
- Mutter oder Vater ist in Behandlung/ ist in die Klinik gekommen, damit die Ärzte besser helfen können.
- Für mich werden sich momentan diese oder jene Veränderungen ergeben.

Psychoedukative Interventionen nach Lenz (2008)

▪ Krankheitsinformationen für Jugendliche

Jugendliche besitzen Informationen über die Krankheit:

- Abhängig von der Informationsquelle sind diese möglicherweise unvollständig oder auch fehlerhaft verstanden worden.
- Hilfreich sind Fragen zum Wissensstand, um ins Gespräch zu kommen.

Psychoedukative Interventionen nach Lenz (2008)

▪ Fragen zum Wissensstand der Jugendlichen

- Weißt du schon etwas über die Erkrankung deiner Mutter oder deines Vaters?
- Was weißt du darüber?
- Woher weißt du das? (Internet, Freunde o.a.)
- Gibt es etwas, was du noch fragen möchtest?
- Mit wem kannst oder konntest du denn schon darüber sprechen?

Prävention psychischer Störungen bei Kindern depressiv erkrankter Eltern

Resilienz- und Risikoforschung

Ziel:

Identifizierung von Faktoren, die Personen davor schützen, trotz Belastungen und Risiken selbst zu erkranken

Prävention psychischer Störungen bei Kindern depressiv erkrankter Eltern Resilienzforschung: Individuelle und psychosoziale Faktoren I (Kind)

Hoher Informationsgrad über die Erkrankung und Behandlung des erkrankten Elternteils

Selbstwertaspekte und Problemlösefertigkeiten

- gute soziale Problemlösefähigkeiten
- Selbstvertrauen, pos. Selbstwertgefühl
- Selbstwirksamkeitsüberzeugung

Gute emotionale Einfühlungs- und Ausdrucksfähigkeit

Gute soziale und kommunikative Fertigkeiten

Hoher IQ (inkonsistente Befunde)

Robustes, aktives, kontaktfreudiges Temperament

Soziales Netzwerk

- emotional sichere Bindung an eine Bezugsperson
- Tragfähiges soziales Unterstützungssystem

Quellen:

Bohus et al., 1998
Beardslee, 2001
Lenz, 2005
Werner, 1999

Prävention psychischer Störungen bei Kindern depressiv erkrankter Eltern Resilienzforschung: Individuelle und psychosoziale Faktoren II (Familie)

Familiäre Ressourcen:

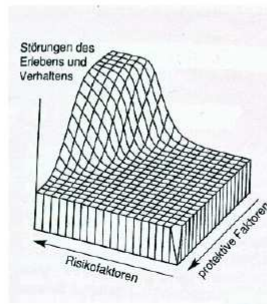
- gute Eltern-Kind-Beziehung
- pos. emotionales Klima in der Familie
- Kompensation durch einen gesunden Elternteil

Erkrankung des Elternteils

- spätes Erkrankungsalter des erkrankten Elternteils
- milderer Schweregrad der Erkrankung
- angemessene Krankheitsbewältigung der Eltern

Prävention psychischer Störungen bei Kindern depressiv erkrankter Eltern Zusammenwirken von Resilienz- und Risikofaktoren

- Es existieren verschiedene Modellvorstellungen.
- Protektive Faktoren entfalten eine **puffernde Wirkung** und **moderieren** somit den Einfluss der Risiken.



Quelle:
Lösel et al., 1992, S.55

Prävention psychischer Störungen bei Kindern depressiv erkrankter Eltern

Relevante Faktoren für die therapeutische Arbeit



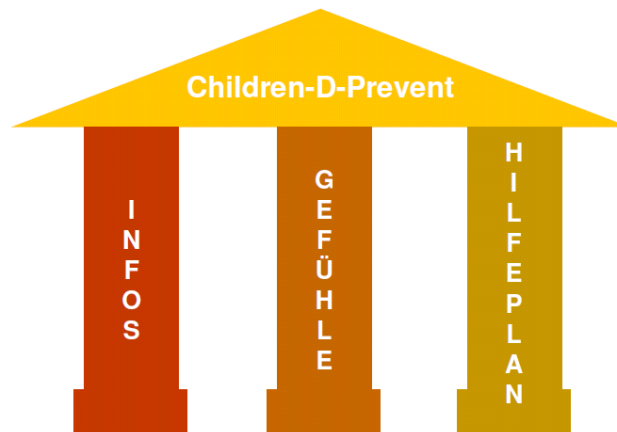
- Hoher Informationsgrad über Erkrankung der Eltern
- Gute emotionale Einfühlungs- und Ausdrucksfähigkeit
- Stabiles soziales Netzwerk
- Selbstwertaspekte und Problemlösefertigkeiten

Präventionsprogramm für Kinder depressiver Eltern(teile): Children - D- Prevent

- **Problembereich:** Prävention psychischer Erkrankungen bei Kindern depressiv erkrankter Eltern
- **Altersbereich:** 6 – 11 Jahre
- **Trainingsteilnehmer:** Gruppen mit bis zu 9 Kindern
- **Dauer:** 7 Trainingssitzungen mit 90 min Dauer, Abschlussitzung mit 120 min, zusätzlich 2 Elternabende

Präventionsprogramm für Kinder depressiver Eltern(teile): Children - D- Prevent

1) Psychoedukation 2) Umgang mit Emotionen 3) Soziale Unterstützung



Präventionsprogramm für Kinder depressiver Eltern(teile): Children - D- Prevent

1. Säule: Psychoedukation

„Als kleines Kind kann man nicht viel damit anfangen, mit Fachbegriffen oder so was und da sollte man eher auf diese anderen Faktoren wie Familie und so was eingehen, und besonders gut erklären, dass dann die Person die erkrankt ist, nichts dafür kann und einem auch nichts böses will. Da sollte vielleicht allgemein besser informiert werden [...] ich habe dann immer nur so Fetzen verstanden [...] für mich war halt eine Depression: Mama ist traurig.“

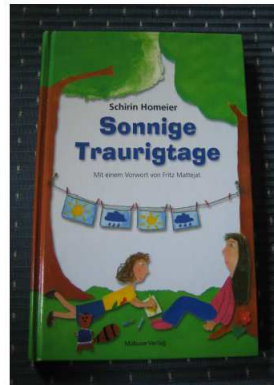
(17-jähriges Mädchen)

Präventionsprogramm für Kinder depressiver Eltern(teile): Children - D- Prevent

1. Säule: Psychoedukation

Vorgehen:

- Buch „Sonnige Traurigtage“ von Schirin Hohmeier



Präventionsprogramm für Kinder depressiver Eltern(teile): Children - D- Prevent

1. Säule: Psychoedukation

Was ist eine psychische Krankheit?

„Diese Krankheiten verändern die Psyche. Also das Hören, Sehen, Fühlen, Denken, Wollen und die Gefühle der Menschen. Durch die psychischen Krankheiten verhalten sich die Menschen ungewöhnlich. Sie tun Dinge, die sie sonst nicht tun würden.“
- Aus: „Sonnige Traurigtage“



Präventionsprogramm für Kinder depressiver Eltern(teile): Children - D- Prevent

1. Säule: Psychoedukation

Was ist eine Depression?

„Manche Menschen sind für lange Zeit ganz traurig oder bedrückt, ohne dass sie einen Grund dafür nennen können. Sie haben für die Zukunft und alles um sich herum keine Hoffnung. Außerdem können sie sich selbst nicht leiden. Manche fühlen sich so kraftlos, dass sie viel liegen müssen und kaum die tägliche Arbeit schaffen.“ - Aus: „Sonnige Traurigtage“



Präventionsprogramm für Kinder depressiver Eltern(teile): Children - D- Prevent

1. Säule: Psychoedukation

Ziele:

- ▣ Je mehr Infos, desto mehr Sicherheit
- ▣ Falsche Annahmen der Kinder über elterliche Erkrankung korrigieren
 - ⇒ Schuldgefühle vermeiden
 - ⇒ Ängste abbauen
- ▣ Hilfestellung, um auch in der Familie über die Erkrankung sprechen zu können

Präventionsprogramm für Kinder depressiver Eltern(teile): Children - D- Prevent

2. Säule: Wahrnehmung und Äußerung von Gefühlen

Vorgehen:

- ▣ Gefühle darstellen und erraten
- ▣ Wie es aussieht, wenn ich traurig bin
- ▣ Gefühlsuhr

Präventionsprogramm für Kinder depressiver Eltern(teile): Children - D- Prevent

2. Säule: Wahrnehmung und Äußerung von Gefühlen

Was kenne ich für *Gefühle*?
Woran merke ich, wie ich mich fühle
(oder andere)?
Darf ich auch mal wütend sein?
Warum bin ich manchmal traurig und
manchmal fröhlich?
Was mache ich, wenn es mir mal
nicht so gut geht?

Präventionsprogramm für Kinder depressiver Eltern(teile): Children - D- Prevent

2. Säule: Wahrnehmung und Äußerung von Gefühlen



73

Präventionsprogramm für Kinder depressiver Eltern(teile): Children - D- Prevent

2. Säule: Wahrnehmung und Äußerung von Gefühlen

Ziele:

- Gefühle wahrnehmen und richtig deuten
 - Eigene Gefühle
 - Gefühle Anderer
- Gefühle benennen und ausdrücken
- Angemessener Umgang mit Gefühlen

74

Präventionsprogramm für Kinder depressiver Eltern(teile): Children - D- Prevent

3. Säule: Hilfeplan

Vorgehen:

- Suche nach weiteren Ansprechpartnern für die Kinder



The form is titled "MEIN HILFEPLAN" and is enclosed in a red border. It contains the following text:

Wenn ich Fragen oder Probleme habe, kann ich hier anrufen:

Außerdem kann ich mich hier melden:

Kinder- und Jugendtelefon: 0800/1110333

Telefonkategorie: 0800/1110111 oder 0800/1110222

Es gibt auch eine Beratungsstelle speziell für Kinder und Eltern. Da kannst du mit deinen Eltern zusammen mit Experten reden:

Erziehungsberatungsstelle des Schwalm-Eder-Kreises: 05481/775600

Unterschrift Kind _____ Unterschrift Eltern _____

75

Präventionsprogramm für Kinder depressiver Eltern(teile): Children - D- Prevent

3. Säule: Hilfeplan

Ziele:

- Sicherheit bei Eltern und Kind schaffen
- Entlastung
- Zusätzliche (neben Eltern) Ansprechpartner für das Kind gewinnen
- Vermeiden von Loyalitätskonflikten

76

Literaturempfehlungen

Psychoedukation

▪ Materialien für die Psychoedukation mit Kindern

z.B.:

- Informationsbroschüren für 8- bis 11jährige Kinder, Jugendliche und Eltern (herausgegeben vom Dachverband Gemeindepsychiatrie, 1997)
- Info-Karten für Bezugspersonen von Kindern psychisch kranker Eltern (Trepte, 2008)
- Kinderfachbuch „Sonnige Traurigtage“ (Homeier, 2006)
- Mamas Monster. Was ist nur mit Mama los? (von Mosch, 2008)
- Der beste Vater der Welt (Trostmann, 2010)
- Warum ist Mama traurig? Ein Vorlesebuch (Wunderer, 2010)

77

Literaturempfehlungen

Psychoedukation

▪ Belletristische Literatur

z.B.:

- Kirsten Boie (2005). Mit Kindern redet ja keiner. Fischer Verlag.
- Endre Lund Erikson (2004). Beste Freunde, kapiert! Cecile Dressler Verlag.
- Brigitte Minne (2004). Eichhörnchenzeit oder der Zoo in Mamas Kopf. Sauerländer Verlag.
- Gwyneth Rees (2004). Erde an Pluto oder als Mum abhob. Ravensburger Buchverlag.
- Jacqueline Wilson (2002). Tattoo Mum. Sauerländer Verlag.

78