

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW

Hochschule für Soziale Arbeit

KINDER PSYCHISCH KRANKER ELTERN

Auswirkungen einer elterlichen Schizophrenie oder Depression
auf die kindliche Entwicklung

Von Joya Knecht

Eingereicht bei: Clara Burges

Bachelor-Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit

Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit, Muttenz

Eingereicht im Juni 2019, zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Abstract

Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil sind keine Seltenheit und kommen häufig in der Gesellschaft vor. Diese Arbeit befasst sich mit den Krankheitsbildern der elterlichen Schizophrenie und der elterlichen Depression. Zuerst werden die Krankheitsbilder dargelegt und anschliessend auf die Auswirkungen der kindlichen psychischen und kognitiven Entwicklung eingegangen. Zudem werden ebenfalls die schulischen Leistungen der Kinder mit psychisch kranken Eltern beleuchtet und wie sich die Krankheit auf das Bindungsverhalten zwischen Eltern und Kind auswirkt. Zudem wird die Relevanz für die Soziale Arbeit über die Kenntnisse von Schizophrenie und Depression sowie über unterschiedlichen Auswirkungen auf die Entwicklung und Lebensumstände der Kinder eingegangen.

Inhaltsverzeichnis

<u>1. EINLEITUNG</u>	3
1.1 AUSGANGSLAGE UND PROBLEMSTELLUNG	3
1.2 HERLEITUNG DER FRAGESTELLUNG	4
1.3 AUFBAU DER ARBEIT	4
1.4 BEZUG ZUR SOZIALEN ARBEIT	5
<u>2. BEGRIFFSDEFINITIONEN / ÜBERBLICK PSYCHISCHE ERKRANKUNG</u>	7
2.1 PSYCHISCHE ERKRANKUNG.....	7
2.2 SCHIZOPHRENIE.....	8
2.3 DEPRESSION.....	11
2.4 UNTERSCHIED SCHIZOPHRENIE UND DEPRESSION	15
2.5 BEGRÜNDUNG DER AUSWAHL	16
<u>3. KINDER PSYCHISCH KRANKER ELTERN</u>	16
3.1 EINFLUSS AUF DIE KINDLICHE ENTWICKLUNG	16
3.2 BEGRIFFSDEFINITION «KIND»	17
3.3 ALLGEMEINE AUSWIRKUNGEN AUF KINDER PSYCHISCH KRANKER ELTERN	17
3.4 SUBJEKTIVE WAHRNEHMUNG DER ERKRANKUNG VON KINDERN	18
3.5 RISIKO ZUR SELBSTERKRANKUNG	19
3.6 ALTERSSPEZIFISCHE AUSWIRKUNGEN.....	20
3.6.1 SCHWANGERSCHAFT.....	21
3.6.2 SÄUGLINGS- UND KLEINKINDALTER	21
3.6.3 KINDERGARTEN- UND GRUNDSCHULALTER	22
3.6.4 KINDHEIT UND JUGENDALTER.....	23
UNTERSCHIEDE DER AUSWIRKUNGEN SCHIZOPHRENIE UND DEPRESSION	23
3.7 TABUISIERUNG, PARENTIFIZIERUNG	24
UNTERSCHIEDE DER AUSWIRKUNGEN SCHIZOPHRENIE UND DEPRESSION	26
3.8 AUSWIRKUNG AUF FAMILIENSYSTEM.....	27
UNTERSCHIEDE DER AUSWIRKUNGEN SCHIZOPHRENIE UND DEPRESSION	28
3.8.1 ERZIEHUNGSFÄHIGKEIT DER ELTERN.....	28
UNTERSCHIEDE DER AUSWIRKUNGEN SCHIZOPHRENIE UND DEPRESSION	30
<u>4. EINFLUSS AUF KOGNITIVE ENTWICKLUNG DES KINDES</u>	31
UNTERSCHIEDE DER AUSWIRKUNGEN SCHIZOPHRENIE UND DEPRESSION	32
<u>5. AUSWIRKUNG AUF SCHULISCHE LEISTUNG UND ENTWICKLUNGSAUFFÄLLIGKEITEN</u>	33
UNTERSCHIEDE DER AUSWIRKUNGEN SCHIZOPHRENIE UND DEPRESSION	35

6.	<u>RESILIENZ DER KINDER</u>	35
7.	<u>EINFLUSS AUF BINDUNG UND BEZIEHUNG ZU ELTERN</u>	36
8.	<u>BINDUNGSTHEORIE NACH JOHN BOWLBY UND MARY AINSWORTH</u>	37
8.1	GRUNDGEDANKEN DER BINDUNGSTHEORIE	37
8.2	SICHERE BASIS	38
8.3	BINDUNGSPHASEN	39
8.3.1	VORPHASE DER BINDUNG	39
8.3.2	ENTSTEHENDE BINDUNG	39
8.3.3	AUSGEPRÄGTE BINDUNG	39
8.3.4	REZIPROKE BEZIEHUNG	40
8.4	INNERE ARBEITSMODELLE	40
8.5	BINDUNGSTYPEN NACH MARY AINSWORTH	41
8.5.1	SICHERE BINDUNG	41
8.5.2	UNSICHER-AMBIVALENTE BINDUNG	42
8.5.3	UNSICHER-VERMEIDENDE BINDUNG	42
8.6	EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE BINDUNGSSICHERHEIT	43
8.6.1	ELTERNMODELLE	43
8.7	AUSWIRKUNGEN DER BINDUNGSERFAHRUNG	43
8.8	BINDUNG MIT PSYCHISCH KRANKEN ELTERN	44
9.	<u>ZUSAMMENFASSUNG DER ERKENNTNISSE</u>	45
9.1	AUSWIRKUNGEN EINER ELTERLICHEN SCHIZOPHRENIE	45
9.2	AUSWIRKUNGEN EINER ELTERLICHEN DEPRESSION	47
10.	<u>BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNG</u>	49
11.	<u>DISKUSSION DER ERKENNTNISSE</u>	50
12.	<u>QUELLEN</u>	52
13.	<u>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</u>	58
14.	<u>EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG ZUR BACHELOR THESIS</u>	58

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Psychische Erkrankungen kommen sehr häufig vor. Etwa jede zweite Person in der Schweiz erleidet einmal im Leben eine psychische Erkrankung (vgl. Schuler et al. 2016: 11). Trotzdem gelten diese Krankheiten immer noch als grosses Tabu Thema unserer Gesellschaft (vgl. Pretis/Dimova 2004: 23).

Psychische Krankheiten beeinträchtigen einen Menschen in seinem Alltag. Diese können sich auf kognitive, emotionale und körperliche Aspekte auswirken und beeinflussen die Lebensqualität negativ (Bastine 1998: o.S., Sass et al. 1996: o.S.).

Die Schizophrenie ist eine dieser vielen psychischen Erkrankungen. Sie wird oft stigmatisiert. Dies bedeutet, sie wird mit negativen Vorurteilen versehen. Oftmals wird das Wort «Schizophrenie» in der Umgangssprache falsch verwendet. Dadurch haben die Menschen ein falsches Bild dieser Krankheit, gerade durch die Tabuisierung fehlt es den meisten Menschen an Informationen über diese Krankheit. Zudem wird sie mit negativen Beurteilungen in Verbindung gebracht, wodurch die Erkrankten aus der Gesellschaft ausgeschlossen werden und soziale Isolation ist die Folge (vgl. Schäfer/Rüther 2004: 16f). Angehörige und vor allem auch Kinder der psychisch kranken Person sind enormen Belastungen ausgesetzt (vgl. ebd: 13).

Menschen mit psychischen Erkrankungen haben, wie es aus mehreren Studien bekannt ist, etwa gleich oft Kinder, wie Menschen, welche psychisch gesund sind (vgl. Mattejat 2011: 74). Die Kinder von psychisch Kranken wurden lange nicht in die Forschung oder Praxis miteinbezogen und galten deshalb als die «vergessenen Angehörigen». Nur erwachsene Angehörige wurden miteinbezogen. Dies hat sich jedoch in den letzten Jahren geändert. Durch etliche Studien hat die Praxis enorme Fortschritte gemacht. Das Angebot der Beratungs- und Hilfeangebote ist jedoch noch lange nicht genügend ausgereift und das Wissen über die Krankheit und deren Folgen für die Kinder muss öfters thematisiert werden (vgl. Jungbauer 2016: 9).

Psychische Erkrankungen wirken sich auf das Familiensystem und auf das soziale Umfeld aus. Besonders, da rund die Hälfte mit ihrem kranken Elternteil zusammenlebt. Die Kinder können die Krankheit der Eltern nicht verstehen oder einordnen. Dies wiederum kann Verunsicherung und Verwirrung des Kindes hervorrufen. Die daraus resultierende Desorientierung kann ein grosses Problem darstellen. Zudem fehlt den Kindern oftmals die Aufmerksamkeit der Eltern (vgl. ebd.: 10-13). Wodurch die Kinder selbst indirekt von der Krankheit ihres Elternteils betroffen sind. Eine psychische Erkrankung ist keine Einzelerkrankung, sondern betreffen das ganze Familiensystem (vgl. Pretis/Dimova 2004: 41).

Im Allgemeinen sind Kinder von psychisch Kranken gravierenden Belastungen ausgesetzt. Sie tragen ein erhöhtes Risiko, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken. Des Weiteren können solche Belastungen Entwicklungsrisiken der Kinder erhöhen. Unsichere Bindungsbeziehungen können durch die Krankheit der Eltern ausgelöst werden (vgl. Jungbauer 2016: 14-16).

Ähnlich zeigt sich die Situation bei Kindern von depressiven Eltern. Das Verhalten der depressiven Eltern kann als ablehnend oder missbilligend bezeichnet werden. Physisch sind sie anwesend, psychisch jedoch abwesend, dabei wird von «anwesender Abwesenheit» gesprochen. Dies hat Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes (vgl. Wiefel/Lehmkuhl 2004: 29).

1.2 Herleitung der Fragestellung

In dieser Arbeit soll ein Überblick über neuere Erkenntnisse der Thematik Kinder psychisch kranker Eltern und deren Folgen gewonnen werden.

Aufgrund der oben genannten Problemstellungen möchte sich die Autorin in die Thematik vertiefen und befasst sich in dieser Arbeit schwerpunktmässig mit folgender Hauptfragestellung:

«Welche Auswirkungen kann eine psychische Erkrankung der Schizophrenie oder Depression eines Elternteils auf die psychische und kognitive Entwicklung des Kindes haben?»

Zudem möchte die Autorin weiterhin noch folgende zwei Unterfragen behandeln:

- *Welche Auswirkungen kann die psychische Erkrankung eines Elternteils auf die schulische Leistung des Kindes haben?*
- *Welche Auswirkungen kann die psychische Erkrankung eines Elternteils auf die Bindung im Familiensystem haben?*

1.3 Aufbau der Arbeit

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine Literatarbeit. Mithilfe der Fachliteratur wird versucht die vorliegende Fragestellung zu beantworten.

Zunächst werden Begriffe wie «psychische Krankheit», «Schizophrenie» und «Depression» geklärt. Die Autorin beschreibt die Krankheitsbilder und welche Symptome mit diesen Krankheiten einhergehen. Daraufhin folgt in Kapitel drei die Auswirkungen auf die Kinder der psychisch kranken Eltern. Dabei werden die allgemeinen Auswirkungen auf Kinder vom Säuglingsalter bis zur Jugend thematisiert. Denn je nach Alter und dem entsprechenden Entwicklungsstand des Kindes kann die Krankheit der Eltern unterschiedliche Auswirkungen haben und unterschiedliche Belastungsfaktoren darstellen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 60). Des Weiteren werden Risiken der Selbsterkrankung dargelegt sowie die Auswirkungen auf die kognitive Entwicklung des Kindes. Auswirkungen auf das Familiensystem und die dazugehörige Bindung und Beziehung zu den psychisch kranken Eltern werden vertieft.

In Kapitel vier und fünf werden die Auswirkung auf die kognitive Entwicklung des Kindes aufgeführt, sowie die Auswirkung auf die schulischen Leistungen.

In Kapitel sechs wird die Resilienz thematisiert und erläutert.

Die Auswirkung auf die Bindung zwischen dem Kind und dem psychisch kranken Elternteil nach John Bowlby und Mary Ainsworth wird in Kapitel sieben und acht behandelt.

In Kapitel sechs folgt ein Vergleich zu den Unterschieden zwischen Schizophrenie und Depression sowie deren Auswirkungen auf die Kinder.

Somit befasst sich Kapitel drei bis acht mit den unterschiedlichen Auswirkungen auf das Kind durch die elterliche Krankheit. Am Ende wird die Fragestellung beantwortet. Ein Fazit und eine Reflexion bilden den Abschluss der Arbeit

Diese Bachelor Thesis soll keine Handlungsanleitung sein, sondern als Information zu dieser Thematik dienen. Der Hauptteil liegt dabei auf möglichen Auswirkungen der Krankheitsbilder von Schizophrenie und Depression von Elternteilen auf die psychische und kognitive Entwicklung ihrer Kinder. Da auch die Bindung zu den Eltern eine Rolle für die Entwicklung eines Kindes spielt, wird dies durch die Unterfrage thematisiert (vgl. Ziegenhain/Deneke 2014, zit. nach Jungbauer 2016: 16). In dieser Arbeit wird eine Grenze zwischen Theorie und Praxis gezogen. Diesbezüglich werden keine Handlungsmaximen vorgeschlagen.

1.4 Bezug zur Sozialen Arbeit

Diese Arbeit soll den Stigmatisierungen von psychischen Krankheiten, insbesondere der Schizophrenie und Depression, entgegenwirken und der Aufklärung dienen und somit zur Wissenserweiterung in der Sozialen Arbeit verhelfen.

Kinder von psychisch kranken Eltern sind vielen Belastungen und daher erhöhten Entwicklungsrisiken ausgesetzt (vgl. Brockmann 2016: 159). Um die Kinder zu unterstützen benötigen sie verschiedene Schutzfaktoren. Diese können zum einen auf der familiären Ebene sein, zum anderen auf der sozialen Ebene. Die Erstere beinhaltet eine sichere Bindung zu einem Familienmitglied. Die andere ist eine Person ausserhalb der Familie, beispielsweise eine Person aus der Sozialen Arbeit. Gerade bei Kindern kann das beispielsweise eine Schulsozialarbeiterin oder ein Schulsozialarbeiter sein. Sie können den Kindern psychisch kranker Eltern bei der hohen Belastung helfen und sie unterstützen. Sie stellen für das Kind eine Bezugs- und Vertrauensperson dar, welche ihnen hilft und zur Seite steht. Je mehr Schutzfaktoren die Kinder haben, desto besser können sie die erhöhte Beanspruchung bewältigen (vgl. Jungbauer 2016: 17f).

Damit die Soziale Arbeit als Schutzfaktor funktionieren kann, müssen zuerst einige Voraussetzungen gewährleistet sein.

Ein Verständnis des Krankheitsbildes muss gewährleistet sein. Die oder der Professionelle der Sozialen Arbeit benötigt somit ein umfangreiches Wissen über die psychische Krankheit, um adäquat handeln zu können und soll ein Verständnis für die Auswirkungen auf das Kind und das Familienleben entwickeln können (vgl. Schäfer/Rüther 2004: 13).

Gerade durch die Häufigkeit einer psychischen Erkrankung ist eine Sensibilisierung dieses Themas in der Sozialen Arbeit durchaus sinnvoll. Etwa jede zweite Person in der Schweiz leidet an einer psychischen Erkrankung (vgl. Schuler et al. 2016: 11).

Oftmals wird die Krankheit in der Familie tabuisiert (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 18). Häufig wird in den Familien nicht offen über die Erkrankung gesprochen, sei dies, weil die Eltern es aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht können oder weil sie es nicht möchten. Jedoch kann dies die Kinder zusätzlich belasten, da sie die Krankheit der Eltern oftmals nicht verstehen oder über ihre Ängste, was mit dem erkrankten Elternteil passiert, nicht sprechen können (vgl. ebd.: 168f). In solchen Situationen kann eine Sozialpädagogin oder ein Sozialpädagoge als beratende Person fungieren. Eine offene Thematisierung der Krankheit der Eltern soll den Kindern dadurch ermöglicht werden. Dabei stellt die professionelle Person der Sozialen Arbeit eine wichtige Ressource dar und kann somit der Belastung der Kinder entgegenwirken (vgl. Brockmann 2016: 166f). Dies ist einerseits auch unterstützend für die Eltern, wenn sie nicht in der Lage sind dem Kind zu erklären was los ist. Auf der anderen Seite kann die Person der Sozialen Arbeit nachvollziehen, welchen Belastungen das Kind ausgesetzt ist und demensprechende Massnahmen zur Unterstützung ergreifen. Dies setzt jedoch voraus, dass Professionelle der Sozialen Arbeit mit den Krankheitsbildern vertraut sind. Gerät die Person der Sozialen Arbeit an ihre Grenzen der fachlichen Fähigkeiten oder Kompetenzen, so kann kooperativ mit weiteren Fachpersonen gearbeitet werden. Dadurch soll den Kindern bestmöglich geholfen und eine

umfangreiche Unterstützung geboten werden. In diesem Fall nimmt die Person der Soziale Arbeit die vermittelnde Rolle ein (vgl. ebd.: 167-169).

2. Begriffsdefinitionen / Überblick psychische Erkrankung

2.1 Psychische Erkrankung

In der Internationalen Klassifikation psychischer Erkrankung ICD 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems) wird der Begriff „Störung“ anstatt des Begriffes „Erkrankung“ für den psychischen Bereich verwendet (vgl. Dilling et al. 2011: o.S.). Dies wird auch in anderer Fachliteratur verwendet. Einerseits zeigt dies, dass die Psychiatrie heute weniger krankheitsorientiert denkt als früher, gleichzeitig besteht jedoch die Gefahr, dass der Begriff „Störung“ stigmatisierend wirkt. Im Alltagssprachgebrauch und unter Kindern und Jugendlichen könnte dieser Begriff abwertend gebraucht oder verstanden werden, wenn beispielsweise gesagt wird, jemand sei „gestört“ (vgl. Franze/Michaelsen-Gärtner/Paulus 2009: 20). Wenn von einer psychischen Krankheit gesprochen wird, heisst das ihre gesundheitlichen Probleme behandelbar sind (vgl. Semmelhack 2011: 19f). Anders kann auch der Begriff «psychische Verletzlichkeit» verwendet werden. Dieser Begriff soll weniger stigmatisierend und bewertend sein. Jedoch ist der Begriff der Krankheit für die Meisten besser verständlich, da sie sich etwas darunter vorstellen können (vgl. Pretis/Dimova 2010: 37).

Deshalb wird in dieser Arbeit der Begriff «psychische Krankheit» verwendet, da dies auch die meisten zitierten Autorinnen und Autoren so handhaben. Zudem soll diese Arbeit der Aufklärung und der Entstigmatisierung dienen.

Eine Definition des Begriffes «psychische Krankheit» gibt es an sich nicht, da es nicht die eine psychische Krankheit gibt, sondern unterschiedliche Klassifikationen.

Jedoch wird in dieser Arbeit darunter grundsätzlich das Vorhandensein der, in der Internationalen Klassifikation psychischer Krankheit ICD 10 beschriebenen Symptome, verstanden (vgl. Dilling et al. 2011: o.S.).

Bei einer psychischen Krankheit entstehen Veränderungen im Verhalten, in der Wahrnehmung, im Denken, im Fühlen, in der Kommunikation oder beim Lernen. Es sind nur Teilbereiche des Erlebens, Denkens und Fühlens betroffen. Diese Veränderungen rufen bei der oder dem Betroffenen ein Leiden hervor (vgl. Pretis/Dimova 2010: 38f).

2.2 Schizophrenie

Die Schizophrenie ist eine der vielen oben genannten psychischen Erkrankungen. Oft wird vermutet, dass sie die häufigste Erkrankung darstellt. Jedoch ist sie nicht so häufig wie beispielsweise die Depression, welche im nächsten Kapitel genauer beschrieben wird (vgl. Schäfer/Rüther 2004: 9).

Der Begriff Schizophrenie wurde erstmals von Eugen Bleuler 1911, ein Schweizer Psychiater, vorgelegt und im ICD-10 (F20 – F29) klassifiziert (vgl. Häcker/Stapf 2004: o.S.). Früher wurde die Krankheit „Dementia praecox“ genannt. Dieser lateinische Begriff stammt vom deutschen Psychiater Emil Kraepelin (1856 – 1926). Übersetzt bedeutet er, dass die Person, welche diese Krankheit hat, vorzeitig den Verstand sowie an Intelligenz verliert. Aber der Psychiater Eugen Bleuler (1857 – 1939) war anderer Meinung. Er fand, dass das typische Merkmal dieser Krankheit die Spaltung des Denkens ist, im Fühlen wie auch im Wollen (Schizo = abspalten; phrenie = Seele). Ausserdem wollte er den abwertenden lateinischen Begriff durch einen neutralen ersetzen. Der Begriff Schizophrenie als Krankheit wurde deshalb von Eugen Bleuler 1911 eingeführt. Doch leider hat sich das Wort „Schizophrenie“ ebenfalls in einen abwertenden Begriff entwickelt. Mit der Ausdrucksweise: „Das ist doch schizophren“, ist meist gemeint, dass eine Meinung oder eine Handlung abwegig oder widersprüchlich ist (vgl. Finzen 2004: 21f).

Wie in Kapitel 1.1 angedeutet wird, haben die meisten Menschen eine falsche Vorstellung von Schizophrenie (vgl. Schäfer/Rüther 2004: 9). Deshalb erachtet die Autorin dieser Arbeit die Aufklärung der Krankheit als wichtig für die Patienten, die Angehörigen sowie für die Soziale Arbeit.

Heute hat sich die Krankheitsbezeichnung Schizophrenie auf der ganzen Welt durchgesetzt. Doch sind falsche Anwendungen oder Verwechslungen immer noch vorhanden. Da Schizophrenie übersetzt „Seelenspaltung“ bedeutet, wird die Krankheit oft mit einer gespaltenen Persönlichkeit verwechselt. Aber Schizophrenie ist in Wirklichkeit Paranoia. Der Begriff soll lediglich darstellen, dass den Betroffenen ihr eigenes «Ich» fremd ist, dass sie das Gefühl haben, sie würden Gefühle und Gedanken eines anderen in sich tragen. Die Krankheit hat nichts damit zu tun, mehrere Persönlichkeiten in sich zu tragen. Trotzdem wird diese Sicht immer noch in einigen Büchern und Filmen vermittelt (vgl. Finzen 2004: o.S.).

Ein schlechtes Beispiel ist die Erzählung des britischen Autors Robert Louis Stevensen „Der seltsame Fall des Dr. Jekyll und Mr. Hyde.“ Dr. Jekyll, getrieben von der Idee das Gute und das Böse der menschlichen Seele trennen zu können, experimentiert mit einem selbst entwickelten Wirkstoff an sich selbst. Nach der Einnahme dieses Wirkstoffes wird er zum gewalttätigen Mr. Hyde. Durch diese Geschichte wird Schizophrenie immer wieder mit der

gespaltenen Persönlichkeit in Verbindung gebracht und sorgt für ein falsches Bild der Schizophrenie. Dies unterstützt ebenfalls die Stigmatisierung, welche im Kapitel 1.1 erwähnt wurde.

Um ein gutes Beispiel zu nennen, stellt der Film „A Beautiful Mind“ die Krankheit richtig gut dar. Die Betroffenen hören Stimmen oder sehen gar Personen, aber ordnen diese nicht als ein Teil ihrer eigenen Persönlichkeiten ein, sondern halten sie für reale Menschen. Die Schwierigkeit ist nun unterscheiden zu können, was ist Realität und was Halluzination? Der Film zeigt genau eine solche Situation. Ein Mathematiker erkrankt an Schizophrenie. Er und seine Umwelt bemerken dies jedoch zuerst nicht. Erst nach und nach entdecken die Menschen in seiner Umgebung, dass er halluziniert. Er aber will dies zuerst nicht glauben und lässt sich auch nicht helfen. Er meint eine Verschwörungstheorie entdeckt zu haben und traut vielen Leuten anfangs nicht. Doch später, nach der Einnahme von Medikamenten geht es ihm besser. Der Film hat sogar ein Happyend. Der kranke Mathematiker bekommt den Nobelpreis verliehen.

Etwa 1 % der Menschheit erkrankt an Schizophrenie (vgl. Schäfer/Rüther 2004: 29). Bei der Entstehung von Schizophrenie wird von einem multifaktoriellen Krankheitsgeschehen gesprochen. Das bedeutet mehrere Geschehnisse können zum Ausbruch der Krankheit führen. Sie kann durch Vererbung entstehen, jedoch reichen die genetischen Faktoren nicht aus. Stressfaktoren gelten als zusätzliche Bedingungen für Schizophrenie. Dies führt dazu, dass die Personen verminderte Bewältigungsstrategien haben. Stressfaktoren können unterschiedliche Geschehnisse sein. Zudem kann eine Veränderung der Hirnstruktur ein weiterer Faktor sein für den Ausbruch der Krankheit. Dies wird als eine Hirnstrukturanomalie bezeichnet (vgl. ebd.: 12).

Die Schizophrenie ist eine Verzerrung der Wahrnehmung. Zu Beginn der Krankheit, bevor die psychotischen Symptome zum Vorschein kommen, zeigen sich Antriebslosigkeit, Initiativlosigkeit, Leistungsabfall, verflachte Gefühle und Emotionen oder Rückzugverhalten. Diese werden als Negativsymptome bezeichnet. Die positiven oder auch die psychotischen Symptome sind Halluzinationen oder Sinnestäuschungen und Ich-Störungen (vgl. ebd.: 11).

Die Antriebslosigkeit zeigt sich durch das Fehlen von Energie. Sie können sich nicht mehr aufraffen und sie fühlen sich schlaff. Ihre Leistung fällt ab, weil sie leicht Ablenkbar sind und sich schnell ablenken lassen. Sie können Wesentliches von Unwesentlichem nicht voneinander trennen. Personen mit Schizophrenie können sich nicht mehr so sehr an etwas Erfreuen, wie früher. Zudem können sie widersprüchliche Gefühle haben, in dem sie positive und negative Gefühle zugleich haben. Diese Symptome führen unter anderem zu sozialem Rückzug. Der Kontakt zu anderen Menschen schwindet.

Zu den Negativsymptomen zählt zudem auch die Sprachverarmung, in dem sie wortkarg sind (vgl. ebd.: 24f).

Die Schizophrenie kann in immer wieder auftretenden psychotischen Episoden auftreten, bei denen sich die positiven Symptome zeigen. In diesen Phasen können die Personen meistens nicht klar denken oder sich mit den Mitmenschen und der Umwelt geordnet befassen. Diese Denkstörungen äussern sich in dem die Betroffenen das Gefühl haben, dass ihre Gedanken von anderen beeinflusst werden oder ihre Gedanken anderen bekannt sind. Sie erleben ihre Gefühle und Gedanken, als seien es nicht ihre eigenen, sondern von anderen gemacht. Dadurch sind sie nicht in der Lage klar zu denken.

Sinnestäuschungen zeigen sich meistens dadurch, dass sie Stimmen hören, die ihr Denken und Handeln begleiten und kommentieren (vgl. ebd.: 15-17). Darunter werden auch Halluzinationen verstanden. Auch optische- und Geruchshalluzinationen können auftreten, bei denen sie Personen oder Gegenstände sehen, oder nehmen Gerüche wahr, die nicht wirklich da sind. Diese Erlebnisse können als die «Ich-Erlebnisstörung» definiert werden. Sie fühlen sich von aussen gesteuert und verlieren den Ich-Bezug. Sie wissen nicht wo die Grenze zwischen dem Selbst und der Umwelt ist (vgl. ebd.: 21f).

Durch die oben beschriebenen Symptome des Rückzugs und der Antriebslosigkeit kann es zur sozialen Isolation kommen. Zudem folgt oftmals eine ablehnende Haltung der Umwelt, durch Ausgrenzung wegen Unverständnis des Verhaltens gegenüber. Dadurch werden die an Schizophrenie erkrankten häufig ausgegrenzt. Die Lebensqualität sinkt durch den Gesundheitszustand und die weniger vorhandene soziale Eingebundenheit. Die Lebensqualität bezeichnet das Befinden und die Leistungsfähigkeit bezogen auf geistige, körperliche und soziale Aspekte (vgl. ebd.: 26f).

Zu erwähnen ist, dass aufgrund der großen Bandbreite von Symptomen bei einer Schizophrenie fünf Subtypen differenziert werden. Diese Subtypen sind der unten aufgezeigten Tabelle zu entnehmen und mit den wichtigsten Symptomen dargelegt:

Schizophrenietyp:	Wichtige Symptome:
Desorganisierter Typus	Unangemessene Verhaltensweisen und Emotionen; desorganisierte Sprechweise
Katatoner Typus	„Eingefrorenes“, erstarrtes oder reizbares motorisches Verhalten
Paranoider Typus	Verfolgungs- oder Grössenwahn
Undifferenzierter Typus	Verschiedene Symptome verschiedener Typen verbunden mit Denkstörungen
Residualer Typus	Frei von Hauptsymptomen, aber mit Hinweisen auf Weiterbestehen der Störung durch geringfügige Symptome

Abbildung 1: „Formen schizophrener Störungen“ (Gerrig/Zimbardo 2008: 581)

Die Ursache für schizophrene Erkrankungen ist bis heute nicht eindeutig und somit noch nicht geklärt. Die Veranlagung für die Entwicklung einer Schizophrenie ist relevant. Jedoch

ist bekannt, dass es keine alleingültige Ursache für Schizophrenie gibt, sondern mehrere Faktoren zusammenspielen (vgl. Hoffmann-Richter/Finzen 1997: 15f). Schizophrenie ist eine ernstzunehmende Krankheit, aber sie ist in der Regel behandelbar (vgl. ebd.: 13). Ein Drittel der Erkrankten wird wieder gesund. Beim anderen Drittel treten immer wieder schizophrene Phasen auf und der letzte Drittel leidet an einer chronischen Schizophrenie (vgl. Rey/Thurm 1990: 368f).

Es bestehen keine technischen Methoden oder Labortests, um eine Schizophrenie zu diagnostizieren. Es wurden jedoch psychologische Tests entwickelt, welche zur Anwendung kommen, um eine Schizophrenie festzustellen oder auszuschliessen.

Ein psychologischer Test besteht aus einem persönlichen Gespräch mit der scheinbar erkrankten Person, bei welchem die Beschwerden und die zuvor gemachten Beobachtungen des Verhaltens thematisiert werden. Die soziale und berufliche Entwicklung ist dabei ebenso relevant. Dieses Gespräch wird von einem Facharzt für Psychiatrie oder Psychotherapie durchgeführt. Wenn die Klientin oder der Klient dem Arzt von den Beschwerden erzählt, ist es wichtig ihnen das Gefühl des Vertrauens zu vermitteln, damit sie nicht auf Ablehnung stossen, da sie dies wahrscheinlich häufig durch ihre Krankheit erleben oder wenn sie ihre Beschwerden anderen darlegen, werden sie oftmals nicht verstanden.

Drauffolgend ist ein Gespräch mit den Angehörigen der Klienten sehr wichtig. Die Angehörigen haben häufig schon Veränderungen bei der Person wahrgenommen und sind oftmals besorgt.

Zum einen können sie dem Arzt ihre Beobachtungen schildern, zum anderen kann der Arzt sie über das Krankheitsbild, über mögliche zukünftige Verhaltensweisen und über die Behandlung informieren. Somit können die Angehörigen lernen, mit dem erkrankten Familienmitglied umzugehen, wodurch Missverständnisse aufgrund des Verhaltens des Erkrankten oder auch Konfliktsituationen grösstmöglich vermieden werden.

Um eine Schizophrenie abzuklären müssen andere körperliche Krankheiten ausgeschlossen werden, wodurch eine Reihe von Tests durchgeführt werden. Dazu gehören unter anderem Blut- und Urinuntersuchungen und viele weitere (vgl. Schäfer/Rüther 2004: 35f).

2.3 Depression

Depressionen sind die am Häufigsten verbreiteten psychischen Erkrankungen unter den Erwachsenen, etwa 5 % sind betroffen. Oft ist ein normales Leben nicht mehr oder nur phasenweise möglich, da eine Depression sehr lange anhält (vgl. Groen et al. 2012: 11).

Bei Frauen wird etwa doppelt so oft eine Depression diagnostiziert als bei Männern (vgl. Raschle 2001: 10).

Das Wort *Depression* oder auch *depressiv* deutet die Symptome dieser psychischen Erkrankung schon an. Gedrückte Stimmung und tiefgreifende Traurigkeit zeichnet eine Depression aus. Somit ist die Gefühlslage eines Menschen betroffen. Dazu kommt auch eine Veränderung des Denkens und Verhaltens. Antriebslosigkeit, Ängste, Verlust von Energie und Lebensfreude sind typisch. Das Bewältigen des Alltags wird zu einer grossen Herausforderung, da alles als sehr anstrengend empfunden wird. Dies wirkt sich auch auf Freunde, Familie, Hobbies und Beruf aus. Depressive Personen ziehen sich zurück, unternehmen weniger und verlieren das Interesse an ihren Freizeitaktivitäten. Im Beruf sind sie weniger leistungsfähig durch die Anstrengung der andauernden Verstimmtheit. Zudem können Konzentrationsstörungen auftreten. Oftmals zeigen sich auch körperliche Symptome, wie beispielsweise Kopfschmerzen, häufiges Weinen ohne ersichtlichen Grund, Appetitlosigkeit oder Schlafprobleme. Die Traurigkeit und die darauffolgenden Symptome können bei einer Depression bis zu Selbstmordgedanken führen (vgl. Groen et al. 2012: 11).

Das schwierige daran ist, dass es nicht die eine Depression gibt. Sie kann sich unterschiedlich äussern. Damit überhaupt von einer Depression gesprochen werden kann, müssen mehrere Symptome über einen Zeitraum von mehreren Wochen auftreten (vgl. ebd.: 13).

Zu den oben bereits genannten Symptomen kommen noch Vernachlässigung der Körperpflege und übermässiger Alkohol- oder Drogenkonsum hinzu (vgl. ebd.: 15).

Trotz all den typischen Symptomen der Depression ist jedes Erleben einer solchen psychischen Krankheit unterschiedlich und individuell. Damit ist gemeint, inwiefern oder welche Bereiche des Lebens beeinträchtigt werden sind unterschiedlich. Bei den einen wird das Berufsleben beeinträchtigt, bei anderen nicht und sie können weiter in ihrem Beruf arbeiten. Genauso unterschiedlich nimmt eine depressive Person ihre Krankheit wahr, obwohl die Symptome identisch wie bei einer anderen sind (vgl. Hell 1999: 24-26).

Oftmals ist den Personen nicht bewusst, dass sie diese Krankheit haben, oder sie schämen sich und sprechen mit niemandem darüber, da sie sich als minderwertig oder mangelhaft wahrnehmen. Ein Gespräch, gerade mit einer Expertin oder einem Experten, könnte dieses Gefühl noch verstärken (vgl. Groen et al.: 42).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterscheidet Depressionen nach dem Schweregrad der Erkrankung und dem Krankheitsverlauf. Die *depressiven Episoden* kommen am häufigsten vor. Dabei kommt es zum einmaligen oder wiederholten Auftreten, wobei diese unterschiedlich stark sein können. Die Anzahl der Symptome legt den

Schweregrad fest. Solche Phasen können von wenigen Wochen bis zu mehreren Monaten anhalten, der Durchschnitt liegt jedoch bei vier Monaten (vgl. Hell 1999: 59).

Keht die Depression nach Monaten oder Jahren wieder zurück, wird dies als *rezidivierende Depression* oder als die wiederkehrende Depression bezeichnet. Etwa die Hälfte der Erkrankten erleiden eine zweite Depression, davon erleiden 80-90% der Personen eine dritte Episode (vgl. Möller et al. 2003 zit. nach: Mahnkopf 2007: 18).

Langanhaltende und leichtere Depressionen werden als *depressive Persönlichkeit* bezeichnet. Diese beginnen meistens bereits im Jugendalter. Bei dieser Form hält die Depression fast andauernd an.

Die *manisch-depressive Erkrankung* ist eine speziellere Verlaufsform, welche auch als bipolare Depression bezeichnet wird. Dabei kommt es, im Vergleich zu den rein *depressiven Episoden*, welche auch unipolar bezeichnet werden, auch zu manischen Phasen, welche im Wechsel zu den depressiven Phasen auftreten (vgl. Hell 1999: 59).

In den manischen Phasen ist die Person euphorisch, aufgestellt, voller Tatendrang, spricht viel und benötigt weniger Schlaf. Sie sind Krankheitsuneinsichtig und schnell gereizt. Die erkrankte Person erlebt das Gegenteil, wie in der depressiven Phase. Der Wechsel zwischen den Phasen kann rasch und unerwartet folgen. Manisch-depressive Erkrankungen stellen ein hohes Rückfallrisiko dar wieder zu Erkranken und das Risiko für Suizid ist sehr hoch, welche eine hohe Belastung für die Angehörigen darstellt (vgl. Mahnkopf 2007: 20f).

Kinder von manisch-depressiven Eltern sind immer wieder den unterschiedlichen Gemütszuständen ihres Elternteils ausgesetzt und müssen sich immer wieder neu auf die aktuelle Stimmung einstellen. Sie sind daher den gleichen Problemen ausgesetzt, wie Kinder von depressiven Eltern.

Ursachen können genetischen Ursprungs sein. Das Erkrankungsrisiko kann bei familiärer Herkunft steigen. Dazu können Erfahrungen und Erlebnisse der Grund für eine Depression sein, durch beispielsweise belastende Ereignisse in der Kindheit. Dadurch können im Erwachsenenalter Belastungssituationen zu grossen Herausforderungen werden und depressive Reaktionsmuster hervorrufen. Diese Faktoren erhöhen das Risiko der depressiven Erkrankung. Auslösefaktoren sind vorwiegend non-normative, also unvorhersehbare Erlebnisse, wie soziale Belastungssituationen oder Verluste in der Familie. Emotionaler Stress durch anhaltende Unzufriedenheit können Auslösefaktoren sein. Wichtig hervorzuheben ist dabei, dass solche Auslöser einen Menschen mit Ängsten, Unsicherheiten oder Sorgen konfrontieren und somit eine Depression verursachen können. Körperliche Krankheiten können ebenfalls einen Auslöser für eine Depression darstellen. Eine Schilddrüsen-Unterfunktion oder chronische Schmerzen können zum Beispiel eine Depression hervorrufen. Dabei werden gewisse Hirnfunktionen verändert, welche für die

Stressregulation zuständig sind. Zudem kann der Mangel an Tageslicht zu einer Depression führen (vgl. Hell 1999: 60-62).

Die Depression gehört zu den psychischen Krankheiten, welche einer der höchsten Selbstmordraten aufweist. Wie hoch genau die Wahrscheinlichkeit zur Suizidalität ist, kommt auf den Schweregrad der Depression an. Bei einer leichten Depression besteht ein deutlich geringeres Risiko zur Suizidalität, als bei einer schweren Depression. Jedoch ist bekannt, dass sich bei den Personen, welche Suizid begangen oder es versucht haben, die Meisten zu dem Zeitpunkt depressiv waren. Warum das Risiko bei depressiven Personen so hoch ist, ist unklar. Einige Thesen besagen, dass eine unzulängliche Diagnostik bei Depressionen hervorgeht. Jedoch muss auch betont werden, dass bei einer depressiven Person, welche sich in Behandlung befindet und in die Therapie geht ein Suizid nicht immer verhindert werden kann. Sofern das Klientel bei einer Therapie nie suizidhafte Gedanken äussert, ist es für die Therapeutin oder den Therapeuten sehr schwer, dies zu realisieren, dies gilt auch für die Soziale Arbeit und andere Professionen, welche bei einer solchen Person involviert sind (vgl. Wolfersdorf 2001: 199-204). Dies ist ein besonders belastender Aspekt für die Angehörigen von depressiv erkrankten Menschen und somit auch für die Kinder. Gerade wenn der depressive Elternteil immer wieder von Suizidalität spricht, haben die Kinder Angst um ihre Eltern, wissen jedoch nicht was sie tun sollen und fühlen sich überfordert (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 171).

Bei einer Diagnose für eine depressive Erkrankung werden die Symptome und die Syndrome beobachtet, letztere sind musterhaftes Auftreten von Symptomen. Entstehungsbedingungen werden dabei berücksichtigt und in die Diagnose miteingebunden. Der Verlauf der Krankheit wird beobachtet sowie Hinweise auf die Persönlichkeit des Menschen, die Einbindung in ein soziales Netzwerk, insofern eines vorhanden ist und deren Unterstützungsmöglichkeiten. Diese Beobachtungen werden von einer psychologischen Fachperson durchgeführt.

Der Schweregrad der Krankheit wird anhand der subjektiven Äusserungen des depressiv Erkrankten und durch die Beobachtungen des sozialen Umfelds. Die Intensität der Krankheit kann sich jedoch im Verlaufe auch noch ändern sowie der Verlauf auch (vgl. ebd.: 68f).

80% der Erkrankten werden erfolgreich behandelt, sofern sie frühzeitig oder überhaupt erkannt werden. Die Behandlungsmethoden sind sehr unterschiedlich und wie lange diese dauert kann nicht vorausgesagt werden, hängt jedoch in der Regel von dem Schweregrad der Depression ab (vgl. ebd.: 69).

2.4 Unterschied Schizophrenie und Depression

Diese zwei psychischen Krankheiten unterscheiden sich gar nicht so stark voneinander. Jedoch ist die Schizophrenie immer noch zusammengesetzt durch ein falsches Bild der Krankheit. Viele denken die Krankheit ist eine gespaltene Persönlichkeit und ist somit von Stigmatisierungen geprägt (vgl. Semmelhack 2011: 41).

Bei der Depression können sich die Meisten etwas darunter vorstellen, da das Wort *depressiv* verbreitet ist. Dadurch haben die Menschen kein falsches Bild der Krankheit. Dabei besteht lediglich die Gefahr, dass zu schnell von einer solchen Krankheit gesprochen wird, ohne diese abgeklärt zu haben (vgl. Groen et al. 2012: 13).

Die Schizophrenie wird oftmals als die meist verbreitete psychische Krankheit angesehen. Dies ist jedoch die Depression und nicht die Schizophrenie. Diese kommt nur bei 1 % in der Gesellschaft vor (vgl. Schäfer/Rüther 2004: 9).

Bei den Symptomen gibt es teilweise Überschneidungen bei den beiden Krankheitsbildern. Bei beiden kann es zu Antriebslosigkeit, Leistungsabfall, zu gedrückter Stimmung oder verflachten Gefühlen und zu sozialem Rückzug kommen (Groen et al. 2012: 11, Schäfer/Rüther 2004: 11).

Bei der Depression können zusätzlich noch körperliche Beschwerden auftreten wie Kopfschmerzen oder Schlafprobleme. Zudem kommt es oftmals zu Drogen- oder Alkoholkonsum bei Menschen mit Depression (Groen et al. 2012: 15).

Bei beiden kann nicht von einem bestimmten Krankheitsverlauf gesprochen werden. Bei beiden gibt es viele verschiedene Subtypen oder Arten, wie die Krankheit verläuft und in welchen Phasen sie auftritt (Gerrig/Zimbardo 2008: 851, Mahnkopf 2007: 18).

Beide Krankheiten können genetischen Ursprungs sein, jedoch reicht dies bei beiden nicht aus. Andere, zusätzliche Gegebenheiten müssen vorhanden sein, damit eine solche psychische Krankheit entsteht. Bei der Schizophrenie sind dies Stressfaktoren, die zu einer verminderten Bewältigungsstrategie führen können, können die Entstehung einer solchen Krankheit optimieren. Bei einer Depression können Erlebnisse oder belastende Ereignisse förderlich sein (vgl. Tienari/Wynne 2004, zit. nach Lenz 2008: 13). Dies kann bis zum Selbstmord führen (vgl. Groen et al. 2012: 11).

Die Diagnose wird bei beiden psychischen Krankheiten sehr ähnlich gestellt. Durch Beobachtungen der angeblich erkrankten Person durch eine psychologische Fachperson und durch das soziale Netzwerk können Muster einer Person festgestellt werden und somit eine Diagnose gestellt werden (vgl. Schäfer/Rüther 2004: 35f, (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 68f).

Bei der Schizophrenie ist bekannt, dass ein Drittel der Erkrankten wieder gesund werden. Die anderen leben mit der Krankheit, aber sie ist gut behandelbar (vgl. Rey/Thurm 1990: 368f).

Die Depression lässt sich auch in den meisten Fällen behandeln, bei den übrigen, wurde nie eine Depression diagnostiziert oder sie leben mit Medikamenten (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 68f).

Somit unterscheiden sich diese psychischen Krankheiten vorwiegend bei den Symptomen und den Verlaufstypen, welche den grössten Einfluss haben auf die Auswirkung der Entwicklung ihrer Kinder. Dies wird ab dem Kapitel drei bis fünf vertieft behandelt.

2.5 Begründung der Auswahl

Wird die Abweichung des Gesundheitszustandes der vergangenen Jahre von der idealen gesundheitlichen Situation betrachtet, liegt die Depression in der Schweiz von allen psychischen Krankheiten an oberster Stelle (vgl. Schuler/Burla 2012: 8f).

Schizophrenie wird als eine der schwersten psychischen Krankheiten angesehen (vgl. Semmelhack 2011: 26). Die Schizophrenie bringt Persönlichkeitsveränderungen und Realitätsverluste mit sich und bringt deshalb in der Regel massive Auswirkungen auf das Leben der Erkrankten mit sich und auch auf die Kinder von schizophrenen Eltern (vgl. Semmelhack 2011: 20).

Zudem soll der falschen Vorstellung oder dem falschen Krankheitsbild der Schizophrenie entgegengewirkt werden, wie es bereits in Kapitel 1.1 beschrieben wird.

Deshalb wird in dieser Arbeit auf diese zwei Krankheitsbilder näher eingegangen.

3. Kinder psychisch kranker Eltern

3.1 Einfluss auf die kindliche Entwicklung

Kinder entwickeln sich besonders schnell und lernen jeden Tag etwas Neues dazu. In ihrer Umwelt passieren täglich neue und für sie fremdartige Dinge, welche sie neu einordnen und erlernen müssen. Diese Dinge oder Geschehnisse können positiv, aber auch negativ sein. Es können Dinge sein, welche äusserlich auf sie einwirken oder sie können im Körper ablaufen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 60).

Im folgenden Kapitel wird zuerst einmal der Begriff «Kind» definiert und die einzelnen Kindheitsphasen beschrieben. Abschließend werden Faktoren benannt, welche die psychische Entwicklung von Kindern negativ beeinflussen können.

Diese Beschreibungen sind zentral für diese Arbeit, da sie sich vorrangig mit dem Thema Kinder beschäftigen wird.

3.2 Begriffsdefinition «Kind»

Die Kindheit ist die Phase der Entwicklung eines Menschen. Dabei finden die meisten Reifungsprozesse und Fortschritte eines Kindes statt. Es lernt zu essen, laufen, reden und lernt die Körperfunktionen des Ausscheidens zu steuern. Es entwickelt eine Selbständigkeit und eine eigene Persönlichkeit. Zudem eignet es sich ständig neue Denkstrukturen und Erfahrungen an. Dabei durchläuft das Kind verschiedene Alters- und Entwicklungsstufen (vgl. Gerrig/Zimbardo 2008: 388).

Da sich diese Arbeit mit dem Einfluss einer elterlichen psychischen Krankheit befasst, werden bei dem Wort «Kind» das Alter gemeint, in dem sich ein Kind noch in der intensiven Entwicklung befindet und somit ab der Geburt bis zum vollendeten 18. Lebensjahr verstanden (vgl. Bundesamt für Sozialversicherung 2014: 3).

3.3 Allgemeine Auswirkungen auf Kinder psychisch kranker Eltern

Welche Risikofaktoren für die Entwicklung der Kinder die elterliche schizophrene oder Depressive Erkrankung darstellen, werden im Folgenden näher betrachtet.

Schwierige Familienverhältnisse sind charakteristisch für Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil.

Nicht selten wachsen sie unter ärmlichen Verhältnissen auf aufgrund der Arbeitslosigkeit der Eltern. Das Risiko zur Vernachlässigung der Kinder ist sehr hoch, wenn die Eltern mit ihren Aufgaben überfordert sind. (vgl. Jungbauer 2016: 11). Häufig finden sich zerrüttete Familienverhältnisse durch die unbeständigen Bezugspersonen, wenn das Zusammenleben nicht funktioniert. Kinder von psychisch kranken Eltern sind oftmals einem labilen Familienalltag ausgesetzt. Es kommt durch die Schübe der Krankheiten zu Unterbrechungen in den Beziehungserlebnissen, wenn die Eltern in die Klinik müssen oder vorübergehend beispielsweise zu den Grosseltern (vgl. nach Jungbauer 2016: 11).

Die Risikofaktoren für negative Auswirkungen auf die Kinder ist nicht die Krankheit selbst, sondern die damit verbundene psychosoziale Belastung (Mattejat/Lenz/Wiegand-Grefe 2011: o.S.).

Die Häufung der Faktoren stellen ein Risiko für die Entwicklung des Kindes dar (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 45).

3.4 Subjektive Wahrnehmung der Erkrankung von Kindern

Die schizophrene oder depressive Erkrankung eines Elternteils löst bei Kindern die unterschiedlichsten Gefühle aus.

Durch die Forschung und unterschiedlichste Biographien von Betroffenen konnte in Erfahrung gebracht werden, dass die Angst ein bedeutendes Thema darstellt und in vielen verschiedenen Formen und Arten auftreten kann. Auf vier Arten der Angst wird in diesem Kapitel eingegangen.

Das unverständliche und unberechenbare Verhalten des erkrankten Vaters oder der Mutter kann Angst vor dem entsprechenden Elternteil auslösen.

Bei depressiven oder auch schizophren erkrankten Personen kann es zu Suizidhandlungen oder deren Androhungen kommen. Dies löst in der Regel bei den Kindern eine enorme Angst um den Elternteil aus.

Die psychischen Erkrankungen stellen das Familienleben unter hohe Herausforderungen und sind mit enormen Belastungen versehen. Deshalb kommt es manchmal auch zu Trennungen oder Scheidungen zwischen Mutter und Vater. Auch andere Umbrüche durch Klinikaufenthalte kommen vor sowie finanzielle Schwierigkeiten, wenn die Eltern nicht mehr so viel oder gar nicht mehr arbeiten können. Diese Faktoren können bei den Kindern Existenzängste auslösen.

Häufig haben Kinder schizophrener oder depressiver Eltern Angst um ihre Gesundheit, weil sie in vielen Fällen nicht über die Krankheit ihrer Eltern informiert werden. Dadurch wissen sie nicht, ob die Krankheit vererbbar ist oder nicht (vgl. Schone/Wagenblaus 2002: 190-192).

Neben diesen Arten von Ängsten erfahren sie oftmals auch das Gefühl des Verlustes, durch Klinikaufenthalte, das Gefühl der Schuld oder der Scham. Schuldgefühle entwickeln sie, weil sie meinen für ihre Eltern verantwortlich zu sein und elterliche Aufgaben übernehmen zu müssen. Wenn sie dies nicht machen, überkommen sie Schuldgefühle. Das Schamgefühl entsteht, wenn sie sich vor anderen Menschen für ihren erkrankten Elternteil schämen. Dies geschieht weniger, wenn sie besser über die Krankheit ihrer Eltern Bescheid wissen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 31f).

Durch die immer wiederkehrenden akuten Krankheitsphasen und Klinikeinweisungen können bei den Kindern irgendwann Gefühle der Verzweiflung, der Hoffnungslosigkeit und der Hilflosigkeit auftreten.

Zu diesen Gefühlslagen kommen oft weitere Gefühle von Enttäuschung und Wut dazu. Besonders in den akuten Krankheitsphasen vermissen die Kinder die Aufmerksamkeit und die Zuneigung ihrer Eltern. Meistens stossen sie auf Abweisung und fühlen sich dadurch ungeliebt und vernachlässigt. Dies verursacht Traurigkeit und Verunsicherung bei den Kindern, da ihre Bezugsperson nicht für sie da ist. Denn in vielen Fällen ist nicht nur der erkrankte Elternteil nicht fähig sich um die kindlichen Bedürfnisse zu kümmern, weil sie mit ihren eigenen Problemen beschäftigt sind, sondern auch der gesunde Elternteil ist überfordert mit der Situation. Deshalb kann sie oder er sich in diesem Fall auch nicht genügend um das Kind kümmern (vgl. Lenz 2005: 87f).

Diese Zusammenwirkung aller Gefühle führt oft zu erhöhter Reizbarkeit bei den Kindern. Sie fühlen sich überfordert und der Situation ausgeliefert und wissen nicht, was sie tun sollen. Ihre Gefühle bewegen sich dabei zwischen Angst, Anspannung und Empörung (vgl. Lenz 2008: 34).

3.5 Risiko zur Selbsterkrankung

Das Risiko, dass die Kinder selbst eine psychische Erkrankung erleiden ist hoch. Bei Eltern mit Schizophrenie zeigt sich das Risiko zur Selbsterkrankung vermehrt, als bei einer Depression. Dies kann daran liegen, dass Kinder von depressiven Eltern weniger belastet sind, als mit dem Umgang mit einem schizophrenen Elternteil. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Kinder mit ihren Eltern weniger identifizieren können, wenn sie Schizophrenie haben.

Kinder von depressiven Eltern haben ein erhöhtes Risiko an anderen psychischen Störungen zu erkranken oder an Verhaltensauffälligkeiten im sozialen, emotionalen und auch im kognitiven Bereich (vgl. Cummings/Davis 1994, zit. nach Lenz 2008: 11).

Sind beide Eltern an einer psychischen Störung erkrankt, erhöht dies natürlich nochmals das Risiko der Selbsterkrankung des Kindes. Leiden beispielsweise beide Elternteile an einer Depression, liegt die Wahrscheinlichkeit bei 70 %, dass ihr Kind an derselben Krankheit leidet (vgl. Robins/Regier 1991, zit. nach Lenz 2008: 12).

Bei der Wahrscheinlichkeit zur Selbsterkrankung ist der Schweregrad der Krankheit relevant. Somit spielen die Art und Dauer der Symptome eine Rolle. Damit ist gemeint, durch welche Symptome sich die Krankheit zeigt und wie lange diese andauern. Oftmals leiden sie unter Schüben, in denen die Krankheit mehr zum Vorschein kommt, als zu

anderen Zeitpunkten. Dementsprechend ist die Rückfallhäufigkeit von Bedeutung. Kommt es immer wieder zu Rückfällen, sind dies belastende Lebensereignisse für die Kinder und beeinflussen die Entwicklungsbedingungen und erhöhen das Risiko zur Selbsterkrankung. Zudem kommt es auf die allgemeine Belastungsdauer an. Je länger die Kinder mit dem erkrankten Elternteil zusammenleben, desto höher ist das Risiko (vgl. Lenz 2008: 12f). Die Rolle von genetischen Faktoren tragen nur bedingt zur Entstehung einer psychischen Erkrankung bei. Sie erhöhen das Risiko des Kindes im Allgemeinen, jedoch kommt es dabei auf die Umstände an, wie das Kind aufwächst. Wird das Kind von psychisch kranken Eltern von gesunden Eltern adoptiert und erlebt somit die krankheitsbedingten Belastungen der Eltern nicht, besteht kein, respektive nur ein sehr geringes Risiko zur Selbsterkrankung (vgl. Tienari/Wynne 2004, zit. nach Lenz 2008: 13).

Zusammengefasst kommt es auf den Schweregrad der elterlichen Krankheit an und auf die gegebenen Umweltfaktoren, inwiefern und wie lange das Kind der Belastung ausgesetzt ist, um das Risiko der kindlichen Selbsterkrankung einschätzen zu können.

Zudem lässt sich feststellen, dass es bei einer elterlichen Schizophrenie häufiger zur Erkrankung deren Kindern führen kann als bei einer Depression (vgl. Cummings/Davis 1994, zit. nach Lenz 2008: 11).

Bei beiden psychischen Krankheiten besteht durch den genetischen Faktor und durch das Erleben der Krankheit immer ein gewisses Risiko, selbst eine psychische Krankheit zu erleiden. Dies muss nicht dieselbe Erkrankung sein, dies kann auch eine andere psychische Krankheit sein (vgl. Lenz 2008: 12f).

3.6 Altersspezifische Auswirkungen

Von elterlicher psychischer Krankheit betroffene Kinder aller Altersstufen zeigen ein erhöhtes Risiko für emotionale Probleme und Verhaltensprobleme (vgl. Lenz 2005: 16).

Je nach Entwicklungsstand eines Kindes kann die psychische Erkrankung der Eltern unterschiedliche Auswirkungen haben. Bei den Kindern sind die Entwicklungsaufgaben und deren Bewältigung abhängig vom Alter und der kognitiven Leistung. Demnach können sie im fortgeschrittenen Alter die Krankheit, deren Entstehung und Auswirkungen besser verstehen als wenn sie noch jünger sind (vgl. Pass/Wiegand-Grefe 2012: 60).

3.6.1 Schwangerschaft

In der Schwangerschaft ist die Entwicklung des Kindes besonders gefährdet, wenn die Mutter eine psychische Erkrankung aufweist, da sich das Gehirn des Kindes in dieser Phase besonders stark entwickelt. Durch den Gemütszustand der Mutter kann sich eine erhöhte Erregbarkeit bei dem Säugling nach der Geburt etablieren, wodurch sich das geborene Kind später nur schwer beruhigen lässt. Dies wird als Regulationsstörung bezeichnet. Dies äussert sich durch Nahrungsverweigerung oder auch Schlafstörungen. Das Kind hat Mühe ein- oder durch zu schlafen. Dies kann die emotionale Befindlichkeit ihrer psychischen Krankheit der Mutter zusätzlich belasten (vgl. Petermann et al. 2008, zit. nach Plass/Wiegand-Grefe 2012: 60).

3.6.2 Säuglings- und Kleinkindalter

Säuglinge sind aufgrund ihrer Entwicklung auf die Hilfe ihrer Eltern angewiesen. Wenn die Eltern aufgrund ihrer psychischen Krankheit nicht in der Lage sind, auf die Bedürfnisse ihres Kindes einzugehen, kann es zu einer Störung der Interaktion zwischen Eltern und Kind führen. Wenn ihre Bedürfnisse nicht befriedigt werden, kann es zu einer Gefährdung der psychischen Entwicklung des Babys kommen (vgl. Hipwell et al. 2000, zit. nach Plass/Wiegand-Grefe 2012: 61). Dabei kann es zu frühkindlichen Regulationsstörungen kommen oder später die Wahrscheinlichkeit von Verhaltensauffälligkeiten erhöhen (vgl. Petermann et al. 2008, zit. nach Plass/Wiegand-Grefe 2012: 60). Schwierigkeiten des Kindes in der Selbstregulation, Übererregbarkeit oder auffallende Passivität werden durch das Verhalten von psychisch kranken Eltern oft verstärkt. Bei gleichzeitiger negativer Emotionalität kann das Risiko für Entwicklungsabweichungen, internalisierende oder externalisierende Verhaltensstörungen erhöht werden (vgl. Wiegand-Grefe/Plass 2012: 61).

Auch die Entwicklung von Selbstwirksamkeit, dies bedeutet die Entdeckung, dass eine Beeinflussung der Umwelt durch Eigenaktivität möglich ist, und das Selbstwertgefühl wird durch nicht-sensibles, desorganisiertes oder unberechenbares Verhalten der psychisch kranken Eltern negativ beeinflusst, da keine Reaktion zwischen dem eigenen Verhalten und dem der Eltern besteht (vgl. Semmelhack 2011: 55).

Im Alter von zwölf Monaten zeigen sich beim Kleinkind erste Anzeichen von Bindungsstörungen. Kinder schizophrener oder depressiver Eltern zeigen beispielsweise eine nicht vorhandene oder verminderte Angst gegenüber fremden Personen auf. Durch eine Einschränkung des Erkundungsverhalten des Kindes wird auch die kognitive Entwicklung negativ beeinflusst. Beispielsweise wurden

Sprachentwicklungsverzögerungen bei Kleinkindern mit psychisch krankem Elternteil mehrfach beobachtet (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 60f, Pretis/Dimova 2010: 46f).

Auch emotionale Entwicklungsverzögerungen und Trennungsängste kommen häufiger vor (vgl. Semmelhack 2011: 56). Diese Störungen können länger anhalten, als die elterliche psychische Erkrankung und wirken sich deshalb auch auf das Verhalten im Kindergarten und in der Schule aus (vgl. Lenz 2010: 4).

3.6.3 Kindergarten- und Grundschulalter

Mit Beginn des Kindergartenalters wird das Verhalten und die Entwicklung des Kindes erstmals einer Aussenbeurteilung unterzogen, wodurch eine Abweichung von der Norm fallen kann (vgl. Baumann 2000: 52).

In dieser Altersstufe verfügen die Kinder üblicherweise einen grossen Wissensdrang. Auch magisches Denken ist in diesem Alter typisch. Dies bedeutet, sie nehmen an, dass Gedanken und Worte Einfluss auf Ereignisse haben. Deshalb sind bei Kindergartenkindern mit psychisch kranken Eltern unrealistische Gedanken über die Ursachen und Wirkungen der elterlichen Krankheit möglich. Dies äussert sich beispielsweise durch Schuldgefühle, die elterliche Krankheit verursacht zu haben (vgl. Lewandowski 1992, zit. nach Plass/Wiegand-Grefe 2012: 62).

Im Kindergartenalter reagieren sie auf impulsives und unbeständiges Verhalten des erkrankten Elternteils entweder mit Unterordnung und erzwungener Fürsorge oder mit offener Aggression und Machtkämpfen (vgl. Deneke/Lüders 2003: 178).

Im Kindergartenalter besteht eher das Risiko für hyperaktive oder aggressive Verhaltensweisen, als bei Kleinkindern. Konflikte werden nach aussen getragen. Kommt dies regelmässig vor, wird von einem externalisierenden Verhalten gesprochen (vgl. Pretis/Dimova 2010: 46).

Bei Schulkindern mit psychisch kranken Eltern kommt es häufig zu Schwierigkeiten in dem Bereich des Verhaltens oder im Bereich der sozialen Integration.

Introvertierte Symptome wie Depressionen und Ängste aber auch extrovertierte Symptome wie Nervosität, Ungehorsam oder aggressives Verhalten können auftreten.

Den Kindern fällt oft erst im Kindergartenalter auf, dass mit einem ihres Elternteiles etwas nicht stimmt, da ihnen den Vergleich zu anderen Familien auffällt. Dadurch isolieren sie sich aus Schamgefühl, indem sie keine anderen Kinder zu sich nach Hause einladen (vgl. Baumann 2000: 52).

3.6.4 Kindheit und Jugendalter

In diesem Alter kommt es besonders oft zu einer Verantwortungsübernahme des Jugendlichen für den Haushalt, für die psychisch kranken Eltern und teilweise auch für jüngere Geschwister (vgl. Heim 2011: 55, Reupert/Maybery 2007: 196).

Sie beschäftigen sich in dem Alter sehr intensiv mit der Suche nach Selbständigkeit und der Ablösung der Eltern (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 63). Diese Entwicklungsaufgaben werden jedoch erschwert, wenn sie zuhause das Gefühl haben, Verantwortung übernehmen zu müssen. Der Wunsch nach Autonomie und nach sozialem Anschluss an die Peergroup kann nicht mit den Bedürfnissen der Eltern nach Hilfe oder emotionaler Unterstützung komprimiert werden. Dies kann bei den Jugendlichen zu starken Schuldgefühlen gegenüber ihren Eltern führen, wenn sie der Aufgabe zuhause nicht nachkommen (vgl. Romer/Haagen 2007: o.S.).

Bei Jugendlichen mit psychisch kranken Eltern wird in der Literatur ein erhöhtes Risiko für antisoziales Verhalten oder oppositionelles Trotzverhalten erwähnt. Dies zeigt sich in Form von ungehorsamen Verhalten, geringe Frustrationstoleranz, Missachtung von Regeln und Reizbarkeit.

Aber auch sozialer Rückzug, Passivität und Ängste kommen häufig vor (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 64, Reupert/Maybery 2007: 196).

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass Kinder und Jugendliche mit einem psychisch kranken Elternteil sehr unterschiedlich auf die elterliche Erkrankung reagieren können. Die Verhaltensweisen können sich in zwei gegensätzliche Richtungen bewegen. Somit lassen sich nicht klar definierte Auswirkungen aufzählen, jedoch einige mögliche Verhaltensweisen zur Orientierung.

Unterschiede der Auswirkungen Schizophrenie und Depression

Zudem lassen sich dadurch auch nur schwer die unterschiedlichen Auswirkungen einer elterlichen Schizophrenie oder Depression aufzählen. Durch die nicht immer gleich ablaufenden Krankheitsbilder und teilweise überschneidenden Symptome können nur schwer Rückschlüsse auf die psychischen Krankheiten gemacht werden. Die Krankheiten treten häufig in Phasen auf, wodurch sich keine Konstante Lebenswelt für die Kinder und Jugendlichen bildet. Dies stellt eine beträchtliche Belastungssituation für sie dar.

Bei beiden psychischen Krankheiten können Antriebslosigkeit, Leistungsabfall und Rückzugsverhalten beobachtet werden. Dies verlangt von ihren Kindern ein höheres

Engagement zuhause, wenn der erkrankte Elternteil nicht in der Lage ist sich um die Kinder oder den Haushalt zu kümmern.

In einigen Punkten lassen sich jedoch unterschiedliche Gegebenheiten der Krankheiten feststellen, welche auch unterschiedliche Herausforderungen für die Kinder und Jugendlichen darstellen. Zudem haben die Herausforderungen der erkrankten Eltern unterschiedliche Ursprünge durch die Krankheiten, verursachen jedoch häufig die gleichen oder ähnliche Entwicklungsgefährdungen bei den Kindern aus.

Bei einer elterlichen Schizophrenie kann es zu psychotischen Phasen kommen, bei der Halluzinationen auftreten können (vgl. Schäfer/Rüther 2004: 15-17). Dabei können sie Wesentliches nicht mehr von Unwesentlichen unterscheiden, was durchaus auch die Bedürfnisse ihrer Kinder miteinbeziehen kann. Dabei können sie die primären altersabhängigen sich verändernden Bedürfnissen der Kinder nicht oder nicht gut wahrnehmen. Dadurch wird die Bedürfnisbefriedigung, welche Besonders im Säuglingsalter von hoher Bedeutung ist, erschwert, was wiederum zu der psychischen Entwicklung des Babys gefährdet.

Bei einer elterlichen Depression können beispielsweise die körperlichen Beschwerden, wie Kopfscherzen, Appetitlosigkeit oder Schlafprobleme, welche zusätzlich zu den psychischen Symptomen auftreten können, dazu führen, dass sie die Bedürfnisse der Kinder nicht wahrnehmen können, weil sie immer wieder mit ihren eigenen beschäftigt sind. Gerade wenn die Kinder im Jugendalter sind, führt das dazu, dass sie sich verpflichtet fühlen, ihre erkrankten Eltern zu unterstützen (vgl. Heim 2011: 55).

3.7 Tabuisierung, Parentifizierung

Häufig trauen sich die Kinder nicht mit jemandem ausserhalb der Familie über die elterliche Krankheit zu sprechen, da sie das Gefühl haben ihren Eltern etwas Böses anzutun. Auch die Eltern selbst reden häufig nicht mit ihren Kindern über ihre Krankheit. Oft sind sie im Zwiespalt, zwischen der Diskretion der elterlichen Krankheit gegenüber und dem Bedürfnis sich jemandem anzuvertrauen. Sie möchten somit ihr Kind schützen. Jedoch nehmen die Kinder die Veränderungen des Elternteils wahr und sind durch die Unwissenheit besonders irritiert oder verunsichert. Die Tabuisierung der Krankheit verhindert, dass die Kinder und auch aussenstehende die Krankheit, ihre Symptome und ihre Situation verstehen können (Plass/Wiegand-Grefe 2012: 25).

Warum der erkrankte Elternteil nicht über die Krankheit oder die Symptome spricht, kann unterschiedliche Ursache haben. Viele schämen sich für die Krankheit und wollen nicht, dass andere negativ über sie denken und versuchen deshalb die Krankheit zu

verheimlichen. Häufig haben sie auch Angst davor, das elterliche Sorgerecht für ihre Kinder zu verlieren oder, dass sie nicht als fähige Eltern angesehen werden, wenn sie die Krankheit preisgeben (vgl. ebd.: 26).

Jedoch gibt es auch Familien, in denen die psychische Krankheit offen kommuniziert wird, dies stellt aber die Minderheit dar. Es wird von zwei unterschiedlichen Familientypen gesprochen. In der einen wird eine offene Kommunikation gepflegt und die Krankheit und deren Verlauf wird offen thematisiert. Die Kinder werden somit miteinbezogen und externe Personen werden miteinbezogen. Dadurch erlangt die Familie soziale Unterstützung. Die meisten gehören jedoch zum anderen Familientyp, bei dem offene Gespräche aus dem Weg gegangen werden, was der externen sozialen Unterstützung meistens entgegenwirkt (vgl. Sollberger et al. 2008, zit. nach Plass/Wiegand-Grefe 2012: 26).

Unter der Parentifizierung ist die subjektive Wahrnehmung einer verzerrten Beziehung zu verstehen. Somit nimmt ein Kind die Rolle eines Elternteils ein, obwohl dies nicht die Aufgabe eines Kindes ist. In Familien mit einem psychisch kranken Elternteil kommt es häufig zu solchen verzerrten Beziehungen. Bei der Parentifizierung übernimmt ein Kind verantwortungsvolle Aufgaben der Eltern, wie beispielsweise den Haushalt oder die Erzieherrolle jüngerer Geschwister. Durch die Übernahme solcher Aufgaben sehen die psychisch kranken Eltern in ihren Kindern Trost und erachten sie als Rat gebende oder Vertrauensperson (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 29). Die Generationsgrenze wird durch die Parentifizierung unklar und schafft eine Destabilisierung in der Familienstruktur (vgl. Minuchin/Fishman 1983, zit. nach Plass/Wiegand-Grefe 2012: 29).

Die Auswirkungen einer solche Parentifizierung können positiv wie auch negativ ausfallen. Übernimmt ein Kind zuhause die Elternrolle ist es wichtig, dass die Entwicklung des Kindes nicht eingeschränkt ist. Das bedeutet, wenn die Bedürfnisse des Kindes, wie beispielsweise das Spielen oder der Kontakt zu gleichaltrigen, befriedigt werden und es Anerkennung für seine Bemühungen bekommt, kann dies sogar das Selbstbewusstsein des Kindes stärken. Dies wird als adaptive Parentifizierung bezeichnet (vgl. Ohntrup et al. 2011, zit. nach Plass/Wiegand-Grefe 2012: 29f).

Wenn die Bedürfnisse nicht befriedigt werden und die Eltern nur auf ihre eigenen achten, kann das Kind sich nicht altersgerecht entwickeln. Hinzu kommt häufig, dass das Kind seine Bedürfnisse jenen der Eltern unterordnet und keine Anerkennung für die Leistungen erhält. Dabei wird von einer destruktiven Parentifizierung gesprochen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 30).

Negative Folgen einer Parentifizierung können sehr unterschiedlich ausfallen, wenn überhaupt Langzeitfolgen auftreten. Die Unterordnung der eigenen Bedürfnisse kann für die psychosoziale Entwicklung des Kindes ein Defizit in der Sozialkompetenz und eine

Beeinträchtigung der schulischen Leistungen zur Folge haben (vgl. Berman/Sperling 1991, zit. nach Plass/Wiegand-Grefe 2012: 31).

Ein vermindertes Selbstwertgefühl oder Identitätsprobleme sowie das Gefühl der Unzulänglichkeit oder Depressionen können die Folge sein (vgl. Castro et al. 2004, zit. nach Plass/Wiegand-Grefe 2012: 31).

Unterschiede der Auswirkungen Schizophrenie und Depression

Viele Schizophrenie erkrankte Eltern schämen sich dafür und möchten sich niemandem anvertrauen und kommunizieren nicht offen in der Familie und auch nicht an Dritte über ihre psychische Krankheit. Zudem haben sie Angst um das Sorgerecht ihrer Kinder (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 26). Einige stellen auch die Erziehungsfähigkeit der Eltern in Frage, wenn sie von der Krankheit wissen. Diese wird im Kapitel 3.8.1 beschrieben.

Einige der Erkrankten sind sich ihrer Krankheit nicht bewusst und können deswegen nicht mit jemandem darüber sprechen. (vgl. Groen et al. 2012: 42).

Viele Menschen haben ein falsches Bild der Krankheit, wodurch es den Erkrankten noch schwerer fällt, sich jemandem anzuvertrauen (vgl. Schäfer/Rüther 2004: 9). Dies kann jedoch die Beziehung und die Entwicklung des Kindes negativ beeinflussen, da es die Krankheit der Mutter oder des Vaters nicht versteht und dies zur Verwirrung des Kindes führen kann (Jungbauer 2016: 10-13), auch aufgrund der grossen Bandbreite der Symptome (Gerrig/Zimbardo 2008: 581). Zudem fehlt den Kindern oftmals die Aufmerksamkeit der Eltern (vgl. Jungbauer 2016: 10-13).

Bei einer elterlichen Depression kommt es ebenfalls häufig zu einer Tabuisierung der Krankheit. Häufig ist den erkrankten Personen jedoch auch nicht bewusst, dass sie diese Krankheit haben und können somit nicht darüber sprechen (vgl. Groen et al. 2012: 42).

Durch die ebenfalls unterschiedlichen Formen einer Depression (vgl. ebd.: 13), dadurch dass für den erkrankten Elternteil der Alltag eine grosse Herausforderung darstellt (vgl. ebd.: 11), stellt die Tabuisierung für die Kinder ein belastendes und herausforderndes Familienleben dar, welches ihre Entwicklung negativ beeinflussen kann (vgl. Mahnkopf 2007: 20f).

Zu einer Parentifizierung kann es bei einer elterlichen Schizophrenie und bei einer elterlichen Depression kommen. Diese kann positive wie auch negative Einflüsse auf die kindliche Entwicklung haben (vgl. Ohntrup et al. 2011, zit. nach Plass/Wiegand-Grefe 2012: 29). Bei beiden psychischen Krankheiten wird es für das Kind bei einer psychischen Phase bei der Schizophrenie (vgl. Schäfer/Rüther 2004: 15) oder bei einer depressiven Phase bei

einer Depression (vgl. Hell 1999: 59) mal mehr oder weniger zur Übernahme der elterlichen Aufgaben im Haushalt kommen. Wichtig ist dabei, wie der Umgang bei erledigten Aufgaben ist, ob diese wertgeschätzt werden oder nicht und zudem noch genügend Raum besteht für die kindlichen Bedürfnissen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 30).

3.8 Auswirkung auf Familiensystem

Durch die elterliche psychische Erkrankung gerät oftmals das Familiensystem durcheinander. Durch die Parentifizierung übernehmen die Familienmitglieder unterschiedliche Rollen, die ihnen grundsätzlich nicht zugeschrieben wären. Diese Rollenumkehr ist in vielen Familien mit einem psychisch kranken Elternteil zu beobachten (vgl. Lenz 2005, zit. nach Lenz 2008: 28).

Kommt es zu Unstimmigkeiten zwischen dem gesunden und dem psychisch kranken Elternteil, wirkt sich dies sehr verwirrend auf das Kind aus. Wenn der gesunde Elternteil darauf bedacht ist, dass das Kind seinen eigenen Bedürfnissen nachgeht und der psychisch erkrankte Elternteil von dem Kind verlangt, sich um ihn zu kümmern, kommt es beim Kind zu Loyalitätskonflikten, da es nicht weiss, auf wen es hören oder wem es gehorchen soll. Dabei geraten sie oftmals in die Rolle des Sündenbocks, da sie nicht beiden Erwartungen gerecht werden können. Zudem werden sie für die Familienkonflikte verantwortlich gemacht. Das Kind fühlt sich dabei fehl am Platz, ausgestossen und emotional abgewiesen (vgl. Lenz 2008: 28).

Solche Auswirkungen auf das Familienleben können bei dem Kind Ablösungs- und Identitätsprobleme hervorrufen (vgl. Jurkovic 1997, zit. nach Lenz 2008: 31). Eigene Bedürfnisse und Lebensziele werden nur selten wahrgenommen. Es fällt ihnen schwer sich von den Eltern abzulösen (vgl. Fullinwider-Bush/Jacobvitz 1993, zit. nach Lenz 2008: 32). In akuten Krisensituationen sind die erkrankten Elternteile meistens mit der Rolle als Mutter oder Vater überfordert, wodurch der gesunde Elternteil, sofern ein solcher vorhanden ist, oft ebenfalls mit der Situation überfordert ist. Zu dem Zeitpunkt müssen sie sich um ihr Kind und um die erkrankte Partnerin oder den erkrankten Partner kümmern. Die Kinder erhalten in solchen Situationen häufig zu wenig Aufmerksamkeit oder emotionale Zuwendung von den Eltern (vgl. Schone/Wagenplatz 2002: 13).

Muss der erkrankte Elternteil vorübergehend in eine Klinik, stellt dies die meisten Familien vor eine Herausforderung der Kinderbetreuung. Vor allem Alleinerziehende stellt dies vor grosse Probleme. Häufige Wechsel der Betreuungsperson wirkt sich primär bei Kleinkindern ungünstig aus und können die psychosoziale Entwicklung eines Kindes beeinträchtigen (vgl. Sammelhack 2011: 48).

Unterschiede der Auswirkungen Schizophrenie und Depression

Bei beiden psychischen Krankheiten sind die Eltern häufig mit ihren eigenen Problemen beschäftigt und nehmen die der Kinder wenig war. Zudem schenken sie ihnen dabei zu wenig Aufmerksamkeit und emotionale Zuwendung. Die nötige Fürsorge fehlt ihnen oft (vgl. Mattejat 2014: 88).

Die Bewältigung der eigenen Probleme kostet meistens sehr viel Energie, somit bleibt für die Kinder nicht mehr viel Kraft übrig. Die gewohnten Abläufe des Familiensystems geraten durcheinander sowie Alltagsstrukturen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 27).

Bei der elterlichen Schizophrenie können die Persönlichkeitsveränderungen, welche entstehen können, bei den Kindern Verunsicherungen und Desorientierung auslösen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 23f.).

Die fremden Verhaltensweisen des erkrankten Elternteils können Kinder meist nicht nachvollziehen, wodurch sie sich unsicher oder bedroht fühlen und wissen nicht, wie sie mit der Situation umgehen sollen (vgl. Jungbauer 2013: 265).

Bei akuten Klinikaufenthalte der schizophrenen Eltern ist für viele Kinder ein dramatisches Erlebnis. Zudem bringt diese Situation Veränderungen im Familienalltag mit sich. Häufig werden Kinder während dieser Zeit in einer anderen Familie untergebracht oder von Verwandten beaufsichtigt. Dadurch sind die Kinder neben dem Verlust und den Ängsten auch mit einer neuen Umgebung konfrontiert sowie anderen Personen und neuen Regeln (vgl. Lenz 2005: 94).

Auch bei einer elterlichen Depression kann es zu diesen Klinikaufhalten kommen.

Generell haben die Kinder nach der Rückkehr der Mutter oder des Vaters Angst, dass ein weiterer Klinikaufenthalt und somit ein erneuter Unterbruch des Familienalltags folgen. Dadurch stehen die Kinder bei beiden elterlichen Krankheiten unter Stress und Angst eines Wiederholungsfalles (vgl. Jungbauer 2013: 260).

3.8.1 Erziehungsfähigkeit der Eltern

Ihre Erziehungskompetenz, das bedeutet ihre Beziehungsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Fähigkeit der Grenzsetzung, Vorbildfunktion und die Fähigkeit zum Alltagsmanagement, ist je nach Art der Erkrankung der Eltern, deren Schweregrad und Chronizität, mehr oder weniger stark eingeschränkt (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 35-41).

Die Erziehungsfähigkeit der Eltern umfasst mehrere Aufgabenbereiche. Darunter wird die Fähigkeit der Eltern verstanden, die Bedürfnisse ihrer Kinder zu erfüllen, sei dies körperlich oder emotional, dem Kind als beständige und positive Vertrauensperson zur Seite zu

stehen, dem Kind Werte zu vermitteln und Lernchancen zu generieren. Diese Bedürfnisse sollen gewährleistet werden und können sich in den unterschiedlichen Entwicklungsstadien verschieben. Dies bedeutet andere Bedürfnisse gelangen in den Vordergrund und andere werden zu dem Zeitpunkt weniger relevant. Durch die Feinfühligkeit der Bezugsperson, in diesem Fall ein Elternteil, werden die vorrangigen Bedürfnisse wahrgenommen und können befriedigt werden. Dadurch wird die Beziehung zwischen Eltern und Kind gestaltet (vgl. Deci/Ryan 2000, zit. nach Lenz 2008: 17).

Das Bedürfnis nach sozialer Bindung stellt eines der Grundbedürfnisse eines Menschen dar (vgl. Grossman/Grossman 2004: o.S.).

Durch eine beständige Bezugsperson wird dieses Bedürfnis befriedigt. Diese Person zeichnet sich durch Zuverlässigkeit, Nähe und Einfühlungsvermögen aus. Diese sicheren Bindungen prägen das zukünftige Bindungsverhalten eines Menschen. Positive Erfahrungen von Bindungen fördern das Erkundungsverhalten und die kognitive Entwicklung.

Auch im Jugendalter stellen die Eltern immer noch eine sichere Basis und als Rückzugsort dar, auch wenn das Interesse an Bindungen zu gleichaltrigen höher erscheint (vgl. Lenz 2008: 18).

Können Eltern aufgrund ihrer Krankheit diese Erziehungsfähigkeit aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nicht gewährleisten, so kann dies spätere Auswirkungen auf die kognitive Weltentwicklung, aber auch auf das spätere Bindungsverhalten in Beziehungen des Kindes haben. Eltern, welche von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, gelingt es häufig weniger, sich in ihre Kinder hinein zu fühlen. Sie sind sich in der Erziehung oft unsicher und können sich schlecht durchsetzen. Inkonsequentes Erziehungsverhalten und unangemessene Disziplinarmaßnahmen können beispielsweise Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern zur Folge haben, welches sich oftmals in Form von Aggressivität und Trotzverhalten zeigt (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 35-41).

In solchen Situationen kann es zu einem Teufelskreis zwischen elterlicher Erkrankung und kindlicher Auffälligkeit kommen.

Das Kind ist durch die elterliche psychische Erkrankung einer erhöhten Belastung ausgesetzt wodurch es zur Folge mit Verhaltensauffälligkeit reagieren kann. Dies fördern wiederum den elterlichen seelischen Stress, welcher die psychische Erkrankung negativ beeinflussen kann (vgl. Kölch/Schmid 2008: 784f).

Sowohl schizophren erkrankte als auch depressiv erkrankte Eltern weisen Defizite im kognitiven und emotionalen Bereich sowie im Verhalten auf, welche sich ungünstig auf den Umgang mit ihren Kindern auswirken. Sie reagieren teilweise oder dauerhaft nicht oder nur verzögert auf die Signale ihres Kindes und verhalten sich eher passiv oder überfürsorglich dem Kind gegenüber (vgl. Lenz 2005: 14, Lenz 2008: 19).

Nicht alle psychisch kranken Eltern sind in der Erziehungsfähigkeit eingeschränkt. Da das elterliche Verhalten ebenfalls einen grossen Einfluss auf die Bindungsentwicklung der Kinder haben kann, wird in einem späteren Kapitel darauf vertieft eingegangen.

Unterschiede der Auswirkungen Schizophrenie und Depression

Zur Erziehungsfähigkeit gehören verschiedene Kompetenzen. Zum einen die Fähigkeit zum Alltagsmanagement. Wie bereits in mehreren Kapiteln erwähnt, fällt den schizophrenen oder depressiv erkrankten Eltern die Alltagsbewältigung häufig sehr schwer (vgl. Groen et al. 2012: 11, Schäfer/Rüther 2004: 11). Bei beiden psychischen Krankheiten fühlen sich die Personen mit den Aufgaben überfordert und beispielsweise die Haushaltsführung wird zur Herausforderung.

Die Kommunikationsfähigkeit ist ebenfalls eine Kompetenz, welche zur Erziehungsfähigkeit gehört. Diese kann sich vor allem bei der Schizophrenie als schwierig herausstellen, da bei manchen Symptomen Wortkargheit oder Sprachverarmung auftreten (vgl. Schäfer/Rüther 2004: 24).

Feinfühligkeit ist die Grundlage für eine gute Bindung zwischen den Eltern und ihren Kindern. Die Eltern sollen die Signale der Kinder wahrnehmen, diese richtig deuten und daraufhin reagieren. Schizophrene und depressive Eltern reagieren häufig gar nicht oder verzögert auf die Signale des Kindes. Besonders in akuten Krankheitsphasen ist dies sehr ausgeprägt und sie sind emotional nicht oder nur schwer zu erreichen (vgl. Lenz 2008: 19). Im Umgang mit ihren Kindern verhalten sich psychisch kranke Eltern oftmals passiv und wenig einfühlsam. Dies wird sichtbar, wenn sie nicht auf die Bedürfnisse der Kinder eingehen und sie ihre eigenen Probleme als wichtiger wahrnehmen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 38).

Im Gegensatz dazu gibt es aber auch Momente, in denen schizophren oder depressiv erkrankte Eltern gegenüber ihren Kindern überfürsorglich und bevormundend sind. Dies wird jedoch durch ihre eigenen Bedürfnisse gesteuert und bezieht sich nicht auf die der Kinder. Im Verlauf der Krankheit kann es zu wechselndem Verhalten der Eltern kommen. Dies verursacht eine gestörte Interaktion zwischen dem erkrankten Elternteil und dem Kind und zu einem unsicheren Bindungsverhalten des Kindes (vgl. Lenz 2008: 19).

Die Beziehungsfähigkeit kann bei beiden Krankheiten eingeschränkt sein, da sie häufig mit ihren eigenen Problemen beschäftigt sind und die Bedürfnisse ihrer Kinder in dem Moment nicht wahrnehmen (vgl. Mattejat 2014: 88). Die Bedürfnisse der Kinder sollten wahrgenommen werden, zudem sollten die Eltern als beständige, zuverlässige und positive Vertrauensperson oder Bezugsperson agieren, welche Nähe und Einfühlungsvermögen

vermitteln. Die Beständigkeit der Bezugsperson kann bei beiden psychischen Krankheiten einschränkt sein, je nach Verlauf oder Schweregrad, da es bei akuten Situationen zu einem Klinikaufenthalt kommen kann, oder die Kinder vorübergehend zu Verwandten ziehen (Jungbauer 2013: 260). Dies betrifft somit auch die Zuverlässigkeit der Eltern. Die Kinder wissen nicht, wann es wieder zu einer solchen Situation kommt und sehen ihre Eltern als unzuverlässig und unbeständig an. Dies kann sich negativ auf die Bindung zwischen Eltern und Kind auswirken, da es dafür die Beständigkeit der Anwesenheit der Eltern benötigt (vgl. Altenthan et al. 2008: 304). Diese stärken zudem die kognitive Entwicklung und das Erkundungsverhalten des Kindes (vgl. Lenz 2008: 18).

Zwischen den beiden psychischen Krankheiten sind keine grossen Unterschiede zu sehen bezüglich der Erziehungsfähigkeit. Beide weisen Symptome auf, wodurch Risiken bezüglich der Fähigkeit entstehen und die Entwicklung ihrer Kinder negativ beeinflussen können. Bei der Kommunikationsfähigkeit sieht die Autorin bei schizophrenen Eltern ein grösseres Defizit als bei depressiven, aufgrund der möglichen Wortkargheit oder Sprachverarmung.

4. Einfluss auf Kognitive Entwicklung des Kindes

Im Grundschulalter erlernen die Kinder die Schulfertigkeiten wie Lesen, Schreiben und Rechnen sowie das Ausführen von Verpflichtungen und sich auch an diese halten zu können. Mit der Zeit stellen der Erwerb weiterer Fertigkeiten, wie beispielsweise die Verfeinerung des Lesens und Schreibens sowie die Interessensbildung und die Einschätzung eigener Fähigkeiten die Aufgaben in der Kindheit dar, welche zu bewältigen sind (vgl. Kupferschmid/Koch 2014: 25). Diese gelten als Entwicklungsaufgaben der Kindheit. Um diese erfolgreich bewältigen zu können, ist die kognitive Entwicklung eines Kindes von zentraler Bedeutung und muss soweit ausgereift sein, dass diese Aufgaben bewerkstelligt werden können.

Eine elterliche psychische Erkrankung kann sich vor allem in der frühen Kindheit, negativ auf die kognitive Entwicklung des Kindes auswirken. Sprachliche Defizite, Hyperaktivität und aggressives Verhalten können die Folge sein, welche meistens bis ins Schulalter bestehen bleiben und können somit zusätzlich Schul- und Lernschwierigkeiten hervorrufen (vgl. Lenz 2005: 24).

Durch viele Untersuchungen konnte festgestellt werden, dass die Kinder von schizophrenen oder depressiv kranken Elternteilen häufig Auffälligkeiten im kognitiven Bereich aufweisen. Diese Untersuchungen belegen, dass betroffene Kinder oftmals Störungen des

Aufmerksamkeitsverhaltens und der Informationsverarbeitung entwickeln. Neben Beeinträchtigungen in ihren schulischen Leistungen (vgl. Remschmidt/Mattejat 1994: 20), konnten ebenfalls spezifische Auffälligkeiten in der Sprache und der Kommunikation, sowie Störungen bei Wortassoziationen, ein niedrigeres kognitives Entwicklungsniveau und Einschränkungen des Abstraktionsvermögens und nachgewiesen werden. Dies bedeutet so viel wie die Fähigkeit, wesentliche gemeinsame Merkmale verschiedener Reizangebote zu erkennen und zu verknüpfen (vgl. ebd.: 34-36).

Die elterliche Erkrankung einer Schizophrenie oder Depression kann demnach nicht selten auf die kognitive Entwicklung ihrer Kinder Einfluss nehmen. Dies bedeutet Misserfolge und Schwierigkeiten in der schulischen Laufbahn sind häufige Folgen einer elterlichen psychischen Krankheit (vgl. Lenz 2008: 16f.).

Auch die schizophrenen sowie auch die depressiven Eltern weisen Defizite im kognitiven Bereich auf, welche sich ungünstig auf die Interaktion und auch auf die kognitive Entwicklung deren Kinder auswirkt (vgl. Lenz 2005: 19).

Kinder von psychisch kranken Eltern fallen oft dadurch auf, dass sie sozial weniger aktiv und kompetent sind als andere Kinder (vgl. ebd.: 15).

Unterschiede der Auswirkungen Schizophrenie und Depression

Die Bedürfnisse der Kinder bleiben häufig unbefriedigt und von den Eltern erfolgen ungenügende Entwicklungsanreize. Dies kann zur Verzögerung der kognitiven Entwicklung führen. Einem Kind gelingt es bei unbefriedigten Bedürfnissen kaum sich auf das wesentliche zu konzentrieren beziehungsweise zu fokussieren, weil es zu stark mit der Selbstregulation beschäftigt ist. Dies ist die Fähigkeit, mit der Menschen ihre Aufmerksamkeit, Emotionen und Handlungen steuern. Dies kann bewusst oder unbewusst stattfinden. Zudem kommt es auch vor, dass sich ein Kind Aufgeben als Strategie aneignet, um Frustrationen zu vermeiden (vgl. Deneke/Lüders 2003: 177, Pretis/Dimova 2010: 82f).

Kinder von schizophrenen Eltern gelten generell eher als emotional instabil, stressempfindlich, ängstlich, leicht erregbar und mit einer geringen Frustrationstoleranz (vgl. Pretis/Dimova 2010: 47).

Aufmerksamkeitsstörungen und Defizite in der Sozialkompetenz kommen bei diesen Kindern in der Schule häufig vor. Im Jugendalter können neben den kognitiven Beeinträchtigungen auch ein schlechteres Kontextverständnis und magisches Denken ebenfalls die Folge sein (vgl. Lenz 2005: 14).

Bei depressiven Eltern wird vermehrt beobachtet, dass ihre Kinder sich in Spielsituationen allein beschäftigen und immer wieder die Nähe der Eltern suchen, anstatt die Umgebung zu erkunden, trotz Schwierigkeiten des Bindungsverhaltens. Im Kindergartenalter haben sie manchmal schon die für eine Depression typischen Kognitionen oder auch Einstellungen wie Hoffnungslosigkeit und Schuldgefühle (vgl. Baumann 2000: 51f).

5. Auswirkung auf schulische Leistung und Entwicklungsauffälligkeiten

Schwierigkeiten bei Schul- und Kindergartenkindern mit einem psychisch kranken Elternteil treten häufig auf, vor allem im Bereich von schulischen Leistungen und im Bereich des Verhaltens (vgl. Baumann 2000: 52).

Kinder mit psychisch kranken Eltern weisen eine grosse Wahrscheinlichkeit für Verhaltens- und Lernschwierigkeiten oder Verhaltensauffälligkeiten auf (vgl. Bibou-Nakou 2004: 43). Aufmerksamkeitsstörungen kommen ebenfalls oft vor. Ob und wie sich die elterliche Erkrankung auf die schulische Leistung oder den schulischen Erfolg auswirkt, hängt von der Verantwortungsübernahme ab. Wie sehr ein Kind die erkrankten Eltern zuhause unterstützt, beeinflusst die Leistung in der Schule (vgl. Reupert/Maybery 2007: 196).

Es kann vorkommen, dass ein Kind von dem psychisch kranken Elternteil aufgehalten wird, in die Schule zu gehen, weil er oder sie die Unterstützung zuhause benötigt.

Durch die belastenden Ereignisse der Krankheit sind die Eltern häufig auf Unterstützung angewiesen, weil einfache Alltagsaufgaben, wie beispielsweise den Haushalt führen, zu einer nicht zu bewältigenden Aufgabe wird und sie das Kind dafür auffordern diesen zu übernehmen. Bei kleineren Geschwistern müssen sie häufig die Aufpasserrolle übernehmen und können deshalb nicht in die Schule gehen. Somit häufen sich die Schulabsenzen und das Kind verliert den Anschluss (vgl. Heim 2011: 55, Reupert/Maybery 2007: 196).

In Kapitel 4. wurde bereits erwähnt, dass sich eine elterliche psychische Erkrankung vor allem in der frühen Kindheit negativ auf die kognitive Entwicklung ihres Kindes auswirken kann. Sprachliche Defizite, höheres Risiko für Hyperaktivität und aggressives Verhalten, welche sich daraus entwickeln können, bleiben oft bis ins Schulalter bestehen und bewirken häufig Schul- und Lernschwierigkeiten (vgl. Lenz 2005: 24).

Laut einer Befragung von psychisch kranken Eltern hatten mehr als ein Drittel der betroffenen schulpflichtigen Kinder nach Angaben ihrer Eltern Schwierigkeiten in der Schule. Diese Lernschwierigkeiten wurden von den psychisch kranken Eltern auf eine Minderbegabung oder auf die Unfähigkeit der Lehrerinnen und Lehrer bezogen und nicht

in Verbindung mit ihrer Krankheit gebracht. Einige Kinder besuchen deshalb im Laufe der Zeit eine Sonderschule und seltener das Gymnasium. Mädchen mit psychisch Kranken Eltern zeigen seltener Schulschwierigkeiten oder Verhaltensauffälligkeiten, im Vergleich zu Jungen (vgl. Baumann 2000: 53f).

Probleme in der Schule oder später im Laufe des Lebens sind für Kinder und Jugendliche mit einem psychisch kranken Elternteil jedoch nicht zwangsläufig (vgl. Reupert/Maybery 2007: 196).

Die Mehrheit der Kinder psychisch kranker Eltern besucht erfolgreich die Schulzeit (vgl. Lenz 2005: 17). Das Interesse und der Erfolg in der Schule wird als begünstigender Faktor einer positiven Entwicklung des Kindes angesehen (vgl. Mattejat 2011: 86) (vgl. Kap. 4.3.3).

Wenn Kinder Verhaltensauffälligkeiten aufweisen, kann nicht mit Sicherheit festgestellt werden, dass die elterliche psychische Krankheit der Auslöser dafür ist (vgl. Koch-Stoecker 2001: 48). Zudem entwickeln nicht alle Kinder mit psychisch kranken Eltern Verhaltensauffälligkeiten oder sie treten nur vorübergehend auf oder sind nicht langfristig (vgl. Laucht/Esser/Schmidt 1992: 25f). Das Risiko ist von dem Stärkegrad und dem Verlauf der Krankheit der Eltern abhängig. Jedoch besteht bei den Kindern mit depressiven Eltern ein grösseres Risiko als bei Kindern mit schizophrenen Eltern (vgl. ebd.: 44). Zudem entwickeln bei einer mütterlichen Erkrankung die Kinder häufiger Verhaltensauffälligkeiten, als wenn der Vater erkrankt ist (vgl. ebd.: 26).

Besteht eine abweichende Entwicklung beim Kind kann dies bereits ab dem Alter von zwei Jahren ersichtlich werden. Vor allem sprachliche Defizite können erkennbar sein, sowie das Sozialverhalten. Es kommt beim Kind vermehrt zu aggressivem Verhalten oder Hyperaktivität (vgl. ebd.: 35). Treten Veränderungen der Entwicklung beim Kind auf, wenn der Vater an einer psychischen Erkrankung leidet, lässt sich nur im Bereich der kognitiven Entwicklung einen Unterschied feststellen (vgl. ebd.: 38).

Einige Faktoren begünstigen die Entstehung einer Entwicklungsstörung, beispielsweise wenn die elterliche psychische Krankheit kurz vor oder nach der Geburt des Kindes auftritt. Der Schweregrad der Krankheit, inwiefern das Kind in die Krankheit und die psychotischen Phasen miteinbezogen werden, oder die gar fehlende Krankheitseinsicht können eine Entwicklungsstörung beim Kind begünstigen. Die häufige Abwesenheit der Eltern durch Klinikaufenthalte oder durch die Abwesenheit durch mangelnde emotionale Verfügbarkeit auch des gesunden Elternteils verursacht das Fehlen einer Bezugs- oder Vertrauensperson. Dies ist jedoch sehr wichtig für Kinder, dass sie einen Bezug zu solch einer Person haben, sonst fühlen sie sich allein gelassen und dies kann ebenfalls Verhaltensauffälligkeiten begünstigen. Verschlossenheit und Tabuisierung der Krankheit gegenüber dem Kind gehören ebenfalls zu den fördernden Faktoren, sowie die Übernahme

von elterlichen Funktionen des Kindes Zuhause, die Parentifizierung (vgl. Broekman 2003: 4f, Deneke 1995: 5f).

Unterschiede der Auswirkungen Schizophrenie und Depression

Bei Kindern von schizophrenen Eltern sind in der Schule häufig Defizite im Bereich der Aufmerksamkeit und in der Sozialkompetenz ersichtlich. In der Adoleszenz weisen sie magisches Denken auf und defizitäres Kontextverständnis (vgl. Lenz 2005: 14).

Bei depressiven Eltern weisen die Kinder vermehrt Defizite im Umgang mit anderen gleichaltrigen Kindern auf und sind weniger aktiv. Zudem sind sie in der Schule vermehrt von Problemverhalten und schlechteren Schulleistungen betroffen. Sie gehören ebenfalls zu Menschen mit erhöhter Anfälligkeit für Abhängigkeitserkrankungen (vgl. ebd.: 15).

Vor allem eine mütterliche Depression, welche schon vor der Geburt oder kurz danach auftritt, kann sich sehr stark auf die Entwicklung ihres Kindes auswirken.

Mütter, welche unmittelbar nach der Geburt an einer Depression erkranken, verhalten sich dem Säugling gegenüber Zurückgezogen und manchmal sogar feindselig. Jedoch kann es auch vorkommen, dass die Mutter-Kind-Beziehung nicht beeinträchtigt ist (vgl. Deneke/Lüders 2003: 173).

Bei beiden elterlichen psychischen Krankheiten kann es zur Übernahme von Haushaltspflichten kommen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 29). Dies verursacht, dass die Kinder keine Zeit für ihre Hausaufgaben haben, oder häufige Schulabsenzen aufweisen (vgl. Mattejat/Lisofsky 2011: 22-24).

Die elterliche psychische Erkrankung kann bei den Kindern Verhaltensauffälligkeiten und Lernstörungen auslösen. Gewisse Kinder zeigen jedoch keine Auffälligkeiten und gute schulische Leistungen (vgl. Bibou-Nakou 2004: 43).

6. Resilienz der Kinder

Obwohl Kinder psychisch erkrankter Eltern grossen Belastungssituationen ausgesetzt sind und ein erhöhtes Risiko aufweisen, im Verlaufe ihrer Kindheit selbst eine psychische Erkrankung zu erleiden, bleiben viele Kinder gesund und entwickeln sich positiv. Diese Bewältigungsfähigkeit, welche diese Kinder aufweisen hilft ihnen, mit solchen Problemen und Schwierigkeiten ihres Familienlebens umzugehen. In der Wissenschaft wird dies

«Resilienz» genannt (vgl. Lenz/Brockmann 2013: 48f). Diese beschreibt die Fähigkeit eines Individuums, erfolgreich mit belastenden Lebenssituationen und Stresssituationen umzugehen. Resiliente Kinder weisen eine psychische Widerstandsfähigkeit auf, gegenüber ihren biologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken, welchen sie ausgesetzt sind durch die elterliche Depression oder Schizophrenie.

Die Resilienz beschreibt keine Persönlichkeitseigenschaft, sondern ist an gewisse Gegebenheiten gebunden. Einerseits weist das Leben dieser Kinder erhebliche Gefahren für ihre Entwicklung auf und andererseits kann das Kind die belastenden Lebenssituationen erfolgreich bewältigen. Dadurch werden als resilient nur diejenigen Kinder bezeichnet, welche sich trotz negativen Lebensumständen positiv entwickeln und im Vergleich zu anderen Kindern, welche den gleichen oder ähnlichen Situationen ausgesetzt sind, keine psychischen Auffälligkeiten aufweisen (Wustmann 2008: 18).

Kinder erwerben diese Bewältigungsfähigkeit in einem Interaktionsprozess zwischen ihnen und der Umwelt. Sie ist nicht angeboren. Deshalb kann sich diese Fähigkeit im Laufe der Entwicklung verändern. Resiliente Kinder sind nicht unverwundbar. Somit können sie in einer Lebensphase resilient sein und mit belastende Lebenssituationen umgehen und zu einem späteren Zeitpunkt bei anderen belastenden Umständen Bewältigungsschwierigkeiten aufweisen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2011: 10).

Die Resilienz eines Kindes ist somit unabhängig davon, ob die Eltern an einer Depression oder einer Schizophrenie erkrankt sind.

7. Einfluss auf Bindung und Beziehung zu Eltern

Verschiedene Entwicklungsaufgaben werden im Laufe des Lebens absolviert. Vom Kleinkind bis zum späten Erwachsenenalter absolviert ein Mensch eine Entwicklung, welche als Lernprozess zu verstehen ist. Dazu gehört die Entfaltung der kognitiven Fähigkeiten und Kompetenzen, welche notwendig sind, um das Leben zufriedenstellend zu bewältigen (vgl. Lenz 2008: 15). Eine der wichtigsten Entwicklungsaufgaben in der frühen Kindheit ist, sichere und stabile Bindungen aufzubauen (vgl. Havighurst 1982, zit. nach Lenz 2008: 16).

Um die Einflüsse einer elterlichen psychischen Krankheit auf das Bindungsverhalten der Kinder zu analysieren, wird erst einmal die Bindungstheorie dargelegt.

8. Bindungstheorie nach John Bowlby und Mary Ainsworth

In den letzten Jahren fanden immer mehr Forschungen zur Bindungsentwicklung statt. Währenddessen schrieb John Bowlby der menschlichen Bindung bei Säuglingen schon anfangs der 40er Jahren grosse Relevanz zu. Mary Ainsworth erforschte mit der so genannten „fremden Situation“ dieses Feld weiter (vgl. Hofmann 2002: 191).

Laut Bowlby nimmt ein Mensch in Beziehungen immer den Bezug auf seine frühkindlichen Bindungserfahrungen (vgl. Grossmann/Grossmann 2015: 330). Mary Ainsworth arbeitete mit John Bowlby zusammen und kristallisierte verschiedene Bindungstypen heraus, weshalb sie für meine Arbeit auch sehr zentral ist (vgl. ebd.: 97).

8.1 Grundgedanken der Bindungstheorie

Ein charakteristisches Merkmal von einem Menschen ist, dass er oder sie starke emotionale Beziehungen zu anderen Menschen anstrebt (vgl. Grossmann/Grossmann 2015: 22).

John Bowlby galt als führende Person in den Bemühungen den Grund dafür herauszufinden. Seine Forschungen bezüglich eines möglichen Zusammenhanges zwischen den ersten Beziehungen von Säuglingen zu ihren Müttern und den späteren Entwicklungsprozessen eines Menschen, leisteten einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der psychischen Entwicklung der Bevölkerung (vgl. Siegler et al. 2016: 400). John Bowlby verhalf zur heutigen Bindungstheorie (vgl. Grossmann/Grossmann 2015: 7).

Die Bindungstheorie nach John Bowlby geht davon aus, dass ein Mensch mehrere Verhaltenssysteme besitzt. Das Bindungssystem gilt als eines dieser Verhaltenssysteme. John Bowlby setzt das Bindungsverhalten dem Paarungsverhalten und dem Elternverhalten gleich. Dies zeigt auf, welchen Stellenwert das Bindungsverhalten in der menschlichen Entwicklung hat (vgl. Bowlby 2006: 178, Hofmann 2002: 194).

Bindung wird heute als eine besondere emotionale Beziehung eines Kindes zu seiner Bezugsperson verstanden. Die positiv erlebten Emotionen widerspiegeln die Beziehung und somit die Bindung eines Individuums zum anderen. Sie stellt so gesehen einen Teil des komplexen Systems einer Beziehung dar und beinhaltet eine besondere emotionale und persönliche Komponente mit Gefühlen (vgl. Altenthan et al. 2008: 304). Die Komponente der emotionalen Nähe als Schutz steht im Zentrum.

Primär geht es bei dem Bindungsverhalten um die sichere Nähe zwischen Mutter und Kind (vgl. Frey 2002: 249).

In der Bindungstheorie lassen sich sieben Merkmale festhalten, um die Aufrechterhaltung dieser emotionalen Nähe zu beschreiben (vgl. Grossmann/Grossmann 2015: 22-25). John

Bowlby betont davon besonders die biologische Funktion. Er erkennt die Bindung zwischen Mutter und Kind als ein biologisch verankertes, lebensnotwendiges Verhaltenssystem. Dieses Bindungsverhalten stellt einen Schutz zum Überleben dar (vgl. Bowlby 2014: 5). Eine Bindung wird als ein hypothetisches Konstrukt von der inneren Organisation des Bindungsverhaltens und den dazugehörigen Gefühlen verstanden, welche verschiedene Funktionen hat. Primär strebt die Bindung das Ziel an, einem Säugling Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln, besonders in Situationen, in denen ein Säugling unter hoher Belastung leidet und auf emotionale Unterstützung angewiesen ist. Weiter hat sie auch Einfluss auf die Entwicklung des Selbstwertgefühls (vgl. Grossmann/Grossmann 2015: 33).

8.2 Sichere Basis

John Bowlby ist der Meinung, dass Kleinkinder nicht als „abhängige“ Wesen verstanden werden können. Sie fungieren als selbstaktive und kompetenzmotivierte Wesen, welche auf Entdeckungsreise gehen und ihre Bezugspersonen als sicheren Rückzugsort beziehungsweise als sichere Basis ansehen. Eine sichere Basis bezeichnet in diesem Fall, die Anwesenheit einer Vertrauens- oder Bezugsperson des Kleinkindes, welche ihr oder ihm ein Gefühl von Sicherheit vermittelt. Durch dieses Gefühl wird dem Kind ermöglicht, seine Umwelt selbst zu erforschen und sich Kompetenzen und Fähigkeiten anzueignen. Eine Vertrauens- oder Bezugsperson kann mit einem sicheren Hafen verglichen werden, in dem das Kleinkind darauf vertraut, bei Unbehagen oder emotionaler Belastung Schutz zu finden und stets willkommen zu sein (vgl. Siegler et al. 2016: 400).

Werden sie älter, entfernen sich die Kinder und Jugendlichen laufend von der sicheren Basis weg und erweitern ihren Entdeckungsspielraum und somit auch ihre Fähigkeiten. Dies ist jedoch nur möglich, wenn sie Vertrauen zu ihrem Rückzugsort, ihrer sicheren Basis haben. Für diesen bestehenbleibenden Vertrauensaufbau ist es wichtig, dass Bezugspersonen dem Kind stets mit einer akzeptierenden und ermutigenden Haltung entgengetreten und nur im Ernstfall eingreifen.

John Bowlby betont die Wichtigkeit, dass Eltern ihre Kinder nicht nur erziehen und dabei Grenzen setzen, sondern auch als eine verlässliche und sichere Basis agieren.

Durch das Gefühl von Akzeptanz und Schutz sowie durch das anstreben von Autonomie, welche die Kinder durch die selbständige Entdeckung erlangen, wird eine psychische Stabilität und eine wertschätzende Selbstsicherheit erreicht und die Kinder trauen sich auch nach einem Scheitern zu ihren Eltern zurück zu kehren. (vgl. Bowlby 2014: 9f.).

8.3 Bindungsphasen

John Bowlby besagt, dass sich eine sichere Bindung vom Kleinkind zu einer Bezugsperson in vier Phasen entwickelt, in denen die emotionale Bindung laufend stärker wird. Alle vier Phasen befassen sich mit den kognitiven sowie den sozialen und emotionalen Fähigkeiten des Kindes (vgl. Siegler et al. 2016: 400f.).

8.3.1 Vorphase der Bindung

In den ersten sechs Wochen versucht ein Säugling mit lebensnotwendigen Ausdrucksweisen wie Greifen, Weinen oder Schreien Kontakt zu einer Bezugsperson aufzunehmen. Die darauffolgenden positiven Interaktionen geben ihm das Gefühl getröstet zu werden und fühlt sich dadurch geborgen (vgl. Siegler et al. 2016: 400f.).

8.3.2 Entstehende Bindung

Ab dem Alter von sechs Wochen beginnt die zweite Phase. Diese dauert bis zum Alter von acht Monaten. In dieser Phase reagiert das Kleinkind besonders auf Vertrauens- oder Bezugspersonen. Beispielsweise lächelt oder brabbelt das Kleinkind öfters in der Anwesenheit von bevorzugten Bezugspersonen.

Es entwickelt Erwartungen an diese Personen, wie diese auf die Bedürfnisse des Kindes eingehen sollen und daraus entstehen erste Gefühle, inwiefern es ihnen diesbezüglich vertrauen kann (vgl. Siegler et al. 2016: 400f.).

8.3.3 Ausgeprägte Bindung

Die dritte Phase beginnt im Alter von etwa acht Monaten und endet mit ca. eineinhalb Jahren. Das Kleinkind beginnt in dieser Phase aktiv den Kontakt zu seinen vertrauten Bezugspersonen zu suchen und aufzubauen. Dies zeigt sich zum Beispiel darin, dass das Kleinkind seine Bezugspersonen freudig begrüsst oder beim Weggehen oft zu Trennungsängsten kommt. Die Bindung zur Bezugsperson wird in dieser Phase deutlich sichtbar. Ab diesem Zeitpunkt können die meisten Kinder ihre Bezugspersonen als sichere Basis nutzen und deshalb ihre Umwelt aktiv erkunden, in dem Wissen, dass sie darauf vertrauen können, dass die Bezugsperson anwesend ist (vgl. Siegler et al. 2016: 400f.).

8.3.4 Reziproke Beziehung

Die vierte und letzte Phase beginnt etwa zwischen eineinhalb und zwei Jahren. Diese Phase ist gekennzeichnet durch eine mehr und mehr wechselseitig geregelte Beziehung. Durch den schnellen Anstieg von kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten, ist es dem Kleinkind von da an besser möglich, Gefühle und Verhalten seiner Bezugspersonen zu deuten. Dieses Verständnis kann es dafür nutzen, die Energie auf die Beziehung zu den Bezugspersonen zu richten und sich aktiv am Geschehen zu beteiligen. Durch die neue aktive Rolle beim Aufbau einer funktionierenden Beziehung verflüchtigt sich auch die Trennungsangst (vgl. Siegler et al. 2016: 400f.).

8.4 Innere Arbeitsmodelle

Nach John Bowlbys Bindungstheorie entwickeln Kinder innere Arbeitsmodelle von Bindung durch die Interaktion mit Erwachsenen. Diese entstehen durch die Bindungserfahrungen mit Bezugspersonen. Unter einem inneren Arbeitsmodell versteht sich ein geistiges Sinnbild des Selbst, der Bindungsperson und von Beziehungen im Allgemeinen. Zweck dieser Arbeitsmodellen sind, die zu erwartenden Handlungen oder Verhaltensabläufe des Gegenübers zu verstehen und miteinzubeziehen in die Bindung von Kind und Bezugsperson. Bei der Entwicklung dieser Modelle ist entscheidend, wie eine Person in einer Beziehung auf die Handlungen des Gegenübers reagiert.

Kinder integrieren ihre Erfahrungen bezüglich der Zuverlässigkeit einer Bezugsperson auf ihre eigenen Bedürfnisse sowie auf das Sicherheitsgefühl in ihrem inneren Arbeitsmodell. Sie beziehen sich auch in ihren späteren Beziehungen auf diese Erfahrung. Somit sind innere Arbeitsmodelle der Ausdruck der Bindungserfahrungen in der frühen Kindheit (vgl. Siegler et al. 2016: 401).

Anfänglich sind solche inneren Arbeitsmodelle relativ flexibel. Sie werden dann mit fortschreitender Entwicklung des Kindes gefestigt. Mit zunehmender Stabilität des inneren Arbeitsmodells entwickelt sich eine psychische Bindungsrepräsentation. Diese Arbeitsmodelle können bewusst oder unbewusst sein.

Eine stabile Bindungsrepräsentation trägt auch zu einer psychischen Stabilität bei. Eine Bindungsrepräsentation ist allerdings durch Bindungserfahrungen in der Adoleszenz oder durch einschneidende Erlebnisse, beispielsweise durch Verlust von wichtigen Bezugspersonen, veränderbar. Mit zunehmendem Alter ist eine solche Veränderung von der ursprünglichen Bindungsrepräsentation erschwert (vgl. Brisch 2013: 38).

8.5 Bindungstypen nach Mary Ainsworth

Mary Ainsworth arbeitete mehrere Jahre lang mit John Bowlby zusammen und untersuchte die Mutter-Kind Interaktion sowie die Verhaltensmuster der Säuglinge. Mit ihren Beobachtungen wollte sie sichere und unsichere Bindungsmuster kategorisieren, indem sie besonders auf das Erkundungsverhalten, auch Explorationsverhalten genannt, des Kleinkindes eingeht. Mary Ainsworth erkannte einen Zusammenhang zwischen dem Explorationsverhalten und einer positiven Bindung. Die Erkundung der Welt ermöglicht eine gesunde Anpassungsfähigkeit, welche zur psychischen Sicherheit führen kann.

Mary Ainsworth gelang es, eine Umgebung für systematisch messbare Beobachtungen für ihre Forschungen zu realisieren. Sie konnte mit dem Labortest „Fremde Situation“ für Bowlbys Theorie empirische Beweise liefern und trug deswegen durch ihre Erkenntnisse auch wesentlich zu der Bindungsforschung bei (vgl. Grossmann/Grossmann 2015: 97-100). Mit dem Projekt „Fremde Situation“ wollte Mary Ainsworth die Qualität der Bindung eines Kindes an einem Elternteil messen, indem sie Säuglinge an einen für sie unbekanntem Ort brachte und beobachtete, wie sie sich verhielten. Sie nennt zwei wichtige Faktoren, die die Qualität der Beziehung zwischen Kind und Bezugsperson messen (vgl. Siegler et al. 2016: 401):

1. Intensität der kindlichen Fähigkeit, seine engste Bezugsperson als sichere Basis zu nutzen
2. Die Art und Weise der Reaktion des Kindes auf eine kurze Trennung und auf das Wiedersehen mit der Bezugsperson.

Aufbauend auf diesen Untersuchungen gibt es nach Mary Ainsworth folgende drei Bindungskategorien (vgl. ebd.: 401f.):

Die sichere Bindung, die unsicher-ambivalente Bindung und die unsicher-vermeidende Bindung.

8.5.1 Sichere Bindung

Sie gilt als gesunde und normative Bindungsart. Die Mehrheit der Kinder zeigt dieses Bindungsmuster. Eltern werden von diesen Kindern als sichere Basis genutzt und angesehen. Die Kinder können das Spielzimmer erkunden, sichern sich jedoch gelegentlich ab, dass der Elternteil noch anwesend ist. Sie zeigen dem Elternteil beispielsweise auch Spielwaren und interagieren somit mit ihm. Diese Kinder sind meistens beunruhigt, sobald ein Elternteil den Raum verlässt und es allein gelassen wird. Bei der Rückkehr freuen sie

sich und suchen den Kontakt. Kinder dieser Bindungskategorie können durch die Anwesenheit ihrer Eltern schnell beruhigt werden.

Mary Ainsworth unterscheidet zwischen zwei Typen der „unsicher gebunden Bindungen“, welche beide eine weniger positive Beziehung zwischen dem Säugling und dem Elternteil aufweisen (vgl. Siegler et al. 2016: 403).

8.5.2 Unsicher-ambivalente Bindung

Die Kinder dieses Bindungstyps klammern sich in neuen und ungewohnten Situationen an einen Elternteil. Sie bleiben nahe bei ihm, zeigen kein Explorationsverhalten im Raum und spielen nicht oder nur wenig. Wenn die Eltern den Raum verlassen, weisen sie ängstliches Verhalten auf. Sie wirken sehr aufgeregt und weinen häufig. Beim Wiederersehen des Elternteils zeigt das Kind typischerweise ein ambivalentes Verhalten. Zu Beginn stellt es erneut Kontakt mit dem Elternteil her, um getröstet zu werden. Danach versucht es den Elternteil abzuwehren und sich dem Kontakt zu entwinden (vgl. Siegler et al. 2016: 403).

8.5.3 Unsicher-vermeidende Bindung

Kinder mit diesem Bindungsmuster ignorieren oder meiden ihre Bezugsperson in der fremden Situation und zeigen eine Gleichgültigkeit über deren Anwesen- oder Abwesenheit. Wenn solche Kinder weinen, lassen sie sich genauso von fremden Personen trösten, wie von ihrer eigentlichen Bezugsperson (vgl. Siegler et al. 2016: 403).

Nur wenige Kinder lassen sich nicht in diese drei Kategorien einordnen. Das Bindungsverhalten dieser Kinder wird in desorganisierte oder desorientierte Bindung eingeteilt. Sie zeigen keine konstante Stressbewältigungsstrategie in der fremden Situation. Sie verhalten sich oft diffus und widersprüchlich.

Zum Beispiel verhalten sie sich ruhig und machen einen zufriedenen Eindruck und zeigen plötzlich heftige wütende Erregungen. Es scheint, als hätten diese Kinder ein unlösbares Problem. Oder sie lächeln ihre Bezugsperson ängstlich an, wenden sich jedoch gleich wieder ab.

Sie möchten sich ihrer Bezugsperson nähern, scheinen diese jedoch als Fundament der Angst zu sehen. Häufig sind misshandelte Kinder oder mit traumatischen Erlebnissen in dieser Kategorie zu finden (vgl. ebd.).

8.6 Einflussfaktoren auf die Bindungssicherheit

Wie in den vorherigen Kapiteln bereits erwähnt, besteht ein direkter Zusammenhang zwischen der Verhaltensweise der Bezugsperson des Kindes und der Bindungsqualität (vgl. Bowlby 2014: 9).

Die qualitätsunterschiedlichen Interaktionen zwischen Eltern und Kind erklären somit die verschiedenen Bindungskategorien.

Bei der Interaktion ist eine gesunde und sichere Bindung essenziell. Dafür ist das Einfühlungsvermögen der Bezugsperson ein wichtiger Faktor sowie die Verlässlichkeit und Fürsorge der Eltern. Dazu gehören beispielsweise die Bedürfnisse des Kindes wahrzunehmen und dem entsprechend zu reagieren. Zudem sollte ein wechselseitiger Austausch von Signalen stattfinden, wie lächeln, sprechen oder auch spielen, stattfinden (vgl. Siegler et al. 2016: 405f).

8.6.1 Elternmodelle

Auch Eltern besitzen eigene Bindungsmodelle aus ihrer eigenen Erfahrung in der Kindheit, welche sie häufig weitergeben oder welche ihre Handlungen beeinflussen. Diese Bindungsmodelle werden kategorisiert als autonom, abweisend, verstrickt wie gefangen in Bindungserfahrungen oder ungelöst- desorganisiert, sprich schwerwiegend traumatisiert.

Sicher gebundene Kinder haben meist autonome Eltern (73%).

Unsicher-vermeidende Kinder haben meist abweisende Eltern (53%).

Unsicher-ambivalente Kinder haben meist autonome (32%) oder verstrickte (36%) Eltern.

Desorganisierte Kinder hingegen haben meist ungelöst- desorganisierte Eltern (53%) (vgl. Siegler et al. 2016: 404).

8.7 Auswirkungen der Bindungserfahrung

Die Bindungsqualität wirkt sich deutlich auch die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen aus. Häufig kommen die Bindungserfahrungen im späteren Leben der Kinder zum Vorschein, wenn sie emotionale Beziehungen eingehen. Zudem lassen sich auch Zusammenhänge der kognitiven Entwicklung der Kinder feststellen.

Kinder, welche eine sicher gebundene Bindung zu ihren Eltern haben, können besser lernen und Probleme leichter bewältigen. Dies lässt sich durch das grössere Explorationsverhalten der sicher gebundenen Kinder erklären.

Das Gefühl von Selbstwirksamkeit wird dadurch verstärkt. Damit ist das Gefühl gemeint, selbst etwas zu bewirken.

Dies wird auch als positives Selbstkonzept bezeichnet, welches viele Entwicklungs- und Denkprozesse beeinflusst. Auch die kognitiven Fähigkeiten werden gesteigert, wie das Erkennen von Ursache- und Wirkungszusammenhänge (vgl. Schleiffer 2014: 55-59).

Auch im Jugendalter sind die Beziehungen zu den Eltern immer noch von zentraler Bedeutung. In dieser Phase ist das Verhältnis von Explorationsverhalten und sicherer Bindung sehr wichtig. Sie lernen unabhängig zu sein und in welchen Bereichen sie noch Unterstützung benötigen. Auch hier wird bei den Jugendlichen mit einer sicheren Bindung eine positive kognitive wie auch psychische Entwicklung beobachtet (vgl. Schleiffer 2014: 60f).

In mehreren Studien werden Verhaltensauffälligkeiten von Kindern mit einem unsicheren Bindungstyp festgestellt. Besonders bei traumatisierten, unsicher gebundenen Kindern, zeigt sich die Bilanz zur Vulnerabilität von psychiatrischen Erkrankungen (vgl. Brisch 2013: 93).

8.8 Bindung mit psychisch kranken Eltern

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Bindung zu den elterlichen Bezugspersonen von grosser Wichtigkeit für die Entwicklung die Kinder ist. Spätere Beziehungen und auch die psychische und kognitive Entwicklung eines Kindes werden durch die Bindung positiv oder negativ beeinflusst (vgl. Birsch 2013: 93, Schleiffer 2014: 55-61).

Eine sichere Bindung zu einem schizophrenen oder depressiven Elternteil zu haben, stellt sich in vielen Fällen als schwierig dar. Bei beiden Krankheiten kann es immer wieder zu familiären Unterbrüchen oder Krisensituationen kommen, wenn die erkrankte Person in die Klinik muss (vgl. Broekman 2003: 4) eine psychische Phase hat im Falle einer Schizophrenie (vgl. Schäfer/Rüther 2004: 15-17) oder auch bei den unterschiedlichen Formen einer Depression (vgl. Hell 1999: 59).

Alle diese Faktoren erschweren eine sichere Bindung zwischen Eltern und Kind. Hinzu kommen die einzelnen Symptome der psychischen Krankheiten, welche die Interaktion erschweren.

Schizophrenie erkrankte Eltern können bei einer psychischen Phase das Wesentlichen nicht vom Unwesentlichen unterscheiden, was sich auch bei den Bedürfnissen ihrer Kinder bemerkbar macht. Sie beschäftigen sich vorzugsweise mehr mit ihren eigenen Bedürfnissen und können die der Kinder nicht herausspüren (vgl. Schäfer/Rüther 2004: 15-

17). Durch ihre Wortkargheit (vgl. ebd.: 24) wird die Interaktion und die Lernförderung des Kindes zusätzlich erschwert.

Bei einer elterlichen Depression beeinträchtigen die möglichen wechselnden Gemütszustände die Bindung zum Kind (vgl. Mahnkopf: 2007: 20). Um eine sichere Bindung aufbauen zu können, muss Verlässlichkeit und Beständigkeit gewährleistet werden, welche bei einer Depression oder auch bei einer Schizophrenie nicht immer gewährleistet werden kann. Auch gegenseitige Signale durch lächeln oder sprechen gehören dazu (vgl. Siegler et al. 2016: 405f). Diese Signale können in akuten Krankheitsphasen herausfordernd für die Eltern sein, wodurch die Bindung zum Kind negativ beeinflusst wird.

Grosse Unterschiede bezüglich der Auswirkungen zwischen einer psychischen Schizophrenie oder psychischen Depression kann nicht festgestellt werden. Beide Krankheiten weisen Risikofaktoren auf, keine sichere Bindung zum Kind aufbauen zu können. Jedoch kommt es auf den Krankheitsverlauf der Mutter oder des Vaters an, wie stark die Bindung zum Kind von der Krankheit negativ beeinflusst wird.

9. Zusammenfassung der Erkenntnisse

9.1 Auswirkungen einer elterlichen Schizophrenie

Wie in den vorherigen Kapiteln bereits erwähnt, kann die Schizophrenie vererbt werden. Zusätzlich besteht häufig eine Einschränkung in der Erziehungsfähigkeit der Eltern, welche das Risiko des Kindes erhöht, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln (vgl. Mattejat 2011: 80). Dies wird im Kapitel 3.5 vertieft.

Bei schizophrenen erkrankten Müttern zeigt sich eine ausgeprägtere Beeinträchtigung des Interaktionsverhalten zwischen Kind und Mutter, als bei einer Depression. Die Sensibilität gegenüber den Bedürfnissen des Kindes, der emotionale Kontakt sind eingeschränkt. Zudem weisen sie ein grösseres Interesse an ihren eigenen Bedürfnissen auf, als an den Bedürfnissen ihres Kindes (vgl. Deneke/Lüders 2003: 174).

Zwischen schizophrenen Müttern und ihren Säuglingen herrscht oft ein negatives emotionales Klima, das sich in Form von Anspannung, Unsicherheit und reduziertem Blickkontakt zeigt. Die Kinder zeigen ein eher ängstliches, vermeidendes oder ambivalentes Bindungsverhalten, aufgrund der Anspannung zwischen ihnen und ihrer Bezugsperson (vgl. Pretis/Dimova 2010: 47).

Bei Schizophrenie erkrankten Eltern herrscht häufig eine emotionale Unerreichbarkeit. Teilweise reagieren schizophrene Eltern aber auch mit übermässiger Anregung des Kindes (vgl. Deneke/Lüders 2003: 178).

Studien zeigen ebenfalls, dass sie mit einer verringerten Kommunikation auf ihr Kind reagieren und eingehen (vgl. Lenz 2005: 14).

Bei älteren Kindern sind differenziertere Reaktionen zu beobachten. Diese können beispielsweise eine offene Aggression zwischen Eltern und Kind mit Machtkämpfen sein oder eine erzwungene Unterordnung (vgl. Deneke/Lüders 2003: 178, Lenz 2005: 14).

Kinder schizophrener Eltern gelten generell eher als emotional instabil, haben eine niedrige Stressbewältigung, sind leicht erregbar, ängstlich, unglücklich und besitzen eine geringe Frustrationstoleranz (vgl. Pretis/Dimova 2010: 47).

In der Schule kommt es bei Kindern schizophrener Eltern vermehrt zu Aufmerksamkeitschwierigkeiten und zu Defiziten in der Sozialkompetenz.

Im Jugendalter, der sogenannten Adoleszent, werden neben Defiziten im kognitiven Bereich auch ein geringes Kontextverständnis und magisches Denken beobachtet (vgl. Lenz 2005: 14).

Bei Wahnerlebnissen der erkrankten Eltern wird meist das Kind in ihre Krankheit miteinbezogen. Dies stellt sich häufig als problematisch dar, da die Bedürfnisse der Kinder in dieser Phase nur teilweise bis gar nicht befriedigt werden können, da sie für ihre Eltern da sein müssen. Sie lassen sich in Ängste und psychotischen Vorstellungen einbinden.

Älteren Kindern gelingt es besser, sich vom Wahn der Eltern zu distanzieren und eine eigene Sicht der Realität zu entwickeln und nicht den Wahnvorstellungen des erkrankten Elternteils zu glauben oder zu verfallen. (vgl. Deneke/Lüders 2003: 179).

Solche Wahnvorstellungen sind besonders belastend für die Kinder, da das Verhalten der erkrankten Eltern unberechenbar ist. Das Kind steht unter dauernder Spannung und kann dem erkrankten Vater oder der erkrankten Mutter nichtmehr vertrauen (vgl. Mattejat/Lisofsky 2011: 14-20).

Durch die Stigmatisierung einer Schizophrenie kommt es häufig erst spät zu einer Hilfestellung von betroffenen Kindern, wenn sie überhaupt Hilfe erfahren. Da die Krankheit bei vielen Menschen Verunsicherung und Angst auslöst und häufig zu Ausgrenzungserfahrungen und zu einer Abschottung der Familie kommt (vgl. Semmelhack 2011: 41).

9.2 Auswirkungen einer elterlichen Depression

Eine mütterliche Depression, welche schon vor der Geburt oder kurz danach ausbricht, kann sich sehr stark auf die Entwicklung ihres Kindes auswirken. Die Mütter, welche nach der Geburt eine Depression erleiden, zeigen ihrem Säugling gegenüber oft ein Rückzugsverhalten, Apathie und manchmal sogar offene Feindseligkeit. Es kommt aber auch vor, dass die Mutter-Kind-Beziehung nicht negativ beeinflusst wird. Nicht immer wird die Beziehung zwischen Mutter und Kind beeinträchtigt durch die Depression. Dies geschieht vor allem, wenn die Mutter selbst negative Erfahrungen im Kindesalter erlebt hat, oder bei problematischen Partnerbeziehungen zwischen den Eltern (vgl. Deneke/Lüders 2003: 173).

Kindliche Signale werden häufig durch die Depression nicht oder nur verzögert wahrgenommen, da die erkrankte Mutter emotional oft unerreichbar ist. Deshalb bemühen sich die Kinder umso stärker, um die Aufmerksamkeit ihrer Mutter zu erlangen. Mit der Zeit wenden sie sich durch das nicht Erreichen der Aufmerksamkeit ab. Einige Säuglinge reagieren darauf mit häufigem Weinen und andere ziehen sich zurück. Wie der Säugling auf eine solche Situation reagiert, hängt von seinem Charakter ab, aber auch davon, ob eine andere gesunde Bezugsperson zur Verfügung steht, beispielsweise der Vater.

Durch die emotionale Unerreichbarkeit können die Bedürfnisse des Kindes nicht wahrgenommen werden und eine Verzögerung der sozialen und kognitiven Entwicklung kann die Folge sein. Zudem verschlechtert sich die Bindung zu der Mutter (vgl. Deneke/Lüders 2003: 177).

Depressive Eltern sind häufig von alltäglichen Handlungen überfordert, Handlungen wie den Haushalt machen, Kochen oder dem Kind ihre Aufmerksamkeit zu schenken. Jedoch kann eine Überbehütung ebenfalls die Folge einer elterlichen Depression sein. In diesem Fall haben sie eine ständige Angst um ihr Kind, das ihm etwas passieren könnte (vgl. Pretis/Dimova 2010: 83).

Das Fehlen von jeglicher Freude Zuhause, das eventuelle Erleben eines Suizidversuchs des erkrankten Elternteils sowie die Übernahme von Haushaltspflichten durch das Kind sind Folgen einer elterlichen Depression (vgl. ebd.: 22-24).

Suizidversuche der Mutter oder des Vaters können auf das Kind sehr traumatisierend wirken. Die Kinder depressiver sind Eltern teilweise auch durch Vernachlässigung durch die fehlende Bedürfnisbefriedigung gefährdet (vgl. Semmelhack 2011: 39).

Zusammenfassend lassen sich Parallelen zwischen den beiden Krankheiten feststellen. Gewisse Symptome wie Antriebslosigkeit, Leistungsabfall und Rückzugsverhalten sind gleich. Jedoch sind auch unterschiedliche Symptome festzustellen wie die möglichen Halluzinationen bei einer Schizophrenie oder mögliche Schlafprobleme und Kopfschmerzen bei einer Depression (vgl. Schäfer/Rüther 2004: 11, Groen et al. 2012: 11). Bei beiden Krankheiten gibt es nicht nur eine Verlaufsform, sondern ganz unterschiedliche mit unterschiedlich starken Symptomen. Es gibt jedoch Symptome, welche zum typischen Krankheitsbild dazugehören. Trotzdem kann nie von der Allgemeinheit der erkrankten Menschen gesprochen werden bei den erscheinenden Symptomen (vgl. Gerrig/Zimbardo 2008: 581, Hell 1999: 59).

Jedoch sind die Auswirkungen auf die Kinder in vielen Fällen ähnlich, da die psychisch erkrankten Eltern häufig mit ihren eigenen Problemen zu kämpfen haben und weniger auf die Bedürfnisse ihrer Kinder eingehen können (vgl. Mattejat 2014: 88).

Jedoch muss betont werden, dass es resiliente Kinder gibt, welche keine negativen Auswirkungen bei ihrer Entwicklung aufgrund einer elterlichen psychischen Erkrankung aufweisen (vgl. Lenz/Brockmann 2013: 48f).

Wenn jedoch Auswirkungen festzustellen sind, haben diese meist einen Einfluss auf die psychische Entwicklung, die familiäre Bindung und ebenfalls auf die kognitive Entwicklung. Alle diese haben Konsequenzen auf das spätere Leben dieser Kinder.

Beispielsweise weisen sie ein erhöhtes Risiko zur Selbsterkrankung auf (vgl. Robins/Regier 1991, zit. nach Lenz 2008: 12).

Die Beziehungsfähigkeit von Kindern, welche keine sichere Bindung zu ihren psychisch kranken Eltern erfahren haben, weisen Schwierigkeiten auf, im späteren Leben Beziehungen eingehen zu können. Ihre Beziehungsfähigkeit ist durch ihre negative Erfahrung eingeschränkt (vgl. Birsch 2013: 93, Schleiffer 2014: 55-61).

Schulische Leistungen können ebenfalls durch frühkindliche negative Erfahrungen beeinträchtigt sein. Die elterliche psychische Erkrankung kann negative Einflüsse auf die kognitive Entwicklung aufweisen (vgl. Lenz 2005: 24). Jedoch stellt sich heraus, dass sich Auswirkungen auf die kognitive Entwicklung nicht so häufig zeigen, wie andere negative Auswirkungen.

10. Beantwortung der Fragestellung

Um die Fragestellung zu beantworten, zeigt die Autorin diese nochmals auf.

«Welche Auswirkungen kann eine psychische Erkrankung der Schizophrenie oder Depression eines Elternteils auf die psychische und kognitive Entwicklung des Kindes haben?»

- *Welche Auswirkungen kann die psychische Erkrankung eines Elternteils auf die schulische Leistung des Kindes haben?*
- *Welche Auswirkungen kann die psychische Erkrankung eines Elternteils auf die Bindung im Familiensystem haben?*

Die Psyche der Kinder schizophrener oder depressiver Eltern ist hohen Belastungen ausgesetzt. Dies beginnt oftmals mit dem nicht Wissen über die Krankheit. Die Kinder bemerken die Veränderung ihrer Eltern, wissen jedoch die Gründe nicht. Dies verursacht nicht selten Verwirrung und Angst (vgl. Kapitel 3.4). Zudem sind sie schwierigen Familienverhältnissen ausgesetzt, Die Eltern sind häufig überfordert mit den elterlichen Aufgaben, wodurch es zu Vernachlässigungen der Kinder kommt (vgl. Kapitel 3.3).

Verschiedene Arten von Ängsten können bei den Kindern ausgelöst werden. Oft erfahren die Abweisungen der Eltern, welche Traurigkeit und Verunsicherung bei ihnen auslöst, welche zudem erhöhte Reizbarkeit hervorrufen kann durch die dauernde hohe psychische Belastung (vgl. Kapitel 3.4).

Werden die Bedürfnisse vor allem eines Säuglings nicht wahrgenommen und befriedigt, kommt es zu Störungen der Interaktion zwischen Eltern und Kind. Dies kann zur Gefährdung der psychischen Entwicklung führen, wie Regulationsstörungen oder später zu Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Kapitel 3.6.2).

Kommt es bei der Parentifizierung zu negativen Auswirkungen durch die Unterordnung der kindlichen Bedürfnisse, kann dies für die psychosoziale Entwicklung ein Defizit in der Sozialkompetenz zur Folge haben (vgl. Kapitel 3.7).

Studien und Beobachtungen ergaben das Ergebnis, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern vor allem in der frühen Kindheit negative Auswirkungen auf die kognitive Entwicklung des Kindes haben können. Dies kann beispielsweise Hyperaktivität und aggressives Verhalten zum Vorschein bringen. Störungen im Aufmerksamkeitsverhalten und in der

Informationsverarbeitung sind ebenfalls häufige Folgen. Sprachliche Defizite sind ebenfalls häufige Anzeichen. Dies zeigt sich durch Auffälligkeiten in der Sprache und Kommunikation sowie ein niedriges kognitives Entwicklungsniveau und Einschränkungen des Abstraktionsvermögens (vgl. Kapitel 4.).

Obwohl die kognitive Entwicklung durch eine elterliche Schizophrenie oder Depression eingeschränkt werden kann, wird in der Literatur dieses Thema meistens nur oberflächlich thematisiert und nicht genau auf die Gründe einer solchen Auswirkung eingegangen.

Schulische Leistungen werden bei den Kindern mit psychisch kranken Eltern durch verschiedene Ursachen beeinflusst. Zum einen fallen sie vermehrt durch Verhaltensauffälligkeiten auf (vgl. Kapitel 5.) und ihre kognitive Leistungsfähigkeit ist häufig eingeschränkt (vgl. Kapitel 4.). Durch die Parentifizierung werden sie oft von schulischen Aufgaben abgehalten, was zusätzlich die Leistungen minimiert, da sie den Anschluss verlieren und nicht genügend Zeit zum Lernen haben (vgl. Kapitel 3.7).

Die dritte Frage beschäftigt sich mit der Bindung im Familiensystem. Schizophrenie oder Depression haben vielfältige Auswirkungen und betrifft alle Familienmitglieder, welche im Kontakt zu der erkrankten Person stehen. Allgemein betreffen elterliche psychische Krankheiten das gesamte Familiensystem, wodurch die Bindung zwischen Eltern und Kind negativ beeinflusst werden kann. Zudem gibt es bei beiden Krankheiten kein typischen Krankheitsverlauf und vielzählige Symptome. Der Verlauf und der Schweregrad sind sehr unterschiedlich. Daraus ergeben sich individuelle Familiensituationen und unterschiedliche Bedingungen, wie diese gehandhabt werden sollen. Elterliche Schizophrenie oder Depression kann, durch die Unbeständigkeit der Gefühlslage oder der Abwesenheit sowie das nicht Wahrnehmen der Bedürfnisse der Kinder, grosse Auswirkungen auf die Bindung zum Kind haben. Die Bindung zwischen Elternteil und Kind stellt sich als Herausforderung dar, sichere Bindungen entwickeln sich nur selten. Dies wirkt sich bei den Kindern auch negativ auf späteres Beziehungsverhalten aus (vgl. Kapitel 7.,8.).

11. Diskussion der Erkenntnisse

Die Kinder schizophrener oder depressiver Eltern sind vielen familiären Belastungen ausgesetzt, wie zuvor schon erwähnt.

Jedoch kommt es auch immer wieder vor, dass Kinder diese belastende Lebenssituation erfolgreich bewältigen. Dies hängt stark von den zur Verfügung stehenden Ressourcen ab,

wie Familienangehörige, Freunde oder auch Sozialarbeiter in der Schule, aber auch von ihren eigenen Fähigkeiten und Stärken eine solche Belastung zu überwinden. Deshalb wurde in dieser Arbeit auch die Resilienz der Kinder thematisiert, da einige ohne negative Auswirkungen aufwachsen. Dabei wirken die familiären Einschränkungen erschwerend die nötigen Ressourcen zu erkennen und zu gebrauchen.

Deswegen ist die Autorin der Meinung, dass die Hilfe von aussen unentbehrlich ist. Der Hilfebedarf ist jedoch in jedem Fall unterschiedlich und muss zuerst abgeklärt werden.

Kinder sollten in der Erwachsenenpsychiatrie als Angehörige wahrgenommen und auch mitberücksichtigt werden, damit hohe Belastungen und Risiken für Entwicklungsauffälligkeiten bei den Kindern vermindert oder verhindert werden kann (vgl. Schmutz 2010: 175).

Ist es jedoch schon zu Auffälligkeiten in der Schule gekommen, sollten die Lehrpersonen, Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter sowie der schulpsychologische Dienst eng miteinander vernetzt sein. Zudem sollten sich die verschiedenen Parteien mit den Krankheitsbildern der Eltern vertraut sein. Aufgrund der Stigmatisierung besonders bei Schizophrenie, war es der Autorin wichtig, das Krankheitsbild darzulegen, auch wenn viele verschiedene Subtypen bei den psychischen Krankheiten möglich sind. Diese Arbeit soll einen Überblick über wahrscheinliche Symptome der erkrankten Eltern und Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung darlegen. Denn je früher Unterstützung und Hilfe angeboten werden kann, desto eher können negative Folgen vorgebeugt werden (vgl. Lenz 2010: 17).

Da die psychischen Erkrankungen in vielen Familien tabuisiert werden, erhalten die Kinder keine Erklärungen für ihre familiäre Situation (vgl. Lenz 2008: 32). Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, dass Kinder über die schizophrene und depressive Erkrankung ihres Elternteils aufgeklärt werden.

Dadurch erlangen sie ein besseres Verständnis für ihre Lebensumstände und können die Verhaltensweisen und Persönlichkeitsveränderungen des betroffenen Elternteils möglicherweise besser verstehen und einschätzen.

Damit überhaupt eine alters- und entwicklungsgerechte Aufklärung der Kinder stattfinden kann, braucht es das Einverständnis und die Zusammenarbeit mit den Eltern, was sicherlich nicht immer einfach ist. Aber genau dafür benötigt es ebenfalls auch das Wissen über solche Krankheiten, um die Kinder mit den richtigen Informationen aufklären zu können.

Gerade die Soziale Arbeit ist immer wieder mit diesen Themen konfrontiert, da es viele Arbeitsfelder mit Kindern gibt. Deswegen ist eine Sensibilisierung solcher Themen von grosser Wichtigkeit, um in Situationen mit Kindern psychisch kranker Eltern angemessen reagieren zu können, um eine mögliche Gefährdung des Kindes einschätzen zu können,

um den Eltern und dem Kind Hilfeangebote anbieten zu können und um das Kind vor weiteren negativen Auswirkungen zu bewahren (vgl. Schone/Wagenblaus 2002: 217-232).

12. Quellen

- Altenthan, Sophia/Betscher-Ott, Sylvia/Gotthardt, Wilfried/Hobmair, Hermann (Hg.) Höhle, Reiner/Ott, Wilhelm/Pöll, Rosemarie/Schneider, Karl-Heinz (2008). Psychologie. Troisdorf: Bildungsverlag EINS.
- Bastine, R.H.E. (1998). Klinische Psychologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Baumann, Kerstin Katharina (2000). Verrückte Kindheit. Probleme und Hilfemöglichkeiten bei Kindern psychisch erkrankter Eltern. Marburg: Tectum Verlag.
- Bibou-Nakou, Ioanna (2004). Helping Teachers to Help Children Living with a Mentally Ill Parent. Teachers' Perceptions on Identification and Policy Issues. School Psychology International, 25 (1). S. 42-58.
- Bowlby, John (2006). Bindung. Bindung und Verlust. Band 1. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Bowlby, John (2014). Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Brisch, Karl Heinz (2013). Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brockmann, Eva (2016). Lehrer und Sozialpädagogen als stützende Bezugsperson für Schüler mit psychisch erkrankten Eltern. In: Jungbauer, Johannes (Hg.), Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Praxiskonzepte (2. Aufl.). Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich. S. 159-175.

- Broekmann, Bernhard (2003). Damit sie wieder was zu lachen hat. Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Entwicklungsbeeinträchtigungen. Schweiz: IPSIS. http://www.ipsis.de/themen/pdf/thema_kinder_kranker_eltern.pdf [Zugriffsdatum: 19.04.2019].
- Bundesamt für Sozialversicherung BSV (2014). Aktueller Stand der Kinder- und Jugendpolitik in der Schweiz. Bericht des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) zuhanden der Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur des Nationalrates (WBK-N). o.O.: Schweizerische Eidgenossenschaft.
- Deneke, Christiane/Lüders, Bettina (2003). Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 52 (3). S. 172-181.
- Deneke, Christiane (1995). Psychosoziale Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern. In: pro familia magazin – Sexualpädagogik und Familienplanung. Heft 4. S. 5-7.
- Dilling, Horst/Mombour, Werner/Schmidt, Martin H./Schulte-Markwort, Elisabeth (Hg.) (2011). Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien (8. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Finzen, Asmus (2004). Schizophrenie. Die Krankheit verstehen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Franze, Marco/Michaelsen-Gärtner, Britta/Paulus, Peter (2009). Wie geht's? Psychische Störungen in der Schule verstehen lernen (2. Aufl.). Lüneburg: MindMatters.
- Frey, Dieter/Irle, Martin (2002). Theorien der Sozialpsychologie. Band 2, Gruppen-, Interaktion und Lerntheorien. (2. Aufl.) Bern: Verlag Hans Huber.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Rönnau-Böse, Maike (2011). Resilienz. (2. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Gerrig, Richard J./Zimbardo, Philip Georg (2008). Psychologie. 18. Aufl. München: Pearson Studium.

- Groen, Gunter/Ihle, Wolfgang/Ahle, Maria Elisabeth/Petermann, Franz (2012). Ratgeber. Traurigkeit, Rückzug, Depression. Informationen für Betroffene, Eltern und Erzieher. Band 16. Göttingen/Bern/Wien: Hogrefe Verlag.
- Grossmann, Karin/Grossmann, Klaus E. (2004). Bindungen - Das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grossmann, Klaus E./Grossmann, Karin (2015). Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Häcker, Hartmut/Stapf, Kurt-Herrmann (2004). Dorsch Psychologisches Wörterbuch. Bern: H. Huber.
- Heim, Susanne (2011). Den Kindern Raum geben. In: Mattejat, Fritz/Lisofsky, Beate (Hg.). Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 3. Aufl. Bonn: BALANCE buch + medien Verlag. S. 54-65.
- Hell, Daniel (1999). Hemmung der zentralen Exekutive. In: Ruffer, Anne (Hg.) Mittendrin und nicht dabei. 3. Aufl. Zürich: Haffmans Sachbuch Verlag. S. 56-65.
- Hoffmann-Richter, Ulrike/Finzen, Asmus (1997). Die häufigsten psychischer Erkrankungen. In: Deger- Erlenmaier, Heinz/Titze, Elke/Walter, Karlheinz (Hg.) Jetzt will ich's wissen. Rat und Hilfe für Angehörige psychisch Kranker. Bonn: Psychiatrie Verlag. S. 11-33.
- Hofmann, Ronald (2002). Bindungsgestörte Kinder und Jugendliche mit einer Borderline-Störung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jungbauer, Johannes (2016). Wenn Eltern psychisch krank sind – Belastungen, Entwicklungsrisiken, Hilfebedarf. In: Jungbauer, Johannes (Hg.). Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Praxiskonzepte (2. Aufl.). Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich. S. 9-43.
- Koch-Stoecker, Steffi (2001). Zur Wirkung mütterlicher schizophrener Psychosen auf die Entwicklungspotenziale ihrer Kinder. In: Institut für Soziale

Arbeit e.V. (Hg.). Soziale Praxis 21 (2.Aufl.). Weinheim: Institut für soziale Arbeit. S. 48-64.

- Kölch, Michael/Schmid, Marc (2008). Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen. Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie (57). S. 774-788.
- Kupferschmid, Stephan/Koch, Irène (2014). Psychisch belastete Eltern und ihre Kinder stärken. Ein Therapiemanual. Stuttgart: Kohlhammer.
- Laucht, Manfred/Esser, Günter/Schmidt, Martin H. (1992). Psychisch auffällige Eltern – Risiken für die kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter? In: Zeitschrift für Familienforschung. Heft 4/1992. S. 22-48.
- Lenz, Albert (2005). Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lenz, Albert (2008). Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Massnahmen. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lenz, Albert (2010). Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lenz, Albert/Brockmann, Eva (2013). Kinder psychisch kranker Eltern stärken. Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Mahnkopf, Angela (2007). Umgang mit depressiven Patienten. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Mattejat, Fritz/Lenz, Albert/Wiegand-Grefe, Silke (2011). Kinder psychisch kranker Eltern – Eine Einführung in die Thematik. In: Wiegand-Grefe, Silke/Lenz, Albert/Mattejat, Fritz (Hg.). Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht. S. 13-24.
- Mattejat, Fritz/Lisofsky, Beate (2011). Mit der Psychiatrie gross werden: Zur Situation der Kinder psychisch Kranker. Berichte von Kindern und Eltern. In:

Mattejat, Fritz/Lisofsky, Beate (Hg). Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker (3. Aufl.) Bonn: BALANCE buch + medien Verlag. S. 14-65.

- Plass, Angela/Wiedegand-Grefe, Silke (Hg.) (2012). Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Pretis, Manfred/Dimova, Aleksandra (2004). Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Pretis, Manfred/Dimova, Aleksandra (2010). Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern (2. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Remschmidt, Helmut/Mattejat, Fritz (1994). Kinder psychotischer Eltern. Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Raschle, Andrea (2001). Kinder – vergessene Angehörige psychisch kranker Mütter und Väter. Betrachtungen zur Lebenssituation dieser Kinder und Handlungsimplicationen für die Sozialarbeit in der Erwachsenenpsychiatrie (1. Aufl.). Bern: Edition Sozioethik.
- Reupert, Andrea/Maybery, Darryl (2007). Strategies and Issues in Supporting Children Whose Parents Have A Mental Illness Within the School System. School Psychology International, 28 (2). S. 195-205.
- Rey, Eibe-Rudolf/Thurm-Mussgay, Irmgard.: Schizophrenien. In: Reinecker, Hans (Hg.) (1998). Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen, Göttingen: Hogrefe Verlag. S. 361-381.
- Romer, Georg/Haagen, Miriam (2007). Kinder körperlich kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Sass, Henning/Wittchen, Hans-Ulrich/Zaudig, Michael/Houben, Isabel (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe Verlag.

- Schmutz, Elisabeth (2010). Kinder psychisch kranker Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Eine Arbeitshilfe auf der Basis von Ergebnissen des gleichnamigen Landesmodellprojektes. Mainz: Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz e. V.
- Semmelhack, Corinna (2011). Ein Forum für Kinder psychisch kranker Eltern. Die Lebenswelt der Kinder und ein Ansatz zur Ergänzung sozialpädagogischer Angebote mittels neuer Medien. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Schäfer, Ulrike/Rüther, Eckart (2004). Schizophrenie. Eine Krankheit – kein Unwort. Ein Ratgeber. Berlin: ABW Wissenschaftsverlag GmbH.
- Schleiffer, Roland (2014). Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Schone, Reinhold/Wagenblass, Sabine (2002). Wenn Eltern psychisch krank sind... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Münster: Votum Verlag.
- Schuler, Daniela/Burla, Laila (2012). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schuler, Daniela/Tuch, Alexandre/Buscher, Nathalie/Camenzind, Paul (2016). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016. Obsan Bericht 72. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Siegler, Robert/Eisenberg, Nancy/DeLoache, Judy/Saffran, Jenny/Pauen, Sabina (Hg.) (2016). Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- Wiefel, Andreas/Lehmkuhl, Ulrike (2004). «Schau mich bitte nicht so an...». Besonderheiten in der frühkindlichen Bindungsentwicklung bei Säuglingen und Kleinkindern von psychisch kranken Eltern. Frühe Kindheit 7. S. 29-32.
- Wolfersdorf, Manfred (2001). Krankheit Depression. Erkennen, verstehen, behandeln. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Wustmann, Corina (2008). Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Berlin: Cornelsen.

13. Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Gerrig, Richard J./Zimbardo, Philip G. (2008). Psychologie. (18. Aufl.) München: Pearson Studium.

14. Ehrenwörtliche Erklärung zur Bachelor Thesis

Name: Joya Knecht

Titel/Untertitel: Kinder psychisch kranker Eltern

Auswirkungen einer elterlichen Schizophrenie
oder Depression auf die kindliche Entwicklung

Begleitung Bachelor Thesis: Clara Burges

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich den vorliegenden Leistungsnachweis selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen, Hilfsmitteln und Hilfeleistungen verfasst und sämtliche Zitate kenntlich gemacht habe.

Ort, Datum: 27.06.2019

Unterschrift: