

Universität Trier  
Fachbereich I / Pädagogik  
Abteilung Sozialpädagogik I/II

**„Kinder depressiver Eltern - Wie sehr können die Kinder  
durch Interventionsmaßnahmen gestärkt werden und wie  
wichtig ist die Kooperation von Erwachsenenpsychiatrie  
und Jugendhilfe?“**

**Modul IV Theorie, Geschichte und Wandel des sozialpädagogischen Feldes**

Soziale Arbeit in der Psychiatrie im Sommersemester 2013 an  
der Universität Trier

Vorgelegt von:

Sonja Klanitz

Eingereicht am:

Trier, den 24.06.2013

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einführung.....</b>	<b>2</b>
<b>2. Erkrankungsbild Depression .....</b>	<b>3</b>
2.1 Definition – Was ist eine Depression? .....	3
2.2 Zahlen und Fakten .....	5
<b>3. Situation der Kinder: Entwicklungsrisiken für Kinder mit erkranktem Elternteil..</b>	<b>5</b>
3.1 Herausforderung: Alltag.....	6
3.2 Parentifizierung .....	7
3.3 Psychische Erkrankung als Tabuthema.....	9
<b>4. Was Kinder depressiver Eltern stärkt: Interventionsmaßnahmen.....</b>	<b>10</b>
4.1 Kindgerechte Aufklärung – Depression als Krankheit .....	10
4.2 Elternarbeit .....	11
4.3 Resilienzfaktoren nutzen und erkennen .....	12
4.4 Kinderprojekt „AURYN“.....	15
<b>5. Kooperation von Organisationen und Institutionen - Zusammenarbeit von Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe .....</b>	<b>16</b>
<b>6. Ausblick.....</b>	<b>18</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>21</b>

# 1. Einführung

„Durch ihre Erkrankung lebte meine Mutter in ihrer eigenen Welt. Von dieser war ich ausgeschlossen. Sie verhielt sich – für mich jedenfalls - unberechenbar, war stundenlang für mich und meinen Bruder nicht ansprechbar.“ (Scherber 2008: 14) So lautet eine Aussage einer erwachsenen Tochter, die in ihrem Erfahrungsbericht über die familiäre Situation mit ihrer depressiv erkrankten Mutter schreibt. Diese Darstellung macht deutlich, wie sehr die Krankheit eines Elternteils die Kinder beeinflussen und prägen kann (vgl. Wiegand – Grefe et al. 2011: 27).

Die Motivation zur vorliegenden Arbeit entstand im Rahmen einer ehrenamtlichen Tätigkeit bei der Beratungs- und Hilfeeinrichtung AURYN e.V. in Trier. Bedingt durch diese Beschäftigung besteht schon seit längerer Zeit ein Interesse für Kinder von psychisch kranken Eltern und den verschiedenen Möglichkeiten, ihnen Unterstützung bieten zu können. In dieser Arbeit geht es nur um die depressive Erkrankung eines Elternteils und die Situation der Kinder, da sich bei der Betrachtung weiterer möglicher Konstellationen ein zu weites Problem- und Risikofeld öffnen würde, welches nicht der Thematik dieser Arbeit entspricht. Da diesem Thema in den letzten Jahren immer größere Bedeutung zugeschrieben wurde, gibt es bereits zahlreiche Befunde und Studien, welche in dieser Arbeit thematisiert und analysiert werden (vgl. BMFSJ 2009: 235). In Deutschland leben derzeit ca. 500.000 Kinder und Jugendliche mit einem psychisch erkranktem Elternteil zusammen (vgl. Schone / Wagenblaus 2001: 9). Dies ist eine offizielle Zahl, wobei die Dunkelziffer der betroffenen Kinder und Jugendlichen nicht darzustellen ist, da sich viele Eltern nicht zu ihrer Krankheit bekennen (vgl. ebd.: 69). Die Folgen eines familiären Zusammenlebens dieser Art sind für die kindliche Entwicklung bedrohlich und müssen kompensiert werden (vgl. Plass / Wiegand – Grefe 2012: 21). Wichtig ist hier vor allem die Kooperation mehrerer Netzwerke von Institutionen und Organisationen (vgl. Pluto et al. 2001: 34). Aus diesem Grund werden in dieser Arbeit primär die Interventionsmaßnahmen thematisiert, welche die Kinder stärken können. Zudem wird die Zusammenarbeit von Jugendhilfeeinrichtungen und der Erwachsenenpsychiatrie erläutert. Zunächst wird im zweiten Kapitel definiert, was es bedeutet an einer Depression zu erkranken und wie sich die Erkrankung in Deutschland faktisch darstellt. Aus dieser Grundlage heraus werden im dritten Kapitel Entwicklungsrisiken genannt, welche Kinder von depressiv erkrankten Elternteilen belasten und gefährden können. Hier wird anfangs die Strukturierung des Alltags und die Herausforderung für die Eltern, diese Strukturen aufrecht zu erhalten, beleuchtet. Aus der Betrachtung des Alltagslebens heraus wird auf die Parentifizierung eingegangen, da diese hauptsächlich durch die prekären Strukturen zustande kommt und sich

weiter herausbildet. Als letzten Punkt hinsichtlich der Entwicklungsrisiken wird das Kommunikationsverbot thematisiert, welches sowohl die Eltern als auch die Kinder daran hindern kann, über die Depression als Krankheit zu sprechen. Nachfolgend werden im vierten Kapitel Interventionsmaßnahmen dargelegt, welche die zuvor genannten Entwicklungsrisiken kompensieren können. Beleuchtet werden hier die Maßnahmen der kindgerechten Aufklärung, der Elternarbeit, der Resilienzfaktoren und des Kinderprojektes „AURYN“. Mittels dieser Darstellungen erfolgt im fünften Kapitel eine Analyse der Kooperation von Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe im Hinblick auf die Interventionsmaßnahmen. In dieser Analyse wird die Wichtigkeit der Kooperation dieser beiden Institutionen anhand der zuvor beschriebenen Interventionsmaßnahmen demonstriert. Mit Rücksicht auf die zuvor erarbeiteten Thesen wird zum Schluss ein Vergleich zwischen den Interventionsmaßnahmen in Bezug auf die beschriebene Kooperation der Institutionen angestrebt.

## **2. Erkrankungsbild Depression**

„Wer nicht selbst depressiv war, kann das nicht verstehen. Es ist so schwer zu beschreiben, es gibt kein Wort, das benennt, was eine Depression ist. Traurig zu sein, ja, das kennt jeder, aber das ist es nicht. Die Sonne die jetzt wärmt, berührt mich nicht“ (Wolfersdorf 2008: 7). Dies waren die Worte einer Patientin, welche depressiv erkrankt ist und stationär behandelt wird. Eine Depression zu verstehen ist schwierig und schwer nachzuvollziehen, dennoch können über verschiedene Erfahrungsberichte und über die Forschung viele Fragen weitgehend geklärt werden (vgl. ebd.: 7). Zwar bleiben die wahren Auswirkungen ein Geheimnis der Betroffenen (vgl. ebd.), dennoch wird im nächsten Abschnitt ein Einblick in diese Krankheit gegeben.

### **2.1 Definition – Was ist eine Depression?**

„Eine Depression ist ein Zustandsbild allgemeiner und umfassender seelisch-körperlicher Herabgestimmtheit, wobei der Begriff „Depression“ auf das lateinische „deprimere“ im Sinne von „herunterdrücken“ zurückgeht“ (Wolfersdorf 2008: 21). Die Krankheit wird auch „affektive Störung“ genannt, welche die Gefühle des Betroffenen stark und krankhaft verändert, sodass dieser schweren Gefühlslagen- und Störungen ausgesetzt ist (vgl. Paulitsch 2008: 129). Kennzeichnen lässt sich eine Depression durch das Klassifikationssystem ICD-10, wo sie unter den Schlüssel F32 fällt (vgl. Krollner 2013). Das ICD-10 unterscheidet bei

der Klassifizierung zwischen verschiedenen Symptomen und deren Verlaufsform, sowie dem jeweiligen Schweregrad (vgl. Paulitsch 2008: 30).

Eine Depression kann individuell und unterschiedlich stark auftreten und zusammengefasst mit einem reduzierten Lebensgefühl einhergehen, welches den Betroffenen in seinem Alltag sehr einschränkt. Des Weiteren kann eine Depression einmalig, häufiger (rezidivierend) oder in sogenannten Episoden auftreten (vgl. Wolfersdorf 2008: 23). Mit der leichten, der mittelgradigen und der schweren wird in Fachkreisen von drei unterschiedlichen Episoden gesprochen (vgl. Paulitsch 2008: 130). Wenn die Erkrankung in verschiedenen Schweregraden in Erscheinung tritt, ist die schwerste Episode auch die gefährlichste. In der schwersten Episode kann es bei den Betroffenen zu Suizidgedanken und Suizidversuchen kommen, sodass die Krankheit lebensbedrohlich wird (vgl. Wolfersdorf 2008: 19).

Faktoren und Ursachen, welche eine Depression auslösen können, werden durch das multifaktorielle Modell erläutert. Das Modell zeigt drei verschiedene Faktoren auf, welche als Ursache für eine Depression in Frage kommen. Der neurobiologische Faktor kommt als Ursache in Betracht, da Schwankungen von sogenannten Neurotransmittern erläutert werden. Der genetische Faktor beleuchtet die Häufigkeit der Erkrankung in der jeweiligen Familie des Betroffenen. Kritische Lebensereignisse im direkten Umkreis der betroffenen Person, wie Trennungen, Todesfälle und andere Erkrankungen bilden im einzelnen die psychosozialen Faktoren (vgl. Paulitsch 2008: 131). Zudem gibt es einige Kennzeichen für eine depressive Erkrankung (vgl. Wolfersdorf 2008: 24). Hierzu zählen Veränderungen in der Persönlichkeit, im Verhalten und im Verlauf der Erkrankung. Erkrankte zeigen oft eine große Selbstunsicherheit, gesteigerte Verletzbarkeit, Minderwertigkeitsgefühle oder ziehen sich zunehmend aus dem Alltag zurück und vermeiden Kontakte (vgl. ebd.: 24). Diese Symptome können jederzeit bei jedem Menschen auftreten und müssen nicht zwangsläufig eine depressive Erkrankung bedeuten. Jedoch können wiederkehrende und lang anhaltende Symptome dieser Art auf eine depressive Erkrankung hinweisen. Eine frühzeitige Entdeckung der Krankheit ist von großer Bedeutung, da sie nur so optimal behandelt werden kann (vgl. ebd.: 129).

Anhand der Symptome und durch die Betreuung eines Arztes kann letztendlich eine depressive Erkrankung ausgeschlossen oder diagnostiziert werden. Im Falle einer positiven Diagnose gibt es dennoch viele Aussichten auf eine gute Behandlung. Zum einen werden viele individuelle Therapieansätze angeboten, zum anderen wird eine medikamentöse Behandlung, zum Beispiel in Form von Antidepressiva, eingesetzt. Diese Medikamente

ermöglichen dem Patienten, wieder positive Gefühle zuzulassen, damit das alltägliche Leben nicht als unüberwindbares Hindernis bevorsteht (vgl. Paulitsch 2008: 142).

## **2.2 Zahlen und Fakten**

„Für die Gesundheitspolitik und die Fachgesellschaften ist die Depression damit zur derzeit wichtigsten psychischen Erkrankung geworden“ (Paulitsch 2008: 13). Durch die Tatsache, dass die exakte Anzahl depressiv Erkrankter in Deutschland immer noch eine hohe Dunkelziffer ist, geht man davon aus, dass 30 bis 50 Prozent der Betroffenen unerkannt sind und bleiben (vgl. Wolfersdorf 2008: S.17). Trotz vieler unerkannter Fälle geht die Weltgesundheitsorganisation davon aus, dass die Depression 2020 zu den häufigsten Krankheiten gehören wird (vgl. Paulitsch 2008: 130).

Die Ergebnisse des deutschen Bundesgesundheits surveys (RKI) aus dem Jahre 2007 besagen, dass die prozentuale Häufigkeit einer affektiven Störung im Verlaufe eines Jahres bei 11,9 Prozent liegt. Zudem erkranken ungefähr 30 Prozent der Gesamtbevölkerung in Deutschland im Laufe eines Jahres an einer psychischen Krankheit (vgl. Mattejat 2011: S.69). Ausgehend von diesen Daten kann anhand einer Schweizer Studie dargestellt werden, wie viele Kinder mit psychisch kranken Elternteilen leben. In Deutschland wohnen derzeit ungefähr 250.000 Kinder mit einem Elternteil zusammen, welches psychisch erkrankt ist und sich mindestens in einer Beratung beziehungsweise Betreuung befindet (vgl. ebd.: 75).

Nach den Erhebungen des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2002 haben 591.608 Patientinnen und Patienten zwischen 20 und 55 Jahren eine stationäre Behandlung abgeschlossen. Erhebungen zufolge wird auch hier mit 150.000 Patientinnen und Patienten eine hohe Zahl von Eltern genannt, welche sich stationär behandeln ließen (vgl. Lenz 2008: 7). „Mehrere Untersuchungen in Europa kommen übereinstimmend zum Ergebnis, dass 10 bis 20 % der stationär behandelten psychiatrischen Patienten minderjährige Kinder haben, für deren Versorgung sie zuständig sind“ (Mattejat 2008: 74).

## **3. Situation der Kinder: Entwicklungsrisiken für Kinder mit erkranktem Elternteil**

Ausgehend der in Kapitel 2.2 genannten Zahl von Kindern, welche mit mindestens einem psychisch kranken Elternteil zusammenleben, lassen sich bestimmte Entwicklungsrisiken nennen, welche die Kinder in ihrer Kindheit beeinflussen und gefährden können. Im Ganzen

findet sich eine große Einigkeit darüber, dass die depressive Erkrankung eines Elternteils der größte Risikofaktor für die kindliche Entwicklung ist. Von dieser Gefahr ausgehend bilden sich weitere Entwicklungsrisiken heraus, die sich gegenseitig verstärken können (vgl. Mattejat 2008: 76). Deutlich wird der Risikofaktor der depressiven Erkrankung eines Elternteils an Schossers Abbildung über den Verwandtschaftsgrad und dem jeweiligen Risiko, selbst depressiv zu erkranken. In dieser Darstellung wird deutlich, dass im Gegensatz zur Gesamtbevölkerung, welche ein Risiko von sechs Prozent besitzt, im Laufe ihres Lebens an einer Depression zu erkranken, eineiige Zwillinge mit 43 Prozent das höchste Risiko besitzen (vgl. Schosser 2006: 20).

Die Schicksale, welche die Kinder im Einzelnen betreffen, werden größtenteils nur in Einzelfällen entdeckt und behandelt. Es wird von den „vergessenen Kindern“ gesprochen, da ihre Probleme nur als Randbegleitung der Eltern in Erscheinung treten (vgl. Dimova / Pretis 2004: 18). In vielen Situationen wird zudem erst dann eingegriffen, wenn die Kinder schon eine gestörte Entwicklung zeigen (vgl. Mattejat 2008: 68). Demzufolge ist es von hoher Bedeutsamkeit, dass die Kinder mit in das Zentrum der Behandlung der Eltern bewegt werden. Denn für sie ist die elterliche Erkrankung ein hoher Risikofaktor hinsichtlich ihrer Entwicklung (vgl. Wiegand – Grefe et al. 2011: 27). Zudem wird durch die Erkrankung der Eltern die Eltern – Kind - Beziehung in vielerlei Hinsicht gestört, sodass es durch fehlende Aufmerksamkeit und Nähe zu keiner Befriedigung der Grundbedürfnisse kommt (vgl. Jungbauer 2010: 17). Bei depressiven Elternteilen, insbesondere bei depressiven Müttern, kommt es zu Bindungsstörungen und ähnlichen Entwicklungsstörungen bezüglich ihrer Kinder (vgl. ebd.: 17). Ein unsicheres Bindungsverhalten im Kleinkindalter und eine gehemmte und prekäre Explorationshaltung im Jugendalter sind Folgen der mütterlichen depressiven Erkrankung (vgl. Plass / Wiegand – Grefe 2012: 52). Des Weiteren ist das Risiko von Jugendlichen depressiv erkrankter Eltern sechsmal höher selbst zu erkranken, als bei Jugendlichen psychisch gesunder Eltern (vgl. Mattejat 2000: 164). Im folgenden Verlauf der Arbeit werden exemplarisch tiefgreifende Entwicklungsrisiken genannt und erläutert, welche die Kinder beeinflussen und gefährden können.

### **3.1 Herausforderung: Alltag**

Der Alltag und seine Strukturierung stellen hier besondere Hindernisse dar, weil sie primär durch die Eltern angeleitet werden. Sind Elternteile jedoch depressiv erkrankt, fällt die Aufrechterhaltung dieser Strukturen sehr schwer. Bedingt durch die Krankheit fühlen sich die betroffenen Elternteile antriebslos und erschöpft. Aus diesem Zustand heraus bemerken die

Kinder bald, dass etwas nicht stimmt, da viele Pflichten und Aufgaben der Eltern unerledigt bleiben (vgl. Pretis / Dimova 2004: 84). Diese Situation wird noch beunruhigender, wenn das betroffene Elternteil alleinerziehend ist. Demnach fehlt eine zweite erwachsene Bezugsperson und das Kind ist mit seinen Belastungen und Aufgaben zum größten Teil auf sich alleine gestellt, da im Alltag keine dauerhaft präsente Bezugsperson anwesend ist. Folglich wirkt das Kind auf andere Menschen reifer und erwachsener als andere Kinder in dem jeweiligen Alter, da es durch die herrschenden Umstände früh gelernt hat, sehr selbstständig zu sein. Dies hat jedoch auch starke negative Konsequenzen (vgl. Dimova / Pretis 2004: 84), welche im weiteren Verlauf der Arbeit noch erläutert werden.

Durch die erzwungene beschleunigte innere Reifung des Kindes verliert dies gleichzeitig schneller seine Kindheit und somit wertvolle Zeit, um sich in Ruhe zu entwickeln. Je weiter der Stand der kindlichen Entwicklung bei Ausbruch der Depression fortgeschritten ist, desto geringer sind die späteren Folgen hinsichtlich des Verhaltens in der Adoleszenz. Kritisch ist es, wenn der Eintritt der Depression und der Verlust der Alltagsstrukturen im Kleinkindalter auftreten. Hier besteht die Gefahr der Verwahrlosung, da von dem erkrankten Elternteil in vielen Fällen keine gelingende Erziehung und Fürsorge mehr erwartet werden kann (vgl. ebd.: 85).

Eine weitere Belastung liegt vor, wenn das betroffene Elternteil stationär behandelt wird. Durch diesen Zustand fällt es den Kindern immer schwerer, den Eindruck einer normalen Familie zu bewahren. Als besonders belastend wird die emotionale Sorge um das jeweilige Elternteil empfunden. Gleichwohl ist es sehr schwer für die Kinder, dass sie in diesen Situationen auf sich selbst achten und nicht versuchen, ihre glücklichen Momente zugunsten der Mutter / des Vaters zu unterdrücken (vgl. ebd.).

### **3.2 Parentifizierung**

Aus den Folgen der prekären Alltagsstrukturen ergibt sich ein weiterer Risikofaktor hinsichtlich der Entwicklung der Kinder. Im Folgenden geht es um die so genannte Rollenumkehr zwischen den erkrankten Elternteilen und den jeweiligen Kindern. Die Parentifizierung, oder auch Rollenumkehr genannt, existiert in vielen Familiensituationen, in denen ein Elternteil depressiv erkrankt ist. Auffällig ist hier ein nicht altersgerechtes Benehmen der Kinder hinsichtlich ihres Verhaltens im familiären Alltag. Sie zeigen eine ausgeprägte Haltung gegenüber der Übernahme von ursprünglich elterlichen Rollen. Bei diesem, nicht altersgemäßen Gebrauch von erwachsenen Rollen, sind die Kinder nicht selten überfordert und überlastet. Sie wollen ihren Eltern beistehen und ihnen Unterstützung bieten,



dennoch ist es nicht die Aufgabe der Kinder, den Alltag zu strukturieren und zu leiten. Es ist die Obliegenheit der Eltern, den Kindern einen Rahmen im Alltag zu erzeugen, welcher günstig für ihre kindliche Entwicklung ist. Sind die Eltern jedoch depressiv erkrankt, fehlt die Motivation und die Kraft, diesen Rahmen im Alltag aufrecht zu erhalten. Die betroffenen Personen sehen keinen Sinn und keine Perspektive in ihren Handlungen, sodass sie lange vor unerledigten Aufgaben verweilen. Letztendlich leiden die Kinder sehr unter dieser Situation und sind zusätzlich vielen Risiken ausgesetzt (vgl. Plass / Wiegand- Grefe 2012: 170). „Die Kinder übernehmen elterliche Funktionen und Verantwortung in vielen Bereichen (z.B. Haushalt und Erziehung der jüngeren Geschwister), sie werden zu Vertrauten und Ratgebern ihrer Eltern, zu primären Quelle von Unterstützung und Trost.“ (Plass / Wiegand – Grefe 2012: 29).

Weitere Risiken, die sich aus der Rollenumkehr ergeben, ist die Befürchtung der Kinder, dass sie Schuld an der Erkrankung des jeweiligen Elternteils haben. Aus dieser Angst heraus entwickeln sich Schuldgefühle und eine größere Bereitschaft, den Eltern noch mehr Verantwortung hinsichtlich der Organisation des Alltags abzunehmen. Aus diesem Grund stellen sich die Bedürfnisse der Kinder in den Hintergrund, da sie der Meinung sind, die Bedürfnisse der Eltern haben Vorrang (vgl. ebd.: 171). Dementsprechend ist es wichtig, dass die Bedürfnisse der Kinder wieder in den Vordergrund gerückt werden und ihnen deutlich gemacht wird, dass sie Gefühle und Forderungen äußern dürfen und müssen. Infolgedessen muss ihnen das Recht auf Unterstützung anschaulich und klar gemacht werden (vgl. ebd.: 171). Ein weiterer besonders kritischer Punkt ist der Beginn einer stationären Behandlung des erkrankten Elternteils. In dieser Situation ist die ohnehin schon prekäre Alltagsstruktur noch instabiler und die Kinder stehen zusätzlich elterlicher und emotionaler Abwesenheit gegenüber (vgl. ebd.: 170).

Die Parentifizierung kann, je nach Bewältigungsfähigkeiten der Kinder und anderen Faktoren, in zwei verschiedenen Erscheinungsformen auftreten. Wenn eine Rollenübernahme stattfindet, welche die Kinder in ihrer Entwicklung jedoch nicht negativ beeinflusst, dann kann diese als adaptiv beschrieben werden. Dies bedeutet, dass das Kind mehr Verantwortung übernimmt als unter normalen Umständen notwendig ist. Jedoch behindert dies die Entwicklung der Kinder in keiner negativen Art und Weise. Viel mehr folgt seitens der Eltern Befürwortung und Lob, sodass das Kind positive Rückmeldung bekommt. Dadurch fühlt es sich in seinen Handlungen anerkannt und steigert somit zusätzlich auch sein Selbstbewusstsein (vgl. ebd.: 30). Als destruktiv wird die Parentifizierung beschrieben, wenn die Kinder Verantwortung und Rollen der Eltern übernehmen, welche ihrem Alter in keiner

Weise entsprechen. Durch diese Belastungen wird das Kind in seinen eigenen Bedürfnissen übergangen und in seiner Entwicklung beeinträchtigt. Zudem fehlt hier die Anerkennung seitens der Eltern, sodass es zu einer gestörten Eltern - Kind Beziehung kommt (vgl. ebd.: 30). Die destruktive Form der Parentifizierung ist diejenige, welche somit den größten Behandlungsbedarf besitzt, da durch sie die Entwicklung des Kindes maßgeblich geschädigt und gestört werden kann. Die Folgen, welche die Rollenumkehr nach sich zieht, können durch bestimmte Interventionsmaßnahmen verhindert oder vermindert werden, sodass eine negative Entwicklung gehemmt oder gestoppt wird. Um die Form der vorliegenden Parentifizierung bestimmen zu können, wird die Familiensituation nach dem Umfang der Übernahme an Verantwortung und nicht altersgemäßen Rollen betrachtet (vgl. ebd.: 31).

### **3.3 Psychische Erkrankung als Tabuthema**

Infolge der Belastungen und Emotionen, denen die Kinder durch die depressive Erkrankung der Eltern ausgesetzt sind, herrscht über diese Familiensituation meist stillschweigen. Es gibt viele verschiedene Gründe, weshalb in der Familie nicht über die Erkrankung gesprochen wird. Zum einen kann das Kommunikationsverbot von den Eltern ausgehen, zum anderen kann es die Entscheidung der Kinder sein, nicht über die Erkrankung der Eltern zu sprechen. In beiden Fällen geht es meist um das Wohl des jeweiligen Familienmitglieds. Wenn Kinder nicht über die Krankheit sprechen, dann vorwiegend aus dem Grund, die Eltern nicht zu verraten und bloßzustellen. Durch die Verschwiegenheit wollen sie ihre Eltern vor der Reaktion der Öffentlichkeit schützen, unangenehmen Fragen entweichen und die psychische Erkrankung an sich verstecken. Die Verschlossenheit der Eltern geht meistens mit dem Grund einher, dass sie Sorge haben, durch ihre Krankheit der Erziehungspflicht nicht nachzukommen. Des Weiteren möchten sie keinen mit ihren Problemen und Ängsten beunruhigen und versuchen zunächst alleine mit der Erkrankung umzugehen (vgl. Plass / Wiegand - Greife 2012: 26).

Zudem ist es möglich, dass den Kindern zwar über die depressive Erkrankung berichtet wird, jedoch eine Erläuterung dieser fehlt. Es ist ihnen unklar, welche Folgen die Krankheit hat und wie es dazu gekommen ist. Demzufolge ist es wichtig, schon sehr früh eine kindgerechte Erklärung der Krankheit parat zu haben, um die Kinder über den weiteren und den bisherigen Verlauf der Krankheit aufzuklären. Dadurch kann falschen Vermutungen und Missverständnissen entgegengewirkt werden (vgl. ebd.: 26).

Die Schuldfrage der Kinder spielt auch hier eine wichtige Rolle, da sie in der Unwissenheit immer wieder zum Tragen kommt. Vor allem kleinere Kinder vermuten die Ursache in der

Krankheit eines Elternteils vor allem darin, dass sie ihrerseits böse, unartig oder zu laut waren. Dass dies verhindert werden muss und es wichtig ist, die Kinder aufzuklären, ist die Aufgabe von Jugendhilfen, Psychiatrie und sekundären beziehungsweise tertiären Bezugspersonen (vgl. Lenz 2008: 32), welches im weiteren Verlauf dieser Arbeit noch thematisiert wird.

#### **4. Was Kinder depressiver Eltern stärkt: Interventionsmaßnahmen**

Durch die genannten Belastungen entstehen verheerende Folgen, welche das Kind negativ beeinflussen und in ihren Auswirkungen durch professionelle Hilfe kompensiert werden müssen. Zu diesen Folgen zählen unter anderem schulische Probleme, allgemeine Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensauffälligkeiten und eine starke Tendenz, selbst psychisch zu erkranken. Diesen Folgen muss vorgebeugt werden beziehungsweise müssen ihre Auswirkungen abgedämpft werden, sodass das Kind die Chance hat, sich normal zu entwickeln (vgl. Jungbauer 2010: 20).

Eine hohe Bedeutung haben in diesem Zusammenhang niedrigschwellige Angebote der Intervention. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass sie leicht und ohne Antragsstellung angenommen werden können. Das bedeutet, dass den Eltern Behördengänge erspart bleiben und sie schnell und einfach Hilfe in Anspruch nehmen können, um sich selbst und ihren Kindern zu helfen (vgl. Schmutz 2010: 112). Diese ist besonders für depressiv Erkrankte bedeutsam, da sie selten von Beginn an zu ihrer Erkrankung stehen. Gründe hierfür sind vor allem Schamgefühle vor der Gesellschaft, Schutz der eigenen Person und der Familie (vgl. ebd.: 112). Im Folgenden werden verschiedene niedrigschwellige Interventionsmaßnahmen erläutert, welche vielfach in der Praxis zum Einsatz kommen, um Kinder von depressiven Elternteilen zu unterstützen und sie in ihrer Entwicklung zu fördern.

##### **4.1 Kindgerechte Aufklärung – Depression als Krankheit**

Durch das in Punkt 3.3 erläuterte, weit verbreitete Kommunikationsverbot seitens der Eltern gelangen meist sehr wenige Informationen über die jeweilige Erkrankung zu den Kindern. Meist wird die Depression von den Eltern nicht als solche erkannt oder verschwiegen, was dazu führt, dass die Kinder mit einem veränderten Verhalten der Eltern konfrontiert werden, wofür sie keine Erklärung haben. Infolgedessen können sich bei den Kindern Unwohlsein,

Überforderung und Selbstzweifel herausbilden, da sie die Ursachen der Veränderungen meist auf ein fehlerhaftes Verhalten ihrerseits beziehen (vgl. Lenz 2008: 33). Da diese falsche Schuldzuweisung die Kinder belastet, muss laut Wunderer eine Aufklärung seitens der Eltern oder anderer Vertrauenspersonen erfolgen (vgl. Wunderer 2008: 124).

Damit sie die Erklärungsansätze über die Depression verstehen und nachvollziehen können, müssen diese besonders kindgerecht aufgearbeitet werden und durch jemanden erfolgen, der eine positive und vertrauensvolle Bindung zu dem Kind hat. Hier ist es wichtig zu beachten, dass das Kind sich nicht bedrängt fühlt oder das Gefühl entwickelt, den Vater / die Mutter zu hintergehen, indem es mit einer anderen Person über die Krankheit spricht (vgl. ebd.: 124). Laut Pretis und Dimova ist es daher notwendig, eine Einverständniserklärung der Eltern zu bekommen, um den Kindern dringende Informationen übermitteln zu können (vgl. Pretis / Dimova 2004: 57). Als erstrebenswert ist hier die Zusammenarbeit von Mitarbeitern der Jugendhilfe und der Erwachsenenpsychiatrie, in welcher das erkrankte Elternteil behandelt und betreut wird. Diese können aufgrund ihrer Erfahrung und dem Bezug zum Elternteil spezifischer handeln und auf andere Hilfeangebote und Beratungsstellen wie zum Beispiel die Jugendhilfe verweisen (vgl. Wunderer 2008: 125). Auf diesen Aspekt wird im weiteren Verlauf der Arbeit noch eingegangen. Des Weiteren ist es wichtig, den jeweiligen psychischen Erkrankungen einen Namen zu geben, denn nur so verliert zum Beispiel die Depression den bedrohlichen Charakter (vgl. ebd.: 126).

„Man kann nicht aufhören, traurig zu sein, und ist immer furchtbar müde. Man kann morgens nicht aufstehen, sich nicht anziehen, nichts kochen und nichts essen. Man mag nicht sprechen und nichts hören, weil alles so schrecklich anstrengend erscheint“ (Wunderer 2008: 127). Dies ist eine mögliche Erklärung für ein Kind, dessen Elternteil depressiv erkrankt ist. Durch die einfache Formulierung können sie sich besser vorstellen, was in ihren Vätern / ihren Müttern vorgeht (vgl. ebd.: 126). Es ist wichtig darauf zu achten, dass die Erklärung auf das Alter des jeweiligen Kindes angepasst ist, da zum Beispiel Kleinkinder primär auf bildliche Darstellungen reagieren, während Kinder mit fortgeschrittenem Alter auch leicht formulierte Definitionen verstehen können. Zudem werden in dem Gespräch bereits erste Lösungsansätze ausformuliert, welche dem Kind helfen sollen, mit der familiären Situation besser umgehen zu können (vgl. Pretis / Dimova 2004: 59).

## **4.2 Elternarbeit**

Ausgehend von der dargestellten Notwendigkeit der Aufklärung der Kinder über die Erkrankung Depression, lässt sich die Elternarbeit als eine weitere wichtige

Interventionsmaßnahme nennen. Die Eltern können maßgeblich dazu beitragen, dass die kindliche Entwicklung geschützt und unterstützt wird, indem sie bestimmte Handlungen und Maßnahmen durchführen und beachten. In Bezug auf die kindergerechte Aufklärung über die Krankheit, gehen die Eltern einen ersten wichtigen Schritt, indem sie ihre Kinder ihre depressive Erkrankung altersgemäß erläutern beziehungsweise ihr Einverständnis geben, damit es eine andere vertraute Person durchführt (vgl. Pretis / Dimova 2004: 59).

Damit die Eltern solche Schritte gehen können, werden sie in die Betreuung der Kinder mit einbezogen. Viele Eltern sind sich der Folgen ihrer Depression bezüglich der Entwicklung ihrer Kinder nicht bewusst und somit wissen sie auch nicht, wenn sie falsch handeln. Daher ist es laut Staets wichtig, die Eltern hinsichtlich des Umgangs mit ihren Kindern zu beraten. Eine Beratung durch professionelle Seite eröffnet den Eltern Möglichkeiten der Unterstützung im Alltag und der Erziehung ihrer Kinder. Wichtig ist auch, dass den Eltern erklärt wird, dass sie trotz ihrer Erkrankung gute Eltern sein können, auch wenn Hilfestellung von außen nötig ist (vgl. Staets 2008: 173). Zudem ist Voraussetzung für die Elternarbeit, dass die Eltern sich eingestehen, Hilfe zu benötigen und diese auch in Anspruch zu nehmen. Bekanntermaßen ist dies für viele Eltern immer noch ein großes Hindernis, da sie sich in ihren Handlungen eingeschränkt und verletzt fühlen (vgl. Böhm / Spangenberg 2001: 138).

Durch die Elternarbeit kann zudem die Eltern – Kind Beziehung und insbesondere die Mutter – Kind Beziehung wieder gefördert werden, da die Eltern wieder ein Gefühl dafür vermittelt bekommen, wie sie mit ihren Kindern am besten umgehen können ohne sie durch ihre Erkrankung zu gefährden. Die Förderung der Mutter – Kind Beziehung hat zur Folge, dass Bindungsstörungen, welche durch die Erkrankung ausgelöst worden sind, aufgearbeitet werden können und somit wieder eine vertraute Beziehung herrschen kann. Durch den Aufbau der Bindungsbeziehung können somit auch intuitive Elternprogramme wieder in den Fokus der Mutter / des Vaters gerückt werden. Darüber hinaus kann sich bei der Mutter neuerlich ein Vertrauen in die eigene Fähigkeit zur Erziehung einstellen, welches durch die depressive Erkrankung verlorenen gegangen sein kann (vgl. Downing et al. 2012: 185).

### **4.3 Resilienzfaktoren nutzen und erkennen**

Das Konzept der Resilienz bezeichnet die seelische Widerstandskraft eines Menschen gegenüber äußeren und schädlichen Einflüssen. Seit einem Paradigmenwechsel wird nicht mehr allein auf die Ursachen für verschiedene Auffälligkeiten im Verhalten geachtet, sondern es werden verschiedene Faktoren untersucht, welche den Menschen von innen und von außen heraus stärken und schützen können. Man geht davon aus, dass es neben Risikofaktoren auch

passende Schutzfaktoren gibt, die erkannt und genutzt werden müssen, damit die Entwicklung geschützt und unterstützt werden kann. Diese schutzspendenden Einflüsse helfen dem Menschen, da sie sich mit ihnen vor schädlichen Einwirkungen wappnen und ihre Resilienz stärken können. Daher liegt der Fokus nunmehr darauf, diese Faktoren zu erkennen und zu fördern. Zu beachten ist jedoch, dass eine Schutzwirkung der Faktoren nur dann zu erwarten ist, wenn diese vor einer risikobehafteten Situation in Kraft treten können (vgl. Fröhlich - Gildhoff / Rönnau – Böse 2009: 7).

Was bedeutet dies nun für die Kinder depressiver Eltern? Kinder depressiver Eltern sind, wie bereits in Kapitel 3 beschrieben, vielen Entwicklungsrisiken ausgesetzt, welche die Entwicklung gefährden können. Durch die Betrachtung von Faktoren, welche diese Entwicklungsrisiken mildern können, kann einer Entstehung von Mängeln der kindlichen Entfaltung vorgebeugt und die Resilienz der Kinder gestärkt werden (vgl. ebd.: 8). Zu den Risikofaktoren zählen insbesondere die Einflüsse der Eltern, zum Beispiel die Depression als Krankheit oder die Erziehungskompetenz; die Risikofaktoren der Familie, zum Beispiel die Tabuisierung der Depression; die Risiken der Kinder, zum Beispiel die eigene Schuldzuweisung, die starke Tendenz selbst zu erkranken und die allgemeinen psychosozialen Risikofaktoren, wie zum Beispiel Kindesmisshandlung und die sozialen Rollen der Eltern (vgl. Plass / Wiegand – Grefe 2012: 45). Damit auf jedes Kind und seine Bedürfnisse individuell reagiert werden kann, gibt es die sogenannte Resilienzforschung („High – Risk – Forschung“). Diese geht der Hypothese nach, dass jedes Kind unterschiedlich mit den Risiken umgeht und individuell stark gefährdet ist. Daher gilt die Resilienz als das Gegenstück der Vulnerabilität, welche bedeutet, dass das Kind sehr anfällig gegenüber Risikofaktoren ist (vgl. ebd.: 69). Wie kommt es nun dazu, dass jedes Kind unterschiedlich auf diese Gefährdungen reagiert? Laut Emmy E. Werner und der Kauai – Studie gelingt es vielen Kindern trotz bedrohlichen Einflüssen einen gesunden Entwicklungsverlauf vorzuweisen. Dies funktioniert durch die persönliche Ausstattung der Kinder mit Schutzfaktoren, welche unterteilt werden in die personalen und sozialen Ressourcen (vgl. ebd.: 72).

Die personalen Ressourcen umfassen vor allem die Resilienzfaktoren, welche das Kind in der Interaktion mit der Umwelt erwirbt. Zu diesen Faktoren zählen: Temperament, Soziale Kompetenzen und Intelligenz, positives Selbstkonzept, Problemlösefähigkeiten, Emotionsbewältigung und Stressbewältigung (vgl. ebd.: 73). Hier existiert eine Parallele zu den „life – skills“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO), welche diese „skills“ auch als Grundlage für sämtliche Gesundheitspräventionen und -interventionen betrachtet (vgl. Fröhlich – Gildhoff / Rönnau – Böse 2009: 41).

Die sozialen Ressourcen beinhalten familiäre und außerhalb der Familie befindliche Beeinflussungen, wie die Bindung, die elterliche Paarbeziehung, ein soziales Netzwerk und das Bewältigungsverhalten. Diese Ressourcen können auf ihre Art und Weise dazu beitragen, dass die Kinder von depressiv erkrankten Elternteilen hinsichtlich ihrer Entwicklung geschützt und gegenüber Risiken widerstandsfähiger sind. Daher werden sie in verschiedenen Interventionsmaßnahmen gefördert, damit das Kind sich gesund entfalten kann. Die Förderung der sozialen Kompetenzen als personale Ressource hat zur Folge, dass das Kind offener und ungehemmter gegenüber anderen Menschen wird. Infolgedessen haben sie auch mehr Kontakte außerhalb der Familiensituation und gehen somit den Risiken vermehrt aus dem Weg. Durch das wachsende Aufsuchen von Kontakten außerhalb der Familie kann es dem Kind gelingen, den prekären Alltagsstrukturen zu entkommen und sich Halt und Sicherheit in Form von anderen Bezugspersonen anzueignen. Die Beihilfe zum Aufbau und Stärken der elterlichen Bindung fördert die Eltern - Kind – Beziehung, sodass wieder ein Vertrauensverhältnis und vermehrte Zuwendung aufgebaut werden kann (vgl. Plass / Wiegand – Grefe 2012: 73). Durch diese Förderung kann das Selbstvertrauen des depressiv erkrankten Elternteils gestärkt werden, sodass es sich in der Elternrolle wieder zunehmend sicherer fühlt. Infolge der zunehmenden Verlässlichkeit wird tendenziell auch mehr über die Krankheit Depression gesprochen, sodass eine Aufklärung für die Kinder stattfinden kann (vgl. ebd.: 26). Auch die Verbesserung der elterlichen Paarbeziehung hat positive Folgen für die kindliche Resilienz. Eine positive Beziehung zwischen den Eltern vermittelt dem Kind ein Gefühl von Normalität, Halt und Sicherheit. Dadurch fühlt es sich freier und ungehemmter, was wiederum seiner Entwicklung zugute kommt (vgl. ebd.: 73-75).

Für die Praxis und für die in ihr durchgeführten Interventionsmaßnahmen lässt sich somit schlussfolgern, dass durch das Erkennen und das Nutzen von Schutz – und Resilienzfaktoren die Entwicklungen der Kinder von depressiv Erkrankten gefördert und unterstützt werden kann. Die Absicht aller Interventionsmaßnahmen bezüglich der Förderung von Resilienz ist die Beschränkung der Risikoeinflüsse auf ein Minimum. Grundlegend ist hier der Zeitraum, in dem die Interventionen zum ersten Mal angewendet werden. Laut Wustmann ist es unbestreitbar, dass die Resilienz „So früh wie möglich!“ (Wustmann 2009: 98) gefördert werden muss, da nur so die besten Ergebnisse erzielt werden können (vgl. Wustmann 2009: 97-98).

#### **4.4 Kinderprojekt „AURYN“**

Ein mögliches niedrigschwelliges Interventions- und Präventionsangebot ist das Projekt „AURYN“, welches in Deutschland schon mehrfach besteht. Im Folgenden handelt es sich exemplarisch um die Strukturen der Beratungsstellen in Leipzig und in Trier. Der Begriff „AURYN“ leitet sich aus der „Unendlichen Geschichte“ von Michael Ende ab. Hierbei handelt es sich um ein Amulett, welches dem Träger Mut und eine bessere Orientierung verleiht<sup>1</sup>

Genau in diesem Sinne arbeiten die Beratungsstellen: Sie wollen Kindern psychisch kranker Eltern, den Eltern selbst und anderen Familienangehörigen den Mut geben, sich mit der Krankheit zu arrangieren und die Lebensgestaltung in eine positive Richtung zu lenken. Die Einrichtung hat sich somit zur Aufgabe gemacht, die Schutz- und Resilienzfaktoren der Kinder zu stärken und zu fördern. Infolgedessen findet bei AURYN eine individuelle Beschäftigung mit den Kindern statt, da einerseits präventiv mit ihnen gearbeitet wird und andererseits bei akuten Situationen direkt und spezifisch eingegriffen werden kann. Das bedeutet, dass zum einen die schutzspendenden Faktoren gefördert werden, um die Resilienz zu stärken und zum anderen sofortige Hilfemaßnahmen bei Krisensituationen durchgeführt werden. Des Weiteren sind die Hilfsangebote dem jeweiligen Alter des Kindes angepasst, sodass es verschiedene Altersgruppen gibt, in denen unterschiedliche Leistungen verwirklicht werden. Wie bereits in den vorherigen Kapiteln beschrieben, sind die Kinder verschiedenen Entwicklungsrisiken ausgesetzt und haben individuelle Fähigkeiten, mit diesen Gefahren umzugehen. Am Beispiel der Parentifizierung wird deutlich, dass Kinder gleichen Alters unterschiedlich weit entwickelt sein können. Folglich besteht die Möglichkeit, dass sie viele elterliche Rollen übernehmen und somit eine vorzeitige Reife entwickeln, welche für andere Kinder in demselben Alter untypisch erscheint. Anhand der Identifizierung dieser Umstände kann es dazu kommen, dass Kinder gleichen Alters in verschiedene Gruppen eingeteilt werden, da sie aufgrund ihrer individuellen Bewältigungsmechanismen unterschiedliche Hilfen benötigen (vgl. Lägél 2011: 183).

Zu den Schutzfaktoren, die AURYN insbesondere fördert, zählen vor allem die Fähigkeit Probleme zu lösen und Stress zu bewältigen, soziale Kontakte aufzubauen und der Ausbau eines gesunden Selbstwertgefühls. In den verschiedenen Gruppen werden unterschiedliche Maßnahmen und Inhalte besprochen, um genau diese Punkte zu fördern. Zu diesen Maßnahmen gehören Malstunden, kindgerechte Aufklärungen über die psychischen Erkrankungen, Freizeitaktivitäten und Hilfestellungen, den kindlichen Alltag zu strukturieren.

---

<sup>1</sup> (Vgl. <http://www.aurn-trier.de/uber-aurn/> [02.06.2013].)



AURYN übernimmt somit laut Lägel eine wertvolle Funktion, da durch die Unterstützung bestimmter Fähigkeiten einer negativen kindlichen Entwicklung entgegengewirkt werden kann (vgl. ebd.: 184). Am Beispiel der Beratungsstelle in Leipzig und den fortlaufend steigenden Besucher- und Hilfeanfragen wird deutlich, dass niedrigschwellige Angebote wie AURYN von zunehmend wachsender Bedeutung sind, da sie ohne Anträge einfach angenommen werden können (vgl. Gorspott 2011: 122). Ferner ist AURYN durch eine starke Verbindung der umliegenden psychiatrischen Einrichtungen gekennzeichnet und arbeitet somit mit einem systemischen Ansatz, da die Systeme, welche die Betroffenen umgeben, mit einbezogen werden (vgl. ebd.: 122).

Dadurch ist eine übergreifende und ergänzende Hilfestellung und Unterstützung möglich, da mit den erkrankten Elternteilen zusammengearbeitet werden kann. Die Gemeinschaftsarbeit mit den Eltern ist insofern wichtig, da sie die primären Bezugspersonen darstellen und mit ihrer Erkrankung dennoch einen hohen Risikofaktor gegenüber ihrer Kinder bilden. Durch die bereits beschriebene Elternarbeit und eine kindgerechte Aufklärung können die Eltern viel dazu beitragen, dass die Kinder geregelt und normal aufwachsen können. Daher bietet AURYN Familien- und Elterngespräche an, damit diese Handlungen in die Tat umgesetzt werden können und die Eltern neben einem Klinikaufenthalt oder einer ambulanten Betreuung ihren Kindern Hilfestellung geben können (vgl. Lägel 2011: 188). Auch in den Kliniken selbst wird aktive Arbeit geleistet, denn die Mitarbeiter von AURYN suchen monatlich das Fachpersonal der Kliniken auf, um ihnen ihre Arbeit zu erklären und um mehr Aufmerksamkeit zu erregen (vgl. Gorspott 2011: 131).

Weitere Zusammenarbeiten seitens AURYN erfolgen mit den zuständigen Jugendämtern und den Schulen. Die Lehrpersonen in den Schulen sind tendenziell die Ersten, die auf Verhaltensauffälligkeiten der Kinder aufmerksam werden und diese melden. Dadurch kann sehr frühzeitig auf Veränderungen der Kinder eingegangen werden, damit Verfestigungen und Langzeitfolgen im Verhalten vermieden werden können (vgl. Lägel 2011: 188). Im Folgenden wird auf diese besagte Kooperation und Netzwerkarbeit noch weiter eingegangen.

## **5. Kooperation von Organisationen und Institutionen - Zusammenarbeit von Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe**

Obwohl in der Fachliteratur vielfach von der erforderlichen Beachtung und Behandlung der Angehörigen von depressiv erkrankten gesprochen wird, ist laut Heim in der Praxis noch viel Handlungs- und Ausbaubedarf der Angebote nötig. Damit den Angehörigen, insbesondere

den Kindern, mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird, ist eine Netzbildung der Psychiatrie und verschiedenen Institutionen der Jugendhilfe unumgänglich (vgl. Heim 2001: 73).

Die notwendige Kooperation zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe wird in Bezug auf die bereits genannten und beschriebenen Interventionsmaßnahmen sehr deutlich. Die Bildung eines Netzwerkes ist besonders wichtig, um eine reibungslose Kommunikation und Verständigung zwischen diesen beiden Organisationen herzustellen. Diese Kommunikation ist obligatorisch, da durch sie die Kinder leichter mit in den Fokus der elterlichen Behandlung gerückt werden, was erforderlich ist, um ihre Entwicklung zu fördern und zu unterstützen (vgl. Plass / Wiegand – Grefe 2012: 194).

Eine Möglichkeit, welche die Zusammenarbeit erleichtert, ist die vollstationäre Eltern – Kind – Behandlung und insbesondere die vollstationäre Mutter – Kind – Behandlung. Letzteres hat den Vorteil, dass das Kind nicht von seiner Mutter getrennt wird und die ohnehin schon prekäre Beziehung nicht weiter strapaziert wird. Durch die durchgehende Betreuung beider Parteien auf die jeweilige spezifische Art und Weise kann gewährleistet werden, dass sowohl das betroffene Elternteil als auch das Kind individuell gefördert und behandelt wird. Zudem soll durch die parallele Betreuung eine erneute Verselbständigung erfolgen, sodass wieder eine Rückkehr in den geregelten Familienalltag möglich ist. Jedoch gilt es zu beachten, dass eine solche Klinikaufnahme nur durchgeführt werden kann, wenn alle alternativen Hilfsangebote nicht zur Verfügung stehen oder bereits in vollen Umfang in Anspruch genommen worden sind. Somit ist es laut Ghattas notwendig, dass außerhalb der Kliniken eine ebenfalls starke Kooperation und Netzbildung vorhanden ist, damit eine ambulante Versorgung einfach und kompetent durchzuführen ist (vgl. Ghattas 2006: 153). Eine solche ambulante Hilfeleistung bietet zum Beispiel die bereits beschriebenen Einrichtungen von AURYN an, welche einen starken Fokus auf die außerklinischen Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen vorweist (vgl. Gerspott 2011: 122).

Des Weiteren ist der Hilfsanspruch für psychisch kranke Mütter und ihre Kinder nach § 27 SGB VIII Anspruch auf Unterstützung (Hilfe zur Erziehung) geregelt und gewährleistet, sodass medizinischer Beistand und Hilfen zur Rückkehr in den eigenen strukturierten Alltag zugesichert sind. Die Kooperation zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe sowie anderen Institutionen ist besonders wichtig, um dem Lebensmittelpunkt des Kindes nicht primär auf die momentane depressive Erkrankung des betroffenen Elternteils zu beschränken. Damit die Kinder in ihrer Entwicklung gefördert werden können, gibt es viele mannigfaltige Hilfs- und Unterstützungsangebote außerhalb der Klinik. Bedeutend sind hier vor allem medizinische und therapeutische Angebote, die sich eigens zur Aufgabe gemacht haben,

Kinder von depressiv und allgemein psychisch erkrankten Eltern vor Risikofaktoren zu schützen und ihre Resilienz zu fördern. Dadurch wird sichergestellt, dass das Kind außerhalb der Klinik eine sehr gute Versorgung bekommt und nicht auf sich alleine gestellt ist, weil die Mutter zur Zeit eine vollstationäre Behandlung durchführt oder aus anderen Gründen nicht in der Lage ist, ihrem Kind eine optimale Freizeitgestaltung zusammenzustellen. Auch nicht-therapeutisch / medizinische Angebote werden durch die Jugendhilfe und anderen Institutionen durchgeführt und unterstützt. Nennenswert sind hier vor allem eigens angelegte Freizeitangebote der Kliniken, wie diverse Sportgruppen. Auch außerhalb der Klinik bestehende Angebote der Freizeitgestaltung werden in Anspruch genommen und durch Fachpersonal begleitet. Dadurch ist das Kind nicht auf die Umgebung der Klinik beschränkt und kann sich in einem neutralen Umfeld bewegen (vgl. ebd.: 163-165).

Ein weiteres Beispiel für eine Kooperationsarbeit stellt das Frankfurter Modell der „Stationären Familienbetreuung“ dar. Die stationäre Familienbetreuung (SFB) hat sich zum Ziel gesetzt, Kinder und Geschwisterkinder soweit zu unterstützen, dass eine Fremdunterbringung nicht in Betracht gezogen werden muss. Die stationäre Familienbetreuung arbeitet in und mit Familien unterschiedlichster Problemlagen, zu denen auch psychische Erkrankungen der Eltern zählen. Dafür stehen eigens eingerichtete Wohn- und Betreuungsräume zur Verfügung, in denen die ganze Familie pädagogisch begleitet wird und Unterstützung für die Strukturierung des Alltags bekommt. Der Vorteil ist somit, dass die Kinder den Risikofaktoren der Depression der Eltern nicht vollkommen ausgesetzt sind und die Eltern eine Möglichkeit bekommen, ihre Erkrankung behandeln zu lassen ohne dass die Kinder Risiken ausgesetzt werden. Des Weiteren steht das Fachpersonal der stationären Familienbetreuung im engen Kontakt und Kooperation mit dem Personal der umliegenden psychiatrischen Kliniken, um bei der Erstellung von Lösungsansätzen richtig reagieren und planen zu können (vgl. Böhm / Spangenberg 2001: 138-150).

## **6. Ausblick**

Nachdem die Depression als Krankheit definiert, gravierende Entwicklungsrisiken und Risikofaktoren genannt, geeignete Interventionsmaßnahmen aufgeführt und die Kooperation zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe genannt worden ist, lässt sich in Bezug auf die verschiedenen Handlungsangebote zur Intervention herausstellen, wie wichtig die bereits erläuterte Netzwerkbildung ist.

Welche Vorteile und Erfolge eine solche Kooperationsarbeit mit sich bringt, wird an dem Kinderprojekt „AURYN“ sehr deutlich. Durch die Zusammenarbeit mit vielen unterschiedlichen Einrichtungen der Psychiatrie und weiteren Beratungsstellen entstehen viele Verdienste für die Förderung von Kindern depressiv erkrankten Elternteilen. „AURYN“ stellt ein gelungenes Beispiel für eine positive Zusammenarbeit von Psychiatrie und Jugendhilfe dar, wie es an einigen Punkten exemplarisch dargestellt werden kann. Durch die monatlichen Besuche der Erwachsenenpsychiatrie durch AURYN – Mitarbeiter wird das Thema der Kinder depressiver Eltern immer wieder in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt. Durch die Vorstellung der Thematik und der verschiedenen Behandlungsansätze wird die Einrichtung nicht nur beim psychiatrischen Fachpersonal bekannter, sondern auch bei den Patienten. Außerdem werden Beratungsgespräche direkt in den Kliniken angeboten, sodass erkrankte Elternteile direkt Kontakt aufnehmen können, um sich Informationsmaterial zukommen zu lassen (vgl. Gorspott 2011: 131).

Zusammenfassend lassen sich die Fragen, welche zu Beginn dieser Arbeit standen, folgendermaßen zusammenfassen und beantworten: Das Thema: „Kinder depressiver Eltern“ erfreut sich zunehmender Beachtung und Bedeutung. Dadurch erhält es bei immer mehr Menschen Aufmerksamkeit und kann dadurch in seinen Angeboten zur Intervention und Prävention immer weiter ausgebaut werden (vgl. Mattejat: 69). Eine depressive Erkrankung eines Elternteils hat weitreichende Folgen für das Leben der Eltern selbst und das der Kinder. Durch die Krankheit fällt es den Eltern schwer, den Kindern einen geeigneten Rahmen für ihre Entwicklung zu bieten und, benötigen somit in vielen Fällen Hilfe von außen (vgl. Plass / Wiegand- Grefe 2012: 170).

Durch die Tatsache, dass die Kinder vielen Entwicklungsrisiken und Risikofaktoren ausgesetzt sind, von denen die Depression den Hauptrisikofaktor darstellt, müssen Maßnahmen geschaffen und durchgeführt werden, welche die kindliche Entwicklung schützt und unterstützt. Diese Absicht wird durch die verschiedenen, in Kapitel 4 erläuterten Interventionsmaßnahmen erfüllt, wobei diese nur eine Auswahl der eigentlichen Möglichkeiten darstellen (vgl. Jungbauer 2010: 20). Damit diese Handlungen zu Gunsten der Kinder im vollen Umfang positiv wirken können, bedarf es einer ergänzenden und kooperativen Zusammenarbeit des Fachpersonals von psychiatrischen Kliniken und den verschiedenen Einrichtungen der Jugendhilfe sowie weiterführenden Organisationen (vgl. Heim 2001: 73). Diese Zusammenarbeit wird aufgrund ihrer Notwendigkeit zwar vielfach angestrebt, ist jedoch in der Realität vielen Hindernissen ausgesetzt, da es viele Zuständigkeiten und Aufgabenbereiche gibt, welche sich in vielerlei Hinsicht überschneiden

können (vgl. Böhm / Spangenberg 2001: 151). Daher sind eine Abstimmung und ein regelmäßiger Austausch von großer Bedeutung. Hier kann wieder ein Bezug zu AURYN hergestellt werden, da durch die regelmäßige Anwesenheit in den Kliniken eine Möglichkeit zum Austausch gegeben ist (vgl. Gorspott 2011: 131). Das Fachpersonal stellt sich auf die Besuche ein und sichert somit einen ständigen Informationsfluss über den Zustand der Patienten (vgl. ebd.: 131).

Die Kinder depressiver Eltern können somit durch die angebotenen Interventionsmaßnahmen außerordentlich gestärkt werden. Wären die Kinder auf sich alleine gestellt, könnten sie aufgrund der Einwirkung vieler Risiken mit zunehmender Wahrscheinlichkeit selbst eine psychische Erkrankung ausbilden. Dieser Tendenz kann durch die heutigen Handlungs- und Behandlungsweisen entgegengewirkt werden, sodass eine normale und gesunde Entwicklung für Kinder depressiver Eltern kein Wunschgedanke mehr ist (vgl. Jungbauer 2010: 20). Die Fragen, die am Anfang dieser Arbeit standen, konnten daher durch die Analyse verschiedener Gesichtspunkte geklärt und beantwortet werden, sodass es deutlich wird, dass die Kinder von depressiv erkrankten Eltern nicht mehr länger die „vergessenen Kinder“ sind und sie durch viele Maßnahmen gestärkt werden können, wenn sie denn wahr- und angenommen werden (vgl. Dimova / Pretis 2004: 18).

## Literaturverzeichnis

- Böhm M. / Spangenberg N. (2001):** Das Frankfurter Modell der „Stationären Familienbetreuung“ – eine neue Hilfe auch für Kinder psychisch kranker Eltern. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Münster: Votum Verlag GmbH. S.129-151.
- BMFSFJ (2009):** 13.Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin: Bundesministerium.
- Downing (Hrsg.) (2012):** Stationäre Eltern – Kind – Behandlung. Ein interdisziplinärer Leitfaden. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fröhlich – Gildhoff / Rönnau – Böse (2009):** Resilienz. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Ghattas G. (2001):** Psychisch kranke Mütter und ihre Kinder im Mutter – Kind – Bereich der Marie – Christian – Heime. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Münster: Votum Verlag GmbH. S.153-164.
- Gorspott M. (2011):** AURYN Leipzig – vom Projekt zur Beratungsstelle. In: Wiegand – Grefe et al. (Hrsg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern - Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH. S.122-132.
- Jungbauer J. (Hrsg.) (2010):** Familien mit einem psychisch krankem Elternteil – Forschungsbefunde und Perspektiven für die Soziale Arbeit. Aachen: Verlag Barbara Budrich.
- Krollner B. / Krollner D. (2013):** ICD – 10. [Online] <http://www.icd-code.de/icd/code/F32.1.html> [30.04.2013].
- Lägel I. (2011):** Kinder stark machen – Die Arbeit der Beratungsstelle AURYN. In: Matzejat F. / Lisofsky B. (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: Balance Buch und Medien. S.181-188.
- Lenz, A. (2008):** Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.
- Lisofsky B. (Hrsg.) / Matzejat F. (2011):** Nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker<sup>3</sup>. Bonn: Balance Buch und Medien Verlag.
- Matzejat F. et al. (2000):** Kinder psychisch kranker Eltern – Forschungsperspektiven am Beispiel Kinder depressiver Eltern. In: Der Nervenarzt; 71, 164.

**Paulitsch K. / Karwautz A. (2008):** Grundlagen der Psychiatrie. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

**Pluto et al. (2001):** Kooperation – Verhängnis oder Verheißung? In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Münster: Votum Verlag GmbH. S.31-44.

**Pretis M. / Dimova A. (2004):** Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern. München: Ernst Reinhardt Verlag.

**Schone, R. / Wagenblass, S. (2001):** Kinder psychisch kranker Eltern als Forschungsthema – Stand und Perspektiven. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie Münster: Votum Verlag GmbH. S.9-17.

**Schossner, A. et al. (2006):** Genetische Aspekte affektiver Erkrankungen und der Schizophrenie. In: Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 7, S. 20. [Online] <http://www.kup.at/kup/pdf/6160.pdf> [25.05.2013].

**Staets, S. (2008):** Vorbeugen ist wichtig. In: Mattejat F. / Lisofsky B. (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: Balance Buch und Medien. S. 164-178.

**Wiegand - Grefe et al. (2011):** Kinder mit psychisch kranken Eltern - Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH.

**Wiegand – Grefe S. / Plass A. (2012):** Kinder psychisch kranker Eltern – Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. Basel: Beltz Verlag.

**Wolfersdorf, M. (2008) :** Depression - Die Krankheit bewältigen. Bonn: Balance Buch + Medien Verlag GmbH.

**Wunderer S. (2008):** Kindgerechte Aufklärung bei psychischer Erkrankung eines Elternteils. In: Mattejat F. / Lisofsky B. (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: Balance Buch und Medien. S.123-134.

**Wustmann C. (2009):** Von den Stärken der Kinder ausgehen: Das Konzept der Resilienz und seine Bedeutung für das pädagogische Handeln. In: Die Kinderschutzzentren (Hrsg.): Frühe Hilfen – Zugänge schaffen, Hilfen gemeinsam gestalten, Resilienzfaktoren nutzen. Köln. S.89-101.

### **Nichtwissenschaftliche Onlinequellen:**

**Auryn e.V. (2013):** Über Auryn. [Online] <http://www.auryn-trier.de/uber-auryn/> [02.06.2013].