

Modul 2: Die Auswirkung psychischer Verletzlichkeit der Eltern auf Kinder



Inhaltsverzeichnis

1. Was verstehen wir unter psychischer Verletzlichkeit?	3
1.1 Verletzlichkeit	3
1.2 Wenn man über psychische Verletzlichkeit spricht	
1.3 Der Begriff Verletzlichkeit – eine beschönigende Beschreibung?	5
1.4 Was verstehen wir unter psychischer Krankheit im Zusammenhang mit psychischer Verletzlichkeit?	5
2. Psychische Verletzlichkeit/Krankheit als Stressfaktor für Kinder	6
3. Kontakt zu Familien	7
4. Psychische Verletzbarkeit / Krankheit – Wovon sprechen wir?	8
5. Warum beurteilen wir psychische Verletzlichkeit als chronischen Stressfaktor für Kinder?	9
5.1 Dauer	9
5.2 Diskrete, versteckte Symptome	10
5.3 Mangelnder Realitäts-Check - normale soziale Isolation von kleinen Kindern	10
5.4 Plötzliche Unterbrechung des Alltags, Instabilität von Beziehungen	10
5.5 Psychische Erkrankung als Familiengeheimnis	11
5.6 Intensität der Symptome von psychischen Erkrankungen	11
5.7 Alter des Kindes	12
5.8 Beide Eltern sind psychisch verletztlich?	12
6. Wie reagieren Kinder?	13
6.1 Was erzählen Kinder nachträglich?	14
7. Die Bedürfnisse von Kindern im Kontext von psychisch verletzlischen Eltern (siehe spezifisch auch Modul 4: Förderung der Resilienz)	14
8. Elternschaft und psychische Verletzlichkeit	15
9. Kinder im Kontext von depressiven Eltern	16
9.1 Symptomatologie (didaktisch strukturierter Überblick an Kriterien)	16
9.2 Die Auswirkungen von Depression auf das tägliche Leben der Kinder	17
9.2.1 Den emotionalen Trainer für die depressiven Eltern spielen	18
9.2.2 Schutz durch Verantwortungsübernahme für die betroffenen Eltern – „Parentifizierung“	18
9.2.3 Probleme der frühkindlichen Entwicklung	18
9.3 Was sind die wichtigsten Strategien zur Unterstützung im Kontext von Depression?	19
10. Kinder im Kontext von Eltern, die an einer bipolaren Störungen leiden	20
10.1 Symptomatologie (didaktisch strukturierter Überblick an Kriterien)	20
10.2 Die Auswirkungen einer bipolaren Störungen auf das tägliche Leben der Kinder	21
10.3 Leitlinien der Intervention	22
11. Kinder im Umfeld von Eltern, die an Schizophrenie leiden	24
11.1 Symptome der Schizophrenie (didaktisch strukturierter Überblick an Kriterien)	24
11.2 Die Auswirkungen einer schizophrenen Störung auf das tägliche Leben der Kinder	25
11.3 Allgemeine Strategien für die unterstützenden Systeme	26
12. Kinder im Umfeld von Eltern, die an Angststörungen leiden	28
12.1 Symptomatologie (didaktisch strukturierter Überblick an Kriterien)	28
12.2 Auswirkungen einer Angststörung auf das tägliche Leben der Kinder	29
12.3 Allgemeine Richtlinien für die Intervention	29
13 Kinder im Umfeld von Eltern mit einer Persönlichkeitsstörung	30
13.1 Zehn Persönlichkeitsstörungen gruppiert in drei Cluster:	31
13.2 Persönlichkeitsstörung Definitionen (didaktisch strukturierter Überblick)	32
13.3 Die Auswirkungen auf das Kind im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung (speziell in Bezug auf Eltern mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen)	32
13.4. Allgemeine Strategien für die unterstützenden Systeme	33
14 Kinder im Kontext von Sucht und Drogenmissbrauch	34
14.1 Kurze Symptomatologie	34
14.2 Die Auswirkungen des elterlichen Substanzmissbrauchs auf das Wohlbefinden des Kindes	34
14.3 Allgemeine Strategie der unterstützenden Systeme	36
15 Schlussbemerkungen	36
16. Literaturnachweis	37

Susi ist 11 Jahre alt und ihre Anwesenheit in der Schule ist unregelmäßig. Wenn sie in der Schule ist, ist sie häufig müde, oft sehr unordentlich gekleidet und ihre Haare wirken ungewaschen. Sie ist durchaus ein bestimmendes Mädchen und hat Schwierigkeiten, Freunde zu finden. Einige der jüngeren Kinder fühlen sich von ihr eingeschüchtert und die Schule ist in Bezug auf ihr Verhalten beunruhigt.

Ihre Mutter ist alleinerziehend und wurde schon zweimal zu einem Gespräch in die Schule eingeladen, um über Susis Verhalten und ihre unregelmäßige Anwesenheit in der Schule zu sprechen, zu denen sie aber beide Male nicht erschienen ist. Ein Mitarbeiter der Jugendwohlfahrt, der dem Fall zugeteilt wurde, um einen Hausbesuch zu machen, stellt fest, dass die Mutter an einer bipolaren Störung leidet. Sie hat Medikamente, nimmt diese aber nicht regelmäßig, was sich dahingehend äußert, dass sie gute und schlechte Tage hat, was wiederum zu Susis unregelmäßiger Anwesenheit in der Schule führt. Der Grund für Susis bestimmendes Verhalten wird bald darauf auch durch die Tatsache verständlich, dass sie für die Medikamenteneinnahme ihrer Mutter verantwortlich ist und um das Wohlergehen ihrer Mutter besorgt ist. Sie versucht für ihren neun Jahre alten Bruder ein Elternteil zu sein.

(<http://www.rcpsych.ac.uk/psychischhealthinfo/psychischhealthandgrowingup/parentalpsychischillness/susiestory.aspx>)

1. Was verstehen wir unter psychischer Verletzlichkeit?

Der Begriff psychische Verletzlichkeit ist in der psychiatrischen Literatur nicht weit verbreitet (Zubin & Spring 1977). Wenn wir mit Eltern arbeiten, verwenden wir diesen Begriff jedoch vorwiegend da die Zuschreibung einer psychischen Krankheit gegenüber Eltern oft mit Stigmatisierung in Verbindung steht und bei Eltern häufig eine weitere Belastung, Wut und Angst auslöst. **Dieser Begriff ist somit weniger stigmatisierend und von betroffenen Elternteilen leichter anzunehmen. Wir sind uns auch bewusst, dass – speziell bei einigen Krankheitsbildern (wie der Schizophrenie und/oder bei einer bipolaren Störung), auch der Begriff „Krankheit“ gebraucht werden kann.** Dabei ist zu bedenken, dass der Begriff „Krankheit“ für Kinder teilweise besser zu verstehen ist und daher parallel verwendet werden kann, da es für Kinder wichtig ist, eine psychiatrische Diagnose der Eltern als somatische Krankheiten zu verstehen. Die Diskussion verdeutlicht den Zwiespalt: einerseits sollen Stigmatisierung und Tabus reduziert werden und andererseits sind körperliche Probleme für Kinder oft leichter zu verstehen.

1.1 Verletzlichkeit

Das Diathese-Stress-Modell, eine biologische oder genetische Verletzlichkeit oder der Veranlagung (Diathese), wirkt mit der Umgebung und den Lebensereignissen (Stressfaktoren) zusammen, wobei Handlungsweisen oder psychologische Krankheiten ausgelöst werden können. Der Einfluss von genetischen Faktoren ist jedoch ziemlich verschieden, wie Boggarts

& Lußcz (1999) anhand verschiedener Diagnosen zeigen konnten. Je größer die zu Grunde liegende Verletzlichkeit, desto weniger Stress ist erforderlich, um Verhaltensprobleme oder eine Erkrankung auszulösen. Sowohl die die Verletzlichkeit (Diathese) als auch die Belastung sind erforderlich, damit dies geschieht, wie von Holmes & Rahe (1967) beschrieben.

Dieses Belastungsmodell ist in den letzten 20 Jahren als „Belastungs/Verletzlichkeits-Schutzfaktorenmodell“ besonders durch Liberman (2007, 2009) im Bereich der psychiatrischen Rehabilitation neu formuliert worden.

Welche Auswirkungen hat dieses Konzept der Belastung bzw. Verletzlichkeit für Kinder? Besonders wenn beide Elternteile hohe Anzeichen von Verletzlichkeit zeigen, sollte vermehrt eine Strategie der Verminderung von Belastungsfaktoren für die Kinder verfolgt werden.

1.2 Wenn man über psychische Verletzlichkeit spricht

Als Fachkräfte treffen wir im Kontext psychischer Verletzlichkeit oder Erkrankung Eltern, deren Elternschaft in Gefahr sein könnte. Für gewöhnlich machen wir die Erfahrung, dass diese Gefahr auf medizinische Diagnosen bezogen wird, aber viele der Eltern, die wir während unserer täglichen Arbeit treffen, haben noch keine Diagnose und sehen daher ihre Probleme nicht als psychische Krankheit oder sind nicht motiviert, sich Hilfe zu suchen. Nur wenige Eltern verbinden ihre reduzierte Fähigkeit, mit ihren täglichen Aufgaben als Eltern zurechtzukommen, mit eigenen psychologischen Ressourcen. Eine psychische Krankheit macht den betroffenen Elternteil verwundbarer für Stressfaktoren auch während symptomfreier Zeiten, im Gegensatz zum nicht-betroffenen Elternteil.

Verletzlichkeit selbst, als Begriff des salutogenetischen Ansatzes (Antonovsky, 1967), zeigt außerdem, dass Eltern und Kinder im Kontext einer psychischen Krankheit auch die Möglichkeit haben, aktiv etwas zu unternehmen, um wieder gesund zu werden, im Sinne, sich gegen „Verletzungen“ zu wappnen oder zu schützen.

Der Begriff psychische Verletzlichkeit erfasst dabei emotionale, kognitive, soziale Beeinträchtigungen und Verhaltensstörungen, die manchmal die Kriterien einer psychischen Erkrankung erfüllen. Das Spektrum reicht von Diagnosen, wie Angststörungen, über Substanzenmissbrauch bis hin zu meist tiefgreifenderen Diagnosen wie bipolaren Störungen oder Schizophrenie. Die Möglichkeit des Schutzes bzw. der Stärkung macht optimistisch, und

es muss betont werden, dass es schon bei einer vorliegenden leichten Verletzlichkeit möglich ist, sowohl Elternteil als auch das Kind zu stärken.

1.3 Der Begriff Verletzlichkeit – eine beschönigende Beschreibung?

Wir wollen hervorheben, dass, wenn wir den Begriff “Verletzlichkeit” benutzen, es nicht unsere Absicht ist, eine psychische Krankheit zu “beschönigen”. Wie bereits oben erwähnt, hilft es Eltern, ihre Aufmerksamkeit vom Konzept der “psychischen Krankheit” und der meist damit zusammenhängenden Belastung – einschließlich der sozialen Stigmatisierung - in Richtung eines Konzepts von Empowerment und Resilienz zu lenken. Dieses Konzept der Verletzlichkeit richtet sich auch an Menschen, die Anzeichen einer psychischen Verletzlichkeit zeigen (z.B. hohe Reizbarkeit, reduzierte Frustrationstoleranz), die jedoch möglicherweise nicht die Kriterien einer psychischen Krankheit erfüllen. Deshalb ist das Konzept der Verletzlichkeit breiter als jenes der psychischen Krankheit, wenn auch in unseren Materialien eine gewisse Austauschbarkeit erkennbar ist aufgrund:

- a) der historischen und wissenschaftlichen Akzeptanz des Begriffes “Krankheit”
- b) des hohen Grads an Überschneidung der Begriffe

Aus diesem Grund werden beide Begriffe in manchen Kapiteln parallel verwendet.

1.4 Was verstehen wir unter psychischer Krankheit im Zusammenhang mit psychischer Verletzlichkeit?

Bedeutende Veränderungen, Abweichungen gesellschaftlich akzeptierter Normen, unterschiedliche psychische Funktionen betreffend (wie Emotion, Kognition, Wahrnehmung,..) können als Indikatoren einer psychischen Krankheit interpretiert werden, einschließlich persönlicher Wesensveränderungen. Neben der oben erwähnten Diskussion des Begriffs “Verletzlichkeit”, ist die Definition und Klassifikation von psychischen Störungen ein wichtiges Thema in Bezug auf die Erhaltung oder Gewinnung psychischer Gesundheit, sowohl für die Betroffenen als auch für die Behandelnden oder unterstützenden Services.

Die meisten internationalen Dokumente verwenden dabei den Begriff der “psychischen Störung”. Hauptkategorisierungssysteme wie (ICD-10, 1991) für den deutschsprachigen Raum, DSM IV TR (APA, 2000) basierend auf Arbeiten der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft **beschreiben taxativ (aufzählend) Symptome, um sowohl eine bessere Behandlung für die Betroffenen als auch wissenschaftliche Vergleichbarkeit zu ermöglichen.**

Weil die meisten Fachleute im KIDS STRENGTHS Projekt mit psychiatrischen Diagnostikprozessen wenig vertraut sind und wenig Kenntnisse in Bezug auf Symptomatologie bzw. deren Auswirkung auf Kinder vorliegt, werden in weiterer Folge – didaktisch aufbereitet - die häufigsten Diagnosen beschrieben, um die Situation der Kinder besser verstehen zu können. In Anbetracht dessen, dass jede Diagnose im Bereich der psychischen Gesundheit auch immer eine Auseinandersetzung über Normen und soziokulturelle Zusammenhänge eröffnet, erscheint es offensichtlich, dass, die Diagnosestellung einen schwierigen Prozess darstellt und nur von dafür ausgebildeten Fachkräften erfolgen sollte und darf.. Während eines diagnostischen Prozesses nimmt die diagnostizierende Person (meistens) Symptome wahr und ordnet diese bestimmten “Kategorien oder „Syndromen“ zu (wie z.B. Depression). Dies sollte vorerst als Arbeitshypothese verstanden werden. Aus dieser Arbeitshypothese erfolgt weiters eine Behandlungsstrategie. Manchmal erscheint es jedoch auch notwendig, diese Arbeitshypothese - zur besseren Behandlung - zu korrigieren. (Nicht verwunderlich, dass es sein kann, dass eine bestehende Diagnose geändert wird oder unterschiedlichen DiagnostikerInnen zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen.).

Ein solcher diagnostischer Prozess ist immer ein Prozess des Dialogs mit einer Fachkraft. Dabei sollte in Betracht gezogen werden, dass im Rahmen der Interpretation sowohl Kind als auch Eltern konfrontieren werden mit Situationen mit

- einer (ihnen meist) unbekanntem Personen (Fachkraft)
- einer fremden Prüfungssituationen (Tests, Spiele)
- ungewohnten Vorgehensweisen und Fragen.

Damit Diagnoseprozesse nicht primär auf Defizite abzielen, sollten sie auch die Perspektive und Bewertung von Ressourcen, Stärken, sowie anderen Aspekten wie z.B. Liebe oder Stolz, Eltern zu sein, einschließen.

2. Psychische Verletzlichkeit/Krankheit als Stressfaktor für Kinder

Es wird geschätzt, dass 1 von 4 unter uns, an einem gewissen Punkt im Leben Erfahrungen macht, die den Kriterien einer psychischen Krankheit entsprechen (WHO 2008, The Royal College of Psychiatrists). Unterschätzte Belastungen und „vergessene“ sind dabei harte Worte, welche häufig die Situation von Kindern beschreiben, die im Umfeld von psychisch verletzlichen Eltern leben – mit Ausnahme von Kindern im Umfeld von

Substanzenmissbrauch (Alkohol). Hilffsysteme zeigen erst seit kurzem eine erhöhte Sensibilität gegenüber den (bisweilen vergessenen) Bedürfnissen dieser Kinder. Medienwirksame fatale Ereignisse in belastenden Familiensystemen oder schwere Vernachlässigung von Kindern in diesem Zusammenhang (z.B. EUFAMI Konferenz 2009) haben vermehrt dazu geführt, dass Fachkräfte und die Gesellschaft versuchen, das Bewusstsein für diese Gruppe von Kindern zu erhöhen.

Das Leben von Kindern im Umfeld eines psychisch verletzlichen Elternteils kann mit der Situation mit einem chronisch schwer kranken Elternteil verglichen werden: es besteht ein vergleichbares Ausmaß an z.B. Ängsten und Auswirkungen. Der große Unterschied ist, dass die meisten somatischen Erkrankungen (Diabetes, Krebs, Herzkrankheiten) eher sozial akzeptiert werden, PatientInnen meist Krankheitseinsicht zeigen und sich auch "krank" fühlen. Auch für die Kinder ist meist klar, dass sie für die Krankheit ihrer Eltern nicht verantwortlich sind. Meistens zeigt die Umgebung auch Verständnis für PatientInnen und deren Kinder. Im Gegenteil dazu fühlen sich Kinder von Eltern mit psychischen Krankheiten oft für das „Nicht-Gut-Gehen“ ihrer Eltern bisweilen verantwortlich. Sehr oft werden diese Gefühle sogar noch durch die Umgebung verstärkt (wenn sich Kinder zusammenreißen sollen, weil es den Eltern nicht gut geht).

Daten zeigen, dass 30% bis 60% von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen betreuungsbedürftige Kinder haben. Wussten Sie, dass jedes 8. Kind einen Elternteil hat, dem es auf diese Weise schlecht geht? Trotz der Tatsache, dass während der letzten Jahre psychische Verletzlichkeit in Teilbereichen sozial akzeptierter (Burn-out-Syndrom oder Depression) werden psychische Erkrankungen nach wie vor tabuisiert und stigmatisiert. Je weiter wir uns in Richtung Schizophrenie, bipolare Störungen, Substanzmissbrauch, Borderline-Persönlichkeitsstörung bewegen, desto weniger Wissen und Bewusstsein finden wir in der Öffentlichkeit.

3. Kontakt zu Familien

Die meisten (nicht einschlägig psychiatrisch vorgebildeten) Fachleute aus verschiedenen Bereichen (z.B. KindergärtnerInnen, FrühförderInnen), die mit Kindern arbeiten, berichten über Unsicherheit, Unbehagen und sogar Angst im Kontakt mit psychisch verletzlichen Eltern. Fehlende Informationen über die psychischen Erkrankungen, über Symptome, Coping-

Mechanismen und die Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Kinder sind die häufigsten Gründe für diese "Unsicherheit". Mehr und mehr sind sich die Fachkräfte jedoch dessen bewusst, und suchen in der Regel nach angemessenen Informationen.

-Was bedeutet „psychische Verletzlichkeit/psychische Krankheit“ und welche Auswirkungen zeigen die verschiedenen Diagnosen?

Die zweite Gruppe der Fragen konzentriert sich auf die persönliche Wahrnehmung und auf Möglichkeiten zu identifizieren, was wahrgenommen wird:

- Kann ich (als Fachkraft) mögliche Veränderungen und Symptome wahrnehmen und beobachten, wenn ich mit Familien oder Kindern arbeite?

Die dritte Art von Fragen konzentriert sich auf das Kind (wahrscheinlich verbunden mit der vierten Frage)

- Was bedeutet dies für das Kind? - Was kann ich als Fachkraft tun?

- Welche Art von Hilfe brauchen die Kinder?

Die inhaltliche Struktur dieses Moduls folgt dabei größtenteils diesen vier Fragen.

4. Psychische Verletzbarkeit / Krankheit – Wovon sprechen wir?

Psychische Erkrankungen gibt es in allen Ländern und diese verursachen immenses Leid. Ihre Verbreitung auf der ganzen Welt ist bei einigen (zum Beispiel: Schizophrenie, bipolare Störung) gleich, bei anderen wiederum (Angststörungen, Alkoholismus) sehr unterschiedlich. Menschen mit diesen Erkrankungen sind häufig sozialer Isolation, schlechter Lebensqualität und erhöhter Sterblichkeit „ausgegrenzt“. Diese Erkrankungen verursachen unglaubliche wirtschaftliche und soziale Kosten. (WHO 2008)

Millionen von Menschen sind weltweit von psychischen Störungen, Verhaltensstörungen und Substanzenmissbrauch betroffen. Schätzungen der WHO im Jahr 2002 ergaben, dass 154 Millionen Menschen weltweit an Depressionen leiden und 25 Millionen an Schizophrenie; 91 Millionen Menschen von Alkoholmissbrauch und –erkrankungen und 15 Millionen von Drogenmissbrauch betroffen sind.

Daten zeigen, dass die Häufigkeit von Symptomen psychischer Verletzlichkeit in der allgemeinen Bevölkerung ansteigt. Die Zahl der Frauen, die – in Österreich z.B. aufgrund von Depression in Pension - gehen, ist dramatisch gestiegen. Dies bedeutet auch, dass **immer mehr** Kinder, zumindest während bestimmter Zeiten ihres Lebens, Eltern haben, die krank

oder schwer betroffen sind. Es gibt kein einheitliches kausales Modell, auf welches diese Zunahme der psychischen Verletzbarkeit zurück zuführen wäre. Gründe für die Zunahme der psychischen Verletzlichkeit werden auf allen Ebenen des bio-psycho-sozialen Modells von psychischen Erkrankungen vermutet: erhöhtes Stressniveau, erhöhte elterliche Herausforderungen, Wirtschaftskrise, Notwendigkeit von Mobilität, Druck, demographische Veränderungen, Veränderungen in der Familie, etc.

Bis 2020 wird Depression wahrscheinlich die zweithäufigste Krankheit sein, nach WHO-Daten. Auf der anderen Seite kann eine massive psychische Verletzlichkeit der Eltern, vor allem der Mutter, als ein wesentlicher Faktor für Entwicklungsstörungen bei Kindern (Laucht, 2009) gesehen werden.

Einer unserer zehn Jahre alten Jungen beschrieb seine Erfahrungen in Bezug auf seine eigene Mutter, die versuchte, Selbstmord zu begehen und von dem Jungen selbst gefunden wurde so: "Bei Mama gibt zu viele Teile des Puzzles, manchmal passen sie nicht zusammen. Und auch wir können nicht genug Rahmen für das Puzzle geben"

5. Warum beurteilen wir psychische Verletzlichkeit als chronischen Stressfaktor für Kinder?

Obwohl psychische Erkrankungen vergleichbar sind mit chronischen somatischen Erkrankungen, müssen einige spezifische Faktoren hervorgehoben werden, die eine wichtige Rolle in Bezug auf die Belastung der Kinder spielen.

5.1 Dauer

Basierend auf den wichtigsten diagnostischen Kriterien (ICD-10, DSM IV) sind psychische Erkrankungen durch eine gewisse Tendenz zur Chronifizierung gekennzeichnet, z. B. Symptome, die über einen längeren Zeitraum andauern müssen. Auf der anderen Seite zeigen empirische Daten (Chaudron et al., 2006), dass Kinder, die im Rahmen eines psychisch auffälligen Systems leben, bereits nach drei Monaten erste Anzeichen von Leiden und Entwicklungsstörungen zeigen. **Mit der Zeit erhöht sich dabei die Intensität der Symptome.** Dabei ist zu beobachten, dass die meisten Episoden psychischer Verletzlichkeit länger als sechs Monate dauern. Es ist weiters bekannt, dass es zwischen drei bis sieben Jahren dauert, bis ein betroffener Elternteil für sich ein Problem als „seelisch“ erkennt und anfängt, seine emotionale oder soziale Beeinträchtigung oder die Verhaltensauffälligkeit als

mögliche psychische Krankheit zu sehen. Während dieser Zeit (und manchmal auch noch länger) müssen Kinder in diesem Umfeld leben, besonders wenn die Eltern keine Hilfe suchen, oder wenn die Kinder selbst keine für ihre Umwelt auffälligen "Symptome" zeigen.

5.2 Diskrete, versteckte Symptome

Ein zweiter Faktor, der psychische Anfälligkeiten charakterisiert und als chronischer Stressor bewertet werden kann, ist, dass manchmal die Symptome nicht so schwerwiegend bzw. von der Norm abweichend sind, sodass diese metaphorisch auch „zu Hause versteckt“ werden können. Sie können als Folge normaler Lebensumstände erklärt werden (z.B. als Traurigkeit einer Mutter einige Jahre nach der Scheidung oder nach dem Verlust ihres Jobs). und auf diese Weise als etwas „Normales“ bewertet werden. Kinder können meist jedoch nur dann Hilfe bekommen, wenn die Eltern erkennen, dass sie selbst Hilfe brauchen.

5.3 Mangelnder Realitäts-Check - normale soziale Isolation von kleinen Kindern

Kleinen Kindern steht meist kein "Realitäts-Check" zur Verfügung, da sie aufgrund ihres Alters "geschützt" innerhalb ihrer Familie leben. Ihre Eltern sind meist die einzigen und wichtigsten "Bezugspersonen" und vertreten "Normalität", mit minimalen externen Korrekturmöglichkeit (einschließlich der Gefahr einer "folie à deux", in dem das Kind z.B. Gefahr läuft, das z.B. wahnhaftes Wahrnehmungssystem der Eltern zu übernehmen: für das Kind ist es scheinbar „normal“, dass Fensterläden zuhause immer geschlossen sind, dass Eltern nicht auf den Spielplatz gehen etc.)

5.4 Plötzliche Unterbrechung des Alltags, Instabilität von Beziehungen

Gute Vorhersehbarkeit von Verhalten und Situationen gibt Kindern das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit. Anspannung und Alarmzustände sind dann meist nicht notwendig. Symptome einer psychischen Erkrankung der Eltern können dabei genau diese Vorhersehbarkeit gefährden: Der Vater muss plötzlich ins Krankenhaus, der Sohn findet seine Mutter leblos im Bett, wo diese nach einem Selbstmordversuch nicht mehr aufwacht. Normalerweise sind Kinder nicht auf solche Situationen vorbereitet und in der Regel können etc. Im Regelfall sind Kinder nicht vorbereitet, solche Situationen zu bewältigen. Mit Ausnahme von Alkoholmissbrauch machen unerklärliche Verhaltensveränderungen von Eltern Kindern meist Angst: die Mutter verlässt das Bett nicht mehr, sie zündet überall Kerzen an, redet wirr etc. Diese unberechenbaren Veränderungen sind meist die Ursache für das Gefühl der (existentieller) Unsicherheit. Der Vater versprach mit Sarah fort zu gehen, aber er tat es

nicht. Peter zeigte seiner Mutter stolz, was er gebastelt hatte, sie schrie ihn – für ihn völlig unverständlich - an. Lisa fand ihre Mutter auf dem Boden schlafend. Unsicheres Bindungsverhalten kann eine Auswirkung dieses unvorhersehbarem Verhaltens sein.

5.5 Psychische Erkrankung als Familiengeheimnis

Im Unterschied zu Kindern, die im Umfeld von Eltern mit chronischen somatischen Erkrankungen leben, möglicherweise mit Ausnahme von Krebserkrankungen – ist die psychische Verletzlichkeit der Familie meist ein „Tabu“ bzw. Geheimnis, sowohl vor dem Kind als auch im Sinne eines Sprechverbotes gegenüber der „Außenwelt“ als auch noch immer innerhalb der Gesellschaft..

Fehlende Informationen über die elterliche psychische Erkrankung und das Tabu, darüber zu sprechen, verhindern dabei die Bewältigung der Situation für das Kind. Viele Kinder neigen auch dazu, die Reaktionen der Eltern in Bezug auf sich selbst bzw. eigenes kindliches Verhalten zu interpretieren, vor allem, wenn das Gefühl der Verantwortung verstärkt wird, wie beispielsweise: "Du bist es, die mich krank macht!" „Wegen dir ist die Mutter im Krankenhaus." So beziehen Kinder in der Regel den Ärger oder die Traurigkeit der Eltern (als Symptom der Erkrankung) auf ihr eigenes, „möglicherweise falsches" Verhalten. Dies kann als erstes "Tröpfchen" dienen, das zur Entwicklung von Schuldgefühlen und schließlich zu eigener psychischer Verletzlichkeit (z.B. im Sinne künftiger Depressionen oder Angststörungen) führen kann.

Eine psychische Erkrankung als Familiengeheimnis hat dabei zwei Konsequenzen:

- a. Innerhalb der Familie: Das Kind weiß nicht, was los ist, obwohl es das Gefühl hat, dass "etwas nicht ist, wie es sein sollte" und
- b. Für die Gesellschaft: Mangelndes Bewusstsein über psychische Krankheiten bedeuten, dass das Kind allein ist, ohne die Möglichkeit, Hilfe aus der Umgebung zu erhalten.

5.6 Intensität der Symptome von psychischen Erkrankungen

Die wahrgenommene Belastung ist nicht in erster Linie mit der Diagnose einer psychischen Erkrankung verbunden, sondern vor allem mit der Schwere der Symptome. Je schwerer die elterlichen Symptome sind, d.h. je mehr sie sich von „normalen“ Verhaltensmustern unterscheiden, desto höher ist ihre negative Auswirkung auf das Kind. Symptome der Schizophrenie oder einer bipolaren Störungen und bzw. Borderline scheinen dabei höhere negative Auswirkungen auf das Kind zu haben als Symptome anderer Diagnosen. Die

Erfahrung zeigt, dass in einigen Fällen bei Kindern in diesem Zusammenhang auch posttraumatische Belastungsstörungen auftreten können.

5.7 Alter des Kindes

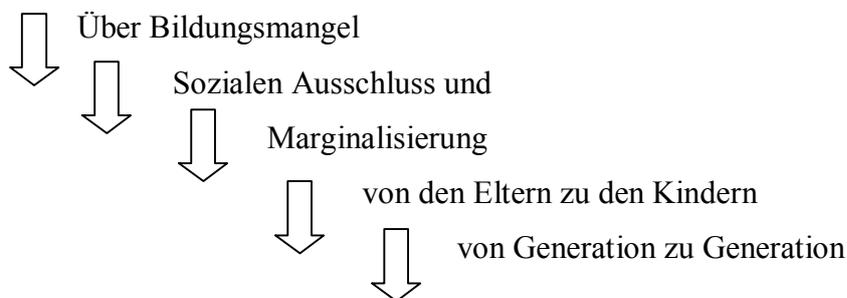
Ein weiterer Faktor ist das Alter der Kinder: Je jünger das Kind ist, desto höher sind die negativen Auswirkungen in Bezug. Gründe dafür liegen darin, dass dem kleinen Kind meist andere unterstützende (Sozial-)Systeme fehlen, sowie dass der Stresslevel bei den Kindern erhöht ist und biologische Ressourcen des Kindes verringert werden.

5.8 Beide Eltern sind psychisch verletzlich?

Zwei gefährdete Elternteile zeigen statistisch größere Auswirkungen auf die Entwicklung eines Kind, als nur einer (selbst wenn es ein unterstützendes soziales Netzwerk gibt). In solchen Fällen liegt die Wahrscheinlichkeit der „Übertragung“ der genetischen (biologischen) Verletzlichkeit und psychischer Probleme auf die Kinder in bestimmten Lebensphasen zwischen 40 und 50% (z.B. bei Eltern mit Schizophrenie)

Allerdings hebt Tytti Solantaus hervor, dass diese trans- und intergenerationelle Übertragung nicht nur im Hinblick auf die genetische Veranlagung gesehen wird. Solantaus beschreibt eine mögliche Übertragung auf verschiedenen Stufen:

Die Übertragung von psychischen Störungen (Solantaus 2009)



Zusammenfassend bedeutet dies, dass eine psychische Verletzlichkeit von mindestens einem Elternteil immer als ein Belastungsfaktor gesehen werden muss, der alle anderen Familienmitglieder, vor allem kleine, beeinflusst. Aus den oben genannten Gründen sind sie somit verstärkt der Gefahr ausgesetzt, dass ihre Bewältigungsstrategien nicht ausreichen.

Auf der anderen Seite zeigt die praktische Arbeit mit psychisch verletzlichen Eltern, dass die Eltern (sowohl der betroffene Elternteil als auch der nicht betroffene) in der Regel nicht immer erkennen, dass die Entwicklung ihrer Kinder gefährdet sein könnte. Die meisten Eltern von ihnen berichten, dass sie **nicht** davon ausgehen

- ihre Kinder wahrnehmen, was mit ihnen als betroffenen Elternteil geschieht,
- dass sie Veränderungen im familiären System wahrnehmen, sodass Eltern auch eine Normalität „vorzuspielen“ versuchen
- dass die Kinder sich für die Krankheit verantwortlich fühlen könnten

Eine solche Unterschätzung der Fähigkeiten der Kinder, Veränderungen in der Familie „nicht zu fühlen und zu sehen“ geht teilweise auch von Fachkräften aus, die die Kinder mit ihren Belastungen alleine lassen, ohne ihnen professionelle Hilfe zu bieten. In der Praxis sehen wir, dass (teilweise mit Ausnahme von Eltern mit Alkoholmissbrauch) Fachkräfte in der Psychiatrie Kinder sehr oft als **Therapeutikum für ihre Eltern** „missbrauchen“.

Da Kinder jedoch aktive Konstrukteure ihrer eigenen Wirklichkeit sind, sind sie meist in der Lage, (unerwartete) emotionale Veränderungen oder „anderes“ Verhalten ihrer Eltern zu erkennen. Der erste Schritt in unserer Arbeit ist es, Eltern zu sensibilisieren, ihnen bewusst zu machen, dass ihre Kinder - auch wenn sie nicht z.B. noch nicht fähig sind, ihre Situation zu verbalisieren - schon früh in ihrem Leben (im Alter von 3-4 Jahren) in der Lage sind, diese Veränderungen zu erkennen. Aus diesem Grund ist es sehr wichtig, die Sensibilität der Eltern auf die Bedürfnisse ihrer Kinder zu lenken und zu erhöhen, insbesondere in turbulenten Zeiten mit schweren Symptomen.

6. Wie reagieren Kinder?

Manifestierte Symptome (Reaktionen) bei Kindern sind - sowohl im Lebenszusammenhang schwerer chronischer somatischer Erkrankungen als auch langfristiger psychischer Verletzlichkeit - sehr ähnlich, in der Regel jedoch unspezifisch. Diese unspezifischen Symptome sind auch ein Grund dafür, dass der Leidensdruck des Kindes, oft auch von Seiten der Fachkräfte, nicht erkannt wird. Das Alter des Kindes trägt viel mehr zu den möglichen Störungen bei, als die festgestellte Diagnose der Eltern (Pretis & Dimova 2004).

Kinder können mit unterschiedlichen Bewältigungsstrategien reagieren (siehe Modul 3 zur "Rollen-Übernahme"). Außerdem sind die Reaktionen in hohem Maß vom Alter, Geschlecht und Temperament abhängig (siehe Modul 4).

In den **ersten Jahren ihres Lebens** reagieren Kinder z.B. möglicherweise mit Regulationsstörungen, im Sinne erhöhten Weinens, Verzögerungen. Verzögerungen in der Sprachentwicklung oder im kognitiven Bereich sind häufig, wenn auch sehr diskret. Zu **Beginn der Vorschul- oder Kindergartenzeit** betreffen Störungen überwiegend den sozial-emotionalen Bereich. Jedes Kind und jede Familie sind jedoch anders. Die Betreuung bzw. die Kontaktaufnahme mit den Familien ist somit immer ein sehr individuell angepasster Prozess.

6.1 Was erzählen Kinder nachträglich?

Viele der Studien über die Erfahrungen von Kindern mit psychisch verletzlichen Eltern zeigen ähnliche Ergebnisse. Kinder psychisch kranker Eltern berichten retrospektiv meist von Gefühlen der Hilflosigkeit, (Wagenblass, 2001) und Einsamkeit (Marsh & Dickens 1997), manchmal fühlten sie sich schuldig und verantwortlich für das, was in ihrer Familie oder mit dem betroffenen Elternteil los ist, häufig unsicher, alleine gelassen, ängstlich und überfordert.

Es ist dabei wichtig zu betonen, dass in Bezug auf die psychische Gesundheit des Kindes Möglichkeiten geboten werden sollten,

- nicht nur zu verstehen, dass die Mutter depressiv ist, der Vater trinkt oder Halluzinationen hat,
- sondern auch in der Lage sein sollten, zwischen dem krankheitsbedingten und dem „normalen“ Verhalten der Eltern zu unterscheiden,
- und ein Recht auf Raum für gesunde Gefühle bestehen sollte: wie Wut, elterliche Täuschung, Enttäuschung, Traurigkeit und diese Gefühle mit Hilfe und Unterstützung einer Fachkraft auch ausdrücken zu dürfen.

7. Die Bedürfnisse von Kindern im Kontext von psychisch verletzlichen Eltern (siehe spezifisch auch Modul 4: Förderung der Resilienz)

- a. Kinder müssen sich sicher und wohl fühlen. Für jede Fachkraft, die mit Kindern arbeitet, sollte somit die erste Frage lauten: „Was kann ich als ExpertIn tun, um das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit für das Kind zu erhöhen?“
- b. Kinder brauchen Informationen. Die damit verbundene Frage für die Fachkraft ist: „Wie kann ich die Eltern und das gesamte Familiensystem - optimalerweise gemeinsam - über die Verletzlichkeit im Familiensystem informieren und in Richtung vorhandener Bedürfnisse der Kinder sensibilisieren?“ Innerhalb der beiliegenden methodischen

Materialien werden dazu konkrete berufsgruppenspezifische Vorschläge beschrieben. Die Bedürfnisse der Kinder sollten jedoch wahrgenommen und befriedigt werden. „Wie kann ich als Fachkraft gewährleisten, dass die Eltern in der Lage sind, die Bedürfnisse des Kindes besser zu erkennen und auf diese einzugehen? Und wenn dies nicht möglich ist, wie dies durch andere unterstützende Maßnahmen gewährleistet werden kann.“

- c. Kinder brauchen weiters altersadäquate Aufgaben und Herausforderungen. Es besteht manchmal jedoch auch die Gefahr, dass Kinder durch ihre verletzlichen Eltern Verantwortungen übertragen bekommen, welche ihrem Alter entsprechen, im Sinne einer "Parentifizierung oder Rollenumkehr, dass z.B. Kinder Elternrollen übernehmen.“

8. Elternschaft und psychische Verletzlichkeit

Obwohl 25% der Sorgerechtsfälle vor Gericht im Zusammenhang mit einer psychischer Verletzlichkeit der Eltern stehen, bedeutet dies nicht automatisch, dass psychisch verletzte Eltern nicht fähig sind, ihre Kinder großzuziehen. Die individuelle Bewertung der Betreuungs/Pflegesituation, der kindlichen Sicherheit, der Bindung, der altersgerechten Förderung, der Bereitstellung von Normen, Regeln und Werten, zusammen mit elterlicher Compliance - im Sinne des Aufsuchens oder der Annahme von Unterstützung oder Hilfe, sind wesentliche Indikatoren für gute (bzw. ausreichende) elterliche Kompetenzen. Allerdings: ***Kinder dürfen niemals als Stabilisierung oder (besonders wichtig!) als psychische Medikation für die erkrankten Eltern herangezogen werden.***

Im Bereich des Alkoholmissbrauchs scheinen diese Empfehlungen in der Öffentlichkeit anerkannt zu werden, in anderen Situationen (z.B. in Bezug auf fehlende Compliance) kann beobachtet werden, dass Erwachsenenpsychiatrie und Jugendwohlfahrt noch immer zögern, erforderlichen Leistungen für Kinder anzuerkennen und umzusetzen.

Allerdings zeigt die Erfahrung auch, dass sogar in reichen Gemeinden mit einer Vielfalt an unterstützenden Systemen (medizinischen, sozialen oder erzieherischen) das Risiko hoch ist, dass die Kinder einfach „vergessen“ werden, da unterstützende Systeme ihre Aufmerksamkeit in erster Linie auf die Bedürfnisse der betroffenen Eltern richten. Darüber hinaus ist - im Falle von episodisch auftretenden Symptomen die zur Verfügung gestellte Hilfe meist zeitlich begrenzt und kaum ausreichend

9. Kinder im Kontext von depressiven Eltern

Der inhaltlich-diagnosenorientierte Teil innerhalb dieses Moduls - im Hinblick auf unterschiedliche Formen von psychischer Erkrankung oder allgemeiner in Hinblick auf „psychische Verletzlichkeit“ basiert auf der Klassifikation des (DSM IV TR) (Diagnostisch-statistisches Manual psychischer Störungen) der amerikanischen „Psychiatric Association“ (APA). Um als Fachkraft diagnostische Kriterien, besser wahrnehmen zu können, auch wenn man nicht in erster Linie im Bereich der Psychiatrie tätig ist, sind die Symptome didaktisch in 4 Kategorien angeordnet (etwas abweichend vom DSM), und zwar in den Kategorien: Fühlen, Denken, Verhalten und körperliche Reaktionen.

9.1 Symptomatologie (didaktisch strukturierter Überblick an Kriterien)

FÜHLEN

- Depressive Stimmung beinahe den gesamten Tag, beinahe jeden Tag, berichtet durch subjektive Angaben (z.B. fühlt sich traurig oder leer) oder von anderen beobachtet (z.B. erscheint weinerlich). (Bei Kindern und Jugendlichen kann dies als gereizte Stimmung charakterisiert werden)
- Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag

DENKEN

- Wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur die Angst vor dem Sterben), wiederkehrende Suizidgedanken ohne spezifischen Plan, oder ein Suizidversuch oder ein konkreter Plan, Selbstmord zu begehen
- Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder Entscheidungsunfähigkeit beinahe jeden Tag

VERHALTEN

- Psychomotorische Unruhe (höhere Aktivität) oder Verlangsamung beinahe jeden Tag
- Müdigkeit oder Energieverlust beinahe jeden Tag
- Gefühle der Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle fast jeden Tag

KÖRPERLICHE REAKTIONEN

- Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme (z.B. eine Schwankung von mehr als 5% des Körpergewichts in einem Monat) oder die Ab- bzw. Zunahme des Appetits beinahe jeden Tag.
- Schlaflosigkeit oder extreme Schläfrigkeit beinahe täglich

Nach den DSM-IV muss eine Person, die an Depressionen leidet, entweder eine depressive Stimmung oder Freud- bzw. Interessenlosigkeit bezüglich täglicher Aktivitäten konsequent

für mindestens einen Zeitraum von zwei Wochen aufweisen. Diese Stimmung muss sich deutlich als eine Veränderung zu der „normaler Stimmung“ dieser Person abzeichnen, soziale, berufliche oder andere wichtige erzieherische Funktionen müssen durch die Veränderung der Stimmung auch negativ beeinträchtigt werden. Eine depressive Stimmung, welche durch Substanzen verursacht wird (wie Drogen, Alkohol, Medikamente) oder die Teil eines allgemeinen medizinischen Zustandes ist, ist nicht als Depression in der üblichen Art zu sehen. (...) Außerdem bessern sich die Symptome durch Trauerarbeit (nach dem Verlust eines geliebten Menschen) nicht; weiters dass die Symptome länger als zwei Monate anhalten oder sich durch funktionelle Beeinträchtigungen, krankhafte Beschäftigung mit Wertlosigkeit, Suizidgedanken, psychotische Symptome oder psychomotorische Retardierung kennzeichnen.

9.2 Die Auswirkungen von Depression auf das tägliche Leben der Kinder

Im Rahmen einer schweren Depression kann es für die betroffenen Eltern durchaus möglich sein, auf sensiblem Wege auf die emotionalen Bedürfnisse des Kindes einzugehen. Eine Mutter berichtet jedoch auch, dass ihr während einer schweren Depressionsphase "alles egal gewesen sei, auch ihre Kinder." Während Episoden der Remission kümmerte sie sich jedoch liebevoll um ihre Kinder.

Besonders in Bezug auf das Ausmaß an verfügbarer "Energie/Motivation" der Eltern mit Depressionen zeigen Kinder hohe Sensibilität: Motivation und Energie sind dabei nicht konstant verfügbar, Kinder werden ständig mit unerwartetem und unerklärlichem Verlust von Energie, Motivation und Ansprechbarkeit der Eltern konfrontiert : "Manchmal reagiert meine Mutter/mein Vater, manchmal nicht, wie kann ich mir sicher sein, ob und wann er/sie auf meine Bedürfnisse eingehen wird?" "Durch diese instabile elterliche Reaktionsfähigkeit oder manchmal auch negativ-gereizten Reaktionen, eher bei Männern („Sei ruhig, stört mich nicht“), neigen die meisten (Klein-) Kinder dazu, nach einiger Zeit aufzugeben, unsicheres Bindungsverhalten kann die Folge sein..

Manchmal wird die Mutter oder der Vater auf den Kontaktwunsch der Kinder reagieren, manchmal wird er oder sie für Tage und Wochen im Bett bleiben. Kleine Kinder sind daher mit einem Verhalten konfrontiert, welches aus der Perspektive eines Kindes, sehr schwer vorherzusehen ist. Für das Kind ist es daher nicht offensichtlich, ob und wann seine oder ihre emotionalen, kognitiven, sprachlichen oder sozialen Bedürfnisse erfüllt werden. Manchmal wird es möglich sein, manchmal nicht. Es gibt meist keine eindeutigen Signale, in welchen Fällen dies geschehen wird. Oft werden Kinder mit ihren existenziellen Bedürfnissen alleine

gelassen. **Diese unvorhersehbare Unregelmäßigkeit oder Unsicherheit aktiviert das kindliche Alarmsystem, der Grad ihrer Aktivierung ist daher höher.**

Darüber hinaus werden diese Kinder möglicherweise mit Suizidversuchen konfrontiert – auch im Sinne äußerst traumatischer Situationen (Krankenwagen, Sorgen um die Mutter/ Vater ...)

9.2.1 Den emotionalen Trainer für die depressiven Eltern spielen

Bemerken Kinder, dass die Reaktionen ihrer Eltern verlangsamt sind oder gar nicht vorhanden, wird meist das ältere Kind oder Einzelkind vorerst versuchen, seine oder ihre Aktivitäten zu verstärken, um die Eltern anzuregen, aktiv und glücklich zu sein (es sei denn, eine gesunde Bezugsperson steht zur Verfügung). Sehr bald wird das Kind jedoch auch beobachten, dass seine Bemühungen keine Veränderungen im Verhalten der psychisch verletzlichen Eltern verursacht. Dies kann zu einem verstärken der Versuche führen ihre investierte Energie erhöht sich dramatisch. Die fehlende Reaktion kann sich enttäuschend auswirken. Gefühle der Hilflosigkeit oder Trauer sind als Konsequenzen zu erwarten oder aber herausforderndes Verhalten. Wir sind davon überzeugt, dass im Falle einer Depression, die erhöhte Labilität der Eltern sich wesentlich auf die Entwicklung/Erkrankung des Kindes auswirkt.

9.2.2 Schutz durch Verantwortungsübernahme für die betroffenen Eltern – „Parentifizierung“

Schon sehr früh erkennen Kinder, dass durch die fehlenden/wenigen Aktivitäten der Eltern die häusliche Struktur nicht funktioniert. Innerhalb der nächsten Phase werden Kinder beginnen, sich ihrer eigenen Bedürfnisse selbst anzunehmen, wenn es sonst niemanden gibt, der dies tun könnte. Manchmal wird diese Rolle auch für ihre Geschwister sowie den betroffenen Elternteil eingenommen. Dies ist auch z.B. im Rahmen der Schizophrenie, bipolaren Störungen, oder Alkoholproblemen zu beobachten. Unsere Erfahrung zeigt, dass bereits ein Kind von 5 Jahren die Verantwortung übernehmen kann, die Mutter an die Einnahme eines Medikamentes zu erinnern. Diese nun reale Verantwortung für die psychische Gesundheit der geliebten Mutter ist eine sehr große Belastung für das Kind (oder auch andere Erwachsene), vor allem, weil dies sich vielleicht über viele Jahre erstreckt.

9.2.3 Probleme der frühkindlichen Entwicklung

Bei der Arbeit mit Kindern von psychisch verletzlichen Eltern kann es in vielen Fällen zu frühzeitlichen Entwicklungsproblemen kommen, auch wenn meist keine organischen Gründe vorliegen. Als Ergebnis emotionaler „Verlusterlebnisse“ im Falle von Depressionen sowie vor

allen kognitiver Beeinträchtigungen im Rahmen der Schizophrenie, können wir eine erhöhte Störung im Sprachausdruck bei Kleinkindern bereits innerhalb der ersten Jahre feststellen. Empirische Ergebnisse zeigen, dass Kinder, die im Lebenszusammenhang depressiver Eltern aufwachsen, häufiger (Milgrom et al 1996) ein geringeres exploratives Verhalten zeigen (Field et al. 1996) und auch, dass sie kaum angemessen reagieren z.B. auf verbale Stimulationen ihrer Eltern.

9.3 Was sind die wichtigsten Strategien zur Unterstützung von Kindern im Kontext von Depression?

- a. Die **Behandlung** der elterlichen Depression ist der erste und wichtigste Schritt in Richtung Wohlergehen des Kindes. Dadurch wird die Belastung für das Kind reduziert. Es muss betont werden, dass eine Depression eine Krankheit darstellt, welche in den meisten Fällen sehr erfolgreich behandelt werden kann. Eine komplette Remission ist möglich (keine Symptome). Eine Kombination von **Medikation, Psychoedukation und unterstützender Psychotherapie** führt zu den besten Ergebnissen.
- b. Kinder im Kontext der Depression brauchen Freude, Ansprache, Situationen, in denen sie ihre Gefühle ausdrücken können. Für die tägliche Arbeit bedeutet dies, gesunde Familienmitglieder zu aktivieren oder familiäre NetzwerkpartnerInnen zu nutzen, um Inseln der Freude, des Spaßes, des Optimismus, der Aktivierung zu schaffen - sorgenfreie Inseln.
- c. **Information:** Von Anfang an muss dem Kind – optimalerweise gemeinsam mit den Eltern - erklärt werden, dass die „Traurigkeit/Müdigkeit, teilweise Gereiztheit“ der Eltern nichts mit dem eigenen Verhalten zu tun hat. Dass er oder sie nicht schuld ist am Verhalten der Eltern. Dass ihr/sein Verhalten nichts mit der Müdigkeit, Reizbarkeit oder dem Weinen der Mutter/des Vaters zu tun hat, sondern mit einer Krankheit der Eltern verbunden ist.
- d. **Das Kind sollte somit die Möglichkeit haben, seine Gefühle auszudrücken**, laut zu sein, zu singen, zu tanzen, zu laufen, zu weinen, wütend zu sein (im besten Fall nicht in Anwesenheit der betroffenen Eltern), da ein solches Verhalten des Kindes möglicherweise zu einem Stressfaktor für den verletzlichen Elternteil werden könnte).

10. Kinder im Kontext von Eltern, die an einer bipolaren Störungen leiden

10.1 Symptomatologie (didaktisch strukturierter Überblick an Kriterien)

Die aktuellen diagnostischen Kriterien der bipolaren Störung verweisen darauf, dass eine bipolare Störung eine heterogene Erkrankung beschreibt, die in vielen verschiedenen Formen auftritt. Die Häufigkeit und Intensität von Stimmungsschwankungen (zwischen depressiven und manischen Phasen) variiert dabei stark von einer Person zur nächsten. Die Symptombeschreibung richtet sich in diesem Abschnitt auf die Manie, da jene der Depression bereits unter 10.1 beschrieben wurden.

FÜHLEN

- Ungewöhnliche und dauerhaft gehobene, expansive oder reizbare Stimmung über den Zeitraum von mindestens einer Woche (oder jeglicher Dauer, wenn ein Krankenhausaufenthalt notwendig ist). Die Stimmungsstörung ist stark genug, um ausgeprägte Beeinträchtigungen in beruflichen Funktionen oder in üblichen sozialen Aktivitäten oder Beziehungen mit anderen zu verursachen, bis hin zu einem notwendigen Krankenhausaufenthalt, um Schaden an sich selbst oder Dritten zu verhindern, oder es bestehen psychotische Merkmale
- übersteigertes Selbstbewusstsein oder Größenwahn, es kann auch zu immensen Wahnvorstellungen kommen

DENKEN

- Ideenflucht oder subjektive Erfahrung, die Gedanken seien wirr
- Ablenkbarkeit (d.h., die Aufmerksamkeit wird zu schnell von unwichtigen oder irrelevanten äußeren Reizen beeinflusst)

VERHALTEN

- gesprächiger als üblich oder bestehender Druck zu reden.
- vermehrte, zielgerichtete Aktivitäten (entweder sozial, beruflich, in der Schule oder sexuell) oder psychomotorische Unruhe
- übermäßiges Engagement bei angenehmen Tätigkeiten, die ein hohes Potenzial für schmerzhafte Folgen haben (z.B. Hemmungsloser Kaufrausch, sexuelle Indiskretionen oder unbedachte geschäftliche Investitionen)

KÖRPERLICHE REAKTIONEN

- vermindertes Schlafbedürfnis (z.B. fühlt sich ausgeruht nach nur 3 Stunden Schlaf) oder anhaltende Schwierigkeiten beim Einschlafen

Die Symptome treten nicht durch die direkte Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament oder eine andere Behandlung) oder durch eine allgemeine medizinische Behandlung auf.

Das DSM-IV TR charakterisiert bipolare Störungen als einen Zustand, in dem PatientInnen erhebliche Stimmungsschwankungen hat, die Wochen oder Monate dauern können. Die PatientInnen erleben mindestens eine manische Episode, in der die Stimmung überschwänglich ist; gefolgt von einem Zeitraum an Normalität oder Balance für mindestens zwei Monate vor dem Ausbruch einer depressiven Episode. Diese Stimmungsschwankungen sind nicht Ursachen einer Schizophrenie, schizoaffectiver Störungen, psychotischer Störungen oder Wahnvorstellungen. Die Stimmungsschwankungen sind auch nicht die direkte Folge von Substanzen wie Schlaftabletten oder Amphetaminen. Speziell bei manischen Episoden ist Alkoholmissbrauch stark präsent.

10.2 Die Auswirkungen einer bipolaren Störungen auf das tägliche Leben der Kinder

Eine lebenslange bipolare (speziell in Bezug auf bipolar 1) bezogene Erkrankung wird oft mit einer Auftrittshäufigkeit von 1% angenommen. Wenn Kinder im Kontext von Störungen beider Elternteile leben müssen, kann jedes zweite Kind Symptome entwickeln.

Kinder im Kontext bipolarer Störungen sind extremen Stimmungsschwankungen, die durch Alkoholmissbrauch verstärkt werden können, ausgesetzt. Auch wenn sie noch sehr jung sind, berichten die meisten Kinder, dass sie eindeutig merken, wenn sich das Verhalten der Eltern ändert: Ein Kind im Alter von 6 erzählte uns, dass der Vater sehr oft ins Restaurant ging bzw. die Kinder auf Getränke oder Eis einlud usw. Dann wisse er: „Es ist wieder soweit!“ Kinder beobachten Veränderungen, z.B. wenn die Eltern Wörter und Sätze verwenden oder seltsame Fragen stellen, die sie nicht während der stabilen Phasen verwenden würden. In manischen Phasen sind Kinder mit der Aktivierung und den Aktivitäten ihrer Eltern konfrontiert: ausgehen, nicht schlafen, laut zu sein, oft reizbar zu sein und sogar aggressiv.

Am Anfang ist dieses Verhalten für das Kind oft noch lustig; hinsichtlich von Wünschen, alles zu bekommen, jedoch wirkt die Intensität der Reaktionen oft erschreckend. Nach einiger Zeit wird es sehr jedoch anstrengend für das Kind; besonders wenn das Kind noch klein und gezwungen ist, den Aktivitäten der Eltern zu folgen. Sehr bald wird er oder sie bemerken, dass die eigenen Bedürfnisse nicht erfüllt werden, wenn Mama oder Papa seinem oder ihrem

Versprechen nicht nachkommt. Im Extremfall könnte auch Gefahr in Verzug sein. Eltern könnten vergessen, sich um ihr Kind ausreichend zu kümmern, es zu füttern oder grundlegende Sicherheitsregeln zu befolgen (zum Beispiel: die Kinder draußen längere Zeit der Kälte ohne Mantel, Handschuhe auszusetzen). Der Alltag ist ohne Struktur. Ein hohes Ausmaß an Intoleranz kann sich auch in Aggression gegen das Kind widerspiegeln, besonders wenn das Kind versucht, die Eltern in ihrem Verhalten zu korrigieren.

Da die betroffenen Eltern die "Kontrolle" zu verlieren scheinen und oft befremdende Aktionen setzen, kann dies für die Kinder oft beschämend enden. Wenn das Kind die Teilnahme verweigert und den Tätigkeiten der Eltern nicht folgen mag, konfrontieren die Eltern ihre Kinder oft mit verbaler Aggression. Nach einer gewissen Zeitspanne kommt es dann wiederum zu komplett gegenteiligen Verhaltensweisen. Eltern schreien, lachen, singen, sind großzügig, aber auch offensiv-aggressiv. Während der depressiven Phase hingegen wirken sie dann energielos, müde und ohne Motivation. Traurigkeit ist im Gesicht und in den Bewegungen zu erkennen. (siehe Depression).

Das Kind erlebt sich häufig allein gelassen (wenn es keinen anderen stabilen Erwachsenen in der Familie gibt). Es besteht die Gefahr, dass kindliche Bedürfnisse in beiden Phasen vernachlässigt werden können. Elterliche Reaktionen können widersprüchlich und für das Kind schwer zu verstehen sein: sie leben zwischen hoher Reizbarkeit und emotionalem Ausbruch z.B. in Bezug auf explosives Verhalten bis hin zu Traurigkeit und Depression.

Das unvorhersehbare Verhalten ist für das Kind schwer nachzuvollziehen. Die Auswirkungen für die Kinder liegen vor allem darin, dass die persönlichen Grenzen des Kindes überstiegen werden. Kinder in diesem Zusammenhang können Symptome von generalisierten Angststörungen und unsicherem Bindungsverhalten zeigen.

10.3 Leitlinien der Intervention

- a. Das wichtigste Ziel ist es, eine Behandlung für die betroffenen Eltern zu initiieren. Dies ist jedoch schwierig, da der betroffene Elternteil sich meist nicht "krank" fühlt, und das rechtliche Problem besteht darin, dass eine Person ohne ihre Einwilligung nicht behandelt werden darf.
- b. Für Fachkräfte ist es beinahe unmöglich, mit Eltern während einer akuten manischen Episode zu arbeiten - aufgrund der reduzierten Selbstreflexion.
- c. Eltern in einer akuten manischen Phase ist es in der Regel nicht möglich, in therapeutische Verträge einzuwilligen, da gerade die fehlende Compliance und

fehlende Krankheitseinsicht wichtige Symptome einer manischen Episode darstellen. Aus professioneller Sicht ist somit jeglicher „Vertrag“ mit den Eltern in dieser akuten manischen Phase mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Scheitern verurteilt. **Kinder sollten mit einer sich in der akuten manischen Phase befindlichen Person nicht alleine gelassen werden** – sofern keine Großeltern, ein gesunder Elternteil oder die Unterstützung eines sozialen Netzwerkes vorhanden sind. Das Kind kann ohne stabile Bezugspersonen als potentiell gefährdet erachtet werden, und zwar aufgrund mit hoher Wahrscheinlichkeit drohender Kindeswohlgefährdung. Wenn das Kind mit dem betroffenen Elternteil alleine lebt, sind Großeltern oder der Nachbarn oder eine Pflegefamilie als vorübergehende Lösung, zum Schutz des Kindes, anzudenken. Jedes Kind hat ein "Recht" auf klare Strukturen und Routinen, selbst in den Zeiten einer manischen Episode. Struktur und Routinen stellen die Basis für eine notwendige emotionale und physische Sicherheit dar.

- d. Wenn das Kind älter ist, sollte, ein "Krisen-Plan" für jede Situation vorbereitet werden. Dies gibt dem Kind ein Gefühl von Kontrolle innerhalb unerwarteter Situationen, die sich als kindeswohlgefährdend herausstellen könnten z.B: „Was kann ich tun, wenn meine Mutter oder Vater mit mir in der Nacht fortgehen will?“ „Wohin kann ich gehen? Wen kann ich anrufen, wenn die Mutter oder der Vater sich seltsam verhält?“
- e. Kinder brauchen (dem Alter angemessen) Verständnis und Informationen, dass die Veränderungen im Verhalten der Mutter/des Vaters durch die Veränderungen in der Funktionsweise des Gehirns ausgelöst werden.
- f. "Verträge" mit Fachkräften sollten sich auf den gesunden Elternteil konzentrieren, informieren Sie ihn/sie über:
 - a. Die Wichtigkeit der Befriedigung der (Basis)Bedürfnisse des Kindes und des Schutzes des Kindes
 - b. Mögliche unterstützende Maßnahmen für das Kind und das Familiensystem
 - c. Informationen über die Prognose, Behandlung, Diagnose und manchmal auch über die Veränderungen des Verhaltens des Partners/der Partnerin
 - d. Die rechtliche Situation: Wann kann ein Mensch gezwungen werden, sich einer Behandlung (medizinisch) gegen seinen Willen zu unterziehen.
- g. Wenn kein gesunder Elternteil vorhanden ist, sollten Unterstützungssysteme der Kinder- und Jugendwohlfahrt aktiviert werden.
- h. Bipolare Störungen weisen eine starke genetische Koppelung auf., sodass jede zusätzliche Belastung für die Kinder vermieden werden sollte.

11. Kinder im Umfeld von Eltern, die an Schizophrenie leiden

In den meisten Schulungen, wird Schizophrenie von Fachkräften mit unklaren, mystischen Bildern einer "gespaltenen Persönlichkeit" im Sinne von "Dr. Jekyll und Mr. Hyde " assoziiert. Tatsächlich bezeichnet die Schizophrenie eine psychische Störung, die mit diesem Bild überhaupt nichts zu tun hat. Die meisten Fachkräfte, die nicht hauptberuflich im Bereich der Psychiatrie arbeiten, zeigen große Schwierigkeiten zu verstehen, was unter Schizophrenie verstanden wird. In diesem Abschnitt gilt es als Schwerpunkt somit darzustellen, wie Menschen mit Schizophrenie "funktionieren" können und was dabei die Auswirkung auf Kinder sind. In der Gesamtbevölkerung, liegt der Verbreitungsgrad bei ca. 1-2%; Perälä et al. (2007) wiesen darauf hin, dass Umfragen in der Bevölkerung auf niedrigere Zahlen deuten. 13 von 100 Kindern mit mindestens einem erkrankten Elternteil werden jedoch auch Symptome dieser Krankheit entwickeln.

11.1 Symptome der Schizophrenie (didaktisch strukturierter Überblick an Kriterien)

Laut der überarbeiteten vierten Auflage des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-IV-TR), müssen für die Diagnose von Schizophrenie drei diagnostische Kriterien erfüllt sein:

Charakteristische Symptome: Zwei oder mehrere der folgenden Kriterien, jedes muss für einen Großteil der Zeit während einer Phase von einem Monat vorhanden sein (oder weniger, wenn die Symptome behandelt werden)

FÜHLEN

- Negative Symptome: abgestumpfter Affekt (Fehlen oder Rückgang der emotionalen Reaktionen), Sprachverarmung (Fehlen oder Rückgang der Sprache), Fehlen oder Rückgang der Motivation)

DENKEN

- Desorganisiertes Reden, das der Ausdruck einer formalen Denkstörungen ist. Das Kriterium der Sprachstörung ist nur dann erfüllt, wenn diese stark genug ist, um die Kommunikation wesentlich zu beeinträchtigen.
- Wahnvorstellungen: z.B. Verfolgungsideen, jemand spricht zu ihm/ihr

VERHALTEN

- Stark desorganisiertes Verhalten (z.B. die Kleidung ist unangemessen, weint häufig) oder katatonisches Verhalten (Spannung von Kopf bis Fuß)

WAHRNEHMUNG

- Halluzinationen

Wenn Wahnideen bizarre Vorstellungen annehmen oder Halluzinationen aus einer Stimme im Kopf bestehen, die die Handlungen des Patienten/der Patientin kommentiert oder, zwei oder mehr Stimmen im Gespräch mit einander stehen, ist allein schon dieses Symptom relevant (siehe oben).

Soziale/berufliche Dysfunktion: Während der meisten Zeit seit Störungsbeginn liegen ein oder mehrere wichtige Funktionsbereiche wie Arbeit, zwischenmenschliche Beziehungen, oder Selbsterhaltung deutlich unter dem vor dem Einsetzen der Krankheit erreichten Niveau.

Dauer: Kontinuierliche Anzeichen der Störung dauern mindestens sechs Monate an. Dieser Zeitraum von sechs Monaten muss mindestens einen Monat von Symptomen begleitet sein (oder weniger, wenn die Symptome behandelt werden).

Schizophrenie kann nicht diagnostiziert werden, wenn Symptome einer affektiven Störung oder einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung vorhanden sind, oder die Symptome die direkte Folge einer allgemeinen medizinischen Behandlung oder einer Substanz, wie Missbrauch von Drogen oder Medikamenten, sind.

11.2 Die Auswirkungen einer schizophrenen Störung auf das tägliche Leben der Kinder

Erfahrungen zeigen, dass Schizophrenie (neben einer bipolaren Störung und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung) eine der schwersten Belastungen für das Kind darstellt, wenn es mit dem psychisch verletzlichen Elternteil zusammenlebt. Die Auswirkung auf das Leben des Kindes kann, aufgrund der Manifestation des "merkwürdigen Verhaltens" als schwer eingestuft werden: Kinder können mit (desorientiertem) Reden der Eltern, verminderter Konzentration, signifikanten Beeinträchtigungen der sozialen Funktionsfähigkeit, sozialer Isolation konfrontiert sein, was meist spätere Schwierigkeiten im Bereich der Bindung und

der entwicklungspsychologisch angemessenen Stimulation und der kognitiven Entwicklung der Kinder auslöst (Mattejat & Lisofsky, 1998).

Nicht nur kleine Kinder (mangelnde Fähigkeit, die Realität zu überprüfen, wenn es keine anderen gesunden Erwachsenen gibt), sondern auch ältere finden sich in einer feindseligen, beängstigenden und ungerechten Welt wieder. Sie verstehen dies nur durch elterliche Interpretation. Die Realität (bzw. das Wahnsystem) der Eltern kann zur Realität des Kindes werden, als genannte "folie à deux". Wenn das Kind in diesem Kontext verbleibt, wenn die eigene Willenskraft reduziert wird oder die eigene Erkrankung durch die Eltern bestritten wird, besteht die große Gefahr für das Kind, in der Welt der Psychopathologie des betroffenen Elternteils gefangen zu werden. Es ist wichtig zu betonen, dass dies keine allgemeingültige Regel sein muss. Die Auswirkung auf das Kind hängen von der Intensität der Symptome ab. Es ist wichtig zu wissen, dass in solchen Fällen, wenn die Kinder ähnliche Symptome wie die betroffenen Eltern zeigen, es zu einer Psychose kommen kann (nicht zu einer Schizophrenie des Kindes). **Im Falle der übernommenen Psychose, ist die Trennung von dem betroffenen Elternteil ratsam. Die Symptome werden so reduziert.**

Akustische Halluzinationen (z.B. in Form von befehlenden Stimmen), paranoide Ideen (z.B. vergiftet zu werden, durch Geheimdienste beobachtet zu werden) müssen nicht die ganze Zeit vorhanden sein, können aber eindeutige Indikatoren sein für Fachkräfte, die nicht aus dem Bereich der Psychiatrie kommen. Deshalb können Personen mit Schizophrenie auch ängstlich reagieren.

Wenn die Symptome des betroffenen Elternteils schwerwiegend sind, könnte dies dazu führen, dass der größte Teil der Aufmerksamkeit der betroffenen Person selbst gilt und die Bedürfnisse des Kindes nicht wahrgenommen werden. In solchen Situationen wird das Kind mit unregelmäßigem Pflegeverhalten, unsicherer Bindung, fehlender erforderlicher Entwicklungsstimulation konfrontiert. Daher können oft kognitive Entwicklungsbeeinträchtigungen (ohne organische Erklärung) beobachtet werden, besonders ab Kindergartenalter.

11.3 Allgemeine Strategien für die unterstützenden Systeme

- a. **Compliance**: Die Bereitschaft, die eigene psychische Verletzbarkeit zu akzeptieren und bei der Behandlung zu kooperieren – z.B. in Bezug auf Medikamente und Kommunikation ist der wichtigste Faktor, der gegen als Entlastung des Kindes anzusehen

ist und den optimalen Schutz für das Kind darstellt. Die Frage der Compliance ist freilich auch relevant in Bezug auf alle anderen beschriebenen Krankheiten.

- b. **Unterstützung durch andere gesunde Erwachsenen:** Selbst wenn die Symptome nicht sehr ausgeprägt sind und die Eltern empfindlich reagieren, müssen **wiederholte und plötzliche Verschlechterungen der Symptome in Bezug auf chronische Erkrankungen berücksichtigt werden. In solchen Fällen muss eine stabile erwachsene Person in der Nähe des Kindes greifbar sein. Dies ist ein wichtiger Faktor für den Schutz des Kindes, er gibt dem Kind das nötige Gefühl der Sicherheit.**

- c. **Information und Verständnis des Kindes in Bezug auf die psychische Verletzlichkeit der Eltern, die an einer Schizophrenie leiden.** Unter Berücksichtigung der Symptome der Schizophrenie und der Möglichkeiten ihrer Manifestation ist es ziemlich schwierig, dem Kind zu erklären, was mit Mama oder Papa passiert. Hilfreiche Ideen aus der Praxis könnten sein die "Krankheit der springenden Gedanken" (Worte von Ilse 8J-) oder Papa/Mama "lebt wie in einem falschen Film" (Worte von Markus 6J).. In diesem Fall ist es unerheblich, dass diese Erklärung aus wissenschaftlicher Sicht nicht "korrekt" ist. Es ist wichtig für das Kind, unterscheiden zu können, dass das, was sich in Papa/Mama manifestiert, eine Krankheit darstellt, unabhängig von ihrem eigenen Verhalten. Ausführliche Informationen finden Sie in Modul 3.

- d. **Psychoedukation:** Psychoedukation bezeichnet gesprächsorientierte Unterstützung, mit den betroffenen Eltern über ihre psychische Verletzlichkeit, Behandlungsmöglichkeiten und die Auswirkungen auf die gesunde psychische Entwicklung des Kindes sprechen. Psychoedukation ist – verständlicherweise - auch für alle anderen Erkrankungen relevant, die Stigmatisierung oder die Angst davor erscheint jedoch im Falle der Schizophrenie besonders .ausgeprägt

12. Kinder im Umfeld von Eltern, die an Angststörungen leiden

Angststörungen sind die am häufigsten auftretenden Störungen in der allgemeinen Bevölkerung, deren Auswirkungen auf das Wohlbefinden des Kindes oft beobachtet werden können. Etwa 18,1 Prozent der Menschen litten in einem Jahr (in Amerika) an einer Angststörung (Kessler et al. 2005).

12.1 Symptomatologie (didaktisch strukturierter Überblick an Kriterien)

FÜHLEN

- Mindestens 6 Monate "übermäßige Angst und Sorge" in Bezug auf eine Vielzahl von Ereignissen und Situationen. Generell kann „übermäßig“ für eine bestimmte Situation oder ein Ereignis verschieden interpretiert werden. Die meisten Menschen werden ängstlich gegenüber gewissen Dingen, aber die Intensität der Angst entspricht in der Regel der Situation.
- Gefühl, angespannt oder unruhig zu sein

DENKEN

- Konzentrationsprobleme

VERHALTEN

- Die Symptome verursachen "klinisch signifikantes Leiden" oder Probleme im täglichen Leben. "Klinisch signifikant" ist der Teil, der auf die Perspektive der behandelnden Person angewiesen ist. Manche Menschen können viele der oben genannten Symptome haben und werden mit ihnen gut fertig, um ein hohes Maß an Funktionsfähigkeit in ihrem Leben aufrechtzuerhalten.
- Es gibt erhebliche Schwierigkeiten bei der Kontrolle der eigenen Angst und Sorgen. Wenn sich jemand sehr schwer damit tut, die Kontrolle zu bewahren, zu entspannen, Situationen zu bewältigen oder mit der Angst und Sorge umzugehen, dann ist diese Bedingung erfüllt.

KÖRPERLICHE REAKTIONEN

- Leicht müde und ausgelaugt
- Reizbar
- Spannung in den Muskeln
- Schlafschwierigkeiten

Die Symptome sind nicht Teil einer anderen psychischen Störung und der Zustand ist nicht auf eine Substanz oder eine medizinische Frage zurückzuführen.

12.2 Auswirkungen einer Angststörung auf das tägliche Leben der Kinder

Elterliche Angststörungen (abhängig von der Schwere der Symptome) zeigen sehr oft einen negativen Einfluss auf die Bindung und das Explorationsverhalten der Kinder. Durch das Leben in übermäßiger Angst und Sorge sind die Eltern häufig nicht in der Lage, eine sichere Bindung zu den Kindern aufzubauen. (Muris et al, 1996).

Als Folge sind viele Eltern überängstlich und schränken so das erforschende Verhalten der Kinder ein. In Bezug auf das Konzept der „erlernten Hilflosigkeit“ neigen Kinder dazu, das aktive Explorieren aufzugeben, da sie durch die Reaktionen der Eltern erschreckt werden. Die Angst der Eltern erschafft im Kind das Bild einer Welt voller Risiken und Gefahren. Mangelnde Erfahrung, verringerte Kompetenz und vermeidendes soziales Verhalten kann eine Folge sein.

12.3 Allgemeine Richtlinien für die Intervention

Unsichere Kinder haben in den meisten Fällen mindestens einen unsicheren Elternteil. Dies geschieht nicht durch biologische Bestimmung, sondern aufgrund der elterlichen Angstverarbeitung der Informationen über die Welt und das Leben". Im Falle von kleinen Kindern (vor Schuleintritt) sind Maßnahmen am effektivsten, wenn beide - Mutter und Kind - beteiligt sind. Ein paar Strategien können daher als erfolgreich angesehen werden:

- a) Strategien, bei denen kleine Schritte mit den Eltern und dem Kind gemacht werden - viel Geduld seitens der Fachkräfte ist erforderlich. Für Menschen mit Angst ist das größte Problem, die Bewältigung neuer Erfahrungen. Sie haben Angst vor neuen, unbekanntem Situationen. Je größer die Herausforderung einer Situation, desto größer ist die Angst damit zu beginnen und die Wahrscheinlichkeit, es bleiben zu lassen. Es ist einfacher, Eltern davon zu überzeugen, neue Erfahrungen zu machen, wenn sie in einer kleinen "Dosis" angeboten werden, da das Risiko geringer ist. Fachleute sollten:
 - Die Eltern dazu ermutigen, kleine Veränderungen und neue Schritte auszuprobieren, aber auch das Bewährte beizubehalten (keine Schocktherapien!“
 - Die Unsicherheit der Eltern und den daraus resultierenden “Mangel” an Zusammenarbeit verstehen, vor allem zu Beginn der Interventionen. Positive Verstärkung der kleinen Schritte für die Eltern und das Kind hilft beim Aufbau des Selbstvertrauens für Eltern und Kinder

- b) Information für die Eltern über die Bedeutung und Notwendigkeit, dass ihr Kind die Welt aktiv entdeckt. In Bezug auf die kognitive Umstrukturierung erkennen die meisten Eltern, dass Selbstwirksamkeit und Autonomie zwei wichtige Schritte in Richtung Erwachsensein sind. Basierend auf ihrer eigenen Unsicherheit und der Angst als das Hauptsymptom der Erkrankung, verschieben sie die Chance des Kindes auf eine Entwicklung in Richtung Unabhängigkeit jeweils in die Zukunft: Selbständigkeit erscheint ihnen (kognitiv) schon wichtig, aber nicht gerade zum jetzigen Zeitpunkt, sondern Sie werden argumentieren, dass das Kind dann reifer ist, und besser in der Lage ist, mögliche Risiken und Gefahren zu verstehen (aus ihrer Sicht).
- c) Psychoedukation mit den betroffenen Eltern über ihre eigene psychische Verletzlichkeit, Behandlungsmöglichkeiten und die Auswirkungen auf die psychische Entwicklung des Kindes stellen Hauptstrategien dar. Die meisten Eltern werden in der Lage sein, zu erkennen, dass, wenn sie sich sicher fühlen, ihr Kind in der Lage sein wird, autonom zu werden. Sie verstehen, dass konditionierte Hilflosigkeit und Angst um ihr eigenes Leben erhebliche Auswirkungen auf das Leben der Kinder zeigt: z.B. im Hinblick auf soziale Kontakte, Kindergarten, Schule, Leistung und Autonomie im Allgemeinen. Mit unterstützender Behandlung ihrer eigenen Ängstlichkeit sind Verhaltensänderungen bei kleinen Kindern in Richtung Selbständigkeit relativ schnell zu beobachten, was auch wiederum für die Eltern als Verstärker wirken kann.

13 Kinder im Umfeld von Eltern mit einer Persönlichkeitsstörung

Der Bereich der Persönlichkeitsstörungen ist auch für Fachleute eine große Herausforderung. Der Begriff der „Persönlichkeitsstörung“ ist nicht sehr gebräuchlich und die Grenze zwischen so genannten "normalen" Verhaltensstörungen und Persönlichkeitsstörungen ist manchmal sehr schwer zu erkennen. **Es gibt eine allgemeine Tendenz zur Über-Diagnostizierung von Persönlichkeitsstörungen. Generell können Zeichen einer Persönlichkeitsstörung als eine kontinuierliche Matrix von Persönlichkeitsmerkmalen gesehen werden, welche hohe Stabilität in ihrer Ausprägung, der Zeit und über Situation hinweg zeigen, gleichzeitig Resistenz gegenüber Therapie.** In den meisten Fällen treten die ersten Anzeichen von Persönlichkeitsstörungen im beginnenden Erwachsenenalter auf, obwohl sie sich bereits in der frühen Kindheit häufig „ankündigen“ können. Es ist wahrscheinlicher, dass eine solche Störung in der Adoleszenz diagnostiziert wird. Wie schon erwähnt haben Persönlichkeitsstörungen, vor allem Borderline-Persönlichkeiten (neben Schizophrenie und bipolarer Störung) einen starken negativen Einfluss auf das Wohlbefinden des Kindes. Das

Ausmaß der genetischen Anfälligkeit und Umweltfaktoren wird noch diskutiert: ein höherer Einfluss von Umweltfaktoren wird angenommen (Boggarts & Lußcz, 1999)

Die American Psychiatric Association (APA) definiert Persönlichkeitsstörungen als "ein dauerhaftes Muster des inneren Erlebens und Verhaltens, das deutlich von kulturellen Erwartungen abweicht." (DSM IV, 2000).

(...) Diese Verhaltensmuster der Persönlichkeitsstörungen sind in der Regel mit schweren Störungen in Verhaltenstendenzen einhergehend, meist sind mehrere Bereiche der Persönlichkeit betroffen und werden fast immer mit erheblichen persönlichen und sozialen Störungen assoziiert. Darüber hinaus erscheint das Verhalten von Personen mit Persönlichkeitsstörungen unflexibel und situationsübergreifend (...).

Der Beginn dieser Verhaltensmuster kann in der Regel in die späte Adoleszenz und dem Beginn des Erwachsenenalters, und in selteneren Fällen, bis in die Kindheit zurückverfolgt werden. Es ist daher unwahrscheinlich, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor dem 16. oder 17. Lebensjahr diagnostiziert wird. (...)

Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung kann jedoch sehr subjektiv sein. Unflexible und anhaltende Verhaltensmuster führen häufig zu schwerwiegenden persönlichen und sozialen Schwierigkeiten, sowie zu allgemeinen Funktionsstörungen. Starre und beibehaltene Muster im Fühlen, Denken und Verhalten werden zu Weltanschauungen.

13.1 Zehn Persönlichkeitsstörungen gruppiert in drei Cluster:

Cluster A (exzentrische Störungen)

- **paranoide Persönlichkeitsstörung:** durch irrationales Misstrauen und Verdächtigungen gegenüber anderen gekennzeichnet.
- **schizoide Persönlichkeitsstörung:** mangelndes Interesse an sozialen Beziehungen, sehen keinen Sinn im Austausch mit anderen, Menschenverachtung, Introspektion.
- **schizotype Persönlichkeitsstörung:** durch merkwürdiges Verhalten oder Denken geprägt.

Cluster B (Dramatische, emotionale oder erratische Störungen)

- **antisoziale Persönlichkeitsstörung:** Missachtung von Gesetzen und der Rechte anderer
- **Borderline-Persönlichkeitsstörung:** extremes "schwarz-weiß" Denken, Instabilität in Beziehungen, Selbstbild, Identität und Verhalten.
- **histrionische Persönlichkeitsstörung:** Aufmerksamkeit suchendes Verhalten, einschließlich der sexuellen Verführung, unangebrachte oder übertriebene und flache Emotionen.
- **narzisstische Persönlichkeitsstörung:** ein durchdringendes Muster der Großartigkeit, Bedürfnis nach Bewunderung und ein Mangel an Empathie.

Cluster C (Ängstliche oder furchtsame Störungen)

- **vermeidende Persönlichkeitsstörung:** soziale Hemmung, Gefühl der Unzulänglichkeit, extreme Empfindlichkeit gegenüber negativer Bewertung und Vermeidung von sozialer Interaktion.
- **abhängige Persönlichkeitsstörung:** Pervasive psychologische Abhängigkeit von anderen Menschen.
- **zwanghafte Persönlichkeitsstörung:** durch starre Konformität mit Vorschriften, moralischen Codes und übermäßige Ordnungsliebe gekennzeichnet.

13.2 Persönlichkeitsstörung Definitionen (didaktisch strukturierter Überblick an Kriterien)

Laut DSM-IV-TR muss eine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung folgende Kriterien erfüllen, zusätzlich zu den oben genannten spezifischen Kriterien im Rahmen der spezifischen Persönlichkeitsstörung:

A Ein dauerhaftes Muster der inneren Erfahrung und abweichendes Verhalten deutlich von den Erwartungen der jeweiligen Kultur abweichend. Dieses Muster ist in zwei (oder mehreren) der folgenden Bereichen manifestiert:

DENKEN: verzerrte Wahrnehmung und Interpretation von eigenen und anderen Ereignissen

GEFÜHL: im Sinne der Intensität, Labilität oder Angemessenheit emotionaler Reaktion)

VERHALTEN Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen und in der Impulskontrolle

- B. Das dauerhafte Muster ist unflexibel und allgegenwärtig in einem breiten Spektrum von persönlichen und sozialen Situationen.
- C. Die überdauernden Muster führen in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D. Das Muster ist stabil und von langer Dauer und seine Entstehung kann wieder mindestens bis zur Adoleszenz oder bis ins frühen Erwachsenenalter zurückverfolgt werden.
- E. Die bleibenden Muster gelten nicht als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung.
- F. Die überdauernden Muster sind nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines allgemeinen medizinischen Zustandes (z.B. Schädelhirntrauma) zurückzuführen.

13.3 Die Auswirkungen auf das Kind im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung (speziell in Bezug auf Eltern mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen)

Die Auswirkungen von Persönlichkeitsstörungen auf Kinder hängen in hohem Maße von der Art der Störung ab (wie oben beschrieben). Im Allgemeinen sind die Auswirkungen meist mit dem starren Muster der Persönlichkeitsprobleme korreliert (häufige Beziehungsabbrüche,

Wohnortwechsel, Konflikte mit dem Gesetz etc. Die Risiken für ein Kind sind daher von der Art der Persönlichkeitsstörungen abhängig.

Im Fall von Borderline-Störung kann das Kind häufige Partnerwechsel erleben, wechselnde Orte, Arbeits- und Lebensbedingungen, explosive, unerwartete emotionale Reaktionen - von Intoleranz bis hin zu Strafe oder Missbrauch. Bindung sowie emotionale Orientierung des Kindes können sehr instabil sein. Manchmal "vergessen" Eltern das tatsächliche Alter ihres Kindes und laden all ihre "Erwachsenen-Probleme" auf ihr Kind ab oder machen ihr Kind zu ihrem Freund oder Partner. Drogenmissbrauch oder andere Probleme mit dem Gesetz sind Teil der Symptome von einigen Persönlichkeitsstörungen. Stabile Bindung, das Gefühl der Sicherheit und Elternschaft geraten daher häufig in Gefahr. Die Kinder haben in der Regel das Gefühl, in einer feindlichen Welt zu leben.

Schon sehr früh in ihrem Leben werden sie oftmals "gezwungen", die Verantwortung für ihre Bedürfnisse selbst zu übernehmen und unabhängig zu werden. Dies ist eine übermäßige Unabhängigkeit, die meist nicht für ihr (junges) Alter angemessen ist. Allerdings kann die Bindung an die Eltern sehr (dysfunktional) hoch sein, da die Eltern über einen langen Zeitraum vielleicht die einzigen, wenn auch sehr instabilen, verfügbaren Personen sind.

13.4. Allgemeine Strategien für die unterstützenden Systeme

a. Der Kontakt mit verletzlichen Menschen im Sinne einer Persönlichkeitsstörung ist eine große Herausforderung für Fachkräfte. Compliance herzustellen und eine Kontaktaufnahme, die professionelle, klare Ziele und Strategien beinhaltet, sind empfehlenswert, wenn auch äußerst schwierig. Die meisten Eltern akzeptieren in diesem Zusammenhang nicht, dass ihre Persönlichkeit eine potentielle Belastung für ihr Kind ist. In erster Instanz legt sich somit der fachliche Schwerpunkt auf die Sicherheit des Kindes im Hinblick auf die Bedürfnisse.

b. Als Bonmot wird verwendet, dass Hilfe und professionelle Strukturen Familien im Kontext von Persönlichkeitsstörungen immer „einen Schritt hinterher“ sind. So ist es notwendig, wenn möglich, an der Stabilität der Bindung der Eltern – sowohl zu ihrem Kind als auch zu den Helfersystemen zu arbeiten. Dies erfordert jedoch viel Geduld und eine "kleine Schritte-Strategie": Der Aufbau von Vertrauen von Seite der Eltern sowie der helfenden Systeme ist immer wieder bedroht.

c. Es ist eine detaillierte Analyse der bestehenden Ressourcen innerhalb des Systems durchzuführen, um zu beurteilen, ob Strukturen, die außerhalb der Kernfamilie bestehen, wie Großeltern oder Kindergarten, in der Lage sind, komplementäre Weltbilder und Strategien für das Kind zu bieten.

d. Der Umgang mit gesunden Erwachsenen im Alltag des Kindes wird als ein hoher präventiver Faktor gesehen (wie für alle anderen Erkrankungen).

14 Kinder im Kontext von Sucht und Drogenmissbrauch

14.1 Kurze Symptomatologie

Das DSM-IV-TR definiert Abhängigkeit von Substanzen so: „Wenn ein Individuum den Gebrauch von Alkohol oder anderen Drogen im Zusammenhang mit Problemen verwendet, kann Abhängigkeit von dieser Substanz diagnostiziert werden.“

DSM-IV-TR definiert als Drogenmissbrauch als

„Ein verzerrtes Muster der Einnahme eines Stoffes, das zu einer klinisch signifikanten Beeinträchtigung oder Leiden führt, manifestiert durch eine oder mehrere der folgenden Symptome in einer Periode von 12 Monaten:

VERHALTEN

Wiederkehrender Substanzgebrauch in Zusammenhang mit Verstöße gegen wesentliche Pflichten bei der Arbeit, Schule oder zu Hause (z.B. wiederholte Abwesenheit oder schlechte Arbeitsleistung im Zusammenhang mit Drogenkonsum; Fehlzeiten, Suspensionen aus der Schule, Vernachlässigung von Kindern oder im Haushalt)

Wiederkehrender Substanzgebrauch in Situationen, in denen es technisch gefährlich werden kann (z.B. Autofahren oder beim Bedienen einer Maschine, wenn der Betreiber durch Substanzgebrauch beeinträchtigt ist)

Wiederkehrende stoffbezogene rechtliche Probleme (z.B. Verhaftungen für ordnungswidriges Verhaltens)

Fortsetzung des Substanzgebrauch trotz anhaltender oder wiederkehrender sozialer oder persönlicher Probleme, verursacht oder verschärft durch die Auswirkungen des Stoffes (z.B. Auseinandersetzungen mit dem Ehepartner/der Ehepartnerin über Folgen von Trunkenheit, Schlägereien)

B. Die Symptome haben niemals die Kriterien für Substanzabhängigkeit für diese Klasse erfüllt (dies würde dann auf eine Diagnose „Abhängigkeit“ verweisen).

14.2 Die Auswirkungen des elterlichen Substanzmissbrauchs auf das Wohlbefinden des Kindes

Neben Persönlichkeitsstörungen kann Substanzenmissbrauch als ein hoher Risikofaktor für die Entwicklung von kleinen Kindern angesehen werden.

Einige Prävalenzzahlen (<http://www.oas.samhsa.gov/2k7state/2k7State.pdf>):

- Im Zeitraum zwischen 2006 und 2007 hatten 8,1 Prozent der US-Bevölkerung im Alter von 12 Jahren oder älter, in den letzten Monaten eine illegale Droge konsumiert
- Fast ein Viertel (23,2 Prozent) aller Personen ab 12 Jahren gaben an, in den letzten Monaten Alkohol konsumiert zu haben
- Tabak ist die am zweithäufigsten verwendete Substanz in den Vereinigten Staaten neben dem Alkohol. Landesweit lag die Zahl der TabakkonsumentInnen in den Jahren 2006-2007 um 29,1 Prozent, bei Personen im Alter von 12 Jahren und älter.
- 7,6 Prozent der Bevölkerung waren im Alter von 12 oder älter, zwischen 2006 -2007 abhängig von Alkohol.

Kinder im Umfeld mit Eltern, die Probleme mit Alkohol- oder Drogenmissbrauch haben, sehen ihre Eltern bisweilen betrunken auf dem Boden liegend, nicht in der Lage, sich richtig zu artikulieren. Während der Abstinenz erfahren sie Streitigkeiten und hohe Aktivierung oder **sie werden einfach von ihren Eltern in der Nacht alleine gelassen**. Sie werden von FreundInnen der Eltern oder NachbarInnen beaufsichtigt, wenn der Elternteil den nächsten Schuss braucht. Die zentrale Lebensmittelpunkt wird **der tägliche „Schuss“**, was dazu führt, dass die Eltern für die Kinder kaum mehr verfügbar sind, und zwar sowohl

- physisch
- in Bezug auf fürsorgliches Verhalten,
- oder in Form von elterlicher Feinfühligkeit

Aufgrund des Mangels an kontinuierlicher Betreuung zeigen Kinder oft Defizite in allgemeinen Fähigkeiten des täglichen Lebens, und zwar meist in Form von Übungsdefiziten. Auf der anderen Seite lernen Kinder schnell, dass Bedürfnisse nicht sofort befriedigt werden, da durch die Bezugsperson immer das Risiko besteht, dass ihre eigenen (Sucht)Bedürfnisse vorerst befriedigt werden.

Kinder lernen sehr früh Verantwortung zu übernehmen, wie viele Kinder von psychisch gefährdeten Eltern.

Probleme mit Behörden , mit sozialen Rollen im Leben sind nicht primär auf die "biologische Basis" zurückzuführen, sondern eher als eine Folge dieser Lebenserfahrung zu sehen. Arbeitslosigkeit, Armut und körperliche Aggression stellen die größten Bedrohungen für die Sicherheit des Kindes dar. Doch die Auswirkungen von Alkoholismus auf die Kinder werden von der westlichen Gesellschaft immer noch unterschätzt. Auf der anderen Seite ist das Risiko

eines Rückfalls sehr hoch. Während der Behandlung, auch wenn Rückfälle schon passierten, berichten die Eltern, dass ihre Kinder der Grund dafür sind, nicht wieder zu trinken oder bei Drogenproblemen Suizid zu begehen. Es muss klargestellt werden, dass Kinder nie als Behandlungsmethode für die Sucht ihrer Eltern verwendet werden sollen.

14.3 Allgemeine Strategie der unterstützenden Systeme

- Gewährleistung einer minimal-sicheren Basis, welche die Sicherheit gewährleistet und die Bedürfnisse der Kinder erfüllt
- Gewährleistung der Präsenz von gesunden Menschen, mit denen das Kind über seine Sorgen sprechen kann, gesunde Strategien erlernen kann und die das Selbstbewusstsein des Kindes erhöhen
- Vorübergehende Pflegeeltern könnten erforderlich sein, wenn die Grundbedürfnisse der Kinder in Gefahr sind (Bedürfnisse in Bezug auf Ernährung, tägliche Strukturen, Betreuung, tägliche Routinen).
- Klare Grenzen setzen (auch wichtig im Zusammenhang mit der psychischen Verletzbarkeit/Krankheit)

15 Schlussbemerkungen

Es gibt eine anhaltende Diskussion über die Begriffe "psychische Verletzlichkeit" und "psychische Krankheit". In unseren Modulen haben wir beschlossen, beide Begriffe zu verwenden-

"Verletzlichkeit", in Hinblick auf eine Verminderung der Stigmatisierung

"Psychische Krankheit", wie es allgemein bekannt ist, und zur leichteren Erklärung für Kinder

Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen berichten häufig "ihre Eltern bleiben ihre Eltern". Wie wir bereits festgestellt haben, ist eine "psychische Verletzbarkeit" oder "psychische Krankheit" nicht als mangelnde Motivation, ein „guter Elternteil“ zu sein, zu werten. Neben der Unterstützung für die Kinder ist aus elterlicher Sicht zu berücksichtigen:

Die Feinfühligkeit der Eltern zu erhöhen
tragfähige Beziehungen und Compliance herzustellen
in respektvoller Weise zu kommunizieren und
klare Grenzen zu setzen

Es muss jedoch gesagt werden, dass die meisten der Fachleute im sozialen oder pädagogischen Bereich nicht zu "TherapeutInnen" der Eltern werden sollen. Während der Arbeit mit psychisch verletzlichen/kranken Eltern erreichen auch Fachleute ihre "Grenzen".

In den meisten Fällen ist die fachliche Unterstützung und Interventionen in der Lage, die Sicherheit des Kindes, die tägliche Pflege, Bindung und entwicklungspsychologisch angemessene Förderung sowie entsprechende Sozialisation innerhalb gesellschaftlich akzeptierter Normen und Regeln zu gewährleisten.

Wenn ein Kind allerdings im Umfeld von psychisch verletzlichen/kranken Eltern lebt, bedeutet das auch, dass in manchen Momenten des Lebens die Sicherheit des Kindes in Gefahr sein könnte. Das (erweiterte Familien)System – im Sinne gesunder Partner/gesunde Partnerin, Großeltern, NachbarInnen, FreundInnen oder Jugendwohlfahrt - muss dann auch bereit sein, Maßnahmen zu ergreifen, um das Wohl des Kindes zu gewährleisten. Daher ist die Verfügbarkeit stabiler Bezugspersonen entscheidend.

Für das Kind muss zu verstehen sein, dass - wenn sich die Eltern nicht gut fühlen, es einen weitgehend biologisch erklärbaren Grund für Teile ihres Verhaltens gibt. Dieses Verhalten hat nichts mit dem Kind zu tun. Aber auch, dass die Eltern verantwortlich für ihr eigenes Wohlergehen sind und für ihre notwendige Behandlung. Mit diesem Rahmen hat das Kind von Eltern mit psychischer Verletzbarkeit/Krankheit eine Chance, sich stark und widerstandsfähig zu entwickeln.

16. Literaturnachweis

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4th Edition Text Revision
- Antonovsky, A. (1987): Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well. Jossey-Bass, San Francisco
- Boggarts, B., Lußcz, H. (1999). Hirnbiologische Grundlagen psychiatrischer Erkrankungen – Was ist therapeutisch machbar? Psychiatrische Praxis, 26, 7-11
- Chaudron, L.H., Kitzman, H, Szilagyi, P, Sidora-Arcoleo K., Anson, E (2006). Changes in Maternal Depressive Symptoms Across the Postpartum Year at Well Child Care Visits *Ambulatory Pediatrics*, 6, 4, 221-224
- Field, T., Estroff, D.B., Yando, R., del Valle, C., Malphurs., J., Hart, s. (1996). „Depressed“ mothers’ perception of infant vulnerability are related to later development. *Development and Psychopathology*, 4, 49-66
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O, Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62.6, 617-27.
- Laucht, M. (2009) Die Mannheimer Längsschnittstudie. Was wir von Mannheimer Risikokindern lernen können. Vortrag am 16. Kölner Kinderpsychiatrie Kolleg, Köln, 16.-17.5.2009
- Liberman, P. (2007). Recovery from Schizophrenia. Retrieved 8.1.2010
http://www.jhsph.edu/bin/s/w/Libermen_Recovery_from_Schizophrenia_Nov_2007.pdf
- Liberman, P. (2008) Recovery From Disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation. Washington, D.C., American Psychiatric Publishing
- Marsh D. T., Dickens R.M 1997): *Troubled journey*. Putnam Pinguin, o. O.
- Mattejat, F., Lisofsky, B. (1998): Kinder psychisch kranker Eltern. Was wir wissen, und was zu tun ist. In: F. Mattejat, B. Lisofsky (Eds.), ...nicht von schlechten Eltern, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 66-78
- Milgrom, J., Westley, D.T., McCloud, P.I. (1996): Do infants of depressed mothers cry more than other infants? *Journal of Paediatrics and Child Health*, 31, 218-221

- Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H., Meesters, C. (1996): Parental modelling and fearfulness in middle childhood. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 263-267
- Perälä, J. et al. (2007) Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population *Arch Gen Psychiatry*;64,1,19-28.
- Pretis, M., Dimova, A. (2004). Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern
- Soltanus, T (2009). Effective Child and Family Programme. Paper presented at the EUFAMI Conference, 26-27.11.2009, Vilnius
- Wagenblass, S. (2001): Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50, 513-524
- WHO 2008 http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh_jan08_meeting_report.pdf
- WHO (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability—A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 2, 103-124
- http://www.eufami.org/index.php?option=com_content&task=view&id=814&Itemid=223?language=
- <http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/mentalhealthandgrowingup/16parentalmentalillness.aspx>
- <http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/mentalhealthandgrowingup/parentalmentalillness/susiesstory.aspx>