

Coping bei Kindern psychisch erkrankter Eltern

Maite Gabriel

Schriften zur psychosozialen Gesundheit

Maite Gabriel

Coping bei Kindern psychisch erkrankter Eltern



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek
Maite Gabriel
Coping bei Kindern psychisch erkrankter Eltern.

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe
„Schriften zur psychosozialen Gesundheit“
Herausgeber:
Prof. Dr. Frank Como-Zipfel
Dr. Gernot Hahn
Prof. Dr. Helmut Pauls

Coburg: ZKS-Verlag
Alle Rechte vorbehalten

© 2017 ZKS-Verlag

Technische Redaktion: Meike Kappenstein
Lektorat: Tony Hofmann
Cover-Design: Leon Reicherts

ISBN 978-3-934247-90-1

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)
UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154
Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

Anschrift:

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
Mönchswiesenweg 12 A
96479 Weitramsdorf-Weidach

Kontakt:

info@zks-verlag.de
www.zks-verlag.de
Tel./Fax (09561) 33197

Gesellschafter der ZKS:

- IPSPG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) – Wissenschaftliche Einrichtung nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg, Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband. Amtsgericht Coburg. HRB 2927.
Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert
- Dr. Gernot Hahn
- Prof. Dr. Helmut Pauls

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	6
Einleitung.....	7
1. Theorie	10
1.1 Psychische Störungen	10
1.1.1 Definition und Epidemiologie psychischer Störungen	10
1.1.2 Prävalenz von Elternschaft psychisch erkrankter Menschen.....	14
1.1.3 Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen	15
1.2 Stress und Risikofaktoren	20
1.2.1 Stressmodelle.....	20
1.2.2 Risikofaktoren	26
1.2.3 Belastungen von Kindern psychisch erkrankter Eltern	32
1.2.3.1 Kinder psychisch kranker Eltern – eine Hochrisikogruppe.....	32
1.2.3.2 Kritische Lebensverhältnisse von Kindern psychisch erkrankter Eltern	35
1.3 Positive Entwicklung trotz kritischer Lebensbedingungen.....	46
1.3.1 Resilienz	46
1.3.2 Schutzfaktoren	48
1.3.2.1 Personale Schutzfaktoren	51
1.3.2.2 Familiäre Schutzfaktoren.....	58
1.3.2.3 Soziale Schutzfaktoren	60
1.3.2.4 Wendepunkte.....	62
1.3.3 Spezielle Schutzfaktoren bei Kindern psychisch kranker Eltern	63
1.3.4 Persönliche Reifung durch die Bewältigung von Belastung und Trauma ..	64
1.4 Coping.....	66
1.4.1 Coping-Modelle und Bewältigungsstrategien.....	67
1.4.2 Coping im Kindes- und Jugendalter.....	76
1.4.3 Coping bei Kindern von psychisch erkrankten Eltern	81
2. Empirie	85
2.1 Fragestellung und methodisches Vorgehen	85
2.1.1 Entwicklung der Forschungsfrage.....	85
2.1.2 Fallauswahl.....	88

2.1.3	Problemzentriertes Interview	90
2.1.4	Die Instrumente des Problemzentrierten Interviews	93
2.1.5	Die Aufbereitung der Daten.....	101
2.1.6	Qualitative Inhaltsanalyse	102
2.2	Auswertung der Interviews	109
2.2.1	Interviewpartnerin Anne.....	109
2.2.1.1	Innerfamiliäre Situation in Kindheit und Jugend	109
2.2.1.2	Auswirkungen der familiären Situation und Coping/Umgang damit in Kindheit und Jugend.....	112
2.2.1.3	Identität – Lebenssituation im Erwachsenenalter im Spiegel der biografischen Erlebnisse	116
2.2.1.4	Coping im Erwachsenenalter	118
2.2.1.5	Wünsche bezüglich der Bewältigung der familiären Situation und deren Auswirkungen im Erwachsenenalter	121
2.2.2	Interviewpartner Dirk.....	122
2.2.2.1	Innerfamiliäre Situation in Kindheit und Jugend	122
2.2.2.2	Auswirkungen der familiären Situation und Coping/Umgang damit in Kindheit und Jugend.....	124
2.2.2.3	Identität – Lebenssituation im Erwachsenenalter im Spiegel der biografischen Erlebnisse	128
2.2.2.4	Coping im Erwachsenenalter	129
2.2.2.5	Wünsche bezüglich der Bewältigung der familiären Situation und deren Auswirkungen im Erwachsenenalter	133
2.2.3	Interviewpartnerin Isabelle.....	134
2.2.3.1	Innerfamiliäre Situation in Kindheit und Jugend	134
2.2.3.2	Auswirkungen der familiären Situation und Coping/Umgang damit in Kindheit und Jugend.....	136
2.2.3.3	Identität – Lebenssituation im Erwachsenenalter im Spiegel der biografischen Erlebnisse	140
2.2.3.4	Coping im Erwachsenenalter	141
2.2.3.5	Wünsche bezüglich der Bewältigung der familiären Situation und deren Auswirkungen im Erwachsenenalter	144
2.2.4	Vergleich der drei Interviewten.....	144
2.2.4.1	Innerfamiliäre Situation in Kindheit und Jugend	144
2.2.4.2	Auswirkungen der familiären Situation und Coping/Umgang damit in Kindheit und Jugend.....	147
2.2.4.3	Identität – Lebenssituation im Erwachsenenalter im Spiegel der biografischen Erlebnisse	153

2.2.4.4	Coping im Erwachsenenalter	154
2.2.4.5	Wünsche bezüglich der Bewältigung der familiären Situation und deren Auswirkungen im Erwachsenenalter	159
3.	Diskussion	160
3.1	Unterfrage 1	160
3.1.1	Hypothese: Belastungen in der Kindheit	160
3.1.2	Hypothese: Belastungen im Erwachsenenalter	164
3.2	Unterfrage 2	170
3.2.1	Hypothese: Coping in der Kindheit und Jugend.....	170
3.2.2	Hypothese: Coping im Erwachsenenalter	176
3.3	Unterfrage 3	181
3.3.1	Hypothese: Einflussfaktoren auf die Bewältigung.....	181
3.4	Grafische Darstellung der Forschungsergebnisse.....	188
4.	Fazit	189
	Danksagung.....	195
	Literaturverzeichnis	196
	Erklärung	212

Abkürzungsverzeichnis

Aufl.	=	Auflage
bzw.	=	beziehungsweise
ebd.	=	ebenda
Anm. d. Verf.	=	Anmerkung des Verfassers
et al.	=	et alii
f.	=	folgende
ff.	=	fortfolgende
Hrsg.	=	Herausgeber
s.	=	siehe
S.	=	Seite
vgl.	=	vergleiche
zit. n.	=	zitiert nach
Z.	=	Zeile
OK	=	Oberkategorie
UK	=	Unterkategorie
z.B.	=	zum Beispiel
psych.	=	psychische

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Differenzierung von Risikofaktoren	27
Abbildung 2: Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren	28
Abbildung 3: Traumatische Erlebnisse	30
Abbildung 4: Bedeutung der Heritabilität bei verschiedenen Störungsbildern.....	34
Abbildung 5: Klassifikationsmodell von Copingstrategien	72
Abbildung 6: Klassifikationsmodell von Copingstrategien der Kindheit und Jugend....	77
Abbildung 7: Sampling	90
Abbildung 8: Ablaufmodell des Problemzentrierten Interviews.....	93
Abbildung 9: Interviewleitfaden	94
Abbildung 10: Interviewleitfaden zur Erfassung des sozialen Umfeldes.....	98
Abbildung 11: Kurzfragebogen.....	99
Abbildung 12: Transkriptionsregeln.....	102
Abbildung 13: Ablaufschema der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse	104
Abbildung 14: Kodierleitfaden.....	105
Abbildung 15: Grafische Darstellung der Forschungsergebnisse	188

Einleitung

Im Krankheitspanorama zählen psychische Störungen zu den häufig vorkommenden Erkrankungen. So liegt die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an einer psychischen Störung zu leiden, bei circa 40% (Kessler et al., 2005; Jacobi et al., 2004). Für die Betroffenen geht die Erkrankung mit einer Beeinträchtigung des gesamten Systems einher. Oft sind die Emotionen, das Denken, das Verhalten sowie die körperlichen Funktionen und Empfindungen betroffen. Für die psychisch erkrankten Menschen ist dies fast immer mit einem Leidensdruck verbunden (Heitmann, 2013, S. 22 f.; Wittchen, 1998, S. 11 f.). Jedoch stellt das Auftreten psychischer Störungen nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Angehörigen eine massive Belastung dar. Sie leiden einerseits unter den direkt aus der Erkrankung resultierenden Veränderungen, wie Störungen in der zwischenmenschlichen Interaktion (Lenz & Jungbauer, 2008, S. 8 ff.), andererseits unter den Folgen der Erkrankung, wie einer Stigmatisierung durch das soziale Umfeld (Rüsch, Berger, Finzen, & Angermeyer, 2004, S. 8). Die Situation der Kinder ist an dieser Stelle besonders hervorzuheben, denn im Gegensatz zu erwachsenen Angehörigen stehen ihnen deutlich weniger Möglichkeiten zur Verfügung, mit der veränderten Situation umzugehen. Beispielsweise begreifen sie die Erkrankung ohne Unterstützung kaum, und können sich in der Regel sowohl emotional als auch räumlich nicht selbstständig von dem erkrankten Elternteil lösen. Häufig erleben sie ein durch die psychische Störung verändertes Familiensystem. Bisherige Beziehungsmuster lösen sich auf, es kann zu Konflikten zwischen den Eltern bis hin zur Trennung kommen. Oft rücken die Bedürfnisse der Kinder in den Hintergrund, die Wahrscheinlichkeit von Vernachlässigung nimmt zu. Aufgrund des auffälligen Verhaltens der Eltern können die Kinder soziale Ausgrenzung erleben. Daneben beginnen sie oft, sich ebenfalls von der Außenwelt abzuschotten, um die familiären Verhältnisse aus Angst vor einer Stigmatisierung geheim zu halten (Mattejat & Remschmidt, 2008, S. 416 ff.; Schone & Wagenblass, 2010, S. 16 ff.; Wagenblass, 2005, S. 54).

Kinder psychisch kranker Eltern gelten als Risikogruppe, selbst psychisch zu erkranken (Mattejat, 2011, S. 76 ff.; Jungbauer, 2010, S. 20 f.; Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 13 ff.). Das erhöhte Erkrankungsrisiko ergibt sich einerseits aus einer genetisch bedingten erhöhten Vulnerabilität, andererseits wird es durch die kritische

Lebenssituation der Kinder begünstigt (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 33 ff.; Lenz, 2005a, S. 13 ff.). Ein Teil der betroffenen Kinder entwickelt keine psychischen Auffälligkeiten (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 19 ff.). Nach Ergebnissen der Resilienzforschung kann angenommen werden, dass diese Kinder auf Schutzfaktoren zurückgreifen können, die die gegebenen Risiken abpuffern (Werner, 2007a, S. 20; 2011, S. 33). Hierbei spielt auch das Bewältigungsverhalten der Kinder eine große Rolle (Lenz & Kuhn, 2011, S. 278).

Mittlerweile gibt es einige Forschungsbefunde, welche die spezifischen Belastungsfaktoren von Kindern psychisch erkrankter Eltern aufdecken (Wagenblass, 2001, S. 515 ff.; Lenz 2005a, S. 27 ff.; Mattejat & Remschmidt, 2008, S. 416 f.). Auf welche Copingstile die betroffenen Kinder in ihrer Lebenssituation zurückgreifen, welche Faktoren dabei eine Rolle spielen können und inwiefern das entwickelte Copingverhalten im Erwachsenenalter noch eine Rolle spielt, ist bislang jedoch kaum untersucht. Entsprechende Erkenntnisse wären für die Praxis von großem Nutzen. Sie können Fachkräfte darin unterstützen, das (Bewältigungs-) Verhalten der Kinder einzuschätzen und Möglichkeiten der Förderung von effektiven Copingstrategien zu erkennen.

Vor diesem Hintergrund setzt sich die vorliegende Forschungsarbeit mit dem Bewältigungsverhalten von Kindern psychisch erkrankter Eltern auseinander. Dabei stehen drei Untersuchungsbereiche im Fokus der Betrachtung: das Belastungserleben der Kinder, ihr Copingverhalten und Einflussfaktoren, die sich auf die Bewältigung auswirken können.

Die drei Untersuchungsbereiche bestimmen zunächst die Struktur des Theorieteils der Arbeit. Nach einer einleitenden Auseinandersetzung mit psychischen Störungen im Kapitel 1.1 folgt im Kapitel 1.2 die Vorstellung von Stressmodellen, Ergebnissen der Risikoforschung und spezifischen Belastungsfaktoren von Kindern psychisch erkrankter Eltern. Da sich Schutzfaktoren positiv auf die erfolgreiche Bewältigung von Belastungen auswirken, werden diese im Rahmen des Resilienzkonzepts im Kapitel 1.3 beleuchtet. Abschließend widmet sich das Kapitel 1.4 den Konzepten und bisherigen Erkenntnissen über Copingverhalten.

Der empirische Teil der Arbeit baut auf drei retrospektiven Interviews von erwachsenen Kindern psychisch erkrankter Eltern auf. Die biographischen

Erzählungen werden entlang der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Anschließend werden Hypothesen über das Belastungserleben, das Copingverhalten und protektive Einflussfaktoren hinsichtlich der gesamten Lebensspanne aufgestellt. Diese werden im Diskussionsteil mit bisherigen Theorien und Studienergebnissen in Vergleich gesetzt. Die Bedeutung der daraus gewonnenen Annahmen für die Praxis wird abschließend aufgezeigt.

1. Theorie

1.1 Psychische Störungen

Psychische Störungen sind zwar ein geläufiger Begriff, jedoch existiert kein flächendeckendes Wissen über das Erscheinungsbild, die möglichen Ursachen und die Verbreitung. Die folgenden Unterkapitel sollen diesbezüglich einen Überblick geben. Darüber hinaus wird das Vorkommen von Elternschaft und psychischer Erkrankung in den Blick genommen, was die gesellschaftliche Relevanz des Themas verdeutlicht. Abschließend wird zudem auf die weiterhin bestehende Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen eingegangen.

1.1.1 Definition und Epidemiologie psychischer Störungen

Bisher existiert keine einheitliche Definition von psychischen Störungen. Einige Merkmale für psychische Erkrankungen lassen sich jedoch in den verschiedenen Erklärungen immer wieder finden:

- *Abweichung*: Eine Abweichung kann Devianz oder die Verletzung sozialer Normen beinhalten. Sie setzt das Existieren eines Normalitätsprinzips voraus, welches sich an statistischen Normen oder gesellschaftlichen Regeln orientiert.
- *Leidensdruck*: Die betroffene Person empfindet aufgrund ihres Denkens, Fühlens oder Handelns einen Leidensdruck.
- *Beeinträchtigung*: Die betroffene Person ist durch ihr Denken, Fühlen oder Handeln in ihrer Lebensführung beeinträchtigt. Dies kann beinhalten, dass sie soziale Beziehungen nicht mehr aufrechterhalten kann, ihrem Beruf nicht mehr nachgehen kann und nicht mehr für sich selbst sorgen kann.
- *Gefährdung*: Die betroffene Person kann sich oder andere in Gefahr bringen, zum Beispiel durch eine veränderte Wahrnehmung, veränderte Affekte, Gleichgültigkeit, Fehlinterpretation oder ein herabgesetztes Urteilsvermögen.

(Jungnitsch, 2008, S. 60 ff.).

Neben diesen Definitionskriterien spielen ebenfalls die Symptomkomplexe eine Rolle, anhand derer sich psychische Störungen zeigen:

- *Emotionen:* Bei den betroffenen Personen kommt es zu Veränderungen in der Art und Weise, wie Gefühle erlebt und geäußert werden. Emotionen können besonders ausgeprägt, umfassend oder unangemessen sein.
- *Denken:* Bei Menschen mit psychischen Störungen kommt es zu Veränderungen im Denken, Urteilen und Lernen. Beispielsweise können Gedanken unvermittelt auftreten, ohne erkennbaren Zusammenhang. Auch Gedankeninhalte können betroffen sein. So verändert sich zum Beispiel bei affektiven Störungen oft die Art und Weise, wie die Person sich selbst sieht und Reaktionen der Umwelt interpretiert.
- *Verhalten:* In jeder Gesellschaft existieren Normen akzeptablen Verhaltens. Personen mit psychischen Erkrankungen zeigen teils Verhaltensweisen, die extrem von diesen Normen abweichen und zu persönlichen oder sozialen Schäden führen können. Beispiele für abweichende Verhaltensweisen wären ein ständiges Händewaschen, wie es bei Zwangsstörungen vorkommen kann, oder auffällige Sprechmuster, wie das Sprechen in Reimen oder ein nicht unterbrechbarer Redefluss.
- *Körperliche Funktionen und Empfindungen:* Oft haben psychische Störungen auch Einfluss auf körperliche beziehungsweise biopsychologische Phänomene. Zum Beispiel erleben viele Menschen mit Angststörungen übertriebene Stressreaktionen, die sich in Form von Kurzatmigkeit und Herzrasen äußern können.

(Heitmann, 2013, S. 22 f.; Wittchen, 1998, S. 11 f.).

Damit sich die entsprechenden Fachdisziplinen untereinander verständigen und austauschen konnten und damit Krankheitsverläufe, Ursachen, Risikofaktoren und Behandlungsmöglichkeiten eingeschätzt werden konnten, waren Bemühungen notwendig, allgemeingültige Definitionskriterien für verschiedene Diagnosen festzulegen. Aus diesen Bemühungen entstanden die operationalen Klassifikationssysteme „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision“ (ICD-10), von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben, und „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition“ (DSM-V), von der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA)

herausgegeben. In Deutschland ist das ICD-10 das verbindliche Diagnosesystem (Gaebel & Müller-Spahn, 2002, S. 62; Hautzinger & Thies, 2009, S. 14 f.).

Bezüglich der Ätiologie psychischer Störungen gibt es keinen einheitlichen Ansatz, sondern verschiedene Paradigmen. Das psychodynamische Paradigma wurde geprägt von Sigmund Freud (1923, zit. n. Hautzinger & Thies, 2009, S. 3), einem österreichischen Neurologen. Nach diesem Ansatz entstehen psychische Störungen aus unbewussten Konflikten zwischen den drei Instanzen, die die Struktur der Psyche ausmachen. Diese sind das Es, welches nach Triebbefriedigung strebt und unbewusst ist, das Über-Ich, welches ebenfalls weitgehend unbewusst ist und moralische Normen enthält, und das weitgehend bewusste Ich, welches zwischen den Bedürfnissen des Es, den Ansprüchen des Über-Ichs und den Anforderungen der Realität vermittelt. An dem psychodynamischen Paradigma ist zu kritisieren, dass es hauptsächlich auf Einzelfallbeobachtungen basiert, auf deren Grundlage spekulative Annahmen für die Allgemeinheit formuliert werden. Objektivität und Validität werden meist nicht erfüllt. Die Bedeutung des psychodynamischen Paradigmas liegt in der Berücksichtigung von Kindheitserfahrungen auf die Persönlichkeitsentwicklung und darin, dass davon ausgegangen wird, dass es unbewusste Prozesse gibt (Hautzinger & Thies, 2009, S. 3 ff.).

Im Gegensatz zu dem psychodynamischen Paradigma bezieht sich das kognitiv-lerntheoretische Paradigma stärker auf beobachtbares Verhalten. Dabei stehen Objektivität und Validität im Vordergrund. Das kognitiv-lerntheoretische Modell fasst zwei Ansätze zusammen: das lerntheoretische und das kognitive Paradigma. Ersteres stützt sich auf verschiedene Lernformen, durch die sich der Mensch Verhalten aneignet. Das Zweite bezieht Kognitionen mit ein, also wie Menschen Informationen aufnehmen und verarbeiten. Die Ursache psychischer Störungen liegt nach dem kognitiv-lerntheoretischen Modell demnach in Lernerfahrungen und kognitiven Prozessen (Jungnitsch, 2008, S. 38 ff.; Hautzinger & Thies, 2009, S. 7 ff.).

Nach dem biologischen Paradigma werden psychische Störungen durch körperliche Gesundheitsstörungen, hauptsächlich des Gehirns, ausgelöst. Diesem Paradigma liegen hauptsächlich zwei wichtige Forschungsansätze zugrunde: Einerseits die Verhaltensgenetik, die genetische Dispositionen als Ursache von psychischen Krankheiten untersucht, andererseits die Biochemie, die die Zusammenhänge zwischen Neurotransmittern im Gehirn und psychischen Krankheiten untersucht (Hautzinger &

Thies, 2009, S. 10 ff.; Heitmann, 2013, S. 17 f.). Kritikpunkte an dem biologischen Paradigma beziehen sich darauf, dass eine klare Unterscheidung zwischen gesund und krank gemacht wird. Psychische Erkrankungen sind jedoch immer vor dem Hintergrund sozialer Normen zu sehen, welche eine Abweichung im Verhalten, Denken, Wahrnehmen und Fühlen definieren und somit partiell variabel sind. Darüber hinaus werden sowohl die sozialen Einflussfaktoren auf die Entstehung von psychischen Erkrankungen als auch die Folgen von psychischen Erkrankungen vernachlässigt (Jungnitsch, 2008, S. 29 ff.).

Da ein einziges Paradigma die Ätiologie psychischer Störungen meist nur unzureichend beleuchtet, gibt es Modelle, die verschiedene Ansätze integrieren. Ein prominentes Beispiel ist das Diathese-Stress-Modell. Es integriert biologische, psychologische, soziale und ökologische Faktoren und beachtet das Wechselspiel zwischen Dispositionen für eine Krankheit und Einflussfaktoren aus der Umwelt (Heitmann, 2013, S.20 f.).

Weltweit nehmen psychische Störungen im Krankheitspanorama eine dominante Stellung ein. Studien aus verschiedenen Ländern kommen zu einer vergleichbaren Prävalenz. Kessler et al. (2005) untersuchen in ihrer Studie die Lebenszeitprävalenz für psychische Erkrankungen nach dem DSM-IV bei US-amerikanischen Erwachsenen. Die Prävalenz für irgendeine psychische Störung liegt bei 46,4 %, wobei die Hälfte der Erkrankungsfälle ab dem vierzehnten Lebensjahr beginnt und drei viertel der Fälle ab dem vierundzwanzigsten Lebensjahr einsetzen. Wittchen und Jacobi (2005) fassen die Ergebnisse verschiedener Studien aus insgesamt 16 europäischen Ländern zusammen. Sie kommen auf eine 12-Monats-Prävalenz von 27% unter den 18- bis 65-Jährigen. Jacobi et al. (2004) untersuchen die Prävalenz von DSM-IV-Störungen unter der erwachsenen deutschen Bevölkerung (18-65 Jahre) und kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Die ermittelte 12-Monats-Prävalenz liegt bei 31%, die Lebenszeitprävalenz bei 43 %. Darüber hinaus stellen sie wie Kessler et al. (2005) fest, dass die meisten psychischen Störungen ihren Beginn in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter haben.

1.1.2 Prävalenz von Elternschaft psychisch erkrankter Menschen

Es existieren bisher keine eindeutigen Zahlen bezüglich der Prävalenz von Elternschaft bei psychisch erkrankten Menschen. Je nach Studie schwanken die Ergebnisse zwischen 9% und 61% (Lenz, 2005a, S. 33; Grube & Dorn, 2007, S. 66). Die Schwankungen lassen sich auf Unterschiede zwischen den Untersuchungspopulationen zurückführen. So werden in manchen Studien nur Menschen mit bestimmten Diagnosen untersucht oder nur Frauen in den Blick genommen. Väter stellen eine bisher eher vernachlässigte Gruppe dar (Grube & Dorn, 2007, S. 33; Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 18). Verschiedene Autoren/Autorinnen kommen in ihren Studienevaluierungen dennoch zu dem Ergebnis, dass psychisch kranke Menschen in etwa gleich häufig Kinder haben wie psychisch gesunde (Mattejat, 2011, S. 74; Mattejat, Lenz, & Wiegand-Grefe, 2011, S. 17; Gehrman, Söhle, & Boida, 2009, S. 50). Demgegenüber stehen Forschungsergebnisse von Krumm (2013, S. 199 ff.), die darauf hinweisen, dass bei psychisch erkrankten Frauen häufig krankheitsbedingte Zweifel gegenüber einem Kinderwunsch existieren.

Die meisten Studien zur Elternschaft bei psychisch erkrankten Menschen beziehen sich auf Erwachsene im stationären Psychiatriesetting. Jungbauer, Kuhn und Lenz (2010) untersuchen 370 Patienten/Patientinnen mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung, die sich in stationärer Behandlung befinden. Davon sind 26% Eltern, wobei drei Viertel davon Frauen sind. Fast die Hälfte der Eltern (41%) leben mit ihrem Kind im gemeinsamen Haushalt. Eine von der Diagnose der Probanden unabhängige Befragung führen Grube und Dorn (2007) mit 438 Patienten/Patientinnen einer psychiatrischen Klinik durch. Fast die Hälfte der Patienten/Patientinnen sind Eltern (44,1%), 54% davon sind Frauen und 33,8% Männer. 26,5% der Eltern haben minderjährige Kinder. Die Hälfte der Kinder lebt im Haushalt des erkrankten Elternteils. Bei 10,7% dieser Kinder ist auch der Partner / die Partnerin des Elternteils psychisch erkrankt. Circa 10% der Kinder erhalten Hilfen über das Sozialgesetzbuch Achten Buch (SGB VIII), meist die Kinder, die mit zwei erkrankten Erwachsenen in einem gemeinsamen Haushalt leben. Sommer, Zoller und Felder (2001) kommen in ihrer Befragung von 101 Patienten/Patientinnen einer psychiatrischen Klinik auf eine geringere Prävalenzrate von Elternschaft bei der untersuchten Population. Nur 16,5% sind Eltern minderjähriger Kinder. Davon leben 63,6 % mit ihren Kindern in einem gemeinsamen Haushalt. Die Studie von Wiegand-

Grefe, Geers, Plass, Petermann, Riedesser (2009) zeigt ähnliche Ergebnisse zur Elternschaft. Von 964 stationär behandelten Patienten/Patientinnen der psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg Eppendorf sind 28% Eltern, davon 17% mit minderjährigen Kindern, wobei fast zwei Drittel mit ihren Kindern zusammen leben.

Neben direkten Befragungen zur Elternschaft bei psychisch erkrankten Menschen existieren auch Hochrechnungen, um die ungefähre Zahl der betroffenen Kinder zu ermitteln. Mattejat (2006, zit. n. Griepenstroh, Heitmann, & Hermeling, 2012, S. 28) bezieht sich auf Prävalenzraten der Allgemeinbevölkerung und geht davon aus, dass demnach circa 270.000 Kinder mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil, circa 740.000 Kinder mit einem alkohol- oder drogenabhängigen Elternteil und circa 1.230.000 Kinder mit einem affektiv erkrankten Elternteil aufwachsen. Davon machen circa 175.000 Kinder im Jahr die Erfahrung, dass sich der erkrankte Elternteil in stationärer Behandlung befindet (Mattejat, 2011, S. 75). Gehrman und Sumargo (2009, S. 384) verweisen auf Hochrechnungen, nach denen schätzungsweise 3 Millionen Kinder in Deutschland im Jahr einen Elternteil mit einer psychischen Störung erleben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es bisher keine genauen, einheitlichen Ergebnisse zur Prävalenz von Elternschaft bei psychisch erkrankten Menschen gibt. Dafür können unter anderem die unterschiedlichen Forschungsdesigns und Untersuchungspopulationen verantwortlich sein. Gleichzeitig muss beachtet werden, dass die meisten Untersuchungen nur die Häufigkeit von Elternschaft bei Populationen aus dem stationären psychiatrischen Kliniksetting abbilden. Demgegenüber stehen Hochrechnungen, die versuchen, ein ganzheitlicheres Bild abzugeben, jedoch nur auf Schätzungen beruhen. Insgesamt kann jedoch davon ausgegangen werden, dass Kinder psychisch erkrankter Menschen keine Randgruppe darstellen.

1.1.3 Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Der Begriff Stigma stammt aus dem Griechischen und bezeichnete ein Mal, das seinen Träger als jemanden kennzeichnete, der gemieden werden sollte. Im alten Griechenland trugen beispielsweise Verbrecher und Sklaven entsprechende Zeichen. Goffman (1975, S. 9 ff.) führt den Begriff in seiner Forschung über soziale

Zuschreibungsprozesse ein. Er geht davon aus, dass zwischen zwei Identitäten zu unterscheiden ist: der virtualen und der aktuellen sozialen Identität. Die virtuelle Identität umfasst Eigenschaften, die einer Person aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer Gruppe (beispielsweise Studenten/Studentinnen, Lehrer/Lehrerinnen, Eltern) zugeschrieben werden. Es handelt sich also um Attribute, die von der Person erwartet werden. Die aktuelle soziale Identität dagegen umfasst die tatsächlich existierenden Eigenschaften einer Person. Als Stigma werden Merkmale, Attribute und Verhaltensweisen bezeichnet, die im sozialen Miteinander zu einer Diskrepanz zwischen virtueller und aktueller sozialer Identität führen. Ein Stigma beinhaltet damit die Abweichung von normativen Erwartungen und führt zur Abwertung der gesamten Person. Da ein Stigma mit den normativen Erwartungen einer sozialen Gruppe zusammenhängt, ist dieses von intra- und interkulturellen Variablen abhängig. Evolutionsbiologische Ansätze verweisen jedoch auf große Ähnlichkeiten von Stigmata, die in verschiedenen Kulturen existieren. Sie führen dies darauf zurück, dass Stigmata generell die Funktion haben, Menschen mit bestimmten Attributen, die die soziale Gemeinschaft gefährden könnten, auszuschließen. Entsprechende Merkmale sind eine Unzuverlässigkeit im sozialen Miteinander (zum Beispiel aufgrund psychischer Störungen oder krimineller Handlungen), das Leiden an ansteckenden Krankheiten oder die Zugehörigkeit zu einer Gruppe (zum Beispiel ethnische Gruppen), die zum Vorteil der eigenen Gruppe ausgenutzt werden kann (Tröster, 2008, S. 140 ff.). Stigmata können sich auf physisch-körperliche Merkmale, auf psychisch-personal-soziale Merkmale und auf phylogenetische Merkmale beziehen. Psychische Erkrankungen lassen sich hier den psychischen-personalen-sozialen Merkmalen zuordnen. Sie führen häufig zu Verhaltensweisen, die von den Normalitätsvorstellungen der Gesellschaft abweichen, und beinhalten damit ein hohes Stigmatisierungsrisiko (Heitmann, 2013, S. 73 f.).

In der Sozialpsychologie tauchen vor dem Hintergrund des Stigmatisierungsdiskurses die Begriffe Stereotype, Vorurteile und Diskriminierung auf. Grundlage für stereotypes Denken ist das Einordnen von Menschen und Objekten in Kategorien. (Degner, Meiser, & Rothermund, 2009, S. 76). Diese Kategorien beinhalten kategorispezifische Erwartungen, welche meist auf sozial geteiltem Wissen beruhen und unter dem Begriff Stereotype zusammengefasst werden (Klauer, 2008, S. 23). Ein Vorurteil existiert dann, wenn einem Stereotyp zugestimmt wird. Meist ist dieses mit negativen Emotionen verknüpft. Diskriminierung setzt dann ein, wenn diese Vorurteile zu einem

Verhalten führen, dass die stigmatisierte Personengruppe benachteiligt oder ausgrenzt (Rüsch et al., 2004, S. 4). In Bezug auf die Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen unterscheiden Rüsch et al. (ebd.) drei Arten von Stigmatisierung:

- *Öffentliche Stigmatisierung:* Etliche Studien zeigen, dass die Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen nach wie vor in der Gesellschaft weit verbreitet ist. Crisp, Gelder, Rix, Meltzer und Rowlands (2000) befragen 1737 Menschen aus Großbritannien zu ihrer Meinung über psychisch erkrankte Menschen und finden häufig vorkommende Vorurteile. Am häufigsten taucht das Vorurteil auf, dass Menschen mit psychischen Störungen gefährlich seien, was allerdings nur in seltenen Fällen bei wenigen Störungsbildern zutrifft. Außerdem wird Personen, die an bestimmten Störungsbildern wie Essstörungen und Drogenabhängigkeit leiden, ein Selbstverschulden zugeschrieben. Angermeyer und Matschinger (1997) stoßen in ihrer in Deutschland durchgeführten Studie ebenfalls auf eine große Ablehnung und den Wunsch nach Distanz gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen. Ein weiteres Ergebnis ist, dass der Kontakt mit psychisch erkrankten Menschen den Abbau von Stigmatisierung fördert. Dies kann in der Studie von Crisp et al. (2000) jedoch nicht bestätigt werden. Sie verweisen darauf, dass es notwendig ist, die Art und Qualität des Kontaktes zu berücksichtigen. Darüber hinaus sehen sie einen großen Einfluss der Medien auf das Bild psychisch erkrankter Menschen in der Gesellschaft. Die Berichterstattung ist oftmals stigmatisierend und zeichnet das Bild, Menschen mit psychischen Störungen seien gefährlich, unzurechnungsfähig, könnten keine Entscheidungen treffen und hätten eine kindliche Wahrnehmung der Welt (Rüsch et al., 2004, S. 3 ff.).
- *Selbststigmatisierung:* Diese Art der Stigmatisierung entsteht, wenn Mitglieder der stigmatisierten Gruppe die sie betreffenden Stereotype, Vorurteile und Diskriminierung teilen und gegen sich selbst wenden. Bestimmten Stereotypen wird zugestimmt, was zu negativen Emotionen sich selbst gegenüber führt. Damit einher geht meist ein geringes Selbstwertgefühl und geringe Selbstwirksamkeitsüberzeugung. Die geteilten Vorurteile können sich auch auf der Verhaltensebene zeigen.

Selbst nach ausgeheilter Erkrankung wagen es die betroffenen Personen nicht nach einer Arbeit, einem Wohnraum oder einer Partnerschaft zu suchen.

- *Strukturelle Diskriminierung*: Strukturelle Diskriminierung beinhaltet Praktiken öffentlicher Stellen und privater Einrichtungen, die sich bewusst oder unbewusst einschränkend auf die stigmatisierte Personengruppe auswirken. Dies können gesetzliche Regelungen sein, wie beispielsweise die Ungleichstellung psychisch Erkrankter mit somatisch erkrankten Personen, die sich in der Sozialgesetzgebung oder der Verteilung von Ressourcen von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern niederschlägt (ebd.).

Häufige Stigmatisierungserfahrungen, aber auch –erwartungen, die die stigmatisierten Menschen haben, sind:

- abwertende und verletzende Äußerungen über psychisch erkrankte Menschen und Behandlungsmöglichkeiten
- Distanzierung im sozialen Bereich, wie Freundeskreis oder Arbeitsumfeld und Ablehnung bei Versuchen sich in neuen sozialen Umfeldern zu etablieren
- abwertende und nicht zutreffende mediale Darstellung von Menschen mit psychischen Störungen (ebd, S. 7)

Die Folgen von Stigmatisierung sind häufig ein geringes Selbstwertgefühl und negatives Selbstkonzept bei den psychisch erkrankten Personen. Darüber hinaus tendieren die betroffenen Personen dazu, soziale Kontakte oder Situationen zu vermeiden, in denen sie befürchten, Stigmatisierung zu erleben (Tröster, 2008, S. 141 f.). Damit einher geht meist eine Geheimhaltung der psychischen Erkrankung und psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Der resultierende Rückzug kann zu schlechter sozialer Integration und höherer Arbeitslosigkeit führen. Diese Bewältigungsart kann sich auch darin äußern, dass sich psychisch erkrankte Personen nicht in Behandlung begeben, um eine erwartete Stigmatisierung zu vermeiden (Rüsch et al., 2004, S. 7 ff.). In Bezug auf die Unterstützungsangebote der Kinder- und Jugendhilfe lässt sich eine ähnliche Wirkung vermuten. So stehen psychisch erkrankte Eltern den Angeboten in diesem Bereich häufig skeptisch gegenüber, unter anderem

auch aus Angst, krankheitsbedingt als unfähige Eltern stigmatisiert zu werden und das Sorgerecht entzogen zu bekommen (Krumm et al., 2005, S. 79 f.).

Manche Betroffene wählen auch eine andere Art der Bewältigung. Sie informieren die Menschen ihres sozialen Umfeldes, um deren Einstellungen zu verbessern und die Gefahr einer Stigmatisierung zu verringern. Vorteile dieses Umgangs mit Stigmatisierung können ein gesteigerter Selbstwert, eine geringere Belastung durch die Geheimhaltung der Erkrankung und ein offeneres, entspannteres Verhältnis mit den in Kenntnis gesetzten Menschen sein. Gleichzeitig besteht jedoch das Risiko, durch die Offenlegung auf Ablehnung und Abwertung zu treffen (Rüsch et al., 2004, S. 7 ff.).

Unter Stigmatisierung und Diskriminierung leiden nicht nur die erkrankten Personen selbst. So verweisen Thompson und Thompson (1997, S. 10) auf eine sekundäre Diskriminierung, die Angehörige und Freunde/Freundinnen trifft und für sie meist ähnlichen Stress auslöst wie bei den Erkrankten selbst. Rüsch et al. (2004, S. 8) fassen die Auswirkungen von Stigmatisierung auf Angehörige zusammen:

- *Öffentliche Stigmatisierung:* Die Distanzierung von der psychisch erkrankten Person weitet sich häufig auf die gesamte Familie aus, was nicht selten zu einer sozialen Isolation führt. Eltern von psychisch erkrankten Kindern wird oft eine Mitverantwortung für die Erkrankung zugeschrieben, indem zum Beispiel vermutet wird, dass durch dysfunktionale Erziehungspraktiken oder genetische Variablen die Erkrankung ausgelöst wurde. Ehepartner/Ehepartnerinnen und Geschwistern der Erkrankten wird oft ein Einfluss auf den Gesundheitszustand der psychisch erkrankten Person unterstellt. Damit werden sie für den Krankheitsverlauf mit verantwortlich gemacht. Kinder von psychisch erkrankten Eltern werden teils als „kontaminiert“ betrachtet. Viele Angehörige und Freunde/Freundinnen reagieren auf diese sekundäre Stigmatisierung mit Scham.
- *Selbststigmatisierung:* Bei Angehörigen psychisch erkrankter Personen ist häufig ebenfalls ein verringertes Selbstwertgefühl festzustellen. Einige reagieren auf die Stigmatisierung jedoch mit Empörung und engagieren sich für eine Entstigmatisierung.

- *Belastungserleben aufgrund der Stigmatisierung des psychisch erkrankten Angehörigen:* Den meisten Familienmitgliedern und Freunde/Freundinnen ist die Stigmatisierung ihres/ihrer erkrankten Angehörigen bewusst und sie leiden stellvertretend darunter.

1.2 Stress und Risikofaktoren

Das folgende Kapitel soll die Belastungsfaktoren in den Blick nehmen, die bei Kindern psychisch erkrankter Eltern gehäuft vorkommen. Eingebettet werden diese in allgemeine wissenschaftliche Erkenntnisse zu Stresserleben und Risikofaktoren, um ein vertieftes Verständnis zu ermöglichen.

1.2.1 Stressmodelle

Stress ist mittlerweile ein Begriff der Alltagssprache. Eine einheitliche Begriffsdefinition liegt jedoch nicht vor, da sie je nach wissenschaftlicher Disziplin variiert. Die verschiedenen Konzepte, die dem Begriff zugrunde liegen, fokussieren je unterschiedliche Aspekte, können jedoch als sich gegenseitig ergänzend betrachtet werden. Im Folgenden sollen einige bedeutende Stresskonzepte entlang ihrer historischen Entwicklung vorgestellt werden.

Reaktionsbezogene Stressmodelle

Die ersten Stressmodelle nehmen die Reaktion des Organismus auf eine Belastung in den Blick. Der Physiologe Cannon (1915 zit. n. Allwinn, 2010, S. 48 f.) beschreibt schon 1915 die körperliche Reaktion auf eine Gefahrensituation. Er prägt den Begriff der Homöostase, eines Gleichgewichts des Organismus, zu dessen Aufrechterhaltung verschiedene koordinierte physiologische Prozesse ablaufen (Busse, Plaumann, & Walter, 2006, S. 63). Nach seinem Fight-or-Flight-Modell wird bei Gefährdung der Homöostase durch einen externen oder internen Stressor eine physiologische Reaktion ausgelöst, die der schnellen Bereitstellung von Energie für Kampf oder Flucht dient (Faltermaier, 2005, S. 73). Cannon (1915, zit. n. Allwinn, 2010, S. 48 f.) beschreibt verschiedene physiologische Prozesse, die durch die Ausschüttung von Stresshormonen ausgelöst werden, wie Ausdehnen der Bronchien und schnellere

Atmung zur höheren Bereitstellung von Sauerstoff, Freisetzung von Zucker durch die Leber, steigende Herzfrequenz und steigender Blutdruck, um eine bessere Durchblutung der Muskulatur zu erreichen, und Einschränkung der Verdauungsaktivität, um Energie zu sparen.

Spätestens in den 1950er Jahren etabliert der Endokrinologe Selye (1956, zit. n. Faltermaier, 2005, S. 73) den Stressbegriff in wissenschaftlichen Kreisen. Er knüpft an die Vorarbeit Cannons (1915, zit. n. Allwinn, 2010, S. 48 f.) an und untersucht als einer der Ersten systematisch die physiologische Reaktion auf Belastung. Anhand von Ergebnissen aus seiner Stressforschung an Ratten entwirft er das Allgemeine Adaptionssyndrom (AAS), worunter er eine unspezifische körperliche Reaktion auf einen Stressor versteht, mit dem Ziel, die Homöostase des Organismus wiederherzustellen (Busse et al., 2006, S. 64 f.). Das AAS umfasst folgende drei Phasen:

- *Alarmreaktionsphase*: Der Körper reagiert auf einen Stressor mit der Bereitstellung von Energie, um eine schnelle Bewältigung zu ermöglichen. Die physiologischen Reaktionsmuster ähneln den von Cannon (1915, zit. n. Allwinn, 2010, S. 48 f.) zuvor dargestellten (Kaluza, 2011, S. 16).
- *Resistenz- oder Widerstandsphase*: Hält eine Belastungssituation länger an und kann nicht zeitnah bewältigt werden, kommt es durch die Ausschüttung der Hormone Cortin und Adrenocorticotropin (ACTH) zu einer Resistenz gegenüber dem Stressor. Körperliche Symptome klingen ab. Dieser Prozess bindet viel Energie, was zur Folge hat, dass der Organismus zwar gegenüber dem spezifischen Stressor eine gewisse Resistenz aufweist, jedoch gegenüber anderen Stressoren deutlich anfälliger ist. Beim Auftreten weiterer Stressoren kann es zu heftigen Reaktionen kommen.
- *Erschöpfungsphase*: Nach einer gelungenen Anpassung setzt die Erholungsphase ein. Gelingt eine Anpassung jedoch nicht und hält die Belastung an, kommt es langfristig zu einer Überforderung, die notwendigen Ressourcen sind aufgebraucht, es setzt die Erschöpfungsphase ein (Busse et al., 2006, S. 64 ff.; Allwinn, 2010, S. 49 ff.).

Ein lang anhaltendes oder intensiv verlaufendes AAS kann zu einer Schädigung des Organismus führen, zu sogenannten Adaptionserkrankungen (Lyon, 2005, S. 26 ff.). Diese können Erkrankungen sein, die unter anderem aus einer krankhaften

Veränderung der Nebennierenrinde, der Thymusfunktion und des Magen-Darm-Trakts resultieren (Eppel, 2007, S. 15 f.). Besonders kritisch ist hervorzuheben, dass die beschriebene Stressreaktion ein evolutionär sehr altes Reaktionsmuster darstellt, das auf ein Bewältigungsverhalten abzielt (Flucht und Kampf), welches heutzutage kaum mehr eingesetzt wird. Somit wird die freigesetzte Energie häufig nicht verbraucht. Dies kann zur Folge haben, dass überschüssiger Zucker, Fett und verklumpende Blutplättchen die Blutbahn verstopfen, was Folgekrankheiten bedingt. Gleichzeitig sind viele Belastungen der modernen Zeit weniger kurze Stressmomente als länger währende und immer wiederkehrende Stressoren. Dadurch ist der Organismus häufiger über längere Zeiträume in Widerstandsbereitschaft. Kommt es nicht regelmäßig zu Erholungsmomenten, treten Überforderung und Erschöpfungszustände ein. Physische und psychische Erkrankungen können die Folge sein. Ebenso kann es zu einer Regulationsstörung kommen. Selbst in belastungsfreien Zeiten schafft es der Organismus nicht mehr, auf ein Ruheniveau zu kommen (Kaluza, 2011, S. 23 ff.).

Ursprünglich finden psychische Komponenten in Selyes (1956, zit. n. Faltermaier, 2005, S. 73) Modell keine Beachtung. Später schenkt er der subjektiven Wahrnehmung mehr Beachtung und unterscheidet zwischen Eustress und Distress. Während Distress als negativer, potentiell schädigender Stress erlebt wird, stellt Eustress für den Menschen eher eine Herausforderung dar, die aktivierend wirkt und dementsprechend positiver bewertet wird (Lyon, 2005, S.27).

Kritisch an Selyes und Cannons reaktionsorientierten Modellen wird die Unspezifität der Stressreaktion gesehen. So zeigen Menschen zum Beispiel unterschiedliche physiologische Reaktionen auf dieselben Gefühle (wie Angst). Darüber hinaus beziehen die Modelle kaum psychische Faktoren wie Bewertung und Wahrnehmung mit ein. Auch Mediatorvariablen, wie Entspannung und Information, lassen sich mit diesen Modellen nicht erklären (Lyon, 2005, S. 28 f.). Neuere psychobiologische Untersuchungen nehmen dagegen stärker die Individual- und Situationspezifität von Stressreaktionen in den Blick. Je nach Art der wahrgenommenen Stresssituation werden die hormonellen Systeme unterschiedlich stark aktiviert. Ebenso fallen Stressreaktionen bei derselben Belastung je nach Person unterschiedlich aus. Sie hängen sowohl von biologisch-konstitutionellen als auch biografischen Erfahrungen ab. So spielt beispielsweise die frühkindliche Bindungserfahrung eine Rolle beim späteren Stresserleben. Menschen mit unsicheren Bindungserfahrungen weisen eine

größere Stressanfälligkeit auf, was sich an einem erhöhten Kortisol-Spiegel zeigen lässt (Kortisol wird bei längerer Belastung in Folge einer Stressreaktion ausgeschüttet) (Kaluza, 2011, S. 20 ff.).

Situationsbezogene Stressmodelle

Bei den situationsbezogenen Stressmodellen steht, entgegen den zuvor dargestellten reaktionsbasierten Stresskonzepten, der Reiz im Mittelpunkt. Diesen reizbasierten Konzepten liegt die Annahme zugrunde, dass kritische Lebensereignisse immer eine Anpassungsleistung nach sich ziehen. Ist der Mensch in einem bestimmten Zeitraum mit einer Vielzahl kritischer Lebensereignisse konfrontiert, hat dies pathogene Effekte, da seine Fähigkeit zur Neuanspassung und Belastungsbewältigung nur begrenzt hoch ist. Hier wird die Orientierung an Selyes (1956, zit. n. Faltermaier, 2005, S. 73) Allgemeinem Adaptionssyndrom deutlich (Filipp, 1981, S. 6). Ausgehend von dieser Hypothese wird in den 1960er Jahren angefangen, entsprechende Lebensereignisse aufzuspüren, die eine Anpassungsleistung und damit Stressreaktion nach sich ziehen. Bedeutende Vertreter sind hier unter anderem Holmes und Rahe (1967). Sie entwerfen eine Liste kritischer Lebensereignisse, die „Social Readjustment Rating Scale“. In dieser fassen sie ihre Forschungsergebnisse zusammen, durch die 43 kritische Ereignisse identifiziert werden. Diese Ereignisse werden in einer Art Checkliste aufgezählt und entsprechend ihrer Anpassungsleistung unterschiedlich hoch gewichtet. Dazu zählen beispielsweise der Tod eines/einer Angehörigen, Arbeitsverlust und Heirat.

Kritisiert an Holmes und Rahes (1967) Modell wird, dass der Fokus auf dem Ausmaß der Veränderung liegt, nach der eigentlichen Belastung wird nicht gefragt. Darüber hinaus werden allein kritische, große Ereignisse als stressauslösend gesehen, alltäglicher Stress wird nicht beachtet. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass auch scheinbar triviale Alltagsereignisse Stress implizieren (Allwinn, 2010, S. 53 ff.). Diese Alltagsereignisse, auch „daily hazzles“ genannt, scheinen sich sogar stärker auf den Gesundheitszustand auszuwirken als kritische Lebensereignisse. Besonders bedeutsam sind hier chronische, immer wiederkehrende Alltagsbelastungen. Diese können im Zusammenhang mit Anforderungen in Beruf, Familie, Alltag und Freizeit entstehen. Häufig tauchen sie dabei im Kontext psychosozialer Interaktionen auf und können sich im Fehlen von Anerkennung oder Zurückweisung zeigen. Auch die

gedankliche Weiterbeschäftigung mit vergangenen Ereignissen kann eine Alltagsbelastung darstellen (Kaluza, 2011, S. 32 f.). Darüber hinaus ziehen kritische Lebensereignisse durch die veränderte Lebenssituation häufig Alltagsbelastungen nach sich (Klauer, 1997, S. 94 f.).

Neben kritischen Lebensereignissen und Alltagsbelastungen werden auch Übergänge zwischen den Lebensphasen als stressauslösende Momente betrachtet, wie beispielsweise der Eintritt in die Schule, Beginn der Pubertät und die Loslösung vom Elternhaus (Eppel, 2007, S. 16).

Bei den situationsbezogenen Stressmodellen spielt die Person mit ihren individuellen Einstellungen, Wahrnehmungen und Bewertungen eine untergeordnete Rolle. Stress ist ein auf sie zukommendes Phänomen, dem sie mehr oder minder als passives Opfer ausgesetzt ist (Filipp, 1981, S. 7).

Das Transaktionale Stressmodell

Die subjektive Wahrnehmung und Bewertung, die in den reaktions- und situationsbezogenen Theorien vermisst wird, stellt ein Grundelement von Person-Umwelt-Modellen dar. Eines der hier bekanntesten Modelle ist das Transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984). Lazarus sieht Stress als das Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt: *„Psychischer Streß gründet weder in der Situation noch in der Person, obschon er von beiden abhängt. Er entsteht vielmehr aus der Art, wie die Person die adaptive Beziehung einschätzt. Diese Beziehung lässt sich am besten als Transaktion bezeichnen.“* (Lazarus, 1995, S. 204 zit. n. Allwinn 2010, S. 62).

Als ursächlich für Stress wird eine Diskrepanz zwischen den individuellen Bedürfnissen, Wünschen und Kompetenzen der Person und den Anforderungen und Gegebenheiten einer Situation gesehen (Eppel, 2007, S. 16). Ob es jedoch zu einem Stressempfinden kommt, hängt maßgeblich von der Bewertung der Situation ab. Lazarus und Launier (1981, S. 233 ff.) unterscheiden hier drei Formen der Bewertung:

- *Primäre Einschätzung:* Die primäre Einschätzung erfolgt spontan und weniger bewusst bei Eintritt einer Situation. Die Situation wird in Hinblick auf das eigene Wohlbefinden als belastend, irrelevant oder positiv bewertet. Stressauslösend ist nur die Einschätzung der Situation als

Belastung. In diesem Falle unterscheidet der Mensch zwischen Verlust/Schädigung, Bedrohung und Herausforderung. Bei einer Einordnung als Verlust/Schädigung ist das entsprechende Ereignis, zum Beispiel der Verlust einer nahestehenden Person oder der körperlichen Funktionsfähigkeit, bereits eingetreten. Bei der Einschätzung als Bedrohung ist das schädigende, verlustreiche Ereignis zwar noch nicht eingetreten, wird jedoch antizipiert. Eine Herausforderung dagegen impliziert die Möglichkeit des persönlichen Wachstums oder von Gewinnmöglichkeiten.

- *Sekundäre Einschätzung:* Die sekundäre Bewertung bezieht sich auf persönliche Handlungsoptionen. Kann eine Situation nicht durch routinemäßiges Verhalten bewältigt werden, kommt es zur Abwägung weiterer Bewältigungsformen. Hierbei spielen Überlegungen bezüglich der Zielerreichung, Verfügbarkeit und persönlicher Einsatzmöglichkeit von Ressourcen eine Rolle. Werden die Bewältigungsmöglichkeiten als zu gering eingeschätzt, um der eingetretenen Stresssituation gewachsen zu sein, so setzt sekundär eine stressauslösende Bewertung ein.
- *Neueinschätzung:* Alle Situationen, besonders aber Stresssituationen, unterliegen einer ständigen Neueinschätzung durch die Person auf Grundlage neuer Informationen. Die Bewertung einer Situation kann beispielsweise vor dem Hintergrund der sekundären Einschätzung, dass eine Stressbewältigung schwer bis gar nicht möglich ist, modifiziert werden. Zum Beispiel können eigene Erwartungshaltungen reduziert werden, um eine Anpassung an die Situation zu ermöglichen (ebd.).

Die Neueinschätzung unterstreicht den prozessualen Charakter des transaktionalen Stressmodells. So sind Einschätzungen, entsprechend der personalen und umweltbedingten Veränderungen, in ständigem Wandel (Eppel, 2007, S. 17 f.). Es gibt viele Faktoren der Person und Umwelt, die die Stressbewertung beeinflussen, beispielsweise Wertvorstellungen, Verfügbarkeit von Ressourcen, sozialer Rückhalt und Selbstwertgefühl (Lyon, 2005, S. 34).

Die primäre und sekundäre Bewertung unterscheiden sich, entgegen der durch die Begrifflichkeit antizipierten Rangordnung, nicht in ihrer Relevanz und ihrem zeitlichen Auftreten (Busse et al., 2006, S. 69 f.).

Auf das transaktionale Stressmodell wird häufig, gerade in der psychologischen Forschungslandschaft, zurückgegriffen. Dabei wird sein prozessualer und individuumszentrierter Charakter geschätzt. Kritisch wird jedoch gesehen, dass auf Grundlage des transaktionalen Stressmodells Belastungen als reine Bewertungsprozesse verstanden werden können und gesellschaftliche Missstände und Ungleichheiten dadurch zu bloßen Deutungsproblemen werden (Allwinn, 2010, S. 70 ff.).

1.2.2 Risikofaktoren

Bis in die 1970er Jahre beschäftigt sich die Forschung hauptsächlich mit der Frage nach schädigenden Einflussfaktoren auf die menschliche Entwicklung. Danach setzt sich verstärkt ein Paradigmenwechsel, weg von einem defizitorientierten, pathogenetischen Blick hin zu einem ressourcenorientierten Ansatz, durch. Risikofaktoren und Schutzfaktoren können nicht als voneinander getrennt wirkende Phänomene betrachtet werden, sondern als in Wechselwirkung stehende Einflussfaktoren auf die menschliche Entwicklung (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2011, S. 19). Eines besseren Verständnisses wegen werden hier die einzelnen Modelle jedoch getrennt voneinander dargestellt. Dabei soll zunächst auf das Risikofaktorenmodell eingegangen werden, um anschließend Ressourcen, Schutzfaktoren und Resilienz in den Blick zu nehmen.

„Risikofaktoren werden als krankheitsbegünstigende, risikoerhöhende und entwicklungshemmende Merkmale definiert, von denen potentiell eine Gefährdung der gesunden Entwicklung des Kindes ausgeht“ (Holtmann & Schmidt, 2004 zit. n. Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2011, S. 20). Schädigende Einflussfaktoren führen demnach nicht zwangsläufig zu einer Entwicklungsbeeinträchtigung, sondern erhöhen nur das Risiko. Es ist deshalb von einem Wahrscheinlichkeitskonzept, nicht von einem Kausalitätskonzept, zu sprechen. In der Entwicklungspsychopathologie wird zwischen zwei Gruppen von schädigenden Merkmalen unterschieden. Einerseits spielen biologische und psychologische Merkmale des Kindes eine Rolle, die sogenannten Vulnerabilitätsfaktoren, andererseits nehmen psychosoziale Faktoren der Umwelt Einfluss auf die menschliche Entwicklung. Sie werden als Risikofaktoren oder Stressoren bezeichnet (Wustmann, 2004, S. 36 f.; Laucht, Esser, & Schmidt, 2000, S. 247; Ball & Peters, 2007, S. 127 f.). Vulnerabilitätsfaktoren lassen sich zudem in

primäre und sekundäre Faktoren unterscheiden. Primäre Faktoren weist das Kind von Geburt an auf, wie genetische Dispositionen oder Geburtskomplikationen. Sekundäre Faktoren hat das Kind in Interaktion mit der Umwelt erworben, wie beispielsweise eine unsichere Bindungsorganisation (Wustmann, 2004, S. 37; Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2011, S. 20). Darüber hinaus können Risikofaktoren der psychosozialen Umwelt in diskrete und kontinuierliche Faktoren unterteilt werden. Diskrete Faktoren wie der Verlust einer nahen Bezugsperson (kritische Lebensereignisse) führen zu bestimmten Zeitpunkten zu unmittelbaren Veränderungen. Kontinuierliche Faktoren nehmen Einfluss im gesamten Entwicklungsverlauf, teils mit unterschiedlichem Wirkungsgrad. Dazu kann beispielsweise die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung gezählt werden (Wustmann, 2004, S. 37). Neben Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren sind traumatische Erlebnisse als entwicklungsgefährdende Ereignisse zu sehen (Wustmann, 2004, S. 39 f.). Eine anschauliche Darstellung der Differenzierung von Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren kann in Anlehnung an Fröhlich-Gildhoff und Rönna-Böse (2011, S. 23) wie folgt aussehen:

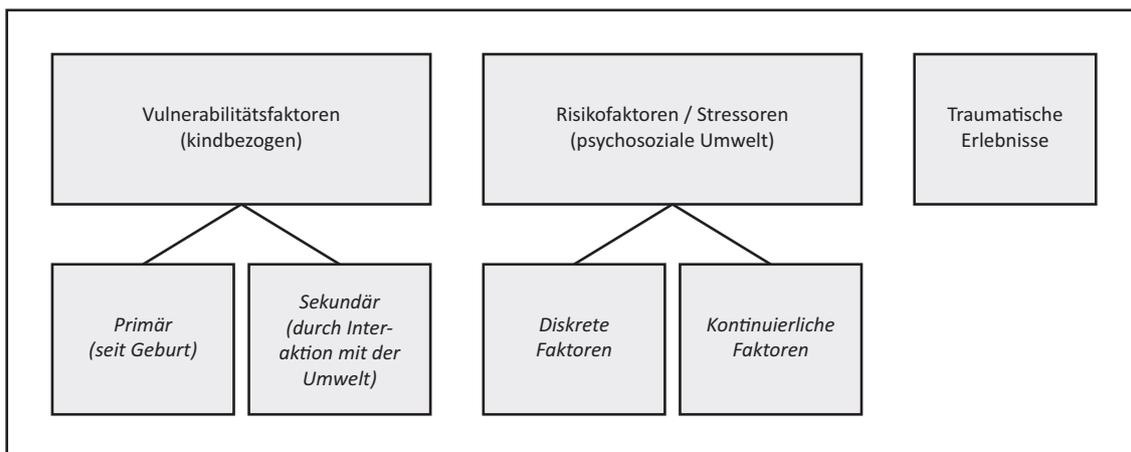


Abbildung 1: Differenzierung von Risikofaktoren

Je nach Entwicklungsbeeinträchtigung und Störungsbild werden spezifische schädigende Einflüsse und Erklärungsmodelle herangezogen. Es lassen sich jedoch allgemeine Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren herauskristallisieren (Spiess, Häfeli, & Rüesch, 2006, S. 9 f.). Eine exemplarische Auswahl potentiell schädigender Einflüsse wird von Wustmann (2004, S. 38 f.) in einer Übersicht dargestellt:

Primäre Vulnerabilitätsfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> - prä-, peri- und postnatale Faktoren (z.B. Frühgeburt, Geburtskomplikationen, niedriges Geburtsgewicht, Ernährungsdefizite, Erkrankung des Säuglings) - neuropsychologische Defizite - psychophysiologische Faktoren (z.B. sehr niedriges Aktivitätsniveau) - genetische Faktoren (z.B. Chromosomenanomalien) - chronische Erkrankungen (z.B. Asthma, Neurodermitis, Krebs, schwere Herzfehler, hirnorganische Schädigungen) - schwierige Temperamentsmerkmale, frühes impulsives Verhalten, hohe Ablenkbarkeit - geringe kognitive Fähigkeiten: niedriger Intelligenzquotient, Defizite in der Wahrnehmung und sozial-kognitiven Informationsverarbeitung
Sekundäre Vulnerabilitätsfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> - unsichere Bindungsorganisation - geringe Fähigkeit zur Selbstregulation von Anspannung und Entspannung
Risikofaktoren/Stressoren
<ul style="list-style-type: none"> - niedriger sozioökonomischer Status, chronische Armut - aversives Wohnumfeld (Wohngenden mit hohem Kriminalitätsanteil) - chronische familiäre Disharmonie - elterliche Trennung und Scheidung - Wiederheirat eines Elternteils, häufig wechselnde Partnerschaften der Eltern - Alkohol-/Drogenmissbrauch der Eltern - psychische Störung oder Erkrankung eines bzw. beider Elternteile - Kriminalität der Eltern

- Arbeitslosigkeit der Eltern
- Obdachlosigkeit
- niedriges Bildungsniveau der Eltern
- Abwesenheit eines Elternteils / alleinerziehender Elternteil
- Erziehungsdefizite / ungünstige Erziehungspraktiken der Eltern
(z.B. inkonsequentes, zurückweisendes oder inkonsistentes Erziehungsverhalten, Uneinigkeit der Eltern in Erziehungsmethoden, körperliche Strafen, zu geringes Beaufsichtigungsverhalten, Desinteresse/Gleichgültigkeit gegenüber dem Kind, mangelnde Feinfühligkeit und Responsivität)
- sehr junge Elternschaft (vor dem 18. Lebensjahr)
- unerwünschte Schwangerschaft
- häufige Umzüge, Schulwechsel
- Migrationshintergrund in Verbindung mit niedrigem sozioökonomischen Status
- soziale Isolation der Familie
- Adoption/Pflegefamilie
- Verlust eines Geschwisters oder engen Freundes
- Geschwister mit einer Behinderung, Lern- oder Verhaltensstörung
- mehr als vier Geschwister
- Mobbing/Ablehnung durch Gleichaltrige
- außerfamiliäre Unterbringung

Abbildung 2: Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren

Aufgrund ihres besonders schädigenden Charakters stellt Wustmann (2004, S. 39 f.) traumatische Erlebnisse gesondert dar. Diese übertreffen vorhersehbare Erfahrungsspielräume und gehen mit Machtlosigkeit, Kontrollverlust und häufig Lebensgefährdung einher. Orientiert am DSM-IV verweist sie auf folgende traumatische Erlebnisse:

Traumatische Erlebnisse

- Natur-, technische oder durch Menschen verursachte Katastrophen (wie Erdbeben, Vulkanausbruch, Flugzeugabsturz, Hochwasser, Brände)
- Kriegs- und Terrorerlebnisse, politische Gewalt, Verfolgung, Vertreibung und Flucht
- schwere (Verkehrs-) Unfälle
- Gewalttaten (= direkte Gewalterfahrungen, wie z.B. körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, Vernachlässigung, Kindesentführung oder seelische Gewalt)
- beobachtete Gewalterlebnisse (indirekte Gewalterfahrung, z.B. Beobachtung von Verletzung, Tötung, Folterung von nahen Bezugspersonen)
- Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit und belastende medizinische Maßnahmen
- Tod oder schwere Erkrankung eines bzw. beider Elternteile

Abbildung 3: Traumatische Erlebnisse

Risiko- und Vulnerabilitätsfaktoren müssen nicht zwangsläufig zu Entwicklungsbeeinträchtigungen führen. Es sind zudem weitere Bedingungen und Phänomene zu beachten, die die Wirkung von schädigenden Faktoren beeinflussen:

- *Phasen erhöhter Vulnerabilität:* In der Entwicklung von Kindern gibt es Phasen, in denen sie eine erhöhte Anfälligkeit für schädigende Einflüsse aufweisen. Diese sind Übergänge zwischen zwei Lebensphasen, wie der Eintritt in die Schule oder der Beginn der Pubertät. In diesen Abschnitten ist das Kind mit vielfältigen Anforderungen konfrontiert und muss eine erhöhte Anpassungsleistung aufbringen. Somit ist es anfälliger für Risikofaktoren, die eine weitere Anpassung erfordern (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2011, S. 24).
- *Kumulation von Risikofaktoren:* Risikofaktoren treten selten isoliert auf, sondern bedingen sich oft gegenseitig. Dies zeigen auch Ergebnisse des „Kinder- und Jugendgesundheits surveys“ (KiGGS). Kinder aus Familien mit

niedrigem sozioökonomischem Status erleben auch weniger familiären Zusammenhalt und soziale Unterstützung als Kinder mit einem höheren familiären sozioökonomischem Status (Erhart, Hölling, Bettge, Ravens-Sieberer & Schlack, 2007, S. 804 f.). In der „BELLA-Studie – Befragung Seelisches Wohlbefinden und Verhalten“, einem Modul des „Kinder- und Jugendgesundheits surveys“, werden circa 4000 zufällig ausgewählte Kinder und Jugendliche zwischen den Jahren 2003 bis 2006 bezüglich ihres psychischen Gesundheitszustandes untersucht. Es stellt sich heraus, dass Kinder, die mit multiplen Risikobelastungen konfrontiert sind, mit höherer Wahrscheinlichkeit psychische Auffälligkeiten entwickeln (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge, & Erhart, 2007, S. 876). Ähnliche Befunde zeigt die „Mannheimer Risikokinderstudie“, demnach besitzen Kinder mit sowohl organischen als auch psychosozialen Risikobelastungen die ungünstigste Entwicklungsprognose (Laucht et al., 2000, S. 258).

- *Abfolge im Auftreten risikoerhöhender Faktoren:* Risiko- und Vulnerabilitätsfaktoren in der Vergangenheit begünstigen das Auftreten weiterer schädigender Faktoren zu einem späteren Zeitpunkt.
- *Alter und Entwicklungsstand des Kindes:* Je nach zeitlichem Auftreten von schädigenden Faktoren können diese unterschiedliche Auswirkungen haben. Säuglinge in den ersten Lebensmonaten haben beispielsweise noch keine spezifische sichere Bindung aufgebaut und erleben eine Trennung von der Hauptbezugsperson als weniger gravierend (wenn die Bedürfnisbefriedigung durch andere Personen gesichert ist) als Kinder mit circa zwei Jahren, die zwar eine spezifische Bindung zur Hauptbezugsperson aufgebaut haben, jedoch noch keine Beziehung über zeitliche und räumliche Distanz aufrechterhalten können (Wustmann, 2004, S. 42). Auch scheinen sich mit zunehmendem Alter psychosoziale Risikofaktoren schädigender auszuwirken als biologische, gerade auf die sozial-emotionale Entwicklung (Laucht et al., 2000, S. 259).
- *Kognitiver Entwicklungsstand des Kindes:* Von dem kognitiven Entwicklungsstand ist es abhängig, inwieweit ein Kind komplexe Situationen und Zusammenhänge begreifen kann. Jüngere Kinder (bis circa 8-9 Jahren) sind hierzu oft noch nicht in der Lage und neigen dazu, auf magische Erklärungen zurückzugreifen und sich an den Reaktionen der

Umwelt auf die entsprechenden Ereignisse zu orientieren. Oft fühlen sie sich schneller ohnmächtig, hilflos und ängstlich (Wustmann, 2004, S. 42 f.)

- *Chronizität schädigender Faktoren:* Halten schädigende Einflüsse über einen längeren Zeitraum an oder kehren regelmäßig wieder, ist die Beeinträchtigung des biopsychosozialen Wohlbefindens wahrscheinlicher (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2011, S. 25).
- *Geschlecht des Kindes:* Die Ergebnisse verschiedener Studien zeigen eine Tendenz auf, dass Jungen im ersten Lebensjahrzehnt anfälliger für die Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten sind. Eine Kehrtwende zeichnet sich in der Adoleszenz ab, hier zeigen Mädchen prozentual häufiger psychische Auffälligkeiten (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 65 f.; Wustmann, 2004, S. 43).
- *Bewertung der Risikobelastung:* Je nach Erfahrungshintergrund, psychischer und sozialer Situation bewerten Kinder Belastungen unterschiedlich. Die Bedeutung, die dem Stressor zugeschrieben wird, nimmt Einfluss auf dessen Effekt (Wustmann, 2004, S. 44; Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2011, S. 26).

1.2.3 Belastungen von Kindern psychisch erkrankter Eltern

1.2.3.1 Kinder psychisch kranker Eltern – eine Hochrisikogruppe

In der für Deutschland repräsentativen „BELLA-Studie“ aus dem Jahr 2006 werden 2863 Familien mit Kindern und Jugendlichen unter 17 Jahren bezüglich psychischer Auffälligkeiten untersucht. Bei 9,7 % der Kinder und Jugendlichen wird eine Wahrscheinlichkeit für eine psychische Auffälligkeit identifiziert, 12,2 % zeigen zumindest Hinweise auf psychische Auffälligkeiten. Einer der prägnanten Risikofaktoren, der in der „BELLA-Studie“ für die Entwicklung psychischer Beeinträchtigungen ermittelt wird, ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung bei einem Elternteil (Ravens-Sieberer et al., 2007). Dies entspricht dem wissenschaftlichen Konsens, nach dem Kinder psychisch erkrankter Eltern eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung psychischer Störungen darstellen (Mattejat & Remschmidt, 2008, S. 413 ff.; Mattejat, 2011, S. 76 ff.; Jungbauer, 2010, S. 20 f.; Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 13 ff.; Wiegand-Grefe, Halverscheid, & Plass, 2011a, S. 16 f.;

Lenz & Kuhn, 2011, S. 270 f.). So haben bis zur Hälfte der Kinder und Jugendlichen, die sich wegen psychischer Auffälligkeiten in stationärer psychiatrischer Behandlung befinden, einen psychisch erkrankten Elternteil (Mattejat & Remschmidt, 2008, S. 413). Ergebnisse bisheriger Studien bezüglich des Risikos für die betroffenen Kinder, selbst eine psychische Störung zu entwickeln, zeigen, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung, ein drei- bis siebenfach erhöhtes Erkrankungsrisiko (Mattejat & Remschmidt, 2008, S. 413 f.; Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 19 f.). Zum spezifischen Erkrankungsrisiko liegen vermehrt Studien zu Schizophrenie und affektiven Störungen vor. Während die allgemeine Prävalenzrate für Schizophrenie bei 1% liegt, erhöht sich diese bei einem schizophren erkrankten Elternteil auf 13% (Mattejat, 2011, S. 76). Wenn beide Eltern die Diagnose Schizophrenie haben, erhöht sie sich auf 40% (Jungbauer, 2010, S. 20). In einer Studie von Gottesman et al. (2010 zit. n. Griepstroh et al., 2012, S. 29) entwickeln 27% der Kinder, deren Eltern beide an Schizophrenie erkrankt sind, bis zu ihrem 52. Lebensjahr selbst eine Schizophrenie. Kinder von bipolar erkrankten Eltern leiden in 36% der Fälle bis zu einem Alter von 52 Jahren selbst an einer affektiven Störung. Weissmann (2006) untersucht das Vorkommen von Depression über drei Generationen. Es zeigt sich, dass 60% der Kinder, deren Eltern und Großeltern an einer Depression leiden, selbst eine entsprechende Erkrankung entwickeln. Entsprechende Studien, wie auch Zwillingsstudien, weisen auf eine genetische Variable bei der Entwicklung psychischer Erkrankungen hin (Schulte-Körne & Allgaier, 2008, S. 29 ff.).

Mattejat (2011, S. 80) stellt die Ergebnisse von Hebebrand et al. (2006) bezüglich der Bedeutung der Heritabilität für verschiedene Störungsbilder dar:

Enuresis	67 – 70 %
Störung des Sozialverhaltens	53%
Zwangsstörung	47%
Angststörung	30 – 40%
Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung	60 – 80 %
Anorexia nervosa	48 – 88 %
Bulimia nervosa	28 – 83 %
Schizophrenie	73 – 90%
Bipolare Störung	60 – 85 %
Schwere Depression (major depression)	31 – 42 %

Abbildung 4: Bedeutung der Heritabilität bei verschiedenen Störungsbildern

Weitere Studien zeigen, dass nicht nur das spezifische Erkrankungsrisiko bei Kindern psychisch erkrankter Menschen erhöht ist, sondern auch das unspezifische. So kommen Mattejat und Remschmidt (2008) auf Grundlage von Metaanalysen zu dem Schluss, dass etwa 61% der Kinder, deren Eltern an einer schweren Depression erkrankt sind, noch während ihrer Kindheit und Jugend irgendeine psychische Störung entwickeln. Jungbauer et al. (2010) sehen bei Kindern schizophrene erkrankter Eltern eine drei- bis vierfach erhöhte Prävalenz für psychische Erkrankungen (circa 50% der betroffenen Kinder im Vergleich zu 15-16% der Allgemeinbevölkerung). Diese Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass nicht direkt ein spezifisches Störungsbild vererbt wird, sondern die Heritabilität insofern eine Rolle spielt, als dass sie eine gewisse Vulnerabilität bei dem betroffenen Kind bestimmt. Diese erhöhte Vulnerabilität macht das Kind anfälliger für die Entwicklung von psychischen Störungen.

1.2.3.2 Kritische Lebensverhältnisse von Kindern psychisch erkrankter Eltern

Wie zuvor aufgezeigt, stellen Kinder psychisch kranker Eltern eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten dar. Dabei kann die Heritabilität nicht als alleinige Ursache herangezogen werden. Sie ist als ursächlich für eine erhöhte Vulnerabilität des betroffenen Kindes zu sehen. Ob sich eine psychische Störung bei dem jeweiligen Kind manifestiert, hängt jedoch maßgeblich von den psychosozialen Einflüssen ab, denen das Kind ausgesetzt ist (Mattejat, 2011, S. 81 f.; Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 33 ff.; Lenz, 2005a, S. 13 ff.). Hierbei sind sowohl Schutz- als auch Risikofaktoren zu beachten. An dieser Stelle wird der Blick zunächst auf die riskanten psychosozialen Stressoren gerichtet, während nachfolgend entsprechende Schutzfaktoren aufgezeigt werden.

Psychisch erkrankte Eltern wollen ihre Kinder in der Regel wie andere Eltern gut fördern, unterstützen und betreuen (Griepenstroh et al., 2012, S. 35). Eine psychische Erkrankung führt jedoch in unterschiedlicher Art und unterschiedlichem Ausmaß zu einer Veränderung der Wahrnehmung, des Denkens, des Erlebens und Verhaltens der betroffenen Person. Dies hat Auswirkungen auf das Zusammenleben mit anderen Menschen. Die psychische Erkrankung eines Elternteils wirkt sich zwangsläufig auf das Familienleben aus. Es kann zu einer Auflösung bisheriger Beziehungsmuster und einer Bedrohung der emotionalen Stabilität der Familienmitglieder kommen. So sind psychische Erkrankungen auch gleichermaßen als Familienerkrankungen zu verstehen (Wagenblass, 2005, S. 54). Dies ist besonders bedeutsam für die betroffenen Kinder, da das Familiensetting den stärksten Einflussfaktor auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen darstellt (Heitmann & Bauer, 2007, S. 6).

Aus der Risikoforschung ist bekannt, dass die psychische Erkrankung eines Elternteils einen Risikofaktor für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen darstellt (Wustmann, 2004, S. 39; Ravens-Sieberer et al., 2007, S. 874). Sie scheint einen kumulativen Einfluss zu nehmen, so sind Kinder psychisch erkrankter Eltern vermehrt auch folgenden Risikofaktoren ausgesetzt:

- niedriger sozioökonomischer Status und Armut
- Arbeitslosigkeit in der Familie
- beengte Wohnverhältnisse

- zwei- bis fünffach erhöhte Wahrscheinlichkeit für sexuellen Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung
- Disharmonie zwischen den Eltern
- Scheidung oder Trennung der Eltern
- Betreuung durch einen alleinerziehenden Elternteil
- Verlust von wichtigen Bezugspersonen, insbesondere Verlust der Mutter
- häufige oder längere Trennung von den Eltern in den ersten sieben Lebensjahren

(Mattejat & Remschmidt, 2008, S. 415)

Neben diesen gehäuft zu findenden Risikofaktoren zeigen verschiedene Untersuchungen weitere Belastungen, die Kinder psychisch erkrankter Eltern oft erleben (Mattejat & Remschmidt, 2008, S. 416 f.). Mattejat (1996, zit. n. Schone & Wagenblaus, 2010, S. 16 f.) unterscheidet hier zwischen unmittelbaren Problemen, die sich direkt aus der Erkrankung des Elternteils ergeben, und Folgeproblemen.

Die im Folgenden aufgezeigten Belastungen sind nur als Ausschnitt zu sehen und beschränken sich auf häufig vorkommende Erfahrungen von Kindern psychisch erkrankter Eltern. Darüber hinaus ist zu beachten, dass nicht alle Belastungsfaktoren alle Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil gleichermaßen betreffen. Auch die Auswirkungen der erfahrenen Belastungen können sehr unterschiedlich ausfallen. Selbst Kinder aus derselben Familie können sich unterschiedlich entwickeln (Wiegand-Grefe et al., 2011a, S. 25). Wichtig ist hierbei zu beachten, dass die Entwicklung der Kinder nicht nur durch Risiko- und Vulnerabilitätsfaktoren beeinflusst wird, sondern vielmehr durch das Wechselspiel von Risiko- und Schutzfaktoren (Lenz, 2010, S. 7 ff.). Zudem existieren spezifische Faktoren, die Einfluss auf den Belastungsgrad nehmen können. Diese werden im Anschluss an die unmittelbaren Probleme und Folgeprobleme vorgestellt.

Unmittelbare Probleme

Desorientierung

Die betroffenen Kinder sind häufig nicht oder nur mangelhaft über die Erkrankung ihrer Eltern aufgeklärt. Die meist schon früh von den Kindern wahrgenommenen

Persönlichkeits- und Verhaltensänderung werden als fremd, verwirrend oder sogar unheimlich erlebt, da sie nicht eingeordnet werden können (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 23 f.; Lenz, 2005 a, S. 83 f.). Besonders belastend ist für die Kinder, wenn sie in das Wahnsystem ihres erkrankten Elternteils einbezogen und selbst zum angstbesetzten Objekt werden (Wagenblass, 2001, S. 522). Die Erklärungsmuster, die sich die Kinder selbst suchen, sind meist bedrohlicher als der wahre Ursprung der Verhaltensweisen der Eltern (Schone & Wagenblass, 2010, S. 187). Manchmal empfinden die Kinder aufgrund ihres Unvermögens, die Symptome einzuordnen, auch Angst vor dem erkrankten Elternteil (Wagenblass, 2001, S. 522). Falls es im Zuge der Erkrankung bei einem Elternteil zu einem zeitweiligen Realitätsverlust kommt und Kinder keine Krankheitsaufklärung erhalten, ist der Erwerb eines verbindlichen Wirklichkeitsbildes für die Kinder erschwert. Die eigene Wahrnehmung des Kindes wird durch den erkrankten Elternteil in Frage gestellt, was zu Verunsicherung und zu einem inneren Konflikt zwischen Vertrauen in die eigene Wahrnehmung und der Loyalität zu den Eltern führen kann (Schone & Wagenblass, 2010, S. 15).

Schuldgefühle

Aufgrund der mangelnden Aufklärung suchen viele Kinder bei sich selbst die Ursache für das veränderte Verhalten ihrer Eltern (Mattejat, 2005, S. 72; Bauer, Heitmann, Reinisch, & Schmuhl, 2010, S. 271). Dies wird noch verstärkt durch die öfter auftauchenden Erklärungsmuster der Eltern, dass die Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen der erkrankten Person durch psychosoziale Belastungen wie Stress, Überlastung und Druck im Alltag ausgelöst wurden. So zeigt eine Studie von Lenz (2005b) über Krankheitsvorstellungen von Kindern psychisch erkrankter Eltern, dass insbesondere jüngere Kinder belastende Schuldgefühle haben. Sie vermuten, dass sie durch Schreien, Toben und Unfolgsamkeit an der Erkrankung ihres Elternteils beteiligt sind.

Tabuisierung

Die meisten Kinder wünschen sich Informationen über die elterliche Erkrankung, deren Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten (Lenz 2005a, S. 115 f.). Untersuchungen kommen jedoch gehäuft zu dem Ergebnis, dass Kinder von psychisch erkrankten Eltern kaum oder gar nicht über die Erkrankung aufgeklärt sind (Wagenblass, 2005, S.

59; Griepenstroh et al., 2012, S. 36 f.). Bohus et al. (1998) untersuchen in ihrer Studie unter anderem den Informationsgrad von Kindern, deren Eltern in stationärer psychiatrischer Behandlung sind. Von den Kindern wissen 80% zwar, dass ihre Eltern sich in stationärer Behandlung befinden, über den Grund und den Charakter der Erkrankung sind jedoch nur 35% der Kinder informiert. Die mangelnde Kommunikation über die Erkrankung kann verschiedene Ursachen haben. Es kann dabei um Schonung der Kinder und Rücksichtnahme gehen, aber auch um Angst vor der Infragestellung der Elternrolle, um elterliche Krankheitsverleugnung oder um Schuld- und Schamgefühle (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 25 f.). Häufig neigen Eltern dazu, die Krankheit anders zu etikettieren, beispielsweise als Stress, Überarbeitung oder als physische Symptome wie Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen (Griepenstroh et al., 2012, S. 37 f.). Plass und Wiegand-Grefe (2012, S. 25) nennen vier Kategorien der Tabuisierung:

- Die psychische Erkrankung an sich wird verschwiegen.
- Die psychische Erkrankung wird offengelegt, aber der wahrscheinliche oder mögliche Verlauf wird nicht thematisiert.
- Die Erkrankung ist bekannt, es wird jedoch verschwiegen, dass der betroffene Elternteil in Behandlung ist.
- Emotionen, die mit der Erkrankung oder deren Auswirkungen zusammenhängen, werden versteckt und verschwiegen.

Manche Kinder sprechen ihre Eltern außerdem nicht auf die Erkrankung an, weil sie fürchten, dass sich diese dadurch verschlimmern könnte (Griepenstroh et al., 2012, S. 36 f.; Bauer et al., 2010, S. 269).

Oft herrscht in den Familien auch ein explizites oder implizites Kommunikationsverbot nach außen. Die Kinder werden entweder direkt aufgefordert, nicht über die häusliche Situation und das Verhalten des erkrankten Elternteils mit anderen zu sprechen, oder den Kindern wird implizit vermittelt, nichts über die Erkrankung zu erzählen, weil eine innerfamiliäre Krankheitstabuisierung existiert. Häufig haben die betroffenen Kinder das Gefühl, ein Familiengeheimnis wahren zu müssen, sich Außenstehenden anzuvertrauen kommt ihnen wie ein Verrat vor (Mattejat, 2005, S. 72; Schone & Wagenblass, 2010, S. 16; Krumm et al., 2005, S. 78). Manche Kinder haben auch Angst vor elterlichen Sanktionen (Griepenstroh et al., 2012, S. 37). Die

mangelnde Krankheitskommunikation hängt zudem häufig mit Ängsten vor Diskriminierung und Stigmatisierung zusammen (Lenz, 2005a, S. 112).

Isolierung

Häufig geraten Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil zunehmend in soziale Isolation. Auch die Kinder leiden unter diesem Phänomen. Oft lässt sich eine emotionale Isolation beobachten. Die betroffenen Kinder wenden sich mit ihren familiären Problemen aufgrund des existierenden Kommunikationsverbots nicht an Außenstehende (Schone & Wagenblass, 2010, S. 189; Lenz, 2005a, S. 117 ff.). Sie entwickeln meist früh ein Gefühl für das Stigma, das der Erkrankung ihrer Eltern anhängt. Nicht selten schämen sie sich für den erkrankten Elternteil und vermeiden den Kontakt zwischen Freunden/Freundinnen und ihren Eltern, bringen beispielsweise niemanden mit nach Hause (Staets & Hipp, 2005, S. 75 f.). Diese Isolation wird noch verstärkt, wenn Kinder vermehrt Aufgaben im Haushalt übernehmen, denen der erkrankte Elternteil nur noch eingeschränkt nachkommt. Dadurch werden Kontakte zu Gleichaltrigen eingeschränkt und es fehlt an Ausgleich und Entspannung (Bauer et al., 2010, S. 271). Viele der betroffenen Kinder können sich nur schwer entspannt von dem erkrankten Elternteil lösen, da sie befürchten, dass in ihrer Abwesenheit ein katastrophales Ereignis stattfinden könnte. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die Kinder zunehmend eine stabilisierende und kompensierende Funktion in der Familie einnehmen oder Suizidversuche der Eltern miterlebt haben (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 27). Nach einer Untersuchung von Kölch und Schmid (2008) stehen psychisch erkrankte Eltern einer Hilfe über das SGB VIII eher kritisch gegenüber. Gründe hierfür können die Angst vor Stigmatisierung, Bevormundung und vor Entzug des Sorgerechts sein. Somit erleben die betroffenen Kinder selten Unterstützung durch professionelle Hilfen.

Folgeprobleme

Betreuungsdefizit und Einschränkung des Interaktions- und Erziehungsverhaltens

Die psychische Erkrankung eines Elternteils kann Probleme in der Betreuung und Erziehung der Kinder nach sich ziehen. Die Eltern sind meist durch die Probleme, die sich aus der Erkrankung eines Elternteils ergeben, stark beansprucht, mitunter bis hin

zur Überforderung. Kindliche Bedürfnisse geraten dann schnell in den Hintergrund, es mangelt an Aufmerksamkeit und Zuwendung (Griepenstroh et al., 2012, S. 41; Mattejat, 2011, S. 85 f.). In diesem Fall sind die Kinder mit Problemen in Familie, Schule und Alltag auf sich allein gestellt. Aufgrund ihrer eigenen hohen Belastung können die Eltern ihr Kind schwer auffangen. Durch die mangelnde elterliche Präsenz empfinden die Kinder meist Wut und Enttäuschung. Um ihre Eltern nicht zusätzlich zu belasten, ziehen sie sich jedoch mit ihrem Gefühlsleben zunehmend zurück (Lenz, 2005a, S. 73 ff.; Mattejat, 2011, S. 31 f.). Darüber hinaus kommt es häufig krankheitsbedingt zu Verhaltens- und Wahrnehmungsveränderungen, die sich negativ auf das Erziehungs- und Interaktionsverhalten der erkrankten Eltern auswirken. So ist in einer Studie von Laucht, Esser und Schmidt (1992, S. 40 ff.) die psychische Auffälligkeit der Mutter verknüpft mit einer Störung der Mutter-Kind-Bindung. Die betroffenen Eltern können reizbarer, ungeduldiger und verbal-aggressiv gegenüber ihren Kindern werden (Griepenstroh et al., 2012, S. 39). Eine entsprechend beeinträchtigte Eltern-Kind-Beziehung kann auf Seiten des Kindes zu Bindungsunsicherheit und Desorganisation führen (Wiegand-Grefe et al., 2011a, S. 20).

Beeinträchtigungen in der Erziehungskompetenz sind laut Plass und Wiegand-Grefe (2012, S. 39 ff.) häufig:

- schlechteres Einfühlungsvermögen in die Kinder
- mangelnde Erziehungskompetenz
- fehlende Erziehungssicherheit
- ungünstiger (autoritativer) Erziehungsstil
- fehlangepasstes (unflexibles) elterliches Verhalten
- fehlende Durchsetzungs- und Abgrenzungsfähigkeit

Durch diese krankheitsbedingten Einschränkungen der Eltern-Kind-Interaktion kann es dazu kommen, dass (psychische) Grundbedürfnisse des Kindes nicht befriedigt werden. Dies kann sich langfristig negativ auf die kindliche Entwicklung auswirken (Jungbauer, 2010, S. 17 f.).

Zusatzbelastungen, Verantwortungsverschiebung (Parentifizierung)

Durch die psychische Erkrankung kommt es häufig zu einer Störung der Alltagsstrukturen. Der erkrankte Elternteil ist weniger belastbar, kann Aufgaben im Haushalt

nur noch bedingt übernehmen, während der gesunde Elternteil (wenn vorhanden) durch die krankheitsbedingte Veränderung und aufkommende Probleme auch stark beansprucht ist. Oft versuchen die Kinder dann kompensierend zu wirken und übernehmen vermehrt Aufgaben im Haushalt. Um den Anforderungen gerecht zu werden, stellen sie eigene Bedürfnisse und Interessen zurück (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 27 f.). So berichten die befragten Kinder in einer Studie von Lenz (2005a, S. 73 ff.), dass sie sich nach dem Klinikaufenthalt des erkrankten Elternteils an dessen Tagesrhythmus und Ruhebedürfnis orientieren und versuchen, ihn bestmöglich zu unterstützen. Wenn sie sich kurzzeitig mit eigenen Interessen beschäftigen, geht dies meist mit Schuldgefühlen einher. Die Verantwortungsübernahme muss sich nicht auf Aufgaben im Haushalt beschränken. Gerade ältere Kinder und Jugendliche geraten teils in eine stellvertretende Elternrolle, betreuen die jüngeren Geschwister und übernehmen Verantwortung für den erkrankten Elternteil. Zusätzlich können diese Kinder auch von dem gesunden Elternteil als Gesprächspartner/Gesprächspartnerin für Sorgen und Probleme genutzt werden. In diesem Fall ist von einer Parentifizierung des betroffenen Kindes zu sprechen (Stelling, Habers, & Jungbauer, 2008, S. 757 ff.). Lange stand der pathogene Einfluss von Parentifizierung im Vordergrund der wissenschaftlichen Forschung. Mittlerweile zeigt sich, dass diese auch resilienten Einfluss nehmen kann. Plass und Wiegand-Grefe (2012, S. 28 ff.) zeigen die Unterschiede einer adaptiven und einer destruktiven Parentifizierung auf. Eine Parentifizierung hat adaptiven Charakter, wenn die Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes dadurch nicht eingeschränkt werden. Dies ist dann der Fall, wenn alle gesunden Familienmitglieder als Parentifizierungsobjekte füreinander zur Verfügung stehen, die Aufgabenübernahme anerkannt und wertgeschätzt wird, kindliche Bedürfnisse berücksichtigt werden und das Kind bei der Aufgabenerledigung unterstützt wird. In diesem Fall kann die Parentifizierung einen positiven Einfluss auf das Selbstbewusstsein und die Empathiefähigkeit haben. Eher destruktive Wirkung hat die Parentifizierung, wenn die Eltern ihre Elternfunktion aufgeben und das Kind für die Befriedigung ihrer Bedürfnisse herangezogen wird, wobei die kindlichen Bedürfnisse denen der Eltern untergeordnet werden. Die Verantwortung, die die Kinder dann übernehmen, ist nicht alters- und entwicklungsangemessen, es werden Generationengrenzen überschritten und das Kind bekommt keine Anerkennung für seine Leistungen. Im Gegenteil, es kann häufig den Erwartungen der Eltern nicht genügen. In diesem Fall kann die Parentifizierung negative Auswirkungen auf die

Persönlichkeitsentwicklung haben. Betroffene beschreiben häufig Langzeitfolgen wie geringes Selbstwertgefühl, Ablösungs- und Identitätsprobleme. Generell führt die Parentifizierung von Kindern meist langfristig zu einer erhöhten Fremd- und geringeren Selbstzentrierung (Schone & Wagenblass, 2010, S. 181 ff.).

Abwertungserlebnisse

Kinder spüren meist schon früh die Stigmatisierung ihrer psychisch erkrankten Eltern. Dies entsteht einerseits durch die Verhaltensweisen der Eltern, die sich in Geheimhaltung und Tabuisierung zeigen können (Staets & Hipp, 2005, S. 75 f.). Andererseits machen sie auch Erfahrungen der Stigmatisierung durch Außenstehende (Griepenstroh et al., 2012, S. 36 f.). So können sie erleben, dass sie von anderen Personen als von den Eltern kontaminiert angesehen werden. Eine häufige Reaktion ist in diesem Fall, dass sie sich für den erkrankten Elternteil schämen (Rüsch et al., 2004, S. 8). Rüsch et al. (ebd.) fassen Studienergebnisse zusammen, nach denen etwa ein Fünftel der Angehörigen aufgrund der Stigmatisierung ihres psychisch erkrankten Familienmitglieds an einem verringerten Selbstwertgefühl leiden. Ein häufiges Phänomen ist zudem, dass Angehörige bezüglich der Stigmatisierung der erkrankten Person sehr besorgt sind und stellvertretend unter der Stigmatisierung leiden.

Konflikte in der Familie

Durch eine psychische Erkrankung verändern sich das Verhalten und die Wahrnehmung der erkrankten Person. Gleichzeitig kommt es häufig zu einer Auflösung der Alltagsstruktur und -routine. Diese Veränderungen können Konfliktpotential in der Familie bergen, insbesondere zwischen den Eltern. Meist führt dies zu einem sinkenden Familienzusammenhalt und es entsteht zunehmend ein konfliktbehaftetes Familienklima (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 42). Dem entsprechen Ergebnisse einer Untersuchung von Laucht et al. (1992, S. 39), nach denen bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung der Mutter ein vierfach höheres Risiko für eine disharmonische Partnerschaft besteht als in der Vergleichsgruppe. Eine Studie von Schone und Wagenblass (2010, S. 72 f.) stellt auch das gehäufte Vorkommen schwieriger familiärer Lebensverhältnisse fest. So sind beispielsweise circa ein Drittel der erkrankten Eltern in ihrer Untersuchung von dem anderen Elternteil der Kinder

getrennt. Bei den betroffenen Kindern können solche Erlebnisse von tatsächlicher oder drohender Trennung der Eltern existenzielle Ängste auslösen (ebd., S. 191).

Loyalitätskonflikte innerhalb der Familie

In die häufig auftretenden partnerschaftlichen Konflikte versuchen die Kinder meist regulierend einzugreifen. Sie geraten dabei jedoch schnell in eine „Sandwich“-Position und haben das Gefühl, sich für einen Elternteil entscheiden zu müssen. Dadurch entstehen für sie kaum lösbare Loyalitätskonflikte (Griepenstroh et al., 2012, S. 40). Gehrman, Söhle und Boida (2009, S. 52) merken zudem an, dass die Eltern, die ihre Kinder in partnerschaftliche Konflikte einbeziehen, nur eine eingeschränkte Vorbildfunktion für diese übernehmen.

Loyalitätskonflikte nach Außen

Kinder fühlen sich häufig stark verantwortlich für die Familie, vorwiegend für den erkrankten Elternteil. Gleichzeitig hegen sie oft den Wunsch nach Außenkontakten und mehr Distanz zur Familie. Aus dieser Ambivalenz entstehen bei ihnen meist große Schuldgefühle. Dieses Phänomen wird verstärkt bei Jugendlichen beschrieben. Ihre altersadäquate Autonomieentwicklung wird durch ihr Gefühl, die Familie durch eine stärkere Loslösung im Stich zu lassen, deutlich eingeschränkt (Stelling et al., 2008, S. 763 ff.; Lenz 2005a, S. 86 ff.).

Einflussfaktoren auf den Grad der Belastung

Die Belastungen, die Kinder psychisch erkrankter Eltern häufig erleben, variieren von Familie zu Familie. Einige Autoren/Autorinnen widmen sich der Frage, welche Faktoren auf den Grad der Belastung Einfluss nehmen. Sie betrachten hierbei die Art der psychischen Erkrankung, die Schwere und Chronizität, die subjektiv erlebte Belastung, die familiäre Krankheitsverarbeitung sowie geschlechtsspezifische Aspekte (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 25 ff.; Wiegand-Grefe, Geers, Petermann, & Plass, 2011b, S. 206 ff.):

Diagnose

Bezüglich einer je nach Diagnose unterschiedlichen Belastung der betroffenen Kinder können die bisherigen Studien keine übereinstimmenden Unterschiede feststellen. Es zeichnet sich jedoch eine Tendenz ab, dass Kinder am meisten belastet sind, wenn ihre Eltern an einer Persönlichkeitsstörung leiden (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 35). Nach einer Studie von Laucht et al. (1992, S. 44) zeigen Kinder von Eltern mit einer Persönlichkeitsstörung oder Suchterkrankung die höchsten Auffälligkeitsraten. Die wissenschaftliche Meinung geht darüber hinaus davon aus, dass eine vorliegende Komorbidität zu einer erhöhten Belastung führt. Als Gründe hierfür werden angeführt, dass der Grad der sozialen Belastung und die Suizidgefahr höher sind und es häufiger zu Hospitalisierung, Isolation und Arbeitslosigkeit kommt (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 35). Dem widersprechen jedoch Ergebnisse einer Studie von Wiegand-Grefe et al. (2011b, S. 226 f.), die bei Komorbidität nur eine sehr leicht erhöhte Auffälligkeitsrate feststellen. Sie gehen davon aus, dass eher die Art der komorbiden Störung bedeutsam ist.

Schweregrad und Chronizität

In manchen Diagnosegruppen wird die Auswirkung von Schweregrad und Chronizität häufiger untersucht, beispielsweise bei Depression. Bei Depression scheint die Schwere und Dauer einen Einfluss auf den Belastungsgrad der Kinder zu nehmen, bei anderen Diagnosen variieren die Ergebnisse und lassen keinen klaren Schluss zu. Meist führt eine chronische und schwere psychische Erkrankung jedoch zu einem Anstieg weiterer Risikofaktoren, wie häufige Trennung durch stationäre Aufenthalte oder möglicherweise sogar Fremdunterbringung des Kindes. Symptomfreie Phasen der Eltern können einen positiven Einfluss auf die kindliche Entwicklung haben (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 36 f.). Die Ergebnisse einer Studie von Wiegand-Grefe et al. (2011b, S. 227 ff.) zeigen hingegen, dass die Auffälligkeiten der Kinder bei zunehmender Expositionsdauer abnehmen. Sie führen dieses Phänomen darauf zurück, dass die Familie und die Kinder erst eine gewisse Zeit nach dem Expositionsbeginn Bewältigungsstrategien aktivieren und die Kinder von den Eltern erst nach längerer Zeit wieder stärker in den Blick genommen werden.

Subjektiv erlebte Belastung der Eltern

Zwischen der von den Eltern empfundenen Belastung und dem Belastungsgrad der Kinder scheint es einen Zusammenhang zu geben (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 37). In der Studie von Wiegand-Grefe et al. (2011b, S. 206 ff.) zeigt sich, dass der Belastungsgrad der Kinder mit dem der Eltern positiv korreliert. Dieses Phänomen ist bei allen Untersuchungsteilnehmern/Untersuchungsteilnehmerinnen zu beobachten, außer bei Eltern mit einer depressiven Symptomatik.

Familiäre Krankheitsverarbeitung

In der Literatur wird häufig darauf hingewiesen, dass eine durch Tabuisierung und Verleugnung geprägte familiäre Krankheitsverarbeitung negative Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung hat (Lenz, 2005a, S. 27 ff.; Mattejat & Remschmidt, 2008, S. 416). Diese Annahme wird bisher jedoch fast ausschließlich in retrospektiven Studien untersucht. Wiegand-Grefe, Halverscheid, Geers, Petermann und Plass (2010) gehören zu den wenigen, die in einer prospektiven Studie die Zusammenhänge zwischen der familiären Krankheitsbewältigung und der Gesundheit der Kinder untersuchen. Ihre Ergebnisse können die bisher angenommenen negativen Auswirkungen eines tabuisierenden, verleugnenden Umgangs mit der psychischen Erkrankung nicht eindeutig bestätigen. Es zeigen sich nur zwischen einzelnen Bewältigungsstilen und dem Auffälligkeitsgrad der Kinder positive Korrelationen. Darunter fallen die Strategien „Sinnsuche und Religiosität“ und „depressive Verarbeitung“. Wiegand-Grefe et al. (2010) bemängeln jedoch methodische Schwierigkeiten, die Einfluss auf die Ergebnisse gehabt haben könnten. Beispielsweise findet die Einschätzung des Auffälligkeitsgrades der Kinder durch die Eltern statt und nicht durch externe Fachdienste. Dadurch liegt die Vermutung nahe, dass Eltern, die zu einem tabuisierenden, verleugnenden Bewältigungsverhalten tendieren, auch eher Auffälligkeiten des Kindes bagatellisieren oder verleugnen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Plass und Wiegand-Grefe (2012, S. 66 f.) fassen Studien zusammen und kommen zu dem Ergebnis, dass Jungen mit einem psychisch erkrankten Elternteil häufiger psychisch auffällig werden als betroffene Mädchen. In der Pubertät scheint sich die Verteilung zumindest bei manchen Diagnosen wieder zu verschieben. Dieses

Phänomen entspricht auch der allgemeinen geschlechtsspezifischen Verteilung bei psychischen Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. So sind nach Ergebnissen der „BELLA-Studie“ auch in der Allgemeinbevölkerung mehr Jungen psychisch auffällig als Mädchen (Ravens-Sieberer et al., 2007, S. 871 ff.). Neben dem Geschlecht der betroffenen Kinder wird auch das Geschlecht der erkrankten Eltern in den Blick genommen. Nach Plass und Wiegand-Grefe (2012, S. 66 f.) wirkt sich das Geschlecht des erkrankten Elternteils je nach Diagnose unterschiedlich auf das Belastungserleben der Kinder aus. Laucht et al. (1992, S. 35 ff.) können in ihrer Studie, an der sowohl psychisch erkrankte Mütter als auch Väter teilnehmen, geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen. Die zweijährigen Kinder psychisch erkrankter Mütter zeigen sowohl im sozial-emotionalen als auch im kognitiven Bereich Beeinträchtigungen, während die Kinder psychisch erkrankter Väter allein im kognitiven Bereich Abweichungen zeigen. Als Erklärung ziehen Laucht et al. (ebd., S. 44) die Rolle der Mutter in traditionell strukturierten Familien heran, nach welcher Frauen die größere emotionale Bedeutung im Säuglings- und Kleinkindalter zugeschrieben wird. Dem Vater fällt dagegen stärker eine kognitiv-förderliche Rolle zu. Die Aussage, dass die Kinder bei einer Erkrankung der Mutter stärker beeinträchtigt sind, lässt sich allerdings nicht als valide bezeichnen, da es kaum Vergleichsstudien gibt (Jungbauer, 2010, S. 18 f.).

1.3 Positive Entwicklung trotz kritischer Lebensbedingungen

Kinder entwickeln sich unterschiedlich, auch wenn sie ähnlichen Belastungen ausgesetzt sind. Grundannahme für dieses Phänomen ist, dass nicht nur Vulnerabilitätsfaktoren und Risikofaktoren auf die kindliche Entwicklung wirken, sondern ebenfalls Schutzfaktoren. In diesem Abschnitt soll einleitend ein Überblick über verschiedene Modelle und Studien gegeben werden, die eine positive Entwicklung trotz widriger Umstände beleuchten. Anschließend wird auf die spezifische Situation von Kindern psychisch erkrankter Eltern eingegangen.

1.3.1 Resilienz

In den Human- und Sozialwissenschaften standen lange Zeit Risikofaktoren und deren Auswirkungen im Forschungsinteresse. Ergebnisse aus Längsschnittstudien zeigen

jedoch, dass sich trotz erhöhter Risikobedingungen 50 – 70 % der untersuchten Kinder zu relativ gesunden und kompetenten Erwachsenen entwickeln (Wustmann, 2004, S. 26 f.). Aufgrund dieses Phänomens wird Ende der 1970er Jahre in Großbritannien und Nordamerika verstärkt die sogenannte Widerstandsfähigkeit dieser Kinder in den Blick genommen. Das Forschungsinteresse gilt der Frage, welche sozialen und personalen Faktoren die gesunde Entwicklung trotz hoher Risikobelastung fördern. Ende der 1980er Jahre hält dieser Paradigmenwechsel, weg von einem pathogenetischen hin zu einem salutogenetischen Blick, auch Einzug in Deutschland (Lösel & Bender, 2007, S. 57). In diesem Zuge etabliert sich der Begriff Resilienz für dieses Phänomen der Widerstandsfähigkeit. Resilienz kommt von dem englischen Wort „resilience“ und bedeutet Widerstandsfähigkeit, Spannkraft, Elastizität (Wustmann, 2004, S. 18). Resilienz ist als Produkt des Zusammenspiels von Schutzfaktoren zu sehen, die im Falle von Belastungssituationen protektive Wirkung zeigen (Werner, 2007a, S. 20). Werner (2007a, 2011), die als eine der ersten das Phänomen der Resilienz in der bekannten „Kauai-Studie“ untersucht, definiert dieses wie folgt: *„Resilienz ist kein Charaktermerkmal, sondern das Endprodukt von Pufferungsprozessen, welche Risiken und belastende Ereignisse zwar nicht ausschließen, es aber dem Einzelnen ermöglichen, mit ihnen erfolgreich umzugehen. (...) Schützende Faktoren verbessern die Reaktion eines Individuums auf schädigende Ereignisse, so dass eine Anpassung erfolgreicher ist als sie es wäre, wenn keine schützenden Faktoren gegeben wären.“* (Werner, 2011, S. 33).

Resilienz entsteht in der Kind-Umwelt-Interaktion und ist damit als transaktionaler, dynamischer Prozess zu verstehen. Resilienz greift nur dann, wenn tatsächlich entwicklungsgefährdende Faktoren vorhanden sind. Sie fördert in diesem Fall eine gesunde Entwicklung, einerseits in Hinblick auf die hauptsächliche Abwesenheit psychischer Beeinträchtigung, andererseits bezüglich der erfolgreichen Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und damit verbundener Aneignung von Fähigkeiten und Kompetenzen (Wustmann, 2004, S. 20 ff.). Pechmann, Peter, Brähler, Decker und Schmidt (2014) untersuchen den Einfluss von Resilienz auf die psychische Belastung (speziell bezüglich Angst und Depression) und stellen fest, dass Menschen mit niedriger Resilienz häufiger an Symptomen von Angst und Depression leiden. Da Resilienz im Wechselspiel zwischen Person und Umwelt entsteht, ist sie keine stabile, sondern eine flexible, temporäre Eigenschaft, die im Laufe der Entwicklung variieren kann (Opp & Fingerle, 2007, S. 15). So erfordern beispielsweise Entwicklungsüber-

gänge eine erhöhte Anpassungsleistung, was zur Folge haben kann, dass Risikobedingungen in diesen Phasen stärkeren Einfluss auf die psychosoziale Entwicklung nehmen. Zudem haben Untersuchungen in der Vergangenheit gezeigt, dass es auch bei resilienten Individuen zeitweilig zu psychischen Beeinträchtigungen kommen kann (Wustmann, 2004, S. 30 f.; Opp & Fingerle, 2007, S. 15). Ausschlaggebend ist im Kontext der Resilienz die Bearbeitung einer Risikosituation. Rutter (1985, zit. n. Opp & Fingerle, 2007, S. 15) schreibt diesbezüglich: *„Schützende Wirkungen liegen nicht primär im abpuffernden Effekt irgendeines schützenden Faktors, der zu einem bestimmten Zeitpunkt oder über einen Zeitraum wirksam wird. Vielmehr liegt die Qualität von Resilienz darin, wie Menschen mit Lebensveränderungen umgehen und was sie hinsichtlich ihrer Lebenssituation tun. Diese Qualität ist durch frühe Lebenserfahrungen, durch das, was in der Kindheit, im Jugendalter geschieht und durch die Lebensumstände im Erwachsenenalter beeinflusst.“* Dabei spielt eine Rolle, wie die Stresssituation wahrgenommen, bewertet und wie sich mit ihr auseinandergesetzt wird (Wustmann, 2004, S. 29). Auch Fingerle (2011, S. 208) verweist auf die Rolle der Bewältigung, so sieht er Resilienz unter anderem als *„Wissen der resilienten Person um Ressourcennutzung im Sinne eines Bewältigungskapitals“*.

Während Werner (2011, S. 33) in ihrer Definition Resilienz als Merkmal des Individuums beschreibt, bezieht die von Grotberg (2011, S. 51) aufgezeigte Definition des „internationalen Resilienzprojekts zur Förderung von Resilienz bei Kindern“ auch Systeme mit ein: *„Resilienz ist eine universelle Eigenschaft, die es einer Person, Gruppe oder Gemeinschaft erlaubt, schädigenden Auswirkungen von bedrohlichen Not-situationen vorzubeugen, sie zu minimieren oder zu überwinden.“*

1.3.2 Schutzfaktoren

Zu Beginn widmete sich die Resilienzforschung hauptsächlich dem Auffinden und Untersuchen allgemeiner Schutzfaktoren. Mittlerweile werden verstärkt Schutzfaktoren spezifischer Risikogruppen untersucht (Lösel & Bender, 2007, S. 57). Des Weiteren geht die aktuelle Forschung von situations- und lebensbereichsspezifischer Resilienz aus. So kann sich ein Kind zwar im schulischen Bereich als resilient erweisen, im sozialen Bereich jedoch nicht. Manche Forscher/ Forscherinnen wählen deshalb spezifischere Resilienzbegriffe, wie „social resilience“ oder „cultural resilience“ (Wustmann, 2004, S. 32 f.).

Eine der ersten und wohl bekanntesten Studien im Rahmen der Resilienzforschung ist die „Kauai-Längsschnittstudie“ von Werner und Smith (1989 zit. n. Werner, 2011, S. 36). Sie untersuchen 698 Kinder, die im Jahr 1955 auf der Insel Kauai geboren wurden. Diese Kinder werden ab der Geburt bis ins Erwachsenenalter begleitet. So werden zum Zeitpunkt der Geburt und im Alter von 1, 2, 10, 18, 32 und 40 Jahren Daten erhoben. 30% der untersuchten Kinder können als hoch belastet eingestuft werden, bei ihnen liegen mindestens vier Risikofaktoren vor (wie Armut, geburtsbedingte Komplikationen, elterliche Psychopathologie oder chronische familiäre Disharmonie). Ein Drittel dieser Kinder entwickelt sich trotz hoher Belastung zu selbstbewussten, kompetenten und leistungsfähigen Erwachsenen (Werner, 2007a, S. 20 ff.; Werner, 2006, S. 30 f.; Werner, 2011, S. 34; Werner, 2005, S. 11 ff.). Die in der „Kauai-Studie“ herauskristallisierten Schutzfaktoren lassen sich auch in weiteren Studien wiederfinden. Werner (2011, S. 33 f.) verweist auf international vergleichbare Studien wie die „Minnesota Study of Risk and Adaption“, die „Rochester Longitudinal Study“, die „British Cohort Study“, die „Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study“, die „Christchurch Health and Development Study“ und die „Mater-University of Queensland Study of Pregnancy“. Alle Studien untersuchen Geburtskohorten aus den 1970er bis Anfang der 1980er Jahre.

In Deutschland lassen sich weit weniger Studien auffinden. Drei größere Erhebungen sollen an dieser Stelle vorgestellt werden. Die „Bielefelder Invulnerabilitätsstudie“ untersucht eine Gruppe von 146 Jugendlichen aus 27 Institutionen der Heimbetreuung in Deutschland über einen Zeitraum von 2 Jahren (2 Datenerhebungen), die eine hohe objektive Risikobelastung aufweisen. Von ihnen erwiesen sich 66 als resilient. Diese Jugendlichen werden mit 80 nicht-resilienten Jugendlichen aus denselben Heimen in Hinblick auf eine Reihe von Schutzfaktoren hin verglichen. Die überprüften und bestätigten Schutzfaktoren der Studie stimmen weitgehend mit den aufgefundenen Faktoren der „Kauai-Studie“ überein (Lösel & Bender, 2007, S. 57 ff.). Die „Mannheimer Risikokinderstudie“ untersucht die Chancen und Risiken von Kindern, die einem unterschiedlichen Belastungsgrad in ihrer Entwicklung ausgesetzt sind. Sie nimmt Risiko- und Schutzfaktoren in den Blick und verfolgt deren Einfluss auf die weitere kindliche Entwicklung. Hierzu wird eine Geburtskohorte von 362 Kindern, die zwischen 1986 und 1988 in der Rhein-Neckar-Region geboren wurden, bis ins Jugendalter begleitet. Zu mehreren Zeitpunkten werden dabei Daten erfasst. Bezüglich der Schutzfaktoren liegt der Schwerpunkt der Studie auf sozialen Faktoren,

hauptsächlich der Untersuchung der Mutter-Kind-Bindung in den ersten 3 Lebensmonaten, und weiteren familiären Ressourcen. Die personalen Schutzfaktoren werden nicht berücksichtigt. Ein Ziel der Studie ist unter anderem, ausgehend von Schutz- und Risikofaktoren, die Vorhersagbarkeit der weiteren Entwicklung zu überprüfen. Es zeigt sich, dass die Vorhersage gerade auf Grundlage der Schutzfaktoren nur sehr eingeschränkt möglich ist. Ausgenommen werden kann hiervon die Mutter-Kind-Interaktion. Eine positive Mutter-Kind-Interaktion hat bei psychosozialen Risiken und organischer Risikobelastung (Frühgeburt) eine moderierende Wirkung (Laucht et al., 2000, S. 246 ff.; Bengel, Meinders-Lücking, & Rottmann, 2009, S. 34 ff.). In der „BELLA-Studie“ werden neben der Ermittlung der Prävalenz psychischer Störungen in der Kindheit- und Jugend auch Risiko- und Schutzfaktoren erfasst. In einer Varianzanalyse kann gezeigt werden, dass personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren bei den psychisch unauffälligeren Kindern häufiger vorkommen als bei den Kinder mit psychischen Auffälligkeiten (Ravens-Sieberer et al., 2007, S. 871 ff.). Anzumerken ist jedoch, dass die „BELLA-Studie“ nicht speziell nach resilienten Kindern einer Hochrisikogruppe sucht, die sich trotz hoher Belastung positiv entwickeln. Sie stellt lediglich einen Zusammenhang zwischen psychischer Auffälligkeit und dem Vorhandensein von Risiko- und Schutzfaktoren her.

Die verschiedenen Studien zu Resilienz führen ähnliche allgemeine Schutzfaktoren auf. Im Folgenden soll ein Überblick über die bekanntesten, meist genannten Schutzfaktoren gegeben werden. Sie werden entlang der häufig genutzten Klassifizierung eingeteilt in personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren (Werner, 2011, S. 34 ff.; Wustmann, 2004, S. 46). Die personalen schützenden Merkmale bestehen sowohl aus Faktoren, die seit der Geburt bestehen, als auch aus Eigenschaften, die im Wechselwirkungsprozess zwischen Kind und Umwelt entstanden sind (Bengel et al., 2009, S. 48).

Zu beachten ist, dass Schutzfaktoren das gleiche Phänomen wie Risikofaktoren zeigen: Sie summieren und verstärken sich gegenseitig. So fördert beispielsweise eine gute Bindungsbeziehung ein positives Selbstbild. Dieses wiederum erhöht das Gefühl von Selbstwirksamkeit (Wustmann, 2004, S. 47). Eine leichte Diskrepanz zwischen Anforderungen und vorhandenen Schutzfaktoren ist nach Petermann und Schmidt (2006, S. 121 f.) durch vermehrte Anstrengung regulierbar und kann den Aufbau von Resilienz fördern. So begünstigen Erfahrungen der erfolgreichen Bewältigung das

Gefühl von Selbstwirksamkeit und können zu höherer Resilienz in einer folgenden Belastungssituation führen (Rutter, 2006, S. 2). Existiert jedoch eine gravierende Diskrepanz zwischen den Anforderungen und den vorhandenen Ressourcen, so können langfristig pathogene Strukturen entstehen. Dies bezieht sich sowohl auf Über- wie auch auf Unterforderung (Petermann & Schmidt, 2006, S. 121 f.). Werden Bewältigungskompetenzen überfordert, führt dies zu einer Stresssymptomatik, die bei längerem Anhalten zu selbst- und fremdschädigendem Verhalten führen kann (Heitmann & Bauer, 2007, S. 11).

1.3.2.1 Personale Schutzfaktoren

Körperliche Schutzfaktoren und biologische Korrelate der Resilienz

Ein einfaches Temperament gilt als ein Schutzfaktor für die kindliche Entwicklung. Die Mütter von resilienten Kindern schreiben diesen in der „Kauai-Studie“ ein einfaches Temperament zu. Sie bezeichnen sie beispielsweise als aktiv, liebevoll, gutmütig und umgänglich (Werner, 2011, S.37). Sie können sich schnell an neue Situationen anpassen, zeigen kaum Probleme in der Nahrungsaufnahme, keine Schlafschwierigkeiten und sind schnell beruhigbar. Die resiliente Wirkung eines einfachen Temperaments scheint sich positiv auf die Eltern-Kind-Interaktion auszuwirken, die Kinder erleben häufiger positive Reaktionen auf ihr Verhalten (Wustmann, 2004, S. 96 f.). Einem guten Gesundheitszustand kann eine protektive Wirkung zugeschrieben werden. In der „Kauai-Studie“ korrelieren Gesundheitsprobleme in der Kindheit mit späteren Bewältigungsschwierigkeiten (Bengel et al., 2009, S. 51). Gemeinsam mit konstitutionellen Dispositionen nehmen Temperamenteigenschaften den bedeutsamsten Einfluss im Säuglings- und Kleinkindalter ein (Werner, 2007a, S. 26). Die Geburtsfolge kann insofern einen positiven Einfluss auf die Entwicklung nehmen, als dass Erstgeborene sich in den ersten zwanzig Lebensmonaten nicht die Aufmerksamkeit der Eltern mit Geschwistern teilen müssen. Dies wird als Schutzfaktor jedoch neben der „Kauai-Studie“ kaum in weiteren Studien benannt (Bengel et al., 2009, S. 60 ff.; Wustmann, 2004, S. 111). Dem Geschlecht scheint eine gesonderte Rolle zuzukommen. Mädchen weisen im Durchschnitt eine bessere körperliche Robustheit, häufiger ein einfaches Temperament und differenziertere soziale Fertigkeiten auf als Jungen. Die schnellere biologische und soziale Reifung von Mädchen scheint mit mehr Widerstandsfähigkeit

gegenüber Entwicklungsschwierigkeiten und Verhaltensproblemen einherzugehen. In der Pubertät kehrt sich dieses Geschlechtsverhältnis jedoch um, Mädchen scheinen in dieser Zeit durchschnittlich vulnerabler zu sein. (Petermann & Schmidt, 2006, S. 120; Werner, 2007a, S. 27; Richter-Kornweitz, 2011, S. 248). In der Studie von Fergusson und Horwood (2003) zeigt sich bei Mädchen eine besondere Resilienz bezüglich externaler Störungen, bei Jungen dagegen gegenüber internaler Auffälligkeiten. Bezüglich intellektueller Fähigkeiten gibt es keine einheitlichen Befunde. Einige Studien verweisen auf eine schützende Wirkung von hoher Intelligenz. Diese fördert zum Beispiel bessere Schulleistungen. Durch eine besser ausgeprägte Fähigkeit, zu planen und negative Konsequenzen abzuschätzen, kann Intelligenz auch dissozialem Verhalten entgegengewirken (Wustmann, 2004, S. 103 f.; Lösel & Bender, 2007, S. 60). Andererseits kann hohe Intelligenz auch eine Risikofunktion für depressive und internalisierende Störungen innehaben. Hochintelligente Menschen nehmen ihre Umwelt differenzierter wahr und reagieren bei einer internalisierenden Problemverarbeitung sensibler auf Stress (Wustmann, 2004, S. 103 f.). In der aktuellen Resilienzforschung geraten verstärkt genetische Dispositionen in den Blick. Sie nehmen Einfluss auf die kindliche Entwicklung, wobei gerade das Zusammenspiel von genetischen und psychosozialen Faktoren zu beachten ist. Einzelne Gendispositionen und deren Auswirkungen wurden bereits untersucht, generell steht die Forschung hier aber noch am Anfang (Rutter, 2006, S. 4 ff.; Rutter, 2012, S. 338 f.; Wright, Masten, & Narayan, 2013, S. 30 ff.).

Schulische Leistung, Lernbegeisterung und schulisches Engagement

Resiliente Kinder zeigen häufiger eine gute schulische Leistung als nicht-resiliente Kinder. Die schulische Leistungsfähigkeit kann dabei als Quelle für Selbstbestätigung gesehen werden. Einerseits kommt den Kindern durch gute schulische Leistungen Anerkennung entgegen, andererseits steigt dadurch das Gefühl, durch eigenes Handeln positiv auf das Leben einwirken zu können. Darüber hinaus scheinen positive Schulerfahrungen eine maßgebliche Rolle bei der Entwicklung von Planungskompetenz zu spielen (Wustmann, 2004, S. 101; Lösel & Bender, 2007, S. 58). Mit steigendem Alter nimmt die protektive Wirkung von Leistungsfähigkeit zu (Werner, 2007a, S. 23). Neben der allgemeinen schulischen Leistungsfähigkeit fördern ein gutes Sprach- und Lesevermögen die Fähigkeit, verschiedene Perspektiven einnehmen zu können und dadurch komplex zu denken (Wustmann, 2004, S. 101).

Internale Kontrollüberzeugung

Kontrollüberzeugung lässt sich untergliedern in externe und interne Kontrollüberzeugung. Werden Ereignisse in Verbindung mit dem eigenen Handeln gebracht, ist dies als interne Kontrollüberzeugung zu sehen, werden sie vorwiegend dem Zufall oder anderen Personen zugeschrieben, wird dies dagegen als externe Kontrollüberzeugung bezeichnet (Bengel et al., 2009, S. 73). Bei resilienten Menschen wird häufiger eine interne Kontrollüberzeugung festgestellt. Sie zeigen eine generalisierte Überzeugung, Einflussmöglichkeiten in kontrollierbaren Situationen zu haben, in unkontrollierbaren Situationen jedoch nicht. Wustmann (2004, S. 102) bezeichnet diese Kontrollüberzeugung daher auch als realistische Kontrollüberzeugung. In der Langzeitstudie von Luthar (1991) zeigt sich bei den Kindern, die besser mit ansteigendem Stress umgehen können, eine hohe interne Kontrollüberzeugung. Luthar (ebd., S. 610) setzt dieses Ergebnis in Verbindung mit dem Konzept der erlernten Hilflosigkeit, nachdem Menschen, die der Überzeugung sind, keinen Einfluss auf Ereignisse nehmen zu können, in passives Verhalten verfallen.

Fähigkeit zur Selbstkontrolle und Selbstregulation

Petermann und Schmidt (2006, S. 120 ff.) fassen die Ergebnisse verschiedener Resilienzstudien zusammen. Ein wichtiger allgemeiner Schutzfaktor in den Studien ist die Selbstkontrolle und Selbstregulation. Selbstkontrolle bezeichnet den Grad der Kontrolle, den eine Person über eigene Emotionen hat. Menschen mit Selbstkontrolle können sich von Umwelteinflüssen abschotten und ihre Impulse beeinflussen. Selbstregulation dagegen beschreibt die Fähigkeit, Aufmerksamkeit dorthin zu lenken, wo sie notwendig ist. Sie ermöglicht, dominante Handlungen zugunsten untergeordneter Verhaltensweisen zurückzustellen, die in der entsprechenden Situation geeigneter sind. Dies erlaubt dem Menschen, zu planen und Fehler zu erkennen (Bengel et al., 2009, S. 77). Die Fähigkeit zur Selbstkontrolle und -regulation spielt auch eine wichtige Rolle bei der Konfliktlösung und beim Bewältigungsverhalten. Zeigen Menschen ein besonnenes Auftreten, erhalten sie häufiger soziale Unterstützung und mehr positive Rückmeldung und Anerkennung (Göppel, 2011, S. 395).

Aktives flexibles Bewältigungsverhalten

Resiliente Kinder greifen häufiger auf ein aktives, flexibles Bewältigungsverhalten zurück und seltener auf vermeidende Bewältigungsstrategien. Auch mobilisieren sie bei Bedarf eher soziale Unterstützung, um ein Problem zu meistern, und zeigen eine höhere Entspannungsfähigkeit (Wustmann, 2004, S. 115; Werner, 2007a, S. 23; Lösel & Bender, 2007, S. 58).

Selbstwirksamkeitsüberzeugungen

Selbstwirksamkeitserwartung oder -überzeugung ist die Gewissheit, Anforderungen durch eigenes Handeln und eigene Fähigkeiten bewältigen zu können. Sie hängt deshalb mit dem Bewältigungsverhalten zusammen und fördert gerade aktives Bewältigungsverhalten (Bandura, 1977, S. 191 ff.). Resiliente Kinder der „Kauai-Studie“ und „Bielefelder Invulnerabilitätsstudie“ weisen im Durchschnitt eine höhere Selbstwirksamkeitsüberzeugung auf als die nicht-resiliente Vergleichsgruppe (Lösel & Bender, 2007, S. 58; Werner, 2007a, S. 23).

Positives Selbstkonzept / Selbstvertrauen / hohes Selbstwertgefühl

Resiliente Kinder zeigen häufiger ein positives Selbstkonzept und hohes Selbstwertgefühl als ihre nicht-resiliente Vergleichsgruppe (Ravens-Sieberer et al., 2007, S. 874; Wustmann, 2004, S. 100 ff.; Egle, Hoffmann, & Steffens, 1997, S. 687).

Realistischer Attribuierungsstil

Ein realistischer Attribuierungsstil gilt als allgemeiner Schutzfaktor. Kausalattribution, also welche Ursachen bestimmter Geschehnisse angenommen werden, lässt sich unterscheiden in internale und externale Attribution. Viele Kinder, die Risikobelastungen, wie Zerrüttung der Familie oder Misshandlung, ausgesetzt sind, neigen zu internaler Attribution. Sie sehen die Gründe für entsprechende Ereignisse bei sich selbst. Im Gegensatz zu externaler Attribution, in der Gründe für Vorkommnisse eher im Außen gesehen werden, hat die internale Attribution oft negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl, weil sie häufig zu Schuld- und Wertlosigkeitsgefühlen führt (Wustmann, 2004, S. 102).

Hohe Sozialkompetenz

Auch Sozialkompetenz wird in Verbindung mit Resilienz gebracht. Resiliente Kinder sind im Vergleich zu ihren nicht-resilienten Altersgenossen freundlicher, hilfsbereiter, aufgeschlossener, empathischer, verantwortungsbewusster und zeigen bessere Kommunikationsfähigkeiten. Hohe soziale Kompetenzen nehmen gleichzeitig positiven Einfluss auf das Maß an sozialer Unterstützung und Anerkennung (Kumpfer, 1999, S. 204 ff.; Wustmann, 2004, S. 105 ff.; Luthar, 1991, S. 600 ff.).

Sicheres Bindungsverhalten

Egle et al. (1997, S. 683 ff.) betonen in ihrem Übersichtsartikel die Bedeutung einer sicheren Bindung für die kindliche Entwicklung. Nach Bowlby (2009, S. 17 ff.) hat ein Säugling ein angeborenes Bedürfnis nach Nähe zu einer Bezugsperson. Bei Unwohlsein versucht er diese Nähe durch sein Bindungsverhalten herzustellen. Dieses Verhalten ist auf die Interaktion mit der entsprechenden Bindungsperson abgestimmt. Je nachdem, wie die Bindungsperson auf seine Signale, durch die er versucht, Nähe herzustellen, eingeht, kann sich unterschiedliches Bindungsverhalten entwickeln. Reagiert die Bezugsperson adäquat, also zeitnah und einfühlsam, so wird das Kind voraussichtlich eine sichere Bindung entwickeln. Ist ihre Reaktion zurückweisend, wird es eher eine unsicher-vermeidende Bindung ausbilden. Verhält sich die Bindungsperson dagegen immer unterschiedlich und damit schwer voraussehbar für das Kind, wird dieses eher einen unsicher-ambivalenten Bindungsstil entwickeln (Dornes, 2000, S. 71 f.).

Ein sicheres Bindungsverhalten beeinflusst die weitere psychosoziale Entwicklung des Kindes, so hängt von ihm der Grad des Explorationsverhaltens ab. Sicher gebundene Kinder erkunden ihre Umwelt aktiver. Dies stärkt wiederum die Autonomie des Kindes. Auch die Effektreulation hängt mit der Interaktion zwischen Mutter und Kind zusammen, bei sicherer Bindung ist diese effektiver. Darüber hinaus zeigen sich bei sicher gebundenen Kindern häufiger eine gute Problemlösefähigkeit, eine höhere Konzentrationsleistung und mehr positive Affekte. Auch auf das Selbstbild und das Selbstkonzept nimmt ein sicheres Bindungsverhalten positiven Einfluss (Wustmann, 2004, S. 98 f.). Ein unsicheres Bindungsverhalten kann dagegen zu kognitiven und affektiven Entwicklungsdefiziten führen, während ein sicheres

Bindungsverhalten in Belastungssituationen protektive Wirkung zeigen kann (Egle et al., 1997, S. 692).

Optimistische, zuversichtliche Lebenseinstellung

Die resilienten Kinder aus der „Kauai-Studie“ zeigen im Gegensatz zu den weniger resilienten Kindern eine optimistischere Lebenseinstellung. Sie erwarten mehr von ihrer Zukunft und haben realistischere berufliche Vorstellungen (Werner, 2005, S. 12). Ergebnisse des „Rochester Child Resilience Projects“ bestätigen dieses Ergebnis. Die Kinder mit höheren Zukunftserwartungen weisen zudem größeren Erfolg in der Schule und eine höhere internale Kontrollüberzeugung auf (Cowen, Wyman, & Work, 1996, S.273).

Religiöser Glaube / Spiritualität

In der „Kauai-Studie“ zeigt sich, dass religiöse Überzeugungen einen schützenden Charakter haben können, wenn damit das Gefühl verbunden ist, dass das Leben Sinn und Bedeutung hat (Werner, 2007a, S. 24). Dieses Sinnerleben findet sich auch in dem durch Antonovsky (1997, S. 33 ff.) beschriebenen Kohärenzgefühl („Sense of Coherence“).

Kohärenzgefühl

Der Medizinsoziologe Antonovsky (1997) prägt den Begriff der Salutogenese und widmet sich in diesem Sinne der Frage, was Menschen gesund hält. Ein Kernstück seiner Forschungsergebnisse ist das Kohärenzgefühl. Dieses bezeichnet eine Grundhaltung des Individuums der Welt gegenüber. Je höher das Kohärenzgefühl ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Mensch gesund bleibt oder sich schneller von einer Krankheit erholt. Antonovsky (1997, S. 36) definiert das Kohärenzgefühl als: *„eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß 1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengungen und Engagement lohnen.“* Das Kohärenzgefühl setzt sich demnach aus drei Komponenten zusammen. Eine stellt

das Gefühl von Verstehbarkeit dar. Dieses meint die Fähigkeit des Menschen, Reize als geordnete und strukturierte Informationen verarbeiten zu können. Sie werden nicht als willkürlich und unerklärlich wahrgenommen. Die zweite Komponente umfasst ein Gefühl von Handhabbarkeit, die Überzeugung eines Menschen, dass Schwierigkeiten bewältigt mit Hilfe eigener Ressourcen oder sozialer Unterstützung werden können. Diese Komponente kann als kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster gesehen werden. Die dritte Komponente betrifft das Gefühl von Sinnhaftigkeit. Es beschreibt das Ausmaß, in dem das Leben als bedeutsam und sinnvoll empfunden wird. Daran knüpft sich eine positive Erwartung an das Leben, Probleme werden häufiger als Herausforderung gesehen, für deren Bewältigung es sich lohnt, Ressourcen einzusetzen (Bengel et al., 2001, S. 29 f.).

Egle et al. (1997, S. 683 ff.) verweisen in ihrer Übersichtsarbeit zu Schutz- und Risikofaktoren auf ein hohes Kohärenzgefühl als Schutzfaktor. Höfer (1998) zeigt in ihrer Studie, in der sie die Bewältigung von Belastungen bei 740 12- bis 24-jährigen Jugendlichen in stationärer Unterbringung untersucht, dass Jugendlichen mit einem hohen Kohärenzsinn gesundheitlich besser aufgestellt sind als die untersuchte Population mit einem niedrigen Kohärenzgefühl. Andere Studien untersuchen zwar nicht direkt den Kohärenzsinn, zeigen jedoch Schutzfaktoren auf, die an die entsprechenden Komponenten des Kohärenzgefühls erinnern, wie die internale Kontrollüberzeugung oder das Selbstwirksamkeitsgefühl (Wustmann, 2004, S. 102; Lösel & Bender, 2007, S. 58; Werner, 2007a, S. 23).

Talente, Interessen, besondere Begabung, Kreativität, Hobbys

Resiliente Kinder haben häufiger spezielle Interessen, Talente oder Hobbys. Dies gibt ihnen die Möglichkeit, sich zeitweise von einer Stresssituation zu distanzieren und abzulenken. Einerseits können sie durch das Ausleben eines Hobbys Spaß und Freude erleben, andererseits bietet es ihnen oft die Möglichkeit, soziale Unterstützung außerhalb der Familie zu bekommen (Wustmann, 2004, S. 103). Die resilienten Kinder der „Kauai-Studie“ verfügen häufiger über Talente, auf die sie stolz sind (Werner, 2005, S. 12).

Zielorientierung, realistische Selbsteinschätzung und Planungskompetenz

In der „Kauai-Studie“ zeigen die resilienteren Personen realistischere Bildungs- und Berufspläne und streben hartnäckiger deren Verwirklichung an (Werner, 2011, S. 37). Ebenso besitzen sie eine höhere Fähigkeit, ihre Zukunft zu planen (Werner, 2007a, S. 23; Werner, 2006, S. 32). Rutter (2006) zeigt in einer Studie mit Personen, die in stationären Institutionen aufgewachsen sind, dass Planungskompetenz als Schutzfaktor für die weitere Entwicklung bis ins Erwachsenenalter reicht. So heirateten die Personen mit einer hohen Fähigkeit, zu planen, sehr viel seltener deviante Partner/Partnerinnen als die Population, die geringe Fähigkeiten in diesem Bereich aufweist. In der Vergleichsgruppe, die weniger Belastungsfaktoren erlebt hatte, sind diese Unterschiede kaum ausgeprägt.

1.3.2.2 Familiäre Schutzfaktoren

Strukturelle Familienmerkmale

Der sozioökonomische Status einer Familie scheint Auswirkungen auf die Entwicklungschancen der Kinder zu nehmen. In der „BELLA-Studie“ zeigen Kinder aus Familien mit einem hohen sozioökonomischen Status seltener psychische Auffälligkeiten als Kinder, die aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status kommen (Ravens-Sieberer et al., 2007, S. 875). Bengel et al. (2009, S. 86 f.) verweisen in ihrem Übersichtsartikel auf Strukturmerkmale wie eine geregelte Tagesstruktur, Rituale und regelmäßige Familienaktivitäten, die als familiärer Schutzfaktor agieren. Die Befundlage, ob ein Aufwachsen mit beiden leiblichen Elternteilen eine Schutzfunktion innehat, ist different. Einige Ergebnisse zeigen, dass eher die Beziehung zu den Eltern eine protektive Rolle einnimmt, unabhängig davon, ob diese noch im familiären Haushalt leben (ebd., S. 87 f.).

In der „Kauai-Studie“ zeigen die Kinder, die zwar in chaotischen Familienverhältnissen aufwuchsen, jedoch wenige Geschwister hatten und bei denen mindestens zwei Jahre Altersunterschied zu den Geschwistern bestanden, größere Entwicklungschancen, als die Kinder aus schwierigen Familienverhältnissen mit vielen Kindern (Werner, 2007a, S. 24).

Merkmale der Eltern-Kind-Beziehung

Eine sichere Bindung zu mindestens einem Elternteil ist ein in vielen Studien genannter Schutzfaktor (Wustmann, 2004, S. 107; Egle, 1997, S. 685; Werner, 2011, S. 36 ff.; Cowen et al., 1996, S. 272 ff.). Cowen et al. (1996, S. 272) verweisen auf zwei Studien des „Rochester Child Resilience Project“, nach denen resiliente Kinder eine gute Beziehung zu mindestens einem Elternteil und kaum Trennungserlebnisse in der frühen Kindheit erfahren hatten. Eine enge, positiv-emotionale und stabile Beziehung ist wichtig für die sozial-emotionale Entwicklung. Sie fördert zudem die Entwicklung von Selbstwertgefühl und sozialen Kompetenzen. Eine sichere Bindungsrepräsentation geht zudem meist mit einem aktiveren Bewältigungsverhalten, weniger Hilflosigkeits- und Ängstlichkeitsgefühlen, weniger Rückzugsverhalten und geringerer emotionaler Belastung einher. Sie stellt damit die Grundlage für eine spätere erfolgreiche Bewältigung von Belastungssituationen dar (Zimmermann, Suess, Scheurer-Englisch, & Grossmann, 2000, S. 308 ff.; Wustmann, 2004, S. 107 f.)

Positives Erziehungs- und Familienklima

Erziehungskompetenzen der Eltern stellen einen Schutzfaktor für die kindliche Entwicklung dar (Petermann & Schmidt, 2006, S. 124). Ein positiver Erziehungsstil ist geprägt von klaren Regeln und Normen, Vermittlung kompetenzfördernder Verhaltenserwartungen, Überwachung der darauf folgenden Verhaltensweisen, Unterstützung von Selbstständigkeit, offener Kommunikation und einem warmen und unterstützenden Umgang miteinander (Petermann & Schmidt, 2006, S. 124; Egle et al., 1997, S. 686 f.; Wustmann, 2004, S. 108 f.). Dadurch kann das Kind Zuversicht, Sicherheit, Entspannung und Geborgenheit erfahren, was zu der Entwicklung eines problemorientierten Copingstils beiträgt (Wustmann, 2004, S. 109). In der „Kauai-Studie“ lässt sich ein geschlechtsspezifischer Unterschied bezüglich protektiver Erziehungsstile erkennen. Bei Jungen zeigt sich vor allem eine Familie als schützend, die sich durch Struktur und Regeln, einer männlichen Identifikationsfigur und Offenheit gegenüber dem Ausdrücken von Gefühlen auszeichnet. Resiliente Mädchen kommen häufiger aus Familien, bei denen Unabhängigkeit eine große Rolle spielt und in denen ihnen eine verlässliche, unterstützende weibliche Bezugsperson zu Verfügung steht (Werner, 2006, S. 32). Sturzbecher und Dietrich (2007, S. 20) stellen in ihrem Übersichtsartikel neben dem Erziehungsklima auch das Familienklima als Schutzfaktor heraus, wenn sich dieses positiv gestaltet und geringe elterliche

Konfliktintensität aufweist. Zander (2009, S. 165) betont die Bedeutung von Familienklima, Eltern-Kind-Beziehung und Erziehungsstil, da diese Faktoren kindliche Aneignungs- und Lernprozesse wie auch alltägliches Bewältigungsverhalten beeinflussen.

Positive Geschwisterbeziehung

Eine positive Geschwisterbeziehung hat protektiven Charakter. Gerade ältere Geschwister können bei einer schlechten Eltern-Kind-Beziehung kompensatorisch als Betreuungs- und Vertrauensperson fungieren (Wustmann, 2005, S. 196; Zander, 2009, S. 80). In einer Langzeitstudie von Wallerstein und Kelly (1980, zit. n. Wustmann, 2004, S. 110) über Scheidungskinder wird der schützende Charakter von Geschwistern herausgestellt, sie fungieren als Gesprächspartner/Gesprächspartnerinnen, Vertraute und Verbündete, die die gleiche Belastung erleben.

Merkmale der Eltern

Ein hohes Bildungsniveau der Eltern stellt sich in manchen Studien als Schutzfaktor heraus (Wustmann, 2004, S. 111). In der „Kauai-Studie“ zeigt sich vor allem das Bildungsniveau der Mutter als bedeutsam (Bengel et al., 2009, S. 100). Im „Rochester Child Resilience Project“ (Cowen et al., 1996) werden weitere Eigenschaften der Eltern mit schützender Wirkung für die Entwicklung ihrer Kinder aufgedeckt. Dazu gehören ein positives Selbstbild, allgemeine Lebenszufriedenheit, positive Erwartungen gegenüber ihren Kindern und die Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung. Petermann und Schmidt (2006, S. 118) verweisen in ihrem Übersichtsartikel auf Ergebnisse der „Mannheimer Längsschnittstudie“, nach denen die psychische Gesundheit der Mutter und ein angemessenes Bewältigungsverhalten der Eltern protektive Wirkung zeigen.

1.3.2.3 Soziale Schutzfaktoren

Kontakte zu Personen außerhalb der Familie, soziale Unterstützung

In der „Kauai-Studie“ haben die resilienten Kinder meist Bezugspersonen außerhalb der Familie. Dabei handelt es sich um Verwandte, Freunde/Freundinnen, Nachbarn/Nachbarinnen oder ältere Menschen in der Gemeinde. Durch sie haben die

belasteten Kinder die Möglichkeit, Ablenkung, Unterhaltung, Rat und emotionalen Beistand zu bekommen (Werner, 2006, S. 32; Werner, 2007a, S. 25). Auch Lösel und Bender (2007, S. 58) finden in ihrer Studie bei den Jugendlichen, die sich trotz Belastungen relativ gut entwickeln, mehr soziale Unterstützung und ein größeres soziales Netzwerk vor. Dem schließt sich das Ergebnis des „Rochester child resilience project“ an, wonach soziale Unterstützung außerhalb der Familie als Schutzfaktor zu sehen ist (Cowen et al., 1996, S. 272). Fergusson und Horwood (2003, S. 140 ff.) geben jedoch zu bedenken, dass sich Peerkontakte auch negativ auswirken können, wenn im Freundeskreis delinquentes Verhalten gezeigt und gefördert wird.

Qualität der Bildungsinstitutionen

Eine hohe Qualität der Schule kann sich protektiv auf die Entwicklung belasteter Kinder auswirken. Die Qualität bezieht sich einerseits auf Lehrer/Lehrerinnen, die ihre Schüler/Schülerinnen motivieren und ihnen helfen, wichtige Berufsziele zu erreichen. Darüber hinaus zeichnen diese Lehrer/Lehrerinnen aus, dass sie zuverlässig, respektvoll und verständnisvoll sind und damit eine kompensierende Wirkung für Risikokinder haben können. Der Leistungsstandard dieser Schulen ist hoch, aber angemessen. Die Schüler/Schülerinnen haben die Möglichkeit, verantwortungsvolle Aufgaben zu übernehmen, ihre Leistungen und ihr Verhalten werden positiv verstärkt. In den entsprechenden Schulen existieren gerechte Regeln und eine klare Struktur. Häufig finden außerschulische Aktivitäten in Form von Arbeitsgruppen und Freizeitangeboten statt, in denen die Interessen der Schüler/Schülerinnen gefördert werden. Darüber hinaus bildet die Schule ein Umfeld, in dem vermehrt positive Peerkontakte existieren. Häufig gibt es weitere Unterstützungsangebote wie Schulsozialarbeit, und es findet eine enge Zusammenarbeit mit den Familien und anderen sozialen Einrichtungen statt (Werner, 2007a, S. 25; Wustmann, 2004, S. 112 f.; Wright et al., 2013, S. 21). Durch ein solches schulisches Umfeld erhalten die Kinder die Möglichkeit, Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstbewusstsein aufzubauen, ihr Repertoire an Konfliktlösungs- und Problemlösestrategien zu erweitern, soziale Kompetenzen zu entwickeln und auf soziale Unterstützung zurückzugreifen (Wustmann, 2004, S. 113).

Einbindung in prosoziale Gruppen

Viele der resilienten Kinder der „Kauai-Studie“ bekommen soziale Unterstützung durch Leiter/Leiterinnen in prosozialen Gruppen. Sie können ein positives Zugehörigkeitsgefühl erfahren und ihnen wird das Gefühl vermittelt, dass ihr Leben Bedeutung hat und sie Einfluss darauf nehmen können (Egle et al., 1997, S. 685).

Ressourcen auf kommunaler Ebene

Neben informellen Unterstützungsangeboten halten auch formelle Hilfeangebote, wie Beratungseinrichtungen, Frühförderstellen und Gemeinwesenarbeit, Chancen für eine positive Entwicklung bereit (Wustmann, 2004, S. 116).

Vorhandensein prosozialer Rollenmodelle, Normen und Werte in der Gesellschaft

In der „Kauai-Studie“ können sich die resilienten Kinder häufiger an einem Erwachsenen orientieren, der für sie als positives Rollenmodell fungiert (gerade wenn keine positiven, elterlichen Rollenmodelle vorhanden sind) (Bengel et al., 2009, S. 106 f.). Wustmann (2004, S. 112) verweist zudem auf Peerkontakte, die für resiliente Kinder die Rolle von Modellen einnehmen können. Sie räumen die Möglichkeit ein, negative Erfahrungen in der Familie zu kompensieren, indem sie beispielsweise die Kommunikationsfähigkeit, die Impulskontrolle, die Kreativität und das interpersonale Bewusstsein fördern. Neben konkreten Personen, die positive Werte vermitteln, nehmen auch die in der Gesellschaft existierenden Normen und Werte Einfluss auf die Entwicklung von Kindern. Existieren prosoziale Werte in einer Gesellschaft, hat dies protektive Wirkung auf belastete Kinder (ebd., 2004, S. 114).

1.3.2.4 Wendepunkte

Resilienz ist keine stabile Eigenschaft, sondern flexibel und temporär. Sie kann sich auch im Erwachsenenalter ändern. In der „Kauai-Studie“ fällt bei den Erhebungswellen im Alter 32 und 40 Jahren der Untersuchungsteilnehmer/Untersuchungsteilnehmerinnen auf, dass viele, die im Jugendalter noch Auffälligkeiten gezeigt hatten, sich später gut erholt haben. Ihnen haben sich Chancen im Erwachsenenalter eröffnet, durch die ihr Leben eine Wende nahm. Diese Chancen waren kontinuierliche Ausbildungen, schulische und berufliche Fertigkeiten, die sie zum Teil während des

Militärdienstes erworben hatten, eine Ehe mit stabilen Partnern/Partnerinnen, Hinwendung zu einer Glaubensgemeinschaft, die Genesung von einer schweren Krankheit oder einem Unfall und in wenigen Fällen Psychotherapie (Werner, 2006, S. 32 ff.).

1.3.3 Spezielle Schutzfaktoren bei Kindern psychisch kranker Eltern

Zu Beginn der Resilienzforschung liegt der Schwerpunkt auf der Untersuchung allgemeiner Schutzfaktoren. In der zweiten von insgesamt vier Forschungswellen, die Wright et al. (2013, S. 15 ff.) aufzeigen, verlagert sich das Interesse hin zu Schutzfaktoren für spezifische Risikogruppen. Die Risikogruppe, die Kinder von psychisch erkrankten Eltern darstellen, wird nur vereinzelt untersucht. Eine der ersten Studien in diesem Bereich ist von Beardslee und Podorefsky (1988). Sie kristallisieren 18 Jugendliche aus einer größeren Gruppe von Adoleszenten mit Eltern mit einer affektiven Störung (häufig mit Komorbidität) heraus. Diese jungen Menschen zeigen eine hohe Funktionsfähigkeit und können als resilient beschrieben werden. Zweieinhalb Jahre später ist bei fünfzehn der Jugendlichen nach wie vor eine hohe Resilienz festzustellen. Die resilienten Jugendlichen sind gut eingebunden im schulischen und beruflichen Bereich, zeigen sich engagiert und erfolgreich und erleben Freude und Entspannung durch Hobbys. Sie betonen die Bedeutsamkeit von Beziehungen innerhalb und außerhalb der Familie. Die außerfamiliären Beziehungen geben ihnen neben sozialer Unterstützung die Möglichkeit, sich von dem erkrankten Elternteil zu distanzieren. Zudem fällt auf, dass die resilienten Jugendlichen ein hohes Maß an Selbstreflexion, ein aktives Problemlöseverhalten, eine positive Lebenseinstellung, eine hohe Kontrollüberzeugung und gleichzeitig eine realistische Einschätzung der eigenen Einflussmöglichkeiten aufweisen. Diese Jugendlichen haben Wissen über die Erkrankung des Elternteils, können Verhaltensweisen der Eltern entsprechend einordnen, können sich von dem erkrankten Elternteil distanzieren, indem sie eigene Bedürfnisse und die des Elternteils trennen können und sich nicht verantwortlich für die Erkrankung fühlen. Viele der Jugendlichen kümmern sich zwar um ihren erkrankten Elternteil, richten ihr Leben jedoch nicht nach der Erkrankung. Sie widmen sich weiterhin auch anderen, für sie relevanten Lebensbereichen, wie Schule, Beruf, Hobbys und Freunde/Freundinnen. Gleichzeitig sehen sie sich weder verantwortlich für die Erkrankung des Elternteils noch sehen sie die Möglichkeit,

durch eigenes Handeln die Heilung der Erkrankung zu bewirken. Die drei Jugendlichen, die sich bei der zweiten Erhebungswelle nicht mehr als resilient zeigen, haben keine offene, familiäre Kommunikation über die Erkrankung erlebt. Ihnen ist es nicht gelungen, sich von dem erkrankten Elternteil zu distanzieren und ein eigenständiges Leben aufzubauen. Shachnow (1987) untersucht 36 Kinder, deren Eltern wegen einer psychischen Erkrankung in stationärer Behandlung sind. Sieben der Kinder zeigen eine hohe Resilienz. Diese von Shachnow (1987) als „copers“ bezeichneten Kinder weisen verschiedene protektive Faktoren auf. Sie sind zum Zeitpunkt des Auftretens der psychischen Erkrankung ihres Elternteils mindestens acht Jahre alt, zeigen überdurchschnittliche intellektuelle Fähigkeiten, haben Geschwister und soziale Unterstützung im außerfamiliären Bereich. Darüber hinaus sind in dieser Gruppe häufiger die Väter erkrankt. Wenn die Mutter an einer psychischen Erkrankung leidet, dann hatten die Kinder zumindest die Möglichkeit, in ihren ersten Lebensjahren noch eine positive Bindung zu der zu dieser Zeit noch gesunden Mutter aufzubauen. Zudem zeigten die erkrankten Eltern vor Auftreten der psychischen Störung eine gute Funktionsfähigkeit. Besonders hebt Shachnow (1987, S. 73) die sozialen Beziehungen als Schutzfaktor hervor. Wichtige Bezugspersonen sind vor allem der gesunde Elternteil oder nahe Verwandte. Diese können einerseits feinfühlig auf das Kind reagieren und es in Krisenzeiten auffangen und klären andererseits das Kind über die psychische Erkrankung auf. Im Rahmen des Forschungsprojektes „Kinder psychisch kranker Eltern“ werden sieben biografische Interviews mit erwachsenen Kindern von psychisch erkrankten Eltern geführt. Auch hier wird der sozialen Unterstützung eine bedeutsame Rolle eingeräumt. Verlässliche Bezugspersonen nehmen gerade in sehr instabilen Phasen des erkrankten Elternteils eine kompensatorische Funktion ein (Schone & Wagenblass, 2010, S. 155 ff.).

1.3.4 Persönliche Reifung durch die Bewältigung von Belastung und Trauma

Das Konzept der Posttraumatischen Reifung (synonym verwendet: Posttraumatisches Wachstum) entwickelt sich in den 1990er Jahren im Rahmen der Traumaforschung (Siegrist, 2010, S. 37). Während das Resilienzkonzept im Zuge entwicklungspsychopathologischer Fragestellungen entsteht und das Phänomen einer relativ gesunden Entwicklung trotz widriger Umstände in den Blick nimmt, kommt die Theorie und Forschung zu dem Modell der Posttraumatischen Reifung aus der

klinischen Praxis mit traumatisierten Menschen. Es beruht auf der Beobachtung, dass manche Menschen durch die Auseinandersetzung mit traumatischen Erfahrungen einen persönlichen Reifungsprozess erleben (Fooker, 2013, S. 76). Sie berichten, dass das Trauma ein Ereignis für sie darstellt, das ihrem Leben einen neuen Wert gab, indem es sie zu Veränderungen zwang (Calhoun & Tedeschi, 2004, S. 93). So verweist Werner (2007b, S. 47 ff.) darauf, dass in verschiedenen Studien über den Lebenslauf und die Belastungsbewältigung von Kriegskindern die Aufarbeitung der traumatischen Kriegserfahrungen fast immer eine Lebensbejahung und persönliche Reife zur Folge hatte. Anzumerken ist jedoch, dass in den Studien hauptsächlich resiliente Kriegserfahrene untersucht werden. Im Gegensatz zum Resilienzkonzept geht es somit nicht nur um eine Bewältigung von extremen Belastungssituationen, sondern auch um einen damit verbundenen Reifungsprozess. Beide Modelle verbindet, dass sie den Blick auf Ressourcen und Kompetenzen lenken. Darüber hinaus sind beide an das Erleben von massiv belastenden Situationen geknüpft. Tedeschi und Calhoun (2004, S. 1 ff.), die Pioniere des Konzepts des Posttraumatischen Wachstums, bezeichnen entsprechende Ereignisse, die einer möglichen persönlichen Reifung vorausgehen, als Trauma, Krise oder massive Belastungssituation. Diese Erlebnisse beinhalten immer eine enorme Herausforderung an die Bewältigungskompetenzen der betroffenen Person und erschüttern ihre bisherige Selbst- und Weltsicht. Posttraumatische Reifung ergibt sich jedoch nicht direkt aus der Situation, sondern hängt von der Art und Weise der Bewältigung ab (Fooker, 2013, S. 76 ff.). Es kann somit nicht von einem allgemeinen Zusammenhang zwischen erschwerenden Lebensbedingungen und bestimmten nachfolgenden psychischen Prozessen ausgegangen werden. Die große intra- und interindividuelle Variabilität muss berücksichtigt werden (Tedeschi & Calhoun, 2004, S. 5). Ebenso wie im Resilienzmodell bedeutet eine posttraumatische Reifung nicht automatisch Symptomfreiheit, auch emotionales Leid kann nach wie vor existieren (Fooker, 2013, S. 75 ff.).

Tedeschi und Calhoun (2004, S. 7 ff.) beschreiben den Prozess der Posttraumatischen Reifung wie folgt: Nach einem traumatischen Ereignis setzt ein enormes Leidempfinden ein, welches lähmende Wirkung haben kann, letztlich jedoch Voraussetzung für einen kognitiven Prozess ist. Anfangs beinhaltet dieser Prozess automatisch auftauchende, aufdringliche Gedanken, Bilder und negatives Grübeln. Der Person wird bewusst, dass bisherige Ziele und Lebensanschauungen nicht mehr zu der aktuellen Lebenssituation passen. Häufig entstehen Fragen darüber, wer man

eigentlich ist und was aus dem eigenen Leben werden soll. Diese Erkenntnis kann dazu führen, dass sich neue Ziele, Ansichten und fundamentale Annahmen über sich selbst, das eigene Leben und die Welt entwickeln. Dieser Prozess der Aneignung und Transformation kann sich über längere Zeiträume erstrecken und von weiteren Faktoren beeinflusst werden. So scheinen persönliche Variablen, wie Extroversion und Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen, eine persönliche Reifung wahrscheinlicher zu machen. Darüber hinaus wird einer unterstützenden sozialen Umwelt eine bedeutende Rolle zugeschrieben. Sich anderen Personen zu offenbaren und sich mit ihnen auszutauschen, fördert die oben beschriebenen kognitiven Prozesse, die zu einer Transformation bisheriger Selbst- und Weltsichten führen. Besonders förderlich scheint in diesem Rahmen ein Austausch mit anderen Betroffenen zu sein. Das Gefühl des Verstandenwerdens erleichtert die Aufdeckung eigener traumatischer Erfahrungen und deren Auswirkungen.

Die wahrgenommene persönliche Reifung beinhaltet Wachstumsprozesse in verschiedenen Bereichen. Nach Fookan (2013, S. 80) sind entsprechende Veränderungen häufig ein Wissenszuwachs, eine Intensivierung der Beziehungen zu anderen Menschen, neue Handlungsfähigkeiten, Sinnfindung, eine Auseinandersetzung mit philosophisch-existenziellen Menschheitsfragen oder eine neue Form der Spiritualität. Oft entsteht aus dem posttraumatischen Wachstum eine generelle Weisheit. Sie beinhaltet beispielsweise die Fähigkeit, Reflexion und Handlung in Einklang zu bringen, Gewissheiten und Ungewissheiten des Lebens abzuschätzen, Widersprüche des Lebens besser akzeptieren zu können und sich offener und zufriedenster mit existenziellen Fragen des menschlichen Lebens auseinanderzusetzen (Tedeschi & Calhoun, 2004, S. 12).

1.4 Coping

Für die Auseinandersetzung mit dem Copingverhalten von Kindern psychisch erkrankter Eltern ist es unabdingbar, zuvor auf allgemeine Copingmodelle und Bewältigungsstrategien einzugehen. Im Anschluss wird ein Überblick über das spezifische Coping im Kindes- und Jugendalter gegeben, dem sich eine Zusammenfassung bisheriger Studienergebnisse zum Coping bei Kindern psychisch erkrankter Eltern anschließt.

1.4.1 Coping-Modelle und Bewältigungsstrategien

Begriffsbestimmung

Die Erforschung von Bewältigungsverhalten hat ihre Ursprünge in zwei unterschiedlichen Forschungstraditionen. Einerseits wird Bewältigung im Rahmen von Tierversuchen untersucht, wobei die Forschung stark an behavioralen Modellen orientiert ist. Bewältigungsreaktionen werden als Verhalten gesehen, das sich aufbauend auf Erfahrungen in ähnlichen Situationen stetig verbessert. Kognitionen und Emotionen finden in diesem Modell wenig Beachtung (Lazarus & Folkman, 1984, S. 117 ff.). In dem zweiten, psychoanalytischen Modell von Bewältigung finden Kognitionen stärkere Beachtung, ebenso die Beziehung zwischen Person und Umwelt. Bewältigung wird hier als Abwehr beschrieben, wobei ein Schwerpunkt auf pathogenen Abwehrmechanismen liegt. In dem psychoanalytischen Modell wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch ein spezifisches Bewältigungsmuster aufweist, welches über die Lebensspanne fortbesteht und somit nicht situativ und über die Zeit variiert. Bewältigung wird hier stärker als Charaktermerkmal („trait“) definiert. Ein weiteres Merkmal des psychoanalytischen Modells ist die Annahme, dass Abwehrmechanismen oft auch unbewusste Vorgänge sind (Lazarus, 1993, S. 234 ff.).

Den beiden Modellen steht das in den 1970er Jahren entstandene Coping-Modell von Lazarus gegenüber (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986), auf welches sich die heutige Bewältigungsforschung häufig bezieht (Gelhaar, 2010, S. 130). Coping, abgeleitet vom englischen Verb „to cope“ (bewältigen, meistern, mit etwas fertig werden) (Gelhaar, 2010, S. 129) ist eng geknüpft an das transaktionale Stressmodell (siehe Kapitel 1.2.1). So wird das Copingverhalten vor dem Hintergrund der Transaktion zwischen Person und Umwelt gesehen, hängt von der individuellen Bewertung der Belastungssituation ab und beinhaltet sämtliche kognitiven und behavioralen Bemühungen, mit einer Belastung umzugehen. Demnach definieren Lazarus und Folkman (1984, S. 141) Coping wie folgt: *„We define coping as constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person.“*

Dem Copingverhalten kommen fünf Hauptaufgaben zu:

- die Wirkung schädigender Umweltbedingungen zu reduzieren und die Erholungschancen zu erhöhen
- dem Organismus zu helfen sich an ungünstige Ereignisse und Gegebenheiten anzupassen beziehungsweise sie zu tolerieren
- schädigende Auswirkungen der Stresssituation auf das Selbstbild abzuwenden
- das emotionale Gleichgewicht zu wahren
- positive soziale Beziehungen aufrechtzuerhalten

(Cohen & Lazarus 1979 zit. n. Krohne, 1997, S. 269).

Lazarus und Folkman (1984, S. 141) sehen, entgegen dem psychoanalytischen Modell, Bewältigungsreaktionen als bewusste Prozesse. Ein weiterer grundlegender Unterschied liegt in dem prozessualen und situativen Charakter, den Bewältigung bei Lazarus und Folkmans (1984, S. 141 ff.; Lazarus, 1993, S. 234 ff.) Modell innehat. Demnach gibt es sowohl personale als auch situative Faktoren, die Einfluss auf das Copingverhalten des Menschen haben. Krohne (1997, S. 269 ff.) fasst diese zusammen. Situative Merkmale lassen sich unterscheiden nach formalen und inhaltlichen Parametern. Zu den formalen Parametern einer Situation zählt der Grad der Beeinflussbarkeit, also Kontrollierbarkeit einer Stresssituation. Darüber hinaus spielt es eine Rolle, welcher Grad an Information vorliegt, da er moderiert, inwieweit ein Stressor vorhersagbar oder unsicher ist. Hier lassen sich verschiedene Dimensionen unterscheiden: Die generelle Vorhersagbarkeit bezieht sich auf die Information, ob ein Ereignis überhaupt eintritt, die zeitliche Vorhersagbarkeit impliziert Wissen über den Zeitpunkt des Eintretens einer Situation und die inhaltliche Vorhersagbarkeit beinhaltet Informationen über die Art des Geschehens und mögliche daraus resultierende Konsequenzen. Weiterhin zählen die zeitliche Nähe und Dauer der Stresssituation zu den formalen Parametern. So fallen Copingreaktionen anders aus, wenn ein Ereignis in naher Zeit eintreten wird, als wenn dieses in ferner Zukunft liegt. Bezüglich der Dauer lässt sich folgende Unterteilung machen: Stressoren können akut und zeitlich begrenzt sein, wie beispielsweise ein Vorstellungsgespräch oder eine Prüfung, oder sie können sich auf Stressorsequenzen beziehen, wie sie zum Beispiel infolge eines Arbeitsplatzverlustes eintreten können. Darüber hinaus wird noch unterschieden zwischen chronischen, intermittierend auftretenden Stressoren, wie

andauernden Konflikten am Arbeitsplatz, und chronischen Stressoren, wie den Folgen einer Behinderung. Neben den formalen situativen Einflussfaktoren existieren inhaltliche Einflussfaktoren der Situation. Hier dominiert die Unterscheidung zwischen physischen Faktoren, wie beispielweise Lärm, und selbstwertrelevanten Stressoren, wie der Versagensangst bei einer Prüfung. Später kommt eine dritte Unterscheidungsebene hinzu, die soziale Stressoren umfasst.

Zu den personalen Einflussfaktoren zählt Krohne (ebd.) Motivationsmuster, die festlegen, was einer Person wichtig ist, was für sie auf dem Spiel steht und welche Werte und Ziele sie hat. Darüber hinaus spielen generalisierte Überzeugungen eine Rolle, die sich einerseits auf antizipierte Handlungsmöglichkeiten beziehen und andererseits auf Geschehnisse in relevanten Umweltbereichen.

Der Frage nach situativen und personalen Einflussfaktoren auf das Copingverhalten und deren jeweiliger Gewichtung widmen sich viele Studien (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Donaldson, Prinstein, Danovsky, & Spirito, 2000; Folkman et al., 1986; Hatchett & Park, 2004). Hatchett und Park (2004) finden in ihrer Untersuchung heraus, dass der personale Faktor Optimismus mit einem Aufgaben-orientierten Bewältigungsstil und der Suche nach sozialer Unterstützung positiv korreliert. Dagegen stellt sich zwischen Optimismus und stärker emotionsfokussierten Bewältigungsstrategien eine negative Korrelation heraus. Folkman et al. (1986) schließen in ihrer Studie auf einen Einfluss des Selbstwertgefühls auf die primäre und sekundäre Bewertung, die dem Bewältigungsverhalten vorangeht.

An die Frage nach dem Einfluss und der Gewichtung von personalen und situativen Faktoren knüpft die Frage an, ob Menschen situationsübergreifend auf ein einheitliches Set an Copingstrategien zurückgreifen. Carver et al. (1989) kommen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass Menschen ein bestimmtes Repertoire an Bewältigungsstrategien präferieren. Donaldson et al. (2000) kommen zu gleichen Schlüssen in ihrer Untersuchung von Bewältigungsmustern bei Kindern. Andere Autoren/Autorinnen stellen stärker die Situationsabhängigkeit von Coping in den Vordergrund (Seiffge-Krenke & Irmer, 2007, S.69 ff.). Folkman et al. (1986) kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Manche Copingstrategien tauchen, wenn sie in einer Situation schon einmal angewendet worden sind, häufiger in folgenden Stresssituationen auf, beispielsweise die Neubewertung einer Situation. Andere dagegen tauchen nicht auffällig häufig auf, wie beispielsweise das Nutzen von sozialer

Unterstützung. Die Autoren/Autorinnen sehen eine mögliche Begründung für dieses Phänomen darin, dass manche Copingstrategien stärker abhängig von äußeren Faktoren sind als andere. So hängt die Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung davon ab, ob in der Situation überhaupt erreichbare, unterstützende Personen vorhanden sind.

Der aufgezeigte Diskurs legt den Schluss nahe, dass personale Faktoren den Menschen insoweit beeinflussen, dass er ein bestimmtes Set an Copingstrategien präferiert, welche er dann situativ einsetzt. Dabei hängen anscheinend einige Strategien stärker von personalen Faktoren ab, andere werden stärker von situativen Merkmalen beeinflusst.

Neben den situativen Einflussfaktoren, die den prozessualen Charakter des Coping-Modells von Lazarus prägen, sind auch entwicklungsbedingte Faktoren zu beachten (Lazarus & Folkman, 1984, S. 172). Knebel und Seiffge-Krenke (2007, S. 111 ff.) verweisen in diesem Zusammenhang auf verschiedene Studien, die den Einfluss der menschlichen Entwicklung auf das Copingverhalten aufzeigen (siehe auch Kapitel 1.4.2). Darüber hinaus bestimmt auch die Gesellschaft und Kultur, in der eine Person aufwächst, deren Copingverhalten mit (Lazarus & Folkman, 1984, S. 165). So lassen sich in Gesellschaften beispielsweise so genannte „feeling rules“ erkennen, die Erwartungen an die Emotionsbewältigung von Belastungssituationen beinhalten. Ein Beispiel hierfür wäre die Bewältigung von Emotionen nach einem Todesfall. Neben Erwartungen bezüglich der Art der Emotionen lassen sich auch zeitliche Vorgaben, wie Trauerphasen, erkennen (Weber, 1997, S. 294).

Klassifikation von Bewältigungsstrategien

Lazarus und Folkman (1984, S. 150 ff.) unterscheiden zwei Funktionen von Copingstrategien. Sie können problemfokussiert sein (instrumentell) und richten sich damit direkt an die Bedingungen, die die Belastung auslösen. Dagegen setzen emotionsfokussierte Copingstrategien an der emotionalen Reaktion des Individuums in der Stresssituation an. Sie zielen auf eine Emotionsregulierung ab. Die beiden Funktionen schließen sich nicht gegenseitig aus, in den meisten Stresssituationen spielen beide bei der Bewältigung eine Rolle (Folkman et al. 1986, S. 572). In beiden Funktionen können verschiedene Bewältigungsarten vorkommen: Direktes Handeln, die Suche nach Information, Unterlassen von Handlungen und intrapsychisches

Bewältigen (Krohne 1997, S. 269). Neben der aufgezeigten Klassifizierung von Bewältigungsarten von Lazarus existieren etliche weitere Klassifizierungsmöglichkeiten. Ayers, Sandler, West und Roosa (1996) prüfen in ihrer Studie ein 4-Faktoren-Modell mit dem Ergebnis, dass es die aufgetauchten Bewältigungsstrategien gut erfassen kann. In ihm finden sich folgende Bewältigungsarten wieder: Die aktive Bewältigungen, die sich direkt auf die Stresssituation richtet, indem sie versucht sie zu ändern, oder die eigene Einstellung zu ihr zu ändern, die Ablenkung, die Vermeidung und Suche nach sozialer Unterstützung. Im Gegensatz zu den Dimensionen von Lazarus erhält hier die Suche nach sozialer Unterstützung einen zentralen Stellenwert. Seiffge-Krenke und Beyers (2005, S. 564) unterscheiden zwischen aktivem Coping (direkte auf den Stressor bezogene Handlungen, sowohl unter alleiniger Beteiligung der Person als auch durch Hinzuziehung sozialer Unterstützung), internalem Coping (kognitive Strategien, zum Beispiel die Reflexion über mögliche Lösungen) und Rückzug (Vermeidungs- oder Ablenkungsstrategien). Pearlin (1989, S. 250) unterscheidet Copingstrategien nach ihrer Wirkrichtung. Sie zielen entweder auf die Veränderung der Situation ab, richten sich auf die Veränderung der Bedeutung des Geschehens oder haben letztlich zum Ziel, die Stresssymptome zu minimieren oder zu beenden. Krohne (1997, S. 274) macht die Unterscheidung zwischen Copingstrategien, die sich der Hinwendung zum Stressor (Vigilanz) widmen, und Strategien, die sich auf die Abwendung von bedrohungsrelevanten Hinweisreizen konzentrieren (kognitive Vermeidung).

Schulz (2005, S. 229 ff.) bezieht sich auf vorhandene Ansätze zur Klassifizierung von Bewältigungsarten und kristallisiert verschiedene Kriterien zur Ordnung der dort genannten Dimensionen heraus. Ein Kriterium ist die Stelle des Stressprozesses, an der die Bewältigungsstrategie ansetzt. Sie kann sich auf vier mögliche Stellen beziehen: die Stressquelle, die Stresswahrnehmung, die Stressbewertung und die Stressreaktion (auf physischer und emotionaler Ebene). Als weiteres Unterscheidungskriterium wird die Einteilung der Bewältigungsstrategien in aktives/offensives oder vermeidendes/defensives Coping verwendet. Durch Kombination der beiden Einteilungskriterien entwirft Schulz (2005, S. 230) folgendes Klassifikationsmodell:

Bewältigung erzielt über die Beeinflussung ...	Offensives Coping	Defensives Coping
... der Stressquelle	1. planvolles Handeln zur Beeinflussung der Stressquelle	2. bewusstes Vermeiden der Konfrontation mit der Stressquelle
... der Stresswahrnehmung	3. Informieren über die Stressquelle	4. verleugnen/Ignorieren oder Ausblenden der Stressquelle
... der Stressbewertung	5. sich Mut machen durch Umbewerten	6. akzeptieren durch Umbewerten
... der körperlichen Stressreaktion	7. aktive Beruhigung und Anregung	8. passive Beruhigung und Anregung
... des Stressausdrucks (expressives Coping)	9. Stresseemotionen ausdrücken/abreagieren/mitteilen	10. Stresseemotionen kontrollieren/unterdrücken

Abbildung 5: Klassifikationsmodell von Copingstrategien

Die Bewältigungsreaktionen von 1. - 6. sind problemfokussierte Strategien, die Reaktionen von 7. - 8. betreffen emotionsfokussierte Strategien. Die Bewältigungsstrategie Suche nach sozialer Unterstützung wird von Schulz nicht explizit aufgeführt. Sie kann in allen aufgezeigten Bewältigungsarten eine Rolle spielen. Ihre Rolle beim Coping soll nachfolgend eingehender behandelt werden.

Soziale Unterstützung ist abzugrenzen von sozialer Integration, welche eher quantitativ die Dichte und Verfügbarkeit von sozialen Netzwerken erfasst. „*Soziale Unterstützung hingegen umfasst die Interaktion zwischen zwei oder mehreren Menschen, bei der es darum geht, einen Problemzustand, der bei einem Betroffenen Leid erzeugt, zu beheben oder zu lindern.*“ (Knoll & Schwarzer, 2005, S. 333). Damit betont sie stärker qualitativ-funktionale Aspekte von sozialen Beziehungen (ebd.). Soziale Unterstützung und deren antizipierte stressreduzierende Wirkung gewinnt seit Beginn der 1990er Jahre verstärkt an Forschungsinteresse. Forschungsergebnisse hierzu sind nicht immer eindeutig, was häufig mit ungenauen Erhebungsmethoden oder einem Mangel an klaren theoretischen Grundlagen erklärt wird. Den vielfältigen

Studien zu sozialer Unterstützung entsprechend, existieren auch unterschiedliche Klassifikationen über die verschiedenen Arten von Unterstützung (Underwood, 2005, S. 419 ff.). Eine vielfach verwendete Unterscheidung stellt Schwarzer (2004, S. 178) vor. Soziale Unterstützung kann emotional sein, indem sie beispielsweise Trost und Wärme zu Verfügung stellt. Instrumentelle Unterstützung wäre dagegen Hilfe bei der Arbeit oder das zur Verfügung stellen von Gütern oder Geld. Als letzte Dimension wird auf die informationelle Unterstützung verwiesen, wie einen Rat geben oder Informationen bereitstellen. Underwood (2005, S. 421 ff.) gibt einen Überblick über etliche weitere Klassifikationsschemata von sozialer Unterstützung. Häufig taucht, neben den hier bereits dargestellten Arten sozialer Unterstützung, noch die Dimension Bestätigung/Bewertung auf. Diese meint die Anerkennung der Richtigkeit und Angemessenheit von Verhalten und Meinungen der betroffenen Person. Coyne und Smith (1991) untersuchen das dyadische, beziehungsorientierte Coping von Paaren, bei denen ein Partner / eine Partnerin einen Herzinfarkt erlitten hat. Sie unterscheiden zwischen zwei breiten Kategorien von beziehungsorientiertem Coping. Erstens beschreiben sie den Bewältigungsstil „active management“, welcher problemorientiert ist, also Handlungen und Diskussionen beinhaltet, die der Auseinandersetzung des Partners / der Partnerin mit dem Stressor dienen. Zweitens wird der Copingstil „protective buffering“ beschrieben, durch welchen versucht wird, schlechte Nachrichten und Probleme von dem Partner / der Partnerin fernzuhalten. Neben den Arten sozialer Unterstützung lassen sich auch in der Wirkungsweise Unterscheidungen vornehmen. So kann soziale Unterstützung einen Haupteffekt darstellen, indem sie direkten Einfluss auf die Ergebnisvariable nimmt, wie beispielsweise Wohlbefinden. Oder sie hat einen moderierenden, mildernden Effekt, indem sie auf die Beziehung zwischen zwei Variablen Einfluss nimmt. Beispielsweise kann das Vorhandensein von sozialer Unterstützung als Bewältigungsressource die Bewertung eines Stressors beeinflussen (Underwood, 2005, S. 425 ff.).

Effektivität von Bewältigung

Um der Frage nach der Effektivität von Bewältigungsstrategien nachzugehen, müssen vorab die Kriterien geklärt werden, an denen man diese festmacht. Weber (1997, S. 290 ff.) verweist in Zuge dessen in ihrem Artikel über Emotionsbewältigung auf die übergeordneten Kriterien Gesundheit beziehungsweise Wohlbefinden oder Lebensqualität. Diese beziehen sich auf drei Ebenen: die körperliche Gesundheit, das

psychische Befinden und die soziale Dimension. Auch Lazarus (1993, S. 235) hält fest, dass diese Ebenen beachtet werden müssen, wenn beurteilt wird, ob das Ergebnis eines Bewältigungsprozesses positiv oder negativ ist. Darüber hinaus müssen bei der Effektivitätsbeurteilung von Coping personale Faktoren und die spezifische Situation beachtet werden. Außerdem spielt die zeitliche Dimension eine Rolle. Bewältigungsstrategien, wie Bagatellisierung einer Erkrankung, können zwar kurzfristig ein positives Ergebnis nach sich ziehen (wie Entspannung), langfristig kann sich dies jedoch negativ auswirken (beispielsweise wenn eine notwendige Behandlung nicht in Anspruch genommen wird). Somit kann nicht von grundsätzlich positiven oder negativen Copingstrategien gesprochen werden. Verschiedene Studien konnten jedoch eine stärkere Effektivität bei einigen Bewältigungsstrategien aufzeigen und eine höhere Ineffektivität bei anderen. Folkman et al. (1986) untersuchen die Auswirkungen von Copingstilen auf die physische und psychische Gesundheit. Sie können zwar keine signifikanten Zusammenhänge mit somatischen Symptomen aufzeigen, jedoch Auswirkungen auf das psychische Befinden. Planvolles Problemlöseverhalten scheint sich hier am positivsten auszuwirken, wogegen häufiger Verbindungen zwischen eher emotionsfokussierten Strategien und psychischen Symptomen hergestellt werden. Carver et al. (1989) sehen Emotionalität und offene Expressivität im Umgang mit Belastungen als eher ineffektiv, da sie die Handlungsregulation stören. In ihrer Studie zeigt sich, dass aktive Copingstrategien, planvolles Handeln und die Unterdrückung von gegensätzlichen Impulsen häufiger in kontrollierbaren Situationen eingesetzt werden und die Strategien Akzeptanz und Leugnen öfter in unkontrollierbaren Situationen vorkommen. Schon Lazarus und Folkman (1984, S. 150) verweisen darauf, dass Menschen in Situationen, die sie als kontrollierbar einschätzen, eher problemfokussierte Strategien verwenden und auf emotionsfokussierte Bewältigung zurückgreifen bei Geschehen, die als unkontrollierbar bewertet werden. Personen, die dementsprechend ihre Copingstrategien wählen, zeigen im Durchschnitt auch ein geringeres Level an psychischem Stress (Donaldson et al., 2000, S. 352). Schulz (2005, S. 231 f.) merkt an, dass bei einer sehr heftigen Stressreaktion meist erst eine emotionsfokussierte Bewältigung notwendig ist, damit die Handlungsfähigkeit für ein anschließendes problemorientiertes Coping gegeben ist. Bezüglich des Diskurses über die Effektivität von verschiedenem Copingverhalten kann abschließend festgehalten werden, dass Personen Stressoren meist umso erfolgreicher bewältigen, je größer ihr Repertoire an Copingstrategien ist.

Verbindung zwischen Schutzfaktorenkonzept, Resilienz, Coping und posttraumatischem Wachstum

Die Konzepte Resilienz, Posttraumatisches Wachstum und Coping sind voneinander getrennte Konzepte, können jedoch aufeinander bezogen werden. Unter Resilienz wird die Widerstandskraft gegenüber Stressoren verstanden, also die erfolgreiche Adaption nach Belastungen. Das Resilienzkonzept hängt mit dem Schutzfaktorenkonzept zusammen. So ist Resilienz das Ergebnis des Zusammenwirkens von Schutzfaktoren (Werner, 2007a, S. 20; Wustmann, 2004, S. 18; Werner, 2011, S. 33). In der Resilienzdefinition von Rutter (1985, zit. n. Opp & Fingerle, 2007, S. 15) wird der Zusammenhang zwischen Resilienz und Coping deutlich: *„Schützende Wirkungen liegen nicht primär im abpuffernden Effekt irgendeines schützenden Faktors, der zu einem bestimmten Zeitpunkt oder über einen Zeitraum wirksam wird. Vielmehr liegt die Qualität von Resilienz darin, wie Menschen mit Lebensveränderungen umgehen und was sie hinsichtlich ihrer Lebenssituation tun.“* Resilienz kann also als Resultat eines erfolgreichen, adaptiven Copings betrachtet werden.

Schutzfaktoren wiederum beeinflussen das Copingverhalten. Dem Schutzfaktor Selbstwirksamkeitsüberzeugung wird beispielsweise Einfluss auf das Copingverhalten zugeschrieben. So zeigen Menschen mit einer hohen Überzeugung, durch eigenes Handeln Einfluss nehmen zu können, ein aktiveres Bewältigungsverhalten (Bandura, 1977, S. 191 ff.). Skinner und Zimmer-Gembeck (2007, S. 133) verweisen auf Zusammenhänge zwischen Temperamenteigenschaften und Coping. Es gibt temperamentsbedingte Unterschiede bezüglich des Erregungslevels auf äußere Reize und auch darin, ob eher negativ oder positiv darauf reagiert wird. Dies beeinflusst wiederum das darauf aufbauende Copingverhalten. Zu beachten ist jedoch, dass Stressreaktionen und -regulation nicht stabile Größen sind, sondern sich im Laufe der menschlichen Entwicklung je nach Erfahrung mit der sozialen Umwelt verändern. Auch der protektive Faktor Optimismus wurde in Studien in Zusammenhang mit dem Bewältigungsverhalten gebracht. Hatchett und Park (2004) finden in ihrer Studie heraus, dass Menschen mit einem hohen Grad an Optimismus einen stärker Aufgabenorientierten Copingstil zeigen und häufiger soziale Unterstützung suchen. Andere Persönlichkeitsfaktoren, wie der „Sense of Coherence“, begünstigen ebenfalls ein aktives Bewältigungsverhalten, ebenso fördert dieser eine eher positive Bewertung

von Situationen (Weber, 2005, S. 136 f.). Auch die Fähigkeit zur Selbstregulation kann sich förderlich auf die Ausbildung eines funktionalen Copingverhaltens auswirken, da sie als Voraussetzung für planvolles Bewältigungsverhalten gesehen werden kann (Gelhaar, 2010, S. 142 f.). Neben personalen Faktoren stehen auch soziale Schutzfaktoren, wie das Vorhandensein verlässlicher Personen, in Zusammenhang mit Copingverhalten, so wird das Suchen nach sozialer Unterstützung als eine bedeutsame Copingstrategie angesehen (Folkman & Lazarus, 1984, S. 164). Der Zusammenhang zwischen Schutzfaktoren und Bewältigung ist grundsätzlich nicht nur einseitig zu betrachten, sondern als wechselseitig voneinander abhängig. So kommen viele Schutzfaktoren nur zum Tragen, wenn sie im Rahmen der Bewältigung einer Stresssituation auch eingesetzt werden, wie beispielsweise soziale Unterstützung.

Abschließend können die Zusammenhänge der Konzepte wie folgt zusammengefasst werden: Schutzfaktoren können sich förderlich auf das Bewältigungsverhalten einer Person auswirken, gleichzeitig kommen viele Schutzfaktoren erst zum Tragen, wenn sie ins Copingverhalten einbezogen werden. Durch eine erfolgreiche Bewältigung von Belastungen kann eine Adaption erreicht werden. Unter diese erfolgreiche Adaption trotz widriger Umstände ist Resilienz zu fassen. Eine erfolgreiche Bewältigung traumatischer oder massiv belastender Situationen kann neben der Adaption an die neue Situation zu persönlichem Wachstum führen.

1.4.2 Coping im Kindes- und Jugendalter

In den Anfängen der Copingforschung beziehen sich Konzepte zu Coping bei Kindern und Jugendlichen hauptsächlich auf Definitionen und Forschungsergebnisse aus dem Erwachsenenbereich. Diese beachten jedoch kaum Entwicklungsaspekte und weisen damit eine Begrenztheit in der Darstellung des Bewältigungsverhaltens von Kindern und Jugendlichen auf. In den letzten zehn Jahren widmet sich die Forschung stärker der Entwicklung spezifischer Konzepte für diese Altersgruppe (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007, S. 121 f.). In diesem Rahmen konzentriert sich die Forschung auch auf die Frage nach spezifischen Klassifikationssystemen von Bewältigungsstrategien in der Kindheit und Jugend. Die Notwendigkeit einer diesbezüglichen Forschung zeigen beispielsweise Band und Weisz (1988 zit. n. Ayers et al., 1996, S. 924) auf, die die Übertragbarkeit des häufig angewandten Klassifikationssystems „Adult Ways of Coping Scale“ auf Coping bei Kindern überprüfen. Sie stellen fest, dass sich 40% des

kindlichen Copingverhaltens nicht erfassen lassen. Mittlerweile existieren zahlreiche altersspezifische Klassifikationssysteme. Ayers et al. (1996) stellen ein 4-Faktoren-Modell vor, anhand dessen das Bewältigungsverhalten der untersuchten Kinder erfasst werden kann. Es beinhaltet die Oberkategorien aktives Coping, Vermeidung, Ablenkung und Suche nach sozialer Unterstützung. Ein weiteres Modell umfasst nur drei Kategorien: aktives Coping, internes Coping und Rückzug. Hier wird die Suche nach sozialer Unterstützung dem aktiven Coping zugerechnet, die Strategien Vermeidung und Ablenkung lassen sich unter der Kategorie Rückzug finden (Seiffge-Krenke & Beyers, 2005, S. 564; Seiffge-Krenke, Aunola & Nurmi, 2009, S. 260 f.). Zimmer-Gembeck und Skinner (2011, S. 3) fassen in ihrem Übersichtsartikel die am häufigsten auftauchenden Oberkategorien zahlreicher Studien zusammen. Sie stellen insgesamt 12 Kategorien heraus, denen sie spezifische Copingstrategien zuordnen:

Oberkategorien	Funktion der Kategorie im Anpassungsprozess
<p><i>1. Problemlösung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Strategien entwickeln - Instrumentelle/hilfreiche Handlungen - Planen 	Handlungen effektiv anpassen/einsetzen
<p><i>2. Informationssuche</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Recherchieren/Lesen - Beobachten - Andere fragen 	zusätzliche Alternativen finden
<p><i>3. Hilflosigkeit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Verwirrung - Kognitive Interferenz/ Gedankenüberlagerung - Kognitive Erschöpfung 	Grenzen eigener Handlungen erkennen
<p><i>4. Fliehen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vermeidungsverhalten - Mentaler Rückzug - Leugnung - Wunschdenken 	einer auswegslosen Situation entkommen
<p><i>5. Eigenverantwortung/Selbstwirksamkeit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Emotionsregulation - Verhaltensregulation - Emotionen äußern/ausdrücken - Emotionen verarbeiten 	vorhandene soziale Ressourcen schützen

<p><i>6. Suche nach sozialer Unterstützung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontaktsuche - Suche nach Trost - Suche nach instrumenteller Hilfe - Rückversichern 	vorhandene soziale Ressourcen nutzen
<p><i>7. Delegieren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Maladaptive Hilfesuche - Jammern - Beklagen - Selbstmitleid 	Grenzen der eigenen Ressourcen erkennen
<p><i>8. Soziale Isolation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sozialer Rückzug - Verheimlichung/Geheimhaltung - Meidung Anderer 	Rückzug aus einer nicht unterstützenden Umwelt
<p><i>9. Anpassung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ablenkung - Kognitive Umstrukturierung - Bagatellisieren - Akzeptieren 	Anpassung der eigenen Bedürfnisse an die Gegebenheiten
<p><i>10. Kompromissfindung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Verhandeln - Überreden - Prioritäten setzen 	neue Alternativen finden
<p><i>11. Unterwerfung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grübelei - Rigides Festhalten an Etwas - Aufdringliche/eindringliche (intrusive) Gedanken 	eigene Bedürfnisse aufgeben
<p><i>12. Oppositionelles Verhalten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Beschuldigen Anderer - Übertragung - Aggression 	Stressreduktion

Abbildung 6: Klassifikationsmodell von Copingstrategien der Kindheit und Jugend

Ein weiterer Schwerpunkt der Copingforschung bei Kindern und Jugendlichen liegt in der Frage nach entwicklungsbedingten Unterschieden in der Bewältigung. Aus dem Wissen über menschliche Entwicklungsprozesse lassen sich bereits erste Rückschlüsse auf die kindliche Bewältigung in verschiedenen Altersphasen ziehen. So spielen beispielsweise neuronale Strukturen beim Coping und der Emotionsregulation

eine wichtige Rolle, wie das Arbeitsgedächtnis, Planungsvermögen und andere kognitive Fähigkeiten. Diese Fähigkeiten entwickeln sich erst im Laufe des Lebens. In der neonatalen Phase des Kindes reagiert dieses auf Stress temperamentsabhängig, in der frühen Kindheit entwickelt sich die Fähigkeit zur stärkeren Selbstregulation, während die Anwendung komplexer kognitiver Strategien zur Problemlösung ab der mittleren Kindheit stetig zunimmt (Compas, 2009, S. 90; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007, S. 127 f.). In der Studie von Ayers et al. (1996) zeigt sich, dass Kinder stärker auf ein bestimmtes Muster an Copingstrategien zurückgreifen als Erwachsene. Personale Faktoren scheinen hier einen dominanteren Einfluss zu haben. Skinner und Zimmer-Gembeck (2007, S. 125 ff.) fassen die Ergebnisse verschiedener Studien zusammen. Kinder und Jugendliche scheinen hauptsächlich auf vier Copingstrategien zurückzugreifen: Suche nach Sozialer Unterstützung, Problemlösung (inklusive instrumentelle Handlungen), Flucht und, wenn diese nicht möglich ist, Ablenkung. Soziale Unterstützung wird in vielen Studien als eine der am häufigsten vorkommenden Bewältigungsstrategien genannt, unabhängig vom Alter. Gerade im Säuglingsalter spielen Bezugspersonen und deren Reaktionen auf das Verhalten des Kindes eine bedeutsame Rolle. Im Kleinkindalter und Vorschulalter finden stärker direkte Handlungen (das Suchen nach sozialer Unterstützung inbegriffen), Flucht und Ablenkung Verwendung. In der mittleren Kindheit nimmt Coping über kognitive Prozesse zum Problemlösen zu, ebenso beginnen Kinder zu lernen, ihr Coping auf die Bewältigungsanstrengungen anderer abzustimmen. In der Adoleszenz kommen meta-kognitive Mittel hinzu. Zukunftswünsche, spätere Ziele und Auswirkungen auf andere werden beim Coping stärker berücksichtigt. Adoleszente zeigen mehr Eigenständigkeit und Eigenverantwortung bei ihrer Bewältigung und eine stärkere selbstständige Emotionsregulation, zum Beispiel durch Selbstgespräche oder positive Neubewertung. Ablenkung gilt als eine relativ häufig vorkommende Copingstrategie. Im Säuglingsalter und der frühen Kindheit findet Ablenkung durch Verhalten statt, während kognitive Ablenkung, wie an etwas Lustiges denken, zwischen der Kindheit und Adoleszenz stetig zunimmt. Gerade in unkontrollierbaren Situationen findet Ablenkung häufig Anwendung. Die Copingstrategie Grübeleien kommt verstärkt in der Adoleszenz vor, was eventuell mit der stärkeren Einbeziehung von Zukunftsvorstellungen und Gedanken an Auswirkungen auf die soziale Umwelt zusammenhängt (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007, S. 125 ff.). Seiffge-Krenke et al. (2009) untersuchen in ihrer Längsschnittstudie das Copingverhalten von 200

Jugendlichen von ihrem 14 bis 19 Lebensjahr. Die Jugendlichen greifen häufiger auf internes und aktives Coping zurück als auf Rückzugsstrategien. Dies ist unter anderem vor dem Hintergrund ihrer zunehmenden Reflexionsfähigkeit zu sehen. Aktives Coping wird häufig bei Problemen in der Schule und im Freundeskreis beschrieben, ebenso findet es häufiger in sehr stressreichen Situationen statt. Dagegen kommt es seltener bei Stresssituationen mit den Eltern, in romantischen Beziehungen und in der Freizeit vor. Rückzugsstrategien werden stärker bei Zukunftssorgen oder Stressoren, die das Selbst betreffen, angewendet. In der Studie von Donaldson et al. (2000) werden Copingmuster von 768 Kindern und Jugendlichen zwischen 9 und 17 Jahren untersucht. Am häufigsten werden die Copingstrategien Wunschdenken, Problemlösung und emotionsregulierende Strategien eingesetzt. Ein immer wiederkehrendes Ergebnis in der Copingforschung bei Kindern und Jugendlichen ist, dass mit zunehmendem Alter die Vielfalt an und Differenziertheit von Copingstrategien zunimmt. Jugendliche weisen meist ein deutlich größeres Repertoire an Copingstrategien auf als Kinder (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007, S.132; Knebel & Seiffge-Krenke, 2007, S. 122 f.).

Neben entwicklungsbedingten Veränderungen beim Coping wird dieses auch durch Erfahrungen in der Bewältigung von Stressoren und Erfahrungen mit der sozialen Umwelt geprägt. Seiffge-Krenke et al. (2009) stellen fest, dass Jugendliche die aktives Coping in einer vergangenen Situation anwenden, in einer nachfolgenden ähnlichen Situation ein geringeres Level an Stress empfinden. Verglichen damit, erleben Adoleszente, die auf internes Coping zurückgreifen, in einer späteren ähnlichen Situation erhöhten Stress. Daraus schließen die Autoren/Autorinnen, dass häufiges internes Coping eher maladaptiv ist. Compas (2009, S. 91) gibt als eine Erklärung für den Einfluss früherer Erfahrungen auf das Copingverhalten neuronale Strukturen an, die durch Umwelterfahrungen verändert werden. So ist nachgewiesen, dass die (wiederholte) Erfahrung, unkontrollierbaren Situationen ausgesetzt zu sein, mit Verhaltensmustern wie erlernter Hilflosigkeit zusammenhängt. Skinner und Zimmer-Gembeck (2007, S. 134 f.) stellen die Bedeutung von Beziehungen zu anderen Menschen in den Vordergrund. Die Qualität und Erreichbarkeit spielt hier eine Rolle und beeinflusst sowohl physiologische als auch psychologische Stressreaktionen und Copingprozesse. In den ersten Lebensjahren spielen Bezugspersonen eine grundlegende Rolle bei der Bewältigung von Stress. Sie unterstützen beispielsweise die Emotionsregulation und helfen bei verschiedenen Strategien wie der Ablenkung. Sie

können jedoch auch selbst stressinduzierend wirken, wenn sie dem Säugling nicht feinfühlig zur Seite stehen. Auch ein zu behütender Erziehungsstil mit der Absicht, sämtliche Stressoren von dem Kind fernzuhalten, kann dazu führen, dass das Kind in der Entwicklung effektiver Copingstrategien gehemmt wird. Seiffge-Krenke und Beyers (2005) stützen sich ebenfalls auf die Bindungstheorie, um zu erklären, warum Coping auf früheren Erfahrungen aufbaut. Sie untersuchen in ihrer Längsschnittstudie den Einfluss von Bindungsverhalten auf die Entwicklung des Copingverhaltens bei Jugendlichen. Die Gruppe der sicher-gebundenen Jugendlichen erweitern ihr Repertoire an Copingstrategien während des Untersuchungszeitraums am meisten, sowohl bezüglich internalem als auch aktivem Bewältigungsverhalten. Sie zeigen ein aktiveres Copingverhalten, suchen häufig soziale Unterstützung und greifen auch auf Reflexion und Auseinandersetzung zurück. Dem liegt die Hypothese zugrunde, dass sicher-gebundene Personen mehr Kontrollüberzeugung aufweisen und stärker darauf vertrauen, dass andere Menschen ihnen hilfreich zur Seite stehen. Bei den unsicher-vermeidend gebundenen Jugendlichen zeigt sich ein Zuwachs an internalen Copingstrategien. Dieser fällt jedoch geringer aus als bei den sicher-gebundenen Jugendlichen. Als Erklärung ziehen Seiffge-Krenke und Beyers (ebd.) heran, dass unsicher-vermeidend gebundene Personen weniger an den Einfluss von Beziehungen glauben und seltener aktiv bewältigen. Die unsicher-ambivalent gebundenen Jugendlichen greifen häufiger auf soziale Unterstützung zurück. Sie zeigen jedoch kaum Zuwachs an internalen Strategien, woraus sich schließen lässt, dass sie ihr Copingverhalten und die Auswirkungen auf andere Personen wenig reflektieren und es damit zu kaum Kompetenzerweiterung kommt. Die genannte Gruppe zeigt darüber hinaus auch die höchsten Raten im Rückzugsverhalten. Mit Verweis auf andere Studien wird ein Zusammenhang zwischen einem hohen Level an Rückzug und Psychopathologie hergestellt. Anzunehmen ist, dass sicher-gebundene Menschen verglichen mit unsicher-gebundenen Personen ein funktionaleres Copingverhalten und damit eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine gesunde Entwicklung aufweisen.

1.4.3 Coping bei Kindern von psychisch erkrankten Eltern

Bisher existieren nur wenige Studien, die ihren Forschungsschwerpunkt auf das Bewältigungsverhalten von Kindern mit psychisch erkrankten Eltern richten. Einige Studien erfassen in ihrer Fragestellung nach dem generellen Aufwachsen mit einem

psychisch erkrankten Elternteil auch als Unterpunkt den Bereich der Bewältigung. In Lenz (2005a, S. 73 ff.) prospektiver Studie mit Kindern psychisch erkrankter Eltern wird auch deren Copingverhalten in den qualitativen Interviews erfasst. Die befragten Kinder berichten häufiger von defensiven Strategien, wie Rückzug, Ablenkung, dem Beiseiteschieben von Ängsten und Sorgen und dem Flüchten in eine Phantasiewelt. Selten suchen sich diese Kinder soziale Unterstützung. Sie wollen ihre Eltern nicht zusätzlich belasten und wenden sich, wenn überhaupt, eher an Verwandte. Außerfamiliär suchen nur wenige Kinder Unterstützung, weil ein Kommunikationsverbot von Seiten der Familie existiert oder weil sie sich für den erkrankten Elternteil schämen. Wenn sich die Kinder Außenstehenden anvertrauen, dann häufig Freunden/Freundinnen mit einer ähnlichen Familiengeschichte. In einer qualitativen Untersuchung von Wagenblass (2001) über die biografischen Erfahrungen von Kindern psychisch erkrankter Eltern wird die Ambivalenz bezüglich der Copingstrategie Suche nach sozialer Unterstützung deutlich. Häufig betonen die Interviewten die Bedeutung von sozialer Unterstützung, schaffen es jedoch erst im Erwachsenenalter, diese in Anspruch zu nehmen. Diese Erweiterung des Copingverhaltens lässt sich als generelles Phänomen in den biografischen Interviews erkennen. Auffällig ist, dass viele der Interviewten Copingstrategien aus der Kindheit im Erwachsenenalter fortsetzen. Häufig gelingt ihnen jedoch im Verlauf des Erwachsenenalters eine Erweiterung ihres Copingrepertoires. Dabei spielt oft die Unterstützung durch professionelle Helfer/Helferinnen oder die Bewältigung einer schweren Erkrankung eine Rolle (Schone & Wagenblass, 2010, S. 161 ff.). Trondsen (2011) begleitet im Rahmen seiner zweijährigen Längsschnittstudie 16 Jugendliche, die an einer Selbsthilfegruppe für Kinder psychisch erkrankter Eltern teilnehmen. Anhand des Austauschs in der Gruppe untersucht er unter anderem den Umgang der Jugendlichen mit den Auswirkungen der Erkrankung. Viele der Teilnehmer/Teilnehmerinnen versuchen die Einschränkungen des erkrankten Elternteils zu kompensieren, indem sie Aufgaben im Haushalt übernehmen und sich um die Geschwister und den erkrankten Elternteil kümmern. Diese Verantwortungsübernahme beschreiben die Jugendlichen einerseits positiv, da sie das Gefühl haben, nützlich zu sein, andererseits empfinden sie die Verantwortung auch als erdrückend und belastend. Als hilfreich werden Strategien wie kurzfristige Ablenkung beschrieben. Diese ermöglicht den Jugendlichen, sich kurzzeitig von der belastenden Situation zu distanzieren und Entspannung zu finden. Als Ablenkungsstrategien

nennen sie beispielsweise Sport treiben, mit Freunden/Freundinnen treffen oder einen Ort des Ungestörtseins aufsuchen. Nur wenige Teilnehmer/Teilnehmerinnen suchen Unterstützung im professionellen Hilfesystem. Ein Grund hierfür ist die Hemmschwelle, sich fremden Personen anzuvertrauen. Die Jugendlichen, die professionelle Hilfe in Anspruch nehmen und diese als hilfreich empfinden, begründen dies auch in einer stabilen, längerfristigen Beziehung zu der Fachkraft. Ein Phänomen, von dem viele der Jugendlichen berichten, ist das Ausrichten des eigenen Verhaltens nach dem erkrankten Elternteil. Sie fühlen sich in ständiger Alarmbereitschaft, beobachten ihre Eltern sehr genau und versuchen alles zu vermeiden, was diese stören und negative Reaktionen hervorrufen könnte. Ein ähnliches Phänomen decken Mordoch und Hall (2008) in ihrer Studie mit 22 Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 16 Jahren auf. Die Studie stellt die kindliche Perspektive auf das Zusammenleben mit einem psychisch erkrankten Elternteil dar. In diesem Rahmen werden auch die Bewältigungsstrategien der Kinder untersucht und zwei häufig auftauchende Muster herauskristallisiert. Erstens versuchen die Kinder, den Rhythmus zu finden, und zweitens den Rahmen aufrechtzuerhalten. Unter dem ersten Aspekt sind Verhaltensweisen der Kinder zu finden, die darauf abzielen, sich auf den erkrankten Elternteil einzustellen. Sie beobachten das Verhalten ihrer Eltern sehr genau und versuchen dadurch, die Situation mit dem erkrankten Elternteil besser einzuschätzen und durch das eigene Verhalten zu beeinflussen. Sie stellen eigene Bedürfnisse zurück, vermeiden Verhalten, das negative Reaktionen des Elternteils hervorrufen könnte und stehen dem erkrankten Elternteil mit Zuneigung und Trost zur Seite. Durch dieses Muster des Rhythmusfindens versuchen die Kinder, ihre Beziehungen zu den Eltern und der Gesamtfamilie zu erhalten. Gleichzeitig zeigt sich ein weiteres Muster: Die Kinder versuchen den Rahmen aufrechtzuerhalten. Sie bemühen sich eine gewisse Distanz zu ihren Eltern zu halten, ohne dabei die Beziehung zu gefährden. Diese Distanz stellen sie physisch wie psychisch her durch das Verlassen der Situation, Ablenkung oder die Vermeidung, sich gedanklich mit der familiären Situation auseinanderzusetzen. Jüngere Kinder haben hierbei weniger Möglichkeiten zur Verfügung, ziehen sich eher in ihr Zimmer zurück, spielen oder schlafen. Ältere Kinder stellen häufiger auch räumlich kurzfristig Distanz her, indem sie sich mit Freunden/Freundinnen treffen oder alleine außerhalb der Häuslichkeit aufhalten. Diese Freiräume helfen den Kindern, Emotionen zu regulieren, die familiäre Situation kurzzeitig zu vergessen und Entspannung zu finden. Einige der Kinder teilen ihre

Erfahrungen auch mit ausgewählten Vertrauenspersonen außerhalb der Familie und können darüber Entlastung erleben. Andere Kinder behalten die familiäre Situation für sich und versuchen, die Situation alleine zu bewältigen. Wenige Untersuchungsteilnehmer/Untersuchungsteilnehmerinnen brechen die Beziehung zu ihren Eltern vollkommen ab, weil sie diese als zu belastend empfinden.

Eine der wenigen Studien, die direkt das Bewältigungsverhalten von Kindern psychisch erkrankter Eltern in den Blick nimmt, ist die Untersuchung von Kuhn und Lenz (2008). In ihrer prospektiven Studie befragen sie Kinder von schizophren erkrankten Eltern, wobei die Untersuchung sowohl quantitative als auch qualitative Teile enthält. Auffällig ist, dass die Kinder häufig auf problemfokussierte, instrumentelle Strategien zurückgreifen. Unter dem Gesichtspunkt, dass sie dieses Copingverhalten in für sie meist unkontrollierbaren Situationen einsetzen, ist es als eher ungünstig einzuordnen. Strategien, die in unkontrollierbaren Situationen wahrscheinlich effektiver wären, wie die Vermeidung, kommen eher selten vor. Viele der Kinder zeigen zudem eine Tendenz zur Parentifizierung. Soziale Unterstützung wünschen sich die betroffenen Kinder zwar, gerade bezüglich der Emotionsregulation, nehmen sie jedoch kaum in Anspruch. Wenn, dann greifen sie auf Hilfe anderer Personen nur bei Problemen zurück, die sich nicht auf die psychische Erkrankung ihres Elternteils oder damit einhergehende Folgeprobleme beziehen. Jedoch beobachten Kuhn und Lenz (ebd.) auch bei anderen Problemen der Kinder, dass sie meist versuchen, diese alleine zu lösen. Bezüglich der Emotionsregulation tendieren die Kinder zu aggressivem Verhalten, wenn die Regulation über andere Strategien wie Ablenkung oder soziale Unterstützung nicht gelingt. In der Studie zeigt sich darüber hinaus ein Zusammenhang zwischen dem Krankheitswissen und dem Bewältigungsverhalten der Kinder. Diejenigen, die Wissen über die Erkrankung ihres Elternteils haben, empfinden dies als Erleichterung. Bei schlechter Aufklärung fällt es den Kindern dagegen schwer, die Krankheit als Belastung zu erkennen und zu akzeptieren, Gedanken an die Erkrankung werden stärker vermieden. In Familien mit einem gesunden Elternteil zeigen die Kinder ein größeres emotionales Wohlbefinden und können besser mit den Auswirkungen der Erkrankung umgehen.