Dissertation

zur Erlangung des akademisches Grades

Doctor philosophiae (Dr. phil.)

Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Schule

Bedingungen und Konsequenzen der Enttabuisierung der elterlichen psychischen Erkrankung im schulischen Kontext auf die Beziehung zwischen Eltern, Schülern und Lehrern

- eine qualitative Studie

Vorgelegt der

Fakultät Erziehungswissenschaften der

Technischen Universität Dresden

von

Eva Brockmann

Diplom-Sozialpädagogin, Diplom-Sozialarbeiterin

geb. 11.05.1983, Paderborn

Tag der Disputation: 19.12.2014

Betreuer:

Prof. Dr. Frank Nestmann, Technische Universität Dresden

Prof. Dr. Albert Lenz, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abt. Paderborn

Für Mama und Theresa

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 1

2 Anzahl der Kinder psychisch kranker Eltern 4

2.1 Elternschaftsrate bei psychisch erkrankten Menschen 4

2.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Elternschaftsrate 7

2.3 Diagnosespezifische Unterschiede in der Elternschaftsrate 8

2.4 Zusammenleben der erkrankten Elternteile mit den Kindern 9

2.5 Kinderanzahl psychisch erkrankter Eltern 10

2.6 Anzahl der Kinder psychisch erkrankter Eltern 11

3 Risiko der Kinder, selbst zu erkranken 12

3.1 Diagnosespezifische und generelle Erkrankungsrisiken 12

3.2 Vererbung psychischer Erkrankungen 17

4 Belastungen der Kinder psychisch kranker Eltern 20

4.1 Objektive Belastungsfaktoren 21

4.1.1 Psychosoziale Belastungsfaktoren 21

4.1.2 Mangelnde Inanspruchnahme professioneller Unterstützungen 22

4.1.3 Exkurs: Kindeswohlgefährdendes Elternverhalten bei psychisch erkrankten Eltern 24

4.2 Subjektive Belastungsfaktoren 26

4.2.1 Tabuisierung der elterlichen Erkrankung 26

4.2.2 Soziale Isolation 33

4.2.3 Parentifizierung 35

4.2.4 Emotionale Nicht-Verfügbarkeit des Elternteils 38

4.2.5 Ent-Normalisierung des familiären Alltags 38

4.3 Quantitative und temporale Kumulation der Belastungsfaktoren 40

5 Resilienz 43

5.1 Resilienz als Wechselwirkung zwischen internalen und externalen Ressourcen 45

5.2 Modell der familiären Resilienz nach Walsh 47

6 Schutzfaktoren 51

6.1 Generelle Schutzfaktoren 52

6.1.1 Kindzentrierte Schutzfaktoren 54

6.1.2 Familiäre Schutzfaktoren 60

6.1.3 Soziale Schutzfaktoren 63

6.2 Spezifische Schutzfaktoren für Kinder psychisch erkrankter Eltern 69

6.2.1 Psychoedukation 69

6.2.2 Familiäre Krankheitsbewältigung 75

7 Coping 78

7.1 Copingstrategien 79

7.2 Copingverhalten von Kindern psychisch kranker Eltern 82

8 Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Schule 85

8.1 Anzahl der Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Schule 85

8.2 Gesetzliche Grundlagen zur Einbeziehung der Schule 86

8.3 Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die schulische Leistungsfähigkeit 89

8.4 Auswirkungen der Schule auf den kindlichen und familiären Alltag 91

8.5 Auswirkungen der schulischen Belastungen 91

9 Schule und Lehrer als Schutzfaktoren 95

9.1 Soziale Beziehung zwischen Schülern und Lehrern 97

9.2 Lehrer als Vertrauensperson 102

9.3 Lehrer als Kompensator 105

10 Lehrer als Berater 107

10.1 Spezifika der Beratung 107

10.2 Formalisierungsgrade der Beratung 110

10.3 Abgrenzung der Beratung zur Therapie 112

10.4 Beratung als voraussetzungsvolle Interaktion 115

10.5 Anforderungen an den Lehrer als Berater 117

10.5.1 Gestaltung einer guten Beratungsbeziehung durch Klärung der Rolle 117

10.5.2 Einnehmen einer „Holding-function“ 119
10.5.3 Förderung von Empowermentprozessen 120
10.5.4 Berücksichtigung des zeitlich begrenzten Rahmens 121
10.5.5 Berücksichtigung der Integration in ein psychosoziales Unterstützungsnetzwerk 122
10.6 Fortbildungsbedarfe zu Beratungsanlässen 123
11 Kooperation zwischen Eltern und Lehrern 127
11.1 Hemmende und förderliche Faktoren 127
12 Eigene Erhebung zur Thematik „Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Schule“ 130
12.1 Vorliegende Materialien zur Thematik 130
12.2 Bisher vorliegende Studien zur Thematik 136
12.3 Fragestellungen der eigenen Erhebung 138
12.4 Studienpopulation und Akquise der Teilnehmer 141
12.5 Auswertung der Interviews 150
12.5.1 Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse 152
13 Auswertung der Interviews 158
13.1 Auswertung der Kinderinterviews 158
13.1.1 Alltag der Kinder 158
13.1.2 Wissen der Kinder über die elterliche Erkrankung 159
13.1.3 Emotionale Belastung und Hilfebedarf der Kinder 163
13.1.4 Professionelle und familiäre Unterstützung 165
13.1.5 Unterstützung durch Freunde 167
13.1.6 Verhalten der Kinder in der Schule 168
13.1.7 Enttabuisierung in der Schule 169
13.1.8 Spezialisierte Unterstützungs- und Beratungspersonen innerhalb und außerhalb der Schule 181
13.1.9 Wissen der Mitschüler 181
13.1.10 Thematisierung psychischer Erkrankungen im Klassensetting 182
13.1.11 Gedankliche Weiterbeschäftigung in der Schule 184

13.2 Auswertung der Elterninterviews 186
13.2.1 Kommunikation mit den Kindern über die Erkrankung 186
13.2.2 Enttabuisierung in der Schule 188
13.2.3 Erwartungen der Eltern 196
13.2.4 Folgen des Gesprächs 200
13.2.5 Ansprechpartner in der Schule 203
13.2.6 Thematisierung im Klassensetting 204
13.2.7 Ausgewählte Interviewergebnisse aus der Gruppe der akut erkrankten Eltern 205
13.3 Interviews Lehrer 211
13.3.1 Verhalten der Kinder in der Schule 211
13.3.2 Verhalten der Eltern 214
13.3.3 Erstmalige Enttabuisierung der elterlichen Erkrankung 215
13.3.4 Auswirkungen der Enttabuisierung auf den Schulalltag 223
13.3.5 Thematisierung im Klassensetting 235
13.3.6 Weitere Bedarfe und Wünsche der Lehrer 236
14 Diskussion der Ergebnisse 240
14.1 Beweggründe der Eltern zur erstmaligen Enttabuisierung der Erkrankung gegenüber der Lehrperson ihres Kindes 240
14.2 Zeitlicher und situativer Kontext der Enttabuisierung 243
14.3 Förderliche Aspekte für eine fortlaufende Enttabuisierung der elterlichen Erkrankung innerhalb der Schule 246
14.4 Hinderliche Aspekte für eine Enttabuisierung gegenüber der Lehrperson 250
14.4.1 Für Kinder hinderliche Aspekte 250
14.4.2 Für Eltern hinderliche Aspekte 251
14.5 Erwartungen der Schüler und Eltern hinsichtlich der Unterstützung durch die Lehrpersonen 254
14.5.1 Erwartungen der Kinder 254
14.5.2 Erwartungen der Eltern 255
14.6 Auswirkungen der Enttabuisierung der elterlichen Erkrankung auf Eltern, Schüler und Lehrer 259

14.6.1 Auswirkungen auf den Kontakt von Lehrern und Eltern 259
14.6.2 Auswirkungen auf die Schüler....259
14.6.3 Auswirkungen auf die Lehrer 260
14.7 Ausweitung der Enttabuisierung auf Schulsozialarbeiter und Beratungslehrer 262
14.8 Aufgreifen der Thematik „Kinder psychisch erkrankter Eltern“ im Klassensetting 265
14.9 Gedankliche Beschäftigung der Kinder mit der elterlichen Erkrankung während der Schulzeit 268
14.10 Bedarfe der Lehrperson zum Umgang mit Kindern psychisch erkrankter Eltern 271
15 Fazit und Empfehlungen für die Praxis 275
15.1 Erkrankung enttabuisieren, um Unterstützung zu erhalten 277
15.2 Unterstützung leisten, ohne eigene Grenzen zu überschreiten 278
15.3 Signale setzen, um Enttabuisierung zu erleichtern 279
15.4 Kooperationsbeziehungen gestalten, um wirksame Hilfen zu aktivieren....280
15.5 Fortbildungen und Materialien anbieten, um Lehrer in ihrer Arbeit zu unterstützen 281
Literaturverzeichnis 283
Internetquellen....307
Summary 308
Anhang 310
Danksagung....321
Erklärung....322

1 Einleitung

In Deutschland erleben im Laufe eine Jahres ca. 2 Millionen Schüler, dass ihr Elternteil von einer psychischen Störung[1] betroffen ist, 160.000 Kinder[2] gehen zur Schule, deren Elternteil ambulant psychiatrisch behandelt wird und von ca. 120.000 Schülern befindet sich ein Elternteil in stationärer Behandlung.

Nüchterne Zahlen, die zunächst nur verdeutlichen, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Schule keine Seltenheit darstellen. Sie sagen jedoch nichts über die Lebenssituation der Kinder und über die Belastungen aus, mit denen sie täglich konfrontiert werden. Hierzu gehören insbesondere die subjektiv wahrgenommenen Belastungen, wie die Tabuisierung der elterlichen Erkrankung, soziale Isolation der Familie, Parentifizierungsprozesse, eine Ent-Normalisierung des familiären Alltages und die emotionale Nicht-Verfügbarkeit des erkrankten Elternteils (Lenz, 2014). Hinzu kommen alltägliche Stressoren insbesondere aus dem Schulkontext (Beyer & Lohaus, 2007), die es zusätzlich zu den Auswirkungen der elterlichen Erkrankung zu bewältigen gilt.

Die Bewältigung der schulischen Stressoren ist für die Kinder psychisch erkrankter Eltern erschwert, da sie vermehrt Defizite in der Aufmerksamkeits- und Informationsverarbeitung sowie kognitive Störungen zeigen und unter einem erhöhten Risiko aufwachsen, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln (Wiegand-Grefe et al., 2011a), die sich wiederum negativ auf die schulische Leistungsfähigkeit auswirken kann. So stellen Melfsen und Walitza (2013) fest, dass Kinder, die an einer Angststörung leiden, ein hohes Risiko zur Entwicklung einer Schulangst aufweisen.

Doch nicht alle Kinder psychisch erkrankter Eltern entwickeln eine psychische Störung, denn vielen gelingt es, die Belastungen angemessen zu bewältigen und sich trotz der erschwerten Lebenssituation gesund zu entwickeln. Wie die Ergebnisse der Resilienzstudien zeigen, kommt neben den individuum- und familienzentrierten Schutzfaktoren den sozialen Faktoren eine hohe Bedeutung zu, zu denen auch Lehrer[3] als außerfamiliäre Bezugspersonen zählen (Werner, 2011).

Gelingt es den Lehrern, eine positive Beziehung zu den von der elterlichen Erkrankung betroffenen Kindern herzustellen, können sie eine wichtige Vertrauens- und Bezugsperson darstellen, an die sich die Kinder bei Belastungen und Hilfebedarfen

[1] In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe „Krankheit“, „Erkrankung“ und „Störung“ bedeutungsidentisch zugunsten eines abwechslungsreichen Schreibstils verwendet. Ebenso verhält es sich mit den Begriffen „Eltern“ und „Elternteil“, „Lehrer“ und „Lehrperson“.

[2] Unter dem Begriff „Kinder“ werden alle Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahren subsumiert. Sollte eine Differenzierung notwendig sein, wird an entsprechender Textstelle darauf verwiesen.

3 Auf die gleichzeitige Nennung der weiblichen und männlichen Form wird aus Gründen der Leserfreundlichkeit in dieser Arbeit verzichtet. Wird nicht explizit darauf verwiesen, sind immer beide Geschlechter gemeint.

wenden und ein beratendes Gespräch führen können (Schweer, 2008). Da die beratende Tätigkeit der Lehrer dabei in die alltäglichen Kommunikationsformen eingebettet ist und neben anderen Interventionsformen, wie Unterrichten und Erziehen, steht (Nestmann, 2007), kommt den Lehrern die Aufgabe zu, ihre Rollen als Beurteiler einerseits und vertrauensvoller Berater andererseits zu trennen und unter Berücksichtigung des zeitlich begrenzten Rahmens (Melzer & Methner, 2012) und der Einbettung in ein psychosoziales Unterstützungsnetzwerk (vgl. Nestmann, 2002) den Schülern beratend zur Seite zu stehen.

Die Lehrer empfinden diesen persönlichen Kontakt zu den Schülern als positiv (Grimm, 1996), sehen jedoch im Umgang mit belastenden Lebenssituationen der Schüler die Grenzen ihrer Handlungsmöglichkeiten. Düro (2008) beschreibt diese Ambivalenz als `Helfen wollen, aber nicht helfen können`.

Zwischen den Themenfeldern „Kinder psychisch erkrankter Eltern“ und „Schule“ ergeben sich somit vielfältige Zusammenhänge. Die einzelnen Themenbereiche sind zwar gut erforscht, eine Verknüpfung hat bisher jedoch im deutschsprachigen wissenschaftlichen Kontext noch nicht stattgefunden.

Die vorliegende Studie stellt einen ersten Ansatz dar, diese Verknüpfung herzustellen und offene Fragen zu klären. So soll den Fragen nachgegangen werden, was Eltern zur Enttabuisierung ihrer psychischen Erkrankung gegenüber den Lehrern ihrer Kinder bewegt, welche Aspekte den offenen Umgang fördern oder hindern und welche Erwartungen mit der Enttabuisierung verknüpft werden. Die Auswirkungen dieses offenen Umgangs auf die Beziehung zwischen Schülern, Eltern und Lehrern sollen ebenso erfasst werden wie die Einbindung weiterer Ansprechpartner und ein Aufgreifen der Thematik im Klassensetting. Neben einer möglichen gedanklichen Beschäftigung der Kinder während des Unterrichts gilt es zu klären, wie Lehrer in dem Umgang mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern unterstützt werden können.

Durch leitfadengestützte Interviews mit psychisch erkrankten Eltern, ihren Kindern und den Lehrern der Kinder, die von der elterlichen Erkrankung erfahren haben, sollen Antworten auf diese Fragen gefunden werden.

Grundlage dieser Arbeit bildet der Themenbereich der „Kinder psychisch erkrankter Eltern“, der im Folgenden ausführlich dargestellt werden wird. Daran schließen sich Ausführungen zu einzelnen Aspekten des Themenfeldes „Schule“ an, die im Zusammenhang mit Erkenntnissen zu den Kindern psychisch erkrankter Eltern stehen. Darauf folgen eine Beschreibung bislang vorhandener Materialien und ausländischer

Studien zur Thematik sowie die Beschreibung des Forschungsdesigns der hier vorliegenden Arbeit. Die Ergebnisse der mit der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2008a; 2008b) ausgewerteten Interviews werden getrennt nach Kindern, Eltern und Lehrern dargestellt. Den Abschluss der Arbeit bilden die Diskussion der Ergebnisse sowie das Fazit mit den Empfehlungen für die Praxis.

2 Anzahl der Kinder psychisch kranker Eltern

„Sonst war ja immer schön Deckmäntelchen drüber, um Gottes Willen, die ist ja bekloppt, mal gleich einen Stempel auf die Stirn. Und ich denke, das ist so verbreitet diese Krankheit. Ne? Ich kann mich nur wiederholen. Verschiedene Schichten, verschiedenes Alter. Warum soll ich da das nicht publik machen. Auch für Kinder. Um damit besser umzugehen. Wie viele Kinder gibt es vielleicht, die zuhause leben und es nicht wissen und die Eltern sind betroffen?“

(Interview Eltern\M.5: 409)

„Leider verfügen wir auch heute noch nicht über genaue Zahlenangaben darüber, wie viele Kinder insgesamt bei einem psychisch kranken Elternteil aufwachsen“ (Mattejat, S.74, 2008), „die bis heute vorliegenden methodisch kontrollierten Studien zeigen aber übereinstimmend, dass Kinder psychisch kranker Eltern mit Sicherheit keine Randgruppe darstellen“ (Lenz, S.7, 2008a). Da aufgrund fehlender Studien die Prävalenzrate der Kinder psychisch kranker Eltern nicht eindeutig genannt werden kann, kann diese nur annähernd über die Elternschaftsrate bei psychisch erkrankten Menschen geschätzt werden (Mattejat, 2008).

2.1 Elternschaftsrate bei psychisch erkrankten Menschen

Wurde vor einigen Jahren „dem Thema Elternschaft der Personen mit psychischen Störungen in der Forschung […] relativ wenig Beachtung geschenkt“ (Lenz, S.33, 2005), liegen nun mittlerweile einige Angaben darüber vor, wie viele der behandelten Patientinnen und Patienten psychiatrischer Kliniken Eltern sind. Vielfach werden die Elternschaftsraten in den Studien zu speziellen Fragestellungen in Bezug auf die Kinder psychisch kranker Eltern als ein Teilaspekt zu Beginn einer Untersuchung erhoben, meist zur Akquirierung geeigneter Studienteilnehmer. Befassen sich die Forschergruppen zum Beispiel mit Fragen zu psychischen Auffälligkeiten der Kinder aus Elternsicht (Wiegand-Grefe et al., 2009), zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder (Jeske et al., 2010) oder den Unterstützungswünschen der Eltern (Sommer et al., 2001), muss oftmals in einem ersten Schritt erhoben werden, wie viele Patienten an der teilnehmenden psychiatrischen Klinik Eltern sind, um diese für eine Teilnahme an der geplanten Studie zu gewinnen. Eine Ausnahme bildet u.a. die Erhebung von Grube und Dorn (2007), die sich explizit mit der Elternschaftsrate der einzelnen Diagnosegruppen befasst haben. Somit liegen Daten einzelner Untersu-

chungskohorten vor, jedoch fehlen „populationsbezogene Studien zur Verteilung psychischer Störungen im Familiensetting“ (Heitmann & Bauer, S.6, 2007).

„Aus mehreren Studien wissen wir, dass psychisch kranke Menschen im Durchschnitt etwa genauso häufig Kinder haben wie psychisch Gesunde“ (Mattejat, S.74, 2008). Dennoch zeigt sich in den Studien, in denen die Elternschaftsraten erhoben wurden, kein einheitliches Bild. Um diese Differenzen in den Elternschaftsraten zu verdeutlichen, sollen hier beispielhaft einige Studien herangezogen werden, in denen der Anteil der Eltern minderjähriger Kinder an der Patientenpopulation zwischen 16,5% und 27% bis hin zu 60% unabhängig des Alters des Kindes schwankt. So konnte in einer sechsmonatigen Studie an der Universitären Psychiatrischen Klinik Bern eine Elternschaftsrate von 16,5% erhoben werden (Sommer et al., 2001). Zu einem nahezu identischen Ergebnis kommt eine Querschnittsuntersuchung über einen Zeitraum von neun Monaten an der Klinik für Kinder-und Jugendpsychiatrie in Kooperation mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und dem Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, in der von 792 befragten Patienten 576 Personen keine Kinder hatten und 133 Personen Elternteil von mindestens einem minderjährigen Kind waren. Das entspricht einer Elternschaftsrate von 17% (Wiegand-Grefe et al., 2009). Eine Erhebung an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Freiburg zeigt ähnliche Werte. Hier wurden über 12 Monate alle stationär aufgenommenen Patienten mit minderjährigen Kindern erfasst. Die Elternschaftsrate lag bei 18% (Bohus et al., 1998). Während in den genannten Studien die Anzahl der Eltern minderjähriger Kinder bei unter 20% liegt, zeigen andere Studien, dass ca. jeder 4. Patient einer psychiatrischen Klinik Mutter oder Vater eines Kindes unter 18 Jahren ist. So wurde in einer konsekutiven Erhebung von Lenz (2005) in einer Population von 808 Patienten zweier psychiatrischer Kliniken eine Elternschaftsrate von 27% erhoben, in einer Studie von Grube und Dorn, in der innerhalb eines Quartals alle ambulant, tagesklinisch und stationär behandelten Patienten zu Anzahl und Alter der Kinder befragt wurden, konnte dieses Ergebnis bestätigt werden. Von den 438 Patienten waren 26,5% Eltern minderjähriger Kinder (Grube & Dorn, 2007). Mattejat et al. (2011) fassen die unterschiedlichen Forschungsbefunde zusammen, indem sie davon ausgehen, dass 10 bis 20% der stationär behandelten psychiatrischen Patienten Eltern minderjähriger Kinder sind.

Die Rolle als Elternteil endet nicht mit der Volljährigkeit des Kindes, sondern bleibt mit den damit verbundenen Verantwortungen und Pflichten meist über das 18. Lebensjahr des Kindes bestehen, und ist somit auch von großer Relevanz für den Patienten als Vater bzw. Mutter. Daher wäre der Blick allein auf die Patienten minderjähriger Kinder zu selektiv, wenn auch die Verantwortung der Eltern minderjähriger Kin-

der höher liegt als die der Eltern volljähriger Kinder. Betrachtet man die Elternschaftsrate insgesamt, also unabhängig des Kindesalters, steigt sie auf 36% (Hearle et al., 1999; Sommer et. al., 2001) bzw. 44,1% (Grube & Dorn, 2007) bis hin zu 60% in einer Studie von Howard und Underdown (2011) an. Jeder 2. bis 3. stationär behandelte Patient ist somit Elternteil eines Kindes und hat im Laufe seines Lebens eine Elternrolle eingenommen.

Anhand dieser Prozentangaben kann die Anzahl psychisch kranker Menschen in Deutschland, die eine Elternrolle wahrnehmen, annähernd errechnet werden. Eine Erhebung des Statistischen Bundesamtes zu den Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern in Deutschland zeigt, dass im Jahr 2012 728.956 Menschen eine stationäre psychiatrische bzw. stationäre psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen haben - Behandlungen aufgrund von Suchterkrankungen sind in diesen Zahlen ausgenommen (www.gbe-bund.de, 2014). Zu beachten ist bei diesen Zahlen jedoch, dass es sich um Fallzahlen handelt. Patienten, die im Laufe eines Jahres mehrmals stationär aufgenommen werden, werden bei jeder Aufnahme neu erfasst. Diese Zahlen stimmen also nicht mit der tatsächlichen Anzahl der erkrankten Personen überein, sondern lassen nur auf eine ungefähre Größe schließen. Absolute Zahlenangaben über psychisch erkrankte Menschen in der Bundesrepublik liegen nicht vor. In der Annahme, dass ca. jeder 5. Patient Elternteil eines minderjährigen Kindes ist, haben im Jahr 2012 ca. 146.000 psychisch erkrankte Eltern minderjähriger Kinder eine stationäre Behandlung in Anspruch genommen. Betrachtet man die Elternrate unabhängig des Kindesalters, so waren im Jahr 2012 geschätzt ca. 243.000- 365.000 Mütter und Väter auf Grund ihrer psychischen Erkrankung in stationärer Behandlung. Ob sich die durchschnittliche Verweildauer von 23,9 Tagen (www.gbe-bund.de, 2014) auch in der Gruppe der psychisch erkrankten Eltern zeigt, lässt sich nicht feststellen, da hierzu entsprechende Studien fehlen.

Die bisher angeführten Elternschaftsraten beziehen sich auf die stationäre Behandlung eines Elternteils. Studien zur Inanspruchnahme der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Personen, die eine Elternrolle wahrnehmen, liegen kaum vor. Eine Studie von Lexow et al. (2008) lässt jedoch vermuten, dass die Elternschaftsrate im ambulanten Therapiebereich der des stationären Bereiches entspricht. Lexow et al. haben in der Psychotherapieambulanz der Technischen Universität Braunschweig familienbezogene Daten von ca. 500 Therapiepatienten erhoben. Dabei zeigte sich, dass 29% Eltern von Kindern sind, mit denen sie in einem Haushalt leben (Lexow et al., 2008).

In den Prävalenzraten sind darüber hinaus die Personen zu berücksichtigen, die zwar an einer psychischen Störung leiden, jedoch weder stationäre noch ambulante Behandlungen in Anspruch nehmen. Die Gründe hierfür liegen darin, dass oftmals die betroffenen Personen ihre Krankheit ohne fachliche Hilfe bewältigen können (Mattejat, 2008) oder aus Angst vor Stigmatisierung, Ausgrenzung und den Einschränkungen in ihrer Unabhängigkeit (Hipp et al., 2010) psychiatrische Hilfe ablehnen. Daher liegt der Anteil der Menschen der erwachsenen Gesamtbevölkerung in Deutschland, die im Laufe eines Jahres unter einer psychischen Störung leiden, weitaus höher, als der Anteil der Menschen, die sich auf Grund der Erkrankung in Behandlung begeben. Die Ein-Jahres-Prävalenz der psychischen Erkrankungen in der deutschen Bevölkerung liegt nach dem Bundesgesundheitssurvey bei 31,1% (Jacobi et al., 2004). „Demnach ist davon auszugehen, dass annähernd ein Drittel der erwachsenen Allgemeinbevölkerung im Laufe eines Jahres die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer psychischen Störung erfüllt“ (Schulz et al., 2008, S.9). Zu eventuellen Differenzen zwischen der Erkrankungsrate von Eltern und von Personen ohne Kinder fehlen auch hier entsprechende Studien.

2.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Elternschaftsrate

Mattejat et al. (2000) weisen darauf hin, dass, bezogen auf die Studien in den 1990er Jahren, von einer Mutterlastigkeit innerhalb der Erhebungen gesprochen werden kann, da in den Studien zumeist ausschließlich Frauen einbezogen wurden. „Da eine Reihe von Befunden den Schluss nahe legt, dass sich die mütterliche Erkrankung gravierender auf die kindliche Entwicklung auswirkt als die entsprechende väterliche Erkrankung, werden Väter offensichtlich nicht in dem Maße in den Blick genommen“ (Lenz, S.33, 2005). Der Fokus früherer Studien richtete sich somit verstärkt auf Frauen, die in psychiatrischer Behandlung waren, und somit auch auf die Kinder psychisch erkrankter Mütter, da hier von einer besonders hohen Belastung ausgegangen wurde. Die Wahrnehmung der Väter in ihrer Elternrolle fand somit nur sehr geringe Beachtung. In neueren Studien ist diese „Mutterlastigkeit“ nicht mehr zu finden. Es wird sowohl die Elternschaft von Frauen als auch von Männern gleichermaßen in den Studien berücksichtigt und somit die Gesamtpopulation betrachtet (u.a. Grube & Dorn, 2007; Wiegand-Grefe et al., 2009; Sommer et al., 2001, Stadelmann et al., 2010). Auch die Studien, die sich gezielt mit bestimmten Diagnosegruppen auseinandersetzen, erfassen Mutter- und Vaterschaftsraten (Kuhn & Lenz, 2008; Nussbaum et al., 2010). Grube (2011) hat sich hingegen explizit mit der Vaterschaftsprävalenz in einer psychiatrischen Klinik befasst, in dem die im ersten Quartal

des Jahres 2005 behandelten 222 männlichen Patienten zu der Anzahl der Kinder und dem Zusammenleben mit diesen befragt wurden.

Innerhalb der Studien zu den Elternschaftsraten zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede. Während in einer Studie von Wiegand-Grefe et al. (2009) die Eltern zu 51,6% Mütter und zu 48,4% Väter waren, zeigen andere Studien kein so ausgewogenes Geschlechterverhältnis. Das Untersuchungskollektiv in der Studie von Lenz (2005) wies einen Anteil weiblicher Patienten von 56% und einen Anteil männlicher Patienten von 44% auf. Die von Howard und Underdown (2011) erfassten Eltern waren zu 60% Frauen und zu 40% Männer, bei der von Hearle et al. (1999) befragten Patientenschaft lag der Mütteranteil bei 59%. Eine noch höhere Anzahl der Patientinnen in der Elternrolle lässt sich bei Bohus et al. (1998) mit 65% finden. Eine Studie von Stadelmann et al. (2010) zur elterlichen Stressbelastung kommt zu dem gleichen Ergebnis. Die Studie zur Vaterschaftsrate von Grube (2011) weist mit ca. 30% eine ähnlich hohe Population der behandelten Väter auf. Auch im Bereich der ambulanten Psychotherapie zeigen sich diese Geschlechterverteilungen: „Wie für den psychotherapeutischen Kontext typisch, sind ein Drittel unserer Patienten männlich und zwei Drittel weiblich. Auch für die Gruppe der psychisch kranken Eltern finden wir in unserem Patientenkollektiv eine entsprechende Geschlechterverteilung (ein Drittel Väter und zwei Drittel Mütter)“ (Lexow et al., S.91, 2008). Lenz (2005) sieht daher den Zusammenhang zwischen Geschlecht der Patienten und Kindern unter 18 Jahren als signifikant an.

2.3 Diagnosespezifische Unterschiede in der Elternschaftsrate

In den vorliegenden Studien lassen sich unterschiedliche Zugangswege zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Elternschaftsrate und Diagnose finden: Während in einigen Studien zunächst aus der Gesamtpatientenpopulation die Elternschaftsrate ermittelt wurde und im zweiten Schritt diese Elternpopulation als Grundlage zur Erhebung der Diagnoseverteilung genutzt wurde, wurden in anderen Studien zunächst die Diagnosen innerhalb der Gesamtpatientenschaft untersucht und in den einzelnen Diagnosegruppen der Anteil der Eltern ermittelt. Diese letztbeschriebene Vorgehensweise findet sich in der oben beschriebenen Studie von Grube und Dorn (2007), in der über einen Zeitraum von einem Quartal alle 438 Patienten und Patientinnen befragt wurden. Innerhalb der Diagnosegruppe der affektiv erkrankten Studienteilnehmer konnte mit 69,4% die höchste Elternschaftsrate ermittelt werden,

gefolgt von 44,4% in der Gruppe der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und Neurosen und einer Elternschaftsrate von 31,9% bei den schizophrenen Patienten.

Die Verteilung der Diagnosegruppen in der Elternpopulation innerhalb der Gesamtpatientenschaft haben Bohus et al. (1998) als Grundlage ihrer Ergebnisse genutzt. Hier machen die affektiv erkrankten Elternteile das größte Untersuchungskollektiv mit 37,4% aus. Darauf folgen Anpassungsstörungen (15,4%), Schizophrenie (15,4%) und Angststörungen (9,9%). Betrachtet man die Studie von Lenz (2005), „so wird deutlich, dass unter den Patient(-innen) mit Kindern unter 18 Jahren alle großen Diagnosegruppen vertreten waren, am häufigsten die Depression (ca. 36%) und die Persönlichkeitsstörung/ Neurose (ca.26%). Die Psychose folgt mit ca. 23%“ (Lenz, S.41, 2005). Ähnliche Werte zeigt eine Studie von Wiegand-Grefe et al. (2011b), in der die affektiven Störungen mit 32% am häufigsten bei den zu behandelnden Elternteilen vorkommen, neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störungen zu 26% und schizophrene Störungen zu 16%. Auch in der Ulmer Studie zur Versorgungssituation von Kindern stationär behandelter Eltern (Schmid et al., 2011) weisen die Patienten und Patientinnen mit Kindern affektive Störungen am häufigsten auf (46%), gefolgt von Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis mit 27%. Somit zeigt sich, dass in der Gruppe der affektiv erkrankten Patienten die höchste Elternschaftsrate vorzuweisen ist und innerhalb der Elternpopulation stationär behandelter Patienten affektive Störungen am häufigsten auftreten. Darauf folgende Störungsbilder wie Neurose, Schizophrenie, Psychose und Anpassungsstörungen sind seltener vorzufinden.

Diagnose-und geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich auch im Zusammenleben der erkrankten Eltern mit ihren Kindern.

2.4 Zusammenleben der erkrankten Elternteile mit den Kindern

Ca. 70% der psychisch erkrankten Eltern leben - diagnoseübergreifend betrachtet - mit ihrem Kind in einem Haushalt, 30% der Eltern leben von ihren Kindern getrennt (Pollak et al., 2008; Lenz, 2005). Bezogen auf die Diagnose der Schizophrenie bzw. schizoaffektiven Störung zeichnet sich ein anderes Bild ab: 41% der Eltern wohnen mit den Kindern im selben Haushalt, während 59% von ihnen getrennt leben (Jungbauer et al., 2010). Es zeigt sich des Weiteren, dass bei einer Erkrankung des Vaters die Kinder seltener mit diesem zusammenleben als mit der Mutter, wenn diese erkrankt ist: „Während nur 60% der befragten Patienten mit ihren Kindern im selben Haushalt wohnten, lebten ca. 77% der Patientinnen mit ihren Kindern auch zusam-

men“ (Lenz, S.41, 2005). Dieser geschlechtsspezifische Unterschied lässt sich auch in den Familien mit einem schizophren erkrankten Elternteil erkennen, in denen an Schizophrenie erkrankte Väter nur zu 29% mit ihrem Kind zusammenleben, aber 47% der schizophrenen Mütter (Jungbauer et al., 2011).

Um ausgehend von den Studien zu Elternschaftsraten einschließlich diagnosespezifischer- bzw. geschlechtsspezifischer Unterschiede auf die Anzahl der betroffenen Kinder schließen zu können, muss die Kinderanzahl der psychisch erkrankten Eltern mit der gesunder Eltern verglichen werden.

2.5 Kinderanzahl psychisch erkrankter Eltern

Im Rahmen einer Erhebung von Lieberz et al. (1998) wurden in einem Kohortenvergleich 124 Einwohner Mannheims hinsichtlich der demographischen Variablen, Kindheitsentwicklung, Persönlichkeitsentwicklung, belastender Lebensereignisse und sozialen Netzwerken untersucht. Die Untersuchungsgruppe entstammte einer repräsentativen Stichprobe mit 600 Personen aus drei Geburtsjahrgängen. Verglichen wurde eine Gruppe mit Personen, die über einen Zeitraum von 10 Jahren seelisch gesund geblieben waren, mit einer Gruppe, die über diesen Zeitraum chronisch psychisch erkrankt waren. „Bezüglich der Generativität (Anzahl der Kinder) finden wir zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede“ (Lieberz et al., S.771, 1998), so ein Hauptergebnis der Studie. Legt man die Werte des Sozialberichtes für die Bundesrepublik Deutschland zu Grunde, nach denen in Deutschland Mütter und Väter Eltern von durchschnittlich 1,61 minderjährigen Kindern sind (Krack-Roberg et al., 2011), so zeigen sich auch in anderen Studien zur Elternschaftsrate bei psychisch kranken Eltern (Grube & Dorn, 2007; Bohus et al., 1998; Stadelmann et al., 2010; Pollak et al., 2011) keine Unterschiede in der Anzahl der Kinder. Ob es diagnosespezifische Unterschiede in der Generativität gibt und sich somit bei Personen mit bestimmten Störungsbildern eine höhere Anzahl von Kindern zeigt, lässt sich anhand der bisherigen Studien nicht eindeutig klären, da entsprechende Erhebungen fehlen. Grube und Dorn (2007) stellen jedoch fest, dass sich innerhalb der von ihnen durchgeführten Erhebung „eine starke negative Assoziation der Hauptdiagnose „Schizophrenie“ mit höherer Kinderzahl“ (Grube & Dorn, S.69, 2007) herausgestellt hat. Bezüglich der Vaterschaft weist Grube (2011) darauf hin, dass „mit der Variable `Kinderzahl` […] die Diagnosen Sucht, affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Neurosen und Reaktionsbildungen positiv assoziiert“ (Grube, S.18, 2011) waren, sich die Anzahl der Kinder jedoch bei schizophren erkrankten Vätern verringert (Grube, S.19, 2011).

2.6 Anzahl der Kinder psychisch erkrankter Eltern

Auf der Grundlage der oben genannten Zahlen von ca. 146.000 stationär behandelten Eltern minderjähriger Kinder und ca. 243.000- 365.000 stationär behandelter Eltern unabhängig des Kindesalters und der Tatsache, dass die Anzahl der Kinder psychisch kranker Menschen nicht von den Zahlen gesunder Menschen abweicht, lässt sich schlussfolgern, dass im Jahr 2012 203.000 minderjährige Kinder von einer stationären Behandlung eines Elternteils betroffen waren.

Wie oben bereits erwähnt, sind die hier genannten Zahlen der Inanspruchnahme der stationären psychiatrischen Versorgung Fallzahlen. Es ist also anzunehmen, dass betroffene Eltern mehrfach erfasst wurden und sich somit eine höhere Zahl der Kinder zeigt. In der Literatur wird auf die Ausführungen von Mattejat (2008) zurückgegriffen, der seinen Berechnungen die Anzahl der Betten der psychiatrischen Abteilungen in Deutschland zu Grunde legt. Der Autor kommt zu dem Schluss, dass zu einem beliebigen Zeitpunkt „etwa 175.000 Kinder pro Jahr die Erfahrung machen, dass ein Elternteil wegen einer psychischen Erkrankung stationär psychiatrisch behandelt wird“ (Mattejat, S.75, 2008). Ausgehend von der Winterthurer Studie, in der nicht nur Daten von stationären Einrichtungen sondern auch von ambulanten Versorgungssystemen erhoben wurden (Gurny et al, 2007), führt Mattejat (2008) aus, dass zu einem beliebigen Zeitpunkt 250.000 Kinder in der Bundesrepublik Deutschland leben, deren Eltern sich in ambulanter psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung befinden. Angesichts der hohen Prävalenz der psychischen Störungen in der Gesamtbevölkerung kann hochgerechnet werden, dass ca. 3 Millionen Kinder in Deutschland im Verlauf eines Jahres einen Elternteil mit einer psychischen Störung erleben (Mattejat, 2008).

3 Risiko der Kinder, selbst zu erkranken

„Ohne Hilfe schaffe ich das nicht mehr. Ich denke wirklich irgendwann, ich selber auch gehe drauf. […] Weil geht nicht mehr. Kann ich nicht. Ich habe meiner Mama ganz ehrlich gesagt "ich brauche Hilfe." Ich vor mir selber sage das, sonst hast du nachher auch noch einen an der Klatsche. Weil alleine denke ich, da könnten die mich in die Ecke stopfen. Weil alleine verarbeiten kann ich das nicht.“

(Interview Kinder\T.5: 401-403)

„Kinder, die in Familien aufwachsen, in denen ein Elternteil psychisch krank ist, sind in vielfältiger Weise durch die elterliche Erkrankung betroffen und stehen unter einem erhöhten Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln“ (Lenz, S.13, 2005). „Zahlreiche empirische Studien haben [diesen] Zusammenhang von psychischer Erkrankung der Eltern und Störungen der kindlichen Entwicklung bestätigen können“ (Lenz & Kuhn, S.269, 2011), wobei sich bei den Kindern psychisch erkrankter Eltern sowohl eine Steigerung des spezifischen als auch des generellen Erkrankungsrisikos zeigt.

3.1 Diagnosespezifische und generelle Erkrankungsrisiken

Unter dem spezifischen Erkrankungsrisiko wird die Wahrscheinlichkeit verstanden, dass das Kind an der gleichen psychischen Störung erkranken wird, wie der betroffene Elternteil. Das generelle Erkrankungsrisiko bezeichnet die Wahrscheinlichkeit für irgendeine psychische Störung des Kindes unabhängig des elterlichen Erkrankungsbildes (Mattejat, 2008). Die bislang vorliegenden Studien, die von Mattejat (2008) und Wiegand-Grefe et al. (2011a) zusammenfassend dargestellt werden, zeigen folgende Zusammenhänge zwischen elterlicher und kindlicher psychischer Erkrankung:

Während die Lebenszeitprävalenz für Schizophrenie in der Allgemeinbevölkerung bei ca. 1% liegt, wachsen die Kinder eines schizophren erkrankten Elternteils mit einem erhöhten Risiko, selbst im Laufe ihres Lebens an einer schizophrenen Störung zu erkranken, von ca. 13% auf, also mit einem mehr als 10fach erhöhten spezifischen Erkrankungsrisiko (Mattejat, 2008). Sind beide Eltern erkrankt, steigt das spezifische Risiko auf 46% (Schosser et al., 2006). 40-60% der Kinder eines schizophren erkrankten Elternteils entwickeln eine unspezifische behandlungsbedürftige Störung. So zeigen diese Kinder im Vorschulalter vermehrt ängstliche, zurückgezogene, de-

pressive und zerstreute Verhaltensweisen (Niemi et al., 2005), sowie motorische und sensorische Dysfunktionen, affektive Hyperirritabilität und eine verringerte Expressivität (Bohus et al., 1998). Schulkinder haben neben einem vermeidenden, ambivalenten Bindungsverhalten und negativen Sozialkompetenzen eine defizitäre Aufmerksamkeits- und Informationsverarbeitung (Niemi et al, 2005), die die schulischen Leistungen beeinträchtigt. Im Jugendalter lassen sich vermehrt kognitive Störungen erkennen, „wie tangentiales Denken, schlechtes Kontextverständnis sowie kognitives Gleiten mit konkretistischen bzw. magischen Denkstilen [….]“ (Bohus et al., S.134, 1998).

Bei Kindern, die mit einem depressiv erkrankten Elternteil aufwachsen, lässt sich ebenfalls ein erhöhtes spezifisches Erkrankungsrisiko feststellen. „The risk of developing depressive disorders, for the children of parents with endogenous depression has been estimated at a value of 15-45 %“ (Nussbaum et al., S.312, 2010), so dass hier von einem zwei- bis sechsfach erhöhten Depressionsrisiko gegenüber der Allgemeinbevölkerung ausgegangen werden kann, in der die Lebenszeitprävalenz bei ca. 6% liegt (Mattejat, 2008). Leiden beide Elternteile an einer depressiven Störung, steigt das Erkrankungsrisiko der Kinder auf 70% (Mattejat, 2002). Doch „the children of parents with endogenous depression present high risk not only in developing depression but also anxiety disorders and disruptive disorders“ (Nussbaum et al., S.312, 2010), denn 60% der Kinder von an einer depressiven Störung erkrankten Elternteilen entwickeln im Laufe ihrer Kindheit und Jugend eine andere psychische Störung, insbesondere Angststörungen, Störungen im Sozialverhalten, vermehrt auftretende Phobien, Panikstörungen, Abhängigkeitserkrankungen sowie Einschränkungen in der Beziehungs-und Bindungsfähigkeit (Wiegand-Grefe et al., 2011a).

Bezüglich der Kinder von Eltern mit bipolar affektiven Störungen weisen Wiegand-Grefe et al. (2011a) auf die geringe Quantität und die methodischen Mängel der vorliegenden Studien hin. Dennoch kann in Metaanalysen ein erhöhtes Erkrankungsrisiko der betroffenen Kinder und Jugendlichen aufgezeigt werden. „52% der Kinder bipolarer Eltern entwickeln irgendeine psychische Störung, bei Kindern in den Kontrollgruppen ist dies nur bei 29% der Fall. Dies entspricht einem 2,5-fach erhöhten Risiko. Affektive Störungen werden bei 26% der Kinder bipolarer Eltern und bei 8% der Kinder der Vergleichsgruppe beobachtet, was einem fast 4-fach erhöhten Risiko entspricht. Bipolare Störungen werden bei 5% der Risikokinder und bei keinem der Kinder gesunder Eltern beobachtet“ (Wiegand-Grefe et al., 2011a, S.154).

Über das Erkrankungsrisiko der Kinder von Eltern mit einer Angststörung zeigen die von Wiegand-Grefe et al. (2011a) herangezogenen Studien sehr unterschiedliche

Angaben, die eine Spanne von einem zweifach bis zu einem siebenfach erhöhten Risiko der Kinder, selbst an einer Angsterkrankung zu leiden, aufweisen. Das Risiko, irgendeine psychische Störung zu entwickeln, steigt auf bis zu 41% an und ist somit um das zwei-bis Dreifache gegenüber Kindern gesunder Eltern erhöht (Wiegand-Grefe et al., 2011a).

Die hohen Werte der psychischen Auffälligkeiten und die vermehrte psychische Erkrankungsrate der Kinder zeigen sich auch in den Prävalenzraten der an den Kinder- und Jugendpsychiatrien behandelten Kinder und Jugendlichen. Studien belegen, dass etwa jedes zweite (Vries et al., 2011) bzw. jedes dritte (Gehrmann et al., 2009) bis jedes vierte Kind (Knuf, 2000), das in stationärer bzw. teilstationärer kinder-und jugendpsychiatrischer Behandlung ist, einen psychisch erkrankten Elternteil hat.

Über die verschiedenen Diagnosen hinweg kann somit von einem erhöhten spezifischen und generellen Erkrankungsrisiko der Kinder psychisch kranker Eltern ausgegangen werden. Wiegand-Grefe et al. (2011a) weisen jedoch darauf hin, dass die meisten bislang vorliegenden Studien bestimmte Diagnosegruppen fokussieren, ohne sie bezüglich ihrer Auswirkungen in einen Vergleich miteinander zu stellen. Eine Studie, in der mehrere elterliche Diagnosegruppen in ihren Auswirkungen auf die Kinder vergleichend untersucht werden, findet sich bei Lenz (2005). Im Rahmen dieser Erhebung schätzten die Eltern zweier erwachsenenpsychiatrischer Stationen mit Hilfe der Children Behaviour Checklist für die Altersspanne von 4-18 Jahren die Kompetenzen und Auffälligkeiten ihrer Kinder ein. Die Ergebnisse zeigen, „dass ungefähr ein Viertel der befragten Patient(-innen) ihre Kinder als auffällig bzw. grenzwertig beurteilte“ (Lenz, S.49, 2005), wobei die Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen signifikant sind (ebd., 2005). So schätzten „36% der depressiv Erkrankten, ca. 22% der Patient(-innen) mit Persönlichkeitsstörungen/ Neurosen und ca. 10% der psychotisch Erkrankten“ (Lenz, S.46, 2005) ihre Kinder als auffällig bzw. grenzwertig auffällig ein. Insbesondere auf der übergeordneten „Kompetenz-Skala“ und der darin untergeordneten Skala „Schule“ sowie auf der Skala „Internalisierte Probleme“ mit den Unterskalen „Ängstlich/ Depressiv“ und „Sozialer Rückzug“ wurden die Kinder von depressiv erkrankten Eltern als auffälliger eingeschätzt als die Kinder der an anderen Störungsbildern erkrankten Eltern. Dies trifft auch auf „Dissoziales Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“ im Bereich der externalisierten Störungen zu. Zudem nahmen depressiv erkrankte Eltern bei ihren Kindern am häufigsten „unreifes und erwachsenabhängiges Sozialverhalten […], Tendenzen zu zwanghaftem Denken und Handeln […] sowie Unruhe, Impulsivität und Konzentrationsstörungen wahr“ (Lenz, S. 46, 2005). Bezüglich der Skala der „Sozialen Kompetenz“ lassen nach Lenz die Angaben der psychotisch erkrankten Elternteile, bezüglich der

Skala der „Körperlichen Beschwerden“ die Angaben der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen/ Neurosen auf Auffälligkeiten der Kinder schließen.

Anzumerken bezüglich dieser Ergebnisse ist, dass es sich um Einschätzungen der Kinder aus Sicht der erkrankten Eltern handelt und diese Wahrnehmungen nicht mit weiteren diagnostischen Instrumenten in der Arbeit mit den betroffenen Kindern überprüft wurden. „Eine solche Fremdbeurteilung aus Sicht des psychisch erkrankten Elternteils ist nicht unproblematisch“ (Wiegand-Grefe et al., S. 118, 2009), denn die angegebenen hohen Auffälligkeitswerte der Kinder depressiv erkrankter Eltern können auch auf die elterliche Störung zurückgeführt werden, da das Krankheitsbild der Depression unter anderem mit erhöhter Energielosigkeit, Ermüdbarkeit und dem Verlust von Freude und Interesse einhergeht (Berger et al., S.502, 2009). Betroffene stoßen daher eher an ihre Belastungsgrenzen und empfinden Verhaltensweisen der Kinder dadurch als anstrengend, auffällig und schwierig, was zu verzerrten Angaben in den Testverfahren führen kann. Diesen Zusammenhang zwischen elterlicher Symptomwahrnehmung und kindlichen Auffälligkeiten wurde in einer Studie von Wiegand-Grefe et al. (2009) untersucht. Die Wissenschaftler kommen hierbei zu dem Schluss, dass die höheren Werte der kindlichen Auffälligkeiten im Zusammenhang mit der eigenen Beeinträchtigung durch die Krankheitssymptome stehen. „Je stärker die Eltern sich von diesen Symptomen beeinträchtigt fühlen, desto eher stimmten sie dem Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten bei ihren Kindern zu“ (Wiegand-Grefe et al., S. 118, 2009).

Hinzu kommt, dass sich psychisch erkrankte Eltern durch die Elternschaft im höheren Maße belastet fühlen als gesunde Eltern, wie aus einer Studie von Stadelmann et al. (2010) hervorgeht. In einer Untersuchung mit einem Kollektiv aus 104 Patientinnen und Patienten an vier psychiatrischen Kliniken wurde die Stressbelastung durch die Elternschaft mit der Parental Stress Scale erfasst, die psychischen Auffälligkeiten der Kinder durch die Einschätzung der Eltern mittels des Strength and Difficulties Questionaire. Dabei zeigte sich, dass sich Mütter und Väter durch die Elternschaft umso gestresster fühlen, je mehr psychische Symptome die Eltern bei ihren Kindern wahrnehmen, wobei dieser Zusammenhang in der Gruppe der psychisch erkrankten Eltern deutlich höher lag als bei der Vergleichsgruppe. Somit fühlen sich psychisch erkrankte Eltern durch die emotionalen und Verhaltensprobleme ihrer Kinder verstärkt gestresst. „Psychisch kranke Eltern erleben sich signifikant mehr stressbelastet durch die Elternschaft als die Eltern der Vergleichsstichprobe. Auch die Symptombelastung der Kinder beschrieben psychisch kranke Eltern als signifikant höher, das prosoziale Verhalten als signifikant niedriger im Vergleich zu den Eltern der Vergleichsstichprobe. […] Demnach hatten 33% der Kinder in der Stich-

probe der psychisch kranken Eltern und 5% in der nicht-klinischen Stichprobe einen auffälligen Gesamtwert (Stadelmann et al., S.75, 2010).

Eine Verzerrung der vorliegenden Studien, die eine Einschätzung der kindlichen Auffälligkeiten aus Elternsicht beinhalten, wird somit von zwei wesentlichen Faktoren bedingt:

1. Je stärker sich der erkrankte Elternteil durch die eigene Krankheitssymptomatik beeinträchtigt fühlt, desto eher stimmt er den Fragen nach Verhaltensauffälligkeiten der Kinder zu.

2. Je auffälliger der Elternteil sein Kind einschätzt, desto mehr fühlt er sich durch die Elternschaft gestresst. Dieses wiederum kann zu einer verstärkten selektiven Wahrnehmung von kindlichen Verhaltensauffälligkeiten und somit einem verstärkt negativen Antwortverhalten bei der Bearbeitung der Testverfahren führen.

Daher ist es notwendig, in den Studien Abstand von den elterlichen Einschätzungen kindlicher Auffälligkeiten zu nehmen. Aussagekräftige Studien, in denen keine Elterneinschätzung, sondern eine Messung der Auffälligkeiten in der Arbeit mit den Kindern stattgefunden hat und diese in einen Vergleich in Bezug auf verschiedene elterliche Erkrankungsbilder gestellt wurden, liegen bisher jedoch noch nicht vor (Wiegand-Grefe et al., 2009). Daher können bislang keine eindeutigen Aussagen darüber getroffen werden, „ob die Gefährdungspotentiale der Kinder - je nach elterlicher Diagnosegruppe - unterschiedlich hoch sind“ (Wiegand-Grefe, S.166, 2011a). Somit ist bisher ungeklärt, ob sich verschiedene psychische Störungen auf Seiten der Eltern ähnlich auf die Entwicklung eines Kindes auswirken oder ob die festgestellten Auffälligkeiten als störungsspezifisch anzusehen sind (Mattejat et al., 2000). Unbestritten bleibt nichts desto trotz, dass im Allgemeinen ein erhöhtes generelles und spezifisches Erkrankungsrisiko bei den Kindern festzustellen ist, wie Mattejat (2008) wie folgt zusammenfasst:

„Allgemeines Erkrankungsrisiko:

Kinder von psychisch kranken Eltern entwickeln im Verlauf ihrer Kindheit relativ häufig psychische Auffälligkeiten bzw. Störungen; bis zu 60% der Kinder entwickeln irgendeine psychische Auffälligkeit oder Störung. Das allgemeine psychiatrische Erkrankungsrisiko für Kinder psychisch kranker Eltern ist - auch im weiteren Verlauf ihres Lebens - somit relativ hoch.

Spezifisches Erkrankungsrisiko:

Das Risiko, dieselbe psychische Erkrankung zu entwickeln, ist bei den Kindern ebenfalls erhöht. Dabei muss man aber umgekehrt festhalten, dass die überwiegende Mehrheit - nämlich rund 90% der Kinder - von schizophrenen oder depressiven Eltern im Verlauf ihres Lebens nicht dieselbe Krankheit wie ihre Eltern entwickeln. Das heißt, das spezielle Erkrankungsrisiko ist absolut noch relativ gering (rund 10%), obwohl es relativ gesehen - im Vergleich zur Gesamtbevölkerung - deutlich erhöht ist“ (Mattejat, S.79, 2008).

3.2 Vererbung psychischer Erkrankungen

Da Kinder aufgrund der elterlichen Erkrankung eine spezifische Hochrisikogruppe für die Ausbildung psychischer Störungen darstellen (Krumm et al., 2005), wurde die Frage nach einer möglichen Vererbbarkeit von psychischen Erkrankungen in der Literatur bereits vielfach diskutiert.

Meyer et al. (2001) sind dieser Frage im Rahmen einer Längsschnittstudie zur mehrgenerationalen Perspektive bei psychischen Erkrankungen unter Einbeziehung von Familien aus drei Generationen nachgegangen. Hierzu wurden Anfang der 70er Jahre in einer ersten Untersuchung Patientinnen und Patienten mit endogenen Depressionen, die stationär in der Marburger Universitätsklinik behandelt wurden und Kinder im Alter von 2-18 Jahren hatten, ausgewählt und zusammen mit ihren Kindern in die Befragung einbezogen. Für die Nachuntersuchung wurden des Weiteren die Personen der dritten Generation, also die Enkel der erkrankten Patientinnen und Patienten befragt. Die Auswertung der Studie bezieht sich daher auf 23 Eltern der ersten Generation, 23 nun erwachsene Kinder und 17 Enkel. Die Ergebnisse zeigen, dass in der Kindergeneration bei über einem Drittel der Befragten psychische Auffälligkeiten festgestellt werden konnten. So berichten 39,1% von Problemen in der Kindheit und Jugend, 34,8% von Schwierigkeiten im Erwachsenenalter und 52,2% von aktuellen eigenen psychischen Problemen. In der Enkelgeneration hingegen konnten bei der Einschätzung der Enkel durch die Eltern keine psychischen Auffälligkeiten festgestellt werden. Die Werte der eingesetzten Children Behaviour Checklist liegen im Normbereich. Bei der Eigenbewertung durch die Enkel selbst aber wurde von eigenen Auffälligkeiten berichtet. In den Familien, in denen beide Elternteile erkrankt sind, zeigen sich sowohl bei den Kindern als auch bei den Enkeln häufiger psychische Auffälligkeiten (Meyer et al., 2001). Eine genetische Disposition kann also, insbesondere aufgrund der erhöhten Erkrankungsrate der Kinder bei Erkrankung beider Elternteile, angenommen werden, jedoch bleibt die Frage nach den Auswirkungen

auf die Enkelgeneration aufgrund der unterschiedlichen Einschätzungen ungeklärt. Zudem geht aus der Studie nicht eindeutig hervor, inwiefern genetische Veranlagungen von Bedeutung sind oder die familiären Kontexte, in denen die einzelnen Kindergenerationen aufwachsen, die psychische Gesundheit beeinflussen.

Einer gezielteren Klärung des Einflusses genetischer Dispositionen bei schizophrenen Erkrankungen sind Remschmidt und Theisen (2011) nachgegangen. Sie zeigen auf, dass „in der überwiegenden Mehrheit der Familienstudien […] ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für Verwandte 1. und 2. Grades von Patienten mit Schizophrenie nachgewiesen werden [konnte], d.h. das Erkrankungsrisiko korreliert stark mit dem Verwandtschaftsgrad. So z.B. liegt das Erkrankungsrisiko von Enkeln schizophren Erkrankter bei 5%, von Kindern eines erkrankten Elternteils bei 13%, von Kindern beider erkrankter Elternteile bei 46%“ (Remschmidt & Theisen, S. 35, 2011). Detaillierte Erkenntnisse liefern Zwillingsstudien, in denen eineiige und zweieiige Zwillinge miteinander verglichen werden. Je höher die Auftretensrate einer schizophrenen Erkrankung bei eineiigen Zwillingen im Vergleich zu zweieiigen Zwillingen ist, desto eher lässt sich auf eine genetische Prädisposition dieser psychischen Störung schließen (Schosser et al., 2006). „Zwillingsstudien zum Phänotyp Schizophrenie ergaben im Durchschnitt bei eineiigen Zwillingen eine Konkordanz von 48%, bei zweieiigen Zwillingen von 17%. Hierbei weicht die Konkordanzrate zweieiiger Zwillinge nur relativ wenig vom Erkrankungsrisiko für Geschwister ab (9%). Die Tatsache, dass eineiige Zwillinge trotz praktisch identischen Erbguts eine unvollständige Konkordanz […] aufweisen, unterstreicht die Relevanz nicht genetischer Faktoren bei der Entstehung der Erkrankung“ (Remschmidt & Theisen, S.36, 2011). Zudem stellte sich in Adoptionsstudien heraus, dass bei Kindern, deren biologische Mütter bzw. Eltern eine schizophrene Erkrankung hatten und von psychiatrisch unauffälligen Eltern adoptierten wurden, ein Erkrankungsrisiko für Schizophrenie von ca. 10-18% gegeben war, was auf eine genetische Veranlagung der Erkrankung hinweist (Remschmidt & Theisen, 2011). Ähnliches zeigen die Ergebnisse aus den Cross-Fostering-Studien, in denen die Kinder schizophrener leiblicher Eltern, die bei nicht erkrankten Eltern aufwachsen, mit den Kindern verglichen werden, die gesunde leibliche Eltern haben, jedoch bei an Schizophrenie erkrankten Pflegeeltern leben. Dabei zeigt sich, dass die Kinder, die von schizophrenen Eltern abstammen, aber bei gesunden Adoptionseltern aufwachsen, ca. doppelt so häufig an Schizophrenie erkranken wie die Kinder, deren biologische Eltern gesund, die Adoptiveltern jedoch schizophren erkrankt sind (Remschmidt & Theisen, 2011). Jedoch deutet zugleich das „im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhte Schizophrenierisiko bei von psychiatrisch gesunden Eltern abstammenden Kindern durch Aufwachsen bei einem Adoptivelternteil mit Schizophrenie […] darauf hin, dass diese Sozialisation einen „nicht

genetischen Beitrag“ zur Krankheitsentstehung liefert“ (Remschmidt & Theisen, S.37, 2011).

Somit kann eine genetische Veranlagung für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung weder ausgeschlossen noch als alleiniger auslösender Faktor betrachtet werden. Sollberger (2002) formuliert für die Veranlagung zur Ausbildung einer psychotischen Erkrankung: „Das Fazit aus den Risikostudien bezüglich genetischer Mechanismen lautet: Eine genetische Transmission muss in dem Sinn angenommen werden, dass sie bei betroffenen Kindern zu einer erhöhten Vulnerabilität führt, dass aber nicht von einem direkten Erbgang für die Psychoseerkrankung als solche auszugehen ist“ (Sollberger, S.120, 2002). Somit wird nicht die psychische Erkrankung vererbt, sondern die Verletzlichkeit für bestimmte Umweltbedingungen, die die Ausbildung einer psychischen Störung fördern. Schosser et al. (2006) sprechen in diesem Zusammenhang von „Vulnerabilitätsgenen“ (Schosser et al., S.19, 2006). „Der genetische Einfluss bestimmt also, wie empfindlich oder verletzlich ein Mensch auf bestimmte Umweltbedingungen reagiert. […] Die Vererbung bestimmt darüber, ob ein Mensch eine hohe oder eine geringe Verletzlichkeit hat. Ob er aber eine psychische Erkrankung entwickelt, hängt sehr stark davon ab, ob er verletzenden Umweltfaktoren ausgesetzt ist oder nicht“ (Mattejat, S.82f., 2008). Da das erhöhte Entwicklungsrisiko von Kindern psychisch kranker Eltern somit durch ein Zusammenwirken genetischer, sozialer und psychischer Belastungsfaktoren bedingt ist (Reininghaus & Jungbauer, 2010), sollen im Folgenden die Belastungen, mit denen sich die Kinder psychisch erkrankter Eltern im Alltag konfrontiert sehen, fokussiert werden.

4 Belastungen der Kinder psychisch kranker Eltern

„Weil er ist eigentlich einer, er nimmt Rücksicht mir gegenüber. Weil wenn der merkt, dass ich krank bin, dann schleicht der um einen. Dann ist das kein Kind mehr. Ich habe ihm viel seiner Kindheit auch dadurch genommen. Weil er viel sich um mich kümmern will und machen will."

(Interview Eltern\M.4: 42)

Franz (2005) teilt die Belastungen, denen die Kinder psychisch kranker Eltern ausgesetzt sind, in unmittelbare Belastungen und indirekte Belastungen ein. Unmittelbare Belastungen sind Faktoren, die direkt aus der elterlichen Erkrankung entstehen, also unmittelbar von dieser bedingt werden und abhängig sind. Die Folgeprobleme, die auf Grund der familiären Situation entstehen und hiermit somit indirekt in Verbindung stehen, werden demnach als indirekte Belastungen tituliert. Allerdings ist davon auszugehen, dass für die Kinder und Jugendlichen die erlebten Belastungen im alltäglichen Zusammenleben mit dem psychisch erkrankten Elternteil eine besonders wichtige Rolle spielen, unabhängig davon, ob sie durch die elterliche Erkrankung direkt oder aufgrund der familiären Umstände indirekt entstanden sind (Reininghaus & Jungbauer, 2010). Entscheidend für den kindlichen Lebensalltag sind somit die subjektiv erlebten Belastungen, die sich aus dem Zusammenleben ergeben und bei jedem Kind unterschiedlich sein können. Objektive Belastungsaspekte werden dann als belastend wahrgenommen, wenn sich daraus eine subjektive Belastung ergibt. So kann die Zugehörigkeit zu einer unteren Gesellschaftsschicht als solches nicht belastend sein, die Auswirkungen dessen, wie zum Beispiel Ausschluss von Unternehmungen mit der Peergroup auf Grund mangelnder finanzieller Mittel, jedoch als sehr belastend empfunden werden.

Im Folgenden sollen nun zunächst die objektiven Belastungsfaktoren dargestellt werden. In der gängigen Literatur zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern" werden diese objektiven Belastungsfaktoren oftmals als „Risikofaktoren" bezeichnet (u.a. Lenz & Kuhn, 2011; Mattejat, 2008). Eine klare Trennung zwischen Risiko-und Belastungsfaktoren findet sich jedoch nicht durchgängig, so dass im Folgenden von dem Begriff „Risikofaktoren" Abstand genommen wird. Das Hauptaugenmerk soll im Anschluss daran auf die von den Kindern und Jugendlichen selbst als belastend erlebten Faktoren gelegt werden. In einer Interviewstudie von Lenz (2005) wurden hierzu Kinder im Alter von 8-18 Jahren in leitfadengestützten Interviews unter anderem zu den Problemen und Belastungen, die sich im Zusammenleben mit dem erkrankten Elternteil ergeben, befragt.

4.1 Objektive Belastungsfaktoren

4.1.1 Psychosoziale Belastungsfaktoren

„Dass die Lebensbedingungen für Familien mit psychisch kranken Eltern im Durchschnitt schlechter sind als für andere, ist allgemein bekannt: so leben die Eltern häufiger getrennt, Armut und Arbeitslosigkeit sowie soziale Isolation zusammen mit problematischen Wohnverhältnissen in Gebieten mit allgemein schlechterer Gesundheitsversorgung und Freizeitqualität gehören gehäuft zu den Belastungen, unter denen die Familien zu leiden haben“ (Deneke et al., S.64, 2008). Lieberz et al. konnten im Rahmen ihrer Studie zu chronischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung im 10-Jahres-Verlauf einen Zusammenhang zwischen niedrigem Sozialstatus und erhöhter Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen bestätigen. Sie stellen in den niedrigsten sozialen Schichten der Bevölkerung die psychopathologisch gravierendsten Befunde fest (Lieberz et al., 1998). Zugleich bestätigen soziodemographische Angaben zu psychisch erkrankten Personen diesen Befund. So weisen psychisch erkrankte Menschen häufiger einen niedrigeren Ausbildungsstand vor als psychisch gesunde Menschen und sind oftmals von Arbeitslosigkeit betroffen, was für die Kinder das Risiko erhöht, in Armut, sozialer Randständigkeit und unzureichenden Wohnverhältnissen aufzuwachsen (Lenz, 2010b). Unzureichende finanzielle Mittel verhindern eine Teilnahme an Veranstaltungen, Aktivitäten und gemeinsamen Unternehmungen mit Freunden, was sich auf die Zugehörigkeit zur Peergroup auswirken kann. Dass sich die schwierige finanzielle Situation auch auf das emotionale Befinden der Kinder auswirkt, zeigt sich deutlich in den Existenzängsten der Kinder. Finanzielle Schwierigkeiten wurden neben familiären Umbrüchen, Scheidung oder Trennung der Eltern als angstauslösende und stark belastende Situationen beschrieben (Wagenblass, 2001). Umso mehr verwundert es, dass in qualitativen Studien mit schizophren erkrankten Elternteilen und deren Partnern (Jungbauer et al., 2002) die finanziellen Schwierigkeiten von den Betroffenen bagatellisiert werden und sie erst dann als Belastung erlebt werden, wenn zusätzliche Faktoren, wie Arbeitslosigkeit des erkrankten Elternteils oder anderer Familienmitglieder, hinzukommen oder Schulden auftreten. Zu diesen Ergebnissen kommt auch Dahm-Mory (2008) an Hand einer qualitativen Studie mit angsterkrankten Patienten und Lebenspartnern. Die finanziellen Belastungen, wie Mehrausgaben beispielsweise durch alternative Behandlungsmethoden, wurden von den befragten Personen selten thematisiert. „Krankheitsbezogene Ausgaben werden häufig bagatellisiert bzw. durch den hypothetischen Vergleich mit anderen, körperlichen Krankheiten als notwendige Unterstützung des Partners `normalisiert`. Als vergleichsweise belastender erleben Partner die Veränderungen und

Unsicherheiten bezüglich der beruflichen Situation des Erkrankten. Viele Partner befürchten einen sozialen Abstieg der Familie im Zusammenhang mit erlebten bzw. antizipierten Einkommensverlusten“ (Dahm-Mory, S.270, 2008).

4.1.2 Mangelnde Inanspruchnahme professioneller Unterstützungen

„Bei vorsichtiger Schätzung können wir davon ausgehen, dass bei etwa 25% der psychisch erkrankten Menschen sowohl eine Behandlungsnotwendigkeit als auch eine Behandlungsbereitschaft bestehen“ (Mattejat, S.70, 2008). Die Hauptgründe dafür, dass sich viele dieser Personen nicht in professioneller Hilfe befinden sieht Mattejat (2008) in den Problemen der Stigmatisierung und der damit verbundenen Tabuisierung: „Viele psychisch kranke Menschen fürchten eine Stigmatisierung, d.h., sie befürchten, dass sie wegen ihrer Krankheit noch zusätzliche negative Konsequenzen erdulden müssen. Die Stigmatisierung ist ein Grund dafür, warum psychische Erkrankungen häufig tabuisiert werden: Die Betroffenen haben das Gefühl, dass sie ihre Erkrankung verheimlichen müssen; sie finden nicht den Mut, offen über ihre Erkrankung zu sprechen. […] Die Krankheit wird von Patienten und Angehörigen verheimlicht, verschwiegen oder verleugnet; notwendige und effektive Behandlungen werden nicht wahrgenommen“ (Mattejat, S.71, 2008).

Doch die mangelnde Inanspruchnahme betrifft nicht nur den Zugang des betroffenen Erwachsenen zu psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungssystemen, sondern auch die Unterstützungs- und Hilfeleistungen für die Familie (Schmutz, 2010; Deegener & Körner, 2006), denen gegenüber sich psychisch erkrankte Eltern sehr reserviert verhalten, wie eine qualitative Studie von Jungbauer et al. zeigt. Hierbei wurden insgesamt 57 Patienten mit den ICD-10-Diagnosen F 20/ F 25 (Schizophrenie bzw. schizoaffektive Störung) befragt, die Elternteile minderjähriger Kinder waren. In den problemzentrierten Interviews wurden die Bereiche „Positive Aspekte der Elternschaft“, „Negative Aspekte der Elternschaft“ und „Unterstützungswünsche“ thematisiert. Im Vergleich zu den ersten beiden Hauptkategorien der Ressourcen und Belastungen, die mit der Elternschaft verbunden sind, wurden Unterstützungswünsche bezüglich der Erziehung bzw. Elternschaft deutlich seltener thematisiert. „Einige der Befragten neigten im Interview auch dazu, die zur Verfügung stehenden oder in Anspruch genommenen Hilfen pauschal als ausreichend zu bezeichnen und das Thema damit gleichsam `abzuhaken`. […] Während in etwa der Hälfte der analysierten Interviews die Studienteilnehmer eine entsprechende Unterstützung wünschten, dankbar dafür waren oder diese für erforderlich hielten, waren andere Eltern re-

serviert oder lehnten professionelle Angebote sogar pauschal ab“ (Jungbauer et al., S. 236f., 2010). Die Gründe für letztgenanntes liegen zum einen in der Schwierigkeit für einige Eltern, sich innerhalb des Hilfesystems mit seinen ausdifferenzierten Angeboten zu orientieren, zum anderen aber auch in der Skepsis bezüglich des Nutzens dieser Unterstützungsleistungen. Für einige befragte Personen bedeutete die Inanspruchnahme professioneller Hilfen ein „Eingeständnis eigener Unfähigkeiten, die Kinder zu erziehen“ (ebd., S. 237, 2010). Auch Misstrauen und Ablehnung insbesondere der Angebote der Jugendämter kamen in den Interviews zur Sprache.

Diese qualitativen Aussagen bzgl. des Misstrauens gegenüber den Einrichtungen zur Unterstützung in der Erziehung werden in einer Erhebung von Kölch und Schmid (2008) durch quantitative Studien bestätigt. In der Untersuchung gaben 51% der befragten psychisch erkrankten Eltern an, den Kontakt zum Jugendamt aktiv zu vermeiden. Als Gründe dafür wurden negative Vorerfahrungen, Informationsdefizite auf Seiten der Eltern und Ängste genannt. Hierin spiegelt sich „die Angst der Eltern, beim Kontakt mit dem Jugendamt `meine Kinder zu verlieren` - eine Angst, die meist unbegründet ist, sich aber andererseits selbst zu erfüllen beginnt, je länger eine erforderliche präventive und niederschwellige Hilfe zur Erziehung aufgeschoben wird, bis schließlich eine ernste Mangel- oder Gefährdungssituation eintritt“ (Schrappe, S. 98, 2011). „Insofern sind die angebotenen Hilfen meist invasiv und werden von den betroffenen Familien, etwa im Rahmen einer Fremdbetreuung des Kindes, als Bedrohung wahrgenommen und entsprechend häufig abgelehnt“ (Krumm et al., S.80, 2005).

Daher sind Eltern bemüht, Schwierigkeiten in der Beziehung und Erziehung der Kinder auszublenden. „Solange die Kinder keine offenkundigen Probleme oder Störungen aufweisen, werden sie von den Eltern nicht in den Einrichtungen der Jugendhilfe vorgestellt. Dies geht einher mit dem Bemühen der Kinder, nach außen möglichst unauffällig zu bleiben“ (Schrappe, S.98, 2011). Das führt dazu, dass Familien über einen meist langen Zeitraum keine adäquaten Hilfen bekommen, obwohl diese durch das Leistungsspektrum der Jugendhilfe zur Verfügung stehen (ebd., 2011) und im Hinblick auf das hohe Gefährdungspotenzial für die psychische Gesundheit der Kinder meist in sehr frühen Jahren notwendig wären. „Die Kinder psychisch Kranker kommen erst dann in den Blick, wenn sie selbst bereits hoch belastet sind und einer intensiven Jugendhilfemaßnahme und/ oder einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung bedürfen“ (Krumm et al., S.80, 2005). Knuf zieht aus der mangelnden Inanspruchnahme der Hilfen das Fazit, dass „viele dieser Kinder […] nie eine psychiatrische Behandlung benötigt [hätten], wenn ihnen und ihren Eltern rechtzeitig geholfen worden wäre“ (Knuf, S.37, 2000).

4.1.3 Exkurs: Kindeswohlgefährdendes Elternverhalten bei psychisch erkrankten Eltern

Wie groß die Relevanz des Themas „Kinder psychisch kranker Eltern“ im Bereich des kindeswohlgefährdenden Elternverhaltens ist, zeigen verschiedene Erhebungen. So hat „im Jugendamt […] jedes zehnte Kind, das Jugendhilfe nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz bekommt, eine Mutter oder einen Vater mit einer psychischen Störung oder Erkrankung. Familienrichter haben in einem Viertel aller Sorgerechtsverfahren mit psychisch kranken Eltern zu tun“ (Gehrmann et al., S.51, 2009). „Zur körperlichen Misshandlung von Kindern lässt sich zunächst feststellen, dass ein Drittel der Mütter, die ihr Kind töteten, psychisch schwer erkrankt sind. […] Misshandelnde Mütter leiden oft an Depressionen, Angststörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenien, während misshandelnde Väter besonders häufig die Diagnose einer antisozialen Persönlichkeitsstörung aufweisen“ (Klein & Jungbauer, S.163, 2010). Kinder von persönlichkeitsgestörten Müttern und Vätern scheinen insgesamt in einem hohen Maße gefährdet zu sein, von diesen misshandelt zu werden, wogegen vieles darauf hin deutet, „dass psychotisch erkrankte Eltern ihre Kinder nicht häufiger misshandeln als andere Patientengruppen. Es kann allerdings im Rahmen von Wahnvorstellungen bei floriden Psychosen zu Misshandlungen kommen“ (Lenz, S.22, 2008a). Persönlichkeitsgestörte Elternteile mit weniger schwerwiegenden psychischen Krankheiten zeigen ein höheres Misshandlungsrisiko, wenn jugendliches Alter, schwierige Lebensbedingungen, schlechte Kindheitserfahrungen und Sucht hinzukommen. Das Risiko der Misshandlung steigt zudem an, wenn bei beiden Elternteilen psychische Erkrankungen vorliegen (Deneke, 2005) und soziale Unterstützung fehlt bzw. nicht mobilisiert werden kann (Lenz, 2008a).

Schwerer zu erfassen als Formen der Vernachlässigung, der körperlichen Misshandlung und des Missbrauchs ist die psychische Misshandlung, die „die häufigste Form der Kindesmisshandlung in Familien mit psychisch kranken Eltern ist und womöglich sogar besonders gravierende Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder hat“ (Lenz, S.23, 2008a). Unter psychischer Misshandlung werden „chronische qualitativ und quantitativ ungeeignete und unzureichende, inadäquate Handlungen und Beziehungsformen von Sorgeberechtigten zu Kindern [verstanden]. Dem Kind wird zu verstehen gegeben, es sei wertlos, mit Fehlern behaftet, ungeliebt, ungewollt, gefährdet oder nur dazu nützlich, die Bedürfnisse anderer Menschen zu erfüllen. Psychische Misshandlung kann sich eher laut zeigen, etwa in offener Ablehnung des Kindes oder eher leise und subtil z.B. in der Zuschreibung bestimmter Eigenschaften“ (Maihorn & Ellesat, S.45 f., 2009). Diese Form der psychischen Misshandlung ist bei psychisch

erkrankten Eltern von besonderer Relevanz, da der erkrankte Elternteil immer wieder emotional nicht erreichbar ist, zum Teil zurückweisend, aggressiv, feindselig und unberechenbar reagiert. „Wird das Kind beispielsweise durchgehend als Last, als böse und wertlos gesehen und behandelt, wie es bei schweren Depressionen und paranoiden Psychosen der Eltern vorkommen kann […]“ (Lenz, S.23, 2008a) und „die intuitiven Verhaltensweisen und die selbstreflexive Funktion der Eltern so beeinträchtigt, dass Misshandlung und Vernachlässigung möglich sind, dass ein pathologischer Interaktionsstil vorherrscht und eine rigide Rollenzuschreibung die Kinder in der Entfaltung ihrer eigenen Persönlichkeit behindert“ (Deneke, S. 150, 2005), hat dies schwerwiegende Folgen für die seelische Entwicklung der Kinder[4].

Trotz dieses erhöhten Risikos der Vernachlässigung, die für jüngere Kinder oftmals gravierendere Auswirkungen hat als für ältere (Wagenblass, 2012), des Missbrauchs und der Misshandlung, gilt selbstverständlich auch für psychisch erkrankte Eltern das im Grundgesetz verankerte Recht (Schone, S.129, 2008): „Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht“ (Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG). Doch „in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil kann es - wie bei Familien in anders gelagerten Problemlagen auch - zu Situationen kommen, die das Kind bzw. seine weitere Entwicklung gefährden können. Bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung ist dann ein Handeln entsprechend des Schutzauftrages erforderlich. Zentrale fachliche Standards des Handelns wurden mit der Einführung des § 8a SGB VIII konkretisiert“ (Schmutz, S.107, 2010). Dieser legt fest, dass eine Risiko- bzw. Gefährdungseinschätzung im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte unter Einbeziehung eines im Kinderschutz spezialisierten Mitarbeiters geschehen muss. Die Fachkräfte müssen die Einschätzungen der Eltern und Kinder hinzuziehen und auf eine Inanspruchnahme professioneller Hilfen hinwirken. Die Frage, ob und in wie weit die Eltern selbst die Gefahr abwenden können, steht dabei im Vordergrund, um eine Herausnahme des Kindes aus der Familie nach Möglichkeit zu vermeiden, denn „kindschaftsrechtliche Entscheidungen erfordern es, den Fokus von der psychiatrischen Diagnose abzuziehen und ihn auf die anderen Lebens- und Bedeutungsbereiche zu richten, also mehr Aufmerksamkeit den Fragen der Lebensziele und den individuellen und/ oder der familiären Lebensentwürfe im Kontext der psychischen Erkrankung eines Elternteils zu widmen. [Somit müssen] psychiatrische Diagnosen ihren engen Erkenntnis- und Bedeutungsrahmen weit überschreiten […], wenn sie in kindschaftsrechtlicher

[4] Somit kann auch die in den folgenden Ausführungen zu den subjektiven Belastungen beschriebene Parentifizierung als Form der psychischen Misshandlung gesehen werden, wenn sie über das altersangemessene Maß der Aufgaben hinausgeht und die Kinder keine Bestätigung in ihrem Handeln erfahren.

Hinsicht als Rechtfertigungsgrund für Eingriffe in die Eltern-Kind-Beziehung herangezogen werden sollen. Die psychiatrische Krankheitsdiagnose als eine Aussage über eine Störung einer Person sagt wenig über deren Selbstbild und über die Bewältigung ihrer Krankheitssymptome und -folgen, und sie sagt meistens nichts aus über die Auswirkungen und Bewältigungsformen der psychischen Erkrankung im familiären und sozialen Umfeld“ (Lazarus, S.24, 2003). Zu diesem Fazit kommen auch Wagenblass und Schone (2001), die resümieren, dass das Kind seinen psychisch erkrankten Elternteil sowohl in gesunden als auch in kranken Phasen erlebt, und somit die Frage nach der Ausübung des Sorgerechtes nicht an das Faktum einer psychischen Erkrankung, sondern vielmehr an das konkrete Verhalten zu bestimmten Zeitpunkten und die damit verbundene Gewährleistung des Kindeswohls gekoppelt werden muss (Wagenblass & Schone, 2001).

4.2 Subjektive Belastungsfaktoren

4.2.1 Tabuisierung der elterlichen Erkrankung

„Psychische Erkrankungen sind tabuisierte Erkrankungen“ (Wagenblass & Schone, S.587, 2001), denn „in den Familien herrscht ein Rede- bzw. Kommunikationsverbot, nach außen über die psychische Erkrankung und deren Auswirkungen auf das familiäre Zusammenleben zu sprechen“ (Lenz, S.6, 2010a).

Wie stark die Tabuisierung innerhalb der Familien verbreitet ist, zeigt sich in der Erhebung von Lenz (2005). 37% der befragten Patientinnen und Patienten, die Eltern minderjähriger Kinder waren, „meinten, dass ihre Kinder über kein ausreichendes Wissen über die Krankheit und Behandlung verfügen. Bezogen auf die Diagnosegruppen zeigte sich, dass Kinder von depressiv erkrankten Eltern am besten informiert waren (ca. 74%). In der Gruppe der Psychosen betrug der Anteil ca. 57%, während in der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen und Neurosen ca. die Hälfte der Kinder informiert war“ (Lenz, S.44, 2005). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Bohus et al. (1998). Bei einer Befragung der stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten bezüglich des Informationsgrades ihrer Kinder über die elterliche Erkrankung konnte festgestellt werden, dass 80% der Kinder wissen, dass sich ihr Elternteil in einer stationären Behandlung befindet. Dass es sich hierbei um einen Aufenthalt auf Grund einer psychischen Erkrankung handelt, wissen jedoch nur 35%. Viele Kinder sind demnach nicht darüber informiert, um welche Art der Erkrankung es sich handelt, was also den Grund für den Klinikaufenthalt des Elternteils darstellt. Bei dem

Informationsgrad zeigt sich auch in dieser Erhebung ein diagnosespezifischer Unterschied: Erneut sind die Kinder affektiv erkrankter Eltern am besten über die Erkrankung und die Behandlung informiert. Hier konnte ein Anteil von 76% der Kinder festgestellt werden, die über den Grund der stationären Behandlung wussten. Kinder, deren Eltern an einer schizophrenen Störung leiden, wissen nur zu 25% über die Erkrankung des Elternteils. In den übrigen Diagnosegruppen ist ca. die Hälfte der Kinder über die Krankheit informiert (Bohus et al., 1998). Die höheren Aufklärungsraten bei der Gruppe der Kinder depressiv erkrankter Eltern könnten sich vermutlich daraus erklären lassen, dass das Krankheitsbild der Depression leichter beschrieben werden kann, indem Begriffe wie „müde", „traurig", etc. genutzt werden, während sich andere Krankheitsbilder, wie emotional instabile Persönlichkeitsstörungen oder Schizophrenie schwieriger im Gespräch darstellen lassen[5].

Unabhängig der elterlichen Diagnosen und bezogen auf die Altersspannen der Kinder und Jugendlichen kommt Knuf (2000) zu folgendem Ergebnis: „Bei den Elf- bis Vierzehnjährigen sind es immer noch mehr als 50 Prozent, und sogar bei den Jugendlichen zwischen 15 und 18 ist einer von vieren immer noch nicht aufgeklärt worden" (Knuf, S.37, 2000).

Ängste der Eltern als Ursache der Tabuisierung

Die Ursache für die geringe Aufklärung der Kinder über die elterliche Erkrankung ist in den Ängsten sowohl des erkrankten als auch des gesunden Elternteils zu finden: Oftmals besteht die Angst, die Kinder durch die Informationen zu sehr zu belasten, indem sie das erhaltene Wissen nicht verarbeiten können und auf Grund dieser Überforderung in ihrer Entwicklung beeinträchtigt werden (Lenz, 2010a). Die Tabuisierung ist somit eine Konsequenz aus elterlicher Schutzhaltung und Sorge gegenüber ihren Kindern und somit „eine Folge falsch verstandener Rücksichtnahme" (Wagenblass, S.26, 2003). Viele Eltern „fühlen sich selber überfordert, ihren Kindern das Thema Krankheit im Gespräch näher zu bringen und haben Angst zu viel, zu wenig oder das Falsche zu sagen oder von den eigenen Gefühlen überwältigt zu werden" (Lenz, S.192, 2010a) und so die Kinder in dieser Situation mit der eigenen Hilflosigkeit der Mutter bzw. des Vaters zu konfrontieren. Insbesondere bei den gesunden Elternteilen zeigt sich Angst davor, dass sich die Kinder vom erkrankten Elternteil zurückziehen könnten, wenn sie detaillierteres Wissen über die Erkrankung

[5] Dies zeigt sich auch in den Veröffentlichungen kindgerechter Psychoedukationsmaterialien, die häufig die elterliche Depression thematisieren, wie „Sonnige Traurigtage" (Homeier, 2006), „Mamas Monster" (Mosch, 2008) oder „Warum ist Mama traurig?" (Wunderer, 2010), während nur in wenigen Materialien, die zudem später veröffentlicht wurden, andere Erkrankungsbilder erläutert werden, wie in „Mama, Mia und das Schleuderprogramm" - Kindern Borderline erklären (Tilly & Offermann, 2012).

erhalten, ihn in seiner Rolle als Mutter bzw. Vater nicht weiter akzeptieren oder den Betroffenen sogar verachten. Die Angst vor dem Verlust der Elternrolle ist somit ein entscheidender Hinderungsgrund für eine offene Kommunikation (Lenz & Brockmann, 2012). Des Weiteren sehen sich einige Eltern darin überfordert, den Kindern die Krankheit altersgerecht nahe zu bringen und auf eventuelle Fragen selbst keine Antworten geben zu können, denn „mitunter fällt es psychisch kranken Eltern schwer, sich in die Erlebniswelt und Bedürfnisse ihrer Kinder einzufühlen. Bei einigen Erkrankungen steht eine verminderte Empathiefähigkeit insbesondere in akuten Krankheitsphasen im Vordergrund. Einige Eltern haben konkrete Sorgen, inwieweit Kinder mit bestimmten elterlichen Symptomen umgehen können (z.B. Selbstverletzungen in Zusammenhang mit Borderline-Erkrankungen). Diese Themen sind den Eltern peinlich und werden daher in der Kommunikation mit dem Kind gemieden“ (Lenz, S.193, 2010a). Darüber hinaus besteht die Angst vor den Auswirkungen ausgehend von dem sozialen Umfeld des Kindes und der Familie, wenn Außenstehende von der Erkrankung erfahren. Die Kinder sollen „vor möglichen Vorurteilen und Stigmatisierungen sowie Ablehnung und Ausgrenzung durch das soziale Umfeld geschützt werden“ (Lenz, S. 32, 2008a).

Dass diese Ängste bei vielen betroffenen Elternteilen vorherrschen, wird aus der Erhebung von Lenz (2005) deutlich. So nannten 53% der befragten Patienten als Grund für die Tabuisierung der eigenen Erkrankung gegenüber ihren Kindern die zu hohe damit einhergehende Belastung, 24% sahen sich selbst damit überfordert und 23% der Mütter bzw. Väter sahen in dem zu geringen Alter des Kindes einen Hinderungsgrund. Im Hinblick auf die Diagnosegruppen ist hervorzuheben, dass die Befürchtung der übermäßigen Belastung der Kinder durch die Informationsvermittlung von depressiv erkrankten Elternteilen am häufigsten genannt wurde. Dies ist zunächst verwunderlich, da die Kinder depressiv erkrankter Eltern, wie oben angeführt, am häufigsten über die Erkrankung aufgeklärt sind. Eine mögliche Erklärung kann in der erhöhten Belastungswahrnehmung depressiv erkrankter Patienten gesehen werden. Sie nehmen sowohl die eigenen Belastungen als auch die der Kinder sehr genau wahr und sind sensibel für Auffälligkeiten, die auf eine Störung der Kinder hinweisen könnten. Durch die Krankheitsaufklärung möchten sie die von ihnen wahrgenommene Überlastung sowie das Erkrankungsrisiko der Kinder reduzieren.

Folgen der Tabuisierung für den Lebensalltag der Kinder und Jugendlichen

Unwissenheit der Kinder

Die Ängste der Eltern führen dazu, dass weder innerhalb der Familie noch mit außenstehenden Personen über die elterliche Erkrankung gesprochen werden darf, was durch ein Schweigegebot zum Ausdruck gebracht wird. Dieses Schweigegebot erhalten die Kinder explizit mit der konkreten Aufforderung, nicht mit anderen Personen über die familiäre Situation zu sprechen, oder implizit (Brockmann & Lenz, 2011), denn sie bemerken, dass über das Verhalten des Elternteils und die damit verbundenen familiären Veränderungen weder auf Elternebene noch auf Eltern-Kind-Ebene gesprochen wird, dies also ein Themenbereich ist, der nicht angesprochen werden darf (Lenz, 2008a). Trauen sie sich in einigen Fällen doch, Fragen zu stellen, so bemerken sie schnell, dass sie entweder keine Antworten bekommen oder ihren Fragen ausgewichen wird. Die Kinder sehen also am Kommunikationsverhalten der Eltern, dass offene Gespräche über die Veränderungen im Familienalltag nicht geführt werden dürfen (Lenz, 2005). Sie spüren, dass der Themenbereich angst- und schambesetzt ist und schweigen daher instinktiv (Knuf, 2000). Durch dieses Schweigegebot gewinnt „die psychische Erkrankung […] den Charakter eines geteilten Familiengeheimnisses“ (Lenz, S.6, 2010a), denn „alle Familienmitglieder wissen um die Krankheit, von der die Außenwelt nichts oder zumindest möglichst wenig erfahren darf“ (Lenz, S.33, 2008). Die innerfamiliäre Tabuisierung führt dazu, dass die Kinder sich verschließen und Fragen und Ängste nicht anzusprechen wagen (Wagenblass, 2003). Insbesondere dieses „Nicht-fragen-dürfen“ belastet die Kinder schwer, denn sie beobachten das Verhalten von Mutter bzw. Vater sehr genau und entwickeln im Zusammenleben mit ihrem psychisch erkrankten Elternteil eine sehr feine Wahrnehmung (Sollberger et al., 2008). Selbst kleine Kinder können den Unterschied zwischen akuten und relativ stabilen Krankheitsphasen gut unterscheiden und bemerken schnell, wenn es dem betroffenen Elternteil schlechter geht oder sich sogar neue Krankheitsphasen andeuten. In der Studie von Lenz (2005) zeigte sich, dass die Kinder und Jugendlichen, die mit einem psychisch erkrankten Elternteil zusammenleben, Frühwarnzeichen im Zusammenleben identifiziert haben und ihre Wahrnehmung und ihr Verhalten darauf ausrichten: Als Frühwarnzeichen wurden zum einen Veränderungen in der Affektivität genannt, also beispielsweise vermehrtes Grübeln, Überängstlichkeit und anklammerndes Verhalten oder gesteigerte Unruhe und Gereiztheit, und zum anderen die Auswirkungen auf das Familienleben. So berichten die Kinder und Jugendlichen in der Studie davon, dass der betroffene Elternteil Aufgaben im Haushalt und für die Familie nicht mehr wahrnehmen kann und sie zum Beispiel zu spät und unversorgt zur Schule kommen. Nehmen die Kinder die für sich

selbst identifizierten Warnzeichen wahr, passen sie ihr Verhalten darauf an: Forderungen werden weniger gestellt, Aufgaben übernommen und das eigene Freizeitverhalten eingeschränkt (Lenz, 2005). Über ihre Beobachtungen der Verhaltens- bzw. Alltagsveränderungen äußern sich die Kinder dennoch nicht, Fragen wagen sie aus Rücksicht gegenüber den Eltern, eigener Unsicherheit und Ängsten nicht zu stellen (Lenz, 2010a).

Die Kinder suchen das Gespräch mit den Eltern nicht, obwohl sie ein großes Bedürfnis nach Antworten und Informationen empfinden. Dies bezieht sich nach Lenz (2010a) auf den Umgang mit dem betroffenen Elternteil im familiären Alltag, zum Beispiel, wie die erkrankte Mutter bzw. der erkrankte Vater unterstützt werden können oder ob sich die Kinder gegenüber dem Elternteil anders verhalten sollten, ebenso auf mögliche Veränderungen im Familienleben insbesondere im Hinblick auf den eigenen Alltag. Dazu gehört etwa die Frage, wer sich um die Kinder kümmert, wenn es dem Betroffenen schlechter geht und ob sie weiterhin eigenen Interessen und Freizeitaktivitäten, wie gemeinsamen Unternehmungen mit Freunden, nachgehen dürfen. Kinder stellen sich auch Fragen zu den Krankheitsursachen, wobei hier nicht der biologisch-physiologische Aspekt im Vordergrund steht, sondern die für die Kinder sehr zentrale Frage nach der eigenen Schuld an der elterlichen Erkrankung. Des Weiteren nennen die Kinder den Wunsch nach Informationen zu den Unterschieden zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten und –verläufen. Im Jugendalter kommen zudem Fragen zu den Erbeinflüssen hinzu, also die Sorge, dass sie selbst oder Geschwister einmal erkranken werden (Lenz, 2010a). Durch die innerfamiliäre Tabuisierung werden diese Fragen nicht gestellt und die Kinder können sich die Veränderungen im Verhalten und Erleben des Elternteils nicht erklären, so dass es zu individuellen Krankheitstheorien der Kinder kommt.

Subjektive Krankheitstheorien

„Die innerfamiliären Tabuisierungen und Schweigegebote führen dazu, dass Kinder und Jugendliche meist nur über ein diffuses Wissen über die psychische Krankheit ihrer Eltern verfügen. Dieses diffuse Wissen gestattet ihnen kein oder allenfalls wenig Verständnis für den Zustand ihrer Mutter oder ihres Vaters. […] Die Folge dieser Tabuisierung ist, dass die Kinder auf eigene Vermutungen und Annahmen über die Krankheit angewiesen sind und mit belastenden - oftmals sogar quälenden - Fragen alleine bleiben“ (Lenz, S.186, 2010a). Wissenslücken durch fehlende Informationen werden daraufhin mit eigenen Erklärungstheorien und Fantasien gefüllt. Diese eige-

nen Erklärungen entsprechen jedoch oftmals nicht der Realität, sondern sind in aller Regel beängstigender als die reale Situation (Wunderer, 2008).

In der Interviewstudie von Lenz konnten verschiedene Erklärungsmuster der Kinder und Jugendlichen herausgearbeitet werden (Lenz, 2005, 2014):

- **Psychosoziale Belastung**

  Viele Kinder und Jugendliche vermuten eine starke psychosoziale Belastung des betroffenen Elternteils als Ursache der Erkrankung. „Am häufigsten wird eine allgemeine Überforderung und Überlastung der Mutter durch die vielfältigen Aufgaben im Haushalt und in der Familie, durch die Versorgung der Kinder und durch die zusätzlichen Belastungen, die mit der Betreuung kleinerer Geschwister einher gehen, als Ursache für das Entstehen der Krankheit genannt“ (Lenz, S.100f., 2005), wobei diese Annahmen immer mit der Schuldfrage in Bezug auf die eigene Person genannt werden. Die Kinder „fühlen sich schuldig als Mitverursacher der Erkrankung, weil sie und die Geschwister - obwohl sie die Belastungen wahrgenommen haben - die Mutter nicht bzw. nicht ausreichend unterstützt bzw. sich nicht in dem Ausmaß um sie gekümmert haben, wie es aus ihrer Sicht eigentlich notwendig gewesen wäre“ (Lenz, S.101, 2005). Durch die eigenen Schuldzuschreibungen sehen sich die Kinder und Jugendlichen in besonderer Verpflichtung, der Familie zu helfen, indem sie den Elternteil entlasten, Aufgaben übernehmen und ihr Verhalten an die Bedürfnisse und Wünsche der erkrankten Mutter oder des Vaters anpassen. So werden eigene Sorgen oder persönlich belastende Situationen nicht angesprochen und die eigenen Affekte stark kontrolliert, um den Elternteil nicht zusätzlich zu belasten, Die Kinder und Jugendlichen trauen sich aus Angst, eine Verschlechterung des psychischen Zustandes herbeizuführen, nicht, Wut und Ärger zu zeigen oder anzusprechen (Wunderer, 2008).

- **Biologisch-somatische Ursachen**

  Des Weiteren werden biologisch–somatische Erklärungsmuster herangezogen, indem psychische Veränderungen als somatische Beschwerden wahrgenommen und dabei oftmals an Körperteile geknüpft werden. Die Verbindung zu einem schmerzenden Rücken erleichtert es insbesondere jüngeren Kindern, die unverständlichen psychischen Auffälligkeiten mit etwas vertrauteren, greifbaren Symptomen, die klar zu erkennen bzw. erklären sind, zu verstehen. Einige ältere Kinder sehen hirnorganisch-physiologische Veränderungen als Ursache der Erkrankung (Lenz, 2005). Gleichzeitig bedeutet dies aber auch, dass die Kinder in der Hoff-

nung leben, dass durch medizinische Eingriffe oder intensive Schonung des erkrankten Körperteils der gesundheitliche Zustand verbessert werden kann.

- **Genetische Vorbelastung**

„Die Frage nach der Bedeutung der Vererbung stellt sich zumindest am Rande für alle Jugendlichen, die sich mit der Möglichkeit der eignen Erkrankung auseinandersetzen“ (Lenz, S.102, 2005). Insbesondere wenn Jugendliche um eine vermehrte Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten in der Großelterngeneration oder bei Familienverwandten wissen, sehen sie sich selbst bzw. ihre Geschwister dem Risiko der eigenen Erkrankung ausgesetzt (Gutmann, 2008).

- **Psychologische Belastungsfaktoren**

Jugendliche Studienteilnehmer erklären sich die Erkrankung des Elternteils mit psychologischen Theorien. Sie führen die Entstehung der Krankheit sowohl auf belastende teils traumatische Kindheitserfahrungen des Elternteils, wie Missbrauchserfahrungen, stetige innerfamiliäre Konflikte oder mangelnde Zuwendung in der Kindheit, als auch auf Persönlichkeitsmerkmale, wie Perfektionismus oder Verschlossenheit, zurück (Lenz, 2014).

„Auffällig ist, dass die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen immer nur einen Grund für das Entstehen der Erkrankung nennt. Selbst die Jugendlichen besitzen also eine relativ eindimensionale Vorstellung von der Verursachung einer psychischen Krankheit“ (Lenz, S.103, 2005) und führen dies nicht auf die Komplexität mehrerer verursachender Faktoren zurück.

Auf Grund der Tabuisierung können die subjektiven Krankheitstheorien und offenen Fragen nicht besprochen, beantwortet, relativiert bzw. erweitert werden. Dies wäre vor allem vor dem Hintergrund von großer Relevanz, dass diese Krankheitstheorien oftmals beängstigende und für die Kinder und Jugendlichen alltagseinschränkende Inhalte haben. So führt die Vorstellung, Schuld an der elterlichen Erkrankung zu tragen und durch Überlastung des Elternteils einen Krankheitsausbruch herbeizuführen, dazu, dass die Kinder und Jugendlichen ihr Verhalten bzw. die Gestaltung ihres Alltages auf die Unterstützung des Elternteils ausrichten: Kontakte zu Freunden werden reduziert, Aufgaben im Haushalt über das angemessene Maß hinaus übernommen und Wut und Ärger zum Schutz des erkrankten Elternteils nicht gezeigt (Lenz, 2010a). Die Annahme der Vererbbarkeit der psychischen Krankheit und die damit verbundene Angst, selbst einmal psychisch zu erkranken, führen dazu, dass das eigene Verhalten sehr kritisch beobachtet wird. „Ähnlichkeiten mit dem erkrankten El-

ternteil in Gesten, Reaktionen oder Gedankengängen werden dabei als Bedrohung erlebt und schnell als erste Krankheitszeichen bewertet“ (Lenz, S.33, 2008a).

Diese Krankheitstheorien fördern eine Tabuisierung von Seiten der Kinder, denn sie befürchten, dass in einem Gespräch über die familiäre Situation ihre Fragen nach einem eigenen Verschulden der Krankheit oder der Entwicklung einer eigenen psychischen Erkrankung bejaht werden könnten und ihre Vermutungen zur Gewissheit werden. Aus Angst vor den Antworten vermitteln sie ihrerseits den Eindruck, nichts Näheres über die Erkrankung erfahren oder offene Gespräche führen zu wollen. „In dem scheinbaren Nicht-wissen-wollen drückt sich diese Ambivalenz aus, in der die Kinder nicht selten allein und unverstanden gefangen bleiben“ (Lenz, S.32, 2008a), denn der Wunsch nach Normalität im familiären Alltag und die gleichzeitige Angst vor genauen Informationen stehen im Gegensatz zu dem großen Bedürfnis nach Thematisierung, Informationen und dem Wunsch, Fragen stellen zu dürfen.

Loyalitätsspaltungen

Die Tabuisierung birgt die große Gefahr, dass es neben den subjektiven Krankheitstheorien zu Loyalitätsspaltungen kommt. Diese beziehen sich vornehmlich auf den Kontakt zu familienexternen Personen und zeigen sich insbesondere in der Diskrepanz zwischen dem Zusammenhalt der Familie einerseits und dem gleichzeitigen Wunsch nach Zugehörigkeit zu den eigenen Peers andererseits (Wiegand-Grefe et al., 2011c), denn eine altersentsprechende Relativierung und Integration von Emotionen wie Angst, Schuld oder Scham scheint „nicht nur für die psychische Entwicklung, sondern für die Aufrechterhaltung der sozialen Integration in der Gruppe der Gleichaltrigen von erheblicher Bedeutung“ (Bohus et al., S.137, 1998) zu sein. „Um den Zwiespalt zwischen Loyalität und Distanzierung abzumildern, verschweigen die Jugendlichen ihren Freunden gegenüber Sorgen, Ängste und Probleme, die im Zusammenhang mit der elterlichen Erkrankung stehen […]“ (Lenz, S.121, 2005), denn „eine offene Kommunikation gilt dann als Verrat an der Familie“ (Gehrmann et al., S.52, 2009). Die Kinder haben deshalb „häufig das Gefühl, ihre Erfahrungen verbergen oder verleugnen zu müssen, um sich selbst oder ihre Eltern davor zu schützen, abgelehnt oder moralisch verurteilt zu werden“ (Trepte, S.81f., 2008).

4.2.2 Soziale Isolation

Die fehlende Unterstützung durch familienexterne Personen und der sich daraus ergebende Anspruch, in jeder Situation auf sich allein gestellt sein zu müssen, wird als

sehr hoher Belastungsfaktor empfunden (Könnecke et al., 2005). Die Gründe für die familiäre soziale Isolation liegen nach Lenz (2005) in folgenden Aspekten:

1. Tabuisierung der Krankheit in der Familie
2. Rede-und Kommunikationsverbot
3. Schamgefühle
4. Angst vor Ablehnung und sozialer Ausgrenzung
5. Stigmatisierung und Abwertung

Die oben angeführte Tabuisierung der elterlichen Erkrankung und das damit einhergehende implizite oder explizit ausgesprochene Redeverbot führen zu einem sozialen Rückzug der Familie, denn Gespräche mit familienexternen Personen stellen eine Gefahr für das Familiengeheimnis dar (Gehrmann et al., 2009). Hinzu kommt, dass insbesondere jüngere Kinder oftmals keine Worte und Beschreibungen finden können, mit denen sie die elterlichen Verhaltensweisen einer außenstehenden Person angemessen beschreiben können. „Da in der Familie nicht offen über die Krankheit gesprochen wird, fehlen den Kindern häufig einfach die passenden Worte. Das Schweigen und Verheimlichen ist daher nicht selten auch ein Ausdruck ihrer Sprachlosigkeit in Bezug auf die elterliche Erkrankung“ (Lenz, S. 120, 2005). Beeinflusst werden der Aufbau und die Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen zudem von Schamgefühlen der Kinder. Sie vermeiden den Kontakt von Freunden mit dem betroffenen Elternteil, indem sie beispielsweise andere Kinder nicht nach Hause einladen, um zu umgehen, dass Freunde und Bekannte das oftmals befremdliche, auffällige und bizarre Verhalten des Elternteils miterleben. Neben der Scham, die die Kinder in der Situation für die Mutter oder den Vater empfänden, könnte der Kontakt von Freunden zu dem erkrankten Elternteil eine Ausgrenzung aus der Peergroup oder Stigmatisierung durch diese zur Folge haben. „Mit Stigmatisierung und Entwertung ihres kranken Elternteils und der ganzen Familie sind vor allem auch Jugendliche konfrontiert. Psychische Krankheit steht in der Öffentlichkeit häufig immer noch für Unberechenbarkeit, Geisteskrankheit und Schwachsinn. Manche Jugendliche müssen deshalb selbst im engen Freundeskreis versteckt oder offen mit abwertenden Kommentaren und Bemerkungen über die kranke Mutter oder den kranken Vater rechnen. Sie fühlen sich dadurch verletzt, erniedrigt und ausgegrenzt […]“ (Lenz, S.121, 2005). Die soziale Isolation kann somit nicht nur als eine Schutzfunktion für das Familiengeheimnis, sondern auch als Schutz vor peinlichen und beschämenden Situationen und den damit verbundenen Konsequenzen gesehen werden. Die Vermeidung von sozialen Kontakten führt dazu, dass die Familie insgesamt und die Kin-

der im Besonderen nur gering ausgeprägte Netzwerkbeziehungen besitzen oder der Bezug zu engen Vertrauten gar nicht gegeben ist. „Oft fehlen zuverlässige und vertrauensvolle soziale Beziehungen, die in der belastenden Familiensituation für die Kinder eine ausgleichende und normalisierende Funktion übernehmen könnten. Die Kinder wissen nicht, an wen sie sich mit ihren Problemen wenden können, und haben niemanden, mit dem sie darüber sprechen können, [denn] häufig gelingt es ihnen nicht, die Scham- und Schuldgefühle sowie das familiäre Schweigegebot zu überwinden und den Schritt nach außen zu wagen“ (Lenz & Kuhn, S.271, 2011).

Hinzu kommt, dass die vielfach übernommenen Verantwortungen im familiären Alltag eine Orientierung und aktive Teilnahme an sozialen Beziehungen nahezu unmöglich machen, denn „die Kinder finden oftmals weder innerlich noch äußerlich einen Freiraum, der für den Aufbau und die Aufrechterhaltung von sozialen Beziehungen notwendig ist. Sie fühlen sich vielmehr zu Hause unentbehrlich und können sich meist nicht von der Angst befreien, dass ohne ihre Anwesenheit und Hilfe der labile Zustand innerhalb der Familie zusammenbrechen und vielleicht sogar etwas Schlimmes passieren könnte. Außerfamiliäre Kontakte und Aktivitäten werden auf diese Weise zu Nebenschauplätzen im Leben der Kinder“ (Lenz, S.157, 2010a). In Studien konnte zwar belegt werden, dass kleine Netzwerke sehr wohl vorhanden sind, diese aber aus sehr oberflächlichen Beziehungen bestehen und die Kinder keine Möglichkeiten sehen, sich dieses Netzwerk zu ihrer Unterstützung zu Nutze zu machen (Kuhn & Lenz, 2008). Daher tragen die Kinder ihre Probleme „nicht nach außen, sondern versuchen, diese ohne Unterstützung ihrer sozialen Umwelt zu lösen. Diese nach innen gerichtete Verarbeitung lässt die Kinder häufig nach außen als unauffällig erscheinen und verstärkt somit die Nichtreaktion der Umwelt“ (Wagenblass, S.27, 2003). Kommt es zu Beziehungsangeboten aus dem nahen sozialen Umfeld der Familie (Lenz & Kuhn, 2011) oder Gesprächsangeboten von Lehrern und Schulsozialarbeitern (Habers et al., 2010) werden diese oftmals auf Grund der Scham- und Angstgefühle abgelehnt.

4.2.3 Parentifizierung

Die Kinder empfinden vor allem in akuten Krankheitsphasen ihrer Eltern Angst, Verunsicherung, Ratlosigkeit, Verzweiflung, Unruhe und Überforderung und begegnen der wahrgenommenen Unkontrollierbarkeit und Unberechenbarkeit mit Versuchen der Verantwortungsübernahme für die Eltern (Kuhn & Lenz, 2008). Während jüngere Kinder kaum Möglichkeiten besitzen, sich den schwierigen Lebensumständen im All-

tag, wie unregelmäßigen Mahlzeiten oder unstrukturierten Tagesabläufen, zu entziehen (Lenz, 2008a), können Jugendliche sich auf Grund der größeren Selbständigkeit zumindest zeitweise von der familiären Situation distanzieren. Doch gerade an Jugendliche richten die erkrankten Elternteile gezielte Erwartungen und Aufträge, die „in ihrem Kern die Wunschvorstellung nach einer Rollenumkehr, in der die Kinder Eltern- und Partnerfunktion für ihre Eltern übernehmen“ (Lenz, S.96, 2005) beinhalten. Diese Rollenumkehr kann sowohl die familienfunktionale Ebene als auch die emotionale Ebene betreffen.

Zur familienfunktionalen, der instrumentellen Parentifizierung (Ohntrup et al., 2011) gehören die Übernahme von Verantwortung für ganze Lebensbereiche, wie Organisation des Haushaltes oder finanzielle Angelegenheiten, die Versorgung und Erziehung der jüngeren Geschwister und auch die Versorgung der erkrankten Mutter bzw. des erkrankten Vaters. So achten die Kinder beispielsweise darauf, dass der Betroffene seine Medikamente zu den vorgegebenen Zeiten einnimmt, Arzttermine einhält und soweit es möglich ist, eine Entlastung erfährt (Lenz, 2005). In Familien, in denen kein gesunder Elternteil oder eine andere nahestehende Person aus der Familie zur Unterstützung der Kinder beitragen kann oder mit dieser Situation überfordert ist, ist diese Parentifizierung besonders stark ausgeprägt (Müller, 2008).

Die emotionale Parentifizierung zeichnet sich dadurch aus, dass die Kinder eine „emotionale Stützfunktion“ (Müller, S.145, 2008) sowohl für den erkrankten als auch den gesunden Elternteil übernehmen. „Die emotionale Parentifizierung beinhaltet […], dass Eltern sich mit alters- und entwicklungsinadäquaten persönlichen Anliegen an das Kind wenden oder im Sinne eines Partnerersatzes in unangemessener Weise Liebe und Zuneigung vom Kind einfordern“ (Ohntrup et al., S.377, 2011). Insbesondere der gesunde Elternteil „[…] projiziert häufig Wunschvorstellungen auf das Kind, die in der Beziehung zum kranken Partner unerfüllt bleiben. Das Kind rutscht auf diese Weise gewissermaßen zwischen die Eltern und übernimmt eine Art `Sorgerrolle´, indem es dazu beiträgt, dass die Ehe weiter zusammenhält oder dem gesunden Elternteil die vermisste Zuwendung und Aufmerksamkeit als Gesprächspartner vermittelt wird“ (Lenz, S.96, 2005)[6].

Durch die Umkehr der Eltern-Kind-Rolle machen die Kinder und Jugendlichen einerseits die Erfahrung, „nur anerkannt zu werden, wenn man für andere da ist und sich um sie sorgt“ (Wagenblass, S.26, 2003). Andererseits, so das Ergebnis der Inter-

[6] Schier et al. (2011) weisen darauf hin, dass insbesondere die emotionale Parentifizierung Auswirkungen auf die Entwicklung einer Depression und somatoformen Schmerzen der Kinder im Erwachsenenalter hat: „Emotionale Parentifizierung stellt für beide Diagnosegruppen einen Risikofaktor dar. Während das Auftreten von Depressionen eher durch mütterliche Parentifizierung prädiziert wird, ist bei der Entwicklung von somatoformen Schmerzen auch der väterliche Einfluss relevant“ (Schier et al., S.364, 2011).

viewstudie von Lenz (2005), erleben sie, dass sie den Wünschen und Erwartungen der Eltern nie gerecht werden können und sich diese auf Grund der unerfüllten Bedürfnisse und damit verbundenen Enttäuschungen aggressiv von ihnen abwenden. „So kann die Rollenumkehr, in der die Kinder Eltern- und Partnerrolle übernommen haben, plötzlich kippen in eine Überkontrolle und Überfürsorge“ (Lenz, S.99, 2005), die den Kindern und Jugendlichen keine eigenen Freiräume mehr lässt. Zudem empfinden die Jugendlichen den stetigen Wunsch des erkrankten Elternteils nach enger Bindung und die damit verbundene Vernachlässigung eigener sozialer Kontakte als bedrängendes Klammern, Kontrolle und Einmischung in das außerfamiliäre Leben (Lenz, 2008a). Diese Wahrnehmungen lösen bei ihnen auf Grund der Schuldgefühle, die elterliche Erkrankung mit verursacht zu haben und daher den Elternteil bestmöglich unterstützen zu müssen, sowie der eigenen intensiven Einbindung in das Familiensystem mit den damit übernommenen Verantwortungen und Aufgaben „ambivalente Gefühle aus, stürzen sie in eine Ausweglosigkeit und ein Wechselbad von Schuldgefühlen, Verzweiflung und aggressiven Abgrenzungsversuchen, die eine positive Gestaltung der Beziehung zum erkrankten Elternteil sowie der Ablösung und Autonomieentwicklung ohne `Trennungsschuld` zumindest wesentlich erschweren“ (Lenz, S.96, 2005).

Dennoch soll nicht unerwähnt bleiben, dass Parentifizierung nicht per se einen Belastungsfaktor darstellen muss (Ohntrup et al., 2011). So zeigen Studien der Bewältigungsforschung[7], dass Kinder, die Verantwortung in angemessenem Umfang in diversen Lebensbereichen, wie der Versorgung jüngerer Geschwister oder der Haushaltsführung übernehmen, widerstandsfähiger gegenüber Belastungen sind und häufiger eine gesunde Entwicklung vorweisen können. „Die Tätigkeiten gaben ihnen die Fähigkeit, Bedeutung und Wert im eigenen Tun sowie Sinn und Zweck in der eigenen Existenz zu sehen […]“ (Wustmann Seiler, S.105, 2012). Zudem wird den Kindern durch die Bestätigung, die sie in ihrer zuteilgewordenen Rolle erfahren, ein Gefühl der Stärke und der Kompetenz gegeben (Wagenblass, 2003). Parentifizierung stellt dann einen Belastungsfaktor dar, wenn durch die fortwährende Rollenumkehr der kindliche Handlungs- und Erfahrungsspielraum eingeengt wird und die Kinder so in ihrer Entwicklung gehemmt werden. Ist die Rollenumkehr jedoch zeitlich begrenzt und lässt den Kindern die Möglichkeit, sich dessen zu entziehen, eigenen Interessen und Bedürfnissen nachzugehen und ausschließlich entwicklungsangemessene Aufgaben zu übernehmen, kann die Übernahme der Elternrolle auch eine stärkende Funktion innehaben (Ohntrup, 2011).

[7] Auf die Studien der Bewältigungsforschung wird im weiteren Verlauf näher eingegangen.

4.2.4 Emotionale Nicht-Verfügbarkeit des Elternteils

In der Interviewstudie von Könnecke et al. (2005) berichteten die Teilnehmer, dass sie den Verlust des emotionalen Kontaktes zum erkrankten Elternteil als stärkste Belastung erlebten. „Beim Verlust des emotionalen Kontaktes erleben die Kinder eine Störung und/ oder den Abbruch der Kommunikation zum Elternteil. Sie erfahren, dass der Vater oder die Mutter emotional nicht erreichbar ist“ (Könnecke et al., S.9, 2005). „Insbesondere in den akuten Krankheitsphasen vermissen sie oftmals Anteilnahme und Wertschätzung, ein liebevolles Interesse und Zärtlichkeiten. Sie erleben stattdessen befremdende Kühle und Abweisung im Kontakt, was dazu führen kann, dass Enttäuschung in Wut und Traurigkeit umschlägt. Es entsteht […] Traurigkeit, weil der erkrankte Elternteil nur noch unzulänglich in der Lage ist, ihre Gefühle zu erwidern und auf ihre Bedürfnisse einzugehen, weil sie sich vernachlässigt, ungerecht behandelt und ungeliebt fühlen“ (Lenz, S.88, 2005). In einigen Fällen, so führt Gutmann (2008) aus, steigert sich die emotionale Abwesenheit in eine offene emotionale Ablehnung des Kindes durch den erkrankten Elternteil, indem es zu Beleidigungen, Beschuldigungen und abwertenden Aussagen kommt. Je nach Symptomatik kann diese emotionale Ablehnung unterschiedlich schwere Ausmaße annehmen. Die Kinder fühlen sich in ihrer eigenen Person abgewertet und nicht ernst genommen und bemühen sich daher oftmals, angetrieben insbesondere durch die starken Schuldgefühle, durch eine verstärkte Anpassung an die elterlichen Wünsche und Vernachlässigung eigener Interessen und Bedürfnisse die ersehnte Anerkennung zu bekommen. Gelingt es den Kindern in einigen Situationen dennoch, ihre Wut und Trauer über die fehlende Emotionalität des Elternteils zu artikulieren, ist es diesem oftmals auf Grund der Erkrankung unmöglich, adäquat zu reagieren, was wiederum zu Vorwürfen oder Drohungen, zum Teil auch mit Androhungen eines Suizids, verbunden ist. Die Kinder lernen dadurch, ihre eigenen Gefühle zu unterdrücken und sie weder verbal noch nonverbal zum Ausdruck zu bringen (Gutmann, 2008).

4.2.5 Ent-Normalisierung des familiären Alltags

Kinder psychisch kranker Eltern wachsen „in einer Atmosphäre der Instabilität, Unberechenbarkeit und Strukturschwäche auf“ (Hipp et al., S.717, 2010). Diese Strukturschwäche zeigt sich in drei Bereichen:

1. Der erkrankte Elternteil kann die Strukturen seines Erziehungsverhaltens nicht mehr aufrechterhalten.

„Auch und gerade bei häufig abrupten Veränderungen in einer Familie leiden die elterliche Fürsorge und die Konsistenz im Erziehungsverhalten. Bei den betroffenen Eltern und Familien führen diese Stressfaktoren häufig dazu, dass sie in ihren Erziehungsfertigkeiten überfordert sind“ (Retzlaff et al., S.335, 2011). So fällt dem psychisch kranken Elternteil die Aufrechterhaltung der Alltagsroutinen, wie geregelten Schlaf- und Essenszeiten, sowie die Einforderung klarer Verhaltensregeln schwer (Müller, 2008). Grenzen, die den Kindern in stabilen Phasen gesetzt werden, werden nun diffus, inkonsequent eingefordert oder nicht mehr gesetzt, Konsequenzen auf ein Fehlverhalten können von den Kindern nicht mehr abgeschätzt werden und das elterliche Handeln wirkt willkürlich und unberechenbar. „Sie erleben ihre Eltern in unterschiedlichen Identitäten mit unterschiedlichen Verhaltensdispositionen, so dass sie keine verlässliche kausale Korrelation zwischen ihren Handlungen und den darauf folgenden Reaktionen der Eltern erkennen können“ (Hipp et al., S.717, 2010). Für die Kinder fallen somit haltgebende Strukturen im elterlichen Erziehungsstil weg (Müller, 2008).

2. Es kommt zum Verlust von familiären Alltagsstrukturen.

Kommt es zu einer erneuten Krankheitsphase, muss sich jedes einzelne Familienmitglied auf andere Alltagsstrukturen einstellen. Insbesondere, wenn der erkrankte Elternteil im Alltag die Versorgung und Betreuung der Kinder übernommen hat, geht die Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit veränderten Abläufen im Alltag der Kinder und in der Haushaltsführung einher. Die Kinder versuchen diesen Wegfall der gewohnten Strukturen durch eigenes Handeln zu kompensieren, sind damit aber häufig überfordert. Infolge dessen kommt es zu Abbrüchen oder einer unregelmäßigen Teilhabe am Vereinsleben, die Kinder kommen zum Teil verspätet oder unversorgt in die Schule oder können ihre sozialen Kontakte zu Freunden nicht weiter aufrechterhalten (Müller, 2008).

Besonders gravierend wirkt sich die Klinikeinweisung des Elternteils auf die Strukturen des Alltages aus. „Wenn der erkrankte Elternteil die Mutter ist, führt die Klinikeinweisung gerade für kleinere Kinder […] zu[r] einschneidenden Veränderung in der alltäglichen Lebenssituation. So kommt entweder eine andere Person in den Haushalt, um die Versorgung und Betreuung aufrechtzuerhalten oder die Kinder werden tageweise oder für die gesamte Zeit des Klinikaufenthalts in einer anderen Familie untergebracht“ (Lenz, S.83, 2005). Das führt dazu, dass sich die Kinder auf neue Regeln, Gewohnheiten und Erwartungshaltungen einstellen und ihr Verhalten danach ausrichten müssen.

3. Die Kinder passen den alltäglichen Ablauf an die gesundheitliche Situation des Elternteils an.

Die elterliche Erkrankung führt dazu, dass sich, insbesondere nach einem Klinikaufenthalt, in der Familie eine Atmosphäre der Schonung und Rücksichtnahme entwickelt. Die Kinder versuchen aus Angst vor einem Rückfall ihr Verhalten an die Bedürfnisse des Elternteils anzupassen und jede Form der Belastung und Kritik oder starke Gefühlsäußerungen zu vermeiden (Lenz, 2005). Somit entsteht nicht nur durch das krankheitsbedingt veränderte Verhalten des Elternteils eine Ent-Normalisierung des Alltages, sondern auch durch das veränderte, auf die Erkrankung ausgerichtete Verhalten des anderen Elternteils bzw. der Kinder, indem der familiäre Alltag fokussiert auf die Erkrankung ausgerichtet wird und diese somit den zentralen Lebensmittelpunkt der Familie einnimmt.

Die von den Kindern genannten Belastungsfaktoren sind diagnoseübergreifend, also unabhängig davon, unter welcher psychischen Erkrankung der Elternteil leidet. Dieses Ergebnis stützt eine zentrale Aussage der Rochester Longitudinal Study (Sameroff et al., 1987). In dieser Längsschnittstudie konnte aufgezeigt werden, dass nicht die elterliche Diagnose an sich den entscheidend belastenden Faktor darstellt, sondern andere Dimensionen, wie der soziale Status der Familie oder die Schwere und Chronifizierung der Erkrankung, entscheidender für die kindliche Entwicklung sind: „Social status was a more powerful risk factor than any of the mental illness measures. Among the mental illness measures, severity and chronicity of maternal disturbance were better predictors of risk than were specific diagnoses" (Sameroff et al, S.387, 1987). Zu den weiteren elterlich-familiären Dimensionen zählen die Komorbidität, Rückfallhäufigkeit und Häufigkeit und Dauer der symptomfreien Perioden sowie der Einbezug des Kindes in das Wahnsystem des Elternteils (Wiegand-Grefe et al., 2011c). Nicht die elterliche Diagnose ist somit entscheidend für das Belastungserleben der Kinder, sondern die Auswirkungen der Erkrankung auf das Erleben der Kinder und die Gestaltung ihres Alltages.

4.3 Quantitative und temporale Kumulation der Belastungsfaktoren

Die Lebenssituation der Kinder psychisch kranker Eltern zeichnet sich demnach durch das Aufwachsen unter multiplen Belastungen aus, das in den meisten Fällen das Auftreten einer psychischen Störung bei Kindern bedingt (Kölch, 2010). Entscheidend ist dabei das Zusammenwirken mehrerer Belastungsfaktoren, denn „bei der Frage nach den Auswirkungen der psychischen Erkrankung der Eltern auf die

kindliche Entwicklung ist zu beachten, dass sich das Zusammenwirken mehrerer Belastungsfaktoren besonders schwerwiegend auf die kindliche Entwicklung auswirkt, weil sich die negativen Effekte der einzelnen Belastungsfaktoren wechselseitig verstärken“ (Lenz, S.7, 2010a). Deegener und Körner (2006) betonen, dass das Zusammenwirken der einzelnen Faktoren „linear additiv, multiplikativ oder exponentiell sein“ (Deegener & Körner, S.23, 2006) kann. Insbesondere die Potenzierung der Auswirkungen bedeutet, „dass das Risiko bei Vorliegen mehrerer Risikofaktoren deutlich weiter erhöht wird, als dies bei einer Addition der Einzelrisiken zu erwarten wäre“ (Heinrichs & Lohaus, S.24, 2011). Während die Wahrscheinlichkeit des Einflusses eines einzelnen Risikofaktors auf die kindliche Gesundheit relativ gering ist, steigt das Risiko durch die Kumulation der Belastungen stark an, denn „die Auswirkungen auf das Kind sind umso gravierender, je höher die Anzahl der Risikofaktoren ist“ (Christiansen et al., S.474, 2011). „Dieser Befund legt noch den weiteren Schluss nahe, dass sich Risiken erst in Abhängigkeit von der Anwesenheit weiterer Faktoren durchsetzen“ (Lenz, S.7, 2010a).

Bezüglich der Entwicklungsrisiken, die insbesondere durch diese Kumulation der Belastungsfaktoren begünstigt werden, ist des Weiteren zu beachten, dass sie sich nicht nur negativ auf die aktuelle Entwicklungsphase, sondern auch auf zukünftige auswirken können, denn „Entwicklungsrisiken in verschiedenen Entwicklungsabschnitten sind häufig nicht unabhängig voneinander. Vielmehr kann ein Entwicklungsrisiko in einem Lebensabschnitt die Wahrscheinlichkeit, dass psychische Störungen in einem späteren Lebensabschnitt entstehen, erhöhen. So kann ein Kind mit einem schwierigen Temperament mehr Probleme haben, das eigene Verhalten zu kontrollieren. Wenn es den Eltern nicht gelingt, durch ihr Erziehungsverhalten regulierend einzugreifen, setzt sich dies bis in das Vorschul- und Schulalter fort“ (Heinrichs & Lohaus, S.23, 2011). Hier zeigen sich dann weitere aus dem schwierigen Temperament entstehende Problematiken, wie Ausgrenzung durch Andere auf Grund aggressiver Impulse, und bedingen neue Risiken, wie zum Beispiel Schulprobleme oder den Anschluss an Gruppen Gleichaltriger, die ein problematisches Verhalten fördern. Somit ist nicht allein die Quantität der Belastungsfaktoren in der jeweiligen Lebenssituation von Bedeutung, sondern auch die temporalen Aspekte, also wie lange das Kind bereits mit den Belastungen konfrontiert ist, welche Belastungsfaktoren in vorangegangenen Lebenssituationen vorhanden waren und welche Faktoren hinzugekommen sind. Zudem können die Konfrontation mit den Belastungsfaktoren und die damit einhergehenden Entwicklungsrisiken das Kind in seiner altersentsprechenden Entwicklung hemmen und eine Verzögerung der weiteren Entwicklungsschritte bedingen. Kann ein Kleinkind zum Beispiel auf Grund der mütterlichen Angststörung keine explorativen Schritte unternehmen, sich nicht von der

Mutter lösen und in Kontakt zu Gleichaltrigen treten, kann dies die weitere Entwicklung, wie den Aufbau sozialer Kompetenzen, behindern. Je früher Kinder demnach mit Belastungen konfrontiert werden und diese ihre Entwicklung beeinflussen, umso größer ist das Risiko, dass sich dies nachteilig auf den Erwerb weiterer altersentsprechender Kompetenzen auswirkt. Somit ist der temporale Aspekt der Belastungsfaktoren immer in Bezug zu den jeweiligen Entwicklungsaufgaben des Kindes zu sehen.

5 Resilienz

„Oder umgekehrt, dass ich mich eigentlich, auch wenn es manchmal anstrengend ist und nervig ist, freue, wenn er dann doch noch viel lacht trotz der Situation. Dass er sein Lachen nicht verloren hat, aber da echt ein schweres Los erwischt."

(Interview Lehrer\L.8-2: 119)

Trotz der zahlreichen Belastungsfaktoren und der genetisch bedingten erhöhten Vulnerabilität für die Ausbildung einer psychischen Störung erkranken bei weitem nicht alle Kinder psychisch kranker Eltern selbst an einer psychischen Störung, wie Rutter und Quinton bereits 1984 in einer nach wie vor vielfach zitierten Langzeitstudie belegen konnten. In dieser Studie, in der 137 Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil über einen Zeitraum von vier Jahren untersucht wurden, zeigte sich, dass ein Drittel der Kinder über den Zeitraum hinweg psychisch gesund blieben, ein weiteres Drittel kurzzeitig psychische Auffälligkeiten zeigte und ein Drittel der Kinder langfristig psychisch erkrankte: "We found that a third suffered no emotional or behavioural disturbance during the whole of the 4-year follow-up period, and a further third had purely transient psychiatric problems. Nevertheless, a third of the sons and a somewhat lower proportion of the daughters exhibited a persistent disorder" (Rutter & Quinton, S.876, 1984).

Auch in anderen Studien, die nicht explizit die Lebenssituation der Kinder psychisch erkrankter Eltern fokussieren, sondern sich mit den Entwicklungsverläufen von Kindern mit multiplen Belastungen - und somit unter anderem mit der psychischen Störung des Elternteils - befassten, konnte aufgezeigt werden, dass sich nicht alle Kinder, die unter Belastungen aufwachsen, problematisch entwickeln. Dieser Zusammenhang von problematischen Lebensverhältnissen und gesunden Entwicklungsverläufen ist Gegenstand der Resilienzforschung. Zu den Resilienzstudien[8] zählt zum einen die Kauai-Studie (Werner, 2011), eine prospektive Längsschnittstudie, in der 698 Kinder, die auf der hawaiianischen Insel Kauai im Jahr 1955 geboren wurden, wissenschaftlich begleitet wurden. Die Forscher untersuchten den Einfluss biologischer und psychosozialer Risikofaktoren, die Auswirkungen belastender Lebensereignisse sowie protektive Faktoren zur Zeit der Geburt der Kinder, unmittelbar nach der Geburt, sowie im Alter von 1, 2, 10, 18, 32 und 40 Jahren. In der Studie konnte gezeigt werden, dass „[…] sogar unter Kindern, die multiplen Stressoren ausgesetzt sind, nur eine Minorität schwere und andauernde Probleme entwickelt" (Werner, S.33, 2011). Als bedeutend für einen unproblematischen Entwicklungsverlauf sowie

[8] Die einzelnen Ergebnisse der Studien fließen in die weiteren Ausführungen zu den Schutzfaktoren ein.

den Erhalt der psychischen Gesundheit konnten schützende individuelle, familiäre und soziale Faktoren ausgemacht werden (Werner, 2011). Ebenso zeigte sich in der Mannheimer Risikokinderstudie, „wie Schutzfaktoren auf Seiten des Kindes und seines familiären Umfelds im Verlauf der Entwicklung wirksam werden und zur Entstehung von Resilienz beitragen“ (Laucht, S.111, 2012). In dieser prospektiven Längsschnittstudie wurden 384 Kinder der Jahrgänge 1986-1988 von der Geburt bis ins Erwachsenenalter begleitet. Zur Beschreibung der Entwicklungsmuster von Kindern mit frühen Belastungen sowie der Identifikation von Risiko- und Schutzfaktoren wurden im Alter der Kinder von 3 Monaten, 2, 4 ½, 8, 11 und 23 Jahren umfangreiche Erhebungen in den Familien durchgeführt (Laucht et al., 2000). Im Gegensatz zu der Kauai-Studie und der Mannheimer Risikokinderstudie befasste sich die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie mit Kindern, die in Heimen lebten und deren Entwicklung von den Erziehern trotz der belastenden Herkunftssituation als sehr positiv eingeschätzt wurde. Diese Gruppe bestand aus 66 Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren. Die Vergleichsgruppe bildeten 80 Jugendliche aus denselben Heimen, die unter ähnlichen Belastungen aufgewachsen waren, deren Entwicklung aber negativ verlaufen war. Die Gruppen wurden hinsichtlich ihrer Entwicklungsunterschiede und des Zusammenhangs zwischen spezifischen protektiven Prozessen, Risikofaktoren und Verhaltensproblemen auf der Basis von Fallkonferenzen, einem Risikoindex aus 70 Items, Erziehereinschätzungen und Selbstberichten miteinander verglichen (Lösel & Bender, 2007). Aktuellste längsschnittliche Ergebnisse zur Entwicklung psychischer Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen liefert die BELLA-Studie, ein Modul des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts. In der BELLA-Studie sollen Daten zur Prävalenzrate psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen und zur Inanspruchnahme professioneller Hilfen erhoben werden, sowie die Belastungen, mit denen die Kinder konfrontiert sind, und die Ressourcen, über die sie verfügen, analysiert werden. „Hierzu stellt sich die Frage, welche familiären, biologischen und sozialen Risiken einerseits und welche familiären, personalen und sozialen Ressourcen andererseits sich bei den Kindern bzw. Jugendlichen beobachten lassen“ (Bettge, S.216, 2005). Dazu wurden die Teilnehmer im Zeitraum zwischen 2003 und 2012 in mehreren Erhebungswellen wiederholt befragt.

Die Studien der Resilienzforschung zeigen, dass es resilienten Kindern[9] gelingt, „relativ unbeschadet mit den Folgen herausfordernder bzw. belastender Lebensum-

[9] Die Verwendung des Begriffs „resilientes Kind“ kann verwirren, da er auf eine persönliche Eigenschaft impliziert (Richter-Kornweitz, S.242, 2011). Dennoch wird im laufenden Text zu Gunsten der Lesbarkeit „resilient“ weiterhin als Adjektiv verwendet.

stände umzugehen und dafür Bewältigungskompetenzen zu entwickeln“ (Lenz & Kuhn, S.273, 2011), so dass ein Kind dann als resilient gilt, „wenn es Widerstände bzw. Schwierigkeiten überwunden und eine Bewältigungsleistung erbracht hat“ (Kaschta, S.38, 2008). Obwohl resiliente Kinder sich trotz massiver Beeinträchtigung erstaunlich positiv - im Vergleich zu denjenigen Kindern, die unter gleichen Bedingungen psychische Belastungen aufweisen - entwickeln (Kaschta, 2008), hebt Kormann hervor, dass es sich bei den resilienten Kindern keineswegs um „Superkids“ (Kormann, S.492, 2011) handelt, sondern um Kinder, die in der Lage sind, trotz belastender Lebensbedingungen Kompetenzen und positive Persönlichkeitsmerkmale auszubilden, die eine gesunde Entwicklung erwarten lassen (Kormann, 2011). Resilienz „hat von daher den Charakter einer Kompetenz, also einer psychischen Struktur“ (Wieland, S.186, 2011) und kann als „erworbene psychische Robustheit verstanden werden“ (Lenz & Kuhn, S.273, 2011). Betrachtet man Resilienz als eine erworbene Kompetenz, lässt sich schlussfolgern, dass Resilienz keine statische oder angeborene Eigenschaft und somit „kein gegebenes Persönlichkeitsmerkmal [ist], das einige Individuen besitzen und andere jedoch nicht“ (Richter-Kornweitz, S.242, 2011), sondern erlernt bzw. trainiert werden kann. Daher darf Resilienz nicht als Charaktermerkmal verstanden werden, sondern als „[…] das Endprodukt von Pufferungsprozessen, welche Risiken und belastende Ereignisse zwar nicht ausschließen, aber es dem Einzelnen ermöglichen, mit ihnen erfolgreich umzugehen“ (Werner, S. 33, 2011). Silkenbeumer (2011) weist deshalb daraufhin, dass eine Orientierung an den Resilienzkräften nicht automatisch eine Fokussierung auf Problemlösungen bedeuten darf. Da es in einigen Situationen keine Lösungen gibt, bedeutet Resilienz auch, mit unlösbaren Problemen zu leben (Silkenbeumer, 2011).

5.1 Resilienz als Wechselwirkung zwischen internalen und externalen Ressourcen

Nähert man sich dem Begriff der Resilienz unter definitorischer Sichtweise, ist er schwer zu fassen, denn „je näher man herangeht, es zu analysieren, gar festzunageln versucht, desto mehr scheint es sich zu verflüchtigen“ (Roemer, S.663, 2011). Daher sind die in der Literatur zu findenden Definitionen sowohl in ihrer Quantität als auch in ihrer inhaltlichen Ausgestaltung vielfältig. „Eine Definition von Resilienz hängt davon ab, welche Kriterien als Maßstab genommen werden. Es können externale und/ oder internale Kriterien zugrunde gelegt werden […]“ (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, S.9, 2009).

Bezogen auf die internalen Kriterien umschreiben Zander et al. (2011) Resilienz allgemein damit, die „seelische Widerstandsfähigkeit in besonders widrigen Lebensumständen unter Beweis zu stellen“ (Zander et al, S.522, 2011), während Schaub und Frank (2010) die Flexibilität einer Person fokussiert, die kennzeichnend für einen Resilienzprozess ist: „Der Begriff Resilienz […] charakterisiert die psychische Widerstandfähigkeit, auch auf schwierige Lebenssituationen flexibel zu reagieren“ (Schaub & Frank, S.862, 2010). Diese Definition beinhaltet, dass

1. die Person über eine Flexibilität verfügen muss, um sich mit den Belastungen auseinanderzusetzten, und
2. die Person reagieren muss, also selber aktiv werden muss, um diese Flexibilität in die Tat umzusetzen und sie so in der Situation nutzbar zu machen.

Hier werden internale Kriterien zugrunde gelegt, die auf die Eigenaktivität des Betroffenen abzielen, der als handelnder Akteur verstanden wird, und seine intrapersonalen Fähigkeiten dafür nutzt, den Belastungen standzuhalten.

Liebel (2011) sieht in der alleinigen Fokussierung auf die Aktivierung intrapersonaler Ressourcen die Gefahr, dass nur der Betroffene für die Bewältigung der Belastungen verantwortlich gemacht wird: „Wie jeder subjektorientierte Ansatz ist auch das Resilienzkonzept nicht davor gefeit, politisch in dem Sinne missbraucht zu werden, dass den Individuen die Verantwortung für ihre Misere zugeschoben und von ihnen erwartet wird, in eigener Verantwortung damit klar zu kommen“ (Liebel, S.552, 2011). Diese Kritik beruht auf der Annahme, dass Resilienz als ein subjektbezogener Ansatz verstanden wird, in dem äußere Faktoren, wie der Einfluss der sozialen Umwelt auf das Bewältigungsverhalten des Individuums eine geringe bzw. keine Beachtung finden. In der Literatur jedoch findet sich ein umfassenderes Verständnis des Resilienzkonzeptes.

So hebt Ungar (2011) hervor, dass Widerstandsfähigkeit nicht allein auf internale Kriterien sondern auch auf externale Faktoren zurückzuführen ist, indem er die Aktivierung der eigenen Kräfte mit dem Vorhandensein und Mobilisieren der Ressourcen verknüpft. Ungar definiert Resilienz wie folgt:

„1. Resilienz ist die Fähigkeit eines Menschen, sich erfolgreich solche Ressourcen zu erschließen, die sein Wohlbefinden, sein positives Lebensgefühl, aufrechterhalten.

2. Resilienz ist möglich, wenn physische wie soziale Umwelt eines Menschen diese Ressourcen verfügbar machen.

3. Resilienz ist die Fähigkeit eines Menschen, seiner Familie und Gemeinde, die vorhandenen Ressourcen kulturell sinnvoll zu nutzen und miteinander zu teilen“ (Ungar, S.163, 2011).

Entscheidend ist in dieser Definition die Verknüpfung der Fähigkeiten des Individuums mit den externalen Gegebenheiten: allein das Vorhandensein der Ressourcen genügt nicht, wenn das Individuum nicht die Fähigkeit besitzt, diese für sich nutzbar zu machen. Ebenso genügt diese Fähigkeit des Betroffenen nicht, wenn die Ressourcen nicht gegeben sind. Resilienz wird demnach verstanden als eine Wechselwirkung zwischen internalen und externalen Ressourcen, denn „die verschiedenen internen und externen Faktoren sowie die damit in Verbindung stehenden Prozesse beeinflussen sich in der Regel wechselseitig“ (Roos & Grünke, S.413, 2011). „Es kommt deshalb darauf an, das Konzept nicht in einer individualisierenden Weise zu verwenden und Resilienz nicht einfach als eine Frage individueller Problemlösungsfähigkeiten zu verstehen. Resilienz entsteht vor allem aufgrund sozialer Erfahrungen und kann nur im Zusammenwirken mit anderen wirksam werden“ (Liebel, S.552, 2011). Somit ist „in der Resilienzforschung […] Resilienz zu Recht eine Beziehungs- und keine Frage der individuellen Fähigkeiten“ (Hildenbrand, S.444, 2011).

5.2 Modell der familiären Resilienz nach Walsh

Für Froma Walsh greift das Konzept der Resilienz mit dem Fokus auf das Individuum zu kurz. “Resilience has become an important concept in child development and mental health theory and research. However, the focus on individual resilience, most often in surviving dysfunctional families, has blinded researchers and clinicians to the resilience that can be found in families and fostered in couple and family intervention” (Walsh, S.1, 1996). Die Notwendigkeit, die familiäre Resilienz in den Blick zu nehmen, sieht Walsh in den Auswirkungen der Belastungen, wie die psychische Erkrankung eines Elternteils, auf die Familie als System und in den Möglichkeiten, diese Belastungen als Familie zu bewältigen: “A basic premise in this systemic view is that serious crises and persistent adversity have an impact on the whole family. These stresses can derail the functioning of a family system, with ripple effects to all members and their relationships. In turn, key family processes mediate the recovery of all members and the family unit. These processes enable the family system to rally in times of crisis, to buffer stress, reduce the risk of dysfunction, and support optimal adaptation“ (Walsh, S.3, 2003). Damit diese Bewältigung gelingen kann, gilt es nach Walsh somit, diese Schlüsselprozesse zu aktivieren und zu stärken. “A focus in fami-

ly resilience seeks to identify and foster key processes that enable families to cope more effectively and emerge hardier from crises or persistent stresses, whether from within or from outside the family. In building family resilience, we strengthen the family as a functional unit and enable the family to foster resilience in all its members" (Walsh, S.2, 1996). Diese für die Ausbildung und Aufrechterhaltung der familiären Resilienz bedeutsamen Schlüsselprozesse sieht Walsh in drei Bereichen (Walsh, 2003):

1. Belief Systems
    a. Make Meaning of Adversity
    b. Positive Outlook
    c. Transcendence and Spirituality
2. Organizational Patterns
    a. Flexibility
    b. Connectedness
    c. Social and Economic Resources
3. Communication/ Problem-Solving
    a. Clarity
    b. Open Emotional Expression
    c. Collaborative Problem-solving

Fokussiert werden somit „analog zur individuumzentrierten Resilienzforschung Prozesse, die es Familien ermöglichen, trotz vorliegender erheblicher Belastungen und Widrigkeiten ihre Aufgaben gut zu erfüllen" (Retzlaff et al., S.343f, 2011) mit dem Ziel „die Funktionsweise der Familie in ihrem sozialen Kontext zu verstehen und in der Problembewältigung zu stärken. Familiäre Resilienz beinhaltet nicht nur den Blick auf die einzelnen Familienmitglieder als potenzielle Schutzfaktoren für die Resilienz des Individuums, sondern richtet die Aufmerksamkeit auch auf das Wechselspiel zwischen Risiko und Resilienz in der Familie als Funktionseinheit" (Lenz & Kuhn, S.274, 2011), denn " from a biopsychosocial systems orientation, risk and resilience are viewed in light of multiple, recursive influences involving individuals, families, and larger social systems" (Walsh, S.3, 2003). Aufgrund dieser wechselseitigen Beeinflussung hat die Stärkung einzelner Schlüsselprozesse positive Auswirkungen auf

andere Bereiche der individuellen und familiären Resilienz. “Strengthening key processes in each domain has a synergistic influence on other processes. For instance, as families better clarify information and encourage open expression of feelings, members are better able to make meaning of their situation and options, thereby rekindling hope and facilitating more effective problem-solving” (Walsh, S.14, 2003). Mit diesem Beispiel spricht Walsh einen für die Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil wichtigen Aspekt an, auf den in den Ausführungen zu den Schutzfaktoren näher eingegangen werden wird: Ermöglichen die Eltern eine offene Kommunikation über die Erkrankung, gelingt es den Kinder besser, positive Zukunftserwartungen zu entwickeln und die Belastungen zu bewältigen.

Dass das Modell der familiären Resilienz Ansätze für die Arbeit mit Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil schafft, zeigt eine Studie von Müller (2008). In dieser Untersuchung wurden unter der Anwendung des Familiensystemtests FAST Familien mit psychisch erkrankten Müttern zu den Familienbeziehungen befragt. „Mehrheitlich stellten die befragten Personen die typischen Familienbeziehungen als wenig kohäsiv und wenig hierarchisch dar. Die Generationengrenzen schienen vor allem in Bezug auf die Kohäsionsdimension unklar: In fast einem Viertel der Fälle wurden Triangulierungen dargestellt, d.h. dass Kinder näher beim Vater, bei der Mutter oder „zwischen den Eltern“ standen. Im Gegensatz dazu zeigten sich jedoch kaum Hierarchieumkehrungen. Die Paarbeziehung wurde insbesondere von den Eltern als entweder stark kohäsiv oder aber wenig kohäsiv dargestellt, dasselbe gilt für die Geschwisterbeziehungen. In den „Wunsch“-Darstellungen wurde deutlich, dass sich alle Familienmitglieder Beziehungen wünschen, die durch größere emotionale Nähe und klarere Unterschiede zwischen Eltern und Kindern in Bezug auf die Hierarchie geprägt sind“ (Müller, S.142, 2008). In den Wünschen der Familienmitglieder zeigen sich deutlich die Parallelen zu den Schlüsselprozessen des Modells der familiären Resilienz. Die gewünschte emotionale Nähe sieht Walsh gewährleistet durch das Teilen von positiven und negativen Gefühlen sowie die Respektierung unterschiedlicher Empfindungen einzelner Familienmitglieder. “Open communication, supported by a climate of mutual trust, empathy, and tolerance for differences enables members to share a wide range of feelings that can be aroused by crisis events and chronic stress“ (Walsh, S.12f., 2003). Auch die Einhaltung der Generationengrenzen wird von Walsh als bedeutsam für die familiäre Resilienz gesehen, denn ein autoritativer Erziehungsstil, in dem die Eltern als gleichberechtigte Partner die Kinder erziehen, führen und schützen (Walsh, 2003), trägt zum Schlüsselprozess der gelingenden Organisation der Familie bei. Wenn auch die Untersuchung zeigte, dass nur in einigen Fällen die psychische Erkrankung des Elternteils als Grund für die dysfunktionalen Beziehungen in der Familie gesehen wurde (Müller, 2008), so bietet das

Modell der familiären Resilienz vielfältige Ansatzpunkte für die Arbeit mit Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil.

6 Schutzfaktoren

„Mama hält sowas vor mir nicht geheim. Und das möchte sie auch nicht, dass sie sowas vor mir geheimhalten muss, weil dann, wenn sie es mir einmal sagt, dann ist der Schmerz nicht so groß, als wenn auf einmal Papa nicht mehr zuhause ist und dann, man sich immer mehr fragt (...) Wo ist er jetzt?“

(Interview Kinder\T.6: 44)

Die Studien der Resilienzforschung belegen, dass selbst Kinder, die unter schwierigen Lebensbedingungen aufwachsen, multiple Problemlagen bewältigen und eine gesunde Entwicklung vorweisen können. In diesen Studien konnten individuelle, familiäre und soziale Schutzfaktoren herausgearbeitet werden, die sich protektiv auf die Entwicklung der Kinder auswirken. „Während Risikofaktoren die negativen Effekte spezifischer Risikokonstellationen verstärken, haben protektive Faktoren einen positiven Einfluss auf den jeweiligen Entwicklungsoutcome“ (Hagen & Röper, S.17, 2007), denn die protektiven Faktoren – Schutzfaktoren - sind Faktoren, „welche ein Risiko und schädigende Ereignisse abmildern, die also positive, für die Entwicklung angemessene Ergebnisse befördern“ (Werner, S.33, 2011). Sie wirken dabei im Sinne eines Puffereffekts (Heinrichs & Lohaus, 2011), indem sie die Belastungen abfedern und so die negativen Auswirkungen nicht in Gänze auf das Kind einwirken können. Fehlen hingegen protektive Faktoren, können die Auswirkungen des Risikofaktors vollends zum Tragen kommen (Uslucan, 2011). Ein Schutzfaktor kann daher erst dann wirksam sein, wenn eine Gefährdungssituation vorliegt (Ihle et al., 2011) und er darüber hinaus zeitlich vor den risikoerhöhenden Faktoren auftritt, um deren Risikowirkung moderieren zu können (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009). Lösel und Bender schlussfolgern daher, dass die Anzahl der zur Verfügung stehenden Schutzfaktoren proportional zu den bestehenden Belastungen stehen muss: „Je mehr Belastungen und Risiken vorliegen, desto mehr Ressourcen sind auf der protektiven Seite erforderlich“ (Lösel & Bender, S.63, 2007). Jedoch darf ein Schutzfaktor nicht als das bloße Gegenteil eines Entwicklungsrisikos gesehen werden, denn einem Entwicklungsrisiko können mehrere Schutzfaktoren entgegenstehen (Ihle et al, 2011). Hinzu kommt, wie Lösel und Bender (2007) hervorheben, dass „Risiko- und Schutzfaktoren ein `Doppelgesicht` haben können. Das heißt, unter bestimmten Umständen kann der ansonsten `günstige` Pol eines Merkmals zu einer Störungsentwicklung beitragen und umgekehrt der `ungünstige` Pol eine protektive Funktion haben“ (Lösel & Bender, S.64, 2007). Als Beispiel nennen die Autoren das positive Selbstwertgefühl, das dazu beiträgt, Belastungen und auch traumatisierende Ereignisse auch bei wenigen sozialen Schutzfaktoren konstruktiv zu bewältigen. Ist dieses

Selbstwertgefühl jedoch besonders stark ausgeprägt und unrealistisch überhöht, kann dies zur Folge haben, „dass Individuen andere abwerten und sich nicht angemessen behandelt fühlen“ (ebd., S.65, 2007).

Die in den Studien identifizierten Schutzfaktoren lassen sich unterteilen in generelle Schutzfaktoren, die also unabhängig der Belastungen eine positive Entwicklung fördern, und in für die Kinder psychisch kranker Eltern spezifische Schutzfaktoren. Im Folgenden wird zunächst auf die generellen und im Anschluss daran auf die spezifischen Schutzfaktoren eingegangen.

6.1 Generelle Schutzfaktoren

Die für eine gelingende Bewältigung multipler Belastungssituationen identifizierten Schutzfaktoren können in personale bzw. kindzentrierte, familiäre und soziale Schutzfaktoren unterteilt werden (Lenz, 2010a). Im Folgenden soll eine zusammenfassende Übersicht gegeben werden über die in der Literatur genannten generellen Schutzfaktoren (Wustmann Seiler, 2012; Heinrichs & Lohaus, 2011; Lenz & Kuhn, 2011; Werner, 2011; Lenz, 2010; Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009; Lösel & Bender, 2007; Deegener & Körner, 2006). Die für diese hier vorliegende Studie besonders relevanten Schutzfaktoren werden im Anschluss daran ausführlicher dargestellt.

Kindzentrierte Schutzfaktoren:

- Positive Temperamentsmerkmale
- Soziale Empathie
- Gute Schulleistungen
- Positives Selbstkonzept
- Internale Kontrollüberzeugungen
- Hohe Selbstwirksamkeitserwartungen
- Problemlösefähigkeiten
- Realistischer Attributionsstil
- Optimistische, zuversichtliche Lebenseinstellung

- Stressbewältigungsfähigkeiten
- Soziale Kompetenz und Anpassungsfähigkeit
- ausgeprägtes Kohärenzgefühl

Familiäre Schutzfaktoren:

- Emotional sichere und stabile Bindungserfahrungen
- Elterliche Wärme
- Interesse der Eltern am Leben des Kindes
- Zusammenhalt, Stabilität, Kohäsion und Anpassungsfähigkeit/ Flexibilität der Familie
- Harmonische Paarbeziehung der Eltern
- Geringes Konfliktpotenzial
- Zugewandtes, akzeptierendes und zugleich normiertes, angemessen fordernd-des Erziehungsverhalten
- Gute Geschwisterbeziehung
- Konstruktive Kommunikation in der Familie
- Altersangemessene Verpflichtungen des Kindes im Haushalt

Soziale Schutzfaktoren:

- Soziale Unterstützung durch Familie und Freunde
- Stabile Beziehungen zu fürsorglichen Erwachsenen
- Erwachsene Bezugspersonen außerhalb der Familie
- Einbindung in unterstützendes und anregendes Peer-Netzwerk
- Integration in Gruppen, Vereine oder religiöse Vereinigungen

6.1.1 Kindzentrierte Schutzfaktoren

Positive Temperamentsmerkmale

„In der Resilienzforschung werden meist drei Dimensionen des Temperaments unterschieden: das einfache Kind, das langsam auftauende Kind und das schwierige Kind. Resiliente Kinder haben häufig ein `einfaches` Temperament, das die Interaktion mit den Bezugspersonen erleichtert und die Wahrscheinlichkeit von Eskalationen verringert“ (Lenz, S.56, 2008a). Werner beschreibt das Verhalten der resilienten Kinder innerhalb der oben genannten Kauai-Studie wie folgt: „Schon im Säuglingsalter zeigten die resilienten Kinder Temperamentseigenschaften, die bei Sorge-und Erziehungspersonen positive Reaktionen hervorriefen. Mit einem Jahr charakterisierten ihre Mütter sie überwiegend als `aktiv`, `liebevoll`, `schmusig`, `gutmütig` und `umgänglich`; im Alter von zwei Jahren beschrieben unabhängige Beobachter die resilienten Kleinkinder als `liebenswürdig`, `fröhlich`, `freundlich`, `mitteilsam` und `gesellig`“ (Werner, S.37, 2011). Diese Kinder sind nach Blanz et al. (2006) anpassungsfähiger, vorwiegend positiv gestimmt und entwickeln müheloser positive Bindungen sowie geregelte Schlaf-Wach- und Essensrhythmen, während Kinder mit einem „schwierigen Temperament“ oftmals irreguläre biologische Rhythmen zeigen. „Solche Kinder entwickeln bevorzugt einen vermeidenden Bindungsstil und beeinflussen das Erziehungsverhalten ihrer Eltern negativ, [denn] Temperament des Kindes und elterlicher Erziehungsstil beeinflussen sich gegenseitig in Transaktionsprozessen“ (Blanz et al., S.33, 2006). „So kann bei einer ungünstigen Passung von Eltern- und Kindverhalten ein schwieriges Temperament dann zum Risikofaktor werden, wenn Eltern selbst ähnliche Merkmale aufweisen und die sozialen Ressourcen und Kompetenzen in der Familie gering sind“ (Lenz & Kuhn, S.279, 2011). Kinder mit schwierigen Temperamentsmerkmalen sind „in größerer Gefahr, zur Zielscheibe negativer, feindseliger Gefühle und kritisierenden, bestrafenden Erziehungsverhaltens zu werden (z.B. wenn sich ein Kind durch die Bezugsperson nur schwer beruhigen lässt)“ (Wustmann Seiler, S.96, 2012), was wiederum die Wahrscheinlichkeit zur Entwicklung einer psychischen Störung erhöht (Deneke & Lüders, 2003), denn Kinder mit schwierigem Temperament reagieren besonders empfindlich auf rigide Reaktionen der Eltern (Blanz et al., 2006). Nach Wustmann Seiler geraten die Kinder dadurch in einen „Teufelskreis“ sich gegenseitig bedingender, negativer Reaktionen, in dem sie bei familiären Konflikten von den Eltern oftmals als Auslöser für die Belastungen wahrgenommen werden, während die Kinder mit einfachen Temperamentsmerkmalen positive Reaktionen bei den Bezugspersonen auslösen und familiäre Konflikte bei ihnen - im Gegensatz zu den Kindern mit schwierigen Temperamentseigenschaften -

die Wahrscheinlichkeit für Verhaltensstörungen nicht messbar erhöhen (Wustmann Seiler, 2012).

Soziale Empathie

„Resiliente Kinder können auf andere Menschen zugehen und Kontakt aufnehmen, sie können sich in andere einfühlen und soziale Situationen einschätzen“ (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, S.51, 2009). So zeigte sich in der Kauai-Studie, dass die resilienten Kinder in einem Alter von 10 Jahren die Notlage anderer Menschen erkannten und gerne ihre Hilfe zur Unterstützung und Lösung des Problems anboten (Werner, 2011). Der Zugang zu den Gefühlen anderer wird diesen Kindern erleichtert, da sie ihre eigenen Gefühle wahrnehmen und einschätzen können und es ihnen leichter fällt, diese Gefühle anderen Menschen mitzuteilen. Durch diese Reflektion und Ausdrucksfähigkeit der eigenen Gefühlslagen verdeutlichen sie anderen Menschen ihre Problemlage und Hilfebedarfe, was zu einer vereinfachten Aktivierung angemessener Unterstützungen führt. Lenz und Kuhn (2011) weisen auf diese Wechselwirkung zwischen sozialer Kompetenz und Nutzung von Bewältigungsstrategien hin, denn „höhere Ausprägungen der sozialen Kompetenzen und kommunikativen Fähigkeiten können bei vergleichbarer Belastung dazu beitragen, dass erfolgreichere oder sozial akzeptablere Bewältigungsformen gefunden werden“ (Lenz & Kuhn, S.279, 2011). Konflikte können so adäquater gelöst werden (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009), was wiederum Auswirkungen auf die Steigerung der Problemlösekompetenz und die Anpassungsfähigkeit an belastende Situationen hat (Lenz, 2010).

Eine Studie von Riedel (2008) zeigt, dass der Schutzfaktor „Soziale Empathie“ bei Kindern von psychisch erkrankten Eltern nicht stärker aber auch nicht geringer ausgeprägt ist, als bei Kindern gesunder Eltern: „Eindeutige Aussagen bezüglich signifikanter Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe im Rahmen des Empathie-Gesamtwertes oder seiner Teilbereiche Perspektivenübernahme, Gefühlsansteckung, Körpersprache und Mimik können […] nicht getroffen werden“ (Riedel, S.181, 2008). Dieses Ergebnis verwundert insofern, als dass die von elterlicher Erkrankung betroffenen Kinder, wie oben angeführt, schon früh in der Lage sind, Veränderungen in der Gefühlslage der Eltern zu erkennen und ihr eigenes Verhalten daran anzupassen. Dies würde auf eine große Empathiefähigkeit schließen lassen. Andererseits können diese für die Kinder unberechenbaren Veränderungen auch zu einer Hinderung der Empathieausbildung führen, da die elterlichen Gefühlslagen Ausdruck einer krankhaften Veränderung sind und nicht auf kausale Wirkzusammenhänge zurückgeführt werden können. So erfahren Kinder gesunder Eltern, dass ihr Verhalten Aus-

wirkungen auf die Gefühle eines anderen Menschen haben kann, sich dieser also z.B. traurig zurückzieht. Kinder psychisch erkrankter Eltern können diese Zusammenhänge zwischen eigenem Verhalten und Gefühlsveränderungen des Elternteils nicht erkennen, da Traurigkeit und Zurückgezogenheit Ausdruck einer depressiven Erkrankung sein können (Golemann, 2006).

Gute Schulleistungen

In der Studie von Bender und Lösel wiesen die resilienten Jugendlichen bessere Schulleistungen auf, waren leistungsmotivierter und hatten eine bessere Beziehung zur Schule (Bender & Lösel, 2007). Gleiche Ergebnisse zeigen sich in der Kauai-Studie, denn „obwohl die resilienten Kinder weder besonders talentiert noch intellektuell hochbegabt waren, nutzten sie ihre eigenen Ressourcen und Fähigkeiten effektiv aus. Sie konnten sich - obwohl sie in Familien aufwuchsen, die von chronischen Konflikten, elterlichem Alkoholismus oder elterlicher Psychopathologie geprägt waren - gut auf ihre Schularbeiten konzentrieren und zeigten ein überdurchschnittliches Maß an Ausdauervermögen und Hartnäckigkeit […]“ (Wustmann Seiler, S.101, 2012). Richter-Kornweitz führt die Ausbildung der Resilienz im Zusammenhang mit guten Schulleistungen auf die Bedeutung der Bildung für den weiteren erfolgreichen Lebensweg und die beruflichen Perspektiven zurück (Richter-Kornweitz, 2011) während Heinrichs und Lohaus (2011) einen hohen Intelligenzfaktor als resilienzfördernd hervorheben: „Ein Merkmal wie Intelligenz kann als Schutzfaktor gelten, weil es Risiken, die sich beispielsweise aus ungünstigen sozioökonomischen Verhältnissen ergeben können, ausgleichen kann“ (Heinrichs & Lohaus, S.25, 2011) und Schulschwierigkeiten verringern kann. Lenz (2005) merkt jedoch an, dass die Forschungszusammenhänge von Intelligenz als Schutzfaktor nicht einheitlich sind. „Einige Studien fanden protektive Effekte insbesondere hinsichtlich der Entwicklung externalisierender Störungen (z.B. aggressive, dissoziale und hyperkinetische Störungen). Umgekehrt fanden sich unter Belastungen positive Korrelationen zwischen Intelligenz und Störungen im internalisierenden Bereich (z.B. Ängste und Depressionen). Dies könnte damit erklärt werden, dass intelligente Kinder ihre Umwelt differenzierter wahrnehmen und dadurch sensibler auf Belastungen reagieren, und zwar durch internalisierende Problemverarbeitung“ (Lenz, S.18, 2005). Hinzu kommt, dass ein übersteigertes Leistungsstreben Versagensängste und psychosomatische Störungen hervorrufen kann (Lenz, 2008a). Zeigen die Studien somit einheitlich gute Schulleistungen der resilienten Kinder, so sind die Gründe für die Ausbildung der Resilienz nicht übereinstimmend formuliert. Führen einige Autoren die positive Entwicklung der Kinder auf das Ausdauervermögen zurück, argumentieren andere, dass die Folgen der guten Schulleistungen, nämlich Anerkennung und eine erfolgreiche Gestaltung

des beruflichen Werdeganges, für die Entwicklung der Resilienz maßgeblich waren. Andere sehen die Schulleistungen als einen Ausdruck von hoher Intelligenz, so dass die Schulleistungen mehr als Indikator und weniger als Ursache resilienter Entwicklungen gesehen werden können. Richter-Kornweitz merkt in diesem Zusammenhang kritisch an, dass Schulleistungen besser zu erheben sind als andere Faktoren und daher in Studien gerne als Messwerte herangezogen werden (Richter-Kornweitz, 2011).

Neben guten Schulleistungen zeigen resiliente Kinder vermehrt ein besonderes Talent, das ihnen Anerkennung und Stolz gibt (Werner, 2011) und weisen zudem ein bestimmtes Interesse oder ein Hobby auf, dem sie regelmäßig nachgehen. Das ermöglicht ihnen, „[…] sich zum einen von der Stresssituation innerlich zu distanzieren und abzulenken und zum anderen trotz der schwierigen Lebensumstände auch Freude und Spaß zu erleben“ (Wustmann Seiler, S.103, 2012). Da diese Freizeitaktivitäten häufig mit Freunden geteilt werden, erfahren die Kinder zugleich Unterstützung und Rückhalt durch Gleichaltrige (Wustmann Seiler, 2012).

Internale Kontrollüberzeugungen und positive Selbstwirksamkeitserwartungen

Wustmann (2012) verdeutlicht, dass resiliente Kinder eine ausgeprägtere internale Kontrollüberzeugung haben. Sie unterscheiden, ob Situationen durch ihr eigenes Handeln beeinflusst und kontrolliert werden können oder ob sie keinen Einfluss nehmen können. „Die resilienten Kinder [*der Kauai-Studie, Anmerk. EB*] nahmen an, *für sie* (kursiv auch in Wustmann) kontrollierbare Probleme oder Ereignisse mit steuern zu können; sie waren jedoch nicht der Überzeugung, einen Einfluss auf de facto *un*-kontrollierbare (kursiv auch in Wustmann) Situationen wie den Streit der Eltern oder die Alkoholkrankheit eines Elternteils zu haben (*realistische* Kontrollüberzeugung) (kursiv auch in Wustmann)“ (Wustmann Seiler, S.102, 2012). Von dieser realistischen und situativen Kontrollüberzeugung ist die Art der Bewältigung abhängig. In Dingen, die sie durch ihr eigenes Handeln beeinflussbar sehen, zeigen die resilienten Kinder aktives Verhalten, indem sie mit gesteigerter Aktivität, Motivation und Anstrengung z.B. die eigenen Schulleistungen verbessern möchten. Bei Sachverhalten jedoch, in denen sie keine Möglichkeit der Einflussnahme sehen, versuchen sie nicht mit verstärkten Bemühungen Veränderungen herbeizuführen (Wustmann, 2012).

Die Einschätzung, ob eine Situation durch das eigene Handeln verbessert werden kann oder nicht, und die damit in Verbindung stehenden eingesetzten Bewältigungsmechanismen sind wiederum abhängig von der Selbstwirksamkeitserwartung der Kinder, denn „diese Erwartungen steuern schon im Vorhinein die Art und Weise der Bewältigung […]“ (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, S.48, 2009). Haben die Kin-

der eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung, erhöht sich auch die Erwartung, Kontrolle über die Situation auszuüben und die Art der Bewältigung wird dementsprechend angepasst, während Kinder mit niedrigen Selbstwirksamkeitserwartungen eher dazu neigen werden, Situationen vermehrt als unbeeinflussbar einzuschätzen, wodurch passives und initiativloses Verhalten gefördert und der Aufbau von Selbstvertrauen verhindert wird (Wustmann Seiler, 2012). Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse (2009) formulieren diesen Sachverhalt wie folgt: „Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und verfügbaren Mittel und die Überzeugung, ein bestimmtes Ziel auch durch Überwindung von Hindernissen erreichen zu können, bedeutet selbstwirksam zu sein. Eine große Bedeutung haben dabei die Erwartungen, ob das eigene Handeln zu Effekten führt oder nicht. […] Resiliente Kinder sind davon überzeugt, genug Kompetenzen zur Verfügung zu haben, um schwierige Situationen zu bewältigen und mit dem eigenen Handeln etwas zu bewirken. Sie sind sich ihrer Fähigkeiten bewusst“ (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, S.48, 2009). So zeigten in der Kauai-Studie Jugendliche mit hoher Resilienz Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten und waren der Überzeugung, dass die von ihnen zu lösenden Probleme durch eigenes Handeln überwunden werden können (Werner, 2011). Die dadurch erzielten Erfolge führen resiliente Kinder nicht auf Glück oder Zufall (Wustmann, 2012), sondern auf ihr Wissen und ihre Kompetenzen zurück und kennen die Strategien, die sie zum Erfolg geführt haben. Die angewandten Strategien können sie auf andere, neue Situationen übertragen und sind sich auf Grund des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten bewusst, dass sie mit ihrem Handeln etwas bewirken können (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009). Diese Erfolgserlebnisse führen zu einer Steigerung der Selbstwirksamkeits- und Kontrollüberzeugung, worin die enge wechselseitige Beeinflussung der Selbstwirksamkeitserwartungen, internalen Kontrollüberzeugungen und des Bewältigungsverhaltens deutlich wird. (Wustmann Seiler, 2012).

Die Gefahr besteht dabei in einer Überschätzung der eigenen Möglichkeiten, Einfluss auf Situationen zu nehmen. Eine realistische Einschätzung, ob das eigene Handlungsrepertoire für eine Besserung der Situation ausreicht oder ob weitere Hilfen notwendig sind, ist daher entscheidende Grundlage. Wie in den Ausführungen zum Thema „Coping“ noch deutlich werden wird, zeigen Kinder psychisch erkrankter Eltern vielfach eine unrealistische Einschätzung ihrer eigenen Handlungsmöglichkeiten: sie sehen sich selbst in der Lage, Situationen zu kontrollieren und richten ihr Tun mit gesteigerter Aktivität darauf aus, obwohl viele Situationen nicht von ihnen beeinflusst werden können. Somit kommt dem Aspekt der realistischen Kontrollüberzeugung eine wichtige Bedeutung zu, da realistische und individuelle Kontrollüberzeugungen stark voneinander abweichen können.

Problemlösefähigkeiten

„Die Fähigkeit des Kindes, sich wirkungsvoll mit den Anforderungen seiner realen Lebenswirklichkeit auseinander zu setzen und Schwierigkeiten in der Familie und im Umfeld situationsangemessen zu bewältigen, stellt eine bedeutsame personale Ressource dar“ (Lenz, S.30, 2010a). „Es handelt sich dabei um einen Prozess, in dem verschiedene angemessene Lösungsmöglichkeiten für Probleme erzeugt werden, von denen die Beste ausgewählt und eingesetzt wird“ (Lenz, S.138, 2010a). Diese Fähigkeit, Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln und als Problemlösestrategie anzuwenden, findet sich nach Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2009) vermehrt bei resilienten Kindern. So können resiliente Kinder „für sie stressige Situationen einschätzen, d.h., sie erkennen, ob sie für sie bewältigbar sind, und kennen ihre Grenzen; sie kennen Bewältigungsstrategien und können diese anwenden; sie wissen, wie sie sich Unterstützung holen können und wann sie diese brauchen; sie können die Situation reflektieren und bewerten“ (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, S.52, 2009). Die Kinder der Kauai-Studie zeigten sich in Problemlösesituationen „weniger reaktiv als vielmehr proaktiv. Sie übernahmen selbstständig Verantwortung in der jeweiligen Situation und waren aktiv um eine Problemlösung bemüht […]“ (Wustmann Seiler, S.100, 2012). Auch die resilienten Jugendlichen waren in der Studie von Bender und Lösel „in ihrem Bewältigungsverhalten aktiver und weniger vermeidend, erlebten sich als weniger hilflos und mehr selbstvertrauend“ (Bender & Lösel, S.58, 2007).

Ob aber eine Situation in Abhängigkeit der zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten als irrelevant, positiv oder stressig bewertet wird, ist abhängig von den bisherigen Lebenserfahrungen, der Emotionsregulation und dem kognitiven Verständnis für die Situation (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009). Lenz unterscheidet daher zwischen guten und schlechten Problemlösern: „Die Hauptschwierigkeit `schlechter Problemlöser` besteht darin, dass sie sich bei einem Problem nicht mehrere Lösungen vorstellen können, mit denen sie es lösen könnten. Im Vergleich zu `guten Problemlösern` ziehen die `schlechten Problemlöser` weniger Alternativlösungen in Betracht und bedenken auch weniger die Konsequenzen der Lösungen, die sie gefunden haben. Darüber hinaus erkennen sie schlechter, aus welchen Gründen sich andere Menschen so verhalten, wie sie sich verhalten und welche Auswirkungen das eigene Verhalten auf andere Menschen hat. Möglicherweise sind sie sich des bestehenden Problems noch nicht einmal bewusst, weil sie stark mit ihren eigenen Wünschen und Bedürfnissen beschäftigt sind und keinen Zugang zu den Konsequenzen ihrer Handlungen sowie zu den Gefühlen der anderen Menschen finden“ (Lenz, S.138f., 2010a).

6.1.2 Familiäre Schutzfaktoren

Emotional sichere und stabile Bindungserfahrungen[10]

In der Resilienzforschung hat sich gezeigt, dass „eine stabile und emotional sichere Bindung, deren Grundlage die kontinuierliche Erfahrung von adäquatem Fürsorgeverhalten durch die Bezugspersonen darstellt, […] eine wichtige Schutzfunktion gegenüber Stressoren“ (Lenz, S.58, 2008a) einnimmt, denn „die im Umgang mit den ersten Bezugspersonen erfahrene emotionale Sicherheit und Verlässlichkeit trägt wesentlich dazu bei, ob und in welchem Ausmaß sich bei Kindern eine psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz) oder aber Anfälligkeit (Vulnerabilität) gegenüber widrigen Erfahrungen entwickelt“ (Laucht, S.114, 2012).

Diese emotionale Sicherheit und Verlässlichkeit kann insbesondere in der Eltern-Kind-Interaktion bei psychisch erkrankten Eltern gestört sein, wie Deneke und Lüders (2003) ausführen. Eine emotionale Unerreichbarkeit zeigt sich vor allem bei Elternteilen mit einer Depression, einer Schizophrenie mit Negativ-Symptomatik und schweren psychischen Erschöpfungszuständen. Die Interaktion zwischen davon betroffenen Elternteilen und ihren Kindern ist von mangelnder Responsivität aufseiten der Elternperson geprägt, die die kindlichen Signale nicht ausreichend wahrnehmen kann und nur eingeschränkt reagiert. Die elterliche Reaktion wird dann nicht mehr als Reaktion auf seine eigenen Aktionen verstanden, was zu einer psychischen Deprivation bei den Kindern führen kann. Da diese Kinder von ihren Eltern nicht genügend Entwicklungsreize bekommen, sind sie vor allem von Verzögerungen der sozial-emotionalen und kognitiven Entwicklung bedroht. „Im dysregulierten Zustand sind sie außerstande, ihre Aufmerksamkeit zu fokussieren und stimulierende Umweltreize aufzunehmen, im zurückgezogenen Zustand sind sie dagegen so mit der Selbstregulation beschäftigt, dass die Aufmerksamkeit mehr nach innen als nach außen gerichtet ist“ (Deneke & Lüders, S.177, 2003). Eine Überstimulation findet sich bei Elternteilen mit agitierter Depression, Manie, Angststörung, Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenie. Unabhängig der kindlichen Signale fordern die betroffenen Eltern ihre Kinder zu ständiger Reaktion auf. Reagieren die Kinder nicht permanent auf diese Aufforderungen, wird das Verhalten des Kindes von den Müttern und Vätern meist als Ablehnung ihrer Person aufgefasst. Ist auf Seiten der Eltern ein zusätzlicher aggressiver Affekt vorhanden, zeigen die Kinder kör-

[10] Da in den Erhebungen zur vorliegenden Studie nicht auf die Bindungsmuster der Familien eingegangen wird, wird nur auf wenige, aber zentrale Eckpunkte der Bindung bzw. Bindungsproblematiken von Kindern und ihren psychisch kranken Eltern hingewiesen. Sehr umfassende Darstellungen zum Thema „Bindung“ und „Bindungsstörungen“ finden sich in der Literatur unter anderem bei Brisch (2013), Grossmann und Grossmann (2012) und Bowlby (2006). Ausführungen zu den Notwendigkeiten der Förderung der Eltern-Kind-Bindung bei psychisch erkrankten Eltern sowie Möglichkeiten der praktischen Umsetzung finden sich unter anderem bei Wortmann-Fleischer et al. (2012), Krumm und Becker (2011) und Hartmann (2001).

perliche Abwehrhaltungen oder Erstarrungen (Deneke & Lüders, 2003). Brisch (2012) weist daraufhin, dass aufgrund der Bindungsstörungen frühe Parentifizierungen entstehen können, denn „manchmal ist die Bindungsstörung dadurch gekennzeichnet, dass es zu einer Rollenumkehr kommt. Diese Kinder müssen dann für ihre Eltern als sichere Basis dienen, die zum Beispiel chronisch körperlich erkrankt sind, an Depressionen mit Suizidabsichten und Ängsten oder an einer anderen chronischen psychiatrischen Erkrankung leiden, wie etwa auch an Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Diese Kinder können ihre Eltern nicht als Hort der Sicherheit benutzen, vielmehr müssen sie selbst diesen die notwendige emotionale Sicherheit geben, für diese den `emotional sicheren Hafen` darstellen. Dies hat zur Folge, dass Erkundung der Welt und die Ablösungsentwicklung der Kinder gehemmt und verzögert werden und eine große emotionale Verunsicherung besteht. Die Kinder wenden sich in eigenen Gefahrensituationen und psychischer Not etwa nicht an ihre Bindungspersonen, da sie dort keine Hilfe erwarten, weil diese mit sich und ihren Bedürfnissen ganz beschäftigt sind und den Kindern vielmehr Grund zur Sorge geben und sich an die Kinder klammern“ (Brisch, S.134, 2012). Diese frühkindlichen Bindungserfahrungen wirken bis in das Schulalter der Kinder hinein (Werner, 2011) und nehmen damit Einfluss auf die schulische Entwicklung der Kinder. So verfügen sicher gebundene Kinder „im Vergleich zu unsicher gebundenen Kindern über gute Problemlösestrategien, zeigen höhere Konzentrationsleistungen sowie mehr positive Affekte im Kindergarten und in der Schule. Sie sind ausdauernder und sozial aufgeschlossener, haben eine längere Aufmerksamkeitsspanne und werden von ihren Erzieherinnen und Lehrern als umgänglicher, freundlicher und flexibler eingeschätzt“ (Wustmann Seiler, S.98, 2012). In einer Studie von Seiffge-Krenke und Becker-Stoll (2004), in der die Auswirkungen der Bindungen auf den Einsatz verschiedener Copingstile untersucht wurden, zeigte sich, dass sich die jugendlichen Probanden, bei denen eine sichere Bindung vorlag, aktiver mit ihren Problemen auseinandersetzen und ihr soziales Netzwerk als Unterstützungsquelle einbinden. „Probanden mit unsicher-distanzierter Bindungsrepräsentation neigten demgegenüber eher zu passiver Verschlossenheit, die letztendlich in sozialem Rückzug mündete, während Probanden mit unsicher-verwickelter Bindungsrepräsentation unklares Verhalten zeigten und zwischen der Suche nach Hilfe und sozialem Rückzug schwankten“ (Seiffge-Krenke & Becker-Stoll, S.235, 2004).

Positives Erziehungsklima

Förderlich ist ein autoritatives bzw. demokratisches Erziehungsklima, das von Zuwendung und Harmonie, von Unterstützung der Selbständigkeit, erkennbarem emotionalen Engagement und einer offenen, partnerschaftlichen Kommunikation gekenn-

zeichnet aber zugleich auch von Normorientierung und Kontrolle sowie kompetenzfördernder Verhaltenserwartungen geprägt ist (Bender & Lösel, 2007; Wustmann Seiler, 2012). Heinrichs und Lohaus (2011) führen aus, dass sich ein „autoritatives Erziehungsverhalten durch ein gleichermaßen responsives wie lenkendes Verhalten der Bezugsperson charakterisieren [lässt]: Die Bezugspersonen kümmern sich in warmherziger Weise um die Bedürfnisse des Kindes, achten aber gleichzeitig darauf, dass Regeln eingehalten werden“ (Heinrichs & Lohaus, S.26, 2011). „Durch die empathische Haltung der Bezugsperson kann das Kind Sicherheit, Geborgenheit, Entspannung und Zuversicht erfahren. Ein autoritativer Erziehungsstil kann somit zur Entwicklung problemorientierter Bewältigungsstrategien, zu einem angepassten psychosozialen Funktionsniveau, zu Selbstvertrauen und einem stärkeren Selbstwertgefühl beitragen“ (Wustmann Seiler, S.109, 2012). So zeigen autoritativ erzogene Kinder eine bessere psychosoziale Anpassung und ein geringeres Problemverhalten als Kinder, die einen anderen Erziehungsstil erleben (Heinrichs & Lohaus, 2011), denn „unter diesen positiven Gesichtspunkten erzieherischen Verhaltens können Kinder lernen, sich mit unterschiedlichen Standpunkten und Perspektiven auseinander zu setzen, Grenzen zu akzeptieren, das eigene Verhalten zu kontrollieren, selbstverantwortlich zu handeln, mit Erfolg und Misserfolg umzugehen, Entscheidungen zu treffen, eigene Stärken und Schwächen zu erkennen und sich bei Bedarf um soziale Unterstützung zu bemühen“ (Wustmann Seiler, S.109, 2012). Die Ergebnisse der Kauai-Studie weisen auf geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Resilienzförderung durch eine positive Erziehung hin: „Resiliente Jungen kamen gewöhnlich aus Haushalten, in denen Strukturen und Regeln herrschten, bei denen ein Mann als Identifikationsfigur diente und bei denen emotionale Mitteilsamkeit gefördert wurde. Resiliente Mädchen kamen eher aus Familien, die sowohl auf Unabhängigkeit Wert legten als auch auf verlässliche Unterstützung durch eine weibliche Bezugsperson“ (Werner, S.37, 2011).

Aufgrund der Gefahr der Parentifizierung der Kinder kommt der Einhaltung der Generationengrenzen in der Erziehung eine besondere Bedeutung hinsichtlich der Resilienzförderung zu. „Damit ist gemeint, dass Eltern, die Kinder als gleichberechtigte Partner betrachten und deren Bedürfnisse und Interessen ernst nehmen und ihnen in der Familie Raum geben, aber zugleich deutlich machen, dass es innerfamiliäre Bereiche gibt, bei denen sie nicht gleichberechtigt mitentscheiden dürfen“ (Lenz & Kuhn, S.282, 2011). Ein resilienzförderndes Erziehungsklima zeichnet sich somit nicht nur durch Grenzen in Bezug auf erwünschte bzw. unerwünschte Verhaltensweisen aus, sondern auch in Bezug auf die Einhaltung der Grenzen zwischen der Eltern- und Kind-Ebene.

6.1.3 Soziale Schutzfaktoren

„Soziale Schutzfaktoren sind die Gesamtheit der einer Person zur Verfügung stehenden, von ihr genutzten oder beeinflussten Merkmale des sozialen Handlungsraumes. Gemeint ist damit in erster Linie das Geflecht an sozialen Beziehungen zu Verwandten, Freunden und Bekannten, in das die Person eingebunden ist“ (Lenz, S.103, 2008b). Diese sozialen Netzwerkbeziehungen tragen laut Lenz (2010a) wesentlich dazu bei, das aktive Bewältigungsverhalten eines Menschen in einer Belastungssituation zu fördern und so seine psychische Gesundheit zu erhalten, denn „sie dienen als Puffer in Krisensituationen, mildern belastende Lebensereignisse, bilden einen Schutzschild gegenüber Stressoren und fördern das generelle Wohlbefinden, indem sie elementare soziale Bedürfnisse nach Geborgenheit, Rückhalt, Zugehörigkeit, Rat und Information erfüllen“ (Lenz, S.156, 2010a).

Klauer (2005) unterscheidet diesbezüglich zwischen emotionaler Unterstützung, das heißt der direkten Beeinflussung stressbedingter Affekte z.B. durch Trösten und aktives Zuhören, und informatorischer Unterstützung, also der Optimierung der Bewältigungssituation durch Informationen über das Problem oder über Bewältigungsmöglichkeiten, sowie instrumenteller Unterstützung - der direkten Beeinflussung des stressauslösenden Faktors (Klauer, 2005). Insbesondere durch die emotionale Unterstützung erfahren die Unterstützungssuchenden Rückhalt, der dem Individuum unabhängig eintretender Belastungssituationen Sicherheit, Zugehörigkeit und Wertschätzung vermittelt. „Zuwendung im Zuhören und Gespräch, das mitfühlende Eingehen auf Befürchtungen und Sorgen, körperliche Nähe, Trost und Ermunterung, aber auch Geselligkeit und gemeinsame Aktivität sind mögliche Bestandteile sozialer Unterstützung in vielen alltäglichen und krisenhaften Bewältigungssituationen“ (Nestmann, S.2, 2010). Die informatorische und die instrumentelle Unterstützung fasst Nestmann (2010) unter dem Aspekt der konkreten Hilfen zusammen: „Soziale Unterstützung (engl. social support), die Menschen aus ihren persönlichen Beziehungen und sozialen Netzwerken erhalten, ist einerseits emotionaler Rückhalt und ein vermitteltes positives Gefühl des Integriertseins und des Dazugehörens und andererseits sind es konkrete Hilfen durch informativ beratende, instrumentell praktische wie materielle Leistungen, die andere bereitstellen“ (Nestmann, S.1, 2010).

Diese verschiedenen Formen der Unterstützungen können aber nur dann in Anspruch genommen werden, wenn sie als solche wahrgenommen werden (Nestmann, 2010). Schweer (2004) verweist diesbezüglich auf die subjektive Wahrnehmung von Unterstützung: „Soziale Unterstützung umfasst demnach sowohl emotionale Aspekte (das Gefühl, von anderen unterstützt zu werden) als auch kognitive Aspekte (Über-

zeugungen darüber, wie man geschätzt und gemocht wird und wie intensiv man in ein soziales Netzwerk eingebettet ist).Diese definitorischen Einlassungen verdeutlichen, dass soziale Unterstützung weniger durch das „objektive“ Vorhandensein von Unterstützungsquellen gekennzeichnet ist, sondern vielmehr durch die subjektive Wahrnehmung der Person“. (Schweer, S.280, 2004). Entscheidend für die Hilfesuchenden ist daher ist nicht die Quantität der Unterstützungsquellen bzw. die Häufigkeit der Inanspruchnahme sozialer Unterstützung, sondern die subjektiv erlebte Qualität der Unterstützung, die sie bei der Aktivierung des zur Verfügung stehenden Netzwerkes erhalten. So zeigte sich im Rahmen der Bielefelder Invulnerabilitätsstudie, „dass resiliente Jugendliche weder über ein größeres soziales Netzwerk verfügen, noch häufiger soziale Unterstützung mobilisieren als andere. Sie waren aber deutlich zufriedener mit der erhaltenen Unterstützung, was im Zusammenhang mit ihrer Fähigkeit zu sehen ist, Probleme aktiv unter Nutzung sozialer Ressourcen zu lösen. Das bedeutet, resiliente Jugendliche nutzen soziale Unterstützung zwar nicht häufiger, in Problemsituationen aber effektiver“ (Richter-Kornweitz, S.256, 2011).

Diesen Jugendlichen gelingt es, vorhandene soziale Unterstützungen als solche wahrzunehmen, was nach Nestmann (2010) eine Voraussetzung dafür ist, damit soziale Unterstützung als Rückhalt dienen kann. Ist es dem Hilfesuchenden unmöglich, Unterstützungsangebote durch andere zu erkennen bzw. ist er der Überzeugung, nicht in entsprechende Netzwerke eingebettet zu sein, wird die Inanspruchnahme der Unterstützung erschwert bzw. verhindert. Die subjektive Wahrnehmung emotionalen Rückhalts und die Bereitschaft, diesen anzunehmen, sind damit grundlegende Voraussetzungen für Soziale Unterstützung, die zudem von der persönlichen Beziehungskonstellation zwischen Unterstützungssuchendem und Unterstützungsgeber abhängig ist, denn „Soziale Unterstützung ist eine Anpassung an die Erwartungen, Ansprüche und Bedürfnisse einer persönlichen Beziehung, ebenso wie an die situationalen Auslöserkonstellationen bzw. den Stressor selbst, der Unterstützung erfordert oder hervorruft. Merkmale der persönlichen Beziehung können beeinflussen, ob sich eine Person einer anderen öffnet und an wen sie sich aus ihrem sozialen Netzwerk wendet, wenn sie Rückhalt und Hilfe benötigt. Die persönliche Beziehung ist neben den situationalen interaktiven Kontexten die reale wie die interpretative Basis der Support-Prozesse. Support-Motivationen, -Entscheidungen und –Aktionen sind abhängig und geprägt von der vergangenen, der aktuellen und der antizipierten Beziehung und von Beziehungsinteraktionen“ (Nestmann, S.21, 2010). Schweer sieht in der Beziehung das Vertrauen als zentrales Element zur Aktivierung der Unterstützungen: „Ob nun aber potenzielle soziale Unterstützung in ihren verschiedenen Facetten tatsächlich in Anspruch genommen wird, hängt vom Vertrauen des Individuums in sein soziales Umfeld bzw. in einzelne Interaktionspartner ab. Wer den Perso-

nen seines sozialen Nahraums nicht vertraut, wird sich in belastenden Situationen auch nicht an sie wenden, um mögliche Unterstützung in Anspruch zu nehmen“ (Schweer, S.280, 2004).

Ist die subjektive Wahrnehmung von Möglichkeiten, Unterstützung zu erfahren, und eine auf Vertrauen basierende persönliche Beziehungen im Netzwerk vorhanden, sind grundlegende Voraussetzungen für eine Mobilisierung der Unterstützung gegeben. Klauer und Winkeler (2005) führen aus, dass diese Mobilisierung der Unterstützung durch Bitte um Rat, einen offener Emotionsausdruck, ein konfrontatives Einfordern von Unterstützung, der Suche nach körperlicher Zuwendung oder ostentativen Rückzug geschehen kann. „Insgesamt zeichnet sich jedoch ab, dass Mobilisierungsversuche umso Erfolg versprechender sind, je klarer das zu Grunde liegende Problem und die benötigte Unterstützung beschrieben werden. Unterstützungsgeber scheinen in der Konfrontation mit Krisensituationen einer bekannten oder befreundeten Person dankbar zu sein für klare Botschaften, entnehmen ihnen Hinweise auf eine gewisse emotionale Stabilität und Problemlösekompetenz des Gegenübers, was ihnen Sicherheit verleiht, nicht überbeansprucht zu werden und sich selbst emotional schützen zu können. Tragischerweise haben damit gerade diejenigen Personen die geringsten Chancen auf soziale Unterstützung, die ihrer, etwa auf Grund ausgeprägter psychosomatischer Symptomatik, am meisten bedürfen“ (Klauer & Winkeler, S.175, 2005). Damit werden weitere Voraussetzungen für den Erhalt Sozialer Unterstützung erkennbar: der Unterstützungssuchende wird eher Hilfe erhalten, wenn er seine Belastungen und seine daraus entstehenden Bedarfe äußern kann. Hierzu ist nicht nur die Bereitschaft notwendig, sich zu öffnen, sondern auch die Erlaubnis, über problematische Themen sprechen zu dürfen, sowie die Fähigkeit, zum Teil diffuse, schwer definierbare Belastungen in Worte fassen zu können. Wie oben aufgeführt, ist dies den Kindern psychisch kranker Eltern aufgrund der Tabuisierung oftmals nicht möglich. Die Tabuisierung führt dazu, dass Unterstützung gar nicht oder nur sehr vorsichtig aktiviert wird, die Kinder also keine klaren Hilfebedarfe äußern und der Wunsch nach Unterstützung lange verkannt wird. Klauer und Winkeler weisen aber darauf hin, dass es nur dann zu einer Unterstützung kommen kann, wenn die um Unterstützung gebetene Person die Mobilisierungsversuche als solche erkennt. Ist sie hierfür nicht sensibel, bereit oder verkennt das Verhalten der anderen Person, kann die Suche nach Unterstützung scheitern.

Kann aber soziale Unterstützung aktiviert und in Anspruch genommen werden, kann sie „das Auftreten von Stressoren verhindern, sozusagen gegen Stressoren „impfen“ und „immunisieren“. Sie kann zu einer angemesseneren Bewertung von negativen Erfahrungen führen und Neubewertungen ermöglichen. Sie kann auch direkt auf An-

forderungen gezielt sein, Bewältigungsoptionen vorschlagen, Handlungseffektivität sichern und das Wiedererlangen emotionaler Ausgeglichenheit fördern. Durch konkrete Hilfen im Unterstützungsprozess kann sie individuelle persönliche Coping-Aktivitäten des Betroffenen fördern, aber auch schützende und stützende Ressourcen durch die Unterstützer selbst bereitstellen (Informationen, Material, praktische Hilfen, interpretative Hilfen etc.). In der Realität vermischen sich diese einzelnen Funktionen in komplexen Supportinteraktionen und Supportprozessen zwischen Bereitstellern und Rezipienten“ (Nestmann, S.17, 2010), die wiederum ihre Rollen nicht fortwährend beibehalten. So erhalten in einem sozialen Netzwerk Menschen Unterstützung durch andere und stellen zu anderen Gegebenheiten selbst Unterstützung zur Verfügung (Nestmann, 2010), so dass soziale Unterstützung ein wechselseitiger Prozess sein kann, der aber nicht ausgewogen sein muss.

Trotz der positiven Wirkungen sozialer Unterstützung weist Nestmann darauf hin, dass Unterstützung auch belastend und sogar schädigend sein kann. Insbesondere wenn die Unterstützung unerwünscht, zu häufig oder zu schnell eintritt, kann sie zu erlernter Hilflosigkeit und daraus resultierenden Abhängigkeiten führen, was sich in neuen Belastungen auswirkt (Nestmann, 2010).

Als für die Kinder psychisch erkrankter Eltern bedeutende soziale Schutzfaktoren haben sich erwachsene Bezugspersonen außerhalb der Familie sowie die Integration in die Peergroup herausgestellt.

Erwachsene Bezugsperson außerhalb der Familie[11]

Über die frühkindlichen Bindungserfahrungen hinaus nehmen im Leben des Kindes die weiteren Bindungserfahrungen an emotional stabile und zuverlässige erwachsene Bezugspersonen eine wichtige Schutzfunktion ein. „Kinder, die sich gegen ihre Schwierigkeiten behaupteten, erhielten schon früh die Chance, eine enge Bindung zu einer kompetenten, emotional stabilen Person zu entwickeln, die für ihre Bedürfnisse aufgeschlossen war. Einen Großteil dieser Zuwendung gaben ihnen Personen, die sich ersatzweise um sie kümmerten, also etwa Großeltern, Tanten und Onkel“ (Werner, S.37, 2011). Studien zeigen, dass diese Bindungsperson nicht ein Mitglied der Familie sein muss: „Wichtig ist hier, dass sich diese Bezugsperson sowohl inner- als auch außerhalb der Familie befinden kann, also ebenso die ErzieherIn in der Heimgruppe, die LehrerIn in der Schule oder die ErzieherIn in der Tagesstätte oder im Kindergarten sein kann. Entscheidend ist die emotionale Verfügbarkeit der Person“ (Kormann, S.493, 2011). Von Bedeutung ist somit weniger das enge verwandtschaft-

[11] Auf die Bedeutung des Lehrers als Bezugsperson wird in Kapitel 9 und 10 ausführlich eingegangen.

liche Verhältnis und die Zugehörigkeit zu der Familie oder der unmittelbaren Umgebung des Kindes, sondern ein entscheidender Aspekt in der Beziehung zu dieser Bezugsperson scheint „für die Kinder das Gefühl zu sein, für die andere Person etwas Besonderes darzustellen“ (Lenz, S.59, 2008a). Ist dies gegeben, kann die Bezugsperson die Lücke füllen, die die Eltern offen lassen (Conen, 2008). Dieses Füllen der Lücke bedeutet nicht, dass die Bezugsperson den Elternteil ersetzen kann. „Zuverlässige und vertrauensvolle Beziehungen könnten jedoch in der belastenden Familiensituation für die Kinder psychisch kranker Eltern eine ausgleichende und normalisierende Funktion übernehmen“ (Lenz, S.156, 2010a), so dass sich die Kinder bei Fragen oder Unterstützungswünschen an die Bezugsperson wenden können und diese teils erzieherische Aufgaben ebenso übernehmen kann wie in der Aufrechterhaltung des kindlichen und familiären Alltags. Zudem können sie Anregungen und Hilfestellungen zu einer effektiven Bewältigung in der akuten Belastungssituation geben und alternative Verhaltensmodelle anbieten, die einen förderlichen Einfluss auf das zukünftige Verhalten des Kindes in Belastungssituationen haben können (Wustmann Seiler, 2012).

Eine wertvolle Hilfe in der Emotionsregulation erfahren die Kinder, wenn die Bezugsperson von der elterlichen Erkrankung weiß und mit ihr über die Erkrankung gesprochen werden darf. „Allerdings ist nur in seltenen Fällen jemand verfügbar, der den Redebedarf über die Erkrankung decken kann. Die Kinder suchen das Gespräch aufgrund vieler Vorbehalte und Ängste (vor Stigmatisierung, aufgrund von Tabuisierung etc.) nicht selbständig. Wenn sie aber jemanden haben, der die Problematik ihrer Familie kennt und mit dem sie auch die Krankheit besprechen können, empfinden sie es als große Erleichterung“ (Kuhn & Lenz, S.749, 2008).

Peerkontakte[12]

„Positive Beziehungen zu Gleichaltrigen die ihrerseits eine gute psychosoziale Anpassung aufweisen, können die weitere Entwicklung positiv beeinflussen. Diese Bedeutung ergibt sich einerseits durch die Modellwirkung der Gleichaltrigen und andererseits durch die soziale Unterstützung, die sich aus der Integration in ein soziales Netzwerk ergibt“ (Heinrichs & Lohaus, S.26, 2011). Die Unterstützungen, die Kinder durch Peer-Kontakte erleben, sind vielfältig. Sie erfahren Erholung, Unterhaltung, Rat, positives Feedback und emotionalen Beistand und erleben vor allem in schwierigen Situationen Ablenkung, Entspannung und Normalität (Wustmann Seiler, 2012).

[12] Für den Begriff „Peer“ wird die Definition von Petermann et al. (2004) zur Grundlage genommen: „Menschen, die einander in Hinblick auf den sozialen Status und die kognitiven Fähigkeiten ähneln, werden mit dem Begriff „Peer“ bezeichnet. Häufig sind damit Gleichaltrige gemeint, doch ist diese Definition nicht immer treffend. Die Bezeichnung Peers bezieht zwar auch Freunde mit ein, geht jedoch darüber hinaus“ (Petermann et al., S.201, 2004).

„Peer-Interaktionen schaffen außerdem Möglichkeiten der Perspektivenübernahme und Empathie: Kinder lernen hier zu teilen, sich gegenseitig zu helfen und sich in den anderen hinein zu versetzen. Peer-Beziehungen fördern somit Kommunikationsfähigkeiten, Impulskontrolle, Kreativität und interpersonales Bewusstsein“ (Wustmann Seiler, S.112, 2012) und tragen zudem „zur Entwicklung sozialer Identität bei, haben Normen sozialen Verhaltens gemeinsam, üben soziale Fertigkeiten und bilden soziale Strukturen“ (Petermann et al., S.201, 2004). Damit wird die Peergroup „zu einem zentralen Bildungsort für den Erwerb von sozialen Kompetenzen“ (Ecarius et al., S.162, 2012) und hat „einen zentralen Einfluss auf das Selbstverständnis und die Identitätsentwicklung“ (Opp & Brosch, S.315, 2012). Nicht unerwähnt bleiben soll jedoch auch der mögliche schädigende Einfluss durch die Peergroup, insbesondere in Verbindung mit gewalttätigen Handlungen. So kann der Umgang mit Peers, die Gewalt positiv konnotieren, zu aggressivem Verhalten und der Wahrnehmung von Stärke gegenüber dem Opfer, aber auch zu Gewalterfahrungen an der eigenen Person und damit verbundener Angst, Verunsicherung und Verlust an Selbstwirksamkeit führen (Ecarius et al., 2012).

Wustmann Seiler fasst die Befunde zu den sozialen Schutzfaktoren wie folgt zusammen: „Die empirischen Untersuchungen belegen, dass von fürsorglichen Personen außerhalb der Familie eine entscheidende Kompensationsfunktion ausgeht - dies sowohl im Hinblick auf direkte Unterstützungsleistungen als auch im Hinblick auf ein positives Modellverhalten. Des Weiteren verweisen sie auf die enorme Bedeutung positiver Peer-Interaktionen, eines wertschätzenden Erziehungsklimas sowie der Förderung von Basiskompetenzen bzw. Resilienzfaktoren in den Bildungseinrichtungen“ (Wustmann Seiler, S.114, 2012).

Neben den generellen Schutzfaktoren konnten für die Kinder psychisch erkrankter Eltern weitere spezifische Schutzfaktoren identifiziert werden, die eine besondere Relevanz für ein gesundes Aufwachsen unter den oben genannten Belastungsfaktoren haben.

6.2 Spezifische Schutzfaktoren für Kinder psychisch erkrankter Eltern

6.2.1 Psychoedukation

„Wissen darüber, was in und um uns herum geschieht, ist für jeden Menschen außerordentlich wichtig. Besonders bedeutend sind Informationen dann, wenn uns etwas Unerwartetes oder nicht Verstehbares geschieht“ (Knuf et al., S.56, 2007). Kinder psychisch kranker Eltern sind oftmals mit unerwarteten und unvorhersehbaren Situationen konfrontiert, da sie die Reaktionen des erkrankten Elternteils insbesondere in akuten Krankheitsphasen nicht einordnen und verstehen können. Aber die „Kinder müssen wissen, was mit der Mutter oder dem Vater los ist. Erst dadurch erhalten die Kinder die ´innere Erlaubnis´, Fragen zu stellen, die notwendigen Veränderungen angemessen in ihr Leben zu integrieren und sind in der Lage, über ihre Sorgen und Ängste zu sprechen“ (Lenz, S.185, 2010a). Dass oftmals den Kindern keine Erklärungen für die Verhaltensweisen des Elternteils und der veränderten familiären Situation gegeben werden, liegt in der Angst der Eltern begründet, die Kinder mit den Informationen zu überfordern (Lenz, 2005). Wunderer (2008) sieht eine Überforderung der Kinder aber eben genau in dieser Tabuisierung begründet: „Es sind nicht die Informationen, die die Kinder überfordern. Es ist eine Überforderung für sie, wenn sie nicht verstehen, was los ist“ (Wunderer, S.123, 2008). Eine ausreichende alters- und entwicklungsadäquate Psychoedukation, also eine Aufklärung der Kinder über die Erkrankung und Behandlung des Elternteils, stellt daher einen der wichtigsten Schutzfaktoren dar (Lenz, 2010a). „Unter Psychoedukation werden systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Wiedemann et al., S.789, 2003). Informationen über die Krankheit werden hierbei somit nicht nur zum Ziel der Wissenserweiterung[13] gegeben, sondern „Ziel dieser Maßnahme ist vor allem die Entlastung und Unterstützung betroffener junger Menschen. Psychoedukative Ansätze gehen von der Annahme aus, dass Kinder durch die Vermittlung von sachgerechten Informationen und Wissen über die psychische Erkrankung verbesserte Möglichkeiten zur Steuerung der eigenen Belastungen, Ängste und Schuldgefühle erhalten“ (Trepte, S.86, 2008).

[13] In der Literatur finden sich Studien, die die Erweiterung des Wissens fokussieren. So zum Beispiel in der Erhebung von Pitschel-Walz et al. (2013), die die für eine Wissenserweiterung notwendigen kognitiven Voraussetzungen bei schizophren erkrankten Menschen untersuchen. In der vorliegenden Arbeit soll jedoch die Förderung der Bewältigung der Erkrankung durch Psychoedukation in den Vordergrund gerückt werden.

Neben der Enttabuisierung der elterlichen Erkrankung, die Grundlage und Wirkung der Psychoedukation zugleich ist, zeigen sich daher weitere Haupteffekte in drei Kernbereichen:

Psychoedukation verändert das Belastungserleben

Die erhaltenen Informationen führen zu einer Veränderung des Belastungs- und Entlastungserleben, da sie dem Kind helfen, die Situation anders wahrzunehmen und insbesondere hinsichtlich der eigenen Verantwortlichkeit anders zu bewerten. Wenn Kinder erfahren, dass sie keine Schuld an der elterlichen Erkrankung tragen und der Elternteil zur Besserung des gesundheitlichen Zustandes auf professionelle Hilfe angewiesen ist, wird die elterliche Erkrankung weniger aus der Sicht des eigenen Verschuldens sondern eher aus einer distanzierteren Sicht bewertet, so dass sich die Kinder leichter von Schuldgefühlen lösen können (Lenz, 2005) und so die Gefahr einer traumatischen Verarbeitung der Belastungssituation verringert ist (Lenz, 2010a).

Informationen geben ein Gefühl der Hoffnung

Neben der Veränderung des aktuellen Belastungserlebens trägt Psychoedukation bei den Kindern zur Entfaltung positiver Erwartungen an die zukünftige Entwicklung der elterlichen Erkrankung und die daraus resultierenden Belastungen für die eigene Lebensgestaltung bei, denn „Wissen vermittelt Hoffnung und positive Zukunftserwartungen“ (Lenz, S.186, 2010a). Schöpfen die Kinder durch die erhaltenen Informationen die Hoffnung, ihre problematische Lebenssituation bewältigen und überwinden zu können, sind sie eher dazu bereit, für diese Bewältigung Ressourcen einzusetzen bzw. in Anspruch zu nehmen, wie z.B. die Annahme von Hilfen durch Gruppenangebote oder Therapie. Ohne die Vermittlung von Hoffnung und Mut wäre die Entwicklung einer positiven Zukunftserwartung nicht möglich: „Ohne Hoffnung kommt es nicht einmal dazu, dass der Betroffene eine Vorstellung von positiver Veränderung entwickelt“ (Knuf et al., S.62, 2007).

Informationen fördern Empowermentprozesse

„Informationen eröffnen Möglichkeiten, Handlungsspielräume zu erweitern, Perspektiven zu beleuchten und zu erarbeiten sowie die Gefühle der Beeinflussbarkeit, der Kontrolle, der Selbstwirksamkeit zu entdecken bzw. für sich (wieder) verfügbar zu machen. […] Erst wenn Kinder ein für sich als ausreichend betrachtetes Wissen über die Erkrankung der Mutter und des Vaters besitzen, sind sie in der Lage, als handelnde Subjekte aktiv Stärke, Energie und Fantasie zur Gestaltung

eigener Lebensperspektiven zu entwickeln“ (Lenz, S.62, 2008a). Die Erkrankung des Elternteils wird dann weniger als Belastung und mehr als Erfahrung gesehen, an der eigene Stärken wachsen können (Kuck, 2013), denn durch das Gefühl, handeln und reagieren zu können, und zu wissen, was sie tun aber auch was sie nicht beeinflussen können, erlangen die Kinder eine erhöhte Eigenständigkeit. „Informationsvermittlung und Aufklärung fördern also die Selbstbefähigung und Selbstbemächtigung der Betroffenen. In der Förderung solcher Empowerment-prozesse werden die Betroffenen ermutigt, ihre eigenen Kräfte und Kompetenzen zu entdecken und einzusetzen“ (Brockmann & Lenz, S.106, 2011).

Kinder können Wunsch nach Informationen klar benennen

Die Interviewstudie von Lenz (2005) zeigt, dass Kinder und Jugendliche den Bedarf nach Informationen klar benennen können: „Als eine besonders wichtige Form der Unterstützung betrachten die Kinder und Jugendlichen Information und Aufklärung über die Krankheit, deren Ursachen und Verlauf und über die Behandlung“ (Lenz, S.124, 2005). Dabei zeigte sich, dass die befragten Kinder bei der Aufklärung nicht geschont werden möchten durch vorsichtige Umschreibungen oder Verschleierungen der wahren Situation. Sie fordern Offenheit und Ehrlichkeit (Lenz, 2005). Jedoch suchen „die Kinder offensichtlich keine allgemeinen und umfassenden Informationen. Hilfreich erleben sie vielmehr möglichst anschauliche Erklärungen für Verhaltensweisen und Reaktionen des erkrankten Elternteils oder plötzliche Veränderungen in seiner Persönlichkeit, mit denen sie im alltäglichen Zusammenleben in der Familie konfrontiert werden sowie konkrete Hilfen, wie sie in bestimmten Situationen damit umgehen können und wie sie sich Mutter oder Vater gegenüber verhalten sollen“ (Lenz, S.124, 2005).

Die Informationsbedürfnisse der Kinder und Jugendlichen stellen sich wie folgt dar (Lenz, 2010a):

- Krankheitsursachen und Verlauf der Krankheit
    - Ist Mutter/ Vater meinetwegen krank?
    - Woher kommt die Krankheit? Warum ist Mutter/ Vater krank geworden?
    - Bin ich schuld, dass Mutter/ Vater wieder in die Klinik muss?
    - Habe ich etwas falsch gemacht? Habe ich mich zu wenig gekümmert?
    - Wird es schlimmer werden?

- Umgang im familiären Alltag
    - Wie soll ich mich Mutter/ Vater gegenüber verhalten?
    - Wie soll ich auf ihre/ seine Verhaltensweisen reagieren?
    - Wie kann ich Mutter/ Vater in gesunden Phasen und akuten Krankheitsphasen unterstützen?
- Mögliche Veränderungen im Familienleben
    - Wird sich mein Leben verändern und wenn ja, wie?
    - Wer wird für mich sorgen?
    - Was mache ich, wenn es zu Hause Schwierigkeiten gibt?
- Unterschied zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen
    - Was heißt psychisch krank?
    - Was heißt Therapie?
    - Was ist ein Psychiater/ Psychotherapeut?
    - Gibt es Medikamente gegen psychische Erkrankungen?
    - Kann Mutter/ Vater wieder gesund werden?

Das Informationsbedürfnis Jugendlicher bezieht sich darüber hinaus auf erbliche Belastungen und die Ablöseprozesse von der Familie:

- Erbeinflüsse
    - Werden psychische Krankheiten vererbt?
    - Werde ich auch krank?
    - Wird meine Schwester/ mein Bruder auch erkranken?
- Auswirkungen auf den eigenen Ablöseprozess
    - Inwieweit muss ich Verantwortung übernehmen für Mutter/ Vater, für meine Geschwister, für meine Familie?
    - Darf ich meinen Hobbys nachgehen, mich mit Freunden treffen, etc.?

- Was wird aus der Familie, wenn ich erwachsen bin/ in der Ausbildung bin/ im Studium bin? Wer kümmert sich dann?

Zu diesen Wünschen nach alltagspraktischen Hilfestellungen zeigt sich in den Fragen der Kinder und Jugendlichen noch ein weiterer Aspekt: Insbesondere die Suche nach Antworten auf Fragen wie „Bin ich Schuld an der Erkrankung?“ oder „Ist die Krankheit erblich?“ machen deutlich, dass es den Kindern und Jugendlichen nicht um eine objektiv informative Vermittlung von Wissensinhalten geht, sondern hinter den Informationsbedürfnissen immer auch Gefühle der Angst, aber auch Wut und Trauer stehen, die oftmals nicht offen ausgedrückt werden, sondern über diese Fragen transportiert werden (Lenz, 2010a).

Bei Jugendlichen kommt hinzu, dass sie sich oftmals Informationen aus dem Internet, dem Fernsehen oder aus Informationsmaterialien verschafft haben. „Anders als Kinder haben sich Jugendliche in der Regel schon über die elterliche Erkrankung informiert. Allerdings sind ihre Informationen - abhängig von der Informationsquelle - möglicherweise unvollständig oder auch fehlerhaft verstanden worden“ (Lenz, S.202, 2010a). Das vorhandene Wissen kann daher meist sehr diffus und fragmentär sein, oft auch beängstigend, weil durch die Informationen neue Fragen, z.B. bezüglich der Gefahr der Suizidalität, aufgeworfen werden. Trotz der großen Bedeutung der Psychoedukation für die Kinder psychisch kranker Eltern sollte daher nicht vergessen werden, dass neben dem Bedürfnis nach Aufklärung oftmals ein Nicht-alles-wissen-wollen bei vielen Kindern und Jugendlichen vorzufinden ist. Das Nicht-Wissen von Sachverhalten dient zum einen dem Selbstschutz der Kinder und Jugendlichen, da die Angst besteht, dass die gegebenen Informationen beängstigende Vermutungen bestätigen könnten und nicht zur Entlastung, sondern eher zu gesteigerten Ängsten führen könnten, und bringt zum anderen den Wunsch nach Normalität zum Ausdruck (Lenz, 2005).

Informationen müssen kontextspezifisch gegeben werden

Sollberger (2008) stellt heraus, „dass ein Wissen um die Krankheit oder die Diagnose eines Elternteils für die Kinder in keiner Weise gleichbedeutend ist mit einem Verständnis elterlicher Verhaltensweisen. Um dies zu erreichen und Anpassungs- sowie Bewältigungsleistungen unterstützen zu helfen, müssen Informationsvermittlung und Aufklärung der Kinder kontext- und situationsspezifisch erfolgen. Wissen ist im Sinn eines Verstehens zu intendieren“ (Sollberger et al., S.186f., 2008), denn „Informationsbedürfnisse der Kinder sind sehr individuell und stark von der familiären Situation sowie der Krankheitsphase abhängig“ (Lenz, S.189, 2010a). „So dürften beispielsweise die Informationsbedürfnisse in der akuten Krankheitsphase, die zu einer Klini-

keinweisung führt, anders gelagert sein als nach dem Klinikaufenthalt, wenn sich der Gesundheitszustand des erkrankten Elternteils wieder stabilisiert hat. Ein Kind, das die Erkrankung zum ersten Mal erlebt, hat andere Fragen als Kinder, die bereits mehrmalige Krankheitsphasen erlebt haben. Auch das Geschlecht und das Alter der Kinder sowie die familiäre Situation werden die Art, den Umfang und die Form der Wünsche nach Informationen beeinflussen“ (Lenz, S.184, 2010a). Anknüpfungspunkte für die Psychoedukation sollten daher nach Lenz (2010a) immer das konkrete Erleben und die Vorstellungen bzw. das vorhandene Wissen des Kindes über die Erkrankung sein, „so fragmentarisch und diffus dies im Einzelfall auch sein mag“ (Lenz, S.134, 2005). Durch die Anknüpfung an die individuelle Situation und die spezifischen Informationsbedürfnisse des Kindes wird gewährleistet, dass Kinder Antworten erhalten auf die Fragen, die sie aktuell stark beschäftigen. Eine allgemeine Informationsvermittlung oder eine Psychoedukation weit über die Fragestellungen der Kinder hinaus würde schnell zu einer emotionalen Überforderung führen. Auf Grund der Tabuisierung und der starken Gefühlen, wie Schuld, Angst und Wut, die im Rahmen einer Psychoedukation ausgelöst werden können, ist die Grenze der emotionalen Verarbeitungsmöglichkeit der Informationen schnell erreicht. Könnten die Kinder zwar von der kognitiven Auffassungsgabe und der Konzentrationsleistung den Ausführungen über die elterliche Erkrankung noch folgen, so können sie keine weiteren Informationen mehr aufnehmen, wenn die emotionale Belastungsgrenze erreicht ist: „Bei der Informationsvermittlung gilt zu berücksichtigen, dass nur so viele Informationen aufgenommen, wie emotional verarbeitet werden können. Damit wird auch die häufige Erfahrung verständlich, dass Kinder nach einer ausführlichen Krankheitsaufklärung oftmals nicht über mehr Wissen verfügen als zuvor. Sie verschließen sich, weil bestimmte Inhalte bedrohlich wirken, Ängste und Hoffnungslosigkeit auslösen“ (Lenz, S.185, 2010a).

Eine kontextspezifische Psychoedukation verringert zudem die Gefahr, die Kinder in einen Loyalitätskonflikt zu bringen. Einerseits haben sie ein großes Bedürfnis nach Information, andererseits spüren sie die Ängste und Hemmungen der Eltern, die Erkrankung offen zu thematisieren. Dieses Schwanken zwischen „Wissen-Wollen“ aber „Nicht-Wissen-Dürfen“ kann am ehesten gemindert werden, wenn die Eltern selbst das Gespräch mit dem Kind suchen. „Im günstigsten Fall ist es der erkrankte Elternteil selbst, wenn er sich gerade in einer stabilen und gesunden Phase befindet“ (Wunderer, S.125, 2008). Ist dies nicht möglich, können auch andere Bezugspersonen des Kindes, wie Großeltern, andere Verwandte, Freunde der Familie, das Gespräch mit dem Kind suchen. Die Grundvoraussetzung bildet das positive Vertrauensverhältnis des Kindes zu der Person. „Jeder, der eine positive Beziehung zum Kind hat, kann mit ihm über die besondere Situation, in der sich das Kind befindet,

sprechen. […] Wichtig ist, dass die Person für das Kind eine Vertrauensperson ist und dass sie das Kind in keinen Loyalitätskonflikt bringt, indem Informationen gegeben werden, die mit den Eltern nicht abgesprochen worden sind“ (Wunderer, S.125, 2008).

6.2.2 Familiäre Krankheitsbewältigung

Die familiäre Krankheitsbewältigung stellt einen weiteren zentralen Schutzfaktor für die psychische Gesundheit der betroffenen Kinder dar, denn wenn es weder dem erkrankten noch dem gesunden Elternteil gelingt, gegenüber der Erkrankung eine akzeptierende Haltung einzunehmen, eine fehlende Organisation des Alltags durch Aufgabenverteilungen und soziale Unterstützung auszugleichen, die berufliche und schulische Situation an die Erkrankung anzupassen sowie fachliche Unterstützung zur Behandlung anzunehmen, wird den Kindern das Zusammenleben und Aufwachsen in der Familie erschwert (Mattejat et al., 2000). In der Literatur werden der familiären Krankheitsbewältigung zwei Aspekte zugeschrieben:

1. ***Ansicht und Einstellung bezüglich der Erkrankung***

Nach Wiegand-Grefe et al. (2011d) bewegt sich die Einstellung zur Erkrankung und den daraus resultierenden Bewältigungsformen zwischen zwei Polen: zum einen eine Verleugnung, Verdrängung und Tabuisierung der Erkrankung und der Auswirkungen auf den Alltag der Familie oder im Gegensatz dazu eine „Überbewertung und Fixierung auf die Krankheit sowie krankheitsbedingte Überforderung oder Unterforderung im beruflichen und familiären Alltag“ (Wiegand-Grefe et al., S.317, 2011d). Eine angemessene Krankheitsbewältigung kann zwischen diesen beiden Polen verortet werden. Sie zeichnet sich durch Krankheitseinsicht und eine offene und akzeptierende Haltung aus, die eine aktive Auseinandersetzung mit der Erkrankung und ihren Konsequenzen und eine situationsangemessene Reaktion auf die Belastungen ermöglicht, ohne in eine fatalistische Haltung zu verfallen (Lenz, 2008; 2010a) und führt so weder zu einer Überforderung noch zu einer Unterforderung (Wiegand-Grefe et al., 2011d).

2. ***Organisation des Alltags***

Neben einem offenen Umgang mit der Erkrankung nimmt die flexible Organisation des familiären Alltags einen hohen Stellenwert ein. „Nach einer Krise, insbesondere wenn es sich um die erste schwere Episode einer psychischen Erkrankung handelt, kann die Familie nicht einfach in den `Ausgangsstatus` zurückkehren, sondern muss

sich an die veränderten Bedingungen anpassen. Dies kann eine Neudefinition familiärer Rollen und Aufgaben bedeuten, wenn z.B. ein depressiver Vater nicht mehr arbeiten kann und stattdessen die Mutter für ein finanzielles Auskommen sorgen muss“ (Müller, S.148, 2008). Nur durch eine flexible Arbeits- und Aufgabenverteilung ist es möglich, dass es zu einer Anpassung an die veränderten Bedingungen, z.B. bei erneuten Krankheitsphasen, Klinikaufenthalten oder Phasen der Regeneration, kommen kann. Dennoch ist für die Kinder neben einem gewissen Maß an Flexibilität die Einhaltung der Alltagsstrukturen, die Orientierung und Halt bieten, von großer Bedeutung (Lenz, 2005). Müller hebt deshalb hervor: „Neben den notwendigen Anpassungen der Familienstruktur braucht es aber auch Kontinuität und Stabilität- diese ist am besten gewährleistet, wenn den Eltern eine feste, aber flexible Führung der Familie gelingt“ (Müller, S.148, 2008).

Neben dieser familieninternen Flexibilität wird eine angemessene Krankheitsbewältigung zudem durch die Aktivierung sozialer Ressourcen gefördert, die eine Anpassung der beruflichen bzw. schulischen Situation an die Erkrankung bedeutet (Mattejat, 2008) und die Zusammenarbeit mit professionellen Unterstützungssystemen erforderlich macht, wie z.B. Unterstützung der Familie durch Leistungen der Jugendhilfe und im medizinisch-psychiatrischen Bereich im Hinblick auf die Einhaltung der Medikation (Lenz, 2010a).

Der offene Umgang mit der Erkrankung und die stetige Flexibilität, die eine angemessene Reaktion auf die krankheitsbedingten Veränderungen fordert, machen es möglich, dass „die Familie die Erkrankung nicht ausschließlich als unbewältigbare Bedrohung und Belastung sieht, sondern sie als nachvollziehbar, handhabbar und letztendlich auch als bewältigbar wahrzunehmen beginnt“ (Müller, S.148, 2008). Diesem Perspektivenwandel messen Retzlaff et al. (2011) eine besonders hohe Bedeutung bei: „Aus kritischen Lebensereignissen, die verarbeitet und bewältigt werden müssen und vielleicht einer Erklärung bedürfen, werden Widrigkeiten, die nicht positiv sind, aber per se zum Leben dazu gehören“ (Retzlaff et al., S.344, 2011). Müller (2008) unterstreicht, dass durch diese gemeinsame familiäre Krankheitsbewältigung die Erkrankung nicht ausschließlich eine Belastung für die Familie darstellen muss, sondern auch zur interpersonellen Verbundenheit und somit zur Stärkung der innerfamiliären Beziehungen führen kann. „Das […] Gefühl, die Herausforderung der Erkrankung zusammen zu bewältigen und sich dabei gegenseitig zu unterstützen, kann das Verbundenheitsgefühl der Familie sehr fördern“ (Müller, S.148, 2008) und damit zur Förderung der familiären Resilienz (Walsh, 2003) beitragen.

Wiegand-Grefe et al. (2011) weisen darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen familiärer Krankheitsbewältigung und psychischer Gesundheit in ihren Erhebungen nicht zu erkennen ist (Wiegand-Grefe et al., 2011d). In der Studie wurden die Ergebnisse quantitativer Testverfahren zur individuellen und familiären Krankheitsbewältigung sowie zur psychischen Gesundheit der Kinder aus Elternsicht auf positive Korrelationen hin untersucht. Dabei zeigte sich, dass „Religiosität und Sinnsuche“ sowie „Depressive Verarbeitung“ als Strategien individueller Krankheitsbewältigung eine erhöhte Einschätzung der Symptombelastung der Kinder bewirken. „Je stärker diese Strategien ausgeprägt sind, desto höher ist der Grad der Symptombelastung der Kinder. Alle anderen Bewältigungsstrategien sind für die psychische Gesundheit der Kinder bedeutungslos“ (ebd., S.325, 2011d)[14]. Des Weiteren zeigte sich in der Studie, dass Eltern „mit angemessener Krankheitsbewältigung häufiger von externalisierenden Auffälligkeiten ihrer Kinder“ (Wiegand-Grefe, S.326, 2011d) berichten, während Eltern mit geringer Urteilsfähigkeit und Krankheitseinsicht weniger Auffälligkeiten bei ihren Kindern wahrnehmen. Die Forscher interpretieren diesen Befund dahingehend, dass dies in der „Verleugnung sowohl der eigenen Probleme als auch der der Kinder“ (ebd., S.326, 2011d) begründet liegt. Die Frage, in welchem Maße die familiäre Krankheitsbewältigung die psychische Gesundheit der Kinder fördert und somit einen wichtigen spezifischen Schutzfaktor darstellt, kann somit nicht abschließend beantwortet werden.

[14] Der Zusammenhang zwischen den Ausprägungen der Strategie „Religiosität und Sinnsuche“ und der Symptombelastung der Kinder verwundert, da Spiritualität als ein Schlüsselprozess zur Ausbildung der familiären Resilienz (Walsh, 2003) gilt. Wiegand-Grefe et al. vermuten, dass die Eltern mit stärkeren Ausprägungen der Strategien „Religiosität und Sinnsuche“ und „Depressive Verarbeitung“ das Verhalten des Kindes aufgrund der verminderten Belastungsgrenze im Rahmen der depressiven Erkrankung negativer beurteilen (Wiegand-Grefe et al., 2011d).

7 Coping

„Ja, erst denke ich halt, "Warum ausgerechnet er?" (…) Und so und dann sage ich mir aber danach, bevor ich wieder in tiefe Trauer reinrutsche und anfange zu weinen, sage ich mir "Es wird alles wieder gut."

(Interview Kind\T.6: 312)

Unter Coping wird ein prozessuales Geschehen verstanden, „bei dem der Versuch unternommen wird, mit belastenden Situationen emotional, kognitiv und handelnd umzugehen“ (Wustmann Seiler, S.76, 2012). Das Ziel des Bewältigungsverhaltens ist es, den schädigenden Einfluss von Umweltbedingungen zu verringern, die Gegebenheiten für Erholung zu verbessern, das emotionale Wohlbefinden und die Sozialbeziehungen aufrecht zu erhalten und ein positives Selbstbild zu sichern (Wustmann Seiler, 2012). Um die Belastungen erfolgreich zu bewältigen bzw. ihren Einfluss zu verringern, werden die zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien und Schutzfaktoren eingesetzt. Die Bewältigung[15] belastender Lebenssituationen steht somit in engem Zusammenhang mit den zur Verfügung stehenden Schutzfaktoren, denn sie „hängt maßgeblich davon ab, welche personalen und sozialen Ressourcen als Schutzfaktoren in stressreichen Lebensumständen zur Verfügung stehen, um konstruktive Aktivitäten und Handlungen in Gang zu setzen“ (Lenz, S.701, 2010b). Verfügen die Kinder beispielsweise nicht über ein Netzwerk aus sozialen Beziehungen, auf das sie in Problemsituationen zurückgreifen können, um Unterstützung zu erfahren, so steht ihnen diese Bewältigungsstrategie nicht zur Verfügung, das Repertoire der Strategien, aus denen sie auswählen können, um adäquat auf die Belastung zu reagieren, ist somit reduziert. Kinder hingegen, die über zahlreiche Schutzfaktoren verfügen, können vielfältigere Bewältigungsstrategien einsetzen. Voraussetzung dafür ist, dass sich die Person in ihrem Bewältigungshandeln immer wieder neu auf die zu bewältigende Situation einstellt und ihr Handeln darauf ausrichtet. Somit kann Bewältigung „als sich ständig verändernde kognitive, emotionale und aktionale Bemühungen einer Person verstanden werden, sich mit den spezifischen Belastungen und Anforderungen auseinanderzusetzen, sie aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern“ (Lenz, S.701, 2010b). Noeker und Petermann (2008) machen darauf aufmerksam, dass nicht nur die vorhandenen Schutzfaktoren eine erfolgreiche Bewältigung ermöglichen, sondern dass eine positive Bewältigung einen Rückkopplungsprozess beinhaltet, in dem die Schutzfaktoren des Kindes durch die Bewältigungserfahrungen gestärkt werden: „Günstige Bewältigungsergebnisse wirken stressreduzie-

[15] In Anlehnung an die Literatur werden die Begriffe Bewältigung und Coping ebenso wie die Begriffe Bewältigungsstrategien und Copingstrategien synonym verwendet.

rend auf die widrigen Umgebungsbedingungen zurück, vor allem differenzieren sie Kompetenzen zur funktionalen kognitiven und behavioralen Selbstregulation. Damit stärkt jede effektive und adaptive Bewältigung einer Belastungsepisode die personalen Schutzfaktoren des Kindes. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit für eine ebenso erfolgreiche Bewältigung der nächsten Bewältigungsepisode. […] Über die Erfahrung einer erfolgreichen Bewältigungsleistung wird das Kind zum eigenständigen Akteur seiner Resilienzentwicklung. Eine realistische und stolze Handlungs- und Selbstbewertung von Bewältigungsleistungen stärkt trotz und mitunter sogar gerade wegen der wiederkehrenden Exposition an belastende Umgebungsbedingungen die zunehmende Ausdifferenzierung und hierarchische Integration von Fähigkeiten zur effektiven Problemlösung und Emotionsregulation“ (Noeker & Petermann, S. 260f., 2008).

Der Einfluss von Schutzfaktoren auf das Bewältigungsverhalten kann somit nicht in einseitiger Wirkrichtung gesehen werden, sondern beinhaltet zudem einen Rückkopplungsprozess der erfolgreichen Bewältigung auf die Stärkung der personalen Schutzfaktoren. Coping ist daher nicht nur das Resultat aus dem Vorhandensein und dem effektiven Einsatz von Schutzfaktoren, sondern kann auf Grund seiner Rückwirkung auf die Resilienz des Kindes als ein eigenständiger Schutzfaktor gesehen werden.

7.1 Copingstrategien

Die in der Fachliteratur zu findende Gruppierung der für die Problembewältigung einzusetzenden Strategien ist nicht einheitlich. Nach Seiffge-Krenke (2000) bezieht sich funktionales Coping „auf die Anstrengung, ein Problem durch aktives Suchen nach Unterstützung, das Reflektieren möglicher Lösungen und durch konkrete Handlungen zu lösen. Ein dysfunktionaler Coping-Stil kann den Rückzug vom Stressor, dessen Leugnung oder die Vermeidung der Suche nach Lösungen umfassen“ (Seiffge-Krenke, S.54, 2000). Da aber, wie später ausgeführt werden wird, auch der Rückzug vom Stressor in bestimmten Situationen, die vom Handelnden nicht beeinflussbar sind, eine angemessenere Bewältigungsstrategie darstellen kann als beispielsweise die Suche nach Lösungen, wird hier von den Begrifflichkeiten „funktional“ und „dysfunktional“ Abstand genommen und die Einteilung von Wustmann Seiler (2012) zur Grundlage genommen. Wustmann Seiler unterteilt die Bewältigungsstrategien im Hinblick auf das aktive oder passive Handeln des Betroffenen im jeweiligen Bezug auf den Stressor, ohne dabei den Strategien per se eine höhere oder niedrigere Funktionalität zuzusprechen. „Als Bewältigungs- bzw. Copingstrategien werden die

konkreten Handlungsabsichten und –sequenzen bezeichnet, mit denen auf eine bedrohliche Situation reagiert wird. Sie lassen sich danach unterscheiden, ob sie dafür eingesetzt werden, ein Stressereignis zu vermeiden - defensive Copingstrategien - oder sich mit ihm auseinander zu setzen - aktive Copingstrategien“ (Wustmann Seiler, S.77, 2012). Während Seiffge-Krenke die passiven Strategien, die weniger zur Auflösung des Problems führen, als dysfunktional ansieht, stellt Wustmann Seiler die situationsbezogene Entscheidung des Handelnden in den Vordergrund, die Situation durch aktives Handeln bewältigen zu wollen oder durch eine passive Haltung darauf zu reagieren.

Zu den passiven Copingstrategien, den Vermeidungsstrategien, zählen nach Lenz (2010a)

1. Problemausweichende Strategien,
2. Destruktive-emotionsregulierende Strategien, wie Autoaggressionen oder Aggressionen gegen andere.

Zu den aktiven Strategien zählen

1. Problemorientierte Strategien, wie den Tagesablauf zu verändern oder ein klärendes Gespräch zu führen,
2. Konstruktiv-emotionsregulierende Strategien, also an etwas Schönes zu denken, sich zu entspannen und sich zu beruhigen,
3. Sozial-unterstützende Strategien, wie sich von jemandem trösten lassen, um Rat oder aktive Hilfe bitten, um das Problem zu lösen (vgl. Lenz, 2010).

„Kaum eine der genannten Bewältigungsstrategien kann immer, in jeder Situation und in jeder Entwicklungsphase des Kindes als förderlich betrachtet werden“ (Lenz, S.20, 2005), so dass eine Unterteilung der Bewältigungsmöglichkeiten nach guten und schlechten Strategien nicht geeignet ist. „Entscheidend ist vielmehr die Passung zwischen Merkmalen der Situation und dem Bewältigungsverhalten, wobei hierbei sowohl subjektive Einschätzungen als auch objektive Merkmale eine Rolle spielen“ (Lenz, S.14, 2010a). Lenz und Kuhn (2011) sehen insbesondere die Kontrollierbarkeit der Situation als zentrales Kriterium für die Angemessenheit der einzusetzenden Bewältigungsstrategien: „Als zentrale Dimension von Belastungs- und Stresssituationen gilt deren Kontrollierbarkeit. So ist es in Situationen,

- die durch eigenes Handeln kontrollierbar sind, sinnvoll, problemfokussierende Strategien einzusetzen,

- während in unkontrollierbaren Situationen eher emotionsregulierende Bewältigungsstrategien, Problemmeidung oder die Suche nach sozialer Unterstützung wirksamer sind“ (Lenz & Kuhn, S.290, 2011).

Dies setzt voraus, dass die Kinder nicht nur lernen, die Situation im Hinblick auf die eigene Kontrollierbarkeit einzuschätzen, sondern dass ihnen der Zusammenhang zwischen eigener Kontrolle und angemessener Bewältigung bekannt ist und sie auf die verschiedenen Bewältigungsmöglichkeiten zurückgreifen können. „Flexibilität und Anpassungsfähigkeit sind daher wesentliche Voraussetzungen für die Bewältigung schwieriger Lebenssituationen. Je mehr ein Kind in der Lage ist, zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedliche Bewältigungsstrategien einzusetzen, umso besser wird es mit der Belastungssituation fertig werden“ (Lenz, S.20, 2005). Daher gelingt es nach Hüther (2007) insbesondere Personen mit einem unzureichend entwickelten Repertoire an sozialen Verhaltens- (Coping-) Strategien nur schwer, Belastungen adäquat zu bewältigen, denn „[r]asche, unerwartete Veränderungen des sozialen Rahmens, für den erfolgreiche Copingstrategien entwickelt wurden, etwa Veränderungen des sozialen Beziehungsgefüges, sind für solche Menschen schwer bewältigbar“ (Hüther, S.50, 2007). Für ein adaptives Copingverhalten ist deshalb „nicht nur wichtig […], über ein möglichst breites Bewältigungsrepertoire zu verfügen, sondern vor allem, es situationsgerecht einsetzen zu können, wobei sich die Kontrollierbarkeit der Situation als besonders relevanter Aspekt erweist“ (Lenz & Kuhn, S.290f., 2011).

Der situationsgerechte Einsatz der Bewältigungsstrategien wird beeinflusst durch eine alters- und geschlechtsspezifische Anwendung der Strategien[16]. So zeigen jüngere Kinder im Grundschulalter eher vermeidende und emotionale Bewältigungsstrategien, die mit zunehmendem Alter durch kognitive Strategien ersetzt werden (Winkler Metzke & Steinhausen, 2002; Wustmann Seiler, 2012). Im Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Kindern und Jugendlichen zeigt sich, dass Mädchen vermehrt aktive Bewältigungsstrategien unter Nutzung sozialer Ressourcen einsetzen als Jungen (Winkler Metzke & Steinhausen, 2002).

Die Relevanz des angemessenen Bewältigungsverhaltens der Kinder zeigt sich in den Auswirkungen auf ihre psychische Gesundheit. So wurden in einer Längsschnittstudie von Seiffge-Krenke (2000) die langfristigen Auswirkungen bestimmter Coping-Stile auf depressive Symptome untersucht. Dabei zeigte sich, dass Jugendliche, die einen stabilen, annäherungsorientierten Copingstil aufwiesen, zu den späteren Messzeitpunkten die wenigsten depressiven Symptome zeigten, wohingegen bei den

[16] Ein Überblick über 28 Studien zur Bewältigung alltäglicher Stresssituationen von Kindern und Jugendlichen im Hinblick auf Einfluss von Belastungssituation, Alter und Geschlecht findet sich bei Eschenbeck (2010).

stabilen Vermeidern die höchste Symptombelastung nachgewiesen werden konnte (Seiffge-Krenke, 2000) Auch in einer Studie von Winkler Metzke & Steinhausen konnte aufgezeigt werden, „dass ein hohes Maß an aktiver Bewältigung bei gleichzeitig gering ausgeprägter Problemmeidung mit geringer psychischer Auffälligkeit des Verhaltens und Erlebens einherging“ (Winkler Metzke & Steinhausen, S.225, 2002), während problemmeidendes Verhalten in einem engen Zusammenhang mit Internalisierung, Externalisierung und Ablehnung durch die Eltern steht (Winkler Metzke & Steinhausen, 2002). Somit wirkt sich die elterliche Erkrankung nicht nur auf das kindliche Bewältigungsverhalten aus, sondern es findet zudem ein Rückkopplungsprozess auf die psychische Gesundheit des Kindes statt, die zum einen durch die elterliche Erkrankung und zum anderen durch ein unangemessenes Bewältigungsverhalten gefährdet ist.

7.2 Copingverhalten von Kindern psychisch kranker Eltern

„Während zur Resilienz und den Schutzfaktoren mittlerweile zahlreiche Befunde vorliegen, steht die Copingforschung im Bereich Kinder psychisch erkrankter Eltern noch weitgehend am Anfang“ (Lenz & Brockmann, S.105, 2012). Ausnahme bilden hierbei die Ausführungen zum Forschungsprojekt „Schizophrenie und Elternschaft - Belastungen und Bewältigungsstrategien in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil“ (u.a. Kuhn et al, 2011). In diesem Forschungsprojekt wurde mittels qualitativer Interviews und standardisierter psychologischer Testverfahren das Bewältigungsverhalten der betroffenen Kinder in Belastungssituationen erfasst. In der Auswertung wurden „die Dimensionen Bagatellisieren, Ablenkung/ Erholung, Resignation und Aggression als die emotionsregulierenden Bewältigungsstrategien betrachtet, wobei nur die ersten beiden als günstig beurteilt werden, während aggressives oder resignatives Verhalten als stressinduzierend und ungünstig betrachtet werden. Die instrumentellen Strategien, wie Situationskontrolle, positive Selbstinstruktion und soziales Unterstützungsbedürfnis werden ebenfalls positiv konnotiert; Vermeidung und gedankliche Weiterbeschäftigung werden als ungünstig eingestuft“ (Kuhn & Lenz, S.745, 2008).

Die Forschergruppe konnte drei Bewältigungstypen identifizieren (Kuhn et al., 2011; Lenz et al., 2011):

Typ 1: Aggressives Coping

Dieser Typ zeichnet sich durch hohe Aggressionswerte und eine geringe Situationskontrolle aus. Ablenkung und Erholung finden kaum statt. „Findet sich bei den untersuchten Kindern eine geringe Ausprägung auf den Dimensionen der positiven Emotionsregulation (`Bagatellisierung`, `Ablenkung/ Erholung`), dann erfolgt die Emotionsregulation immer über aggressives Verhalten. Eine Entlastung in Form von Bagatellisierung und Ablenkung oder eine palliative Bewältigung unter Zuhilfenahme von sozialer Unterstützung in Form von Gesprächen, Trösten, etc. steht ihnen dabei nicht zur Verfügung oder gelingt nicht“ (Kuhn et al., S.306, 2011). Das innerhalb der Studie eingesetzte Diagnoseinventar für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter „Kinder-DIPS“ zeigte, dass die Kinder, die dem Typ 1 zugeordnet werden können, erhöhte Werte in expansiven Verhaltensstörungen, Angststörungen und im Hyperkinetischen Syndrom aufweisen (ebd., 2011).

Typ 2: Kontrollierendes Coping

Im Gegensatz zum Typ 1 weisen Kinder des Typ 2 in ihren Bewältigungsstrategien erhöhte Werte der Situationskontrolle sowie ein erhöhtes Bedürfnis nach sozialer Unterstützung auf. Obwohl diese Strategien zunächst positiv zu werten sind, zeigt sich in der Studie jedoch, dass „diese Kinder zu überhöhter Situationskontrolle und problemlösendem Verhalten tendieren, das sich auch auf Situationen erstreckt, in denen sie Verantwortung abgeben und sich auf Strategien wie Vermeidung, Ablenkung und Annahme sozialer Unterstützung zurückziehen sollten“ (ebd., S.307, 2011). Auffällig ist zudem, dass die Kinder auch jene Probleme alleine lösen wollen, für die Hilfen zur Verfügung stehen (Kuhn & Lenz, 2008). Wenn soziale Unterstützung in Anspruch genommen wird, erfolgt dies nicht in den Bereichen, die direkt mit der elterlichen Erkrankung in Verbindung stehen, sondern eher in neutralen Bereichen, wie bei Problemen bei den Hausaufgaben oder im Haushalt (Kuhn & Lenz, 2008). Die erhöhte Situationskontrolle und problemlösende Verhaltensweisen in für die Kinder eigentlich unkontrollierbaren Situationen führen zu einer Überforderung und Parentifizierungsprozessen, da die Kinder in die Position eines Erwachsenen gedrängt werden und die Trennung zwischen Eltern- und Kinderebene im Familiensystem aufgehoben wird (Kuhn et al, 2011).

Kinder des Copingtyps 2 zeigen erhöhte Werte, die auf internalisierende Störungen hinweisen, also depressive Symptomatiken, Ausscheidungs- und Essstörungen. Leben diese Kinder zudem mit ihren alleinerziehenden erkrankten Elternte-

len zusammen, zeigt sich eine besonders hohe Belastung der Kinder (ebd., 2011).

Typ 3: Moderates Coping

Kinder dieses Copingtyps zeigen unauffällige Werte in ihrem Bewältigungsverhalten und unterscheiden sich nicht zu Kindern psychisch gesunder Eltern. Sie besitzen gute Möglichkeiten der Ablenkung, moderate Aggressionswerte und eine angemessene Situationskontrolle und weisen Normalwerte in den Bereichen des sozialen Unterstützungsbedürfnisses und der Unterstützungsannahme auf. Die Auswertung des Kinder-DIPS zeigte in der Mehrzahl keine Normabweichungen (Kuhn et al., 2011).

Kinder psychisch erkrankter Eltern zeigen somit kein einzelnes Copingverhalten, das als „typisch“ herausgearbeitet werden kann. „Vielmehr findet man mehrere - teilweise entgegengesetzte - Reaktionsmuster bzw. Copingformen. Häufig zeigt ein Geschwisterkind als Reaktionsmuster zum Beispiel die Flucht aus der Familie und ein anderes Kind reagiert mit einem entgegengesetzten Muster wie zum Beispiel einer hohen Verantwortungsübernahme“ (Mattejat & Remschmidt, S.416, 2008). Die Ergebnisse der Studie werfen die Frage auf, inwieweit sich die diagnostizierten Bewältigungsverhaltensweisen ausschließlich auf den Umgang im Zusammenhang mit der elterlichen Erkrankung auswirken oder ob die Kinder sich in krankheitsunabhängigen Situationen different verhalten. Antworten auf diese Frage liefert eine amerikanische Studie von Jaser et al. (2007). Es wurde untersucht, inwiefern Jugendliche, die mit einem depressiv erkrankten Elternteil aufwachsen, bei familiären Belastungssituationen und Problemen mit der Peer-Group die gleichen Copingstrategien einsetzen. Dabei zeigte sich, dass sich die Bewältigungsstrategien nicht unterschieden: „In the present study we found that the adolescent offspring of depressed parents were relatively consistent in their coping with peer stress and stress in the family. Moreover, the pattern of coping was similar across stressors, in that adolescents used secondary control coping most often in response to both types of stress. However, using different styles of coping to deal with the different stressors was related to better adjustment” (Jaser et al., S.926, 2007).

8 Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Schule

„Ja, es fehlen einfach Bücher, Hefte. Er hat seine Hausaufgaben nicht dabei oder er hat auch das ganze Hausaufgabenheft nicht dabei. Hat acht Stunden Unterricht, kommt mit dem Rucksack mit einer Trinkflasche drin und einer leeren Butterbrotdose, fertig. Ende."

(Interview Lehrer\L.8-2: 54)

Auf der Grundlage des dargestellten aktuellen Forschungsstandes zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern" sollen im Folgenden Verknüpfungen zum Themenfeld „Schule" hergestellt werden und die Aspekte herausgegriffen werden, die für den schulischen Alltag der Kinder psychisch erkrankter Eltern von besonderer Relevanz sind.

Die Verknüpfung der Themenfelder erfolgt zunächst über Angaben zur Anzahl der Schüler, die von einer psychischen Erkrankung des Elternteils betroffen sind, und über die schulgesetzlichen Grundlagen, in denen sich die Verbindungen der Themen wiederfinden. Daran schließt sich eine Darstellung der Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die schulische Leistungsfähigkeit ebenso wie eine Darstellung der Auswirkungen der Schule auf den kindlichen und familiären Alltag an. Trotz der unbestritten zahlreichen Belastungen, die sich aus dem schulischen Kontext für Kinder ergeben, soll das Augenmerk in diesen Ausführungen auf die Aspekte gelegt werden, durch die die Schule zu einem schützenden und stärkenden Faktor insbesondere für Kinder in belastenden Lebenssituationen werden kann. Da der Ausgestaltung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Lehrern und Schülern dabei eine besondere Bedeutung zukommt, sollen die Funktionen der Lehrer als Vertrauensperson, als Kompensator und als Berater intensiv behandelt werden.

8.1 Anzahl der Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Schule

Wie im Kapitel zur „Anzahl der Kinder psychisch kranker Eltern" bereits aufgeführt, kann davon ausgegangen werden, dass in der Bundesrepublik Deutschland ca. 3 Millionen minderjährige Kinder im Laufe eines Jahres von einer psychischen Störung ihres Elternteils betroffen sind, unabhängig ob sich dieser in Behandlung befindet oder eine diagnostizierte Erkrankung vorliegt, ca. 250.000 Kinder erleben, dass sich eines ihrer Elternteile in ambulanter Behandlung befindet, und ca. 175.000 Kinder mit einer stationären Behandlung ihres Elternteils konfrontiert werden. Betrachtet man

die Gesamtzahl der in Deutschland lebenden Kinder im Alter bis 18 Jahren im Jahr 2012[17] von 12,9 Millionen (www.destatis.de, 2014), so erleben prozentual gerechnet 23,3% der Kinder, dass ihr Elternteil an einer psychischen Störung leidet, 1,9% sind von einer ambulanten bzw. teilstationären Behandlung ihres Elternteils und 1,4% der Kinder von einer stationären Behandlung betroffen.

Um eine Einschätzung vorzunehmen, wie viele Schüler mit der psychischen Erkrankung ihres Elternteils konfrontiert sind, werden die Statistiken zur Schülerzahl in der Bundesrepublik Deutschland herangezogen.

Im aktuellen Schuljahr 2013/ 2014 besuchen 8,42 Millionen Schüler eine allgemeinbildende Schule in Deutschland (www.statista.com, 2014). Somit kann davon ausgegangen werden, dass ca. 2 Millionen Schüler im Laufe eines Jahres erleben, dass ihr Elternteil von einer psychischen Störung betroffen ist, 160.000 Kinder zur Schule gehen, deren Elternteil ambulant psychiatrisch behandelt wird und sich von ca. 120.000 Schülern ein Elternteil in stationärer Behandlung befindet.

Um die Relevanz der Thematik für die Lehrpersonen, die die Kinder in den Klassen unterrichten, zu verdeutlichen, werden im Folgenden die in der OECD-Studie 2013 (OECD, 2013) veröffentlichten Zahlen aus dem Jahr 2011 von 25 Schülern pro Klasse in der Sekundarstufe 1 herangezogen. Somit ergibt sich, dass knapp 6 Schüler einer durchschnittlichen Klasse im Laufe eines Jahres erleben, dass ihr Elternteil eine psychische Störung zeigt, also ca. jeder vierte Schüler. In jeder zweiten Klasse[18] befindet sich ein Kind, dessen Elternteil in ambulanter bzw. teilstationärer Behandlung ist, und in ca. jeder dritten Klasse ist ein Schüler vom stationären psychiatrischen Aufenthalt seines Elternteils betroffen.

8.2 Gesetzliche Grundlagen zur Einbeziehung der Schule

Eine Verknüpfung der Thematik „Kinder psychisch kranker Eltern“ mit den Aufgaben der Schulen bzw. Lehrpersonen kann auch aus den gesetzlichen Grundlagen abgeleitet werden. Da Schulbelange in dem Aufgabenbereich der Bundesländer verortet sind, wird beispielhaft das Schulgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (Jehkul,

[17] Die nachfolgenden Berechnungen basieren auf Daten verschiedener Jahre, daher ist die Datengrundlage nicht eindeutig. Die Ausführungen können daher nur der Veranschaulichung dienen.

[18] Mit dieser Angabe ist nicht die Klassenstufe 2 gemeint, sondern jede zweite Klasse einer Schule. Anders ausgedrückt, befindet sich in der Hälfte aller Klassen ein Kind mit einem ambulant behandelten Elternteil.

2013) herangezogen[19]. Aus folgenden Aspekten lässt sich eine Zuständigkeit der Schulen bzw. Lehrpersonen für diese Risikogruppe ableiten:

1. Individuelle Unterstützung und Berücksichtigung der individuellen Lebenslagen

Bereits im §1 Absatz 1 wird auf die individuelle Förderung der Schüler hingewiesen, ohne dies auf die schulische Förderung zu begrenzen: „Jeder junge Mensch hat ohne Rücksicht auf seine wirtschaftliche Lage und Herkunft und sein Geschlecht ein Recht auf schulische Bildung, Erziehung und individuelle Förderung“. Dabei sind nach §1 Absatz 4 die individuellen Voraussetzungen der Schüler zu berücksichtigen und so die Schüler in der Entfaltung ihrer Persönlichkeit, ihrer Selbständigkeit und in der Gestaltung ihres eigenen Lebens zu unterstützen.

2. Beratung und Betreuung des einzelnen Schülers durch den Lehrer

Eine besondere Rolle kommt den Lehrpersonen zu. So wird durch den §57 Absatz 1 hervorgehoben, dass die Aufgaben der Lehrpersonen weit über den fachlichen Unterricht hinausgehen: „Lehrerinnen und Lehrer unterrichten, erziehen, beraten, beurteilen, beaufsichtigen und betreuen Schülerinnen und Schüler in eigener Verantwortung im Rahmen der Bildungs- und Erziehungsziele (§2) (…)“. Dabei weist §44 Absatz 5 darauf hin, dass neben den Schülern auch die Eltern in Fragen der Erziehung durch die Lehrer beraten werden sollen. Neben diesen beraterischen und betreuenden Aufgaben der Lehrpersonen scheint §2 Absatz 9 Satz 2 von besonderer Relevanz für die vorliegende Thematik. Hier wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nicht nur bei schulischen, sondern auch bei anders gelagerten Problemen der Schüler in Zusammenarbeit mit den Eltern Unterstützung erfahren soll: „Drohendem Leistungsversagen und anderen Beeinträchtigungen von Schülerinnen und Schülern begegnet die Schule unter frühzeitiger Einbeziehung der Eltern mit vorbeugenden Maßnahmen“.

3. Zusammenarbeit mit den Eltern

Die Zusammenarbeit mit den Eltern ist im Schulgesetz verankert, denn nach §2 Absatz 3 achtet die Schule „das Erziehungsrecht der Eltern. Schule und Eltern wirken bei der Verwirklichung der Bildungs- und Erziehungsziele partnerschaftlich zusammen“. Nach §42 Absatz 4 sollen sich Eltern aktiv am Schulleben ihres Kindes beteiligen und ihr Kind in der Erfüllung seiner schulischen Pflichten unterstützen. In Absatz 5 wird ausdrücklich benannt, dass Eltern, Schüler und Lehrer bezüglich gemeinsa-

[19] Da alle der im Rahmen dieser vorliegenden Studie befragten Familien in Nordrhein-Westfalen wohnen, wird das Schulgesetz dieses Bundeslandes zur Verdeutlichung herangezogen.

mer Ziele in den Dialog treten sollen: „In Bildungs- und Erziehungsvereinbarungen sollen sich die Schule, Schülerinnen und Schüler und Eltern auf gemeinsame Erziehungsziele und –grundsätze verständigen und wechselseitige Rechte und Pflichten in Erziehungsfragen festlegen“.

4. Förderung der Gesundheit der Schüler

§54 betont, dass die Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit der Schüler Aufgabe der Schule ist, die gemeinsam mit den Eltern wahrgenommen werden soll. Der frühzeitigen Erkennung von Gesundheitsgefährdung kommt eine besondere Bedeutung zu. So heißt es im Absatz 1: „Die Schulgesundheitspflege hat das Ziel, Krankheiten der Schülerinnen und Schüler vorzubeugen, sie frühzeitig zu erkennen und Wege zu ihrer Heilung aufzuzeigen“. Eine Beschränkung auf physische Erkrankungen findet nicht statt, so dass unter diesen Paragraphen auch die Vorbeugung und Erkennung psychischer Erkrankungen gefasst werden können. Neben dieser präventiven Ausrichtung wird die Beachtung des Kindeswohls als Aufgabe der Schule in §42 Absatz 6 gesetzlich verankert: „Die Sorge für das Wohl der Schülerinnen und Schüler erfordert es, jedem Anschein von Vernachlässigung oder Misshandlung nachzugehen. Die Schule entscheidet rechtzeitig über die Einbeziehung des Jugendamtes oder anderer Stellen“.

5. Zusammenarbeit mit unterstützenden Diensten

Zur Erfüllung der vielfältigen Aufgaben in der Arbeit mit den Schülern und Eltern ist die Schule nach §5 Absatz 2 zur Zusammenarbeit unter anderem mit den Trägern der öffentlichen und der freien Jugendhilfe aufgefordert. Insbesondere wird auf die Kooperation mit dem schulpsychologischen Dienst in §44 Absatz 5 hingewiesen.

Neben den Ausführungen des Schulgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen wird auch in der Allgemeinen Dienstordnung für Lehrerinnen und Lehrer, Schulleiterinnen und Schulleiter an öffentlichen Schulen (ADO) (www.schulministerium.nrw.de, 2014) darauf verwiesen, dass auf die persönliche Lebenssituation der Schüler Rücksicht zu nehmen ist (§8 ADO). Die ADO spricht dem Klassenlehrer eine besondere Rolle zu, da dieser die Kontakte zu den Eltern fördert und koordiniert und sie bei besonderen Anlässen benachrichtigt (§18 Absatz 3).

Es zeigen sich also diverse Ansätze im Schulgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen sowie in der Allgemeinen Dienstordnung für Lehrerinnen und Lehrer, in denen die Aufgaben der Schule bzw. der Lehrer über die Unterrichtung der Schüler hinausgehen und eine individuelle Unterstützung unter Berücksichtigung der persön-

lichen Lebenssituation des Schülers in der Zusammenarbeit mit den Eltern und externen Diensten festlegen.

8.3 Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die schulische Leistungsfähigkeit

Die elterliche Erkrankung wirkt sich auf zwei Wegen auf die schulische Leistungsfähigkeit des Kindes aus: Zum einen zeigen sich Auswirkungen aufgrund verminderter schulischer Kompetenzen des Kindes, zum anderen besteht für die Kinder psychisch erkrankter Eltern ein erhöhtes Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln, die sich wiederum auf den schulischen Alltag auswirken kann.

Wenngleich der direkte Zusammenhang elterlicher Erkrankung und schulischer Fähigkeiten der Kinder bisher noch nicht explizit erhoben wurde, so lassen sich doch in einigen Studien Hinweise dafür erkennen, dass sich die elterliche Erkrankung negativ auf die Kompetenzen des Kindes auswirkt, die für die schulische Lern-und Leistungsfähigkeit benötigt werden. Bohus et al. (1998) führen für die Kinder schizophrener Eltern aus: „Im Vorschulalter erweisen sie sich als depressiver, zurückgezogener, ängstlicher und zerstreuter, in der Schule imponieren Defizite im Bereich der Aufmerksamkeit, der affektiven Kontrolle und der sozialen Kompetenz. In der Adoleszenz werden Tendenzen zu kognitiven Störungen, wie tangentiales Denken, schlechtes Kontextverständnis sowie kognitives Gleiten mit konkretistischen bzw. magischen Denkstilen beschrieben“ (Bohus et al., S.134, 1998). Wiegand-Grefe et al. (2011a) sprechen von Defiziten in der Aufmerksamkeits-und Informationsverarbeitung und kognitiven Störungen. In der Erhebung von Lenz (2005), in der stationär psychiatrisch behandelte Elternteile mit Hilfe der Children Behaviour Checklist Auffälligkeiten ihrer Kinder einschätzten, zeigte sich, dass „ca. 15% der Patient(-innen) ihre Kinder als auffällig bzw. im Grenzbereich zwischen auffällig und unauffällig befindlich einschätzten. Am häufigsten gaben Eltern Auffälligkeiten bzw. eine grenzwertige Ausprägung auf den Unterskalen Schule und Soziale Kompetenz an. So hoben die Patient(-innen) in ihren Einschätzungen Leistungsschwierigkeiten und andere schulbezogene Probleme sowie Kontaktprobleme hervor“ (Lenz, S.45, 2005).

Neben diesen direkten Auswirkungen auf für die Bewältigung schulischer Anforderungen benötigten Fähigkeiten weisen - wie in Kapitel 3 dargestellt - Kinder psychisch erkrankter Eltern vermehrt eigene psychische Erkrankungen bzw. psychische Auffälligkeiten auf, wie Störungen des Sozialverhaltens, Angststörungen und depressive Symptome, die sich auf den Schulalltag auswirken. Mohler (2006) führt aus,

dass bei Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens neben Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsdefiziten weitere Auffälligkeiten bestehen, die das Lernen direkt beeinträchtigen. „Neben verminderten Fähigkeiten zur Regulation der Affekte und der Impulskontrolle wirken kognitive Einschränkungen nicht nur verstärkend auf die Entwicklung der Störung des Sozialverhaltens, sondern direkt auf das Lernverhalten eines Kindes oder Jugendlichen. […] Kinder mit derartigen Defiziten haben Mühe, soziale Situationen oder an sie gestellte Aufgaben zu verstehen. Sie interpretieren fehlerhaft und zeigen hinsichtlich sozialer Konflikte wie auch schulischer Anforderungen mangelhafte Problemlösestrategien“ (Mohler, S.243f., 2006). Zu Angststörungen merken Melfsen und Walitza (2013) an, dass insbesondere sozial ängstliche Kinder ein hohes Risiko haben, unter Schulangst zu leiden, da Schule einen großen Lebensbereich der Kinder darstellt, in dem eine fortwährende Aneinanderkettung sozialer Situationen stattfindet und die Kinder im Kontakt mit Lehrern und Schülern eine stetige Konfrontation mit ihren Ängsten erleben (Melfsen & Walitza, 2013). Depressive Kinder und Jugendliche weisen eine reduzierte Leistungsfähigkeit und ein verringertes Konzentrations- und Durchhaltevermögen auf. Hinzu kommen Gefühle der Überforderung, weniger soziale Kompetenzen, häufigere zwischenmenschliche Probleme, schlechtere Schulleistungen und vorzeitige Schulabbrüche (Groen et al, 2004).

Mit diesen Störungsbildern sind Lehrer aufgrund der hohen Prävalenz häufig konfrontiert, wie die Ergebnisse der obengenannten BELLA-Studie darlegen. „Die Auftretenshäufigkeit psychischer Auffälligkeiten wurde anhand der Angaben über Symptome und Belastung im Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) und weiterer standardisierter Screening-Verfahren ermittelt“ (Ravens-Sieberer et al., S.873, 2007). Die Ergebnisse zeigen bei 21,9% der Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten. Mit 10% der Gesamtgruppe ergab sich ein hoher Anteil der Kinder, bei denen Ängste festgestellt wurden, Störungen des Sozialverhaltens wurden bei 7,6% der Gesamtgruppe belegt, depressive Störungen konnten bei 5,4% und Aufmerksamkeitshyperaktivitätsstörungen bei 2,2% nachgewiesen werden. Lehrer sind somit täglich mit diversen Auffälligkeiten ihrer Schüler konfrontiert und müssen mit den Auswirkungen der Störungen auf den Schulalltag und die Unterrichtssituation umgehen. In der Arbeit mit den Kindern muss daher auch berücksichtigt werden, dass eine Hauptursache für das auffällige Schülerverhalten in der familiären Situation, wie der psychischen Erkrankung des Elternteils, liegen kann.

8.4 Auswirkungen der Schule auf den kindlichen und familiären Alltag

Der Einfluss der Schule auf die Entwicklung des Kindes und den familiären Alltag ist in der Literatur vielfach beschrieben, unumstritten und soll deshalb hier nur an einigen Eckpunkten exemplarisch dargestellt werden. So kann zunächst sehr allgemein formuliert werden, dass Schule generell eine zentrale Stellung im Lebens-und Erfahrungsraum von Kindern und Jugendlichen einnimmt (Hofmann & Siebertz-Reckzeh, 2008). Dies ist schon aufgrund des hohen Zeitkontingentes gegeben, in dem sich Schüler in der Schule befinden bzw. sich schulischen Aufgaben widmen. So hat eine Studie Deutschen Kinderhilfswerks und Unicef ergeben, dass 7 bis12jährige mehr als 37 Stunden in der Woche in der Schule bzw. für schulische Belange, wie Prüfungsvorbereitung und Hausaufgaben, aufbringen, ab 13 Jahren sich dieses Stundenvolumen auf ca. 44 Wochenstunden und in den Klassen 9 bis 13 auf 45 Wochenstunden erhöht (www.unicef.de, 2014). Die Schule nimmt somit einen erheblichen Teil der Zeit von Kindern und Jugendlichen ein und übt damit großen Einfluss auf die Gestaltung des familiären Alltages aus, da sich familiäre Zeitstrukturen am Rhythmus der Schule und Alltagsgestaltungen an der zur Verfügung stehenden Zeit außerhalb schulischer Aktivitäten orientieren müssen. Schule beeinflusst jedoch nicht nur die familiären und individuelle Zeitstrukturen, sondern trägt maßgeblich zur persönlichen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen bei, denn „Schule stellt einen Erfahrungskontext dar, der das Denken, Fühlen und Handeln von Kindern und Jugendlichen beeinflusst“ (Hofmann & Siebertz-Reckzeh, S.14, 2008). Adler und Tölle weisen jedoch darauf hin, dass der Zusammenhang von Schule und Familie keine einseitige Wirkrichtung hat: „Versteht sich Schule als ein lebensweltlich ausgerichteter Ort, so ist unübersehbar, dass gesellschaftliche Realitäten und soziale wie individuelle Problemlagen nicht vor dem Schultor Halt machen. Die Lebenswirklichkeiten von Mädchen, Jungen und ihren Familien und deren Folgen „schwappen“ zunehmend in die Schule und können kaum noch ignoriert werden“ (Ader & Tölle, S.209, 2011).

8.5 Auswirkungen der schulischen Belastungen

Beyer und Lohaus (2007) führen aus, dass schulische Belastungen zu den „daily hassles“, also zu den alltäglichen Anforderungen und Problemen zählen, mit denen die meisten Menschen konfrontiert werden. Entscheidend ist jedoch, dass Kinder und Jugendliche sich durch die täglichen Anforderungen stärker belastet fühlen als Erwachsene und insbesondere die Dauerhaftigkeit der Anforderungen zu einem erhöhten Belastungserleben beitragen kann (Beyer & Lohaus, 2007). Im Hinblick auf die Kinder psychisch kranker Eltern gilt es nach Lenz (2008a) zu beachten, dass zusätz-

lich zu den täglichen Anforderungen, den Mikrostressoren, die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung bewältigt werden müssen. Die Erkrankung stellt als Makrostressor eine Verkettung einzelner Belastungsereignisse dar, die über einen längeren Zeitraum andauern. „Es kommt also zu einer Anhäufung von einzelnen Stressereignissen, die in Dauer, Intensität und zeitlicher Abfolge unterschiedlich verlaufen können, sich wechselseitig beeinflussen und in aller Regel das Belastungserleben verstärken“ (Lenz, S.43f., 2008a).

Dass sich Kinder und Jugendliche unabhängig von Makrostressoren bereits durch die schulischen Anforderungen – insbesondere durch den Leistungsdruck (Suhr-Dachs, 2006) – stark belastet fühlen und diese Auswirkungen auf ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden haben, soll im Folgenden an verschiedenen Studien beispielhaft dargestellt werden.

Die Ergebnisse des Bielefelder Grundschulsurveys zeigen, dass sich die Belastungen vielfach in psychosomatischen Beschwerden ausdrücken. An dieser Studie nahmen 2075 Eltern und 1979 Kinder im Alter von 8-12 Jahren aus 42 Schulen teil. Die Daten zeigen, dass 21,1% aller Kinder unter Bauchschmerzen und 26,5% unter häufigen Kopfschmerzen leiden, wobei Mädchen häufiger über diese Beschwerden klagen als Jungen. Während die Bauchschmerzen mit negativen Gefühlen, wie Einsamkeit, Überlastung, Gereiztheit und Ängstlichkeit einhergehen, sind Kopfschmerzen eng mit erlebtem Leistungsstress verknüpft. „Die Diskriminanzanalyse für die Gruppen mit häufigen oder seltenen Kopfschmerzen zeigt eindeutige Hinweise darauf, dass es sich hier fast ausschließlich um psychosomatische Beschwerden handelt. […] Besonders bedeutsam ist der Unterschied im Erleben von Belastungen in der Schule. Je höher der Wert eines Kindes auf dem o.g. Belastungsindex ist, umso wahrscheinlicher ist es, dass das Kind unter häufigen Kopfschmerzen leidet“ (Settertobulte, S.60, 2000). Neben diesen psychosomatischen Beschwerden konnten bei etwa einem Drittel der Kinder psychosoziale Probleme, wie emotionale Störungen und Verhaltensstörungen, beobachtet werden.

In einer Querschnittstudie von Gerber und Pühse (2007) mit 1183 Schülern im Alter von 13 bis 25 Jahren finden sich ähnliche Ergebnisse für die Schweiz. Erschöpfungsgefühle werden von den teilnehmenden Jugendlichen über alle Altersgruppen hinweg am häufigsten genannt, gefolgt von Gefühlen der Kälte, Erkältungssymptomen, Magensymptomen, Kreislaufbeschwerden und Gliederschmerzen. Körperliche Beschwerden und psychische Probleme zeigen einen engen Zusammenhang auf. „Insbesondere Depressivität und Ängstlichkeit stehen mit den Körperbeschwerden in einer engen Wechselbeziehung. Ebenso sind die Ärgerneigung, die Lebenszufrie-

denheit und das Stressempfinden mit dem Beschwerdeempfinden verbunden“ (Gerber & Pühse, S.230, 2007). Bei Mädchen konnte ein stärkerer Zusammenhang zwischen dem Beschwerdedruck und psychischen Problemen festgestellt werden. Mittels Clusteranalyse wurde eine Gruppe hochbelasteter Jugendlicher identifiziert, der 22% aller Studienteilnehmer zugeordnet werden konnten und in der sich mehr Mädchen als Jungen finden ließen. Diese Jugendlichen weisen mehr depressive Symptome auf, neigen häufiger zu Ärger und Ängstlichkeit, können weniger auf Ressourcen zurückgreifen und sind insgesamt mit ihrem Leben weniger zufrieden. Im Unterschied zu den anderen Jugendlichen überschreitet die Gruppe mit hohen Belastungen den Durchschnittswert der allgemeinen Depressionsskala (Gerber & Pühse, 2007).

Bezüglich der Ängstlichkeit weisen Melfsen und Walitza (2013) auf die negativen, hemmenden Auswirkungen von Angst auf Neugierverhalten, Motivation und Leistungsfähigkeit hin. Die Konfrontation in der Schule mit dem Kampf um die Position innerhalb einer Gruppe und damit eventuell verbundenen Mobbing- und Außenseitererfahrungen können ebenso Schulangst fördern wie herabsetzende und demütigende Aussagen der Lehrer und ein autoritärer, am Leistungsprinzip ausgerichteter Unterrichtsstil. Leistungskontrollen wirken insofern angstfördernd, da schulängstliche Kinder ihre eigene Leistungsfähigkeit unterschätzen und Leistungskontrollen mit den Sorgen verbinden, den Anforderungen nicht zu genügen. Gefördert wird diese Angst durch eine zu hohe Erwartungshaltung der Eltern, negative Rückmeldungen oder Strafen aufgrund schlechter Leistungen. Im familiären Bereich kann Schulangst zudem gefördert werden, wenn Eltern selbst Ängste vor dem Urteil anderer Personen zeigen und dem Kind so signalisieren, möglichst alle sozialen Situationen perfekt bewältigen zu müssen, oder dem Kind wenig Vertrauen schenken, eine neue Situation allein bewältigen zu können (Melfsen & Walitza., 2103). Ängstlichkeit steht zudem, wie eine Studie von Daniel und Watermann (2013) zeigt, in einem negativen Zusammenhang zu dispositioneller Lernfreude, also Spaß und Interesse am Lernen und der Wissensaneignung, und in einem positiven Zusammenhang mit Vermeidungsleistungszielen, wie zum Beispiel, sich nicht zu blamieren oder keine falschen Antworten auf Fragen des Lehrers zu geben. „Demnach entwickeln Schülerinnen und Schüler mit einer positiveren emotionalen Grundhaltung tendenziell weniger Vermeidungsleistungsziele im schulischen Kontext“ (Daniel & Watermann, S.303, 2013).

Internalisierende Störungen sind somit bei Schülern nicht nur weit verbreitet, sondern wirken sich auch stark auf den individuellen schulischen Alltag aus. Dennoch messen Schulleitungen externalisierenden Problemen eine höhere Bedeutung bei als internalisierenden Störungen, wie eine Studie von Dadaczynski und Paulus (2011) zeigt.

Die Autoren führen dies auf die höhere Relevanz dieser Verhaltensweisen für einen ungehinderten Unterrichtsverlauf sowie auf die erschwerte Erkennung internalisierender Störungen zurück.

Trotz der hohen Prävalenzen bleibt anzumerken, dass die Bewältigung schulischer Situationen und Anforderungen stark vom individuellen Bewältigungsverhalten und den zur Verfügung stehenden Ressourcen abhängig ist. In der Kindheit und Jugend steht den Schülern jedoch nur ein geringes Maß angemessenen Bewältigungsverhaltens zur Verfügung (Vierhaus, 2012) bzw. verändert sich das Bewältigungshandeln von der frühen zur mittleren Jugend. So untersuchten Hampel und Pössel (2012) in einer zweijährigen Studie mit 200 Sechst- bis Neuntklässlern mittels standardisierter Testverfahren die Stressverarbeitung in sozialen Situationen. Die Schüler im Alter zwischen 11 und 15 Jahren besuchten eine Hauptschule, Realschule bzw. ein Gymnasium und wurden von ihren Eltern als psychisch gesund eingeschätzt. In der Studie zeigten die Sechst- /Siebtklässler häufiger Ablenkungen zur Stressverarbeitung und suchten mehr soziale Unterstützung. Ältere Schüler zeigten dagegen mehr positive Selbstinstruktionen. Jungen gaben bezüglich der Stressverarbeitung an, signifikant mehr Bagatellisierung einzusetzen aber weniger soziale Unterstützung zu suchen als Mädchen, die zudem höhere Werte in der positiven Selbstinstruktion vorweisen konnten.

Während Göppel (2011) kritisch hinterfragt, ob Kinder nicht „ein beträchtliches Maß an Resilienz, an seelischer Stabilität und Widerstandskraft [benötigen], um die mit der Schule verbundenen Belastungen und Zumutungen einigermaßen heil zu überstehen […]“ (Göppel, S. 383, 2011), relativiert Opp (2007) die von der Schule ausgehenden Belastungen, indem er die unterschiedliche Bedeutung von Schule für einzelne Schüler unterstreicht: „Schulen können Orte der Langeweile, der sozialen Ausgrenzung und der Angst sein. Schulen können aber gerade auch im Leben von Kindern, die in ihren Lebenswelten hohen Belastungen und Entwicklungsrisiken ausgesetzt sind, eine wichtige, Entwicklung schützende Funktion ausüben“ (Opp, S.240, 2007). Diese Aspekte der schützenden Funktion von Schule insbesondere für Kinder in belasteten Lebenslagen sollen in den weiteren Ausführungen vertieft werden.

9 Schule und Lehrer als Schutzfaktoren

„Weil es gibt auch Phasen, wo sich Eltern nicht mehr um die Kinder kümmern können und das sie dann mehr oder weniger sagt: "Das ist nicht Mamas Schuld, die mag dich trotzdem." Und ihr dann praktisch indirekt die Geborgenheit gibt, die sie braucht.“

(Interview Eltern\M.9: 134)

Im Bereich der Schule können mehrere Faktoren als Schutzfaktoren fungieren. So weisen Heinrichs & Lohaus (2011) auf die Bedeutung des Schul- bzw. Klassenklimas hin. „Ein positives Schul-und Klassenklima fördert die Integration von Kindern und Jugendlichen in das außerfamiliäre Sozialleben. Als Konsequenz ergeben sich positive Sozialerfahrungen, die die soziale Kompetenz und das Selbstwertgefühl steigern. Beides erhöht die Chance, in Problemsituationen soziale Unterstützung zu erhalten (und nicht Ignoranz oder Zurückweisung zu erfahren). Es erhöht weiterhin die Chance, auch in nicht-schulischen Kontexten positive soziale Kontakte aufbauen zu können“ (Heinrichs & Lohaus, S.26, 2011). Neben diesen positiven Sozialerfahrungen heben Hurrelmann & Settertobulte (2008) die gesundheitsfördernden Auswirkungen eines als positiv empfundenen Schulklimas hervor: „Unabhängig von der Schulform stellt das von den Schülerinnen und Schülern wahrgenommene Schulklima ein wichtiges, konsistentes Merkmal der Schulqualität dar. Gelingt es, durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung das soziale Klima einer Schule zu verbessern, profitieren die Schülerinnen und Schüler davon vor allem auch gesundheitlich“ (Hurrelmann & Settertobulte, S.71, 2008). So fanden Hurrelmann und Settertobulte heraus, dass das Auftreten körperlicher Beschwerden sowie depressiver Verstimmungen wahrscheinlicher ist, wenn die Qualität des Unterrichts, als eine Dimension des Schulklimas, als schlecht wahrgenommen wird. Dies trifft für Schülerinnen in stärkerem Maße zu als für Schüler. Während Hurrelmann und Settertobulte das Schulklima betrachten, fokussiert Bilz (2008, 2013) in seinen Ausführungen den Zusammenhang zwischen Klassenklima und internalisierter Auffälligkeiten bei Schulkindern im Alter von 11, 13 und 15 Jahren. Diese Untersuchung fand im Rahmen der HBSC-Studie, Health Behaviour in School-aged Children, statt. „Bei der HBSC-Studie handelt es sich um ein internationales Forschungsprojekt, das von einem länderübergreifenden Netzwerk von Forschungsgruppen in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführt wird. Das zentrale Anliegen der Studie ist es, die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen im Alter von 11 bis 16 Jahren zu untersuchen“ (Bilz, S.100, 2008). Für die Entwicklung internalisierender Auffälligkeiten als bedeutsam, nennt Bilz zum einen die Schüler-

wahrnehmungen, die sich auf die schulischen Lernbedingungen beziehen, zum anderen die Einschätzungen des sozialen Klimas, das insbesondere auf Klassenebene herrscht. „Ungefähr 14% der Varianz in den internalisierenden Auffälligkeiten der Schüler können auf Unterschiede im individuellen und kollektiven Klassenklima zurückgeführt werden. […] Erwartungsgemäß sind es sowohl die Lernbedingungen als auch das Sozialklima, die Einfluss auf die emotionalen Probleme und die psychosomatischen Beschwerden der Schüler nehmen“ (Bilz, S.219f., 2008).

Neben dem Schul-bzw. Klassenklima als stärkende Faktoren für die Kinder gelten positive Schulleistungen „[…] als weiterer potenzieller Schutzfaktor, da sie einerseits ebenfalls zum Aufbau eines positiven Selbstwertgefühls beitragen und andererseits eine Zukunftsperspektive vermitteln. Gute Schulleistungen bedeuten in der Regel, dass positive Karrierewege sowohl hinsichtlich der Schul- als auch der weiteren Berufsausbildung offenstehen“ (Heinrichs & Lohaus, S.26, 2011). Negative Schulleistungen können wiederum, wie Hurrelmann und Settertobulte (2008) ausführen, psychosomatische Beschwerden zur Auswirkung haben. Jungen und Mädchen, die ihre schulischen Fähigkeiten als gering einschätzen, leiden häufiger unter psychosomatischen Beschwerden, wie Kopf-und Bauchschmerzen, depressiven Verstimmungen und einem geringen Selbstwertgefühl. Psychosomatische Beschwerden zeigen sich auch, wenn sich die Schüler in der Schule nicht wohlfühlen und von Seiten der Mitschüler und Eltern wenig Unterstützung erfahren (Hurrelmann & Settertobulte, 2008). Hascher und Hagenauer (2011) weisen darauf hin, dass dieses Wohlbefinden in der Schule für Jugendliche eine wichtige Quelle für eine positive Entwicklung darstellen kann, wenn Schule mit positiven Emotionen verbunden wird (Hascher & Hagenauer, 2011). Hascher und Edlinger (2009) schlussfolgern an Hand eines Überblicks über Studien, die positive Emotionen und Wohlbefinden in der Schule thematisieren, „dass Emotionen in der Schule, in Lern-und Leistungssituationen sehr präsent sind. Je nach Befragungsform, Kontext und Altersstufe scheinen positive Gefühle neben negativen mehr oder weniger gut bestehen zu können. Die Vielzahl der unterschiedlichen Emotionen, die in Lern-und Leistungssituationen erlebt und von den SchülerInnen differenziert beschrieben wurden […] verweist auf die intra-und interindividuelle Variationsbreite subjektiven Erlebens“ (Hascher & Edlinger, S.111, 2009) und damit auf die Unterschiedlichkeit des Erlebens von Schule als schützenden oder belastenden Faktor.

Für das schulische Wohlbefinden und die positiven Emotionen entscheidend ist eine gute Beziehung zu den Lehrpersonen. In einer Studie von Hascher und Hagenauer (2011) wurde in zwei Stichproben zu vier Messzeitpunkten das schulische Wohlergehen von insgesamt 787 Schülerinnen und Schülern erfasst. Dabei zeigte sich,

dass bei den Mädchen neben der schulischen Langeweile, der Lernsangst, dem Klassenklima, der Klarheit der Instruktion und dem Unterrichtstempo die Beziehung zu den Lehrkräften ein wirksamer Faktor für das schulische Wohlergehen ist. Auch bei Jungen konnte die Bedeutung der Beziehung zum Lehrer für das Wohlbefinden festgestellt werden, jedoch nur für Schüler der 6. Klasse. Ab der 7. Jahrgangsstufe löst sich dieser Effekt zu Gunsten des Unterrichtstempos, der Klarheit der Instruktionen und der individuellen Bezugsnormorientierung auf (Hascher & Hagenauer, 2011).

Göppel (2011) resümiert, „[…] dass für das Schulerleben der Kinder ganz wesentlich die atmosphärischen Aspekte der Schule und dabei wiederum vorrangig die personale Seite, also die Beziehungen zu den Lehrpersonen und zu den Mitschülern im Vordergrund stehen, und dass dabei sehr viel weniger die inhaltlichen Aspekte, die in der Schule behandelten Themen und Stoffe oder gar die dialektischen Strategien oder methodischen Finessen des Unterrichts von Belang sind“ (Göppel, S.385, 2011). Göppel bestätigt damit die Ergebnisse der Resilienzforschung, die dem Vorhandensein einer Bezugsperson für das risikobelastete Kind eine große Bedeutung zumessen: „In den Ergebnissen der Resilienzstudien wird die hohe Bedeutung von Bezugspersonen und deren stärkender Funktion in ihrem direkten Lebensumfeld für entwicklungsgefährdete Kinder und Jugendliche herausgestellt. […] Neben familiären Bezugspersonen können Lehrer im schulischen Setting von Kindern und Jugendlichen mit erschwerten Lebens-und Erziehungsbedingungen Schlüsselfiguren darstellen, die Halt geben und ein Orientierungsmodell bieten“ (Theis-Scholz, S.343, 2012). Damit dies gelingen kann, ist eine positive, vertrauensvolle Beziehung zwischen Schülern und Lehrern notwendig, auf die im Folgenden näher eingegangen werden soll.

9.1 Soziale Beziehung zwischen Schülern und Lehrern

Die Beziehung zu den Lehrkräften hat für Kinder und Jugendliche im Schulalltag eine besondere Bedeutung (König, 2010). „Hinsichtlich der Relevanz dieser Beziehungen für den schulischen Lernprozess besteht zwar durchaus Konsens, trotzdem finden sich nur wenige empirische Arbeiten, die sich mit der Bedeutung und Qualität sozialer Beziehungen und Interaktionen im schulischen Feld explizit beschäftigen“ (Raufelder, S.187, 2010). Raufelder sieht den Grund für diese geringe Datengrundlage in der Schwierigkeit, die Komplexität der Lehrer-Schüler-Beziehung empirisch zu erfassen, da zahlreiche Faktoren, wie individuelle kognitive und emotionale Schemata von

Lehrern und Schülern, Lernvergangenheiten, die gegenwärtige Beziehung und objektive Einflüsse, wie Medien und Lehrpläne, sowie Rollen-und Geschlechtererwartungen, Führungsstil und Persönlichkeitsaspekte, die Beziehung beeinflussen. In Studien werden daher oftmals die Auswirkungen einzelner Variablen der Schüler-Lehrer-Beziehung auf die schulischen Leistungen der Schüler als leicht messbarer Indikator untersucht. Dem liegt nach Raufelder die These zugrunde, dass die Schüler ein besseres Leistungsvermögen vorweisen können, wenn sie von einer guten Beziehung zu der entsprechenden Lehrperson profitieren können, denn „sowohl pädagogisch-psychologische als auch kulturanthropologische Forschungsbefunde zeigen, dass soziale Beziehungen und damit verbundene Emotionen für den schulischen Lehr-und Lernprozess entscheidende Einflussgrößen sind. Qualitativ und quantitativ methodisch orientierte Studien zum Lehrer-Schüler-Verhältnis, zum Schüler-Schüler-Verhältnis, zum Klassen- und Schulklima, aber auch zum Lebensort Schule verdeutlichen, dass der individuelle Lernerfolg von Schülern durch positiv emotional erlebte soziale Beziehungen begünstigt wird“ (Raufelder & Mohr, S.75, 2011). So zeigt eine Studie von Hamre und Pianta (2005), in der die schulischen Leistungen von 910 Kindern aus Risikogruppen in Bezug auf die emotionale Unterstützung durch die Lehrperson verglichen wurden, dass „by the end of the first grade, at-risk students placed in first-grade classrooms offering strong instructional and emotional support had achievement scores and student-teacher relationships commensurate with their low-risk peers; at-risk students placed in less supportive classrooms had lower achievement and more conflict with teachers“ (Hamre & Pianta, S.949, 2005). Goleman (2006) resümiert zu dieser Studie von Hamre und Pianta, dass die Schüler bessere Leistungen hervorbringen, wenn es dem Lehrer gelingt, sich auf die Kinder einzustimmen, auf ihre Bedürfnisse, Stimmungen, Interessen und Fähigkeiten zu reagieren und ein positives Klassenklima herzustellen, das von guten Gesprächen, gemeinsamen Lachen, Aufmerksamkeit und positiver Zuwendung geprägt ist. „Die schlechtesten Resultate gab es, wenn Lehrer eine Ich-Es-Einstellung an den Tag legten und den Schülern ihre eigene Struktur überstülpten, ohne sich auf sie einzustimmen, oder indem sie ihnen emotional distanziert und unbeteiligt begegneten“ (Golemann, S.421, 2006). Tausch (2008) hebt den Einfluss des personenzentrierten Verhaltens des Lehrers auf die Schüler-Lehrer-Beziehung hervor, unter dem Tausch die Haltungsdimensionen Achtung-Wertschätzung-Wärme, Einfühlung-Verständnis und Aufrichtigkeit-Echtheit subsumiert. Tausch führt aus, dass Schüler, die von einem sich ihnen gegenüber wertschätzend, einfühlend und aufrichtig zeigendem Lehrer unterrichtet werden, bessere Leistungen im fachlichem Lernen und in der Beteiligung am Unterricht aufweisen, weniger Fehltage hatten und sich besser an Regeln und Strukturen anpassen können. Neben diesen eher leistungsbezogenen Vorteilen

weisen die Schüler aber auch weniger Angst im Unterricht, vertrauensvollere Beziehungen zum Lehrer und mehr persönliche Äußerungen im Unterricht auf. Die Schüler machen zudem die Erfahrung, ernst genommen und geachtet zu werden sowie in ihrem Denken, Handeln und Fühlen gehört und verstanden zu werden. Tausch fasst die von ihm zusammengetragenen Ergebnisse wie folgt zusammen: „Vielfältige Untersuchungen zeigen deutlich: Lehrer/innen mit einem größeren Ausmaß an Achtung-Wärme, Einfühlung, förderlicher nicht-dirigierender Aktivität sowie geringer Lenkung-Dirigierung haben - verglichen mit Lehrern mit einem geringen Ausmaß in diesen Verhaltensformen - Schüler mit günstigeren fachlichen Leistungen, besserer Qualität der mündlichen Unterrichtsbeiträge, größerem Ausmaß an Denkprozessen, ferner mit mehr Kooperation und weniger Aggressivität sowie deutlich günstigerer seelischer Befindlichkeit u.a.“ (Tausch, S.162, 2008).

Eine gute Lehrer-Schüler-Beziehung hat aber nicht nur Auswirkungen auf die Leistungen und das Befinden der Schüler, sondern auch auf das Verhalten des Lehrers, denn „Achtung und Ernstnehmen sowie ehrliches Interesse an der Person der Schüler verstärken die Einfühlung und motivieren Lehrer zu vielen verschiedenen förderlichen Aktivitäten, z.B. sprechen sie Schüler häufiger an und führen häufiger Gespräche mit ihnen. Dadurch erhalten sie mehr Einblick in die seelische Situation der Schüler und können angemessener handeln. Diese Gespräche können psychotherapeutische Wirkung haben: Sie verbessern die Beziehung zum Lehrer, mindern die Angst und helfen Schülern bei der Klärung ihrer Schwierigkeiten, sei es im Unterricht oder außerhalb der Schule“ (Tausch, S.168, 2008). Auch sind die Lehrer eher dazu bereit, sich selbst gegenüber dem Schüler zu öffnen, die eigenen tieferen Gefühle auszudrücken und von eigenen Erfahrungen zu berichten (Tausch, 2008). Jedoch weisen Sann und Preiser (2008) auf die Gefahr hin, die sich in diesen persönlichen Gesprächen verbergen kann, denn „Fehlinterpretationen von Gefühlen und die daraus folgenden unangemessenen Handlungen sind eine häufige Quelle von misslingenden Interaktionen zwischen Lehrkräften und Schülern“ (Sann & Preiser, S.211, 2008). Zudem ist, so Bauer (2008), die emotionale Beziehung durch die professionelle Rolle der Lehrkraft begrenzt, die sich insbesondere dadurch ausdrückt, dass, unabhängig von positiven oder negativen Beziehungen, alle Schüler gleich behandelt und nach gleichen Maßstäben beurteilt werden müssen. „Die zu erreichenden Ziele sind unabhängig von persönlichen Bindungen definiert“ (Bauer, S.589, 2008). Entsteht aufgrund eines positiven Lehrer-Schüler-Verhältnisses eine Ungleichbehandlung unter den Schülern, besteht zugleich das Risiko, dass die besondere Beziehung des Schülers zum Lehrer und damit der spezifischen Rolle des „Lieblingsschülers“ zur sozialen Isolation und Stigmatisierung durch die Mitschüler führen kann (Graßhoff et al., 2006). Zugleich zeigt sich in einer Querschnittsstudie von Hascher und

Neuenschwander (2011) zum Selbstkonzept im Jugendalter mit 1623 Jugendlichen der Klassenstufen 7-9, dass Jugendliche, die von Gleichaltrigen häufiger abgelehnt wurden, sich von Lehrpersonen generell akzeptierter fühlen (Hascher & Neuenschwander, 2011). Aus einer positiven Lehrer-Schüler-Beziehung, die mit einer Ungleichbehandlung der Schüler untereinander einhergeht, kann sich somit ein Kreislauf entwickeln, der zum einen die Ablehnung durch Gleichaltrige fördert und zum anderen die Beziehung zum Lehrer verbessert: Der Schüler wird aufgrund seiner Bevorzugung von Gleichaltrigen abgelehnt, fühlt sich aber vom Lehrer akzeptiert, was die Beziehung zum Lehrer beeinflusst und weitere Ablehnungen durch Gleichaltrige mit sich bringen kann. Es kommt somit zu einer Verschiebung der Ressourcen für den Jugendlichen zugunsten des Lehrers als Bezugsperson und zum Nachteil für die Beziehung zur Peergroup.

Doch wie erleben die Lehrer und Schüler diese Beziehung untereinander? Ist der einfühlsame und wertschätzende Lehrer eine typische Lehrperson oder gleichen die Ausführungen eher dem Idealtypus? Diesen Fragen sind Wilbert und Gerdes (2007) nachgegangen, indem sie eine Studie zum Vergleich der Vorstellungen vom idealen und vom typischen Lehrer durchführten, in der 260 Schüler im Alter von 13 bis 25 Jahren und 121 Lehrer im Alter zwischen 27 und 62 bzgl. der Persönlichkeitsmerkmale bzw. Eigenschaften und der Verhaltensmuster bzw. Fähigkeiten des idealen und typischen Lehrers befragt wurden. Bzgl. der Vorstellungen eines idealen Lehrers bestand eine hohe Übereinstimmung zwischen den Antworten der Schüler und der Lehrer, so „[…], dass die Lehrer und Schüler sich relativ einig sind über ihre Vorstellungen vom idealen Lehrer, während der typische Lehrer von den beiden Gruppen deutlich unterschiedlicher wahrgenommen wird“ (Wilbert & Gerdes, S.214, 2007). Die Lehrer sehen den typischen Lehrer in den Faktoren passiv-zurückhaltend und direktiv-streng näher am idealtypischen Lehrer als die Schüler dies sehen. Der typische Lehrer wird von den Schülern als deutlich passiv-zurückhaltendender, weniger pädagogisch jedoch mehr wissensorientiert gesehen als der ideale Lehrer. Im Gegensatz zu den Lehrern wünschen sich die Schüler den idealen Lehrer zudem deutlich weniger direktiv-streng. Auffällig in dieser Studie sind die Befunde zum Einfühlungsvermögen des idealen und typischen Lehrers, dem von den teilnehmenden Lehrern eine sehr hohe Bedeutung, von den Schülern jedoch eine geringere Bedeutung zugesprochen wird. „So heben Lehrer vor allem das Einfühlungsvermögen als charakteristisches Kennzeichen des idealen und auch typischen Lehrers hervor, während sie dem Allgemeinwissen eine weniger entscheidende Rolle zuschreiben. Umgekehrt halten Schüler das Einfühlungsvermögen der Lehrer für weniger wichtig, dagegen aber Eigenschaften wie Fairness und Allgemeinwissen für wichtiger als die Lehrer“ (Wilbert & Gerdes, S.220, 2007). Die Autoren erklären sich die geringe Bedeutung

des Einfühlungsvermögens auf Seiten der Schüler mit dem Alter der Studienteilnehmer, die 15 Jahre und älter waren. So sind diese - im Gegensatz zu jüngeren Schulkindern - nicht so sehr auf einen fürsorglich-lenkenden Lehrer angewiesen, sondern wünschen sich eher ein partnerschaftlich agierendes Gegenüber (Wilbert & Gerdes, 2007). Diese Vermutung wird durch eine Studie von Ophuysen (2009) bestätigt, in der die sozialen Beziehungen der Schüler nach dem Grundschulübergang untersucht wurden. Hierfür schätzten ca. 900 Schüler zu Beginn des fünften Schuljahres ihre Beziehung zu den Mitschülern, zu dem Klassenlehrer und zu den weiteren Lehrkräften ein. Ergänzend dazu wurden die Ergebnisse von 42 zur Beziehungsqualität in ihrer Klasse befragten Klassenlehrern hinzugezogen und miteinander in Beziehung gesetzt. Dabei zeigte sich, dass die Beziehung zum Klassenlehrer von den Schülern kurz nach Schuljahresbeginn sehr positiv eingeschätzt wird, die Schüler ihren Klassenlehrer als Vertrauensperson ansehen und im Gespräch mit ihm Probleme thematisieren können. „Nur 4,7% der befragten Schüler geben an, dass sie ihrem Klassenlehrer kein Vertrauen entgegenbringen. Jeweils gut über 10% beträgt die Quote derjenigen, die meinen, dass der neue Klassenlehrer nicht auf die Wünsche der Schüler eingeht (12,5%) bzw. dass sie nicht offen mit ihm über Probleme sprechen können (11,2%)“ (Ophuysen, S. 339, 2009). Die Urteile der Lehrer bzgl. ihrer sozialen Beziehungen zu den Schülern sind ebenfalls positiv. Somit wird die Schüler-Lehrerbeziehung sowohl von Seiten der Schüler als auch von Seiten der Lehrer als positiv eingeschätzt.

Der einfühlsame und wertschätzende Lehrer als Vertrauensperson und somit als wichtige Ressource des Schülers ist demnach insbesondere für jüngere Schüler von großer Bedeutung, während bei älteren Schülern der Wunsch nach Akzeptanz (Bauer, 2008), berufsspezifischer Handlungskompetenz (Wilbert und Gerdes, 2007) und Gleichbehandlung (Graßhoff et al., 2006) im Vordergrund steht.

Lehrpersonen empfinden den persönlichen Kontakt zu den Schülern als positiv

Neben dieser statistischen bzw. gesetzlichen Relevanz zeigen Studien, dass Lehrer sensibel für Problemlagen im familiären Umfeld der Schüler sind und es als sehr positiv erleben, wenn sie von den Schülern als Vertrauensperson gesehen werden. In einer Studie von Grimm (1996) wurden 280 Lehrkräfte nach angenehmen und unangenehmen Unterrichtssituationen befragt. Dabei zeigte sich, dass Nähe und Kontakt, z.B. indem die Schüler privaten Kontakt suchen und über persönliche Probleme sprechen, von den Lehrern positiv bewertet wurden. Auch die hervorgerufenen Gefühle der Zuneigung, des Verbundenseins und des Gebrauchtwerdens erleben sie als positiv und bereichernd. Zugleich aber sehen sich die Lehrer mit zahlreichen ne-

gativ bewerteten Situationen konfrontiert, zu denen sie unter anderem Undisziplin-iertheit und Unkonzentriertheit im Unterrichtssetting zählen, die sich z.B. in der unvollständigen Erledigung der Hausaufgaben ausdrücken. Aber auch Kontaktstörungen werden als belastend erlebt. Findet der Lehrer keinen Zugang zu seinen Schülern und wird nicht als Kontaktperson wahrgenommen, ist dies für die Lehrperson mit negativen Gefühlen verbunden. Sie erleben Selbstzweifel, Unzufriedenheit, Versagensängste, Schuldgefühle und Frustrationen in der Konfrontation mit diesen Situationen (Grimm, 1996). Es kann davon ausgegangen werden, dass die Lehrer in der Arbeit mit den Kindern psychisch kranker Eltern mit einer Ambivalenz in der Kontaktsuche konfrontiert sind, da die Kinder zwischen dem Wunsch nach Kontaktaufnahme und den damit verbundenen Ängsten schwanken: Einerseits suchen die Kinder den Kontakt und das persönliche Gespräch, um sich entlasten zu können und sich an einer haltgebenden und in ihren Verhaltensweisen verlässlichen erwachsenen Bezugsperson zu orientieren, andererseits aber ist ihnen durch die Tabuisierung der Erkrankung diese Kontaktaufnahme verwehrt. Einen guten Zugang zu den Kindern herzustellen, stellt den Lehrer damit vor große Schwierigkeiten. Die Gefahr, dass er diese Ambivalenz in dem Kontakt mit dem Schüler als negativ empfindet, ist groß. Die Studie zeigt, dass die Lehrer für die Entstehung dieser negativen Gefühle und Situationen die Schülerumwelt und die familiären Probleme als maßgebliche Vulnerabilitätsfaktoren sehen (Grimm, 1996) und sich somit ihrer Grenzen in dem positiven Beziehungsaufbau bewusst sind. Dies bestätigt auch eine Studie von Todt (2008) mit 106 Grundschullehrern. Über die Hälfte der Teilnehmer sah den Grund für auffälliges Schülerverhalten oft bzw. sehr oft in der Reaktion des Kindes auf außerschulische, insbesondere familiäre Probleme, wobei ein Unterschied in den Geschlechtern gesehen wird. Bei männlichen Schülern geben 59% der Lehrer den Grund für auffälliges Verhalten im außerschulischen Bereich an, bei weiblichen Schülern 51% (Todt, 2008). Hubrig und Herrmann (2010) resümieren, dass Schulprobleme meist eng mit der Familiensituation zusammenhängen und daher die Bedeutung der Familie für die Lösung von Problemen elementar ist, auch wenn die Probleme vordergründig schulische zu sein scheinen (Hubrig & Herrmann, 2010).

9.2 Lehrer als Vertrauensperson

Mit dem Vertrauen zwischen Lehrern und Schülern hat sich Martin K. Schweer ausführlich befasst. Schweer (2008) führt aus, dass insbesondere aufgrund der Asymmetrie in der Lehrer-Schüler-Beziehung dem Beginn des Vertrauensprozesses durch die Lehrperson eine große Bedeutung zukommt. Für den Aufbau von Vertrauen ist

es hilfreich, wenn dieser mit einer Vertrauensvorleistung, wie zum Beispiel der Übertragung von Verantwortung, auf seine Schüler zugeht, um diesem das Zurückgeben eigenen Vertrauens zu ermöglichen, denn „die individuellen Wahrnehmungsmuster der Interaktionspartner prädeterminieren schließlich die *Qualität des Anfangskontaktes* (kursiv auch bei Schweer, Anmerk. E.B.) zwischen beiden. In der konkreten ersten Interaktionssituation werden nun die wahrgenommenen Verhaltensweisen eines Interaktionspartners mit den eigenen impliziten Vertrauenstheorien abgeglichen. Je positiver dieser Vergleich ausfällt, umso wahrscheinlicher wird eine progressive Vertrauensentwicklung, je negativer dieser Vergleich ausfällt, umso wahrscheinlicher wird ein negativer Beziehungsverlauf“ (Schweer, S.555, 2008). Notwendig für die Aufrechterhaltung des Vertrauens ist das Erkennen von Vertrauenshandlungen, doch „die entsprechende Dekodierung bzw. Entschlüsselung von Vertrauen […] kann auf der interaktionalen Ebene letztendlich nur über realisierte Vertrauenshandlungen erfolgen: Wenn der Interaktionspartner beispielsweise persönliche Dinge preisgibt, die ihm Schaden zufügen könnten, lässt sich dies als Vertrauenshandlung auffassen, anhand derer man das Vertrauen des anderen erkennt“ (Schweer, S.549, 2008), denn Vertrauen ist nach Schweer immer durch das potenzielle Risiko des Missbrauchs durch den Interaktionspartner gekennzeichnet und kann sich erst im Laufe der Zeit entwickeln. Vertrauen ist daher weder per se durch den täglichen Umgang des Lehrers mit dem Schüler noch seiner Funktion als leitender Erwachsener noch aufgrund seines Wissens- und Erfahrungsvorsprungs gegeben. Auch Sympathie kann den Vertrauensprozess zwar fördern, bedingt ihn aber nicht vollends, denn „spontane Sympathie ist zwar dem Vertrauen förderlich, aber nicht mit einer tatsächlichen Vertrauensbeziehung gleichzusetzen“ (Schweer, S.280, 2004). Vertrauen muss demnach durch konkrete Vertrauenshandlungen erst aufgebaut werden: der Lehrer muss dem Schüler zu erkennen geben, dass er ihm vertraut, um ihm so die Gewissheit der Gegenseitigkeit zu geben, also dass der Schüler sich ihm anvertrauen kann. Gleiches gilt für den Schüler, wie Schweer betont: „Interessanterweise scheint in diesem Zusammenhang auch für die pädagogische Beziehung die Norm der Reziprozität zu gelten: Je positiver nämlich bei einem Schüler das Vertrauen zum Lehrer ausgeprägt ist, umso überzeugter ist er, dass ihm seitens des Lehrers ebenfalls Vertrauen entgegengebracht wird“ (Schweer, S.557, 2008). Aus dieser Reziprozität kann sich damit ein positiver Kreislauf entwickeln, der gegenseitiges Vertrauen ermöglicht.

„Hat sich erst einmal in einer nicht-freiwilligen Beziehung Vertrauen etabliert, wird sich längerfristig ein positiver Kreislauf stabilisieren. Im umgekehrten Fall jedoch besteht keinerlei Möglichkeit, die Interaktionsbeziehung zu beenden. Für die Schüler-Lehrer-Beziehung bedeutet dies: Der Schüler kann sich ebenso wenig einen neuen

Lehrer aussuchen wie der Lehrer seine Klasse abgeben kann. An die Stelle von Vertrauen kann hier sehr schnell ein durch Misstrauen geprägtes Klima treten, ohne dass man der Situation entfliehen kann“ (Schweer, S.554, 2008). Dieses Misslingen des Vertrauensaufbaus kann in der Verkennung von Vertrauenshandlungen begründet liegen, denn nicht immer lassen sich Vertrauenshandlungen als solche erkennen. „So zeigen empirische Befunde zur asymmetrischen Lehrer-Schüler-Beziehung, dass hier vielfach Dekodierungsprobleme dahingehend entstehen, dass ein großer Teil der Schüler nicht erkennt, ob der Lehrer Vertrauen investiert. Aber Lehrer verkennen oftmals ebenfalls das Vertrauen ihrer Schüler“ (Schweer, S.549f., 2008). Die Gründe für dieses Verkennen sieht Schweer darin, dass die Lehrer eine Strategie des Schülers hinter dem entgegengebrachten Vertrauen vermuten, oder dass sie eine Vertrauenshandlung nur dann erkennen, wenn der Schüler aus konkretem Anlass um Unterstützung bittet.

Zwischen dem Vertrauenserleben und insbesondere dem Verkennen von Vertrauen besteht neben der persönlichen Beziehung auch ein Zusammenhang zur Leistungsfähigkeit bzw. Anstrengungsbereitschaft. So beschreiben Lehrer die Schüler, zu denen kein Vertrauensaufbau gelungen ist, eher als leistungsschwach und häufiger störend, während Schüler, zu denen ein gutes Vertrauen besteht, eher als leistungsstark und anstrengungsbereiter eingeschätzt werden (Thies, 2005). Schweer schlussfolgert, dass „sowohl Lehrer wie auch Schüler dem Vertrauensaufbau in der pädagogischen Beziehung einen hohen Stellenwert für den Erfolg schulischer Erziehungs-und Bildungsmaßnahmen beimessen; [die empirischen Befunde, E.B.] sprechen gleichermaßen für die Etablierung von Vertrauen als pädagogisches Ziel“ (Schweer, S.560, 2008).

Einschränkend merkt Schweer jedoch an, dass zum einen die Vertrauensintensitäten je nach Lebensbereich variiert und daher eine Bereichsspezifität aufweist. Gewonnenes Vertrauen kann also nicht auf alle Bereiche übertragen, sondern muss vielfach immer neu gewonnen werden (Schweer, 2004). Zum anderen kann „konkretes Lehrerverhalten, das bei einem bestimmten Schüler für den Vertrauensaufbau sehr wichtig ist, […] bei einem anderen Schüler hinsichtlich der Vertrauensentwicklung lediglich eine untergeordnete Rolle spielen oder sogar den Vertrauensprozess hemmen. Ein typisches Beispiel ist in diesem Zusammenhang das gewünschte Ausmaß an positiver Zuwendung seitens des Lehrers“ (Schweer, S.557, 2008). Opp (2007) merkt an, dass Nähe nicht nur durch Vertrauen, sondern auch durch professionelle Begrenzungen ermöglicht werden kann (Opp, 2007). Lehrpersonen müssen sich daher in ihrem Vertrauenshandeln nicht nur an verschiedene Situationen, sondern auch am individuellen Schüler orientieren. Gelingt durch gegenseitige Vertrauenshandlungen

ein positiver Vertrauensaufbau, dann können für Schüler „Lehrpersonen Vertrauenspersonen in Situationen sein, in denen sie sich sonst zunächst niemandem anvertrauen wollen. Dies können Probleme im Freundeskreis sein, Streit mit den Eltern, Eheprobleme oder Trennung der Eltern bis hin zu traumatischen Erlebnissen wie z.B. Missbrauchserfahrungen, der Tod eines Freundes oder eines Familienangehörigen“ (Hertel & Schmitz, S.29, 2010). Der Lehrer wird dadurch zur wichtigen Beziehungsperson und Ressource im Alltag, die insbesondere für Kinder in schwierigen familiären Lebensbedingungen eine kompensatorische Funktion innehat.

9.3 Lehrer als Kompensator

Kindliche Entwicklung profitiert nach Eickhoff und Zinnecker (2000) insbesondere davon, dass sich die Kinder von ihren Eltern verstanden und geachtet fühlen, ihre Eltern als kompetente Ratgeber in wichtigen Lebensfragen sehen und das familiäre Klima als kooperativ, partnerschaftlich und harmonisch erleben. All diese förderlichen Aspekte können in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil eingeschränkt sein, insbesondere dann, wenn kein gesunder Elternteil als Korrektiv zur Verfügung steht. Lehrer können vor allem für Kinder, die nicht die Erfahrung eines förderlichen familiären Umfeldes machen, eine kompensatorische Funktion ausüben, insbesondere wenn sie von den Schülern als „learning facilitators, reliable, supporters, challengers […]“(Schiff & Tatar, S.273, 2003) gesehen werden und damit die Rolle einer verlässlichen Bezugsperson, eines unterstützenden Erwachsenen und eines Lernhelfers übernehmen. Opp (2007) weist darauf hin, dass dieser kompensatorische Prozess nicht allein von den Lehrern ausgeht, sondern von den Schülern gefördert wird, indem sie „auch in der Schule nach Erwachsenen suchen, die ihnen zumindest einige dieser Erfahrungen ermöglichen“ (Opp, S.233, 2007), denn „die gute zwischenmenschliche Beziehung zum Lehrer ist auch bedeutsam für den seelischen Halt der Schüler. – Die Erfahrungen, geachtet, gemocht und tief greifend verstanden zu werden, machen Schüler sowohl in persönlichen Einzel-und Gruppengesprächen mit dem Lehrer, aber auch durch seine Aktivitäten im Klassenraum. Sie erfahren es selbst und sehen es bei anderen, dass der Lehrer persönlich sich intensiv um die Schüler bemüht, mit ihnen über persönliche Schwierigkeiten spricht und/oder sie unterstützt“ (Tausch, S.168, 2008). Der Lehrer erfüllt damit grundlegende Bedürfnisse, die insbesondere die Kinder psychisch erkrankter Eltern - je nach Schwere und Art der elterlichen Erkrankung - nicht immer erfüllt bekommen können. „Es geht um Anerkennung, Achtung und Respekt, den Kinder und Jugendliche für sich einfordern und um schulische Beziehungskulturen, in denen positive Lern-und Anpassungsleis-

tungen wahrgenommen und anerkannt werden [und] Autonomieentwicklung unterstützt wird […]“ (Opp, S.233f., 2007). Theis-Scholz (2012) sieht den Schlüssel für die Kompensation defizitärer Lebensbedingungen der Schüler durch die Lehrer in ihrem positiven und achtenden Erziehungsverhalten: „Durch ein wertschätzendes Erziehungsverhalten, das verbunden mit Empathie und positiver Fehlerkultur, Schüler in ihrer aktiven Beteiligung ermutigt, kann ein schulisch positives Gegengewicht zu problembelasteten familiären Umständen geschaffen werden“ (Theis-Scholz, S.345, 2012). Opp nimmt eine kompensatorische Funktion nicht nur in den Aspekten des Erziehungsverhaltens wahr, sondern auch in der Struktur, die den Kindern durch den schulischen alltäglichen Ablauf gegeben wird. Erfahren Kinder psychisch kranker Eltern im familiären Alltag, wie oben dargestellt, oftmals eine Ent-Normalisierung ihres Alltags, der mit zahlreichen Umstellungen und veränderten bzw. verlorenen Strukturen einhergeht, so „kann die Schule zu einer strukturierten Gegenwelt zu dem alltäglichen Chaos werden, das sie in ihren angestammten Lebenswelten erleben“ (Opp, S.230, 2007). Die Schüler erleben, dass die schulischen Strukturen verlässlich sind, geregelten Abläufen folgen und aufgrund dessen einen stabilen und somit stabilisierenden Faktor im Alltag der Kinder darstellen. Golemann (2006) formuliert so metaphorisch wie treffend: „Diese Basis wird zu einem sicheren Hafen, zu einem Kraftfeld, von dem aus die Kinder es wagen können, die Welt zu erforschen, neue Aufgaben zu meistern und etwas zu leisten“ (Golemann, S.422, 2006). Opp (2007) merkt jedoch kritisch an, dass die Lehrer sich dieser wichtigen kompensatorischen Bedeutung ihrer Person nicht immer bewusst sind, obwohl sie „gerade auf die Entwicklung von Risikoschülern mehr Einfluss haben als sie glauben wollen“ (Opp, S.230, 2007). „Dabei kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass die Lehrerinnen und Lehrer nicht nur die Bedeutung von kognitiven Instruktionsprozessen tendenziell überschätzen, sondern gleichzeitig ihre potenziellen Möglichkeiten, als signifikante Andere das Leben ihrer Schülerinnen und Schüler positiv zu beeinflussen, systematisch unterschätzen“ (Opp, S.235, 2007).

Diese kompensatorische Funktion der Lehrperson kann insbesondere dann gelingen, wenn der Lehrer auf der Grundlage einer positiven Beziehung als vertrauensvoller Berater wahrgenommen wird. Daher werden im Folgenden die Spezifika der Beratung durch Lehrpersonen sowie die Anforderungen an die Lehrer als Berater näher ausgeführt.

10 Lehrer als Berater

„Aber wenn es dann wirklich ernst ist, kümmert sie sich auch um einen und hört einem auch zu. Und erzählt das auch nicht weiter. […] Ja. Das macht sie wirklich, da hört sie einem auch wirklich zu und versucht dann einem Ratschläge zu geben und zu sagen "was kannst und du machen? Brauchst du Hilfe?" Wenn ja "sollen wir nicht das und das machen." So halt.“

(Interview Kinder\T.5: 356-358)

„Beratung kann präventive, kurative und rehabilitative Aufgaben erfüllen, also im Vorfeld der Entstehung manifester Probleme ansetzen, bei aktuell bestehenden Schwierigkeiten in Anspruch genommen werden oder in Bezug auf den Umgang mit Folgen von Beeinträchtigungen nachgesucht oder angeboten werden“ (Sickendiek et al., S.13, 2008). Sowohl Eltern als auch Schüler suchen das Gespräch mit dem Lehrer mit dem Ziel einer präventiven, kurativen oder rehabilitative Beratung (vgl. Hertel & Schmitz, 2010). Schnebel weist jedoch darauf hin, dass Schule keine primäre Beratungseinrichtung ist. „Ihre Aufgabe besteht darin, Schülerinnen und Schülern Lernen zu ermöglichen und deren persönliche Entwicklung zu fördern. Dieser gesellschaftliche Auftrag prägt die institutionelle Verfasstheit der Schule und das Selbstverständnis der Lehrkräfte. Schulische Beratung ist deshalb von einigen Merkmalen gekennzeichnet, die sie von professioneller Beratung in anderen Einrichtungen und Kontexten teilweise unterscheidet“ (Schnebel, S.26, 2007).

10.1 Spezifika der Beratung

In der Beratung wird der Respektierung und Anerkennung des Ratsuchenden als eigenständiges Subjekt mit individuellen Ressourcen und Lösungspotenzialen eine elementare Bedeutung zugemessen: „Die spezifischen Figurationen von Beratung im Verhältnis von Berater und Ratsuchendem minimiert die in aller Hilfestrukturell unaufhebbar gegebene asymmetrische Struktur, indem sie den Ratsuchenden als Subjekt methodisch respektiert: Beratung setzt – im Unterschied zu anderen Formen der Intervention und der Hilfe – ausdrücklich auf Freiwilligkeit des Ratsuchenden und auf die gemeinsame Aushandlung von Definitionen, Lösungsvorschlägen und Lösungswegen in Schwierigkeiten“ (Thiersch, S.156, 2002). Auch Sickendiek et al. (2008) definieren die Freiwilligkeit als zentrales Qualitätskriterium der Beratung, ebenso wie Interdisziplinarität, Alltags-, Lebenswelt- und Ressourcenorientierung, Empowerment, offene Settings, eklektisch-integrative Methoden und eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Berater und Klienten (Sickendiek et al., 2008). Professionelle Beratung ist

dabei „nicht mit Ratgeben gleichzusetzen, sondern als Hilfe zur Selbsthilfe zu verstehen, wobei die Schwerpunkte auf der Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten und den Ressourcen des Ratsuchenden liegen“ (Hertel, S.45, 2009). „Dementsprechend zielt Beratung auf die Förderung und (Wieder-)Herstellung der Bewältigungskompetenzen der KlientInnen selbst und ihrer sozialen Umwelt, ohne ihnen die eigentliche Problemlösung abnehmen zu wollen“ (Sickendiek et al., S.14, 2008), sondern den Klienten durch die Förderung von Empowermentprozessen in der Aktivierung eigener persönlicher und sozialer Ressourcen zu unterstützen (Stark, 2007). Zur Aktivierung dieser Empowermentprozesse sieht Brunner (2002) die Zielgerichtetheit im Beratungsprozess als eine Voraussetzung für gelingende Beratung. „Sowohl der Berater als auch der zu Beratende verfolgen ein Ziel; Aufgabe in der Beratung ist es, mit den Kunden bzw. Klienten zusammen Ziele und Pläne zu entwickeln und in die Wege zu leiten. Je besser Ziele, Wege und Methoden er-klärt und ge-klärt werden können, umso wahrscheinlicher ist der Erfolg von Beratung. Je reflektierter Ziele, Wege und Methoden angegangen werden, umso befriedigender wird das Beratungsergebnis sein“ (Brunner, S.201, 2002).

Wird auf die Bedeutung des Lehrers als Berater eingegangen, muss unterschieden werden zwischen Lehrpersonen, die eine Weiterbildung zum Beratungslehrer absolviert haben, und den Lehrpersonen, die im alltäglichen Schulkontext ohne eine spezifische Weiterbildung beratend tätig sind, „etwa am Elternsprechtag, bei Schülergesprächen in der Pause oder zu vereinbarten Gesprächsterminen mit Eltern und Schülern“ (Hertel & Schmitz, S.13, 2010). Während Beratungslehrer bei Unterstützungsanfragen der Schüler auf entsprechende, durch eine zusätzliche Ausbildung vermittelte Kenntnisse sowie meist auf ihnen zur Verfügung stehende Zeitkontingente für Beratungsgespräche zurückgreifen können, ist in der letztgenannten Gruppe die beratende Tätigkeit wie selbstverständlich in die alltägliche Kommunikationsform eingebettet (Nestmann & Engel, 2002). Die Beratungstätigkeit des Lehrers ist hier also keine Tätigkeit, die auf professioneller Beratungsausbildung fußt, sondern als semiprofessionelle Tätigkeit Bestandteil des beruflichen Alltages ist. Engel et al. (2007) weisen darauf hin, dass diese Präsenz beratender Tätigkeiten in vielen Berufsfeldern dazu führt, dass Beratung als eine Tätigkeit erscheint, der jeder nachgehen könne und hierfür keine spezifischen Kompetenzen erwerben müsse. Beratung wird damit unabhängig von Ausbildungen und Professionen. Somit durchzieht sich Beratung nicht nur als Methode durch zahlreiche psychosoziale, pädagogische, soziale und psychologische Berufsfelder mit ihren spezifischen Interventionen, wie Betreuung oder Einzelfallhilfe, sondern auch als Methode der alltäglichen Kommunikation (Engel et al., 2007).

Schwarzer und Posse (2007) bezeichnen Beratung im Schulkontext weniger als eine Methode, sondern eher als eine pädagogische Grundhaltung, also eine Einstellung des Lehrers, durch die Beratung möglich wird: „Rat Suchende kommen in einer für sie kritischen Situation zum Berater: Sie haben ein aktuelles Problem, stehen oft unter unmittelbarem Entscheidungs-und Handlungsdruck und sind nicht in der Lage, die oft schwer wiegenden Folgen ihrer Entscheidung abzuschätzen. Sie benötigen Hilfe. In dieser Phase sind sie verletzlich, angreifbar, unsicher. Hier können Beraterinnen und Berater ihren Einfluss im positiven Sinne nutzen und in einem partnerschaftlichen Prozess Hilfestellung geben, die zur Rat suchenden Person passt“ (Schwarzer & Posse, S.78, 2007). Beratung als pädagogische Grundhaltung bedeutet also, Bereitschaft zur Hilfe zu signalisieren, offen zu sein für die Hilfeanfragen und Bedarfe der Schüler, die Hilflosigkeit und Verletzbarkeit des Hilfesuchenden zu erkennen und im Rahmen der eigenen Möglichkeiten darauf einzugehen. Beratung ist daher eine „Unterstützungsform“ (Methner et al., S.16, 2013), die jedoch „nicht allein der Reintegration eines Schülers oder einer Schülerin in den Unterricht [dient]; sie ist nicht die Reparaturwerkstatt bei Störungen oder auf Kriseninterventionen zu reduzieren. Vielmehr ist Beratung in Ergänzung zu Unterricht und anderen Angeboten im schulischen Kontext ein wesentliches Element zur Förderung der Persönlichkeit, zur Entwicklung personaler und sozialer Kompetenzen“ (Ader & Tölle, S.203, 2011). So heißt es im Runderlass des Ministeriums für Schule und Weiterbildung zur Beratungstätigkeit von Lehrerinnen und Lehrern in der Schule, dass laut Punkt 1.1 eine Beratungstätigkeit grundsätzlich neben dem Unterrichten, Erziehen und Beurteilen Aufgabe aller Lehrerinnen und Lehrer ist und insbesondere Beratungslehrer Schülerinnen und Schüler sowie Erziehungsberechtigte „über präventive und fördernde Maßnahmen beispielsweise im Hinblick auf die Lösung von Lern- und Verhaltensproblemen und die Förderung besonderer Begabungen“ (www.beratungslehrer-nrw.de, 2014) beraten sollen. Auch in der Allgemeinen Dienstordnung für Lehrpersonen und der Allgemeinen Schulordnung in Nordrhein-Westfalen werden „Information und Beratung als pädagogische Aufgaben von Lehrpersonen aufgeführt. Entsprechende Beratungsgespräche sind sowohl im Rahmen eines Sprechtages im Schulhalbjahr als auch zu gesondert vereinbarten Terminen vorgesehen. Es wird explizit darauf hingewiesen, dass die Beratungsangebote von speziell eingesetzten Beratungslehrkräften durch die Beratungstätigkeit der anderen Lehrpersonen im Kollegium ergänzt wird“ (Hertel & Schmitz, S.14, 2010).

Beratung zählt damit - losgelöst von einer spezifischen Beratungsausbildung - in das Aufgabengebiet der Lehrperson im alltäglichen Schüler- und Elternkontakt. Doch gerade aufgrund dieser Selbstverständlichkeit von Beratungsprozessen in der alltäglichen Kommunikation wird Beratung, wie Nestmann und Engel (2002) kritisch anmer-

ken, als eine Handlungskompetenz gesehen, über die scheinbar jeder verfügt und die daher auch jeder fähig ist auszuüben, ohne aber Kenntnisse über die kommunikativen und beziehungsspezifischen Abläufe, die innerhalb eines Beratungsprozesses stattfinden, besitzen zu müssen: „Eingebunden in die Vorstellung, dass Beratung sich primär durch die Übermittlung von Informationen auszeichnet, herrscht hier das Bild vor, dass Beratung immer wieder in die Nähe des Erteilens von Ratschlägen rückt. Dieses Alltagsverständnis lässt den kommunikativen Ablauf eher unberücksichtigt und beschränkt sich auf die zu vermittelnden Inhalte“ (Nestmann & Engel, S.34, 2002). Im Kontext der Beratungstätigkeit von Lehrpersonen ist der hier verwendete Begriff der Beratung daher nicht im Verständnis professioneller Beratung, also auf der Grundlage einer beraterischen Ausbildung, zu verstehen, sondern im Sinne einer halbformalisierten Beratungstätigkeit der Lehrer (Nestmann, 2007). „Das bedeutet, Beratung gehört zu ihren Aufgaben, sie sind aber keine ausgebildeten Berater. Lehrkräfte sind bezüglich der Inhalte der Beratung (z.B. Lernberatung, Schullaufbahn oder Umgang mit Störungen) Profis, häufig allerdings im Hinblick auf die Gestaltung von Beratungssituationen nur ansatzweise geschult“ (Schnebel, S.26, 2007). Damit unterscheidet sich diese Beratung, die zwar in einem professionellen Kontext, jedoch ohne explizite Ausbildung stattfindet, von der professionellen Beratung und von der Beratung im privaten Kontext, wie Nestmann (2007) anhand der drei Formalisierungsgrade der Beratung verdeutlicht.

10.2 Formalisierungsgrade der Beratung

Nestmann (2007) unterscheidet zwischen drei Formalisierungsgraden der Beratung: informelle, halbformelle und formelle Beratung. Informelle Beratung findet in alltäglichen, dem Ratsuchenden und Ratgebenden gemeinsamen Lebenswelten statt und ist daher eine spontane und natürliche, in den Alltag eingebettete Form, denn „Beratung ist hier in eine Vielzahl anderer Interaktionen und Kommunikationen integriert und untrennbar in diesen aufgehoben. […] Konstellationen, die Beratung hingegen als genuinen Anteil unterschiedlicher, pädagogischer, sozialer, psychologischer, gesundheitlicher oder auch juristischer und konfessioneller Berufe und professioneller Funktionen umfassen, lassen sich als „halbformalisierte“ Konfigurationen beschreiben. Sie bilden quasi den Übergang von der informellen zur professionellen Beratung“ (Nestmann, S.548, 2007). Zu diesem Bereich der halbformalisierten Beratung zählt Nestmann auch Lehrpersonen, die aufgrund ihres Erfahrungswissens und ihrer Fachlichkeit Schüler und Eltern z.B. in Erziehungsfragen oder schulischen Entwicklungen beraten. Diese Beratung steht somit neben anderen Interventionsformen, wie

Unterrichten oder Erziehen. Diese halbformalisierte Beratung grenzt in einigen Bereichen eng an formalisierte Beratungskonstellationen. „Hier wird Beratung als explizites professionelles Hilfeangebot durch (wissenschaftlich) methodisch wie inhaltlich ausgebildete Berater und Beraterinnen im Rahmen von öffentlich ausgewiesenen Beratungseinrichtungen/Beratungsstellen geleistet. […] Auf dem Hintergrund von Beratungstheorien kommen im Rahmen einer festgelegten Beratungsbeziehung erprobte und evaluierte Beratungsmethoden zum Einsatz, um ein gemeinsam definiertes Beratungsziel im Rahmen eines institutionellen Kontextes und eines festgelegten raumzeitlichen Settings zu erreichen“ (Nestmann, S.549, 2007). Formelle Beratung zeichnet sich somit durch definierte Strukturen und Rahmenbedingungen aus, die dem Berater helfen, das Setting gegenüber anderen Interaktionen im Alltag abzugrenzen. „Was alltägliche Berater und Beraterinnen tendenziell von professionellen Helfern und deren Hilfekonzepten unterscheidet, ist die geringere Eingrenzung und Standardisiertheit, die sowohl Settings, Situationen, Personen, Beziehungen und Probleme betreffen wie auch die zur Anwendung gelangenden Handlungs-und Kommunikationsstrategien. Die Verankerung in alltäglichen Interaktionen verlangt ein flexibles Sich-einlassen auf unterschiedlichste Interaktionsprozesse auch in Anstrengungen gemeinsamer Problembewältigung“ (Nestmann, S.554, 2007).

Die beratende Tätigkeit von Lehrern lässt sich damit der halbformalisierten Beratung zuordnen, da sie zum einen nicht in einem geschlossenen Setting stattfindet, sondern neben anderen Interaktionsformen wie Unterrichten und Erziehen steht. Die Personengruppen, die um Unterstützung bitten, sind jedoch begrenzter als dies in den informellen Beratungsgeschehen anzutreffen ist. Zum anderen sind Lehrer „keine ausgewiesenen BeraterInnen […], die aber aufgrund ihrer Profession, Ausbildung oder sozialen Stellung über ExpertInnenwissen verfügen und zu deren Tätigkeit u.a. Beratung zählt“ (Sickendiek et al., S.23, 2008). Ihnen wird also aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit Beratungswissen und damit zugleich eine unterstützende Rolle zugesprochen. Somit gelten Lehrer als „role related helpers“, zu denen - neben den beratungsfernen, aber dennoch sehr kommunikationsintensiven Berufsgruppen - wie z.B. dem Friseurhandwerk als Dienstleistungsberuf - auch die Gruppe der Professionen zählt, denen eine unterstützende, helfende Rolle zugeschrieben wird, ähnlichen wie Ärzten oder Geistlichen (Nestmann, 2007). Durch die zugesprochene Rolle des Beraters und Helfers ist die Erwartungshaltung des Ratsuchenden an diese Personengruppe höher, als an Personen, denen professionelle Hilfeleistungen nicht per Beruf zugeschrieben werden: „Keine Hilfe oder keine effektive Hilfe durch die berufsspezifischen alltäglichen Helfer zu erhalten, ist [...] weniger „dramatisch“ für die Erfahrung der Betroffenen als die Entbehrung erwartbarer und „eigentlich normaler“ Hilfeleistungen in primären Beziehungen oder als das Misslingen und Fehlschlagen von Hilfe

durch Personen, denen über ihren Beruf Hilfequalifikation und Hilfekompetenz zugeschrieben wird“ (Nestmann, S.553, 2007). Daraus lässt sich schließen, dass Kinder und Eltern, die den Lehrer um Rat und Hilfe bitten, wie zum Beispiel bei Fragen zum Umgang mit dem erkrankten Elternteil, eine hohe Erwartungshaltung bzgl. der Effektivität ihrer Unterstützungssuche haben, es jedoch zu großen Enttäuschungen kommt, wenn der Lehrer diesen Erwartungen nicht gerecht werden kann.

Neben der Binnendifferenzierung der Formalisierungsgrade innerhalb der Beratung soll im Folgenden auf die Abgrenzung von Beratung zur Therapie eingegangen werden, da nach Engel et al. (2007) Beratung vielfach als „kleine Therapie“ (Engel et al., S.33, 2007) aufgefasst wird, „die sich an klinisch-psychologischen Referenzkonzepten orientiert, um bei weniger schweren Problemen weniger tief greifend, kürzer und zumeist auch auf der Basis einer wenigen intensiven professionellen Ausbildung zu helfen versucht“ (Engel et al., S.33, 2007). Eine Ursache für diese Auffassung kann nach Großmaß (2007) in den Parallelen von Beratung und Therapie gesehen werden.

10.3 Abgrenzung der Beratung zur Therapie

„Sieht man auf das, was in einer einzelnen Beratungssituation oder einer psychotherapeutischen Sitzung konkret zwischen den beteiligten Personen geschieht, dann werden sich häufig kaum Unterschiede zwischen den beiden Interventionsformen feststellen lassen“ (Großmaß, S.89, 2007), denn „Psychotherapie und Beratung haben eine große Nähe. Sie verfügen über große gemeinsame Schnittflächen. Beide können in der konkreten Erscheinungsform phasenweise deckungsgleich werden. Für Außenstehende wird damit in einer aktuellen Beobachtungssituation der Unterschied zwischen einer psychoanalytischen Beratung und einer großen Psychoanalyse oder zwischen einer Kurzzeittherapie und einer lösungsorientierten Beratung nicht identifizierbar“ (Engel et al., S.36, 2007). Großmaß (2007) sieht den Grund für diese nach außen schwierige Unterscheidung zwischen Beratung und Therapie in mehreren identischen Bestandteilen. So findet sowohl in einem psychotherapeutischen Setting als auch in einer Beratung ein professionelles Gespräch zwischen den Beteiligten statt, in dem insbesondere zu Beginn des Prozesses emotionale Belastungen und Konflikte des Hilfesuchenden im Vordergrund stehen. Innerhalb der Prozesse wird in beiden Feldern auf ein ähnliches Methoden-Repertoire zurückgegriffen, das aus Gesprächen, Übungen und Erklärungen mit edukativen Bestandteilen und systemischen Sichtweisen besteht. Zudem sind in beiden Feldern dieselben Berufs-

gruppen, wie Psychologen, Sozialpädagogen, Pädagogen und Ärzte, vertreten, wenn auch in unterschiedlicher Gewichtung (Großmaß, 2007). Engel resümiert daher, dass „Helfen und Heilen nicht identisch sind, aber in bestimmten Situationen und Konstellationen kongruent sein können, [daher] können auch konkrete Interaktionen im Ablauf einer Beratung oder einer Therapiesitzung übereinstimmen“ (Engel et al., S.37, 2007) und zeigt damit bereits einen zentralen Unterschied von Therapie, die einen Heilungsprozess anstrebt, und Beratung als Orientierungshilfe auf.

1. Unterschiedliche Denkmodelle

Die Unterscheidung von Therapie und Beratung lässt sich zunächst einmal an den unterschiedlichen Denkmodellen festmachen. In der Psychotherapie wird der Hilfesuchende, der als Patient bezeichnet und damit die Anlehnung an medizinische Modelle zum Ausdruck gebracht wird, aufgrund einer Störung behandelt: „Psychotherapie legitimiert sich primär über einen Heilungsdiskurs, der insbesondere in seiner durch das Psychotherapeutengesetz regulierten Form einen Handlungsrahmen aus Diagnostik, Indikationsstellung und Heilkunde liefert. Abrechnungsverfahren entlang festgelegter Indikationen, Approbationsverfahren und Kammern, ein am medizinischen Modell orientiertes Arzt-Patienten-Verhältnis und heilkundlich akzeptiertes Verfahren in ihren klinisch-psychologischen Fachdiskursen spannen einen Rahmen, in dem Psychotherapie eng abgegrenzt eingebunden wurde. Auch begrifflich bleibt Psychotherapie eine auf Störungen mit Krankheitswert orientierte Heilbehandlung“ (Engel et al., S.37, 2007). Bezogen auf die Perspektive des Hilfesuchenden bedeutet dies: „Wer Psychotherapie in Anspruch nimmt, fühlt sich krank und belastet bzw. in wichtigen Lebensfunktionen gestört“ (Großmaß, S.90, 2007). In Abgrenzung dazu orientiert sich Beratung nicht am medizinischen Modell und erhebt damit keinen Heilungsanspruch, zudem sie das Hilfegesuch des Klienten nicht als behandlungsbedürftige Störung, sondern als Suche nach Unterstützung und Orientierungshilfe versteht: „Wer Beratung in Anspruch nimmt, hat Orientierungsbedarf in bestimmten Bereichen des persönlichen Lebens und sucht aktiv nach Unterstützung“ (Großmaß, S.90, 2007). Da Beratungsangebote oftmals in Lebenswelten der Klientel vorzufinden sind, lässt sich Beratung als „offener, integrativer Hilfediskurs formulieren: Beratung als auf Inklusion verschiedenster Felder und Klientele orientiertes präventives und entwicklungsorientiertes Unterstützungsangebot - eine in Lebensweltkontexte eingebundene offen eklektische Orientierungs-, Planungs-, Entscheidungs- und Bewältigungshilfe“ (Engel et al., S.37, 2007).

2. Unterschied: Unterschiedliche Settings

Viele Therapieformen zeichnen sich dadurch aus, dass sie „oft bewusst psychische Schlüsselprobleme der Person entkontextualisieren, d.h. herauslösen aus Zusammenhängen, um sie in einer reduzierten Sondersituation konzentriert zu bearbeiten. Psychosoziale Beratung hingegen versteht sich in Lebensweltkontexte integriert, arbeitet möglichst vor Ort, also in Jugendhaus, auf der Straße, im Betrieb oder der Gemeinde und in und mit den dortigen alltäglichen Deutungs- und Bewältigungsmustern der Betroffenen und ihrer sozialen Milieus“ (Nestmann, S.12, 2008). Diese Integration in diverse gesellschaftliche Bereiche und der von Engel et al. (2007) beschriebenen „Doppelverortung“ der Beratung mit feldunspezifischen Kompetenzen zum einen und Orientierungswissen bezüglich des gesellschaftlichen Bereiches zum anderen „lässt Beratung in der öffentlichen Wahrnehmung als ubiquitär und unkonturiert erscheinen“ (Großmaß, S.1514, 2007), da sie sich nicht - wie die Therapie durch gesonderte Settings in einem geschlossenen Rahmen - über eine klare Abgrenzung definiert, sondern in die Lebenskontexte integriert und daher zugleich offen für unterschiedlichste Klientele, Problemfelder und Zugangswege ist. Diese offenen Beratungssettings können als „wenig formalisierte, häufig diffuse Begegnungsräume und –gelegenheiten, die durch wenige Rollenvorgaben gesichert sind, verstanden werden. Solche Settings sind oft im wörtlichen Sinne zwischen Tür und Angel angesiedelt: Menschen sprechen Professionelle im Übergang zwischen geschlossenen Räumen oder außerhalb, im Freien, an“ (Knab, S.1526, 2013).

Chur (2002) weist daraufhin, dass Beratung nicht nur in die Lebensweltkontexte der Klientel integriert ist, sondern auch eine Verankerung in die institutionellen Kontexte besteht, die durch die Anbindung der Beratungseinrichtungen an Trägerinstanzen entsteht. Dies kann Erwartungen zur Folge haben, denn „diese tragende bzw. finanzierende Instanz ist in der Regel nicht neutral, sondern einem regulativen Auftrag oder einer wertbezogenen Grundhaltung verpflichtet. Ausdrücklich formuliert oder als unterschwellige Erwartung, stellt dies für die Beratung einen gewissen normierenden Rahmen dar, der zumindest Ansätze formaler und inhaltlicher Leitlinien enthält“ (Chur, S.122, 2002). Daher „findet Beratung nicht in machtfreien Räumen statt, sondern ist in vielfältige rechtliche, institutionelle und politische Dimensionen von Macht eingebunden, die es zu berücksichtigen und in die fachliche Reflexion einzubeziehen gilt“ (Großmaß, S.1510, 2013). Auch wenn die Trägerinstitution und die dazugehörige politische und rechtliche Macht im einzelnen Beratungsfall nicht direkt in Erscheinung tritt, hat sie doch Auswirkungen auf die konkrete Beratungssituation (Chur, 2002).

Die Offenheit für unterschiedliche Problemfelder und Klientele wird von den Beratungseinrichtungen bewusst gefördert und als Merkmal des Beratungsangebotes

nach außen getragen. So hebt Großmaß (2007) hervor, dass Beratungseinrichtungen - im Unterschied zu psychotherapeutischen Praxen - ihr Angebot und die Konfliktfelder, die in der Beratung thematisiert werden können, öffentlich sichtbar und zugänglich machen, indem durch Informationsmaterialien und offene Angebote, zum Beispiel Teestuben oder Vortragsreihen, ein öffentlicher Raum des Austausches geboten wird, in dem auf die Möglichkeit zu individuellen Beratungsterminen und Sprechstunden verwiesen wird. „Erst wenn ein persönliches Beratungsgespräch (dann im nicht-öffentlichen Bereich der Einrichtung) zustande gekommen ist, beginnt der Arbeitsbereich von Beratung, der Überschneidungen mit der Psychotherapie hat“ (Großmaß, S.99, 2007). „Gerade in dieser Unterschiedlichkeit von psychotherapeutischer Fokussierung und konzentrierter Abhebung und Abgrenzung einerseits und beraterischer Kontextualisierung und bewusster Inklusion vieler Felder, Klientele und Vorgehensweisen andererseits liegt auch die Chance zu einem gelingenden Verhältnis von Psychotherapie und Beratung“ (Engel et al., S.37, 2007).

10.4 Beratung als voraussetzungsvolle Interaktion

„Beratung ist zunächst eine Interaktion zwischen zumindest zwei Beteiligten, bei der die beratende(n) Person(en) die Ratsuchende(n)-mit Einsatz von kommunikativen Mitteln- dabei unterstützen, in Bezug auf eine Frage oder ein Problem mehr Wissen, Orientierung oder Lösungskompetenz zu gewinnen. Die Interaktion richtet sich auf kognitive, emotionale und praktische Problemlösungen und –bewältigungen von Klient/innen oder Klientensystemen (Einzelpersonen, Familien, Gruppen, Organisationen) sowohl in lebenspraktischen Fragen wie auch in psychosozialen Konflikten und Krisen“ (Sickendiek et al., S.13, 2008). Die Vermittlung von differenzierterem Wissen und zugleich die Kenntnisse über die Aktivierung von Problemlösungsprozessen zeichnet nach Engel (2007) die „Doppelverortung“ von Beratung aus, denn „Berater und Beraterinnen benötigen eine handlungsfeldspezifische Wissensbasis und eine feldunspezifische Kompetenzbasis und erst wenn beide vorhanden sind und zusammenwirken, sind zwei notwendige Grundvoraussetzungen professioneller Beratung erfüllt“ (Engel et al., S.35, 2007). So können Berater nur dann professionell agieren, wenn sie über das für ihren Beratungsbereich spezifische Fachwissen verfügen, wie zum Beispiel Symptome und Auswirkungen einer psychischen Erkrankung, und dieses ergänzt wird durch bereichsunabhängige Kompetenzen, wie dem Einsatz unterschiedlicher Gesprächstechniken, die Aktivierung der Ressourcen oder dem Umgang mit konfliktbeladenen Themen. Während die Gesprächsführungskompetenzen erst im Verlaufe der Beratungsprozesses eine entscheidende Rolle einnehmen, so sehen

Nestmann und Engel (2002) das kontextspezifische Wissen als Grundlage für den Beginn der Beratung: „Berater oder Beraterinnen verfügen in der Wahrnehmung von Ratsuchenden über Mehrwissen - gewusstes, simuliertes oder auch nur seitens der Ratsuchenden vermutetes Mehrwissen. Dieses trägt dazu bei, dass Beratung zustande kommt“ (Nestmann & Engel, S.34, 2002). Nimmt also der Ratsuchende an, dass der Berater über differenzierteres oder erweitertes Wissen aus seinem Problemkontext verfügt, wird er eher den Zugang zum beratend Tätigen suchen als wenn er von dem gleichen Wissensstand geschweige denn eines eigenen Wissensvorsprungs überzeugt ist. Ist der Beratungsprozess in Gang gesetzt, liegt es an dem Berater, die kontextunspezifischen Kenntnisse, wie eine ressourcenorientierte Gesprächsführung, so einzusetzen, dass der Prozess aufrecht erhalten bleibt bzw. der Ratsuchende in der Suche nach Bewältigungsmöglichkeiten unterstützt wird. Thiersch (2002) sieht in dieser ressourcenorientierten Problembewältigung ein zentrales Merkmal der Beratung: „Beraten ist Kommunikation mit der Absicht gemeinsam an einer Verständigung über Probleme zu arbeiten, um zu Klärung, Veränderung und Bewältigung zu kommen. Beratung agiert-bei aller Offenheit zu anderen Formen der Ressourcenarbeit- primär im Medium von Gespräch, Austausch von Argumenten und verbalisierbaren Gefühlen“ (Thiersch, S.157, 2002).

Insbesondere im Aspekt der Doppelverortung zeigen sich die Grenzen der beraterischen Tätigkeit des Lehrers auf: da die Lehrpersonen nicht auf eine professionelle Beratungsausbildung zurückgreifen können, verfügen sie in der Regel nicht über fundiertes und differenziertes Wissen bezüglich einer für Beratungsprozesse geeigneten Gesprächsführung. Die Basis der Beratungsgespräche bildet daher das Fachwissen, das dem Lehrer an Mehrwissen zugesprochen wird. In Bezug auf die Kinder psychisch erkrankter Eltern ist jedoch zu klären, ob sie in dieser Thematik auf Fachwissen der Lehrpersonen, die sie als Unterstützer und Ratgeber aufsuchen, zurückgreifen können. Andererseits birgt großes Fachwissen ohne Kenntnisse der ressourcenorientierten Gesprächsführung zugleich die Gefahr der Erteilung von Ratschlägen und Handlungsoptionen und somit der Unterdrückung von eigenen Lösungsmöglichkeiten des Hilfesuchenden. Der beratend tätige Lehrer ist daher mit Anforderungen konfrontiert, die es im Gespräch zu kompensieren gilt.

10.5 Anforderungen an den Lehrer als Berater

10.5.1 Gestaltung einer guten Beratungsbeziehung durch Klärung der Rolle

„Lehrkräfte, deren primäre Aufgabe nicht die Beratung ist, die aber dennoch sehr häufig beraten, geraten immer wieder in Konflikte hinsichtlich ihrer Rollen und ihres Professionsverständnisses“ (Schnebel, S.28, 2007). Die Konfusion und Ambivalenz der Beratungsrolle des Lehrers besteht insbesondere darin, dass dieser für den Schüler sowohl Berater als auch Beurteiler ist. „Neben ihrer Beratungsfunktion üben sie eine Beurteilungsfunktion aus, die sowohl die Ratsuchenden wie auch die Berater in eine schwierige Situation versetzt“ (Methner et al., S.26, 2013). Eine Aufhebung dieser Rollenambivalenz ist nach Methner et al. entweder durch ein Personensplitting oder ein Rollensplitting möglich. Das Personensplitting kann jedoch aufgrund fehlender Personalstrukturen nicht einheitlich umgesetzt werden, da Lehrer nicht grundsätzlich auf unterstützendes pädagogisches Personal zurückgreifen können. Zudem kann der Lehrer durch die Abgabe der Beratungsfunktion sein bereits vorhandenes Vertrauensverhältnis zum Schüler nicht nutzen bzw. weiter ausbauen (Methner et al., 2013), was dem Schüler letztendlich daran hindern kann, den Lehrer um Rat zu fragen, da er zum einen eine Ablehnung seines Beratungsgesuches fürchtet und zum anderen ein Vertrauensverhältnis zu einer anderen Person neu aufbauen muss. Das Rollensplitting setzt eine hohe Transparenz der Rolle in der jeweiligen Situation voraus. Sowohl für den Lehrer als auch für den Schüler muss deutlich werden, in welcher Rolle der Lehrer agiert, ob die Situation beratenden Charakter hat oder ob der Lehrer in seiner Rolle als Beurteiler und Leistungsbewerter agiert. Es ist jedoch fraglich, „inwiefern Berater und Themeneinbringer längerfristig beide Rollen voneinander trennen können“ (Methner et al., S.27, 2013). Eine Interviewstudie von Helmken (2011) zur Verbesserung des Beratungsangebotes an Schulen zeigt jedoch die hohe Relevanz dieser Rollentrennung für die Schüler, die eher ein Personensplitting statt eines Rollensplittings befürworten: „Bei der Frage, ob Lehrer als Beratende geeignet wären, nehmen beide Schülergruppen eine ablehnende Position ein […]:Die Berufsschülerinnen wollen die Situation vermeiden, dass man einem Lehrer, zu dem man in einem Beratungsgespräch relativ offen war, wieder im Unterricht begegnet, weil man als Schüler im Unterricht wieder eine deutlich höhere Distanz einnehmen muss - möglicherweise könnte dies schwierig werden. Die Befürchtungen der Gymnasiasten gehen in eine andere Richtung, denn sie haben die Vorstellung, dass eine Begegnung mit einem vormals beratenden Lehrer im Unterricht zur Folge hätte, dass dieser eine übertriebene bemitleidende Position einnehmen würde. Die Gymnasiasten wür-

den das als unangenehm und ihre eigene Person abwertend empfinden“ (Helmken, S.64, 2011).

Die Klärung der Rolle des Lehrers in der Beratungssituation ist notwendig, um eine Beratungsbeziehung aufbauen zu können, denn bleibt die Rolle des Lehrers ungeklärt und der Schüler somit im Unwissen, ob der Lehrer nun als Beurteiler oder Ratgeber fungiert, kann sich dies hemmend auf den Aufbau einer vertrauensvollen Beratungsbeziehung auswirken. „Die Beziehung zwischen BeraterInnen und KlientInnen ist eine bedeutsame, wenn nicht gar die wichtigste Dimension einer jeden Beratungskonstellation, eines jeden Beratungsprozesses“ (Sickendiek et al., S.129, 2008), denn „die Beziehung zwischen BeraterInnen und KlientInnen bildet die Grundlage für methodische Gestaltung der Beratungskommunikation. Der Ausdruck von Empathie und von Akzeptanz der Sichtweisen und Persönlichkeiten von KlientInnen sowie das Angebot eines Arbeitsbündnisses, das Einvernehmen, Verstärkung und Konfrontation erlaubt, können zentrale Schritte zu einer vertrauensvollen und tragfähigen Beratungsbeziehung sein“ (Sickendiek et al., S.223, 2008). Gefördert wird der Aufbau der Beratungsbeziehung neben der Rollenklärung durch den persönlichen Kontakt zwischen Schüler und Lehrer, denn „trotz einer Mediatisierung der Beratung durch neue Kommunikationsformen, Ratgeberliteratur und Ratgebersendungen, besteht bei den Ratsuchenden oftmals das Bedürfnis, diese Beratungsbeziehung real zu erleben, also das Bedürfnis nach „face-to-face-Beratung, und unvermittelter menschlicher Zuwendung, Begegnung und Erfahrung: lokal statt global, real statt virtuell, dreidimensional statt zweidimensional“ (Nestmann & Engel, S.41. 2002). Daher eignet sich insbesondere die Form der Einzelberatung für den Aufbau und das Erleben einer intensiven Beziehung zwischen Berater und Ratsuchenden, also „wenn die Ratsuchenden sich eine Beratungssituation wünschen, in der jemand „ausschließlich für sie da ist“. In Beratungsstellen aber auch in „halb-formellen“ Beratungssituationen suchen häufig Personen nach Unterstützung, die es als außergewöhnlich oder als große Erleichterung empfinden, dass sich ein Berater oder eine Beraterin über eine längere Zeit nur ihnen zuwendet. […] Die Erfahrung der über einen längeren Zeitraum ungeteilten Zuwendung und der Teilnahmebereitschaft einer Beraterin oder eines Beraters, der/die zudem noch fachlich kompetent ist, gilt als einer der wichtigsten Wirkfaktoren in Beratung und Psychotherapie. Ratsuchende fühlen sich hier mit ihrem Anliegen ernstgenommen. Aus der Sicht eines Kindes oder Jugendlichen kann die Tatsache, dass sich ein Erwachsener für sie alleine Zeit nimmt, ihrer Situation Verständnis entgegenbringt und sie in der Entwicklung von Bewältigungsmöglichkeiten unterstützt, eine selten mit Erwachsenen erlebte positive Erfahrung sein“ (Sickendiek et al., S.98f., 2008). Je nach Schwere der elterlichen Erkrankung und die Auswirkungen auf die Gestaltung der Beziehung zum Elternteil

kann die intensive Zuwendung des Lehrers für die Kinder psychisch erkrankter Eltern ein sehr großes Bedürfnis sein. Insbesondere wenn der erkrankte Elternteil krankheitsbedingt nicht in der Lage ist, die Belastungen des Kindes wahrzunehmen, oder die Kinder während der Ent-Normalisierung des Alltages aus dem Blick geraten, stellt die Zeit, die sich die Lehrperson nur für sie nimmt, eine große Ressource dar.

Sickendiek et al. (2008) weisen jedoch auf das Risiko der Einzelberatung hin, denn „bei längerdauernden Beratungsprozessen entwickeln Ratsuchende leicht eine starke (emotionale) Bindung an die BeraterInnen, die die spätere Ablösung in der Beendigung des Prozesses erschwert. Einzelberatungen stellen deshalb hohe Anforderungen an die „Beziehungskompetenz“ und die Sensibilität von BeraterInnen im Hinblick auf den Umgang mit der Beratungsbeziehung selbst“ (Sickendiek et al., S.99, 2008).

10.5.2 Einnehmen einer „Holding-function“

Beratungen können zu unterschiedlichen Themen emotional belastend sein - sowohl für den Schüler als auch den beratenden Lehrer -, was dazu führen kann, dass sich aufgestaute Emotionen entladen oder Konflikte eskalieren. Hubrig (2010) weist daraufhin, dass insbesondere in konfliktgeladenen Situationen dem Lehrer die Aufgabe zukommt, diese Aggressionen im Sinne einer „Holding function“ zu überstehen, indem er auf die Anfeindungen oder unangemessenen Verhaltensweisen nicht mit eigenen negativen Emotionen reagiert. Insbesondere in Beratungssituationen kann es aufgrund aufgestauter Emotionen zu Vorwürfen und Anfeindungen des Schülers gegenüber dem Lehrer kommen, der dem Schüler durch eigenes besonnenes Reagieren aus einer gefestigten Persönlichkeit heraus Halt geben muss. „Den Berater `wirft nichts um´, weder aggressives Beschuldigen noch depressive Niedergeschlagenheit, Angst oder Hoffnungslosigkeit des anderen. Er lässt sich anrühren von Kummer, Hilflosigkeit und Ängsten. Bei der Äußerung von Wut, aggressiven Fantasien und böser Anschuldigung bleibt er letztendlich `ungerührt`, das heißt, er reagiert im Dialog nicht mit ähnlichen Gefühlen, korrigiert Verhalten nicht spontan, wie man das als Lehrer gewohnt ist“ (Hubrig, S.234, 2010). Dies bedeutet zum Einen eine hohe Emotionskontrolle auf Seiten des Lehrers, der nicht mit Ablehnung oder gegenseitiger Beschuldigung reagiert, sondern der die hinter dem Verhalten des Schülers liegende Suche nach Hilfe erkennt und als solche annehmen kann und dabei seine eigenen Gefühle unter Kontrolle behält. Dies signalisiert dem Schüler, dass der Lehrer in seiner Persönlichkeit gefestigt ist, Halt, Ruhe und Stabilität geben kann und er sich auch

in schwierigen, zum Teil unkontrollierbaren Situationen an den Lehrer wenden kann. Melzer & Methner (2012) begründen die Begünstigung des Hilfeprozesses durch eine starke Persönlichkeit wie folgt: „Nur dem, der mir als gefestigte Person erscheint, werde ich es auch zumuten, meine Probleme zu schildern“ (Melzer & Methner, S.179, 2012). Neben dieser hohen Emotionskontrolle erfordert eine konfliktbehaftete Beratungssituation für die Lehrperson aber auch ein zeitweises Ablegen des erzieherischen Auftrages, im Rahmen dessen der Lehrer Fehlverhalten, wie Aggressionen oder Anfeindungen, nicht dulden darf. Ist er in der Rolle des Beraters, kann es jedoch hilfreich sein, diese Aggressionen beim Schüler zuzulassen. Übt der Lehrer in einer solchen Situation seine Rolle als korrigierender Erwachsener aus, kann das für die Beziehung zwischen Schüler und Lehrer und insbesondere für den weiteren Beratungs- und Hilfesuchprozess des Schülers zum Nachteil sein.

10.5.3 Förderung von Empowermentprozessen

Beratung wird „in Lern-und Arbeitszusammenhängen zunehmend zweckorientiert verstanden: sie dient als Werkzeug zur Behebung eines störenden Zustandes, soll effizient und schnell eine Lösung herbeiführen. Solche Beratungsansätze greifen jedoch nicht tief genug, schaffen oft keine tragfähigen Lösungen und machen zudem das Subjekt, z.B. Schüler und Schülerinnen, tendenziell zum Objekt eines pädagogischen Prozesses“ (Ader & Tölle, S.202f., 2011). Diese Auffassung der Beratung als schnellen Lösungsweg führt dazu, „dass Lehrkräfte als Experten für die Sache gerne zu fertigen Lösungsvorschlägen neigen und den Rat suchenden Schülern, Eltern oder Kollegen wenig Möglichkeit bieten, eigene Lösungsideen einzubringen und zu diskutieren“ (Schnebel, S.28, 2007) oder sich in der Problemlösung ohne Berücksichtigung des familiären Umfeldes unmittelbar auf eine Verhaltensänderung beim Kind fokussieren (Ader & Tölle, 2011). Beratung wird hier bei den beratenden Lehrern mit Information und Aufklärung gleichgesetzt, so „dass Lehrkräfte in eine direktive, belehrende Haltung fallen und damit den Beratungsprozess zum Stillstand bzw. zum Scheitern bringen“ (Schnebel, S.136, 2007). Die Anforderung an den Berater besteht somit darin, den Hilfesuchenden in dem Finden von Lösungsmöglichkeiten zu unterstützen, Zeit zu geben für individuelle Lösungsmöglichkeiten, die eine Einbeziehung des familiären Kontextes zulassen, und eigene Lösungsideen zurückzuhalten, auch wenn sie für den Prozess vorteilhafter scheinen.

10.5.4 Berücksichtigung des zeitlich begrenzten Rahmens

Der zeitliche Rahmen für persönliche Gespräche zwischen Lehrern und Schülern ist durch den klar strukturierten, an Unterrichtszeiten orientierten Tagesablauf begrenzt. So kommt es meist zu zufälligen Situationen zwischen Tür und Angel (Engel, 2007) oder zu „Fragen, die „spontan“ und „zwischendurch“ an die PädagogIn als Vertrauensperson herangetragen werden“ (Sickendiek et al., S.19, 2008), auf die der Lehrer reagieren muss, um die Ratsuche des Schülers nicht abzuwenden, sondern Gesprächsbereitschaft zu signalisieren. Neben diesen spontanen Anfragen kann sich ein Beratungssetting aber auch schleichend ergeben. Melzer und Methner (2012) weisen hierbei auf das Pausengespräch hin, das der Schüler nutzt, um mit dem Lehrer ins Gespräch zu kommen. Meist werden vom Schüler Beziehungsanfragen, wie z.B. nach persönlichen Vorlieben des Lehrers, gestellt, um zu überprüfen, ob der Lehrer ins Gespräch einsteigt oder das Gespräch blockiert, ob sich der Schüler ernstgenommen oder abgewiesen fühlt und ob sich eine gemeinsame Vertrauensbasis herstellen lässt. Pausengespräche sind meist Türöffner für Gespräche über das eigentliche, hinter der vordergründig gestellten Beziehungsanfrage liegende Problem (Melzer & Methner, 2012). Eine hohe Sensibilität wird in dieser Situation vom Lehrer abverlangt, damit er die Hilfeanfrage des Schülers hinter den allgemeinen Gesprächsthemen erkennt und seine Rolle als unterrichtender Lehrer zum gegebenen Zeitpunkt zugunsten des beratend tätigen Lehrers ablegt.

Der enge zeitliche Rahmen steht im Gegensatz zu der Intensität eines Beratungsprozesses, der viel Zeit einfordern kann. Doch „Zeit und Dauer ist notwendig für Verständigung, Bewusstwerdung, Aufklärung, Reflexion, Entfaltung, Erprobung, Erfahrungszuwachs, Bildung, etc. – alles dies Beratungsanliegen. Diese Beratungsziele müssen nicht in der Beratungssituation selbst erfüllt werden. Es bedarf aber einer gemeinsamen Zeit der Beziehung, der Allianz, des Arbeitsbündnisses und der Kooperation von Beratern und Klienten, um diese Prozesse in Gang zu setzen, einige auch gemeinsam zu durchlaufen, sie gemeinsam zu reflektieren und zu evaluieren“ (Nestmann & Engel, S.29, 2002). Nur wenn ausreichend Zeit für all diese Prozesse zur Verfügung steht, kann nach Methner et al. (2013) Beratung gelingen. Das bedeutet „im Umkehrschluss, dass Zeitdruck der am meisten hemmende Faktor ist. Zeitdruck ist nicht nur für die Erarbeitung des Themas, das Herausstellen von Zielen und das Finden von Handlungsalternativen ungünstig, sondern wirkt sich auch bewusst (und unbewusst) auf die Gesprächsatmosphäre aus“ (Methner et al., S.70, 2013).

10.5.5 Berücksichtigung der Integration in ein psychosoziales Unterstützungsnetzwerk

Beratung durch Lehrpersonen ist nicht – wie psychotherapeutische Sitzungen – entkontextualisiert (Nestmann, 2008), sondern in den schulischen Kontext integriert. Innerhalb dieses Kontextes stehen den Schülern und Eltern weitere schulinterne und externe Hilfen zur Verfügung, so dass die Beratung durch die Lehrperson ein Teil eines Unterstützungsnetzwerkes darstellt. Im internen schulischen Kontext gehören zu diesem Netzwerk - wenn vorhanden - Schulsozialarbeiter, Schulpsychologen und Lehrpersonen, die eine Ausbildung zum Beratungslehrer durchlaufen haben. „Beratungslehrern kommt hier die Funktion zu, eine erste Hilfestellung zu geben und dann an Therapeuten und Beratungsstellen weiterzuvermitteln. Zudem können sie ihre Kollegen ohne spezifische Beratungslehrerausbildung unterstützen, indem sie Beratungsmöglichkeiten und –vorgehensweisen aufzeigen und somit ihren Kollegen beratend zur Seite stehen“ (Hertel & Schmitz, S.32, 2010). In der Kooperation mit schulexternen Unterstützungsleistungen können Schüler, Eltern und Lehrer auf Erziehungsberatungsstellen, schulpsychologische Beratungseinrichtungen, Sucht-und Drogenberatungsstellen (Hertel & Schmitz, 2010), aber auch auf Ärzte, Psychotherapeuten, Sozial-und Jugendämter, Rechtanwälte, Polizei, etc. (Chur, 2002) zurückgreifen. Dem Lehrer kommt dabei eine Schlüsselrolle zu, da er in den Gesprächen zur Inanspruchnahme der weiteren Dienste motivieren, Zugangswegewege aufzeigen und so einen ersten Kontakt ermöglichen bzw. die Fortführung bestehender Hilfen unterstützen kann (Lenz & Brockmann, 2013).

Hier zeigen sich Parallelen zu der von Nestmann (2002) beschriebene Studien-und Studentenberatung an Hochschulen. So führt Nestmann aus, dass neben spezialisierten Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichen Beratern vielfältige weitere Unterstützungsressourcen und Kooperationen zu außeruniversitären Hilfen zur Verfügung stehen, so dass die Universität als ressourcenreiches Setting mit vielfach unterstützenden Angeboten erlebt werden kann. Zentrale Aufgabe der präventiven Studentenberatung ist es daher, „all die informellen (alltäglichen) wie formellen (professionellen) Unterstützungsressourcen im und um das System Hochschule zu aktivieren, zu fördern und gezielt zusammenzuführen, die eine umfassende präventive, kurative und rehabilitative Hilfe für Studentinnen und Studenten gewährleisten können“ (Nestmann, S.311, 2002).

Je besser diese Zusammenführung der Unterstützungsdienste mit ihren jeweils eigenen Wissensbeständen, Handlungslogiken, Arbeitsweisen und Methoden gelingt, umso wirksamer können die Hilfen gestaltet werden, da ein fachlich fundierter Um-

gang mit komplexen Problemlagen eine interdisziplinäre Handlungsperspektive voraussetzt (Lenz, 2010a). Kommt in dem Gespräch mit dem Lehrer die psychische Erkrankung des Elternteils zur Sprache, kann die Lehrperson innerhalb ihrer Profession mit ihren Kompetenzen, Zuständigkeiten und Grenzen nur eingeschränkt Unterstützung leisten. So sind zur wirksamen Unterstützung des Kindes die Kompetenzen der Kinder-und Jugendhilfe und eventuell der kinder-und jugendpsychiatrischen Versorgung notwendig. Da die Belastungen des Kindes eng mit der elterlichen Erkrankung verknüpft sind und die Erkrankung des Elternteils eine Behandlung und fachliche Begleitung notwendig macht, bedarf es Hilfen des erwachsenenpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Versorgungssystems. Neben den Hilfen für einzelne Familienmitglieder benötigt das Familiensystem als Ganzes häufig Unterstützung, um die Belastungen zu bewältigen, so dass praktische Hilfen im Haushalt ebenso hilfreich und notwendig sein können wie sozialpädagogische Familienhilfen oder Familientherapien (Lenz & Brockmann, 2013). Gelingt es dem Lehrer, seine Position innerhalb des Unterstützungsnetzwerkes zu erkennen und die Kooperationsbeziehungen zu den verschiedenen Diensten zu gestalten (Brockmann & Lenz, 2010), indem er sich Wissen um Zuständigkeiten, Angebote, Vorgehensweisen, Kompetenzen und Grenzen der Helfersysteme aneignet (van Santen & Seckinger, 2008) und auf verlässliche, systematisch eingebettete Kooperationsstrukturen zurückgreifen kann (Lenz, 2010a), kann er zur Verknüpfung der Leistungen des psychosozialen Unterstützungsnetzwerkes beitragen, wirksame Hilfen für Schüler und Eltern aktivieren und zugleich für das eigene Handeln Unterstützung, Rückversicherung und Sicherheit durch den Austausch mit den Kooperationspartnern erlangen.

10.6 Fortbildungsbedarfe zu Beratungsanlässen

Die Beratungsanlässe, mit denen die Lehrpersonen konfrontiert werden, sind vielfältig. Hertel und Schmitz (2010) unterscheiden zwischen fünf Beratungsanlässen in der Schule mit spezifischen Beratungsthemen:

1. Lernberatung
    - Lernstrategien
    - Unterstützung des Kindes beim Lernen bzw. bei Teilleistungsschwächen
    - Gestaltung der häuslichen Lernumgebung

2. Klassische Schullaufbahnberatung
    - Leistungsstand
    - Wechsel der Jahrgangsstufe
    - Wechsel der Schulart
3. Verhaltensauffälligkeiten und Sucht
    - Unangepasstes Sozialverhalten
    - Soziale Ängste
    - Schul-und Leistungsängste
    - Suchtproblematiken
4. Erziehungsberatung
    - Beratung zu allgemeinen Erziehungsproblemen
5. Persönliche Krisen
    - Probleme im Freundeskreis/ mit den Eltern
    - Scheidung der Eltern/ Beziehungskrise
    - Tod eines Freundes/ eines Familienmitgliedes (vgl. Hertel & Schmitz, S.26,2010)

Wenn sich auch eine endgültige Aufzählung von Beratungsaufgaben aufgrund der immer neu entstehenden Anforderungen und Bedürfnisse der Ratsuchenden verbietet (Schwarzer & Posse, 2007), so bleibt doch festzustellen, dass die Themenbereiche, zu denen Lehrer beraten, vielfältig sind. Neben unmittelbar schulbezogenen Aspekten, wie der Verbesserung des Leistungsstands oder Förderung des Schülers bei Teilleistungsstörungen, gehören auch individuelle Themen, wie persönliche und familiäre Krisen oder Sucht-und Drogenproblematiken, zu den Beratungsanliegen. „Hier wird sichtbar, dass Lehrpersonen ohne spezifische Beratungsausbildung sicherlich nicht alle diese Themen abdecken können […].Es gilt also zwischen Beratungsanliegen zu unterscheiden, die alle Lehrkräfte wahrnehmen können und solchen, für die es einer speziellen Ausbildung bedarf. Beratungsanliegen wie eine Schullaufbahnberatung oder eine Lernberatung sind Inhaltsbereiche, zu denen Lehrpersonen als Experten für das Lernen auch ohne eine spezifische Beratungslehrerausbildung Gespräche anbieten und durchführen können. Anliegen wie die Beratung in persönli-

chen Krisen oder zu Sucht-und Drogenproblemen hingegen erfordern neben umfassenden Kenntnissen in diesen Bereichen auch eine intensive Ausbildung in dem Gebiet der Gesprächsführung, der therapeutischen Begleitung von Personen und der Krisenintervention“ (Hertel & Schmitz, S.15, 2010), denn „Beratungsanlässe waren und sind immer schon Anlässe des persönlichen Macht-, Einfluss- und Kontrollverlusts. Menschen verlieren die Verfügungsgewalt über sich, über ihre Gefühle, ihre Orientierungen, ihre Entscheidungen, über die eigene soziale Umwelt, über die Beziehungen, die Familie, die sozialen Interaktionen mit anderen, über wichtige ökonomische, ökologische Lebensressourcen oder sie befürchten solche Verluste - oft suchen sie deshalb professionelle Beratung“ (Nestmann & Sickendiek, S.175, 2002).

Von Lehrpersonen werden somit beratende Tätigkeiten gefordert, die mit hohen Anforderungen verbunden sind. Die Schulleitungs-und Lehrkräftebefragung (TALIS) in Deutschland zeigt, dass ca. 17% der Befragten Fortbildungsbedarf für die Beratung von Schülern sehen (Gagarina & von Saldern, 2010). Als Gründe für diesen Bedarf ist neben der Häufigkeit der beratenden Tätigkeiten eine Unsicherheit auf Seiten der Lehrpersonen anzunehmen. Dass diese Unsicherheiten bzgl. der Beratungssituation bestehen, wird in einer Studie von Düro (2008) thematisiert, in der die teilnehmenden Lehrerinnen und Lehrer von den Grenzen ihrer Professionalität bzgl. der Unterstützung der Schüler in Krisensituationen und der gefühlten Ambivalenz aus „Helfen wollen“ aber nicht „Helfen können“ berichten. So zeigen die Studienteilnehmer auf, dass sie einerseits um die persönlichen Probleme und familiären Hintergründe des Schülers wissen möchten, um das Verhalten des Schülers besser deuten und einordnen zu können und negative Verhaltensweisen nicht auf die eigene Person zu beziehen. Sie sehen sich in der Verantwortung, Ansprechpartner für das Kind zu sein und dies im persönlichen Gespräch durch Zuhören und dem Signalisieren von Verständnis für das Kind spürbar machen. Andererseits aber übersteigt das Wissen um die Hintergründe ihre Kompetenzen als Lehrer und zeigt die Grenzen ihrer Handlungsfähigkeit auf. Von den Teilnehmern wird dieses Wissen um Probleme der Schüler und gleichzeitiges nicht Handeln können mit dem Gefühl der Hilflosigkeit und dem Aushalten von Machtlosigkeit verbunden. Sie möchten für den Schüler Halt und Unterstützer sein, können dies aber nicht realisieren. Verstärkt werden die beschriebenen Gefühle der Überforderung des Lehrers zum einen von der Erwartungshaltung des ratsuchenden Schülers, der es gewohnt ist, dass die Lehrkraft Lösungen und Auswege für Problemsituationen benennen kann, und zudem durch den täglichen Kontakt mit dem Schüler, der ein Ausblenden der Handlungsnotwendigkeit nur schwer möglich macht. Hinzu kommt, dass die Lehrkräfte die Gefahr sehen, den Schüler in seiner Suche nach Hilfe enttäuschen zu müssen, weil sie keine konkrete Unterstützung geben können, den Erwartungshaltungen des Schülers nicht gerecht werden und sie die

Rolle des Professionellen in der Situation nicht aufrecht erhalten können. Das „bloße Verständnis“, wie es von den Teilnehmern formuliert wird, reicht ihrer Meinung nach nicht aus, so dass Aggressionen und Abwehrhaltungen auf Seiten des Schülers befürchtet werden. Um der Situation der eigenen Machtlosigkeit zu entgehen, reagieren die Lehrpersonen mit einer klaren Abgrenzung der eigenen Kompetenzen und Zuständigkeiten: „Im Umgang mit Krisensituationen von SchülerInnen geraten LehrerInnen häufig in die Situation, trotz Kenntnis der Lage nicht handeln zu können. Vor dem Hintergrund dieser konjunktiven Erfahrung entwickeln sie eine gemeinsame Haltung der Abgrenzung, die als kollektives Muster zu bezeichnen ist“ (Düro, S.114, 2008). Sie verweisen auf ihre Professionalität und den damit verbundenen Kompetenzen und grenzen sich deutlich von in beraterischen oder therapeutischen Settings tätigen Professionellen ab. Im Erkennen der eigenen Handlungsgrenzen und Verdeutlichung dieser im Gespräch mit dem Schüler sowie im Wissen um mögliche Unterstützungsstrukturen und Ansprechpartner sehen sie ihre Funktion als Unterstützer des Kindes erfüllt (Düro, 2008). Der Frage, ob das Gefühl der Machtlosigkeit und der Angst vor Überforderung und Hilflosigkeit im Gespräch nach Meinung der Lehrer deutlich wird und sich die klare Abgrenzung von Zuständigkeiten auf die Bereitschaft, den Schüler in seinem Hilfesuchprozess zu unterstützen, auswirkt, wird in der Studie leider nicht nachgegangen. Die Aussage „Das Wissen um die Hintergründe ist nützlich und unnütz zugleich“ (Düro, S.112, 2008) lässt jedoch darauf schließen, dass die Lehrer nur bedingt von den familiären Problemlagen der Schüler erfahren möchten. Die Wahrscheinlichkeit, dass diese Haltung im persönlichen Gespräch dem Schüler vermittelt wird und bereits in frühen Phasen des Hilfesuchprozesses den Schüler entmutigt, ist groß.

Da die Beziehung zwischen Schülern und Lehrern den Schwerpunkt der vorliegenden Ausführungen zum Themenfeld „Schule“ bildet, soll die Beziehung zwischen Eltern und Lehrern hier nur kurz thematisiert werden. Sowohl die Notwendigkeit der positiven Ausgestaltung dieser Beziehung als auch die Faktoren, die eine effektive Zusammenarbeit verhindern, werden im Folgenden aufgegriffen.

11 Kooperation zwischen Eltern und Lehrern

„Also Schule arbeitet da eigentlich auf verlorenem Posten, wenn das Elternhaus nicht mitarbeitet. Genauso wie das Elternhaus auf verlorenem Posten arbeiten würde, wenn die Schule nicht mitarbeitet.“

(Interview Lehrer\L.8-2: 268)

Insbesondere im Zusammenhang mit belastenden familiären Verhältnissen ist der Fokus allein auf die Beziehung zwischen Schüler und Lehrer zu eng gefasst, denn „obwohl Eltern sehr häufig in personam die familialen Belastungsfaktoren für Kinder und Jugendliche im Kontext schwieriger Lebens-und Erziehungsbedingungen darstellen, ist es unerlässlich sie in schulische Bildungs-und Erziehungsprozesse einzubeziehen“ (Theis-Scholz, S.346, 2012). So kommt es zum einen im Rahmen von Elterngesprächen, Elternsprechtagen, Elternabenden, etc. zu vielfältigen Möglichkeiten von Lehrern und Eltern, miteinander ins Gespräch zu kommen, zum anderen wirken Schule und familiäre Einflüssen gegenseitig aufeinander ein. So haben nicht nur die familiären Belastungen Auswirkungen auf den Schulalltag des Kindes, sondern „man kann sagen, dass von allen Einrichtungen, die die elterlichen Bemühungen beeinflussen, die Schule die wichtigste ist. Es gibt keinen anderen Ort, an dem das Kind so viele Stunden und Tage verbringt. Dementsprechend sind Eltern und Lehrer füreinander die wichtigste Quelle von Unterstützung oder von wechselseitiger Belastung, wenn mit Verhaltensproblemen der Kinder umzugehen ist. […] Ihre Kooperation kann zum Schlüssel für die Verstärkung der Autorität des jeweils anderen werden, wogegen sie bei einer gegenseitigen Entfremdung geschwächt wird“ (Omer & von Schlippe, S.164, 2005).

11.1 Hemmende und förderliche Faktoren

Die Gefahr der Entfremdung ist groß, wenn Eltern den Kontakt zu den Lehrern meiden, das laut Conen (2008) in der von den Eltern empfundenen Hierarchie begründet sein kann. „Sie fühlen sich hinsichtlich der Selektionsfunktion sowie der Wortgewandtheit der Lehrer in einer unterlegenen Position und meiden daher eher die Kontakte zur Schule. Der Nichtbesuch von Elternabenden ist dann nur eine konsequente Reaktion auf diese Wahrnehmung. Aufforderungen von Lehrern zu einem Gespräch, in dem z.B. das Verhalten oder die Leistung ihres Kindes thematisiert werden soll, werden nicht als Interesse oder Bitte des Lehrers um Unterstützung erlebt, sondern

als Kritik an ihrer Erziehungsleistung“ (Conen, S.127, 2008). Aufgrund der möglichen Einschränkungen in der Erziehungsfähigkeit, der krankheitsphasenbedingten Inkonsequenz in der Versorgung und Betreuung der Kinder und in Unterstützung schulischer Belange sowie aufgrund der zwischenzeitlichen Klinikaufenthalte, während denen der Elternteil kein Ansprechpartner für die Lehrer darstellen kann, scheint insbesondere dieser von Conen dargestellte Punkt der Vermeidung von Gesprächen mit den Lehrpersonen aus Angst vor Kritik für psychisch erkrankte Eltern von besonderer Bedeutung. Hinzu kommt, dass der Lehrer, der dem Kind die Kontinuität und fortwährende Aufmerksamkeit gibt, die der erkrankte Elternteil in akuten Krankheitsphasen dem Kind nicht zukommen lassen kann, von den Eltern als Konkurrent um die Bindung und Nähe zum Kind gesehen werden kann, und so Eifersuchtsgefühle und Aggressionen bei den Eltern geweckt werden (Bröcher, 2005). Unabhängig einer psychischen Erkrankung werden „von Seiten der Eltern […] in Beratungsgesprächen in der Schule auch positive und negative Erinnerungen an die eigene Schulzeit aktiviert und die Bedeutung, die sie der schulischen Laufbahn ihres Kindes beimessen, tritt besonders hervor. Dies kann im Kontakt mit den Lehrpersonen insbesondere zu Beginn des Beratungsgespräches zu Spannungen führen“ (Hertel & Schmitz, S.22, 2010).

Aber nicht nur auf Seiten der Eltern, sondern auch bei den Lehrkräften beeinflussen Emotionen bewusst oder unbewusst die Gesprächsatmosphäre, denn „Beratungsgespräche zwischen Lehrkräften und Eltern sind immer durch wechselseitige, teilweise in sich widersprüchliche Erwartungen geprägt“ (Schnebel, S.95, 2007). So kann es vorkommen, dass von der Lehrperson mehr elterliche Unterstützung des Kindes bei der Bewältigung der schulischen Anforderungen erwartet wird, der Elternteil wiederum dies krankheitsbedingt nicht leisten kann und die Notwendigkeit der individuelleren Förderung und persönlichen Unterstützung ihres Kindes daher als Aufgabe des Lehrers sieht. Hinzu kommt, dass davon ausgegangen werden kann, dass die Thematisierung der familiären Belastungen die Lehrperson vor große Anforderungen stellt, insbesondere wenn die Schilderung der Erkrankung plötzlich in das Gespräch eingebracht wird und mit starken Emotionen einhergeht. Jedoch zeigt eine Untersuchung von Hertel & Schmitz (2010) mit 508 Eltern von Gymnasialschülern, dass die Thematisierung von persönlichen Problemlagen durch die Eltern eher unwahrscheinlich zu sein scheint, da diese familiäre Themen nicht in der Zuständigkeit der Lehrperson sehen. So sprechen Eltern der Beratung durch die Lehrpersonen zwar einen hohen Stellenwert zu, jedoch wird dieser Beratungsbedarf in leistungsorientierten Themen wie Strategien zur Unterstützung des Kinders beim selbstregulierten Lernen, Unterstützung in der Vorbereitung auf Klassenarbeiten, Vermittlung von Lernstrategien sowie Schul-und Leistungsängsten gesehen. Den Ergebnissen zufolge wün-

schen die Eltern keine Beratung durch die Lehrperson in persönlichen Krisensituationen, die nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit den schulischen Leistungen gesehen werden. Da aus den Ausführungen jedoch nicht hervorgeht, inwiefern familiäre Anliegen Bestandteil der Befragung waren, können diese Ergebnisse aus den eingesetzten Untersuchungsinstrumenten herrühren[20]. Einschränkend muss auch angemerkt werden, dass es sich bei den befragten Eltern um Eltern von Gymnasialschülern handelt, der Beratungsbedarf an anderen Schulformen vielleicht andere Ergebnisse erzielt hätte.

Emotionen, Unsicherheiten und Ängste „bedingen, dass im Beratungsgespräch eine symmetrische, kooperative Beratungssituation und Transparenz hinsichtlich der Erwartungen, Ziele und Ressourcen beider Seiten hergestellt werden müssen“ (Schnebel, S.95, 2007). Daher sollten zur Unterstützung des Kindes und zur effektiven Zusammenarbeit zwischen Lehrperson und Eltern „beide Seiten […] einander wissen lassen, dass es für jeden allein schwer sein würde, erfolgreich zu sein, dass sich aber bei einer Zusammenarbeit die Chancen vergrößern. Jede Seite kann ihre Bereitwilligkeit betonen, die eigenen Handlungen zu optimieren, und der anderen Seite Hilfe anzubieten wie:

- wechselseitig zu berichten,
- Schritte zu koordinieren und
- ein gemeinsames Vorgehen zu entwerfen.

Es ist wichtig, die Beratung darauf hin auszurichten, dass solche Botschaften ohne jeden Unterton des Forderns und Anklagens sind. Auf diese Weise werden die Chancen vervielfacht, sich aus der Verteidigungshaltung, der Isoliertheit und Eskalation zu befreien“ (Omer & von Schlippe, S.174, 2005).

[20] In der Untersuchung wurde der Wunsch nach Beratung bei Suchtproblematiken erfasst, der von den Eltern jedoch nur als gering eingestuft wurde. Ob es sich dabei um das Suchtverhalten von Kindern oder Eltern handelt, bleibt ungeklärt. Diese geringe Relevanz des Beratungsbedarfes kann zum einen in dem fehlenden Beratungsbedarf zu dieser Thematik gesehen werden, zum anderen könnte es ein Indiz dafür sein, dass die Eltern bei persönlichen bzw. familiären Problemlagen keinen Beratungsbedarf durch den Lehrer sehen.

12 Eigene Erhebung zur Thematik „Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Schule“

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass die Themenfelder „Kinder psychisch kranker Eltern“ und „Schule“ vielfach ineinandergreifen. Neben der hohen Anzahl betroffener Schüler und den Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die schulische Leistungsfähigkeit, kommt insbesondere der Gestaltung einer positiven Beziehung zwischen Lehrern und Schülern eine zentrale Bedeutung zu. Die Lehrer können für die Kinder Berater und Vertrauenspersonen darstellen, an die sie sich wenden können, um Unterstützung zu erhalten, Stabilität und Verlässlichkeit zu erfahren und dadurch eine strukturierte Gegenwelt zum oftmals ent-normalisierten familiären Alltag zu erleben. Für die Lehrer stellt der vertrauensvolle Kontakt zu den Schülern eine positive Erfahrung dar, jedoch sehen sie im Umgang mit schwierigen Lebenssituationen der Kinder die Begrenzung ihrer Handlungsmöglichkeiten.

Trotz dieser Verknüpfungen liegen – wie die folgenden Ausführungen zeigen sollen - bisher nur wenige Materialien und wissenschaftliche Studien vor, die die Thematik der „Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Schule“ aufgreifen.

12.1 Vorliegende Materialien zur Thematik

Neben einer Informationsbroschüre einer Selbsthilfeinitiative zählen zu den wissenschaftlich fundierten Materialien ein Ratgeber für Eltern, Erzieher und Lehrer sowie Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit, die im Schul- und Klassensetting eingesetzt werden können. Daran schließt sich eine Darstellung ausländischer wissenschaftlicher Studien an, da zu diesem Themenfeld auf deutschsprachige Studien nicht zurückgegriffen werden kann.

Broschüre der Angehörigen-Initiative „Netz und Boden“: „Kinder psychisch kranker Eltern - ein Thema für die Schule“

Von Katja Beeck, Gründerin der Initiative „Netz und Boden - Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern“ und selbst Tochter einer psychisch erkrankten Mutter, ist die Broschüre „Kinder psychisch kranker Eltern - Ein Thema für die Schule“ (Beeck, 2004a) verfasst worden. Beeck gibt darin einen Überblick über die Lebensumstände und Auffälligkeiten der betroffenen Kinder sowie Informationen, wie das Gespräch mit dem Kind bzw. mit den Eltern gestaltet werden sollte. Des Weiteren finden sich Vorschläge zur Einbindung der Thematik im Klassensetting und Hinweise zur Not-

wendigkeit der Vernetzung mit anderen Fachdiensten. Entstanden ist die Broschüre jedoch nicht auf der Grundlage einer wissenschaftlichen Erhebung, sondern aus Erfahrungen Angehöriger psychisch erkrankter Menschen.

Die Inhalte der Broschüre sind im Lehrerhandbuch des Raabe-Verlages mit dem Titel „Inkas Mutter ist in der Klapse“ dargestellt (Beeck, 2004b). Die Zeitschrift „Fokus Schule“ hat 2010 die Veröffentlichung der Broschüre aufgegriffen und neben einem Artikel mit dem Titel „Wenn Mama psychisch krank ist“ [21] ein Interview mit Katja Beeck (www.focus.de, 2014) veröffentlicht.

„Kinder psychisch kranker Eltern stärken - Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer

Der 2013 erschienene Ratgeber (Lenz & Brockmann, 2013) richtet sich an Eltern, Erzieher und Lehrer und informiert im ersten Teil über die Verbreitung psychischer Erkrankungen, die Erkrankungsrisiken der Kinder und die Belastungsfaktoren, die im Zusammenleben mit einem psychisch erkrankten Elternteil auftreten können. Zudem wird ein Einblick in das subjektive Belastungserleben der Kinder gegeben. Während im zweiten Teil die Ergebnisse der Resilienz-und Copingforschung dargestellt und die Bedeutung der Schutzfaktoren im Alltag der Kinder hervorgehoben werden, erhalten Eltern, Erzieher und Lehrer im dritten Teil Anregungen, wie die Schutzfaktoren im Alltag gestärkt und implementiert werden können. Erzieher und Lehrer werden darüber hinaus über mögliche Verhaltensauffälligkeiten der Kinder in Kindertagesstätte bzw. Schule sowie über mögliche Vorgehensweisen der Gesprächsführung informiert, um mit den Kindern und Eltern die wahrgenommenen Belastungen konstruktiv zu thematisieren. Neben Anregungen zur Reflexion der eigenen Einstellung gegenüber psychisch erkrankten Menschen erhalten Erzieher und Lehrer Hinweise zu Möglichkeiten, schulexterne Dienste, wie schulpsychologische Beratungsstellen, für den Umgang mit den Eltern und den Kindern zu nutzen. Außerdem wird auf die Notwendigkeit der Kooperation und Vernetzung der Kindertagesstätte bzw. Schule mit diesen Diensten eingegangen.

„Verrückt? Na und!“

Der Verein „irrsinnig menschlich e.V.“ rief 2001, gefördert von der Ersatzkrankenkasse Barmer, das Schulprojekt und bundesweite Netzwerk „Verrückt? Na und! Seelisch fit in der Schule“ ins Leben. Das Projekt hat zum Ziel, Schüler im Alter von 14-18 Jahren für die eigene psychische Gesundheit zu sensibilisieren, individuelle Belas-

[21] Der Artikel ist erschienen in Fokus Schule, 1/2010, S.68-71.

tungen und Ressourcen im Alltag herauszufinden und die gesundheitsfördernde Bedeutung der Klasse bzw. der Peergroup herauszuarbeiten, um psychischen Störungen präventiv entgegenzuwirken bzw. die Schüler zu ermutigen, bei Bedarf Hilfe und Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Des Weiteren soll das Projekt zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und zur Toleranz gegenüber psychisch erkrankten Menschen und ihren Angehörigen beitragen. Diese Aspekte werden im Rahmen eines Unterrichtstages thematisiert, der vom regionalen Projektteam gestaltet wird. Das Projektteam besteht aus einer Fachkraft, die für die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen ausgebildet ist, wie einem Psychologen, einem Sozialpädagogen oder einem Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen, und einem von einer psychischen Erkrankung betroffenen Menschen, der den Schülern von eigenen Erfahrungen, Belastungen, aber insbesondere von Ressourcen und erfahrenen Unterstützungen berichtet, die ihn beim Umgang und der Bewältigung der Erkrankung geholfen haben. Das Projekt „Verrückt? Na und!“ wurde von der Universität Leipzig evaluiert (Conrad et al., 2010). Die Evaluation umfasste eine Interventionsgruppe (n=120) und eine Kontrollgruppe (n=90). Zu drei Messzeitpunkten - drei Wochen vor, unmittelbar nach und drei Monate nach dem Projekttag - wurden sowohl Lehrer als auch Schüler der 9. und 10. Jahrgangsstufe zum Schulklima, Hilfesuchverhalten und Sozialer Distanz gegenüber psychisch erkrankten Menschen befragt. Es zeigte sich, dass das Schulklima über alle drei Messzeitpunkte hinweg positiv eingeschätzt wurde, wobei dieser Effekt bei Gymnasiasten stärker ausgeprägt war als bei den Schülern der Mittelschule. Hilfe und Unterstützung suchten sich die Jugendlichen zunächst bei Freunden und im innerfamiliären Kreis, Lehrer und Schulpsychologen stellten zum ersten Messzeitpunkt eine geringe Rolle dar, zum zweiten Messzeitpunkt konnten höhere Werte erzielt werden. Als Grund für die Steigerung dieser Werte nennen die Forscher die Anwesenheit des Lehrers während des Projekttages. Die Soziale Distanz war unmittelbar nach der Intervention geringer, als zum ersten Messzeitpunkt. Zum dritten Messzeitpunkt jedoch, also drei Monate nach dem Projekttag, konnte dieser Effekt nicht mehr nachgewiesen werden. Conrad et al. sehen darin die Notwendigkeit fortlaufender Einbettungen des Themas der psychischen Gesundheit in den Schulalltag begründet. Die Lehrer beurteilten das Projekt als sehr positiv, insbesondere die Anregungen zum offenen Austausch und die Erfahrungsberichte der Betroffenen. Alle Lehrer äußerten Fortbildungsbedarf zum Thema der psychischen Gesundheit (Conrad et al., 2010). Das Schulprojekt „Verrückt? Na und!“ subsumiert den Themenkomplex der Kinder psychisch erkrankter Eltern, da die Belastungen der Angehörigen thematisiert werden. Auch auf der Homepage des Projektes (www.verrückt-na-und.de, 2014) findet sich das Thema wieder, zu dem für Lehrer

Informationen zu Auffälligkeiten und Verhaltensweisen von Kindern psychisch kranker Eltern sowie wichtigen Schutzfaktoren zusammengestellt worden sind.

MindMatters

Während das Projekt „Verrückt? Na und!“ durch externe Projektteams gestaltet wird und sich auf die inhaltliche Gestaltung eines Tages beschränkt, bildet das ursprünglich in Australien entstandene und von der Universität Lüneburg für Deutschland konzipierte Programm MindMatters ein Curriculum, das fortwährend das Thema der psychischen Gesundheit in alle Schuljahre einbettet. Die Verantwortung liegt in der gesamten Schulgemeinschaft, die nicht nur Lehrer, Schulleiter und Schüler, sondern auch Eltern, Schulsozialarbeiter, Schulpsychologen und außerschulische Dienste miteinschließt. MindMatters ist ein Programm, das gezielt die psychische Gesundheit dieser Schulgemeinschaft in den Fokus rückt. „Die Ziele von MindMatters sind deshalb:

1. Förderung psychischer Gesundheit und Prävention psychischer Krankheiten aller Schulmitglieder
2. Mehr Respekt und Toleranz im Unterricht für die Thematik der psychischen Gesundheit zu erreichen
3. Aufbau einer unterstützenden und fürsorglichen Schulkultur
4. Aufbau von Netzwerken und Partnerschaften
5. Verbesserung von Lehre und Lernen und damit Steigerung der Bildungs-und Erziehungsqualität der Schule“ (Paulus, S.91, 2004)

Das Programm besteht aus mehreren Teilen, die sich zum „Haus der psychisch gesunden Schule“ zusammensetzen und sich in Schulentwicklungshefte und Unterrichtshefte gliedern. Die Basis und damit den Grundbaustein bildet das Schulentwicklungsheft „SchoolMatters - mit psychischer Gesundheit gute Schule machen“, in dem mögliche Strukturen, Strategien und Partnerschaften zur Implementierung des MindMatters-Programms beschrieben werden. LifeMatters bietet einen Leitfaden zu Vereinbarungen, Prozessen und Handlungsabläufen zur Prävention von selbstverletzendem Verhalten und Suizid in der Schule. CommunityMatters befasst sich mit der Einbeziehung des schulischen Umfeldes, um Berührungsängste aufgrund anderer Kulturen, sozialen Herkünften oder Lebensweisen abzubauen. Neben diesen Schulentwicklungsheften sind fünf Unterrichtshefte entwickelt worden, die sich an die Schüler aller Jahrgangsstufen richten. Themen sind „Freunde finden, behalten und

dazugehören“, „Mobbing? Nicht in unserer Schule!“, „Gemeinsam lernen mit Gefühl“, „Mit Stress umgehen -im Gleichgewicht bleiben“, „Fit für Ausbildung und Beruf“, „Rückgrat für die Seele - Umgang mit Verlust und Trauer in der Schule“ und „Wie geht´s? - Psychische Störungen in der Schule verstehen lernen“. „Die Interventionen und Programme wollen Bedingungen bereitstellen, dass sich psychische Gesundheit entwickeln kann und nicht nur, dass psychische Störungen, Behinderungen, Auffälligkeiten vermieden werden.“ (Paulus, S.84, 2004). Dabei können sich die Interventionen an die gesamte Schulgemeinschaft richten oder aber ein eine Teilpopulation, deren Schüler besondere Hilfe und Unterstützung bedürfen. Paulus betont jedoch, dass Schule sich nicht in den Dienst der Gesundheit stellen soll, sondern „der Ansatz der guten und gesunden Schule besteht darin, dass Bildung durch Gesundheit gefördert werden kann und damit der Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schule gestärkt wird. Gesundheit wirkt in diesem Konzept als Katalysator, durch den die Bildungsprozesse intensiviert, beschleunigt, vertieft und damit effektiver werden“ (Paulus, S.88, 2004).

Das Programm MindMatters bietet vielfältige Ansatzpunkte für die Arbeit mit Kindern psychisch erkrankter Eltern. Von besonderer Bedeutung scheint dabei zum einen das Unterrichtsheft „Mit Stress umgehen - im Gleichgewicht bleiben“ zu sein, dass die Förderung der Resilienz durch die Unterstützung der Schüler in der Anwendung geeigneter Copingstile und somit einen konstruktiven Umgang mit belastenden Situationen zum Ziel hat - sowohl im schulischen als auch im familiär-privaten Bereich. In diesem Heft wird auf dem Arbeitsblatt „Was wenn… Szenarien“ explizit auf die Belastungen Kinder psychisch erkrankter Eltern eingegangen: „Ein Elternteil deiner Freundin/deines Freundes leidet an einer psychischen Krankheit. Von Zeit zu Zeit geht es dem Elternteil schlecht und deine Freundin/dein Freund muss zu Hause alles erledigen. Deine anderen Freunde wissen nichts davon, nicht einmal deine Freundin/dein Freund weiß, dass du darüber informiert bist. Deine Mutter hat es von Nachbarn erfahren“ (Michaelsen-Gärtner et al., S.39, 2009). Die Schüler werden an dieser Stelle aufgefordert, zu überlegen, wie sie in einer solchen oder in einer anderen der dargestellten Situation reagieren könnten und wer Hilfe und Unterstützung bieten kann. Von besonderer Relevanz ist zum anderen das Unterrichtsheft „Wie geht´s?“, mit dem Ziel „psychische Krankheiten verstehen zu lernen, zu wissen, was sich dahinter verbirgt. Es geht um Anti-Stigmatisierung. Es geht darum, verständlicher zu machen, was sich hinter solchen Namen wie Depression, Schizophrenie, manisch-depressives Irrsein verbirgt. Schülerinnen und Schüler sollen lernen, angemessen mit psychischem Problemverhalten umzugehen. Vorurteile, Ängste und Aggressionen werden in diesem Zusammenhang bearbeitet“ (Paulus, S.92, 2004). Gelingt es dem Lehrer, in der Klasse eine wertschätzende und vorurteilsfreie Haltung gegen-

über psychisch erkrankten Menschen herzustellen, kann es betroffenen Kindern helfen, sich dem Lehrer oder Freunden gegenüber zu öffnen.

Weitere Programme

Das Manual „Lars und Lisa: Lust an realistischer Sicht und Leichtigkeit im sozialen Alltag“ (Pössel et al., 2004) ist ein Trainingsprogramm zur Prävention von Depressionen bei Jugendlichen. Das Manual eignet sich für den Einsatz an Haupt-, Real-, Gesamtschulen und Gymnasien mit Jugendlichen einer 7., 8. oder 9. Jahrgangsstufe (Wahl et al., 2012). „Im Detail zielt das Vorgehen darauf ab, ungünstige negative Wahrnehmungs-und Bewertungsmuster sowie unangemessenes Sozialverhalten zu reduzieren. Positive Denkmuster und soziale Kompetenzen werden als zentrale Schutzfaktoren gegenüber depressiver Störungen gefördert“ (Petermann, S.989, 2011). Inhalte sind das Formulieren persönlicher Ziele, die Verdeutlichung der Zusammenhänge zwischen Kognitionen, Emotionen und Verhalten, das bewusste Wahrnehmen und die Modifikation eigener negativer Kognitionen sowie ein Selbstsicherheitstraining und ein Training sozialer Kompetenzen (Pössel et al., 2004).

Das Präventionsprogramm für 13-18jährige Jugendliche „Gesundheit und Optimismus - GO“ (Junge et al., 2002) soll Wissen zur Stressentstehung und zu Bewältigungsmöglichkeiten von Ängsten und Depressionen vermitteln. Rollenspiele, Verhaltensexperimente und Selbsterfahrungsübungen werden dazu genutzt, kognitive Verzerrungen zu modifizieren, dysfunktionale Verhaltensweisen zu reduzieren und Bewältigungstechniken zu erlernen (Kaluza & Lohaus, 2006).

Stressbewältigung für Kinder im Grundschulalter hat das Programm von Klein-Heßling und Lohaus (2000) - in der Erstveröffentlichung unter dem Titel „Bleib locker“- zum Ziel. Durch Wahrnehmungsschulungen für Stresssituationen und der Vermittlung eines Stressmodells werden die Kinder angeleitet, Stressoren zu identifizieren, passende Bewältigungsstrategien einzusetzen und die Situation somit adäquat zu bewältigen. Für Kinder im Jugendalter knüpft ein entsprechendes Trainingsprogramm an (Beyer & Lohaus, 2006), das sich, ebenso wie das Programm für Kinder im Grundschulalter, für den Einsatz im Schulalltag eignet und kognitive Strategien, Suche nach sozialer Unterstützung und Zeitmanagement thematisiert (Kaluza & Lohaus, 2006).

Eine explizite Thematisierung der Lebenssituation der Kinder psychisch kranker Eltern sowie die Wissensvermittlung bezüglich psychischer Erkrankungen finden sich in den Unterrichtsmanualen somit nur vereinzelt wieder. Müller (2008) merkt an, dass sich hier „interessanterweise die gesellschaftliche Stigmatisierung spiegelt: Während

viele gesellschaftliche und soziale Probleme wie Gewalt, Rassismus, Drogenmissbrauch und Migration im Sinne der Prävention während des Unterrichts und in der Weiterbildung der LehrerInnen thematisiert werden, gilt dies nur begrenzt für psychische Erkrankungen. In der Schule könnten jedoch frühzeitig gesellschaftliche Vorurteile reflektiert und abgebaut werden“ (Müller, S.151, 2008). Lohaus et al. (2008) jedoch sehen gerade in der Vermittlung bereichsübergreifender, nicht auf eine bestimmte Risikogruppe fokussierter Ansätze, wie das Erlernen von Problemlösekompetenzen, im schulischen Unterricht einen besonderen Vorteil. „Die Schule ist insofern ein geeignetes Setting zur Gesundheitsförderung, als hier nahezu alle Schüler erreicht werden können. [Jedoch, E.B.] Ist von der physischen Erreichbarkeit die psychische Erreichbarkeit der Schüler abzugrenzen: Obwohl die Schüler physisch anwesend sind, können sie sich innerlich von der Schule und den Aktivitäten in der Schule distanziert haben. Die tatsächliche Erreichbarkeit aller Schüler kann dadurch erheblich eingeschränkt sein“ (Lohaus et al., S.501, 2008). Insbesondere bei Kindern psychisch erkrankter Eltern besteht die Gefahr, dass sie sich der Bearbeitung der Themen zur psychischen Gesundheit und Stressbewältigung im Schulsetting aus Angst vor einer Enttabuisierung ihrer Lebenssituation oder emotionaler Überlastung verschließen. Gelingt es den Kindern, sich auf die Programme einzulassen, können sie davon profitieren, indem sie die in der Schule erlernten Bewältigungsmechanismen auf ihren familiären Alltag übertragen und so die Kumulation von Belastungsfaktoren bzw. deren Auswirkung auf ihre psychische Gesundheit reduzieren.

12.2 Bisher vorliegende Studien zur Thematik

Deutschsprachige Studien, die die Kinder psychisch kranker Eltern als Schüler, die Zusammenarbeit zwischen Schule und erkranktem Elternteil und den Bedarfen, Grenzen und Möglichkeiten des Lehrers als Bezugsperson für diese Kinder fokussieren, liegen bisher nicht vor. Auch ausländische Studien zu diesem Themenzusammenhang sind m.E. kaum vorhanden. Im Folgenden sollen eine australische Studie und eine griechische Studie vorgestellt werden.

Unter dem Titel „Families affected by parental mental illness: Australian programs, strategies and issues. The (missing) role of school“ haben Reupert und Maybery (2010) eine Übersicht über australische Programme zur Unterstützung der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil veröffentlicht. „Consequently, the aim of this paper is to describe these types of programs in Australia targeting FAPMI [*families affected by parental mental illness; Anmerkung E.B.]*, either directly, for example,

children, parents, and/or families or indirectly, such as workforce responses and/or community changes, and to provide an analysis and critique regarding the current focus of intervention. Most importantly, the current role of school communities will also be examined” (Reupert & Maybery, S.3, 2010). Von den 63 australischen Programmen richteten sich 2 Programme an Lehrpersonen. Während ein Programm als „training package for school based personnel“ (Reupert & Maybery, S.6, 2010) nicht näher beschrieben wird, beinhaltet das Programm „SKIPS-Supporting Kids in Primary Schools“ zwei Workshops für Lehrer und drei Unterrichtseinheiten mit Klassen der Jahrgangsstufen 5 und 6. Die Evaluation des Programms zeigt, dass das sich das Wissen über Faktoren der psychischen Gesundheit bei den Lehrern vergrößert und Vorurteile gegenüber psychisch erkrankten Menschen sowohl bei den Schülern als auch bei den Lehrern nach der Durchführung des Programms verringert haben (Reupert & Maybery, 2010). Die Autoren merken kritisch an, dass in allen anderen in die Übersicht einbezogenen Programme Lehrpersonen und andere an Schulen tätige Fachkräfte nicht einbezogen werden: „This study shows that, while there are many different approaches to FAPMI, most programs target children and adolescents. It also needs to be noted that there was no direct involvement of schools or school-based personnel in these interventions, highlighting an important but missing subsystem of children´s lives” (Reupert & Maybery, S.7, 2010).

Eine Erhebung mit Lehrpersonen hat Bibou-Nakou in Thessaloniki, Griechenland, durchgeführt. In Gruppeninterviews und schriftlichen Einzelbefragungen mit Lehrpersonen der Primarstufe wurde deutlich, dass 40 Prozent der Lehrer keinen Schüler nennen können, der mit einem psychisch kranken Elternteil lebt, 35 Prozent der Lehrer berichten von 2-3 Kindern pro Schuljahr. Die Autorin merkt an, dass „individually, teachers encounter and/or identify children living with a mental ill parent rarely, but when they do so, they are usually troubled by the situation of the child and the consequences for that child“ (Bibou-Nakou, S.47, 2004). Informationen über die elterliche Erkrankung erhielten die Lehrpersonen über Gerüchte oder im Austausch mit anderen Lehrern, nur 13% der Lehrer wurden von der Familie, 9% vom Kind selbst über die Erkrankung informiert. Mögliche Hinweise auf eine elterliche psychische Erkrankung sehen die Lehrer in einer mangelnden Grundversorgung des Kindes, störendem Verhalten und wiederholten Krankenhausaufenthalten des Elternteils. Die Frage nach schulischen Strukturen zum interkollegialen Austausch oder Unterstützung durch schulexterne Fachkräfte wurde verneint, so dass die Lehrer keine Unterstützung für die Arbeit mit den Kindern einfordern können. Bezüglich der Kooperation mit externen Fachdiensten kommt hinzu, dass “fifty seven percent of the teachers said that although they knew the specialist areas, they knew nothing about their different policies, practice and priorities“ (Bibou-Nakou, S.49, 2004). Die Lehrer äußern

große Unsicherheit im Umgang mit der Thematik und wünschen sich individuelle Unterstützung, zum Beispiel in Form von Fortbildungen. Als Risikofaktor für die Familie wird der Abbruch der Zusammenarbeit mit unterstützenden Diensten mit 62% am häufigsten genannt, Auswirkungen der Erkrankung auf den Alltag des Kindes, wie Krankheitsrückfälle oder die physische und emotionale Nicht-Erreichbarkeit des Elternteils jedoch bedeutend seltener. Als großen Schutzfaktor sehen die befragten Lehrer die Unterstützung durch den gesunden Elternteil (88%), durch Großeltern (86%) aber auch durch Lehrer (37%). „The results showed that although the teachers are able to identify risks and protective factors in the cases of a parental mental illness, there is a lack of early identification mechanisms in the school setting and an absence of a shared understanding of relevant issues across services and agencies” (Bibou-Nakou, S.42, 2004). Die Autorin resümiert: “A school-based perspective to the understanding of children´s living with a mentally ill parent is absent” (Bibou-Nakou, S.53, 2004).

12.3 Fragestellungen der eigenen Erhebung

Trotz der zahlreichen Verknüpfungen der Themengebiete und der hohen Relevanz der Thematik für Lehrpersonen aber auch der hohen Bedeutung der Lehrpersonen für die betroffenen Kinder liegt bisher keine deutschsprachig wissenschaftliche Erhebung vor, die sich mit der Thematik der Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Schule befasst. Die vorliegende Arbeit stellt einen ersten Ansatz dar, diese Lücke zu schließen.

Aus den bisherigen Forschungserbnissen ergeben sich folgende Fragestellungen, die durch die vorliegende Studie beantwortet, sowie folgende Thesen, die überprüft werden sollen:

1. Welche Gründe haben die Eltern zu einer Enttabuisierung der Erkrankung gegenüber der Lehrperson ihres Kindes bewogen?

   Untersucht werden sollen die Beweggründe des Elternteils, die Erkrankung zu enttabuisieren. Es wird davon ausgegangen, dass die Eltern selbst die Initiative ergriffen haben.

2. In welchem zeitlichen und situativen Kontext hat die Enttabuisierung stattgefunden?

Es wird davon ausgegangen, dass der erkrankte Elternteil zur Enttabuisierung Termine an Elternsprechtagen genutzt hat, die zeitlich nach ersten Elternversammlungen und Schulveranstaltungen terminiert sind. Vermutlich entwickelt sich aus der ersten Information durch Nachfragen des Lehrers ein ausführlicheres Gespräch, in dem insbesondere die Belastungen des Kindes, die Möglichkeiten der Einbeziehung des Elternteils in schulische Belange des Kindes sowie Absprachen für Krisenzeiten thematisiert werden.

3. Welche Aspekte fördern eine Enttabuisierung der elterlichen Erkrankung innerhalb der Schule?

   Es wird davon ausgegangen, dass sowohl auf Seiten der Eltern, als auch auf Seiten des Lehrers für eine Enttabuisierung förderliche Aspekte gefunden werden können. Auf Seiten der Eltern werden Krankheitseinsicht, ein offener Umgang mit der Erkrankung, eine positive Einstellung zum Lehrer des Kindes sowie die Hoffnung auf eine bestmögliche Unterstützung des Kindes als förderlich vermutet. Förderlich wirkt sich die Einstellung des Lehrers aus, wenn sie durch Offenheit gegenüber familiären Konflikten sowie ein hohes Interesse an einer individuellen Unterstützung des Schülers gekennzeichnet ist.

4. Welche Aspekte sind für eine Enttabuisierung gegenüber der Lehrperson hinderlich?

   Neben förderlichen Aspekten sollen Gründe eruiert werden, die die Eltern an einer Enttabuisierung hindern. Angst vor Stigmatisierungen, wie Absprechen der Erziehungskompetenz oder verringerte Einbeziehung des Elternteils in schulische Belange des Kindes werden ebenso vermutet wie Ängste vor einer Benachteiligung oder Ausgrenzung des Kindes durch den Lehrer. Es wird davon ausgegangen, dass auch bei den Kindern Ängste vor Benachteiligungen, wie schlechtere Zensuren, Absprechen von schulischen Fähigkeiten oder unberechtigten Schuldzuweisungen bei Konflikten, bestehen. Neben den Ängsten werden ein geringer Kontakt zur Lehrperson sowie Konflikte und eine als hierarchisch empfundene Beziehung zwischen Eltern und Lehrern vermutet.

5. Welche Erwartungen hinsichtlich der Unterstützung des Elternteils und des Kindes knüpfen Eltern und Schüler an die Enttabuisierung gegenüber der Lehrperson?

   Es wird davon ausgegangen, dass die Eltern konkrete Ideen der Unterstützung durch den Lehrer insbesondere für Krisenzeiten nennen können. Dazu zählen kurzfristige Möglichkeiten der Ganztagsbetreuung, gezielte, individuelle Unterstützung des Kindes bei Hausaufgaben oder Prüfungsvorbereitungen sowie Absprа-

chen bezüglich eines gegenseitigen Informationsaustausches. Die Erwartungen der Kinder werden verstärkt im Bereich der Unterstützung bei der Anfertigung von Hausaufgaben, Arbeitsaufträgen und Prüfungsvorbereitungen vermutet.

6. Welche Auswirkungen hat die Enttabuisierung auf den Kontakt zwischen Lehrer und Kind bzw. Lehrer und Elternteil?

   Es wird davon ausgegangen, dass die Enttabuisierung weder eine Benachteiligung noch eine Stigmatisierung der Eltern oder des Schülers zur Folge hat. Im Schulalltag zeigt sich eine vermehrte Rücksichtnahme des Lehrers bei Fehlverhalten, jedoch nicht bei fehlender Leistungsbereitschaft oder mangelnden Leistungen. Der Lehrer sucht zwischenzeitlich, insbesondere in Krisenzeiten, das Gespräch mit dem Schüler, um sich nach der aktuellen familiären Situation zu erkundigen. In der Zusammenarbeit von Lehrperson und Elternteil werden keine Veränderungen erwartet. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Ängste der Eltern und der Schüler nicht bewahrheiten.

7. Wie stark begrenzt sich die Enttabuisierung auf eine Lehrperson oder weitet sich auf andere Lehrkräfte, Schulsozialarbeiter und Mitschüler aus?

   Stehen Schulsozialarbeiter oder Beratungslehrer Eltern und Schüler als Ansprechpartner zur Verfügung, werden diese als Vertrauensperson wahrgenommen und der Kontakt zu ihnen - parallel zum Gespräch mit dem Lehrer - zwecks einer Enttabuisierung der elterlichen Erkrankung gesucht. Sind keine sozialpädagogischen Fachkräfte oder Beratungslehrer in der Schule tätig, bildet der Klassenlehrer die einzige Person, die über die Erkrankung durch die Eltern informiert ist. Die Information wird intern von dieser Lehrperson im Rahmen von Konferenzen an andere den Schüler unterrichtende Lehrkräfte weitergegeben. Mitschüler werden weder von dem Lehrer noch von dem Schüler selbst über die elterliche Erkrankung in Kenntnis gesetzt.

8. Wird das Thema „Kinder psychisch erkrankter Eltern“ im Klassensetting aufgegriffen?

   Es wird davon ausgegangen, dass die Thematik nicht grundsätzlich aufgegriffen wird, sondern nur vereinzelt im Rahmen von angrenzenden Themen, wie Suchterkrankungen, Erwähnung findet. Eine Öffnung des Schülers findet auch in diesem Setting nicht statt. Eine Notwendigkeit der Thematisierung wird von Seiten der Lehrkräfte gesehen, jedoch fehlen zeitliche Ressourcen, dies umzusetzen. Zudem kann nicht auf Unterrichtsmaterialien zu der Thematik zurückgegriffen werden.

9. Besteht eine gedankliche Beschäftigung des Kindes mit der elterlichen Erkrankung während der Schulzeit?

   Vermutlich besteht ein Zusammenhang zwischen gedanklicher Beschäftigung des Kindes mit der elterlichen Erkrankung in der Schule und dem aktuellen Gesundheitszustand des Elternteils. Ist der Elternteil akut erkrankt, gelingt es dem Kind nicht, sich gedanklich von der familiären Situation zu lösen, so dass dem Unterricht nur begrenzt gefolgt werden kann. Ist der Gesundheitszustand des Elternteils stabil, ist die gedankliche Beschäftigung verringert, tritt jedoch zwischenzeitlich auf. Inhalte der Gedanken der Kinder werden in Sorgen bezüglich einer weiteren oder erneuten Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes vermutet.

10. Welche Bedarfe bestehen auf Seiten der Lehrperson zum Umgang mit Kindern psychisch erkrankter Eltern?

    Die Lehrer äußern vermutlich Bedarfe hinsichtlich Fortbildungen zur Thematik, die insbesondere Wissen um Hintergründe, Belastungen und Möglichkeiten der Unterstützung des Schülers aber auch Anregungen zum Umgang mit den erkrankten Eltern vermitteln. Es wird davon ausgegangen, dass die Lehrer einerseits die Notwendigkeit sehen, über die elterliche Erkrankung informiert zu werden, andererseits aber Unsicherheiten im Umgang mit den Eltern äußern.

12.4 Studienpopulation und Akquise der Teilnehmer

Eine umfassende Beantwortung und Überprüfung der Forschungsfragen und Hypothesen erfordert eine Berücksichtigung aller im enttabuisierenden Prozess Beteiligter. Daher werden in die vorliegende Studie sowohl die erkrankten Elternteile als auch die betroffenen Kinder als auch die Lehrperson des Kindes, die von der elterlichen Erkrankung erfahren hat, einbezogen.

Folgende Einschlusskriterien liegen vor:

1. Die psychische Erkrankung des Elternteils ist diagnostiziert.

Wie in den Ausführungen zur Psychoedukation beschrieben, erleichtert eine Diagnosestellung die Kommunikation über die Erkrankung, da die Erkrankung als solche erkannt und benannt wird, Verhaltensauffälligkeiten erklärt und Symptome zugeordnet werden können. Durch die Diagnose wird eine innerfamiliäre Enttabuisierung sowie eine Öffnung gegenüber der Lehrperson des Kindes erleichtert, ein Gespräch über Auswirkungen der Erkrankung auf den schulischen Alltag und die Zusammen-

arbeit mit der Schule gefördert, da sowohl die Eltern, als auch die Kinder als auch die Lehrer durch die Diagnose ein Vokabular erhalten, das ausgesprochen, hinterfragt, recherchiert und in die tägliche Kommunikation aufgenommen werden kann, so dass Verhaltensweisen und Auffälligkeiten nicht umschrieben werden müssen, sondern als Erkrankung benannt und eingeordnet werden können, Unsicherheiten und Vermutungen durch Klarheit ersetzt werden. Durch die Gewissheit, dass eine psychische Erkrankung vorliegt, sollten in den Interviews eine möglichst hohe Offenheit sowie Konkretisierungen von Aussagen gefördert und Umschreibungen verhindert werden, aber auch die Gefahr der Loyalitätskonflikte verringert werden. Da eine Diagnosestellung meist mit einer psychiatrischen oder therapeutischen Behandlung einhergeht, ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass innerfamiliär über die Erkrankung gesprochen wird, da sich Klinikaufenthalte, teilstationäre oder ambulante Behandlungen auf den Tagesablauf der Familie auswirken. Die Gefahr, dass die teilnehmenden Kinder erst im Interview explizit über die elterliche Erkrankung sprechen und damit in einen Loyalitätskonflikt geraten, sollte damit verringert werden.

Erleichtert eine Diagnose die Enttabuisierung und Kommunikation über die Erkrankung, ist sie jedoch nicht von so großer Relevanz wie andere Faktoren, wie die Auswirkungen der Erkrankung auf den Alltag, der offene Umgang mit der Erkrankung und damit verbundenes Hilfesuchverhalten oder die innerfamiliäre Tabuisierung. Welche Diagnose gestellt wird ist somit nicht so bedeutend wie die mit der Erkrankung verbundenen Belastungen. Daher werden in die vorliegende Studie alle Diagnosen psychischer Störungen (F00-F99)[22] nach ICD-10-Klassifikation (Dilling & Freyberger, 2011) einbezogen und die Studie nicht auf eine bestimmte Diagnosegruppe beschränkt. Ausgenommen werden jedoch psychische Erkrankungen aufgrund psychotroper Substanzen (F10-F19), da eine elterliche Suchterkrankung - trotz vieler Parallelen - andere Auswirkungen auf den Alltag des Kindes zeigt, wie die Fixierung auf den Suchtstoff und damit verbundene weitreichende Konsequenzen im Alltag des Kindes (Lenz, 2010b).

2. Das Kind besucht die 5.-10. Klasse unabhängig der Schulform

Durch die Einschränkung auf die 5.-10. Jahrgangsstufe werden Kinder im Grundschulalter nicht mit in die Studie einbezogen. Der Hintergrund für diesen Ausschluss liegt in den sich aus dem Grundschulalter der Kinder ergebenen Schwierigkeiten des Zugangs zur Studienpopulation. Es ist anzunehmen, dass Eltern einer Teilnahme des Kindes an der Interviewstudie nicht zustimmen, aus Angst davor, dass das Kind

[22] Auf vereinzelte ausgenommene Störungsbilder, wie F00-F03 (Demenz), die eine Teilnahme an der Studie nicht ermöglichen, wird nicht näher hingewiesen, da betroffene Personen in der Akquise der Teilnehmer nicht für eine Teilnahme angefragt wurden.

aufgrund seines jungen Alters die Inhalte des Interviews und die ausgelösten Emotionen nicht bewältigen kann und es so zu weiteren Belastungen des Kindes kommt. Eltern jugendlicher Kinder hingegen gehen voraussichtlich davon aus, dass für die Kinder das Interview keine Belastung darstellt, so dass eine Zustimmung der Eltern zur Teilnahme wahrscheinlicher ist.

Eine Eingrenzung bezüglich der Schulform findet nicht statt, da Kinder psychisch erkrankter Eltern an allen Schulformen anzutreffen sind und die Beziehung zwischen Lehrer und Schüler bzw. Elternteil und Lehrer als bedeutender eingeschätzt wird als die besuchte Schulform.

3. Das jugendliche Kind lebt mit dem erkrankten Elternteil in einem Haushalt

Die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf den Alltag des Kindes sind bei einem Zusammenleben von Elternteil und Kind größer als bei einer Fremdunterbringung des Kindes in vollstationären oder teilstationären Jugendhilfemaßnahmen. Durch das Kriterium des Zusammenlebens soll gewährleistet werden, dass der Elternteil den primären Ansprechpartner des Lehrers darstellt, Möglichkeiten und Grenzen der Unterstützung des Kindes durch den Elternteil in schulischen Belangen und in der Zusammenarbeit mit der Schule herausgearbeitet werden können und zudem das Kind am Ende des Schultages in die familiäre Situation zurückkehrt, was Auswirkungen auf die gedankliche Beschäftigung während der Schulzeit haben wird. Eine Verzahnung von schulischem Alltag, familiärem Alltag und elterlicher Erkrankung ist dadurch intensiviert.

4. Ein Lehrer des Kindes ist über die psychische Erkrankung des Elternteils in Kenntnis gesetzt.

Um diese Verzahnung nicht nur aus der Perspektive der Eltern und der Kinder zu beleuchten, soll die Perspektive des Lehrers in die Studie einbezogen werden. Diese Perspektive ist notwendig, um zu hinterfragen, inwiefern sich aus Sicht des Lehrers die elterliche Erkrankung auf den Schulalltag des Kindes und die Zusammenarbeit mit dem Elternteil auswirkt, wo Schwierigkeiten gesehen werden, aber auch welche Verhaltensweisen und Einstellungen des Elternteils von der Lehrperson als positiv bewertet werden. Möglichkeiten und Grenzen der Unterstützung der Familie durch die Schule sollen vom Lehrer eingeschätzt werden. Damit der Lehrer möglichst konkrete Aussagen treffen kann, werden die Lehrer in die Studie einbezogen, die das teilnehmende Kind unterrichten und vom teilnehmenden Elternteil bzw. teilnehmenden Kind über die Erkrankung informiert wurden. Auf eine gesonderte Gruppe von Lehrern, die sich zu der Thematik äußert, wurde nicht zurückgegriffen, da die Gefahr

der unkonkreten Aussagen und Verallgemeinerungen größer gewesen wäre als die konkrete Schilderung anhand des Einzelfalls. Zudem können durch diese Studienkonstellation die Aussagen des Kindes, des Elternteils und des Lehrers miteinander verknüpft werden.

Zugang zur Studienpopulation

Die Akquise der teilnehmenden Familien und Lehrer erfolgte über bundesweite Einrichtungen der stationären, teilstationären und ambulanten erwachsenenpsychiatrischen Versorgung einschließlich psychotherapeutischer Praxen, Einrichtungen des Ambulant Betreuten Wohnens für psychisch erkrankte Menschen, Selbsthilfe-und Angehörigengruppen, Schulpsychologische Beratungsstellen, Einrichtungen der freien und öffentlichen Jugendhilfe, wie Erziehungsberatungsstellen, Sozialpädagogischen Familienhilfen und Erziehungsbeistandschaften, Einrichtungen mit spezifischen Angeboten für Kinder psychisch erkrankter Eltern, über Direktoren und Lehrer aller Schulformen, Arbeitskreise und Netzwerke an Schulen tätiger Sozialpädagogen sowie diversen regionalen und überregionalen Netzwerken zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“, wie die Bundesarbeitsgemeinschaft „Kinder psychisch erkrankter Eltern“. Hinzu kommen Fachtagungen und Workshops, im Rahmen derer auf die Studie hingewiesen wurde.

Fachkräfte der Einrichtungen wurden zunächst persönlich oder telefonisch über die Studie informiert und bekamen bei der Bereitschaft zur Unterstützung in der Akquise der Teilnehmer Informationen zur Studie zugesandt[23]. Die Fachkräfte fungierten als Multiplikatoren und wiesen in internen Besprechungen, Konferenzen und Teamsitzungen auf die Studie hin. Zu den Multiplikatoren bzw. weiteren Mitarbeitern der Einrichtungen wurde regelmäßiger telefonischer Kontakt gehalten, um Kontaktdaten möglicher Teilnehmer zu erhalten. Familien, auf die die Einschlusskriterien zutrafen, wurden von den Fachkräften der Einrichtungen um Mitarbeit an der Studie angefragt und um Weitergabe ihrer Kontaktdaten gebeten.

Dieser Weg über die Fachkräfte der Einrichtungen war aus mehreren Gründen notwendig: Durch die Arbeit mit den Familien besteht ein Vertrauensverhältnis zwischen den Fachkräften und den Eltern bzw. Kindern, auf dessen Grundlage die Mitarbeiter die Familien zur Teilnahme motivieren und Vorbehalte und Ängste in Bezug auf die Studie besprechen konnten. Zudem konnten die Fachkräfte abschätzen, ob insbesondere dem erkrankten Elternteil eine Teilnahme an der Studie in der aktuellen ge-

[23] Der möglichen Teilnehmern ausgehändigte Aufruf zur Studie ist dem Anhang beigefügt. Auf Fachveranstaltungen wurde zudem mit Plakaten und Flyern auf die Erhebung aufmerksam gemacht.

sundheitlichen Verfassung möglich war oder ob die Teilnahme eine zu große Belastung für Eltern oder Kinder darstellte. Auch war es den Fachkräften meist möglich, einzuschätzen, ob der Lehrer des Kindes sich zur Teilnahme bereit erklären würde.

Erklärten sich Eltern und Kinder zur Teilnahme bereit, teilte mir die Fachkraft die Kontaktdaten der Familie mit, so dass ein erster telefonischer Kontakt zur Familie aufgenommen werden konnte. Hierbei fanden eine erneute kurze Erläuterung der Studie sowie der Hinweis auf Freiwilligkeit der Teilnahme und eine Terminfindung zur Durchführung der Interviews statt. In diesem Telefonat wurden Kontaktdaten der Lehrperson, die über die elterliche Erkrankung erfahren hatte, mitgeteilt, die daraufhin zur Teilnahme angefragt wurde. In einigen Familien haben die Eltern bzw. Schüler den Lehrer um Teilnahme gebeten.

Schwierigkeiten im Zugang zur Studienpopulation

Trotz einer hohen Anzahl an über die Studie informierten Einrichtungen, Netzwerken und Multiplikatoren, deren große Bereitschaft, an der Akquise der Teilnehmer mitzuwirken[24], sowie der stetigen Aufrechterhaltung der Kontakte gestaltete sich das Auffinden teilnehmender Familien schwierig. Hierfür können mehrere Gründe angeführt werden.

Die Verzahnung der diagnostizierten psychischen Erkrankung des Elternteils und der Kenntnis des Lehrers über die Erkrankung in der Festlegung der Einschlusskriterien stellte in der Akquise der Teilnehmer die größte Hürde dar. Wie später in der Auswertung der Interviews deutlich werden wird, bestehen auf Seiten der Eltern große Vorbehalte und Ängste, ihre Erkrankung in der Schule des Kindes zu enttabuisieren, da sie Stigmatisierungen sowohl ihres Kindes als auch ihrer eigenen Person, zum Beispiel in Form von einer Benachteiligung des Kindes in der schulischen Förderung, ein Absprechen von kognitiven Fähigkeiten oder Zweifel an der Erziehungsfähigkeit, fürchten. Die Mehrzahl der von den Fachkräften der psychiatrischen oder therapeutischen Einrichtungen und familienunterstützenden Dienste angesprochen Elternteile, bei denen eine Diagnose vorlag und das Kind eine entsprechende Klassenstufe besuchte, erklärten sich zwar gemeinsam mit ihrem Kind zur Teilnahme bereit, hatten jedoch die Erkrankung in bisherigen Gesprächen mit der Lehrperson nicht offen ge-

[24] Nicht zu unterschätzen und daher nicht unerwähnt bleiben soll die zusätzliche Arbeitsbelastung, die für die Multiplikatoren mit der Akquise der Teilnehmer verbunden war. Zwar wurde versucht, den Aufwand für die Fachkräfte so gering wie möglich zu halten, dennoch aber wurden für die fortwährende Suche nach Familien und die Motivation zur Teilnahme zeitliche Ressourcen der Fachkräfte in Anspruch genommen. Zudem erfordert die Akquise der Teilnehmer oftmals eine hohe fachliche Kompetenz, da Möglichkeiten der Familie zur Teilnahme ebenso eingeschätzt werden müssen wie ein geeigneter Zeitpunkt zur Anfrage der Teilnahme und mögliche Reaktionen der Familienmitglieder.

legt. Damit konnten sie nicht in die Studie einbezogen werden. Diese Problematik der Tabuisierung der Erkrankung in der Schule und des damit verbundenen Ausschlusses aus der Studie wurde fortwährend von Fachkräften aller Einrichtungen und Netzwerke benannt.

Die Multiplikatoren in den Schulen, wie Direktoren, Lehrkräfte und Schulsozialarbeiter, bestätigten diese Tabuisierung. Oftmals wurde geäußert, dass bei Familien Vermutungen im Bereich der psychischen Erkrankung des Elternteils vorlägen, diese aber nicht offen bestätigt werden. Da es den Lehrern und Schulsozialarbeitern selbstverständlich nicht möglich war, die Eltern aufgrund eines Verdachtes auf die Studie hinzuweisen, konnten auch über die Schulen nur wenige Teilnehmer gefunden werden. War eine psychische Erkrankung des Elternteils in der Schule bekannt, bestand insbesondere bei den Lehrern eine große Hemmschwelle, die Eltern auf die Erkrankung bzw. die Studie anzusprechen, da sie ein Überschreiten ihrer Zuständigkeiten und ein zu starkes Eindringen in die Privatsphäre der Familie ebenso fürchteten wie unvorhersehbare Reaktionen bis hin zum Kontaktabbruch des Elternteils.

Unerwartet häufig wurde eine Teilnahme an der Studie von Seiten einiger Lehrer abgelehnt, obwohl sich die Familien zur Teilnahme bereit erklärt und teils aus eigener Initiative heraus den Lehrer um Mitwirkung gebeten hatten, teils von familienunterstützenden Diensten und von mir zur Teilnahme angefragt wurden. Eine Ablehnung der Teilnahme wurde damit begründet, dass eine psychische Erkrankung des Kindes für die Schule relevant sei, nicht jedoch eine psychische Erkrankung des Elternteils. Auch Anmerkungen zu den Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf das Kind, den schulischen Alltag und die Zusammenarbeit mit den Lehrern konnten die entsprechenden Lehrpersonen nicht zur Teilnahme bewegen.

Neben der Tabuisierung der Erkrankung in der Schule, den Vorbehalten der Lehrer, mögliche Eltern und Kinder auf die Studie anzusprechen und die teils fehlende Bereitschaft auf Seiten einiger Lehrpersonen bestanden zudem Ängste der Eltern in Bezug auf eine Teilnahme. Sie befürchteten, dass die Thematisierung der familiären Situation eine zu große Belastung darstellen könnte und eventuell eine erneute Krankheitsphase ausbricht. Zudem äußerten die Eltern Sorgen, dass das Kind zu stark belastet werden könnte. Ängste der Kinder oder eine Ablehnung der Teilnahme durch die Kinder wurde von keinem der Multiplikatoren rückgemeldet.

Durchführung der Interviewstudie

Den Teilnehmern wurde der Ort der Interviewführung freigestellt. Die Interviews mit den Elternteilen fanden in der Mehrzahl in der Wohnung der Teilnehmer statt, verein-

zelt in psychiatrischen Kliniken. Auch die Kinder wurden in der Mehrzahl zu Hause interviewt, einige Gespräch fanden in der Schule des Kindes statt. Die Interviews mit den Lehrern wurden in den Schulen, ein Interview in einem Café geführt. Der zeitliche Umfang der Interviews betrug im Durchschnitt ca. 45-60 Minuten, wobei auch kurze Interviews von 30 Minuten bis hin zu einem Gespräch von ca. 3,5 Stunden geführt wurden. Alle Interviews wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet.

Die Eltern erhielten eine Einverständniserklärung zur Unterschrift, durch die sie bestätigten, dass sie über die Freiwilligkeit der Teilnahme und der Möglichkeit, die Teilnahme jederzeit zu beenden, in Kenntnis gesetzt worden sind, sowie darüber informiert waren, dass die Teilnahme keine Auswirkungen auf Beratung, Behandlung oder Betreuung habe[25]. Explizit wurde aufgeführt, dass sich die Teilnahme nicht auf die schulischen Bewertungen des Kindes auswirke. Mit der Unterschrift entbanden sie zugleich die Lehrperson von der Schweigepflicht. Diese Einverständniserklärung wurde den Lehrern zu Beginn des Interviews in Kopie ausgehändigt.

Studienpopulation

Es konnten insgesamt 11 Familien mit Lehrern zur Teilnahme an der Studie gewonnen werden, so dass 34 Personen interviewt werden konnten.

Kinder

Die Gruppe der Kinder besteht aus 10 Kindern, wobei 2 Kinder Geschwister sind und in zwei Familien keine Interviews mit den Kindern durchgeführt werden konnten. In einer Familie verweigerte der Sohn aufgrund eines aktuellen Konfliktes mit dem Elternteil jeden Kontakt zu anderen Personen, auch zur sozialpädagogischen Familienhilfe oder dem Betreuer der Mutter, so dass kein Interview möglich war, in einer anderen Familie waren Termine für die Interviews mit den Kindern bereits vereinbart, jedoch kam es aufgrund eines kindeswohlgefährdenden Elternverhaltens zur Herausnahme der Kinder aus der Familie wenige Tage vor den Interviewterminen. Auf eine weitere Durchführung wurde aus ethischen Gründen verzichtet[26]. Die Gruppe

[25] Die Einverständniserklärung ist dem Anhang beigefügt.

[26] Gläser und Laudel (2010) weisen explizit auf ethische Gesichtspunkte im Forschungsprozess hin: „In jedem Forschungsprozess können überraschend Situationen auftauchen, in denen ethische Entscheidungen getroffen werden müssen“ (vgl. Gläser & Laudel, S.49, 2010). Hierzu gehört auch das zwischenzeitliche Ausschalten des Aufnahmegerätes in einem Interview mit einem 15jährigen Mädchen, das durch die Schilderung eigener Belastungen stark zu weinen begann. Wurde im Interview deutlich, dass das Gespräch die Teilnehmer sehr belastete, wurde auf die Möglichkeit der Unterbrechung hingewiesen. Zudem wurde darauf geachtet, dass nach dem Interview ausreichend Zeit und Raum für den Teilnehmer bestand, sich emotional und gedanklich von der Interviewsituation zu lösen.

der interviewten Kinder besteht aus 7 Mädchen und 3 Jungen im durchschnittlichen Alter von 13,6 Jahren, wobei das jüngste Kind 12 Jahre alt war und das älteste 15 Jahre. 3 Kinder besuchen eine Realschule, 2 Kinder eine Hauptschule, 3 Kinder eine Gesamtschule und 2 Kinder eine Förderschule (1 Kind eine Förderschule mit dem Schwerpunkt der geistigen Entwicklung, 1 Kind eine Förderschule auf der Grundlage der Waldorf Pädagogik, die alle Förderbereiche umfasst, wobei das interviewte Kind aufgrund Förderbedarfe im Lernen und in der sozial-emotionalen Entwicklung diese Schule besucht).

7 Kinder haben ein Geschwisterkind, wobei nur 3 mit dem Geschwisterkind zusammenleben, da die Geschwister entweder in Pflegefamilien, in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe oder in einer eigenen Wohnung leben.

Eltern

Insgesamt haben 12 Eltern an der Studie teilgenommen, darunter 11 erkrankte Elternteile und 1 gesunder Elternteil. 10 der erkrankten Elternteile waren Mütter, 1 Vater war erkrankt, dessen Ehefrau als gesunder Elternteil an der Studie teilgenommen hat. 5 Elternteile waren alleinerziehend, 6 lebten einer Partnerschaft, davon lebten 2 Elternteile mit dem leiblichen Elternteil des Kindes zusammen.

Als Diagnosen wurden genannt:

- Schizophrenie und schizoaffektive Störungen,
- Affektive Störungen (Depression, bipolare affektive Störung),
- Neurotische Störungen (Angststörung, Panikstörung, Phobie),
- Persönlichkeitsstörung (emotional instabile Persönlichkeitsstörung-Borderline Typ)
- Posttraumatische Belastungsstörung,
- Essstörung

Bei 8 Elternteilen lagen komorbide Störungen vor. Mehrere Elternteile berichteten von selbstverletzenden Verhaltensweisen und Suizidgedanken, 5 Elternteile berichteten von bereits durchgeführten Suizidversuchen.

Lehrer

An der Studie nahmen 12 Lehrer teil, davon 3 Lehrer und 9 Lehrerinnen. 11 Lehrpersonen waren Klassenlehrer des Kindes, 1 Lehrer hatte keine Klassenlehrerfunktion, sondern unterrichtete das Kind als Fachlehrer. Angaben über Berufserfahrungen oder Fort- und Weiterbildungen wurden nicht erhoben, jedoch nimmt keine der teilnehmenden Lehrpersonen die Position eines Beratungslehrers ein.

Der Kontakt zu den teilnehmenden Familien wurde über Einrichtungen des Ambulant Betreutes Wohnen für psychisch erkrankte Menschen, eine stationäre erwachsenenpsychiatrische Klinik, Schulsozialarbeiter, sozialpädagogische Familienhilfen sowie einer Einrichtung mit einem spezifischen Angebot für Kinder psychisch erkrankter Eltern hergestellt.

Qualitative Interviewstudie mit leitfadengestützten Experteninterviews

Mit den teilnehmenden Kindern, Elternteilen und Lehrern wurden leitfadengestützte Experteninterviews[27] geführt, wobei der Begriff Experte hier nach Gläser und Laudel (2010) definiert wird: „‘Experte‘ beschreibt die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte“ (Gläser & Laudel, S.12, 2010). Diesem „Spezialwissen“ kommt eine besondere Bedeutung zu, da, wie oben angeführt, die Studienpopulation eine Randgruppe darstellt, die über die spezifische Erfahrungen der Enttabuisierung der elterlichen Erkrankung gegenüber der Lehrperson des Kindes verfügt. Dennoch haben zwar diese Experten eine besondere Stellung in dem zu untersuchenden sozialen Kontext, jedoch sind sie nicht das eigentliche Ziel der Untersuchung bzw. der eigentliche Fokus des Forschungsinteresses, sondern sie sind bzw. waren ‚Zeugen‘ der sozialen Situationen und Prozesse, die Inhalt der Studie sind. Diese sozialen Prozesse sollen mit Hilfe des speziellen Wissens des Experten rekonstruiert werden, um eine wissenschaftliche Erklärung zu gewinnen. Es handelt sich somit um eine rekonstruierende Untersuchung (Gläser & Laudel, 2010). „Die Experteninterviews haben in diesen Untersuchungen die Aufgabe, dem Forscher das besondere Wissen der in die Situation und Prozesse involvierten Menschen zugänglich zu machen“ (Gläser & Laudel, S.13, 2010).

Um allen Beteiligten die Möglichkeit zu eröffnen, sich unbefangen äußern zu können, Belastungen und Ängste ebenso wie tabuisierte Themen, Fragen und Unsicherheiten anzusprechen, ohne sich in den Aussagen kontrollieren, in den Emotionen zurück-

[27] Die Interviewleitfäden sind dem Anhang beigefügt.

nehmen oder negative Reaktionen, wie Abwehr oder Anschuldigungen, der anderen Beteiligten befürchten zu müssen, fanden die Interviews im Einzelsetting statt. Ein Interviewsetting der Familie gemeinsam mit dem Lehrer hätte zwar zum Vorteil gehabt, eben genau diese gegenseitigen Reaktionen erfassen und differente Sichtweisen miteinander abgleichen zu können, hätte dem einzelnen jedoch nicht den Raum gegeben, sich frei zu äußern. Zudem wäre die Gefahr groß gewesen, dass das Kind in Anwesenheit des Lehrers und des Elternteils sozial erwünschte Antworten gegeben und die eigene Sichtweise auf Schwierigkeiten und Ängste verschwiegen hätte.

Die Interviews wurden leitfadengestützt geführt. Der „Interviewleitfaden enthält die Fragen, die in jedem Interview beantwortet werden müssen. Allerdings sind weder die Frageformulierungen noch die Reihenfolge der Fragen verbindlich“ (Gläser & Laudel, S.42, 2010). Damit konnten Themen vorgegeben werden, die zur Beantwortung der Fragestellung notwendig waren, aber dem Interviewten auch die Möglichkeit gelassen werden, auf für ihn relevante Aspekte zusprechen zu kommen, Themenfelder zu vertiefen oder hinzuzufügen. Ziel dieser Interviewform war es, „dass dem offenen, explorativen Charakter der Befragung hinsichtlich des Befragungsgegenstandes und der Kommunikation in der Befragungssituation Rechnung getragen werden kann“ (Lange, S.41, 2008), ohne die Fragestellung der Studie aus dem Blick zu verlieren. Die Wahl des leitfadengestützten Interviews wurde durch die Annahme bekräftigt, dass eine sehr freie Kommunikation über die psychische Erkrankung vielen Studienteilnehmern schwer fallen könnte. Eine komplexe Frage, die zu Beginn des Interviews einen freien narrativen Prozess einführen soll (Gläser & Laudel, 2010), hätte zu einer Überforderung führen können, da davon ausgegangen wurde, dass insbesondere die Kinder es nicht gewohnt sind, frei über die elterliche Erkrankung zu sprechen. Um ihnen die Interviewsituation zu erleichtern, wurden durch den Leitfaden Fragestellungen und Themen vorgeben.

12.5 Auswertung der Interviews

Die nach Dresing und Pehl (2011) transkribierten Interviews wurden nach der Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2008a, 2008b) ausgewertet. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse werden dem Text Informationen entnommen und getrennt vom Ursprungstext weiterverarbeitet, indem die weiteren Analyseschritte mit den extrahierten Textstellen durchgeführt werden (Gläser & Laudel, 2010). „Dieses Vorgehen kann nur angewendet werden, wenn nicht der Text selbst das Untersuchungsobjekt ist. Geht es darum, die im Text enthaltenen Konstruktionen (biographischen Kon-

struktionen, Sinnstrukturen, o.ä.) der Interviewten zu analysieren, dann ist von entscheidender Bedeutung, was in welchem Kontext wie gesagt wurde. Diese Fragen können nur anhand des Ursprungstextes beantwortet werden. Die Inhaltsanalyse ist für die Beantwortung solcher Fragen nicht geeignet. Sie eignet sich aber hervorragend, wenn aus Texten Beschreibungen sozialer Sachverhalte entnommen werden sollen - d.h. generell für rekonstruierende Untersuchungen und speziell für die Auswertung von Experteninterviews“ (Gläser & Laudel, S.47, 2010). Das bedeutet, „dass die Inhaltsanalyse nicht allein zur Bestimmung des Inhalts von Texten durchgeführt wird, sondern dass dahinter ein Interesse an Erkenntnis sozialer Wirklichkeit steht“ (Knapp, S.20, 2008). Da diese soziale Wirklichkeit mit Hilfe des Wissens des Experten rekonstruiert werden soll, ist nach Gläser und Laudel (2010) eine Tiefe der Analyse notwendig, „die wegen des Aufwandes nur für wenige Fälle zugleich realisierbar ist“ (Gläser & Laudel, S.37, 2010). Daher wurde die Studie in der Planung auf 10-15 Familien mit Lehrpersonen beschränkt.

Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse sind die Prinzipien der Offenheit, des theoriegeleiteten Vorgehens sowie des regelgeleiteten Vorgehens als wissenschaftliche Forschungsprinzipien, die nach Gläser und Laudel (2010) für Wissenschaft allgemein erforderlich sind:

1. Das Prinzip der Offenheit

„Das Prinzip der Offenheit fordert, dass der empirische Forschungsprozess offen sein muss für unerwartete Informationen. Besonders wichtig sind dabei Informationen über wesentliche Aspekte des Gegenstandes, die durch das für die Untersuchung entwickelte Vorverständnis nicht erfasst werden oder ihm sogar widersprechen. Das Prinzip der Offenheit verlangt von den Forschern, beachtete Tatbestände nicht vorschnell unter bekannte Kategorien zu subsumieren. […] Mangelnde Offenheit birgt […] die Gefahr, dass die Beobachtung in vorgefertigte Kategorien gepresst und Unerwartetes ausgeschlossen wird“ (Gläser & Laudel, S.30, 2010).

2. Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens

Das Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens und das Prinzip der Offenheit könnten sich vordergründig betrachtet konträr gegenüberstehen: wird Offenheit gefordert und somit die Loslösung von einer Reduzierung auf bekannte Sachverhalte und daraus entstandene Kategorien, um neues Wissen nicht einzuengen, sondern in Gänze zuzulassen, schließt dieses Prinzip der Offenheit ein theoriegeleitetes Vorgehen aus, wird hierbei doch gerade auf bisherige Forschungen, Erkenntnisse und daraus abgeleitete Theorien und Hypothesen zurückgegriffen. Gläser und Laudel (2010) sehen in

der Zuspitzung des Prinzips der Offenheit die Gefahr, dass theoriegeleitetem Vorgehen in der qualitativen Forschung wenig Beachtung geschenkt wird. Mayring fordert daher ein anderes Verständnis von dem Gebrauch der Theorien: „Theorien, so wird häufig gesagt, würden das Material verzerren, den Blick zu sehr einengen, würden ein „Eintauchen in das Material“ behindern. Begreift man jedoch Theorie als System allgemeiner Sätze über den zu untersuchenden Gegenstand, so stellt sie nichts anderes als die geronnenen Erfahrungen anderer über diesen Gegenstand dar. Theoriegeleitet heißt nun, an diesen Erfahrungen anzuknüpfen, um einen Erkenntnisfortschritt zu erreichen. Das bedeutet nun, dass die Fragestellung der Analyse vorab genau geklärt sein muss, theoretisch an die bisherige Forschung über den Gegenstand angebunden und in aller Regel in Unterfragestellungen differenziert werden muss“ (Mayring, S.52, 2008a).

3. Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens

„Das Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens fordert, dass die Wissensproduktion expliziten (intersubjektiv kommunizierbaren) Regeln folgen muss“ (Gläser & Laudel, S.31, 2010). Die Analyse folgt daher festgelegten Schritten, die in der Beschreibung des Vorgehens transparent gemacht werden müssen. „Diese Regelgeleitetheit ermöglicht es, dass auch andere die Analyse verstehen, nachvollziehen und überprüfen können. Erst dadurch kann Inhaltsanalyse sozialwissenschaftlichen Methodenstandards (intersubjektive Nachprüfbarkeit) genügen“ (Mayring, S.12, 2008a).

Diese intersubjektive Nachprüfbarkeit stellt nach Mayring neben der Regelgeleitetheit und der Theoriegeleitetheit den Kerngedanken der Systematik dar, der trotz einer notwendigen Anpassung an die konkrete Forschungsfrage und den Gegenstand der Untersuchung beibehalten werden muss (Mayring, 2008b).

12.5.1 Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse

Allgemeiner Ablauf

Im Folgenden wird zunächst der allgemeine Ablauf der Qualitativen Inhaltsanalyse ausgeführt und daraufhin näher auf die Bildung der Kategorien und die Definition der Analyseeinheiten eingegangen.

Ablauf der Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2008a; 2008b):

1. Festlegung des Materials

2. Analyse der Entstehungssituation
3. Formale Charakteristika des Materials
4. Richtung der Analyse
5. Theoretische Differenzierung der Fragestellung
6. Bestimmung der Analysetechnik und Festlegung des konkreten Ablaufmodells
7. Definition der Analyseeinheiten
8. Analyseschritte mittels des Kategoriensystems: Zusammenfassung-Explikation-Strukturierung
9. Rücküberprüfung des Kategoriensystems an Theorie und Material
10. Interpretation der Ergebnisse in Richtung der Hauptfragestellung
11. Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien

Erstellung des Kategoriensystems

Da nach Mayring (2008a) das Kategoriensystem innerhalb der qualitativen Inhaltsanalyse das zentrale Element darstellt, wird auf die Kategorienbildung im Folgenden näher eingegangen.

„Bei der Entwicklung der Kategorien gibt es verschiedene Verfahren. So werden bei einer induktiven Kategorienbildung Kategorien nach einem vorgegebenen Definitionskriterium aus dem Material heraus entwickelt, während bei der deduktiven Kategorienbildung die Kategorien theoriegeleitet vor der Analyse entwickelt und dann ans Material herangetragen werden“ (Schreier & Wagenblass, S.23, 2013). Durch die Kategorienentwicklung aus dem Material heraus strebt das induktive Vorgehen „nach einer möglichst naturalistischen, gegenstandsnahen Abbildung des Materials ohne Verzerrungen durch Vorannahmen des Forschers, eine Erfassung des Gegenstands in der Sprache des Materials“ (Mayring, S.75, 2008a). Schreier und Wagenblass (2013) beschreiben das praktische Vorgehen innerhalb der induktiven Kategorienbildung wie folgt: „Das Material wird hierfür systematisch Satz für Satz durchgearbeitet. Immer dann, wenn eine relevante Textstelle entdeckt wird, wird hierfür eine Kategorie gebildet. Die Kategorie wird mit einem Begriff oder kurzem Satz möglichst aus dem Material oder nahe am Material bezeichnet. Wird in der weiteren Auswertung eine Textstelle mit ähnlichem Inhalt gefunden, wird sie ebenfalls dieser Kategorie zugeordnet. Werden andere relevante Textpassagen entdeckt, so wird eine neue

Kategorie gebildet“ (Schreier & Wagenblass, S.23, 2013). Im Gegensatz dazu entstehen bei dem deduktiven Vorgehen die Kategorien nicht aus dem Material heraus, sondern werden zu Beginn der Analyse deduktiv formuliert, sind also aus dem Forschungsinteresse, dem Leitfaden und den theoretischen Vorüberlegungen sowie den Hypothesen entstanden und werden als bereits bestehende Kategorien an das Material herangetragen (Reinhoffer, 2008). Das Ordnungsschema für die zur Beantwortung der Forschungsfragen relevanten Informationen wird damit im Vorfeld festgelegt (Gläser & Laudel, 2010). In dieser Studie ergibt sich eine deduktive Kategorienbildung durch den Interviewleitfaden, der die Thematisierung forschungsrelevanter Aspekte bereits fokussiert. Trotz des Leitfadens soll das Kategoriensystem jedoch offen bleiben, so dass es verändert werden kann, „wenn im Text Informationen auftauchen, die relevant sind, aber nicht in das Kategoriensystem passen. Die Dimensionen existierender Kategorien können verändert werden, und es können neue Kategorien konstruiert werden“ (Gläser & Laudel, S.201, 2010). Aufgrund der unterschiedlichen Entstehungswege der Kategorien spricht Reinhoffer (2008) von einer „Bottom-up-Strategie“ für induktiv gewonnene Kategorien und einer „Top-down-Strategie“ bzgl. der deduktiven Herangehensweise und verweist auf die jeweiligen Schwächen: „Deduktive Ansätze bieten zwar die Chance größtmöglicher Systematik und regelgeleiteten Vorgehens, können aber unter mangelnder Offenheit leiden. […] Induktive Kategorienbildung strebt nach Offenheit und sucht nach größtmöglicher Varianz in den Interpretationen von Aussagen, kann aber Schwächen beim regelgeleiteten Vorgehen aufweisen. Sie Systematik kann lückenhaft erscheinen, weil sie theoretische Momente nicht berücksichtigt, die sich nicht unmittelbar aus den vorliegenden Daten ergeben“ (Reinhoffer, S.127, 2008). Da sich aufgrund des Interviewleitfaden bereits eine Systematik ergibt und sich daher eine deduktive Kategorienbildung anbietet, die Analyse jedoch offen sein soll für neue Informationen, werden in der vorliegenden Studie Kategorien sowohl deduktiv als auch induktiv gebildet, so dass sich die „Suchbewegungen von oben nach unten und von unten nach oben […] miteinander verzahnen“ (Reinhoffer, S.133, 2008). Die Kategorien werden also „in einem Wechselverhältnis zwischen der Theorie (der Fragestellung) und dem konkreten Material entwickelt, durch Konstruktions-und Zuordnungsregeln definiert und während der Analyse überarbeitet und rücküberprüft“ (Mayring, S.53, 2008a).

„Das Ziel dieses Vorgehens ist es die Fülle des Materials so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben und herausgestellt werden können (Reduktion durch Selektion)“ (Schreier & Wagenblass, S.23, 2013), wobei diese Reduzierung die Folge eines interpretativen Vorgehens darstellt: „Die Zuordnung der Kategorien zu den Textstellen geschieht nicht automatisch, sondern stellt einen Interpretationsakt dar. Jedoch soll diese Interpretation so regelgeleitet und so explizit wie möglich sein“

(Mayring, S.11, 2008b). Mayring spezifiziert daher den achten Schritt des allgemeinen Ablaufmodells der qualitativen Inhaltsanalyse, indem er drei Grundformen des Interpretierens unterscheidet: Durch die Zusammenfassung wird das Material so reduziert, dass wesentliche Inhalte zwar erhalten bleiben, jedoch die Gesamtmenge auf einen Kerncorpus reduziert wird. Insbesondere bei unklaren Inhalten ist eine Explikation, die zweite Form des Interpretierens, notwendig, in der zu einzelnen Textelementen zusätzliches, erklärendes Material hinzugezogen wird, um die Textstelle zu erläutern. Durch die dritte Grundform, die Strukturierung, werden bestimmte Aspekte des zu untersuchenden Textes zu vorher festgelegten Ordnungskriterien aus dem Material herausgefiltert (Mayring, 2008a). Diese dritte Grundform der Strukturierung soll in der vorliegenden Studie Anwendung finden und daher näher erläutert werden.

Ablaufmodell inhaltlicher Strukturierung im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse

Die Strukturierung als „wohl zentralste inhaltsanalytische Technik hat zum Ziel, eine bestimmte Struktur aus dem Material herauszufiltern. Diese Struktur wird in Form eines Kategoriensystems an das Material herangetragen. Alle Textbestandteile, die durch die Kategorien angesprochen werden, werden dann aus dem Material systematisch extrahiert. […] Die grundsätzlichen Strukturierungsdimensionen müssen genau bestimmt werden, sie müssen aus der Fragestellung abgeleitet und theoretisch begründet werden. Diese Strukturierungsdimensionen werden dann zumeist weiter differenziert, indem sie in einzelne Ausprägungen aufgespalten werden. Die Dimensionen und Ausprägungen werden dann zu einem Kategoriensystem zusammengestellt“ (Mayring, S.83, 2008a). Diese Strukturierung wiederum lässt sich in formale Strukturierung, inhaltliche Strukturierung, typisierende Strukturierung und skalierende Strukturierung unterteilen (Mayring, 2008a), wobei für die vorliegende Studie die inhaltliche Strukturierung gewählt wird: „Ziel inhaltlicher Strukturierungen ist es, bestimmte Themen, Inhalte, Aspekte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen. Welche Inhalte aus dem Material extrahiert werden sollen, wird durch theoriegeleitet entwickelte Kategorien und (sofern notwendig) Unterkategorien bezeichnet“ (Mayring, S.89, 2008a).

Für die inhaltliche Strukturierung ergibt sich folgendes Ablaufmodell, das als Spezifizierung zu Schritt 8 des allgemeinen Modells der qualitativen Inhaltsanalyse gesehen werden muss (Steigleder, 2008):

1. Schritt: Bestimmung der Analyseeinheiten

2. Schritt: Theoriegeleitete Festlegung der inhaltlichen Hauptkategorien
3. Schritt: Bestimmung der Ausprägungen (theoriegeleitet) und Zusammenstellung des Kategoriensystems
4. Schritt: Formulierung von Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln zu den einzelnen Kategorien
5. Schritt: Materialdurchlauf: Fundstellenbezeichnung
6. Schritt: Materialdurchlauf: Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen
7. Schritt: Überarbeitung, ggf. Revision von Kategoriensystem und Kategoriendefinition und somit eventuell Veränderung des Kategoriensystems (Schritt 3)
8. Schritt: Paraphrasierung des extrahierten Materials
9. Schritt: Zusammenfassung pro Kategorie
10. Schritt: Zusammenfassung pro Hauptkategorie

Definition der Analyseeinheiten

Um die Präzision der Inhaltsanalyse zu erhöhen werden im Vorfeld des Auswertungsprozesses die Analyseeinheiten festgelegt. Mayring (2008a) unterscheidet dabei zwischen drei Einheiten:

1. „Die Kodiereinheit legt fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Textteils ist, der unter eine Kategorie fallen kann“ (Mayring, S.53, 2008a). In der vorliegenden Studie kann eine Kodiereinheit aus Satzteilen bestehen, also auch aus minimal einem abgebrochenen Wort, dessen Bedeutung jedoch eindeutig zu erschließen ist, aus Halbsätzen, abgebrochenen Gedankengängen, nicht ausformulierte Aussagen, etc. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund von Bedeutung, da aufgrund der Tabuisierung der elterlichen Erkrankung bei allen Teilnehmern, insbesondere aber bei den Kindern und Eltern, Formulierungsproblematiken bestehen können, da eine Kommunikation über die Erkrankung ungewohnt ist. Vor allem bei belastenden Inhalten oder emotionalen Aussagen werden Formulierungsabbrüche erwartet.
2. „Die Kontexteinheit legt den größten Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen kann“ (Mayring, S.53, 2008a). Der größtmögliche unter eine Kategorie fallende Textbestandteil ist hier ein zusammenhängender Interviewaus-

schnitt, der sowohl Aussagen des Interviewers als auch des Teilnehmers zu einer Kategorie enthält, so dass Dialogteile ausschnitthaft unter eine Kategorie gefasst werden können.

3. „Die Auswertungseinheit legt fest, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden“ (Mayring, S.53, 2008a). In der vorliegenden Studie bilden die Kinder, die Elternteile und die Lehrer jeweils eine Auswertungseinheit, so dass die Interviews zunächst der Gruppe der Kinder, daraufhin der Eltern und der Lehrer in der Reihenfolge der Interviewdurchführung ausgewertet werden.

In der Bearbeitung des Materials anhand der festgelegten Ablaufmodelle auf Grundlage der Festlegung einzelner Analyseschritte sieht Mayring einen Vorteil der qualitativen Inhaltsanalyse: „Eben darin besteht die Stärke der qualitativen Inhaltsanalyse gegenüber anderen Interpretationsverfahren, dass die Analyse in einzelne Interpretationsschritte zerlegt wird, die vorher festgelegt werden. Dadurch wird sie für andere nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar, dadurch wird sie übertragbar auf andere Gegenstände, für andere benutzbar, wird sie zur wissenschaftlichen Methode“ (Mayring, S.53, 2008a).

Die Darstellung der Ergebnisse folgt in zwei Schritten: zunächst werden die subjektiven Sichtweisen der interviewten Kinder, Eltern und Lehrer an Hand des Interviewleitfadens dargestellt und zentrale Aspekte mit Originalzitaten belegt. Darauf folgt eine Diskussion der Fragestellungen, in der die jeweiligen Gruppen miteinander verglichen, Gemeinsamkeiten herausgearbeitet und Bezüge zum Fachdiskurs hergestellt werden.

13 Auswertung der Interviews

13.1 Auswertung der Kinderinterviews

13.1.1 Alltag der Kinder

Die Kinder berichten von alterstypischen Beschäftigungen im Alltag. Treffen mit Freunden, Musik hören, Ausruhen, Versorgen der Haustiere, aber auch Lernen und Nachgehen von Hausaufgaben werden als gewohnte tägliche Aktivitäten genannt.

Kind (K): Dann esse ich meist erst ein bisschen was und dann trödel ich ein bisschen und dann setze ich mich an die Hausaufgaben.

Eva Brockmann (EB): Du trödelst so ein bisschen. Was machst du denn in der Trödelei?

K: Irgendwie ein bisschen mich mit meinem Hamster noch ein bisschen beschäftigen, ihn (...)[28] *versorgen und dann setze ich mich meistens an die Hausaufgaben. (Interview Kinder\T.6: 30-32)*

In der Unterstützung durch die erkrankten Elternteile im Lernen oder der Anfertigung der Hausaufgaben zeigen sich Unterschiede bei den Kindern. Während einige Kinder Unterstützung durch die Eltern bis hin zur Überprüfung der Hausaufgaben erfahren, berichten andere Kinder von einem Rückzug des Elternteils aus den schulischen Aufgaben. Sie würden eine aktive Unterstützung jedoch befürworten.

K: Vor allen Dingen was das Lernen angeht. Ich bin so ein Mensch, der schiebt gerne Sachen auf, so: Kann ich morgen machen! Und wenn meine Mam einfach so, so da wäre: „Ja, L., komm hör zu, wir setzen uns jetzt hin, wir machen das zusammen." So was würde mich freuen. Aber Mam sagt: „L., setz dich hin, mach das, so lern!" Wenn überhaupt, wenn sie das überhaupt mal sagt. (Interview Kinder\T.2: 833)

Diese Kinder sehen den Grund für die mangelnde Unterstützung in der elterlichen Erkrankung und den damit verbundenen Einschränkungen im Zusammenleben, wie einem erhöhten Ruhebedürfnis des Elternteils. Gleichzeitig empfinden sie Wut über den mangelnden persönlichen Kontakt, da sie dies als Desinteresse an ihrer Person werten. Die Fokussierung des Familienlebens auf die elterliche Erkrankung gibt ihnen das Gefühl, zurückgedrängt und nicht wahrgenommen zu werden. Die Wut darüber führt dazu, dass es in den wenigen gemeinsamen Interaktionen zu einer Ent-

[28] Die Klammer (…) zeigt eine Gesprächspause an. Zur Verbesserung der Lesbarkeit der Interviewausschnitte werden Passagen des aktiven Zuhörens der Interviewerin herausgenommen, wenn diese für den Inhalt der Aussage oder den weiteren Gesprächsverlauf nicht relevant sind. Dies wird mit […] angezeigt.

ladung der negativen Emotionen und somit zu offenen Auseinandersetzungen zwischen Elternteil und Kind kommt, die auf beiden Seiten zu Aggressionen und Enttäuschungen führen.

13.1.2 Wissen der Kinder über die elterliche Erkrankung

Im Wissen der Kinder über die elterliche Erkrankung zeigen sich deutliche Unterschiede. Ein Großteil der Kinder kann auf die Frage nach der Diagnose und dem Krankheitsbild entweder nicht oder nicht sicher antworten. Einige nennen zwar den Namen der Erkrankung, dies aber eher unsicher, zum Teil flüsternd und vorsichtig und verfügen nicht über Hintergrundwissen über das Erkrankungsbild, Entstehungsursachen oder Therapiemöglichkeiten.

EB: Weißt du, was die hat?

K: (...) Nein.

EB: Nein, weißt du nicht.

B: Nein. (Interview Kinder\S.8: 137-140)

K: Und heute, ich weiß, dass meine Mam krank ist, aber wirklich, was die Krankheit mit meiner Mam macht, weiß ich nicht. Sie sagt mir ständig, dass sie dadurch einfach nur müde ist, und dass sie sich kaputt fühlt so. (Interview Kinder\T.2: 147)

Werden Erklärungsansätze genannt, wird kein multifaktorieller Ansatz verfolgt, sondern nur ein Faktor als Auslöser gesehen. Die Kinder geben als Krankheitsauslöser entweder belastende Lebensereignisse, wie traumatische Kindheitserlebnisse oder den Verlust nahestehender Bezugspersonen, an oder führen die Entstehung auf alltäglichen Stress zurück.

K: Und in der Kindheit, sie wurde mit; also als Kleinkind wurde sie vergewaltigt von ihrem Stiefvater. (Interview Kinder\T.2: 139)

K: Aber dann ist ja die Mutter gestorben, durch den ganzen Stress mit den Geschwistern. Und dann fühlte sie sich einfach zu dick. Und dann hat die das angefangen. (Interview Kinder\T.5: 86)

K: Also, ich glaube, Depression hat etwas damit zu tun, dass man sich schnell aufregt oder so. Ich weiß es nicht. (Interview Kinder\S.7: 46)

Diese Unsicherheiten basieren nicht auf Desinteresse oder Gleichgültigkeit, denn ein Großteil der Kinder sucht das Gespräch mit den Eltern und erhofft sich Antworten in einem offenen gegenseitigen Austausch. Sie können nicht verstehen, warum diese Gesprächswünsche von den Eltern abgeblockt werden. Dies führt dazu, dass die Kinder kaum noch Fragen stellen und ihr Wissen über die Krankheit ihren eigenen Beobachtungen, eigenen Vorstellungen und Theorien entnehmen.

K: Weil Mama hat mir erzählt, dass sie, also ich weiß nicht, ob sie es jetzt immer noch hat, weil Mama redet ungern mit mir darüber. Ich habe keine Ahnung warum?! Auch wenn ich sie drauf anspreche oder so, dann; das mache ich jetzt nicht mehr so oft, weil ich eigentlich weiß, dass sie mir sagen wird, „ist okay, lass uns mal irgendwann anders, so später." Ja. (...) Schon scheiße! (Interview Kinder\T.2: 889)

K: Habe ich so mitbekommen irgendwann. (...) Weil ich/ gehört habe ich das nicht, aber ich vermute es mal. (Interview Kinder\S.4: 26)

K: Also, ich glaube, Depression hat etwas damit zu tun, dass man sich schnell aufregt oder so. Ich weiß es nicht.

EB: Von wem weißt du das, dass man sich da schnell aufregt? Hat dir das irgendwer erzählt, oder hast du das irgendwo gelesen?

K: Nein, ich denke es mir nur so. (Interview Kinder\S.7: 46-48)

Andere Möglichkeiten, Informationen zu erhalten, wie Internetrecherche, Fernsehbeiträge oder Literatur, wurden bisher noch nicht genutzt, obwohl den Schülern Möglichkeiten der Informationsbeschaffung bekannt sind und von ihnen genutzt werden könnten.

K: Ich weiß nicht, ich könnte in den Pausen in den Computerraum recherchieren, in der Videothek.

EB: Ah ja. Im Internet rumgoogeln wahrscheinlich?

K: Ja.

EB: Was würdest du dann eintippen?

K: Was sind Depressionen? (Interview Kinder\S.7: 228-232)

In den Familien anderer Kinder herrscht ein sehr offener Umgang mit der Erkrankung des Elternteils. Die Erkrankung wird nicht tabuisiert oder umschrieben. Die Eltern suchen das gemeinsame Gespräch mit ihren Kindern und erläutern behutsam den

Grund für die Veränderungen im familiären Alltag. Die Kinder erfahren durch diese Enttabuisierung, dass die elterliche Erkrankung kein Familiengeheimnis darstellt, sondern sie in die familiären Belange einbezogen werden und sie auf Offenheit und Ehrlichkeit vertrauen können. Die Kinder sehen in dieser Enttabuisierung und dem selbstverständlichen offenen Umgang mit der Erkrankung und allen damit in Verbindung stehenden Veränderungen einen Vertrauensbeweis des Elternteils. Sie fühlen sich ernstgenommen, da der Elternteil ihnen einen verantwortungsbewussten Umgang mit der Thematik zutraut. Eine Tabuisierung würden sie daher als Misstrauen werten.

K: Mama hält sowas vor mir nicht geheim. Und das möchte sie auch nicht, dass sie sowas vor mir geheim halten muss, weil dann, wenn sie es mir einmal sagt, dann ist der Schmerz nicht so groß, als wenn auf einmal Papa nicht mehr zuhause ist und dann, man sich immer mehr fragt (...) Wo ist er jetzt? (Interview Kinder\T.6: 44)

Dadurch sehen sie die Möglichkeit, Fragen stellen zu dürfen und konkrete Antworten bekommen zu können. Primärer Ansprechpartner ist der Elternteil, der das Gespräch mit dem Kind gesucht hat, somit auch der erkrankte Elternteil. Diese Offenheit führt dazu, dass die Kinder dieser Gruppe die elterliche Erkrankung ohne zu überlegen benennen und beschreiben können. Sie kennen die Diagnose und haben konkretes Wissen, was sich hinter dieser Diagnose verbirgt.

K: Ja, das sind Depressionen. Da hat man Selbstmordgedanken und ja, man fühlt sich halt immer schlecht und so und dann muss Mama öfter in die Klinik, damit es ihr nachher wieder besser geht. (Interview Kinder\T1und2.3: 58)

K: Ja, weil er Depressionen hat.

EB: Weißt du auch, was das ist?

K: Ja, da sieht man in allen Sachen nur das Schlechte und kann man nicht mehr (...) da kann man nicht mehr so leicht glücklich sein, sondern/ Halt nicht/ Man ist dann nicht mehr/ Man ist nicht mehr einer selbst, man erkennt einen fast selber nicht wieder. (Interview Kinder\T.6: 54-56)

Neben der eigentlichen Diagnose sind die Kinder über den Behandlungsablauf informiert, kennen die Behandlungszeiten und können sich mit ihren eigenen Planungen darauf einstellen. Der hohe Aufklärungsgrad der Kinder lässt sich zudem an der Selbstverständlichkeit des Umgangs mit Fachbegriffen erkennen:

K: aber im Moment geht es eigentlich, weil er ja jetzt nur noch teilstationär ist.

EB: Ach so, das heißt, er kommt jeden Nachmittag nach Hause dann?

K: Ja, jeden Abend oder/ Also freitags ist es früher als sonst, weil er da nur eine Therapie hat und dann Ende. Und ich meine, warum soll er da noch zwei Stunden dahocken und Däumchen drehen, sondern nicht gleich nach Hause kommen. (Interview Kinder\T.6: 64-66)

Neben den Gesprächen mit dem erkrankten und eventuell dem gesunden Elternteil werden die Kinder in der Wissenserweiterung unterstützt, indem sie an Gesprächen mit dem behandelnden Arzt, Therapeuten oder weiteren Fachkräften in der Klinik teilnehmen können.

K: Also, uns werden dann meistens Fragen gestellt oder so und ja, dann haben wir erst mal schwer das Thema Familie und dann wird darüber diskutiert. Ja, und danach noch mal eine Rückblende, denn es gibt immer, glaube ich, drei oder vier Personen, die alles mitschreiben, die man danach noch mal in der Rückblende, wie die das so fanden und so. (Interview Kinder\T1und2.3: 88-91)

Ergänzend zu den Gesprächen mit dem Elternteil erhalten die Kinder durch psychoedukative Materialen weitere altersentsprechende und anschauliche Informationen, die ihnen helfen, die Erkrankung der Eltern besser zu verstehen:

K: Und ich habe auch so ein kleines Buch gelesen, 'Mit dem schwarzen Hund zu leben' hieß das.

EB: 'Mit dem schwarzen Hund zu leben', das kenne ich gar nicht.

K: Ja, also (...) da ging es so darum, die Depression wurde als schwarzer Hund dargestellt und der hat den Menschen, der depressiv war, immer so bewacht und den anderen immer so abgewehrt. Und dem anderen so/ Hat die ganze Zeit irgendwas Doofes gesagt, irgendwie wie "Es geht mir am Arsch vorbei" oder "Geh weg, ich will dich nicht mehr sehen". Und "Ich hasse mein Leben". Ja.

EB: So, wie das bei deinem Papa dann auch war?

K: Ja und da (...) das hat mir schon mehr, besser geholfen. (Interview Kinder\T.6: 80-84)

Alle Kinder versuchen, den erkrankten Elternteil zu unterstützen, indem sie ihr Verhalten auf die niedrigen Belastungsgrenzen ausrichten, damit es nicht zu zusätzlichen Stresserlebnissen der Elternteile kommt. Begründet ist diese Anpassung an der Vorstellung der Kinder, durch eigenes Verhalten den Gesundheitszustand des Elternteils beeinflussen zu können. Sie verhalten sich ruhiger, folgen den elterlichen Bitten

oder Anweisungen, oder gewähren den Eltern Ruhe und Möglichkeiten der Erholung, indem sie sich selber zurückziehen. Situationen, die zu Anspannung und Aufregung führen, werden vermieden. Zudem möchten sie den Eltern keine Sorgen bereiten aus Angst, dass dies zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen könnte.

K: Ich strenge mich jetzt richtig an, dass er sich nicht so Sorgen machen muss.

EB: Was würde denn passieren, wenn er sich Sorgen machen müsste wegen dir?

K: Ja, dann habe ich Angst, dass er wieder abrutscht.

EB: In die Depression abrutscht?

K: Ja, dass er anstatt hoch dann wieder abrutscht, komplett. Da habe ich Angst vor. Deswegen versuche ich es ihm im Moment so leicht wie möglich zu machen. (Interview Kinder\T.6: 368-372)

Dieses „so leicht wie möglich machen“ setzen sie in verschiedenen Situationen um. Insbesondere wenn der erkrankte Elternteil zu Hause ist, möchten sie ihm die Zeit angenehm gestalten, so dass sich der Elternteil nicht aufregen oder ärgern muss. Einige Kinder nutzen zudem die schulischen Leistungen, um dem Elternteil eine Freude zu bereiten und so positiv auf den Heilungsprozess einzuwirken. Sie bemühen sich, die Anforderungen zu erfüllen, erarbeiten freiwillig zusätzliche Aufgaben und möchten nicht, dass sich die Erkrankung des Elternteils aufgrund schulischer Probleme oder schlechter Noten verschlimmert.

B: Ja, meine / Ich habe auch / Das eine Mal habe ich auch die kompletten Vokabeln in Englisch geschrieben, obwohl wir das noch nicht ganz zu Ende machen mussten, habe ich einfach schon vor geschrieben. Dürfen wir ja machen. Und (...) […] Ja, und dann haben wir den Vokabeltest geschrieben und das war anstatt einer Vier eine Zwei dann. (Interview Kinder\T.6: 354-356)

13.1.3 Emotionale Belastung und Hilfebedarf der Kinder

Bei allen Kindern ist eine hohe emotionale Belastung erkennbar. Insbesondere vermissen sie den Elternteil, wenn dieser aufgrund stationärer oder teilstationärer Behandlungen länger von den Kindern getrennt war, und verspüren gleichzeitig die Angst, dass eine erneute Klinikeinweisung eine eventuell längere Trennung notwendig machen könnte. Unabhängig einer innerfamiliären Enttabuisierung bereitet die

Erkrankung den Kindern Sorgen, da sie veränderte Verhaltensweisen nicht verstehen und einordnen können. Diese Sorgen sind reduziert, wenn die Kinder eine Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes wahrnehmen.

K: Ich hoffe einfach nur, dass es ihr gutgeht, mehr nicht.

EB: Woran merkst du, dass es ihr gut geht?

K: Wenn sie lacht, wenn sie auf Feiern ist, wie gestern mein Geburtstag.

EB: Und wie geht es dir dann, wenn du das siehst, dass deine Mutter da so lacht und feiert?

K: Ja, mir geht es dann gut. (Interview Kinder\S.7: 290-294)

Auch die Kinder, die sich allein gelassen, benachteiligt und vom Familienleben ausgeschlossen fühlen, oder zunächst Desinteresse und Distanz zum Elternteil betonen, achten genau auf Veränderungen im Verhalten der Eltern, unregelmäßige Medikamenteneinnahme oder Stimmungsschwankungen. Sie versuchen daraufhin zu intervenieren, indem sie zum Beispiel den Elternteil zur Medikamenteneinnahme auffordern. Die Eltern wehren sich gegen diese Interventionen, was bei den Kindern zu Wut, Enttäuschung und Ratlosigkeit führt.

K: Und dann habe ich gesagt "Mama fang wieder an zu essen." Und dann habe ich sie irgendwann soweit gekriegt, dass sie wieder was gegessen hat. Aber jetzt geht das Spiel wieder los. Das gibt, sie fängt immer wieder weniger. (Interview Kinder\T.5: 86)

K: Also sie soll sie morgens nehmen, damit sie am Tag halt besser drauf ist, damit sie nicht so müde ist. Aber sie nimmt sie nicht. Ich habe keine Ahnung! Ich sage es ihr wirklich ständig, dass sie die nehmen soll. Und dann sagt sie immer: „Du bist nicht meine Mutter!“ Und keine Ahnung. (Interview Kinder\T.2: 99)

Neben den emotionalen Belastungen in Bezug auf den erkrankten Elternteil beschreiben die Kinder weitere Probleme, mit denen sie sich im Alltag konfrontiert sehen. Dazu gehören insbesondere zerrüttete Familienverhältnisse, die mit verbaler und physischer Gewalt einhergehen und deutliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Kinder zeigen.

K: Weil ich ja auch wegen meinem Vater Nervenzusammenbruch hatte. Weil er hatte ja den Kater hier von uns geklaut, aus der Wohnung. Und an einem Abend meinte/ also wollte er den Freund von meiner Mutter schlagen und hat meine Mutter ge-

schubst. Und dann hat er gesagt, er schlitzt jetzt die Katze auf. Und dann hatte ich einen Nervenzusammenbruch. (Interview Kinder\S.8: 274)

Bei einigen Kindern ist die emotionale Belastung sehr stark ausgeprägt. An vielen Stellen benennen sie, dass sie mit der Situation überfordert sind, nicht mehr weiter wissen und ihre eigenen Belastungsgrenzen erreicht sind. Sorgen um die eigene psychische Gesundheit und eigener Hilfebedarf werden in den Interviews immer wieder mit aller Deutlichkeit zum Ausdruck gebracht.

EB: Gibt es noch was, was du mir noch sagen möchtest? Abschließend?

K: Ganz ehrlich? Ohne Hilfe schaffe ich das nicht mehr. Ich denke wirklich irgendwann, ich selber auch gehe drauf. […] Weil geht nicht mehr. Kann ich nicht. Ich habe meiner Mama ganz ehrlich gesagt "ich brauche Hilfe." Ich vor mir selber sage das, sonst hast du nachher auch noch einen an der Klatsche. Weil alleine denke ich, da könnten die mich in die Ecke stopfen. Weil alleine verarbeiten kann ich das nicht. Das sind so viele Probleme, die, vor allen Dingen meine Mutter sagt ich bin 14. Sonst habe ich immer gesagt "ja ja." Ne? Aber mittlerweile sage ich auch "Mama, ich bin erst 14, ich kann die Sachen nicht alleine verarbeiten." (Interview Kinder\T.5: 400-403)

Die Kinder verleugnen oder bagatellisieren die eigene hohe Belastung nicht, wenn gleich sie Gründe für diese Überforderung oder die ausgelösten Gefühle nicht konkret benennen oder die Situationen, die sie besonders belasten, beschreiben können. Da sie sich der eigenen Überforderung bewusst sind, bringen sie den Wunsch nach professioneller Unterstützung klar zum Ausdruck. Sie fordern diese im Gespräch mit dem Elternteil ein und motivieren sie, Kontakt zu Hilfesystemen aufzunehmen.

13.1.4 Professionelle und familiäre Unterstützung

Trotz der hohen Belastung sind die Kinder nicht an kontinuierliche professionelle Unterstützungssysteme angebunden, wie Angebote der Kinder-und Jugendhilfe oder therapeutische Unterstützung. Dennoch berichten die Kinder an einigen Stellen von Personen, die zur Unterstützung beitragen könnten und für die Kinder spezifische Hilfen in die Wege leiten könnten. Diese Möglichkeiten bleiben aber ungenutzt. So werden zum Beispiel sozialpädagogische Fachkräfte, die zur Unterstützung des Elternteils tätig sind, als Personen genannt, die im regelmäßigen Kontakt mit den Familien stehen. Die Möglichkeit aber, diese Mitarbeiter auf den eigenen Hilfebedarf anzusprechen und um die Unterstützung in der Organisation weiterer Hilfen zu bitten,

wird nicht gesehen. Ein Grund dafür liegt in der Unkenntnis über die Kompetenzen, Aufgaben und Möglichkeiten dieser Fachkräfte.

K: Das ist Mamas, ich weiß nicht, was das für Mama ist, ich glaube so eine Art Betreuerin, die kommt einmal in zwei Wochen oder so oder jede Woche. Ich bin mir nicht ganz sicher. (Interview Kinder\T.2: 425)

Neben den fehlenden oder ungenutzten professionellen Unterstützungssystemen können die Kinder, die eine hohe sehr hohe emotionale Belastung erkennen lassen, zudem nicht auf konstante Hilfen aus dem nahen familiären Umfeld zurückgreifen. Entweder stehen keine Personen zur Verfügung oder aber die bestehenden kleinen familiären Netze können nicht genutzt werden, da die dazugehörigen Personen selber körperlich oder psychisch erkrankt sind.

Die sehr hohe emotionale Belastung und Überforderung können die Kinder aufgrund der fehlenden professionellen und familiären Unterstützung nicht bewältigen, was zu psychischen Auffälligkeiten führt, die sich in selbstverletzenden Verhaltensweisen zeigen. Die Kinder erklären dieses Verhalten als Ventil, um angestauten Emotionen Raum zu geben.

K: Das ist auch noch mal so ein Stück, wo mit ich im Moment zu kämpfen habe.

EB: Mit dem Ritzen deines Freundes? Oder womit?

K: Ja auch.

EB: Auch.

K: Weil mittlerweile ist es so weit gekommen, dass ich es auch schon gemacht habe. Mein ganzes Bein hier war kaputt. Ist immer noch eine Narbe, das geht auch nicht mehr weg. […]

EB: Hat das einen Grund diese/ Würdest du das Ritzen mit deiner kranken/

K: Ich hatte Wut. Ich hatte einfach Wut. Und ich musste meine Wut raus lassen.

(Interview Kinder\T.5: 158-162; 173-174)

Andere Kinder, die keine so stark ausgeprägte Belastung zeigen, berichten von Ressourcen, die ihnen im Alltag in der Bewältigung der Lebenssituation helfen. Neben dem Elternteil, der als Ansprechpartner und Rückhalt benannt wird, nehmen Geschwisterkinder eine wichtige Rolle ein. Zu ihnen besteht ein enges Verhältnis, das von gegenseitigem Vertrauen geprägt ist. Für die Kinder zählen zu den familiären

Ressourcen auch die Haustiere, die als Tröster und Zuhörer benannt werden und daher in der Rolle des emotionalen Unterstützers nicht unterschätzt werden dürfen.

K: Manchmal erzähle ich es auch meinem Hamster, obwohl sie wenig interessiert scheint, weil sie dreht sich dann meistens nur den Hintern zu mir. Und trinkt dann und läuft irgendwo anders hin .[…] (…) Außer wenn ich sie so im Arm habe, dann bleibt sie auch ganz ruhig und hört mir zu, habe ich das Gefühl. (Interview Kinder\T.6: 164-166)

Selbst Ansprechpartner, Zuhörer und Tröster zu sein, dem Geheimnisse anvertraut werden, sehen die Kinder als persönliche Stärke, der zum Zusammenhalt der Familie beiträgt. Dieser familiäre Zusammenhalt und der Schutz der Familie und insbesondere des erkrankten Elternteils vor Diskriminierungen und Missachtung durch andere, wie z.B. Klassenkameraden, nehmen für alle Kinder eine hohe Bedeutung ein.

13.1.5 Unterstützung durch Freunde

Für alle Kinder stellt die Unterstützung durch Freunde eine dauerhafte Ressource dar, auf die sie zurückgreifen können. Insbesondere in langjährigen Freundschaften finden die Kinder einen Ansprechpartner, dem sie sich anvertrauen können. Diese Freunde wissen von der psychischen Erkrankung des Elternteils, sind empathisch und besorgt und bieten ihre Hilfe an.

K: Also M. kenne ich seit der Grundschule, Le. erst seit der sechsten Klasse. Mit M. (...) also M., ich kenne M. in und auswendig und sie mich, weil / […] wir verstehen uns, obwohl wir vom Aussehen her und vom Charakter ganz anders und verschieden sind, also wir sind überhaupt nicht gleich. Wir haben nicht denselben Musikgeschmack, gar nichts, aber wir verstehen uns einfach super! Und mit Le., Le. ist meine beste Freundin, und, also immer, wenn ich schlecht drauf bin, sie merkt das sofort, egal was ist. Sie so: „L., was ist los?“ Auch wenn ich lache und es mir dabei scheiße geht, sie merkt es sofort. […] Also Le., also auch, wenn ich sage: „Nee, ich hab nichts!“ Le. bohrt echt immer weiter (Interview Kinder\T.2: 745-749)

K: Ja. Und manchmal, wenn meine Freunde sehen, dass ich gleich anfange zu weinen, dann sagen die auch sofort "NICHT weinen! (leicht lachend) Es wird alles wieder gut!" Ja. (Interview Kinder\T.6: 314)

Die Freundschaftsbeziehungen sind intensiv und von Vertrauen geprägt, jedoch nicht von hoher Anzahl. Die Schüler berichten von ein bis zwei sehr guten Freunden, denen sie vertrauen und die um die familiäre Situation wissen.

K: Ja, ein Freund von mir. Einer, das war es eigentlich. (Interview Kinder\S.7: 86)

K: Ich kenne die beiden schon seit der Grundschule, seit der ersten Klasse. (Interview Kinder\S.8: 370)

Die Kinder können sich bei diesen Freunden sicher sein, dass die Information über die elterliche Erkrankung nicht weitergegeben wird oder zu ihrem Nachteil genutzt wird. Zugleich haben sie ein Gespür dafür, wem sie sich anvertrauen. Sie überlegen sehr genau, wer zu den engeren Freunden gehört, mit wem lockere Freundschaftsbeziehungen bestehen und wer nichts von der Erkrankung erfahren soll. Während sie sich von den Freunden sowohl emotionale Unterstützung als auch die Aufnahme in der Gemeinschaft erhoffen, befürchten sie bei anderen Mitschülern negative Konsequenzen im Falle einer Enttabuisierung.

Gleichzeitig zeigt sich jedoch, dass alltägliche Hilfe, die von Freunden angeboten wird und genutzt werden könnte, nicht selbstverständlich in Anspruch genommen wird. Die Gründe dafür liegen in der Angst vor Überlastung des Unterstützers und darauffolgende Zurückweisung. Die Kinder möchten andere Personen mit den eigenen Sorgen nicht belasten und die Freundschaft durch die emotionale Entlastung nicht gefährden.

K: Weil ich will sie einfach nicht mit meinen Problemen belasten so. Ich denke immer, dass ich sie damit nerven würde. Die schon wieder, was will die jetzt von mir?! So denke ich darüber. (Interview Kinder\T.2: 765)

13.1.6 Verhalten der Kinder in der Schule

Während einige Kinder sich in der Schule unauffällig verhalten, sich konstruktiv am Unterricht beteiligen und ein angemessenes Verhalten gegenüber Mitschülern und Lehrern zeigen, zeichnet sich das Verhalten anderer Kinder durch Aggressionen und Unterrichtsstörungen aus. Sie reden im Unterricht oder stehen währenddessen auf, unterbrechen und beleidigen die Lehrpersonen, werden gegenüber Mitschülern verbal und körperlich aggressiv und suchen durch Provokationen und dem Widersetzen von Arbeitsanweisungen die Auseinandersetzungen mit dem Lehrer.

K: Und manchmal kann ich mich dann nicht kontrollieren und dreh total durch. (Interview Kinder\T.5: 230)

Die Kinder benennen, dass sie durch ihr Verhalten Einfluss auf andere Schüler und den Verlauf des Unterrichtes nehmen können. Sie versuchen damit Druck auf die Lehrperson auszuüben und von ihm ein bestimmtes Verhalten einzufordern.

K: Ich habe ihm auch gesagt, verliert er ein Wort darüber, wird er sehen, was am Elternsprechtag passiert. Weil die Kinder müssen immer mit. Habe ich zu ihm gesagt "Herr V., passen Sie auf was Sie sagen, sonst gibt es ganz schnell Stress mit mir." Und das weiß der auch. (Interview Kinder\T.5: 294)

13.1.7 Enttabuisierung in der Schule

Erstmalige Enttabuisierung

Bei der Enttabuisierung der elterlichen Erkrankung in der Schule muss zwischen drei Gruppen unterschieden werden: In einer Gruppe haben die Schüler ohne Wissen der Eltern den Lehrern von der Erkrankung berichtet, bei anderen Kindern haben die Eltern das Gespräch mit dem Lehrer gesucht und das Kind zugleich motiviert, den Lehrer als Ansprechpartner zu nutzen, und in einer dritten Gruppe hat die Enttabuisierung zwar durch die Eltern stattgefunden, jedoch ohne die Kinder darüber zu informieren.

Die Enttabuisierung der Erkrankung durch die Schüler war letztendliche eine Folge des aggressiven, aufmüpfigen Verhaltens. Nach Situationen, in denen sich die Schüler unangemessen verhalten haben, suchen die Lehrer das Gespräch, um dieses Fehlverhalten zu thematisieren und nach Erklärungen zu fragen.

K: Ich so: Ja, okay. Bin ich halt hochgegangen, habe ihm mein Handy genommen; gegeben, habe mich auf meinen Platz gesetzt und am Ende der Stunde hat Herr R. mich halt nach vorne gerufen, so wenn; als alle draußen waren, und dann haben wir da irgendwie eine halbe Stunde gesessen und haben halt darüber geredet, warum ich mich so verhalte so. (Interview Kinder\T.2: 179)

Das Fragen der Lehrer nach den Gründen für das unangemessene Verhalten allein führt jedoch nicht dazu, dass die Kinder von der Erkrankung berichten. Ganz im Gegenteil: die Kinder wollten zunächst nichts von der Erkrankung erzählen. Die Kinder berichten von allgemeinen Belastungen, familiären Hintergründen und Problemlagen,

ohne die Erkrankung zu erwähnen. Erst durch weitere Faktoren konnte den Kindern eine Enttabuisierung ermöglicht werden. „Zeit“ ist einer der wesentlichen Faktoren, denn die Kinder erleben in der Situation, dass sich der Lehrer Zeit nimmt, ihnen zuhört und ihnen Raum gibt, sich zu öffnen. Für die Kinder dieser Gruppe ist das eine eher ungewohnte Situation.

K: Dann habe ich ihm das halt so erzählt, und dann habe ich ihm halt immer mehr erzählt, weil ich habe mich einfach so gefühlt so, „okay, der hört mir zu, dem kann ich das erzählen.“ Genau. Dann habe ich halt immer weiter erzählt und erzählt.

EB: Und das war eine ganz neue Erfahrung für dich, dass da jemand sitzt, der da zuhört?

K: Ja, genau.

EB: Das kanntest du so noch gar nicht?

K: Nein, weil meine Mam spricht mich da eigentlich nicht drauf an, generell habe ich sonst keinen, der so - Eine Freundin weiß davon.“ (Interview Kinder\T.2: 256-264)

Ein weiterer wesentlicher Faktor, der zur Enttabuisierung führt, ist der von den Schülern aufgrund der hohen emotionalen Belastung erlebte Leidensdruck und der damit verbundene Wunsch nach Entlastung.

K: Als ich, ich hab es einfach, MUSSTE raus. Da war mir, also es war mir nicht EGAL wer es war, aber im Moment, mein Verstand war nicht da. (Interview Kinder\T.5: 270)

Die Kinder beschreiben den Lehrern die Erkrankung des Elternteils, die für sie im Alltag erkennbaren Symptome und die damit einhergehenden Belastungen so konkret, wie es ihnen möglich ist. Insbesondere betonen sie im Gespräch mit dem Lehrer dabei die eigene Überlastung und den dringenden Hilfebedarf.

K: Ich hab ihr einfach gesagt, dass meine Mutter sehr krank ist. An Depressionen leidet. Essstörung hat. Und dass ich die Sache halt alleine nicht verarbeiten kann und dass ich irgendwie Hilfe brauche. (Interview Kinder\T.5: 128)

In der Gruppe der Kinder, deren Familien einen offenen Umgang mit der Thematik pflegen, haben die erkrankten Elternteile bzw. der gesunde Elternteil nach Rücksprache mit dem erkrankten Partner die Initiative zur Enttabuisierung der Erkrankung in der Schule ergriffen. Somit kam nicht den Kindern die Aufgabe zu, den ersten Schritt

der Enttabuisierung zu übernehmen oder allein die Entscheidung zu treffen, ob der Lehrer informiert wird. Die Eltern nutzen Strukturen des Schuljahres, um mit den Lehrern ins Gespräch zu kommen. So wurden die Lehrer im Rahmen des „Tag der offenen Tür“ oder des Elternsprechtages informiert. Die Kinder wussten im Vorfeld davon und erhielten die explizite Erlaubnis, mit dem Lehrer über die familiäre Situation zu sprechen.

K: Ja, ICH durfte ihr dann auch noch so ein bisschen was noch drüber erzählen, wenn sie noch Fragen hatte. (Interview Kinder\T.6: 130)

Diese Redeerlaubnis nutzen die Kinder, um mit den Lehrern in Kontakt zu kommen oder andere vertraute Lehrpersonen selber über die Erkrankung zu informieren. Sie suchen das Gespräch, um zwischenzeitliche Unkonzentriertheit oder fehlende Hausaufgaben zu erklären und sich zu entlasten.

K: Und dann brauchte ich einfach irgendwen, an den ich mich wenden könnte und da es gerade in der Religionsstunde war hat sie, ja, durfte ich ihr das erzählen halt, warum ich im Moment so ein bisschen abgelenkter im Unterricht bin.

EB: Ach so. Wie hast du das denn dann gemacht, hast du aufgezeigt, hast gesagt "Hier, ich habe was zu erzählen!", oder/

K: Nee, nach der Stunde bin ich mal zu ihr gegangen und habe das dann erzählt.

(Interview Kinder\T.6: 108-110)

In der dritten Gruppe haben die Eltern die Erkrankung zwar im Gespräch mit den Lehrern enttabuisiert, den Kindern jedoch war dies lange Zeit nicht bekannt. Einige haben eher zufällig davon erfahren, als sich die Lehrer nach dem Gesundheitszustand des Elternteils erkundigten, andere erst im Interviewsetting im Rahmen dieser Studie. Die Kinder scheinen von der Enttabuisierung gegenüber der Schule unberührt. Sie äußern emotionslos Desinteresse und Gleichgültigkeit, sprechen die Entscheidung zur Enttabuisierung allein der Mutter zu und erheben selbst keinen Anspruch darauf, in die Überlegungen oder Entscheidungen zur Enttabuisierung einbezogen zu werden.

K: Mir war es eigentlich egal. Ist ja die Sache meiner Mutter (Interview Kinder\S.7: 80)

K: Ist IHRE Entscheidung, ob sie das weitererzählt, oder nicht (Interview Kinder\S.4: 173)

Dennoch lässt sich erkennen, dass die Schüler einer Enttabuisierung in der Schule nicht gänzlich gleichgültig gegenüberstehen, da sie eine klare Trennung von Themen befürworten, die von schulischer Bedeutung sind und daher mit den Lehrern besprochen werden müssen, und Themen, die intern in der Familie bleiben und nicht nach außen dringen sollen.

Emotionen der Kinder bei der Enttabuisierung

Für die Kinder, die die Lehrer über die Erkrankung ohne Wissen der Eltern informiert haben, war das Gespräch eine hoch emotionale Situation, in der aufgestaute Gefühle nicht zurückgehalten werden konnten.

EB: Wie ging es dir in diesem Gespräch, war das irgendwie unangenehm für dich?

K: Am Anfang schon, ich habe halt die ganze Zeit geweint so, weil musste einfach sein und keine Ahnung! Also danach ging es mir echt besser, ich habe mich echt so besser gefühlt, weil ich war so happy, (Interview Kinder\T.2: 290-292)

Das Zulassen der Gefühle wurde durch die Ruhe und Zeit, die der Lehrer den Schülern gegeben hat, ermöglicht. Sie haben sich dadurch angenommen und ernstgenommen gefühlt. Doch so erleichternd das Gespräch empfunden wurde, so beklemmend war die Situation zugleich. Zu der Ungewohntheit, über die elterliche Erkrankung und die eigenen Belastungen zu sprechen, kam das Gefühl der Unsicherheit und Angst vor der Reaktion des Lehrers und möglichen Auswirkungen des Gespräches. Zudem wurde den Schülern in der Situation nochmals bewusst, dass sie täglich eine Vielzahl unterschiedlicher Probleme bewältigen müssen.

K: Wie soll ich das beschreiben? Ich habe mich einfach in dem Moment so so, so anders gefühlt. Also ausgeschlossen von anderen. Dass sie mich jetzt ganz anders sieht als wie vorher. Weil meine Mutter krank ist. (Interview Kinder\T.5: 196)

Das Gespräch löst Ängste bei den Schülern aus. Sie können nicht abschätzen, welche Folgen sich ergeben werden -weder für den Moment des Aussprechens, noch für die weitere Interaktion zwischen ihnen und den Lehrern. Ob das Gespräch positive oder negative Auswirkungen auf das Verhalten des Lehrers gegenüber dem Schüler haben wird, ob sich Folgen für Leistungsbewertungen ergeben werden, ob der Lehrer die besprochenen Inhalte vertraulich behandeln oder eventuell sogar den Schüler in Zukunft nicht mehr ernst nehmen wird, sind unbekannte Variablen, die Angst bereiten und verunsichern.

Diese Ängste führen dazu, dass die Schüler im Nachhinein an ihrer Entscheidung, dem Lehrer von der Erkrankung zu berichten, zweifeln. So sehr sie auch in der Situation von den Gefühlen überwältigt wurden und durch das Gefühl des Gehört-werdens zur Thematisierung bewegt wurden und es keine im Vorfeld bewusst geplante Entscheidung war, so erschrocken sind die Schüler über diesen von ihnen gegangenen Schritt.

K: Und im Nachhinein habe ich mir, ich kam in die Klasse rein, habe ich mir gedacht, oh, habe ich mir gedacht „Scheiße. Was hast du gemacht? Warum hast du das erzählt? Das hättest du nicht machen sollen."

EB: Warum nicht?

K: Ich kann den Mann nicht leiden. Ich sollte/ ich habe mir nur gedacht „warum hast du dem das erzählt? Vertrau dich lieber Leuten an, die du länger kennst. Wo du weißt wie die ticken." (Interview Kinder\T.5: 272-274)

Reaktionen der Lehrer im Gespräch

Einige Lehrer sehen ihre Funktion in dem Gespräch in dem Verweis auf psychosoziale Hilfen. Sie motivieren die Kinder dazu, selbst Hilfe in Anspruch zu nehmen, psychologische Unterstützung zu suchen, auf vorhandene Hilfesysteme, wie Familienhelfer, zurückzugreifen und, wenn vorhanden, das Gespräch mit dem Schulsozialarbeiter zu suchen.

K: ja, die hat dann versucht, mit mir zu reden. Und dann hat sie gesagt "nee, du musst zur Frau G. [Schulsozialarbeiterin, Anmerkung E.B.] gehen." Und dann musste ich halt mit IHR sprechen, mehrmals auch. (Interview Kinder\T.5: 102)

K: (…) aber der hat uns zum Psychiater oder so geschickt." (Interview Kinder\T1und2.3: 159)

Trotz der Weitervermittlung bieten die Lehrer eigene Hilfe an, indem Gesprächsangebote unterbreitet werden und emotionale Unterstützung und Rücksichtnahme zugesichert wird. Andere Lehrer bieten den Kindern im Gespräch zunächst keine weiteren Hilfen an, sondern geben den Schülern Ratschläge, wie sie sich zu Hause und in der Schule verhalten sollten, damit es den Eltern besser ginge.

EB: Und dann, was ist dann/ wie hat sie reagiert?

K: (6) Hat gesagt, müsste ich mich halt ein bisschen besser benehmen. (...) Oder mich mal entschuldigen oder so." (Interview Kinder\S.4: 296-297)

Veränderung in der Interaktion im Schulalltag

Alle Schüler berichten, dass sich das Verhalten der Lehrpersonen ihnen gegenüber seit der Enttabuisierung verändert hat – unabhängig davon, ob der Lehrer in einem ersten Gespräch über die Erkrankung Hilfe und Rücksichtnahme angeboten, auf externe Hilfen verwiesen, oder Ratschläge erteilt hat. Sie spüren, dass die Lehrer mehr auf sie Acht geben und mit mehr Rücksichtnahme und Verständnis insbesondere in Zeiten, in denen es ihnen nicht gut geht, handeln. Den Schülern wird die Möglichkeit gegeben, sich Entlastung zu verschaffen, sich etwas zurückzuziehen und sich zu beruhigen, indem die Lehrer den Schülern eine Auszeit geben, Arbeitsanweisungen und Leistungsanforderungen kurzzeitig aussetzen und signalisieren, dass sie die Belastung wahrgenommen haben und in der aktuellen Situation nicht zusätzliche Belastungen aufbauen möchten, sondern zur Entlastung beitragen wollen. In anderen Situationen motivieren die Lehrer die Schüler vermehrt und heben deutlich positive Eigenschaften und gute Leistungen hervor. Die Schüler führen diese Rücksichtnahme und verstärkte Motivation darauf zurück, dass die Lehrer Hintergrundwissen bekommen haben und so Rückzug oder unangemessenes Verhalten einschätzen und gezielt darauf reagieren können.

K: Also er, also klar, er ist immer noch mein Lehrer und ist genauso, nur, also, wenn er merkt, dass es mir schlecht geht, dann lässt er mich einfach mal so in Ruhe, dass ich einfach mal so bisschen Luft habe so. Und dass er nicht so drauf losgeht so: „L., mach, tue jetzt, los!“ (Interview Kinder\T.2: 336)

K: Irgendwie wird sie dann so ein bisschen freundlicher zu mir und vorsichtiger bei mir, habe ich so ein bisschen das Gefühl. Ja, ich meine halt, sie ist auch SO richtig freundlich, nur irgendwie ist sie glaub ein bisschen vorsichtiger bei mir jetzt gekommen.

EB: Vorsichtiger? Wieso, was heißt jetzt vorsichtiger?

K: Ja, irgendwie vorsichtiger mit meinen Gefühlen, oder so. Dass ich nicht anfange zu weinen halt.“ (Interview Kinder\T.6: 190-192)

K: Also, andere kriegen ja viel Ärger. Zum Beispiel werden sie angemeckert oder so. Und bei mir haben die nur gesagt, mach die Hausaufgaben und so. Das ist WICHTIG. Du bist schlau und so.“ (Interview Kinder\S.8: 206)

Neben Veränderungen der Lehrpersonen nehmen die Schüler auch Veränderungen im eigenen Verhalten wahr. Sie berichten, sich ruhiger zu verhalten, angemessener auf Anweisungen zu reagieren und nicht mehr so schnell aggressiv zu werden. Die

Beziehung zu den Lehrern hat sich durch das Gespräch verbessert. Jedoch merken die Schüler auch an, dass sie sich in erster Linie nur bei dem Lehrer, der das Gespräch mit ihnen gesucht hat, positiver verhalten, während bei anderen Lehrern keine so deutliche Verbesserung zu erkennen ist.

K: (…) weil ich bin jetzt, also bei ihm bin ich jetzt nicht mehr so, weil er halt weiß, so was wirklich Sache ist. (Interview Kinder\T.2: 179)

Weitere Gespräche mit den Lehrern über die elterliche Erkrankung

Die Lehrer, die von den Eltern über die Erkrankung informiert worden sind, suchen zwischenzeitlich das Gespräch mit den Kindern, erkundigen sich nach dem Gesundheitszustand des Elternteils und der Gefühlslage des Kindes, nach eventuellen Klinikaufenthalten oder –entlassungen sowie Auswirkungen auf den familiären Alltag. Die Schüler fühlen sich dadurch wertgeschätzt, spüren, dass die Lehrer nicht mit Gleichgültigkeit, sondern Interesse reagieren, und schätzen das eigene Wohlbefinden nach den meist kurzen Interaktionen als positiver ein.

K: Es ist so ein Mischmasch. Erst habe ich so ein komisches Gefühl im Bauch, da irgendwie, und danach ist es dann wie weggeblasen, weil ich dann (...) Weil ich dann mir es einfach von der Seele geredet habe.“ (Interview Kinder\T.6: 164)

Die Erlaubnis der Eltern, mit dem Lehrer über die Erkrankung zu sprechen, ist dafür entscheidend, ob die Kinder von sich aus auf den Lehrer zugehen und das Gespräch suchen. Die Kinder, die im familiären Alltag eine Selbstverständlichkeit der Kommunikation über die Erkrankung erleben und von den Eltern zum Austausch mit den Lehrern motiviert wurden, suchen den Kontakt, wenn sie den Bedarf sehen oder die Information für wichtig erachten.

K: Ja, also, es kommt darauf an. Manchmal geht es ihr ja gut und dann, wenn sie in der Klinik, sage ich das ihm auch und so. (Interview Kinder\T1und2.3: 175)

Es kommt somit zu einer gegenseitigen fortwährenden Enttabuisierung: der Lehrer sucht von sich aus aktiv den Kontakt zu dem Schüler, um sich nach der Gesundheit des Elternteils und des Kindes zu erkundigen, gleichzeitig geht das Kind bei Bedarf auf den Lehrer zu und sucht das Gespräch, um ihn zu informieren oder belastende Situationen bewältigen zu können.

Die Kinder hingegen, deren Eltern die Lehrer informiert haben, jedoch weder eine offene Kommunikation im familiären Alltag erfahren, noch die Erlaubnis zum Aus-

tausch mit den Lehrern erhalten haben, suchen das Gespräch mit den Lehrern nicht. Dennoch kommt es durch die Fragen der Lehrer zum zwischenzeitlichen Dialog über die Erkrankung.

In der Gruppe der Kinder, die den Lehrern ohne Wissen der Eltern über die Erkrankung berichtet haben, kommt es nicht zu weiteren Gesprächen, da weder Lehrer noch Kinder auf den jeweils anderen zugehen. Die Schüler suchen zu späteren Zeitpunkten nicht selbst das Gespräch, da sie auf ein Hilfsangebot der Lehrer hoffen. Eine Erklärung für diese passive Haltung können die Schüler nicht konkret benennen. Deutlich wird aber, dass es den Schülern leichter fallen würde, sich erneut den Lehrern anzuvertrauen, wenn diese das Gespräch wiederholt suchen und Hilfe anbieten würden.

K: Weil ihm würde ich das ja jetzt erzählen, da ich ja schon ihn, da er ja den ersten Schritt gemacht hat und mich darauf angesprochen hat. Da würde ich ihm das schon erzählen, ja. Ist ja auch ganz schön, wenn er mich drauf ansprechen würde. (Interview Kinder\T.2: 469)

K: Ich bin dann auch nicht mehr darauf eingegangen. Ich habe gedacht lass es sein. Wenn die Frage schon von alleine nicht kommt, warum sollst du dann was sagen? Habe ich mir gedacht, nee. (Interview Kinder\T.5: 208)

Die Schüler können den Grund für den Wunsch nach erneuten Gesprächen klar benennen: sie sehen die Mehrfachbelastung durch die familiäre Situation, sind sich ihrer eigenen Überforderung bewusst und sehen in der Thematisierung der Belastungen eine Möglichkeit, sich Entlastung zu verschaffen.

K: Meine Mutter ist ja schon betroffen. Ich gehe zur Schule und muss damit umgehen. Ich habe viel auf meinen Schultern, die ich tragen muss. Und hätte ich mir schon mal gewünscht, dass mich jemand gefragt hätte "wie geht es dir?". (Interview Kinder\T.5: 200)

Förderliche Aspekte für Enttabuisierung

Die Schüler benennen Aspekte, die ihnen sowohl ein erstes Gespräch über die elterliche Erkrankung als auch den fortwährenden Austausch mit den Lehrern über die Belastungen erleichtern. Hierzu gehört ein freundliches, ruhiges und zugewandtes Verhalten der Lehrer, aber zugleich auch Verlässlichkeit in dem Aufzeigen von Grenzen und der Umsetzung von Konsequenzen. Die Schüler schätzen es, wenn sie als Gesprächspartner und Person ernstgenommen werden und sich die Lehrer um sie sorgen, mit ihnen Lösungswege besprechen und sich so ihrer Situation annehmen.

K: Aber wenn es dann wirklich ernst ist, kümmert sie sich auch um einen und hört einem auch zu. Und erzählt das auch nicht weiter.

EB: Und das macht sie so lieb und nett.

K: Ja. Das macht sie wirklich, da hört sie einem auch wirklich zu und versucht dann einem Ratschläge zu geben und zu sagen "was kannst und du machen? Brauchst du Hilfe?" Wenn ja "sollen wir nicht das und das machen." So halt. (Interview Kinder\T.5: 356-358)

Hinzu kommt eine hohe Bedeutung ermutigender, motivierender Zusprüche der Lehrer, durch die die Kinder erfahren, dass ihnen die Lehrer etwas zutrauen, an ihre Fähigkeiten appellieren und die Schüler unterstützen möchten, diese zu nutzen.

Zudem sehen die Schüler die Zeit und Ruhe, die sich die Lehrer für die erstmaligen Gespräche über die Erkrankung genommen haben, sowie das zwischenzeitliche Erkundigen nach aktuellen familiären Entwicklungen als Angebot der Lehrer, Vertrauen zu ihnen aufbauen zu können. Sie hoffen zugleich darauf, dass sie sich trotz der zahlreichen Auseinandersetzungen auf dieses Angebot verlassen können, und die Lehrer das Vertrauen nicht - zum Beispiel durch die Weitergabe der besprochenen Inhalte - missbrauchen. Nehmen die Lehrer die Funktion des Klassenlehrers ein, wird den Schülern der Aufbau des Vertrauens erleichtert, da diese Lehrer meist bereits über allgemeine familiäre Hintergründe informiert sind und als Ansprechpartner für alle Belange, die die Klasse und die einzelnen Schüler betreffen, fungieren. Sie werden - im Gegensatz zu anderen Fachlehrern - eher als Vertrauensperson wahrgenommen.

Neben den förderlichen Eigenschaften und Verhaltensweisen der Lehrer benennen die Kinder aber auch die Schweigepflicht als gesetzliche Regelung, durch die ihnen Vertraulichkeit des Lehrers zugesichert wird. Dies setzt aber voraus, dass die Kinder über die Schweigepflicht der Lehrer informiert sind und zudem darauf vertrauen, dass diese die Schweigepflicht nicht verletzen.

K: Und ich weiß ja auch, dass die Frau C. und die Frau Sch., also Frau C. ist meine Religionslehrerin, da weiß ich ja auch, dass die (...) Schweigepflicht haben über sowas. Deswegen vertraue ich denen das auch an. […] Ja und Mama musste Frau Sch. auch erst schriftlich von der Schweigepflicht entbinden, bevor sie das mit Ihnen machen durfte, weil (leicht lachend) Schweigepflicht ist Schweigepflicht.“ (Interview Kinder\T.6: 184-186)

Die Kinder sehen förderliche Aspekte auch in einer eigenen offenen, dem Lehrer zugewandten Haltung und der Bereitschaft, die Gesprächsangebote der Lehrer anzunehmen. Dies fällt ihnen leichter, wenn sie in der Enttabuisierung einen persönlichen Vorteil sehen, wie eine Erweiterung ihrer sozialen Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten.

K: Also, das finde ich schon, denn da kann man immer zu den Lehrern hin, wenn irgendwas ist oder so. (Interview Kinder\T1und2.3: 202)

K: Ja, weil es ist schon gut, dass ich jemanden habe, dem ich erzählen kann, wie es mir gerade geht und wie es Papa gerade geht. Das ist schon ganz gut.

EB: Und warum? Warum ist das so gut?

K: Weil ich dann weiß, dass ich, wenn ich mal wieder so einen kleinen Rückfall/ Weil ich wurde auch ganz schön traurig, wenn/ Aber jetzt geht es eigentlich wieder ein bisschen besser. Also, wenn ich jetzt (...) Also ich finde das jetzt gut, weil wenn ich dann wieder so einen Rückfall in, ich nenne es jetzt einfach mal, in die Trauer, habe, dann kann ich/ dann weiß ich, dass ich in der Schule einen habe, an den ich mich wenden kann. Und dass ich zuhause einen habe. Weil mindestens einer ist immer da. (Interview Kinder\T.6: 156-158)

Hinderliche Aspekte für Enttabuisierung

Neben den förderlichen Aspekten können die Schüler sehr genau benennen, welche Eigenschaften und Haltungen anderer Lehrpersonen sie daran hindern, das Gespräch zu suchen und die Erkrankung zu thematisieren. Fehlendes Einfühlungsvermögen und wenig Rücksichtnahme auf die individuelle Belastungssituation sind hierbei von großer Bedeutung. Den Schülern fehlt das Verständnis der Lehrer, wenn sie erfahren, dass den Ausführungen von Arbeitsaufträgen und Anweisungen mehr Bedeutung zugemessen wird als den persönlichen Problemlagen der Schüler. Diese von ihnen als Gleichgültigkeit empfundene Haltung der Lehrer löst bei ihnen Unverständnis und Entsetzen aus. Enttäuschung tritt ein, wenn gegebene Unterstützung nicht mehr stattfindet und die Kinder auch in der schulischen Situation merken, dass sie trotz der Enttabuisierung und der Thematisierung des eigenen Hilfebedarfs mit ihren Belastungen allein gelassen werden.

K: Ja die ist, in letzter Zeit hat sie sich, ist sie GAR nicht mehr gekommen. Sonst hatten wir mal so regelmäßige Gespräche. Da hat sie dann auch schon mal gefragt "wie ist es bei dir zuhause" oder so einfach so zwischendurch in den Unterricht gekommen und hat gesagt "J., kommst du mal mit raus?“ (Interview Kinder\T.5: 332)

K: Also so wie es den Anschein hat, interessiert es sie wirklich nicht. Sie meinen zwar immer: „Kommt zu uns, redet mit uns." Dann versuchen wir das Gespräch also zu finden. „Nee, tut mir leid, ich habe keine Zeit! Nee, das geht nicht! Nee, nee, nee ..." (Interview Kinder\T.2: 557)

Gleichzeitig aber empfinden sie eine zu enge Unterstützung als störend, so dass sie eine Balance zwischen Nähe durch das Hilfeangebot einerseits und Distanz in Form von Abwarten und Zurückhaltung andererseits vermissen. Die Schüler erwarten von den Lehrpersonen die Einhaltung der Beziehungsgrenzen und professionelles Handeln.

Haben sich die Kinder dem Lehrer anvertraut, machen sie zum Teil die Erfahrung, dass sie sich auf dieses Vertrauen nicht verlassen können. Die Lehrer brechen die von den Schülern erbetene Geheimhaltung. Die Kinder reagieren wütend, aggressiv und sind tief enttäuscht.

K: Ich habe ihm gesagt er soll NICHTS sagen. Vor allem meiner Mutter nicht. […] Weil ich es ihm halt schon im Vertrauen gesagt habe. […] Obwohl wir so viel Krach miteinander haben. Und er hat es meiner Mutter gesagt. Und jetzt ist seitdem ist hier immer die Hölle los. Und da kam er mit der Ausrede "ich habe gedacht ich darf den Lehrern nichts erzählen." Da habe ich mir nur gedacht wie doof kann man sein. (Interview Kinder\T.5: 210-218)

K: Da er aber mit meiner Mutter darüber gesprochen hat, dass ich ihm das erzählt habe ist, sage ich ihm jetzt auch nicht mehr wirklich was. […] Ja ist, das hat er sich selber versaut. (Interview Kinder\T.5: 248-250)

Als unangenehm empfinden es die Schüler auch, wenn sie durch ihre Situation Mitleid auslösen und dies in der Interaktion mit dem Lehrer deutlich wird. Zudem bleiben die Gespräche zwischen Schüler und Lehrer für Klassenkameraden nicht unbemerkt, so dass es zu Nachfragen der Mitschüler kommt, denen die Kinder gerne ausweichen würden.

K: Ich fand das auch ein bisschen doof, weil ich wusste ja GENAU, warum die das sagen und so. Und dann habe mich irgendwie so komisch gefühlt. Dann habe ich mir immer gedacht, ich BRAUCHE kein Mitleid und so. (Interview Kinder\S.8: 214)

Neben Verhaltensweisen und Eigenschaften der Lehrpersonen, die die Kinder daran hindern, erstmalig oder erneut das Gespräch zu suchen, benennen sie auch Aspekte der eigenen Persönlichkeitsstruktur, die sich hemmend auf die Aktivierung von Unterstützung auswirken. Sie berichten von einer gewissen Verschlossenheit und Vor-

sicht gegenüber anderen Personen in Bezug auf die elterliche Erkrankung, auch wenn die Schüler in anderen Situationen sehr selbstbewusst, zugewandt und offen wirken und dem Lehrer im Unterricht fordernd und offensiv entgegentreten.

K: Und mit den andern Lehrern so, da finde ich einfach nicht Gespräch so. Man geht ja nicht einfach dahin: „Hey, hören Sie zu! Meine Mam ist psychisch erkrankt, nehmen Sie Rücksicht auf mich!“ Das geht ja nicht. (Interview Kinder\T.2: 385)

Wunsch nach Gleichbehandlung

Die Schüler berichten zwar von positiven Veränderungen in der gegenseitigen Interaktion zwischen ihnen und ihren Lehrern, betonen aber zugleich, dass sie durch die Enttabuisierung keine Vorteile in der Leistungsbewertung erfahren und auch nicht erfahren möchten. Sie möchten aufgrund der familiären Situation nicht bevorzugt behandelt werden, sondern fordern eine Gleichbehandlung mit den anderen Schülern ein und somit auch ein Messen nach gleichen Maßstäben. Sie sehen die schulischen Pflichten abgekoppelt von den familiären Belastungen und sich selbst daher in der Verantwortung, unabhängig des gesundheitlichen Zustandes des Elternteils, diesen nachzugehen.

K: Also, ich kriege, natürlich kriege ich die Note, die … […] also jetzt habe ich eine Zwei geschrieben, einen Punkt an der Eins vorbei. Ah! Ärgerlich!

EB: Ja. Aber da hat er dir aus Rücksichtnahme nicht den einen Punkt gegönnt, oder wie?

K: Nein, das hat er nicht. Das finde ich auch gut so eigentlich. Weil ich will keine Bevorzugung dadurch haben. Das will ich einfach nicht, weil erst einmal, es wäre unfair gegenüber den anderen und zweitens würde ich mich dadurch schlecht fühlen. Ja, okay, klar, meine Mam ist krank, aber trotzdem ich bin es nicht und deswegen.“ (Interview Kinder\T.2: 609-617)

Die Kinder äußern sehr deutlich, dass sie die schwierige familiäre Situation nicht ausnutzen wollen, um eigene Fehler oder Fehlverhalten zu entschuldigen, obwohl ihnen eine Beeinflussung der Erkrankung auf ihr Konzentrations-und Leistungsfähigkeit bewusst ist.

13.1.8 Spezialisierte Unterstützungs- und Beratungspersonen innerhalb und außerhalb der Schule

Die Kinder, die das Gespräch zu den Lehrern über die Erkrankung suchen, nehmen andere Unterstützungspersonen, die an den Schulen tätig sind und von der Erkrankung wissen, nicht in Anspruch. Beim konkreten Nachfragen wird deutlich, dass sie diese Personen in ihren Funktionen noch gar nicht wahrgenommen zu haben scheinen. Von den Schülern, die nicht auf die Lehrer zugehen, werden die an den Schulen beschäftigten Sozialpädagogen als Unterstützer genannt. Zu diesen haben die Schüler bereits Kontakt, konnten ein Vertrauensverhältnis aufbauen und kennen die Aufgaben und Unterstützungsmöglichkeiten.

K: Die ist die Sozialpädagogin.

EB: Ach so. Okay. Und was hat die für eine Aufgabe, weißt du das?

K: Die redet mit Leuten über Probleme. (Interview Kinder\S.7: 12-14)

Von den Kindern, die nicht auf weitere Unterstützungs- und Beratungspersonen in der Schule zurückgreifen können, wird der Bedarf nach diesen Ansprechpartnern deutlich benannt. Sie sehen die Notwendigkeit, Schulsozialarbeit an der Schule einzuführen, und damit den Schülern die Möglichkeit zu geben, sich einer Person, die nicht lehrt und beurteilt, anvertrauen zu können.

K: Und dass so was einfach mal an unserer Schule gemacht wird, weil es sind wirklich viele, viele Leute, die einfach; die brauchen einfach wen so, der mit dem man eigentlich so nicht wirklich was zu tun hat, aber mit dem man einfach wirklich, wo man weiß, dem kann ich vertrauen, dem kann ich das jetzt erzählen. (Interview Kinder\T.2: 925)

Auffällig ist, dass bei der Frage nach weiteren Unterstützungsmöglichkeiten keine schulexternen Institutionen, wie Beratungsstellen oder Kinder-und Jugendlichenpsychotherapeuten, von den Schülern benannt werden, obwohl die Lehrer in den Gesprächen auf diese Hilfen verweisen.

13.1.9 Wissen der Mitschüler

Einige Mitschüler der Kinder wissen von der psychischen Erkrankung des Elternteils, jedoch fand eine Thematisierung nur in kleinen, lockeren Freundschaftsverbünden und nicht im Klassensetting statt. Die Kinder, in deren Familien offen über die Er-

krankung gesprochen wird, berichten den anderen Schülern von den Symptomen, den Veränderung des familiären Alltages und den eigenen Belastungen. Andere erzählen zunächst nur sehr allgemein von familiären Problemen ohne die Erkrankung explizit zu erwähnen. Die Kinder suchen somit zunächst einen Weg, mit den Mitschülern unverfänglichere, allgemeinere Belastungen zu besprechen oder berichten von körperlichen Erkrankungen ihres Elternteils. Dies gibt ihnen die Gelegenheit, die Reaktionen der Mitschüler zu beobachten, abwertende oder respektvolle Äußerungen abzuwarten und in der Situation zu entscheiden, ob sie die psychische Erkrankung thematisieren werden.

K: Wir haben über Schiffe geredet, (lacht) ich weiß es nicht. Und irgendwann kam dann diese Krankheit Skorbut. Und dann habe ich denen allen erst mal erklärt was das ist. Dann fing direkt einer an, weil meine Mama hat das ja, sollte ich dann erstmal eine halbe Stunde lang alles erzählen. Und viele waren richtig erschrocken und haben mich gefragt "J., wie schaffst du das?" Weil er gefragt hat "hat deine Mutter noch was anderes." Ich so "ja meine Mutter hat Depressionen." (Interview Kinder\T.5: 362)

Zugleich berichten die Kinder davon, dass die Mitschüler besorgt waren über die Belastungen, aber auch Bewunderung zum Ausdruck gebracht haben. Die Kinder empfinden diese Reaktionen der Mitschüler als Wertschätzung und sind verwundert, dass ihnen Respekt und Anerkennung entgegengebracht wird. Doch selbst bei wertschätzenden Reaktionen, Neugierde und Respekt der Mitschüler wägen die Schüler ab, wieviel und was sie berichten. Diese Vorsicht liegt in der Angst der Kinder begründet, auf Abwertung und Unverständnis bei den Mitschülern zu stoßen.

I: Und warum hast du das den anderen nicht erzählt, was hindert dich da dran?

B: Also heutzutage ist es einfach so, dass; man wird wirklich abgestempelt so als, sage ich mal, Freak oder, keine Ahnung! Und so würden die mich einfach abstempeln. Mir ist eigentlich egal, was andere über mich denken, weil interessiert mich eigentlich nicht, nur trotzdem will ich nicht so, dass das durch die Schule geht, so dass ich eine psychisch erkrankte Mutter habe. (Interview Kinder\T.2: 647-649)

13.1.10 Thematisierung psychischer Erkrankungen im Klassensetting

Eine Thematisierung psychischer Erkrankungen im Klassensetting fand bisher bei keinem der Kinder statt. Lediglich angrenzende Themenbereiche zur psychischen Gesundheit, wie Mobbing oder Belastung durch Arbeitslosigkeit, wurden behandelt.

Alle Schüler würden jedoch eine Thematisierung sehr befürworten, damit Mitschüler über Erkrankungsbilder und –symptome, Entstehungsbedingungen, Therapiemöglichkeiten und Belastungen für die Familie aufgeklärt werden. Auch angesprochen werden sollte die Situation der Kinder psychisch erkrankter Eltern, um die Auswirkungen auf den Alltag, die Belastungen und Folgen für das Kind in den Blick zu nehmen und so die Mitschüler für die schwierige Situation zu sensibilisieren. Zudem erhoffen sie sich – auch die Kinder, in deren Familien ein offener Umgang herrscht – die Möglichkeit, Fragen stellen und ihr Wissen erweitern zu können.

K: Dass die auch mal sehen so, warum sich Leute so verhalten, die halt psychisch erkrankte Eltern haben. (Interview Kinder\T.2: 713)

Eine Enttabuisierung der eigenen Situation vor der Klasse schließen sie auch für den Fall einer Thematisierung im Unterricht aus und äußern sehr deutlich die Angst davor, dass Mitschüler verletzend und beleidigend reagieren könnten oder sich negativ über den erkrankten Elternteil äußern. Die Kinder versuchen sich vor einer Enttabuisierung zu schützen, indem sie ihre Emotionen nicht offen zeigen, sondern vor den Klassenkameraden verbergen.

K: Hat zum Glück niemand gesehen, aber sind mir erst hier so zwei Tränchen über die Wange gelaufen, weil ich dann natürlich sofort wieder an Papa gedacht habe. […]

EB: Hat zum Glück niemand gesehen, hast du gerade gesagt.

K: Ja, weil unsere/ ein paar Kinder aus unserer Klasse können ziemlich gemein sein. […] Ja. Und ich will halt nicht, dass man mich als Heulsuse ansieht. […] Ja, weil dann wird man die ganze Zeit gehänselt mit (Singsang) "Heulsuse, Heulsuse!" (Interview Kinder\T.6: 226-234)

K: Weiß nicht, weil sonst sagen sie das denen in der Oberstufe, die sagen dann: "Hey, guck mal, seine Mutter hat Depression." Also/

EB: Und da hast du Angst vor, dass die das sagen?

K: Ja.

EB: Warum?

K: Weil dann denken die bestimmt, meine Mutter ist eine psychisch Kranke oder so. Denken die negativ und, ja.“ (Interview Kinder\S.7: 172-176)

K: Dass die denken, oh, seine Mutter ist DUMM oder so. Dass sie das so sagen oder so. (Interview Kinder\S.8: 396)

Den Grund für die Gefahr dieser Provokationen sehen die Schüler in der mangelnden Reife der Mitschüler. Sie können das von ihnen als kindlich-albern wahrgenommene Verhalten nicht nachvollziehen und empfinden es als altersunangemessen.

13.1.11 Gedankliche Weiterbeschäftigung in der Schule

Alle Kinder beschäftigen sich gedanklich während des Unterrichts intensiv mit der elterlichen Erkrankung, so dass es den Kindern schwerfällt, während der Zeit in der Schule nicht an die Situation zu Hause zu denken. Die Kinder grübeln, warum gerade ihr Elternteil erkrankt ist, wie lange die Erkrankung noch anhält, wann Besserung eintreten wird und ob er erneut erkranken wird. Hinzu kommen Gedanken, ob und wie sie den Belastungen standhalten können. Die Kinder empfinden Gefühle der Wut, Trauer und Unverständnis aber auch der Empathie und der Sorge um den Elternteil.

K: Wir fragen uns mal "Ja, was macht sie denn jetzt? Macht sie keinen Blödsinn oder so?" […]

EB: Was meinst du denn damit, mit 'macht sie keinen Blödsinn'?

K: Ja, der geht es ja öfters so schlecht und mal hat sie sich selbst verletzt oder so. (Interview Kinder\T1und2.3: 238-242)

K: Also ich denke halt immer darüber nach so, okay, gleich zu Hause und dann wieder Mama pennt nur. Und, ja, was soll ich dann machen? So denke ich halt darüber so - Ich will einfach nicht so, ich weiß, dass sie krank ist, aber ich will das irgendwie nicht wahrhaben so, dass ICH jetzt die bin, die eine psychisch erkrankte Mutter hat. (Interview Kinder\T.2: 797)

Die Gedanken variieren in Quantität und Qualität. In Zeiten, in denen es dem Elternteil schlechter geht, denken die Kinder während des Unterrichts häufiger an die Situation zu Hause. Geht es dem Elternteil besser, werden auch die Gedanken weniger oder tauchen in den Pausen statt innerhalb des Unterrichts auf. Den Schülern ist bewusst, dass diese gedankliche Beschäftigung es ihnen erschwert, sich auf den Unterricht zu konzentrieren. Dennoch können sie sie nicht stoppen und versuchen auf unterschiedliche Weise, auf die Gedanken zu reagieren. Während einige Schüler versuchen, sich durch Unterhaltung mit Mitschülern, Hören von Musik oder Störungen des Unterrichts von den Gedanken abzulenken, lassen andere Schüler die Ge-

danken bewusst zu und verdrängen sie nicht, reagieren aber mit Gegenstrategien, wenn sie zu stark werden.

K: Und so und dann sage ich mir aber danach, bevor ich wieder in tiefe Trauer reinrutsche und anfange zu weinen, sage ich mir `Es wird alles wieder gut`. […]

EB: Und das ist so dein Spruch dann, der dich dann runterholt wieder.

K: Ja. (...) Meistens muss ich es mir aber ziemlich oft sagen." (Interview Kinder\T.6: 312-316)

K: Ich mache, ich höre meistens Musik, also so, ich habe ja meistens meine Kopfhörer so halt /

EB: Im Unterricht?

K: Ja, genau. Mir hilft das echt so, ruhige Musik, Piano-Musik, hilft mir dabei. (Interview Kinder\Interview_T.2: 849-853)

K: Ich lenke mich meistens ab.

EB: Nämlich wie?

K: (5) Mit Freunden reden.

EB: Im Unterricht?

K: Ja." (Interview Kinder\S.4: 375-379)

Die Kinder beschreiben, dass es ihnen durch die gedankliche Beschäftigung schwerer fällt, den notwendigen Anforderungen zu entsprechen. Hinzu kommen Ängste, aufgrund dessen den Leistungsanforderungen in Gänze nicht gewachsen zu sein, nicht versetzt zu werden, oder die Schule wechseln zu müssen.

13.2 Auswertung der Elterninterviews

13.2.1 Kommunikation mit den Kindern über die Erkrankung

In der familiären Kommunikation über die Erkrankung zeigen sich deutliche Unterschiede. Einige Eltern gehen offen mit ihrer Erkrankung um, suchen das Gespräch mit den Kindern, erläutern Symptome, Auswirkungen auf das Befinden und Veränderungen im familiären Alltag. Auch motivieren sie die Kinder, Fragen zu stellen, und ermöglichen ihnen durch Literatur oder Gespräche mit den behandelnden Ärzten und Therapeuten ergänzende Informationen.

Andere Eltern sprechen nicht mit den Kindern über die Erkrankung, sondern weichen einer Thematisierung aus. Die Kinder erfahren, dass sich der Elternteil nicht wohlfühlt, nicht jedoch, dass es sich um eine psychische Erkrankung handelt, die einer therapeutischen oder psychiatrischen Behandlung bedarf. Auch im Falle eines Krankenhausaufenthaltes wird die psychische Erkrankung nicht thematisiert.

Eva Brockmann (EB): Reden Sie oft mit ihrem Sohn über die Erkrankung, die Sie haben?

Elternteil (E): Nein, gar nicht.

EB: Gar nicht.

E: Gar nicht.

EB: Gibt es da einen Grund für?

E: Ich wüsste nicht, wie ich ihm das erklären sollte, was mit mir los ist. Wurde damals nur gesagt: "Ich bin krank, ich muss ins Krankenhaus. Ich brauche Hilfe, damit es uns besser geht." Ja.

EB: Aber die Symptome oder die Diagnosen oder Psychiatrie und dergleichen ist nicht gefallen?

E: Nein. (Interview Eltern\M.4-1: 211-218)

Während einige Eltern auch mit anderen Familienmitgliedern, Verwandten, Nachbarn oder Freunden nicht über die Erkrankung sprechen, suchen andere Eltern das Gespräch mit ausgewählten Personen, enttabuisieren die Erkrankung jedoch vor ihren Kindern nicht. Die Kinder reagieren auf diese Tabuisierung entweder aggressiv und konfrontieren die Eltern mit ihrem Informationsbedarf, oder scheinen die fehlende

Kommunikation zu akzeptieren, stellen keine Fragen und versuchen nicht, Erklärungen für das veränderte Verhalten einzufordern.

E: Er hat das schon mitbekommen. Er hat nur keine Fragen gestellt. Er ist dann hoch gegangen und/ oder mein Mann hat zu ihm gesagt: "J., gehe mal hoch." Und "Ich muss mit Mama reden" (Interview Eltern\M.7: 56)

E: Sagen wir mal so, ich hätte es nicht thematisiert. J. hat es dann zum Thema gemacht. J. hat mich angegriffen und war auch sehr wütend auf mich und hat mir klar zum Vorwurf gemacht "du redest nicht mit mir darüber. Wie es dir geht." (Interview Eltern\M.5: 95)

Die Gründe für eine Tabuisierung der Erkrankung gegenüber dem Kind sind vielfältig. Die Kinder werden als zu jung für genauere Informationen gesehen, zudem sind die Eltern verunsichert, welche Informationen notwendig, altersgerecht und angemessen sind und wie sie die Entstehung der Erkrankung, den Verlauf und die Symptome erklären können. Erschwerend kommt hinzu, dass die Eltern selbst Unsicherheiten bezüglich der Auswirkungen der Erkrankung auf die Gesundheit des Kindes haben und auf Nachfragen der Kinder zu einzelnen Aspekten kaum sicher antworten können.

E: ich hoffe auch, dass Depressionen nicht irgendwie vererbbar sind (lacht), dass er auch/ ja, er diese Erfahrung nicht machen muss. (Interview Eltern\M.7: 229)

Zudem gehen die Eltern davon aus, dass die Kinder die familiäre Situation nicht als außergewöhnlich empfinden, da sie sich nach Ansicht der Eltern an die Auswirkungen, wie das erhöhte Ruhebedürfnis, gewöhnt haben und die Symptome als Eigenschaft des Elternteils sehen.

E: Nö, er nimmt die gar nicht mehr richtig wahr. Er sieht das als Alltag, dass ich so bin. (...) Also ich denke mir mal, wenn Sie ihn jetzt fragen würden: "Ist deine Mutter krank?" "Nö, die sitzt rum, der geht es gut." Also ich denke mir mal, er nimmt das gar nicht so für wahr. Er nimmt das so, weil ich so bin, ne? (Interview Eltern\M.4-1: 210)

Alle Eltern sind sich bewusst, dass ihre gesundheitliche Situation für die Kinder eine große Belastung darstellt. Sie erkennen, dass insbesondere in akuten Phasen die Erkrankung im Vordergrund steht und auf die Sorgen der Kinder nicht adäquat eingegangen werden kann. Zugleich erkennen sie die Verantwortung, die die Kinder tragen. So berichten sie von den Bemühungen der Kinder, die Eltern zur regelmäßigen Medikamenteneinnahme zu motivieren, Aufgaben im Haushalt zu übernehmen und den Elternteil emotional zu entlasten.

E: Und die Kinder leiden ja auch mit. Ich will nicht sagen, meine Tochter hat nicht gelitten in der Zeit. Es ist vieles zu kurz gekommen. Ich konnte mich nicht kümmern wie ich wollte. Habe so oft gesessen, geheult, geweint, dass die Kinder sich Sorgen machten "was hat die Mama?" (Interview Eltern\M.5: 411)

E: Weil er ist eigentlich einer, er nimmt Rücksicht mir gegenüber. Weil wenn der merkt, dass ich krank bin, dann schleicht der um einen. Dann ist das kein Kind mehr. Ich habe ihm viel seiner Kindheit auch dadurch genommen. Weil er viel sich um mich kümmern will und machen will. (Interview Eltern\M.4-1: 42)

Auch die schulischen Angelegenheiten werden durch die elterliche Erkrankung beeinflusst. Die Auswirkungen kommen insbesondere in akuten Erkrankungsphasen zum Ausdruck, in denen sich die Kinder verstärkt für den Elternteil und die Übernahme elterlicher Aufgaben verpflichtet fühlen. Hausaufgaben, Lernen, Vorbereiten auf Klassenarbeiten und in einigen Situationen auch der Schulbesuch treten dabei sowohl bei den Kindern als auch bei den Eltern in den Hintergrund.

E: Keine Freundin, die ich hätte anrufen können, keine Schwiegermutter, keinen Arzt, keinen Notruf. Ich habe immer gedacht „du bist ganz alleine, was ist wenn jetzt. Wenn du jetzt hier tot umfällst, und du keine Luft mehr kriegst. Wer hilft dir dann. Wer findet dich, was ist mit den Kindern, wie kommen die aus Kindergarten, aus Schule um Gottes Willen.“ Und dann kam halt schon wieder so die Panik dann hoch. Und wie gesagt, da hatte ich nicht daran gedacht jetzt die Schule anzurufen und zu sagen "also die ist dann heute hier und hilft mir", das war dann völlig ausgeblendet. Weil es außer mir und meinen Ängsten nichts auf dieser Welt gab. (Interview Eltern\M.5: 303)

Die Eltern sind sich dieser Auswirkungen bewusst und versuchen daher, zumindest in stabilen Phasen ihre Kinder bei den Hausaufgaben oder der Vorbereitung von Leistungsüberprüfungen zu unterstützen. Gelingt ihnen dies nicht, setzen sie sich dafür ein, dass die Kinder innerhalb der Schule, zum Beispiel im Rahmen der Hausaufgabenbetreuung, adäquate Hilfen bekommen.

13.2.2 Enttabuisierung in der Schule

Ähnlich der innerfamiliären Kommunikation zeigen sich auch bezüglich der Enttabuisierung der Erkrankung in der Schule Unterschiede.

Der von einigen Eltern gepflegte innerfamiliär offene Umgang mit der Erkrankung wirkt sich auf die Kommunikation mit den Lehrpersonen aus. Die Eltern nutzen die Strukturen, wie Elternsprechtage oder Sprechstunden der Lehrer, um die Lehrpersonen über die Erkrankung zu informieren und suchen das Gespräch, sobald wie möglich. Sie nennen die Diagnose, einige Auswirkungen auf den familiären und kindlichen Alltag und den Grund der Enttabuisierung. Sie fordern von den Lehrern ein, auf Veränderungen des Kindes zu achten und frühzeitig das Gespräch mit ihnen zu suchen. Auch bitten sie die Lehrer um Weitergabe der Information an das Kollegium, damit auch andere Lehrer des Kindes über die Hintergrundinformation verfügen.

E: Ja, das war eigentlich beim Elternsprechtag. Beim ersten Elternsprechtag habe ich gleich gesagt "Ich muss ihnen sagen, ich bin psychisch krank. Es kann ab und zu mal sein, dass meine Tochter dann anders ist, weil ich dann in der Klinik bin, aber ich sage ihnen, ich gebe ihr einen Zettel mit, dass ich dann halt in der Klinik bin.", dass die auch Bescheid wissen. (Interview Eltern\M.3: 33)

Indem sie selbst das Gespräch suchen, überlassen sie diesen Schritt nicht ihren Kindern. Damit die Kinder nicht mit Nachfragen der Lehrer zur familiären Situation überrascht werden und damit es den Kindern gelingt, bei Bedarf auf die Lehrer als Vertrauensperson zuzugehen, haben die Eltern die Enttabuisierung mit den Kindern besprochen.

Auch die Eltern, die in ihrem sozialen Umfeld offen mit der Erkrankung umgehen, das Kind jedoch nicht in die Enttabuisierung einbeziehen, nutzen frühestmögliche Zeitpunkte, um das Gespräch mit den Lehrern zu suchen. Auch sie informieren über Auswirkungen auf den familiären und insbesondere kindlichen Alltag und besprechen Möglichkeiten des Austausches sowohl für stabile als auch für instabile gesundheitliche Phasen. Den Kindern wird jedoch nicht mitgeteilt, dass die Lehrer über die elterliche Erkrankung informiert sind.

Bei den Eltern, die die Erkrankung sowohl innerfamiliär als auch im Kontakt zum sozialen Umfeld tabuisieren, ist es zu einer Enttabuisierung durch die Kinder gekommen. Die Kinder haben im Gespräch mit Lehrern und Schulsozialarbeitern die Erkrankung und die damit verbundenen Belastungen thematisiert, ohne dies mit den Eltern im Vorfeld zu besprechen. Die Eltern haben von der Enttabuisierung somit erst im Nachhinein erfahren. Dennoch betonen sie, dass sie einer Öffnung der Kinder gegenüber den Lehrern positiv gegenüberstehen und es als Erleichterung empfinden, dass die Kinder die Aufgabe der Enttabuisierung übernommen haben, da bei den Eltern Angst davor bestand, das Gespräch zu suchen. Ihnen wird dadurch aber auch bewusst, dass sie selbst einem solchen Setting ausgewichen sind und die Ge-

danken an ein notwendiges Gespräch mit den Lehrpersonen verdrängt haben. Dies führt zu Vorwürfen bei den Eltern, wichtige Hilfen für das Kind verhindert zu haben. Sie erleben Selbstzweifel, ob sie ihrer Rolle als Eltern in diesem Aspekt gerecht geworden sind oder das Kind aus dem Blick verloren haben.

E: Und von daher ist das (...) eigentlich schon, ja, mir ist ein schwieriger Weg irgendwie in dem Sinne dann schon abgenommen worden. (Interview Eltern\M.2: 412)

E: Und ich hoffe nur, dass es für die J. nicht zu spät ist. Und da keimt dann auch für mich wieder so auf, dass ich dann meiner Tochter gegenüber ein schlechtes Gewissen habe, dass ich einfach denke, hättest DU nicht merken müssen, dass es brennt. Viel früher? (Interview Eltern\M.5: 395)

Trotz der Enttabuisierung durch das Kind haben die Eltern daraufhin nicht aktiv den Kontakt zur Schule gesucht. Weitere Gespräche haben erst nach Aufforderung der Lehrer an die Eltern stattgefunden.

Reaktionen der Lehrer

Die Reaktionen der Lehrer auf die Enttabuisierung empfinden alle Eltern als positiv. Die Lehrer nehmen die Information über die psychische Erkrankung zur Kenntnis, aber vertiefen die Thematik durch Fragen zu Ursachen, Symptomen oder Behandlungen nicht. Das Gespräch konzentriert sich stattdessen auf die Situation des Kindes und den Umgang bei Verhaltensauffälligkeiten. Diese neutrale Reaktion bewerten die Eltern als positiv, da sie weder auf Vorurteile stoßen, noch in Rechtfertigungen gedrängt werden oder Informationen preisgeben müssen, die sie nicht nennen wollen.

E: Das ist eigentlich schwer, also mir hat es gut getan, dass sie eigentlich sehr neutral geblieben ist. Also weder besonders (...) wie soll ich das jetzt sagen, sie hat nicht schockiert reagiert, aber auch nicht so als ob sie sagt: "Na endlich mal ein Geständnis." Oder so Wunder. (Interview Eltern\M.9: 244)

Die Offenheit der Eltern wird von den Lehrern im Gespräch wertgeschätzt und positiv hervorgehoben. Die Eltern nehmen Verständnis und Respekt wahr und erfahren, dass die Lehrer eine enge Zusammenarbeit befürworten, um das Kind adäquat zu unterstützen.

E: Ja, Sie hatte Verständnis für. Sie fand das klasse, dass ich das gesagt habe, dass ich nicht gut zurecht bin und dass ich das nicht kann. Und dass wir auch so eng mit-

einander arbeiten und so offen und ehrlich. Und hat sie nicht oft. (Interview Eltern\M.4: 86)

Durch die positive Haltung der Lehrer lösen sich anfängliche Gefühle der Beklemmung und Verunsicherung, so dass die Eltern bereit sind, ausführlicher über ihre Situation zu sprechen, ohne dass die Lehrer dies aktiv einfordern. Die Bereitschaft der Eltern, von sich aus näher auf die Thematik einzugehen, wird somit im Gesprächssetting verstärkt. Durch die positiven Reaktionen der Lehrer fühlen sich die Eltern in ihrem Entschluss zur Enttabuisierung bestätigt.

E: Ja, weil es mir dann leichter viel, es ihr zu erzählen. Auch die harten Sachen davon und so. […] Ich hatte eigentlich nur vor, zu sagen, dass das psychisch bedingt war. (Interview Eltern\M.9: 74; 84)

Motivation zur Enttabuisierung

Die Motivation, das Gespräch mit den Lehrern zu suchen, ist bei allen Eltern einheitlich. Zum einen sollen die Lehrer Verständnis für die Lebenssituation der Kinder und für eventuelle Verhaltensauffälligkeiten, wie Aggressionen oder Rückzug, entwickeln und erkennen, dass der Grund für das Verhalten in der elterlichen Erkrankung liegt und nicht durch die Person des Lehrers, sonstigen schulischen Belangen oder einer psychischen Erkrankung des Kindes bedingt wird.

E: Fand ich es schon wichtig, dass die Lehrer sich nicht irgendwelche Gedanken machen, so mit, irgendwas ist mit dem Kind nicht in Ordnung, sondern dass sie wissen, es liegt nun mal nicht am Kind, es liegt nun mal an der Mutter, ne. (Interview Eltern\M.3: 171)

E: (7) Ja, da denke ich an meine Kinder. Weil ich das dann schon wichtig finde. Es kann ja sein, dass die jetzt irgendwie doch dann vielleicht mal ein bisschen mehr nachdenken und nicht so ganz bei der Sache sind, weil sie denken, "ja, was ist denn mit dem alten Herr wieder los?" (lacht) (...) Deswegen, das wäre für mich/ deswegen macht es mir das leicht. (Interview Eltern\V.6: 120)

Zum anderen sollen die Lehrer eine Erklärung erhalten, warum sich die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Lehrern zwischenzeitlich schwierig gestalten kann, so dass Stigmatisierungen und vorschnelle Meinungsbildungen verhindert werden. Die Eltern befürchten bei einer Tabuisierung, dass die Lehrer das Verhalten des Elternteils und Aussagen des Kindes nicht einordnen können und eigene Theorien aufstellen, ohne vorurteilsfrei das Gespräch mit dem Elternteil zu suchen. Durch die Offen-

heit möchten die Eltern sicherstellen, dass die Lehrer die Informationen bekommen, die sie benötigen, und ihre Fragen direkt beantwortet werden können.

E: Und bevor ich dann so einen unnötigen Stempel kriege, der gar nicht mir zusteht, sage ich lieber. (...) Ja, ich habe da allgemein kein Problem mit, sonst hätte ich mich ja jetzt auch nicht auf das Gespräch eingelassen, offen darüber zu reden. Und habe da eigentlich auch kein Problem mit, ne?

EB: Wie wäre denn der Stempel beschriftet gewesen, den Sie dann aufgedrückt gekriegt hätten?

E: Unfähig. (...) Wäre nicht ernst zu nehmen. (Interview Eltern\M.10: 325-327)

Zudem wissen die Eltern um die Belastungen der Kinder einerseits und der hohen Bedeutung der Lehrer als Bezugsperson anderseits. Durch die Enttabuisierung möchten sie die Lehrer zur Ausübung dieser Rolle motivieren und so Unterstützung für das Kind aktivieren. Zugleich empfinden sie eine große Dankbarkeit für bereits geleistete Unterstützung und möchten diese deutlich zum Ausdruck bringen.

E: Ja, dann habe ich auch die harten Sachen erzählt und auch, vielleicht das jetzt sagen, dass ich das im Unterbewusstsein gemerkt habe, dass sie auch I. geholfen hat, ich da aber noch nicht in der Lage war, mich zu bedanken und so. (Interview Eltern\M.9: 82)

Zu der Motivation der Eltern kommen förderliche Aspekte auf Seiten der Lehrer, die den Eltern zusätzlich einen offenen Umgang mit der Erkrankung erleichtern. Nehmen sich die Lehrer Zeit für eine individuelle, nicht nur schulische Unterstützung der Kinder, wirkt sich dies auf die Elternteile vertrauens-und sympathiefördernd aus. Die Eltern berichten, dass die Lehrer insbesondere in akuten Krankheitsphasen die Kinder unterstützen, sich fürsorglich kümmern, den Kindern Halt geben und eine positive Beziehung zum Schüler aufbauen und stärken möchten. Die Lehrer übernehmen damit wichtige Aufgaben, die die Elternteile in akuten Phasen nicht immer ausfüllen können.

E: Ja, sie hat in der Zeit sehr viel so/ ja, mütterlich hört sich so doof an für eine Lehrerin, aber so irgendwie hat sie das auch mit aufgefangen, dass die lange Zeit getrennt waren. (Interview Eltern\M.9: 40)

Den Kindern gelingt es durch die Unterstützung der Lehrer besser, Belastungen zu bewältigen und für sie schwierige Zeiten zu überwinden, was für die Eltern eine Beruhigung darstellt.

Dass die Lehrer dem Kind gegenüber eine positive und wohlwollende Einstellung haben, wird für die Eltern nicht nur an der Unterstützung des Kindes sichtbar, sondern auch an den Äußerungen der Lehrer über das Kind in den Gesprächen mit den Eltern. Dies erleichtert es den Eltern, das Gespräch mit den Lehrern aufzunehmen.

E: Das war zum Beispiel in der Fünf so, dass sie dann auch schon mal angerufen hat, und gesagt hat, "Mensch, Frau N., heute mit F.", und "das ging ja gar nicht", oder, was auch immer, aber dann kommt auch immer, was auch toll an F. ist. Also, es ist nicht nur bumm, bumm, bumm, bumm, bumm, das und das geht nicht, das müssen wir ändern oder abstellen. Sondern da kommt halt eben auch, "Mensch, und die ist doch eigentlich sonst so lieb, und ich verstehe das gar nicht", und, ne, "Können Sie nicht mal gucken, oder mal mit ihr reden?", und (...) (Interview Eltern\M.6: 266)

Kennen die Eltern die Lehrer bereits über einen längeren Zeitraum, hilft ihnen dies, die Einstellungen und Sichtweisen der Lehrer einzuschätzen und ihre Reaktionen auf die offene Thematisierung abzusehen. Ihnen fällt es leichter, darauf zu vertrauen, dass die Kinder keine negativen Folgen, wie Ausgrenzung oder Demütigung durch die Lehrer, erfahren werden. Zudem vertrauen die Eltern auf die Einhaltung der Schweigepflicht, so dass sie insbesondere keine Weitergabe der Informationen an Schüler befürchten müssen und die Kinder selbst entscheiden können, ob und welche Schüler von der elterlichen Erkrankung erfahren sollen. Eine Weitergabe an die Schüler möchten die Eltern vermeiden, da sie aufgrund mangelnden Wissens der Mitschüler über psychische Erkrankungen negative Reaktionen, wie stigmatisierende Aussagen, befürchten.

E: Aber, (...) man ist ja nicht verrückt. […] (lacht) Aber ob das ja dann Kinder auch wissen, dass weiß man ja nicht unbedingt, ne. (Interview Eltern\M.3: 71-73)

Hinderliche Aspekte

Trotz der Motivation und den förderlichen Aspekten, gibt es bei allen Eltern Ängste und Vorbehalte, die eine Enttabuisierung erschweren. So befürchteten sie, dass sich die Sicht der Lehrer auf die Kinder zum Negativen verändern wird, indem die Lehrer verstärkt die Auffälligkeiten der Kinder fokussieren und diese ausschließlich unter dem Aspekt der schwierigen familiären Bedingungen gesehen werden.

Hinzu kommen Ängste vor Stigmatisierungen der eigenen Person und der gesamten Familie. Die Eltern sind verunsichert, wie die Lehrer auf die Information über die Erkrankung reagieren werden, ob sie den Elternteil fortan kritisch beobachten und sein Verhalten hinterfragen werden, oder ihm weiterhin wertschätzend gegenübertreten.

E: Dass ich abgestempelt werde. Dass ich abgestempelt werde hier. „Die ist asozial oder was. Die hat nur keine Lust, sich um irgendwas zu kümmern." (Interview Eltern\M.4: 122)

E: Auf der anderen Seite weiß ich natürlich nicht, ob dann so ein Stempel drauf kommt (...) "Familie N., alle gestört", ne, (lachend) ich sage es jetzt mal so brutal (lacht) […] Ja, also so ein bisschen, dass die ganze Mannschaft abgestempelt wird, ne? (Interview Eltern\V.6: 80-82)

Als Grund für die Gefahr dieser Stigmatisierungen sehen die Eltern mangelndes Wissen der Lehrer über psychische Erkrankungen, was zugleich dazu führt, dass die Lehrer die Belastungen, die sich für die Familien aus der Erkrankung ergeben, nicht einschätzen können und in ihrer Bedeutung insbesondere für die Kinder nicht wahrnehmen. Neben Ängsten bezüglich einer zu starken Fokussierung der kindlichen Auffälligkeiten und Veränderungen der elterlichen Verhaltensweisen bestehen somit auch Bedenken, dass die Lehrpersonen Verhaltensauffälligkeiten und Unterstützungsbedarfe der Kinder bagatellisieren und keine Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit den Eltern sehen, da Bemühungen um eine positive Entwicklung der Kinder aufgrund des familiären Hintergrundes als nicht erfolgsversprechend gesehen werden. Auch eine Reduzierung der schulischen Förderung und Unterstützung der Kinder wird befürchtet, da Verhaltens- und Leistungsprobleme ausschließlich vor dem Hintergrund der elterlichen Erkrankung gesehen werden.

E: Vielleicht irgendwie so abstempelt glaube ich. „Och die Mutter, die ist ja krank pf. Lass die mal laufen." (schmunzelt) Die kann ja noch so auffällig sein, och und ja? Mutter ist krank, kann sich ja auch nicht kümmern. Was sollen wir die erst anrufen? Warum denn nicht. Die ist nicht in der Lage da irgendwie. (Interview Eltern\M.5: 443-445)

E: Dass sie sie fallen lassen, dass sie sagen "naja, komm, haja, wir sind ja keine Psychologen und da können wir ja nichts dafür, dass der Alte krank ist", so. (Interview Eltern\V.6: 84)

Ein weiterer zentraler hinderlicher Aspekt besteht bei allen Eltern in den Ängsten vor einem Anzweifeln der Erziehungskompetenz. Die Eltern befürchten, dass die Lehrer die Informationen über die Erkrankung an das zuständige Jugendamt weitergeben

und Zweifel an den Erziehungskompetenzen ebenso wie Auffälligkeiten der Kinder schildern. Die Veranlassung eines Hausbesuches durch Mitarbeiter der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe und einer Herausnahme der Kinder werden als mögliche Konsequenzen des Gespräches gesehen.

E: meine Sorge war IMMER, das war die größte Sorge, deshalb habe ich auch am Anfang nicht darüber gesprochen, sie nehmen dir deine Kinder weg. Irgendwer kommt und sagt "Sie sind ja gar nicht in der Lage, sich um Ihre Kinder zu kümmern." (Interview Eltern\M.5: 289)

Neben den Sorgen bezüglich möglicher negativer Folgen berichten die Eltern von ihren Ängsten, einer Kommunikation mit den Lehrpersonen nicht gewachsen zu sein. Die Eltern berichten aufgrund der von ihnen wahrgenommenen Hierarchieunterschiede in der Kommunikation gehemmt zu sein und Aspekte, die sie thematisieren möchten, kaum zum Ausdruck bringen zu können.

E: Weiß ich nicht, die Lehrer sind so ein bisschen da oben irgendwo und (...), ja, ich bin nicht unbedingt auf den Mund gefallen, aber ich kann das dann, was ich eigentlich sagen will, habe ich zumindest das Gefühl, nicht richtig rüber bringen. (Interview Eltern\M.2: 89)

Hemmend wirkt sich für einige Eltern zudem das Setting aus, da es ihnen erkrankungsbedingt kaum gelingt, die Schule beziehungsweise den Klassenraum oder das Lehrerzimmer zu betreten. Dies löst bei ihnen Gefühle des Unbehagens bis hin zu Panik aus.

E: Ja, ich habe keine Luft/ kaum Luft gekriegt, wie ich in dieses Lehrerzimmer ging. Also ich habe gedacht, ich ersticke. Das ist aber/ Ich kann auch so nicht zu die Ämter also gehen jetzt. Ist wie so ein Kloß im Hals. Ich denke immer, ich ersticke jeden Moment. (Interview Eltern\M.4: 114)

Die Eltern nennen jedoch nicht nur hinderliche Aspekte auf Seiten der Lehrer, sondern sehen auch ihre eigenen Einstellungen als Hemmschwelle, das offene Gespräch zu suchen. So geben einige Eltern an, die Notwendigkeit der Enttabuisierung im Schulsetting zunächst nicht wahrgenommen zu haben. Hinzu kommt eine große Unsicherheit, ob von Seiten der Lehrer der Kontakt zu den Eltern gewünscht ist und ob eine Schilderung der familiären Situation die Lehrer zu einer Unterstützung drängt, die sie eigentlich nicht leisten möchten.

All diese hinderlichen Aspekte führen dazu, dass die Eltern lange Zeit versuchen, das Gespräch mit den Lehrern über die Erkrankung zu vermeiden, und zunächst oh-

ne externe Hilfe die Belastungen zu bewältigen. Die Grenzen der eigenen Möglichkeiten sind ihnen dabei bewusst.

E: Lieber alles alleine versuchen. (...) Auch wenn man sich im Kreis dreht. (Interview Eltern\M.2: 710)

13.2.3 Erwartungen der Eltern

Ein grundsätzlicher Wunsch der Eltern besteht in einer Offenheit der Lehrer gegenüber außerschulischen Belastungen und familiären Problemen und die Bereitschaft, die Kinder in der Bewältigung dieser zu unterstützen.

E: Aber ich denke, so im Großen und Ganzen so (...) vielleicht ein bisschen mehr Verständnis, oder ein bisschen mehr Offenheit gegenüber den Problemen von Kindern oder Familien. Dass halt eben nicht nur alles auf das Thema Schule reduziert wird. (Interview Eltern\M.6: 250)

Die Erwartungen aller Eltern sind geprägt von dem Wunsch nach Wahrnehmung der Unterstützungsbedarfe der Kinder durch die Lehrer. Die Eltern hoffen, dass die Lehrer insbesondere auf Verhaltensveränderungen achten und das Gespräch mit den Kindern suchen, um sich nach Belastungen, Sorgen und Ängsten zu erkundigen. Inhalt der Gespräche soll damit nicht vorrangig das eigentliche Verhalten der Kinder sein, sondern die Hintergründe, die zu diesem Verhalten führen und es erklären können. Den Lehrern sollen so tiefere Einblicke in die Lebenssituation der Kinder und ein verbessertes Verständnis für die Zusammenhänge zwischen Verhaltensauffälligkeiten und elterlicher Erkrankung ermöglicht werden. Vor diesem Hintergrund erwarten die Eltern, dass die Lehrer den Kindern die Möglichkeit eröffnen, vertrauensvoll auf sie zuzugehen und von Belastungen berichten zu können, und zugleich adäquater verhaltensregulierend auf das Kind einzuwirken. In diesen Gesprächen sollen die Lehrer die elterliche Erkrankung nicht verschweigen, sondern sich nach möglichen erneuten Krankheitsphasen, Klinikeinweisungen oder Veränderungen im Alltag als Hintergrund der Verhaltensänderung der Kinder erkundigen und dem Kind dadurch Unterstützung auch in schwierigen familiären Phasen signalisieren.

E: (...) Ja, (...) jetzt noch besonders auf Ängste von I. eingehen oder so. aber nicht unbedingt nur Ängste, auch so Sachen, die sie überhaupt belasten in/ von dieser Krankheit her. Weil es gibt auch Phasen, wo sich Eltern nicht mehr um die Kinder kümmern KÖNNEN und das sie dann mehr oder weniger sagt: "Das ist nicht Mamas

Schuld, die mag dich trotzdem." Und ihr dann praktisch indirekt die Geborgenheit gibt, die sie braucht. (Interview Eltern\M.9: 134)

E: Ja, so überhaupt was in ihm vorgeht, wenn er solche Sachen macht. Wie so einen Blödsinn in der Schule oder so, ne? Ich meine, klar, sie kann mich ja unterrichten. Aber sie kann ihn sich ja mal zur Seite nehmen und sagen: "Mensch, J., was hast du dir jetzt dabei gedacht? Warum machst du dieses?" Dass man vielleicht einmal den Hintergrund weiß, warum er solche Aktionen macht. (Interview Eltern\M.4: 186)

E: Vielleicht merkt der dann wie/ Wenn es mir gut geht, dass es dem M. auch gut geht. Das merken die ja auch dann. (Interview Eltern\M.8: 364)

Trotz dieser Beobachtungen des Kindes und der vertrauensvollen Gespräche, soll den Kindern nicht das Gefühl einer Sonderrolle gegeben werden. Den Eltern ist eine Gleichbehandlung wichtig. So sollen die Lehrer weiterhin von den Kindern aktive Mitarbeit im Unterricht einfordern, um Zurückgezogenheit und damit eventuell verbundenem Leistungsabfall entgegenzuwirken, sowie Konsequenzen auf Fehlverhalten aufzeigen, um Grenzen zu setzen.

E: Ich will da auch keinen Sonderstatus für mein Kind. […] Dass die Lehrer das so in Watte packen oder so. Und, "Oh, da müssen wir jetzt" (...) (Interview Eltern\M.6: 288-290)

E: Er soll nicht irgendwie merken, dass er irgendwie irgendwelche Vorteile hat oder so. Ja, für Kinder ist das, denke ich mal, ja, so ein Zeichen: „Ach ja, ich werde jetzt so vorsichtig behandelt oder irgendwie bevorzugt.“ Oder sonst was. Und dann fangen sie an, dann Mist zu bauen. (lacht) (Interview Eltern\M.7: 192)

Werden von den Lehrern Veränderungen im Verhalten oder der schulischen Leistungsfähigkeit der Kinder wahrgenommen, möchten die Eltern zeitnah darüber informiert werden. Den Eltern bieten die Beobachtungen der Lehrer Sicherheit, einen möglichen Hilfebedarf der Kinder nicht zu übersehen.

Die Eltern knüpfen an das Wissen der Lehrer über die Erkrankung die Erwartung einer konstruktiven Zusammenarbeit, in der jedoch die Bedürfnisse der Eltern und die Grenzen, die durch die Erkrankung gegeben sind, berücksichtigt werden. Da beispielsweise ein persönliches Gespräch in der Schule für einige Eltern nur schwer realisierbar ist, bewerten sie einen regelmäßigen telefonischen Kontakt als sehr positiv. So kann der Elternteil Informationen an den Lehrer geben und ist bei Gesprächsbedarf der Lehrer erreichbar. Es kann dann gemeinsam überlegt werden, wie die Unterstützung der Kinder in der Bewältigung der Belastungen und schulischen Anforde-

rungen gelingen und im Alltag gestaltet werden kann. Ähnlich der Zusammenarbeit zwischen Lehrern und Kindern, die nicht durch eine besondere Rücksichtnahme gekennzeichnet sein soll, wünschen die Eltern eine Gleichbehandlung mit anderen, gesunden Eltern.

E: Nur ich weiß jetzt nicht, ob das vielleicht bei den anderen Elternteilen vielleicht genau so ist, wie bei mir. Also ich möchte da eher wirklich ganz normal behandelt werde, wie jeder andere, auch wie vor der Erkrankung und (…) ja, ich will jetzt nicht eine Extrawurst, sage ich mal so. (Interview Eltern\M.7: 206)

Der Wunsch nach Gleichbehandlung führt dazu, dass die Eltern nicht erwarten, dass sich die Lehrer in späteren Gesprächen von sich aus nach dem gesundheitlichen Befinden der Eltern erkundigen. Thematisieren die Eltern nicht selbst die Erkrankung, zum Beispiel aufgrund anstehender Klinikaufenthalte, lehnen die Eltern weitere Gespräche darüber ab, da sie eine fortwährende Thematisierung als störend und unangenehm empfinden. Neben diesem unangenehmen Empfinden sehen die Eltern die Kompetenzen der Lehrpersonen nicht in der Unterstützung psychisch erkrankter Personen, sondern in der Erziehung und Unterrichtung der Kinder.

EB: Hätten Sie das gern, dass sie zwischendurch mal nachfragt?

E: Mhm. (verneinend)

EB: Kopfschütteln? Nee?

E: Warum sollte sie auch, ne?

EB: Also da soll sie sich eigentlich dann doch mehr raushalten?

E: Ja. Ich denke mir schon. Weil sie kann mir ja sowieso nicht helfen oder so. (Interview Eltern\M.4: 169-174)

Bestehen jedoch Unsicherheiten auf Seiten der Lehrer bezüglich der Auswirkungen der Erkrankung auf das Kind, den Umgang mit den Kindern oder Eltern oder der weiteren Zusammenarbeit, würden es die Eltern befürworten, wenn die Lehrer diese Unsicherheiten äußern, Fragen stellen und die Antworten des Elternteils ernstnehmen würden.

E: (...) Ja, ich denke mal, wenn man selber nie damit zu tun hatte oder damit konfrontiert worden ist, weiß man erst mal gar nicht so, wie soll ich mich verhalten? Man ist total vor den Kopf gestoßen vielleicht und denkt so: "Oh Gott, was ist denn da passiert? Und ist das schlimm?" Und/ vielleicht wollen sie dann auch/ ja, die wissen halt

vielleicht gar nicht, wie sie damit umgehen sollen und (...) ich möchte denen vielleicht auch sagen: "Ganz normal." (Interview Eltern\M.7: 206)

Neben diesen auf die Lehrer bezogenen Erwartungen, äußern die Eltern Aspekte, wie durch schulische Strukturen eine Unterstützung betroffener Familien gelingen kann. Hier wird insbesondere eine intensivere Unterstützung der Kinder in den schulischen Leistungen genannt, zum Beispiel durch gezielte Förderung vor Leistungsüberprüfungen, Begleitung in der Anfertigung der Hausaufgaben und Informationen über schulexterne Hilfsmöglichkeiten, wie Nachhilfeangebote. Zudem kommt der verlässlichen Betreuung der Kinder eine hohe Bedeutung zu, denn die Eltern möchten sich darauf verlassen, dass das Kind zu den angegebenen Zeiten unterrichtet oder betreut wird. Ändern sich die zeitlichen Strukturen und damit der familiäre Tagesablauf, wünschen sich die Eltern eine frühzeitige Information diesbezüglich. Für sie ist es notwendig, sich auf veränderte Abläufe einstellen zu können.

E: Ja, vor allen Dingen diese Regelmäßigkeit fehlt hier so ein bisschen. In B. war es so, dass die wirklich konsequent von acht bis sechzehn Uhr dann in der Schule waren. Und hier ist das so, dann kommen sie mal nach der fünften Stunde, obwohl die auch Ganztagsschule haben. "Ja, wir haben heute, diese Woche nur mal, nur fünf Stunden." Kann ich nicht verstehen, weil, ne? Ich gehe arbeiten und komme nach Hause und er sitzt hier vor dem Fernseher. Wo ich denke, er ist in der Schule. (Interview Eltern\M.4: 234)

Gelingt die Unterstützung der Kinder durch die Schule, so dass sich die Leistungen und das Verhalten der Kinder verbessern, sehen die Eltern darin eine Möglichkeit, selbst entlastet zu werden, da sie sich um die schulischen Belange weniger Sorgen machen müssen. Dies kann nach Ansicht der Eltern zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation führen.

E: Aber ich denke, dass, wenn es mehr Unterstützung im Lernen geben WÜRDE, dass dann meine Erkrankung dann eventueller Weise sogar so ein bisschen, (...) für mich zumindest in den Hintergrund, treten könnte. (Interview Eltern\M.2: 786)

Relativierung der Erwartungen

Trotz der Erwartungen erkennen die Eltern die Grenzen der Unterstützungsmöglichkeiten der Lehrer. So betonen sie die Schwierigkeit der Doppelrolle der Lehrer als vertrauensvoller Ansprechpartner einerseits und Autoritätsperson andererseits.

E: Aber ich denke, so neunte, zehnte Klasse, da müssen die Lehrer einerseits schon autoritär sein. Sollen aber nach Möglichkeit auch Ansprechpartner für die Kinder sein, das wird für die Lehrer ganz schwierig sein. (Interview Eltern\M.6: 250)

Die Eltern wissen um die hohe psychische Belastung der Lehrer im Arbeitsalltag, die fehlenden zeitlichen Ressourcen, die hohen Schülerzahlen und die sich daraus ergebenen zu geringen Möglichkeiten der individuellen Unterstützung einzelner Schüler. Die Eltern sind daher gehemmt, eigene Bedarfe zu äußern und Unterstützung einzufordern. Sie möchten keine zusätzliche Belastung darstellen und sind verunsichert, ob ihre Erkrankung eine intensive Zusammenarbeit mit den Lehrpersonen berechtigt.

E: Die Beiden, die tun mir echt leid, die haben es echt nicht einfach. Und dann kommt noch so ein Mutter, die so ein bisschen Depression hat, sage ich mal (lacht) und die müssen sich damit noch auseinander setzen, also ja, das möchte ich nicht, ich bin so, bloß nicht belasten, noch mehr belasten und die haben genug Stress (Interview Eltern\M.7: 202)

Die Eltern, die die Erkrankung nicht persönlich enttabuisiert haben, sondern dies durch ein Gespräch der Kinder mit den Lehrern stattgefunden hat, relativieren ihre Erwartungen hinsichtlich ihrer eigenen Verantwortung. Sie hinterfragen ihre bisherige Tabuisierung kritisch, benennen, dass sie sich ihrer Verantwortung bewusst sind und diese zukünftig wahrnehmen möchten.

E: (...) Ach, da würden mir so einige Sachen einfallen. Aber ich weiß nicht, ob ich dann die Verantwortung dann auf die Lehrer abwälze, was ich ja dann eigentlich auch nicht unbedingt möchte. (Interview Eltern\M.2: 486)

13.2.4 Folgen des Gesprächs

Alle Eltern berichten über positive Auswirkungen der Enttabuisierung gegenüber den Lehrpersonen. Insbesondere die Eltern, deren Kinder in der Schule unangemessene Verhaltensweisen, wie Aggressionen gegen Lehrer und Mitschüler, Arbeitsverweigerung oder Unterrichtsstörungen zeigen, sehen Veränderungen im Verhalten der Kinder nach der Enttabuisierung. Die Verhaltensauffälligkeiten zeigen sich seltener und sind schwächer ausgeprägt, die Integration in die Klasse und die schulischen Leistungen haben sich verbessert. Zudem sind die Kinder gegenüber den Lehrern, die von der Erkrankung erfahren haben, positiver eingestellt, sehen diese als Vertrauenspersonen und zeigen ihnen gegenüber ein respektvolleres Verhalten. Auch bei

den Kindern, die in der Schule keine Verhaltensauffälligkeiten zeigen, emotional aber stark belastet sind, berichten die Eltern von positiven Veränderungen, da es den Kindern durch die Unterstützung der Lehrer besser gelingt, die Belastungen zu bewältigen.

E: Ja, also beim ersten Mal [erster Klinikaufenthalt, vor der Enttabuisierung in der Schule, Anmerk. E.B.] hat sie sich dann so ein bisschen zurückgezogen, das hat sie beim zweiten Mal eigentlich gar nicht gemacht. (Interview Eltern\M.9: 46)

Als Gründe für diese positive Entwicklung sehen die Eltern ein verändertes Verhalten der Lehrer zu den Kindern, da sie mehr Verständnis und verstärkte Rücksichtnahme zeigen, aufgrund der Informationen gezielter und effektiver auf Fehlverhalten eingehen können und das persönliche Gespräch mit den Eltern und Schülern suchen. Die Eltern sind von den genauen Beobachtungen der Lehrer, der Offenheit und den Überlegungen, wie es gelingen kann, das Kind zu unterstützen, positiv überrascht.

Zudem empfinden die Eltern im gemeinsamen Austausch eine verstärkte Rücksichtnahme auf ihr Wohlbefinden. Zwar erkundigen sich die Lehrer nicht erneut nach dem Gesundheitszustand, die Eltern bemerken jedoch, dass die Lehrer Informationen behutsamer geben und abwägen, wie stark sie den Elternteil belasten können. Obwohl die Eltern an das Gespräch die Erwartung der Gleichbehandlung mit psychisch gesunden Eltern geknüpft haben, empfinden sie diese Rücksichtnahme der Lehrer als sympathisch und angenehm. Befürchtete negative Veränderungen in dem Verhalten der Lehrer oder in der Kommunikation in Form von Ablehnung oder Vorurteilen sind nicht eingetreten.

E: Ja, ich habe nur geschmunzelt, weil ich habe das Gefühl gehabt, die wollen mich einfach SCHONEN (lacht) und ich habe das nicht laut gesagt und so, also gar nicht. Ich fand das sympathisch, also ich fand das richtig nett (lacht), also das hat mich jetzt nicht irgendwie gestört oder so. Ich fand das witzig, ja. (Interview Eltern\M.7: 100)

Neben der verstärkten Rücksichtnahme der Lehrer, haben die Gespräche vielfach eine verbesserte Kooperation zwischen Lehrern und Eltern zur Folge. Es besteht ein enger Kontakt zum regelmäßigen gegenseitigen Austausch über Auffälligkeiten der Kinder, Fehlverhalten und Absprachen über notwendige Konsequenzen. Zudem stellen sich die Lehrer auf die Ressourcen und Probleme der Elternteile ein, so dass die Kooperation zum Beispiel telefonisch erfolgt, wenn es den Eltern erkrankungsbedingt nicht möglich ist, in die Schule zu kommen.

E: Sie ruft mich an. Also ich muss nicht hin oder so. Wir telefonieren dann. Und ich kann dann hier zu Hause agieren und sagen: "Hier pass auf, PC-Verbot." oder Stubenarrest oder was. Damit wir das in den Griff kriegen. (Interview Eltern\M.4: 82)

Da die meisten Eltern insbesondere den Regelungen für instabile Phasen oder erneute Klinikeinweisungen eine große Bedeutung beimessen, werden konkrete Absprachen für diese Zeiten getroffen. Sie vereinbaren, dass die Lehrer durch kurze schriftliche Mitteilungen, die die Kinder den Lehrern aushändigen, über Veränderungen im Tagesablauf der Kinder und insbesondere über eine stationäre Behandlung informiert werden. Zudem erhalten sie die Kontaktdaten weiterer Personen aus dem nahen sozialen Umfeld der Familie, die zu der Zeit die Betreuung und Versorgung der Kinder übernehmen.

E: Ja, also die Schule hat die Telefonnummer meiner Mutter, die hatte ich ihnen da gegeben, wie ich in der Klinik war, falls was Besonderes ist oder dann versuchen über Handy, aber dass sie im Moment eben bei meiner Mutter war, wussten die auch. Und auch die Kontaktmöglichkeiten. (Interview Eltern\M.9: 176)

Im Hinblick auf die Folgen der Enttabuisierung betonen alle Eltern resümierend, dass sie den offenen Umgang gegenüber den Lehrpersonen als richtige Entscheidung ansehen und daher diesen Weg wieder gehen würde. Zudem erleichtern die positiven Erfahrungen den Eltern bei erneuten Krankheitsphasen oder weiteren Belastungen auf die Lehrer bzw. andere Ansprechpartner innerhalb der Schule zuzugehen.

E: Und, also ich würde es auch weiter so handhaben, wenn denn irgendwann mal ein Rückfall wäre, dass ich dann auch wieder an die Schule gehen würde und sagen würde, ist wieder akut, und (...) ja. Einfach, weil ich weiß, ich bin gut damit gefahren, die haben das also wirklich nicht thematisiert, sondern die wissen halt, okay, haben ein besonderes Augenmerk darauf, und falls sich im Verhalten etwas ändern sollte, dann (...) wissen die, was Sache ist, und können dann gezielt entweder F. oder mich darauf ansprechen. (Interview Eltern\M.6: 288)

E: Zumindest also, die Frau G. (Schulsozialarbeiterin, Anmerkung E.B.) hat es mir unheimlich angetan, also es wäre sicherlich eine Person, der ich es ganz sicher sagen würde. (Interview Eltern\M.5: 479)

13.2.5 Ansprechpartner in der Schule

Die Eltern, die Gespräche mit den Schulsozialarbeitern geführt haben und deren Kinder Unterstützung durch die Fachkräfte bereits erhalten, betonen die Notwendigkeit dieser Ansprechpartner und Vertrauenspersonen für die Kinder. Sie erhalten die Möglichkeit, sich bei persönlichen und familiären Belastungen an die Fachkräfte wenden zu können und gezielte Unterstützung zu erhalten, ohne Auswirkungen auf die Beziehung zum Lehrer oder die Bewertungen der schulischen Leistungen befürchten zu müssen.

Die in der Zusammenarbeit mit den Schulsozialarbeitern erlebte vorurteilsfreie Haltung sowie die besondere Beachtung der Hilfebedarfe der Familie, wirken auf die Eltern beruhigend, da sie sicher sein können, dass die Kinder in der Bewältigung der Belastungen Unterstützung erhalten. Zudem wird die Zusammenarbeit als sehr positiv beschrieben, da die Eltern in einer wertschätzenden Gesprächsatmosphäre ihre Hilfebedarfe zum Ausdruck bringen können, Anregungen zur Bewältigung der Belastungen sowie Kontaktadressen für weitergehende schulexterne Hilfen erhalten.

E: Also was ich ganz positiv fand, trotz des erschreckenden Gesprächs war, dass die Frau G. mir, als Sozialarbeiterin an der Schule ja tätig, sehr gesonnen erschien auch. Auch der J. gegenüber. OBWOHL sie ja (schmunzelt) ich weiß nicht was erzählt hatte, was dann gar nicht so stimmte. Aber ich nicht den Eindruck hatte, sie wertet sie jetzt ab in irgendeiner Art und Weise. Und für mich war dann auch positiv zu wissen, dass Frau G. noch mal extra hinschaut. Und sie J. angeboten hat, du kannst jederzeit kommen, wenn etwas ist. Das war für mich so ein Stück weit Sicherheit (Interview Eltern\M.5: 431)

E: Ich fand das super Gespräch mit Frau B. (Sozialpädagogin, Anmerkung E.B.), das war wirklich total angenehm, sie hat zugehört und hat wirklich dann auch versucht Tipps zu geben, so mit Caritas und allem. Und das fand ich schon sehr wichtig, dieses Gespräch, also für mich war das auf jeden Fall hilfreich (Interview Eltern\M.7: 188)

Die Eltern, die die Erkrankung bisher nur mit den Lehrern thematisiert haben und aufgrund der erhaltenen Unterstützung keine weiteren Hilfebedarfe sehen, sind noch nicht in Kontakt mit den Schulsozialarbeitern getreten. Einige Eltern wissen trotz des vorhandenen Angebotes nicht, dass diese Fachkräfte an der Schule tätig sind oder sind nicht über Zuständigkeiten und Aufgaben der Sozialarbeiter informiert. Dies führt dazu, dass die Eltern ihren Kindern diese nicht als Ansprechpartner nennen können.

E: Ich weiß es ehrlich gesagt nicht, ob es Sozialarbeiter gibt. (...) (leise) Gibt es das? (Interview Eltern\M.6: 426)

13.2.6 Thematisierung im Klassensetting

Alle Eltern befürworten eine Thematisierung psychischer Erkrankungen, um die Schüler über Ursachen, Auswirkungen auf das persönliche Erleben und den familiären Alltag sowie über Belastungen der Familienmitglieder aufzuklären und so Stigmatisierungen entgegenzuwirken. Sie erhoffen sich eine erhöhte Sensibilität und Verständnis für die Lebenssituation betroffener Schüler, ohne dass die Kinder ihre persönliche Situation offenlegen müssen.

E: Ja, ich fände das schon ab einer bestimmten Klasse, siebte, achte Klasse, schon praktischer, wenn man solche Aktionen mal macht. Dass man sagen kann, hier: Warum hat man Depressionen? Depressionen sieht man einem ja auch nicht an oder, ne? Ich denke mir schon, wenn J. erzählen würde: "Meine Mama arbeitet in B. in der REKON.", dass der gehänselt würde. "Deine Mutter ist ja behindert." Oder sonst irgendwas, klar. Weil die alle nicht richtig aufgeklärt sind über diese Aktion, ne? Und ich denke mir, ab siebter Klasse oder so könnte man so einen Aufklärungsunterricht eigentlich ganz gut mal gebrauchen. (Interview Eltern\M.4: 344)

Während die Eltern eine Behandlung der Thematik im Unterrichtssetting der älteren Schüler für sinnvoll erachten, befürchten sie, dass bei jüngeren Schülern eine Thematisierung Angst auslösen könnte, da sich die Sensibilität der Kinder gegenüber ihren eigenen Eltern durch das erworbene Wissen verändern könnte und Verstimmungen beim Elternteil oder nicht nachvollziehbare Reaktionen dann von den jüngeren Kindern als psychische Erkrankung interpretiert werden könnten.

E: Ja, oder dass sie halt eben anfangen, ihre Eltern genauer zu beobachten, oder vielleicht Fragen zu stellen, wo die Eltern nicht wissen, wie sie darauf reagieren sollen. Beziehungsweise, dass sie dann, ich meine, jeder hat mal einen schlechten Tag, und je nachdem, wie sich der äußert, dass die Kinder dann vielleicht verfrüht auf solche Gedanken kommen, oh mein Gott, mein Papa, und (...) (Interview Eltern\M.6: 394)

Im Gegensatz zum Aufgreifen der Thematik als Unterrichtseinheit stehen die Eltern einer Enttabuisierung der persönlichen Situation ihrer Kinder im Klassensetting skep-

tisch gegenüber. Sie sehen die Gefahr in einem Verlust von Freundschaften, Ausgrenzungen und Stigmatisierungen.

E: Auch dass er seine Freunde vielleicht verliert. Weil die denken, ach, die hat einen an der Klatsche, dann (stammeln) hat der Sohn auch einen an der Klatsche. (Interview Eltern\M.8: 330)

Die Eltern jedoch, die innerhalb der Familie und ihren sozialen Netzen sowie gegenüber den Lehrern offen mit der Erkrankung umgehen, stehen auch der Enttabuisierung gegenüber den Mitschülern offen gegenüber. Sie überlassen die Entscheidung zur Enttabuisierung allein ihren Kindern und geben keine Einschränkungen bezüglich der Inhalte, die die Kinder an Freunde und Mitschüler weitergeben.

E: Ja. Weil, ich kenne die Kinder so weiter nicht, und da muss F. selbst entscheiden, wem sie das erzählt, oder was sie demjenigen dann erzählt. (Interview Eltern\M.6: 382)

13.2.7 Ausgewählte Interviewergebnisse aus der Gruppe der akut erkrankten Eltern

Zwei der interviewten Elternteile waren zum Zeitpunkt der Interviews akut psychisch erkrankt und befanden sich in einer stationären Behandlung bzw. wenige Tage vor der vom ambulant behandelnden Psychiater angesetzten Aufnahme. In den Interviews zeigen sich deutliche Unterschiede zu den Eltern, die sich in einer stabilen Phase befinden. Diese Aspekte, in denen die Auswirkungen einer akuten Krankheitsphase deutlich werden, werden deshalb im Folgenden gesondert fokussiert.

Elterliche Erkrankung

Die Eltern benennen zwar die gestellten Diagnosen und beschreiben die Auswirkungen auf den Alltag, stellen aber zugleich die Diagnosen oder das Vorliegen einer psychischen Erkrankung in Frage.

E: Ich bin nämlich gar nicht psychisch krank. (Interview Eltern\M.10: 453)

Sie beschreiben Veränderungen der Wahrnehmung und des Denkens, wie zum Beispiel der Fähigkeit, zurzeit im Unterbewusstsein mit Toten kommunizieren zu kön-

nen. Hinzu kommen Strukturlosigkeit und Impulsivität, die mit schnellen Stimmungswechseln und verbalen Anfeindungen gegenüber den Kindern einhergehen.

E: Ja, nur, muss man sagen durch meine Erkrankung, habe ich Tage dabei, wo ich einfach keinen, ja/ (stammelt) Da habe ich kein Level. Dann kann auch schon mal sein, dass ich ausflippe, ne? Also ich haue sie nicht. Aber ich habe sie lange verbal misshandelt. Ne? (Interview Eltern\M.10: 22)

Die Eltern erleben ihre Situation als sehr belastend, beängstigend und aussichtslos, was zeitweise zu Selbstmordgedanken oder Gedanken an einen erweiterten Suizid führt. Insbesondere Gedanken, die Kinder zu verletzen, zu misshandeln oder zu töten lösen bei den Eltern starke Ängste aus und werden im Rahmen der Behandlung thematisiert.

E: Und da habe ich immer die Bilder gehabt. L. steht vor mir. Ich nehme einen Hammer und haue ihr damit auf den Kopf. Mehrfach. (Interview Eltern\M.10: 459)

E: viel zu wenig zu essen und Magenschmerzen zu haben wie blöde und alle fünf Minuten anfangen zu flennen" und habe dann für mich auch die Gefahr gesehen, dass es vielleicht dann doch mal irgendwann so schlimm wird, dass man auf dumme Gedanken kommt. (Interview Eltern\V.6: 26)

E: Und wenn dann so jemand kommt/ So, hier so Lehrer. Die einem indirekt dann sagen wollen: "Ihr Kind ist bei Ihnen nicht gut aufgehoben." Ja, und man DANN hin geht. Und man dann als Mutter hin geht und überlegt, weißt du was, verlasse diese Scheißwelt und nimm dein Kind mit. (Interview Eltern\M.10: 690)

Trotz der Auswirkungen der akuten Krankheitsphase auf das Verhalten der Eltern und die Gestaltung des Alltages, kommunizieren die Eltern nur eingeschränkt mit den Kindern über die Erkrankung. Auswirkungen auf den Alltag werden zwar beschrieben und diese auch auf eine psychische Erkrankung zurückgeführt, Diagnosen werden jedoch nicht genannt, da die Eltern selbst die Diagnosen in Frage stellen oder keine Worte finden, mit denen sie den Kindern die Erkrankung erklären können.

E: Eigentlich habe ich denen nur gesagt, es geht mir nicht gut. Ja? Weil, (lachend) genauer konnte ich das auch nicht definieren, ne? (Interview Eltern\V.6: 30)

Auffälligkeiten der Kinder

Die Auffälligkeiten der Kinder zeigen sich in Verhaltensweisen, die insbesondere von schulischer Relevanz sind, wie Unruhe der Kinder, Konzentrationsprobleme und Strukturlosigkeit, so dass es zu fehlenden Materialien oder Hausaufgaben kommt

und Aufgaben unvollständig ausgeführt werden. Der Fokus der Eltern in Bezug auf die Auffälligkeiten der Kinder liegt jedoch in den psychischen Auffälligkeiten, wie Autoaggressionen oder suizidale Gedanken, die insbesondere in den akuten Krankheitsphasen verstärkt sind. Trotz dieser Auffälligkeiten, die die Eltern wahrnehmen, lehnen sie zurzeit eine therapeutische Behandlung oder eine sozialpädagogische Unterstützung der Kinder ab, da sie sich aufgrund eigener Therapieerfahrungen, der guten Beziehung zu ihren Kindern und dem Wissen um die aktuellen Belastungen selbst in der Lage sehen, durch eigenes Handeln und Gespräche mit den Kindern professionelle Hilfen zu ersetzen.

E: Weil ich arbeite Zuhause. Also ich bin praktisch L.s Therapeutin. Sozusagen. (Interview Eltern\M.10: 178)

Einstellungen der Eltern zur Schule

In den Interviews bringen die Eltern fortwährend ihre negativen Einstellungen zur Schule zum Ausdruck, die sich auf zwei Aspekte beziehen: zum einen auf die Einstellungen und Verhaltensweisen der Lehrer im Kontakt mit den Eltern, zum anderen auf systembedingte Strukturen.

Die Eltern fühlen sich von den Lehrern nicht ernstgenommen. Sie erleben, dass ihre Erziehungskompetenz infrage gestellt, auf ihre Bedürfnisse und Erwartungen nicht eingegangen wird und sie sich nur durch Konfrontationen Respekt und Beachtung verschaffen können.

E: Ja, ich muss auf Grund meiner Erkrankung wirklich teilweise, das können Sie auch gerne rausschneiden, ein Arsch sein. Anders geht es nicht. Anders kann ich mich NICHT mehr zur Wehr setzen.

EB: Das habe ich jetzt nicht ganz verstanden. Das heißt Sie müssen)/

E: Ja, also das heißt, ich habe EINFACH/ Ich HABE um meine Tochter zu schützen solange aus der Schule gelassen, das war über eine Woche. Bis sie von sich aus gesagt hat: "Mama, ich gehe wieder zur Schule."

EB: Oh, ja. Und inwiefern bringen Sie das mit Ihrer Erkrankung in Verbindung?

E: Ja, weil ich auf Grund meiner Erkrankung nicht ernst genommen werde. (...) (Interview Eltern\M.10: 38-42)

Die Eltern empfinden die Zusammenarbeit mit den Lehrern nicht als Kooperation auf Augenhöhe, sondern erleben eine von den Lehrern ausgehende Unterscheidung von

Hierarchiestufen. Zudem nehmen sie ein verändertes Verhalten der Lehrer ihnen gegenüber wahr. Sie fühlen sich stärker beobachtet und gehen davon aus, dass die Lehrer erkrankungsbedingte Auffälligkeiten fokussieren.

E: Da schlägt einem ja doch schon eine ziemlich starke Arroganz entgegen bei den Herrschaften da (Interview Eltern\V.6: 88)

E: JA. Nee, die/ sie, die Frau K., die ist/ Ja, die guckt manchmal so komisch. Also ich kann sie noch nicht so einordnen. SO ist sie ziemlich lieb und bemüht sich auch. Und ich kann auch sehr gut mit ihr. Aber/ Ja ist/ Wie gesagt, ist sehr schwer einzuschätzen. Sie beobachtet mich auch sehr oft. Ne? Wenn ich dann mal bin. Und sie macht sich schon/ Also man merkt, das rotiert bei ihr im Kopf, ne? (Interview Eltern\M.10: 301)

Aus dieser Hierarchisierung heraus sind die Lehrer nach Ansicht der Eltern nicht bereit, auf Vorschläge oder Vorstellungen der Eltern einzugehen und Kompromisse zu finden. Die Eltern fühlen sich zur Rechtfertigung eigener Entscheidungen oder Einstellungen gezwungen. Ihrer Ansicht nach gelingt es den Lehrern nicht, die elterliche Meinung zu akzeptieren und in die Überlegungen mitaufzunehmen.

E: Ja, und ich habe immer das Gefühl, dass ich mich rechtfertigen muss. Und dieses Gefühl (stammelt), ich sage das jetzt mal auf Deutsch, das kotzt mich manchmal so an. (Interview Eltern\M.10: 535)

Hinzu kommen Kritiken der Eltern bezüglich der pädagogischen und fachlichen Fähigkeiten der Lehrer, die sich auf eine mangelnde Flexibilität und fehlende Rücksichtnahme bezieht. Es gelingt den Lehrern nicht, sich auf die Erkrankung des Elternteils einzustellen und Lösungen zur adäquaten Unterstützung des Kindes zu finden. Daher sehen es die Eltern als notwendig an, selbst aktiv zu werden und Lösungswege aufzuzeigen.

E: Also man kann verzweifeln an den Lehrern, ne? Da werden Sie dann auch noch, also (lachend) mir ging es ja eh schon nicht gut, ich habe meinen Job verloren, und weiß sowieso nicht, wie es weitergeht, dann kommt von der Seite noch der Stress. Ich habe mich zwar auf das Gespräch eingelassen, aber die Lösung habe eigentlich ich gefunden. Ja? Und da begreife ich nicht, warum die Herren Pädagogen nicht mal selber drauf gekommen sind und gesagt haben "so, komm, dann versuchen wir mal irgendwie ein anderes System, wenn sie das nicht/". (Interview Eltern\V.6: 46)

Die negativen Einstellungen des Elternteils beziehen sich neben diesen Kritikpunkten zu den Lehrpersonen auch auf strukturelle Aspekte. Sie kritisieren den hohen Leistungsdruck, den die Kinder erleben, das hohe Stundenkontingent und die zusätzlichen Aufgaben, die angefertigt werden müssen, und bemängeln die geringen zeitlichen Möglichkeiten, die die Kinder zum Ausgleich nutzen können.

E: Also ich bin (...) vor diesem enormen Leistungsdruck, der heute von den Kindern/ oder den Kindern auferlegt wird, ich halte das für absolut überzogen. Also wirklich mal so ein bisschen die Kirche im Dorf lassen. Das sind alles keine Maschinen. Ich kann nicht über Jahrzehnte die Lehrpläne immer höher fahren, gerade jetzt, wo ich hier bin (psychiatrische Klinik, Anmerk. E.B.), hat mich das sehr nachdenklich gemacht. (Interview Eltern\V.6: 122)

In den Auswirkungen des Leistungsdrucks sehen sie Parallelen zu eigenen Erlebnissen, die zur psychischen Erkrankung beigetragen haben, und befürchten eine Überforderung der Belastungsgrenzen der Kinder.

E: Genau. 100 Prozent, 98 Prozent ist schon scheiße. Dann/ das finde ich, das ist unheimlich brutal, die kriegen ja keine Anerkennung, die kriegen ja nur drauf. Ja. Das ist eigentlich das, wo ich dran zerbrochen bin, weil ich das die letzten 15 Jahre mitgemacht habe. (...) Und so ein Kind, was soll das dem entgegensetzen? Ja? (Interview Eltern\V.6: 126)

Kooperation zwischen Eltern und Lehrern

Die Einstellungen und bisherigen Erfahrungen der Eltern in der Zusammenarbeit mit den Lehrern wirken sich stark auf die weiteren Kooperationen aus. Insbesondere in akuten Krankheitsphasen gelingt es den Eltern kaum, konstruktive Kritik anzubringen. Stattdessen konfrontieren sie die Lehrer mit den negativen Einstellungen und versuchen Druck auszuüben, indem sie eine Anpassung der Lehrer an die Erwartungen der Eltern fordern. Gemeinsame Gespräche werden somit nur genutzt, um den Lehrern das weitere Vorgehen und die Entscheidungen mitzuteilen.

E: Genau. Das ist es nämlich. Das ist doch dieses Schubladen-Denken. Ich sage: "L. und ich“, Ich sage: "Habe ich Ihnen schon mal gesagt, wir leben in unserer eigenen Gesellschaft." Ich sage: "ICH mache die Regeln. Und sonst keiner." Ja, aber das will NIE einer glauben. Das ist das Problem an der Sache. Die meinen alle, ich hätte einen an der Waffel. (Interview Eltern\M.10: 196)

Die Notwendigkeit für diese Konfrontationen sehen die Eltern in ihrer Aufgabe, ihr Kind zu schützen und zu verteidigen, für ihr Kind zu sorgen und Probleme zu lösen.

Diese Rolle, die sie als Elternteil einnehmen, sehen sie als Gegensatz zur Rolle der Lehrer. Überschneidungen oder gemeinsame Ziele sehen sie nicht, so dass Entscheidungen nur klar zu Gunsten der einen oder anderen Seite getroffen werden können.

E: Ich sehe es aus der Sicht/ Ich bin L.s Mutter. Ich bin emotional gebunden. Und die sehen es aus fachlicher Sicht. Wie auch immer. Und das sind/ Das ist ja wie, (...) ja, China und Korea, wenn die sich bekriegen, sage ich mal. Ja ist doch so. (Interview Eltern\M.10: 818)

Die Lehrer reagieren nach Aussagen der Eltern nicht mit Gegenkonfrontationen, sondern mit der Annahme der elterlichen Lösungswege. Sie umgehen weitere Diskussionen und versuchen kaum, den eigenen Standpunkt zu verteidigen.

E: Ich sage: "Frau K.“, Ich sage: "Fakt ist, mein Kind wächst auf bei einer psychisch kranken Mutter. Ja? Dürfen wir nicht vergessen. Der zweite ist, mein Kind hat Defizite." Ich sage: "Und sie hat eine Essstörung. Das wissen wir auch." Ich sage: "Und wir können aber in allem auch was/ Also wir können jetzt hingehen und das erst mal gar nicht so bewerten. […] Wir KÖNNEN aber auch hingehen, eine Grundsatzdiskussion daraus machen. Und noch ein bisschen weiter hinein interpretieren." Ich sage: "Die Möglichkeiten haben wir. Und Sie dürfen jetzt aussuchen, was wir machen." (...) "Ja, nee, nee. Ich will ja nicht mit Ihnen diskutieren.“ (Interview Eltern\M.10: 153-154)

Nehmen die Eltern eine Gegenreaktion der Lehrer wahr, reagieren sie mit unkonkreten Drohungen, die weiteren Druck auf die Lehrer ausüben und diese zur Annahme der elterlichen Sichtweisen und Vorhaben zum weiteren Vorgehen bewegen sollen.

E: "Ich bin zu allem bereit." Ich sage nur: "Pinkelt man mir oder meinen Kind an die Karre“, ich sage: "Dann ist Feierabend." (Interview Eltern\M.10: 36)

13.3 Interviews Lehrer

13.3.1 Verhalten der Kinder in der Schule

Die Lehrer schildern ihre Beobachtungen über das Verhalten der Kinder in der Schule sehr genau und berichten insbesondere von Verhaltensauffälligkeiten, die sich im Unterricht und im Kontakt zum Lehrer zeigen.

Bei dem Großteil der Kinder zählen dazu Verwirrtheit, Nervosität und Unsicherheit. Hinzu kommen nicht altersentsprechende Verhaltensweisen, so dass die Schüler entweder als sehr kindlich und albern oder aber als übermäßig erwachsenenorientiert beschrieben werden. In einigen Situationen wirkt das Verhalten auf die Lehrer derart befremdlich, dass sie ihre eigenen Unsicherheiten bezüglich eines adäquaten Umgangs, ihre Erschrockenheit und zugleich ihre Besorgnis zum Ausdruck bringen.

Lehrer (L): Es fällt mir immer auf? Wenn man sieht (Nebengeräusch Pausenglocke), sehr sehr, sehr erwachsenenorientiert. Erwachsenensprache zum Teil, ne? Also ich vermisse ihn ihr manchmal das naive kindliche, ne? (Interview Lehrer\L.2: 148)

L: Auch bei Problemen hat er meistens Selbstmordgedanken gehabt. Aber in den grausamsten Bildern, wie er sich da umbringen möchte. Also, es ist unglaublich. (Interview Lehrer\L.7: 24)

Diese Verhaltensauffälligkeiten zeigen sich insbesondere in Situationen, in denen die Lehrer ermahnen, Grenzen aufzeigen oder Konsequenzen umsetzen und von den Schülern eine Anpassung an Regeln und Vorgaben verlangen. Während einige Schüler daraufhin nervös und unsicher werden oder aus dem Klassenraum laufen, suchen andere die Konfrontation mit den Lehrern, indem sie die Autorität in Frage stellen und die Konsequenzen nicht akzeptieren wollen. Nach Ansicht der Lehrer sind sich die Schüler ihres Fehlverhaltens bewusst und leugnen es nicht. Dennoch können sie sich das Verhalten nicht erklären, schaffen es kaum, sich zu kontrollieren und sind schnell verunsichert, ob ihr Verhalten angemessen ist.

L: Ja, also, ich nehme an, er weiß: Irgendwas stimmt mit ihm nicht. Aber er weiß nicht, an was es liegt. Da macht ihn unsicher. (Interview Lehrer\L.7: 50)

Hinzu kommt, dass die Kinder im weiteren Unterrichtsverlauf den gestellten Aufgaben nicht nachgehen, sich nicht an Unterrichtsinhalten beteiligen und Mitschüler durch Nebengespräche ablenken. Die Aufforderungen zur Mitarbeit, Ermahnungen und Auseinandersetzungen beeinflussen stark den Ablauf des Unterrichtes und

nehmen viel Zeit in Anspruch. Das Verhalten der Schüler wird daher von den Lehrpersonen als sehr störend empfunden.

L: Und sie kriegte immer wieder einen Hinweis darauf also ihr Verhalten zu ändern, ihre vorlaute Sache einzustellen, Unverschämtheiten zum Teil zu lassen, Beschimpfungen und und alles, die ganze Palette. Und ja. (Interview Lehrer\L.2: 60)

L: Ja, und ALLERDINGS stört sie den Unterricht durch viel Reden mit der Nachbarin und auch so laut rein rufen und wenn man sie dann bittet das zu stoppen, dann ignoriert sie das dann eben oder hat dann auch manchmal diese etwas aggressive Masche oder dieses (nachahmend) „hähä" oder dieses nicht ernst nehmen müssen des Lehrers (Interview Lehrer\L.5.1: 52)

L: Ja. Also man merkt und das klingt vielleicht gemein, aber man merkt wenn sie nicht da ist. Deutlich. Dann ist die Klasse ruhig. (Interview Lehrer\L.10: 48)

Zugleich aber beschreiben die Lehrer andere Situationen, in denen die Verhaltensauffälligkeiten nicht zum Vorschein kommen, sondern sich die Kinder konstruktiv am Unterricht beteiligen, altersentsprechend verhalten, Freude ausdrücken können aber auch Ärger und Probleme angemessen bewältigen. Die Schüler sind dann im Gespräch mit dem Lehrer sehr offen und zugewandt, berichten über ihren Alltag oder ihre Hobbies und suchen den Kontakt und die Aufmerksamkeit. Da jedoch die Verhaltensauffälligkeiten überwiegen und die Störungen im Unterricht in den Vordergrund rücken, verhindern diese eine positive schulische Entwicklung, obwohl die Lehrer von einer guten Auffassungsgabe und positiven Schulleistungen einiger Schüler berichten.

L: Sagen wir mal so, er ist auffällig insofern, als er, er ist ein guter Schüler. Er hat die Dinge schnell kapiert. Hat eine gute Auffassungsgabe. Und neigt dann manchmal dazu, ja ungeduldig zu werden. Er möchte etwas sagen, er möchte etwas loswerden. Und möchte dann am Liebsten immer dran genommen werden. Kann sich dann manchmal nicht bremsen. Ruft dann in die Klasse, plaudert die Lösung aus oder was auch immer, solche Dinge, ja? (Interview Lehrer\L.4: 21)

In die Klassengemeinschaft sind die Kinder nach Ansicht der Lehrer gut integriert. Sie werden von Mitschülern respektiert und haben solide Freundschaften geschlossen. Einige Lehrer betonen, dass die Schüler in der Klasse eine führende Position einnehmen, Meinungsbildner sind und sich andere an ihnen orientieren. Die Schüler streben diese Rolle bewusst an. Zugleich zeigen diese Schüler eine hohe Emotionalität und Solidarität gegenüber Mitschülern. Die Lehrer nehmen eine große Besorgnis

der Schüler um andere wahr und beobachten die Unterstützung der Mitschüler, die von den Schülern ausgeht.

Die Lehrer der Kinder, die sich in der Schule Regeln und Strukturen anpassen und nicht durch störende Verhaltensweisen auffallen, beschreiben insbesondere die Suche der Schüler nach Nähe zum Lehrer. Sie führen aus, dass die Kinder jede Möglichkeit nutzen, Kontakt zum Lehrer aufzubauen, mit ihm ins Gespräch zu kommen und seine Aufmerksamkeit zu erlangen.

L: F. ist sehr, sehr emotional, was das angeht. Und F. ist ein Kind, das im Grunde laufend nach Aufmerksamkeit sucht. Die steht jede Stunde, wirklich jede Stunde, bei mir vorne am Pult und nach der Stunde am Pult, total niedlich, so Sachen wie "Riechen Sie mal, ich habe einen neuen Tee" und/ also wirklich ganz, ganz tolle Sachen und/ Oder auch, wenn sie irgendwas beschäftigt, oder wenn sie was erzählen will: ich muss sie da jetzt schon mittlerweile so ein kleines bisschen schon wegdrücken, weil ich habe ja noch 28 andere Kinder, die auch kommen, (Interview Lehrer\L.6: 52)

L: Aber was ich dann wohl so an I. merke ist, dass sie sich immer sehr stark an eine Person dann hängt. Also das merke ich dann schon. Also zum Beispiel ich bin das dann jetzt im Moment, weil ich am meisten in der Klasse bin und dann muss ich auch manchmal sagen: "so, jetzt nicht, jetzt lass mich auch mal in Ruhe und jetzt spiele auch mal mit den anderen, die sind auch noch da". So. Das hat sie sehr stark. (Interview Lehrer\L.9: 34)

Wird den Kindern die gesuchte Aufmerksamkeit geschenkt, nehmen sie diese in einigen Situationen an, in anderen Situationen weichen sie zurück, indem sie abweisend reagieren und Aufmerksamkeit ablehnen. Diese Schwankungen zeigen sich insbesondere dann, wenn keine klaren Strukturen gegeben sind, wie Pausen, Freizeiten oder freies Arbeiten. Die Lehrer bemerken hierbei eine große Selbstunsicherheit der Schüler. Hinzu kommt eine hohe Emotionalität der Kinder: sie beginnen schnell zu weinen und ziehen sich daraufhin zurück, können aber auch laut und jähzornig reagieren.

L: Und sonst war eher J.s Strategie, dass sie immer dann, also so nach außen oder so wie sie dann drauf war, merkte man es ging ihr ganz, ganz schlecht. Und wenn ich sie dann angesprochen habe "ist nix. Ist schon gut. Ich kriege das alleine in den Griff. Lassen Sie mal. Nee, ich will jetzt nicht mit Ihnen reden.“ (Interview Lehrer\L.5.2: 168)

Zugleich wird von der sehr guten Anpassung der Schüler an Situationen gesprochen. Sie integrieren sich schnell in Klassengemeinschaften, passen sich veränderten Rahmenbedingungen an und richten ihr Verhalten auf die neue Situation aus. Zudem übernehmen sie anfallende Arbeiten in der Klasse, die der Gemeinschaft zu Gute kommen und führen diese gewissenhaft aus. Der Lehrer kann sich darauf verlassen und empfindet die Hilfe der Kinder als Unterstützung.

L: Zum Beispiel/ also die Kinder müssen in der Klasse Tisch eindecken und spülen und Essen holen und so. Und das geht bei ihr echt wie vom Schnürchen, weil sie das auch gewöhnt ist wahrscheinlich zu Hause, dass sie da auch ein bisschen mithilft. Also das schon. Oder sie nimmt dann auch die Kinder mit, die da ein bisschen schwächer sind, die nimmt sie dann auch mit und sagt denen genau: "du musst jetzt das machen und das machen und das". Und da kann ich mich dann auch darauf verlassen, das ist dann auch RICHTIG so. Also das ist dann alles kein Problem bei ihr so, die Routine so. (Interview Lehrer\L.9: 109-110)

Die Integration in die Klassengemeinschaft und der Kontakt zu Mitschülern sind dennoch mit Schwierigkeiten verbunden. Mitschüler wenden sich von den Kindern ab, da sie zum einen durch die Fixierung auf den Lehrer den Kontakt zu Gleichaltrigen vernachlässigen, zum anderen oft bestimmend wirken und sehr emotional reagieren.

L: Ja sie ist also, bei mir ist sie so angekommen, dass sie immer gerne auch bestimmen will. Sie ist aber so, und hat auch von der Lautstärke und der Wortwahl dann einen Ton am Leib, der ja auch unter Mitschülern eigentlich so hier nicht erwünscht ist. (Interview Lehrer\L.5.2: 30)

13.3.2 Verhalten der Eltern

Einige Lehrer berichten, dass die Eltern sehr an der schulischen Entwicklung ihrer Kinder interessiert sind und sich bemühen, das Kind zu unterstützen. Auch wenn die Bemühungen nur begrenzt zum Erfolg führen, werden sie von den Lehrern wertschätzend wahrgenommen. Dieses Bemühen der Eltern erleichtert den Lehrern die Kontaktaufnahme, wenn sie Schwierigkeiten thematisieren oder auf Auffälligkeiten hinweisen möchten, da sie bei den Eltern auf eine kooperative, offene und unterstützende Haltung treffen.

L: Aber generell haben wir immer offen auch mit ihr dann/ Also, ja, ein offenes Verhältnis, auch mit den Waffen und diesem Ganzen, so, und, ja, da ist sie schon sehr bemüht. (Interview Lehrer\L.7: 59)

Andere Lehrer erleben die Zusammenarbeit mit den Eltern als schwierig, insbesondere wenn es zu einer differenten Wahrnehmung von Situationen, Dringlichkeiten oder Handlungsbedarfen kommt. Wechselhaftes oder kaum kalkulierbares Verhalten der Eltern hemmen die Lehrpersonen im weiteren Umgang mit dem Kind und den Eltern ebenso wie Überreaktionen, da sie Eskalationen vermeiden möchten und daher ihr Verhalten auf die möglichen Reaktionen des Elternteils ausrichten.

L: Und jetzt hatte ich selber so ein Problem, weil ich vielleicht auch selber eine gewisse Elternkontakt-Phobie habe, und weil das vorbelastet war, habe ich die J. irgendwie, auch aus einem Egoismus heraus, irgendwie geschont, dass ich dachte "ach, komm, da trägst du nie mehr was ein, du sagst nichts mehr, du kriegst da nur Ärger", (Interview Lehrer\L.5.1: 40)

Verstärkt werden die Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit den Eltern, wenn es nur zu sehr wenigen persönlichen Kontakten kommt, die Eltern Termine zu Elternsprechtagen und Elternabenden nicht wahrnehmen und telefonisch kaum zu erreichen sind. Auch berichten die Lehrer von negativen Einstellungen einiger Eltern zur Schule, die die gemeinsame Kommunikation zusätzlich erschweren.

13.3.3 Erstmalige Enttabuisierung der elterlichen Erkrankung

Die Lehrer haben auf sehr unterschiedlichen Wegen von der elterlichen Erkrankung erfahren. So haben einige Schüler den Lehrer persönlich darüber informiert, nachdem sie aufgrund Fehlverhaltens von ihm zu Erklärungen aufgefordert worden waren.

L: Und dann bin ich aber mit ihr mal vor die Tür gegangen und habe ihr gesagt, dass ich das und das überhaupt nicht gut finde, und das habe ich jetzt zwei Jahre mir angeguckt und "du kannst ja auch nett sein und warum so?" und in DEM Zusammenhang hat SIE mir das dann anvertraut mit der Krankheit der Mutter. (Interview Lehrer\L.5.1: 52)

Die Kinder berichten in den sehr emotionalen Gesprächen über die innerfamiliäre Tabuisierung, die Unsicherheiten, die Belastungen, die für sie mit der Erkrankung verbunden sind, und den persönlichen Hilfebedarf. Sie nutzen das Gespräch aber auch, um ihr Fehlverhalten zu erklären und zu rechtfertigen.

Auch andere Lehrer sind von den Kindern informiert worden, jedoch haben die Schüler um das Gespräch gebeten, um offen über die Klinikeinweisung des Elternteils, die

Veränderungen im Alltag, die Möglichkeiten des Besuchs und die eigenen Sorgen zu berichten.

L: Dass der Papa in einer Klinik ist, sehr weit weg ist, und erst am Wochenende nach Hause kommt. Und ich habe dann gesagt, "F., darf ich denn fragen, was hat Papa denn?" Ja, und sie hat gesagt: "Papa ist psychisch krank." (Interview Lehrer\L.6: 122)

Der Großteil der Lehrer hat von den erkrankten Elternteilen selbst die Informationen erhalten. Die Eltern nutzten dafür ein erstes Treffen zu Beginn des Schuljahres und schilderten die Diagnosen, die Auswirkungen auf den familiären Alltag und die Beziehung zum Kind und mögliche Einschränkungen in der Zusammenarbeit mit den Lehrern. Sie legten aber auch dar, dass sie um die Belastungen des Kindes wüssten, sich in Behandlung befänden und versuchten, trotz der Erkrankung das Kind bestmöglich zu unterstützen.

L: Sie hat direkt gesagt sie hätte eine psychische Erkrankung und Borderline und sie könnte nicht immer, auch gefühlsmäßig, so mit L. umgehen, wie sie das gerne möchte und wie es für L. wichtig wäre. Und dass sie ihr bestes versucht und auch immer in Behandlung ist und ja. Das hat sie direkt am Anfang gesagt. (Interview Lehrer\L.10: 82)

L: Hat mir erklärt, „die und die Sachlage ist gegeben. Und es ist für mich schwierig, sagen wir mal so, an Elternsprechtagen oder solchen Anlässen teilzunehmen, weil mir das eben einfach schwerfällt, da rauszugehen und persönlich aufzutreten." Sie würde das dann gerne lieber telefonisch machen oder so. Habe ich gesagt: „Okay, kein Thema, können wir gerne machen." (Interview Lehrer\L.4: 41)

Sehr positiv wahrgenommen wurde dabei die Einstellung der Eltern, die Lehrer in ihrer Arbeit unterstützen zu wollen und durch gemeinsame Vorgehensweisen und Absprachen die Kinder bestmöglich in ihrer schulischen und persönlichen Entwicklung zu fördern.

Reaktionen der Lehrer auf die Enttabuisierung

Die Reaktionen der Lehrer unterscheiden sich in einer zur Kenntnisnahme einerseits und einer näheren Thematisierung andererseits. Die Lehrer, die von den Eltern über die Erkrankung in Kenntnis gesetzt wurden, sind in dem Gespräch nicht näher auf die Informationen eingegangen, so dass sich keine weitere Thematisierung ergeben hat.

L: Ich habe das zur Kenntnis genommen. Und ansonsten habe dann da jetzt nicht nachgehakt oder so. (Interview Lehrer\L.4: 43)

L: Nee, wir haben nicht/ Mhm (verneinend) Wir haben gar nicht nachgefragt. (Interview Lehrer\L.7: 59)

Den Lehrern jedoch, die von den Kindern über die Erkrankung informiert wurden, war es wichtig, den Kindern Raum zu geben, von ihren Belastungen und Hilfebedarfen berichten zu können. Einige nutzten die Gelegenheit, den Kindern eine Rückmeldung zu ihren Verhaltensweisen zu geben, und zugleich ihr Verständnis auszudrücken. Andere gehen intensiv auf die Erkrankung ein, indem sie Fragen stellen zur Behandlung, zum familiären Alltag und insbesondere zu den Auswirkungen und Belastungen für Kind.

L. Na, ich habe ihr dann gesagt "du bist ja schon mal so fies und aggressiv und so weiter und kannst auch nett sein und dass mich das eben stört, wenn du so bist" und hab ihr gesagt "aber nachdem, was du mir erzählst, kann ich das besser VERSTEHEN". (Interview Lehrer\L.5.1: 72)

Sie geben ihnen zu verstehen, dass eine psychische Erkrankung nichts Außergewöhnliches ist und viele Menschen daran ähnlich wie an körperlichen Erkrankungen leiden, versichern den Kindern aber zugleich, dass sie um die Belastungen wissen, die mit der Erkrankung verbunden sind. Die Lehrer greifen die Ängste und Sorgen der Kinder auf, nehmen sie ernst und zeigen Verständnis für die Belastungen der Familie, relativieren die Ängste aber zugleich und machen den Kindern Mut, indem sie verdeutlichen, dass psychische Erkrankungen behandelbar sind und die Familie lernen kann, damit umzugehen.

L: Und auch wirklich/ und ich habe F. auch gesagt, als sie wirklich traurig war und geweint hat, weil Papa eben da ist und so lange weg ist. Gesagt "F., aber das was du mir erzählst, das ist HEILBAR. Dein Papa ist ein starker Mann, der SCHAFFT das. Du musst dem Zeit geben." Aber ich habe ihr gesagt "Ich bin heilfroh, dass du mir jetzt nicht sagst, dein Papa hat ganz doll Krebs. Da hätte ich jetzt noch VIEL mehr Bauchschmerzen. Das hier ist schwer und traurig für euch als Familie, aber das ist zu schaffen, der kommt WIEDER. Warte mal ab. Nächstes Jahr Ostern, dann kucken wir noch mal. Das wird BESSER, „ habe ich gesagt, "gib ihm Zeit. Der muss/ aber dein Papa der ist stark und der schafft das und der kommt WIEDER." Einfach, um das auch in so einer Relation zu bringen. (Interview Lehrer\L.6: 320)

Die Lehrer betonen in dem Gespräch die hohe Relevanz der professionellen Unterstützung des Elternteils durch fortwährende Therapien und Klinikaufenthalte zur Behandlung der Erkrankung. Da die Entscheidung zur Therapie jedoch nicht selbstverständlich ist, heben die Lehrer hervor, wie bemerkenswert dieser Schritt ist. Zugleich verdeutlichen die Lehrer den Kindern, dass sie den Elternteil darin unterstützen können, die Krankheit zu bewältigen. Die Lehrer sehen die Möglichkeiten der Kinder zur Unterstützung in positivem Verhalten und guten schulischen Leistungen. Zur Realisierung dessen sowie zur emotionalen Entlastung bieten die Lehrer den Kindern ihre Unterstützung an.

L: Sie war traurig und sie macht sich Sorgen um Papa und es ist ihr nicht recht, dass Papa so lange weg ist. Ja? Und ich habe ihr halt gesagt, "Wenn du helfen willst, dem Papa helfen willst, der Mama helfen willst, dann sorg du doch für deinen Teil." Sage dann "Versuch mal, ob wir das in der Schule hinkriegen, dass wir nicht mehr Papa und Mama mit Sowas belangen müssen." Sage "Das wäre doch eine tolle Sache. Und was glaubst du, was dein Papa stolz auf dich ist, wenn du sagen kannst: "kuck mal Papa, kein Eintrag diese Woche", ich glaube, da hilfst du ihm am meisten mit. Und das ist was, was wir hinkriegen, wir beiden.“ (Interview Lehrer\L.6: 132)

Ausgelöste Gedanken und Empfindungen der Lehrer im Rahmen der Enttabuisierung

Die Lehrer schildern in den Interviews ihre Gedanken und Empfindungen, die ausgelöst wurden, als sie von der Erkrankung erfahren haben, betonen jedoch, dass sie bereits vor der Enttabuisierung der elterlichen Erkrankung familiäre Probleme als Ursache der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder vermuteten.

L: Ja, also, dass es eine klinische Diagnose gibt, wusste ich nicht, aber dass jetzt das, bei der Familie ziemlich viel im Argen liegt und dass da, ja/ Puh. Das ist schon, wahrscheinlich aus dem normalen Schema von sozialschwierig Klientel hier rausfallen, das habe ich mir schon gedacht, aber ja. (Interview Lehrer\L.8-2: 109)

In Bezug auf die Schüler waren die Gedanken geprägt von Mitleid, da den Lehrern die schwierige Lebenssituation, die Belastungen und die Auswirkungen auf den weiteren Lebensweg der Kinder bewusster wurden. Zugleich haben sie in dem Moment eine Erklärung für das Verhalten der Kinder bekommen. So sehen sie das erhöhte Aggressionspotenzial in Verbindung mit alltäglichen Belastungen, denen die Kinder ausgesetzt sind. Schwierigkeiten der Kinder, schulischen Aufgaben nachzugehen und Ordnung einzuhalten nehmen sie als Folge der Strukturprobleme der Elternteile

wahr, die sich auf die Führung des Haushaltes und die Strukturierung des kindlichen Alltages auswirken.

L: Ein Messie-Haushalt, ja also, einfach was man sich so vorstellen kann. Ja, wo soll der seine Hausaufgaben machen, geschweige denn seine Bücher finden. (Interview Lehrer\L.8-2: 54)

Die Unsicherheit der Kinder, die Notwendigkeit klarer Strukturen und zugleich die Suche nach Nähe erklären sich die Lehrer mit der unsicheren familiären Situation, mit der die Kinder tagtäglich konfrontiert sind.

L: Ich glaube dann auch, dass auch für einen Teil von zu Hause dann kommt, weil sie halt ein bisschen unsicher ist. Weil sie ja auch nie weiß, wann Mama wieder in die Klinik MUSS oder geht. Das bleibt natürlich schon. Und sie weiß auch jetzt wahrscheinlich: das wird nicht bei einmal bleiben. So. Das kann ja noch mal passieren und vielleicht noch mal.

EB: Und Sie denken, dass sie sich diese Unsicherheit: "wann kommt Mama wieder in die Klinik" auch auf die schulischen Freiheiten auslebt oder auswirkt?

L: Das glaube ich schon. Also bei I. ist das so: wenn sie ganz genau weiß, so, morgens wird auch aufgeschrieben, was wir dann machen, wann dann halt welche Stunde stattfindet. Und das ist für ihr wirklich ganz schön, weil sie halt weiß: es kann jetzt auch nicht anders sein. Es ist jetzt einfach so. Dann hat sie auch DA ein Stück Sicherheit für ihr, dass halt der Schultag so abläuft. Weil zu Hause kann sie das ja nie wissen, weil die Mama kann ja immer mal wieder in die Klinik müssen, so. Vielleicht merkt sie das vorher so: jetzt geht es mal wieder nicht so gut oder so. Aber letztendlich ist sie ja trotzdem eben ein Kind und kann dann nicht so ganz konkret sagen/ so. (Interview Lehrer\L.9: 412-414)

Des Weiteren wird den Lehrern deutlich, dass die Ausmaße dieser Belastungen aufgrund Veränderungen des gesundheitlichen Zustandes der Elternteile täglich variieren können und dass es weder ihnen noch den Schülern selbst möglich ist, dies im Vorfeld einzuschätzen und sich darauf einzustellen.

L: Und da ist dann eher so dieses: Oh Gott, kein Wunder, dass es bei dem Kind so und so und so in der Schule ist. Oder in der Situation das Kind so reagiert. Und, ja, du schickst die jeden Tag nach Hause, und denkst immer mal wieder zwischendurch so daran, in was für ein Zuhause kommen die? Wie geht es heute Mama oder Papa? (Interview Lehrer\L.7: 64)

Neben Mitleid und Verständnis werden auch Gedanken der Bewunderung der Kinder genannt, die zwar im Verhalten schwierig sind, ihre Lebensfreude jedoch bewahren können und den Alltag bewältigen.

Die eigenen Möglichkeiten der Unterstützung der Kinder werden von den Lehrern mit dem Bewusstsein, an Grenzen stoßen zu werden und auf die elterliche Erkrankung und die familiäre Situation keinen Einfluss nehmen zu können, gedanklich reflektiert. Auch knüpfen sich Gedanken über eine Gefährdung der Kinder an, die sich insbesondere durch eine Überforderung der Eltern ergeben können und sich nachteilig auf die schulische Entwicklung auswirken. Hier sehen die Lehrer ihre Aufgabe darin, den Handlungsbedarf zu erkennen und notwendige Schritte einzuleiten.

Auch in Bezug auf das elterliche Verhalten finden die Lehrer in den Informationen eine Erklärung für die teils schwierige Zusammenarbeit. Die Eltern versuchen nach Ansicht der Lehrer in stabilen Phasen die mangelnden Möglichkeiten der Unterstützung der Kinder in schulischen Belangen durch ein erhöhtes Engagement auszugleichen. Daher kommt es zu Schwankungen in der Intensität der Kooperation mit dem Elternteil.

L: Also ich habe immer das Gefühl, dass sie dadurch versucht zu kompensieren, was sie an anderer Stelle nicht/ oder weiß nicht leisten zu können. Also dass sie dann weiß okay, ich habe in einer Phase vielleicht wieder nicht das geben können was ich wollte und ich zeige aber meinem Kind jetzt ich bin für L. da. Und ich gehe alle Schritte, damit L. sieht okay, ich unterstütze dich da. Also so nehme ich das wahr. (Interview Lehrer\L.10: 150)

Die Lehrer empfinden Unsicherheiten bezüglich der Unterstützung der Eltern und den Auswirkungen der Erkrankung auf die Zusammenarbeit. Sie sind sich ihrer Grenzen bewusst und sehen sich nicht in der Lage, Unterstützung zu geben, spüren aber zugleich die Erwartungshaltung der Eltern.

Erstaunt sind die Lehrer über die Leistung der Eltern, die eigene Erkrankung und die Auswirkungen dessen auf den familiären Alltag zu bewältigen, sich zugleich für die Kinder einzusetzen und die Zusammenarbeit mit der Schule konstruktiv gestalten zu wollen. Achtung und Respekt zollen die Lehrer den Eltern zudem für den Mut, offen über die Erkrankung zu sprechen. Sie sehen diese Offenheit als Vertrauensbeweis der Eltern, wenngleich die Lehrer betonen, dass sie Einblicke in schwierige familiäre Verhältnisse als belastend erleben.

L: Also, ich bin auch froh, obwohl es mich erschüttert und ich es schlimm finde, wenn die Eltern dann vor einem sitzen und selber nicht mehr können, trotzdem bin ich froh,

dass sie es erzählen. Oder auch einfach uns das Vertrauen gegenüber/ dass sie selber auch sagen: "Ich will Ihnen das jetzt einfach mal sagen, damit Sie sich nicht wundern." So. Ne, wenn was mit dem Kind ist oder wie auch immer. Das ist schwer, aber trotz allem würde ich es immer noch wissen wollen. (Interview Lehrer\L.7: 250)

Vereinbarungen zur weiteren Zusammenarbeit

Einige Lehrer nutzen die Enttabuisierung, um Absprachen bezüglich des Umgangs mit Verhaltensauffälligkeiten zu treffen. Sie vereinbaren somit keine Wege der Zusammenarbeit mit den Eltern und Kindern, sie sich auf die elterliche Erkrankung beziehen, wie beispielsweise die zukünftige Informationsvermittlung bei einem erneuten Klinikaufenthalt, sondern auf den Umgang mit Auseinandersetzungen im Unterricht sowie die Umsetzung von Konsequenzen.

L: Und an zweiter Stelle dann, immer im Hinblick darauf, welche Verhaltensmuster müssen wir ändern oder wie können wir zukünftig miteinander zusammen arbeiten, ne? Und wir haben dann auch na mit, ich weiß eine Vereinbarung getroffen dahingehend, dass L. sagte ja okay sie wolle sich zurück nehmen. Und wenn das nicht passt, dass ich sie durchaus zurechtweisen kann. […] Sie mir dann aber zugesagt hat, diesen diese Zurechtweisung erstmal anzunehmen und nicht sofort wieder auszurasten. (Interview Lehrer\L.2: 74-76)

Die fehlenden Absprachen im Hinblick auf Möglichkeiten, mit den Eltern in Kontakt zu treten, wirken sich erschwerend auf die Arbeit der Lehrer aus. Die Lehrer wissen nicht, zu welchen Zeiten und auf welchen Wegen sie die Eltern erreichen können, um mit ihnen ins Gespräch zu kommen, Kontaktversuche bleiben daher oftmals erfolglos. Die geringen zeitlichen Möglichkeiten im Schulalltag erschweren es den Lehrern zusätzlich, die Zusammenarbeit mit dem Elternteil zu intensivieren. Zugleich machen die Lehrer die Erfahrung, dass von Seiten einiger Eltern kaum Bemühungen zu erkennen sind, die Zusammenarbeit weiter zu fördern und die Lehrer durch aktuelle Informationen über die familiäre Situation in der Arbeit mit dem Kind weiterhin zu unterstützen.

L: Nee. In dem Sinne haben wir mit der Mutter auch nie/ oder da ist sie auch nie auf uns zugekommen, dass sie gesagt hat: "Wenn J. sich so und so in der Schule verhält, dann kann es da und daran liegen." Wir wissen, dass die Erkrankung da ist, aber das irgendwie so vertieft wurde, dass sie auch mal erzählt hat, ne, "Ach, kann ich Ihnen erklären, was da letzte Woche los war, weil das so..." Gar nicht. (Interview Lehrer\L.7: 95)

Erschwerend kommt hinzu, dass die Lehrer phasenweise Veränderungen im Verhalten einiger Schüler erleben, die sie auf eine Verschlechterung des elterlichen Gesundheitszustandes zurückführen. Sie berichten, dass sich negative Verhaltensweisen verstärken, Unsicherheiten und Strukturierungsprobleme gehäuft auftreten und im schulischen Alltag zu erkennen sind. Durch die Schwierigkeiten in der Kommunikation mit den Eltern können die Lehrer mögliche Gründe dafür jedoch nicht mit den Eltern thematisieren.

L: Und das hat teilweise für ihn völlig eingebrochen, er hat drei Winkel gezeichnet, die alle völlig unterschiedlich aussahen und sage mal 180, 90, 45 Grad, und an jeden 70 Grad drangeschrieben hat. Ist ja egal, ob er die Winkel messen kann, aber dass es nicht dreimal dieselbe Zahl sein kann, das sieht auch jeder. (Interview Lehrer\L.8.2: 24)

L: Ja, es fehlen einfach Bücher, Hefte. Er hat seine Hausaufgaben nicht dabei oder er hat auch das ganze Hausaufgabenheft nicht dabei. Hat acht Stunden Unterricht, kommt mit dem Rucksack mit einer Trinkflasche drin und einer leeren Butterbrotdose, fertig. Ende. (Interview Lehrer\L.8.2: 54)

Andere Lehrer erleben die Eltern der von ihnen unterrichteten Kinder als sehr kooperativ und offen. Sie heben hervor, dass Absprachen nicht notwendig sind, da die Eltern bereits Wege der Kommunikation gefunden haben, wie schriftliche Kurzmitteilungen oder die Weitergabe von Telefonnummern und Kontaktadressen bei erneuten Klinikaufenthalten, und als Ansprechpartner sofort zur Verfügung stehen.

L: Also das muss ich schon sagen, die Mutter ist da echt sehr korrekt, die gibt dann auch immer die Telefonnummer von der Oma und sagt auch so: "I. ist wieder bei der Oma, jetzt nicht mehr mich anrufen, sondern die Oma anrufen". Okay (lacht). So. (Interview Lehrer\L.9: 314)

Zudem finden regelmäßig persönliche oder telefonische Gespräche statt, die von den Lehrern als Arbeitserleichterung angesehen werden, da die Eltern aus eigener Initiative heraus den Kontakt suchen und über aktuelle Entwicklungen berichten.

L: Oder (...) ja, also ich finde wichtig diese Gespräche. Wenn irgendwas ist, dass Eltern sich dann eben entsprechend auch melden. Dass nicht wir, wenn wir das Gefühl haben irgendwas ist hier im Argen, dass wir dann nur anrufen, sondern wenn irgendwas zuhause vorfällt oder irgendwas ist, dass dann auch ein Anruf kommt. (Interview Lehrer\L.10: 244)

Trotz der bisherigen guten Zusammenarbeit stoßen die Lehrer an die Grenzen der Kooperation, wenn sich die Eltern in akuten Krankheitsphasen befinden. Es wird beschrieben, dass Vereinbarungen von einigen Eltern nicht mehr eingehalten und umgesetzt werden können, Kontakte nur noch unregelmäßig stattfinden beziehungsweise abbrechen und die Lehrer mit sprunghaften Verhaltensweisen und Gedanken der Eltern konfrontiert werden. In dieser Situation versuchen die Lehrer nicht, neue Absprachen zu treffen oder Zeit in die Umsetzung getroffener Vereinbarungen zu investieren, sondern bereiten den Elternteilen aktuell Lösungsvorschläge, wenn es zu Problemen mit den Kindern in der Schule gekommen ist.

L: Nein, sie ist dann schon sehr interessiert. Und möchte dann auch eine Lösung finden. Und ja, mittlerweile weiß ich dann halt nicht, was ich dann davon halte, was sie dann sagt, weil ich nicht weiß, ob es auch wirklich umgesetzt wird, oder morgen dann wieder ein ganz anderer Weg eingeschlagen wird. Also ich mache mir da jetzt so dann keine Hoffnungen. Sondern ich biete dann Lösungsmöglichkeiten an. Ich sage ihr was vorgefallen ist. Sage was hier problematisch ist und dass wir da was tun müssen. (Interview Lehrer\L.10: 158)

Alle Lehrer würden daher für akute Krankheitsphasen konkretere Absprachen befürworten, die gemeinsam mit dem Kind, dem erkrankten Elternteil und wenn möglich dem gesunden Elternteil getroffen werden, um eine hohe Akzeptanz und Praktikabilität zu erreichen. Insbesondere die Möglichkeiten der Unterstützung durch die Lehrer soll dabei thematisiert werden. Auch sehen es die Lehrer als Bereicherung und Erleichterung für ihre Arbeit, wenn Absprachen mit den Eltern zum Austausch mit anderen Fachkräften getroffen werden, die über ihre Erfahrungen mit den Kindern berichten oder Hilfestellungen geben könnten.

13.3.4 Auswirkungen der Enttabuisierung auf den Schulalltag

Auswirkungen auf den Schüler

Alle Lehrer berichten von positiven Auswirkungen der erstmaligen Enttabuisierung auf die Beziehung zwischen Lehrern und Schülern. So wird die Kommunikation als entspannter erlebt und die persönlichen Anfeindungen der Schüler haben sich reduziert.

L: Also L. ist viel mehr runter gekommen, ne? Also sie sieht, ich empfinde es so, dass sie in mir nicht unbedingt so einen Aggressor sieht. Als vorher habe ich ihr eine

Reizfläche geboten, sie hat mich nur gesehen, dann (…) ging das ab. (Interview Lehrer\L.2: 110-112)

Die Schüler haben Vertrauen gefasst und durch das Gespräch in den Lehrern eine Beziehungsperson gefunden, die sie annimmt und ihnen nicht das Gefühl gibt, die Belastungen zu bagatellisieren oder die Hilfegesuche zu ignorieren. Bestand bereits vor der Enttabuisierung eine positive Lehrer-Schüler-Beziehung fordern die Kinder nach Ansicht der Lehrer diese nun stärker ein, indem sie häufiger den Kontakt und das Gespräch mit den Lehrern suchen und sie verstärkt als Bezugsperson in Anspruch nehmen.

L: Was sie macht, ist, sie ist anhänglicher als vorher. Das ist das Einzige. Sie ist vorher auch viel gekommen zu mir, sie kommt seitdem NOCH mehr. Und so, dass ich jetzt sie so ein kleines bisschen, behutsam/ Also das schon, sie klammert ein bisschen mehr. (Interview Lehrer\L.6: 174)

Diese Veränderungen wirken sich deutlich auf das Arbeitsverhalten der Schüler aus. Die Schüler sind motivierter, beachten vermehrt bestehende Regeln und befolgen Anweisungen. Sie sind häufiger dazu bereit, sich anzupassen und die Vorgaben der Lehrer nicht stetig in Frage zu stellen oder zu verweigern. Zudem erkennen die Lehrer sowohl ein gesteigertes Interesse an Unterrichtsinhalten als auch eine Verbesserung der Selbstorganisation, wie Vollständigkeit der Materialien oder Hausaufgaben.

L: Ja, und dann hatte die J. dann ganz gute kooperative Phasen, immer mal so für ein paar Tage, dass sie dann auch den anderen Mitschülern "seid doch ruhig" und so.

EB: Vor diesem Gespräch? Oder nach dem Gespräch?

L: Nein, danach. (Interview Lehrer\L.5.1: 66-68)

L: Sie hat ihre Hausaufgaben, sie hat ihre Hefte dabei also sie war vorher, ich sage mal schluderig was jetzt ihr Material anging. Die Arbeitshaltung hat sich geändert. Wir beginnen Unterricht immer mit, so wie aktuell also nach der Frage. Und da ist sie, und ist ich glaube zumindest oder ich bin fast überzeugt feststellen, das macht ihr wesentlich mehr Freude. (Interview Lehrer\L.2: 126)

Einschränkend merken die Lehrer jedoch an, dass sich diese Veränderungen nur bei ihnen zeigen, jedoch keine generell positive Entwicklung darstellen. Die Auswirkungen der Enttabuisierung beziehen sich daher nur auf den Lehrer, an den sich Eltern oder Schüler gewandt haben.

Auswirkungen auf den Lehrer

Auswirkungen in Bezug auf das Kind

Die Lehrer verknüpfen die Kinder mit der elterlichen Erkrankung, da sie in der Begegnung mit den Kindern an die elterliche Erkrankung erinnert werden, was insbesondere bei problematischen Verhaltensweisen der Schüler verstärkt wird. Sie betonen jedoch, dass sich dieses nicht zum Nachteil der Kinder auswirkt, sondern sie - ganz im Gegenteil - eine gesteigerte Sympathie entwickeln und Arbeitsverweigerungen oder negative Aussagen nicht persönlich nehmen, sondern auf die schwierige familiäre Situation zurückführen. Das Wissen um die elterliche Erkrankung hilft den Lehrern daher, das Verhalten der Kinder einzuordnen und bei Fehlverhalten toleranter und verständnisvoller zu reagieren.

L: Ja, wahrscheinlich, also ich definitiv: Ich weiß, ich kenne die Hintergründe und dann ist meine Toleranzgrenze natürlich ein bisschen weiter gesteckt, als vielleicht bei einem anderen Kind. Ist vielleicht nicht FAIR, aber andere Kollegen sagen "Doch, doch, das ist fair". Ne? (...) (Interview Lehrer\L.8.2: 244)

L: Und dann denke ich auch so/ manchmal denke ich dann: okay, ja, vielleicht kann es dann ja auch mal sein, dass sie dann auch wirklich dann bockt und vielleicht auch mal gar nicht mehr mitmachen will oder so. Und dann weiß ich schon mal: da ist was und dann bin ich auch nicht so streng zu ihr. (Interview Lehrer\L.9: 278)

Diese Toleranz bezieht sich jedoch nicht nur auf Verhaltensauffälligkeiten, sondern auch auf die Investition von Zeit und Energien, die die Lehrer für die Unterstützung des Kindes aufbringen. Die wenigen zeitlichen Ressourcen, die den Lehrern zur Verfügung stehen, werden für die Kinder eingesetzt.

L: Toleranzgrenze, dass ich mir vielleicht auch einfach mehr Zeit nehme für ihn. So wie gestern zum Beispiel. Bei einem anderen Schüler, dann hätte ich vielleicht irgendwie (...) ja, hätte ich mir vielleicht nicht so viel Zeit genommen. (Interview Lehrer\L.8.2: 250)

Zudem bemühen sich die Lehrer um eine kontinuierliche Verstärkung positiver Verhaltensweisen, indem sie auch für geringe Fortschritte und kurzfristige Verhaltensänderungen Lob und Anerkennung aussprechen, denn den Lehrern ist bewusst, dass die Kinder je nach gesundheitlicher Verfassung der Elternteile wenig Bestätigung erhalten und in ihrem eigenen Verhalten stark verunsichert sind. Daher versuchen sie, die Kinder vermehrt in ihrem Handeln zu bestärken und eine Steigerung des Selbstwertgefühls herbeizuführen. Zugleich aber sehen die Lehrer das Aufzeigen von

Grenzen als unentbehrlich. Sie zeigen den Schülern klare Grenzen und Konsequenzen auf, um ihnen die verlässliche Struktur zu geben, die sie im familiären Umfeld so kaum bekommen können. Die Lehrer verstehen sich in diesem Aspekt als Korrektiv für eventuell mangelnde Strukturen in der Erziehung der Kinder durch die Eltern.

Auch erwähnen die Lehrer eine erhöhte Rücksichtnahme bei Defiziten in den schulischen Leistungen, wie unvollständigen Hausaufgaben oder mangelnden Möglichkeiten der Schüler, sich auf die Unterrichtsstunde vorzubereiten. Das Wissen um die familiäre Situation und den damit verbundenen Belastungen der Kinder, wie Übernahme häuslicher Pflichten, führt dazu, dass die Lehrer die unzureichende Erfüllung der Leistungsanforderungen zur Kenntnis nehmen, diese jedoch nicht weiter während des Unterrichts thematisieren.

L: Und sage "hör mal, sage das vorher was soll das?" Ne? Dritter Strich, Sechs. So. Jetzt mit dem Hintergrund von J., wenn sie zum Beispiel früher zu mir gekommen wäre, und gesagt hätte "Frau H., gestern war total ungünstig, ich musste meiner Mutter wieder so viel helfen“, oder was auch immer, oder "ich konnte die nicht machen, ich mache die aber nach." So. Dann rufe ich J. auch nicht auf. (Interview Lehrer\L.5.2: 100)

Die Lehrer betonen aber zugleich ihre Grenzen in der Berücksichtigung der familiären Situation, die sich insbesondere in der Benotung der Schüler zeigen. Einerseits können sie die Schwierigkeiten der Kinder verstehen, haben aber andererseits aufgrund der Gleichbehandlung der Schüler zu den Mitschülern kaum Handlungsmöglichkeiten.

L: Ja, mit dem Benoten, das ist halt, ja, das Problem ist immer, so, da ist einfach, wenn ich ein Kind habe, was nie seine Mappe oder nie seine Hausaufgaben/ und ich weiß aber ganz genau: Zu Hause herrscht das absolute Chaos, wie soll ich von dem Kind erwarten, dass es die Mappe mitbringt? Andererseits habe ich da auch noch 25 andere Kinder sitzen, die kriegen jedes Mal einen Strich, oder eine Sechs, wenn sie das und das/ wenn sie keine Hausaufgaben haben. (Interview Lehrer\L.7: 258)

Auswirkungen in Bezug auf die Eltern

Das enttabuisierende Gespräch hat dazu geführt, dass die Lehrer sehr hohen Respekt vor der Leistung der Eltern entwickeln. Die Bewältigung der alltäglichen Aufgaben und die Erziehung der Kinder sehen sie als große Aufgabe, der die Eltern zusätzlich zur Behandlung ihrer Erkrankung nachgehen müssen. Daher ist es für die Lehrer umso beachtenswerter, wenn die Zusammenarbeit mit den Eltern konstruktiv gelingen kann, Termine eingehalten und Absprachen umgesetzt werden. Sehen sie

dies bei gesunden Eltern als Selbstverständlichkeit, empfinden sie es bei den psychisch erkrankten Eltern als wertzuschätzende Leistung.

L: Aber ich muss sagen, beim letzten Elternsprechtag war sie dann DENNOCH persönlich da. Dann hat sie das also doch noch hinbekommen, ne? Also das fand ich auch toll, dass sie dann trotz allem den Weg noch geschafft hat, ne? (Interview Lehrer\L.4: 55)

Den Lehrern wird bewusst, dass die Eltern versuchen, den Kindern trotz der Erkrankung eine positive Alltagsgestaltung zu ermöglichen, indem neben gemeinsamen Familienaktivitäten der Kontakt zu Gleichaltrigen und altersentsprechende Freizeitgestaltungen gefördert werden. Zudem sind die Lehrer erstaunt, in welchen Netzwerken einige Familien eingebunden sind und dass es den Eltern auch in instabilen Phasen gelingt, diese Netzwerke zu aktivieren und bedarfsgenau einzusetzen, so dass beispielsweise bei Klinikaufenthalten die Betreuung der Kinder durch bekannte Personen gewährleistet ist, die sich auch um die schulischen Belange der Kinder sorgen.

L: Also den Eindruck hatte ich auch, dass sie sehr, sehr schnell auch ihre Netzwerke einschaltet, ne? So Rechtsanwalt, Jugendamt, Familienhilfe, Psychologen, Therapeuten. Also ich glaube sie hat ein sehr, sehr gutes Netzwerk, mit dem sie auch weiß umzugehen. (Interview Lehrer\L.10: 143)

L: Aber die Oma hat sich dann auch immer bemüht um dann trotzdem dann auch zum Elternabend zu kommen. Oder halt, wenn wir eine Theateraufführung haben, dass die Oma dann gekommen ist. (Interview Lehrer\L.9: 64)

Die positive Einstellung zu den Versuchen der Elternteile, den Kindern eine positive Alltagsgestaltung sowie eine gesicherte Versorgung zu ermöglichen, sowie das Wissen über die Erkrankung verhindern jedoch nicht das Auftreten von Frustrationen der Lehrer in einigen Situationen der Zusammenarbeit mit den Eltern. So berichten die Lehrer, dass sie für die Unterstützung der Kinder und die Verbesserung der Kooperation mit den Eltern viel Zeit und Energien aufbringen, um Absprachen zu weiteren Vorgehensweisen zu treffen. Erkrankungsbedingt können diese nicht immer eingehalten werden, da sich zum Beispiel die offene Haltung der Eltern in eine abwehrende und isolierte Haltung verändert und die weitere Zusammenarbeit von den Eltern abgelehnt wird. Die Frustration, die dadurch bei den Lehrern ausgelöst wird, führt zu einer verringerten Bereitschaft der Lehrer, zu späteren Zeitpunkten erneut intensive Bemühungen aufzubringen.

L: Wir standen in fast im stündlichen Kontakt hier. Und im Endeffekt ist da rausgekommen dann, ja, "Ich als Mutter weiß am besten Bescheid. Und ich habe meine Tochter wieder auf Basis gebracht. Und jetzt ist gut so." Und dass man dann schon dann frustriert ist. Und das verbinde ich jetzt mit dieser Erkrankung. Dieses Sprunghafte. Ich weiß nicht, ob es wirklich an dieser Erkrankung liegt. Ich denke es. Und ja. Ich weiß nicht, wenn ich das vorher so gewusst hätte, wie viele Energien ich dann da rein gesetzt hätte, in vielen Situationen. Ob ich da nicht eventuell ja, ein bisschen ökonomischer vorgegangen wäre. Ich habe sehr viel Zeit in das Seelenleben von L. investiert bisher schon. (Interview Lehrer\L.10: 96)

Hinzu kommt, dass die Verhaltensweisen der Eltern nach wie vor auf die Lehrer befremdlich wirken, was die Verunsicherung der Lehrer verstärkt, ihnen aber auch den dringenden Hilfebedarf der Familie verdeutlicht.

L: Da hatten sich/ Also ich hatte das Gefühl, ich (lachend) sitze jetzt hier sozusagen in der psychiatrischen Ambulanz für Mehrfachabhängige oder so. Die wirkten beide komplett sediert. Ja, verzögerte Sprache, so: (nachahmend) "Ja, was soll ich da denn noch machen", okay. Worauf auch immer das zurückzuführen ist, das fanden sie/ das war einfach so. Und der sie unterstützende Lebensabschnittspartner, der war eigentlich für mich/ wirkte genauso. (Interview Lehrer\L.8.2: 72)

Erneute Gespräche über die Erkrankung

Das Wissen um die Erkrankung und die Belastungen der Kinder sowie die Veränderungen bei den Schülern und Lehrern haben jedoch nicht zur Folge, dass alle Lehrer erneut das Gespräch über Hilfebedarfe und Unterstützungsmöglichkeiten mit den Schülern suchen. Unabhängig davon, ob sich die Schüler persönlich an sie gewandt haben, oder ob sie von den Eltern informiert wurden, haben einige Lehrer die Erkrankung mit den Schülern nicht erneut thematisiert, nach aktuellen Entwicklungen gefragt oder offen Unterstützung angeboten. Die Unterstützung sehen sie in ihrer zugewandten Art, auf die Schüler zuzugehen und ihnen dadurch zu signalisieren, dass sie an dem Wohlbefinden der Schüler interessiert sind.

L: Nein, das habe ich nicht getan, aber vielleicht schon mal so auf anderem Wege, so eine Zuwendung durch freundliche Blicke oder "na, J., wie geht es dir?" also so halt. Aber nicht explizit raus geholt um ein Gespräch zu führen. Das nicht. (Interview Lehrer\L.5.1: 110)

Die Schüler selbst wenden sich nicht erneut an die Lehrer. Nur in einzelnen Situationen kommt es zu Ausdrücken der Schüler, die im Zusammenhang mit der Erkrankung stehen. Doch auch diese Formulierungen werden von den Lehrern nicht näher

hinterfragt oder genutzt, um die elterliche Erkrankung und die damit verbundenen Belastungen der Schüler zu thematisieren.

L: Manchmal ist er wütend geworden, das war eine kurze Zeit, da ist er mal so richtig wütend geworden und ausgerastet, und dann hatte ich mit ihm dann auch noch mal gesprochen, und dann hat er gemeint: "Ja, Frau H., ich glaube, ich bin depressiv.“ (Interview Lehrer\L.7: 48)

Andere Lehrer berichten von wiederholten Gesprächen über die elterliche Erkrankung nach der erstmaligen Enttabuisierung. Die Kinder suchen den Kontakt zu den Lehrern und erzählen offen über die aktuelle familiäre Situation, über Veränderungen im Gesundheitszustand, über Klinikaufenthalte und ihre Besuche des Elternteils in der Psychiatrie, aber auch über eigene Unsicherheiten, mit der Erkrankung umzugehen.

L: Und die Mama durfte I. erst gar nicht sehen, so die ersten paar Monate. Und danach durfte die I. dann wohl zu Besuch gehen. Aber musste dann halt abends zurück zu Oma nach Haus. So. Dann hat sie auch immer erzählt: "ich bin bei Mama gewesen, wir haben ein Spiel gespielt" oder halt so. Ja. (Interview Lehrer\L.9: 70)

Nicht nur durch die Kontaktaufnahme der Schüler zu den Lehrern kommt es zu weiteren Gesprächen über die Erkrankung. Auch die Lehrer thematisieren die familiäre Situation regelmäßig, indem sie die Schüler nach aktuellen gesundheitlichen Entwicklungen, nach persönlichen Belastungen, nach erneuten Klinikaufenthalten und Unterstützungen für die Familie fragen. Die Nachfragen der Lehrer regen die Schüler an, mit ihnen ins Gespräch zu kommen und ausführlich zu berichten.

L: Auch öfters. Also generell einfach, ich war so in dem Sinne, dass ich gefragt habe „wie ist es zuhause? Wie läuft es? Ist deine Mutter zurück? Was ist da im Moment? Wer passt auf deinen Bruder auf?“ (Interview Lehrer\L.5.2: 146)

L: Oh, dann frage ich ja auch: "wie geht es denn Mama? Ist sie noch dann im Klinikum oder wo ist sie denn jetzt?". Und dann erzählt sie das auch. Dann sagt sie auch: "ich darf Mama noch nicht sehen" oder "geht schon besser, ich darf ihr WOHL wieder sehen, darf jetzt wieder zu Besuch kommen". Und dann frage ich auch meistens immer so: "wann darfst du wieder nach Hause?" Das weiß sie dann auch meistens erst kurz bevor natürlich, weil es dann auch noch mit dem Jugendamt abgeklärt werden muss, ob sie dann wieder nach Hause darf. (Interview Lehrer\L.9: 148)

Gefördert werden die Gespräche über die Erkrankung durch die Sensibilität der Lehrer für Veränderungen im Verhalten und in den Emotionen der Kinder. Sie beobach-

ten genau und nehmen die eigenen Wahrnehmungen zum Anlass, Rückschlüsse auf eine veränderte familiäre Situation ziehen und diese mit den Kindern zu thematisieren.

L: Ja, oder sie kommt strahlend in die Schule, und ich sage "Lass mich raten, Papa war zuhause?" (jubelnd) "JA!" sagt sie, ne? (Interview Lehrer\L.6: 284)

Förderliche Aspekte für eine erneute Thematisierung

Förderlich für eine offene Thematisierung der elterlichen Erkrankung zwischen Lehrern und Schülern ist das Vertrauen der Kinder in die Person des Lehrers. Die Schüler können darauf vertrauen, dass die Lehrer angemessen reagieren werden, keine abwertenden Aussagen oder negative Konsequenzen zu befürchten sind und die Informationen nicht weitergegeben werden.

L: Also F. hat mich an die Seite genommen, gesagt "Darf ich Ihnen?", auf den Flur sind wir wieder mal gegangen, und dann hat sie gesagt, ich wüsste ja dass Papa krank ist, ich so "Ja", sie erzählt mir, "Ja, der war am Wochenende zuhause, oder wir haben telefoniert", ich kriege regelmäßig Updates. Finde ich total klasse. Ist für mich ja auch irgendwo ein Kompliment, dass sie mir soweit vertraut. (Interview Lehrer\L.6: 150)

Zugleich haben die Lehrer Vertrauen zu den Schülern, dass diese die elterliche Erkrankung nicht nutzen, um Fehlverhalten zu rechtfertigen oder erforderliche Leistungen nicht erbringen zu müssen.

Förderlich für eine fortwährende Thematisierung ist die Motivation der Lehrer, sich in der Arbeit mit den Kindern auf die familiären Hintergründe einstellen zu wollen. Sie möchten einschätzen können, mit welchen Belastungen die Kinder aktuell konfrontiert sind, welche Veränderungen sich ergeben werden und wie sich diese auf das Verhalten der Kinder auswirken werden, um in der Situation adäquat reagieren zu können.

L: Ja, ich finde das natürlich sehr/ dass ich auch weiß, was ihr beschäftigt, das finde ich halt total gut auch. Weil ich dann auch ein bisschen einschätzen kann, was dann auch VIELLEICHT noch passieren kann oder was. Oder so. Ja, ja. Das finde ich gut. (Interview Lehrer\L.9: 272)

Je nach Ausbildung berichten einige Lehrer, dass sie bereits währende des Studiums mit dem Themenkomplex der psychischen Erkrankungen konfrontiert wurden, ihnen daher die Problematik sowie der Umgang mit erkrankten Personen und ihren Ange-

hörigen nicht unbekannt ist und dies die Hemmschwelle, auf die Eltern und Kinder zuzugehen, senkt. Zudem sind die Lehrer motiviert, sich außerhalb der Unterrichtszeit näher mit der Thematik zu befassen, indem sie sich Informationen über die Situation von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil einholen und Literatur zum Umgang mit den betroffenen Kindern lesen.

Hinderliche Aspekte für Thematisierung

Fehlender Bedarf

Die Lehrer, bei denen es im Kontakt zu Schülern und Eltern nicht zu einer erneuten Thematisierung der Erkrankung gekommen ist, nennen dafür unterschiedliche Gründe. Sie sehen eine Verbesserung des Verhaltens der Schüler, so dass zurzeit kein Bedarf besteht. Ein Gespräch wird nur dann als notwendig erachtet, wenn Verhaltensauffälligkeiten wieder vermehrt auftreten. Auch würde es zu einem Gespräch kommen, wenn die Schüler dies einfordern, also den Lehrer um einen Termin bitten.

EB: Das heißt also wenn sie jetzt wieder ausrasten würde in dem oder in alte Verhaltensweisen zurück fallen würde?

L: Dann würde ich es noch mal thematisieren. […] Oder aber wenn sie kommen würde, "ich muss mit Ihnen sprechen." Ne? […] Dann würden wir einen Termin nehmen. (Interview Lehrer\L.2: 199-204)

Die Bedeutung, die die Gespräche mit den Lehrern über die elterliche Erkrankung für einzelne Schüler einnehmen, ist den Lehrern in diesem Umfang nicht bewusst. Sie betonen, dass diese Gespräche aufgrund ihrer anderen Aufgaben und Tätigkeiten im schulischen Alltag für sie keine so entscheidende Relevanz eingenommen haben und daher die Bedeutung der Enttabuisierung von ihnen als geringer wahrgenommen wird als von betroffenen Schülern.

Neben dem fehlenden Handlungsbedarf aufgrund positiver Veränderungen beim Schüler und der geringen Relevanz der Gespräche aus Sicht der Lehrer, stellt die ausreichende Versorgung der Kinder einen weiteren Hinderungsgrund dar. Die Lehrer sehen dann einen Bedarf zur erneuten Thematisierung, wenn sie in der Versorgung und Betreuung der Kinder eklatante Missstände erkennen, die auf kindeswohlgefährdendes Elternverhalten schließen lassen könnten.

L: Kindeswohlgefährdung scheidet für uns ja aus, weil er im Moment ist regelmäßig im Unterricht, er ist immer witterungsgemäß gekleidet. Mehr oder weniger oft seine Schulsachen, jedenfalls nicht öfter als andere Nieten. (Interview Lehrer\L.8.2: 159)

Schule als Schutzraum

Auch möchten die Lehrer den Schülern ermöglichen, Schule als Freiraum zu erleben, in dem die elterliche Erkrankung in den Hintergrund tritt. Eine erneute Thematisierung würde die Schüler auch in der Schule mit den familiären Problemen konfrontieren. Da die Kinder nach Unterrichtsschluss in den familiären Kontext zurückkehren, können sie sich nur in der Schule von der Erkrankung des Elternteils gedanklich lösen.

L: Ne, sobald er die Tür Zuhause zumacht, ist das ja alles wieder da. Warum soll er da nicht auch mal sich davon lösen können, ne? (Interview Lehrer\L.4: 106)

Zudem spüren die Lehrer, dass es den Schülern unangenehm ist, über die familiären Problematiken zu sprechen, weil sie sich für die Erkrankung, die Strukturverluste und Hilfebedarfe schämen.

Kompetenzen und Zuständigkeiten der Lehrer

Als hinderlicher Aspekt werden von den Lehrern auch die Grenzen der eigenen Kompetenzen genannt. Sie können nicht abschätzen, wie die Schüler auf eine Thematisierung reagieren werden, ob sich Verhaltensauffälligkeiten steigern oder sie Emotionen auslösen, in deren Bewältigung sie die Schüler kaum unterstützen können. Diese Unsicherheit hemmt die Lehrer darin, das Gespräch zu suchen.

EB: Haben Sie denn J. schon mal darauf angesprochen auf die Krankheit seiner Mutter?

L1: Nee.

L2: Nee. Ehrlich gesagt, ich weiß gar nicht, ob ich mir das zutraue. Falls irgendwas passiert.

L1: Ich denke mir mal, man hat Angst, dass er sich da so reinsteigert. Weil er so ja schon sehr extrem ist. (Interview Lehrer\L.7: 102-105)

Eng verbunden mit den Grenzen der Kompetenz sind die von den Lehrern zur Sprache gebrachten Abgrenzungen der Zuständigkeiten und Aufgabenbereiche. Ziel und Aufgabe der Lehrer ist die Durchführung fachlich qualifizierten Unterrichts. Die Thematisierung persönlicher Belastungen sehen sie nicht in ihrem Aufgabengebiet.

L: Weil ich aus meiner Sicht, also für mich, die Probleme anders sehe als Lehrer, ich verstehe mich nicht so sehr als/ das ist von Lehrer zu Lehrer unterschiedlich, aber ich verstehe mich nicht so sehr als PÄDAGOGE oder Erzieher, oder der die Proble-

me der Schüler löst, sondern ich will einfach mein Englisch in Ruhe unterrichten und das ist in der Klasse halt schwierig, weil die sind UNDISZIPLINIERT und auch nicht so schlau, allgemein nicht, und können dann sehr wenig. (Interview Lehrer\L.5.1: 112)

Strukturen des Systems

Hinzu kommt, dass die Lehrer in den Strukturen des Schulalltages keine Möglichkeiten sehen, sich Freiräume für die Unterstützung der Schüler einzurichten. Die kurzen Pausen und der festgelegte Stundenrhythmus sowie die Vielzahl an zusätzlichen Aufgaben erschwert das Eingehen auf Probleme einzelner Schüler. Auch nach Unterrichtsende sind den Lehrern Grenzen gesetzt, um Termine wahrzunehmen oder das Gespräch mit Eltern und Schülern zu suchen. Hinzu kommt die hohe Anzahl der Schüler, die mit belastenden familiären Verhältnissen konfrontiert sind, wie Armut, Trennung der Eltern und Suchtverhalten, oder selbst unter psychischen Erkrankungen leiden.

L: Und wenn sie da, GUT die Hälfte der Kinder von 30, mit solchen Hintergründen haben, da sind Sie nur am Rödeln in der Klasse. (Interview Lehrer\L.5.2: 184)

L: Der Schulalltag. Also die Schule dieser wieder dieser 45 Minuten Rhythmus und dann 30 und (..) ja die Schnelligkeit des Systems. Und dass sie da einfach, wo Sie vorhin schon mal, immer zehn 15 Themen auf dem Tisch haben. Und das ist die eine Geschichte (Interview Lehrer\L.2: 404)

Persönliche Aspekte der Lehrer

Angesprochen werden auch persönliche Gründe der Lehrer, die familiären Probleme nicht zu thematisieren. Dazu gehören eigene familiäre Belastungen, Angehörige, die selber von einer psychischen Erkrankung betroffen sind oder Stress durch mangelnde zeitliche Freiräume.

L: Ne? Und dann muss man ja eben auch noch glaube ich, mitdenkenswert immer noch die familiäre Situation wiederum der LEHRER sehen, ne? Ist jemand eine eigene Familie im Hintergrund, gibt es da Probleme weil man einfach mit genug zu tun hat, ne? Wenn man pflegende Angehörigkeiten hat, wenn er Kinder hat, die nicht spuren, ne? Und ist es jemand der Single ist und einfach mehr Freiräume dafür hat. (Interview Lehrer\L.2: 412)

Schulinterne Kooperationen

Die Informationen über die elterliche Erkrankung geben die Lehrer an Kollegen weiter, damit auch sie Verhaltensauffälligkeiten der Schüler nachvollziehen und entsprechend reagieren können. Diese Informationsweitergabe ermöglicht einen Erfahrungsaustausch unter den Lehrern sowie Absprachen zum Vorgehen bei Auffälligkeiten. Insbesondere für die Klassenlehrer sind die Rückmeldungen für die weitere Zusammenarbeit mit den Eltern von hoher Bedeutung.

Schulinterne Kooperationen bestehen zudem zu den an den Schulen tätigen Sozialpädagogen. Die Lehrer sehen die Zusammenarbeit mit diesen Fachkräften als sehr positiv, da den Schülern die Möglichkeit gegeben wird, mit anderen Personen das Gespräch zu suchen, die sich Zeit nehmen können, weitere Hilfen vermitteln und die Zusammenarbeit mit den Eltern unterstützen.

L: Ja und die ist also, ja, macht nun wirklich einen sehr guten Job. Und wir sind auch sehr dankbar, dass sie bei uns ist. Und ja gut, also wann immer dann jetzt Situationen auftreten, wo man merkt, der Schüler möchte jetzt nicht unbedingt mit dem Lehrer darüber reden. Und dann wird natürlich sofort angeboten, das Gespräch mit ihr zu suchen. Und das wird auch sehr gut angenommen. (Interview Lehrer\L.: 159)

Die Lehrer sehen die Schulsozialarbeiter als Entlastung für ihre eigene Arbeit, wenn es ihnen zeitlich nicht möglich ist, den Schüler zu unterstützen, oder sie an die Grenzen ihrer Kompetenzen und Zuständigkeiten stoßen. Wenngleich sie die Arbeit mit dem Schüler nicht abgeben können, bedeutet die Zusammenarbeit mit den Sozialpädagogen eine Verlagerung der Zuständigkeiten.

L: Aber bestimmte Situationen, wenn man sagt „Nee, das schaffe ich jetzt entweder zeitlich nicht, oder emotional nicht, oder ich habe die Geduld nicht mehr oder keinen Bock mehr“ oder was auch immer, oder wirklich, „Ich bin nicht fähig dazu“, dann könnte man es theoretisch dann/ Abgeben kann man es nie wirklich, aber teilen. (Interview Lehrer\L.8.2: 297)

Die Lehrer, die nicht auf weitere schulinterne Fachkräfte zurückgreifen können, sehen die Unterstützung durch Sozialpädagogen als dringend notwendig. Sie nennen den hohen Bedarf auf Seiten der Schüler und betonen zugleich die eigene hohe Arbeitsbelastung.

13.3.5 Thematisierung im Klassensetting

Bei der Thematisierung der Erkrankung im Klassensetting unterscheiden die Lehrer zwischen einer Enttabuisierung der persönlichen Situation der betroffenen Schüler im Kontakt mit Mitschülern aus der Klasse und einem Aufgreifen der Thematik als Unterrichtseinheit.

Die Schüler berichten nach Ansicht der Lehrer im Kontakt mit Mitschülern nur indirekt von der elterlichen Erkrankung. Bei Fragen oder Erzählungen zum Elternteil erwähnen die Kinder, dass der Elternteil krank sei, gehen aber nicht näher auf die Art der Erkrankung ein. Nur wenige Schüler erläutern die Erkrankung näher, indem sie Umschreibungen für den Begriff „psychisch“ verwenden.

L: Nein. Also die wussten, dass die Mutter im Krankenhaus war auch eine Zeit. Und ich glaube, sie hat das sogar mal gesagt. Ich glaube da hat sie es auch so formuliert, wie ich das dann vorher gesagt hatte dann, dass sie, manche Leute sind manchmal in der Seele erkrankt und dann müssten die in eine Klinik und dann geht es denen wieder besser. Ich meine, das hätte sie sogar mal gesagt. (Interview Lehrer\L.10: 210)

Den Grund für diese Umschreibungen sehen die Lehrer in dem Wunsch der Kinder, nicht aus der Gruppe hervorzustechen, sondern von den Klassenkameraden gleichbehandelt zu werden wie andere Schüler.

L: Ich glaube es ist ihr dann auch so ein bisschen peinlich von der einen Seite so. Sie will auch nicht anders sein als den anderen. (Interview Lehrer\L.9: 132)

Zudem kann - in Abhängigkeit von der Klassengemeinschaft - eine Enttabuisierung zu Ausgrenzungen und Stigmatisierungen führen, die sich nicht nur auf die Kinder sondern auch auf die Elternteile beziehen. Daher stehen die Lehrer einer Enttabuisierung in der Klassengruppe skeptisch gegenüber.

L: Und man muss natürlich wissen, dass die Klassengemeinschaft so stark ist, dass dann im Nachhinein ein Kind dann fertiggemacht, ausgegrenzt, darauf angesprochen wird oder das dann als Mittel benutzt wird, dieses Kind zu verletzen irgendwie (Interview Lehrer\L.7: 210)

Die Lehrer sehen in den negativen Reaktionen der Mitschüler die Gefahr, dass die Kinder mit diesen Reaktionen nicht angemessen umgehen können und somit zusätzlich zu den familiären Belastungen weitere Belastungen im schulischen Kontext entstehen, die bewältig werden müssen.

Die Thematik der psychischen Erkrankungen ist bisher nicht als Unterrichtseinheit aufgegriffen worden, Unterrichtsmaterialien sind den Lehrern unbekannt. Als Gegengrund einer Thematisierung sehen die Lehrer die Vielzahl relevanter schwieriger Themen, die sie in der Klasse ebenso wie psychische Erkrankungen besprechen müssten. Die kontinuierliche Thematisierung belastender Sachverhalte kann für alle Schüler eine Belastung darstellen. Statt die Thematik im Unterricht zu behandeln, nehmen die Lehrer daher einzelne Situationen fortwährend zum Anlass, Akzeptanz und Verständnis für psychische Erkrankungen herzustellen und einen offenen Umgang zu pflegen. Sie verdeutlichen den Schülern die Parallelen zu körperlichen Erkrankungen und die Bedeutung professioneller Hilfen und fordern sie zugleich auf, bei Bedarf entsprechende Hilfen in Anspruch zu nehmen.

L: Ja, "Und wirklich dumm seid ihr nur, wenn ihr euch nicht helfen lasst. Ne, wenn ihr den Finger geschnitten habt kriegt ihr auch ein Pflaster drüber, also bitte, dann geht man auch, wenn man psychisch krank ist, zum Arzt. Tut der Zahn weh, gehe ich zum Zahnarzt, wenn die Seele weh tut, gehe ich halt zum Seelenarzt." Also so versuche ICH es zu verkaufen. (Interview Lehrer\L.6: 344)

13.3.6 Weitere Bedarfe und Wünsche der Lehrer

Auf die Frage nach eigenen Unterstützungsbedarfen zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ antworteten die Lehrer insbesondere mit dem Bedarf nach Hilfen zum adäquaten Umgang, um mehr Sicherheit im eigenen Verhalten gegenüber betroffenen Eltern und Schülern zu gewinnen und die Familien im Rahmen der eigenen Möglichkeiten gut unterstützen zu können. Sie würden gerne mehr über die Erkrankungen, Erscheinungsbilder, Auswirkungen auf den familiären Alltag und die Belastungen der Kinder erfahren.

L: Ja, so im Nachhinein (…) man hätte vielleicht mal genauere Informationen/ also ich habe natürlich schon kurz mal gegoogelt, was bedeutet das? Aber so richtig im Bilde ist man ja nicht. Also es könnte natürlich vielleicht schon helfen, wenn man jetzt genau auch wüsste, was bedeutet dieses Erkrankung jetzt und wie laufen solche Phasen unter Umständen dann ab, wenn es den Eltern schlechter geht? Und welche Auswirkungen hat das? (Interview Lehrer\L.10: 218)

L: Man weiß ja auch gar nicht, auf was man darauf achten muss, und vielleicht gibt es ja den einen oder anderen Tipp oder Hinweis, was man da noch so machen könnte, dass man da auch hilft. (Interview Lehrer\L.7: 232)

Auch der Bedarf nach Fortbildungen zu dem Thema wird gesehen, um das Verständnis für die Belastungen der Familien bei den Lehrern zu erhöhen und ein grundlegendes Wissen zu erhalten, damit die Unterstützung eines betroffenen Schülers nicht von persönlichen Einstellungen eines Lehrers abhängig ist.

L: Ne? Und was ich damit sagen will also das ist, ich finde es schade, dass so ein Verständnis und Unterstützung immer noch davon abhängt, von dem ja von dem nicht persönlichen Weiterbildung aber von den Zufälligkeiten (schmunzelt) eines jeden, ne? Wäre das nicht alles zufällig bei mir GEWESEN, wo ich sage "weißt du was L., lass mich mit dem Kram mal" glaube ich so, ne? Ne? Und würde auf jeden Fall also da meinen Appell auf die Schulaufsicht aber auch an das Land NRW entsprechende Fortbildungen anzubieten, (Interview Lehrer\L.2: 363)

Vorschläge, die zur inhaltlichen Ausgestaltung der Fortbildungen genannt werden, beziehen sich neben Hilfestellungen gegen Unsicherheiten im Umgang mit den psychisch erkrankten Eltern und Schülern insbesondere auf die Grenzen der eigenen Handlungsmöglichkeiten. Die Lehrer möchten erfahren, welche Hilfen notwendig und möglich sind und in welchen Bereichen oder Situationen sie keine Hilfe leisten können und die Kooperation mit anderen Diensten suchen müssen.

In Bezug auf die Zusammenarbeit mit externen Diensten möchten die Lehrer erfahren, welche Hilfsmöglichkeiten es für psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder gibt, mit welchen Methoden dort gearbeitet wird und wie sie den positiven Verlauf von unterstützenden Maßnahmen fördern können.

L: Dass man mal so eine Fortbildung hat. Ich weiß überhaupt nicht, wie so was abläuft bei so einer/ Wie eine Familientherapie aufgebaut ist oder wie ein Kinderpsychologe/ wie der mit Kindern redet. Da habe ich überhaupt keine Ahnung von. Ne? Was werden da für Fragen gestellt, gibt es da Stufen, die abgearbeitet werden? Lassen die das Kind einfach reden? Was gibt es/ Diese Spiele oder was man so im Fernsehen dann halt mal sieht, mit Puppen und Figuren, und was da so gemacht wird. Wie funktioniert das, was ist im Hirn des Kindes so? Das wäre für Lehrer schon ganz interessant. (Interview Lehrer\L.7: 229)

Bedarf sehen die Lehrer auch in der Unterstützung ihres eigenen Handelns durch die Begleitung durch externe Fachkräfte, Angebote wie Supervision oder einer Ausweitung der an Schulen tätigen Sozialarbeiter. Sie erhoffen sich damit eine Reflexion ihrer eigenen Profession mit den damit verbundenen Aufträgen und Grenzen. Dadurch fällt es ihnen leichter, mit schwierigen Situationen oder der Durchsetzung von Konsequenzen trotz der familiären Belastungen des Schülers umzugehen.

L: Durch jemanden, der von außen aber noch drauf guckt. Der dann noch sagt "Du guck mal hier. Da ist deine Profession jetzt zu ende. Ja, du musst der trotzdem jetzt eine fünf in dem Biotest geben. Du kannst empathisch sein. Ja und mit Empathie die fünf geben. Das ist dann wieder professionell. Ja aber mehr musst du nicht machen." (Interview Lehrer\L.5.2: 202)

Zudem sehen die Lehrer den Bedarf, die Thematik als Unterrichtseinheit in den Lehrplan aufzunehmen und in Verbindung mit körperlichen Erkrankungen zu bearbeiten. Als hilfreich dazu erachten sie Unterrichtsmaterialien, die den Lehrern bei Bedarf zur Verfügung stehen. Des Weiteren wird die Ausbildung der Lehrer in dem Bereich der psychischen Erkrankung als nicht ausreichend betrachtet. Daher würden sie es befürworten, wenn bereits im Studium und Referendariat auf den Umgang mit schwierigen familiären Hintergründen vorbereitet würde.

L: Wenn ich aber generell für die Kolleginnenschaft sprechen würde, breitfächrig, und denke wie generell die Ausbildung und das Studium in dem Hinblick ist, dann denke ich mir ist da natürlich ein ganz großes Manko. (Interview Lehrer\L.5.2: 190)

Trotz der Betonung der Notwendigkeit der weitergehenden Informationen und Fortbildungen zur Thematik sehen die Lehrer in diesen Angeboten die Gefahr, die eigenen Grenzen zu überschreiten und sich aufgrund des erworbenen Wissens in fachfremde Aufgabengebiete einbinden zu lassen.

L: ich glaub, was ich möchte für mich ist auch die Grenze ziehen, also eine professionelle Grenze wie weit mich das was angeht oder eben auch nichts angeht. So wie ein HNO-Arzt eben HNO-Sachen macht und ein Lehrer macht Lehrer-Sachen und ich finde es wichtig sich eben nicht so sehr da rein ziehen zu lassen in sowas. (Interview Lehrer\L.5.1: 161)

Neben den Bedarfen zum Umgang mit der Thematik allgemein nennen die Lehrer den Wunsch nach mehr Offenheit in der Zusammenarbeit mit Eltern. Sie befürworten es, wenn Eltern auf familiäre Probleme hinweisen, damit die Lehrer Verhaltensweisen der Kinder einordnen können.

L: Es verändert bei mir was. Und das ist, was vielleicht in dem Zusammenhang, dass ich mir natürlich wünschen würde, dass viele, dass solche betroffenen Familien einfach von Anfang an offener mit der Situation umgehen. (Interview Lehrer\L.5.2: 84)

Als bedeutsam sehen die Lehrer in diesen Informationen über familiäre Hintergründe die Aspekte, die sich auf die schulischen Leistungen der Kinder und ihr Verhalten im Unterricht, gegenüber Mitschülern und Lehrern auswirken können. Diese Informatio-

nen helfen den Lehrern, auf Verhaltensauffälligkeiten einzugehen, das eigene Verhalten darauf auszurichten und die Kinder zu unterstützen.

L: Da ist keiner schuld und es kann jeden treffen. Also so sehe ich das. Und je mehr Hilfe man kriegen kann, umso besser. Ich finde es toll, wenn ich die Infos bekomme, weil ich einfach dann das Kind zum Beispiel in der Schule anders auffangen kann, wenn ich das weiß. Ja, wenn Eltern sich trennen, wenn der Papa so krank ist oder/ Ich habe ganz andere Möglichkeiten und sonst setze ich vielleicht unbewusst noch einen oben drauf: (harsch) "Heute machst du nicht mit, du träumst hier nur rum." Wenn ich weiß, Papa ist da/ ja, dann kann ich da ein bisschen anders damit noch umgehen und für mich ist jede Information, die ich bekomme, Gold wert. (Interview Lehrer\L.6: 270)

Daher motivieren die Lehrer die Eltern an Elternsprechtagen, Elternabenden oder anderen Gesprächen zum einen dazu, relevante Informationen an die Lehrer weiterzugeben. Sie betonen, dass sie keine Einzelheiten benötigen, sondern Hinweise auf Schwierigkeiten ausreichen. Zum anderen wünschen sich die Lehrer eine offene Kommunikation der Eltern mit den Kindern, so dass auch die Kinder davon erfahren, dass die Lehrer informiert sind und als Ansprechpartner genutzt werden können.

14 Diskussion der Ergebnisse

14.1 Beweggründe der Eltern zur erstmaligen Enttabuisierung der Erkrankung gegenüber der Lehrperson ihres Kindes

Ein Ziel der vorliegenden Studie war es zu untersuchen, welche Gründe die Eltern zur Enttabuisierung der psychischen Erkrankung gegenüber den Lehrpersonen ihrer Kinder bewogen haben. Es hat sich gezeigt, dass die Unterstützung der Kinder in der Aktivierung sozialer Ressourcen, der Schutz der Kinder vor der Zuschreibung einer psychischen Störung aufgrund der Verhaltensauffälligkeiten sowie die Unterstützung der Lehrer durch Vermittlung von Hintergrundwissen und Verständnis die für die Enttabuisierung maßgeblichen Beweggründe waren. Entgegen den Erwartungen ist die Enttabuisierung jedoch nicht grundsätzlich durch die Eltern erfolgt. Die folgenden Ausführungen beziehen sich zunächst nur auf die Eltern, die die Lehrer persönlich über die Erkrankung informiert haben.

Aktivierung sozialer Ressourcen

Auf die Motivation der Eltern, die Kinder in der Aktivierung sozialer Ressourcen zu unterstützen, soll im Folgenden näher eingegangen werden, da hier eine differenziertere Betrachtung notwendig ist.

Betrachtet man zunächst die enttabuisierende Elterngruppe insgesamt, so lässt sich feststellen, dass die Eltern die Kinder in der Anwendung sozialunterstützungsorientierter Bewältigungsstrategien fördern möchten, indem sie durch die Enttabuisierung den Kindern ermöglichen, die Lehrpersonen als Bezugs-und Vertrauenspersonen wahrzunehmen und bei Belastungen soziale Unterstützung suchen zu können. Dieser Aktivierung sozialer Unterstützung kommt eine besondere Bedeutung zu, wie Klein-Heßling und Lohaus (2002) für die Bewältigung von Alltagsbelastungen im Kindes-und Jugendalter ausführen. Sie stellen fest, dass sich die Suche nach sozialer Unterstützung insbesondere in unkontrollierbaren Situationen als günstige Stressbewältigungsstrategie erweist, da sie sowohl eine direkt-problemlösende als auch eine indirekt-emotionsregulierende Funktion besitzt. Die Kinder der vorliegenden Studie – insbesondere die Kinder der akut erkrankten Elternteile - sind häufig mit unkontrollierbaren Situationen konfrontiert, in denen soziale Unterstützung für die Bewältigung der Belastungen förderlich sein kann.

Jedoch stehen den Kindern nur geringe soziale Ressourcen zur Verfügung oder es gelingt ihnen nicht, diese zu mobilisieren, womit sich die Ergebnisse von Kuhn und Lenz (2008) zunächst bestätigen. Die Autoren stellen in Bezug auf die Kinder schi-

zophrener Eltern fest, dass einem hohen Unterstützungsbedürfnis der Kinder eine mangelnde Aktivierung bzw. Inanspruchnahme sozialer Ressourcen entgegensteht. Durch die Enttabuisierung der Erkrankung gegenüber den Lehrpersonen möchten die Eltern dieser mangelnden Inanspruchnahme entgegenwirken, indem sie die Hemmschwelle für die Kinder, auf die Lehrer zuzugehen, durch die Gespräche mit den Lehrpersonen senken.

Betrachtet man jedoch die einzelnen Gruppen der Eltern differenzierter, zeigt sich, dass dies nur dann gelingt, wenn die Enttabuisierung gegenüber den Lehrern offen mit dem Kind kommuniziert wird. Wissen die Kinder nicht um die Gespräche der Elternteile mit den Lehrern, nehmen sie diese nicht als Vertrauensperson in Bezug auf die elterliche Erkrankung wahr. Sie suchen nicht das Gespräch, berichten nicht über Veränderungen des elterlichen Gesundheitszustandes und des familiären Alltages und suchen weder Rat noch Trost. Die Gründe hierfür können in den von Lenz (2005) erhobenen Loyalitätskonflikten, Schweigegeboten und Schuldgefühlen der Kinder liegen, die durch die Kommunikation mit anderen Personen über die elterliche Erkrankung hervorgerufen werden, wenn die Kinder nicht die explizite Erlaubnis bekommen, sich an diese Personen wenden zu dürfen. Diese Erlaubnis hat eine Gruppe der Eltern der vorliegenden Studie ihren Kindern nicht gegeben, so dass es den Kindern nicht möglich ist, die von den Eltern aktivierte soziale Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Im Gegensatz dazu geraten die Kinder, die von der Enttabuisierung der elterlichen Erkrankung gegenüber den Lehrpersonen wissen, nicht in einen Loyalitätskonflikt. Sie gehen offen auf die Lehrer zu und fordern insbesondere emotionale Unterstützung ein, indem sie das Gespräch suchen, über Sorgen und Ängste berichten, Rat und Trost erhalten und erfahren, dass die Lehrer sich Zeit nehmen, zuhören und sich ihrer Sorgen annehmen. Daher muss angemerkt werden, dass die Ergebnisse von Kuhn und Lenz (2008) zur mangelnden Inanspruchnahme der sozialen Unterstützung in der vorliegenden Studie nur dann zutreffen, wenn die Lehrer noch nicht über die Erkrankung informiert sind oder wenn die Kinder von der Enttabuisierung gegenüber den Lehrpersonen nicht in Kenntnis gesetzt wurden. Wird mit den Kindern offen über den Kenntnisstand der Lehrer gesprochen und ihnen die Erlaubnis gegeben, diese als Vertrauenspersonen wahrzunehmen, gelingt es den Kindern leichter, den Hilfebedarf durch die Mobilisierung der Unterstützung zu decken. Bei diesen Kindern führen die Beweggründe der Eltern zur Enttabuisierung, die Kinder in der Anwendung sozial-unterstützungsorientierter Bewältigungsstrategien zu fördern, somit zum Ziel.

Förderung des Verständnisses

Auch in Bezug auf die Förderung des Verständnisses der Lehrpersonen durch die Informationen über die Erkrankung müssen Differenzierungen vorgenommen werden, da die Elterngruppen verschiedene Ziele verfolgen.

Alle Eltern möchten den Lehrern durch die Enttabuisierung verdeutlichen, dass die Auffälligkeiten der Kinder weder auf schulische Belange bezogen noch persönlich gegen die Lehrpersonen gerichtet sind noch eine psychische Erkrankung der Kinder als Ursache haben. Die Eltern, deren Kinder unterrichtsstörende Verhaltensweisen zeigen, sehen die Förderung des Verständnisses der Lehrer als notwendig, um Stigmatisierungen der Kinder als unangepasst, problematisch oder psychisch erkrankt zu verhindern. Begründen lässt sich diese Motivation vermutlich durch die eigenen Stigmatisierungserfahrungen der Eltern. So weisen Holzinger et al. (2003) daraufhin, dass psychisch erkrankte Patienten häufig stigmatisierende Aussagen, Einstellungen und Verhaltensweisen anderer Personen erleben, wobei konkrete Stigmatisierungserfahrungen am häufigsten in interpersonellen Interaktionen vorzufinden sind, wie zum Beispiel durch Ausgrenzungen, Missachtung und mangelnden Respekt. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Eltern dieser Gruppe ähnliche Erfahrungen machen mussten und besorgt sind, dass ihre Kinder mit negativen Zuschreibungen und damit verbundenen Ausgrenzungen aufgrund des unangemessenen Verhaltens konfrontiert werden[29].

Die Eltern, deren Kinder zwar Veränderungen im Verhalten zeigen, wie Unkonzentriertheit oder plötzliches Weinen, jedoch den Unterrichtsablauf nicht stören, möchten durch das Verständnis der Lehrer einer Gefährdung der positiven Beziehung der Schüler zu den Lehrpersonen entgegenwirken. Dass diese Gefährdung besteht, zeigen die Ergebnisse der Studie von Grimm (1996). Hier konnte festgestellt werden, dass unter anderem Unkonzentriertheit der Schüler zu den von Lehrpersonen negativ bewerteten Situationen zählt, die Gereiztheit und Ärger bis hin zu Hass und Ablehnung bei den Lehrern hervorrufen können. Dies könnte zugleich den Verlust eines wichtigen Schutzfaktors für die Kinder darstellen, wie die Ergebnisse der Resilienzforschung zeigen. So verweist Werner (2011) auf die hohe Bedeutung der Beziehung zum Lehrer als sozialen Schutzfaktor, Hascher und Hagenauer (2011) stellen heraus, dass die Beziehung einen zentralen Aspekt für das schulische Wohlergehen der Kinder darstellt und Theis-Scholz (2012) macht darauf aufmerksam, dass insbesondere bei Kindern aus problembelasteten Familien die Lehrer Schlüsselfiguren dar-

[29] Die Enttabuisierung ist zugleich mit der Angst verbunden, dass es zu Stigmatisierungen der Kinder und der Eltern aufgrund der psychischen Erkrankung kommt und durch die Offenheit damit Ausgrenzungen und Missachtung nicht reduziert, sondern gefördert werden. Auf diese Angst wird in den Ausführungen zu den hemmenden Faktoren näher eingegangen.

stellen, die Halt und Orientierung bieten können. Die Angst der Eltern vor der Gefährdung der positiven Beziehung zwischen Lehrer und Schüler ist damit vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Resilienzforschung als besonders bedeutsam zu erachten.

In einer Gruppe haben nicht die Eltern, sondern die Kinder trotz innerfamiliärer Tabuisierung und Schweigegebot zu externen Personen den Lehrern über die elterliche Erkrankung berichtet. Hierfür war insbesondere der zeitliche und situative Kontext von Bedeutung.

14.2 Zeitlicher und situativer Kontext der Enttabuisierung

Die von den Kindern vorgenommene Enttabuisierung kann als Resultat einer Verkettung mehrerer Aspekte gesehen werden: die Kinder sind emotional stark belastet, können sich aufgrund der innerfamiliären Tabuisierung niemandem anvertrauen und empfinden einen großen Bedarf an Entlastung. Diese Kinder treffen in einem gesprächsförderlichen Kontext auf eine Bezugsperson, die sich Zeit nimmt und ihnen Raum gibt, sich zu öffnen.

Integration der Enttabuisierung in den schulischen Alltag der Schüler

Die Gespräche, in denen die Kinder ohne Wissen der Eltern die Lehrer über die elterliche Erkrankung berichtet haben, finden unmittelbar nach den Unterrichtsstunden in den Klassenräumen statt. Die unterrichtenden Lehrer bitten die Schüler zum Gespräch, um eine Erklärung für die Unterrichtsstörungen zu erhalten. Es liegt somit eine enge Verzahnung des Unterrichtssettings und der Rolle des Lehrers als Beurteiler mit dem Gesprächssetting über die familiäre Situation und der Rolle des Lehrers als Berater vor. Engel (2007) stellt heraus, dass eine solche Integration der Beratung in die Lebenskontexte der Klienten als ein Spezifikum der Beratung gesehen werden kann. Sie findet oftmals nicht – wie therapeutische Sitzungen - in einem geschlossenen, losgelösten Setting statt, sondern vollzieht sich im Lebenskontext der Klientel als eine offen eklektische Orientierungs- und Bewältigungshilfe. In der vorliegenden Studie zeigt sich deutlich die Integration des beraterischen Settings in die Lebenskontexte der Schüler, denn die Gespräche der Lehrer mit den Schülern fügen sich in den Unterrichtsalltag ein und sind weder räumlich, noch zeitlich, noch personell vom schulischen Setting als zentralen Lebenskontext der Kinder getrennt.

Integration der Enttabuisierung in das Handlungsfeld der Lehrer

Neben der Integration des beraterischen Settings in die Lebenskontexte der Schüler zeigt sich auch die Integration der beraterischen Tätigkeit in den beruflichen Kontext der Lehrer. Die Lehrer reagieren auf die Unterrichtsstörungen der Schüler nicht nur mit Zurechtweisungen und dem Durchsetzen von Konsequenzen, sondern bieten den Schülern durch die Gespräche Beratung an, um sie in der Reflexion ihres Handelns zu unterstützen, ihnen Raum zu geben, von Hintergründen für die Verhaltensauffälligkeiten zu berichten, und mit ihnen gemeinsam Lösungswege zu erarbeiten. Schnebel (2007) weist diesbezüglich daraufhin, dass Beratung neben anderen Interventionsformen, wie Unterrichten und Erziehen, zu den täglichen Aufgaben von Lehrpersonen gehört, obwohl die Lehrer in der Gestaltung von Beratungssituationen nur ansatzweise geschult sind. Nestmann (2007) ordnet die Beratung durch Lehrpersonen daher der halbformalisierten Beratung zu: Sie ist genuiner Bestandteil ihres beruflichen Handelns und findet auf dem Hintergrund ihrer Fachlichkeit im Handlungsfeld statt. Jedoch verfügen die Lehrer nicht über eine Beratungsausbildung, in der sie Kenntnisse über die kommunikativen und beziehungsspezifischen Abläufe, die innerhalb eines Beratungsprozesses stattfinden, erworben haben. Auch die Lehrer der vorliegenden Studie sehen Beratung als eine ihrer Aufgaben und suchen das Gespräch mit den Schülern. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Erzählungen über die psychische Erkrankung des Elternteils das den Lehrern zugeschriebene Expertenwissen übersteigen, so dass diese der Rolle des Beratenden kaum gerecht werden können und die Situation als Überforderung wahrnehmen.

Zeit der ungeteilten Aufmerksamkeit zum Aufbau von Vertrauen

Für die Schüler ist in der Situation jedoch weniger das spezifische Wissen der Lehrer von Bedeutung, sondern vielmehr die Zeit, die sich die Lehrer für die Gespräche nehmen, um sich mit Ruhe und Aufmerksamkeit den Schülern zu widmen. Sickendiek et al. (2008) führen aus, dass insbesondere für Kinder und Jugendliche die ungeteilte Aufmerksamkeit eines Erwachsenen, der sich Zeit nimmt, Verständnis zeigt und sie in der Problembewältigung unterstützen möchte, eine ungewohnt positive Erfahrung sein kann. Dieser von Sickendiek et al. (2008) als wichtigen Wirkfaktor von Beratung und Therapie bezeichnete Aspekt zeigt sich deutlich in der vorliegenden Studie. Aufgrund der innerfamiliären Tabuisierung und den mangelnden positiven Interaktionen mit den Elternteilen stehen den Kindern keine Personen zur Verfügung, die auf ihre Fragen und Sorgen eingehen. In dem Gespräch mit den Lehrern erleben sie, dass sich diese Zeit nehmen, ihnen zuhören, ihre Belastungen wahrnehmen und ihnen ungeteilte Aufmerksamkeit schenken.

Diese ungewohnt positive Interaktion mit einer erwachsenen Bezugsperson hilft den Kindern, sich den Lehrern gegenüber zu öffnen und von zunächst allgemeinen Belastungen zu berichten. Dadurch erhalten sie die Möglichkeit, die Reaktionen der Lehrer zu überprüfen und mit ihren Erwartungen an eine offene, emphatische und vertrauensvolle Haltung der Lehrer abzugleichen, was letztendlich zu Gesprächen über die elterliche Erkrankung führt. Schweer (2008) sieht in dem Abgleich von wahrgenommenen Verhaltensweisen mit den eigenen impliziten Vertrauenstheorien eine notwendige Voraussetzung für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Lehrern und Schülern. Während sich Schweer auf die Bedeutung des Anfangskontaktes für den Vertrauensaufbau und somit allgemein auf erste Interaktionen des Lehrers in der Klasse bezieht, kann das Gesprächssetting der an dieser Studie beteiligten Schüler mit den Lehrern ebenfalls als ein Anfangskontakt gesehen werden, da sich die Schüler erstmals vertrauensvoll an die Lehrer wenden und sie nicht in ihrer Rolle als Erzieher und Beurteiler, sondern als Bezugsperson in einer unterstützenden Funktion wahrnehmen. Die Zeit, die sich die Lehrer für die Gespräche genommen haben und die eine ungeteilte Aufmerksamkeit und den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung ermöglicht hat, zeigt sich in dem Zusammenhang der Enttabuisierung der elterlichen Erkrankung als entscheidender Faktor.

Schulische Strukturen als Rahmen der Enttabuisierung durch die Eltern

Die Eltern, die die Lehrer aus eigener Initiative heraus über die Erkrankung informieren, wählen zur Enttabuisierung einen möglichst frühen Zeitpunkt und nutzen die schulischen Strukturen, um mit den Lehrern das Gespräch zu suchen. Der erste Elternsprechtag des Schuljahres bzw. die nächstmögliche Sprechstunde des Lehrers wird von den Eltern in Anspruch genommen. Tritt die psychische Erkrankung während des Schuljahres erstmalig auf bzw. wird ein Klinikaufenthalt notwendig, bitten die Eltern um einen Gesprächstermin außerhalb der schulischen Strukturen, um zeitnah die Lehrer persönlich informieren zu können. Dies steht im Gegensatz zu den Ausführungen von Conen (2008), die in Bezug auf Eltern-Lehrer-Kontakte ausführt, dass es häufig zu einem Vermeidungsverhalten der Eltern in Bezug auf Elternsprechtage oder Elternabende kommt, da die Eltern insbesondere Kritik an ihrem Erziehungsverhalten fürchten. Trotz der psychischen Erkrankung der Eltern dieser Gruppe und den damit teilweise einhergehenden Einschränkungen in der Erziehungsfähigkeit, der Unterstützung und Versorgung der Kinder sowie des familiären Alltages suchen die Eltern das persönliche Gespräch. Dies bedeutet zwar nicht, dass der Kontakt zu den Lehrern nicht angstbesetzt ist, jedoch motivieren die Beweggründe zur Enttabuisierung die Eltern mehr als sie der situative Kontext hemmen kann.

14.3 Förderliche Aspekte für eine fortlaufende Enttabuisierung der elterlichen Erkrankung innerhalb der Schule

Die vorliegende Studie zeigt, dass sich insbesondere eine positive Beziehung zwischen den Lehrern und den Kindern förderlich auf die offene Haltung der Eltern auswirkt und die Eltern zu wiederholten Gesprächen mit den Lehrern über die Erkrankung motiviert.

Positive Lehrer-Schüler-Beziehung

Diese positive Beziehung erkennen die Eltern zum einen in dem Kontakt mit den Lehrern, da diese trotz der teils massiven Verhaltensauffälligkeiten und Unterrichtsstörungen nicht die Schwierigkeiten im Umgang mit den Kindern in den Vordergrund stellen, sondern die Stärken und positiven Eigenschaften der Kinder hervorheben, Probleme lösungsorientiert schildern und um eine Unterstützung der Kinder bemüht sind. Zum anderen erleben die Eltern, dass es den Kindern gelingt, akute Krankheitsphasen erfolgreicher zu bewältigen als zu den Zeiten, in denen die Kinder nicht auf die Unterstützung eines vertrauensvollen Lehrers zurückgreifen konnten. Diese positive Beziehung zwischen Lehrer und Kind fördert eine positive Einstellung der Elternteile zu den Lehrern. Dies steht im Gegensatz zu den Ausführungen von Bröcher (2005), der beschreibt, dass Lehrer von Eltern als Konkurrenten um die Nähe und Bindung zu den Kindern gesehen werden können, was Eifersuchtsgefühle und Aggressionen bei den Eltern hervorruft. Es wäre zu erwarten gewesen, dass sich die von Bröcher (2005) beschriebenen Ängste der Eltern vor einer engeren Bindung der Kinder zu den Lehrern als zu den Elternteilen in der Studie bestätigen, da es den Eltern im Gegensatz zu den Lehrern insbesondere in akuten Krankheitsphasen nur schwer möglich ist, die Bedürfnisse der Kinder nach Stabilität im Verhalten und in den Alltagsstrukturen zu erfüllen.

Hier zeigt sich eine Besonderheit der Studiengruppe. Ganz im Gegensatz zu Eifersucht der Eltern oder gegen die Lehrer gerichtete Aggressionen möchten die Eltern der vorliegenden Studie die Nähe und Bindung der Kinder zu den Lehrern festigen, da sie um die hohe Bedeutung der Lehrpersonen als Schutzfaktor für die gesunde Entwicklung der Kinder wissen. Sie sehen in der positiven Beziehung der Kinder zu den Lehrern die Möglichkeit, dass eigene Einschränkungen in der Erziehung, Begleitung und Unterstützung der Kinder durch die Lehrer ausgeglichen werden. Die Lehrer stellen somit keine Konkurrenten um die Bindung zu den Kindern dar, sondern einen Erziehungspartner, der den Kindern eine Kompensation der Einschränkungen ermöglichen soll. Meyer et al (2001) stellen in ihrer „Kompensationstheorie“ eine ähnliche Bedeutung des psychisch gesunden Elternteils für die Entwicklung der Kinder

dar. Diese Theorie besagt, dass Kinder die elterliche Erkrankung leichter bewältigen können, wenn der nicht erkrankte Elternteil kompensierend einwirken kann. Wenn gleich auch die Möglichkeiten der Lehrpersonen zum Ausgleich der Einschränkungen in der Eltern-Kind-Beziehung als geringer eingeschätzt werden können als die der gesunden Elternteile[30], so sehen die Eltern dennoch die Möglichkeit der Lehrer, die Kompensation der Einschränkungen zu unterstützen[31].

Aktive Zugewandtheit der Lehrer

Die Kinder, deren Eltern die Lehrer über die Erkrankung informiert haben, nennen als förderlichen Aspekt die aktive Zugewandtheit der Lehrer. Ihnen fallen fortwährende Gespräche über die Erkrankung der Eltern leichter, da die Lehrer sie zu einem Gespräch auffordern, ihnen also offensiv ein Gesprächsangebot unterbreiten und Unterstützung anbieten. Die Kinder sehen darin ein ernsthaftes Interesse der Lehrer, ihnen als Vertrauensperson zur Verfügung stehen zu wollen. Hierin spiegeln sich die Beobachtungen von Tausch (2008) wider. Er stellt fest, dass Lehrpersonen, die ein verstärktes Interesse an der Entwicklung ihrer Schüler haben, diese häufiger zum Gespräch bitten, um Einblicke in ihre Lebenssituationen zu bekommen und angemessen handeln zu können. Dies mindert nach Tausch die Angst der Schüler auf die Lehrer zuzugehen und sie bei der Klärung von schulinternen aber auch schulexternen Problemlagen um Unterstützung zu bitten. Auch für die an der Studie teilnehmenden Kinder senkt die offensive Haltung der Lehrer die Hemmschwelle, über die Erkrankung zu sprechen.

Jedoch zeigt sich, dass hierfür nicht immer die von Tausch beschriebenen Gespräche notwendig sind, da die Kinder der vorliegenden Studie bereits durch ein kurzes Nachfragen der Lehrer in der Pause oder auch durch kleine Signale der Rücksichtnahme und des Verständnisses emotionale Entlastung spüren und motiviert werden, Unterstützung einzufordern. Der Interaktion zwischen „Tür und Angel“, wie sie Engel (2007) für die Beratungssituationen in pädagogischen Handlungsfeldern beschreibt, kommt hier also eine besondere Bedeutung zu, denn es zeigt sich, dass diese Kinder den kurzen Interaktionen mit den Lehrern eine hohe Bedeutung beimessen und auf dieser Grundlage bei Bedarf das ausführlichere Gespräch mit den Lehrern suchen. Während Tausch (2008) diesen ausführlichen Beratungsgesprächen in der Schule eine psychotherapeutische Wirkung zuspricht, führen bei diesen Kindern bereits kleine Signale der Empathie und Unterstützung zu einer emotionalen Entlastung.

[30] Es kann davon ausgegangen werden, dass die Erwartungen an die kompensierende Funktion der Lehrer insbesondere bei alleinerziehenden Elternteilen bestehen. Dieser Annahme konnte in der vorliegenden Studie aufgrund Mangel an Familien mit einem psychisch gesunden Elternteil nicht weiter nachgegangen werden.

[31] Auf die mit dieser Kompensation verbundenen möglichen Überlastung der Lehrpersonen soll hier nur hingewiesen, jedoch nicht weiter eingegangen werden.

Die hohe Bedeutung der von den Kindern als förderlich genannten aktiven Unterstützungshaltungen der Lehrer wird im Vergleich der Lehrergruppen in Bezug auf den weiteren Hilfeverlauf deutlich. Gehen die Lehrer auf die Kinder zu, indem sie sich regelmäßig nach der familiären Situation erkundigen, Unterstützung anbieten und Verständnis und Rücksichtnahme zum Ausdruck bringen, gelingt es den Kindern, diese Lehrer als Bezugsperson in Anspruch zu nehmen und die Unterstützungsangebote anzunehmen. Eine Gruppe der Lehrer jedoch bietet die Unterstützung in dieser offensiven Form nicht an, sondern wartet auf die Hilfeanfrage der Schüler. Auch diese Lehrer wissen um die elterliche Erkrankung, die hohe emotionale Belastung der Kinder und den dringenden Hilfebedarf und haben im Gespräch der erstmaligen Enttabuisierung ihre Unterstützung angeboten und auf externe Hilfen verwiesen. Es kommt jedoch nicht erneut zu Nachfragen oder offen ausgesprochenen Unterstützungsangeboten, da die Lehrpersonen auf die Hilfeanfrage der Schüler warten. Den Kindern gelingt es nicht, dieses einmalige Hilfeangebot zu einem späteren Zeitpunkt einzufordern. Sie hoffen darauf, dass der Lehrer erneut auf sie zugeht. Da beide Seiten in dieser wartenden Haltung verharren, kommen weder weitere Gespräche über die elterliche Erkrankung oder die Belastungen der Kinder noch weitere Hilfen durch die Lehrer zustande. Ein Grund hierfür kann in den bereits oben genannten Ergebnissen von Kuhn und Lenz (2008) gefunden werden. Diese zeigen bei den Kindern schizophrener Eltern mangelnde Fähigkeiten auf, sozial-unterstützungsorientierte Bewältigungsstrategien trotz eines hohen Unterstützungsbedarfes einzusetzen. Die vorliegende Studie verdeutlicht zum einen, dass sich diese mangelnde Inanspruchnahme der möglichen Unterstützungen auch im schulischen Kontext der Kinder psychisch erkrankter Eltern trotz des täglichen Kontaktes zu den Lehrpersonen zeigt und zum anderen ein fortwährendes Zugehen der Lehrer auf die Schüler notwendig ist, um ihnen die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Hilfen zu geben.

Dieses fortwährende Zugehen der Lehrer auf die Kinder wird in einer Gruppe der Lehrer erschwert, da diese die Bedeutung der Gespräche mit den betroffenen Schülern und die Bedeutung des Wissens um die elterliche Erkrankung als nicht so hoch einschätzen wie die Schüler, die auf das Unterstützungsangebot der Lehrer hoffen. Für diese Lehrergruppe können die Schlussfolgerungen von Opp (2007) als zutreffend gesehen werden. Opp führt aus, dass sich Lehrer ihrer unterstützenden Funktion in der Interaktion mit Risikoschülern oftmals nicht bewusst sind und ihre Möglichkeiten, den Alltag der Schüler positiv zu beeinflussen, unterschätzen. Für die andere Lehrergruppe der vorliegenden Studie treffen diese Ausführungen nicht zu, da sie sich ihrer Bedeutung als Bezugsperson bewusst sind und daher den Schülern offensiv Unterstützung anbieten.

Fortführung der Gleichbehandlung

Ein weiterer für die Kinder förderlicher Aspekt zur fortlaufenden Enttabuisierung ist die Gewissheit, dass das Wissen der Lehrer über die elterliche Erkrankung und die damit verbundenen Belastungen der Kinder keine Ungleichbehandlung zu den Mitschülern nach sich zieht. In der Studie zeigt sich, dass es für die Kinder von hoher Bedeutung ist, dass ihre schulischen Leistungen nach den gleichen Maßstäben wie die ihrer Mitschüler beurteilt werden, dass sie die gleichen Anforderungen zu erfüllen haben und keine besondere Rolle in der Klasse einnehmen. Der Wunsch nach Gleichbehandlung lässt sich durch das von Graßhoff et al. (2006) beschriebene Risiko der Stigmatisierung und Ausgrenzung erklären, das eine positive Lehrer-Schüler-Beziehung mit sich bringen kann. Die Autoren weisen darauf hin, dass Schüler, denen der Lehrer besondere Aufmerksamkeit oder eine bevorzugte Behandlung zukommen lässt, in die Rolle des „Lieblingsschülers“ kommen können, die zur sozialen Isolation und zur Stigmatisierung führen kann. Für die Kinder dieser Studie würde dies eine verstärkte Kumulation der Belastungsfaktoren bedeuten, da sie zum einen die Mitschüler und Freunde als soziale Ressourcen verlieren würden und sich das Netzwerk der Kinder stark dezimieren würde, und sie zum anderen nicht nur Stigmatisierungen aufgrund der elterlichen Erkrankung zu befürchten hätten, sondern zusätzlichen Ausgrenzungen aufgrund der besonderen Beziehung zu den Lehrern ausgesetzt wären.

Neben diesem Risiko, die Rolle des „Lieblingsschülers“ einzunehmen, darf davon ausgegangen werden, dass die Kinder eine Ungleichbehandlung aufgrund des Einforderns von Normalität ablehnen. In der Studie von Lenz (2005) wird deutlich, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern eine Ent-Normalisierung des familiären Alltages erleben. Sie sind mit unvorhersehbaren Reaktionen der Elternteile ebenso konfrontiert wie mit plötzlich eintretenden Krankheitsphasen, dem Verlust gewohnter Tagesstrukturen und mit schwankenden Parentifizierungsprozessen. Durch die Gleichbehandlung in der Schule, so zeigen die vorliegenden Ergebnisse, möchten die Kinder für einen begrenzten Teil ihres Alltages Normalität erfahren, in der sie ihre altersentsprechende Rolle als Schüler ausleben dürfen, ohne Rollenumkehrungen und Strukturverluste bewältigen zu müssen. Sie sind den gleichen Anforderungen ausgesetzt wie ihre Mitschüler und müssen den gleichen Belastungen Stand halten, ohne eine gesonderte Rolle einzunehmen. Damit lassen sich in dieser Studie die Ausführungen von Opp (2007) bestätigen, der für Kinder aus problembelasteten Familien Schule als „strukturierte Gegenwelt“ zum familiären Kontext bezeichnet.

14.4 Hinderliche Aspekte für eine Enttabuisierung gegenüber der Lehrperson

Neben den für eine einmalige und fortlaufende Enttabuisierung förderlichen Aspekten konnten in der vorliegenden Studie ebenso einer Enttabuisierung hinderliche Faktoren herausgefunden werden.

14.4.1 Für Kinder hinderliche Aspekte

Zurückhaltung und starke Wissensorientierung der Lehrer

Hemmend wirken sich auf die Kinder fehlendes Einfühlungsvermögen, Desinteresse an den persönlichen Problemlagen der Schüler und mangelnde Rücksichtnahme der Lehrer aus. Sie wenden sich nicht an die Lehrpersonen, wenn diese eine starke Fokussierung auf kognitive Leistungen und die Erfüllung schulischer Ansprüche zeigen, ohne dabei positives Verhalten und Bemühungen der Schüler wertzuschätzen. Auch eine unangemessene Strenge mit intransparenten Grenzen und Konsequenzen sowie die Ablehnung von Hilfegesuchen der Schüler sind für eine Einbeziehung der Lehrer als Vertrauensperson für diese Kinder hinderlich. In diesen Ergebnissen zeigen sich sowohl Parallelen als auch Unterschiede zur Untersuchung von Wilbert und Gerdes (2007) zu den Vorstellungen von Schülern über einen typischen und einen idealen Lehrertypus. Die Autoren fanden heraus, dass der typische Lehrer von den Schülern als passiv-zurückhaltend und mehr wissensorientiert gesehen wird. In dieser Form beschreiben auch die Kinder der vorliegenden Studie die Lehrpersonen, bei denen sie eine Enttabuisierung ablehnen.

Eine Besonderheit der vorliegenden Zielgruppe besteht somit darin, dass die Schüler sich an die Lehrpersonen ungern wenden möchten, die dem Bild eines typischen Lehrers entsprechen. Hingegen sehen diese Kinder ein hohes Einfühlungsvermögen und Fürsorge der Lehrer als ideal, um sie über die Erkrankung zu informieren. Dies widerspricht den Ergebnissen von Wilbert und Gerdes (2007), in deren Studie die Schüler dem Einfühlungsvermögen eine eher untergeordnete Rolle, Fairness und Allgemeinwissen eine höhere Bedeutung zuschreiben, so dass der ideale Lehrer zu einem partnerschaftlichen Gegenüber wird und seine fürsorglich-lenkende Rolle ablegt. Die Ausübung dieser fürsorglich-lenkende Rolle aber ist für die Kinder der vorliegenden Studie von hoher Bedeutung. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern veränderte Erwartungen an die Rolle der Lehrer als Bezugspersonen stellen, indem sie einer fürsorglichen und einfühlsamen Haltung eine besondere Gewichtung zukommen lassen.

Angst vor Vertrauensmissbrauch

Des Weiteren wirkt sich die Angst vor einem Vertrauensmissbrauch hemmend auf die Enttabuisierung aus. Bei den Kindern dieser Studie zeigen sich Unsicherheiten und Ängste in den Gesprächen mit den Lehrern über die elterliche Erkrankung, da sie nicht abschätzen können, ob sich negative Folgen für die weiteren Interaktionen mit den Lehrern ergeben werden. Sie befürchten stigmatisierende Aussagen der Lehrpersonen, negative Leistungsbewertungen und die Weitergabe der Gesprächsinhalte an andere Lehrer oder Mitschüler. Diese Unsicherheiten und Ängste sind insbesondere in der Gruppe der Schüler stark ausgeprägt, die aus eigener Initiative trotz familiären Schweigegebotes die Lehrer informiert haben, sowie in der Gruppe, in der zwar die Eltern die Erkrankung enttabuisierten, den Kindern jedoch nicht die explizite Erlaubnis gegeben haben, auf die Lehrer als Bezugspersonen zuzugehen.

Es zeigt sich, dass diese Kinder ein großes Vertrauen in die Lehrer aufbringen müssen, um die Erkrankung erstmalig zu thematisieren. Die Ausführungen von Schweer (2008) zeigen jedoch, dass für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Lehrern und Schülern eine Vertrauensvorleistung der Lehrpersonen hilfreich ist. Indem der Lehrer zunächst sein Vertrauen in den Schüler zeigt, unterbreitet er dem Schüler ein Angebot, mit der Rückgabe eigenen Vertrauens zu reagieren. In der vorliegenden Studie zeigt sich diesbezüglich eine Umkehrung, da die Schüler mit dieser Vertrauensvorleistung auf die Lehrer zugegangen sind. Sie setzen sich damit dem erhöhten Risiko aus, dass die Lehrer dieses Vertrauen missbrauchen, indem sie beispielsweise mit abwertenden Äußerungen oder negativen Leistungsbewertungen reagieren. Die fehlende Vertrauensvorleistung bzw. die Umkehrung im Aufbau der vertrauensvollen Beziehung löst Ängste und Unsicherheiten aus und wirkt damit hemmend auf die Enttabuisierung.

14.4.2 Für Eltern hinderliche Aspekte

Angst vor Stigmatisierungen der Kinder

Die für die Eltern hemmenden Faktoren zeigen sich insbesondere in der Gruppe der Eltern, die den Lehrer nicht über die Erkrankung informieren wollten, es aber durch die Kinder zu einer Enttabuisierung gegenüber den Lehrpersonen gekommen ist. Diese Eltern sehen die Gefahr, dass sich aus dem offenen Umgang mit der Erkrankung Nachteile für das Kind ergeben können. So befürchten sie, dass die Lehrer die Unterstützung in der Erfüllung der schulischen Anforderungen beenden, da sie den

Kindern kognitive Fähigkeiten absprechen bzw. weitere Förderungen als nicht erfolgsversprechend betrachten. Ebenso möchten sie vermeiden, dass Hilfebedarfe des Kindes bagatellisiert und Verhaltensauffälligkeiten aufgrund der elterlichen Erkrankung als unveränderbar gesehen werden. Die Angst vor negativen Auswirkungen auf die Beziehung der Lehrer zu den Schülern sowie vor dem Verlust der sozialen und emotionalen Unterstützung der Kinder hemmt die Eltern im offenen Umgang.

Hier zeigt sich - ebenso wie in den Beweggründen der Eltern, die sich zur Enttabuisierung entschlossen haben – die Motivation der Eltern, ihre Kinder vor den Stigmatisierungserfahrungen zu schützen, die sie selber aufgrund der psychischen Erkrankung erlebt haben. Die Gefahr der Stigmatisierung der Kinder wird somit in allen Elterngruppen gesehen, jedoch gehen die Eltern unterschiedlich mit dieser Angst um. Die Eltern, die die Lehrer über die Erkrankung informieren, sehen in dem Wissen der Lehrer einen Schutz der Kinder vor negativen Zuschreibungen und die Aktivierung einer Unterstützungsperson. Die Eltern, die eine Enttabuisierung vermeiden möchten, sehen den Schutz der Kinder durch das Nicht-Wissen der Lehrer gegeben, um negative Zuschreibungen nicht zu fördern.

Eine Erklärung für diese unterschiedliche Motivation kann in dem Vertrauen der Eltern in dem Umgang der Lehrer mit den Informationen über die Erkrankung gesehen werden. Die Eltern, die einen offenen Umgang pflegen, vertrauen darauf, dass die Lehrer angemessen mit den Informationen über die elterlicher Erkrankung umgehen, die Belastungen und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder nachvollziehen können und ihr eigenes Verhalten entsprechend anpassen werden. Die Gefahr der Stigmatisierung sehen diese Eltern somit erhöht, wenn die Lehrer Unsicherheiten im Umgang mit den Kindern spüren, die Auffälligkeiten der Kinder nicht einordnen und verstehen zu können. Die Eltern, die einen offenen Umgang vermeiden, sehen die Gefahr der Stigmatisierungen in dem mangelnden Wissen der Lehrer über psychische Erkrankungen sowie die Unsicherheit, mit diesen Informationen umzugehen. Sie vertrauen nicht auf eine angemessene Reaktion, sondern befürchten ähnlich stigmatisierende Äußerungen wie sie es im sozialen Umfeld oftmals erlebt haben.

Angst vor Stigmatisierungen der erkrankten Eltern

Zu dieser möglicherweise nachteiligen Auswirkung der Enttabuisierung auf die Kinder befürchten die Eltern zudem Nachteile für die eigene Person. Sie sehen die Gefahr, dass die Lehrer ihnen nicht nur kognitive Kompetenzen, sondern insbesondere die Erziehungskompetenz absprechen, die Erziehung des Kindes im familiären Umfeld sowie Verhaltensweisen des Elternteils kritisch betrachten und speziell in akuten Krankheitsphasen eine Herausnahme des Kindes durch eine enge Kooperation mit

der öffentlichen Jugendhilfe veranlassen. Somit zeigen sich in dieser Studie die Ängste der Eltern gegenüber den Lehrpersonen, die Schrappe (2011) für den Kontakt der Eltern mit Einrichtungen der Jugendhilfe beschreibt. Schrappe führt aus, dass Eltern die Inanspruchnahme der Unterstützungsangebote der öffentlichen und freien Jugendhilfe vermeiden, da sie eine Herausnahme der Kinder aus der Familie befürchten. Zwar ist diese Angst, so Schrappe (2011), meist unbegründet, jedoch steigt das Risiko der Gefährdungssituation an, je länger Hilfen hinausgeschoben werden. Auch in der vorliegenden Studie lässt sich feststellen, dass die Eltern dieser Gruppe weder sozialpädagogische noch therapeutische Hilfen für die Kinder aktivieren, obwohl die Kinder eine hohe emotionale Belastung und dringenden fachlichen Hilfebedarf zeigen. Die Gefahr, dass die Hilfen so lange hinausgezögert werden, bis der Lehrer den Kontakt zur Jugendhilfe aufgrund einer eintretenden Gefährdungssituation suchen muss, ist daher gegeben.

Subjektiv empfundene Hierarchieunterschiede

In der Studie konnten zudem die Hierarchieunterschiede als hemmende Faktoren bei allen Eltern festgestellt werden. Die Eltern fühlen sich dem Gespräch mit dem Lehrer nicht gewachsen, da sie eine Überlegenheit der Lehrpersonen empfinden und eine gleichgestellte Kommunikation daher als nicht möglich betrachten. Diese empfundene Hierarchie sieht Conen (2008) bei Eltern allgemein als Grund für eine Vermeidung von Gesprächen mit den Lehrern, da sich die Eltern in einer unterlegenen Position fühlen. Diese Wahrnehmung kann nach Conen unter anderem dazu führen, dass Aufforderungen zum Gespräch nicht als Unterstützungsangebot der Lehrer, sondern von den Eltern als Kritik an dem erzieherischen Handeln interpretiert werden. Da die Angst vor einem kritischen Hinterfragen ihrer Erziehungskompetenzen bei den an dieser Studie teilgenommenen psychisch erkrankten Eltern bereits vorliegt, ist davon auszugehen, dass diese Bedenken zusätzlich verstärkt werden, wenn die Lehrer ein Gespräch mit den Eltern einfordern, was wiederum die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass der Termin von den Eltern nicht wahrgenommen wird und so Hilfen nicht aktiviert werden können.

Es liegen somit mehrere hemmende Faktoren vor, die die Eltern an einer Enttabuisierung hindern. Daher kann den Schlussfolgerungen von Hertel und Schmitz (2010) für die hier vorliegende Zielgruppe nicht zugestimmt werden. Die Autoren sehen die Lehrpersonen für Eltern als erste Kontaktpersonen, wenn Konflikte in der Beziehung oder dem Beruf bestehen oder psychische Probleme vorliegen. Diese Studie hat jedoch gezeigt, dass insbesondere die Eltern, die Stigmatisierungen und Hierarchisie-

rungen befürchten, den Kontakt zu Lehrpersonen meiden, auch wenn sie sich der Bedeutung der Lehrer für die Unterstützung ihrer Kinder bewusst sind.

14.5 Erwartungen der Schüler und Eltern hinsichtlich der Unterstützung durch die Lehrpersonen

14.5.1 Erwartungen der Kinder

Rücksichtnahme, aber Gleichbehandlung in den Leistungsbewertungen

Die Erwartungen der Kinder hinsichtlich der Unterstützung durch den Lehrer zeigen sich bei allen Kindern in zwei Aspekten. Zum einen erhoffen sie sich von den Lehrpersonen Rücksichtnahme auf ihre persönliche Situation durch zwischenzeitliches Erkundigen nach aktuellen familiären Entwicklungen, verständnisvolles aber zugleich konsequentes Handeln der Lehrer bei unangemessenem Verhalten und fortwährende Signale an die Kinder, als Bezugsperson offen für persönliche Gespräche zu sein.

Zum anderen erwarten die Kinder eine Gleichbehandlung bezüglich der Leistungsbewertungen. Die Kinder wünschen sich eine Bewertung ihrer schulischen Leistungen nach den für alle gültigen Kriterien. Sie möchten ihre Noten unbeeinflusst der familiären Situation erarbeiten und sie auf ihre Lernleistungen und Fähigkeiten zurückführen und damit durch ihr eigenes Handeln beeinflussen können. Hierin zeigt sich der Bedarf der Kinder nach Selbstwirksamkeit, wie sie Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2009) in Bezug auf die Ergebnisse der Resilienzstudien beschreiben. Der Grund für die Bedeutung der Selbstwirksamkeit kann in der häufigen Konfrontation der Kinder mit unbeeinflussbaren Situationen im familiären Alltag gesehen werden, wie in den Ausführungen zu den förderlichen Aspekten mit Verweis auf die Ausführungen von Lenz (2005) beschrieben. In dieser vorliegenden Studie wird deutlich, dass die Kinder - anders als in der Bewältigung der familiären Probleme - anhand ihrer schulischen Leistungen erleben möchten, dass sie durch ihr Handeln Veränderungen herbeiführen und Anforderungen bewältigen können. Damit steht die Selbstwirksamkeitserwartung in der Bewältigung der schulischen Anforderungen im Gegensatz zu der Selbstwirksamkeitserwartung in der Bewältigung der Anforderungen, die sich für die Kinder aus dem Zusammenleben mit dem psychisch erkrankten Elternteil ergeben.

Verständnis, aber keine Lösungsvorschläge

Zunächst einmal ist auffällig, dass die Kinder an die Lehrpersonen nicht die Erwartung stellen, Lösungen für die familiäre Situation oder die individuellen Belastungen zu kennen. Sie sehen die Lehrer diesbezüglich nicht in einer Expertenrolle, der Auswege kennt und die notwendigen Informationen geben kann, die zu einer positiven Veränderung führen. Allein der Sicherheit, bei Bedarf auf den Lehrer als Ansprechpartner und Zuhörer zurückgreifen zu können, Ruhe und Zeit zur Verfügung zu haben und auf Verständnis zu treffen, bedeutet für die Kinder einen großen Rückhalt. Diese Erwartungen der Kinder stehen im Gegensatz zu den Ängsten der Lehrpersonen, die in der Studie von Düro (2008) erhoben wurden. Diese Lehrkräfte sehen die Gefahr, den hohen Erwartungen der Kinder an die Unterstützung durch die Lehrpersonen oder die Inhalte eines Beratungsgespräches nicht gerecht werden zu können und dadurch ihre Rolle als Professionelle zu verlieren. Die hohe Erwartungshaltung liegt für die Lehrer darin begründet, dass die Schüler es gewohnt sind, vom Lehrer Lösungen und Auswege für Problemsituationen zu erhalten. Sie gehen daher davon aus, dass das Aufzeigen von Verständnis nicht genügt und der Schüler mit Aggressionen und Abwehrhaltungen auf die unerfüllten Erwartungen reagieren wird.

Hier zeigt sich eine Besonderheit der vorliegenden Studiengruppe, denn für die Kinder psychisch erkrankter Eltern liegt genau in diesem Verständnis eine sehr hohe Bedeutung. Sie erwarten keine Lösungsvorschläge, da sie ihre familiäre Situation von anderen, von den Lehrern lösbaren Problemen unterscheiden. Sie wissen, dass die Lehrer hier keine Lösungswege aufzeigen können. Die Erwartungshaltung der Kinder an die Lehrer liegt daher nicht in fertigen Lösungen, sondern in Verständnis und Zuhören. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Kinder das Aufzeigen von Lösungen durch den Lehrer eher als unangemessen empfinden, da sie es als Herabspielen der Komplexität der Problemlage empfinden und erfahren, dass sie nicht gehört werden, sondern in ihrem Handeln angeleitet werden.

14.5.2 Erwartungen der Eltern

Einbeziehung in Überlegungen zur Unterstützung, aber keine Lösungsvorschläge

Die Erwartung der Kinder, bei den Lehrern auf Verständnis, Zeit und Gesprächsbereitschaft zu stoßen, jedoch keine Lösungsvorschläge zu erhalten, zeigt sich auch bei den Eltern.

Einige Eltern erleben die Lehrer in Teilen der Gespräche in einer Expertenrolle, in der die Lehrer Lösungswege aufzeigen, ohne die Eltern in Überlegungen einzubeziehen. Sie geben den Eltern den Rat zur Inanspruchnahme fachlicher Unterstützung und verweisen bei den Hilfen für das Kind auf schulinterne und schulexterne Unterstützungsangebote, wie Schulsozialarbeiter oder Kinder-und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Eltern sind durch die Lösungsvorschläge irritiert, fühlen sich diesbezüglich nicht in den Dialog einbezogen und lehnen sie daraufhin ab. Hierin zeigen sich die von Schnebel (2007) aufgezeigten Risiken in schulischen Beratungssituationen. Schnebel weist darauf hin, dass Lehrer aus einer Expertenrolle heraus zu Lösungsvorschlägen und Ratschlägen neigen, ohne dabei dem Gegenüber ausreichende Möglichkeiten zu bieten, eigene Lösungsideen einzubringen und zu diskutieren. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen jedoch, dass für die Eltern gerade diese gemeinsamen Überlegungen zur möglichen Unterstützung der Kinder und zur konstruktiven Zusammenarbeit eine große Bedeutung haben.

Zudem erhoffen sich die Eltern von den Lehrern Wertschätzung und Anerkennung für ihre Offenheit und ihr Ziel der Aktivierung von Hilfen für das Kind. Durch die Lösungsvorschläge und Ratschläge sehen die Eltern ihre Bemühungen nicht ausreichend wertgeschätzt und empfinden die Situation als demotivierend für zukünftige Versuche, Unterstützung zu aktivieren. Nestmann und Sickendiek (2002) betonen jedoch, dass diese Förderung der Aktivierung persönlicher und sozialer Ressourcen und somit die Förderung von Empowermentprozessen ein wichtiges Ziel eines Beratungsprozesses darstellt. Da einige Lehrer der vorliegenden Studie diese Empowermentprozesse kaum wahrnehmen und wertschätzen, sondern stattdessen davon losgelöste Lösungswege aufzeigen, stehen die Eltern weiteren Kontakten zu den Lehrern eher skeptisch gegenüber.

Verstärkte schulische Unterstützung der Kinder durch die Lehrer

Die Eltern messen - im Gegensatz zu den Kindern - der Unterstützung der Kinder in schulischen Belangen eine hohe Bedeutung bei. Sie erwarten Hilfestellungen für die Kinder in der Erarbeitung der Hausaufgaben und der gezielteren Vorbereitung auf Leistungsüberprüfungen sowie eine aktive Einbeziehung der Kinder in den Unterricht und Aufforderungen zur Mitarbeit, um sowohl mangelnden schulischen Leistungen als auch einem Rückzug der Kinder vorzubeugen bzw. zu entgegnen. Diese Ergebnisse konkretisieren die Ausführungen von Lenz (2005) zu Wünschen psychisch erkrankter Eltern nach alltäglichen Hilfeleistungen. In der Studie von Lenz gaben die befragten Patienten neben dem Wunsch nach Hilfen für die Familie im Haushalt und Unterstützung der Kinder in der Ausübung der Freizeitaktivitäten Hilfen für die Kinder

bei den Schularbeiten an. Die vorliegende Studie zeigt, dass die Eltern diese schulische Unterstützung insbesondere in der Aufgabe der Lehrpersonen sowohl bezüglich der Förderung der Kinder innerhalb der Schulzeit als auch bezüglich der gezielteren Hilfen für selbständiges Arbeiten zu Hause sehen.

Inwiefern die Kinder bereit sind, diese verstärkte leistungsbezogene Förderung anzunehmen, konnte in der vorliegenden Studie nicht geklärt werden. Jedoch zeigen Ergebnisse von Kuhn und Lenz (2008) für die Kinder schizophren erkrankter Eltern, dass es den Kindern mit einem erhöhten Unterstützungsbedürfnis eher gelingt, soziale Unterstützung in neutralen Bereichen, wie der Schule, in Anspruch zu nehmen, als bei Problemen, die die Erkrankung der Eltern betreffen. Daher kann für die vorliegende Zielgruppe davon ausgegangen werden, dass die Kinder einer schulischen Unterstützung nicht ablehnend gegenüberstehen.

Förderung angemessener Verhaltensweisen

Neben diesen Wünschen an eine gezielte schulische Förderung lassen sich bei allen Eltern Erwartungen bezüglich der Förderung angemessener Verhaltensweisen der Kinder erkennen. Diese soll gewährleistet werden, indem die Lehrer bei Verhaltensauffälligkeiten das Gespräch mit den Kindern suchen, die Kinder gezielt auf Belastungen und Sorgen - auch in Bezug auf die elterliche Erkrankung – ansprechen und zugleich Grenzen konsequent aufzeigen. An die Lehrer werden damit die Erwartungen gestellt, die Rolle als Vertrauensperson und Ansprechpartner für persönliche Belange der Kinder mit der Rolle der Autoritätsperson zu vereinbaren. Hierin zeigen sich ähnliche Erwartungen, wie Methner (2013) für Lehrer als Beratungspersonen aufzeigt. Lehrern in Beratungsprozessen kommt die Aufgabe zu, ihre Rollen als vertrauensvolle Beratungsperson einerseits und Beurteiler der schulischen Leistungen andererseits transparent voneinander zu trennen, um nicht in einen Rollenkonflikt zu geraten. Da sich die Eltern der Schwierigkeiten der Rollenkonflikte der Lehrpersonen zwischen Vertrauensperson und Autoritätsperson bewusst sind, werden in der vorliegenden Studie die Erwartungen an eine individuelle Unterstützung unter anderem mit Blick auf diese Schwierigkeiten von den Eltern zugleich relativiert.

Gelingende Kooperation zwischen Lehrern und Eltern

Auch erwarten die Eltern eine frühzeitige und zeitnahe Information über Fehlverhalten und mangelnde schulische Leistungen der Kinder, um durch die Kooperation mit den Lehrern negativen Entwicklungen entgegenwirken zu können. Eine aktive Haltung der Lehrer, die auf die Eltern zugehen und Gespräche einfordern, sehen insbesondere die Eltern als positiv, die Ängste und Hemmungen in Bezug auf ein Ge-

spräch mit den Lehrern empfinden. Durch die gelingende Kooperation mit den Lehrpersonen erhoffen sich die Eltern eine positive Entwicklung der Kinder und dadurch eine Verbesserung des eigenen Gesundheitszustandes. Eine verbesserte Unterstützung der Kinder in der Schule sowohl im fachlichen Lernen als auch in angemessenem Verhalten führen nach Ansicht der Eltern zu verringerten Sorgen um die Kinder und damit zu einem geringeren Risiko erneuter Krankheitsphasen.

Hier zeigt sich die Gefahr, dass sich diese Haltungen der Eltern zum Zusammenhang der schulischen Leistungen und der eigenen psychischen Stabilität auf die Kinder übertragen und die Kinder in den Gefühlen der Verantwortlichkeit für die Erkrankung des Elternteils bestärkt werden. So führt Lenz (2010a) aus, dass sich Kinder psychisch erkrankter Eltern Fragen zu den Krankheitsursachen und der eigenen Schuld stellen und daraufhin versuchen, durch die Anpassung des eigenen Verhaltens die elterliche Erkrankung positiv zu beeinflussen. Die vorliegende Studie zeigt, dass insbesondere die Kinder mit einer Neigung zur Situationskontrolle durch positive Schulleistungen die Eltern in der Gesundung unterstützen möchten. Die an die Lehrer gerichteten Erwartungen der Eltern einer gezielteren Unterstützung der Kinder und die darin zugrunde liegenden Hoffnungen der Eltern auf eine Besserung des gesundheitlichen Zustandes verstärken diese Bemühungen der Kinder.

Frühzeitige Information über Veränderungen der schulischen Abläufe

Weitere Erwartungen der Eltern beziehen sich auf die Strukturen der Schulen. Sie befürworten eine frühzeitige Information über Veränderungen der Schulzeiten, wie zum Beispiel bei Stundenausfall oder Schulausflügen, um sich auf die Veränderungen im Tagesablauf einstellen zu können. Für die Eltern bedeuten Veränderungen in den geregelten Schulzeiten der Kinder eine Ent-Normalisierung ihres Alltages, die für sie eine Belastung darstellen. So können die Erkenntnisse von Lenz (2005) zur Ent-Normalisierung des Alltages der Kinder durch diese Studie erweitert werden. Lenz konnte feststellen, dass die elterliche Erkrankung zumindest phasenweise gravierende Auswirkungen auf den kindlichen Alltag haben kann, so dass es zu einem Verlust gewohnter Strukturen und Abläufe kommt, auf die sich die Kinder immer wieder erneut einstellen müssen. Dies ruft bei den Kindern Unsicherheit hervor, erfordert ein hohes Maß an Flexibilität und stellt einen hohen Belastungsfaktor für die Kinder dar. Wie die Kinder diese plötzlichen Veränderungen im Alltag durch die elterliche Erkrankung als Belastung erleben, so empfinden die Eltern der vorliegenden Studie kurzfristige Veränderungen im geregelten Schulablauf ebenfalls als Belastung, da dies für sie eine Ent-Normalisierung ihres Alltages und ihrer haltgebenden Strukturen darstellt.

14.6 Auswirkungen der Enttabuisierung der elterlichen Erkrankung auf Eltern, Schüler und Lehrer

14.6.1 Auswirkungen auf den Kontakt von Lehrern und Eltern

Wertschätzende und bedarfsgerechte Zusammenarbeit

Es zeigen sich positive Auswirkungen der Enttabuisierung auf den Kontakt zwischen Lehrer und Eltern. Die Eltern nehmen wahr, dass die Lehrer die Information und den Hilfebedarf ernstnehmen und fortwährend einen konstruktiven Dialog suchen, um Unterstützungen der Kinder an die aktuellen familiären Situationen anzupassen. Hierzu werden Wege der Zusammenarbeit genutzt, die den Bedürfnissen der erkrankten Eltern gerecht werden. Die befürchteten Stigmatisierungen und Vorwürfe, die insbesondere bei den Eltern bestanden, die eine Enttabuisierung vermeiden wollten, bleiben aus. Die Eltern fühlen sie sich daher ermutigt, bei künftigen Schwierigkeiten oder einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes erneut auf die Lehrer zuzugehen.

14.6.2 Auswirkungen auf die Schüler

Verbesserung der Lehrer-Schüler-Beziehung

Sowohl Eltern als auch Kinder sehen positive Auswirkungen der Enttabuisierung auf die Lehrer-Schüler-Beziehung. Die Kinder sind den Lehrpersonen gegenüber positiver eingestellt, zeigen ein respektvolleres Handeln und können die gegen den Lehrer gerichteten Aggressionen verringern. Während des Unterrichtes zeigen sie weniger Verhaltensauffälligkeiten, können Regeln und Grenzen besser akzeptieren und sind stärker in die Klassengemeinschaft integriert. Zugleich nehmen die Schüler wahr, dass die Lehrer, die von der Erkrankung erfahren haben, in verschiedenen Situationen Verständnis, Rücksichtnahme und Zuwendung zum Ausdruck bringen. Damit bestätigt diese Studie die Erkenntnisse von Tausch (2008), der ausführt, dass Schüler, die die Lehrperson als wertschätzend, einfühlend und aufrichtig erleben, eine vertrauensvollere Beziehung zu dieser Lehrperson aufbauen können, im Unterricht angstfreier sind, häufiger über persönliche Erlebnisse berichten und ihr Verhalten leichter an Regeln und Strukturen anpassen können. Während Tausch daraufhin weist, dass Schüler mit einer positiven Beziehung zum Lehrer bessere Noten erzielen, positive Leistungen im fachlichen Lernen sowie eine vermehrte Beteiligung am

Unterricht zeigen, ergänzen die Ergebnisse von Schweer (2008), dass Lehrer diese Schüler als leistungsstärker und anstrengungsbereiter einschätzen, als Schüler, zu denen keine vertrauensvolle Beziehung besteht. Diese Verbesserung der schulischen Leistungen, die Schweer und Tausch für Schüler im Allgemeinen beschreiben, zeigt sich für die Kinder der psychisch erkrankten Eltern in dieser Studie als eine Folge der Enttabuisierung und der daraus resultierenden positiveren Beziehungen zu den Lehrpersonen.

Personenspezifisches Vertrauen

Auch die Lehrer bestätigen die positive Entwicklung im Verhalten und den Leistungen der Kinder, jedoch zeigt sich, dass diese Veränderungen nur bei der Lehrperson auftreten, die von der Erkrankung erfahren hat. Im Kontakt zu anderen Lehrern, denen gegenüber keine Enttabuisierung stattgefunden hat, zeigen die Kinder keine positiven Verhaltensänderungen. Damit müssen die Ausführungen von Schweer (2004) erweitert werden. Schweer legt dar, dass gewonnenes Vertrauen eine Bereichsspezifität aufweist. Die Vertrauensintensität variiert je nach Bereich und kann daher nicht auf alle Themen und Situationen übertragen werden. Dies zeigt sich auch in der vorliegenden Studie, da die Kinder trotz des gewonnenen Vertrauens die Lehrer nur als Bezugspersonen im Hinblick auf die elterliche Erkrankung sehen, nicht jedoch für andere Themen oder Problemlagen. Zudem zeigt sich, dass sich das Vertrauen der Kinder auf die Lehrpersonen beschränkt, die von der elterlichen Erkrankung erfahren haben, und keine Ausweitung des vertrauensvollen Kontaktes zu anderen Lehrern zur Folge hat. Die Bereichsspezifität des gewonnenen Vertrauens muss daher durch eine Personenspezifität ergänzt werden.

14.6.3 Auswirkungen auf die Lehrer

Verstärkte Empathie und Rücksichtnahme der Lehrer

In den Ergebnissen wird deutlich, dass auch die Lehrer eine positive Entwicklung des Kontaktes zu den Schülern und Eltern wahrnehmen, die sie auch in den Auswirkungen der Enttabuisierung auf ihr eigenes Handeln begründet sehen. Die Lehrer empfinden das ihnen entgegengebrachte Vertrauen von Seiten der Eltern und Schüler als sehr positiv, da sie es als Wertschätzung und Bestätigung ihrer Arbeit erleben. Sie nehmen im eigenen Handeln wahr, dass sie eine verstärkte Empathie, Sympathie und Rücksichtnahme gegenüber den betroffenen Schülern empfinden. Sie können Verhaltensauffälligkeiten als Folge der Belastungen verstehen und Maßnahmen zur

Verhaltensregulierung effektiver gestalten. Zudem versuchen sie im Rahmen ihrer Möglichkeiten in der Leistungsbewertung den familiären Hintergrund zu berücksichtigen, indem sie die ihnen gegebenen Freiräume in der Notenvergabe zu Gunsten der Kinder nutzen. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Grimm (1996) in seiner Erhebung zu den von Lehrern als angenehm und unangenehm empfundenen Situationen im Schulalltag. Grimm stellt fest, dass Lehrer die Situationen positiv bewerten, in denen eine persönliche Nähe zu den Schülern hergestellt werden kann. Suchen die Schüler den Kontakt und berichten über persönliche Belastungen, entwickeln sich bei den Lehrern Gefühle der Zuneigung, des Verbundenseins und des Gebrauchtwerdens. Diese Situationen werden als positiv und bereichernd erlebt.

Schweer (2008) führt für Schüler-Lehrer-Beziehungen einschränkend aus, dass die Suche der Schüler nach Nähe und Kontakt zunächst einmal von den Lehrern im Handeln der Schüler erkannt und als Versuch zum Vertrauensaufbau verstanden werden muss. Ein Verkennen dieses Vertrauens liegt nach Schweer in der Vermutung der Lehrer, dass die Schüler mit ihrem Handeln eine Strategie verfolgen und das Vertrauen zu ihren Gunsten nutzen möchten. Diese Annahmen lassen sich durch die vorliegende Studie nicht bekräftigen. Die Lehrer sehen in der Entscheidung zur Enttabuisierung sowohl von Seiten der Eltern als auch von Seiten der Kinder den Wunsch nach Unterstützung, vertrauensvoller Beziehung und Entlastung. Sie interpretieren den offenen Umgang mit der Erkrankung weder als Versuch, Fehlverhalten oder mangelnde schulische Leistungen zu entschuldigen, noch als Strategie, um Leistungsbewertungen zu beeinflussen.

Reflexion der Lehrer in ihrer Ausübung der „holding function“

Diese Dekodierung führt bei den Lehrern zu einer Reflexion der eigenen Rolle. Sie sehen sich im Kontakt mit den Schülern als haltgebende Person, die neben Entlastung Orientierung bietet. Hubrig (2010) beschreibt diese Haltung für Lehrer in Beratungssituationen als „holding function“. Die Lehrer als gefestigte Persönlichkeiten reagieren, nach Hubrig, auf unangemessene Verhaltensweisen, wie Aggressionen und Vorwürfen, nicht mit eigenen negativen Emotionen. Auch Niedergeschlagenheit, Angst und Hoffnungslosigkeit entgegnen sie mit hoher Emotionskontrolle, Halt, Ruhe und Stabilität. Die Lehrer der vorliegenden Studie versuchen diese Stabilität im Kontakt mit den Kindern zu verkörpern, um ihnen sowohl Orientierung für ihr Verhalten zu bieten als auch als psychisch gefestigte erwachsene Bezugsperson, die den Unsicherheiten und Verhaltensauffälligkeiten Stand halten kann, einen Gegenpol zu den psychisch instabilen Elternteilen zu bilden. Die Kinder wiederum erkennen diese „holding function“ in der gefestigten Persönlichkeit, was es ihnen erleichtert, sich an

den Lehrern zu orientieren und sie als Bezugspersonen wahrzunehmen. Damit zeigen sich in der vorliegenden Studie Parallelen zu den Ausführungen von Melzer und Methner (2012), die im Kontakt von Schülern zu Lehrern feststellen, dass Schüler nur den Lehrern die Schilderung der persönlichen Belastungen zumuten, die ihnen als gefestigte Persönlichkeiten erscheinen.

14.7 Ausweitung der Enttabuisierung auf Schulsozialarbeiter und Beratungslehrer

Die Ausweitung der Enttabuisierung der elterlichen Erkrankung auf weitere Personen innerhalb der Schule, wie Beratungslehrer oder Schulsozialarbeiter, steht im Zusammenhang mit der bereits erfahrenen und wahrgenommenen Unterstützung durch diese Personen.

Keine Ausweitung bei Unkenntnis über Aufgaben und Zuständigkeiten

Betrachtet man zunächst die Kinder und Eltern, die bisher nicht im Kontakt zu weiteren schulinternen Hilfen stehen, lässt sich feststellen, dass weder Kinder noch Eltern Schulsozialarbeiter und Beratungslehrer als Ansprechpartner in Bezug auf die elterliche Erkrankung sehen. Obwohl die Hilfen in der Schule zur Verfügung stehen und die Lehrpersonen im Gespräch auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme aufmerksam machen, werden die Unterstützungen nicht als solche wahrgenommen. Während den Kindern die Aufgaben der Fachkräfte gänzlich unbekannt sind, ist auch das Wissen der Eltern über Zuständigkeiten und Kompetenzen der Beratungslehrer und der Schulsozialarbeiter begrenzt. So sehen sie die Aufgaben der Fachkräfte auf die Unterstützung der Schüler mit schwerwiegenden schulischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten begrenzt, erkennen jedoch kaum, dass Beratung, Begleitung und Unterstützung sowohl in jeglichen Krisensituationen als auch in Entscheidungs-und Planungsprozessen als auch präventiv - und damit unabhängig krisenhafter Situationen - zu den Aufgabengebieten der Fachkräfte gehören und diese somit wichtige Bezugspersonen für die Kinder darstellen können. Eine Kooperation zwischen den betroffenen Schülern und Eltern mit den schulinternen unterstützenden Personen kommt damit nicht zustande.

Hier zeigen sich Parallelen zu den Kooperationshindernissen, die Brockmann und Lenz (2010) hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern der Kinder-und Jugendhilfe und der erwachsenenpsychiatrischen Versorgung herausarbeiten konnten. Die Autoren zeigen auf, dass die Gestaltung der Kooperationsbeziehungen eine

notwendige Voraussetzung für eine wirksame Zusammenführung der Hilfen darstellt. Für die Gestaltung der Beziehung ist ein persönliches Kennenlernen der Kooperationspartner ebenso hilfreich wie Wissen über Handlungslogiken, Aufträge, gesetzliche Grundlagen, Zuständigkeiten und Kompetenzen aber auch über Grenzen und fehlende Handlungsmöglichkeiten des jeweils anderen Systems. Die vorliegende Studie zeigt, dass die Gestaltung der Kooperationsbeziehungen nicht nur zwischen Fachkräften der unterstützenden Helfersysteme notwendig zur Aktivierung von wirksamer Hilfe ist, sondern auch zwischen den betroffenen Kindern, Eltern und Fachkräften. Da auch den Kindern und Eltern das Wissen über die Aufgaben der unterstützenden Personen fehlen und es bisher noch nicht zu einem persönlichen Kontakt gekommen ist, fehlen grundlegende Voraussetzungen, die die Bereitschaft zur Inanspruchnahme der zur Verfügung stehenden Hilfen fördern.

Zudem kann davon ausgegangen werden, dass dieses mangelnde Wissen eine Ablehnung der Hilfen fördert, da die Eltern nicht abschätzen können, welche Konsequenzen die Kontaktaufnahme und eine eventuelle Enttabuisierung im Gespräch mit den Fachkräften mit sich bringen kann. Die Eltern wissen nicht, wie die Kooperation zu Einrichtungen der öffentlichen Jugendhilfe ausgestaltet ist und welche Aufträge und Ziele die Fachkräfte in ihrer Arbeit verfolgen. Die Angst vor einer Herausnahme des Kindes aus der Familie durch diese Kooperation ist hier ein zentraler hemmender Faktor, den Kontakt aufzunehmen. Somit bestehen bei den Eltern bezüglich des Kontaktes zu den Schulsozialarbeitern ähnliche Ängste wie in der Enttabuisierung gegenüber den Lehrpersonen.

Ausweitung bei bereits bestehenden Kontakten

Im Gegensatz zu diesen Kindern und Eltern stehen die Familien, die bereits Unterstützung durch Beratungslehrer und Schulsozialarbeiter in Anspruch genommen haben, den Hilfen positiv gegenüber und haben die Erkrankung in den Gesprächen parallel zum Kontakt mit den Lehrern enttabuisiert bzw. die Lehrpersonen um Weitergabe der Information gebeten. Die Unterstützung, Wertschätzung und verständnisvolle Haltung und zugleich die konkreten Hilfestellungen, wie Informationen über mögliche schulexterne Hilfen und Kontaktdaten zu Ansprechpartnern der Angebote, motiviert die Eltern, weiterhin auf die schulinternen Fachkräfte zuzugehen und sich auch in akuten Krankheitsphasen an sie zu wenden.

Inanspruchnahme des psychosozialen Unterstützungsnetzwerkes der Schulen

Auffällig ist, dass alle Eltern – sowohl die, die bereits Hilfen durch Schulsozialarbeiter und Beratungslehrer in Anspruch genommen haben, als auch die, die Hilfen bisher

abgelehnt haben, als auch die Eltern, denen diese Fachkräfte nicht zur Verfügung stehen, da sie an den Schulen ihrer Kinder nicht eingesetzt werden – die Notwendigkeit einer spezifische Qualifikation zur Unterstützung der Kinder in der besonderen Lebenssituation sehen. Sie betonen die Grenzen der Zuständigkeiten der Lehrpersonen und befürworten eine Einhaltung derer. Da sie den Lehrer als Experten für das Unterrichten ihrer Kinder sehen, lehnen sie eine eingehendere Thematisierung der Erkrankung im Kontakt mit den Lehrern ab. Sie empfänden dies als Kompetenzüberschreitung und befürworten stattdessen gemeinsame Überlegungen darüber, wie eine positive schulische Entwicklung der Kinder gefördert werden kann.

Weitergehende Hilfen sehen sie in den Angeboten anderer unterstützender Kooperationspartner der Schulen, worin sich die Integration der Lehrperson in ein psychosoziales Unterstützungsnetzwerk aus weiteren professionellen Hilfen zeigt. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Nestmann (2002) in Bezug auf die Studienberatung an Hochschulen. Er sieht die Notwendigkeit einer Zusammenführung der informellen und formellen Ressourcen innerhalb und außerhalb der Universitäten, um umfassende Hilfen für Studierende bereitzustellen. Die Beratungsaufgaben liegen dann weniger in der Bereitstellung von Psychotherapie oder in der Informationsvermittlung, sondern in der Funktion, Individuen zu helfen, die Studienzeit bestmöglich für ihre eigene Entwicklung zu nutzen. Diese Aufgabe sehen auch die Eltern dieser Studie in dem Auftrag der Lehrer. Sie erwarten in der Zusammenarbeit mit den Lehrern eine gute Unterstützung der Kinder in der Bewältigung der schulischen Anforderungen und fordern diese aufgrund der Kompetenzen der Lehrer ein. Stehen sie Hilfen positiv gegenüber, befürworten sie eine Zusammenführung der Hilfen des Unterstützungssystems und greifen auf Kooperationen mit spezialisierten Fachdiensten zurück.

Schulinterne Kooperation für wirksame Hilfen

Die Lehrer der vorliegenden Studie haben die Informationen über die psychische Erkrankung der Elternteile sowohl an Schulsozialarbeiter als auch Kollegen weitergegeben, die die Kinder unterrichten. Insbesondere den Austausch mit sozialpädagogischen Fachkräften sehen die Lehrer als Entlastung, da sie sich ihrer fachlichen und auch zeitlichen Grenzen zur Unterstützung der betroffenen Eltern und Schüler bewusst sind, oftmals keine persönliche Distanz zur Thematik aufbauen können und das Gefühl einer sehr hohen Verantwortung für die Kinder als belastend erleben. Sie nutzen die schulinterne Kooperation zudem, um das eigene Verhalten zu reflektieren und persönliche Sichtweisen im Diskurs abgleichen zu können, und daraufhin angemessener auf die Schüler und die Eltern eingehen zu können. Hierin zeigt sich die

Notwendigkeit interdisziplinärer Kooperationen, die Lenz (2010a) als Voraussetzung wirksamer Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern sieht. Die komplexe Problemlage erfordert einen umfassenden Blick auf die Situation der Familie und damit eine Zusammenführung verschiedener professioneller Sichtweisen, Handlungslogiken und Denkmuster. Die Lehrer der vorliegenden Studie nutzen die durch die schulischen Strukturen gegebenen Möglichkeiten des interdisziplinären Austausches, um die schulischen Hilfen für das Kind und die sozialpädagogische Unterstützung aufeinander abzustimmen und zur erhöhten Wirksamkeit der Hilfen beizutragen. Kooperationen mit schulexternen Diensten werden von den Lehrern jedoch kaum genutzt.

14.8 Aufgreifen der Thematik „Kinder psychisch erkrankter Eltern“ im Klassensetting

Sowohl Kinder als auch Eltern und Lehrer unterscheiden zwischen einer Thematisierung der individuellen Situation der Schüler im Klassensetting und der Durchführung einer Unterrichtseinheit zur Thematik im Allgemeinen.

Keine Thematisierung der individuellen Situation zum Schutz der Integration in die Peergroup

Eine Thematisierung der individuellen Situation der betroffenen Schüler im Klassensetting hat bisher bei keinem der Kinder stattgefunden. Alle Kinder hindert die Angst vor Diskriminierungen und Ausschluss aus der Klassengemeinschaft an dem offenen Umgang. Diese Angst der Kinder vor einem Ausschluss aus der Klasse ist damit zu erklären, dass sich die Kinder dieser Gemeinschaft zugehörig fühlen und bereits darin eine Unterstützung sehen, auch wenn der Großteil der Schüler nicht von den Belastungen der Kinder weiß, Hilfe anbietet oder das Gespräch sucht. Hierin zeigt sich die von Schmidt-Denter (2005) beschriebene Bedeutung der Beziehungsnetzwerke für Kinder und Jugendliche, denen insbesondere eine Bindungs-und Unterstützungsfunktion zukommt. Die Integration in die Gemeinschaft kann zur Bewältigung von Belastungen und Entwicklungsaufgaben ebenso beitragen wie zur Erlangung von Anerkennung und Status. Die Kinder dieser Studie versuchen daher, alle Situationen zu vermeiden, die eine Gefährdung der Integration zur Folge haben könnten und lehnen daher eine Enttabuisierung der elterlichen Erkrankung ab.

Dies führt zu einer Unterdrückung von Emotionen, wie das Verbergen von Tränen, die einigen Kindern bei den Gedanken an den erkrankten Elternteil während des Unterrichtes kommen, da dies zu Nachfragen der Schüler führen würde. Zu einem offe-

nen Emotionsausdruck gegenüber den Mitschülern kommt es damit bei diesen Kindern nicht. Schmidt-Denter (2005) hebt jedoch hervor, dass gerade der Möglichkeit eines freien und unkontrollierten Ausdrucks der Emotionen und Belastungen in der Peergroup eine wichtige Bedeutung zukommt. Gemeinsame Gespräche über Erlebnisse, Belastungen und Unsicherheiten ermöglichen Jugendlichen Entlastung, Lösungen und Neuorientierung und tragen so zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben bei. Diese Möglichkeit des offenen Austausches sehen die Kinder der vorliegenden Studie aus Angst vor Diskriminierung und Ausschluss aus Gemeinschaften nicht, so dass die Peergroup als sozialer Schutzfaktor nur eingeschränkt wirksam sein kann, obwohl er ihnen innerhalb des schulischen Alltages fortwährend zur Verfügung steht.

Keine Thematisierung der individuellen Situation zum Schutz der erkrankten Elternteile

Die Angst vor Diskriminierungen bezieht sich jedoch nicht nur auf die eigene Person, sondern auch auf den Elternteil. Die Kinder befürchten, dass sich Mitschüler abwertend über den Elternteil äußern, ihm negative Eigenschaften zuschreiben oder kognitive Fähigkeiten absprechen. Aus Loyalität zu den Eltern möchten die Kinder diese vor Diskriminierungen schützen, worin die Ausführungen von Trepte (2008) bekräftigt werden. Er hebt hervor, dass Kinder psychisch kranker Eltern häufig ihre Erfahrungen verbergen oder verleugnen müssen, um sich selbst und ihre Eltern vor Ablehnungen und moralischer Verurteilung zu schützen. Durch die Diskrepanz zwischen dem Wunsch nach Zugehörigkeit zur Peergroup und gemeinsamem Austausch über Belastungen durch einen offenen Emotionsausdruck einerseits und die Angst vor Diskriminierungen der eigenen Person und der Eltern andererseits entsteht ein Loyalitätskonflikt, mit dem Kinder psychisch erkrankter Eltern im Kontakt mit familienexternen Personen oftmals konfrontiert sind. Die vorliegende Studie zeigt, dass die Kinder diesen Loyalitätskonflikt insbesondere innerhalb des Schulalltages spüren, da sie hier stetig im Gespräch mit Freunden und Mitschülern stehen, dem Kontakt kaum ausweichen können und ihre Emotionen über lange Zeit kontrollieren müssen, um weder während des Unterrichts noch in unterrichtsfreien Zeiten auf Belastungen angesprochen zu werden.

Da auch Eltern und Lehrer die Gefahr der Diskriminierung und Ausgrenzung der Kinder sehen, stehen sie der Enttabuisierung im Klassensetting ebenfalls skeptisch gegenüber.

Wunsch nach Unterrichtseinheit zur Thematik zur Wissenserweiterung

Im Gegensatz dazu wird ein Aufgreifen des Themas „Kinder psychisch erkrankter Eltern“ als Unterrichtseinheit positiv gesehen. Sowohl Eltern, Kinder als auch Lehrer befürworten eine Thematisierung im Unterricht. Die Kinder wünschen eine Thematisierung, um ihr eigenes Wissen zu erweitern und Fragen beantwortet zu bekommen. Dies mag zunächst für die Kinder verwundern, deren Eltern einen offenen Umgang mit der Erkrankung pflegen, da in den Familien über die Erkrankung gesprochen wird, unterstützend Materialien hinzugezogen werden und die Kinder Ansprechpartner zur Verfügung haben, denen sie Fragen stellen können. Lenz (2005, 2010a) führt jedoch aus, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern oftmals beängstigende Fragen, insbesondere nach der Schuld der Erkrankung, nicht zu stellen wagen, diese Fragen daher unausgesprochen und somit unbeantwortet bleiben. Die Kinder der vorliegenden Studie sehen in dem Unterrichtssetting eine Möglichkeit, umfassendes Wissen zu erlangen und Antworten auf diese ungestellten Fragen zu bekommen, ohne sie selber aktiv stellen zu müssen.

Ein weiterer Erklärungsansatz kann in dem Bedürfnis der Kinder nach Überprüfung des Wahrheitsgehaltes der Informationen gesehen werden. Lenz (2010a) führt aus, dass es in psychoedukativen Gesprächen zum wiederholten Stellen ähnlich gelagerter Fragen der Kinder kommen kann oder die Kinder unterschiedliche Personen mit gleichen Fragen konfrontieren, um Antworten miteinander abzugleichen und so den Wahrheitsgehalt der Informationen zu überprüfen. Zudem gelingt es ihnen dadurch, insbesondere entlastende Antworten fortwährend einzufordern. Daher kann davon ausgegangen werden, dass sich in dieser Studie der Wunsch der Kinder zeigt, das Unterrichtssetting zu nutzen, um die Ausführungen der Lehrer mit den Aussagen anderer Personen, wie dem Elternteil, abzugleichen und sicher sein zu können, dass sie die Wahrheit erfahren.

Wunsch nach Unterrichtseinheit zur Thematik zur Wahrnehmung möglicher Unterstützungsquellen

Neben dieser Erweiterung des eigenen Wissens befürworten die Kinder – aber auch die Eltern und Lehrer - ein Aufgreifen der Thematik im Unterrichtssetting zur Aufklärung der Mitschüler. So sollen die Mitschüler Wissen erlangen zu den Ursachen psychischer Erkrankungen, möglichen Symptomen, Therapiemöglichkeiten aber auch zu den Belastungen, die sich aus dem Zusammenleben mit einem psychisch erkrankten Eltern ergeben können. Diese Aufklärung führt nicht nur zu einer Sensibilisierung der Mitschüler, sondern ermöglicht den Kindern zugleich, die Reaktionen und Einstellungen der Mitschüler, wie Abwertung, Desinteresse, Neugierde oder Verständnis,

wahrzunehmen und so mögliche Unterstützungspersonen zu erkennen, denen gegenüber sie sich gegebenenfalls öffnen können. Auf die Bedeutung dieser subjektiven Wahrnehmung sozialer Unterstützung weist Nestmann (2010) hin, denn soziale Unterstützungsquellen können nur dann in Anspruch genommen werden, wenn diese als solche wahrgenommen werden. Schweer (2004) führt diesbezüglich aus, dass soziale Unterstützung sowohl das Gefühl beinhaltet, unterstützt zu werden, als auch die Überzeugung darüber, wie die eigene Person gemocht und geschätzt wird. Die Kinder der vorliegenden Studie möchten das Unterrichtssetting nutzen, um genau diese Aspekte im Hinblick auf die Erkrankung ihrer Eltern zu überprüfen. Sie möchten abschätzen, wie sich eine Öffnung gegenüber den Mitschülern auf ihre Position im sozialen Netz auswirken könnte, ob sie trotzdem gemocht und geschätzt würden oder ob sie Ablehnung und Ausgrenzung aus dem sozialen Netz und damit den Verlust sozialer Unterstützungen zu befürchten hätten. Die Beobachtungen der Reaktionen der Mitschüler innerhalb des Unterrichtssettings helfen den Kindern daher, mögliche Unterstützungspersonen zu identifizieren.

14.9 Gedankliche Beschäftigung der Kinder mit der elterlichen Erkrankung während der Schulzeit

Wiederholte gedankliche Beschäftigung der Kinder mit der elterlichen Erkrankung während des Unterrichts

Bei allen Kindern der vorliegenden Studie zeigt sich eine wiederholte gedankliche Beschäftigung mit der elterlichen Erkrankung während des Schultages, insbesondere während des Unterrichts. Die Gedanken beziehen sich zum einen auf generelle Überlegungen zu den Erkrankungsursachen, den Auswirkungen auf den Alltag, den dadurch entstehenden Belastungen sowie den Hilfebedarfen der eigenen Person als auch denen des Elternteils. Zum anderen sind aktuelle Entwicklungen Inhalte der Gedanken, wie die Dauer der akuten Krankheitsphase oder ein möglicher erneuter Klinikaufenthalt. Die Kinder, die einen Suizidversuch des Elternteils erlebt haben, denken während des Unterrichts wiederholt an die Gefahr erneuter suizidaler Handlungen des Elternteils. Neben Gefühlen der Angst und Sorge werden bei allen Kindern einerseits Gefühle der Wut und Enttäuschung, andererseits Gefühle der Empathie und Verantwortung ausgelöst.

Diese Gefühle und Gedanken der Kinder konnte auch Lenz (2005) feststellen. In der von ihm geführten Studie zeigten sich im Alltag der Kinder Ängste, Wut und Enttäu-

schung ebenso wie Traurigkeit, Verzweiflung und Mitgefühl, wobei insbesondere Ärger und Wut über den erkrankten Elternteil zu Selbstvorwürfen und erhöhten Schuldgefühlen führen. Die Angst vor einer Trennung vom Elternteil wurde insbesondere bei den jüngeren Kindern, Mitgefühl und Verzweiflung eher bei jugendlichen Kindern festgestellt. Wenn auch in der vorliegenden Studie aufgrund des einheitlich jugendlichen Alters der Teilnehmer diese Differenzierung nicht vorgenommen werden konnte, so zeigt sich dennoch deutlich, dass die Kinder die Gedanken und Gefühle nicht nur im häuslichen Alltag, sondern auch während des schulischen Alltages erleben und insbesondere während des Unterrichtssettings mit diesen Gedanken konfrontiert werden. Trotz der räumlichen Distanz zum familiären Alltag und trotz der Beschäftigung mit schulischen Themen und dem Umgang mit Gleichaltrigen gelingt es den Kindern nicht, diese Distanz auch gedanklich einzunehmen. Diese Studie zeigt deutlich, dass die Kinder auch während des Schulalltages gedanklich eng mit der elterlichen Erkrankung verhaftet sind und es ihnen kaum gelingt, sich davon zu lösen, um sich vollends auf das Unterrichtsgeschehen zu konzentrieren.

Veränderungen der gedanklichen Beschäftigung in Abhängigkeit zum elterlichen Gesundheitszustand

Diese Gedanken und Gefühle sind abhängig von dem aktuellen elterlichen Gesundheitszustand. Hat sich dieser stabilisiert, treten die Gedanken weniger auf, bemerken die Kinder eine gesundheitliche Verschlechterung, sind die Gedanken und Gefühle nicht nur häufiger, sondern auch emotional intensiver. Sorgen bezüglich eines erneuten Klinikaufenthaltes treten ebenso in den Vordergrund wie suizidale Absichten der Elternteile. Diesbezüglich befürchten die Kinder insbesondere, dass die Elternteile einen Suizidversuch begehen, während sie in der Schule sind. Die Kinder empfinden eine hohe Verantwortung und das Gefühl, die Eltern mehr unterstützen zu müssen und zu wollen. Dies kann als Folge der bei Kindern psychisch erkrankter Eltern häufig festzustellenden Parentifizierung gesehen werden. Ohntrup et al (2011) beschreiben die Übernahme von Verantwortung für familiäre Lebensbereiche, wie beispielsweise die Haushaltsführung, die Versorgung der Familie und die Medikamenteneinnahme des Elternteils, als instrumentelle Parentifizierung. Emotionale Parentifizierung zeichnet sich dadurch aus, dass die Eltern sich mit persönlichen Anliegen an das Kind wenden und von ihm Zuwendung, emotionale Unterstützung und Aufmerksamkeit einfordern. Müller (2008) hebt hervor, dass den Kindern damit oftmals eine emotionale Stützfunktion für den Elternteil zukommt.

Diese instrumentelle und emotionale Parentifizierung reicht, wie die vorliegende Studie zeigt, bis in den schulischen Alltag hinein, da sich die Kinder während des Unter-

richtes gedanklich mit ihrer Verantwortung für den familiären Alltag und die Unterstützung des Elternteils beschäftigen. Insbesondere in instabilen Phasen sehen die Kinder die Notwendigkeit, Aufgaben der Elternteile zu übernehmen, um diese zu entlasten, und zugleich die Eltern vor suizidalen Handlungen zu bewahren. Daher fühlen sich die Kinder für die Elternteile unentbehrlich, werden aber durch den Aufenthalt in der Schule zu einer kurzzeitigen Trennung von ihnen gezwungen. Dies führt zu einer hohen Anspannung und gedanklichen Beschäftigung der Kinder, was sich wiederum negativ auf die Konzentration der Kinder auswirkt und letztendlich dazu führen kann, dass die Kinder zur Unterstützung der Elternteile nicht in der Schule erscheinen.

Umgang mit den Gedanken in Abhängigkeit zum Wissen über die elterliche Erkrankung

Während die Inhalte der Gedanken und die damit verbundenen Gefühle bei allen Kindern der vorliegenden Studie ähnlich sind, zeigen sich Unterschiede im Umgang der Kinder mit dieser gedanklichen Beschäftigung. Auffällig ist, dass die Gruppen der Kinder, die nicht über die elterliche Erkrankung aufgeklärt sind, mit Ablenkung auf diese Gedanken reagieren. Sie hören Musik, suchen die Unterhaltung mit Freunden oder stören den Unterricht durch Zwischenrufe und Umherlaufen in der Klasse.

Die Kinder jedoch, mit denen offen über die Erkrankung gesprochen wird, verdrängen die Gedanken nicht, sondern lassen sie bewusst zu, um sie daraufhin in positive Selbstinstruktionen umzuformen. So sprechen sie sich selbst Mut zu, versichern sich, dass der Elternteil gesund werden wird und ihm geholfen werden kann und machen sich ihre Unterstützungspersonen bewusst. Ihnen gelingt es dadurch, sich zu beruhigen und die ängstigenden Gedanken in hoffnungsvolle umzuwandeln. Hier zeigen sich deutlich die positiven Auswirkungen gelingender Psychoedukation, auf die unter anderem Knuf et al. (2007) für Kinder psychisch kranker Eltern allgemein hinweisen. Die Autoren schlussfolgern, dass krankheitsbezogene Informationen ein Gefühl der Hoffnung vermitteln, ohne die es nicht zu einer Vorstellung von positiven Veränderungen kommen kann. Nach Trepte (2008) erhalten die Kinder durch die Krankheitsaufklärung verbesserte Möglichkeiten zur Steuerung der eigenen Belastungen, Ängste und Schuldgefühle. Diese Steuerung der belastenden Gedanken und Ängste führt bei den Kindern dieser Studie zu einem angemessenen Verhalten im Unterricht, da sie – im Gegensatz zu den nicht über die elterliche Erkrankung aufgeklärten Kinder – den Unterricht nicht durch Regelverstöße stören, um sich von den Gedanken abzulenken. Psychoedukation wirkt sich damit positiv auf das Verhalten der Kinder im Unterricht aus, da sie auf belastende Gedanken nicht mit Unterrichtsstörungen, sondern mit der Umwandlung in positive Zukunftserwartungen reagieren.

Umgang mit den Gedanken in Abhängigkeit zur Problemlösekompetenz

Im Umgang der Kinder mit den Gedanken an die elterliche Erkrankung zeigt sich ein weiterer Aspekt. Für die Kinder, die mit Ablenkung auf die gedankliche Beschäftigung reagieren, stellt diese Form des Umgangs die einzige Möglichkeit dar, die gedanklichen Belastungen zu reduzieren. Es gelingt ihnen somit nicht, auf andere Bewältigungsstrategien zurückzugreifen. Diese Ergebnisse knüpfen an die Ausführungen von Lenz (2010a) zur Problemlösekompetenz als Schutzfaktor an. Er sieht die Schwierigkeit, bei einem Problem auf mehrere Lösungsmöglichkeiten zurückzugreifen als Kernmerkmal „schlechter Problemlöser“. Diese ziehen nicht nur weniger Alternativlösungen in Betracht, sondern bedenken auch weniger die Konsequenzen, die ihr Verhalten auslösen wird. Oftmals führt die eingeschränkte Problemlösefähigkeit zu einer unangemessenen Situationsbewältigung, so dass die Kinder Frustration, Ärger und Gefühle der Unzulänglichkeit erleben. Es zeigen sich in dieser Studie deutlich die Konsequenzen der mangelnden Problemlösekompetenz auf den schulischen Alltag. Da die Kinder auf die belastenden Gedanken mit Ablenkung als einzige Strategie zurückgreifen, ist es ihnen zum einen kaum möglich, sich auf den Unterricht zu konzentrieren, zum anderen führt ihr Verhalten zu weiteren Problemen, da die Lehrer auf die Störungen mit Konsequenzen, wie Zusatzaufgaben, Eintragungen, oder Stundenverweise, reagieren. Dies führt zu einer weiteren Kumulation der Belastungen, da zu den familiären Belastungen schulische Probleme hinzukommen.

14.10 Bedarfe der Lehrperson zum Umgang mit Kindern psychisch erkrankter Eltern

Unterstützung in der Reflexion der eigenen Grenzen

Dem Bedarf nach Hilfestellungen in Bezug auf das eigene Verhalten kommt bei den Lehrern eine besondere Bedeutung zu. Sie erkennen die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf den Alltag des Kindes und wissen um die Bedeutung ihrer Beziehung zu den Kindern als Vertrauenspersonen. Daher befürworten es alle Lehrer der vorliegenden Studie, über eine psychische Erkrankung des Elternteils informiert zu werden. Die Hintergrundinformationen helfen ihnen, das Kind entsprechend zu unterstützen, problematische Verhaltensweisen einordnen zu können und das eigene Verhalten darauf auszurichten. Zugleich sehen sie die Grenzen ihrer Profession, ihrer Zuständigkeiten und Kompetenzen, durch die sie in ihrem Handeln und ihrer Funktion als Vertrauensperson beschränkt werden. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Düro (2008). In ihrer Erhebung zeigt sie die Ambivalenz der Lehrer aus „Helfen wol-

len“ aber nicht „Helfen können“ auf, denn die Lehrer sehen sich in der Verantwortung für das Kind und möchten Halt und Unterstützer sein, jedoch übersteigen die Anforderungen schnell ihre Handlungskompetenzen. Sowohl die Lehrer in der Studie von Düro als auch der vorliegenden Studie erleben dies als Machtlosigkeit und Hilflosigkeit.

Um dieser Machlosigkeit zu entgehen, reagieren die Lehrer in der Studie von Düro (2008) mit einer klaren Abgrenzung der Zuständigkeiten und Kompetenzen. In dem Aufzeigen der eigenen Grenzen im Gespräch sehen die Lehrer ihre Aufgabe als Unterstützungsperson erfüllt. Dieser letztgenannte Punkt zeigt sich in der vorliegenden Studie nicht bei allen Lehrern. Die Lehrpersonen, die den Kontakt zum Kind stetig suchen, sich nach der familiären Situation erkundigen und Signale der Rücksichtnahme und des Verständnisses geben, wissen zwar um die Grenzen ihrer Handlungsmöglichkeiten, versuchen aber dennoch die Rolle als Unterstützungsperson so weit wie möglich auszufüllen. Die Gruppe der Lehrer, die nach dem ersten Gespräch nicht erneut auf die Kinder zugegangen ist, sondern die Einforderung von Hilfe abwartet, hat die Kinder in den Gesprächen auf die Grenzen ihrer Profession sowie auf die Notwendigkeit professioneller Hilfen hingewiesen. Es kann vermutet werden, dass diese Lehrer ihre unterstützende Funktion damit als erfüllt ansehen, was die fehlenden weiteren Unterstützungsangebote erklären lässt.

Zudem können Auswirkungen der Abgrenzung der Lehrpersonen auf das Hilfesuchverhalten der Kinder vermutet werden. Da die Lehrer den Kindern die Grenzen ihrer Kompetenz verdeutlichen, kann davon ausgegangen werden, dass sie damit eine Haltung transportieren, als Unterstützer nicht zur Verfügung zu stehen bzw. an den persönlichen Problemen der Kinder nicht interessiert zu sein. Insbesondere bei den Kindern psychisch erkrankter Eltern kann aufgrund der geschulten Wahrnehmung davon ausgegangen werden, dass sie diese Haltung im Gespräch zur Kenntnis nehmen und sich dies hemmend auf ihr Hilfesuchverhalten auswirkt. Eine Unterstützung der Lehrpersonen im Umgang mit den eigenen Grenzen kann sich somit förderlich auf das Hilfesuchverhalten der Kinder auswirken.

Fortbildungen für Lehrer

Die Lehrer sehen einen deutlichen Bedarf an Fortbildungen zu der Thematik. Sie würden zum einen grundsätzliche Informationen zu Erscheinungsbildern der elterlichen Erkrankung, zu den Auswirkungen auf den familiären und kindlichen Alltag und zu den Belastungen der Kinder befürworten, um mehr Verständnis für die Lebenssituation der Kinder zu erlangen. Zum anderen erhoffen sie sich im Rahmen der Fortbildungen Hilfestellungen in Bezug auf das eigene Verhalten, um mehr Sicherheit im

Umgang mit betroffenen Eltern und Kindern zu erhalten, adäquat auf die Familien zugehen und Hilfe anbieten zu können, ohne weder die eigenen Grenzen zu überschreiten noch zu viel Nähe zu den Familie zuzulassen. In dem hohen Informations- und Unterstützungsbedarf der Lehrpersonen zu der Lebenssituation der Familien und dem Umgang mit betroffenen Eltern und Kindern zeigt sich eine mangelnde Aufbereitung der Thematik für Lehrpersonen. Müller (2008) sieht hierin eine Wiederspiegelung der gesellschaftlichen Stigmatisierung psychischer Erkrankungen. Im Gegensatz zu anderen gesellschaftlichen und sozialen Problemlagen, wie Suchtverhalten oder Gewalt, werden psychische Erkrankungen innerhalb des Unterrichts und in der Aus-und Weiterbildung der Lehrer nur begrenzt thematisiert. Die vorliegende Studie zeigt, dass die gesellschaftliche Tabuisierung und Stigmatisierung der Thematik auch im schulischen Kontext weitergeführt wird und schließlich zu Unsicherheiten auf Seiten der Lehrpersonen führt.

Unterrichtsmaterialien zur Thematik

Die Lehrer sehen jedoch nicht nur den Bedarf an Fortbildung zur Erweiterung des eigenen Wissens und Reflexion des eigenen Handelns, sondern auch an geeigneten Unterrichtsmaterialien zur Thematik. Eine Integration des Themas „psychische Erkrankungen“ in bestehende Unterrichtscurricula soll die Schüler für die Thematik sensibilisieren und zum Abbau der Stigmatisierung beitragen. Diesbezüglich legt Müller (2008) nahe, dass der schulische Kontext ein geeigneter Rahmen ist, um frühzeitig gesellschaftliche Vorurteile zu reflektieren und abzubauen. Die Lehrer der vorliegenden Studie nutzen daher angrenzende Unterrichtsthemen, wie körperliche Erkrankungen, um auf psychische Erkrankungen hinzuweisen und zum offenen, vorurteilsfreien Umgang anzuregen, sehen aber aufgrund eigener Unsicherheiten die Notwendigkeit, auf ausgearbeitete Unterrichtsmaterialien zurückgreifen zu können.

Bedarf nach Kooperationen zu schulexternen Diensten

Als Folge der beschriebenen Unsicherheiten kann der Bedarf der Lehrpersonen nach Kooperationen zu anderen Diensten gesehen werden. Den Lehrern mangelt es an Wissen bezüglich bestehender spezifischer Unterstützungsmöglichkeiten für die Familien, auf die im Gespräch hingewiesen werden kann. Zudem fehlen ihnen Informationen über die regulären Hilfsangebote der Kinder- und Jugendhilfe sowie über Voraussetzungen und Zugangswege zur Inanspruchnahme. Dies erschwert ihnen, den Eltern und Kindern im Gespräch Hilfsmöglichkeiten aufzuzeigen und sie zur Inanspruchnahme fachlicher Unterstützungen zu motivieren. Dass Kooperationen zwischen den Systemen jedoch notwendig sind, um Familien mit einem psychisch er-

krankten Elternteil wirksam zu unterstützen, stellen Brockmann und Lenz (2010) heraus. Sie weisen darauf hin, dass insbesondere das Wissen über Handlungslogiken, Zuständigkeiten, Kompetenzen und Grenzen der jeweiligen Hilfesysteme notwendig ist, um Hilfen zu vermitteln, Betroffene zur Inanspruchnahme zu motivieren und Zugänge zu erleichtern. Da den Lehrern der vorliegenden Studie dieses Wissen fehlt, spüren sie schnell Verunsicherung und die eigene Hilflosigkeit im Gespräch mit den Eltern und Kindern. Die Grenzen des eigenen Handelns sind ihnen zwar bewusst, jedoch hindern die fehlenden Kooperationen eine Gestaltung der sich überschneidenden Zuständigkeits- und Kompetenzbereiche der Systeme, was die Hilflosigkeit der Lehrer zusätzlich verstärkt.

15 Fazit und Empfehlungen für die Praxis

Schüler mit psychisch erkrankten Eltern stellen keine Seltenheit im schulischen Alltag dar. Trotz der Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die schulische Leistungsfähigkeit der Kinder, der erhöhten Kumulation der Belastungsfaktoren und den Möglichkeiten der Lehrer, für diese Kinder einen zentralen Schutzfaktor dazustellen, liegen bisher keine deutschsprachigen wissenschaftlichen Ausführungen zum Themenfeld der „Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Schule“ vor.

Die vorliegende Studie kann nicht den Anspruch erheben, diese Lücke gänzlich zu füllen. Sie nimmt aber erstmals die Bedingungen der Enttabuisierung der elterlichen Erkrankung gegenüber den Lehrpersonen und die Konsequenzen dessen auf die Gestaltung des schulischen Alltages der Kinder und Lehrer sowie auf die Zusammenarbeit zwischen Lehrern und Eltern in den Blick.

Ziel der Studie war es zu klären, welche Gründe psychisch erkrankte Eltern zur Enttabuisierung gegenüber den Lehrpersonen bewegen und welche situativen Kontexte und Aspekte sich förderlich oder hinderlich auf diesen Prozess auswirken. Fragen zu den Erwartungen der Eltern sowie den Auswirkungen des offenen Umgangs auf die Zusammenarbeit zwischen Lehrern, Schülern und Eltern sollte ebenso nachgegangen werden wie Fragen zu weiteren Ansprechpartnern innerhalb der Schule. Die Thematisierung im Klassensetting, die gedankliche Beschäftigung der Schüler mit der Erkrankung während des Unterrichts sowie die Bedarfe der Lehrer zum Umgang mit Kindern psychisch erkrankter Eltern wurden ebenfalls erfasst.

Der Zugang zur Studienpopulation gestaltete sich insbesondere dadurch schwierig, dass eine Enttabuisierung der Erkrankung gegenüber den Lehrpersonen vorausgesetzt wurde. Dadurch kam es zur Auswahl der „Extremfälle“ (Gläser & Laudel, S.99, 2010), die kritisch hinterfragt werden kann, da der offene Umgang der teilgenommenen Familien mit der Erkrankung atypisch für die Gruppe der psychisch erkrankten Eltern ist, so dass sich aus den Ergebnissen nur bedingt für die Zielgruppe allgemeingültige Aussagen treffen lassen. Gläser und Laudel (2010) weisen jedoch darauf hin, dass sich in diesen Extremfällen die interessierenden Zusammenhänge besonders deutlich zeigen. So konnten die Erwartungen und Auswirkungen der Enttabuisierung in der vorliegenden Studie nur erhoben werden, weil diesbezüglich bereits Erfahrungen bei den Eltern, Kindern und Lehrern vorlagen. Trotz der Schwierigkeiten in der Akquise kann die Begrenzung auf diese Extremfälle daher als geeignet gesehen werden, um die Fragestellungen der Studie beantworten zu können.

Auch hat sich der Einsatz leitfadengestützter Interviews bewährt, da insbesondere die Kinder es nicht gewohnt waren, frei und ausführlich über die elterliche Erkrankung zu sprechen. Die Fragen des Leitfadens gaben den Kindern eine Struktur des Gespräches vor und unterstützten sie in der Aufrechterhaltung des Erzählflusses. Durch die Fragen gelang es den Kindern, ihren Blick auf einzelne Aspekte des Zusammenlebens mit ihrem psychisch erkrankten Elternteil zu richten und diese gezielt zu beschreiben, so dass es zu einer Reduzierung ihrer komplexen alltäglichen Erfahrungen, Belastungen und Emotionen kam und so einer Überforderung der Kinder entgegengewirkt werden konnte. Es zeigte sich, dass sie sich trotz der ungewohnten Interviewsituation auf das Gespräch einlassen konnten und bereit waren, auch über tabuisierte Themen, belastende Erfahrungen und negative Emotionen zu berichten.

Kritisch angemerkt werden muss jedoch, dass eine Auswertung der Interviews ausschließlich mittels der Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2008a; 2008b) vorgenommen wurde. Eine Triangulation unter Verwendung verschiedener methodischer Zugänge (Flick, 2007) hat nicht stattgefunden, wenngleich sie durch die Verknüpfung qualitativer und quantitativer Methoden angestrebt war. So wurden die Kinder gebeten, im Anschluss an das Interview den „Angstfragebogen für Schüler“ (Wieczerkowski et al., 1998) auszufüllen, durch den Prüfungsangst, manifeste Angst, Schulunlust und Tendenzen sozial erwünschten Verhaltens erfasst werden können. Den Lehrern wurden die dazugehörigen Einschätzungsskalen ausgehändigt, um die Angaben der Kinder mit denen der Lehrer abzugleichen. Ziel war es, die qualitativen Aussagen durch die Testergebnisse zu ergänzen und Gruppenmerkmale gezielter herauszuarbeiten. Da aber ein Kind kognitiv mit der Bearbeitung überfordert war, ein Kind die Bearbeitung ablehnte und ein Kind den Fragebogen nur unvollständig ausfüllte, lagen zur Auswertung lediglich 7 Bögen vor. Da bei der geringen Datenmenge keine aussagekräftigen Ergebnisse und Gruppenzuteilungen hätten erzielt werden können, wurde von einer Auswertung abgesehen. Ein Aufgreifen der quantitativen Methode in der vorliegenden Zielgruppe sollte jedoch in späteren Studien weiter verfolgt werden, da davon auszugehen ist, dass die Kinder, die sich durch eine Steigerung der schulischen Leistungen eine Verbesserung des elterlichen Gesundheitszustandes erhoffen, erhöhte Werte im Bereich des angepassten Verhaltens und der Prüfungsangst zeigen. Des Weiteren kann angenommen werden, dass sich durch die Enttabuisierung der Erkrankung und durch die Inanspruchnahme der Lehrer als Vertrauenspersonen positive Veränderungen in der Schulunlust insbesondere bei den Kindern zeigen, bei denen vor der Enttabuisierung keine vertrauensvolle Beziehung zum Lehrer bestand. Hierzu könnte eine Studie mit Prä-Post-Messungen Aufschluss geben.

Da die Auswertung der Interviews nicht in der Zusammenarbeit mehrerer Personen stattgefunden hat, muss zudem eine fehlende Intersubjektivität kritisch angemerkt werden.

Im Folgenden soll keine Zusammenfassung der Ergebnisse vorgenommen, sondern zentrale Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Praxis herausgegriffen werden, die sich aus den Studienergebnissen ableiten lassen.

15.1 Erkrankung enttabuisieren, um Unterstützung zu erhalten

Die Lehrer sehen ihre Rolle nicht nur in der Unterrichtung und Erziehung der Schüler, sondern auch in der persönlichen Begleitung. Sie verstehen sich als Ansprechpartner und Vertrauensperson, an die sich die Kinder wenden können, und empfinden den persönlichen Kontakt und eine vertrauensvolle Beziehung zu den Schülern als Bereicherung ihres Alltages und Bestätigung ihrer Arbeit. Wenngleich eine Enttabuisierung der Erkrankung bei den Lehrern Gefühle der Unsicherheit und Überforderung auslöst, stehen sie dennoch einem offenen Umgang positiv gegenüber, um ihre Rolle als Unterstützungsperson adäquat ausfüllen zu können. Nur durch die Information über die Belastungen, mit denen die Kinder konfrontiert sind, über die Ängste und Sorgen, die sie auch im Unterricht beschäftigen, und über Veränderungen in der Versorgung und Betreuung, die Auswirkungen auf die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Lehrer haben, können die Lehrpersonen Verhaltensauffälligkeiten der Kinder verstehen und angemessen reagieren, um die Kinder zu unterstützen.

Insbesondere bei Verhaltensauffälligkeiten helfen die Informationen den Lehrern, sich ihrer „holding function“ bewusst zu werden und bei Aggressionen und Anfeindungen der Schüler Sicherheit und psychische Stabilität auszustrahlen. Sie wissen um die von den Eltern erwarteten Kompensation der Einschränkungen in der Eltern-Kind-Beziehung und sind bereit, diese im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu erfüllen. Sie sehen somit in der Enttabuisierung – sowohl durch die Eltern als auch durch die Schüler – keine Strategie, um Leistungsanforderungen nicht erfüllen zu müssen oder bessere Bewertungen zu erhalten, sondern erkennen den Hilfebedarf der Schüler und die Notwendigkeit, alle Möglichkeiten der Unterstützung ausschöpfen zu müssen. Eine Enttabuisierung ermöglicht daher, die Unterstützung durch die Lehrer zu aktivieren und für das Kind nutzbar zu machen.

Entscheidend dafür ist jedoch nicht nur die offene Kommunikation mit den Lehrern, sondern auch die Information an die Kinder über das Wissen der Lehrer. Die Kinder

müssen von den Eltern die Erlaubnis bekommen, das Gespräch mit den Lehrern zu suchen, über aktuelle familiäre Belastungen berichten und auf Fragen antworten zu dürfen. Nur so kann zum einen ermöglicht werden, dass die aktivierte Unterstützung durch die Lehrer für die Kinder nutzbar wird, und zum anderen die Kinder vor Loyalitätskonflikten geschützt werden.

15.2 Unterstützung leisten, ohne eigene Grenzen zu überschreiten

Die Enttabuisierung der elterlichen psychischen Erkrankung führt oftmals zu einer Verunsicherung auf Seiten der Lehrer. Einerseits sehen sie sich als Vertrauensperson und Ansprechpartner, möchten Unterstützung leisten und die Kinder in der Bewältigung der Belastungen unterstützen. Andererseits aber erleben sie, dass sie an die Grenzen ihrer Handlungsfähigkeit stoßen: sie empfinden Verunsicherung im Umgang mit den Eltern und Kindern, sehen die Grenzen ihrer Zuständigkeiten und fürchten eine eigene hohe emotionale Belastung. Zudem sehen sie keine zeitlichen Ressourcen, die Kinder adäquat zu unterstützen.

Die Lehrer gehen davon aus, dass die betroffenen Eltern und Kinder hohe Erwartungen an die Unterstützung durch die Lehrer stellen. Sie fühlen sich in ihrer professionellen Rolle angesprochen und sehen es als ihre Aufgabe, Lösungswege aufzeigen zu können. Da ihnen dies in Bezug auf die psychische Erkrankung des Elternteils nicht möglich ist, besteht die Angst, den Erwartungen und Bedarfen der Eltern und Schüler nicht gerecht werden zu können.

Es zeigt sich jedoch, dass weder Schüler noch Eltern diese hohen Erwartungen an die Lehrer stellen. Für die Kinder sind kleine Signale der Rücksichtnahme und des Verständnisses von hoher Bedeutung, wie ein kurzes Erkundigen der Lehrer über die aktuelle familiäre Situation oder der Verzicht auf die Einforderung von Erklärungen für fehlende Hausaufgaben im Klassensetting. Sie möchten spüren, dass die Lehrer ihre Belastungen wahr- und ernstnehmen und bereit sind, sie bei Bedarf zu unterstützen. Kommt es zu einem ausführlicheren Gespräch ist für die Kinder die Zeit und die ungeteilte Aufmerksamkeit der Lehrer entscheidend, weniger die Inhalte, die besprochen werden. Sie erwarten keine Lösungswege, da sie sich der Handlungsgrenzen der Lehrer bewusst sind. Um den Erwartungen der Kinder gerecht zu werden, sollte der Lehrer eine fürsorglich-lenkende Rolle einnehmen, dem Kind Zeit widmen und sich nicht zur Darstellung von Lösungswegen verpflichtet sehen.

Auch die Eltern erwarten von den Lehrern keine Lösungen oder Handlungsvorschläge. Für sie ist es von Bedeutung, in ihrer Rolle als Elternteil wahrgenommen und in Diskussionen und Entscheidungen eingebunden zu werden. Durch die Wertschätzung des offenen Umgangs mit der Erkrankung und den bisherigen Bemühungen der Eltern um professionelle Hilfe fühlen sich die Eltern in ihrem Handeln gestärkt. Den Lehrern kann es dadurch gelingen, Empowermentprozesse zu fördern und den Elternteil in seiner Selbstwirksamkeit zu fördern.

Neben einem wertschätzenden und respektvollen Umgang erwarten die Eltern insbesondere eine gute schulische Förderung ihrer Kinder. Sie möchten, dass die Kinder adäquat auf Prüfungen vorbereitet werden, Unterstützung bei schulischen Schwierigkeiten erhalten und Wissensdefizite aufgearbeitet werden.

Sowohl Eltern als auch Kindern fällt ein fortwährend offener Umgang mit der Erkrankung leichter, wenn die Lehrer aktiv auf sie zukommen, Fragen stellen und Hilfen anbieten. Für sie wird dadurch Interesse der Lehrer, Fürsorge und Unterstützungsbereitschaft signalisiert.

Die Ängste der Lehrer, den Erwartungen der Eltern und Schüler nicht gerecht zu werden, sind somit nicht notwendig, da von ihnen keine Tätigkeiten erwartet werden, die außerhalb ihrer professionellen Rolle liegen. Allein die verstärkte Aufmerksamkeit für die betroffenen Schüler und die Zeit für Gespräche kann sich aufgrund mangelnder Zeitressourcen als schwierig erweisen.

15.3 Signale setzen, um Enttabuisierung zu erleichtern

Die Eltern werden in einer Enttabuisierung gehemmt, da sie nicht einschätzen können, welche Haltung die Lehrer gegenüber psychisch erkrankten Menschen einnehmen, ob der offene Umgang zu Vorurteilen und Stigmatisierungen führt und ob sie negative Konsequenzen für sich und ihre Kinder befürchten müssen. Sie versuchen daher die Erkrankung zu verbergen.

Diese Unsicherheiten und Ängste können reduziert werden, indem die Lehrer in Gesprächen mit Eltern ihre Unterstützungsbereitschaft bei familiären Belastungen offen zum Ausdruck bringen. Sie signalisieren dadurch Offenheit, Akzeptanz und Sensibilität für mögliche Hilfebedarfe. Durch die Thematisierung familiärer Problemlagen wird ein Rahmen gesetzt, der es den Eltern erleichtern kann, Probleme anzusprechen und Unterstützungsbedarfe offen zu legen.

Lenz (2010a) beschreibt eine ähnliche Rahmung durch Fragen zur familiären Situation in der Behandlung des erkrankten Elternteils. Durch die Fragen zur Familie und Kindern wird der Blick auf die Patienten in ihrer Elternrolle gelenkt und den Patienten die Möglichkeit gegeben, Ängste, Sorgen und Belastungen, die mit ihrer Rolle als Elternteil in Verbindung stehen, zur Sprache zu bringen.

Thematisiert der Lehrer familiäre Problemlagen und Möglichkeiten der Unterstützung, lenkt er den Blick auf die gesamte Lebenssituation des Schülers und seiner Familie, so dass Geschehnisse, wie Unterrichtsstörungen oder häufige Fehlzeiten, in einen anderen Rahmen gestellt werden und dadurch eine andere Bedeutung bekommen.

15.4 Kooperationsbeziehungen gestalten, um wirksame Hilfen zu aktivieren

Um wirksame Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern zu aktivieren, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig (Lenz, 2010a). Lehrer haben die Möglichkeit zur Aktivierung dieser interdisziplinären Hilfen die Kooperation sowohl mit schulinternen Fachkräften, wie Schulsozialarbeitern, als auch mit schulexternen Diensten, wie Beratungsstellen, zu suchen, da sie in ein psychosoziales Unterstützungsnetzwerk eingebunden sind (Nestmann, 2002).

Diese Kooperationen sind insbesondere dann effektiv, wenn sie nicht auf einer strukturellen Ebene verhaftet bleiben, sondern wenn es zu einer Gestaltung der Kooperationsbeziehungen kommt, wie sie die Lehrer im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit den Schulsozialarbeitern beschreiben: das persönliche Kennen des anderen und das Wissen um seine Handlungskompetenzen und Zuständigkeiten fördert den gemeinsamen Austausch und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit, so dass für die Familien aufeinander abgestimmte Hilfen ermöglicht werden können.

Es zeigt sich jedoch deutlich, dass nicht nur die Gestaltung der Kooperationsbeziehungen auf der Ebene der Fachkräfte notwendig ist, sondern den Kooperationsbeziehungen zu den Eltern eine ebenso besondere Bedeutung zukommt. Besteht bereits ein persönlicher Kontakt der Eltern zu den Schulsozialarbeitern, konnten sie bereits Vertrauen aufbauen und sich über die Aufgabengebiete der Fachkräfte informieren, stehen sie der Unterstützung offen gegenüber. Ist es bisher nicht zu einem Kontakt gekommen und sind den Eltern die Zuständigkeiten und Aufgaben unbekannt, lehnen sie eine Unterstützung durch die Schulsozialarbeiter ab. Schrappe (2011) zeigt auf, dass sich diese Reserviertheit bei psychisch erkrankten Eltern gegenüber Fachdiensten vermehrt zeigt, da sie ein Absprechen ihrer Erziehungskompetenz bis

hin zur Herausnahme der Kinder aus den Familien aufgrund des Verdachts auf kindeswohlgefährdendes Elternverhalten befürchten.

Diese Ängste können reduziert werden, wenn den Eltern ermöglicht wird, die Schulsozialarbeiter und ihre Handlungsfelder kennen zu lernen, ohne eine Thematisierung des eigenen Hilfebedarfes befürchten zu müssen. Haben sie Vertrauen gefasst, werden sie den Hilfen offener gegenüber stehen, so dass Lehrer, Schulsozialarbeiter und Eltern gemeinsam Möglichkeiten der Unterstützung suchen und wirksame Hilfen aktivieren können.

15.5 Fortbildungen und Materialien anbieten, um Lehrer in ihrer Arbeit zu unterstützen

Aufgrund der oben beschriebenen Verunsicherung der Lehrer im Umgang mit den betroffenen Eltern und Kindern aber auch im Umgang mit den eigenen Grenzen ist der Wunsch der Lehrer nach Fortbildungen zur Thematik nachzuvollziehen. Die Lehrer erhalten im Rahmen einer Fortbildung nicht nur die Möglichkeit, sich grundlegendes Wissen zur Thematik anzueignen und Sicherheit im Umgang mit betroffenen Eltern und Schülern zu erlangen, sondern es besteht auch Raum zum kritischen Hinterfragen der eigenen Unterstützungsmöglichkeiten und Handlungsgrenzen, aber auch der Vorbehalte gegenüber der Arbeit mit den Kindern und Eltern, sowie zur Reflexion der persönlichen Belastungsgrenzen.

Neben diesen Fortbildungen zur Förderung der Handlungskompetenz ist eine Unterstützung der Lehrer in der Thematisierung psychischer Störungen im Klassensetting notwendig. Da aber eine Aufbereitung der Thematik für den schulischen Kontext bislang fehlt, können die Lehrpersonen nicht auf geeignete Unterrichtsmaterialien zurückgreifen. Sie nutzen daher angrenzende Themen, wie körperliche Erkrankungen oder psychische Belastungen durch Stress, um psychische Störungen zu thematisieren und auf die Auswirkungen der Erkrankungen auf die Familien hinzuweisen. Das gezielte Aufgreifen der Thematik im Rahmen des Schulunterrichts sehen jedoch sowohl Lehrer als auch Eltern und Schüler als notwendig, um Mitschüler für die besonderen Belastungen der Kinder zu sensibilisieren und zugleich Stigmatisierungen entgegenzuwirken. Eine Bereitstellung geeigneter Unterrichtsmaterialen scheint daher erforderlich, um die Lehrer in ihrer Arbeit mit der Klassengemeinschaft zu unterstützen.

Für die Unterstützung der Schüler mit einem psychisch erkrankten Elternteil durch die Lehrer bedarf es somit keiner neuen Strukturen, komplexer Interventionen oder eines bestimmten Methodenrepertoires. Wesentlich scheinen vielmehr die offene Kommunikation aller Beteiligten und das Vertrauen zueinander zu sein. Lehrer können – ohne Überschreitung ihrer Zuständigkeiten und Kompetenzen – wertvolle Unterstützung leisten, wenn es ihnen gelingt, kleine Signale der Rücksichtnahme, des Verständnisses, der Wertschätzung und der Hilfsbereitschaft zu setzen, um die Eltern und ihre Kinder in der Bewältigung ihres Alltages zu stärken und die Rolle einer bedeutsamen Bezugsperson im Leben der Kinder einzunehmen.

Literaturverzeichnis

Ader, S., Tölle, U. (2011): Beratung von Einzelnen und Gruppen im schulischen Kontext. Guter Rat ist teuer-schlechter auch! In F. Baier & U. Deinet (Hrsg.): Praxisbuch Schulsozialarbeit. Methoden, Haltungen und Handlungsorientierungen für eine professionelle Praxis (S.201-222). Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich.

Bauer, K.-O. (2008): Lehrer-Schüler-Interaktion im Kontext von Schulentwicklung. In M.K.W. Schweer (Hrsg.): Lehrer-Schüler-Interaktion. Inhaltsfelder, Forschungsperspektiven und methodische Zugänge. 2., vollständig überarbeitete Auflage (S.583-607). Wiesbaden: VS.

Beeck, K. (2004a): Kinder psychisch kranker Eltern. Ein Thema für die Schule. Berlin: Netz und Boden, Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern.

Beeck, K. (2004b): Inkas Mutter ist in der Klapse. Wie Sie Kinder mit psychisch kranken Eltern unterstützen können. In: Das Lehrerhandbuch. Stuttgart: Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH.

Berger, M., Calker, D. v., Brakemeier, E.-L., Schramm, E. (2009). Affektive Störungen. In M. Berger (Hrsg.): Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 3. vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage mit Online-Zugang (S.491-592). München & Jena: Urban & Fischer.

Bettge, S. (2005): Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Psychomed, 17, 214-222.

Beyer, A., Lohaus, A. (2006): Stressbewältigung im Jugendalter. Ein Trainingsprogramm. Göttingen: Hogrefe.

Beyer, A., Lohaus, A. (2007): Konzepte zur Stressentstehung und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter. In I. Seiffge-Krenke & A. Lohaus (Hrsg.): Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter (S.11-27). Göttingen: Hogrefe.

Bibou-Nakou, I. (2004): Helping Teachers to Help Children Living with a Mentally Ill Parent. Teachers´ Perceptions on Identification and Policy Issues. School Psychology International, 25, 42-58.

Bilz, L. (2008): Schule und psychische Gesundheit. Risikobedingungen für emotionale Auffälligkeiten von Schülerinnen und Schülern. Schule und Gesellschaft, Band 42. Wiesbaden: VS.

Bilz, L. (2013): Die Bedeutung des Klassenklimas für internalisierende Auffälligkeiten von 11-15-Jährigen: Selbstkognitionen als Vermittlungsvariablen. Psychologie in Erziehung und Unterricht, 60, 282-294.

Blanz, B., Remschmidt, H., Schmidt, M.H., Warnke, A. (2006): Psychische Störungen im Kindes-und Jugendalter. Ein entwicklungspsychopathologisches Lehrbuch. Stuttgart, New York: Schattauer.

Bohus, M., Schehr, K., Berger-Sallawitz, F., Novelli-Fischer, U., Stieglitz, R.-D., Berger, M. (1998): Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Untersuchung zum Problembewusstsein im klinischen Alltag. Psychiatrische Praxis, 25, 134-138.

Bowlby, J. (2006): Bindung. Bindung und Verlust. Band 1. München & Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Brisch, K. H. (2012): Bindungsstörungen und ihre Therapie nach Gewalterfahrungen in der Kindheit. Kindesmisshandlung und –vernachlässigung, 15, 126-147.

Brisch, K.H. (2013): Bindungsstörungen: Von der Bindungstheorie zur Therapie. 12. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bröcher, J. (2005): Didaktische Variationen bei Schulverweigerung und Verhaltensproblemen. Impulse für Schul-und Unterrichtsentwicklung, sozialpädagogische Projekte und Coaching. Band 1: Beziehungsaufnahmen. Niebüll: Videel.

Brockmann, E., Lenz, A. (2010): Beziehung gestalten. Eine Voraussetzung für wirksame interinstitutionelle Kooperation bei Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 59, 687-703.

Brockmann, E., Lenz, A. (2011): Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern. Psychoedukation als spezifischer Schutzfaktor zur Stärkung der individuellen und familiären Resilienz. In A. Lenz (Hrsg.): Empowerment. Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Band 22 (S.101-120). Tübingen: dgvt.

Brunner, E. J. (2002): Von der Vision zum Konzept - Die Schlüsselstellung der Konzeptbildung in der Beratung. In F. Nestmann & F. Engel (Hrsg.): Die Zukunft der Beratung. Beratung, Band 4 (S.201-208). Tübingen: dgvt-Verlag.

Christiansen, H., Mattejat, F., Röhrle, B. (2011). Wirksamkeitsbefunde von Interventionen bei Kindern und Familien psychisch kranker Eltern - ein metaanalytisch fundierter Überblick. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung (S.458-481). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Chur, D. (2002): Bausteine einer zeitgemäßen Konzeption von Beratung. In F. Nestmann & F. Engel (Hrsg.): Die Zukunft der Beratung. Beratung, Band 4 (S.95-134). Tübingen: dgvt-Verlag.

Conen, M.-L. (2008): Aufsuchende Familientherapie. In M.-L. Conen (Hrsg.): Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. Vierte Auflage (S.41-163). Heidelberg: Carl-Auer.

Conrad, I., Heider, D., Schomerus, G., Angermeyer, M.C., Riedel-Heller, S. (2010): Präventiv und stigmareduzierend? Evaluation des Schulprojekts „Verrückt? Na und!“. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 58, 257-264.

Dadaczynski, K., Paulus, P. (2011): Psychische Gesundheit aus Sicht von Schulleitungen. Erste Ergebnisse einer internationalen Onlinestudie für Deutschland. Psychologie in Erziehung und Unterricht, 58, 306-318.

Dahm-Mory, C. (2008): Belastungen, Bewältigungsstrategien und Hilfebedarf bei Partnern von Angstpatienten. In A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg.): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte (S.257-284). Tübingen: dgvt-Verlag.

Daniel, A., Watermann, R. (2013): Zum Zusammenhang von Ängstlichkeit, Lernfreude und Zielorientierungen im schulischen Kontext. Psychologie in Erziehung und Unterricht, 60, 295-306.

Deegener, G., Körner, W. (2006): Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Theorie, Praxis, Materialien. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Deneke, C., Lüders, B. (2003): Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 52, 172-181.

Deneke, C. (2005). Misshandlung und Vernachlässigung durch psychisch kranke Eltern. In G. Deegener & W. Körner (Hrsg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch (S.141-154). Göttingen: Hogrefe.

Deneke, C., Beckmann, O., Dierks, H. (2008): Präventive Gruppenarbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern. In A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg.): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte (S.63-79). Tübingen: dgvt.

Dresing, T., Pehl, T. (2011): Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen. Marburg: Eigenverlag.

Dilling, H., Freyberger, H.J. (Hrsg.) (2011): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10: DCR-10 und Referenztabellen ICD-10 v.s. DSM-IV-TR. 5., überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der German Modifikation (GM) der ICD-10. Bern: Hans Huber.

Düro, N. (2008): Lehrerin - Lehrer. Welche Rolle spielt das Geschlecht im Schulalltag? Eine Gruppendiskussionsstudie. Frauen- und Genderforschung in der Erziehungswissenschaft, Band 8. Opladen: Barbara Budrich Verlag.

Ecarius, J., Hößl, S. E., Berg, A. (2012): Peergroup - Ressource oder biographische Gefährdung? In J. Ecarius & M. Eulenbach (Hrsg.): Jugend und Differenz, (S.161-181). Wiesbaden: Springer.

Eickhoff, C., Zinnecker, J. (2000): Schutz oder Risiko? Familienumwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 11. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA.

Engel, F. (2007): Allgemeine Pädagogik, Erziehungswissenschaft und Beratung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Band1: Disziplinen und Zugänge. 2. Auflage (S.103-114). Tübingen: dgvt.

Engel, F., Nestmann, F., Sickendiek, U. (2007): „Beratung“-ein Selbstverständnis in Bewegung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Band1: Disziplinen und Zugänge. 2. Auflage (S.33-44). Tübingen: dgvt.

Eschenbeck, H. (2010): Bewältigung alltäglicher Stresssituationen von Kindern und Jugendlichen. Ein Überblick zum Einfluss von Belastungssituation, Alter und Geschlecht. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 18, 103-118.

Flick, U. (2007): Triangulation in der qualitativen Forschung. In Uwe Flick (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 5. Auflage, Reinbek: Rowohlt.

Franz, M. (2005): Die Belastungen von Kindern psychisch kranker Eltern. Eine Herausforderung zur interdisziplinären Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Kind Jugend Gesellschaft, 3, 82-86.

Fröhlich-Gildhoff, K., Rönnau-Böse, M. (2009): Resilienz. München: Ernst-Reinhard Verlag.

Gagarina, L., Saldern, M.v. (2010): Professionalisierung der Lehrkräfte. In M. Demmer & M. von Saldern (Hrsg.): „Helden des Alltags“. Erste Ergebnisse der Schulleitungs-und Lehrkräftebefragung (TALIS) in Deutschland. Die Deutsche Schule. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, Bildungspolitik und pädagogische Praxis. 11. Beiheft (S.49-63). Münster: Waxmann.

Gehrmann, J., Söhle, M., Boida, E. (2009). Kinder psychisch kranker Eltern. Die „vergessenen“ kleinen Angehörigen. Jugendhilfe, 47, 50-60.

Gerber, M., Pühse, U. (2007): Psychosomatische Beschwerden und psychisches Wohlbefinden - Eine Untersuchung bei Schülerinnen und Schülern der Sekundarstufe II. Psychologie in Erziehung und Unterricht, 54, 223-235.

Gläser, J., Laudel, G. (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag.

Golemann, D. (2006): Soziale Intelligenz. Wer auf andere zugehen kann, hat mehr vom Leben. München: Droemer.

Göppel, R. (2011): Resilienzförderung als schulische Aufgabe? In: Margherita Zander (Hrsg.): Handbuch Resilienzförderung (S.383-406). Wiesbaden: VS-Verlag.

Graßhoff, G., Höblich, D., Stelmaszyk, B., Ullrich, H. (2006): Klassenlehrer-Schüler-Beziehungen als biographische Passungsverhältnisse. Fallstudien zum Verhältnis von Lehrer-Schüler-Interaktionen und Selbstverständnis der Lehrerschaft an Waldorfschulen. Zeitschrift für Pädagogik, 52, 571-590.

Grimm, M. A. (1996): Kognitive Landschaft von Lehrern. Berufszufriedenheit und Ursachenzuschreibungen angenehmer und belastender Unterrichtssituationen. Europäische Hochschulschriften, Reihe 6, Psychologie, Band 409, 2. Auflage. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Groen, G., Pössel, P., Petermann, F. (2004): Depression im Kindes-und Jugendalter. In F. Petermann, K. Niebank, H. Scheithauer: Entwicklungswissenschaft. Ent-

wicklungspsychologie-Genetik-Neuropsychologie (S.437-481). Berlin, Heidelberg: Springer.

Großmaß, R. (2007): Psychotherapie und Beratung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Band1: Disziplinen und Zugänge. 2. Auflage (S.89-102). Tübingen: dgvt.

Großmaß, R. (2013): Beratung und sozialer Raum. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Band 3. Neue Beratungswelten: Fortschritte und Kontroversen (S.1509-1524). Tübingen: dgvt.

Grossmann, K, Großmann, K. E. (2012): Bindungen - das Gefüge psychischer Sicherheit. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Grube, M., Dorn, A. (2007). Elternschaft bei psychisch Kranken. Psychiatrische Praxis, 34, 66-71.

Grube, M. (2011): Psychische Erkrankung und Vaterschaft. Psychiatrische Praxis, 38, 16-22.

Gurny, R., Cassée, K., Gavez, S., Los, B., Albermann, K. (2007): Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie. Wissenschaftlicher Bericht. Dübendorf: Fachhochschule Zürich.

Gutmann, R. (2008): Jugendliche mit einem psychisch kranken Elternteil - Welche Unterstützung brauchen sie? In A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg.): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte (S.113-136). Tübingen: dgvt.

Habers, I., Stelling, K., Jungbauer, J. (2010): Zwischen Autonomie und Verantwortung: Jugendliche mit psychisch kranken Eltern. In J. Jungbauer (Hrsg.): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Perspektiven für die Soziale Arbeit. Schriften der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, Band 15 (S.131-160). Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich.

Hagen, C. v., Röper, G. (2007): Resilienz und Ressourcenorientierung - Eine Bestandsaufnahme. In I. Fooken & J. Zinnecker (Hrsg.): Trauma und Resilienz. Chancen und Risiken lebensgeschichtlicher Bewältigung von belasteten Kindheiten. Weinheim, München: Juventa.

Hampel, P., Pössel, P. (2012): Psychische Auffälligkeiten und Stressverarbeitung im Jugendalter. Eine 2-Jahres-Kohorten-Sequenz-Studie. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 20, 3-12.

Hamre, B. K., Pianta, R. C. (2005): Can Instructional and Emotional Support in the First-Grade Classroom Make a Difference or Children at Risk of School Failure? Child Development, 76, 949-967.

Hartmann, H.-P. (2001): Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50, 537-551.

Hascher, T., Edlinger, H. (2009): Positive Emotionen und Wohlbefinden in der Schule - ein Überblick über Forschungszugänge und Erkenntnisse. Psychologie in Erziehung und Unterricht, 56, 105-122.

Hascher, T., Hagenauer, G. (2011): Schulisches Wohlbefinden im Jugendalter - Verläufe und Einflussfaktoren. In A. Ittel, H. Merkens & L. Stecher (Hrsg.): Jahrbuch Jugendforschung. 10. Ausgabe 2010 (S.15-45). Wiesbaden: VS.

Hascher, T., Neuenschwander, M. (2011): Schule und soziales Selbstkonzept im Jugendalter. In A. Ittel, H. Merkens & L. Stecher (Hrsg.): Jahrbuch Jugendforschung. 10. Ausgabe 2010 (S.207-232). Wiesbaden: VS.

Hearle, J., Plant, K., Jenner, L., Barkla, J., McGrath, J. (1999): A Survey of Contact With Offspring and Assistance With Child Care Among Parents With Psychotic Disorders. Psychiatric Services, 50, 1354-1356.

Heinrichs, N., Lohaus, A. (2011). Klinische Entwicklungspsychologie. Kompakt. Psychische Störungen im Kindes-und Jugendalter. Mit Online-Materialien. Weinheim, Basel: Beltz.

Heitmann, D., Bauer, U. (2007): Kinder psychisch erkrankter Eltern - Forschungsdesiderata und psychiatrischer Interventionsbedarf. Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit, 1, 5-16.

Helmken, K. (2011): Beratung in der Sekundarstufe II am Beispiel des „Offenen Ohrs“. In R. Haack-Wegner, K. Helmken, A. Grotrian: Beratung von Jugendlichen. Zur Psychodynamik von Beratungsprozessen in der Schule und der beruflichen Ausbildung (S.11-88). Frankfurt am Main: Peter Lang.

Hertel, S. (2009): Beratungskompetenz von Lehrern. Kompetenzdiagnostik, Kompetenzförderung, Kompetenzmodellierung. Pädagogische Psychologie und Entwicklungspsychologie, Band 74. Münster: Waxmann.

Hertel, S., Schmitz, B. (2010): Lehrer als Berater in Schule und Unterricht. Stuttgart: Kohlhammer.

Hildenbrand, B. (2011): Resilienz - auch eine Perspektive bei Kindeswohlgefährdung? In M. Zander (Hrsg.): Handbuch Resilienzförderung (S.442-458). Wiesbaden: VS.

Hipp, M., Schatte, D., Altrogge, B. (2010): Multiinstitutionelles Kooperationsprojekt und Kreis Mettmann: Präventive Hilfen für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 59, 716-730.

Hofmann, H., Siebertz-Reckzeh, K. (2008): Sozialisationsinstanz Schule: Zwischen Erziehungsauftrag und Wissensvermittlung. In M. K. W. Schweer (Hrsg.): Lehrer-Schüler-Interaktion. Inhaltsfelder, Forschungsperspektiven und methodische Zugänge. 2., vollständig überarbeitete Auflage (S.13-38). Wiesbaden: VS.

Holzinger, A., Beck, M., Munk, I., Weithaas, S., Angermeyer, M. C. (2003): Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht schizophren und depressiv Erkrankter. Psychiatrische Praxis, 30, 395-401.

Homeier, S. (2006): Sonnige Traurigtage. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse.

Howard, L. M., Underdown, H. (2011). Hilfebedarfe von Eltern mit psychischen Erkrankungen - eine Literaturübersicht. Psychiatrische Praxis, 38, 8-15.

Hubrig, C. (2010): Gehirn, Motivation, Beziehung - Ressourcen in der Schule. Systemisches Handeln in Unterricht und Beratung. Heidelberg: Auer.

Hubrig, C., Herrmann, P. (2010): Lösungen in der Schule. Systemisches Denken in Unterricht, Beratung und Schulentwicklung. 3. Auflage. Heidelberg: Auer.

Hurrelmann, K., Settertobulte, W. (2008): Gesundheitliche Ressourcen und Risikofaktoren von Kindern und Jugendlichen. In G. Brägger, N. Posse & G. Israel (Red.): Bildung und Gesundheit. Argumente für eine gute und gesunde Schule (S.55-95). Bern: hep.

Hüther, G. (2007): Resilienz im Spiegel entwicklungsneurobiologischer Erkenntnisse. In G. Opp & M. Fingerle (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. 2., völlig neu bearbeitete Auflage (S.45-56). München: Reinhardt.

Ihle, W., Frenzel, T., Esser, G. (2011): Entwicklungspsychopathologie und Entwicklungsepidemiologie. In G. Esser (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. 4., unveränderte Auflage (S.13-30). Stuttgart: Thieme.

Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Hölting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., Lieb, R. (2004): Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychological Medicine, 34, 597-611.

Jaser, S. S., Champion, J. E., Reeslund, K. L., Keller, G., Merchant, M. J., Benson, M., Compas, B. E. (2007): Cross-situational coping with peer and family stressors in adolescent offspring of depressed parents. Journal of Adolescence, 30, 917-932.

Jehkul, W. (2013): Schulgesetz für das Land Nordrhein-Westfalen. Schulgesetz NRW. SchulG. Kommentar für die Schulpraxis. Wingen: Verlag für Wirtschaft und Verwaltung.

Jeske, J., Bullinger, M., Wiegand-Grefe, S. (2010): Familien mit psychisch kranken Eltern. Zusammenhang von Familienfunktionalität und gesundheitsbezogener Lebensqualität der Kinder. Familiendynamik, 35, 338-347.

Jungbauer, J., Mory, C., Angermeyer, M. C. (2002): Finanzielle Belastungen von Eltern und Partnern schizophrener Patienten im Vergleich. Teil II: Qualitative Aspekte. Psychiatrische Praxis, 29, S.181-185.

Jungbauer, J., Stelling, K., Kuhn, J., Lenz, A. (2010): Wie erleben schizophren erkrankte Mütter und Väter ihre Elternschaft? Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. Psychiatrische Praxis, 37, 233-239.

Jungbauer; J., Kuhn, J., Lenz, A. (2011): Zur Prävalenz von Elternschaft bei schizophrenen Patienten. Gesundheitswesen, 73, 286-289.

Junge, J., Neumer, S.-P., Manz, R., Margraf, J. (2002): Gesundheit und Optimismus GO. Trainingsprogramm für Jugendliche. Weinheim: Beltz.

Kaluza, G., Lohaus, A. (2006): Psychologische Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Eine Sammlung empirisch evaluierter Interventionsprogramme. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 14, 119-134.

Kaschta, C. (2008): Kinder psychisch kranker Eltern. Angemessene Unterstützungsformen unter dem Blickwinkel der Resilienzforschung. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.

Klauer, T. (2005): Soziale Unterstützung. Social Support. In H. Weber & T. Rammsayer: Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie. Göttingen: Hogrefe.

Klauer, T., Winkeler, M. (2005): Mobilisierung sozialer Unterstützung: Konzepte, Befunde und Interventionsansätze. In U. Otto & P. Bauer (Hrsg.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf-und Lebenslagenperspektive (S.157-180). Tübingen: dgvt.

Klein, S., Jungbauer, J. (2010): Kindeswohlgefährdung und Sorgerechtsentzug in Familien mit psychisch kranken Eltern: Eine perspektivenvergleichende Studie. In J. Jungbauer (Hrsg.): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Perspektiven für die Soziale Arbeit. Schriften der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, Band 15 (S.161-200). Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich.

Klein-Heßling, J., Lohaus, A. (2000): Streßpräventionstraining für Kinder im Grundschulalter. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Klein-Heßling, J., Lohaus, A. (2002): Zur situationalen Angemessenheit der Bewältigung von Alltagsbelastungen im Kindes-und Jugendalter. Kindheit und Entwicklung, 11, 29-37.

Knab, M. (2013): Beratung zwischen Tür und Angel. Professionelle Gestaltung von offenen Settings - ein Beitrag für mehr Gerechtigkeit. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Band 3. Neue Beratungswelten: Fortschritte und Kontroversen (S.1525-1537). Tübingen: dgvt.

Knapp, W. (2008): Die Inhaltsanalyse aus linguistischer Sicht. In P. Mayring & M. Gläser-Zikuda: Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. 2., neu ausgestattete Auflage (S.20-36). Weinheim, Basel: Beltz.

Knuf, A. (2000): Mit meiner Mutter stimmt etwas nicht. Die vergessenen Kinder psychisch Kranker. Psychologie heute, 27, 34-39.

Knuf, A., Osterfeld, M., Seibert, U. (2007): Selbstbefähigung fördern - Empowerment und psychiatrische Arbeit. 5., überarbeitete Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Kölch, M., Schmid, M. (2008): Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57, 774-788.

Kölch, M. (2010): Versorgung von Kindern aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern. In Sachverständigenkommission Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.): Materialien zum Dreizehnten Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. München: Verlag Deutsches Jugendinstitut.

König, J. (2010): Schulkarriere - erfolgreich oder schwierig? In A. Ittel, H. Merkens, L. Stecher, J. Zinnecker (Hrsg.): Jahrbuch Jugendforschung. 8. Ausgabe 2008/2009 (S.157-186). Wiesbaden: VS.

Könnecke, R., Ropeter, D., Wening, U., Häfner, H. (2005): Sozialer Entwicklungsstand und subjektives Belastungserleben bei Kindern schizophrener PatientInnen. Beiträge zur qualitativen Inhaltsanalyse des Instituts für Psychologie der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Band 7, 1-14.

Kormann, G. (2011): Dialogische Erziehung im Heim - das Beispiel SOS Kinderdorf. In M. Zander (Hrsg.): Handbuch Resilienzförderung (S.482-512). Wiesbaden: VS.

Krack-Roberg, E., Krieger, S., Weinmann, J. (2011): Familie, Lebensformen und Kinder. In Statistisches Bundesamt (Destatis) & Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Zentrales Datenmanagement (Hrsg.): Datenreport 2011. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Band 1 (S.25-47). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Krumm, S., Ziegenhain, U., Fegert, J. M., Becker, T. (2005): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Probleme und Perspektiven. Kind, Jugend, Gesellschaft, 50, 77-81.

Krumm, S., Becker, T. (2011): Elternschaft als (neue) Herausforderung für die Psychiatrie. Psychiatrische Praxis, 38, S.1-3.

Kuck, R. (2013): Auf dem Weg vom Lehrenden zum Unterstützer. Recovery-Unterstützung in der Psychoedukation. Psychiatrische Pflege heute: die Zeitschrift für Pflegepraxis und psychische Gesundheit, 19, 192-196.

Kuhn, J., Lenz, A. (2008): Coping bei Kindern schizophren erkrankter Eltern - eine täuschend gute Bewältigung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57, 735-756.

Kuhn, J., Lenz, A., Jungbauer, J. (2011): Stressbewältigung bei Kindern schizophren erkrankter Eltern. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung (S.299-314). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Lange, B. (2008): Imagination aus der Sicht von Grundschulkindern. Datenerhebung, Auswertung und Ertrag für die Schulpädagogik. In P. Mayring & M. Gläser-

Zikuda: Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. 2., neu ausgestattete Auflage (S.37-62). Weinheim, Basel: Beltz.

Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. H. (2000): Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 29, 246-262.

Laucht, M. (2012): Resilienz im Entwicklungsverlauf von der frühen Kindheit bis zum Erwachsenenalter. Ergebnisse der Mannheimer Risikokinderstudie. Frühförderung interdisziplinär. Zeitschrift für Frühe Hilfen und frühe Förderung benachteiligter, entwicklungsauffälliger und behinderter Kinder, 31, 111-119.

Lazarus, H. (2003): Zum Wohle des Kindes? Psychisch erkrankte Eltern und die Sorgerechtsfrage. Soziale Psychiatrie, 3, 22-26.

Lenz, A. (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe.

Lenz, A. (2008a): Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Göttingen: Hogrefe.

Lenz, A. (2008b): Kinder und ihre Familien gezielt unterstützen. In F. Mattejat & B. Lisofsky (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker (S.96-106). Bonn: Balance.

Lenz, A. (2010a): Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern. Göttingen: Hogrefe.

Lenz; A. (2010b): Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Ressourcen durch Angebote der Jugendhilfe. In: Sachverständigenkommission Dreizehnter Kinder-und Jugendbericht (Hrsg.): Materialien zum Dreizehnten Kinder-und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. München: Verlag Deutsches Jugendinstitut.

Lenz, A., Kuhn, J. (2011): Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung (S.269-298). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Lenz, A., Kuhn, J., Walther, S., Jungbauer, J. (2011): Individuelles und gemeinsames Coping in Familien mit schizophren erkrankten Eltern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 60, 171-191.

Lenz, A., Brockmann, E. (2012): Kinder als Angehörige psychisch kranker Eltern - Ein Interventionsprogramm zur Ressourcenförderung. In S. Wortmann-Fleischer, R. v. Einsiedel & G. Downing (Hrsg.): Stationäre Eltern-Kind-Behandlung. Ein interdisziplinärer Leitfaden (S.99-118). Stuttgart: Kohlhammer.

Lenz, A., Brockmann, E. (2013): Kinder psychisch kranker Eltern stärken - Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer. Göttingen: Hogrefe.

Lenz, A. (2014): Kinder psychisch kranker Eltern. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Lexow, A., Wiese, M., Hahlweg, K. (2008): Kinder psychisch kranker Eltern: Ihre Chancen, im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie der Eltern zu profitieren. In A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg.): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte (S.91-112). Tübingen: dgvt.

Liebel, M. (2011). Eigensinnige Wege - Kinder in Straßensituationen. In M. Zander (Hrsg.): Handbuch Resilienzförderung (532-554). Wiesbaden: VS.

Lieberz, K., Spies, M., Schepank, H. (1998). Seelische Störungen. Stabile Gesundheit und chronische Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung im 10-Jahres-Verlauf. Nervenarzt, 69, 769-775.

Lisofsky, B. (2010): Brauchen Kinder psychisch kranker und Kinder suchtkranker Eltern genau das Gleiche? Psychosoziale Umschau, 25, 7-8.

Lohaus, A., Domsch, H., Klein-Heßling, J. (2008): Gesundheitsförderung im Unterricht. In M. K. W. Schweer (Hrsg.): Lehrer-Schüler-Interaktion. Inhaltsfelder, Forschungsperspektiven und methodische Zugänge. 2., vollständig überarbeitete Auflage (S.499-516). Wiesbaden: VS.

Lösel, F., Bender, D. (2007): Von generellen Schutzfaktoren zu spezifischen protektiven Prozessen: Konzeptuelle Grundlagen und Ergebnisse der Resilienzforschung. In G. Opp & M. Fingerle (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. 2., völlig neu bearbeitete Auflage (S.57-78). München: Ernst Reinhardt.

Maihorn, C., Ellesat, P. (2009): Kindeswohlgefährdung. Erkennen und Helfen. 11., überarbeitete Auflage. Berlin: Kinderschutz-Zentrum.

Mattejat, F., Wüthrich, C., Remschmidt, H. (2000): Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. Nervenarzt, 71, 164-172.

Mattejat, F. (2002): Kinder depressiver Eltern. In H. Braun-Scharm (Hrsg.): Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen (S.231-245). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Mattejat, F. (2008): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen und was zu tun ist. In F. Mattejat & B. Lisofsky (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker (S.68-95). Bonn: Balance.

Mattejat, F., Remschmidt, H. (2008): Kinder psychisch kranker Eltern. Deutsches Ärzteblatt. 105, 413-418.

Mattejat, F., Lenz, A., Wiegand-Grefe, S. (2011): Kinder psychisch kranker Eltern – Eine Einführung in die Thematik. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung (S.13-24). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Mayring, P. (2008a): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10., neu ausgestattete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.

Mayring, P. (2008b): Neuere Entwicklungen in der qualitativen Forschung und der Qualitativen Inhaltsanalyse. In P. Mayring & M. Gläser-Zikuda: Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. 2., neu ausgestattete Auflage (S.7-19). Weinheim, Basel: Beltz.

Melfsen, S., Walitza, S. (2013): Soziale Angst und Schulangst. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. Weinheim, Basel: Beltz.

Melzer, C., Methner, A. (2012): Gespräche führen mit Kindern und Jugendlichen. Methoden schulischer Beratung. Stuttgart: Kohlhammer.

Methner, A., Melzer, C., Popp, K. (2013): Kooperative Beratung. Stuttgart: Kohlhammer.

Meyer, C., Mattejat, F., König, U., Wehmeier, P. M., Remschmidt, H. (2001). Psychische Erkrankung unter mehrgenerationaler Perspektive: Ergebnisse aus einer Längsschnittstudie mit Kindern und Enkeln von stationär behandelten depressiven Patienten. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50, 525-536.

Michaelsen-Gärtner, B., Franze, M., Paulus, P. (2009): Mit Stress umgehen - im Gleichgewicht bleiben: Förderung der Resilienz in der Schule. Eine Ressource für die Sekundarstufe I, Unterrichtsheft für die 7.-10. Klasse. 2., deutsche Auflage. Lüneburg: MindMatters.

Mohler, B. (2006): Störungen des Sozialverhaltens. In H.-C. Steinhausen (Hrsg.): Schule und psychische Störungen. Stuttgart: Kohlhammer.

Mosch, E. v. (2008): Mamas Monster. Bonn: Balance.

Müller, B. (2008): Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil: Systemische Perspektive. In A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg.): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarfe, Interventionskonzepte (S.137-155). Tübingen: dgvt.

Nestmann, F. (2002): Ressourcenförderung in der Studien- und Studentenberatung – Das Dresdner Netzwerk Studienbegleitender Hilfen. In F. Nestmann & F. Engel (Hrsg.): Die Zukunft der Beratung (S.297-322). Tübingen: dgvt.

Nestmann, F., Engel, F. (2002): Beratung - Markierungspunkte für eine Weiterentwicklung. In F. Nestmann & F. Engel (Hrsg.): Die Zukunft der Beratung (S.11-50). Tübingen: dgvt.

Nestmann, F., Sickendiek, U. (2002): Macht und Beratung - Fragen an eine Empowermentorientierung. In F. Nestmann & F. Engel (Hrsg.): Die Zukunft der Beratung (S.165-186). Tübingen: dgvt.

Nestmann, F. (2007): Beratung zwischen alltäglicher Hilfe und Profession. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Band1: Disziplinen und Zugänge. 2. Auflage (S.547-558). Tübingen: dgvt.

Nestmann, F. (2008): Die Zukunft der Beratung in der Sozialen Arbeit. Beratung Aktuell. Fachzeitschrift für Theorie und Praxis der Beratung, 9, 72-97.

Nestmann, F. (2010): Soziale Unterstützung - Social Support. In W. Schröer & Schweppe, C. (Hrsg.): Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online. Fachgebiet Soziale Arbeit. Grundbegriffe (S.1-39). Weinheim, München: Juventa.

Niemi, L. T., Suvisaari, J. M., Haukka J. K., Lönnqvist, J. K. (2005): Childhood predictors of future psychiatric morbidity in offspring of mothers with psychotic disorder. Results from the Helsinki High-Risk Study. British Journal of Psychiatry, 186, 108-114.

Noeker, M., Petermann, F. (2008): Resilienz: Funktionale Adaptation an widrige Umgebungsbedingungen. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 56, 255-263.

Nussbaum, L. A., Nussbaum, L. M., Mircea, T. (2010): The family and psychosocial background of children with endogen depressive parents. Journal of Experimental Medical & Surgical Research, 17, 311-315.

OECD (2013): Bildung auf einen Blick 2013. OECD-Indikatoren. Bielefeld: Bertelsmann.

Ohntrup, J. M., Pollak, E., Plass, A., Wiegand-Grefe, S. (2011): Parentifizierung - Elternbefragung zur destruktiven Parentifizierung von Kindern psychisch erkrankter Eltern. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat, A. Lenz (Hrsg): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung (S.375-398). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Omer, H., Schlippe, A. v. (2005): Autorität durch Beziehung. Die Praxis des gewaltlosen Widerstands in der Erziehung. 2. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Ophuysen, S. v. (2009): Die Einschätzung sozialer Beziehungen der Schüler nach dem Grundschulübergang durch den Klassenlehrer. Unterrichtswissenschaft, 37, 330-346.

Opp, G. (2007): Schule - Chance oder Risiko? In G. Opp & M. Fingerle (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. 2. Auflage (S.227-244). München: Ernst Reinhardt.

Opp, G., Brosch, A. (2012): Resilienz in der Jugendhilfe. Jugendhilfe, 50, 313-316.

Paulus, P. (2004): Psychische Gesundheit-auch ein Problem von Schulen? In Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen, Rheinischer Gemeindeunfallversicherungsverband & Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.): Gute und gesunde Schule. Dokumentation (S.76-99). Düsseldorf, Münster.

Petermann, F., Niebank, K., Scheithauer, H. (2004): Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie – Genetik - Neuropsychologie. Berlin, Heidelberg: Springer.

Petermann, F. (2011): Depressive Kinder und Jugendliche. Monatszeitschrift Kinderheilkunde, 159, 985-994.

Pitschel-Walz, G., Gsottenschneider, A., Froböse, T., Kraemer, S., Bäuml, J., Jahn, T. (2013): Neuropsychologie der Psychoedukation bei Schizophrenie. Ergebnisse der Münchner COGPIP-Studie. Nervenarzt, 84, 79-90.

Pollak, E., Bullinger, M., Jeske, J., Wiegand-Grefe, S. (2008): Wie beurteilen psychisch kranke Eltern die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder? Zusammenhänge zur elterlichen Erkrankung und zur Funktionalität der Familie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57, 301-314.

Pollak, E., Bullinger, M., Wiegand-Grefe, S. (2011): Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder - die Familienperspektive. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung (S.357-398). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Pössel, P., Horn, A. B., Seemann, S., Hautzinger, M. (2004): Trainingsprogramm zur Prävention von Depressionen bei Jugendlichen: LARS&LISA: Lust an realistischer Sicht & Leichtigkeit im sozialen Alltag. Göttingen: Hogrefe.

Raufelder, D. (2010): Soziale Beziehungen in der Schule - Luxus oder Notwendigkeit? In A. Ittel, H. Merkens, L. Stecher, J. Zinnecker (Hrsg.): Jahrbuch Jugendforschung. 8. Ausgabe 2008/2009 (S.187-202). Wiesbaden: VS.

Raufelder, D., Mohr, S. (2011): Zur Bedeutung sozio-emotionaler Faktoren im Kontext Schule unter Berücksichtigung neurowissenschaftlicher Aspekte. In A. Ittel, H. Merkens, L. Stecher (Hrsg.): Jahrbuch Jugendforschung. 10. Ausgabe 2010 (S.74-96). Wiesbaden: VS.

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder-und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 50, 871-878.

Reinhoffer, B. (2008): Lehrkräfte geben Auskunft über ihren Unterricht. Ein systematisierender Vorschlag zur deduktiven und induktiven Kategorienbildung in der Unterrichtsforschung. In P. Mayring & M. Gläser-Zikuda (Hrsg.): Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. 2., neu ausgestattete Auflage (S.123-141). Weinheim, Basel: Beltz.

Reininghaus, K. Jungbauer, J. (2010): Entwicklungsstörungen bei Kindern psychisch kranker Eltern: Ergebnisse einer klinischen Einzelfallstudie. In J. Jungbauer (Hrsg.): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Perspektiven für die Soziale Arbeit. Schriften der Katholischen Hochschule

Nordrhein-Westfalen, Band15 (94-130). Opladen& Farmington Hills: Barbara Budrich.

Remschmidt, H., Theisen, F. M. (2011). Schizophrenie. Berlin, Heidelberg: Springer.

Retzlaff, R., Eickhorst, A., Cierpka, M. (2011): Familienforschung in der Prävention belasteter Kinder - ein Überblick. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.):Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung (S.333-356). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Reupert, A., Maybery, D. (2010): Families affected by parental mental illness: Australian programs, strategies and issues. The (missing) role of schools. International Journal for School-Based Familiy Counseling, 2, 1-16.

Richter-Kornweitz, A. (2011): Gleichheit und Differenz - die Relation zwischen Resilienz, Geschlecht und Gesundheit. In M. Zander (Hrsg.): Handbuch Resilienzförderung (S. 240-274). Wiesbaden: VS.

Riedel, K. (2008): Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern. Köln: GwG.

Roemer, M. (2011): Nachwort. Vom Zauber statt vom Zauberwort. In M. Zander (Hrsg.): Handbuch Resilienzförderung (S.663-676). Wiesbaden: VS.

Roos, S., Grünke, M. (2011): Auf dem Weg zur „resilienten“ Schule - Resilienz in Förderschulen. In M. Zander (Hrsg.): Handbuch Resilienzförderung (S.407-433). Wiesbaden: VS.

Rutter, M., Quinton, D. (1984): Parental psychiatric disorder: effects on children. Psychological Medicine, 14, 853-880.

Sameroff, A. J., Seifer, R., Zax, M., Barocas, R. (1987): Early Indicators of Developmental Risk: Rochester Longitudinal Study. Schizophrenia Bulletin, 13, 383-394.

Sann, U., Preiser, S. (2008): Emotionale und motivationale Aspekte der Lehrer-Schüler-Interaktion. In M. K. W. Schweer (Hrsg.): Lehrer-Schüler-Interaktion. Inhaltsfelder, Forschungsperspektiven und methodische Zugänge. 2., vollständig überarbeitete Auflage (S.209-226). Wiesbaden: VS.

Santen, E. v., Seckinger, M. (2003): Kooperation. Mythos und Realität einer Praxis. München: DJI.

Schaub, A., Frank, R. (2010):Sprechstunde für Kinder psychisch kranker Eltern. Monatszeitschrift Kinderheilkunde, 158, 858-867.

Schier, K., Egle, U., Nickel, R., Kappis, B., Herke, M., Hardt, J. (2011): Parentifizierung in der Kindheit und psychische Störungen im Erwachsenenalter. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 61, 364-371.

Schiff, M., Tatar, M. (2003): Significant Teachers as Perceived by Preadolescents: Do Boys and Girls Perceive Them Alike? Journal of Educational Research, 96, 269-276.

Schmid, M., Grieb, J., Kölch, M. (2011). Die psychosoziale Versorgung von Kindern stationär behandelter psychiatrischer Patienten - Realität und Wünsche. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung (S.180-205). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schmidt-Denter, U. (2005): Soziale Beziehungen im Lebenslauf. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.

Schmutz, E. (2010): Kinder psychisch kranker Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Eine Arbeitshilfe auf der Basis von Ergebnissen des gleichnamigen Landesmodellprojektes. Mainz: ism.

Schnebel, S. (2007): Professionell beraten. Beratungskompetenz in der Schule. Weinheim, Basel: Beltz.

Schone, R. (2008): Sorgen um das Sorgerecht? In F. Mattejat & B. Lisofsky (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker (S.129-138). Bonn: Balance.

Schosser, A., Kindler, J., Mossaheb, N., Aschauer, H. N. (2006): Genetische Aspekte affektiver Erkrankungen und der Schizophrenie. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie. Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems, 7, 19-24.

Schrappe, A. (2011): Die Leistungen der Jugendhilfe für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung (S.96-121). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schreier, M., Wagenblass, S. (2013): Anwendung der Methode der Aktenanalyse, der teilnehmenden Beobachtung und der Inhaltsanalyse nach Mayring und wichtige Ergebnisse der qualitativen Evaluation des Bremer Patenschaftsmo-

dells. In S. Wiegand-Grefe & S. Wagenblass (Hrsg.): Qualitative Forschungen in Familien mit psychisch erkrankten Eltern (S.15-40). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Koch, U. (2008): Psychotherapeutische Versorgung. In Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41. Berlin: Robert-Koch-Institut.

Schwarzer, C., Posse, N. (2007): Pädagogische Psychologie und Beratung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Band1: Disziplinen und Zugänge. 2. Auflage (S.73-87). Tübingen: dgvt.

Schweer, M. K. W. (2004): Vertrauen und soziale Unterstützung in der pädagogischen Beziehung. Bildung und Erziehung, 57, 279-288.

Schweer, M. K. W. (2008): Vertrauen im Klassenzimmer. In M. K. W. Schweer (Hrsg.): Lehrer-Schüler-Interaktion. Inhaltsfelder, Forschungsperspektiven und methodische Zugänge. 2., vollständig überarbeitete Auflage (S.547-564). Wiesbaden: VS.

Seiffge-Krenke. I. (2000): „Annäherer“ und „Vermeider“: Die langfristigen Auswirkungen bestimmter Coping-Stile auf depressive Symptome. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 9, 53-61.

Seiffge-Krenke, I., Becker-Stoll, F. (2004): Bindungsrepräsentation und Coping im Jugend- und jungen Erwachsenenalter. Kindheit und Entwicklung, 13, 235-247.

Settertobulte, W. (2000): Zur gesundheitlichen Belastungen von Schulkindern. In D. Hänsel & H.-J. Schwager (Hrsg.): Hilfesysteme bei gesundheitlichen Belastungen von Schülern. Schule im Netz medizinischer, sozialer und sonderpädagogischer Institutionen (S.49-72). Weinheim, München: Juventa.

Sickendiek, U., Engel, F., Nestmann, F. (2008): Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. 3. Auflage. Weinheim, München: Juventa.

Silkenbeumer, M. (2011): Resilienz aufspüren – Biografiearbeit mit delinquenten Jugendlichen. In M. Zander (Hrsg.): Handbuch Resilienzförderung (S.611-636). Wiesbaden: VS.

Sollberger, D. (2002): Kinder psychosekranker Eltern. Qualitative Biografieforschung als Forschungsdesiderat. Psychiatrische Praxis, 29, 119-124.

Sollberger, D., Byland, M., Widmer, G. (2008): Erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern - Belastungen, Bewältigung und biographische Identität. In A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg.): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte (S.157-194). Tübingen: dgvt.

Sommer, R., Zoller, P., Felder, W. (2001): Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50, 498-512.

Stadelmann, S., Perren, S., Kölch, M., Groeben, M., Schmid, M. (2010): Psychisch kranke und unbelastete Eltern. Elterliche Stressbelastung und psychische Symptomatik der Kinder. Kindheit und Entwicklung, 19, 72-81.

Stark, W. (2007): Beratung und Empowerment – empowerment-orientierte Beratung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge. 2. Auflage (S.535-546). Tübingen: dgvt.

Steigleder, S. (2008): Die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse im Praxistest. Eine konstruktiv kritische Studie zur Auswertungsmethodik von Philipp Mayring. Marburg: Tectum.

Suhr-Dachs, L. (2006): Schule und Leistungsängste. In H.-C. Steinhausen (Hrsg.): Schule und psychische Störungen (S.52-67). Stuttgart: Kohlhammer.

Tausch, R. (2008): Personenzentriertes Verhalten von Lehrern in Unterricht und Erziehung. In M. K. W. Schweer (Hrsg.): Lehrer-Schüler-Interaktion. Inhaltsfelder, Forschungsperspektiven und methodische Zugänge. 2., vollständig überarbeitete Auflage (S.155-176). Wiesbaden: VS.

Theis-Scholz, M. (2012): Resilienzförderung in der Schule. Jugendhilfe, 50, 343-346.

Thiersch, H. (2002): Beratung, von unten gesehen - Einige Fragen und Mutmaßungen. In F. Nestmann & F. Engel (Hrsg.): Die Zukunft der Beratung (S.155-163). Tübingen: dgvt.

Thies, B. (2005): Dyadisches Vertrauen zwischen Lehrern und Schülern. Psychologie in Erziehung und Unterricht,52, 85-99.

Tilly, C., Offermann, A. (2012): Mama, Mia und das Schleuderprogramm: Kindern Borderline erklären. Bonn: Balance.

Todt, E. (2008): Auffälliges Verhalten im Klassenzimmer. In M. K. W. Schweer (Hrsg.): Lehrer-Schüler-Interaktion. Inhaltsfelder, Forschungsperspektiven und

methodische Zugänge. 2., vollständig überarbeitete Auflage (S.361-394). Wiesbaden: VS.

Trepte, H.-V. (2008): Patenschaften und Psychoedukation für Kinder psychisch kranker Eltern. In A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg.): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte (S.81-90). Tübingen: dgvt.

Ungar, M. (2011): Theorie in die Tat umsetzen. Fünf Prinzipien der Intervention. In M. Zander (Hrsg.): Handbuch Resilienzförderung (S.157-178). Wiesbaden: VS Verlag.

Uslucan, H.-H. (2011): Resilienzpotenziale bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund. In M. Zander (Hrsg.): Handbuch Resilienzförderung (S.555-574). Wiesbaden: VS Verlag.

Vierhaus, M. (2012): Facetten der Entwicklung des Bewältigungsverhaltens im Kindes- und Jugendalter. Editorial. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 20, 1-2.

Vries, U. d., Lehmkuhl, G., Petermann, F. (2011): Risiken und Chancen für Kinder in belasteten Familien. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 60, 576-588.

Wagenblass, S. (2001): Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50, 513-524.

Wagenblass, S., Schone, R. (2001). Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe. Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50, 513-524.

Wagenblass, S. (2003). Wenn Eltern in ver-rückten Welten leben. Kinder psychisch kranker Eltern. Dr. med. Mabuse, 28, 24-27.

Wagenblass, S. (2012): Herausforderungen für den Kinderschutz in psychisch belasteten Familien. In W. Thole, A. Retkowski, B. Schäuble (Hrsg.): Sorgende Arrangements. Kinderschutz zwischen Organisation und Familie (S.71-82). Wiesbaden: VS.

Wahl, M., Patak, M., Hautzinger, M. (2012): Lehrer als Trainer von Präventionsprogrammen für sozial benachteiligte Jugendliche. Erfahrungen mit einem Programm zur Förderung von Lebenskompetenzen und Emotionsregulation. Prävention und Gesundheitsförderung, 7, 107-114.

Walsh, F. (1996): Special Section. Family Resiliance: A Concept and Its Application. The Concept of Family Resilience: Crises and Challenge. Family Process, 35, 261-281.

Walsh, F. (2003): Family Resilience: A Framework for Clinical Practice. Familiy Process, 42, 1-18.

Werner, E. E. (2011): Risiko und Resilienz im Leben von Kindern aus multiethnischen Familien. Ein Forschungsbericht. In M. Zander (Hrsg.): Handbuch Resilienzförderung (S.32-46). Wiesbaden: VS.

Wieczerkowski, W., Nickel, H., Janowski, A., Fittkau, B., Rauer, W. (1998): Angstfragebogen für Schüler. Göttingen: Hogrefe.

Wiedemann, G., Klingberg, S., Pitschel-Walz, G., Arbeitsgruppe Psychoedukation (2003): Psychoedukative Interventionen in der Behandlung von Patienten mit schizophrenen Störungen. Nervenarzt, 74, 789-808.

Wiegand-Grefe, S., Geers, P., Plass, A., Petermann, F., Riedesser, P. (2009): Kinder psychisch kranker Eltern: Zusammenhänge zwischen subjektiver elterlicher Beeinträchtigung und psychischer Auffälligkeit der Kinder aus Elternsicht. Kindheit und Entwicklung, 18, 111-121.

Wiegand-Grefe, S., Geers, P., Petermann, F. (2011a): Entwicklungsrisiken von Kindern psychisch kranker Eltern - ein Überblick. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung (S.145-170). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Wiegand-Grefe, S., Geers, P., Petermann, F., Plass, A. (2011b). Elterliche Erkrankung und Gesundheit der Kinder. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung (S.206-234). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Wiegand-Grefe, S., Halverscheid, S., Plass, A. (2011c). Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Familienorientierte Prävention. Der CHIMPs-Beratungsansatz. Göttingen: Hogrefe.

Wiegand-Grefe, S., Halverscheid, S., Geers, P., Petermann, F., Plass, A. (2011d): Krankheitsbewältigung in Familien mit psychisch kranken Eltern und Gesundheit der Kinder. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung (S.315-330). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Wieland, N. (2011): Resilienz und Resilienzförderung - eine begriffliche Systematisierung. In M. Zander (Hrsg.): Handbuch Resilienzförderung (S.180-207). Wiesbaden: VS.

Wilbert, J., Gerdes, H. (2007): Lehrerbild von Schülern und Lehrern. Eine empirische Studie zum Vergleich der Vorstellungen vom idealen und vom typischen Lehrer. Psychologie in Erziehung und Unterricht, 54, 208-222.

Winkler Metzke, C., Steinhausen, H.-C. (2002): Bewältigungsstrategien im Jugendalter. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 34, 216-226.

Wortmann-Fleischer, S., Einsiedel, R. v., Downing, G. (2012): Stationäre Eltern-Kind-Behandlung. Ein interdisziplinärer Leitfaden. Stuttgart: Kohlhammer.

Wunderer, S. (2008): Kindgerechte Aufklärung bei psychischer Erkrankung eines Elternteils. In F. Mattejat & B. Lisofsky (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker (S.123-128). Bonn: Balance.

Wunderer, S. (2010): Warum ist Mama traurig? Frankfurt am Main: Mabuse.

Wustmann Seiler, C. (2012): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. 4. Auflage. Berlin: Cornelsen.

Zander, M., Alfert, N., Kruth, B. (2011): „Lichtpunkte“ - für benachteiligte Kinder und Jugendliche. In M. Zander (Hrsg.): Handbuch Resilienzförderung (S.513-531). Wiesbaden: VS.

Internetquellen

Deutsches Komitee für Unicef e.V.: Schule ist Vollzeitjob für Kinder: http://www.unicef.de/presse/2012/schule-ist-vollzeitjob-fuer-kinder/14834. Letzter Zugriff: 15.04.2014.

Focus: Psychologie. Wenn Eltern psychisch krank sind: www.focus.de/familie/schule/psychologie/wenn-eltern-psychisch-krank-sind-psychologie_id_1942364.html. Letzter Zugriff: 15.04.2014

Irrsinnig menschlich e.V.: Verrückt? Na und! Seelisch fit in Schule und Ausbildung. www.verrückt-na-und.de. Letzter Zugriff: 15.04.2014

Landesverband der Beratungslehrerinnen und Beratungslehrer in NRW e.V.: Beratungstätigkeit von Lehrerinnen und Lehrern in der Schule. Runderlass des Ministeriums für Schule und Weiterbildung vom 8. 12. 1997: www.beratungslehrer-nrw.de/downloads: Beratungserlass. Letzter Zugriff am 28.06.2014.

Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen: Allgemeine Dienstordnung für Lehrerinnen und Lehrer, Schulleiterinnen und Schulleiter an öffentlichen Schulen (ADO). Runderlass des Ministeriums für Schule und Weiterbildung vom 18.6.2012: http://www.schulministerium.nrw.de/docs/Recht/Dienstrecht/ADO.pdf. Letzter Zugriff am 28.6.2014.

Statista: Anzahl der Schüler/innen an allgemeinbildenden Schulen in Deutschland im Schuljahr 2013/2014 nach Bundesländern: http://de.statista.com/statistik/daten/studie/1321/umfrage/anzahl-der-schueler-an-allgemeinbildenden-schulen. Letzter Zugriff: 14.06.2014.

Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Krankenhausstatistik. Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle, Berechnungs-und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungsort, Alter, Geschlecht, Fachabteilung mit der längsten Verweildauer: www.gbe-bund.de. Letzter Zugriff: 28.03.2014.

Statistisches Bundesamt: In Deutschland leben 8,1 Millionen Familien mit minderjährigen Kindern: www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/HaushalteFamilien/AktuellFamilien.html. Letzter Zugriff am 12.06.2014.

Summary

In Germany, approximately two million pupils are affected by a mental illness of their parent. About 163.000 of them have parents who get outpatient psychiatric treatment, and the parents of about 120.000 pupils are in stationary treatment. These children have to live with manifold strains; in particular tabooing parental illness, social isolation of the family, processes of parentification, abnormal structures of everyday life and an emotional distance of the affected parent (Lenz, 2005). In addition to the mental illness of the parents further stressors of everyday life, especially in the context of school, need to be coped with. Coping with school stressors is more difficult for such children because of increased deficits in attention- and information brokerage (Wiegand-Grefe, 2011a).

As it is shown in studies on resilience, many children succeed in coping with such pressures appropriately by using individual, familial and social protecting factors. Teachers are part of these protecting factors if they are able to build a positive relationship to the affected children (Werner, 2011). Then they can be an important person in a position of trust and an adviser, especially when the children are in need of help in high pressure situations.

In spite of these correlations between the pressures caused by parental mental illness and the relevance of the teachers in supporting the children, there are no German-speaking scientific studies investigating this. The study at hand is conducted for a first linking of the subjects. In qualitative manual-guided interviews with children, their ill parents and their teachers, questions about conditions and consequences of informing the teachers about the parent's mental illness were to be answered.

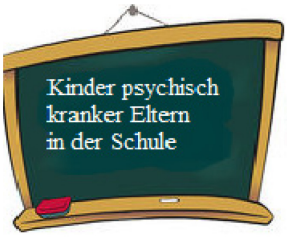
The study shows that the parents broach the issue of their illness for activating social resources and supporting an understanding for the behavioral disorder of their children. Time of undivided attention is necessary for the children to confide in the teacher. While positive relationships and intensive personal attentiveness of the teachers are beneficial, fear of stigmatization and abuse of trust as well as strong knowledge orientation are obstructive for open handling the mental illness. Both, parents and children expect consideration, understanding and support by the teachers; parents still want to be respected in their role as parents. The consequences of stopping tabooing are an improved relationship between teachers and pupils, more intensive cooperation between teachers and parents as well as a stronger empathy of the teachers. They reflect their `holding function` (Hubrig, 2010) by being positioned as a trusted person for the children. In addition to the teachers, social workers are informed too, as long as appropriate relations exist. The study shows that the degree

of how much pupils are intellectually concerned with their parent's during school lessons depends on the actual health condition of the parents. The teachers prefer to integrate the topic of mental illness in their teaching curricula.

Based on the results of the study, recommendation for practice is to stop tabooing parental mental illness. This will enable teachers to provide adequate support for the children. For this, teachers have to frame the subject by open communication in order to show their non-stigmatizing attitude. Teachers do not need to exceed their competence in order to support the children as they can draw on psychosocial services in which they are already embedded (Nestmann, 2002). If teachers create a sensible and constructive relationship, effective help for the children and their families is possible.

Anhang

Studienaufruf



Antworten gesucht!

- ? Wie gehen Familien mit der psychischen Erkrankung des Elternteils in der Schule des Kindes um?
- ? Welchen Einfluss hat die psychische Erkrankung eines Elternteils auf den schulischen Alltag des Kindes?
- ? Welche Erfahrungen machen die Kinder in der Schule?
- ? Wie kann die Zusammenarbeit zwischen Schule und den Familien gelingen?
- ? Wie kann der Lehrer das Kind unterstützen und welche Bedarfe ergeben sich für die Lehrperson?

Diesen und weiteren Fragen möchte ich im Rahmen meines Promotionsvorhabens mit dem Titel „Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Schule“ nachgehen.

Antworten auf diese Fragen können mir aber nur die betroffenen Eltern, Kinder und Lehrer selbst geben.

⇒ Deshalb suche ich Familien und Lehrer, die sich zu einer Teilnahme an der Interviewstudie bereit erklären!

Folgende Einschlusskriterien für die Familien müssen erfüllt sein:

- ✓ Das Kind geht in die 6.-10. Klasse (unabhängig der Schulform).
- ✓ Die psychische Erkrankung des Elternteils ist diagnostiziert (ausgenommen reine Suchterkrankungen).
- ✓ Das Kind und der erkrankte Elternteil leben gemeinsam in einem Haushalt.
- ✓ Ein Lehrer des Kindes weiß von der psychischen Erkrankung des Elternteils.

Wären Sie bereit, an der Interviewstudie teilzunehmen?

Wenn ja…

…dann führe ich mit dem erkrankten Elternteil, mit dem Kind und dem Lehrer des Kindes jeweils ein Interview. Die Gespräche dauern ca. 30-45 Minuten und finden am Ort der Wahl statt (z.B. zu Hause, in der Schule, etc.).

Die Gespräche werden aufgezeichnet und anonymisiert verschriftlicht. Aus den erhobenen Daten wird nicht ersichtlich, wer die befragten Personen sind. Zudem hat die Befragung keinen Einfluss auf die Behandlung, fachliche Begleitung oder die Noten des Kindes.

Haben Sie Interesse? Mailen Sie mir oder nehmen Sie telefonischen Kontakt auf!

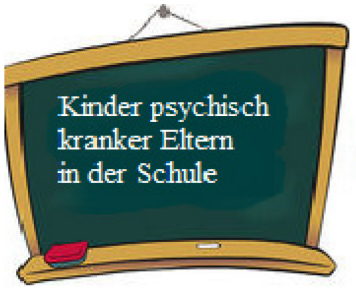
Handy: XXXXX

E-Mail: XXXXX

Herzlichen Dank!

Eva Brockmann

Einverständniserklärung



Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich zur Teilnahme an der Erhebung zum Thema „Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Schule“ einverstanden.

Frau Eva Brockmann hat mich darüber informiert, dass

1. meine Teilnahme an der Erhebung **freiwillig** ist,
2. ich die Teilnahme **jederzeit beenden** kann,
3. meine Teilnahme **keine Auswirkungen** auf meine Behandlung, Beratung oder Betreuung haben wird,
4. meine Teilnahme **keine Auswirkungen** auf die Noten meines Kindes haben wird,
5. meine Daten **vollständig anonymisiert** bearbeitet werden.

Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Sohn/ meine Tochter an der Erhebung teilnehmen wird (Interview, Ausfüllen eines Fragebogens) und dass Frau Eva Brockmann Kontakt zu dem Lehrer meines Kindes aufnimmt. Auch dieser ist zur Teilnahme berechtigt (Interview, Ausfüllen eines Fragebogens) und wird hiermit von seiner Schweigepflicht gegenüber Frau Eva Brockmann entbunden.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Leitfaden Interview Kind

Einstieg

- ✓ Freunde in der Klasse? Wachst macht ihr gemeinsam?
- ✓ Typischer Schulalltag
- ✓ Wann und wo Hausaufgaben, Lernen, etc.
- ✓ Wer hilft dir dabei? Wen kannst du fragen?

Eigenes Wissen über die elterliche Erkrankung

- ✓ Was weißt du über die Krankheit deiner Mutter/ deines Vaters?
- ✓ Wer hat dir davon erzählt?
- ✓ Mit wem kannst du darüber sprechen?

Kenntnis des Lehrers über die elterliche Erkrankung

- ✓ Wer weiß in der Schule von der psychischen Erkrankung der Mutter/ des Vaters?
    - o Lehrer?
    - o Mitschüler?
    - o Seit wann?
- ✓ Wie hat der Lehrer davon erfahren? Wer hat Ihm davon erzählt?
- ✓ Wolltest du das? Wessen Idee war das?
- ✓ Warst du bei dem Gespräch dabei? Warum/ Warum nicht?
- ✓ Wie hast du dich gefühlt, als die Schule davon erfahren hat?
- ✓ Gab es Ängste?

Auswirkungen auf den Schulalltag

- ✓ Hat sich dadurch, dass der Lehrer von der Erkrankung weiß, etwas verändert?
- ✓ Wie verhält er sich dir gegenüber (Rücksichtnahme, Fragen, etc)?
- ✓ Hat er dich zwischendurch darauf angesprochen?
    - o Wenn ja: Was sagst du ihm dann? Wie geht es dir dabei (unangenehm, Wunsch nach Nachfrage)?
    - o Wenn nein: Hättest du gerne, dass er danach fragt? Würdest du ihm gerne davon erzählen- warum/ warum nicht?
- ✓ Hast du dadurch Vorteile, dass der Lehrer es weiß?
- ✓ Hast du dadurch Nachteile?
- ✓ Gibt es Personen/ noch andere Personen in der Schule, mit denen du darüber sprechen kannst?
    - o Wenn ja: warum mit dieser Person?
    - o Warum würdest du das Gespräch suchen/ Warum nicht?
    - o Wenn nein: Sollte es jemanden geben? Wen?

Thematisierung im Klassensetting

- ✓ Wurde das Thema im Unterricht behandelt?
- ✓ Hättest du das gerne als Unterrichtseinheit? Warum?/ Warum nicht?
    - o Wenn ja: Welche Inhalte sollten vorkommen?

Mitschüler des Kindes

- ✓ Wissen deine Mitschüler (Klasse/ Jahrgangsstufe) von der Erkrankung?
    - o Wenn ja: Wer hat Ihnen davon erzählt? Wolltest du das? Welche Bedenken hattest du?
    - o Wenn nein: Warum nicht? Welche Befürchtungen bestehen?

- ✓ Wie haben sie reagiert?

Gedankliche Beschäftigung in der Schule

- ✓ Kannst du dich in der Schule gut konzentrieren?
- ✓ Machst du dir Sorgen um deine Schulleistungen?
- ✓ Denkst du an die Erkrankung deiner Mutter/ deines Vaters, wenn du in der Schule bist?
    - o Was denkst du dann?
    - o Machst du dir Sorgen um deine Mutter/ deinen Vater?

Abschluss

- ✓ Gibt es noch etwas, was du gerne erzählen würdest?

Leitfaden Interview Eltern

Einstieg

- ✓ Art der Erkrankung?
- ✓ Behandlung: wo? sein wann?
- ✓ Wie geht es Ihnen mit der Erkrankung?
- ✓ Was denken Sie, wie geht es Ihrem Kind in der Schule?
- ✓ Was gefällt Ihrem Kind an der Schule/ Was nicht?

Austausch mit der Schule

- ✓ Wer weiß in der Schule von der Erkrankung?
- ✓ Wer hat den Lehrern davon berichtet? Wer war am Gespräch beteiligt? Wer hat Sie dabei unterstützt?
- ✓ Wessen Idee war das?
- ✓ Warum haben Sie sich dazu entschieden, dem Lehrer davon zu erzählen?
- ✓ Wie war der Ablauf (Termin, Ort, Einstieg in das Gespräch)?
- ✓ Wie hat der Lehrer darauf reagiert?
- ✓ Wie haben Sie sich im Gespräch gefühlt? Wie ging es Ihnen dabei/ nach dem Gespräch?
- ✓ Welche Ängste bestanden?

Folgen des Gespräches

- ✓ Haben Sie nach dem Gespräch Änderungen festgestellt?
- ✓ Hat Ihr Kind davon gesprochen, dass sich etwas verändert hat/ der Lehrer sich anders verhält?

- ✓ Gab es seitdem weitere Kontakte zum Lehrer? Wie waren diese Gespräche? Wurden Sie nochmals auf die Erkrankung angesprochen?

Unterstützungserwartungen

- ✓ Welche Unterstützung erwarten Sie von der Schule?/ von dem Lehrer Ihres Kindes?
- ✓ Wie soll die Schule konkret auf die familiäre Situation reagieren?
- ✓ Wie soll der weitere Kontakt gestaltet werden? Möchten Sie, dass die Erkrankung thematisiert wird?
- ✓ Welche strukturellen Möglichkeiten soll die Schule anbieten (Ganztag, Hausaufgaben)?

Ansprechpartner

- ✓ Wer ist Ansprechpartner für Sie/ für Ihr Kind?
- ✓ Soll es weitere Ansprechpartner geben?
- ✓ Wann würden Sie sich wieder an den Lehrer oder den Ansprechpartner wenden?

Abschluss

- ✓ Was wünschen Sie sich für Ihr Kind?
- ✓ Was möchten Sie noch sagen?

Leitfaden Interview Lehrer

Einstieg

- ✓ Wie lange unterrichten Sie Schüler X schon?
- ✓ Gibt es etwas, was Ihnen zu dem Schüler spontan einfällt?
- ✓ Wie verhält er sich während des Unterrichtes?
- ✓ Welche schulischen Leistungen erzielt er?
- ✓ Wie gut ist er in die Klassengemeinschaft integriert?
- ✓ Hat er gute Freundschaftsbeziehung in der Klasse/ in der Schule?
- ✓ Haben Sie im Vorfeld bereits schon einmal gedacht, dass eventuell familiäre Probleme bei diesem Schüler vorliegen?
    - o Wenn ja: warum? Was hatten Sie für Vorstellungen?
    - o Wenn nein: warum nicht?

Elterliche psychische Erkrankung

- ✓ Wann haben Sie von der Erkrankung von Frau/ Herrn XY erfahren?
- ✓ Wer hat Ihnen davon berichtet?
- ✓ In welchem Kontext haben Sie davon erfahren (Elternsprechtag, Lehrerkonferenz, etc.)?
- ✓ Wie ist das Gespräch verlaufen: Wer war beteiligt? Wer hat die Sprecherrolle übernommen?
- ✓ Wie haben Sie reagiert? Wie haben Sie sich geäußert?
- ✓ Welche Gedanken sind Ihnen gekommen, als Sie davon erfahren haben?
- ✓ Wurden Vereinbarungen getroffen (auch bzgl. der Handhabung der Thematik in der Klasse)?

Auswirkungen auf den Schulalltag

- ✓ Sind Ihnen nach dem Gespräch Veränderungen bei dem Schüler aufgefallen
    - o im Verhalten?
    - o in den schulischen Leistungen?
    - o im persönlichen Kontakt?
- ✓ Haben Sie bei sich selber Veränderungen im Kontakt mit dem Schüler wahrnehmen können?
- ✓ Hat der Schüler selbst das Gespräch noch einmal gesucht?
    - o Ja: Aus welchem Anlass? Mit welchen Inhalten?
- ✓ Haben Sie danach schon einmal den Schüler auf die familiäre Situation angesprochen?

Thematik im Schulkontext

- ✓ Gibt es noch andere Personen in der Schule, außer Ihnen, die von der Erkrankung wissen?
- ✓ Wissen die Mitschüler davon?
- ✓ Ist das Thema im Unterricht aufgegriffen worden?
    - o wenn ja: Wie haben die Mitschüler reagiert? Wie hat der betroffene Schüler reagiert?
    - o wenn nein: warum nicht?
- ✓ Gibt es andere Ansprechpartner in der Schule, die dem Schüler zur Verfügung stehen?
    - o Wenn nein: wer sollte dies sein?

Individuelle Vorstellungen zur Behandlung der Thematik

- ✓ Sehen Sie den Bedarf, das Thema in der Schule grundsätzlich zu integrieren?

- ✓ Sehen Sie persönlichen Bedarf, um den Schüler unterstützen zu können?
    - Wenn ja: Was brauchen Sie, um auf den Schüler eingehen zu können? Welche Informationen würden Sie sich wünschen?
    - Wenn nein: warum nicht?
- ✓ Möchten Sie von Familien über psychische Erkrankung im Elternhaus informiert werden?
    - wenn ja: Warum?/ Welche Informationen benötigen Sie?
    - wenn nein: warum nicht?

Abschluss

- ✓ Gibt es etwas, was Sie noch ergänzen möchten?

Danksagung

Mein Dank gebührt an erster Stelle den Kindern, Eltern und Lehrern, die sich zur Teilnahme an dieser Studie bereit erklärt und mir in den Gesprächen tiefes Vertrauen, Offenheit und Ehrlichkeit entgegen gebracht haben. Insbesondere die Schilderungen der Kinder über ihren oftmals belastenden Alltag, ihre Hilfebedarfe und Unterstützungswünsche, aber auch über ihre Strategien, diese Belastungen zu bewältigen und sich eine positive Perspektive zu bewahren, haben mich nicht nur nachdenklich gestimmt, sondern fortwährend zur Weiterführung der Studie motiviert.

Es ist keine Selbstverständlichkeit, im Leben auf Menschen zu treffen, die begleiten, unterstützen und fördern, ein Vorbild verkörpern, ohne dies nach außen zu tragen, und nicht nur fachlich, sondern auch persönlich zur Seite stehen. Ich darf von Glück sprechen, in Herrn Prof. Dr. Albert Lenz einen solchen Menschen gefunden zu haben. Ihm gebühren mein größter Dank und mein höchster Respekt vor seinen Leistungen und seiner uneigennützigen Haltung. Ohne ihn wäre diese Arbeit nie begonnen, geschweige denn jemals beendet worden.

Herrn Prof. Dr. Frank Nestmann möchte ich meinen besonderen Dank aussprechen. Seine Bereitschaft, mich in diesem Prozess zu begleiten, und seine fachliche Unterstützung habe ich nie als Selbstverständlichkeit betrachtet, sondern mit größtem Respekt und Bewunderung als Bestärkung und Motivation empfunden. Die Freiheit, die er mir in der Durchführung der Studie und der Erstellung der Arbeit gegeben hat, sehe ich als Zeichen großen Vertrauens.

Danken möchte ich auch meiner Familie: Meiner Mama möchte ich „Danke“ sagen für jedes der unzähligen motivierenden Worte und Gesten, für die liebevolle Unterstützung, die Geduld, das Verständnis - für das einfach „da sein“. Sie hat nie an der Fertigstellung dieser Arbeit gezweifelt. Meiner Schwester Theresa habe ich die Auszeiten zu verdanken, die ich mir selber nicht genommen hätte. Sie hat es durch gemeinsam verbrachte Zeit ermöglicht, dass Abwechslung, Erholung und Freude Platz im Alltag fanden und der Blick auf die Menschen, die mir wichtig sind, nicht durch Bücherstapel und Papierberge versperrt wurde. Meinem Bruder Pierre danke ich nicht nur für das Korrekturlesen, sondern insbesondere für die „Rückendeckung“ und den Ansporn über die Jahre hinweg.

Meine empfundene tiefe Dankbarkeit ist nicht in Worte zu fassen. Ich hoffe aber, dass alle hier genannten Personen wissen, dass die von ihnen geleistete Unterstützung für mich von unschätzbar hohem Wert ist.

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass keine weiteren Personen bei der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren und dass keine Hilfe eines Promotionsberaters in Anspruch genommen worden ist. Dritte haben weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen. Die vorgelegte Arbeit ist weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder in ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zwecke einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt und auch zu keinem Zeitpunkt veröffentlicht worden. Erfolglose Promotionsverfahren haben nicht stattgefunden.

Bad Driburg, Juni 2014

_____

Eva Brockmann