

Empathie

bei Kindern psychisch kranker Eltern

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Dr. phil.

an der Fakultät

für Erziehungswissenschaft und Psychologie

der Universität Siegen

eingereicht von

Dipl.-Päd. Klaus Riedel

geb. am 29.08.1963 in Rahden/Westf.

Betreuer und Erstgutachter: Prof. Dr. Norbert Groddeck

Zweitgutachter: Prof. Dr. Siegfried Mrochen

Beschluss über die Verleihung des Doktorgrades vom:

Bibliographische Beschreibung:

Klaus Riedel
Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern

278 Seiten, 227 Literaturen, 10 Abb., 25 Tab.

Nach einer ausgiebigen Darstellung verschiedener Modellansätze von Empathie sowie der Empathie in der Psychotherapie wird ein eigener Ansatz zur Empathie entwickelt. In einem weiteren Kapitel wird die Situation der Kinder psychisch kranker Eltern ausführlich erörtert. Dabei wird zunächst ein Überblick zum derzeitigen Forschungsstand gegeben, um anschließend einerseits psychosoziale Belastungsfaktoren und andererseits protektive und kompensierende Faktoren aus der Perspektive der Familie, der Eltern und der Kinder darzustellen. Nach einem Überblick über verschiedene Definitionsansätze und Klassifikationen psychischer Krankheiten werden epidemiologische Daten aufgeführt.

Im Anschluss werden Hilfsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern vorgestellt, die im Rahmen der Psychiatrie, der Jugendhilfe, der Psychotherapie sowie Kind-orientierter Modellprojekte angeboten werden. In diesem Zusammenhang werden Probleme bei der Entwicklung und Inanspruchnahme der Hilfsangebote zunächst aus der Perspektive der Institutionen und anschließend aus Sicht der Betroffenen beschrieben.

Abschließend wird eine empirische Untersuchung zur Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern dargestellt. Nach einer Beschreibung der Forschungsstrategie, der Untersuchungsgruppen, der angewendeten Testmaterialien und der Durchführung der Untersuchung werden die Ergebnisse vorgestellt und diskutiert. Dabei muss die Grundhypothese genereller Empathie-Unterschiede zwischen Kindern psychisch kranker Eltern und ihren durchschnittlich entwickelten Altersgenossen verworfen werden. Allerdings werden signifikante Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe im Rahmen der Child Behavior Checklist (CBCL) deutlich, und zwar sowohl innerhalb der Syndrom- als auch der Ressourcenskala. Auch bei einzelnen Symptomen wie Alpträumen und Phobien sind die Kinder psychisch kranker Eltern signifikant stärker belastet als die Kinder der Kontrollgruppe. Ähnliches gilt für Ängste, die bei Kindern in weit höherem Maße auftreten, wenn ihre Mütter eine Angstsymptomatik zeigen. Ein weiteres aufschlussreiches Ergebnis betrifft das Bindungsverhalten. Kinder der Kontrollgruppe können fünf Mal häufiger auf eine sichere Bindungsbeziehung zurückgreifen. Der vorherrschende Kommunikationsstil in den Familien zeigt ebenfalls Auswirkungen auf die Empathiefähigkeit. Interessante Erkenntnisse liefern auch einige Fragen, die sowohl von den Fachkräften als auch den Eltern beantwortet wurden. Hier kommt es zu ähnlichen Einschätzungen bei extrovertierten Verhaltensweisen der Kinder, bei Fragen nach introvertiertem Verhalten hingegen treten signifikante Unterschiede auf. Die Antworten geben Aufschluss darüber, wie wenig adäquat Kinder mit introvertiertem Verhalten mitunter wahrgenommen werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Kinder psychisch kranker Eltern in ihrer individuellen Entwicklung gefährdeter sind als Kinder aus stabilen Elternhäusern. Dieser Aspekt muss bei der Entwicklung von Hilfsangeboten genauso berücksichtigt werden wie die Einbeziehung verschiedener Segmente der Empathie, wie etwa der Bindungs- und Kommunikationskompetenz.

Einleitung	4
1 Das Phänomen der Empathie in der therapeutischen Theorie und Praxis	6
1.1 Modellansätze zur Empathie.....	8
1.1.1 Der pragmatische Ansatz von Carl Rogers.....	8
1.1.2 Entwicklungspsychologische Aspekte.....	13
1.1.3 Bindungstheoretische Aspekte.....	20
1.1.4 Geschlechtsspezifische Aspekte	23
1.1.5 Sozialpsychologische Aspekte.....	25
1.1.6 Empathie als Teil der Emotionalen Intelligenz.....	27
1.1.7 Empathie und Aggression.....	28
1.1.8 Empathie und Gefühlsansteckung	30
1.1.9 Empathie und Perspektivenübernahme.....	33
1.1.10 Empathische Reaktionen in Mimik, Gestik und Körpersprache.....	39
1.1.11 Diagnostik von Empathie.....	42
1.1.12 Empathie und der Einfluss der Spiegelneuronen.....	45
1.2 Empathie in der Psychotherapie	48
1.2.1 Der Personzentrierte Ansatz	49
1.2.2 Der Psychoanalytische Ansatz.....	53
1.2.3 Der Verhaltenstherapeutische Ansatz.....	55
1.3 Ein eigener Ansatz zur Empathie.....	56
2 Die Situation der Kinder und ihrer Eltern	59
2.1 Überblick zum derzeitigen Forschungsstand.....	60
2.1.1 High-Risk-Forschung.....	61
2.1.2 Genetische Studien	64
2.1.3 Sozialpsychiatrische und familienorientierte Ansätze.....	65
2.1.4 Sozialpädagogische Ansätze.....	68
2.2 Psychosoziale Belastungsfaktoren für das Familiensystem.....	70
2.2.1 Belastungen für die Familie.....	72
2.2.2 Belastungen aus der Perspektive der Eltern.....	75
2.2.3 Belastungen aus der Perspektive der Kinder	81
2.3 Protektive und kompensierende Faktoren für das Familiensystem	88
2.3.1 Hilfreiche Aspekte auf Seiten der Familie.....	90
2.3.2 Hilfreiche Aspekte auf Seiten der Eltern	92
2.3.3 Hilfreiche Aspekte auf Seiten der Kinder.....	94
2.4 Diskussion.....	99

3	Definitionen psychischer Krankheit	106
3.1	Der Krankheitsbegriff	106
3.2	Klassifikationssysteme psychischer Erkrankungen	107
3.2.1	Das Triadische System.....	107
3.2.2	Die Klassifikation nach ICD-10	109
3.2.3	Die Klassifikation nach DSM IV	112
3.3	Epidemiologie psychischer Erkrankungen	113
3.4	Diskussion.....	115
4	Hilfsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern	117
4.1	Hilfsangebote im Rahmen der Psychiatrie.....	117
4.1.1	Angehörigensvisite	118
4.1.2	Angehörigengruppen	120
4.1.3	Mutter-Kind-Angebote	123
4.2	Hilfsangebote im Rahmen der Jugendhilfe.....	128
4.2.1	Erziehungsberatung	130
4.2.2	Tagesgruppe	131
4.2.3	Heimunterbringung	132
4.3	Psychotherapeutische Hilfsangebote	133
4.3.1	Ambulante Angebote	135
4.3.2	Stationäre und teilstationäre Angebote	136
4.4	Kind-orientierte Modellprojekte	137
4.4.1	Kinderprojekt Aurnyn.....	137
4.4.2	Präventionsprojekt Kipkel	143
4.4.3	Kinderprojekt Mannheim.....	146
4.5	Institutionelle Schwierigkeiten bei der Entwicklung von Hilfsangeboten ...	155
4.5.1	Kooperation der Fachdienste untereinander	155
4.5.2	Finanzierung der Hilfsangebote.....	157
4.5.3	Kompetenz der Anbieter	159
4.6	Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme der Hilfsangebote	161
4.6.1	Organisatorische Schwierigkeiten	161
4.6.2	Falsch verstandene Schonung durch die Eltern	163
4.6.3	Redeverbot über die psychische Erkrankung.....	164
4.6.4	Angst vor negativen Auswirkungen durch die Jugendhilfe.....	165
4.7	Diskussion.....	167

5	Die empirische Untersuchung	170
5.1	Fragestellung und Forschungsstrategie.....	170
5.2	Die Untersuchungsgruppen (VG, KG)	171
5.3	Testbeschreibung	172
5.3.1	Die Child Behavior Checklist (CBCL).....	172
5.3.2	Der Empathie-Test für Kinder (ETK).....	174
5.3.3	Der Fachkraft-Fragebogen (FKB)	175
5.4	Durchführung der empirischen Untersuchung.....	177
5.4.1	Die Vorbereitungsphase.....	178
5.4.2	Die Versendung der Fragebögen	178
5.4.3	Die Auswertungsphase	179
5.5	Ergebnisse.....	180
5.5.1	Soziodemographische Beschreibung der Versuchs- und Kontrollgruppe	180
5.5.2	Ergebnisse der Child Behavior Checklist (CBCL).....	184
5.5.3	Ergebnisse des Empathie-Tests für Kinder (ETK).....	191
5.5.4	Ergebnisse des Fachkraft-Fragebogens (FKB).....	193
5.5.5	Ergebnisse hinsichtlich der Erkrankung der Eltern	204
5.5.6	Die Empathiefähigkeit von Kindern psychisch kranker Eltern	207
5.6	Ergebnisdiskussion	216
5.6.1	Befunde und Interpretationen	217
5.6.2	Folgerungen	224
5.6.3	Hinweise zur praktischen Umsetzbarkeit der Ergebnisse.....	225
	Literaturliste	227
	Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen	243
	Anhang	246

Einleitung

Über psychisch Kranke existieren zahlreiche Publikationen, viele Aspekte psychischer Erkrankungen werden in Studien erörtert, aber darüber, welche Auswirkungen diese Erkrankungen auf die Kinder haben, ist kaum etwas bekannt. Dem Thema wurde lange Zeit weder in der Theorie noch in der Praxis Bedeutung beigemessen. Wenige Forschungsarbeiten bilden eine Ausnahme; erste deutschsprachige Studien werden in den 1980er Jahren durchgeführt, die erste deutschsprachige Monografie erscheint 1994. Danach wird lediglich vereinzelt zu diesem Themenkomplex publiziert. Erst in jüngster Vergangenheit gewinnen die Kinder psychisch kranker Eltern an Relevanz, was sich auch an einer deutlichen Zunahme von Kongressen und Fachtagungen zu diesem Thema sowie vermehrten Veröffentlichungen in den letzten Jahren erkennen lässt.

Ein Grund für den noch unzureichenden Forschungsstand kann die Tabuisierung der psychischen Erkrankung sein, da problembelastete - zumal - Kinder selten in ihrer Rolle als *Kinder psychisch kranker Eltern* in Beratungsstellen, Jugendhilfeeinrichtungen, psychotherapeutischen Praxen oder Kinder- und Jugendpsychiatrien vorgestellt werden, sondern eher psychische oder somatische Krankheitssymptome oder Verhaltensauffälligkeiten im Vordergrund stehen. Der zusätzliche Aspekt der psychischen Erkrankung eines oder beider Elternteile wird vernachlässigt oder sogar völlig ausgeblendet.

Die Tatsache des geringen Bewusstseins bezüglich der Problematik der *Kinder psychisch kranker Eltern* sowohl in der Theorie als auch in der Praxis motivierte mich, über den Weg der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Thematik vorhandenes Material zu sichten sowie neue Erkenntnisse zu sammeln und auszuwerten, um darüber gegebenenfalls weiterführende Hilfsmöglichkeiten aufzuzeigen und anzustoßen. Insofern ist mir mit der vorliegenden Arbeit sehr daran gelegen, neben der wissenschaftlichen Abhandlung eine enge Theorie-Praxis-Verknüpfung zu ermöglichen.

Eine Grundlage der vorliegenden Arbeit ist eine Diplomarbeit an der Universität Bielefeld zum Thema *Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern*, die ich im Wintersemester 2003/04 an der Fakultät für Erziehungswissenschaften eingereicht habe.

Daran anknüpfend habe ich mich dem Themenkomplex *Empathie* zugewandt, der zwar in einigen Theorien einen gewissen Stellenwert einnimmt, jedoch ebenfalls bis auf wenige Veröffentlichungen eher selten umfassend untersucht und dargelegt worden ist.

Das Thema *Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern* vereint somit zwei Themenkomplexe, die bislang wenig im Fokus der Fachöffentlichkeit gestanden haben, gleichsam aber interessante und lohnenswerte Anhaltspunkte für eine wissenschaftliche Auseinandersetzung bieten.

Die Gliederung der Arbeit folgt den anerkannten Gepflogenheiten wissenschaftlicher Darstellungen: Zunächst wird das Phänomen der Empathie in Theorie und Praxis näher beschrieben, indem anfangs verschiedene Modellansätze zur Empathie erörtert werden, danach skizziert wird, welchen Stellenwert die Empathie in der Psychotherapie einnimmt, um schließlich einen eigenen Ansatz zur Empathie zu entwickeln.

Im zweiten Kapitel wird die Situation der Kinder psychisch kranker Eltern einer genaueren Betrachtung unterzogen. Nach einem Überblick über verschiedene Forschungsansätze werden die psychosozialen Belastungsfaktoren für die Familie sowie kompensierende und protektive Faktoren genauer analysiert. Dies geschieht jeweils zunächst aus Perspektive der Familie, daran anknüpfend aus der Perspektive der Eltern und schließlich der Kinder.

Das dritte Kapitel befasst sich mit Definitionen zu psychischen Erkrankungen, indem zunächst der Krankheitsbegriff und daran anschließend historische und epidemiologische Aspekte psychischer Erkrankungen dargestellt werden.

Verschiedene Hilfsangebote werden im Kapitel Vier vorgestellt. Angebote aus Psychiatrie und Jugendhilfe sowie psychotherapeutische Hilfen und Kind-zentrierte Modellprojekte werden ausführlich erörtert, bevor Schwierigkeiten bei deren Entwicklung und Inanspruchnahme aufgezeigt werden; Letzteres geschieht aus Perspektive der Institutionen und aus Sicht der Hilfesuchenden.

Die empirische Untersuchung zur *Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern* wird im fünften Kapitel dargestellt. Nach Beschreibung der Fragestellung, der Forschungsstrategie und der Untersuchungsgruppen folgen die genaue Darstellung der eingesetzten Testverfahren und Angaben zur Durchführung der Untersuchung. Anschließend werden die wesentlichen Ergebnisse präsentiert sowie im Rahmen der Ergebnisdiskussion Befunde, Interpretationen, Folgerungen und Hinweise zur Umsetzbarkeit der Ergebnisse aufgezeigt.

1 Das Phänomen der Empathie in der therapeutischen Theorie und Praxis

Der Begriff *Empathie* wurde Anfang des 20. Jahrhunderts vom amerikanischen Psychologen Titchener geprägt, als er eine Übersetzung für den deutschen Begriff *Einfühlung* suchte. Unter Einbeziehung des griechischen *empathia* (heftige Leidenschaft, hinein-fühlen) übersetzte er *Einfühlung* mit dem englischen Wort *empathy*. Dabei erschien ihm bei seiner anfänglichen Definition eine gewisse Nähe zum Begriff *sympathy* wichtig (vgl. Wispé 1986, S. 316; Rugulies 1993, S. 13; Schrewe 1996, S. 75; Körner 1998, S. 3).

Auch in englischsprachigen Texten wird die ursprüngliche Herkunft des Begriffs *empathy* nicht geleugnet:

„Indeed, it was from *Einfühlung* (Hervorheb. im Original) that the word *empathy* (Hervorheb. im Original) entered our language in 1912 (see Shorter Oxford English Dictionary)“ (Bavelas et al. 1987, S. 318).

In der folgenden Zeit gerät der Begriff *Einfühlung* in deutschsprachigen wissenschaftlichen Publikationen zunächst in Vergessenheit. In den 1950er Jahren wird die *Einfühlung* durch die aus dem angloamerikanischen Sprachraum übernommene *Empathie* verdrängt (vgl. Körner, ebd.).

Historisch gesehen taucht der deutsche Begriff *Einfühlung* erstmals im 18./19. Jahrhundert auf und wird zunächst von Naturwissenschaftlern und Philosophen definiert als Möglichkeit, das Fremdartige selbst teilhabend zu erleben und sich davon ansprechen zu lassen (vgl. Körner 1998, S. 3f.).

Der Philosoph Theodor Lipps ist es schließlich, der Anfang des 20. Jahrhunderts maßgeblich an der Transformation des eher philosophisch geprägten Empathie-Begriffs in die psychologische Terminologie mitwirkt (vgl. Bavelas et al. 1987, S. 318; Körner 1998, S. 3).

Im Rahmen der Weiterentwicklung sucht Titchener nach Abgrenzungen zum Begriff *sympathy*, was als Mitgefühl oder Teilen der Situation eines Anderen, ohne dabei die Gefühle des Anderen zu teilen, verstanden wurde. Empathie schien also emotional intensiver zu sein (vgl. Cierpka 2004, S. 38).

Das Verdienst der meisten Veröffentlichungen und Studien der damaligen Zeit kommt Titchener zu, der sich bemüht, ein differenzierteres Verständnis von Empathie herauszuarbeiten. Er beschreibt die zwei Seiten des Empathiebegriffs „as a way of knowing

another`s affect and as a kind of social bonding“ (Wispé 1986, S. 316). Empathie beinhaltet also einerseits das Verständnis des emotionalen Zustandes eines Anderen sowie andererseits die Kompetenz des Mitfühlens beim Gegenüber.

In jüngeren wissenschaftlichen Publikationen existiert eine Vielzahl von Definitionsversuchen und Erhebungsinstrumenten zu Empathie mit jedoch unterschiedlicher Schwerpunktsetzung. Innerhalb der Publikationen und Übersichtsarbeiten kann ein Konsens lediglich darüber hergestellt werden,

„daß man Empathie als einen *Mechanismus der sozialen Kognition* (Hervorheb. im Original) versteht, der Aufschluß über die emotionale Verfassung eines Anderen vermittelt, wobei die ‚Teilhabe an der Emotion‘ des Anderen eine entscheidende Rolle zugewiesen wird“ (Bischof-Köhler 1989, S. 13).

An eindeutigen Definitionen der Empathie scheint es zu mangeln (vgl. Rugulies 1993, S. 14). Unter den Autoren, die genauere Definitionsversuche zu Empathie unternehmen, scheint es lediglich Einigkeit darüber zu geben, dass der Empathie schwerpunktmäßig eine entweder *kognitive* oder aber *affektive* Komponente zuzuschreiben ist, wobei ein Dissens bezüglich der Gewichtung besteht. (vgl. Strayer 1987, S. 219ff.; Bischof-Köhler 1989, S. 13; Friedlmeier 1993, S. 31; Holz-Ebeling und Steinmetz 1995, S. 11; Schrewe 1996, S. 76; Steins 1998, S. 118; Mischo 2003, S. 187).

In den 1970er Jahren versteht man Empathie als vorwiegend kognitive Kompetenz (vgl. Bischof-Köhler 1989, S. 13; Friedlmeier 1993, S. 31). In jüngeren Veröffentlichungen wird, u. a. mit Verweis auf neuere Emotionsforschungen, der Empathie jedoch eine primär emotionale Komponente zugewiesen (vgl. Bischof-Köhler 2001, S. 321; Friedlmeier 1983, S. 31; Steins 1998, S. 118):

„Emotionen haben die Funktion, Ereignisse zu bewerten und menschliche Handlungen in Gang zu setzen. Unter diesen Betrachtungsweisen kann Empathie, ausgelöst durch den emotionalen Zustand einer anderen Person, als emotionale Reaktion gedeutet werden.“ (Friedlmeier, ebd.)

Betrachtet man die Fachpublikationen unter Berücksichtigung altersspezifischer Komponenten, muss man feststellen, dass Studien für die Generation der Kinder und Jugendlichen äußerst selten zu finden sind. Zwar sind Empathie sowie entsprechende Kompetenzen bei Kindern und Jugendlichen Bestandteil zahlreicher Präventions-, Interventions- und Trainingsprogramme bei psychosozialen Auffälligkeiten; Forschungsergebnisse zur Empathiefähigkeit für diese Altersgruppe existieren jedoch verhältnismäßig wenige (vgl. Behr et al. 2004, S. 1).

1.1 Modellansätze zur Empathie

Einer der Ersten, der sich mit Empathie in der pädagogisch-therapeutischen Praxis beschäftigt und daraus seine Persönlichkeits- und Therapietheorie entwickelt hat, ist der Mitbegründer der humanistischen Psychologie Carl Rogers (vgl. Rogers 1959, S. 210f.; Wispé 1987, S. 29). Da dem Ansatz der Empathie zudem eine von drei wesentlichen Kernvariablen zukommt (vgl. Rogers 1989, S. 37; Rogers 1992a, S. 22f.; Fehringer 1992, S. 179; Rugulies 1993, S. 14; Rogers 1995a, S. 175f.), ist es naheliegend, den Ansatz von Rogers im folgenden Kapitel näher zu beschreiben.

Unter zahlreichen Autoren, die sich mit Empathie beschäftigen, scheint es, je nach Herkunft, unterschiedliche Auffassungen darüber zu geben, ob bei den Einflussgrößen auf die Empathie-Entwicklung eher individuelle Reifungsvorgänge oder sozialisationsbedingte Aspekte überwiegen (vgl. Zahn-Waxler und Radke-Yarrow 1982, S. 125f.; Friedlmeier 1983, S. 131; Bischof-Köhler 1989, S. 86). Nach Friedlmeier können Untersuchungen der situationsspezifischen Merkmale der Empathie eher der Sozialpsychologie zugeordnet werden, während sich die Entwicklungspsychologie mit personenspezifischen Merkmalen der Empathie befasst (vgl. ebd.). Diese beiden Forschungsrichtungen müssen einen ausführlichen Raum in der Darstellung erhalten wie auch geschlechtsspezifische Aspekte und die Zusammenhänge zwischen Empathie und Aggressionen, die des Öfteren erwähnt werden.

Bei näherer Betrachtung des Empathie-Begriffs und seiner Facetten stößt man immer wieder in der Untergliederung auf die Teilbereiche der Gefühlsansteckung, der Perspektivenübernahme sowie der Körpersprache, die es ebenfalls wert sind, im folgenden Kapitel einer näheren Analyse unterzogen zu werden.

Schließlich ist es notwendig, die Möglichkeiten der Diagnostik von Empathie zu reflektieren, um innerhalb der geplanten Studie bestimmte Einflussgrößen zu berücksichtigen und eventuelle Fehlerquellen ausschließen zu können.

1.1.1 *Der pragmatische Ansatz von Carl Rogers*

Für Carl Rogers ist die Empathie eine der drei wichtigsten Säulen seines von ihm begründeten ursprünglich Non-direktiven, später Klient-zentrierten und mittlerweile als Personenzentriert bekannten Ansatzes (vgl. Minsel 1979, S. 23; Rogers 1985, S. 18ff.;

Schmid 1989, S. 139ff.; Rogers 1992a, S. 16ff.; Rugulies 1993, S. 14; Groddeck 2002, S. 74ff.).

In dem umfangreichen Sammelband über Empathie (vgl. Eisenberg und Strayer 1987) werden die Werke von Carl Rogers als die wohl wichtigsten Arbeiten zur Empathie überhaupt beschrieben:

„Perhaps the most important work on empathy has been that of Carl Rogers (1942, 1951, 1957, 1975). He has had enormous influence in the area of individual counseling, but most people have forgotten, or never knew about, the times during which he was most influential, beginning with the 1950s, when hopes for psychology ran high” (Wispé 1987, S. 27).

Dabei wird auf die Zeit der 1950er Jahre verwiesen, eine Zeit, in der große Hoffnungen in die Psychotherapie gesetzt wurden. Es war die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg, als an den öffentlichen Diskussionen zahlreiche Psychologen teilnahmen und immer mehr erkennen mussten, dass sie die Welt nicht verändern konnten. In diesem Klima erlangte Rogers' Idee von Empathie eine neue Renaissance (vgl. ebd., S. 28).

Rogers hatte sich lange Zeit um eine klare Definition des Empathiebegriffes bemüht, die schließlich erstmals 1959 veröffentlicht wurde:

„Der Zustand der Empathie oder empathisch sein bedeutet, das innere Bezugssystem eines anderen genau und mit den entsprechenden emotionalen Komponenten und Bedeutungen so wahrzunehmen, als ob man die Person selbst wäre, ohne jedoch die ‚als-ob‘-Situation aufzugeben. Das bedeutet, das Verletztsein oder das Vergnügen des anderen so zu empfinden, wie er es empfindet, und deren Ursachen so wahrzunehmen, wie er sie wahrnimmt, ohne jedoch jemals zu vergessen, daß wir dies tun, ‚als ob‘ wir verletzt oder vergnügt usw. wären. Geht dieses ‚als-ob‘ verloren, dann wird daraus Identifikation.“ (Rogers 1959, S. 210f.; ebenfalls zit. in Rogers 1976, S. 35; Rogers 1980a, S. 77f.; Rogers 1989, S. 37).

In dieser ausführlichen ersten Definition kommt deutlich zum Ausdruck, dass es sich in der Anfangsphase der Non-direktiven Therapie keinesfalls um eine bloße Technik handelt, mit Hilfe derer die Gefühle des Klienten widergespiegelt werden oder, wie vielfach behauptet wurde, bei der der Therapeut einfach die letzten beiden Worte des Klienten wiederholen müsse, um auf eine non-direktive Art und Weise therapeutisch mit ihm zu arbeiten. Vielmehr sei es notwendig, die gefühlte Bedeutung des Erlebten beim Klienten wahrzunehmen und zu reflektieren (vgl. Rogers 1980a, S. 76).

Gendlin, ein langjähriger Mitarbeiter von Rogers, hat diesen Teil des Konzeptes 1962 zu seinem als *Experiencing* beschriebenen Konzept weiterentwickelt und dabei dem Konstrukt *Erleben* einen großen Bereich eingeräumt (vgl. Gendlin 1978, S. 13ff.; Dahl-

hoff und Bommert 1978, S. 63ff.; Minsel 1979, S. 31f.). Nach Rogers hat Empathie ebenfalls mit gefühlten Ereignissen zu tun:

„Für Gendlin richtet sich Empathie auf die *gefühlte Bedeutung* (Hervorheb. im Original), die der Klient in diesem bestimmten Augenblick erfährt“ (Rogers 1980a, S. 78).

Anhand eines Beispiels kann die Bedeutung der Empathie und die Suche nach der Gefühlsbedeutung veranschaulicht werden:

„Ein Mann in einer Encounter-Gruppe hatte unklare negative Aussagen über seinen Vater gemacht. Der Gruppenleiter sagt: ‚Es klingt, als ob du ärgerlich auf deinen Vater wärest.‘ Er antwortet: ‚Nein, ich glaube nicht.‘ ‚Möglicherweise bist du unzufrieden mit ihm?‘ ‚Ja, vielleicht‘ (ziemlich zögernd). ‚Vielleicht bist du enttäuscht von ihm.‘ Rasch antwortet der Mann: ‚Das ist es! Ich *bin* (Hervorheb. im Original) enttäuscht, weil er nicht stark ist. Ich glaube, ich bin schon seit meiner Kindheit enttäuscht von ihm.‘“ (Rogers 1976, S. 36).

Im Laufe der Entwicklung seines Ansatzes gelang es Rogers, seine Definition von Empathie weiter zu präzisieren. Als einen der wesentlichen Aspekte der Modifikation seines Empathiebegriffes bezeichnete er die Verwerfung der Hypothese, bei der Empathie würde es sich um einen *Zustand* handeln. Vielmehr würde ein Verständnis von Empathie als *Prozess* eine exaktere und zutreffendere Definition darstellen (vgl. Rogers 1980a, S. 79; Wispé 1987, S. 28; Rogers 1992b, S. 23).

Dieser Prozess der Empathie beinhaltet in der aktualisierten Definition von Rogers verschiedene komplexe und mit hohen Anforderungen verbundene Aspekte. Man müsse die innere Wahrnehmung des Anderen umfassend erspüren und sensibel für verschiedene Gefühlsbedeutungen und deren Veränderungen sein. Man müsse Teil der inneren Erlebniswelt des Anderen werden und sich feinfühlig darin bewegen. Dabei dürfe man jedoch nicht versuchen, sämtliche Gefühle, die man in ihm wahrnimmt, vollständig aufzudecken, da die zu bedrohlich für den Anderen werden könnten. Außerdem müsse man eigene Gefühle bezüglich der inneren Welt des Gegenübers wahrnehmen und mitteilen sowie ihm bei der Entwicklung und Entfaltung innerer Gefühlszustände zur Seite stehen. Dafür sei es erforderlich, eigene Norm- und Wertvorstellungen außer Acht zu lassen, um der anderen Person vorurteilsfrei begegnen zu können. Das gelänge jedoch nur, wenn man sich selbst in seiner eigenen Welt so sicher fühlt, dass man nicht gefährdet sei, sich in der Welt des Anderen zu verlieren (vgl. Rogers 1976, S. 36f.; Rogers 1980a, S. 79; Rogers 1992b, S. 24).

Bestätigt durch zahlreiche Praxiserfahrungen und Forschungsergebnisse stellt Rogers die eindrucksvolle und gewichtige Bedeutung der Empathie in zwischenmenschlichen Beziehungen heraus:

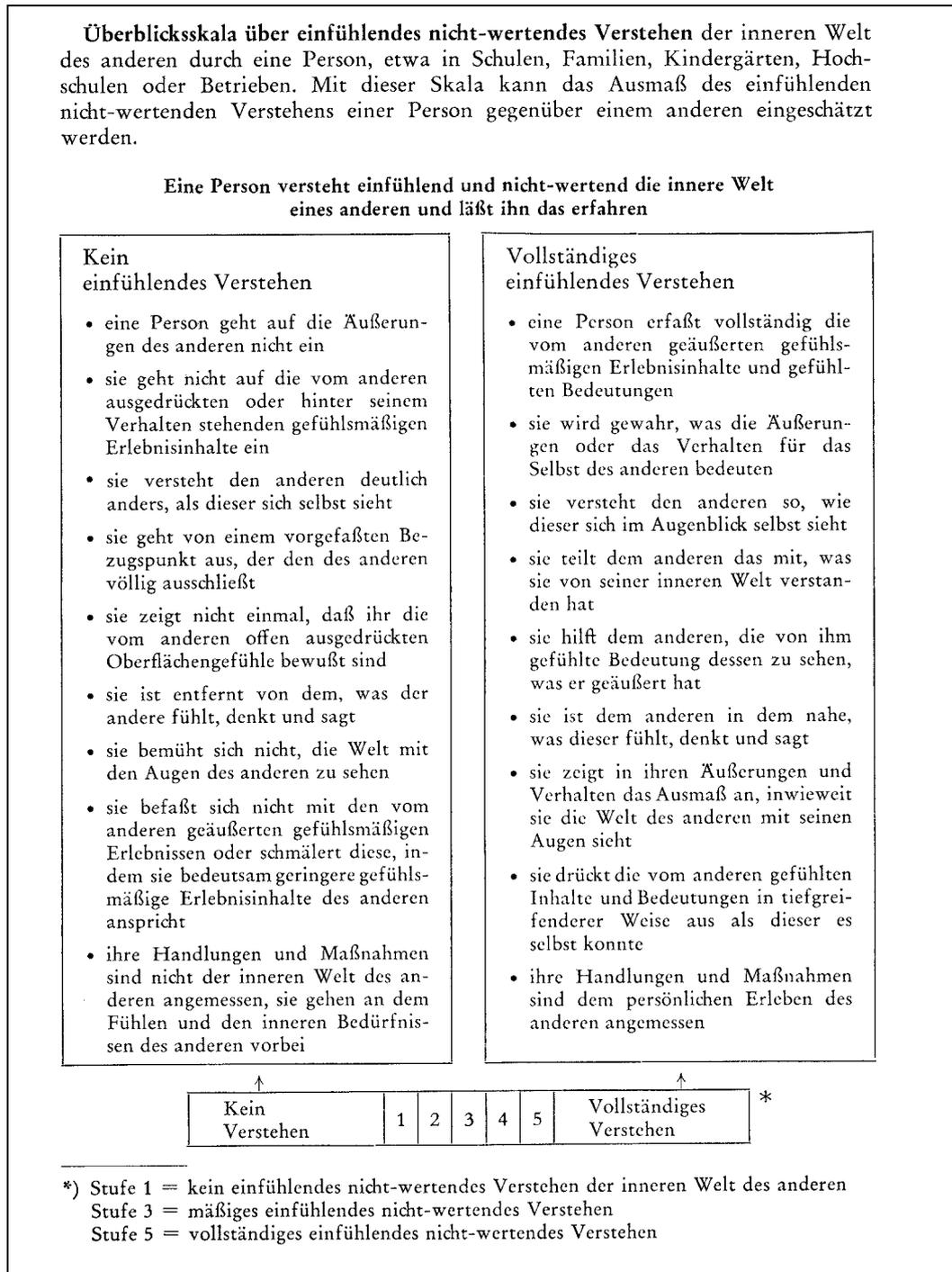
„Im Laufe der Jahre haben sich die Forschungsergebnisse angehäuft, die den Schluß nahelegen, daß ein großes Maß an Empathie in einer Beziehung wahrscheinlich der wichtigste, sicher aber einer der wichtigsten Faktoren ist, welche Veränderung und Lernen bewirken“ (Rogers 1980a, S. 76).

Weiterhin beschreibt er zahlreiche Studien, die beispielsweise belegen, dass der ideale Therapeut in erster Linie empathisch sei, dass das empathische Verhalten eines Therapeuten mit zunehmender Erfahrung ebenfalls zunehme und dass Empathie mit Selbsterkundung und Fortschritt im Prozess korreliere (vgl. ebd., S. 82ff.).

In deutschsprachigen Übersetzungen des Personzentrierten Ansatzes wird das englische Wort *empathy* oft auch wortgetreu mit *Empathie* übersetzt und synonym verwendet, insbesondere wenn es sich um Übersetzungen der Originaltexte von Rogers handelt (vgl. Rogers 1980a, S. 77ff.; Rogers 1989, S. 37ff.; Rogers 1992b, S. 23; Rogers 1995a, S. 175).

Während einige deutsche Autoren in ihren Publikationen den deutschen Begriff *Einfühlung* (vgl. Minsel 1974, S. 32; Jankowski et al. 1976, S. 35ff.) bevorzugen, wird in den älteren deutschsprachigen Veröffentlichungen für *empathy* meist die Terminologie *Einführendes Verstehen* verwendet (vgl. Minsel 1979, S. 24; Tausch und Tausch 1979, S. 178ff.; Schmid 1989, S. 139f.; Finke 2003, S. 42f.). Das Ehepaar Annemarie und Reinhardt Tausch, die Rogers' Ansatz in den deutschen Sprachraum einführten, entwickelten sogar eine Überblicksskala, in der das Ausmaß an einfühlendem Verstehen anhand von Skalenstufen eingeschätzt und bewertet werden kann. (vgl. Tausch und Tausch 1979, S. 181).

Abb. I: Überblicksskala über einführendes nicht-wertendes Verstehen
(Tausch und Tausch 1979, S. 181)



Finke macht in diesem Zusammenhang deutlich, dass die Terminologie *Einführendes Verstehen* aus zwei Teilaspekten besteht: Zum einen aus dem *Einfühlen*, einer emotional-intuitiven Komponente, in der identifikatorische Teilhabe eine Rolle spielt, und zum anderen aus dem *Verstehen*, einer eher kognitiven Komponente, bei der es um das Verstehen des Erlebens und des Sinngehaltes geht (vgl. Finke 2003, S. 42ff.).

Rogers verzichtet auf die Darlegung exakter schriftlicher Definitionen von Empathie und Vorgaben zur Art und Weise, wie diese zu übermitteln ist. Trotzdem aber geht es ihm und anderen Vertretern des Personzentrierten Ansatzes darum zu betonen, dass nicht nur, wie vielfach behauptet, das Reflektieren der Gefühle des Gegenübers gemeint ist. Vielmehr beinhaltet Empathie weitaus mehr Aspekte und ist wesentlich umfassender zu verstehen.

„Rogers hat nicht festgelegt, wie diese Empathie dem anderen mitzuteilen ist, da er keine Technik daraus machen wollte. Dies hat jedoch zu vielen Missverständnissen geführt. So wurde das empathische Verstehen auf *die Worte des Klienten spiegeln* (Hervorheb. im Original) reduziert. Empathisches Verstehen bezieht sich aber nicht nur auf Gefühle, die die Klientin explizit nennt, sondern auch auf die Gefühle, die *am Rande der Gewahrwerdung* (Hervorheb. im Original) auftauchen. Damit sind Empfindungen gemeint, die die Klientin spürt, die sie vielleicht andeutet, die sie aber noch nicht in Worte fassen kann. Zumeist sind diese Gefühle aus der nicht-verbale Kommunikation ablesbar: aus Stimme, Mimik, Gestik und Körperhaltung. Einführendes Verstehen kann der Klientin auf verschiedene Weise mitgeteilt werden. Durch Worte, durch Schweigen, durch Körperkontakt. Immer geht es darum zu spüren, was die Klientin im Moment bewegt und welche Beziehung sie dem aus ihrem subjektiven Bezugsrahmen heraus zuschreibt. So entsteht ein fortlaufender gemeinsamer *Suchprozess* (Hervorheb. im Original)“ (Weinberger 2001, S. 30).

1.1.2 Entwicklungspsychologische Aspekte

Die Gefühlsansteckung als wesentliche Komponente der Empathie (vgl. Körner 1998, S. 12) beinhaltet einen nicht zu vernachlässigenden genetischen Bestandteil. Verschiedene Autoren beschreiben, dass die Fähigkeit, sich von Affekten anderer anstecken zu lassen, angeboren ist. Die Menschen teilen diese Kompetenz mit höheren, sozial lebenden Tieren (vgl. Bischof-Köhler 1989, S. 38; Bischof-Köhler 2000, S. 143; Friedlmeier 1993, S. 37; Moser und von Zeppelin 1996; Körner 1998, S. 6; Cierpka 2004, S. 38).

Bischof-Köhler beschreibt die Gefühlsansteckung, die unter 1.1.8 noch näher behandelt wird, als verhältnismäßig primitiven Mechanismus, der auch bei Tieren als *Stimmungsübertragung* bekannt und existent ist (vgl. 2001, S. 322).

„Das Ausdrucksverhalten eines Artgenossen ruft im Beobachter die gleiche Motivation hervor, die der Beobachtete ausdrückt. Dadurch wird das Verhalten gruppenlebender Tiere synchronisiert, sie fangen beispielsweise an, gemeinsam zu fressen, zu schlafen oder auf Wanderung aufzubrechen.

Nach allem, was wir wissen, genügt der Anblick des Ausdrucksverhaltens beim anderen als Auslösemechanismus für die entsprechende Motivation. Nichts im Verhalten der Tiere deutet nun aber darauf hin, dass damit eine Einsicht in die subjektive Verfassung des anderen verbunden wäre, dass sie also wüssten, wie dieser sich fühlt“ (Bischof-Köhler 2001, S. 322).

Gefühlsansteckung bei Menschen tritt bereits bei Neugeborenen auf, wenn diese sich durch das Schreien anderer Babys in unmittelbarer Nähe *anstecken* lassen. Im Laufe des

ersten Lebensjahres breitet sich diese Gefühlsansteckung auch auf andere Emotionen aus. Ist die Mutter beispielsweise traurig (fröhlich), so reagiert das Baby auch traurig (fröhlich) (vgl. Bischof-Köhler 2001, S. 321).

Der interessanten Frage, was uns Menschen bei der Gefühlsansteckung von den Tieren unterscheidet bzw. ob wir Menschen ab einem bestimmten Alter nicht doch zusätzlich neben der Gefühlsansteckung zu intensiveren Wahrnehmungs- und Ausdrucksformen wie etwa Empathie in der Lage sind, ging Bischof-Köhler mit Experimenten mit kleinen Kindern nach.

Hierfür brachte sie zweijährige Kinder in empathieauslösende Situationen, indem einer vertrauten erwachsenen Spielpartnerin ein Teddy kaputtging und diese Spielpartnerin daraufhin für zwei Minuten Trauer bekundete (Teddy-Experiment) bzw. indem in einem anderen Versuch der erwachsenen Person beim Essen ein Löffel zerbrach, was von Trauer und Beendigung des Essens begleitet wurde (Löffel-Experiment) (vgl. Bischof-Köhler 2001, S. 322). Die Kinder reagierten daraufhin als:

- *Helfer*, die selbst das Essen oder Spielen beendeten, um aus ihrer Betroffenheit heraus etwas zu unternehmen; beispielsweise halfen sie, indem sie ihre Mutter holten. Sie waren lange gebannt von der Situation der Spielpartnerin und reagierten erst erleichtert, als die Situation gelöst war. Diese Kinder bezeichnete man als empathisch.
- *Ratlose/Verwirrte*, die keine Reaktion in ihrem Handeln zeigten, sondern ängstlich oder betroffen reagierten, als würden sie nicht verstehen, was gerade passierte. Diese Kinder wurden als ratlos und verwirrt bezeichnet; einige von ihnen reagierten etwas empathisch, allerdings ohne zu wissen, was sie tun sollten.
- *Gefühlsangesteckte*, die sich von der Mutter trösten lassen mussten, da sie selbst traurig waren und weinende Reaktionen zeigten. Diese Kinder reagierten eher selbstbezogen; ihre Emotionen galten nicht der Spielpartnerin, sodass sie nicht als empathisch betrachtet wurden.
- *Unbeteiligte*, die zwar kurz realisierten, was passiert war, dann jedoch zum Spielgeschehen oder Essen zurückkehrten. Diese Kinder galten deutlich als unempathisch.

Zunächst wurden bestimmte Gründe für die jeweiligen Reaktionsmuster vermutet, wie etwa ein intensiveres Vertrauensverhältnis zur Spielpartnerin oder zum Teddy, ein Schwerpunkt der elterlichen Erziehung auf Hilfehandeln, das Alter, eine größere Selbst-

sicherheit oder das Vorhandensein von Geschwisterkindern. Diese mussten jedoch wieder revidiert werden. Stattdessen ergaben sich Korrelationen zu einem anderen Test, der sich mit Selbsterkennen befasste (vgl. Bischof-Köhler 2001, S. 322).

Im sogenannten *Rougetest* (vgl. Amsterdam 1972, S. 297ff.) wird ein Kind vor einen Spiegel gesetzt, in dem es sich sehen kann. Dann wird ihm, ohne dass das Kind es merkt, ein Farbfleck auf die Wange gemalt. Nach der erneuten Aufforderung, sich im Spiegel zu betrachten, wird die Reaktion des Kindes beobachtet. Die Kinder reagieren hier je nach Alter unterschiedlich:

- 12-15-monatige Kinder reagieren mit *Playmate-Verhalten*: Sie erkennen den Fleck nicht im eigenen Gesicht, sondern lediglich im Spiegelbild. Das Spiegelbild wird von ihnen wahrgenommen wie ein zweites Kind, dem sie Spielsachen reichen, zulächeln usw.
- Einige Kinder ab 15 Monaten reagieren mit *Vermeidungs-Verhalten*, indem sie nicht in den Spiegel schauen möchten, gleichsam aber auch davon fasziniert sind. Einige dieser Kinder erkennen bereits, dass der Fleck im eigenen Gesicht vorhanden ist.
- Andere Kinder ab 15 Monaten reagieren mit *Identifikation* des Rougeflecks. Sie ziehen Grimassen und erforschen den Fleck auf der Wange (vgl. Amsterdam 1972, S. 297ff.).

Die Verknüpfung zwischen den Kindern aus dem Rougetest und denen aus dem Teddy- bzw. Löfflexperiment stellt sich nun so dar, dass die *Helfer* fast ausnahmslos auch die Kinder waren, die mit *Identifikation* reagierten. Die *ratlosen, verwirrten* Kinder entsprachen den Übergangskindern, die mit *Vermeidung oder Faszination* reagierten; die *Unbeteiligten* zeigten das *Playmate-Verhalten*, konnten also den Fleck lediglich im Spiegelbild lokalisieren (vgl. Bischof-Köhler 2001, S. 323).

Somit kann ein deutlicher Zusammenhang zwischen Empathie und Selbsterkennen festgestellt werden. Entwicklungspsychologisch betrachtet entsteht beides im Laufe des zweiten Lebensjahres, wenn die Kinder deutlichere Vorstellungen verschiedener Sachverhalte entwickeln und lernen, diese sprachlich umzusetzen und zu verknüpfen.

„Sie verfügen jetzt gleichsam über eine *mentale Probebühne* (Hervorheb. im Original), auf der sie einfache Probleme in der Fantasie lösen können. Mentales Probehandeln kann aber nur effizient ablaufen, wenn das Kind auch über eine Vorstellung über sich selbst verfügt. Wir bezeichnen den diesbezüglichen Denkvorgang als *Selbstobjektivierung* (Hervorheb. im Original). Diese stellt die Basis für Ichbewusstsein dar und ist für die Genese von Empathie in zwei Hinsichten von Belang: Sie bildet die Voraussetzung für eine *Abgrenzung von Ich und Du* (Hervorheb. im Original) und ist die Grundlage für die *Identifikation mit dem anderen* (Hervorheb. im Original)“ (Bischof-Köhler 2001, S. 324).

Die Abgrenzung vom *Ich und Du* findet also ebenfalls im zweiten Lebensjahr statt, wenn sich neben dem Zustand des *Ich*, in dem ich mich einfach erlebe, wenn ich bin, das *Du* entsteht. Unter dem *Du* versteht man ein reflektierbares und bewusstes *Ich*, welches zusätzliche Eigenschaften beinhaltet, also ein *Ich*, das durch die Selbstobjektivierung zum *Du* wird (vgl. Zahn-Waxler et al. 1992, S. 133; Bischof-Köhler 2000, S. 142; Bischof-Köhler 2001, S. 324f.).

Die Art und Weise des Erlebens von Emotionen sowie die Differenzierung zwischen Gefühlsansteckung und Empathie hängt nun von diesem Unterschied zwischen Ich und Du ab. Im Status des *Ich* erlebt man Gefühle des anderen als Gefühlsansteckung, bei denen man sich nicht bewusst ist, dass sie vom anderen kommen. Im Status des *Du* hingegen werden Ich und Du als Individuen mit unterschiedlichem Erleben wahrgenommen, die durch eine psychische Grenze voneinander getrennt sind (vgl. ebd., S. 325).

„Der Entwicklungsfortschritt zur Empathie besteht nun darin, dass im emotionalen Erleben des Kindes eine *Differenzierung* (Hervorheb. im Original) möglich wird: Das gleiche Gefühl kann eine unterschiedliche Qualität annehmen, je nachdem ob es primär am Ich oder am Du *verankert* (Hervorheb. im Original) ist. Der Kummer, der sich von der Spielpartnerin überträgt, ist dann nicht primär ein eigener Kummer, sondern ein Kummer, der auf die andere Person verweist“ (Bischof-Köhler 2001, S. 325).

Andere Autoren sehen das Vorhandensein von Empathie mit seinen unterschiedlichen Komponenten ebenfalls erstmals im zweiten Lebensjahr im Rahmen der Mutter-Kind-Interaktion. Das Kind erlebt durch die Feinfühligkeit und Spiegelung der Mutter ein Gegenüber und beginnt zunehmend, sich ebenfalls in die Mutter einzufühlen (vgl. Cierpka 2004, S. 39). Diese positive Auswirkung mütterlicher Feinfühligkeit wurde mehrfach von Zahn-Waxler (vgl. Zahn-Waxler und Radke-Yarrow 1979, S. 329) in ihren Untersuchungen beschrieben:

“In research by Zahn-Waxler et al. (1979), maternal sensitivity and reasoning were positively related to children’s empathic, prosocial behaviors during the second year of life” (Zahn-Waxler et al. 1992, S. 134).

Aus Sicht der Säuglings- und Bindungsforschung ist seit jeher unbestritten, dass Empathie seitens der Mutter bereits ab Geburt von großer Bedeutung ist und der Säugling bereits sehr früh den Gegenüber als soziales Wesen sucht und in der Lage ist, mit ihm in einen Dialog einzutreten (vgl. Körner 1998, S. 6; Stern 2000a, S. 49; Stern 2000b, S. 11).

Daniel Stern hat in sehr beeindruckender Art und Weise die Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Interaktion beschrieben. Innerhalb dieser Beziehung ist es u. a. wichtig, dass

das Kind von seiner Bezugsperson eine empathische Spiegelung auf seine Emotionen erhält (vgl. Stern 2000a, S. 49; Stern 2000b, S. 94ff.; Cierpka 2004, S. 38).

Nach Stern tauchen bereits zu Beginn seiner vier Phasen der Selbst-Entwicklung erste kommunikative Affekte auf, die mimisch erkennbar sind. Während sich in den ersten zwei Lebensmonaten (Phase der Sensibilität für selbst-organisierte Prozesse bzw. *Welt der Gefühle*) die Affekte Interesse, Erregung und Freude entwickeln, kommen vom 3.-6. Monat (Phase des Kern-Selbst bzw. *Welt der direkten Kontakte*) Ekel, Abneigung, Traurigkeit und Verzweiflung hinzu. Im 7.-15. Monat (Subjektives Selbst bzw. *Welt der Gedanken*) entwickeln sich Ärger, Verachtung, Furcht und Scham, bevor sich im 15.-18. Monat (*Welt der Wörter*) das verbale oder konzeptuelle Selbst entwickelt (vgl. Moser und von Zeppelin 1996, S. 34; Bischof-Köhler 1989, S. 52; Stern 2000a, S. 21ff.; Weinberger 2001, S. 42ff.).

Die Phase der intensivsten mimischen Interaktion sieht Stern zwischen dem 3. und 6. Monat während der Entstehung des Kern-Selbst. Das Kind erlebt, dass es mit Hilfe seines mimischen Ausdruckes auf seine Umwelt einwirken kann. Darüber hinaus experimentiert es mit der Nachahmung wahrgenommener affektiver Ausdruckssignale seiner Bezugspersonen und erweitert somit seinen eigenen Fundus an affektiven Ausdrücken (vgl. Moser und von Zeppelin 1996, S. 34; Stern 2000a, S. 51ff.). Insofern sind auch die unter 1.1.10 weiter ausgeführten Aspekte der Ausdruckssignale von großer Bedeutung.

Bei Betrachtungen der Perspektivenübernahme (vgl. 1.1.9) unter kognitiven und entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten wird zumeist auf die klassische Studie von Piaget und Inhelder verwiesen, die in ihrem „Drei-Berge-Versuch“ den Nachweis zu erbringen versuchen, ab welchem Alter Kinder kognitiv in der Lage sind, zwischen der eigenen Perspektive und der einer anderen Person zu unterscheiden (vgl. Piaget und Inhelder 1971, S. 251ff.). In ihrer Studie kommen sie zu dem Ergebnis, dass Kinder ab 7-8 Jahren beginnen, verschiedene Perspektiven zu koordinieren und zu differenzieren und erst mit 9-10 Jahren zur umfassenden kognitiven Perspektivenübernahme in der Lage sind (vgl. ebd., S. 254).

Körner, der ebenfalls auf die beiden Forscher verweist, korrigiert diese Altersangabe deutlich nach unten und legt sehr dezidiert dar, dass die Fähigkeit zur kognitiven Perspektivenübernahme sich bei Kindern ab etwa dem dritten Lebensjahr zu entwickeln beginnt und in den folgenden Jahren stetig weiter ausdifferenziert (vgl. Körner 1998, S. 10ff.).

Auch andere Forschungsergebnisse weisen eher darauf hin, dass Voraussetzungen für Empathie nicht erst, wie andere Forscher behaupten (vgl. Piaget und Inhelder 1971, S. 251; Feshbach 1978), in der späten Kindheit entwickelt werden. Die Darstellungen von Bischof-Köhler weisen das erste Auftreten von Empathie im Alter von 16-24 Monaten nach, wenn ein Kind sich im Spiegel erkennen kann (vgl. 1989, S. 89); Zahn-Waxler und ihre Mitarbeiter konnten ebenfalls empathisches Verhalten bereits bei zweijährigen Kindern beobachten (Zahn-Waxler und Radke-Yarrow 1982, S. 127.; Zahn-Waxler et al. 1992, S. 127). Im Rahmen einer ihrer Studien zu kindlichen emotionalen Reaktionen auf das Weinen eines anderen Kindes fanden sie heraus, dass Empathie – im Vergleich zu Ärger und Angst – die häufigste Reaktion der kindlichen Probanden auf das Weinen eines Frühchens bzw. Säuglings im Nachbarzimmer waren (Zahn-Waxler et al. 1983, S. 1526). Auch Thompson weist in seiner Studie nach, dass sich bei Kindern bis Mitte des zweiten Lebensjahres eine enorme Empathiefähigkeit entwickelt (Thompson 1987, S. 135).

Ähnlich unterschiedlich und widersprüchlich wie die Aussagen zum erstmaligen Auftreten von Empathiefähigkeit sind altersspezifische Angaben zur Entfaltung und Entwicklung empathischer Kompetenzen im Laufe der kindlichen Entwicklung.

Friedlmeier untersuchte die Veränderungen der Empathie in der kindlichen Entwicklung zunächst anhand verschiedener Veröffentlichungen von Forschungsergebnissen. Dabei stellte er fest, dass die Ergebnisse von Studien mit Bildgeschichten auf eine Zunahme von Empathie bis in die Grundschulzeit schließen lassen, erst in der mittleren Kindheit sind keine Veränderungen mehr festzustellen. Auch Ergebnisse aus Fragebogen-Erhebungen lassen auf eine Zunahme von Empathie in der Grundschulzeit schließen (vgl. Friedlmeier 1993, S. 64).

Anhand eigener Studien musste er diese Erkenntnisse jedoch revidieren und feststellen, dass nicht etwa, wie ursprünglich angenommen, ältere Jungen mehr helfen als jüngere, sondern das Gegenteil der Fall ist und die jüngeren Kinder sogar größere empathische Reaktionen zeigen (vgl. ebd., S. 107ff.).

„Die Hypothese, daß der Zusammenhang von Empathie und Helfen mit zunehmendem Alter stärker wird, hat sich nicht nur nicht bestätigt, sondern verkehrt.“ (ebd., S. 131).

Ebenfalls gegen eine altersspezifische Zunahme empathischer Kompetenzen, aber auch gegen eine Abnahme sprechen Erkenntnisse einer Studie, die Kinder im Alter von 4-11 Jahren mit Hilfe von Selbstberichten und nonverbalen Signalen auf das Weinen von an-

deren Kindern untersuchte und dabei keine altersspezifischen Abweichungen erkennen konnte (vgl. Zahn-Waxler et al. 1983, S. 1526; Friedlmeier 1993, S. 64).

Auch mimische Studien zur Empathie beim Ansehen von Filmsequenzen scheinen keine signifikanten Abweichungen bei Kindern unterschiedlichen Alters zu zeigen (vgl. Friedlmeier 1993, S. 65).

Schließlich bestätigen Ergebnisse einer Meta-Studie ebenfalls die geringe Relevanz des Alters der Kinder für empathische Reaktionen:

„Auch andere in der Metastudie von Eisenberg und Miller (1997) genannten Studien verweisen darauf, daß die nonverbale Reaktion auf die Notlagesituation einer anderen Person keiner Altersveränderung unterliegt“ (ebd., S. 64).

Es ist somit naheliegend, die Empathieentwicklung nicht allein und vor allem nicht primär am Alter festzumachen, sondern andere Einflussgrößen mit einzubeziehen und ihnen ggf. den Vorrang einzuräumen. Nach allen bislang entwickelten Erkenntnissen scheint dabei der Entwicklung und Entfaltung des Selbstkonzeptes eine zentrale Bedeutung zuzukommen, was durch Aussagen verschiedener Autoren untermauert wird (vgl. Friedlmeier 1993, S. 141; Bischof-Köhler 2001, S. 327). Friedlmeier beschreibt das Phänomen sehr anschaulich:

„Die Entwicklung des Selbstkonzeptes ist nach Hoffmann und gemäß der hier postulierten Vorstellung eine zentrale Einflußgröße für das Verstehen möglicher Veränderungen in der Empathie im Laufe der Kindheit. Das Selbstkonzept seinerseits aber bleibt von der Empathie nicht unbeeinflusst: Gerade durch die emotionale Anteilnahme und die Erfahrung, die emotionale Lage des anderen nachzufühlen und zu verstehen, führt dazu, daß man auch erspürt, was andere über die eigene Person für Vorstellungen, Gedanken und Gefühle haben. Dies hat Rückwirkungen auf das Selbstkonzept, das heißt auf die Art und Weise, wie man sich selbst sieht, bewertet und definiert (vgl. Barnett, 1987). Dies trifft insbesondere für Bezugspersonen zu, die beim Aufbau des Selbstkonzeptes eine wesentliche Rolle spielen“ (Friedlmeier 1993, S. 141).

Die essenzielle Rolle der Bezugspersonen beim Aufbau des Selbstkonzeptes und somit auch bei der Entwicklung und Entfaltung von Empathiefähigkeit wird von allen anderen Autoren, die sich damit befassen, ebenfalls gesehen (vgl. Zahn-Waxler et al. 1979, S. 329; Zahn-Waxler et al. 1992, S. 134; Bischof-Köhler 2001, S. 327). Zahn-Waxler und Radke-Yarrow beschreiben die mit Verweis auf ihre Untersuchungen in 1979 wie folgt:

„In our own data on child-rearing practices (...) there was evidence of associations between maternal behaviors and children's prosocial behaviors. Mothers' empathic caregiving was related to children's altruism. Also, certain of mothers' disciplinary techniques in child-caused distress situations were linked with children's altruistic acts in bystander events“ (Zahn-Waxler und Radke-Yarrow 1982, S. 127).

1.1.3 Bindungstheoretische Aspekte

Das ursprüngliche Konzept der Bindungstheorie wurde von John Bowlby konzipiert (vgl. Grossmann und Grossmann 1994, S. 28; Dornes 2000b, S. 22).

„Eine der zentralen Aussagen von Bowlbys Theorie ist, dass der menschliche Säugling die angeborene Neigung hat, die Nähe einer vertrauten Person zu suchen. Fühlt er sich müde, krank, unsicher oder allein, so werden Bindungsverhaltensweisen wie Schreien, Lächeln, Anklammern und Nachfolgen aktiviert, welche die Nähe zur vertrauten Person wieder herstellen sollen. [...] Das *räumliche* (Hervorheb. im Original) Ziel dieser Verhaltensweisen ist Nähe, das Gefühlsziel ist Sicherheit“ (Dornes 2000b, S. 23).

Bereits bei Säuglingen ist also das angeborene Bindungssystem existent und nachweisbar. Aus der Sicherheit zur Bezugsperson heraus sind sie in der Lage, ihr *Explorations-system* zu aktivieren, und sie begeben sich nach erfolgter Exploration oder bei angstauslösenden Erlebnissen wieder in die Nähe ihrer Bindungsperson, indem ihr *Bindungssystem* aktiviert wird (vgl. Grossmann und Grossmann 1994, S. 28; Brisch 2000, S. 81; Dornes 2000b, S. 44; Bowlby 2005, S. 7f.).

Mary Ainsworth, die neben Bowlby zu den Mitbegründern der Bindungstheorie zählt (vgl. Dornes 2000a, S. 37; Dornes 2000b, S. 22), hat in dem Zusammenhang das Konzept der *Feinfühligkeit* in der Bindungsforschung entwickelt.

„Feinfühligkeit ist nach Ainsworth die Fähigkeit des Erwachsenen, die Signale und Kommunikationen, die im Verhalten des Kindes enthalten sind, richtig wahrzunehmen und zu interpretieren, und wenn dieses Verständnis vorhanden ist, angemessen und prompt zu reagieren. Um die Signale zu bemerken, muß die Mutter häufig für das Kind verfügbar sein, und sie muß eine niedrige Schwelle für die kindlichen Äußerungen haben. Um ‚richtig interpretieren‘ (Hervorheb. im Original) zu können, dürfen mütterlicherseits keine Verzerrungen erfolgen, eine Mutter muß sich ‚empathisch‘ (Hervorheb. im Original) in die Situation des Kindes einfühlen können, sie muß ihre eigenen Wünsche und Gefühle kennen, und sie muß sich gegenüber den Bedürfnissen des Kindes abgrenzen können“ (vgl. Grossmann und Grossmann 1994, S. 29).

Ainsworth hat verschiedene Intensitäten der Feinfühligkeit von Müttern entdeckt und daraus 1978 ihre in der Entwicklungspsychologie bekannten Untersuchungen zur *Fremde Situation* entwickelt (vgl. Brisch 2000, S. 82; Dornes 2000a, S. 50f.; Dornes 2000b, S. 28). Dabei werden einjährige Kinder verschiedenen Trennungssituationen ausgesetzt. Es wird untersucht, inwiefern einerseits das Erkundungsverhalten des Kindes durch Spielaktivität, andererseits das Bindungsverhalten nach erlangter Sicherheit durch die Wiederkehr der Mutter aktiviert werden (vgl. Grossmann und Grossmann 1994, S. 29f.). Im Rahmen der Untersuchungen wurden folgende drei klassische Bindungstypen gefunden (vgl. Brisch et al. 1999, S. 426; Dornes 2000b, S. 28f; Grossmann 2000, S. 41ff.):

- Sichere Bindung (B): Bei diesem Bindungsverhalten existiert ein ausgewogenes Gleichgewicht zwischen dem *Bindungssystem* und dem *Explorationssystem*; Gefühle werden den Bezugspersonen gegenüber offen kommuniziert, besonders auch negative Gefühle, die zum Aufbau von Nähe zur Bezugsperson beitragen. Die Kinder haben Vertrauen in die Bezugsperson, dass sie hilft, ihren durch die Trennung erlittenen Kummer zu lindern. Bei genügend Sicherheit entwickeln sie wieder Neugierde zu weiterer Exploration.
- Unsicher-vermeidende (distanzierte) Bindung (A): Kinder dieses Bindungstyps fallen durch ein stärkeres Neugierde-Verhalten zu Lasten eines schwächeren Bindungsverhaltens auf. Negative Gefühle der Bezugsperson gegenüber werden unterdrückt oder verdeckt, positive hingegen geäußert. Es kommt zu plötzlichen Wut- oder Ärgerausbrüchen. In Phasen von Furcht und Leid wird eine Distanz zur Bindungsperson aufrechterhalten, da die Kinder Sorge vor Zurückweisung haben. Nähe und Sicherheit zur Bindungsperson werden eher indirekt (z.B. durch Spielzeug, Leistungen, u.ä.) versucht zu erreichen.
- Unsicher-ambivalente (verstrickte) Bindung (C): Bei diesen Kindern fällt die deutliche Ambivalenz zwischen der Sehnsucht nach und dem Widerstand gegen den Kontakt zu der Bindungsperson auf. Sie bemühen um Kontakt, äußern aber gleichzeitig Ärger und Unmut in dem Kontakt. Insgesamt reagieren die Kinder ärgerlicher oder ängstlicher als die anderen Kinder beim *Fremde-Test* oder sie reagieren passiver. Die Nähe zur Bindungsperson scheint ihnen keine Sicherheit zu geben.

Später wurde eine vierte Bindungsform, die desorganisierte Bindung (D), differenziert. Sie kann im Zusammenhang mit einer der drei genannten Bindungstypen oder aber bei nicht klar zuzuordnenden Kindern vorkommen. Diese Kinder haben häufig Bindungs- oder Trennungstraumata erlebt oder sind Opfer sexueller oder körperlicher Misshandlung oder Vernachlässigung. Sie fallen durch stereotype Bewegungen, desorientiertes Verhalten, plötzliche aggressive Ausbrüche etc. auf und reagieren nicht selten mit Angst bei Rückkehr der Bindungsperson (vgl. Grossmann und Grossmann 1994, S. 30; Dornes 2000b, S. 29; Grossmann 2000, S. 43).

In der ursprünglichen Studie von Ainsworth in Baltimore 1978 waren 68% der Kinder sicher gebunden (B), 20% unsicher-vermeidend (A) und 12% ambivalent (C) (vgl. Dornes 2000a, S. 51; Dornes 2000b, S. 29).

In einer später durchgeführten großen Meta-Analyse zur Bindungsforschung von van Ijzendoorn (1996) wurde innerhalb der Durchschnittsbevölkerung von 23,2% unsicher-vermeidend gebundenen Kindern (A), 17,6% unsicher-ambivalent gebundenen Kindern (C) und 59,2% sicher gebundenen Kindern (B) ausgegangen (zit. in: Schmidt und Strauß 1997, S. 9). Die desorganisiert gebundenen Kinder (D) wurden nicht in die Meta-Analyse einbezogen, ihre Prävalenz wird aber von anderen Autoren mit 10% beziffert (vgl. Grossmann und Grossmann 1996, S. 30).

Aus den dargestellten Aussagen der Bindungstheorie lässt sich die große Bedeutung der Kommunikation und Interaktion des Säuglings bzw. Kindes mit seinen primären Bezugspersonen ableiten. Oder, wie es Grossmann aus Perspektive der Bindungspersonen beschreibt:

„Wir können also für das Bindungsverhalten abschließend sagen: Die Bindungsperson ermöglicht Gefühle der Sicherheit, die offene Kommunikation von Signalen fördert und eine sichere Bindung bietet. Ist das nicht der Fall, dann entwickeln sich vermeidende oder ambivalente Bindungsqualitäten“ (Grossmann 2000, S. 46).

Deutlich erkennbar sind emotionale oder empathische Kompetenzen im Zusammenhang mit der Bindungsforschung. Die Bedeutung der Empathie für die Entstehung der ersten Bindungsbeziehung zur Mutter kommt in folgendem Zitat zum Ausdruck.

„One other important aspect of empathy in an evolutionary context is that it serves to bond individuals to one another, especially mothers to infants“ (Plutchick 1987, S. 43).

Bischof-Köhler befasst sich ebenfalls mit Auswirkungen von Bindungsrepräsentationen, indem sie bei unsicher gebundenen Kindern ein zu starkes oder zu geringes Maß an Gefühlsansteckung nachweist (vgl. 2001, S. 326). In einer anderen Studie über das Bindungsverhalten Zweijähriger fand sie heraus, dass unsichere Kinder mehrheitlich unempathisch waren (vgl. Bischof-Köhler 2000, S. 156), und sie betont weiterhin:

„Der Vergleich der Daten ergab einen deutlichen Zusammenhang von sicherer Bindung und empathischem Verhalten“ (Bischof-Köhler 2000, S. 154).

Auswirkungen unsicherer Bindungsbeziehungen auf das Einfühlungsvermögen werden ebenfalls aus Perspektive der Neurobiologie beschrieben:

„In unsicheren Bindungen gefangene Kinder lernen erstaunlich rasch, ihre Gefühle nicht zu zeigen, sie zu verstecken oder sogar bestimmte Gefühle zum Ausdruck zu bringen, die sie in Wirklichkeit gar nicht empfinden, von denen sie aber wissen, dass sie in einer bestimmten Situation von ihnen erwartet werden. [...] Sie gehen dabei bisweilen äußerst schlau vor und lernen, andere sehr genau zu beobachten. Aber ihnen fehlt die Fähigkeit, sich in andere Menschen hineinzusetzen und deren Empfindungen mitzufühlen“ (Hüther 2005, S. 110).

Der Neurobiologe Bauer davon aus, dass Empathie nicht angeboren ist, sondern sich erst durch Bindungsbeziehungen in der frühesten Kindheit entwickelt (vgl. 2006a, S. 118), und dass Menschen „neurobiologisch auf Bindung geeicht sind“ (2006a, S. 62).

Deutliche Zusammenhänge und Auswirkungen von Bindungsbeziehungen auf Prozessverläufe finden sich auch in der Psychotherapieforschung:

„In der Psychotherapie-Prozeßforschung ist es heute eine gesicherte Erkenntnis, daß die *Qualität der emotionalen Bindung* (Hervorheb. im Original) zwischen Therapeut und Patient (,therapeutic bond’) eine der besten Voraussetzungen dafür ist, eine erfolgreiche Behandlung vorherzusagen (Orlinsky et al. 1994)“ (Brisch 2000, S. 86).

1.1.4 Geschlechtsspezifische Aspekte

Bezüglich geschlechtsspezifischer Besonderheiten existieren historisch betrachtet lang anhaltende soziologische, psychologische und auch psychoanalytische Diskussionsprozesse darüber, ob Frauen mehr Sensibilität für die Anteilnahme an Gefühlszuständen anderer aufweisen als Männer (vgl. Eisenberg und Lennon 1983, S. 100; Zahn-Waxler et al. 1992, S. 134).

Zahn-Waxler et al. erbrachten den Nachweis, dass Mädchen mehr Empathie verbalisieren als Jungen und im Bereich des prosozialen Verhaltens signifikante Unterscheidungsmerkmale zugunsten der Mädchen zu erkennen sind (vgl. Zahn-Waxler et al. 1983, S. 1525; Zahn-Waxler et al. 1992, S. 134); gleichzeitig räumen sie aber ein, dass in den meisten anderen Studien keine Geschlechterunterschiede gefunden werden (vgl. Zahn-Waxler et al. 1983, S. 1525).

Auch Borke beschreibt, dass die von ihr untersuchten Jungen und Mädchen sich im Rahmen der affektiven Perspektivenübernahme, die bei Borke mit Empathie gleichgesetzt ist, ebenso wenig unterscheiden wie im Benennen von Gefühlen allgemein (vgl. 1971, S. 265).

In jüngeren deutschsprachigen Veröffentlichungen zu diesem Aspekt wird eine ähnliche Haltung eingenommen. So berichten Schick und Cierpka, dass Mädchen nicht, wie vermeintlich angenommen, mehr empathische soziale Kompetenzen aufweisen als Jungen (vgl. 2003, S. 108).

Eisenberg und Lennon, die die umfassendste englischsprachige Literaturstudie zu Geschlechterunterschieden bei Empathie veröffentlicht haben (vgl. 1983, S. 100ff.), sind hier um mehr Differenzierung bemüht. Sie beschreiben, dass Empathie-Studien, die

durch *Selbstberichte* erhoben wurden (zu Fehlerquellen bei Selbstberichten vgl. 1.1.11), signifikante Geschlechterunterschiede bezüglich der Intensität empathischer Reaktionen nachwies. Andere Studien hingegen, die das Ausdrucksverhalten zur Messung von Empathie heranzogen, zeigten nur noch schwache Effekte; wurden physiologische Reaktionen herangezogen, konnten keinerlei Unterschiede mehr festgestellt werden (vgl. Eisenberg und Lennon 1983, S. 124; Friedlmeier 1993, S. 61). Diese Ergebnisse finden Bestätigung in einer später veröffentlichten Literaturstudie der beiden Autorinnen bezüglich relevanter empirischer Forschungsarbeiten. Dabei zeigte sich, dass die Geschlechterunterschiede von der jeweiligen Forschungsmethode abhängen. In Studien, in denen die Teilnehmer bewusste Kontrolle über ihre Antworten hatten, ergaben sich signifikante Geschlechterunterschiede; in Studien mit weniger Kontrollmöglichkeit für die Teilnehmer wurden die Geschlechterunterschiede kleiner und in Studien ohne bewusste Kontrollmöglichkeit, wie z. B. physiologische und somatische Indikatoren, ließen sich keine Geschlechterunterschiede mehr feststellen (vgl. Lennon und Eisenberg 1987, S. 203).

Auch im Rahmen einer Studie zum kindlichen Verständnis von Emotionen im Gesichtsausdruck wurden keine geschlechtsspezifischen Unterscheidungskriterien gefunden (vgl. Gross und Ballif 1991, S. 379f.).

Allerdings werden diese Studienergebnisse von Zahn-Waxler et al. trotz ihrer Eindeutigkeit kritisch gesehen. Ihrer Ansicht nach wiesen seinerzeit aktuelle Beobachtungsstudien darauf hin, dass bereits bei Kindern, die jünger als 14 Monate sind, geschlechtsspezifische Unterschiede wahrgenommen werden können. So zeigten Mädchen hier bei Konfrontation mit Qualen anderer Menschen mehr empathisches Verhalten und prosoziale Beteiligung als Jungen. Die Autorinnen vermuten als Ursache den bereits ab der Geburt vorliegenden geschlechterspezifischen Sozialisationsdruck, der Mädchen eher auf physische und emotionale Bedürfnisse anderer reagieren lässt (vgl. Zahn-Waxler et al. 1992, S. 134).

Diese unterschiedlichen Bewertungen und die Tatsache, dass Geschlechterunterschiede zwar weitläufig untersucht worden sind, in den relevanten Studien jedoch nur als Begleiterscheinung analysiert wurden (vgl. Lennon und Eisenberg 1987, S. 195), veranlassen Lennon und Eisenberg zu der Forderung nach größerer konzeptueller und methodischer Präzision bei zukünftigen Forschungsvorhaben (vgl. ebd., S. 204).

Bei Analyse der Geschlechterunterschiede im Zusammenhang mit Altersunterschieden der Kinder können Veränderungen bezüglich des spezifischen Index der Empathie festgestellt werden. Im Allgemeinen nimmt Empathie in Selbstberichten über Gefühle, die ein Kind auf Fotos oder in Geschichten eines Anderen wahrnimmt, bis zur Mitte des Grundschulalters zu, pendelt sich dann auf dem erlangten Level ein oder nimmt wieder ab (vgl. Lennon und Eisenberg 1987, S. 211). Ähnliche positive Assoziationen mit zunehmendem Alter sind im Rahmen von Fragebögen zur Empathie bei Vor- und Grundschulkindern zu erkennen, während Ergebnisse von älteren Kindern oder Jugendlichen eher inkonsistent bewertet werden müssen (vgl. ebd.). Genauso inkonsistent sind Selbstberichte über Empathie im Zusammenhang mit dem unmittelbaren Erleben von Gefühlen beim Gegenüber sowie physiologische Messungen (vgl. ebd.), sodass hier keine altersspezifischen Aussagen zu Geschlechterunterschieden im Zusammenhang mit Empathie gemacht werden können.

1.1.5 Sozialpsychologische Aspekte

Neben den dargelegten entwicklungspsychologischen und geschlechtsspezifischen bzw. den noch auszuführenden inhaltlichen und personspezifischen Aspekten der Empathie gibt es auch prozessuale Betrachtungsweisen. Diese setzen sich mit funktionalen Komponenten, wie etwa der Analyse einer bestimmten Situation oder der Lenkung der Aufmerksamkeit, auseinander (vgl. Friedlmeier 1993, S. 39). Gemeinsam ist diesen Modellen, die sich mit Empathie als Prozess befassen, dass sie ausnahmslos emotionale Einflüsse außer Acht lassen und stattdessen sozial-kognitive Prozesse in das Zentrum ihrer Untersuchungen stellen (vgl. ebd., S. 42).

Die Abgrenzung zwischen entwicklungspsychologischen und sozialpsychologischen Ansätzen wird folgendermaßen beschrieben:

„Die entwicklungspsychologische Perspektive stellt in ihren Interpretationsansätzen stärker Empathie als personspezifisches Merkmal in den Vordergrund, während sozialpsychologische Untersuchungen eher die Situationsabhängigkeit betonen“ (Friedlmeier 1993, S. 131).

Empathie wird in diesem letztgenannten Zusammenhang beispielsweise als Prozess, der in drei Phasen verläuft definiert. In der ersten Phase werden verbale und nonverbale Signale sowie Verhaltensweisen beim Gegenüber wahrgenommen, was wiederum zu kognitiven bzw. affektiven Reaktionen führt. In der zweiten Phase versucht der Beobachter dann, die eigenen Gefühle möglichst frei von kognitiven Störungen (z.B.: Vor-

urteile, Verallgemeinerungen) zu halten. In der dritten Phase kommt es dann im Beobachter zu einer deutlichen und bewussten Trennung der Gefühle, die die Situation in ihm auslöst, und derer, die er mit der anderen Person teilt.

Die empathische Reaktion des Beobachters beinhaltet jedoch nicht nur die Reaktion des Beobachters, sondern auch seine Verhaltensweisen der anderen Person gegenüber. Diese Rückmeldung des Beobachters impliziert eine kommunikative Komponente der Empathie, die nicht ausgeblendet werden darf (vgl. Keefe 1976, S. 10; Keefe 1979, S. 31f.; Friedlmeier 1993, S. 38f.).

Friedlmeier verwendet dieses 3-Phasen-Modell als Basis für sein *Aktualgenetisches Modell*. Die Wahrnehmung der Situation des Betroffenen (z.B. Person fällt vom Fahrrad) löst im Beobachter einen emotionalen Ausdruck (z.B. Traurigkeit) aus. Der Beobachter interpretiert die Situation für sich und reagiert entweder mit Mitleid, d. h. die Aufmerksamkeit bleibt auf das Opfer gerichtet; oder er reagiert angespannt bzw. ängstlich, was dazu führt, dass er versucht, der Situation zu entfliehen, und die Aufmerksamkeit nicht länger auf das Opfer richtet, sondern mehr auf sich selbst.

Aus der Mitleid-Reaktion wird sich eher eine altruistische Motivation des Helfens entwickeln, während aus der letztgenannten Reaktion eher eine egoistische Motivation des Umgangs mit der Situation resultieren wird.

In einem letzten Schritt werden die unterschiedlichen Motivationen in Handlungen umgesetzt. Hier spielen eigene Kompetenzzuschreibungen und die Möglichkeit, sich der Situation zu entziehen, eine Rolle. Der Beobachter kann beispielsweise das Opfer unmittelbar trösten oder handelnd eingreifen, indem er ihm das Fahrrad aufhebt. Er kann aber auch durch Ablenken versuchen, die Situation zu entschärfen, oder sogar Außenstehende zur Hilfe bitten und sich dadurch selbst der Situation entziehen (vgl. Friedlmeier 1993, S. 43ff.).

Selbstkritisch wird am Ende der Beschreibung des *Aktualgenetischen Modells* und der Studie von Friedlmeier jedoch angemerkt, dass sich die Frage nach Empathie als Persönlichkeitsmerkmal nicht beantworten lässt, da die Versuchspersonen in der Studie lediglich mit einzelnen Situationen konfrontiert und entsprechend untersucht worden sind (vgl. Friedlmeier 1993, S. 131).

1.1.6 Empathie als Teil der Emotionalen Intelligenz

Eine aufschlussreiche Einordnung des Empathiebegriffes erfolgt im Zusammenhang mit der Diskussion über *Emotionale Intelligenz* in der ersten Hälfte der 1990er Jahre, verbunden mit dem Namen des amerikanischen Psychologen Daniel Goleman. Ausgehend von den Forschungen zur rationalen Intelligenz subsumiert Goleman im Konstrukt der Emotionalen Intelligenz gewissermaßen als Gegenpol zum IQ des Menschen einen EQ, der all das umfassen soll, was die Welt der Gefühle betrifft. Beide Systeme, das rationale und das emotionale, agierten in beständiger, hochkomplexer Wechselwirkung. Goleman versteht unter Emotionaler Intelligenz eine zu erlernende, zutiefst menschliche Fähigkeit:

„Das ist die Fähigkeit, unsere eigenen Gefühle und die anderer zu erkennen, uns selbst zu motivieren und gut mit Emotionen in uns selbst und in unseren Beziehungen umzugehen“ (Goleman 1998, S. 387).

Grundlegend dafür, mit den eigenen Gefühlen und denen der anderen bewusster umzugehen, ist dabei die Empathie. Empathie ist bei Goleman:

„Spüren, was andere empfinden; fähig sein, sich in ihre Lage zu versetzen, und persönlichen Kontakt und enge Abstimmung mit einer großen Vielfalt unterschiedlich geprägter Menschen zu pflegen“ (1998, S. 388), also die „Wahrnehmung der Gefühle, Bedürfnisse und Sorgen anderer“ (S. 39).

Die Wurzeln der Empathie sieht Goleman in der Selbstwahrnehmung. Je offener man für die eigenen Emotionen ist, desto besser kann man die Gefühle anderer deuten. Der psychische Kontakt, der jeder mitmenschlichen Regung zugrunde liege, beruhe auf Empathie, der Fähigkeit, sich emotional auf andere einzustellen (vgl. Goleman 1996, S. 127).

Goleman bezieht sich auf die umfangreichen Forschungen von Robert Rosenthal, der mit dem PONS (Profile of Nonverbal Sensitivity) in den 1970er Jahren an der Harvard-University den ersten ernstzunehmenden Empathietest entwickelt hat (Rosenthal et al. 1977). Er stützt sich auf Videoaufnahmen einer jungen Frau mit unterschiedlichen Gefühlen, die von den Probanden entschlüsselt werden mussten. Die Ergebnisse belegen, dass die Empathiewerte eng mit der Lebens- und Lernleistung zusammenhängen.

Hinsichtlich der Entfaltung der Empathiefähigkeit verweist Goleman auf die Bedeutung der frühkindlichen Erziehung:

„Kinder (...) entwickelten mehr Empathie, wenn ihre Eltern sie dazu anhielten, den Kummer, den sie durch ihr Fehlverhalten einem anderen bereitet hatten, zu beachten, und sie nicht schalten: ‚Das war unartig!‘, sondern sie ermahnten: ‚Schau mal, wie traurig du sie gemacht hast‘“ (Goleman 1996, S.131).

Goleman verweist darauf, dass eine mangelnde Herausbildung der Empathiefähigkeit in der Kindheit „später hohe emotionale Kosten nach sich ziehen“ kann (1996, S. 134).

Das Konzept der Emotionalen Intelligenz und des EQ wurde in der Folge heftig diskutiert und ist bis heute auf der Ebene der Soft Skills (Teamfähigkeit, Führungsstärke) und der überfachlichen Kompetenzen – etwa bei der Entwicklung von Lehr- und Erziehungsprogrammen – fruchtbar. Eine direkte Übertragung des Konzeptes auf therapeutische Anliegen ist bisher noch nicht erfolgt.

1.1.7 Empathie und Aggression

Im Kontext der Aggressionsforschung setzt man sich ebenfalls mit Aspekten der Empathie auseinander. Die Eindämmung von Aggressivität bei Kindern und Jugendlichen kann derzeit als maßgebliches gesellschaftliches Ziel betrachtet werden. Nach Cierpka existieren mittlerweile etliche Konzepte und Programme zur Reduzierung von Aggressivität. Ein wesentliches Merkmal vieler dieser Programme ist die Förderung von Empathie bei Kindern.

„Wissenschaftlich fundierte Präventionsprogramme liegen mittlerweile vor, um Aggressivität von Kindern einzudämmen. Diese Programme setzen an der Entwicklung von prosozialen Kompetenzen an, um aggressive und destruktive Handlungen einzudämmen. Die *Empathieförderung* (Hervorheb. K.R.) ist dabei ein zentraler Bestandteil“ (Cierpka 2004, S. 37).

Das wissenschaftlich fundierte und eines der zurzeit im deutschsprachigen Raum renommiertesten Programme *Faustlos* wird als Gewaltpräventionsprogramm zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Stärkung der Konfliktfähigkeit bei Kindergarten- und Grundschulkindern verstanden. Bei *Faustlos* kommt der Vermittlung von Kompetenzen im Bereich Empathie ebenfalls eine herausragende Bedeutung zu, da diese als eine von drei wesentlichen Zielvorstellungen formuliert wird (vgl. Cierpka 2003, S. 251; Schick und Cierpka 2003, S. 101; Cierpka 2004, S. 41; Fröhlich-Gildhoff 2006, S. 86).

Analysiert man vorliegende Untersuchungen bezüglich Korrelationen zwischen Empathie und Aggressivität, so ist festzustellen, dass bei sehr kleinen Kindern noch keine Aussagen über den Zusammenhang zwischen diesen beiden Konstrukten gemacht werden können. Kleinen Kindern fehlt noch das Vorstellungsvermögen, dass beispielsweise Insekten oder andere Tiere, die sie quälen, genauso leiden wie sie selbst. Die Kinder

können noch nicht empathisch sein, was mit der fehlenden Fähigkeit begründet wird, dem Tier eine, wie Körner (1998, S. 10) es beschreibt, *Objektrepräsentanz* zuzuordnen.

Im Verlauf der weiteren Entwicklung und der damit verbundenen Entfaltung von Empathiefähigkeit (vgl. 1.1.2) kann jedoch anhand einer Meta-Analyse zahlreicher Studien eine negative Korrelation zwischen Empathie und Aggression festgestellt werden (vgl. Miller und Eisenberg 1988, S. 328ff.)

Für die Perspektivenübernahme als Teilbereich der Empathie kann ebenfalls ein aussagekräftiger Zusammenhang nachgewiesen werden. Delinquente Jugendliche weisen in einer Studie im Vergleich zu einer gleichaltrigen Kontrollgruppe signifikant größere Schwierigkeiten auf, die Perspektive einer anderen Person zu übernehmen. Die nicht-delinquenten Jugendlichen konnten trotz ethnischer und sozioökonomischer Unterschiede bedeutend größere Kompetenzen in der Perspektivenübernahme entwickeln als die delinquenten Jugendlichen, die hier deutliche Mängel aufwiesen (vgl. Chandler 1982, S. 478).

Feshbach hat Empathieverhalten von Eltern, die ihre Kinder körperlich misshandeln, mit anderen Eltern verglichen und die Auswirkungen auf die Kinder untersucht. Dabei wurde ein Zusammenhang zwischen geringer Empathiefähigkeit bei den misshandelnden Eltern und Anpassungsschwierigkeiten bei den Kindern festgestellt. Körperliche Gewalt korreliert signifikant mit geringer Empathiefähigkeit auf Seiten der Eltern:

„Thus, low parental empathy has been suggested as a very important element in the matrix of factors involved in physical child abuse“ (Feshbach 1987, S. 287).

Ein Zusammenhang zwischen körperlicher Gewalt und mangelnder Empathiefähigkeit der Eltern und entsprechenden Widerspiegelungen bei den Kindern scheint naheliegend und wird ebenfalls von verschiedenen Autoren (vgl. Steins 1990, S. 43) angenommen.

„Unempathische Eltern haben unempathische Kinder. Die Kinder der unempathischen, mißhandelnden Eltern zeigten geringere Selbstachtung und insgesamt unangepaßteres soziales Verhalten und waren vor allem viel aggressiver“ (Binder 1999, S. 41).

Darüber hinaus zeigen aggressive Kinder häufig Auffälligkeiten im Bindungsverhalten. Durch ihre oft desorganisierten Bindungserfahrungen und eine wenig bis gar nicht empathisch spiegelnde Mutter entwickelt sich bei ihnen selbst ein „Entwicklungsdefizit für Empathie“ (Cierpka 2004, S. 39f.).

Im Umkehrschluss ist festzustellen, dass Personen mit einem hohen Maß an empathischen Kompetenzen bedeutend weniger aggressive Tendenzen zeigen als andere Personen.

„Weil empathische Menschen sich in Sichtweisen hineinfühlen und -denken können, sind sie weniger gefährdet, andere misszuverstehen und sich über deren Verhalten zu ärgern. Die Reduktion von Ärger kommt aber auch daher, dass empathische Menschen dazu neigen, eigene aggressive Tendenzen zu unterdrücken, weil die Wahrnehmung von Schmerz und Distress bei anderen Menschen bei ihnen selbst zu Distress-Reaktionen führt (Feshbach 1984).“ (Cierpka 2004, S. 38).

1.1.8 Empathie und Gefühlsansteckung

Im Rahmen ursprünglicher Definitionen von Gefühlsansteckung existieren keine Unterscheidungen zur Empathie. Auch in späteren Arbeiten werden die Begriffe synonym verwendet (vgl. Bischof-Köhler 1989, S. 43; Friedlmeier 1993, S. 34). Bischof-Köhler kritisiert den Umstand, dass eine Unterscheidung zwischen Empathie und Gefühlsansteckung in der Literatur oftmals nicht vorgenommen wird. Sie benennt den aus ihrer Sicht markanten Unterschied dahingehend, dass man sich bei der Gefühlsansteckung genauso von Emotionen des anderen berührt fühlt wie bei der Empathie, jedoch ist man sich bei der Gefühlsansteckung nicht bewusst, dass es sich um das Gefühl des anderen handelt (vgl. Bischof-Köhler 1989, S. 26; Friedlmeier 1993, S. 34; Bischof-Köhler 2001, S. 321).

„*Phänomenal* (Hervorheb. im Original) ist Empathie die Erfahrung, unmittelbar der Gefühlslage des Anderen teilhaftig zu werden und sie dadurch zu verstehen. Trotz dieser Teilhabe bleibt das Gefühl aber anschaulich dem Anderen zugehörig. Darin unterscheidet sich Empathie von *Gefühlsansteckung* (Hervorheb. im Original) (z.B. bei Panik, Begeisterung oder ansteckendem Lachen), bei der die Stimmung des Anderen vom Beobachter selbst Besitz ergreift und dabei ganz zu dessen eigenstem Gefühl wird.“ (Bischof-Köhler 1989, S. 26)

Auch andere Autoren beziehen Position für eine Differenzierung zwischen Empathie und Gefühlsansteckung. Ihrer Meinung nach handelt es sich bei der Empathie um ein umfassenderes Konstrukt.

„Allerdings ist die Affektansteckung noch nicht mit der Empathie gleichzusetzen. Denn die Einfühlung erleben wir *stellvertretend* (Hervorheb. im Original) für den anderen und können unser Erleben dem anderen zuordnen. Diese Dezentrierung, die Zuordnung des erlebten Affekts zu einem anderen, fehlt aber in der Affektansteckung vollkommen. Der *angesteckte* (Hervorheb. im Original) Affekt wird zu einem eigenen Erleben, und er bleibt es auch in der sorgfältigsten Selbstbetrachtung“ (Körner 1998, S. 7).

Friedlmeier definiert die Gefühlsansteckung als emotionale Reaktion auf eine emotionale Situation einer anderen Person, bei der man denselben emotionalen Zustand einnimmt wie die andere Person, sich also „anstecken“ lässt. Es entsteht eine Identifikation

mit der anderen Person, die bei der Empathie nicht zwingend vorkommt, weil man sich dabei des emotionalen Unterschiedes zwischen sich und der anderen Person bewusst ist (vgl. Friedlmeier 1993, S. 34).

Dass sich Empathie aus verschiedenen Bestandteilen zusammensetzt und die Gefühlsansteckung einen wesentlichen Bestandteil der Empathie ausmacht (vgl. Körner 1998, S. 1; Bischof-Köhler 2001, S. 325; Behr et al. 2004, S. 2), ist mittlerweile genauso unbestritten wie die bereits beschriebene Annahme, dass Gefühlsansteckung angeboren und bereits bei Neugeborenen zu beobachten ist (vgl. 1.1.2).

„Die angeborene, primärprozeßhafte Gefühlsansteckung bildet den Kern der Einfühlung. [...] Mit der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme entwickelt das Kind eine zunehmend komplexer werdende Kompetenz, die soziale Lage des anderen Menschen mit dessen Augen zu betrachten und zu akzeptieren, daß dieser die Welt unter anderen Voraussetzungen sieht und daher auch andere Absichten und Ziele verfolgt“ (Körner 1998, S. 12).

Gefühlsansteckung spricht auf das *Ausdrucksverhalten* des anderen an, nicht aber auf die *Situation*, in der man sich befindet (vgl. Binder 1999, S. 50; Bischof-Köhler 2001, S. 325). Der Nachweis dafür wurde durch einen Versuch von Klinnert erbracht, der Säuglinge und deren Mütter beobachtet hat, die sich in einem Raum mit Spielzeug befanden. Die Säuglinge waren von der Mutter durch eine im Boden eingelassene Glasplatte getrennt, unter der sich ein Abgrund befand. Die Kinder machten das Überqueren des Abgrundes vom Ausdrucksverhalten der Mutter abhängig. Lächelte diese ihnen zu, überquerten sie die Glasplatte, schaute sie ängstlich, trauten sich die Kinder nicht über die Glasplatte (vgl. Binder 1999, S. 128). Das im Ausdruck der Mutter erkennbare Gefühl löst also durch die Beobachtung des Kindes ein ähnliches Gefühl in ihm aus, die jeweilige Situation ist dabei zweitrangig.

Da es nun aber auch Situationen gibt, die allein schon beim Erzählen Empathie auslösen, wie etwa die Schilderung eines bewegenden Erlebnisses durch eine andere Person, muss es neben der Gefühlsansteckung noch weitere und zusätzliche Faktoren geben, die für die Empathie notwendig sind und den Unterschied zwischen beiden deutlich machen.

Nach Bischof-Köhler (vgl. 2001, S. 325) bildet die Gefühlsansteckung die Grundlage, für die jedoch ein deutliches Bekunden der Emotionen oder Intentionen im Ausdrucksverhalten des anderen notwendig sind. Auf dieser Grundlage von Gefühlsansteckung kann sich Empathie gewissermaßen als Entwicklungsschritt entfalten, sobald sich beim Kind eine psychische Grenze zwischen sich und dem Gegenüber ausgebildet hat. Das ist

im zweiten Lebensjahr möglich, wenn das Kind sich im Spiegelbild erkennen kann und die Abgrenzung zwischen *Ich* und *Du* stattgefunden hat (vgl. 1.1.2).

„Der Anblick des anderen in seiner Situation bringt also im Beobachter das subjektive Erleben zum Klingen, das dieser Situation entspricht. Aber wiederum erlaubt die Abgrenzung von Ich und Du, das induzierte Gefühl auf den anderen und seine Situation zu beziehen und dadurch zu erkennen, dass es *seine* (Hervorheb. im Original) kennzeichnet.

Der zuletzt genannte Punkt berührt nun eine Schwachstelle der Empathie. Wie stark und ob die Abgrenzung von Ich und Du stattfindet, hängt von Faktoren ab, über die wir kaum etwas wissen. Auch Erwachsene können noch von Gefühlsansteckung weggeschwemmt werden oder sich im gegenteiligen Fall gegen das Leid eines anderen so stark abgrenzen, dass von empathischem Mitempfinden nicht mehr die Rede sein kann“ (Bischof-Köhler 2001, S. 326).

Bei der Beantwortung dieser Frage könnte die Bindungsforschung hilfreich und richtungsweisend sein. Hier scheinen sich Zusammenhänge zwischen Bindungsqualität und Gefühlsansteckung abzuzeichnen (vgl. Bischof-Köhler 1989, S. 85; Bischof-Köhler 2001, S. 326).

Sicher gebundenen Kindern gelingt das Gleichgewicht zwischen Abgrenzung und Identifikation mit dem anderen deutlich besser als unsicher gebundenen Kindern, die sich von stark betroffen oder aber deutlich blockiert im Bereich der Gefühlsansteckung zeigen (vgl. Bischof-Köhler 2001, S. 326). In einer Studie über mögliche Zusammenhänge zwischen Empathie und Bindungsverhalten konnte nachgewiesen werden, dass unsicher gebundene Kinder signifikant unempathischer reagieren als sicher gebundene Kinder (vgl. Bischof-Köhler 2000, S. 142).

Die Korrelationen zwischen Empathie und Gefühlsansteckung als wesentlichem Teilbereich der Empathie werden in der Fachliteratur äußerst unterschiedlich beschrieben und dargestellt. Einige Autoren sehen Parallelen und direkte Wechselwirkungen zwischen Gefühlsansteckung und Empathie:

„Weil die Affektansteckung vermutlich den affektiven Kern empathischen Geschehens ausmacht, wirken sich Mängel in dieser Fähigkeit oder Bereitschaft auch als Störung der Empathiefähigkeit aus“ (Körner 1998, S. 7).

Andere Autoren hingegen weisen darauf hin, dass sich die Gefühlsansteckung konträr zu anderen Teilaspekten der Empathie (z.B. Perspektivenübernahme) verhält. Die Ergebnisse der Studie von Behr et al. sprechen dafür, dass Gefühlsansteckung beispielsweise positiv mit Angst und Depressionen bei Kindern korreliert (vgl. 2004, S. 9). Außerdem sind Kinder mit hohem Maß an Gefühlsansteckung schlechter in der Schule (vgl. ebd.).

Genauere und vertiefende Untersuchungen des Konstrukts *Gefühlsansteckung* mit all seinen Facetten sollten durchgeführt werden und können Aufschluss darüber geben, welche Bedeutung sie für die Empathieentwicklung einnimmt und welche der dargestellten Theorien Anhaltspunkte zur Weiterentwicklung beinhalten.

1.1.9 Empathie und Perspektivenübernahme

Wie bereits ausgeführt, werden im Zusammenhang mit Empathie oft drei Aspekte (Gefühlsansteckung, Perspektivenübernahme, Mimik/Gestik/Körpersprache) benannt, wobei bei der Perspektivenübernahme von verschiedenen Autoren ein zentraler Stellenwert eingeräumt wird (vgl. Körner 1998, S. 3; Behr et al. 2004, S. 2).

In der Literatur werden die beiden Konstrukte *Empathie* und *Perspektivenübernahme* als eng zusammenhängend, teilweise sogar synonym betrachtet und verwendet (vgl. Borke 1971, S. 269; Bischof-Köhler 1989, S. 14; Rugulies 1990, S. 13; Steins 1998, S. 117; Bischof-Köhler 2001, S. 321).

Nach Bischof-Köhler handelt es sich bei Empathie jedoch um eine eher emotionale Reaktion, bei der das empfundene Gefühl beim Gegenüber verbleibt. In Abgrenzung dazu definiert sie Perspektivenübernahme folgendermaßen:

„Perspektivenübernahme ist ein rein rationaler Mechanismus, bei dem man sich in die Lage eines anderen *hineindenkt* (Hervorheb. im Original), ohne emotional davon berührt zu sein“ (Bischof-Köhler 2001, S. 321).

Auch bei der Analyse verschiedener anderer Definitionen stellt man fest, dass Perspektivenübernahme fast ausnahmslos als kognitiver Prozess betrachtet wird (vgl. Steins 1998, S. 118).

Die erste umfassende Studie zur Perspektivenübernahme haben Piaget und Inhelder 1947 mit ihrem *Drei-Berge-Versuch* durchgeführt (vgl. 1971, S. 251ff.). Bei dem Versuch, der die *visuell-räumliche Perspektivenübernahme* untersuchte, bekamen vier- bis zwölfjährige Kinder ein 1m² großes dreidimensionales Pappmaché-Modell einer Gebirgslandschaft, eine kleine Holzpuppe sowie zehn Bildkarten dieser Landschaft aus unterschiedlicher Perspektive vorgelegt. Die Kinder sollten nun beschreiben, was die um die Berge herumwandernde Holzpuppe wohl sieht, bzw. sollten sie unterschiedliche Perspektiven den entsprechenden Bildkarten oder Fotografien zuordnen (vgl. Piaget und Inhelder 1971, S. 252; Rugulies 1993, S. 5f.; Steins und Wicklund 1993, S. 226).

Piaget und Inhelder schlossen aus ihren Ergebnissen, dass vier- bis sechsjährige Kinder noch so egozentristisch sind, dass für sie die eigene Perspektive identisch ist mit der Fremdperspektive aus Sicht der Holzpuppe. Erst ab dem siebten Lebensjahr sei es möglich, den Egozentrismus zu überwinden und eine andere visuell-räumliche Perspektive einzunehmen (vgl. Piaget und Inhelder 1971, S. 252).

In der Folge entwickelte sich jedoch viel Kritik an den Studienergebnissen, und Folgestudien wurden initiiert. Dabei konnte beispielsweise nachgewiesen werden, dass durch die Reduktion der Komplexität der Aufgabenstellung, durch aktive Interaktionsmöglichkeiten mit der Umgebung sowie die Bereitstellung von Orientierungshilfen für das Kind die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme deutlich gesteigert werden konnte, und zwar auch bei Kindern, die nach Piaget und Inhelder noch in der Phase des Egozentrismus verhaftet schienen (vgl. Rugulies 1993, S. 6; Steins und Wicklund 1993, S. 228).

Das zweite Konzept ist als *konzeptuelle Perspektivenübernahme* bekannt und wird von manchen Forschern auch unter der Terminologie *sozial-kognitive Perspektivenübernahme* oder als *Rollenübernahme* subsumiert (vgl. Steins 1990, S. 30; Rugulies 1993, S. 5; Steins und Wicklund 1993, S. 228f.). Es wurde ursprünglich von Flavell et al. als *Paradigma der privilegierten Information* entwickelt (vgl. 1968, S. 4ff.).

Zentraler Gedanke dieses Versuchsaufbaus ist, dass die Versuchsperson über Informationen verfügt, die der Person, deren Perspektive übernommen werden soll, fehlen. Ist die Versuchsperson in der Lage, das Informationsdefizit der anderen Person zu berücksichtigen, kann von einer Kompetenz zur Perspektivenübernahme ausgegangen werden. Gelingt das der Versuchsperson nicht, ist sie (noch) stark in der Phase des Egozentrismus verhaftet und zur Perspektivenübernahme nicht in der Lage (vgl. Rugulies 1993, S. 7).

Beispielsweise wird einem Kind eine siebenteilige Bildergeschichte vorgelegt, in der ein ängstlicher Junge plötzlich von einem aggressiven Hund verfolgt wird und auf einen Apfelbaum flüchtet, wo er einen Apfel entdeckt und diesen verspeist. Nun werden einige der sieben Bilder entfernt, wodurch die Geschichte einen vollkommen anderen Inhalt erhält: Der Junge geht einen Weg entlang, entdeckt den Apfelbaum, auf den er klettert, um einen Apfel zu verspeisen. Der Hund ist zwar zu sehen, bleibt allerdings im Hintergrund. Während des Versuchs befinden sich zwei Versuchsleiter mit dem Kind in einem Raum; der eine verlässt den Raum, während der andere dem Kind die siebenteilige Bildergeschichte mit dem aggressiven Hund vorlegt. Nach einiger Zeit kommt der zweite Versuchsleiter hinzu, dem die vierteilige Bildergeschichte vorgelegt wird. Das

Kind wird anschließend aufgefordert, die Geschichte so zu schildern, wie der hinzugekommene Versuchsleiter sie wahrnehmen würde.

Die Herausforderung besteht somit für das Kind darin, die eigene Perspektive zu unterdrücken, um die Perspektive des Gegenübers einzunehmen (vgl. Steins 1990, S. 31f.; Steins und Wicklund 1993, S. 229). Nach den ersten Studienergebnisse zur *konzeptuellen Perspektivenübernahme* gelingt es den Kindern erst ab einem Alter von neun Jahren, die Geschichte aus der Perspektive des Anderen zu erzählen (vgl. Steins 1990, S. 34; Rugulies 1993, S. 9; Steins und Wicklund 1993, S. 229).

Ähnlich wie bei den Untersuchungen von Piaget und Inhelder (vgl. 1971, S. 251ff.) zur *visuell-räumlichen Perspektivenübernahme* existieren mittlerweile zahlreiche Folgeuntersuchungen zur *konzeptuellen Perspektivenübernahme*, die daran zweifeln lassen, dass Kinder erst ab dem neunten Lebensjahr dazu in der Lage sind. Verschiedene Forscher wiesen nach, dass es auch hier durch die Anwesenheit vertrauter Personen oder die Vereinfachung des Versuchsablaufes möglich ist, bereits bei vier- bis fünfjährigen Kindern *konzeptuelle Perspektivenübernahme* nachzuweisen (vgl. Steins 1990, S. 34f.; Rugulies 1993, S. 8f.; Steins und Wicklund 1993, S. 229).

Das dritte Konzept der *affektiven Perspektivenübernahme* fußt auf den Studien von Borke und beinhaltet die Kompetenz einer Person, die Bedürfnisse und Gefühle einer anderen Person vorherzusagen. Bereits dreijährige Kinder sind demnach in der Lage – zumindest im Zusammenhang mit positiven Emotionen – eine fremde Perspektive zu übernehmen (vgl. Borke 1971, S. 265; Rugulies 1993, S. 9; Steins und Wicklund 1993, S. 229).

Drei- bis achtjährigen Kindern wurden zunächst Zeichnungen von ängstlichen, traurigen, ärgerlichen und glücklichen Gesichtern gezeigt, die sie entsprechend benennen sollten. Anschließend wurde ihnen Geschichten vorgelesen, in der andere Kinder leicht als ängstlich (sich im dunklen Wald verirren), traurig (Verlieren eines Spielzeugs), ärgerlich (gezwungen werden, ins Bett zu gehen) oder glücklich (Essen eines Lieblings-Snacks) wahrgenommen werden konnten. Die Kinder wurden gebeten, die Gefühle der beteiligten Akteure aus der Geschichte zeichnerisch in einem leeren Gesichtsbild wiederzugeben. In einem zweiten Durchgang wurde ebenfalls eine Geschichte vorgelesen, in der einer der vier Emotionsausdrücke durch das Verhalten eines anderen Kindes ausgelöst wurde. Beispielsweise „Teilen von Süßigkeiten“ oder „Schubsen vom Fahrrad“. Die Kinder sollten nun anhand der Gesichtsbilder das Gefühl benennen, welches dem

betroffenen anderen Kind am besten entspricht (vgl. Borke 1971, S. 264, auch zit. in: Schrewe 1996, S. 72; Steins 1990, S. 22).

Die Untersuchungen ergaben eine auf das Alter bezogene Zunahme an affektiver Perspektivübernahme sowie eine Abhängigkeit von der Art der jeweiligen Emotion.

„Die Ergebnisse legen einen allgemeinen Trend für das Anwachsen sozialer Sensitivität mit zunehmendem Alter nahe und sind soweit konsistent mit den Beobachtungen von Piaget und Inhelder (1947). Die Daten zeigen jedoch auch, daß die Leistungen der affektiven Perspektivübernahme in Abhängigkeit mit der zu identifizierenden emotionalen Reaktion variieren. Das Verständnis für positive Emotionen (glücklich) bei anderen Personen im Vergleich zu negativen Emotionen (traurig, ängstlich und ärgerlich) scheint schon mit drei Jahren etabliert zu sein“ (Steins 1990, S. 23).

Als zentraler Kritikpunkt des Konzeptes der *affektiven Perspektivübernahme* wird immer wieder angeführt, dass die affektive Perspektivübernahme stärker noch als andere Formen der Perspektivübernahme mit Empathie gleichgesetzt wird (vgl. Mehrabian und Epstein 1972, S. 525; Steins 1990, S. 27).

Eine Differenzierung zwischen den beiden Konstrukten der Empathie und der affektiven Perspektivübernahme versucht Steins herzustellen, indem sie die affektive Perspektivübernahme als *Verständnis* der Gefühle anderer und somit als eher kognitive Komponente definiert, während sie Empathie als eher affektive Komponente versteht, die auch das *Erleben* von Emotionen impliziert (vgl. Steins 1990, S. 28; Steins und Wicklund 1993, S. 234). Eine dieser Auffassung entsprechende Definition von Perspektivübernahme findet sich bei Iannotti:

„Perspective taking involves understanding another’s thoughts and motives as well as feelings; unlike some forms of empathy, it does not require an emotional response“ (1985, S. 47).

Bei der Suche nach weiteren Unterscheidungsmerkmalen zwischen Perspektivübernahme und Empathie kann u. a. die Nähe bzw. Distanz zur wahrgenommenen Person herausgearbeitet werden, die es zu differenzieren gilt:

„Während Perspektivübernahme eine gewisse, optimale *Distanz* (Hervorheb. im Original) zu der wahrgenommenen Person erfordert (Piaget, 1924), damit deren Perspektive überhaupt erkennbar werden kann, bildet das Kernstück der Definition von Empathie eine intensive emotionale *Nähe* (Hervorheb. im Original) zur wahrgenommenen Person.“ (Steins 1998, S. 119).

Weitere Unterschiede zwischen Empathie und Perspektivübernahme sind in der Genese beider Konstrukte zu verorten. Die Perspektivübernahme verläuft nach Piaget (1924) einerseits parallel zur kognitiven Entwicklung. Andererseits ist ein gewisses Maß an sozialer Anregung erforderlich, um die sozialen Faktoren des Konstruktes erwerben zu können (vgl. Steins 1998, S. 119).

Die Genese der Empathie hingegen ist stark von sozialen Determinanten mit dem Schwerpunkt Entwicklungspsychologie und Bindungsforschung geprägt. Die Empathiefähigkeit der Mutter, eine enge Bindung zu einer wichtigen Bezugsperson, die Position in der Geschwisterreihe und der Erziehungsstil in der Familie scheinen wichtige Prädiktoren zur Empathieentwicklung zu sein (vgl. Steins 1998, S. 119).

In den meisten Veröffentlichungen wird ein positiver Zusammenhang zwischen Empathie und Perspektivenübernahme angenommen; Personen mit besserer Kompetenz im Bereich Perspektivenübernahme gelten als empathischere Menschen bzw. deutet ein Mangel in der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme auf mangelhafte empathische Fähigkeiten hin (vgl. Steins 1990, S. 42; Steins und Wicklund 1993, S. 226; Körner 1998, S. 10; Steins 1998, S. 117f.).

In einer Meta-Analyse über Diagnostik von Empathie und Perspektivenübernahme hat Steins jedoch nachgewiesen, dass die beiden Konstrukte nicht immer in einem kausalen Zusammenhang stehen, sondern durchaus auch negativ miteinander korrelieren. Dies geschieht insbesondere in solchen Situationen, die zwischen Proband und Zielperson mit Konflikten beladen sind (vgl. Steins und Wicklund 1993, S. 235), bzw. in Situationen, die mit einem hohen Aufforderungscharakter verbunden sind (vgl. 1998, S. 127).

Daraus und aus den benannten Unterschieden zwischen Empathie und Perspektivenübernahme schlussfolgert sie, dass beide Begriffe deutlicher voneinander abgegrenzt werden sollten (vgl. Steins 1998, S. 127).

Steins und Wicklund entwickelten ein eigenes Modell zur Perspektivenübernahme, da ihnen die entwicklungspsychologische Sichtweise von Perspektivenübernahme als einmal entwickelte Fähigkeit, die für ein zivilisiertes Zusammenleben notwendig ist (vgl. Steins 1990, S. 4), zu begrenzt erschien.

Sie beziehen dabei die Variablen *Nähe zur Zielperson* sowie *Qualität der Beziehung zwischen zwei Personen* mit ein. Dabei gehen sie davon aus, dass die Perspektivenübernahme besser gelingt, je größer die Nähe zwischen dem Probanden und der Zielperson ist (vgl. Steins und Wicklund 1993, S. 235). Bei der Qualität der Beziehung zwischen den beiden Personen vertreten sie die Annahme, dass sich die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme reduziert, wenn ein Konflikt zwischen dem Probanden und der Zielperson besteht (vgl. ebd.).

Zusammenfassend kann man Perspektivenübernahme aus Sicht von Rugulies, der an den Untersuchungen von Steins und Wicklund beteiligt war, folgendermaßen definieren:

„Perspektivenübernahme besteht darin, den objektiv wahrnehmbaren Hintergrund einer Person zu erkennen, (sic!) und durch diese Erkenntnis die visuell-räumliche, konzeptuelle und/oder affektive Perspektive der Person zu verstehen. Objektiv wahrnehmbarer Hintergrund können die aktuellen Aspekte der Situation sein, in der sich die Person befindet, aber auch Ereignisse, die vorher stattgefunden haben, ja die Berücksichtigung der gesamten Lebensgeschichte der Person kann unter bestimmten Umständen wichtig für eine gute Perspektivenübernahme sein. Es ist dabei nicht von Belang, die Situation des anderen nachempfinden zu können, das heißt, es ist nicht nötig, empathisch zu sein.

Gute Perspektivenübernahme bedeutet also, die Welt, so weit wie das eben möglich ist, objektiv wahrzunehmen“ (Rugulies 1993, S. 16).

Im Kontext von Perspektivenübernahme und Aggression kann ebenfalls auf verschiedene Publikationen verwiesen werden, wenngleich der Terminus Perspektivenübernahme dabei nicht so exakt umschrieben verwendet wird wie in den bislang angefügten Beispielen.

Oerter (1997, S. 118) beschreibt, dass bisweilen Aggression zwischen Kindern im Spiel entstehen kann, wenn diese nicht in der Lage sind, die Perspektive des anderen zu übernehmen. Beispielsweise kann eine geballte Faust von einigen Kindern, die Schwierigkeiten in der Metakommunikation haben, dahingehend nicht unterschieden werden, ob es sich um eine eher spielerische oder aber ernstzunehmende aggressive Geste handelt. So kann es aufgrund mangelnder Kompetenzen im Bereich der Perspektivenübernahme zu aggressiven Reaktionen kommen, obwohl das andere Kind lediglich spielerisch eine Faust erhoben hat (vgl. ebd.).

Auch andere Autoren, die sich mit kindlicher Aggressivität und Perspektivenübernahme befassen, sehen Zusammenhänge zwischen den beiden Konstrukten. Cierpka beispielsweise beschreibt in seinem Gruppenprogramm zur Reduzierung kindlicher Aggressionen, dass das Lernen empathischer Kompetenzen im Programm *Faustlos* beinhaltet, die Perspektive des anderen übernehmen zu können (vgl. 2003, S. 250). Dieselbe Aussage positiv formulierend, betonen Schick und Cierpka, dass *Faustlos* zu besserer Perspektivenübernahme beiträgt (vgl. 2003, S. 106).

In anderen Untersuchungen werden die Zusammenhänge zwischen Perspektivenübernahme und sozialer Interaktion bzw. kommunikativen Komponenten näher analysiert.

Steins (1990, S. 40ff.; S. 167) beschreibt in ihrer Studie, dass sich reger sozialer Austausch begünstigend auf Perspektivenübernahme auswirken kann. Kontakt und Kommunikation seien für die Entwicklung von Perspektivenübernahme wichtig. Sie zitiert

eine norwegische Vergleichsstudie zwischen Kindern in Städten, Dörfern und einsam gelegenen Bauernhöfen. Bei gleicher Intelligenz kommunizieren die Kinder von einsamen Bauernhöfen weniger miteinander und sind weniger zur Perspektivenübernahme in der Lage als die Kinder aus ländlichen bzw. städtischen Regionen mit durchschnittlichem Kommunikationsverhalten. Die Autoren schlussfolgern aus den Ergebnissen ihrer Studie, dass verbale Interaktion und Interaktion unter Gleichaltrigen Auswirkungen auf die Kompetenz zur Perspektivenübernahme haben (vgl. Hollos und Cowan 1973, S. 639).

1.1.10 Empathische Reaktionen in Mimik, Gestik und Körpersprache

Ein weiterer Forschungsstrang in Verbindung mit Empathie stellt die Körpersprache dar. Dabei werden diverse Ausdruckssignale zunächst wahrgenommen und dann decodiert. Anhand von Mimik, Gestik, Atmung oder Tonfall ist es möglich, Rückschlüsse auf die Emotionen der Person zu ziehen (vgl. Eisenberg et al. 1988, S. 237ff.; Weinberger 2001, S. 85ff.; Behr et al. 2004, S. 2).

Bei näherer Beschäftigung mit menschlichen Ausdruckssignalen kann man diese weiter differenzieren in einerseits vegetativ-physiologische Ausdruckssignale, die sich willkürlich ereignen (z.B. Herz-, Pulsfrequenz, Hautwiderstand, Erröten, Pupillenerweiterung). Andererseits gibt es bewusst oder unbewusst gesteuerte Ausdruckssignale, die eher als Ausdrucksverhalten oder (non-)verbale Kommunikationsform beschrieben werden können (vgl. Friedlmeier 1993, S. 58; Binder 1999, S. 61ff.).

Bei den physiologischen Reaktionen gehen einige Autoren davon aus, dass die Frequenz des Herzschlags als Indikator für Empathie verwendet werden kann. Gefühle von Trauer lassen sich durch langsamen Herzschlag nachweisen, Angst und Furcht hingegen produzieren einen schnellen Herzschlag (vgl. Eisenberg et al. 1988, S. 240). Es können positive Korrelationen zwischen der Herzschlagfrequenz und der Art der Mimik nachgewiesen werden (vgl. ebd., S. 242).

Ausdruckssignale im Sinne von Ausdrucksverhalten bzw. (non-)verbalen Kommunikationsformen bedürfen bereits im frühen Säuglingsalter der Stimulierung, um sich weiterentwickeln zu können. Eine derartige Stimulierung gibt es im *Motor Mimicry*, einer

Art Bewegungsimitation, die schon Ende des 19. Jahrhunderts beschrieben wurde. Der bereits am Anfang des Kapitels erwähnte Philosoph Theodor Lipps, der an der Entwicklung des Empathie-Begriffs maßgeblich beteiligt war, schreibt dem *Motor Mimicry* einen wesentlichen Teilaspekt der Empathie zu (vgl. Binder 1999, S. 61). Einige Autoren beschreiben *Motor Mimicry* sogar als primitivste Form der Empathie (vgl. Bavelas et al. 1987, S. 317; Binder 1999, S. 68).

Die motorische mimische Spiegelung des Säuglings durch die Mutter ist unabdinglich für die Entstehung von Bindung, wenngleich die Spiegelung der Bezugsperson durch ihren teilweise animierenden Charakter etwas über einfache *Motor Mimicry* hinausgeht (vgl. ebd., S. 61).

„*Motor-Mimicry* (Hervorheb. im Original) im Sinne einer verstärkenden Emotionsbahnung als empathische Spiegelung oder auch Darstellung von Emotionen, die man phantasiert oder kommuniziert, aber nicht notwendigerweise selber hat, erleichtert dem Kind eine erlebnismäßige Verknüpfung von vegetativ physiologischen Sensationen und ihrer Entsprechung im expressiven Ausdruck“ (Binder 1999, S. 61).

Aber nur durch diese Spiegelung der Bezugsperson kann das Kind ein Schema für eigene Emotionen entwickeln und eigene Wahrnehmungen zunehmend differenzieren. Kommt es zum Mangel an *Motor Mimicry*, kann das gravierende Folgen für die Entwicklung des Kindes haben:

„Bei zu geringer Ausprägung von empathischem *Motor-Mimicry* (Hervorheb. im Original) durch die Mutter kann es zum frühkindlichen depressiven Hospitalismussyndrom und zu Retardierungen und auch überdauernd zu Störungen in der Bindungsfähigkeit und später auch zu Defiziten in der Entwicklung bzw. Sozialisation der Empathiefähigkeit kommen. Aber auch ein in Ausmaß, Tempo und Qualität übersteigertes, extrem diskontinuierliches und damit nicht kindzentriertes expressives *Motor-Mimicry* (Hervorheb. im Original)-Verhalten der Mutter kann destruktive Folgen haben“ (Binder 1999, S. 63).

Wie bereits beschrieben (vgl. 1.1.2) ist die Phase der intensivsten mimischen Interaktion zwischen dem 3. und 6. Monat zu lokalisieren, wenn das Kind erstmals erlebt, welche Wirkung es mit seinem mimischen Ausdruck auf seine Umwelt entfalten kann. Es ist eine Zeit rasanten Lernens, in der die Bezugspersonen in ihrer Mimik oft übertrieben und überspitzt agieren, um den jeweiligen emotionalen bzw. Gesichtsausdruck deutlich darzustellen (vgl. Stern 2000b, S. 18ff.). Als Grunddimensionen werden im Allgemeinen neutral, ängstlich, fröhlich, traurig und zornig unterschieden.

Ekman hat in umfangreichen Studien versucht zu ergründen, ob der emotionale Gesichtsausdruck kulturell geprägt und verschiedenartig ist oder ob über kulturelle Grenzen hinweg Gemeinsamkeiten existieren. Dabei verweist er auf die notwendige Unterscheidung zwischen Gesichtsgestik und emotionalem Gesichtsausdruck. Während

Gesichtsgesten wie etwa Zublinzeln oder negierendes Kopfschütteln meist unabhängig von Emotionen sind und kulturell variieren können, ist der emotionale Gesichtsausdruck, wie etwa ein Lächeln, von Emotionen abhängig und beinhaltet meist eine Botschaft (vgl. Ekman 1984, S. 50). Interessant ist hier, dass der emotionale Gesichtsausdruck bei Induktion bestimmter Gefühle (über Videoaufnahmen oder Bilder) bei Japanern genauso wirkt wie bei Amerikanern und bei zivilisierten Menschen mit hohem Fernsehkonsum identisch ist mit dem von Menschen, die nie einen Fernseher zu Gesicht bekommen haben (vgl. ebd., S. 56; Ekman 2004, S. 15ff.).

Von Bedeutung sind zudem die Ergebnisse diverser Forschungsarbeiten, die Eisenberg und Lennon in ihrer Literaturstudie herausarbeiteten. Bei der Suche nach Gründen für verschiedenartige, sich teilweise widersprechende empathische Reaktionen entwickelten sie die Hypothese, dass diese eventuell nicht auf allen Kanälen (Selbstberichte, Gesichtsausdruck und physiologische Reaktionen) simultan ausgedrückt werden. Diese Hypothese konnte durch andere Studien verifiziert werden, die belegen, dass sowohl Kinder als auch Erwachsene, die ihre emotionalen Reaktionen deutlich über den Gesichtsausdruck kommunizieren, dahin tendieren, in derselben Situation relativ wenig über physiologische Ausdrucksformen messbare Reaktionen zu zeigen (vgl. Eisenberg und Lennon 1983, S. 126). Es wird vermutet, dass je nach Person der eine oder andere Kanal dominiert, was wiederum die Begründung dafür liefern könnte, dass sich in einigen Messungen bzw. den entsprechenden Studien so schwer Parallelen zwischen Selbstberichten, Gesichtsausdruck und physiologischer Reaktion nachweisen ließ (vgl. ebd.).

Dem Gesichtsausdruck kommt auch in weiteren Publikationen eine zentrale Rolle zu. So wird behauptet, dass er von wesentlicher Bedeutung im Rahmen sozialer Interaktion ist. Die Fähigkeit, Gefühle im Gesichtsausdruck des Gegenübers zu erkennen, sei ein notwendiger Bestandteil in der Entwicklung sozialer Kompetenz (vgl. Gross und Ballif 1991, S. 368).

Bei einer Untersuchung mit ein- bis eineinhalbjährigen Kindern stellte sich heraus, dass es den Kindern besser gelang, sich von der Mutter zu entfernen und einem Spielzeug zuzuwenden, wenn sie lächelte. Zeigte die Mutter hingegen einen furchtsamen Gesichtsausdruck, blieben sie in ihrer Nähe, statt sich dem Spielzeug zuzuwenden (vgl. Thompson 1987, S. 129f.).

Bereits Kinder, die jünger als zwei Jahre sind, sind in der Lage, Ähnlichkeiten bzw. Unterschiede bezüglich des emotionalen Gesichtsausdruckes anhand von Fotografien zu erkennen. Diese Kompetenzen nehmen mit der altersgemäßen Entwicklung zu (vgl. ebd., S. 373f.).

Eine neuere Studie von Nowicki und Duke (vgl. 1992, S. 389ff.) schreibt der Kompetenz, Emotionen durch Gesichtsausdruck und Tonfall zu decodieren, eine besondere Bedeutung zu. So konnte bei einer Studie mit 456 Grundschulkindern der Nachweis erbracht werden, dass Kinder mit besseren Fähigkeiten, ihre Emotionen im Gesichtsausdruck und Tonfall auszudrücken, beliebter waren, mehr Selbstvertrauen hatten und eine größere Wahrscheinlichkeit aufwiesen, höhere akademische Abschlüsse zu erzielen:

„Children who were better at decoding nonverbal emotional information in faces and tones of voice were more popular, more likely to be internally controlled, and more likely to have higher academic achievement scores” (Nowicki und Duke 1992, S. 385).

Die Forschung über nonverbale Kommunikation hat in der jüngeren Vergangenheit stark zugenommen. Lediglich 10% sämtlicher Literaturangaben stammen aus der Zeit vor 1960, zwei Drittel sind seit 1970 veröffentlicht worden (vgl. Nowicki und Duke 1992, S. 385).

1.1.11 Diagnostik von Empathie

Ähnlich unterschiedlich wie die Definitionen von Empathie sind diagnostische Möglichkeiten zur Erfassung empathischer Kompetenzen. Bischof-Köhler führt dafür global ungeeignete Methoden zur Empathiemessung an (vgl. 1989, S. 72); Behr et al. bemängeln, dass bei Studien zu empathie-bezogenen Kompetenzen unterschiedliche Operationalisierungen und diagnostische Verfahren angewendet werden, die zuverlässige Vergleiche der Ergebnisse unmöglich machen (vgl. Behr et al. 2004, S. 1ff.).

Das Ausmaß von Empathie wird in einigen Fällen durch aufwändige Messungen physiologischer Arousals erhoben (vgl. Mehrabian und Epstein 1972, S. 525; Steins 1998, S. 119; Behr et al. 2004, S. 2). Dazu werden physiologische Reaktionen (z.B. Herzschlag, Hautwiderstand) auf Reize, wie etwa eine Video-Sequenz, gemessen. Diese Reaktionen lassen Aussagen über die Intensität von Empathie oder Gefühlsansteckung zu.

Dasselbe Verfahren lässt sich in weniger aufwändiger Form anhand des eigenen Ratings der Versuchspersonen nach einer Video-Sequenz anwenden (vgl. Behr et al. 2004, S. 2).

Das am häufigsten verwendete Verfahren zur Messung von Empathie sind jedoch Selbstberichte (vgl. Mehrabian und Epstein 1972, S. 525; Steins 1998, S. 119; Behr et al. 2004, S. 2). Mitunter werden die Fragebögen von Hogan (1969) und Mehrabian und Epstein (1972) als „gängige Fragebögen zur Messung von Empathie“ (Rugulies 1993, S. 14) bezeichnet und als solche verwendet (vgl. Steins und Wicklund 1993, S. 235).

Beispiele für entsprechende Selbstbericht-Items sind: „Es macht mich traurig, einen einsamen Fremden in einer Gruppe zu sehen“ oder „Ich neige dazu, bei einem Problem eines Freundes emotional involviert zu reagieren“ oder „Ich werde nervös, wenn andere um mich herum nervös sind“ (vgl. Mehrabian und Epstein 1972, S. 528).

Allerdings wurden in mehreren dieser Studien Zusammenhänge zwischen den Selbstberichten und Antworten in Richtung sozialer Erwünschtheit nachgewiesen, wodurch es zu deutlichen Verzerrungen bei den Ergebnissen kam:

„Die Validität von Selbstberichten zur Erfassung von Empathie und Perspektivenübernahme erscheint zweifelhaft und wird immer wieder thematisiert“ (Steins 1998, S. 120).

Andere Autoren weisen in Selbstberichten deutliche Geschlechtsdifferenzen bezogen auf die Intensität der empathischen Reaktion nach (vgl. Friedlmeier 1993, S. 61) oder sind der Auffassung, dass Selbstberichte eher Aussagen zum Selbstkonzept der befragten Person zulassen, statt ihre empathischen Fähigkeiten zu messen (vgl. Behr et al. 2004, S. 2).

Manche Autoren legen ihre Kritik noch umfassender an, indem sie generelle Zweifel an der Validität vorhandener Verfahren zur Messung von Empathie formulieren (vgl. Holzebeling und Steinmetz 1995, S. 27f.). Die Autorinnen analysieren die vier renommierten und am häufigsten eingesetzten angloamerikanischen Fragebögen zur Empathie bei Erwachsenen von Hogan (1969), Mehrabian und Epstein (1972), Sherman und Stotland (1978) und Davis (1980). Dabei stellten sie anhand einer eigenen Studie mit Psychologiestudenten aus dem Hauptstudium und Mitarbeitern eines psychologischen Instituts fest, dass in keinem der Fragebögen die Iteminhalte mit den von den jeweiligen Autoren zugrundegelegten Definitionen von Empathie vereinbar sind (vgl. ebd.; Mischo 2003, S. 188).

„Bei allen vier Fragebögen (sic!) erschienen die Iteminhalte nicht oder nur bedingt vereinbar mit dem jeweiligen der Konstruktion zugrundeliegenden theoretischen Begriffsverständnis“ (Holz-Ebeling und Steinmetz 1995, S. 27).

Sie stellten ebenfalls fest, dass nur ein geringer Anteil von 32 (14%) der insgesamt 228 Items aus den vier Fragebögen geeignet ist, Empathie im Sinne der in der Literatur vorherrschenden Begriffsdefinition zu erheben (vgl. ebd., S. 18).

Schlussfolgernd raten Holz-Ebeling und Steinmetz dringend von einer Verwendung der Fragebögen von Hogan (1969) sowie Mehrabian und Epstein (1972) zur Messung von kognitiver oder affektiver Empathie ab. Nur ein bzw. zwei Items der Fragebögen seien zur Messung von Empathie verwertbar (vgl. ebd., S. 28). Insgesamt schreiben sie sämtlichen analysierten Fragebögen „fehlende substantielle Validität“ (ebd., S. 127) zu.

Leibetseder et al. entwickelten aus den vier oben genannten englischsprachigen Messverfahren den kürzlich erschienenen ersten deutschsprachigen Empathie-Fragebogen, die sogenannte *E-Skala*. Dabei beziehen sie sich ebenfalls auf die kritischen Anmerkungen von Holz-Ebeling und Steinmetz und geben an, diese zu berücksichtigen (vgl. Leibetseder et al. 2001, S. 73). Trotzdem sehen sich auch diese Autoren mit der Kritik konfrontiert, dass sie einige Items der ursprünglichen Fragebögen übernommen haben, die statt Empathie eher Mitleid und persönlichen Stress messen. Auch lässt sich nachweisen, dass einige ihrer Items nicht ihrem eigenen Konstruktverständnis von Empathie entsprechen (vgl. Mischo 2003, S. 188f.).

Einer der wenigen Fragebögen zur Messung von Empathie bei Kindern und Jugendlichen von Bryant (vgl. 1982, S. 416) enthält ebenso wie der Fragebogen mit Selbstbericht-Items von Mehrabian und Epstein (1972, S. 528), auf dem er aufbaut, viele Items, die nicht unbedingt auf Empathie schließen lassen (vgl. Holz-Ebeling und Steinmetz 1995, S. 25).

In den jüngsten Studien im Rahmen der Veröffentlichungen zur emotionalen Intelligenz werden Selbstauskünfte zum eigenen Befinden oder dem Befinden einer Person in einer Geschichte oder auf einem Foto abgefragt. Der Empathie-Wert wird dann anhand der Abweichung zum Mittelwert der Normstichprobe, der Abweichung zu einem Experten-Rating oder der Abweichung zu dem vom Autor der Vorlage beabsichtigten emotionalen Ausdruck der Hauptfigur auf dem Foto (der Geschichte) gemessen (vgl. Behr et al. 2004, S. 3).

Auf dieser Grundlage entwickelten Behr et al. eine aktuelle und zeitgemäße Methode zur Messung kindlicher Empathie. Darüber hinaus integrierten sie die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung des Empathie-Begriffs, indem sie drei zentrale Bestandteile der Empathie (kognitive soziale Perspektivenübernahme, Decodieren von Ausdruckssignalen, Gefühlsansteckung) getrennt voneinander operationalisieren und messen (vgl. Behr et al. 2004, S. 1 ff.).

1.1.12 Empathie und der Einfluss der Spiegelneuronen

In jüngster Vergangenheit erschienen vermehrt Publikationen, die den Spiegelneuronen eine wichtige Funktion bezüglich der Empathie zuschreiben. Dabei handelt es sich um Zellen im Gehirn, die bei der Wahrnehmung von Verhaltensweisen so reagieren, als würde man diese Handlungen selbst ausführen. Sie werden nicht nur aktiv, wenn man beispielsweise jemanden umarmt, sondern auch, wenn man diese Umarmung lediglich beobachtet (vgl. Krech 2001, S. 1; Gartner 2004, S. 1; Bauer 2006a, S. 88f.; Wikipedia 2006, S. 1).

Die Entdeckung dieser Gehirnzellen ist eher einem Zufall zu verdanken. Die beiden Wissenschaftler Vittorio Gallese und Giacomo Rizzolatti von der italienischen Universität Parma stießen Anfang der 1990er Jahre erstmals auf diese „neurobiologische Sensation“ (Bauer 2006a, S. 23). Im Rahmen ihrer Untersuchungen des prämotorischen Kortex, eines Teiles der Hirnrinde bei Primaten, der für die Planung und Ausführung zielgerichteter Bewegungsabläufe zuständig ist, machten sie eine erstaunliche Beobachtung. Sie stellten fest, dass die Nervenzellen im motorischen Zentrum der Tiere nicht erst beim eigenen Zugreifen nach einer Banane aktiviert werden, sondern bereits deutliche Zellbewegungen zu erkennen sind, wenn der Versuchsleiter die Banane in die Hand nimmt. Die Nervenzellen sind also in der Lage, Absichten des Versuchsleiters vorauszusehen (vgl. Krech 2001, S. 1; Gartner 2004, S. 1; Bauer 2006a, S. 30; Wikipedia 2006, S. 1), und zwar nicht nur aufgrund visueller Eindrücke, sondern auch bei akustischen Reizen (vgl. Marsiske 2002, S. 1; Bauer 2006a, S. 24; Spiegel 2006, S. 139).

Auch beim Menschen können Regionen im Gehirn nachgewiesen werden, die bei bloßer Beobachtung von Bewegung aktiviert werden. Erste Untersuchungen sehen diese im Broca-Zentrum (motorisches Sprachzentrum) angesiedelt, welches dem prämotorischen

Cortex der Primaten entspricht, sowie in der linken Schläfenfurche (vgl. Krech 2001, S. 1). Wenige Jahre nach Entdeckung dieser Areale beim Menschen konnten durch Kernspintomografen weitere Bereiche im menschlichen Hirn nachgewiesen werden, in denen die Spiegelneuronen aktiv sind. Neben dem für Bewegung zuständigen Prämotorischen Cortex sind das der für Berührungen zuständige Sekundäre Somatosensorische Cortex und der Insulare Cortex, der Gefühle wie Ekel verarbeitet (vgl. Gartner 2004, S. 1).

Der Biopsychologe Christian Keysers vom Neuro-Imaging-Center im holländischen Groningen ist der Auffassung, dass Menschen über ein sehr soziales Gehirn verfügen und dass die Spiegelneuronen in der Lage sind, eine große Spannbreite von Gefühlen wie Freude, Trauer, Furcht oder Angst zu imitieren (vgl. ebd., S. 2). Die Bedeutung der sozialen Komponente für die Prägung der Spiegelneuronen wird auch von anderen Autoren gesehen. Man geht davon aus, dass die Prägung der Spiegelneuronen von der Summe aller bislang gemachten Erfahrungen eines Menschen abhängig ist (vgl. Bauer 2006a, S. 31; Bauer 2006b, S. 50f.). Dabei spielen insbesondere die Beziehungen zu nahestehenden Personen eine wichtige Rolle.

„Alle neueren Forschungsergebnisse zeigen: Die Entfaltung der neurobiologischen Grundausstattung des Menschen ist nur im Rahmen von zwischenmenschlichen Beziehungen möglich, Beziehungen, die aus dem persönlichen und sozialen Umfeld an das Kind herangetragen werden“ (ebd., S. 118).

Die im Laufe der Entwicklung gemachten individuellen Erfahrungen sind dabei von großer Bedeutung. Jemand, der oft die Erfahrung gemacht hat, dass zunächst freundlich wirkende Personen plötzlich unangenehme Verhaltensweisen an den Tag legen, wird mit seinen Spiegelneuronen anders auf freundliche Personen reagieren als andere (vgl. Bauer 2006a, S. 33). Zudem ist nachgewiesen, dass sich unter Stress und Angst die Signallrate der Spiegelneuronen erheblich reduziert. Dies wirkt sich auf die Kompetenz, sich in andere einzufühlen, aus, die dann ebenfalls deutlich herabgesetzt ist (vgl. ebd., S. 33f.).

Der amerikanische Neurologe Vilayanur Ramachandran von der San-Diego-University geht mit seiner Einschätzung über die Bedeutsamkeit und Tragweite der Spiegelneuronen noch weiter, indem er ihnen eine zentrale Rolle bei der Entwicklung und Entstehung der Evolution des Menschen zuschreibt (vgl. Krech 2001, S. 1; Spiegel 2006, S. 139). Zur Bedeutung der Entdeckung der Spiegelneuronen führt er aus:

„Als diese Spiegelzellen vor einigen Jahren erstmals in Gehirnen von Affen aufgespürt wurden, war für mich klar: Die Entdeckung dieser Nervenzellen wird für die Psychologie bedeuten, was die Entdeckung des Erbmoleküls DNS für die Biologie bedeutete“ (zit. in: Spiegel 2006, S. 138).

Bei Autisten wird eine unzureichende Funktion dieser Spiegelneuronen vermutet. Auf EEGs ist man in der Lage, bestimmte Wellenfrequenzen nachweisen, die von gesunden Personen beim Beobachten anderer Menschen unterdrückt werden, bei Autisten dagegen nicht (vgl. Spiegel 2006, S. 141; Wikipedia 2006, S. 1). In einer weiteren Untersuchung legte Ramachandran sowohl gesunden als auch autistischen Kindern 80 Bilder von Gesichtern vor, die bestimmte Emotionen (neutral, ängstlich, fröhlich, traurig oder zornig) ausdrücken. Gleichzeitig wurde mithilfe der Kernspintomografie die Hirnaktivität überprüft und festgestellt, dass bei gesunden Kindern in der prämotorischen Rinde und im Schläfenlappen heftige Bewegungen der Spiegelneuronen zu erkennen sind, die bei autistischen Kindern nicht auftreten (vgl. Spiegel 2006, S. 139). Verschiedene Autoren sind mittlerweile davon überzeugt, in den Spiegelneuronen die Ursache des Autismus gefunden zu haben (vgl. Bauer 2006a, S. 72ff.; Spiegel 2006, S. 141).

Die Vermutung, dass wir von unseren Spiegelneuronen im Gehirn gesteuert werden, ohne einen Einfluss darauf zu haben, oder die oft vertretene Auffassung, wir seien einzig und allein von unserer genetischen Grundausstattung abhängig, scheint sich nicht zu bewahrheiten (vgl. Bauer 2006b, S. 12ff.). Dem Beziehungskontext, in dem wir aufwachsen, wird eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zugeschrieben:

„Die angeborenen Spiegelsysteme des Säuglings können sich nur dann entfalten und weiterentwickeln, wenn es zu einem geeigneten und für ihn passenden Beziehungsangebot kommt. Zu den beliebten Irrtümern unserer Zeit gehört die verbreitete Meinung, der wesentliche Schlüssel zum Gelingen unserer Entwicklung sei ausschließlich in den Genen zu suchen. Tatsächlich haben Beziehungserfahrungen und Lebensstile, die immer auch mit einer Aktivierung bestimmter neurobiologischer Systeme einhergehen, einen gewaltigen Einfluss sowohl auf die Regulation der Gehirnaktivität als auch auf Mikrostrukturen unseres Gehirns. Nirgendwo zeigt sich so deutlich wie bei den Spiegelsystemen, welche Bedeutung zwischenmenschliche Beziehungen für die Biologie unseres Körpers haben“ (Bauer 2006a, S. 59f.).

Insgesamt mehren sich die Vermutungen, die sicher durch weitere wissenschaftliche Belege zu überprüfen sind, in den Spiegelneuronen einen Schlüssel zum Verständnis der Empathie gefunden zu haben (vgl. Spiegel 2006, S. 139; Wikipedia 2006, S. 1).

„Die Fähigkeit zur Empathie hängt in hohem Maße davon ab, dass die Spiegelsysteme, die Mitgefühl ermöglichen, durch zwischenmenschliche Erfahrungen ausreichend eingespielt und in Funktion gebracht werden. Ein Kind, dem die Erfahrung fehlt, dass andere, insbesondere seine Bezugspersonen, auf seine Gefühle eingehen, wird seinerseits nur schwerlich eigene emotionale Resonanz entwickeln können“ (Bauer 2006a, S. 70).

Ramachandran bezeichnet die Spiegelneuronen gar als „echte Empathie-Zellen“ und ist überzeugt: „Unser Einfühlungsvermögen ist keineswegs irgendein abstraktes Konstrukt, es ist im Gehirn verankert“ (zit. in: Spiegel 2006, S. 139).

1.2 Empathie in der Psychotherapie

Psychotherapie kann aufgrund der Vielfalt von Ansätzen (Rebirthing, spirituelle Verfahren etc.) schwer eindeutig definiert werden. Der einzig gemeinsame Nenner betrifft den kommunikativen Kontakt zwischen mindestens zwei Menschen, in dem der Berater eine andere Person zumindest insoweit versteht, dass eine Beratung oder Therapie möglich ist (vgl. Marcia 1987, S. 82).

Genau an diesem kommunikativen Verknüpfungspunkt tritt die Empathie in die Psychotherapie (vgl. ebd.).

In der Psychotherapieforschung allgemein und in den beiden großen Schulen der Psychoanalyse und des Personzentrierten Ansatzes wird der Empathie eine zentrale Rolle zugeschrieben.

„Klientenzentrierte Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychotherapieforschung sind sich einig: Empathie als elaboriertes Konzept nimmt in den jeweiligen Therapietheorien einen wichtigen Platz ein“ (Eckert 2001, S. 337).

Es existieren aber auch Forschungsergebnisse, die unabhängig von der jeweiligen Therapieschule, gewissermaßen schulenübergreifend, eine gewisse Aussagekraft beinhalten.

„*Der ideale Therapeut ist zuallererst einführend* (Hervorheb. im Original). Wenn Psychotherapeuten von vielen verschiedenen Richtungen ihre Vorstellung vom idealen Therapeuten – dem Therapeuten, der sie werden wollen – beschreiben, geben sie in hoher Übereinstimmung von zwölf Variablen der Einfühlung (Empathie) den höchsten Rang. Diese Feststellung basiert auf einer Studie von RASKIN (1974) an 83 praktizierenden Therapeuten, von wenigstens acht unterschiedlichen therapeutischen Richtungen“ (Rogers 1976, S. 39).

Die wohl ersten qualitativ als auch quantitativ umfangreichsten Studien zur Empathie in der Psychotherapie werden Rogers und seinen Mitarbeitern zugeschrieben und sind von übergeordneter Relevanz:

“Note, however, that the most persistent investigations of the process of empathy, especially in psychotherapy, were carried out by Rogers and his students. Although most – but not all – of their findings are related to therapy, their conclusions about empathy have much more general significance. Without doubt, the present popularity of empathy as a construct comes from Rogers’ emphasis on it, and his definition put it squarely into an objective, researchable, personality framework” (Wispé 1987, S. 29).

Im folgenden Kapitel werden die drei Hauptrichtungen psychotherapeutischer Orientierung (vgl. Minsel 1979, S. 35), die drei größten und wissenschaftlich anerkannten Verfahren *Personzentrierter Ansatz* (auch Gesprächspsychotherapie bzw. Non-direktive oder Klient-zentrierte Therapie genannt) *Psychoanalyse* (inkl. tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie) und *Verhaltenstherapie* (Behaviorale Therapie) einer näheren Betrachtung betreffend ihrer Verknüpfungen zur Empathie unterzogen. Die Bedeutung der Empathie in den unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen ist immer auch von den jeweils zugrundeliegenden Entwicklungs- und Persönlichkeitsmodellen der Therapie-Schulen abhängig.

Marcia fasst die Ergebnisse seiner Veröffentlichung dahingehend zusammen, dass Empathie für die kindliche Persönlichkeitsentwicklung sowie als wesentlicher therapeutischer Faktor je nach Ausrichtung der zugrundeliegenden Theorie eine unterschiedliche Wichtigkeit genießt (vgl. Marcia 1987, S. 100).

1.2.1 Der Personzentrierte Ansatz

Wie bereits in 1.1.1. beschrieben, ist Carl Rogers im Rahmen seines heute als *Personzentrierter Ansatz* bekannten Persönlichkeits- und Therapiemodells einer der maßgeblichen Wegbereiter für die Integration des Konstruktes *Empathie* in therapeutische Prozesse.

Sein anfangs eher statisches Verständnis von Empathie, was bisweilen auch heute noch in aktuellen Veröffentlichungen als gültige Empathie-Definition zitiert wird (vgl. Rogers 1959, S. 210f.; Eckert 2000, S. 20; Eckert 2001, S. 334), wich einem eher prozesshaften Verständnis, welches Rogers anlässlich des ersten Europäischen Kongresses für Gesprächspsychotherapie in Würzburg 1974 in einem Artikel mit dem Titel „Eine neue Definition von Einfühlung“ vorstellte (vgl. Rogers 1976, S. 36f.; Rogers 1980a, S. 79; Wispé 1987, S. 28; Rogers 1992b, S. 24):

„Vor diesem Hintergrund möchte ich eine Definition der Empathie versuchen, die mir heute zufriedenstellend erscheint. Ich möchte nicht mehr von einem *Zustand der Empathie* (Hervorheb. im Original) sprechen, denn ich glaube, daß es sich hier eher um einen Prozeß als um einen Zustand handelt. Vielleicht kann ich diese Eigenschaft näher beschreiben.

Die als empathisch bezeichnete Art des Umgangs mit anderen hat verschiedene Seiten. Empathie bedeutet, die private Wahrnehmungswelt des anderen zu betreten und darin ganz und gar heimisch zu werden. Sie beinhaltet, in jedem Augenblick ein Gespür zu haben für die sich ändernden gefühlten Bedeutungen in dieser anderen Person, für Furcht, Wut, Zärtlichkeit, Verwirrung oder was auch immer sie erlebend empfindet. Empathie bedeutet, zeitweilig das Leben dieser Person zu leben; sich vorsichtig darin zu bewegen, ohne vorschnell Urteile zu fällen; Bedeutungen zu errahnen, deren sie selbst kaum gewahr wird; nicht aber, Gefühle aufzudecken versuchen, deren sich die Person gar nicht bewußt ist, dies wäre zu bedrohlich. Sie schließt ein, daß man die

eigenen Empfindungen über die Welt dieser Person mitteilt, da man mit frischen und furchtlosen Augen auf Dinge blickt, vor denen sie sich fürchtet. Sie bedeutet schließlich, die Genauigkeit eigener Empfindungen häufig mit der anderen Person zusammen zu überprüfen und sich von ihren Reaktionen leiten zu lassen. Der Therapeut ist für die Person der vertraute Begleiter in ihrer inneren Welt. Indem er sie auf die möglichen Bedeutungen in ihrem Erlebnisfluß hinweist, hilft er ihr, sich auf einen Bezugspunkt zu konzentrieren, die Bedeutung stärker zu erleben und im Erleben selbst Fortschritte zu machen.

Mit einem anderen Menschen in dieser Weise umzugehen heißt, eigene Ansichten und Wertvorstellungen beiseite zu lassen, um die Welt des anderen ohne Vorurteile betreten zu können. In gewisser Weise bedeutet es, das eigene Selbst beiseite zu legen; dies ist jedoch nur einer Person möglich, die in sich selbst sicher genug ist und weiß, dass sie in der möglicherweise und seltsamen oder bizarren Welt des anderen nicht verloren geht und in ihre eigene Welt zurückkehren kann, wann sie will“ (Rogers 1980a, S. 79).

Rogers selbst bekennt, dass diese Beschreibung „wohl schwerlich eine exaktwissenschaftliche Definition“ (vgl. Rogers 1976, S. 37; Rogers 1980a, S. 80) sei, ergänzt jedoch, dass bisher etliche operationale Definitionen formuliert und angewandt worden seien, ohne jedoch jemals die gesamte Bandbreite der Empathie wiedergegeben zu haben (vgl. Rogers 1976, S. 37f.; Rogers 1980a, S. 80).

Der von Rogers postulierte prozessuale Aspekt der Empathie wird von Friedlmeier (vgl. 1993, S. 38) aufgenommen, indem er der *Empathie als prozesshaftes Geschehen* in seinem Buch ein eigenes Kapitel widmet. Darin weist er der kommunikativen Komponente der Empathie, die im klinisch-therapeutischen Bereich des Öfteren von Relevanz ist, eine besondere Rolle zu und bemängelt, dass dieser Teilbereich in der Grundlagenforschung bisher zu wenig Beachtung gefunden hat (vgl. Friedlmeier 1993, S. 39).

Rogers selbst hat sich im Zusammenhang mit der Definition seines Empathie-Begriffes weniger um exakte Operationalisierungen bemüht. Um eine solche zustande zu bringen, schlägt er vor, nach der Therapiesitzung den Klienten und den Therapeuten eine Itemliste mit Gefühlen des Klienten während der Sitzung sortieren zu lassen und die Abweichungen (geringe Empathie) bzw. Übereinstimmungen (genaue Empathie) zu messen. Man könne auch geschulte Beobachter Gesprächsaufzeichnungen anhören und einschätzen lassen (vgl. Rogers 1995a, S. 176), oder die Patienten selber mit Hilfe eines „Q-Sort“ anhand einiger Items den Intensitätsgrad einschätzen lassen, der auf einen bestimmten Sachverhalt oder eine Person zutrifft (vgl. ebd., S. 171).

Mehr aber als nach der Suche zutreffender Operationalisierungen hat sich Rogers mit der inhaltlichen Auseinandersetzung um seinen Empathiebegriff befasst. Dabei betont er u.a., dass Empathie nicht nur ein neutrales Konstrukt sei, sondern vor allem *gelebt*

und mit Inhalten gefüllt werden müsse (vgl. Rogers 1976, S. 35f.; Tausch und Tausch 1979, S. 178ff.).

Als Beispiel dafür kann die von Rogers geschilderte Lebensgeschichte von Ellen West angeführt werden, die er als eine Geschichte von Einsamkeit und Alleingelassenwerden beschreibt. Sie suchte verschiedene Ärzte, Psychoanalytiker und Kliniken auf, wurde aus der letzten Klinik entlassen, da keine wirksame Behandlung möglich sei, und beging drei Tage später Suizid (vgl. Rogers 1980b, S. 99f.). Rogers kritisiert in diesem Zusammenhang die Mediziner und Analytiker, die sich hinter Diagnosen und Deutungen zurückzögen, ohne dabei die Patientin als Person zu sehen.

„Vielmehr scheint man mit ihr wie mit einem Objekt umgegangen zu sein. Ihr erster Analytiker hilft ihr, ihre Gefühle zu *erkennen* (Hervorheb. im Original), aber nicht, sie zu erleben. Dazu bemerkt sie: ‚Er kann mir Erkenntnis geben, nicht aber Heilung.‘“ (Rogers 1980b, S. 100).

Als Lehre aus diesem Fall zieht Rogers die Erkenntnis, dass es falsch ist, Personen einfach zum Objekt zu machen, sondern bedeutend hilfreicher und effizienter, als Therapeut mit der anderen Person in Beziehung zu treten, um dadurch echte Begegnung und Entwicklung zu ermöglichen (vgl. ebd., S. 103).

Verschiedene Autoren schreiben der Empathie einen wesentlichen therapeutischen Wirkfaktor zu (vgl. Rugulies 1993, S. 14; Eckert 2001, S. 334). Auch Rogers benennt wichtige Forschungsergebnisse im Zusammenhang mit Empathie, die essentielle Auswirkungen auf den Therapiefortschritt haben:

„*Empathie korreliert mit Selbsterkundung und Fortschritt im Prozeß.* (Hervorheb. im Original) Wir wissen, daß ein Beziehungsklima mit einem hohen Maß an Empathie mit verschiedenen Aspekten von Prozeß und Fortschritt in der Therapie verknüpft ist. Solch ein Klima steht sicher in Relation zu einem hohen Maß an Selbsterkundung durch den Klienten (Bergin und Strupp, 1972; Kurtz und Grummon, 1972; Tausch u. a. 1970).“ (Rogers 1980a, S. 82f.).

Darüber hinaus lässt sich der spätere Erfolg einer Therapie anhand des zu Beginn aufgetragenen empathischen Verständnisses des Therapeuten vorhersagen. In erfolgreich verlaufenden Therapien nehmen Klienten mehr Empathie wahr. Auch kann der Nachweis erbracht werden, dass Therapeuten stärker zu empathischem Verhalten neigen und dazu in der Lage sind, je mehr Erfahrung sie aufweisen (vgl. ebd., S. 83; Rogers 1976, S. 39f.). Und schließlich kann auf eine Reihe von Autoren und ihre umfangreichen Studien verwiesen werden, die einen deutlichen Zusammenhang zwischen Empathie und einem positiven Outcome, wie beispielsweise Therapieerfolg, nachweisen (vgl. Keefe 1976, S. 10; Rogers 1976, S. 42; Rogers 1980a, S. 85f.).

„Wie aber wirken empathische Reaktionen auf den *Empfänger* (Hervorheb. im Original) dieser Reaktionen? Das Ergebnis ist überwältigend. Empathie steht ganz klar in Beziehung zu einem positiven Resultat. Vom schizophrenen Patienten bis zum Schüler, vom Klienten in einem Beratungszentrum bis zum Lehrer in Ausbildung, vom Neurotiker in Deutschland bis zum Neurotiker in den Vereinigten Staaten, das Ergebnis ist das gleiche: Je einfühlsamer und verstehender der Therapeut oder Lehrer ist, desto eher sind konstruktives Lernen und Veränderung möglich“ (Rogers 1980a, S. 85).

Die Grenzen der von Rogers postulierten Empathie werden aufgrund der starken Anforderungen an den Therapeuten, sich selbst intensiv berühren zu lassen, an der Stelle erreicht, an der Tabus und eigene teils schmerzhaft Erfahrungen des Therapeuten angeührt werden. Werden frühere unverarbeitete Konfliktsituationen im Leben des Therapeuten berührt, ist ein Rückzug aus der aktuellen Bearbeitung des Themas mit dem Klienten notwendig, um diese Themen erst einmal in der eigenen Selbsterfahrung oder Therapie zu klären und zu verarbeiten (vgl. Finke 2003, S. 61).

Allerdings ist es auch notwendig, sich intensiv auf das innere Erleben des Klienten einzulassen, um empathisch reagieren und den Klienten in seinem Prozess begleiten und unterstützen zu können:

„Um die *innere Welt* (Hervorheb. im Original) des Patienten wirklich ausloten zu können, muß sich der Therapeut vom Erleben des Patienten auch tangieren lassen, muß er ein Stück weit auch eine Gefühlsansteckung zulassen können, darf er nicht jedes Verschmelzungserleben schon im Ansatz abwehren. Daß der Therapeut sich dabei nicht vom Erleben des Patienten überfluten lassen darf, daß er immer wieder dann auch Distanz zu einem eigenen Erleben finden muß, ergibt sich schon aus der Aufgabe der Einfühlung selber, macht aber auch ihre Schwierigkeit aus“ (Finke 2003, S. 61f.).

Rogers merkt in diesem Zusammenhang an, dass niemand dauerhaft eine derartige Empathiefähigkeit aufrechterhalten kann, es trotzdem aber wichtig ist, sich in die entsprechende Richtung zu entwickeln (vgl. Rogers 1985, S. 217). Auch Keefe sieht diese Form von Empathie eher in therapeutischen Anwendungen beheimatet, mit einem hohen Anspruch behaftet und im Alltag kaum leistbar (vgl. Keefe 1979, S. 36). Binder empfiehlt Therapeuten in diesem Zusammenhang nicht etwa, die Ansprüche an Empathie herabzusetzen, sondern sich Bedingungen zu schaffen, die die Empathiefähigkeit absichern (vgl. 1994, S. 112).

1.2.2 *Der Psychoanalytische Ansatz*

Bereits Freud ist der Begriff *Einfühlung* sehr wichtig, sein bekanntestes Zitat ist das folgende:

„[...] dass wir vor dem Vorgang stehen, den die Psychologie *Einfühlung* (Hervorheb. im Original) heißt, und der den größten Anteil an unserem Verständnis für das Ichfremde anderer Personen hat“ (1921, S. 119).

Pigman, der einen differenzierten Aufsatz unter dem Titel *Freud and the History of Empathy* (1995) verfasst hat, erklärt dazu, dass für Freud das Ichfremde nicht für uns ichfremd ist, da es dem anderen gehört, sondern den inneren Teil der anderen Person beinhaltet, der ihrem eigenen Ich fremd und unbekannt scheint (vgl. Bolognini 2003, S. 37). Durch die Einfühlung gelingt es dem Psychoanalytiker somit, den Teil der Personen zu verstehen, der ihnen selbst fremd ist (vgl. ebd.).

Allerdings schreibt Freud der Einfühlung nicht wie Rogers eine zentrale Wirkfunktion zu, sondern versteht sie als Vorbereitung zur Herstellung der positiven Übertragungsbeziehung. Diese kann sich erst auf Grundlage einer sich stabilisierenden Beziehung zwischen Patient und Analytiker entwickeln.

„Die Einfühlung wird zu einer *sine-qua-non* (Hervorheb. im Original)-Bedingung für die Analyse; sie ist notwendig, um die Herstellung der positiven Übertragung und den Zugang zum Deuten zu ermöglichen“ (Bolognini 2003, S. 36).

Trotz des großen Stellenwertes, den Freud der Empathie beimisst, ist eine gewisse Ambivalenz nicht von der Hand zu weisen, denn Gefühlen gegenüber ist Freud im Rahmen seiner analytischen Theorie sehr skeptisch und zurückhaltend. Der Analytiker soll die „notwendige Kühle bei der Berufsausübung“ (vgl. ebd., S. 37f.) walten lassen. Die Ängste, eine zu enge Beziehung zum Patienten aufzubauen, spiegeln sich auch in Freuds folgender Aussage: „Wir dürfen es nie zulassen, dass die armen Neurotiker uns verrückt machen.“ (vgl. ebd.).

Erst den Schülern Freuds gelang es schließlich, den Gefühlen in der Analyse mehr Raum zu verschaffen und sie etwas mehr zu integrieren (vgl. Bolognini 2003, S. 40ff.). Als fortschrittlichster und kreativster unter ihnen gilt Ferenczi, der die Notwendigkeit sieht, sowohl dem Denken wie auch den Gefühlen in der Analyse ihren Raum zu geben (vgl. ebd., S. 44).

Eine weitere Annäherung an den Empathie-Begriff in der psychoanalytischen Psychotherapie erfolgte durch Kohut (1959, 1971, 1984). Obwohl seine Arbeiten die akademi-

sche Psychologie nicht außerordentlich beeindruckt haben, ist sein Einfluss auf die moderne Psychoanalyse und psychoanalytische Theorieentwicklung beträchtlich (vgl. Wispé 1987, S. 29).

Elementar ist weniger Kohuts Definition von Empathie, die er in dieser expliziten Form nicht liefert; vielmehr versteht er Empathie als Mittel zum Erwerb von Informationen über das Gegenüber. Für ihn ist Empathie ein Prozess, durch den es gelingt, uns in den anderen hineinzusetzen oder uns stellvertretend mit ihm zu identifizieren (vgl. ebd.). Empathisches Verstehen der Erfahrung anderer Menschen ist laut Kohut eine ebenso basale Kompetenz wie das Sehen, Hören, Schmecken oder Riechen (vgl. Wispé 1987, S. 30).

Für ihn sind Selbstbeobachtung und Empathie die wesentlichsten Aspekte psychoanalytischer Beobachtung. Sein Beharren auf der Annahme, dass die Grenzen der Psychoanalyse durch die Grenzen in der Empathie- und Selbstbeobachtungsfähigkeit des Therapeuten liegen, stellt wohl auch die Abgrenzung Kohuts zur klassischen Analyse dar (vgl. ebd., S. 30).

Neuere psychoanalytische Theorien schätzen die Empathie als einen wesentlichen Faktor zur Herstellung einer therapeutischen Arbeitsbeziehung ein (vgl. Eckert 2001, S. 336).

Aktuelle Veröffentlichung, wie die von Bolognini (2003) mit dem Titel *Die psychoanalytische Einfühlung* sprechen ebenfalls dafür, dass die Empathie in der Psychoanalyse einen zunehmenden Stellenwert erhält.

In der Therapie-Praxis versuchen Analytiker, die Anwendung der Empathie in zwei bis drei Teile zu zergliedern. Dabei versetzen sie sich zunächst in den anderen hinein, in einem weiteren Schritt distanzieren sie sich von ihm, um schließlich im dritten Schritt diese Wahrnehmung dem Gegenüber zuzuschreiben (vgl. Körner 1998, S. 3).

„*Empathie* (Hervorheb. im Original) bezeichnet eine Annäherung an das Fremde per Introspektion, einen Vorgang, an dem zwei gegensätzliche Zustände verlangt werden, nämlich die Fusion mit dem anderen und zugleich die Trennung von ihm in der Anerkennung seiner Eigenart“ (Körner 1998, S. 2).

Insgesamt betrachtet handelt es sich bei der Empathie in der Analyse mehr um eine Technik, die es anzuwenden gilt, als um eine Brücke zum interpersonellen Beziehungsaufbau. Die gefühlsmäßige Beteiligung des Analytikers scheint hier sehr zurückhaltend bzw. ambivalent besetzt zu sein, was sich in folgendem Zitat bestätigt:

„Das Problem der Affekte des Analytikers während seiner Arbeit hat die ganze Geschichte der Psychoanalyse von Anfang an durchzogen: vom theoretischen, vom klinischen und vom institutionellen Standpunkt aus“ (Bolognini 2003, S. 92).

1.2.3 *Der Verhaltenstherapeutische Ansatz*

Kommt der Empathie, wie eingangs beschrieben, im Personenzentrierten Ansatz und in der Psychoanalyse eine zentrale Rolle zu, taucht der Begriff in der verhaltenstherapeutischen Literatur nahezu überhaupt nicht auf. In Literaturverweisen zur Empathie in der Psychotherapie wird die Verhaltenstherapie ebenfalls nicht erwähnt (vgl. Moser und Zeppelin 1996, S. 75f.; Eckert 2000, S. 22; Eckert 2001, S. 336). In einer Übersichtsarbeit zur *Empathie in der Psychotherapie* ist zu lesen: „What is one to say of empathy in behavior therapy? Not much.“ (Marcia 1987, S. 97).

Etwas „tröstlich“ und beschwichtigend mag in diesem Zusammenhang die Aussage von Marcia in ihren Ausführungen zur Behavioralen Therapie gelten:

„Even when empathy is not directly implicated in a treatment procedure, interpersonal behavior therapy gives rise to interactions in which the *opportunity* (Hervorheb. Im Original) for empathy exists“ (Marcia 1987, S. 97).

Darüber hinaus ist in jüngster Vergangenheit ein vielversprechendes Buch zweier Verhaltenstherapeuten mit dem Titel *Emotionale Kompetenz bei Kindern* (vgl. Petermann und Wiedebusch 2003) erschienen. Die Autoren definieren *Emotionale Kompetenz* folgendermaßen:

„Dazu gehören vor allem die Fähigkeiten, sich seiner eigenen Gefühle bewusst zu sein, Gefühle mimisch oder sprachlich zum Ausdruck zu bringen oder eigenständig zu regulieren sowie die Emotionen anderer Personen zu erkennen und zu verstehen“ (Petermann und Wiedebusch 2003, S. 11f.).

Empathie wird in diesem Konzept als eine von acht Schlüsselfertigkeiten (u. a. die Fähigkeit, sich der eigenen Emotionen bewusst zu sein; die Fähigkeit, Emotionen anderer wahrzunehmen und zu verstehen; die Fähigkeit, über Emotionen zu kommunizieren) gesehen, die in der kindlichen Entwicklung erworben und stark vom familiären und sozialen Umfeld geprägt werden (vgl. ebd., S. 13).

In einem späteren Kapitel wird im Rahmen von Lernzielen in einem Trainingsprogramm zur Förderung emotionaler Kompetenz die Empathie als eines dieser Ziele verstanden. Kinder sollen empathisches Einfühlen in andere verbessern, prosoziale Verhaltensweisen zeigen und einen angemessenen Umgang mit Emotionen in Konfliktsituationen lernen (vgl. Petermann und Wiedebusch 2003, S. 174).

Zwar behandelt das Buch das Thema der Empathie in der Verhaltenstherapie nicht unmittelbar, jedoch lässt die Tatsache, dass sich renommierte Wissenschaftler aus der Verhaltenstherapie mit *Emotionaler Kompetenz* befassen, Tendenzen erkennen, dass auch die Verhaltenstherapie bislang fremdes Terrain betritt, indem damit begonnen wird, sich mit Emotionen und der Empathie auseinanderzusetzen.

1.3 Ein eigener Ansatz zur Empathie

Die verschiedenartigen Erklärungsansätze und Definitionsversuche von Empathie machen deutlich, dass eine kurze und einfache Beschreibung des Begriffes der Komplexität dieses umfassenden Konstruktes nicht gerecht wird.

Sämtliche Erklärungsansätze stimmen darin überein, dass Empathie maßgeblich von der interpersonellen Interaktion und Kommunikation abhängig ist. Interessant ist die Tatsache, dass sowohl im ersten und am umfangreichsten empirisch abgesicherten Ansatz von Carl Rogers als auch im jüngsten und aktuellsten Ansatz der Spiegelneuronen der zwischenmenschlichen Beziehung ein zentraler und wesentlicher Stellenwert zugesprochen wird. Da im Rahmen des Ansatzes der Spiegelneuronen noch keine Definitionsversuche zur Empathie vorliegen, wird als Grundlage und grober Rahmen der weiteren Arbeit die Beschreibung des Personzentrierten Ansatzes verwendet, die sehr umfassende, weitreichende und tiefgehende Aussagen zur Empathie trifft. Eine kurze Definition, die man um den Prozesscharakter der Empathie erweitern müsste, ist die von Rogers:

„Im Vollzug des Einfühlens versucht der Therapeut, durch eine emotionale Teilhabe in sich ein möglichst plastisches Bild von der *inneren Welt* (Hervorheb. im Original) des Patienten entstehen zu lassen. Sich identifizierend versucht er, diese Welt *mit den Augen des Klienten zu sehen* (Hervorheb. im Original) (Rogers 1977, 1975)“ (Finke 2003, S. 45).

Die Bedeutung der Beziehung stellt also eine wesentliche Komponente im Rahmen eines Definitionsversuches von *Empathie* dar. Weitere Anhaltspunkte liefert die Bindungsforschung, die ebenfalls bei dem Versuch, das Konstrukt *Empathie* zu operationalisieren, einbezogen werden muss.

Um neben der Bedeutung der Interaktion, Kommunikation und der Bindungsforschung für die Empathie eine weitere Differenzierung des Empathiebegriffes zu ermöglichen und ihn für empirische Studien zu operationalisieren, ist es notwendig, Empathie als ein

Konglomerat weiterer drei verschiedener eng miteinander verbundener und interagierender Teilaspekte zu betrachten und diese im Rahmen einer Datenerhebung zu berücksichtigen. Dabei handelt es sich um:

- Gefühlsansteckung
- Perspektivenübernahme
- Körpersprache

Bei der als angeboren geltenden Gefühlsansteckung fühlt man sich vom emotionalen Zustand eines anderen berührt, ohne sich bewusst zu sein, dass es sich um die Emotionen des anderen handelt. Die Gefühlsansteckung ist eher vom Ausdrucksverhalten des anderen abhängig als von den situativen Gegebenheiten (vgl. Mutter-Kind-Versuch mit dazwischenliegender Glasplatte über einem Abgrund). Bei zu starker Gefühlsansteckung kommt es zu übermäßiger Identifikation mit dem anderen, bei zu schwacher Gefühlsansteckung zu übermäßiger Abgrenzung zwischen den Beteiligten, so dass eine gute Balance zwischen Identifikation und Abgrenzung erstrebenswert ist.

Um Gefühlsansteckung näher zu untersuchen wäre es wichtig zu ergründen, inwiefern Probanden sich von Erlebnissen oder Erfahrungen anderer Personen *anstecken* lassen oder wenig eigene emotionale Regung zeigen. Die Untersuchung dieser Fragestellung ließe sich durch die Vorlage von Bildern oder Geschichten durchführen, mit Hilfe derer die Versuchspersonen Angaben zu machen hätten, ob sie sich nach Betrachtung oder Lesen eines Bildes bzw. einer Geschichte eher weniger, mehr oder ganz besonders in ihren eigenen Emotionen berührt fühlen. Durch die Vorlage verschiedener emotionaler Antwortmöglichkeiten und das individuelle Rating der vorgelegten Gefühls-Skalen könnten differenzierte Aussagen über die Intensität der Gefühlsansteckung bei verschiedenen Gefühlen gemacht werden.

Bei der Perspektivenübernahme handelt es sich um einen kognitiven Prozess, sich in andere hineinzudenken oder ein Verständnis für den anderen zu haben, ohne sich emotional davon berühren zu lassen oder das Erleben zu teilen. Wer sich gedanklich in den anderen hineinversetzen kann, seine Perspektive oder Rolle übernehmen kann, verfügt über eine Kompetenz, die wichtig ist für soziale Interaktion und Kommunikation.

Perspektivenübernahme als notwendiger Bestandteil dafür, sich in den anderen hineinzuversetzen, ließe sich ebenfalls anhand von Text- oder Bildgeschichten erheben, um ihre Ausprägung zu eruieren. Die Bereitschaft der Probanden, die Perspektive einer an-

deren Person zu übernehmen, könnte ebenfalls durch eine skalierte Abfrage verschiedener Items erfolgen.

Im Bereich der Körpersprache erlauben Mimik, Gestik, Atmung und Tonfall Rückschlüsse auf die emotionale Befindlichkeit des anderen. Während Gesichtsgestik (Blinzeln, Kopfschütteln etc.) als weitgehend von Emotionen unabhängig gilt, steht der Gesichtsausdruck (z. B. Lächeln) in enger Beziehung zur emotionalen Befindlichkeit, und zwar über kulturelle Grenzen hinweg. Die Fähigkeit, im Gesichtsausdruck des Gegenübers dessen Gefühle zu erkennen, kann als notwendiger Bestandteil zur Entwicklung sozialer Kompetenz verstanden werden.

Insofern ist es zur Untersuchung der Körpersprache günstig, zunächst die Wahrnehmung des Gesichtsausdruckes in den Vordergrund zu stellen. Das ließe sich mit der Präsentation von Fotografien oder Abbildungen erreichen, anhand derer die Probanden ihre eigene Einschätzung bzgl. des wahrgenommenen Gesichtsausdruckes angeben können.

Bei einer solchen Erhebung der Werte dreier Teilaspekte von Empathie müssten die jeweiligen Mittelwerte der verschiedenen Items berechnet werden, um somit Aussagen hinsichtlich Übereinstimmungen oder Abweichungen mit diesen Mittelwerten treffen zu können. Auch könnte man bei einer gesondert zu überprüfenden Studiengruppe (Kinder psychisch kranker Eltern) Aussagen über die Abweichungen von den Mittelwerten (im Vergleich zu Kindern der Normalpopulation) treffen und evtl. weitere Zusammenhänge herstellen. Die Items zu Aspekten der Interaktion, Kommunikation und Bindungsforschung könnten über gezielte Fragen erhoben werden, die sich beispielsweise auf familiäre Kommunikationsstrukturen oder vorherrschende Bindungsmuster zwischen den Kindern und ihren Eltern beziehen.

Vorteilhaft ist darüber hinaus, dass eine solche Form der Erhebung als „paper & pencil-Test“ relativ problemlos einsetzbar ist (vgl. Behr et al. 2004, S. 3). Wünschenswert, jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengend, wäre eine zusätzliche Überprüfung der neuronalen Netzwerke und der Aktivität der Spiegelzellen bei bestimmten emotionalen Vorgaben. Dies müsste dann in einer weiteren Arbeit überprüft und dargelegt werden.

2 Die Situation der Kinder und ihrer Eltern

Bei der Analyse von Veröffentlichungen aller Art fällt auf, dass Kinder zwar durchaus in verschiedenen sozialen, Lebens- und Entwicklungskontexten wahrgenommen werden, selten jedoch in ihrer Rolle als *Kinder psychisch kranker Eltern*.

Sollberger verweist auf Schätzungen internationaler Herkunft, wonach 50% aller psychisch kranken Menschen auch Eltern sind. Weiterhin beschreibt er, dass jedoch nur ca. 10-14% der Kinder dieser Eltern später auch selbst an einer Psychose erkranken (vgl. 2002, S. 121).

Was die Benennung absoluter Zahlen für Deutschland angeht, taucht in verschiedenen Veröffentlichungen immer wieder die Zahl von 500.000 Kindern und Jugendlichen auf. Wahrscheinlich greifen sämtliche Autoren auf die erstmalige Benennung dieser Zahl bei Remschmidt und Mattejat zurück:

„Auch bei recht konservativer Schätzung kommt man also auf etwa 500000 Kinder *psychotischer* (Hervorheb. K.R.) Eltern (Kinder schizophrener und Kinder endogen-depressiver Eltern), die infolge ihrer multiplen Gefährdung stärkere Aufmerksamkeit verdienen“ (1994a, S. 5).

Raiss und Ebner (vgl. 2001, S. 3), Lisofsky und Schmitt-Schäfer (vgl. 2001, S. 19); und die Pressestelle des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (vgl. 2002, S. 1) fassen den Rahmen um einiges weiter, indem sie von 500.000 Kindern mit „psychisch kranken“ Müttern oder Vätern ausgehen.

Etwas klarer am Original-Zitat orientiert ist das folgende Zitat, das im Rahmen einer Erklärung der „Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenkammern“ geäußert wurde:

„Mindestens eine halbe Million Mädchen und Jungen haben Eltern, die unter einer *schweren psychischen Erkrankung* (Hervorheb. K.R.) (schizophrene und affektive Störungen) leiden“ (2002, S. 17).

Zur näheren Analyse der Situation der Kinder und ihrer Eltern mit psychischen Erkrankungen wird nun zunächst ein Überblick bezüglich des derzeitigen Forschungsstands geben, um daran anschließend die psychosozialen Belastungsfaktoren sowie die protektiven und kompensierenden Faktoren seitens der Kinder und ihrer Eltern näher zu analysieren.

2.1 Überblick zum derzeitigen Forschungsstand

Der Themenkomplex *Kinder psychisch kranker Eltern* wird nach Literaturrecherchen von Mattejat erstmals 1932 anlässlich eines Vortrags auf einem Kongress der „American Orthopsychiatric Association“ erwähnt, als eine empirische Erhebung mit 49 Kindern psychotisch erkrankter Eltern vorgestellt wird. Diese Erhebung sei jedoch sehr einfach strukturiert gewesen und hätte keinerlei Auffälligkeiten bei den Kindern zutage gebracht, sodass sich das diesbezügliche Forschungsinteresse zunächst nicht weiter entwickelte (vgl. 2001a, S. 491).

Erst in den 1960er Jahren entwickelt sich laut Mattejat ein erstmaliges gesteigertes Interesse an den Kindern psychisch kranker Eltern, was wohl auch damit zusammenhing, dass einer der am meisten prägenden Personen der europäischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sir Michael Rutter, diesem Forschungsgebiet seine Aufmerksamkeit widmete (vgl. 2001a, S. 494).

Im deutschsprachigen Raum sind ab 1971 erste Projekte und Dissertationen zu diesem Thema zu finden, die erste deutschsprachige Monografie über Kinder psychisch kranker Eltern wird jedoch erst 1994 von Remschmidt und Mattejat (1994a) publiziert. Dieses Werk gilt noch heute als eines der wenigen Standardwerke zum Thema.

Seit dieser Zeit gibt es zwar eine zunehmende Tendenz, Forschungen und Publikationen dieser Thematik zu veröffentlichen, trotzdem gelingt es nach einhelliger Ansicht verschiedener Autoren wie Küchenhoff (vgl. 1997, S. 331), Mattejat (vgl. 2001a, S. 491), Remschmidt und Mattejat (vgl. 1994b, S. 295) nicht, die Kinder psychisch kranker Eltern im Bewusstsein einer breiten Fachöffentlichkeit zu verankern.

Erst im Laufe der letzten Jahre scheint das Forschungs- und Publikationsinteresse etwas zuzunehmen. Ende 1996 fand ein erster Kongress zu dem Thema *Hilfen für Kinder psychisch Kranker* statt. Die Federführung dieses Kongresses, der sich durch die Teilnahme einer breiten Fachöffentlichkeit auszeichnete, hatten der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker und des Dachverbands Psychosozialer Hilfsvereinigungen (vgl. Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. 1996).

Im September 2004 stand das 5. Kinderschutz-Forum, ein renommierter mehrtägiger Kongress der Kinderschutz-Zentren in Deutschland mit mehr als 700 Teilnehmern unter dem Motto „Meine Eltern sind anders – Eltern mit psychischen Störungen und die Betroffenheit der Kinder“ (vgl. Kinderschutz-Zentren 2004, Kinderschutz-Zentren 2005).

Im Mai 2005 erschien eine umfassende Studie zu Kindern als Angehörige psychisch kranker Eltern, die vom Ministerium für Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen finanziert wurde (vgl. Lenz 2005).

Die Gründe für die bislang marginale Behandlung der Thematik *Kinder psychisch kranker Eltern* und die sich daraus ableitende geringe Ausbeute an aussagekräftigem Forschungs- und Datenmaterial benennt Koch-Stoecker folgendermaßen:

„Dieser Mangel hat verschiedene Ursachen. Zum einen ist die Fragestellung nicht innerhalb einer einzigen, sondern zwischen mehreren Disziplinen psychosozialer Versorgung lokalisiert (zwischen Erwachsenenpsychiatrie, Kinderpsychiatrie und Jugendhilfe) und damit nur über interdisziplinäre Projekte zu erfassen. Zum anderen sind die Interaktionen und möglichen Einflussfaktoren so komplex, dass den Forschungsbemühungen stets der Charakter von Unvollständigkeit anhaftet“ (2001, S. 48).

So verwundert es auch nicht, dass die erhöhte Bereitschaft der Forschung und Praxis, sich mit den Bedürfnissen der Kinder psychisch kranker Eltern auseinanderzusetzen, zwar generell positiv bewertet wird, sich aber nicht zwangsläufig auch in einem flächendeckenden Angebot von Hilfsmöglichkeiten für die Betroffenen niederschlägt, wie Wagenblass und Schone anmerken:

„Eine psychische Erkrankung der Eltern stellt einen hohen Belastungs- und Risikofaktor für die betroffenen Kinder dar. In der psychiatrischen und sozialpädagogischen Praxis werden die Belange und spezifischen Probleme dieser Kinder zunehmend wahrgenommen, dennoch gibt es bislang nur wenig konkrete Hilfs- und Unterstützungsangebote für diese Zielgruppe“ (2001a, S. 580).

Das Ganze erstaunt allerdings umso mehr, wenn man sich vergegenwärtigt, dass es sich bei der Gruppe der betroffenen Kinder mit 500.000 (s.o.) nicht gerade um eine kleine und zu vernachlässigende Größe handelt und auch in Zukunft die Zahl eher zu- als abnehmen werden wird.

2.1.1 High-Risk-Forschung

Im Mittelpunkt der meisten Forschung über die Auswirkungen psychischer Erkrankungen von Eltern auf ihre Kinder stehen Untersuchungen aus dem medizinischen und psychiatrischen Spektrum.

Die bekannteste und renommierteste Forschungsrichtung ist die so genannte High-Risk-Forschung. Eine grundlegende Annahme dieses Forschungsansatzes ist, dass Kinder von psychisch kranken Eltern ein erhöhtes Risiko haben, selbst psychisch zu erkranken

(vgl. Remschmidt und Mattejat 1994b, S. 295; Mattejat 2001b, S. 66f.; Sollberger 2000, S. 107f.).

Diese Annahme wird gestützt durch zahlreiche Untersuchungen und Beobachtungen anderer Wissenschaftler und Autoren. So fanden Remschmidt und Mattejat heraus, dass etwa ein Drittel aller Kinder, die sich in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung befanden, mindestens einen psychisch kranken Elternteil haben (vgl. 1994a, S.15).

In einer weiteren Veröffentlichung vertreten die Autoren die Auffassung, dass Kinder durch die elterliche Erkrankung in vielfältiger Weise in Mitleidenschaft gezogen werden können und unter erhöhtem Risiko stehen, selbst psychotisch zu erkranken (vgl. Remschmidt und Mattejat 1994b, S. 295).

Darüber hinaus wird im Rahmen einer Marburger Untersuchung bekräftigt, „dass psychische Störungen von Eltern ein zentrales Kernmerkmal bei psychisch gestörten Kindern darstellen“ (zit. in: Schone und Wagenblaus 2001, S. 12).

Ziel der High-Risk-Forschung ist es, im Sinne einer Früherkennung die betroffenen Kinder mit erhöhtem Krankheitsrisiko herauszufiltern, d. h. diejenigen Merkmale und Indikatoren zu ermitteln, die diese Gruppe von normalen Vergleichsgruppen unterscheidet.

Diese Untersuchungsergebnisse sollen dazu eingesetzt werden, möglichst frühzeitig präventive Maßnahmen zu entwickeln und sie den gefährdeten Kindern schnellstmöglich anzubieten (vgl. Mednick und Schulsinger 1980, S. 47).

Der Schwerpunkt der Forschung konzentrierte sich anfangs stark auf Erkrankungen des schizophrenen und affektiven Spektrums (vgl. Mattejat 2001b, S.67). Für diese Erkrankungsformen liegen daher auch die validesten Ergebnisse vor, auf die im Folgenden kurz eingegangen werden soll.

Als Klassiker der High-Risk-Forschung über Kinder psychisch kranker Eltern ist, wie bereits beschrieben, die detaillierte Monografie von Remschmidt und Mattejat (1994a) zu nennen. Geforscht wurde von ihnen u. a. nach Ursachen und bestimmten Merkmalen für das erhöhte Risiko von Kindern psychotischer Eltern, selbst an einer Psychose zu erkranken. Die Ergebnisse der Untersuchungen erbrachten den Nachweis, dass bei Kin-

dem von psychotischen Eltern gehäuft psychopathologische Auffälligkeiten festzustellen waren (vgl. ebd., passim).

Auch spätere Forschungsergebnisse und Veröffentlichungen bestätigen diese Aussagen. So beschreiben Laucht, Esser und Schmidt (vgl. 1992, S. 24ff.), Mattejat (vgl. 2001b, S. 67) und Koch-Stoecker (vgl. 2001, S. 54), dass das Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln, für Kinder psychisch kranker Eltern deutlich erhöht ist.

Die Kinder zeigen vermehrt Entwicklungsauffälligkeiten sowohl im kognitiven wie auch im emotionalen Bereich. Des Weiteren fallen sie häufiger durch Störungen des Sozialverhaltens auf. Das trifft insbesondere auf Kinder von schizophrenen Eltern zu (vgl. Mattejat 2001b, S. 67).

Darüber hinaus konnte für die Risikogruppe der Kinder schizophrener Eltern eine Reihe weiterer Auffälligkeiten nachgewiesen werden, wie z. B. neurologische Abweichungen, EEG-Auffälligkeiten, Aufmerksamkeits- und Denkstörungen (vgl. ebd.; Remschmidt und Matejat 1994b, S. 295; Koch-Stoecker 2001, S. 52).

Aber auch bei anderen Erkrankungsformen werden entsprechende Risiko-Einschätzungen vorgenommen. So zitieren Bohus et al. amerikanische Studien, die zu dem Ergebnis kommen, dass Kinder von Angstpatienten ein siebenfach höheres Risiko tragen, selbst an einer Angststörung zu erkranken, als Kinder einer durchschnittlichen Kontrollgruppe (vgl. 1998, S. 134).

Die neueren Tendenzen innerhalb der High-Risk-Forschung weisen mittlerweile ein sehr breit gefächertes Spektrum an Forschungsansätzen unterschiedlicher Herkunft sowie an unterschiedlichen Erklärungsmodellen auf. Schone und Wagenblaus fassen diese neueren Entwicklungen wie folgt zusammen:

„Dabei werden theoretische Modelle verwendet, die gleichermaßen genetische, biochemische, neurophysiologische, lern- und interaktionstheoretische sowie entwicklungspsychologische Aspekte berücksichtigen. Zentral geht es um die Frage, inwieweit genetische und/oder wie weit psychosoziale Faktoren dafür eine Rolle spielen, dass Kinder ebenfalls psychisch erkranken und welche (ebenfalls genetischen und psychosozialen) protektiven Faktoren dafür verantwortlich sind, dass es nicht zu einer solchen Erkrankung kommt“ (2001, S. 11).

Allerdings muss sich die High-Risk-Forschung auch der Kritik stellen, dass die einseitige Orientierung auf die Psychopathologie zu einer Einengung des Blickwinkels führt, was dadurch letztlich auch Defizite in der Forschung nach sich zieht.

Sollberger führt diesbezüglich als Beispiel an, dass die Kinder bereits als kleine psychiatrische Patienten angesehen werden und ihr Verhalten als (prä)symptomatisch inter-

pretiert wird, ohne auf den Einfluss von Familien- und Umweltfaktoren einzugehen (vgl. 2002, S. 121).

„Ohne die Relevanz der Ergebnisse aus der High-Risk-Forschung auch für die Prävention von kindlichen Störungen in Abrede stellen zu wollen, bedarf es, um die zitierten Möglichkeiten und Potenziale der Kinder in ihren weitreichenden Dimensionen abschätzen und erkennen zu können zum einen methodisch eines Zugangs zu den subjektiven Erfahrungen der Kinder selbst und zu einem nicht bereits in medizinischem Setting situierten Sample, zum anderen inhaltlich einer Verabschiedung klinischer Voreingenommenheit“ (ebd., S. 122).

2.1.2 Genetische Studien

Neben der High-Risk-Forschung ist auf einen weiteren großen Forschungsbereich zu verweisen, der sich mit genetischen Aspekten beschäftigt. Aus zahlreichen genetischen Studien zu Erkrankungen des schizophrenen und affektiven Spektrums sowie aus Adoptionsstudien lässt sich eine erhöhte Vulnerabilität für die Kinder psychisch kranker Eltern ableiten.

Kinder schizophrener Eltern haben ein zehn- bis fünfzehnprozentiges Risiko, selbst an einer Schizophrenie zu erkranken. Sind darüber hinaus beide Elternteile an einer Schizophrenie erkrankt, erhöht sich die Erkrankungswahrscheinlichkeit der Kinder nochmals signifikant und liegt dann bei ca. 40%.

Vergleichsweise dazu beträgt das Lebenszeitrisko innerhalb der Gesamtbevölkerung, an einer Schizophrenie zu erkranken, bei ca. 1%. Das bedeutet eine um das Zehn- bis Vierzigfache höhere Wahrscheinlichkeit für Kinder schizophrener Eltern (vgl. Mattejat 2001b, S. 67).

Ähnliche Aussagen können auch für andere psychische Krankheitsbilder getroffen werden. Downey und Coyne beispielsweise haben im Rahmen einer Auswertung von neun Studien über Kinder depressiver Eltern festgestellt, dass die Wahrscheinlichkeit, eine affektive Störung zu entwickeln, um das 1,75-Fache höher ist als bei Kindern gesunder Eltern; das Risiko einer Major Depression sogar um das Sechsfache (vgl. Downey und Coyne 1990, S. 56). Kindern von Eltern mit Angststörungen wird ein siebenfach höheres Risiko, selbst an einer Angststörung zu erkranken zugeschrieben (vgl. Lenz 2005, S. 16). Auch anhand von Zwillingsstudien lässt sich eine gewisse genetische Determinante im Rahmen des Auftretens von Schizophrenie und Depression in der nächsten Generation nachweisen (vgl. ebd., S. 14).

Genetische Faktoren können also durchaus von Relevanz für die Entstehung psychischer Störungen bei Kindern psychisch kranker Eltern sein, was auch von Mattejat bekräftigt wird (vgl. 2001b, S. 68).

An verschiedenen Stellen (vgl. Mattejat 2001b, S. 68; Sollberger 2002, S. 120) wird jedoch davon Abstand genommen, die genetische Disposition als alleinige Ursache für psychische Erkrankungen anzusehen. Sie spielt eine bedeutsame Rolle, kann die Manifestation der psychischen Erkrankung jedoch nicht alleine und ausschließlich erklären. Sollberger formuliert in seiner Kritik,

„dass weniger die Erkrankung der Eltern das Risiko für eine Erkrankung der Kinder erhöht als vielmehr die mit der elterlichen Psychose assoziierten familiären Spannungen und Streitigkeiten sowie die gegen das Kind gerichteten elterlichen Feindseligkeiten oder auch übermäßige Behütung. Hierbei sind es insbesondere die für die Kinder mit der Störung der Eltern-Kind-Beziehung verknüpften schlechten Erfahrungen, welche ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen zur Folge haben“ (2002, S. 120).

Auch andere Autoren sind der Auffassung, dass die Orientierung der Forschung einzig und allein auf genetische Studien zu kurz greift. Deneke beispielsweise weist darauf hin, dass die genetische Veranlagung nur einen Teil der Vulnerabilität für die Kinder ausmacht. Sie beschreibt die psychische Erkrankung eines Elternteils nur als einen unter vielen Risikofaktoren, wobei sich die einzelnen Faktoren gegenseitig bedingen und verstärken (vgl. 1995, S. 5f.).

2.1.3 Sozialpsychiatrische und familienorientierte Ansätze

Aus der Kritik an der High-Risk-Forschung und der genetischen Vulnerabilität für Kinder psychisch kranker Eltern wird deutlich, dass Aspekte der Familiendynamik eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen und daher berücksichtigt werden müssen. In verschiedenen Studien zur Psychose-Entstehung wird dieser Forderung bereits Rechnung getragen, indem Aspekte der Familiendynamik hier besonders einbezogen werden (vgl. Renschmidt und Mattejat 1994b, S. 296; Mattejat 2001b, S. 68).

Mattejat beschreibt beispielsweise, dass Psychosen als Ausdruck pathologischer Interaktionsmuster zu verstehen sind. Nach seinen Ausführungen scheint der Verlauf schizophrener Erkrankungen in Abhängigkeit zum vorherrschenden emotionalen Interaktionsstil der Familien zu stehen (vgl. ebd.).

Ein diesbezüglich in der Literatur immer wieder auftauchendes Forschungsgebiet ist die Untersuchung des emotionalen Gehalts von Kommunikation in Familien, was unter dem

Begriff der *Expressed Emotions* zusammengefasst wird (vgl. Remschmidt und Mattejat 1994a, S. 45; Remschmidt und Mattejat 1994b, S. 297; Pott 1996, S. 219; Pitschel-Walz und Engel 1997, S. 19; Jungbauer et al. 2001, S. 107). Dabei fand man heraus, dass psychisch kranke Menschen nach einem Klinikaufenthalt eine erhöhte Rückfallwahrscheinlichkeit hatten, die mit dem familiären System, in das sie zurückkehrten, sowie mit der Art und Weise der Kommunikation in ihrer Familie zusammenhängt:

„In Familien, in denen der Umgang miteinander durch ein hohes Maß an Feindseligkeit oder Überprotektivität gekennzeichnet ist - beide Aspekte werden unter dem Oberbegriff 'expressed emotions' (Hervorheb. im Original) zusammengefasst -, ist die Prognose ungünstiger als in Familien mit niedrigen Expressed-emotions-Werten“ (Mattejat 2001b, S. 68).

Darüber hinaus befassen sich sozialpsychiatrische und familienorientierte Forschungsansätze mit *krankheitsbezogenen*, *kindbezogenen* und *allgemeinen Risikofaktoren*, die sich gegenseitig bedingen und verstärken können (vgl. Deneke 1995, S. 5f.).

Im Gegensatz zur zuvor beschriebenen, eher pathologisch und symptomorientierten High-Risk-Forschung haben diese Forschungsbemühungen eher entwicklungs- und persönlichkeitsrelevante Aspekte im Blickfeld.

Auf der Ebene der *krankheitsbezogenen Risikofaktoren* werden Aspekte wie die Schwere und Chronizität der elterlichen Erkrankung sowie der Beginn und Verlauf der Krankheit benannt (vgl. Deneke 1995, S. 5; Schone und Wagenblaus 2001, S. 11).

Im *kindbezogenen Bereich* gelten Frühgeburten, perinatale Traumen und Komplikationen als Risikofaktoren. Außerdem wirkt sich eine geringe intellektuelle und soziale Kompetenz belastend auf die Entwicklung der Kinder psychisch kranker Eltern aus (vgl. Remschmidt und Mattejat 1994a, S. 25; Deneke 1995, S. 5).

Als *allgemeine Risikofaktoren* gelten das soziale Umfeld, die Abwesenheit des anderen Elternteils, instabile Familienbeziehungen und Lebensbedingungen, soziale Isolation oder mangelnde emotionale Unterstützung Außenstehender (vgl. Deneke 1995, S. 5; Koch-Stoecker 2001, S. 62).

Trotz der versuchten Abgrenzung der einzelnen Faktoren voneinander bilden sie ein in sich zusammenhängendes Geflecht, was nur schwer in seinen einzelnen Teilen isoliert voneinander zu betrachten ist, sondern stets im Zusammenhang gesehen werden muss (vgl. Deneke 1995, S. 6).

Einen weiteren auf die familiäre Interaktion bezogenen und durchaus wichtigen Aspekt ergänzen Laucht et al. im Rahmen der Überlegungen zur Familiendynamik. Die Autoren beschreiben, dass die Beziehung zwischen der elterlichen Auffälligkeit und einer

möglichen Entwicklungsstörung beim Kind keine einseitige Angelegenheit sind, sondern von einer wechselseitigen Beeinflussung beider Seiten ausgegangen werden muss (vgl. 1992, S. 45).

In vereinzelt Untersuchungen wird diesbezüglich nachgewiesen, dass nicht nur der psychische Zustand der Mutter die Entwicklung ihres Kindes beeinflusst, sondern sich auch die mütterlichen Erfahrungen im Umgang mit ihrem Säugling (erfasst in Störungen der Mutter-Kind-Beziehung) auf die psychische Gesundheit der Mutter auswirken (vgl. ebd., S. 42).

Diese Erkenntnisse bezüglich der bilateralen Wechselwirkung zwischen Mutter und Kind nehmen einige Forscher zum Anlass, Präventionsbemühungen für die Betroffenen und ihre Kinder zum frühestmöglichen Zeitpunkt einzufordern.

Deneke beispielsweise fordert Unterstützungsangebote für psychisch kranke Eltern bereits vor der Geburt ihrer Kinder, um diesen Belangen Rechnung zu tragen. Dadurch soll der Gefahr vorgebeugt werden, dass sich die Eltern bereits kurz nach der Geburt mit der Realität des Kindes - bei ansonsten durch die psychische Erkrankung bedingten unklaren Realitätswahrnehmungen - konfrontiert sehen und überfordert fühlen (vgl. 1995, S. 6f.).

In neueren Forschungsvorhaben wird erstmals den protektiven- und Schutzfaktoren ein größerer Stellenwert eingeräumt. Ähnlich der Entwicklungen in der allgemeinen Gesundheitsforschung, in der die bislang alleinige Beschäftigung mit der Pathogenese (krankheitsfördernde Faktoren) durch eine zunehmende Beschäftigung mit der Salutogenese (gesundheitsförderliche Faktoren; von salus=gesund und genesis=Ursprung) ergänzt wird, verschiebt sich scheinbar auch der Fokus im Bereich der Forschungsansätze bezüglich psychischer Erkrankungen.

Nicht mehr allein die Risikofaktoren, negativ beeinflussende Aspekte oder Probleme der Betroffenen und ihrer Angehörigen sind im Bewusstsein der Forscher und Fachöffentlichkeit, sondern auch die positive Seite, die sich mit förderlichen, hilfreichen und unterstützenden Aspekten im Rahmen der psychischen Erkrankung beschäftigt (vgl. Werner und Smith 1993, S. 173ff.; Deneke 1995, S. 6f.; Schone und Wagenblass 2001, S. 11f.; Sollberger 2002, S. 121).

Da es sich hier um sehr aktuelle und vielversprechende Tendenzen handelt, wird die inhaltliche Beschäftigung mit diesem Teilaspekt an späterer Stelle dieses Kapitels noch einmal vertieft.

2.1.4 Sozialpädagogische Ansätze

In Abgrenzung zu den zuvor beschriebenen Forschungsansätzen handelt es sich bei den sozialpädagogischen Ansätzen historisch gesehen um relativ junge und neue Forschungsbemühungen. Sie sehen ihre Schwerpunktsetzung darin, zukünftiges Forschungsinteresse vermehrt auf die natürlichen familiären Bewältigungs- und Kompensationsmöglichkeiten zu lenken und diese durch präventive Maßnahmen zu aktualisieren und zu intensivieren (vgl. Remschmidt und Mattejat 1994a, S. 124).

Auch Schone und Wagenblass unterstreichen die Notwendigkeit sozialpädagogischer Forschung, da diese sich dadurch auszeichnen würde, dass die Lebenswelten und existierenden Ressourcen der Kinder und ihrer Familien in das Zentrum des Forschungsinteresses gerückt würden (vgl. 2001, S. 12).

Die zentrale Aufgabe der sozialpädagogischen Forschung ist demnach eine systematische Untersuchung der Lebenswelt der betroffenen Kinder und ihrer Familien. Ziel dieses Ansatzes ist es, ein umfassendes Bild der komplexen Realität dieser Kinder und ihrer Familien zu erhalten, um daraus gezielte Interventionen, wie etwa problemangemessene und lebensweltorientierte Hilfsangebote, zu entwickeln.

Das Erkenntnisinteresse sozialpädagogischer Forschung sollte sich nach Schone und Wagenblass auf Faktoren und Umweltbedingungen richten, die Kinder dazu befähigen, die Belastung des Zusammenlebens mit einem psychisch kranken Elternteil zu bewältigen (vgl. 2001, S. 16).

Hierzu ist es notwendig, sich verstärkt mit dem subjektiven Erleben von Kindern psychisch kranker Eltern auseinanderzusetzen und dieses Erleben als einen Forschungsschwerpunkt zu begreifen (vgl. ebd.).

Als Forschungsmethode bietet sich hier nach Auffassung von Sollberger die narrative Biografieforschung an, die mit Hilfe halbstrukturierter Interviews durchgeführt wird (vgl. 2000, S. 112). Verschiedene Autoren sind der Meinung, dass die Methode der narrativen Biografieforschung durch die Erfassung der subjektiven Erfahrungen und Erkenntnisse der Betroffenen für eine hilfreiche Prävention sinnvoll eingesetzt werden kann (vgl. Anthony 1980, S. 14; Wagenblass 2001, S. 1; Sollberger 2002, S. 122).

Im Rahmen einer aktuellen deutschsprachigen Studie des *Instituts für Soziale Arbeit* (ISA) Münster wurde versucht, die Entwicklungs- und Lebensbedingungen von Kindern psychisch kranker Eltern mit Hilfe biografischer Interviews näher zu analysieren. Inner-

halb der vorliegenden empirisch-handlungsorientiert ausgerichteten Forschungen wurden neben den Kindern auch die beteiligten Institutionen mit einbezogen (vgl. Wagenblass 2001, S. 129).

Die Auswertung der Befragungen stützt sich auf vier Untersuchungsbereiche: Standardisierte Fragebogen für die beiden Untersuchungsregionen Bielefeld und Warendorf; biografische retrospektive Interviews der heute 24-27-jährigen Untersuchungspersonen; leitfadengestützte Einzelinterviews von Fachkräften aus Institutionen der medizinischen und sozialpädagogischen Versorgung; überregionale Gruppengespräche mit Experten, die gezielte Angebote für die Gruppe der Kinder psychisch kranker Eltern entwickelt haben (vgl. Wagenblass und Schone 2001b, S. 130).

Als Resultate der ISA-Studie wurde neben den näher ausdifferenzierten Ergebnissen, auf die noch genauer eingegangen wird, folgendes deutlich:

Seitens der Familien ist eine große Zurückhaltung bei der Inanspruchnahme öffentlicher Hilfen festzustellen. Seitens der institutionellen Ebene muss festgestellt werden, dass sowohl in der medizinischen Versorgung als auch in Institutionen sozialer Arbeit Hilfsangebote für die Kinder erst angeboten werden, wenn das Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten Dimensionen annimmt, die nicht mehr zu übersehen sind. Das impliziert auch, dass spezielle präventive Ansätze in der Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern im Bereich der Jugendhilfe und Medizin wenig institutionalisiert sind (vgl. Wagenblass und Schone 2001b, S. 136; Wagenblass 2001, S. 8).

Schone und Wagenblass beschreiben und kritisieren trotz ihres Engagements für die sozialpädagogische Forschung einen großen Mangel an systematischer Auseinandersetzung mit den Problemen der Kinder psychisch kranker Eltern innerhalb jener Forschungsbemühungen:

„Eine fokussierte Befassung mit den Lebenslagen von Kindern psychisch kranker Eltern und eine darauf aufbauende konzeptionelle Diskussion, wie vor dem Hintergrund dieser Lebenslage die Kompetenzen und Angebote der Jugendhilfe gestaltet sein müssten und mit welchen Kooperations- und Vernetzungsformen hier eine angemessene Hilfe und Unterstützung gewährleistet werden kann, steht bisher jedoch eher am Anfang“ (2001, S. 10).

Dieser Kritik schließt sich auch Sollberger an, indem er eine Sensibilisierung für die Sicht der Kinder anmahnt, um deren Erfahrungsschatz im Rahmen institutioneller Hilfsangebote sinnvoll und effektiv einbeziehen zu können (vgl. 2000, S. 30).

Darüber hinaus wird deutlich, dass es trotz der von Wagenblass und Schone als wichtig erachteten interdisziplinären Perspektive in der Praxis nur sehr selten zu einer systematischen Vernetzung von Jugendhilfe und Psychiatrie kommt (vgl. 2001b, S. 138).

„Um angemessene Hilfe und Unterstützung für Kinder mit psychisch kranken Eltern gewährleisten zu können, ist es demzufolge erforderlich sowohl auf der Praxis- als auch auf der Forschungsebene eine Verzahnung der Ansätze und Perspektiven vorzunehmen. Erst durch einen solchen interdisziplinären Zugang von Praxis und Forschung kann die Komplexität der Lebenswelt dieser Kinder entsprechend berücksichtigt werden“ (Schone und Wagenblass 2001, S. 17).

2.2 Psychosoziale Belastungsfaktoren für das Familiensystem

Zu Beginn dieses Kapitels ist eine Vorbemerkung wichtig, um die Struktur der weiteren Ausführungen klarer nachvollziehen zu können. Um einerseits die zentrale Personengruppe der Arbeit – die Kinder psychisch kranker Eltern – nicht aus den Augen zu verlieren und andererseits nicht Gefahr zu laufen, den Rahmen der Ausführungen zu sprengen, werde ich im weiteren Verlauf einige Aspekte der Familien mit psychisch erkrankten Eltern nicht im Detail verfolgen können, obwohl ich um deren Existenz und Relevanz weiß. So werde ich beispielsweise nur kurz auf Belastungs- oder Schutzfaktoren der Eltern, Geschwister oder anderer Angehöriger eingehen und die theoretische Betrachtung des jeweiligen Feldes jedoch nur insoweit vertiefen, wie es für meine vorrangige Zielgruppe, die Kinder, von Relevanz ist.

Psychische Erkrankungen zeichnen sich bekanntlich nicht nur durch ihre mehr oder minder starken Auswirkungen auf die betroffenen Patienten aus, sondern ebenso durch ihre Auswirkungen auf deren Angehörige und die Familiensysteme, in denen sie leben.

Historisch betrachtet werden die Belastungen der Angehörigen nicht immer selbstverständlich zur Kenntnis genommen und anerkannt, sondern dringen erst mittelbar durch die zunehmend frühzeitigere Entlassung der Patienten aus den psychiatrischen Kliniken in das Bewusstsein der Öffentlichkeit, wie Bernert et al. bemerken:

„Im Rahmen der Deinstitutionalisierung psychiatrischer Patienten wurden immer mehr Aufgaben, die zuvor im Krankenhaus wahrgenommen wurden, in den ambulanten Bereich verlagert. Auch Angehörige wurden als geeignete Ressource zur Unterstützung der Erkrankten angesehen und so in die Behandlung eingebunden“ (2001, S. 597).

Forschungsarbeiten zu diesem Bereich lassen jedoch schon lange auf sich warten. In den USA und Großbritannien sind durch die o. g. Prozesse der immer früheren Deinsti-

tionalisierung erste Forschungsprojekte über die Belastung der Angehörigen psychisch Kranker bereits Anfang der 1960er Jahre entwickelt worden (vgl. ebd.).

In Deutschland jedoch gab es bis Ende der 1990er Jahre keinerlei systematische Forschungen (vgl. ebd.; Angermeyer et al. 1997, S. 215). Letztgenannte Autoren geben an, mit der von ihnen publizierten Studie die erste Forschungsarbeit zur Belastung von Angehörigen psychisch Kranker im deutschsprachigen Raum geliefert zu haben.

Die Ergebnisse ihrer repräsentativen Befragung unter 900 Mitgliedern des *Bundesverbands psychisch Kranker e.V.* machen ausdrucksstark deutlich, wie intensiv die Belastungen der Angehörigen wirklich sind:

„Ein knappes Drittel fühlte sich durch die Betreuung der Kranken stark, ein weiteres gutes Drittel mäßig belastet. Unter den negativen Auswirkungen rangierten an erster Stelle gesundheitliche Beeinträchtigungen. Rund 9 von 10 Angehörigen klagten darüber. Hier sind vor allem psychische Beschwerden wie Grübelei, innere Unruhe, Reizbarkeit oder Mattigkeit sowie Schlafstörungen zu nennen. Zwei Drittel berichteten über Einschränkungen im Privatleben und in der Freizeitgestaltung“ (Angermeyer et al. 1997, S. 219).

Neben den zeitlich sehr spät und quantitativ nur in geringem Umfang erschienenen Forschungsarbeiten zu Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Angehörigen existieren noch weniger Forschungsprojekte oder Aussagen über die Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf das *Familiensystem* als solches. Erst in einer kürzlich erschienenen Publikation wird auf die innerfamiliäre Dynamik hingewiesen. Wagenblass und Schone erklären:

„Psychische Erkrankungen sind Familienerkrankungen und wenn ein Familienmitglied erkrankt, so hat dies stets Auswirkungen auf das gesamte System Familie, seine innerfamiliäre Dynamik und die Lebenssituation der einzelnen Familienmitglieder“ (2001b, S. 128).

Ein zentraler Mechanismus in Familien mit psychisch kranken Eltern scheint darin zu bestehen, dass - wie in anderen dysfunktionalen Familiensystemen auch - die Tendenz besteht, enger zusammenzurücken und sich gegen die Außenwelt abzuschotten. Dieser Mechanismus wird an verschiedenen Stellen (vgl. Deneke 1995, S. 87; Küchenhoff 1997, S. 331; Gruber 2000, S. 37; Mattejat 2001b, S. 72) sehr deutlich, sinnfällig und eindrücklich beschrieben. Christiansen und Pleiniger-Hoffmann erklären die zu beobachtenden Prozesse folgendermaßen:

„In jeder Familie gibt es eine unausgesprochene Übereinkunft darüber, wie eine Familie sich nach außen und innen zu repräsentieren hat. [...] Jede nicht vorhersehbare Besonderheit verunsichert das Familiensystem und wird auf dem Boden der Familiensicht entweder aktiv, konstruktiv offen nach außen bearbeitet oder aber umgedeutet, verschwiegen, versteckt und nur häufig intrafamiliär besprochen. In Krisensituationen rücken Familien demzufolge enger zusammen, die Kommunikation nach außen wird geringer, weil eine befürchtete kritische Sicht der Umwelt als Bedrohung erlebt wird“ (2001, S. 67).

Diese Tendenzen führen dazu, dass Familien sich zunehmend in ihrem sozialen Umfeld isolieren. Sollberger sieht den Prozess der Isolation der Familien, den er übrigens auch als eines der Kernprobleme anhand retrospektiver Studien heutiger Erwachsener mit ehemals psychisch kranken Elternteilen in ihrer Kindheit nachzuweisen versucht, zusätzlich manifestiert durch die Tabuisierung der Krankheit und die soziale Ausgrenzung des psychisch kranken Elternteils (vgl. 2002, S. 122).

Ähnlich wird der Prozess von Christiansen und Pleininger-Hoffmann bewertet, die zusätzlich den bidirektionalen Aspekt der Isolation herausstellen, indem sie deutlich machen, dass sich nicht nur die Familie mit einem psychisch erkrankten Elternteil isoliert, sondern dass solche Familien darüber hinaus auch von der Gesellschaft allzu oft isoliert werden (vgl. 2001, S. 67).

2.2.1 Belastungen für die Familie

Neben den skizzierten genetischen Belastungsfaktoren, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll, existieren eine Reihe psychosozialer Belastungsfaktoren in Familien mit psychisch kranken Elternteilen, die u. a. von der Art, Dauer und Schwere der Erkrankung, der familiären Situation, dem Alter und Geschlecht der Kinder abhängen.

In der bereits zitierten ersten deutschsprachigen Studie zur Belastung der Angehörigen chronisch psychisch Kranker von Angermeyer et al. wird deutlich, dass 87,1% der interviewten Personen gesundheitliche Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit den Belastungen durch ihre psychisch kranken Familienangehörigen benennen (vgl. 1997, S. 216).

Bei dem Versuch, die Belastungsfaktoren der Angehörigen psychisch Kranker genauer zu operationalisieren, versuchte man, zwischen objektiven und subjektiven Belastungsfaktoren zu unterscheiden.

Als objektive Belastungsfaktoren gelten sämtliche beobachtbaren negativen Folgen der psychischen Krankheit, wie etwa finanzielle Einbußen, Beeinträchtigungen des Familienlebens oder vorzunehmende Betreuungsaufwendungen. Als subjektive Belastungen hingegen gilt die Intensität, in der sich die Angehörigen effektiv als belastet empfinden (vgl. Angermeyer et al. 1997, S. 215; Jungbauer et al. 2001, S. 106).

Durch die Unterscheidung in objektive und subjektive Belastungen gelingt eine Differenzierung, die sich als äußerst effektiv für weitere Forschungsarbeiten im Bereich der

Belastung Angehöriger psychisch Kranker herausstellt und die auch heute noch ihre Anwendung findet.

Betrachtet man soziodemographische Aspekte im Zusammenhang mit Belastungen Angehöriger psychisch Kranker, so fällt auf, dass diese eine scheinbar zu vernachlässigende Rolle – zumindest im Rahmen der subjektiven Belastungen – zu spielen scheinen. In zahlreichen Untersuchungen (vgl. Jungbauer et al. 2001, S. 106) wird deutlich, dass das Alter, die Bildung oder die soziale Schichtzugehörigkeit keinen Einfluss auf die erlebte *subjektive Belastung* haben, wenngleich sie hier hinsichtlich *objektiver Belastungsfaktoren* wie Arbeitsplatz oder finanzielle Probleme durchaus von Relevanz sein können.

Anhand dieser Untersuchungsdaten wird deutlich, dass es keineswegs so ist, dass Angehörige psychisch Kranker je nach Schichtzugehörigkeit unterschiedliche subjektive Belastungen erleben, sondern dass es in diesem Punkt zu ähnlich gravierendem bzw. weniger starkem Belastungserleben quer durch sämtliche Bevölkerungsschichten kommt.

In zahlreichen Untersuchungen wird eine ähnlich starke Diskrepanz zwischen objektiven Belastungsfaktoren, die beispielsweise in mehr als vier Fünftel aller befragten Familien gemessen worden sind, und subjektiven Belastungen, die in weniger als einem Fünftel der Familien angegeben wurden, deutlich (vgl. Jungbauer et al. 2001, S. 107).

„Noh und Turner (1987) stellten in ihrer Untersuchung fest, dass nur subjektive, nicht aber objektive Belastungen signifikant mit dem psychischen Wohlbefinden der Angehörigen zusammenhängen. Sie folgern daraus, dass sich objektive Belastungsfaktoren nur in dem Maße negativ auf das psychische Wohlbefinden der Angehörigen auswirken, in dem sie überhaupt als Einschränkung bzw. Belastung 'wahrgenommen' (Hervorheb. im Original) werden“ (zit. n. Jungbauer et al. 2001, S. 107).

Die Autoren sehen den Grad der erlebten subjektiven Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker und den Umgang damit eher im Zusammenhang mit deren kognitiv-emotionalen Prozessen sowie ihren psychosozialen Ressourcen.

Bei Diagnoseversuchen von Belastungen Angehöriger psychisch Kranker in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsbild verweisen Jungbauer et al. im Rahmen ihrer Analyse diverser Forschungsarbeiten auf folgende Erkenntnisse:

Bei schizophrenen Erkrankungen, die im Zentrum der meisten vorliegenden Studien stehen, können keine klaren Angaben dazu gemacht werden, was von den Angehörigen als besonders belastend erlebt wird. Einzig in der Form der Symptomatik existieren da-

hingehende Unterschiede, dass eine Negativsymptomatik als deutlich belastender erlebt wird als eine Positivsymptomatik (vgl. Jungbauer et al. 2001, S. 108). Erweitert man den Blickwinkel und betrachtet die Art und Weise des Umgangs der Angehörigen mit ihren psychisch erkrankten Familienmitgliedern, so kann man einen resignativen und depressiven Bewältigungsstil der Angehörigen als Indikator für ein hohes Maß erlebter subjektiver Belastungen ansehen (vgl. ebd.).

Angehörige von Familienmitgliedern mit affektiven Störungen geben das Grübeln, den Interessenverlust und die Hoffnungslosigkeit sowie die stetige Gefahr eines Rückfalls der erkrankten Person als besonders belastend in ihrem Zusammenleben an (vgl. ebd.).

Bei Angehörigen von Personen mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sind aufgrund der bislang in geringem Ausmaß vorliegenden Untersuchungen sowie aufgrund der großen Unterschiede innerhalb dieser Diagnosegruppe nur wenige aufschlussreiche Erkenntnisse - bezogen auf die Belastungen von Angehörigen - vorhanden. Lediglich bei Personen mit Zwangsstörungen sind für die Angehörigen im familiären Zusammenleben ein erhöhtes Maß an Stress sowie überproportional häufige Partnerprobleme zu verzeichnen (vgl. ebd.).

Ein weiterer zentraler und oftmals belastender Aspekt in Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen ist der Bereich der Kommunikation und Interaktion zwischen den beteiligten Personen.

Dieser bereits ausführlich beschriebene Bereich der *expressed-emotion-Forschung* schreibt einer überfürsorglichen und überbehütenden Interaktions- und Kommunikationsstruktur in Familien eine sich negativ auf weitere Erkrankungen auswirkende Rolle zu:

„Als gesichert gilt heute, dass ein von emotionalem Überengagement, Kritik und Feindseligkeit geprägtes Familienklima das Risiko eines Krankheitsrückfalls erhöht“ (Jungbauer et al. 2001, S. 107).

Auch im Falle eines Perspektivenwechsels, indem man den Blick von dem psychisch Kranken auf die Angehörigen richtet, wird deutlich, dass hier oftmals erhebliche Beeinträchtigungen auf kommunikativer und interaktiver Ebene zutage treten.

In der bereits mehrfach zitierten ersten Studie zu Belastungsfaktoren von Angehörigen psychisch Kranker von Angermeyer et al. führen die Angehörigen massive Auswirkungen auf ihre zwischenmenschlichen Beziehungen an. Ein Viertel aller Befragten (25,3%) gibt an, den Kontakt zu anderen Familienmitgliedern verloren zu haben, was größtenteils von den übrigen Familienmitgliedern, also nicht von den Befragten selbst,

ausgegangen sei. Ein Drittel aller Befragten (33,6%) bemängelt einen Kontaktabbruch zu Freunden und Bekannten, wobei hier die Verantwortlichkeit meist bei den Befragten selbst gesehen wird, die aufgrund von Zeitmangel und Erschöpfung nicht mehr in der Lage seien, Außenkontakte im selben Umfang zu pflegen wie vor der psychischen Erkrankung ihrer Angehörigen (vgl. Angermeyer et al. 1997, S. 217f).

Dass diese Einbußen in der Kommunikation und Interaktion nicht allein den psychisch Kranken, ihren Angehörigen oder der Umwelt zuzuschreiben sind und dass derartige Interaktionsstörungen sogar unterstützend und hilfreich im Bereich der Diagnostik und Therapie verwertet werden können, macht Mattejat eindrucksvoll deutlich:

„Psychopathologisches Geschehen ist nicht unbedingt in einem individuellen Träger zu lokalisieren, der 'Ort' (Hervorheb. im Original) dieses Geschehens ist die Interaktion. Festzuhalten bleibt, daß bereits das Studium des Kommunikationsverhaltens von Familienmitgliedern (Eltern) für die Kinder- und Jugendpsychiatrie bedeutsame Ergebnisse liefern kann“ (Mattejat 1980, S. 123).

Als Beispiel und Nachweis seiner Aussagen fügt er verschiedene vergleichende Untersuchungen zwischen u. a. Familien mit schizophrenen Familienmitgliedern und Familien ohne Auffälligkeiten an.

In einer Erhebung wurden die einzelnen Familienmitglieder bezogen auf ihr Interaktionsverhalten analysiert, indem sie gebeten wurden, mehrdeutige Sprichwörter miteinander zu interpretieren. Dabei fiel auf, dass die Eltern in Familien mit schizophrenen Erkrankungen signifikant häufiger fehlerhafte und dem Sinn des Sprichwortes widersprechende Interpretationen abgaben. Außerdem machten diese Eltern deutlich weniger metakommunikative Äußerungen als die Eltern der normalen Kontrollgruppe (vgl. Mattejat 1980, S. 123f.).

Auch in anderen Untersuchungen ist klar zu erkennen, dass sich Familien mit schizophren erkrankten Mitgliedern bezüglich ihres Interaktionsverhaltens deutlich von anderen Familien unterscheiden. Zusammenfassend wird in diesen Studien festgestellt, dass in Familien mit schizophren Erkrankten ein geringerer kommunikativer Kontakt besteht als in durchschnittlichen Familien (vgl. ebd., S. 128ff.).

2.2.2 Belastungen aus der Perspektive der Eltern

Wie bereits geschildert, ist davon auszugehen, dass die psychische Erkrankung eines Familienmitglieds je nach Art und Schwere der Erkrankung mit großen Strapazen verbunden ist. Wenn aber neben der Belastung der psychischen Krankheit noch Anforde-

rungen durch die Erziehung und Pflege eines Kindes hinzukommen, sind die betroffenen Eltern mit zusätzlichen Herausforderungen konfrontiert.

Dieser Aspekt wird oftmals übersehen und schlägt sich unter anderem darin nieder, dass 36% der Eltern bei einer Umfrage zum Versorgungsbedarf ihr aktuelles Unterstützungssystem als unzureichend empfinden (vgl. Bohus et al. 1998, S. 136).

Zusätzlich belastend ist es, wenn der andere (gesunde) Elternteil nicht in der Lage ist, kompensierende Funktionen zu übernehmen. Wenn er sich nicht gewissermaßen mit doppelter Energie für die zusätzliche Versorgung des Kindes einsetzen kann, weil er beispielsweise persönlich damit überfordert ist oder sich bereits durch die Versorgung des psychisch kranken Partners an der Grenze der eigenen Belastungsfähigkeit empfindet. In diesen Fällen gehen verschiedene Autoren von einer signifikant erhöhten Belastung für das Kind aus (vgl. Mattejat et al. 2000, S. 167; Koch-Stoecker 2001, S. 58; Lenz 2005, S. 79).

Darüber hinaus kann auf Seiten der Eltern der zusätzliche Risikofaktor vorliegen, dass auch noch der andere Elternteil psychisch erkrankt ist, was nach Remschmidt und Mattejat „überzufällig“ (1994a, S. 118) häufig der Fall ist:

Die damit verbundenen Auswirkungen auf die Kinder, wenn auch noch der zweite Elternteil als Kompensationsmöglichkeit ausscheidet, ist bislang nirgendwo untersucht worden; man kann sich aber gut vorstellen, wie nachhaltig sich derartige Umstände auf die Kinder auswirken.

Als weiterer belastender Aspekt werden so genannte Komorbiditäten, wie beispielsweise Angststörungen oder Essstörungen beschrieben, die neben der psychischen Erkrankung der Elternteile gehäuft auftreten. Es muss also darauf geachtet werden, ob und in welcher Form zusätzliche Erkrankungen vorliegen, die sich dann in der Regel auch zusätzlich belastend auf die Familie und ihre Mitglieder auswirken (vgl. Mattejat et al. 2000, S. 167).

Ein anderer regelmäßig zu verzeichnender und wichtiger Punkt auf Seiten der Eltern ist die Frage der Schuldgefühle, die sich die psychisch kranken Elternteile und ihre nicht erkrankten Partner häufig machen.

Bei den erkrankten Elternteilen werden neben Schuldgefühlen, die eigene Familie nicht mehr adäquat versorgen zu können, sie in etwas hineingezogen zu haben oder ihnen zur Last zu fallen, insbesondere Schuldgefühle dahingehend ausgelöst, dass sie vielleicht die psychische Erkrankung im Sinne genetischer Vererbung an ihre Kinder weitergeben könnten (vgl. Remschmidt und Matzejat 1994b, S. 298).

In wissenschaftlichen Untersuchungen und Berichten von Angehörigen psychisch Kranker tauchen immer wieder Aussagen darüber auf, die das Gefühl beschreiben, die Angehörigen seien Schuld an der Entstehung der Erkrankung (vgl. Plessen et al. 1985, S. 44). Diese Schuldgefühle werden nicht selten durch direkte oder indirekte Schuldvorwürfe, die teilweise auch von professionellen Helfern vermittelt werden, genährt (vgl. Angermeyer et al. 1997, S. 217; Katschnig 2002, S. 114).

Je nach Auffassung über die vermuteten Ursachen der jeweiligen psychischen Erkrankung sind die Schuldgefühle größer (bei internaler Ursachenzuschreibung bezüglich der Erkrankung) oder kleiner (bei externaler Ursachenzuschreibung). In zahlreichen Fällen kommt es aber auch zu erlebten Schuldgefühlen bei Angehörigen, die unabhängig vom vorhandenen kognitiven Wissen über die psychische Erkrankung oder eventuellen Schuldzuschreibungen von außen entstehen (vgl. Plessen et al. 1985, S. 44).

Die Frage, ob sich die psychische Erkrankung des Vaters oder die der Mutter nachhaltiger auf die Familie und die Kinder auswirkt, wird von verschiedenen Autoren mit jeweils demselben bejahenden Ergebnis dargestellt und nachgewiesen (vgl. Laucht et al. 1992, S. 44; Remschmidt und Matzejat 1994a, S. 161f.; Jungbauer et al. 2001, S. 106; Sibitz et al. 2002, S. 152).

Während sich die Auswirkungen der psychischen Erkrankung des Vaters vorwiegend auf Veränderungen der kognitiven Entwicklung der Kinder niederschlagen, sind bei einer psychischen Erkrankung der Mutter Entwicklungsauffälligkeiten sowohl im kognitiven wie auch im sozial-emotionalen Bereich festzustellen (vgl. Laucht et al. 1992, S. 44; Lenz 2005, S. 80). Diese Ergebnisse lassen sich mit der

„größeren emotionalen Bedeutung interpretieren, die der Mutter in traditionell strukturierten Familien für die kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter zugeschrieben wird“ (Laucht et al. 1992, S. 45).

Vereinzelt tauchen in der Literatur Daten darüber auf, wie viele Personen in Folge einer psychischen Erkrankung des einen Elternteils ihre Partnerschaft aufrechterhalten und zusammenbleiben. Für die Kinder muss die Trennung der Eltern sehr belastend sein. Schon bei psychisch gesunden Eltern können Trennungen erhebliche Auswirkungen auf

die kindliche Entwicklung haben (vgl. Fthenakis 1996, S. 127ff.; Gasser et al. 1993, S. 60ff.). Einen psychisch kranken Elternteil zu haben und zusätzlich die Trennung der Eltern miterleben zu müssen, stellt in der Regel (bis auf die Ausnahmen, in denen durch die Trennung ein Abstand zum psychisch erkrankten Elternteil hergestellt werden kann, wenngleich in diesen Fällen wiederum die Schuldfrage an Bedeutung gewinnen kann) eine für die meisten Kinder schwer zu verarbeitende Mehrfachbelastung dar.

Verschiedene Autoren gehen von einer signifikant höheren Trennungs- und Scheidungsrate in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil aus. In einer Schweizer Studie über Kinder psychisch kranker Eltern wurde beispielsweise als Zusatzinformation, ohne dass dies explizit Gegenstand der Forschung war, herausgearbeitet, dass über 50% der betroffenen Kinder bei ihren geschiedenen oder getrennt lebenden Elternteilen leben. Da die Universitätskliniken in der Schweiz, an denen die Studie durchgeführt wurde, im Gegensatz zu einigen Universitätskliniken in Deutschland einen Versorgungsauftrag haben, kann die Aussage bezüglich der prozentualen Verteilung im Kontext dieser Erhebung durchaus als repräsentativ betrachtet werden (vgl. Küchenhoff 1997, S. 331).

Schone beschreibt, dass weniger als die Hälfte der Psychatriepatienten (46%) mit Kindern noch in ihren Ursprungsfamilien zusammenleben (vgl. 2005, S. 72). In Untersuchungen zum Trennungsrisiko - bezogen auf das Geschlecht, bzw. die jeweilige Elternrolle - beschreiben Wagenblass und Schone, dass das Risiko einer Trennung bei psychischer Erkrankung der Mutter signifikant höher ist als bei Erkrankung des Vaters. In ihrer Studie verbleiben bei Erkrankung des Vaters 51% der beteiligten Personen in ihrer Ursprungsfamilie, während bei psychischer Erkrankung der Mutter lediglich 41% der Familien das Zusammenleben fortsetzen (vgl. 2001b, S. 133). Es scheint, als würde eine psychische Erkrankung des Vaters durch die anderen Familienmitglieder besser kompensiert werden können als eine psychische Erkrankung der Mutter.

Die wichtigere Bedeutung der Mutter für die kindliche Entwicklung zeigt sich auch in einigen Untersuchungen schizophrener Erkrankungen.

So werden Forschungsergebnisse veröffentlicht, nach denen sich die mütterliche Schizophrenie gravierender auf die kindliche Entwicklung auswirkt als die der Väter. Die Erklärung wird damit begründet, dass schon Neugeborene, die in der Regel verstärkt von der Mutter versorgt werden, auf die Bindung und intuitive elterliche Fürsorge an-

gewiesen sind und diesbezügliche Störungen nachhaltige Folgen für die Kinder haben (vgl. Koch-Stoecker 1991, S. 49).

Ergänzend zu diesen Ergebnissen weist Koch-Stoecker auf die Relevanz der Schwere der Schizophrenie und ihres Verlaufs als Risikofaktor mütterlicherseits hin. Mit zunehmender Häufigkeit und Intensität der Krankheitsschübe würden sich die Unsicherheiten auf Seiten der Kinder erhöhen. Damit einhergehend würde sich die Stabilität und Konstanz helfender Außenbeziehungen verringern (vgl. ebd., S. 62).

Bei weiterer Betrachtung geschlechtsspezifischer Unterschiede wird den Frauen insgesamt ein besserer Krankheitsverlauf konstatiert als den Männern. Im Rahmen ihrer Forschungsarbeit führen Sibitz et al. eine Literaturstudie über schizophren erkrankte Personen durch, die diese Hypothese wie folgt bestätigt:

„Frauen erkranken im Schnitt 3-4 Jahre später [...], sind prämorbid sozial besser angepasst [...], bleiben beruflich und sozial besser integriert [...], haben weniger Rückfälle und zeigen ein anderes Krankheitsverhalten. Sie sind seltener aggressiv, kommen seltener in Konflikt mit dem Gesetz, vernachlässigen sich seltener, ziehen sich weniger zurück und haben seltener einen Alkohol- oder Drogenabusus“ (2002, S. 149).

Wie bereits unter beschrieben, kommt in Familien mit psychischer Erkrankung der Interaktion, Kommunikation und Beziehungsgestaltung eine besondere Bedeutung zu. Auch wenn man diese familiensystemisch betrachtete Aussage übertragen auf den hier vorliegenden Abschnitt auf die Mutter, bzw. Vater-Kind-Dyade bezieht, kommt man zu ähnlichen Erkenntnissen (vgl. Laucht et al. 1992, S. 33ff.; Schone und Wagenblast 2001, S. 12).

Die Beziehung zwischen dem erkrankten Elternteil und dem Kind hervorhebend sind Laucht et al. der Auffassung:

„Unter den Hypothesen, die derzeit diskutiert werden, haben in jüngster Zeit Vorstellungen an Bedeutung gewonnen, die der Interaktion zwischen auffälligem Elternteil und dem Kind eine wichtige Vermittlungsfunktion zuschreiben. Die hier präsentierten Ergebnisse stützen diese Annahme. Sowohl im Säuglings- wie im Kleinkindalter lässt sich der Zusammenhang von mütterlicher und kindlicher Auffälligkeit vollständig durch Störungen der Mutter-Kind-Beziehung erklären“ (1992, S. 45).

Remschmidt und Mattejat gehen davon aus, dass eine so schwere Erkrankung wie die Schizophrenie starke Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Beziehung haben muss. Sie beschreiben, dass ihnen diesbezüglich bislang keine differenziertere Untersuchung zur Vater-Kind-Interaktion bekannt sei, sondern sich vielmehr sämtliche Interaktions-Studien auf die Mutter-Kind-Beziehung bezögen (vgl. 1994a, S. 40ff.). Sie spitzen die be-

nannten Hypothesen sogar noch zu und sehen einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen mütterlicher psychischer Erkrankung und kindlichen Verhaltensauffälligkeiten:

„Die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung ist eine wichtige Variable für die Vorhersage von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern psychisch kranker Eltern“ (ebd.).

Den Nachweis dazu führen die beiden Autoren durch eine Studie aus Schweden, die Müttern mit einer Psychose und gesunde Mütter miteinander vergleicht. Die Kinder der psychotischen Mütter zeigen nachweislich häufiger ein vermeidendes oder ängstliches Bindungsverhalten als die Kinder der gesunden Mütter. Auch zeigen sie gegenüber Fremden im ersten Lebensjahr fast ausnahmslos keine Angstreaktionen, wie es sonst bei Kindern zum Ende des ersten Lebensjahres oft üblich ist (vgl. ebd.).

Zu ähnlichen Aussagen über Auswirkungen psychischer Erkrankungen der Eltern auf das Bindungsverhalten kommen auch Mattejat et al. im Rahmen ihrer Untersuchungen von Kindern depressiver Eltern (vgl. 2000, S. 165f.).

Somit kann ein auf das Bindungsverhalten bezogener Zusammenhang zwischen der psychischen Erkrankung der Mutter und dem jeweiligen Verhalten ihres Kindes hergestellt werden.

Dies ist aber nicht nur bei Säuglingen und Kleinkindern der Fall. Im Rahmen einer englischen Studie werden Kommunikationsabweichungen zwischen Eltern mit psychischer Erkrankung und der Kompetenz bzw. Auffälligkeit ihrer sieben- bis zehnjährigen Kinder analysiert:

„Das elterliche Kommunikationsverhalten wurde anhand der Aussagen im Rorschachtest beurteilt (in einer Einzel-, einer Paar- und einer Familiensituation). Bei Kommunikationsabweichungen in allen drei Situationen wurde ein besonders hoher Störungsgrad angenommen. Je mehr die Mütter in dieser Hinsicht abwichen, desto geringer war die Kompetenz ihrer Kinder und umgekehrt. Die Kommunikationsabweichungen der Väter dagegen hatten nur einen geringen Voraussagewert. Die größere Bedeutung der mütterlichen Erkrankung im Vergleich zur väterlichen entspricht Ergebnissen zahlreicher anderer Studien“ (Remschmidt und Mattejat 1994a, S. 43).

Es kann also festgehalten werden, dass der Interaktion und Kommunikation in Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen eine besondere Bedeutung zukommt, und zwar nicht nur auf das familiäre System als solches bezogen, sondern insbesondere auf die Interaktions- und Kommunikationsaktivitäten der (psychisch erkrankten) Elternteile mit dem Kind.

2.2.3 *Belastungen aus der Perspektive der Kinder*

Wie bereits unter beschrieben, wurde dem Bereich der innerfamilialen Dynamik in Familien mit psychisch kranken Elternteilen bislang sehr wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Es existieren zwar einige Publikationen über die Situation von *Angehörigen* psychisch Kranker, aber *Kinder als Angehörige* tauchen fast gar nicht auf oder sind lediglich von marginalem Interesse. Erst in jüngster Vergangenheit zeichnet sich hier eine Entwicklung ab, die den Kindern in Familien mit psychisch kranken Erwachsenen mehr Aufmerksamkeit zukommen zu lassen scheint. Wagenblass und Schone beschreiben diese Entwicklung folgendermaßen:

„Während sich die Aufmerksamkeit in den letzten Jahren vornehmlich auf die erwachsenen Angehörigen richtete, so deutet sich gegenwärtig in der Fachöffentlichkeit ein Perspektivenwechsel an, der den Blick zunehmend auf die Kinder psychisch kranker Eltern als 'betroffene kleine Angehörige' (Hervorheb. im Original) und ihre spezifischen Belastungen wendet“ (2001b, S. 128).

Wie aber sehen diese spezifischen Belastungen aus und wie ist es möglich, diese Belastungsfaktoren aus Sicht der Kinder deutlich zu spezifizieren, um daraus Schlüsse und Folgerungen zu ziehen?

Durch die beschriebene Tendenz in Familien mit psychischen Erkrankungen, sich zu isolieren und isoliert zu werden (was natürlich nicht nur für die Familien als Ganzes, sondern auch für die Kinder im Speziellen gilt und mit erheblichen Belastungen verbunden sein kann), entwickeln die Kinder ein hohes Maß an Scham- und Schuldgefühlen (vgl. Sollberger 2002, S. 122f; Homeier 2006, S. 113f.). Insbesondere jüngere Kinder mit noch nicht so weit entwickelter innerer Abgrenzungsfähigkeit und Identität können sich schuldig für die Erkrankung der Mutter oder des Vaters fühlen. Kinder können sich schuldig fühlen, nicht genug für den erkrankten Elternteil getan zu haben oder den anderen Elternteil sowie Geschwister nicht genügend unterstützt zu haben.

Eine besondere Intensität an Schuldgefühlen kann laut Koch-Stoecker entstehen, wenn die Mutter im Rahmen einer Wochenbettpsychose erstmals erkrankt und den Kindern bewusst wird, dass ihr eigener Start ins Leben die psychische Erkrankung der Mutter ausgelöst hat (vgl. 2001, S. 57).

Anhand dieser Beispiele wird deutlich, dass der Aspekt der Schuldgefühle, der bereits aus Sicht der Eltern häufig als Belastungsfaktor angegeben wurde, die Kinder nicht minder schwer beeinträchtigt. Dies wird auch von verschiedenen anderen Autoren in dieser Form bestätigt (vgl. Stöger und Mückstein 1995, S. 30; Sollberger 2000, S. 108f.; Gruber 2000, S. 37; Mattejat 2001b, S. 72; Lenz 2005, S. 101).

Zusätzlich entsteht über die Schuldthematik und die Isolation der Familie bzw. der Kinder von der Außenwelt ein weiteres brisantes Spannungsfeld, dem die Kinder ausgeliefert sind. Durch die erlebte Schuld fühlen sie sich auf eine besondere Art und Weise an ihre Familie gebunden, gleichzeitig existiert aber auch ein inneres Verlangen und Bestreben nach Entfaltung eigener Bedürfnisse und Kontaktaufnahme zu Gleichaltrigen in weniger belasteten Familien (vgl. Sollberger 2002, S. 123; Mattejat 2001b, S. 73; Heim 2005, S. 124).

Dieser Loyalitätskonflikt begleitet die Kinder oftmals über Jahre hinweg und erhält eine besondere Brisanz in der Lebensphase der Adoleszenz. Hier vollzieht sich nämlich der natürliche Entwicklungsprozess der Loslösung des Jugendlichen von der Familie, der aber aufgrund der beschriebenen Loyalitätskonflikte mit besonderen Einschränkungen verbunden ist. Die Jugendlichen können sich beispielsweise stark an ihre kranken Elternteile (oder gesunde Elternteile und Geschwister) gebunden fühlen, was in dem Fall mit einer dahingehenden Hemmung verknüpft ist, die Familie zwecks eigener Autonomie- und Persönlichkeitsentwicklung zu verlassen und auszuziehen.

Anhand dieser ersten benannten Beispiele von Belastungsfaktoren im Rahmen von Schuld- und Loyalitätskonflikten von Kindern psychisch kranker Eltern wird deutlich, dass auf jeden Fall Alter und Entwicklungsstand des Kindes mit einbezogen werden müssen, um valide Aussagen über die Form und Intensität der Belastung machen zu können.

In der Literatur finden sich Hinweise darauf, dass sich die psychische Erkrankung eines Elternteils bereits im Säuglingsalter nachweislich niederschlägt. Im Rahmen einer Längsschnittstudie mit 354 Familien und ihren erstgeborenen Kindern kommen die Forscher zu folgenden Erkenntnissen:

„Anzeichen für Abweichungen finden sich bereits im Säuglingsalter mit drei Monaten. Statistisch gesichert sind Defizite der kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung im Kleinkindalter. Zweijährige, deren Vater oder Mutter an einer psychischen Störung leiden, sind sprachlich weniger entwickelt und in ihrem Sozialverhalten auffälliger als Gleichaltrige mit gesunden Eltern“ (Schone und Wagenblast 2001, S. 11f.).

Die Aussage, dass sich die psychische Erkrankung eines Elternteils auf die sprachliche Entwicklung sowie das Sozialverhalten des Kindes auswirkt, findet sich auch in anderen Publikationen (vgl. Laucht et al. 1992, S. 22; Sollberger 2001, S. 129).

Generell kann davon ausgegangen werden, wie es auch von Lisofsky und Schmidt-Schäfer (vgl. 2001, S. 24ff) im Zusammenhang mit einer von ihnen veröffentlichten

Checkliste zur Risikoeinschätzung für Kinder psychisch kranker Eltern vertreten wird, dass „je jünger das Kind zum Zeitpunkt des Ausbruchs der Erkrankung, desto größer das Risiko“ (ebd., S. 28).

Auch andere Autoren teilen die Auffassung, dass die Belastung für Kinder mit abnehmendem Alter zunimmt. Deneke beschreibt in diesem Zusammenhang, dass es Kindern umso schwerer fällt zu begreifen, dass ihre psychisch kranke Mutter oder ihr Vater in einer anderen Realität lebt als sie selbst, je jünger sie sind. Dementsprechend fällt es jüngeren Kindern erheblich schwerer, sich vom Erleben der kranken Eltern abzugrenzen. Das wiederum birgt die Gefahr, in das krankhafte Erleben mit hineingezogen zu werden (vgl. 2001a, S. 89).

Betrachtet man die Entwicklungsphase des gesamten Kindes- und Jugendalters, ist auch hier in der frühen Kindheit eine erhöhte Anfälligkeit, selbst eine psychische Störung zu entwickeln, zu lokalisieren, wie folgende Feststellung von Bohus et al. belegt:

„Generell gilt mittlerweile als anerkannt, daß die höchste Vulnerabilität, eine psychische Störung zu entwickeln, in der frühen Kindheit und in der Adoleszenz liegt, was auf die Notwendigkeit einer rechtzeitigen primärpräventiven Intervention hinweist“ (1998, S. 135).

Die Aussage, dass die höchste Vulnerabilität für die Entwicklung eigener psychischer Störungen neben der frühen Kindheit in der Adoleszenz liegt, wird auch von anderen Autoren untermauert (vgl. Anthony 1980, S. 25; Remschmidt 1980, S. 69; Sollberger 2002, S. 122).

Dies scheint sich besonders dann zu zeigen, wenn sich die Jugendlichen durch die bereits beschriebenen Schuld- und Loyalitätskonflikte sehr an die Familie gebunden fühlen und wenig eigene Autonomiebestrebungen leben können. Die entwicklungspsychologisch anstehende Ablösung von der Ursprungsfamilie ist dann nur unter sehr erschwerten Bedingungen möglich.

Neben dem Alter muss das Geschlecht des Kindes ebenfalls in die Analyse der Belastungsfaktoren einbezogen werden. Laucht et al. verweisen hier auf anglo-amerikanische Studien, nach denen Jungen im Vergleich zu Mädchen psychisch kranker Eltern als vulnerabler für Beeinträchtigungen beschrieben werden. Auch sollen Jungen eher und stärker auf Störungen reagieren als Mädchen (vgl. 1992, S. 25).

Mattejat et al. bestätigen nach Analyse der ihnen vorliegenden Forschungsarbeiten ebenfalls geschlechtsspezifische Unterschiede in der Reaktion auf die psychische Erkrankung eines Elternteils, allerdings in anderer Richtung. Differenzierter führen sie

dies jedoch lediglich bei Mädchen depressiver Mütter aus, die sie - im Verhältnis zu Jungen - als anfälliger für die Entwicklung eigener psychischer Erkrankungen ansehen (vgl. 2000, S. 170).

Bezogen auf die elterlichen Erkrankungen des *schizophrenen Formenkreises* können aufgrund des bereits benannten höheren Forschungsaufkommens detailliertere Angaben zu den Belastungsfaktoren der Kinder gemacht werden.

Sollberger beispielsweise beschreibt, dass Kinder im Vorschulalter, deren Eltern schizophren erkrankt sind, häufig mit depressiver Symptomatik, sozialem Rückzug, Zerstreuung oder Ängstlichkeit reagieren (vgl. 2002, S. 120).

Eine Bestätigung dieser Symptome, insbesondere der verstärkten Ängstlichkeit, findet sich bei Koch-Stoecker (vgl. 2001, S. 53ff.). Darüber hinaus macht die Autorin deutlich, wie es zu dieser Symptombildung kommt und wie schwerwiegend die Beeinträchtigungen der psychischen Entwicklung gerade junger Kinder sein können, wenn die Mutter eine schizophrene Erkrankung aufweist:

„Das zentrale Problem für kleinere Kinder, die bei einer schizophren erkrankten Mutter aufwachsen, dürfte in einem Mangel an Verlässlichkeit in der Zuwendung liegen. [...] Feste Vorstellungen von der Welt entstehen nicht, der eigenen Wahrnehmung und Interpretation wird misstraut, da die Unberechenbarkeit einer Strukturbildung zuwider läuft. Die Welt scheint beliebig, nicht vorhersehbar, nicht durch eigene Überlegungen und Aktivitäten zu steuern. Damit kann das Gefühl eines passiven Ausgeliefertseins entstehen, einer Unfähigkeit, Einfluss nehmen zu können. Neue Situationen, aber auch vertraute Abläufe, werden ängstlich-besorgt erwartet und schicksalhaft hingenommen. [...] Der Mangel kognitiver Strukturbildung drückt sich im affektiven Bereich durch Verängstigung und Unausgeglichenheit aus“ (ebd., S. 55).

Aber nicht nur bei schizophrenen Erkrankungen der Eltern, sondern auch bei anderen psychischen Erkrankungen scheint der Bereich der Ängste eine zentrale Stellung innerhalb kindlicher Belastungsfaktoren einzunehmen. Hinweise auf eine erhöhte Ängstlichkeit der Kinder als Folge der psychischen Erkrankung ihrer Eltern finden sich in nahezu sämtlichen Publikationen, die sich mit dieser Thematik beschäftigen (vgl. Küchenhoff 1997, S. 332; Gruber 2000, S. 37; Mattejat et al. 2000, S. 167; Lenz 2005, S. 89).

Wagenblass lässt dem Thema Angst im Rahmen ihrer Biografieforschungen mit Kindern psychisch kranker Eltern einen zentralen Stellenwert zukommen. Bei ihrem Versuch, die Ängste näher zu differenzieren und Definitionsversuche zu unternehmen, zeichnen sich ihrer Meinung nach vier Gruppen ab.

Zum einen gibt es die *Angst vor dem jeweiligen Elternteil*. Die Kinder werden einerseits in die Wahnwelt des Erwachsenen mit einbezogen, was angstbesetzt sein kann. Ande-

rerseits erleben sie ihn als Angst auslösende Person, der die Kinder von Zeit zu Zeit ausgesetzt sind.

Zum anderen gibt es die *Angst um den erkrankten Elternteil*. Oftmals sind die Kinder nicht adäquat über die Erkrankung informiert und verunsichert darüber, warum sich die Mutter oder der Vater so verhalten, wie sie es erleben. Nicht selten werden psychische Erkrankungen auch von Suiziddrohungen oder Suizidversuchen begleitet, was wiederum immense Ängste bei den Kindern auslösen kann.

Darüber hinaus existiert bei den Kindern nicht selten eine *Angst, selbst zu erkranken* und in (un)mittelbarer Zukunft an derselben psychischen Erkrankung zu leiden wie der betroffene Elternteil.

Schließlich ist die *Existenzangst* zu nennen, die von vielen Kindern beschrieben wird. Die Erkrankung bzw. der Wegfall des hauptberuflich tätigen Elternteils kann zu finanzieller Existenzangst führen, die in solchen Fällen ja auch nicht selten zur Realität wird. Die Erkrankung des häuslich vorwiegend anwesenden Elternteils kann zu existenziellen Ängsten bezüglich der alltäglichen Versorgung führen, was ebenfalls oft in der befürchteten Form eintritt. Wenn dann noch Trennungen, Umzüge und wirtschaftliche Krisen hinzukommen, ist nachvollziehbar, in welcher existenzieller Form sich die Ängste der Kinder entwickeln können (vgl. Wagenblaus 2001, S. 7).

Als weitere möglicherweise auftretende Symptome bei Kindern psychisch kranker Eltern, auf die ich jedoch im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht näher eingehen kann, werden von verschiedenen Autoren folgende Auffälligkeiten genannt: Störungen der sozial-emotionalen Entwicklung, Beeinträchtigungen der kognitiven Entwicklung (vgl. Laucht et al. 1992, S. 32), soziale Ausgrenzung, körperliche Beschwerden, Konflikte mit Betreuungspersonen (vgl. Küchenhoff 1997, S. 332), Hyperaktivität, Essstörungen, Substanzmissbrauch (vgl. Mattejat et al. 2000, S. 167).

Ein weiteres zu berücksichtigendes Kriterium zur Einschätzung kindlicher Belastungsfaktoren ist die Art, Intensität und Dauer der psychischen Erkrankung des Elternteils. Demnach ist davon auszugehen, dass sich das Risiko für die Kinder, selbst Symptome oder starke Belastungsreaktionen zu entwickeln, mit zunehmender Intensität und/ oder Dauer der elterlichen psychischen Erkrankung erhöht (vgl. Laucht et al. 1992, S. 44; Deneke 1995, S. 5; Koch-Stoecker 2001, S. 62).

Bezogen auf die Art der psychischen Erkrankung der Eltern existieren eine Reihe von Untersuchungen, die der Form der Erkrankung eine wichtige Rolle zuschreiben. So

weist beispielsweise Remschmidt nach, dass Kinder schizophrener Eltern signifikant auffälliger sind als Kinder depressiver oder manisch-depressiver Eltern. Die stärkeren Auffälligkeiten würden sich nicht nur vereinzelt, sondern in verschiedenen Symptombereichen (z. B. Kontaktarmut, Hemmungen, Schlafstörungen, Enuresis, aggressivem Verhalten und psychosomatischen Reaktionen) äußern (vgl. 1980, S. 60).

Zu ähnlichen Aussagen kommen Remschmidt und Mattejat, die davon ausgehen, dass sich im Durchschnitt eine Schizophrenie früher manifestiert als eine Depression, wodurch die Kinder schizophrener Eltern auch eher und länger mit der Krankheit der Eltern konfrontiert werden als Kinder depressiver Eltern. Daraus leiten sich weitere, durch symptomorientierte Studien belegte Resultate ab, die die Autoren folgendermaßen beschreiben:

„Kinder von schizophrenen Eltern sind insgesamt stärker belastet als Kinder von endogen-depressiven Eltern: Sie haben im Durchschnitt eine geringere intellektuelle Leistungsfähigkeit und eine stärkere psychiatrische Symptombelastung als die Kinder aus 'depressiven Familien' (Hervorheb. im Original)“ (Remschmidt und Mattejat 1994a, S. 149).

Noch gravierendere Auswirkungen als die beiden von Remschmidt (vgl. 1980, S. 50ff.) sowie Remschmidt und Mattejat (vgl. 1994a, S. 125ff.) verglichenen Krankheitsgruppen der Schizophrenie und der Depression scheinen sich aus dem Bereich der so genannten *frühen Störungen* zu entwickeln, was ursprünglich von Laucht et al. (vgl. 1992, S. 44) benannt und schließlich von Sollberger prägnant zusammengefasst wurde:

„Im Vergleich zu schizophrenen und affektiven Störungen weisen Kinder von Eltern, die an Persönlichkeits- und Suchtstörungen leiden, die ungünstigsten Entwicklungsmerkmale auf“ (Sollberger 2000, S. 21).

Weitere und grundlegende Beeinträchtigungen für Kinder psychisch kranker Eltern sind auf der Beziehungs- und Bindungsebene anzusiedeln. Sie hängen mit den problematischen Beziehungsmustern in den Familien allgemein und innerhalb der Eltern-Kind-Beziehung im Besonderen zusammen.

„Weil Kinder mit ihren Eltern in Beziehung bleiben – auch wenn Vater oder Mutter krank ist, und erst recht, wenn einer oder gar beide psychisch erkrankt sind. Je diffiziler die Beziehung, desto nachhaltiger die Fessel der Ambivalenz – selbst nach einer Trennung. Die seelische Nabelschnur lässt sich so leicht nicht kappen – wie man von Adoptivkindern weiß“ (Heim 2005, S. 125).

Die Kinder sehen sich, ohne dass sie selbst in ihrem Handeln etwas dazu beitragen, damit konfrontiert, dass die Mutter oder der Vater sich plötzlich vollkommen anders verhalten, denken oder fühlen als wenige Augenblicke zuvor. Dadurch entwickelt sich eine große Verunsicherung und teilweise sogar Bedrohung in der Beziehung zu dem psychisch kranken Elternteil.

Zusätzlich belastend kommt hinzu, dass solch plötzliche und unerwartete Verhaltens- oder Persönlichkeitsveränderungen relativ unerwartet auftreten und sich in gewissen unübersehbaren Zeitabständen sogar wiederholen können. Insofern kann man sich vorstellen, zu welcher erheblicher Instabilität sich eine ursprünglich Sicherheit und Halt gebende Eltern-Kind-Beziehung entwickeln kann und wie groß der Vertrauensverlust der Kinder in Beziehungen allgemein werden kann (vgl. Stöger und Mückstein 1995, S. 29).

Ein sich daraus ableitender Aspekt betrifft die Identifikation des Kindes mit seinen Eltern. Bei den in solchen Fällen vorliegenden pathologischen Persönlichkeitsstrukturen auf Seiten der Eltern kommt den Identifikationsversuchen und der Identitätsentwicklung der Kinder eine besondere Bedeutung zu.

Kinder erleben die Persönlichkeit und Identität des psychisch kranken Elternteils aufgrund mangelhafter Konstanz und Kontinuität im Bereich der Gedanken, Gefühle und Handlungen als äußerst unzuverlässig und instabil. Das kann dazu führen, dass es zu Rollenvermischungen kommt, indem die Kinder Aufgaben der Eltern übernehmen; das kann aber auch dazu führen, dass die Eltern an Autorität und Vorbildfunktion für ihre Kinder einbüßen (vgl. Sollberger 2000, S. 100).

Da Kinder zur eigenen Identitätsentwicklung auf Vorbilder und Identifikationsobjekte angewiesen sind, kann eine Identitätsentwicklung bei fehlenden oder gar negativen Vorbildern und Identifikationsobjekten einen problematischen Verlauf nehmen.

„Sie sind stärker auf sich gestellt, müssen mehr als andere Kinder mit dem familiären Alltag, mit ihren Problemen in der Schule oder in der Freizeit alleine fertig werden und mit ihrer Einsamkeit selbst zurechtkommen. In dieser Situation ist es ausgesprochen schwer, die eigene Identität zu finden und zu entwickeln“ (Lenz 2005, S. 73).

Bei sämtlichen auf die Identifikation der Kinder mit ihren Eltern bezogenen Teilaspekten ist zu beachten, dass – wie für andere Bereiche bereits beschrieben – die Identifikation mit Eltern oder anderen Vorbildern altersabhängig zu betrachten ist. Das gilt auch für die Identifikation mit einem psychisch kranken Elternteil, wie Renschmidt nachzuweisen versucht:

„Je älter die Kinder sind, umso weniger möchten sie so sein wie der kranke Elternteil. Es hat sich also eine Distanzierung herausgebildet“ (1980, S. 67).

Ein wenig tröstlich mag an dieser Stelle auch stimmen, dass Kinder scheinbar in der Lage sind, je nach Art und Schwere der psychischen Erkrankung ihrer Eltern Abgren-

zungen bezüglich der Intensität der Identifikation mit dem jeweiligen Elternteil vorzunehmen:

„Kinder aus ‚schizophrenen‘ Familien identifizieren sich weniger mit ihren Eltern als Kinder aus ‚depressiven‘ Familien. Speziell der Vater wird in ‚schizophrenen‘ Familien weniger idealisiert (weniger als Vorbild wahrgenommen) als in ‚depressiven‘ Familien, und das Kind sieht zwischen sich und seiner Mutter weniger reale Ähnlichkeiten als in ‚endogen-depressiven Familien“ (Remschmidt und Mattejat 1994a, S. 168).

2.3 Protektive und kompensierende Faktoren für das Familiensystem

Neben den beschriebenen Belastungsfaktoren im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils ist es erforderlich, sich auch aus der entgegengesetzten Perspektive, nämlich unter Einbeziehung der protektiven und kompensierenden Faktoren, mit dem Themenkomplex zu befassen. Der Blick sollte nicht einseitig auf die Faktoren gerichtet werden, die krank machen (Pathogenese), sondern darüber hinaus auch die Faktoren einbeziehen, die schützen und heilen (Salutogenese) oder bei der Bewältigung krankheitsrelevanter Aspekte schützend und hilfreich zur Seite stehen.

Bei der Suche nach derartigen protektiven und kompensierenden Faktoren für Kinder psychisch kranker Eltern stößt man jedoch auf eine äußerst geringe Auswahl an vorliegenden Materialien. Einige interessante Erkenntnisse liefern die Untersuchungen von Werner und Smith, die mehr als 500 Kinder, die 1955 auf der Insel Kauai im Westen der USA geboren wurden, von der Phase der pränatalen Entwicklung bis hin zum Erwachsenenalter begleitet und untersucht haben (vgl. Werner und Smith 1993, S. 1f.; Werner 1999, S. 26; Werner und Smith 2001, S. 2). Frühere Hypothesen gingen relativ kategorisch davon aus, dass die Menschen in zwei Gruppen aufzuteilen wären, und zwar in diejenigen ohne große Beeinträchtigungen, die als „survivors“ galten, und diejenigen, die Perinataltraumata, elterlicher Psychopathologie, Armut oder chronischen Familienkrisen ausgeliefert waren und dadurch zwangsläufig einem weiteren Leben als „casualties“ ausgesetzt waren. In späteren Phasen der Studie wurden allerdings deutliche Zusammenhänge zwischen protektiven Faktoren des Individuums, der Familie oder der Gesellschaft und der Entwicklung von Resilienz (z.B. Anpassungsfähigkeit und Robustheit) auf Seiten der untersuchten Personen deutlich (vgl. Werner und Smith 2001, S. 2).

„Resilience‘ and ‘protective factors‘ are the positive counterparts to both ‘vulnerability‘, which denotes an individual’s susceptibility to a disorder, and ‘risk factors‘, which are biological or psychosocial hazards that increase the likelihood of a negative developmental outcome in a group of people“ (Werner und Smith 1993, S. 3).

Explizite Studien oder Fachartikel zu dem Themenkomplex *Protektive und kompensierende Faktoren bei Kindern psychisch kranker Eltern* existieren jedoch nicht. Die wenigen Daten, die ich im Folgenden zusammenfasse, entstammen allgemeinen Fachartikeln zu dem Thema, in denen dann einige Zeilen oder Absätze den protektiven und kompensierenden Faktoren gewidmet worden sind.

Verstärkt wird dieses Dilemma dadurch, dass laut Jungbauer et al. sowohl national als auch international bislang kaum Messinstrumente zur Erfassung positiver Aspekte im Bereich des Zusammenlebens mit psychisch kranken Personen vorliegen, auf die zwecks Anfertigung weiterer Forschungsarbeiten zurückgegriffen werden könnte (vgl. 2001, S. 108).

Es gilt zwar die allgemeingültige Aussage einiger von Jungbauer et al. zitierter Forschungsergebnisse, die zu dem Schluss kommen, dass „soziale und personale Ressourcen als protektiver Faktor für die psychische Gesundheit der Angehörigen aufgefasst werden“ (ebd., S. 107), eine differenziertere Beschreibung bezüglich der Erhebung und des Zustandekommens dieser Resultate wird jedoch nicht gegeben.

Andere Autoren versuchen, das Problem dadurch zu lösen, indem sie die Erfassung der protektiven und schützenden Faktoren von den negativen und schädigenden Bedingungen ableiten. Deneke beispielsweise beschreibt die protektiven und schützenden Faktoren spiegelbildlich zu den beschriebenen Risikofaktoren und ordnet sie dementsprechend den folgenden drei Gruppen zu:

1. Krankheitsbezogene protektive und schützende Faktoren

Darunter sind der Zeitpunkt des Beginns, die Schwere der Erkrankung sowie die Kompetenz der Beteiligten, das Kind aus dem Wahnsystem der psychischen Erkrankung herauszuhalten, gemeint.

2. Kindbezogene protektive und schützende Faktoren

Hierzu gehören Merkmale auf Seiten des Kindes, wie etwa eine gute Gesundheit und Attraktivität sowie hohe soziale und intellektuelle Kompetenzen.

3. Allgemeine protektive und schützende Faktoren

Unter diesen Punkt fallen unter anderem Aspekte, die im Zusammenhang mit stabilen innerfamiliären Beziehungen und Lebensbedingungen sowie stabilen und stützenden Beziehungen der Familienmitglieder außerhalb der eigenen Familie stehen (vgl. Deneke 1995, S. 6).

Einige dieser Faktoren sollen nun im Folgenden näher betrachtet werden, wobei wiederum der Fokus dieser Arbeit auf den Kindern kranker Eltern liegt.

2.3.1 *Hilfreiche Aspekte auf Seiten der Familie*

Bei der Suche nach hilfreich erlebten Elementen in Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen gibt es eine Reihe von Hinweisen und Stichpunkten, die vornehmlich durch Befragungen von Betroffenen- oder Angehörigengruppen gewonnen wurden.

Als ein wesentlicher Aspekt wird an verschiedenen Stellen ein intaktes Verhältnis innerhalb der Familie beschrieben (vgl. Deneke 1995, S. 6; Wagenblaus 2001, S. 8). Das verwundert kaum, wenn man sich vergegenwärtigt, dass das psychische Wohlbefinden unter belastenden Einflussfaktoren maßgeblich vom engeren sozialen Umfeld, welches in der Regel die Familie darstellt, abhängt. Im Rahmen einer Studie, in der psychisch kranke Patienten, deren gesunde Bezugspersonen sowie deren Kinder nach hilfreichen und unterstützenden Aspekten befragt wurden, erhielt der Faktor *intaktes Familienverhältnis* mit 25-30% aller Nennungen sogar den ersten und somit wichtigsten Rang innerhalb einer Reihe von unterstützend erlebten Aspekten (vgl. Küchenhoff 1997, S. 332).

Als weiterer Punkt wird in verschiedenen Studien das Vorhandensein von sozialen und ökonomischen Ressourcen in der Familie benannt, was von allen Beteiligten als sehr entlastend erlebt wird (vgl. Deneke 1995, S. 6; Wagenblaus 2001, S. 8). Auch hier liegt auf der Hand, dass Belastungsfaktoren besser kompensiert werden können, wenn auf der anderen Seite entlastende Elemente im Sinne von Ressourcen zur Verfügung stehen. Diese können die Belastungen zwar nicht immer vollständig kompensieren, zumindest aber können sie dazu beitragen, sie in ihren Auswirkungen abzuschwächen. Beispielsweise können die Sorgen um die psychische Erkrankung eines Elternteils etwas an Schärfe und Dramatik verlieren, wenn man sich nicht noch zusätzlich um die Veränderung der eigenen Berufstätigkeit zur Finanzierung der Lebenshaltungskosten bemühen muss. Im Bereich der sozialen Ressourcen kann es hilfreich und unterstützend sein, wenn Angebote in Form von Nachbarschaftshilfe oder professionellen Hilfeinstitutionen zur Verfügung stehen.

In diesem Zusammenhang ist ebenfalls von unterstützender Relevanz, wenn ein Zusammentreffen oder Austausch mit anderen betroffenen Personen oder Familien in die

Wege geleitet und durchgeführt werden kann (vgl. Küchenhoff 1997, S. 332). Hier scheint der Aspekt, die Bürde der psychischen Erkrankung mit anderen Gleichgesinnten teilen und sich über eigene Be- und Entlastungsmöglichkeiten austauschen zu können, eine wichtige Rolle zu spielen. Ohne diese Elemente würden die Angehörigengruppen sicherlich nicht das hohe Maß an Anerkennung und Zulauf erhalten.

Neben diesen oft selbstorganisierten Formen des Austausches werden von zahlreichen Patienten und deren Angehörigen die Angebote von Fachdiensten oder -institutionen als sehr unterstützend wahrgenommen. Zweifelsohne sind Menschen mit schweren psychischen Störungen, die auf eine Medikation oder gar stationäre Therapie angewiesen sind, sehr dankbar für Angebote entsprechender Dienste und Institutionen. Teilweise wären sie ohne diese Hilfsangebote gar nicht in der Lage, ihren Alltag einigermaßen zu strukturieren und in den Griff zu bekommen.

Andererseits deutet aber die hohe Quote von 90% aller Befragten, die ein *präventives Angebot* als sinnvoll bezeichnen und in Anspruch nehmen würden (vgl. Bohus et al. 1998, S. 137) darauf hin, dass auch im Bereich der niedrigschwelligen und freiwilligen Hilfsangebote entsprechende Dienste und Institutionen von den Betroffenen und ihren Angehörigen aufgesucht und angenommen werden.

In den bereits benannten schwereren Fällen psychischer Erkrankung, bei denen eine Klinikeinweisung unumgänglich ist bzw. eine solche in regelmäßigen Abständen wiederholt wird, gilt es als besonders förderlich, wenn eine stationäre Mitaufnahme des Kindes ohne große Komplikationen erfolgen kann bzw. seitens der Klinik ein solches Angebot unterbreitet und vorgehalten wird (vgl. Brandes et al. 2001, S. 151).

Außerdem ist ein Bereich von großer Relevanz, der von Betroffenen, deren Angehörigen, aber auch von professionellen Helfern oftmals mit Unsicherheiten behaftet ist, nämlich die Frage der Wissens- und Informationsvermittlung. Die Unsicherheiten beziehen sich auf die Fragestellung, ob die Beteiligten eher detailliert über die psychische Erkrankung informiert werden sollten oder ob es nicht besser wäre, sie zu schonen, indem man ihnen Informationen über Intensität, Ausmaß sowie Art und Weise der Krankheit lieber vorenthält.

Sämtliche Studien und Publikationen, die sich mit dieser Fragestellung beschäftigen, kommen hier zu einer sehr eindeutigen Aussage: Von allen Beteiligten wird eine ehrli-

che klare Wissensvermittlung, die zudem zu einem besseren Verständnis der Erkrankung und ihrer Begleitumstände führt, als hilfreich und unterstützend bewertet. Das betrifft sowohl das Verständnis krankheitsbedingter Beeinträchtigungen als auch die genaue Kenntnis des Krankheitsbildes (vgl. Scherrmann et al. 1992, S. 67; Küchenhoff 1997, S. 332; Jungbauer et al. 2001, S. 110; Lenz 2005, S. 131ff.).

Die Vermittlung von Wissen über die psychische Erkrankung und ihre Auswirkungen kann allerdings nicht nur auf der kognitiven Ebene eine entlastende und Sicherheit gebende Funktion ausüben, sondern auch auf der psychischen Ebene. Man geht letztlich davon aus, wie Scherrmann et al. äußern, dass kognitives Verstehen gleichermaßen auch emotionale Entlastung bedeutet (vgl. 1992, S. 70).

Als letzter wichtiger Aspekt hilfreicher Faktoren in Familien mit psychischer Erkrankung ist die familiäre Kommunikation zu nennen, die in Familien verbessert werden muss, um positive Effekte zu erzielen und protektiv bzw. kompensierend wirken zu können. Gundelfinger beispielsweise fordert in diesem Zusammenhang, dass präventive Projekte dort anzusetzen haben, wo sie die Kommunikation in den Familien verbessern. In dem von ihr beschriebenen Präventionsansatz werden sechs bis zehn Sitzungen mit den Familien durchgeführt, in denen es über die reine Wissensvermittlung bezüglich der psychischen Krankheit hinaus um die Verbesserung der Kommunikationsstrukturen in den Familien geht. Diese Kombination innerhalb des Hilfsangebotes mit dem Schwerpunkt auf Verbesserung der kommunikativen Ebene wurde von den betroffenen Familien als sehr hilfreich erlebt (vgl. 2001, S. 121f.).

2.3.2 Hilfreiche Aspekte auf Seiten der Eltern

Als einen der wichtigsten Faktoren auf Seiten der Eltern beschreibt Mattejat die eigene Psychohygiene. Je zufriedener sich Eltern selbst in ihrer physischen und psychischen Verfassung fühlen, desto besser können sie auf die Bedürfnisse ihrer Kinder eingehen. Außerdem kann eine solche persönliche Einstellung und Haltung insofern hilfreich sein, als dass damit eigenen Überforderungstendenzen vorgebeugt werden kann (vgl. 2001b, S. 76).

Als weiterer Aspekt wird, wie bereits angedeutet, eine zunehmende Entlastung mit steigendem Informationsgrad über die psychische Erkrankung genannt. Diese Aussage gilt

sowohl für die Erkrankten selbst als auch für ihre Angehörigen (vgl. Scherrmann et al. 1992, S. 67; Küchenhoff 1997, S. 332; Jungbauer et al. 2001, S. 110). Der Information der Betroffenen und ihrer Angehörigen wird von verschiedenen Autoren eine schuld-, angst- und ärgerreduzierende Wirkung zugeschrieben:

„Durch Informationen [...] können beispielsweise irrationale Schuldgefühle abgebaut werden. Die verbesserte Kenntnis krankheitsbedingter Symptome und Verhaltensweisen vermag über eine Modifikation von Attributionsmustern Ärger- und Angstgefühle reduzieren. Psychoedukation kann damit als ein erweiterter therapeutischer Ansatz aufgefasst werden, der emotionale Entlastungsprozesse durch kognitive Umstrukturierungen bewirkt“ (Jungbauer et al. 2001, S. 110).

Des Weiteren kommt dem Klima in der Partnerschaft der Eltern eine zentrale Rolle zu, wenn es um die Betrachtung protektiver Faktoren geht (vgl. Deneke 1995, S. 6). Je besser und stabiler die Partnerschaft funktioniert, desto effektiver können die Belastungen durch die Auswirkungen der Erkrankung auf die Kinder abgefedert werden.

Eine sehr wichtige Position kommt in diesem Kontext der Anwesenheit und emotionalen Verfügbarkeit des gesunden Elternteils zu (vgl. Deneke 1995, S. 6; Stöger und Mückstein 1995, S. 29; Bohus et al. 1998, S. 135; Wagenblass 2001, S. 7; Sollberger 2002, S. 120). Dieser kann wichtige kompensatorische Funktionen für die gesamte Familie übernehmen und vor allem auch als verbindlicher und zuverlässiger Ansprechpartner für die Kinder fungieren. Von diesem gesunden Elternteil hängen daher auch viele Elternfunktionen ab, die oft allein übernommen und bisweilen neben der Belastung durch den erkrankten Partner mit einem hohen Maß an innerer Stärke und Sicherheit getragen werden müssen.

Neben der allgemein entlastenden Funktion für die Familie kann sich die kompensatorische Funktion des zweiten Elternteils aber auch unterstützend auf die Entwicklungsgeschichte der Kinder auswirken:

„Einige Forschungsergebnisse verweisen darauf, dass der psychische Status des anderen Elternteils einen wesentlichen Einfluss auf die kindliche Entwicklung hat: Wenn ein gesunder Elternteil zur Verfügung steht, der kompensierend wirken kann, sind die Entwicklungschancen der Kinder relativ günstig“ (Mattejat et al. 2000, S. 167).

In dem Zusammenhang muss auch betont werden, dass gerade der gesunde Elternteil hilfreich sein kann, wenn es ihm gelingt, das Hereinziehen der Kinder in die Erkrankung so gering wie möglich zu halten. Nach Wagenblass ist dies umso förderlicher, je besser es gelingt, die Kinder vor einer Übernahme überfordernder Verantwortung freizuhalten (vgl. 2001, S. 7).

An anderer Stelle wird von Remschmidt und Mattejat noch einmal deutlich auf die kompensatorische Funktion des gesunden Elternteils, insbesondere bezüglich der Identifikation der Kinder mit ihren Eltern, hingewiesen:

„Wir gehen weiterhin davon aus, daß die Identifikation mit dem gesunden Elternteil in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil besonders wichtig ist; durch sie können wahrscheinlich Belastungen, die sich aus der psychischen Erkrankung eines Elternteils ergeben, zumindest teilweise kompensiert werden“ (1994a, S. 171).

2.3.3 Hilfreiche Aspekte auf Seiten der Kinder

Wie bereits beschrieben, kommt dem gesunden Elternteil eine wichtige kompensatorische Funktion zu, was natürlich auch seine Gültigkeit behält, wenn man diese Tatsache aus der Perspektive der Kinder betrachtet. Da dieser Aspekt im vorhergehenden Abschnitt ausführlich dargestellt wurde, erübrigt sich eine erneute Beschreibung an dieser Stelle.

Als weitere unterstützende Faktoren aus Sicht der Kinder kann die Anwesenheit anderer Kinder, wie etwa Geschwisterkinder, angesehen werden. Trotz verschiedener Altersgruppenzugehörigkeit und eventuell unterschiedlicher Formen des Umgangs mit der elterlichen Erkrankung kann es entlastend sein, eine Art Gemeinschaftsgefühl mit dem Bruder oder der Schwester zu erleben oder dieses gemeinsam zu entwickeln (vgl. Koch-Stoecker 2001, S. 60).

Gleiches gilt für Kontakte zu anderen Kindern gleichen Alters (vgl. ebd.; Mattejat 2001b, S. 77) sowie für Kontakte im Rahmen gezielter Gruppenangebote für Kinder psychisch kranker Eltern (vgl. Küchenhoff 1997, S. 332; Leidner 2001, S. 144; Raiss und Ebner 2001, S. 54). Diese Gruppenangebote stellen einen ähnlich gelagerten Austausch unter Betroffenen dar, wie ich ihn bereits im Rahmen der Angehörigengruppen beschrieben und als sehr hilfreich für alle Beteiligten dargestellt habe.

Neben den familiären Beziehungen und Kontakten zu Gleichaltrigen hat aber auch die Qualität des Beziehungsnetzes sowie die Präsenz emotional verfügbarer Außenstehender eine große Bedeutung (vgl. Deneke 1995, S. 6; Mattejat et al. 2000, S. 168). Mattejat hat diesen Punkt in einer späteren Veröffentlichung noch weiter ausdifferenziert, indem er beschreibt, welche Fähigkeiten die Bezugspersonen der Kinder mit einbringen sollten und welche elementare Rolle einer tragfähigen Beziehungsstruktur hier zukommt:

„Kinder von psychisch kranken Eltern haben dann gute Entwicklungschancen, wenn Eltern, Angehörige und Fachleute lernen, in sinnvoller und angemessener Weise mit der Erkrankung umzugehen und wenn sich die Patienten und ihre Kinder auf tragfähige Beziehungen stützen können“ (Mattejat 2001b, S. 71).

Wie bereits beschrieben und von Bohus et al. untermauert, liegen die höchsten Vulnerabilitäten, im Verlauf der kindlichen Entwicklung selbst an einer psychischen Störung zu erkranken, in der frühen Kindheit und Adoleszenz (vgl. 1998, S. 135). Daher ist es notwendig, in diesen Entwicklungsphasen auf möglichst zahlreiche kompensatorische und protektive Faktoren, wie etwa stabile und Halt gebende Beziehungen, zurückgreifen zu können.

Insbesondere der Hinweis von Bohus et al. (vgl. ebd.) auf möglichst tragfähige Beziehungen und ein stabiles Netz außerhalb der eigenen Kernfamilie in der Adoleszenz scheint von Bedeutung zu sein, wenn man den Aspekt der Ablösung von der eigenen Familie in Verbindung mit etwaigen Schuldgefühlen oder Loyalitätskonflikten einbezieht und konstatiert, welch hohes Maß an Belastungen und Verunsicherungen der Schritt in die Eigenständigkeit für die Jugendlichen in dieser Entwicklungsphase mit sich bringen kann.

Betrachtet man die Entwicklungsphase der frühen Kindheit, in der Kinder psychisch kranker Eltern ebenfalls besonders anfällig für die Entfaltung eigener psychischer Erkrankungen sind, wird deutlich, wie wichtig im Sinne schützender Faktoren hier von Sicherheit und Stabilität geprägte Beziehungsstrukturen sind.

Das gleiche gilt für das Säuglingsalter, dem aufgrund neuerer Forschungsergebnisse in diesem Kontext ebenfalls eine wichtige Rolle zukommt. Wie bereits erwähnt, lassen sich Veränderungen und Abweichungen zwischen Kindern mit gesunden und Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil bereits im Säuglingsalter von drei Monaten feststellen (vgl. Schone und Wagenblass 2001, S. 11f.). In diesem Zusammenhang weist auch Deneke darauf hin, dass mit zunehmender Differenziertheit der Studien die immense Bedeutung des frühen Säuglingsalters nicht mehr zu leugnen ist:

„Je spezifischer die Untersuchungen angelegt sind, desto mehr wird die frühe Beziehungsgestaltung berücksichtigt. Die Säuglingsforschung zeigt, daß die entscheidenden Grundlagen der psychischen Entwicklung – das Konzept des Menschen von sich selbst, von den anderen und von den Beziehungen zwischen dem Selbst und den anderen – in der allerfrühesten Beziehung des Säuglings zu seinen ersten Bezugspersonen gelegt wird. Von der Qualität dieser Beziehungen hängt es ab, welche Repräsentanzen, also welche inneren Vorstellungen, das Kind bildet“ (1995, S. 6).

Die Aspekte der Bedeutung des Säuglingsalters und der grundlegenden Beziehungsrepräsentanz zeigen sehr eindrücklich, dass Hilfsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Bezugspersonen schon sehr frühzeitig ansetzen müssen, um ein möglichst hohes Maß an Effektivität zu erreichen.

Dass Hilfsangebote generell auch dankbar und gerne angenommen werden, kann durch folgendes Studienergebnis untermauert werden: Im Rahmen der bereits beschriebenen Studie, in der psychisch kranke Patienten, deren gesunde Bezugspersonen sowie deren Kinder nach hilfreichen und unterstützenden Aspekten befragt wurden, wurde der Punkt *Psychotherapie* mit 20% aller Nennungen am zweithäufigsten benannt und rangiert unmittelbar hinter den *intakten Familienverhältnissen* (vgl. Küchenhoff 1997, S. 332). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Lenz in seiner Studie. 25% der befragten Patienten wünschten sich zusätzliche therapeutische Hilfsangebote für ihre Kinder (vgl. 2005, S. 47).

Auch daran wird deutlich, dass gezielte Hilfsmöglichkeiten für die Familien und insbesondere auch für die Kinder durchaus als unterstützend und entlastend erlebt werden.

Die für die Familie beschriebene Informationsvermittlung über die psychische Erkrankung als wichtiger protektiver Faktor spielt für die Kinder eine ähnlich wichtige, wenn nicht sogar noch wichtigere Rolle. Innerhalb zahlreicher Studien konnte nachgewiesen werden, dass vor allem ein hoher Informationsgrad der Kinder über die jeweilige Krankheit des Elternteils als unterstützender Faktor wahrgenommen wurde (vgl. Stöger und Mückstein 1995, S. 30; Bohus et al. 1998, S. 135; Mattejat 2001b, S. 76; Wagenblass 2001, S. 7; Sollberger 2002, S. 120).

Die Aspekte der Informationen, die sich Kinder und Jugendliche wünschen, sind im Rahmen der Studie von Lenz (2005, S. 116) erhoben und herausgearbeitet worden:

- „Kinder und Jugendliche wünschen sich Informationen,
- Wie sie sich dem kranken Elternteil gegenüber am besten verhalten sollen
 - Wie sie Mutter oder Vater unterstützen können
 - Über das ‚Wesen‘ (Hervorheb.im Original) der psychischen Erkrankung
 - Über die Gefahren einer Verschlimmerung
 - Über Heilungsmöglichkeiten
 - Über Medikamente
 - Über Erbeeinflüsse (vor allem Jugendliche).“

In den Fällen, in denen die Vermittlung altersadäquater Informationen an die Kinder nicht stattfindet, besteht die Gefahr, dass sich Fantasien, Ängste und Sorgen entwickeln, die aufgrund des fehlenden Bezugs zur Realität eine zusätzlich belastende Eigendynamik in Gang setzen können. Daher raten viele der oben genannten Autoren dazu, die

Kinder in altersangemessener und offener Form über die psychische Erkrankung ihrer Eltern zu informieren. Dadurch kann den benannten Gefahren entgegengewirkt und den Bedürfnisse der Kinder nach Aufklärung und Information nachgekommen werden. Gleichzeitig wird die Selbstwahrnehmung der Kinder („Nicht ich bin es, der eine verzerrte Wahrnehmung hat, sondern Mama oder Papa ist es, die bzw. der aufgrund der psychischen Erkrankung verwirrende Botschaften aussendet“) gestärkt, was sich positiv auf ihr Selbstbewusstsein auswirkt.

Ein weiterer Punkt betrifft die Identifikation der Kinder mit ihren Eltern bzw. mit dem psychisch erkrankten Elternteil. Kinder orientieren sich nachweislich vorrangig am gesunden Elternteil und identifizieren sich eher mit diesem. Handelt es sich dabei noch um den gleichgeschlechtlichen Elternteil, so kann damit durchaus eine schützende und kompensatorische Funktion verbunden sein:

„Die Identifikation mit dem gesunden Elternteil ist dann relativ hoch, wenn es sich um den gleichgeschlechtlichen Elternteil handelt: beim gegengeschlechtlichen Elternteil dagegen ist das nicht der Fall. Das heißt, wir finden hier ein Identifikationsmuster, das als Kompensationsmechanismus interpretiert werden kann: Die Kinder orientieren sich stärker am gesunden Elternteil. Dieser Kompensationsmechanismus kann sich aber nur dann wirksam entfalten, wenn es sich um den gleichgeschlechtlichen Elternteil handelt. Wenn dagegen der gleichgeschlechtliche Elternteil psychisch krank ist, dann ist diese Kompensationsmöglichkeit eingeschränkt“ (Renschmidt und Mattejat 1994a, S. 162f.).

Neben den benannten Aspekten sind verschiedene Autoren der Überzeugung, anhand der von ihnen durchgeführten Untersuchungen als zusätzlich schützende Faktoren für Kinder psychisch kranker Eltern eine gute intellektuelle Kompetenz sowie eine hohe physische Attraktivität der Kinder nachweisen zu können (vgl. Deneke 1995, S. 6; Bohus et al. 1998, S. 135; Sollberger, 2002, S. 120). Kinder und Jugendliche mit einem oder beiden dieser Merkmale scheinen aufgrund dessen ein größeres Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl zu entwickeln, was es ihnen leichter macht, mit den Belastungen durch die psychische Erkrankung des Elternteils umzugehen.

Einige wenige Autoren vertreten die Hypothese, dass Kinder im Rahmen der elterlichen Erkrankung sogar Stärken entwickeln können. Sie würden einen produktiven Umgang mit der Krankheit an den Tag legen, was als Chance für diese Kinder angesehen werden könne (vgl. Anthony 1980, S. 32; Koch-Stoecker 2001, S. 61; Sollberger 2002, S. 122; Lenz 2005, S. 16ff.). Die durch die psychische Erkrankung der Eltern entwickelten Stärken der Kinder werden von den Autoren in unterschiedlichen Bereichen verortet. Koch-Stoecker beispielsweise bescheinigt den Kindern psychisch kranker Eltern Vortei-

le innerhalb der Autonomieentwicklung und des Verantwortungsbewusstseins (vgl. 2001, S. 61f.). Wagenblaus schreibt den Kindern eine besondere Wahrnehmungsfähigkeit und Sensibilität für Stimmungslagen zu (vgl. 2001, S. 7). Remschmidt und Mattejat haben diese Besonderheit des konstruktiven Umgangs einiger Kinder mit der psychischen Erkrankung ihrer Eltern mit folgender Aussage prägnant auf den Punkt gebracht:

„Schließlich darf aber nicht unerwähnt bleiben, daß derartige schwerwiegende Erkrankungen von den Kindern auch positiv bewältigt werden können [...]. In diesem Sinne können Kinder in solchen Familien auch an ihren Aufgaben wachsen“ (1994a, S. 14).

Bei dem Versuch, dieses Wachsen an der elterlichen Erkrankung näher zu untersuchen und eine Differenzierung innerhalb der Bewältigungsversuche zu erreichen, kommt im Rahmen einer retrospektiven Studie mit Erwachsenen, die ehemals mit einem psychisch kranken Elternteil zusammengelebt haben, zum Ausdruck, dass die Kinder unterschiedliche Bewältigungsstrategien entwickeln. Innerhalb der Studie kristallisierten sich zwei Gruppen heraus. Die eine - durch fehlende Ressourcen in der Kindheit gekennzeichnete - Gruppe erlebte die psychische Erkrankung des Elternteils als bedrohliche Krise, während die andere - mit ausreichenden Ressourcen ausgestattete - Gruppe in der Lage war, individuelle Stärken zu entwickeln (vgl. Wagenblaus 2001, S. 7), wie z. B. Selbstvertrauen oder Zuversicht bezüglich eigener Kompetenzen. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Präsenz von Ressourcen in der Kindheit ein maßgebliches Kriterium für die Entfaltung von Stärke und Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung des Elternteils darstellen und die Wahrscheinlichkeit eines positiven Entwicklungsverlaufes erhöhen.

Letztlich darf, um bei der positiv orientierten Betrachtungsweise zu bleiben, nicht übersehen werden, dass die überwiegende Mehrheit der Kinder sich durchaus ohne gravierende Beeinträchtigungen und somit normal entwickelt. Mattejat zitiert in dem Zusammenhang Wahrscheinlichkeitsaussagen der Wissenschaft, die davon ausgehen, dass ca. 90% aller Kinder mit psychotisch erkrankten Eltern selbst keine Psychose in ihrer eigenen Lebensgeschichte entwickeln (vgl. 2001b, S. 75).

Auch andere Autoren versuchen, den Betroffenen und ihrem Umfeld Mut zuzusprechen, indem sie die positive Seite der Problematik benennen (vgl. Sollberger 2000, S. 25; Mattejat 2001b, S. 75). Anthony beispielsweise bemerkt über seine Studie:

„Als Gegengewicht zu unseren klinischen Vorurteilen ist zu erwähnen, daß auch wir von der erheblichen Anzahl kreativer und gesunder Kinder in unserer Stichprobe beeindruckt waren, von denen viele erfolgreich Schule und College besuchten, obwohl manche von ihnen mehr als die übliche Sturm- und Drangperiode der Adoleszenz durchmachten“ (1980, S. 33).

Gruber beschreibt ihre Erkenntnisse über die Kinder psychisch kranker Eltern mit einem Erstaunen darüber, wie viele von ihnen relativ gut mit dieser schwierigen Situation fertig werden (vgl. 2001, S. 37).

Übertragen auf etwaige Hilfsangebote für die Kinder bedeutet das, dass es, wie Renschmidt und Mattejat meinen, viele Möglichkeiten gibt, die negativen Auswirkungen der psychischen Krankheit abzumildern (vgl. 1994b, S. 297).

Koch-Stoecker geht in ihren Hypothesen noch weiter, indem sie zu bedenken gibt, ob wirklich in jedem Fall ein spezielles therapeutisches Angebot für die Kinder vorgehalten werden muss. Ihrer Meinung nach kann ein gewisses Maß an Normalität im Alltag eine effektivere Unterstützung sein, die dann therapeutische Hilfen verzichtbar werden lässt (vgl. 2001, S. 59f.).

2.4 Diskussion

Wenn man sich erstmals mit der Situation von Kindern psychisch kranker Eltern beschäftigt, löst die Tatsache Verwunderung aus, dass trotz der nicht unerheblichen Zahl betroffener Kinder und des nachgewiesenen Risikos, selbst psychisch zu erkranken, die Beschäftigung mit der Thematik bislang eher auf marginales Interesse stößt. Dieses Defizit ist sowohl im wissenschaftlichen Diskurs als auch in der praktischen Auseinandersetzung mit dem Thema zu verzeichnen. Daher verwundert es auch nicht, dass erst relativ wenige konkrete Hilfs- und Unterstützungsangebote für diese Personengruppe entwickelt und bereitgestellt worden sind.

Die in diesem Zusammenhang aufgeworfene Hypothese, dass die Ursache für dieses Defizit in einem nicht unerheblichen Ausmaß an unklaren Absprachen sowie diffusen Kompetenzzuschreibungen zwischen den beteiligten Diensten oder Institutionen, wie etwa der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinderpsychiatrie und der Jugendhilfe, liegt, werden ich in den nächsten Kapiteln näher untersuchen.

Bei der Analyse der Forschungsschwerpunkte fällt auf, dass sich die Forschungsbemühungen jahrzehntelang fast ausnahmslos auf den medizinischen Bereich (Genetische Studien und High-Risk-Forschung) konzentriert haben, während der soziale Bereich (familienorientierte und sozialpädagogische Ansätze) nur am Rande an Bedeutung für

die Forschung gewinnt. Dies geschieht erst in der jüngsten Vergangenheit und zudem mit geringer Intensität. Die vorliegende Arbeit versucht, hier einen Beitrag zu liefern.

Eine Ursache könnte in der fehlenden Lobby bzw. der zu geringen finanziellen Ausstattung des sozialen Bereichs begründet liegen. Während sozialpädagogische und familienorientierte Ansätze eher aus dem Budget der Jugend- und Familienhilfe finanziert werden und hier die ohnehin geringen Mittel eher für den Bereich der Interventionen als für die Forschung bereitgestellt werden, ist das im medizinisch-psychiatrischen Spektrum anders. Dort wird über das Gesundheitswesen schon immer ein umfangreiches Repertoire an finanziellen Mitteln in die Forschung investiert. Als Grund dafür wird in der Regel das Bestreben genannt, die Folgen der Erkrankung erträglicher zu machen sowie das Risiko einer erneuten Erkrankung oder einer Weitergabe der Krankheit zu minimieren.

Diese Ansätze sind sicherlich erstrebenswert. Darüber hinaus kann der Einsatz der Mittel im Rahmen von Effektivitätsstudien sicher einfacher nachgewiesen werden, als das im sozialen Bereich gemeinhin der Fall ist. Trotzdem bleibt die berechtigte Kritik, dass die der Forschung zur Verfügung stehenden Mittel einem deutlichen Ungleichgewicht in ihrer Verteilung unterworfen sind.

Bei der Suche nach Ursachen für dieses Ungleichgewicht liegt die Vermutung nahe, dass diese im verstärkten Interesse der Pharma-Industrie, die erfahrungsgemäß über umfangreiche finanzielle Ressourcen verfügt, verborgen sein könnten. Durch die Subvention entsprechender medizinisch oder psychiatrisch ausgerichteter Studien wird die Pharma-Industrie unterstützend und hilfreich im Sinne der Forschung und der Patienten aktiv, verknüpft diese Aktivität dann aber nicht selten mit dem subjektiven Eigeninteresse, ihre Produktpalette an Medikamenten auf dem Markt zu bringen und sich dabei möglichst gut gegenüber anderen Konkurrenten zu platzieren. Die Folge ist, dass derartige finanziell gut ausgestattete Projekte über umfangreichere Möglichkeiten zur weiteren Erforschung ihrer Krankheitsfelder oder Anwendungsbereiche verfügen, als das in Bereichen und Projekten der Fall ist, die lediglich auf eine weitaus geringere finanzielle Basis zurückgreifen können.

Das Resultat dieses Dilemmas ist keinesfalls die Forderung nach einer Reduzierung der finanziellen Mittel für die medizinisch und psychiatrisch orientierte Forschung. Vielmehr scheint es notwendig zu sein, der anhand des vorliegenden und zusammengestellte

ten Datenmaterials ebenfalls als bedeutsam erwiesenen Forschung im sozialen Bereich den ihr gebotenen Rahmen zur Verfügung zu stellen. Das heißt, dass die Bereitstellung finanzieller Mittel und die Intensivierung der Forschungsbemühungen in diesem Bereich längst überfällig sind und dringend umgesetzt werden müssen.

Ein ähnliches Ungleichgewicht findet sich bei der Betrachtung der Tendenz und Ausrichtung bisheriger Forschungsbemühungen. Hier fällt eine deutliche Gewichtung der defizitären Seite auf. Wünschenswert und hilfreich wäre es im Rahmen weiterer Forschungsbemühungen, wenn die Ausrichtung sich etwas weniger auf die Defizite, sondern mehr auf die Ressourcen konzentrierte.

Im Rahmen der Ausarbeitung habe ich versucht, dieser Defizitorientierung entgegenzuwirken, indem ich beispielsweise zahlreiche Ergebnisse und Hinweise zu protektiven und kompensierenden Faktoren innerhalb der vorliegenden Literatur in die Arbeit aufgenommen und diesem Segment einen umfangreichen Gliederungspunkt gewidmet habe. Die hier gewonnenen Erkenntnisse können als vielversprechend und zukunftsweisend bezeichnet werden.

Ähnlich positiv ist die Tatsache zu werten, dass in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme von Publikationen zum Thema *Resilienz* zu verzeichnen ist (vgl. Opp, Fingerle und Freytag 1999; Conen 2006; Brooks und Goldstein 2007). Es wäre jedoch wünschenswert, dass sich die Resilienzforschung auch mit Kindern psychisch kranker Eltern beschäftigt und sich die Integration protektiver und kompensierender Faktoren - die in der vorliegenden Literatur nur im Rahmen weniger Publikationen und lediglich im Umfang einiger Abschnitte diskutiert wird - weiter verbreiten würde. Damit könnte eine Lanze für eine positive und ressourcenorientierte Perspektive gebrochen werden, die letztlich auch den Betroffenen zugute kommt.

Bei der inhaltlichen Betrachtung der protektiven und schützenden Faktoren werden verschiedene Aspekte deutlich, von denen die wichtigsten noch einmal kurz skizziert werden sollen:

Zum einen erstaunt, dass nicht etwa die *objektiven Belastungsfaktoren* als Indikator für das Maß an Belastung angesehen werden, sondern vielmehr die *subjektiven Belastungsfaktoren*. Das heißt, dass nicht etwa objektiv messbare Daten, wie der Betreuungsaufwand oder die finanziellen Mittel, ausschlaggebend für die Intensität des Belastungserlebens sind, sondern vielmehr die Tatsache, wie belastet sich die Betroffenen und ihre Angehörigen *subjektiv* erleben. Da das subjektive Empfinden außerdem maßgeblich von

den zur Verfügung stehenden protektiven und schützenden Faktoren abhängt, heißt das, dass viel mehr Wert auf die Analyse solcher Faktoren sowie in einem weiteren Schritt auf deren ausreichende Bereitstellung gelegt werden muss. Aus einem Zuwachs an Ressourcen kann mittelfristig auch eine Abnahme subjektiver Belastungsfaktoren resultieren.

Ein weiterer Punkt, der die Beschäftigung mit den Ressourcen lohnenswert erscheinen lässt, steht in Zusammenhang mit der doch hohen Quote von Kindern, die ohne erkennbar große Schäden relativ unbelastet aus solchen Familienstrukturen mit psychischer Erkrankung hervorgehen. In diesem Kontext wäre es empfehlenswert zu überlegen, genau diese Kinder gezielt zum Forschungsgegenstand zu machen, indem man versucht zu ergründen - im Gegensatz zu den bislang eher pathologisch und symptomorientierten Ansätzen -, welche Faktoren dazu beitragen, dass sie gesund und teilweise sogar gestärkt aus den belastenden Situationen mit ihren psychisch erkrankten Elternteilen hervorgehen.

Zwei weitere zentrale Aspekte sind die Informationsvermittlung für Betroffene und ihre Angehörigen sowie der Austausch mit Betroffenen.

Letzteres kann für Kinder beispielsweise im Rahmen eines Gruppenprogramms ermöglicht werden, indem die Kinder hier in den Austausch mit anderen Kindern, die derselben Situation ausgesetzt sind, einsteigen können. Diese Möglichkeit zeichnet sich unter anderem durch entlastende und aus der Isolation befreiende Elemente aus.

Ersteres ist gerade für Eltern, aber auch für professionelle Helfer von Bedeutung, die sich in dem Spannungsfeld zwischen der Schonung der Kinder durch Verschweigen einerseits und der Offenheit durch klare und altersadäquate Informationsvermittlung andererseits befinden. Die Erkenntnisse zu diesem Punkt machen Mut, sich verstärkt mit einer offenen Grundeinstellung und einer damit verbundenen ehrlichen Informationsvermittlung den Kindern gegenüber zu verhalten.

Die Einstellung und Grundhaltung der Helfer und anderer Außenstehender ist deshalb besonders wichtig, da ihnen eine zentrale Bedeutung zukommt, wenn es um den Kontakt und die Beziehung der Kinder zu Personen außerhalb ihrer eigenen Familie geht.

Es ist bemerkenswert, welche große Bedeutung Außenstehende für das psychische Wohlbefinden der Kinder psychisch kranker Eltern haben. Hier kommt neben den

Freunden, Bekannten und Verwandten auch den Lehrern, Erziehern und professionellen Helfern im pädagogischen und therapeutischen Bereich laut Aussage verschiedener Autoren eine zentrale Funktion für die belasteten Kinder zu. Insofern kann es hilfreich und unterstützend sein, sich den Kindern als Pädagoge oder Therapeut aktiv zur Verfügung zu stellen, indem man ihnen Beratungs- und Unterstützungsangebote macht sowie Wege aus der Isolation aufzeigt, die dann gemeinsam beschritten werden können.

Neben den Außenstehenden muss natürlich der Familie des Kindes eine ebenso große, wenn nicht gar größere Aufmerksamkeit zuteil kommen gelassen werden. Wichtig erscheint hier aufgrund der bislang gewonnenen Erkenntnisse, die Kinder nicht isoliert, sondern stets im Zusammenhang mit ihrer Familie zu betrachten und zu behandeln. Insbesondere bei der beschriebenen Tendenz der Familien, sich zu isolieren und isoliert zu werden, sollte man sich dieses Zusammenhangs bewusst sein. Auf die Kinder bezogen heißt das, dass man ihnen den als so wichtig beschriebenen familiären Rückhalt ermöglichen und darauf hinwirken sollte, diese Basis zu stabilisieren und zu stärken. Hier scheint es besonders wichtig, das Augenmerk auf die Unterstützung der Mutter-Kind-Beziehung zu legen, da sich die Erkrankung der Mutter gravierender auf die Entwicklung der Kinder auswirkt, als das bei einer Erkrankung des Vaters der Fall ist.

Auch pränatale Einflüsse während der Schwangerschaft, der recht frühe Beginn messbarer Auswirkungen auf die Kinder sowie die wichtige Bedeutung der Mutter in den ersten Lebensmonaten sind Hinweise darauf, dieser Interaktion einen besonderen Stellenwert zu widmen. Das gilt sowohl für den Forschungsbereich als auch für bereitgestellte und zu entwickelnde Praxisfelder.

Der Hinweis auf die große Bedeutung der Mutter impliziert jedoch nicht, dass die Forschung bezüglich der Väter weiterhin von sehr geringer Relevanz bleiben sollte. Vielmehr bin ich der Auffassung, dass in diesem Feld dringender Forschungsbedarf gegeben ist, der schnellstmöglich realisiert werden sollte.

Die Bereiche der Kommunikation und Interaktion, die im letztgenannten Punkt der Mutter, bzw. Vater-Kind-Interaktion angedeutet wurden und die bekanntlich für Kinder psychisch kranker Eltern von zentraler Bedeutung sind, werden in den nächsten Kapiteln etwas genauer beleuchtet und einen zentralen Stellenwert im Rahmen der geplanten Studie erhalten.

An verschiedenen Stellen wird sowohl in Forschungs- als auch in Praxisberichten darauf verwiesen, dass immer auch die Art und Schwere der Erkrankung mit einzubeziehen ist. Diese Aussage findet nicht nur bei den Belastungsfaktoren ihre Anwendung, sondern auch bei den protektiven und kompensierenden Faktoren.

In dem Zusammenhang wird deutlich, dass es nicht für die Summe aller psychischen Erkrankungen eine generell und allgemein in gleicher Art und Weise wirksame Hilfsform gibt. Vielmehr ist es erforderlich, dass in jedem Einzelfall genau analysiert und entwickelt wird, wer wann und in welcher Form Hilfe und Unterstützung braucht und in welchem Kontext diese dann angeboten werden kann. Um diese Hilfe auf einem möglichst qualitativ hohen Stand zu gewährleisten, ist im Vorfeld des Hilfsangebotes eine sehr differenzierte Anamneseerhebung und Diagnostik der individuellen und familiären Rahmenbedingungen erforderlich. Innerhalb der Diagnostik ist es notwendig, die jeweils indizierte individuelle Hilfsmöglichkeit für jeden Einzelfall zu entwickeln und diese den Eltern und ihren Kindern anzubieten.

Die beiden Pole in dieser Diskussion, welche Form der Hilfe angemessen und gut ist, spiegeln sich auch in verschiedenen Ausrichtungen der gesichteten Literatur wider: Die eine Seite wird von Koch-Stoecker vertreten, die in den meisten Fällen gezielte Alltagsnormalisierung mit allenfalls Haushaltsentlastung als Hilfestellung propagiert (vgl. 2001, S. 59f.). Die andere Seite vertritt Küchenhoff, der nachgewiesen hat, dass ein psychotherapeutisches Angebot für die Kinder von 20% aller befragten Eltern bzw. Bezugspersonen als wichtig und hilfreich erachtet wird (vgl. 1997, S. 332).

Meiner Meinung nach ist eine Mischung aus beiden Ansätzen nach zuvor durchgeführter Anamnese und Diagnostik erstrebenswert. Mit Hilfe der Ergebnisse aus der Diagnostik kann eine fundierte Indikation formuliert und das entsprechende Hilfsangebotes bereitgestellt werden.

An anderer Stelle differenzieren auch Remschmidt und Mattejat noch einmal zwischen der großen Spannweite an Hilfsangeboten und empfehlen in dem Zusammenhang die Einbeziehung präventiver Maßnahmen:

„Bei einem erkrankten Elternteil kann bereits ein weitmaschiges Beratungsangebot eine effektive Hilfe zur Aktualisierung der Bewältigungsmöglichkeiten innerhalb der Familie (insbesondere des gesunden Ehepartners) darstellen. Sind beide Eltern erkrankt, dann wird ein umfassendes Angebot mit psychotherapeutischen, pädagogischen und sozialfürsorgerischen Komponenten notwendig. [...] Präventive Konzepte haben – im Gegensatz zu vielen anderen Bereichen - hier durchaus Erfolgsaussichten, denn sie richten sich an eine klar umschriebene Zielgruppe mit bekannten Risiken; sie können deshalb gezielt und gut geplant durchgeführt werden.“ (Remschmidt und Mattejat 1994a, S. 123).

Der Empfehlung von Remschmidt und Mattejat folgend möchte auch ich noch einmal betonen, dass der Entwicklung und Bereitstellung präventiver Hilfsangebote eine zentrale und elementare Bedeutung zukommen sollte.

3 Definitionen psychischer Krankheit

In diesem Kapitel wird versucht, zu einer klaren Definition der Begriffe *Krankheit* im Allgemeinen und *psychische Krankheit* im Speziellen zu gelangen. Ergänzend werden Krankheitssystematiken und Epidemiologie diskutiert.

3.1 Der Krankheitsbegriff

Die allgemeingültigste Definition von Krankheit ist die der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Gesundheit als vollkommenes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden bezeichnet (vgl. Machleidt et al. 1999, S. 11). Dementsprechend wird Krankheit als Beeinträchtigung eines solchen Zustandes verstanden.

Im Lexikon wird Krankheit definiert als:

„der außerordentliche Ablauf von Lebensvorgängen als Antwort (Reaktion) des Organismus auf ihn schädigende Einflüsse. Eine Krankheit wird hervorgerufen durch belebte und unbelebte äußere sowie innere Krankheitsursachen. [...] Weiterhin unterscheidet man zwischen organischen und psychischen Krankheiten sowie deren Bindeglied, den psychosomatischen Krankheiten“ (Bertelsmann Lexikon Verlag 1992, S. 298).

Machleidt et al. differenzieren in ihren Auffassungen von Krankheit einerseits zwischen einem volkstümlichen Krankheitsbegriff, der eher bewusste und unbewusste Krankheitsvorstellungen beinhaltet und auf genauere Definitionen verzichtet, und andererseits einem wissenschaftlichen Krankheitsbegriff, dem an präziser Begriffsbestimmung gelegen ist (vgl. 1999, S. 11).

Die Definition des Krankheitsbegriffes nach Machleidt et al. ist somit etwas differenzierter als die der Weltgesundheitsorganisation. Sie beschreiben die Bedingungen, nach denen eine körperliche oder seelische Befindlichkeit als krank zu bezeichnen ist. Weiterhin kann aus dem Krankheitsbegriff deutlich werden, welche Einflüsse (Anlage, Umwelt, soziale Faktoren, natürliche oder übernatürliche Kräfte etc.) für die Genese von Krankheit eine Rolle spielen (vgl. ebd.).

Darüber hinaus beschäftigt man sich im Rahmen des Krankheitsbegriffs mit Aussagen über Zusammenhänge und Verknüpfungen unterschiedlich wirkender Kräfte sowie Hinweise auf die Zuständigkeit der verschiedenen Behandler.

Bei der Suche nach Begriffsbestimmungen zu *psychischer Krankheit* findet man keine klar umrissene Definition, denn

„es ist kein exakter Begriff, sondern meint einen Komplex von Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten mit Belastungen auf der individuellen und sozialen Ebene und eine Beeinträchtigung von psychischen Funktionen, z. B. Bewusstseinslage, Aufmerksamkeit, Stimmung, Antrieb, Denken, Wahrnehmung, Erleben, Gedächtnis, Intelligenz, Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit“ (Schwarzer und Trost 1999, S. 12f.).

Dieser mehrschichtige Definitionsversuch ist für die Fragestellung nach den Auswirkungen psychischer Krankheit von Eltern auf ihre Kinder aufgrund seines Versuches einer differenzierten Betrachtungsweise hilfreich und geeignet.

3.2 Klassifikationssysteme psychischer Erkrankungen

In der Diagnose, Behandlung und Forschung geht es über die Beschäftigung mit dem Einzelfall hinaus, und zwar auch darum, generalisierbare Beschreibungen, Definitionen und Systematisierungen zu entwickeln, die eine differenzierte Zustandsbeschreibung des Gesundheits- bzw. Krankheitszustandes des Patienten ermöglichen.

Die ersten wissenschaftlichen Klassifikationen psychischer Erkrankungen, die bis Ende des 19. Jahrhunderts angewandt wurden, differenzieren laut Machleidt et al. lediglich nach den vordergründigen psychischen Auffälligkeiten, wie z. B. Hypochondrie, Manie oder Paranoia, und verwendeten schließlich diese Symptome, um die Krankheit zu beschreiben und ihr gleichzeitig einen Namen zu geben (vgl. 1999, S. 12).

3.2.1 Das Triadische System

Ende des 19. Jahrhunderts werden erstmals die Krankheitsursachen in die Beschreibung und Definition psychischer Krankheiten mit aufgenommen und 1893 von E. Kraepelin das so genannte *Triadische System* entwickelt, welches auch heute noch in modifizierter Form in vielen deutschsprachigen Bereichen der Psychiatrie und Psychotherapie von Bedeutung ist.

Dieser Systematik folgend werden die psychischen Störungen in die drei folgenden Bereiche aufgeteilt (vgl. Schwarzer und Trost 1999, S. 17ff.; Remschmidt 1987, S. 268ff.):

1. Körperlich begründbare (exogene, organische) Psychosen

In dieser Krankheitsgruppe werden psychische Störungen zusammengefasst, die erwiesenermaßen auf körperliche Ursachen zurückzuführen sind.

Es kann sich um körperliche Erkrankungen wie Schilddrüsenfunktionsstörungen, Infektionskrankheiten oder Einwirkungen durch beispielsweise Medikamente, Alkohol- oder Drogenabusus handeln, die mittelbar auf die Funktion des Gehirns einwirken. Die meisten dieser Fälle stellen akute und reversible Formen exogener Psychosen dar.

Darüber hinaus gibt es die chronischen und irreversiblen Formen, bei denen ebenfalls eine körperlich begründbare Ursache vorliegt, diese aber in der Regel aufgrund der Schwere der körperlichen Störung bzw. der damit verbundenen Schädigung des Gehirns, nicht umkehrbar ist. Als Beispiele wären hier ein Hirntumor, eine entzündliche Hirnkrankheit (z. B. Multiple Sklerose), Hirnverletzungen oder schwere Epilepsien zu nennen.

2. Endogene Psychosen

Diese Krankheitsgruppe umfasst schwere psychische Störungen, die sich „endogen“, also aus dem Inneren des Patienten zu entwickeln scheinen, für die aber keine körperlich zuzuordnenden Ursachen erkennbar sind. Es bestehen lediglich neurophysiologische, psychologische oder psychoanalytische Hypothesen (z. B. gestörte biochemische Hirnmechanismen, Bedeutung des Erbfaktors, psychosozial belastende Aspekte in der Lebensgeschichte etc.), die aber nur in wenigen Segmenten als wissenschaftlich abgesichert bezeichnet werden können und insofern nur hypothetischen Charakter haben.

Als Krankheitsbilder wären hier die Schizophrenien (z. B. abnorme Körpergefühle, Katatonien, optisch, akkustisch oder olfaktorisch irrealen Wahrnehmungen, Größen- oder Verfolgungswahn), endogene und psychotische Depressionen (z. B. gedrückte Stimmung, Antriebsverminderung, Interessenverlust), die Manien (Umkehrbild der Depressionen, wie z. B. Erregung, Bewegungsdrang, Enthemmung etc.) und die manisch-depressiven Erkrankungen (z. B. lang anhaltend in Phasen ablaufende Stimmungsschwankungen von „himmelhochjauchzend“ bis „zu Tode betrübt“) zu nennen.

3. Nichtpsychotische, psychologisch bedingte psychische Störungen

Diese dritte Gruppe ist dadurch gekennzeichnet, dass die psychische Störung nicht auf organische Ursachen zurückzuführen ist und auch nicht dem Kreis der endogenen Psychosen zugerechnet werden kann. Die hierunter fallenden psychischen Störungen sind

in der Regel durch äußere Ereignisse, gewissermaßen als Reaktion auf belastende Erlebnisse, entstanden. Neben den eher klar zuzuordnenden traumatischen Erlebnissen kommen hier insbesondere lang anhaltende Konflikt- und Frustrationssituationen sowie deren unzureichende Verarbeitung in der Kindheit als Erklärungsmodelle in Frage.

Neben Neurosen (Angst- und Zwangsneurose, psychosomatische Krankheiten, neurotische und reaktive (nicht endogene, s.o.) Depressionen) beinhaltet diese Gruppe die Suchterkrankungen (z. B. Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit), Reaktionen auf massive Traumata sowie die Persönlichkeitsstörungen (z. B. narzisstische oder Borderline-Persönlichkeitsstörung) (vgl. Schwarzer und Trost 1999, S. 17ff.; Remschmidt 1987, S. 268ff.).

3.2.2 Die Klassifikation nach ICD-10

Im Zuge des internationalen Engagements von Wissenschaftlern, Medizinern und Gesundheitsexperten entwickelt sich das Bedürfnis nach länderübergreifender Abgleichung und einheitlicher Struktur eines Klassifikationssystems für Krankheiten, welches in allen Teilen der Welt verstanden wird und dementsprechend international angewandt werden kann.

Die WHO entwickelte und veröffentlichte daher die internationale Klassifikation von Krankheiten (International Classification of Diseases), die mittlerweile in der 10. Auflage (daher ICD-10) publiziert und angewandt wird. Der Bereich der psychischen Störungen ist im 5. Kapitel (V) unter *F* aufgelistet (vgl. Weltgesundheitsorganisation 1995).

Im Unterschied zum vorhergehenden ICD-9, dem noch das zuvor beschriebene Triadische System als Grundlage diente, verzichtet man seit dem ICD-10 auf diese Einteilung und somit auch darauf, Vermutungen über die Entstehung der jeweiligen Störung in die Diagnose mit aufzunehmen. Nach Erscheinen des ICD-10 wird vielmehr rein deskriptiv eine definierte Summe von Symptomen, die über einen gewissen Zeitraum hinweg auftreten müssen, als Grundlage zur Definition eines bestimmten Störungsbildes verstanden und als notwendig zur Erstellung der jeweiligen Störung erachtet (vgl. ebd.).

Außerdem wurde auf die Unterscheidung zwischen Neurose und Psychose verzichtet, der Begriff der Neurose kommt nur noch selten vor, der Begriff der Psychose ist enger umgrenzt, wie Schwarzer und Trost beschreiben:

„Der Begriff Psychose, ein zentraler Begriff der Psychiatrie, meint nach ICD-10 das Vorkommen von Halluzinationen, wahnhaften Störungen oder bestimmten Formen 'anormalen Verhaltens' wie schwere Erregungszustände und Überaktivität, schwerer und anhaltender sozialer Rückzug (außer bei Depression und Angst) und ausgeprägte psychomotorische Hemmung und katatone Störungen (vgl.: Schizophrenie). Die Psychose stellt in der Psychiatrie und somit auch in allen Klassifikationssystemen die wohl gravierendste Form der psychischen Störung dar, da sie – im Unterschied zu anderen Störungen – mit einem Verlust des Realitätsempfindens und somit einem gestörten Realitätsbezug einhergeht“ (1999, S. 19).

Die veränderte Definition der Störungsbilder seit Inkrafttreten des ICD-10 im Jahr 1987 und der Überarbeitung von 1993 beinhaltet im 5. Kapitel folgende Störungsbilder (vgl. Weltgesundheitsorganisation 1995, S. 57ff.):

F0 Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

Hier tauchen hauptsächlich die Störungen der ersten Gruppe des Triadischen Systems auf, also die psychischen Störungen infolge körperlicher oder Hirnerkrankung, jedoch ohne Einbeziehung der Störungen infolge psychotroper Substanzen, die in den Kapiteln F10-F19 zusammengefasst sind.

F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Diese Gruppe beinhaltet Störungen durch Substanzen, die beeinträchtigend auf das Gehirn einwirken, wie z. B. Alkohol, Tabak, Halluzinogene, flüchtige Lösungsmittel. Die Beeinträchtigungen können von leichter Intensität über mittelgradige Schädigungen bis hin zu psychotischen Phasen und sogar Demenz auftreten. Darüber hinaus können sie zu Vergiftungen, Krampf- und Rauschzuständen sowie Abhängigkeiten führen.

F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen

Hier werden Schizophrenien in unterschiedlichen Formen und Ausprägungen sowie der Schizophrenie verwandte Störungen und schizo-affektive Störungen zusammengefasst. Die Schizophrenie gilt als die zentrale und häufigste Störung dieser Gruppe und zeichnet sich durch Beeinträchtigungen im Bereich der Wahrnehmung und des Denkens aus. Die intellektuelle Leistungsfähigkeit ist hierbei nicht eingeschränkt. Menschen mit Schizophrenie glauben, dass ihre innersten Gedanken und Gefühle dem Gegenüber bekannt sind bzw. innere Kräfte Einfluss auf ihre Gedanken haben. Es kann zu Halluzinationen von Sinnesempfindungen jeglicher Art kommen. Einige Personen reagieren mit Wahnempfindungen, andere sind der Auffassung, nicht existente Stimmen zu hören, wieder andere vertreten die feste Überzeugung, eine berühmte Persönlichkeit, ein Präsident, Prophet oder Gott zu sein.

Schizotype Störungen stehen von ihrer Symptomatik her der Schizophrenie sehr nahe, beinhalten jedoch nicht das Auftauchen von Halluzinationen, Wahn und schweren Verhaltensstörungen.

F3 Affektive Störungen

Unter affektiven Störungen sind Depressionen, Manien sowie manisch-depressive Störungen zusammengefasst. Schwerpunkt der Symptomatik sind Veränderungen des Gemütszustandes und der Affekte, die in der Regel in Richtung Depression, aber auch in die gegenteilige Richtung gehen können, indem die Patienten durch gehobene Gemütszustände und Affekte auffallen.

F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Diese Gruppe wurde als Zusammenfassung verschiedener psychisch verursachter Krankheitsbilder und des in einigen Bereichen noch immer verwandten Neurosenkonzeptes entwickelt.

Hier finden sich eine Reihe von Störungen, wie Phobien, andere Angst- und Zwangsstörungen, Reaktionen auf extreme Belastungen und Anpassungsstörungen sowie die dissoziativen Störungen. Außerdem gehören somatoforme Störungen, das sind physische Probleme ohne zugrunde liegende körperliche Krankheiten, zu diesem umschriebenen Krankheitsbereich.

F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

Dieser Störungsabschnitt beinhaltet den gesamten Bereich der Ess-, Schlaf- und sexuellen Störungen, bei denen keine zugrunde liegende organische Symptomatik festzustellen ist.

F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Hier sind die unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen (Borderline-Störung, dissoziale Persönlichkeitsstörung, emotional instabile Persönlichkeitsstörung etc.) zu finden. Es handelt sich um meist lang anhaltende Beeinträchtigungen der Lebensweise mit verzerrten Beziehungs- und Interaktionsmustern zu anderen Personen und zu sich selbst.

F7 Intelligenzminderung

Mit Intelligenzminderung sind die unterschiedlichen Intensitäten geistiger Behinderung, also die Stagnation der geistigen und intellektuellen Entwicklung sowie deren Auswirkungen auf Verhaltens- und Ausdrucksformen (z. B. Motorik, Sprache, soziale Kompetenzen etc.) der betroffenen Personen gemeint.

Neben der Intelligenzminderung treten oft andere psychische Störungen, auch Komorbiditäten genannt, auf, und zwar in einer Häufigkeit, die drei- bis viermal größer ist als bei der Durchschnittsbevölkerung ohne Intelligenzminderung.

F8 Entwicklungsstörungen

Diese Gruppe beinhaltet sämtliche Entwicklungsstörungen, wie z. B. im motorischen Bereich, in der schulischen Entwicklung oder in der Sprachentwicklung.

Zudem gehört der frühkindliche Autismus mit seinen unterschiedlichen Grenzbereichen in die Gruppe der Entwicklungsstörungen. Charakteristisch ist hier, dass der Beginn der Störung fast immer in der (frühen) Kindheit liegt.

F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

In dieser Gruppe werden fast sämtliche Störungen in der Kindheit und Jugend zusammengefasst. Sie beinhaltet Störungen des Sozialverhaltens, hyperkinetische Störungen, emotionale Störungen, Störungen sozialer Funktionen (z.B. Bindungsstörungen, Mutismus), Tic-Störungen, Einnässen (Enuresis), Einkoten (Enkopresis) und sonstige emotionale Störungen.

3.2.3 Die Klassifikation nach DSM IV

Das Pendant zum ICD-10 ist das von der Amerikanischen Psychiatrischen Assoziation publizierte DSM (Diagnostisches und Statistisches Manual), welches 1980 in der dritten und seit 1994 in der vierten Auflage (DSM IV) erscheint und gültig ist (vgl. Schwarzer und Trost 1999, S. 21f.).

Auch hier ist seit Veröffentlichung des DSM IV eine Loslösung vom Triadischen System vollzogen worden. Hier wird die Differenzierung zwischen verschiedenen Achsen vorgenommen:

Achse I:	Klinische Syndrome und Störungen
Achse II:	Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen
Achse III:	Körperliche Störungen und Zustände
Achse IV:	Schweregrad psychosozialer Belastungsfaktoren
Achse V:	Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

Um eine Vielzahl von Facetten der Diagnostik entsprechend mit einbeziehen zu können, soll jeder Patient auf allen Achsen eingeschätzt werden, was etwa so aussehen kann:

Patient mit Depressionen (Achse I), bei abhängiger Persönlichkeitsstörung (Achse II), ohne körperliche Erkrankung (Achse III), mit kürzlich erlebter Trennungsgeschichte, Schweregrad: mittel (Achse IV), momentan: mittelschwere Symptome ohne Beeinträchtigung der sozialen oder beruflichen Leistungsfähigkeit (Achse V).

Im deutschsprachigen Raum wird zwar auch vereinzelt noch auf Basis des DSM-IV diagnostiziert, die weitaus größere Relevanz hat jedoch der ICD-10. Er wird unter anderem in Kliniken, Praxen und beim Schreiben von Gutachten als Standard vorausgesetzt.

3.3 Epidemiologie psychischer Erkrankungen

Die Epidemiologie gilt gemeinhin als die Wissenschaft, die sich mit der Verteilung von Krankheiten, ihren verschiedenen Determinanten und den Auswirkungen auf die Bevölkerung befasst. Sie beschäftigt sich nach Machleidt et al. mit Untersuchungen der Morbiditätsrate einer bestimmten Region, Personen- oder Altersgruppe. Dabei wird versucht, das individuelle Krankheitsrisiko zu erfassen und die Inanspruchnahme verschiedener Dienste und Institutionen in Verbindung mit der Krankheit zu analysieren. Darüber hinaus beschäftigt man sich im Rahmen der Epidemiologie mit Aussagen zur Prävalenz, also der Häufigkeit einer Krankheit in einem bestimmten Zeitraum und einer bestimmten Bevölkerungsgruppe sowie Aussagen zur Inzidenz, also der Summe der in einem bestimmten Zeitraum innerhalb einer bestimmten Bevölkerungsgruppe neu Erkrankten (vgl. 1999, S. 17ff.).

In Deutschland existieren nur sehr wenige epidemiologische Studien zu Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf eine bestimmte Population. Machleidt et al. haben die Ergebnisse zweier bekannter deutscher Studien mit den Ergebnissen einer großen engli-

schen Studie verglichen und dabei aufschlussreiche Parallelen festgestellt, die letztlich doch Aussagen zur Epidemiologie psychischer Erkrankungen zulassen. Machleidt et al. stellen in dem Zusammenhang fest:

„Pro Jahr werden ca. 10% der erwachsenen deutschen Bevölkerung wegen einer *psychiatrischen* (Hervorheb. K.R.) Erkrankung behandelt“ (1999, S. 20).

Fasst man die Gruppe der Behandlungsbedürftigen noch größer und bezieht neben den *psychiatrischen* auch die *psychischen* Erkrankungen mit ein, die in anderen psychosozialen Versorgungseinrichtungen wie Erziehungsberatungsstellen oder Altenheime versorgt werden, so liegt die Quote der Erwachsenen mit Behandlungsbedürftigkeit im Laufe eines Jahres mit 25% im Verhältnis zur Allgemeinbevölkerung sogar noch erheblich höher (vgl. ebd., S. 18).

Auch in aktuellen Untersuchungen wird von ähnlich hohen Zahlen ausgegangen, die zudem aufgrund modernisierter Diagnosekriterien besser messbar sind und eine geringere Fehlerquote aufweisen, wie Wittchen und Jacobi erläutern:

„Demgegenüber eröffnen die neuen standardisierten Diagnoseverfahren seit den 90er Jahren erstmals die Möglichkeit, die Prävalenz psychischer Störungen in der Durchschnittsbevölkerung mit akzeptablen Fehlergrenzen umfassender und vollständiger als in der Vergangenheit zu bestimmen“ (2002, S. 7).

Die beiden Autoren beschreiben in dem Zusammenhang das Studiendesign und die Datenerhebung des Bundes-Gesundheitssurveys 1998/99, der ersten bundesweiten epidemiologischen Untersuchung der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland, die vom Robert-Koch-Institut in Berlin durchgeführt wurde.

Demnach besteht eine 12-Monats-Prävalenz der erwachsenen Bevölkerung (Erhebungsalter: 18-65 Jahre) von 32,1% (vgl. ebd., S. 10). Das heißt, dass 32,1% der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland, was einer Zahl von 15,61 Millionen Menschen entspricht, eine oder mehrere psychische Störungen aus dem Indikationskatalog des ICD-10 aufweisen. Von diesen Betroffenen befanden sich im Jahr der Erhebung 36%, also 5,62 Millionen Menschen, wegen ihrer psychischen Störungen im Kontakt mit ambulanten oder stationären Diensten (vgl. ebd., S. 6).

3.4 Diskussion

Ein wichtiger Punkt, den es im Rahmen der Definitionen psychischer Krankheit zu beachten gilt, ist der Aspekt der Weiterentwicklung der Klassifikationen psychischer Erkrankungen in jüngster Vergangenheit.

Neben verschiedenen Vorteilen und sicherlich notwendigen Modifizierungen im Rahmen der vorliegenden diagnostischen Klassifikationen sind jedoch auch eine Reihe von Definitionsveränderungen und damit einhergehende Irritationen entstanden, die bei der Beschäftigung mit dem Themenkomplex der psychischen Erkrankungen zu Verunsicherungen führen.

Mattejat, Wüthrich und Remschmidt haben dies anhand zweier Beispiele von Veränderungen bei den diagnostischen Kriterien und Kategorien deutlich zu machen versucht:

„Patienten, die früher aufgrund des Schweregrades ihrer Depression als bipolar klassifiziert wurden, würden heute als unipolar depressiv eingestuft; der Begriff *neurotische Depression* (Hervorheb. im Original) wurde in den modernen Diagnoseschemata fallengelassen. Patienten, die in früheren Untersuchungen als schizophoren klassifiziert wurden, erfüllen die heutigen Kriterien (nach ICD oder DSM) zum Teil nicht mehr“ (2000, S. 166).

Insgesamt wird deutlich, dass es in den letzten Jahren in Wissenschaft und Forschung positive Entwicklungen in Richtung größerer Klarheit gegeben hat.

Gleichwohl muss konstatiert werden, dass dieser Versuch im Bereich der psychischen Erkrankungen noch an seine Grenzen stößt. Insofern ist es auch schwierig, klare und generalisierbare Definitionen zu *psychischer Krankheit* vorzulegen.

Das mag zum einen am beschriebenen Paradigmenwechsel vom ICD-9 zum ICD-10 und der damit verbundenen grundlegenden Umorientierung der Definitionen psychischer Störungen liegen. Zum anderen wird aber auch beispielsweise in zahlreichen Veröffentlichungen der eine viel größere Population umfassende Begriff der *psychischen Störungen* verwendet, wenn eigentlich, wie etwa bei den Patienten einer Psychiatrischen Klinik, die enger umgrenzten *psychiatrischen Störungen* gemeint sind. Klare Definitionen und Abgrenzungen wären hier wünschenswert.

Darüber hinaus ist es oftmals auch aus anderen Gründen äußerst schwierig, Forschungsergebnisse zu diesem Themenkomplex miteinander zu vergleichen. Einige Studien verwenden als Grundlage ihrer Forschungen sämtliche Patienten mit psychischen Störungen, andere legen Studien über psychotische Patienten vor, wieder andere befassen sich ausschließlich mit schizophrenen, depressiven, manisch-depressiven oder anderen Störungsbildern.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit habe ich mich daher entschieden, in Fällen klar umgrenzter Forschungsarbeiten oder Publikationen, wie z. B. *Kinder schizophrener Mütter*, *Kinder manisch-depressiver Eltern* oder *Kinder psychotischer Eltern*, diese Eingrenzungen auch kenntlich zu machen.

Bei den anderen Angaben werde ich der Einfachheit und Verständlichkeit halber die allgemein gültigeren Begriffe *psychische Krankheit* oder *psychische Störung* verwenden - wohl wissend, dass in zahlreichen Fällen eigentlich qua exakter Definition von *psychiatrischen* Krankheiten oder Störungen die Rede ist.

4 Hilfsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern

Nachdem im 2. Kapitel die Situation der Kinder und ihrer Eltern näher analysiert wurde, indem neben dem aktuellen Forschungsstand die negativ und positiv wirkenden Faktoren auf das Familiensystem und seine Bestandteile beleuchtet wurden, geht es im folgenden Kapitel um die verschiedenen Hilfsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern.

Wie bereits beschrieben, existieren verhältnismäßig wenig Hilfsangebote, die sich gezielt mit den Kindern psychisch kranker Eltern befassen, sodass hier auf eine nur geringe Menge vorliegenden Datenmaterials zurückgegriffen werden kann.

Zunächst werden die für psychisch Kranke und ihre Familien im Allgemeinen als unterstützend und effektiv bewerteten Hilfsangebote im Bereich der Psychiatrie näher untersucht und besonderes Augenmerk darauf gelegt, inwiefern diese Angebote auf die Gruppe der Kinder als Adressaten wirken bzw. wie sie umgesetzt und angewandt werden könnten. In einem weiteren Abschnitt werden die Angebote im Bereich der Jugendhilfe näher betrachtet, um herauszuarbeiten, inwiefern die Kinder psychisch kranker Eltern hier angesprochen werden. Möglichkeiten im Kontext Psychotherapeutischer Hilfsangebote, sowohl im ambulanten wie auch im (teil)stationären Setting werden ebenfalls näher betrachtet.

Besondere Modellprojekte, die speziell auf die Bedürfnisse der Kinder psychisch kranker Eltern hin entwickelt wurden und diese gezielt ansprechen, werden in einem weiteren Abschnitt vorgestellt und in ihrer Wirksamkeit analysiert.

Schließlich werden die Schwierigkeiten beschrieben, Hilfsangebote für Kinder zu entwickeln und diese bereitzustellen. Dieser Aspekt wird zunächst aus Perspektive der Anbieter, also der Institutionen, Dienste oder Vereine näher beleuchtet. Im darauf folgenden Gliederungspunkt wird die Perspektive der Eltern und ihrer Kinder hinsichtlich der Schwierigkeiten mit der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten näher erörtert.

4.1 Hilfsangebote im Rahmen der Psychiatrie

In diesem Abschnitt werden ich die wichtigsten Hilfsangebote, die im Bereich der Psychiatrie im Zusammenhang mit Familien und psychischer Erkrankung häufig genannt

werden, näher beschreiben. Dabei werden zunächst diejenigen Angebote herausgegriffen, die sich bei psychischer Erkrankung für die Angehörigen generell als hilfreich und unterstützend erwiesen haben, um daraus folgend zu betrachten, inwieweit hier in der Literatur oder Praxis auch die Kinder als Angehörige einbezogen werden.

4.1.1 Angehörigenvisite

Mittlerweile wird von niemandem mehr geleugnet, dass eine Integration der Angehörigen in die Behandlungskonzepte der psychisch erkrankten Familienmitglieder notwendig und unabdingbar ist. Das gilt laut Aussage verschiedener Autoren insbesondere dann, wenn die Behandlungen aufgrund der Schwere der psychischen Erkrankungen im stationären Rahmen erfolgen (vgl. Ostermann und Hollander 1996, S. 279; Pitschel-Walz und Engel 1997, S. 32).

In einigen Kliniken hat man diesem Bedürfnis Rechnung getragen und ein neues Modell eingeführt, indem man statt - oder im Wechsel mit - der ansonsten üblichen Chef- oder Oberarztvisite die Angehörigenvisite eingeführt hat. An dieser Visite nehmen in der Regel neben den Angehörigen auch die Patienten selbst teil.

Durchgeführt wird die Angehörigenvisite üblicherweise vom Stationsteam gemeinsam, zu dem ein Mitarbeiter des Pflegedienstes, ein Sozialarbeiter, ein Psychologe, der Stationsarzt und der Oberarzt gehören (vgl. Ostermann und Hollander 1996, S. 279; Fähndrich et al. 2001, S. 116). Durch diese umfangreiche Besetzung der Angehörigenvisiten gelingt es den Beteiligten besser, eine gemeinsame Sicht des Krankheitsprozesses und seiner Folgewirkungen zu entwickeln, was sich positiv auf die Vertrauensbeziehung zwischen den Patienten, ihren Angehörigen und dem Klinikpersonal auswirkt. Darüber hinaus können eventuelle Missverständnisse im Stationsteam thematisiert werden, und es kommt zu einer Stabilisierung und Stärkung des Teamgefühls und der Kooperationsfähigkeit auf der Station (vgl. Fähndrich et al. 2001, S. 117).

Die Angehörigen werden in der Regel bereits bei Aufnahme der Patienten auf die Angehörigenvisite hingewiesen. Auch werden Fragen während des stationären Aufenthalts meist konsequent auf diesen Termin verschoben. Diese klare Handhabung führt dazu, dass sich Fragen der Angehörigen außerhalb dieser Sitzung stark reduzieren und das

Angebot mit großem Interesse und großer Bereitschaft angenommen wird (vgl. Ostermann und Hollander 1996, S. 279; Fährdrich et al. 2001, S. 115).

In der Untersuchung von Fährdrich et al. zur Angehörigenvisite werden entsprechende Angaben zur Intensität der Inanspruchnahme gemacht. Demnach nehmen die Partner der Angehörigen das Angebot am häufigsten an, gefolgt von den Müttern und schließlich den Kindern der Patienten (vgl. 2001, S. 116). In 55,8% aller Angehörigenvisiten erscheinen die Angehörigen nur einmal, in 24,2% kommen sie ein zweites Mal und in 20% der Fälle finden mehr als zwei bis maximal zehn solcher Visiten statt (vgl. ebd.).

Der zeitliche Rahmen der Angehörigenvisiten ist so gestaltet, dass sich die Patienten und ihre Angehörigen in eine auf der Station aushängende Liste für die wöchentlich stattfindenden Termine eintragen können. Die Dauer der Gespräche liegt im Schnitt bei 15 Minuten, wobei in Einzelfällen Überziehungen bis höchstens 20-30 Minuten geduldet werden; ansonsten wird auf die nächste Woche verwiesen (vgl. ebd.; Fährdrich et al. 2001, S. 115). Ostermann und Hollander weisen in diesem Zusammenhang auf die große Effizienz trotz des „hohen Zeitaufwandes“ hin:

„Unabhängig davon haben wir die Erfahrung gemacht, daß der mit der Angehörigenvisite einhergehende (scheinbare) Mehraufwand durch verringerte Reibungsverluste und erhöhte therapeutische Effizienz bei weitem kompensiert wird“ (1996, S. 281).

Zusammenfassend kann man feststellen, dass es sich bei dem Modell der Angehörigenvisiten um ein viel versprechendes und effizientes Verfahren handelt, bei dem es wünschenswert wäre, wenn es noch mehr Anwendung in anderen Kliniken finden würde. Gerade wegen seiner multiprofessionellen systemischen Ausrichtung bietet es eine große Chance, den Bedürfnissen des Systems Familie in weiten Teilen gerecht zu werden. Kritisch allerdings ist der aus Sicht der Klinik bewertete hohe zeitliche Aufwand dieses Angebotes. Diese Sichtweise mag zwar unter medizinisch-klinischen Gesichtspunkten zutreffen; aus Sicht der Patienten und ihrer Angehörigen drängt sich jedoch die Frage auf, wie intensiv einzelne Themen und Fragestellungen in einer verhältnismäßig großen Gruppe innerhalb von 15 Minuten bearbeitet werden können. Wenn man sich dieses Dilemma der geringen Zeitressourcen und der großen Gruppe in seiner Auswirkung auf die partiell anwesenden Kinder vergegenwärtigt, wird offenkundig, dass das an sich positive Modell der Angehörigenvisite dringend modifiziert werden müsste, um den Bedürfnissen der Kinder gerecht zu werden und auch hier zufrieden stellende Ergebnisse präsentieren zu können.

4.1.2 *Angehörigengruppen*

Wie bereits beschrieben sind im Rahmen der Deinstitutionalisierung mit Abnahme der Verweildauer der Patienten in psychiatrischen Kliniken die Angehörigen zunehmend gefordert und in die Betreuung ihrer psychisch kranken Verwandten mit einbezogen worden. Aus dieser *Not* heraus ist es zu einer schnellen Verbreitung der Angehörigenbewegung gekommen, die unter anderem Möglichkeiten des Austausches im Rahmen von Angehörigengruppen organisiert hat (vgl. Katschnig 2002, S. 113ff.). Dieser bereits erwähnte Austausch unter den Angehörigen psychisch Kranker wird gemeinhin von den Betroffenen als sehr positiv und hilfreich erachtet.

Bei näherer Betrachtung der Formen der Angehörigengruppen kann man feststellen, dass sie sich bezüglich ihrer Ausrichtung in Gruppen mit Angehörigendominanz und solche mit Expertendominanz unterscheiden (vgl. Pott 1996, S. 220). Gruppen mit Angehörigendominanz sind im weitesten Sinne in Form von Selbsthilfegruppen organisiert, in denen beispielsweise die Gruppenmitglieder wechselseitig die Moderation der Treffen übernehmen. Sie rekrutieren ihre Mitglieder, die sich fast ausnahmslos aus Betroffenen zusammensetzen, aus überschaubaren regionalen Bereichen und treffen sich meist in Bürgerzentren oder anderen öffentlichen Räumen (vgl. ebd.). In der Literatur finden sich jedoch wegen der Organisationsstruktur derartiger Selbsthilfegruppen kaum Studien oder Prozessangaben bezüglich des Verlaufs oder Inhalts dieser Gruppen, weshalb die folgenden Ausführungen sich maßgeblich auf die von Experten geleiteten Gruppen beziehen, über die mehr Forschungsmaterial zur Verfügung steht.

Gruppen mit Expertendominanz werden in der Regel von professionellen Fachkräften organisiert und geleitet. Lokal sind sie im Rahmen stationärer oder Nachsorgeeinrichtungen angesiedelt und verstehen sich als zusätzliches therapeutisches Angebot der Klinik. Sie führen ihre Treffen in der Regel im Rahmen der Klinikräume durch und sind in ihrer Zuordnung meist auch nur für Patienten der Klinik und deren Angehörige zugänglich. Das wiederum ist aufgrund des oft weitläufigen regionalen Einzugsbereiches der Kliniken und damit langen Anfahrtswegen für die Angehörigen verbunden (vgl. ebd.).

Des Weiteren kann bei den Angehörigengruppen mit Expertendominanz unterschieden werden in solche, die den Betroffenen und ihren Angehörigen gemeinsam offen stehen (vgl. Harter et al. 2002, S. 162), und solche, die sich allein aus Angehörigen zusammensetzen, während die Betroffenen in einem eigens für sie ausgelegten Setting in der Kli-

nik unterstützt und begleitet werden (vgl. Plessen et al. 1985, S. 44; Klank et al. 1998, S. 29).

Die in den meisten Kliniken vertretene Trennung zwischen den beiden Gruppen soll den Angehörigen die Gelegenheit bieten, in der Gruppe möglichst unbelastet und offen über eigene Probleme und auch die Probleme mit ihren psychisch kranken Angehörigen reden zu können (vgl. ebd.). Küchenhoff beschreibt die Bedeutung entsprechender Angehörigengruppen wie folgt:

„Gruppengespräche [...] erweisen sich deshalb als sinnvoll, weil es den Betroffenen ein Anliegen ist, sich gerade auch mit denjenigen auszutauschen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Darüber hinaus können im Gruppenprozess die unterschiedlichen Fähigkeiten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, sich mit den Erlebnissen auseinanderzusetzen, genutzt werden“ (2001b, S. 150).

Trotz des seitens der Angehörigen als notwendig erachteten Austausches mit anderen Betroffenen scheinen aber die Motivationsversuche zur Teilnahme an einem solchen Gruppenangebot äußerst mühsam entwickelt werden zu müssen. Darüber hinaus bedürfen sie im Vorlauf eines sehr großen Engagements der Klinik und der daran beteiligten Fachkräfte. In der bereits beschriebenen Klinik im Schwarzwald spricht hierfür zunächst der behandelnde Arzt im Rahmen der üblichen Gespräche eine Einladung für die Gruppe aus. Dieses Angebot wird dann durch Plakataushänge in der Klinik untermauert, zusätzlich werden drei Wochen vor Beginn der Gruppe schriftliche Einladungen verschickt und einige Tage vor dem ersten Gruppentermin wird noch einmal telefonisch bei den Angehörigen nachgefragt. Trotz dieses immensen Aufwands erreicht die Klinik im Durchschnitt lediglich 44% der Angehörigen, die schließlich ein solches Gruppenangebot wahrnehmen (vgl. Klank et al. 1998, S. 30).

Diese Quote scheint sich auch in den übrigen Kliniken zu bestätigen. In einer anderen Klinik mit integriertem Gruppenprogramm für Angehörige können beispielsweise lediglich 30-40% aller Angehörigen der stationär untergebrachten Patienten zu einer Teilnahme motiviert werden (vgl. Pott 1996, S. 224).

Eine Möglichkeit, die Motivation zur Teilnahme an Gruppenangeboten der Klinik zu erhöhen, liegt in der Durchführung regelmäßiger unverbindlicher und niedrighschwelliger Angehörigen-Informationstage. Im Bezirksklinikum Regensburg werden solche Veranstaltungen zweimal jährlich durchgeführt. Sie erweisen sich als effektive Möglichkeit, ein breites Spektrum an Interessierten zu erreichen. Darüber hinaus belegen Untersuchungen der Klinik, dass eine signifikante Zahl von Angehörigen, die an einem solchen Angehörigen-Informationstag teilnehmen, die Bedeutung einer zukünftig ge-

planten Angehörigengruppe als wichtiger einschätzen als die Personen, die dem Informationstag fernbleiben (vgl. Rothbauer et al. 2001, S. 120).

Die ersten Erfahrungen nach der Durchführung von Angehörigengruppen sind teilweise mit Hilfe von Teilnehmer-Fragebögen evaluiert worden. Nach der Auswertung entwickelte sich das Bedürfnis, weitere Gruppenangebote möglichst unter dem Gesichtspunkt einer auf die Diagnose, Krankheitsdauer und Schwere der Erkrankung homogen ausgerichteten Zielgruppe zusammenzustellen. Der Vorteil liegt darin, dass Angehörige von Patienten mit relativ kurzer Krankheitsdauer oder geringer Intensität der Erkrankung nicht durch Erfahrungsberichte anderer Angehöriger darüber, welches Ausmaß an Belastungen noch zu erwarten ist, abgeschreckt würden (vgl. Pott 1996, S. 224; Klank et al. 1998, S. 31).

Bei der inhaltlichen Gestaltung der Angehörigengruppen können Klank et al. auf umfangreiche Erfahrungen von insgesamt neun durchgeführten Angehörigengruppen in ihrer Landesklinik im Schwarzwald verweisen. Dabei erzielten sie mit der von ihnen entwickelten Struktur der Gruppenangebote sehr zufrieden stellende Ergebnisse:

„Der Ablauf der Angehörigengruppe beinhaltet sowohl psychoedukative Anteile als auch die Vermittlung des Konzepts der 'Expressed Emotion' (Hervorheb. im Original). Die Kombination von Information, Diskussion und Erfahrungsaustausch wurde von den Angehörigen durchgehend als positiv bewertet. Die Auswertung der Rückmeldebogen der Angehörigen weist darauf hin, daß anhand der Gruppen das Verständnis der Angehörigen für die Verhaltensweisen des Patienten gefördert werden kann“ (1998, S. 29).

Die Autoren beschreiben die Gliederung ihres auf acht Abendveranstaltungen ausgerichteten Gruppenkonzeptes in vier Teile: Zunächst werden in drei Veranstaltungen Informationen, wie beispielsweise Symptome, Veränderungen der Patienten oder Behandlungsmöglichkeiten, gegeben. Dann beginnt der Einstieg in themenzentrierte Diskussionen anhand von Fallbeispielen, in denen das Konzept der *Expressed Emotion* vorgestellt wird sowie Frühwarnzeichen und Formen des offenen oder verborgenen Umgangs mit der Erkrankung ausgetauscht werden. Die letzten beiden Sitzungen und Themenblöcke beinhalten schließlich außerstationäre Weiterbehandlungsmöglichkeiten sowie die Motivierung zur Weiterarbeit in ambulanten Selbsthilfegruppen (vgl. Klank et al. 1998, S. 30).

Auf Seiten der Moderatoren und Fachkräfte, die die Angehörigengruppen anbieten und leiten, hat sich anhand der ersten Erfahrungen eine interdisziplinäre Zusammensetzung und Teamarbeit als sinnvoll herausgestellt (vgl. ebd.).

Die Kompetenz und Grundeinstellung der Moderatoren ist ebenfalls Ergebnis einiger Darstellungen. Demnach sollten sie den Betroffenen und ihren Angehörigen mit einer positiven Grundeinstellung begegnen. Eine zu frühe Konfrontation mit Selbsterfahrungsanteilen sollte vermieden werden, um das Risiko einer zu schnellen und großen Nähe zu minimieren. Darüber hinaus sollten die Familienangehörigen genau wie der Patient als Betroffene der Erkrankung anerkannt werden. Ihnen ist zu vermitteln, dass ihre Familie zwar der Ort, nicht aber die Ursache der Entstehung der Krankheit ist (vgl. Pott 1996, S. 222).

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass die in der oben genannten Form durchgeführten Angehörigengruppen sich als sinnvolle und effiziente Maßnahme zur Erweiterung des therapeutischen Angebotes einer Klinik herausgestellt hat. (vgl. Pleszen et al. 1985, S. 43; Pott 1996, S. 224; Scherrmann et al. 1992, S. 66; Klinitz 1997, S. 111; Klank et al. 1998, S. 31).

Letztlich muss jedoch festgestellt werden, dass trotz der vielerorts als sinnvoll und effizient betrachteten Angehörigengruppen die Kinder scheinbar der Gruppe der Angehörigen nicht zugerechnet werden bzw. in diesem Zusammenhang nicht von großer Relevanz zu sein scheinen.

Die wenigen Autoren, denen in ihren Berichten über Angehörigengruppen das Dilemma der Ausblendung der Kinder bewusst wird, weisen kritisch auf diesen Missstand hin (vgl. Heim 2001, S. 73f.). Auch bei Küchenhoff findet sich im Rahmen seiner Ausführungen zu Angehörigengruppen eine kritische Anmerkung zur fehlenden Präsenz der Kinder:

„In der eigenen langjährigen klinischen Tätigkeit in der Erwachsenenpsychiatrie fiel auf, daß (sic!) minderjährige Kinder von psychisch kranken Eltern kaum zu Besuch auf die Station kamen oder von Seiten der Therapeutinnen oder Therapeuten selten in irgendeiner Weise einbezogen wurden. Auch zu den über viele Jahre von mir geleiteten Angehörigengruppen kamen nie minderjährige Kinder“ (2001b, S. 148).

4.1.3 Mutter-Kind-Angebote

Hintergrund für derartige Angebote, die eine möglichst frühzeitige Unterstützung der Mutter-Kind-Interaktion forcieren, sind sicherlich die Erkenntnisse der modernen Bindungsforschung, in denen die große Relevanz der frühen Bindungserfahrungen innerhalb der Beziehung zwischen Mutter und Säugling für beide Seiten nachgewiesen wer-

den (vgl. Hedervari-Heller 2000, S. 580f.; Stern 2000a, S. 13f.; Stern 2000b, S. 118f.; Kempf et al. 2001, S. 123; Lenz 2005, S. 53f.).

Gerade die letzte Phase der Schwangerschaft und die Zeit der ersten Lebenswochen und -monate sind Zeiträume, die sowohl für die psychisch erkrankte Mutter als auch ihre Familie und professionelle Betreuungspersonen schwer einzuschätzen sind. Fragen nach der Zuverlässigkeit und adäquaten Versorgung des Kindes durch die Mutter stellen sich genauso wie Fragen danach, ob das Kind überhaupt bei der Mutter verbleiben kann oder besser fremduntergebracht wird (vgl. Bauer und Lüders 1998, S. 192; Kempf et al. 2001, S. 124).

Insofern kommt der Konzeption und Ausstattung entsprechender stationärer Angebote, die eine Mutter-Kind-Aufnahme anbieten, eine besondere Bedeutung zu. Sie muss etwas Besonderes vorhalten, was den Erkenntnissen der Bindungsforschung entspricht und gleichermaßen die Mutter-Kind-Beziehung so stark einbezieht, dass eine Fremdunterbringung des Kindes möglichst vermieden werden kann.

Bei näherer Betrachtung der verschiedenen in der Literatur beschriebenen Formen von Mutter-Kind-Angeboten wird deutlich, dass eine Differenzierung vorzunehmen ist, und zwar in der Form, dass es einerseits Angebote für Mütter und ihre Kinder gibt, die die Kinder zwar mit aufnehmen, aber kein spezifisches, auf die Bedürfnisse der Kinder orientiertes Förderangebot oder Konzept vorhalten. Andererseits gibt es Angebote, die gezielt auf die Mutter-Kind-Interaktion eingehen und zudem spezielle Angebote für die Kinder bereitstellen, wie etwa eine Kinderwohngruppe, ein Betreuungsangebot, zusätzliche pädagogische oder therapeutische Elemente.

Zu den erstgenannten Angeboten gehört die *Mutter-Kind-Behandlung*, in deren Rahmen eine Integration der Kinder in die reguläre Pflichtversorgung der jeweiligen Klinik stattfindet (vgl. Bauer und Lüders 1998, S. 191ff.; Kempf et al. 2001, S. 123ff.). Die sehr niedrigschwellig angesetzten Voraussetzungen für eine gemeinsame Mutter-Kind-Behandlung sind die Motivation der Mutter, ihre zumindest grundlegend vorhandenen Kompetenzen zur Versorgung des Kindes sowie letztlich die stationär psychiatrisch behandlungsbedürftige Krankheit der Mutter (vgl. Kempf et al. 2001, S. 124). Bei vorhandenen Familienstrukturen werden eben diese natürlich auch in die Behandlung mit einbezogen, sei es im Rahmen des täglichen Versorgungsbedarfs für Mutter und Kind oder aber im Zusammenhang mit therapeutisch relevanten Gesprächen zur Bewältigung krankheits- oder erziehungsrelevanter Aspekte (vgl. Kempf et al. 2001, S. 124).

Auf der organisatorischen Ebene sieht das Konzept so aus, dass die Unterbringung des Kindes im Einzelzimmer der Mutter erfolgt, welches durch ein zusätzliches Kinderbett, Wickelkommode und sonstige Dinge für das kleine Kind zum gemeinsamen Zimmer umfunktioniert wird (vgl. Kempf et al. 2001, S. 125f.).

Bezüglich des Alters der mit aufzunehmenden Kinder besteht allerdings die Einschränkung, dass sie das Krabbelalter nicht überschritten haben dürfen. Ansonsten würden sie nicht mehr als Begleitperson der Mutter gelten, was mit zusätzlichem Betreuungspersonal der Klinik verbunden wäre. Und genau das wäre bezüglich der Finanzierung der Maßnahme nicht möglich (vgl. ebd., S. 127).

Betrachtet man nämlich die Kostenseite einer solchen gemeinsamen Aufnahme, so fällt auf, dass sich eigentlich kein Kostenträger wirklich zuständig fühlt, den Aufwand für die Mitaufnahme des Kindes zu finanzieren. Das heißt natürlich auch, dass keine zusätzlichen Personal- oder Sachkosten anfallen dürfen bzw. wenn diese anfallen, eine Kostenübernahme seitens der Kassen verweigert wird, da zwar die Mutter, nicht aber das Kind als krank und behandlungsbedürftig gilt (vgl. Kempf et al. 2001, S. 124). Die in dem Zusammenhang der kostenneutralen Mitaufnahme des Kindes entwickelte Formulierung hört sich schließlich wie folgt an:

„Die erkrankte Mutter ist die Patientin, das Baby gilt als eine ‚die Gesundheit fördernde Begleitperson‘ (Hervorheb. im Original) und nimmt somit kassentechnisch keine Leistungen des Krankenhauses in Anspruch“ (ebd.).

Auch wenn hier primär der Finanzierungsaspekt den Ausschlag für die unglückliche Formulierung geliefert hat, wird doch zwischen den Zeilen und vor allem bei den beschriebenen Auswirkungen im Klinikalltag deutlich, dass hier der Titel der Maßnahme, nämlich *Mutter-Kind-Behandlung*, weit mehr suggeriert, als letztlich angeboten werden kann.

In dieser begrenzten Angebotspalette, der zu geringen Einbeziehung der Bedürfnisse der Kinder sowie der eng umgrenzten Altersspanne der mit aufzunehmenden Kleinkinder liegen meines Erachtens die maßgeblichen Kritikpunkte der ansonsten - bezogen auf die Grundidee - durchaus sinnvollen Maßnahme.

Neben der beschriebenen im klinischen Alltag integrierten Mutter-Kind-Behandlung gibt es die eingangs bereits skizzierten speziellen *Mutter-Kind-Angebote*, die sich durch ihre spezifische Ausrichtung auf die kindlichen, mütterlichen und familiären Bedürfnisse auszeichnen und auf diese Bedürfnisse individuell ausgerichtete Behandlungskonzepte vorhalten.

Das geschieht beispielsweise dadurch, dass an die psychiatrische Station, in der die Betreuung der Mutter stattfindet, eine Kinderwohngruppe oder ein Hort für die Kinder angegliedert ist. Vereinzelt gibt es auch Tageskliniken oder Ambulanzen in psychiatrischen Kliniken, die gezielte Angebote vorhalten (vgl. Brandes et al. 2001, S. 147ff.; Deneke 2001b, S. 139; Lüders und Deneke 2001, S. 552ff.).

Anders als in der zuvor beschriebenen Mutter-Kind-Behandlung kommt den Kindern bei diesen speziellen Mutter-Kind-Angeboten viel mehr Aufmerksamkeit zu. Das wird beispielsweise im Rahmen des Klinikkonzeptes der Westfälischen Klinik in Lengerich unter anderem durch die eigens für die Belange der Kinder eingestellten Sozial- und Heilpädagogen sowie Erzieher und Jahrespraktikanten deutlich, die mit einem expliziten pädagogischen Auftrag ausgestattet sind (vgl. Brandes et al. 2001, S. 148). Die pädagogischen Mitarbeiter vermitteln den Kindern in der Gruppe halt- und strukturgebende Kompetenzen im Alltag und gehen insbesondere auf die signalisierten Bedürfnisse nach Spiel in all seinen Facetten ein (vgl. ebd.). Darüber hinaus gibt es in Absprache mit den Mitarbeitern der Station, auf der die Mutter untergebracht ist, das gemeinsame Einnehmen der Mittagsmahlzeiten, die Durchführung von Elterngesprächen sowie andere auf die Beziehungsstruktur ausgerichtete Maßnahmen (vgl. ebd.).

Die zentrale Bedeutung der Eltern-Kind-Beziehung sowie die große Wertschätzung dessen innerhalb des Konzeptes werden sehr anschaulich in folgender Aussage deutlich:

„In unseren mitmenschlichen Beziehungen bilden wir uns selbst und unsere aktuellen psychischen Verfassungen ab. Psychisches Befinden und seelische Störungen spiegeln sich mit wechselseitiger Beeinflussung in der Gestaltung von Beziehungen wider. Insofern besteht für einige Therapierichtungen die Behandlung in der Herstellung heilsamer Beziehungen. Die wohl intensivste Beziehung mit den wohl überdauerndsten Lernerfahrungen stellt die Mutter- (bzw. Vater-) Kind-Dyade dar. In dieser Dyade werden u. a. Selbst-, Fremd- und Weltbilder entwickelt, ausprobiert oder verworfen, Interaktionen gelernt, Normen und Werte vermittelt, Bedürfnisse befriedigt oder frustriert, Verhaltensstereotypen am Modell gelernt, Grundüberzeugungen vermittelt und der Umgang mit Gefühlen gelernt“ (Brandes et al. 2001, S. 147).

Die Finanzierung läuft in diesen Fällen nicht über die Klinik, sondern über das Kinder- und Jugendhilfegesetz, in dessen Rahmen derartige Kinderwohngruppen eine Betriebs-erlaubnis und meist eine damit verbundene einzelfallbezogene Kostenübernahme beantragen können (vgl. ebd.).

Die Effizienz entsprechender Mutter-Kind-Angebote in der Klinik lässt sich anhand der Ergebnisse einer Erhebung an 22 Müttern nachweisen:

„Die Patientinnen aus der Mutter-Kind-Gruppe leiden unter weniger Schuldgefühlen und erleben weniger sozialen Druck in ihrem familiären Umfeld. [...] Die Verantwortung für die Kinder

stärkt die Kräfte und Kompetenzen - die Ressourcen - der Mütter und fördert darüber hinaus einen realistischen Alltagsbezug. [...] Die Entlastung des Mutter-Kind-Systems führt zu einer Stärkung der Mutter-Kind-Bindung. [...] Die Anwesenheit der Kinder fördert die Auseinandersetzung mit geschlechtsrollenspezifischen Themen“ (Lenz 2005, S. 61ff.).

Eine intensive Orientierung an der Mutter-Kind-Interaktion sowie an den Bedürfnissen der beteiligten Kinder wird in den Ausführungen von Deneke deutlich, die - angeregt durch Erfahrungen spezieller Ambulanzen in New York und Kopenhagen - ihre eigene Spezialambulanz für psychisch kranke Mütter und ihre Kinder in Hamburg entsprechend strukturiert und modifiziert hat (vgl. 2001b, S. 139).

Deneke erläutert einige Grundsätze der Spezialambulanzen in Kopenhagen und New York. Demnach umfasst deren Angebotspalette neben der Behandlung der psychischen Erkrankung des Elternteils auch die soziale Unterstützung der Familie. Auch im Rahmen der als notwendig erachteten Psychotherapie wird nicht nur Wert darauf gelegt, dass sowohl die Kinder als auch die Eltern therapeutische Unterstützung bekommen, sondern auch darauf, dass innerhalb der Psychotherapie mit den Erwachsenen das Thema der Elternschaft eine zentrale Rolle einnimmt. Der schließlich zentralste Aspekt dieser Spezialambulanzen ist aber die

„Therapie der Dyade bzw. Triade, in der positive Interaktionserfahrungen aufgebaut und verstärkt und krankheitsbedingte Verzerrungen der Interaktion abgebaut werden [...]. Diese Therapie bietet die Gelegenheit für gemeinsame lustvolle Erfahrungen, die die Grundlage positiver Repräsentanzen des Kindes und einer stabilen Bindung zwischen Eltern und Kind bilden“ (Deneke 1995, S. 7).

Darüber hinaus hat Deneke ihre Erfahrungen in das Konzept einer neu gestalteten Tagesklinik mit einfließen lassen und dabei bemerkenswerte Angebote für die Kinder psychisch kranker Mütter und ihre Beziehungen zu den Müttern integriert (vgl. ebd.; Lüders und Deneke 2001, S. 552ff.; Knuf 2000, S. 37).

Die Erfahrungen der meisten Kliniken, in denen es zu einer begleiteten Aufnahme des Kindes mit einem eigenen pädagogischen Angebot kommt, werden durchweg als viel versprechend und positiv beschrieben (vgl. Brandes et al. 2001, S. 151). Brandes et al. heben in diesem Zusammenhang einen Aspekt hervor, der ihrer Meinung nach besondere Beachtung verdient:

„Besonders wichtig scheint uns, dass es während der Behandlung zu einem prozesshaften, wechselseitigen Lernen von Mutter (Vater) und Kind kommt, mit positiver Auswirkung auf die Gesundung des erkrankten Elternteils und Förderung einer normalen Entwicklung des Kindes“ (2001, S. 151).

Diese letztgenannten Aspekte, die den interaktiven und kommunikativen Charakter einer Mutter-(Vater-)Kind-Aufnahme unterstreichen, sind auch meiner Auffassung nach von zentraler Bedeutung. Dabei kristallisiert sich heraus, dass die beiden Aufnahmen (Mutter in der Klinik, Kind in der Wohngruppe) keinesfalls isoliert und voneinander getrennt erfolgen dürfen, auch wenn unterschiedliche Kostenträger (Krankenkasse, Jugendhilfe) zuständig sind.

Vielmehr muss das, was von fachlicher Seite für die Kommunikationsstrukturen zwischen Mutter (Vater) und Kind in den benannten Projekten angewandt und eingefordert wird, auch auf der Ebene der Kostenträger und ihrer Mitarbeiter (Klinikpersonal, Pädagogen) gelten. An diesen Kommunikationsstrukturen und -prozessen muss sich ein solches Konzept messen lassen, und zwar sowohl im Hinblick auf seine Effizienz im Allgemeinen als auch im Hinblick auf die Vorbild- und Modellfunktion den Patienten und ihren Kindern gegenüber.

4.2 Hilfsangebote im Rahmen der Jugendhilfe

Neben den beschriebenen Hilfsangeboten im Rahmen der Psychiatrie kommt den Hilfsangeboten im Rahmen der Jugendhilfe eine besondere Bedeutung zu. Denn die Jugendhilfe ist die Institution, die sich von ihrem Grundverständnis her für die Bedürfnisse und Belange von Kindern, Jugendlichen und deren Familien einsetzt und darüber hinaus in vielen Bereichen einen diesbezüglichen Auftrag von Politik, Verwaltung und Gesetzgeber innehat.

Auch wenn im gesamten Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) kein einziger Verweis auf die Bedürfnisse von Kindern psychisch kranker Eltern zu finden ist, gibt es doch an einigen Stellen Hinweise auf Möglichkeiten der Hilfe für betroffene Kinder und Jugendliche.

Geregelt sind die Interventionsmöglichkeiten und Formen der Interessenvertretung für Kinder, Jugendliche und ihre Familien im Rahmen der Jugendhilfe durch das KJHG, welches seit 1991 in Kraft ist (vgl. Münder et al. 1991, passim). Nach §1 KJHG, der als eine Art Generalklausel dem Gesetz vorangestellt ist, haben Kinder, Jugendliche und junge Menschen bis zum 27. Lebensjahr einen Rechtsanspruch auf Leistungen der Jugendhilfe (vgl. Münder et al. 1991, S. 44f.):

„Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ (ebd., S. 41).

Die einzelnen Angebote der Jugendhilfe werden in den folgenden Paragraphen des Gesetzes weiter ausdifferenziert, was im Rahmen dieser Arbeit jedoch nur kurz angedeutet werden kann:

So behandelt der zweite Abschnitt des KJHG in den §§ 16-21 die freiwilligen Leistungen der Jugendhilfe. Zu ihnen gehören die allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie, Beratungsangebote in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung sowie Beratung bei der Ausübung der Personensorge (vgl. Münder et al. 1991, S. 105ff.).

Im dritten Abschnitt werden in den §§ 22-26 verschiedene Möglichkeiten der Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und Tagespflege beschrieben. Zu ihnen gehören Kindergärten, Horte und ähnliche Angebote, bei denen es hauptsächlich um die angemessene Förderung der Kinder geht (vgl. ebd., S. 120ff.).

Der vierte Abschnitt des KJHG mit den §§ 27-41 ist einer der umfangreichsten des Gesetzes und beschreibt die *Hilfen zur Erziehung*. Zu ihnen gehören Erziehungsberatung, soziale Gruppenarbeit, Erziehungsbeistandschaft, sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehung in einer Tagesgruppe, Vollzeitpflege, Heimerziehung sowie sonstige betreute Wohnformen (vgl. ebd., S. 138ff.).

Im Gegensatz zum dritten Abschnitt, der die freiwilligen Leistungen enthält, besteht bei den Angeboten des vierten Abschnitts des KJHG eine Pflicht zur Einrichtung entsprechender Angebote für den öffentlichen Träger der Jugendhilfe. Außerdem haben Familien einen Rechtsanspruch auf die Angebote des vierten Abschnitts, der gegebenenfalls einklagbar ist (vgl. Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung 1998, S. 28).

Wegen der zentralen Bedeutung dieses vierten Abschnitts des KJHG und aufgrund der eigenen berufspraktischen Erfahrung in verschiedenen Institutionen der Jugendhilfe werden ich im Folgenden beispielhaft drei Hilfsangebote vorstellen, die meines Erachtens sinnvoll und hilfreich für die Belange von Kindern psychisch kranker Eltern sein können.

4.2.1 *Erziehungsberatung*

Erziehungsberatungsstellen sollen eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit einem entsprechenden Angebot gewährleisten. Nach der Definition des § 28(1) KJHG soll Erziehungsberatung

„[...] Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und der zugrundeliegenden Faktoren, bei der Lösung von Erziehungsfragen sowie bei Trennung und Scheidung unterstützen. Dabei sollen Fachkräfte verschiedener Fachrichtungen zusammenwirken, die mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen vertraut sind“ (Münder et al. 1991, S. 155f.).

Im zweiten Teil dieses Gesetzestextes werden mit der multidisziplinären Zusammensetzung des Teams und der Qualifikation der Mitarbeiter zwei wesentliche Qualitätsmerkmale von Erziehungsberatungsstellen herausgestellt. Darüber hinaus sind die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme (vgl. Teipel 1993, S. 17) und die Tatsache, dass die Beratungen kostenlos sind (vgl. Münder et al. 1991, S. 410), wesentliche Kriterien, um die Schwellenangst der Ratsuchenden zu senken und den Zugang der Kinder, Jugendlichen und ihrer Familien zur Beratungsstelle zu erleichtern.

Finanziert wird das Angebot der Erziehungsberatung durch öffentliche Mittel der Landes-, Kreis- und Stadtjugendämter sowie eines Trägeranteiles, der vom Träger der jeweiligen Einrichtung (z. B. Arbeiterwohlfahrt, Diakonie, Caritas etc.) aufzubringen ist. Das Aufgabenspektrum von Erziehungsberatungsstellen reicht von beratenden Interventionen über therapeutische Angebote für Kinder, Jugendliche und deren Familien bis hin zu präventiver Multiplikatoren- und Öffentlichkeitsarbeit, um Belastungen für Familien zu diagnostizieren und schließlich zu reduzieren (vgl. Münder et al. 1991, S. 157).

Versucht man sich vorzustellen, inwiefern Kinder psychisch kranker Eltern und deren Familien von einem entsprechenden Angebot der Erziehungsberatungsstellen angesprochen werden, wird sehr schnell deutlich, dass sowohl im beraterischen als auch im therapeutischen und insbesondere im präventiven Bereich Möglichkeiten der Hilfe gegeben sind, die aufgrund des bislang beschriebenen Faktenwissens für diese Personengruppe sinnvoll und hilfreich sein können. Auch die niedrigschwellige Zugangsmöglichkeit (Kostenlosigkeit und Freiwilligkeit der Inanspruchnahme) sowie die flächendeckende Versorgung sind weitere positive Argumente für Erziehungsberatungsstellen als Hilfsangebot für Kinder psychisch kranker Eltern.

Anlass zur Kritik bietet jedoch die für Erziehungsberatungsstellen meist übliche Kom-Struktur. Die Ratsuchenden müssen den Weg in die Beratungsstelle auf sich nehmen, was für viele eine zu große Hemmschwelle darstellen kann. Besser wäre hier sicherlich eine Art Sprechstunde, beispielsweise in der psychiatrischen Klinik. Damit wäre man an dem Ort, an dem sich psychisch kranke Eltern und ihre Kinder aufhalten, und könnte einfacher in Kontakt kommen.

Darüber hinaus wäre die Fachkompetenz der Mitarbeiter in Erziehungsberatungsstellen zu untersuchen. Diese gilt zwar als eines der Qualitätskriterien der Einrichtungen, die Frage aber, ob sich diese Kompetenz auch auf das wie beschrieben eher randständige Gebiet der Kinder psychisch kranker Eltern bezieht, muss leider allzu oft verneint werden.

4.2.2 Tagesgruppe

Tagesgruppen sind Angebote nach § 32 KJHG, die folgende Aufgaben erfüllen:

„Hilfe zur Erziehung in einer Tagesgruppe soll die Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen durch soziales Lernen in der Gruppe, Begleitung der schulischen Förderung und Elternarbeit unterstützen und dadurch den Verbleib des Kindes oder des Jugendlichen in seiner Familie sichern“ (Münder et al. 1991, S. 169).

An dieser Definition wird deutlich, dass es zum Einsatz einer solchen, als teilstationär zu bezeichnenden Maßnahme erst kommt, wenn verschiedene ambulante Angebote nicht ausreichend sind oder keinen Erfolg versprechen. Mit der Tagesgruppe sollen, so ist zu lesen, weiter einschneidende Maßnahmen wie etwa Heimunterbringung vermieden werden (vgl. ebd., S. 171).

Das Aufgabenspektrum einer Tagesgruppe umfasst Angebote des sozialen Lernens in der Gruppe, der therapeutischen und schulischen Einzelförderung der Kinder sowie begleitende Elternarbeit. Die Zusammensetzung der 8-12 Kinder umfassenden Gruppen ist in der Regel alters- und geschlechtsgemischt und richtet sich an Kinder im Alter von acht bis vierzehn Jahren, die unmittelbar nach der Schule bis zum späten Nachmittag in der Einrichtung betreut werden (vgl. Münder et al. 1991, S. 170).

Für Kinder psychisch kranker Eltern bietet sich in einer Tagesgruppe die Möglichkeit, dem oft pathogenen System der eigenen Familie für einen bestimmten Zeitraum zu entfliehen, ohne vollkommen von der Familie getrennt zu sein. Darüber hinaus können so-

wohl die einzeltherapeutischen Angebote als auch die sozialen Gruppenerfahrungen zu einer Entspannung und Weiterentwicklung des eigenen Zustands beitragen.

Die intensive Betreuung der Kinder und Jugendlichen in der Tagesgruppe erfordert natürlich auch einen hohen Aufwand an Personal- und Sachkosten, die laut Münder et al. bei 50-70% des vollstationären Pflegesatzes eines Heimes liegen (vgl. 1991, S. 170). Diese Kosten werden zunächst vom örtlichen Träger der Jugendhilfe übernommen, müssen jedoch von den Eltern oder den entsprechenden Sorgeberechtigten nach Offenlegung ihrer Einkommensverhältnisse und Abzug eines Freibetrags anteilig getragen werden (vgl. ebd., S. 412).

Da das Angebot der Tagesgruppe rein quantitativ in viel geringerem Umfang zur Verfügung steht, gleichzeitig aber eine erheblich intensivere Betreuung der Kinder und ihrer Eltern beinhaltet, als das im Rahmen der Erziehungsberatungsstelle der Fall ist, ist die Schwelle, für ein Kind die Erziehung in einer Tagesgruppe zu erhalten, erheblich höher. Die Eltern oder Sorgeberechtigten müssen einen formellen Antrag auf Hilfe zur Erziehung innerhalb einer Tagesgruppe stellen und sich einem so genannten *Hilfeplanverfahren* nach § 36 KJHG unterwerfen. Das bietet zwar ein gewisses Maß an Mitbestimmung, andererseits befinden sich die Eltern hier immer in der Minorität im Vergleich zu den anwesenden Sach- und Sozialarbeitern der Jugendhilfe, die mitunter die leeren kommunalen Kassen und Vorgaben des Kämmers höher bewerten müssen als die berechtigten Interessen des Kindes und seiner Eltern.

Diese Tatsache und die mögliche finanzielle Belastung tragen nicht gerade dazu bei, dass Familien mit psychischer Erkrankung, die sich bekanntermaßen des öfteren von der Umwelt isolieren, freudig und begeistert auf ein solches Angebot zugehen.

4.2.3 Heimunterbringung

Als der wohl stärkste Eingriff in die Autonomie und Unabhängigkeit der Familie kann die Heimunterbringung bzw. die Unterbringung in einer anderen Familie oder familienähnlichen Lebensform bezeichnet werden, die im § 34 KJHG geregelt ist (vgl. Münder et al. 1991, S. 177ff.).

Es ist nachzuvollziehen, dass die Beeinträchtigung oder Gefährdung eines Kindes in der eigenen Familie ein sehr hohes Maß angenommen haben muss, bevor zu einem solchen

Schritt gegriffen wird. In einigen Fällen sind die Eltern oder anderen Sorgeberechtigten einsichtig und verständnisvoll und erkennen an, dass das eigene Kind außerhalb der eigenen Familie bedeutend bessere Entwicklungs- und Entfaltungsbedingungen hat, und stimmen der Fremdunterbringung zu. In anderen Fällen jedoch ist ein Urteil des Familiengerichts einzuholen, was dann nach § 1666 BGB den Eltern das Sorgerecht für das Kind entzieht und dieses in der Regel auf das Jugendamt überträgt, das wiederum dann die Entscheidung über den weiteren Verbleib des Kindes ohne erneute Zustimmung der Eltern fällen kann. Dies geschieht erfahrungsgemäß jedoch nur, wenn eine Gefährdung für das psychische oder physische Wohl des Kindes vorliegt, die dann noch einmal zusätzlich von einem Familien- oder Vormundschaftsrichter (s.o.) bestätigt werden muss. Bezüglich der Kosten gilt das Gleiche wie bei den Tagesgruppen. Auch die Möglichkeiten der Mitwirkung der Eltern oder Sorgeberechtigten sind ähnlich und werden ebenfalls im § 36 KJHG geregelt. Allen beteiligten Familienmitgliedern und Fachkräften soll im Rahmen der regelmäßig stattfindenden *Hilfeplangespräche* die Möglichkeit gegeben werden, die Maßnahme auf ihre Angemessenheit hin zu überprüfen und gegebenenfalls Schritte zur Rückführung des Kindes in die eigene Familie einzuleiten (vgl. Münder et al. 1991, S. 184ff.).

Für Kinder psychisch kranker Eltern ist die Möglichkeit der Unterbringung in einem Heim oder einer anderen familienähnlichen Lebensform eine letzte Form der Hilfe, die greifen kann und sollte, wenn die psychische Krankheit des Elternteils erhebliche Auswirkungen auf das Leben des Kindes hat und kein kompensierender anderer Elternteil oder anderer Erwachsener zur Verfügung steht.

Problematisch kann sich jedoch der Zeitpunkt der Herauslösung eines Kindes aus der Familie gestalten. Dieser sollte nicht zu früh, aber auch nicht zu spät gewählt werden. Hilfreich erscheint in diesem Zusammenhang die im KJHG verankerte Pflicht zum Hilfeplan, in den neben den Fachkräften auch die Erziehungsberechtigten und - je nach Alter - die Kinder einbezogen werden müssen. Denn nur im Zusammenwirken aller Beteiligten scheint die Chance auf die bestmögliche Hilfeform gegeben zu sein.

4.3 Psychotherapeutische Hilfsangebote

Als eine weitere Form der Hilfe gelten psychotherapeutische Angebote, die sowohl ambulant als auch stationär und teilstationär angeboten werden. Die Begriffe *Psychothera-*

pie und *Psychotherapeut* sehen sich seit der Jahrhundertwende aufgrund der Veränderungen im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) gewissen Veränderungen ausgesetzt (vgl. Faber und Haarstrick 1999, S. 174).

Verschiedene Definitionsversuche von *Psychotherapie* (vgl. Rohde-Dachser 1999, S. 151; Heekerens 2002, S. 198) verweisen immer wieder auf eine Definition von Strotzka, die auch heute noch ihre Gültigkeit hat:

„Psychotherapie ist ein bewußter und geplanter interaktioneller Prozeß zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen oder pathologischen Verhaltens“ (1975, S. 4).

Seit Inkrafttreten des PsychThG am 01.01.1999 (vgl. Faber und Haarstrick 1999, S. 173ff.; Psychotherapeutenkammer NRW 2007) ist allerdings die Berufsbezeichnung *Psychotherapeut* gesetzlich geschützt und darf nur von Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geführt werden, die nach Abschluss ihres Studiums in Psychologie (bzw. bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Pädagogik, Psychologie, Sozial- oder Heilpädagogik) eine staatlich anerkannte Weiterbildung absolviert haben, die zur Approbation als *Psychologischer Psychotherapeut* oder *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut* führt (vgl. Faber und Haarstrick 1999, S. 176f.; Psychotherapeutenkammer NRW 2007).

Ähnliches gilt für Ärzte, die ihren *Facharzt für psychotherapeutische Medizin* machen oder eine *Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie* erlangen. (vgl. Schwarzer und Trost 1999, S. 335f.)

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, bzw. bei ärztlichen Kollegen die Kinder- und Jugendlichenpsychiater dürfen die jungen Patienten bis zum 21. Lebensjahr behandeln; Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten sind bei Vorliegen einer entsprechenden Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche keiner Altersbegrenzung unterworfen (vgl. Faber und Haarstrick 1999, S. 173; Psychotherapeutenkammer NRW 2007).

Finanziert wird Psychotherapie als Kassenleistung in der Regel von den Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern, sofern eine *Störung mit Krankheitswert* nach den Kriterien des ICD-10 vorliegt (vgl. Schwarzer und Trost 1999, S. 335).

4.3.1 *Ambulante Angebote*

Die überwiegende Mehrzahl der psychotherapeutisch zu behandelnden Störungen lassen sich ambulant behandeln, was dann in der Regel in freien Praxen in wöchentlichen fünfzigminütigen Sitzungen stattfindet (vgl. Schwarzer und Trost 1999, S. 340). Auch im Rahmen von Erziehungsberatungsstellen wird in geringem Umfang Psychotherapie angeboten, was dann jedoch nicht mit den Krankenversicherungsträgern abgerechnet wird, sondern über die Pauschalfinanzierung der Erziehungsberatungsstellen (vgl. Menne 1996, S. 6; Schwarzer und Trost 1999, S. 343).

Bei den ambulanten psychotherapeutischen Angeboten sind mit Geltungsbeginn des PsychThG drei Verfahren (Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie) als wissenschaftlich anerkannt eingestuft und dürfen somit laut Psychotherapie-Richtlinien angewandt werden (vgl. Psychotherapeutenkammer NRW 2007; Faber und Haarstrick 1999, S. 109f.). Ein viertes Verfahren (Gesprächspsychotherapie, auch als Personzentrierte Therapie bekannt) hat im Mai 2002 seine Anerkennung erhalten, allerdings zunächst ohne die Genehmigung zur Anwendung bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Schäfer 2002, S. 27). Diese Entscheidung stellt ein Novum dar, da bislang noch nie ein Therapieverfahren lediglich auf bestimmte Altersgruppen anerkannt wurde.

„Die Fragmentierung eines psychotherapeutischen Verfahrens auf gesonderte Gruppen ist mit der immanenten Logik eines Psychotherapieverfahrens unvereinbar“ (Hentze 2003, S. 5).

Auch hier wird in eklatanter Weise die Ausgrenzung der Interessen der Kinder und Jugendlichen fortgesetzt, ohne dass eine juristisch haltbare Argumentation zugrunde läge (vgl. ebd., S. 40).

Die o.a. Formen der Psychotherapie werden laut PsychThG und Psychotherapie-Richtlinien von den Krankenkassen übernommen, wenn sie der „Heilung oder Linderung einer Störung mit Krankheitswert“ dienen (vgl. Faber und Haarstrick 1999, S. 107; S. 173; Psychotherapeutenkammer NRW 2007).

Die Schwelle zur Aufnahme einer Psychotherapie ist somit - abgesehen von den indikationsbedingten Einschränkungen und den vielerorts bestehenden langen Wartezeiten - sehr niedrig angesetzt, denn nach den üblicherweise fünf probatorischen Sitzungen gelten im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien weitere 25 Sitzungen einer Kurzzeittherapie als gutachtenfreie Leistungen (vgl. Psychotherapeutenkammer NRW 2007), die in der Beantragung und Bewilligung mit wenig Aufwand für die Betroffenen verbunden

sind. Auch das ist neben den inhaltlichen Vorteilen ein weiterer Grund, in der Psychotherapie ein niedrigschwelliges und effizientes Angebot für die Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Bezugspersonen zu sehen.

4.3.2 *Stationäre und teilstationäre Angebote*

Psychotherapeutische Angebote im stationären Setting sind in erster Linie in Kinder- und Jugendpsychiatrien (vgl. Becker 1999, S. 404) und Heimen (vgl. Hufnagel 2003, S. 237ff.) angesiedelt, im teilstationären Setting sind sie in Tageskliniken für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie (vgl. Schwarzer und Trost 1999, S. 341; Pleyer 2001, S. 125ff.) zu finden.

Da diese Institutionen ihre Leistungen nicht, wie in der ambulanten Psychotherapie üblich, über Einzelfallabrechnung, sondern im Rahmen von Pauschal- oder Tagessatzvereinbarungen abrechnen und zudem die personelle Ausstattung oftmals multiprofessionell ausgerichtet ist (Ärzte, Ergotherapeuten, Erzieher, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Krankenpfleger, Sozialpädagogen etc.), gilt hier nicht die Beschränkung auf die drei als wissenschaftlich anerkannten Verfahren (s.o.). Auf den Stationen kann vielmehr eine breite Palette sich ergänzender therapeutischer Verfahren zur Anwendung kommen (vgl. Schwarzer und Trost 1999, S. 341).

Wilhelm Rotthaus, einer der renommiertesten Vertreter der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie, vertritt in dem Zusammenhang die Auffassung, dass gerade ein breiterer Blickwinkel über das einzelne in Behandlung befindliche Individuum hinweg unverzichtbar ist. Im Rahmen der von ihm propagierten *Systemischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* sei die systemische Sichtweise sehr zentral und in verschiedenen Wirksamkeitsstudien mehrfach nachgewiesen (vgl. Rotthaus 2000, S. 162; Rotthaus 2001, S. 9ff.; Pleyer 2001, S. 126).

Darüber hinaus findet im Einzel-Setting der (teil-)stationären Versorgung neben der analytischen, tiefenpsychologisch fundierten und Verhaltenstherapie insbesondere die Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ihre Anwendung (vgl. Frenzel et al. 1992, S. 29).

4.4 Kind-orientierte Modellprojekte

Im folgenden Punkt werden einige Kind-orientierte Modellprojekte dargestellt, bei denen im Mittelpunkt die Arbeit mit den Kindern steht (vgl. Raiss und Ebner 2001, S. 48). Das heißt nicht, dass die begleitende Eltern- oder Angehörigenarbeit ausgeblendet wird, sie steht jedoch nicht in dem Maße im Vordergrund, wie es im Rahmen der Hilfsangebote in der Psychiatrie der Fall ist.

Im Rahmen der beschriebenen Kind-orientierten Modellprojekte wurden besondere Konzepte entwickelt, die beispielsweise Einzelberatung, Gesprächs- und Kontaktangebote sowie themenzentrierte Kindergruppen umfassen. Zielsetzung aller drei vorgestellten Projekte ist die Vorbeugung von psychischen Störungen bei Kindern psychisch kranker Eltern (vgl. Leidner 2001, S. 144; Hipp und Staets 2001, S. 77; Raiss und Ebner 2001, S. 1).

Die Darstellung der Modellprojekte erfolgt in chronologischer Reihenfolge ihres Entstehens, sodass zunächst das bundesweit erste *Kinderprojekt Auryn* vorgestellt wird, dann das *Präventionsprojekt Kipkel* und als letztes das *Kinderprojekt Mannheim* beschrieben werden.

4.4.1 *Kinderprojekt Auryn*

Wesentliche Grundannahmen des Projekts sind, dass psychische Erkrankungen mannigfaltige Belastungsfaktoren für die gesamte Familie darstellen. Insbesondere die Kinder sind gefährdet, selbst psychische Auffälligkeiten zu entwickeln. Darüber hinaus trägt die noch immer bestehende starke gesellschaftliche Tabuisierung psychischer Krankheiten wesentlich dazu bei, dass Familien mit psychisch kranken Menschen sich von der Außenwelt isolieren und den Kindern somit die Chance genommen wird, im Austausch und Kontakt mit anderen wichtigen Menschen außerhalb ihrer eigenen Familie korrigierende und kompensierende Erfahrungen zu machen (vgl. Leidner 2001, S. 144).

Auf dieser Grundlage bildete sich 1993 an der Universitätsklinik Freiburg eine Projektgruppe bestehend aus Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern, die eine erste Konzeption eines präventiven Angebots für Kinder psychisch kranker Eltern entwickelten. Das bis dahin einmalige Pilotprojekt erhielt den Namen *Auryn*, benannt nach dem unbesiegbaren machenden Amulett aus der *Unendlichen Geschichte* von Michael Ende (vgl. 2004).

Die dreijährige Modellphase des Projekts *Auryn* begann schließlich 1995. Während der Dauer des Projekts wurde die Konzeption von den Mitarbeitern ständig weiterentwickelt, effektiviert und fortgeschrieben (vgl. Leidner et al. 1997, S. 8).

Zielgruppe des Pilotprojekts waren Familien mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteilen, die im Einzugsgebiet der Stadt Freiburg oder eines angrenzenden Landkreises lebten. Die Kinder dieser Familien hatten die Möglichkeit, in wöchentlichen Abständen an einer themenzentrierten Kindergruppe teilzunehmen. Die Gruppe umfasste mindestens vier und höchstens sechs Kinder in altersmäßig homogener Zusammensetzung von sechs bis acht bzw. neun bis elf Jahren (vgl. Leidner 2001, S. 144).

Bezüglich des elterlichen Krankheitsbildes oder des Geschlechts wurde keine weitere Differenzierung vorgenommen. Durch diese Heterogenität ergaben sich immer wieder neue Konstellationen und Dynamiken (vgl. ebd.).

Als Einzelziele der Arbeit mit den Kindern wurden folgende Aspekte beschrieben:

- „- Bestärkung der Kinder in ihrer situativen emotionalen Wahrnehmung;
- Ermutigung der Kinder, eigene Gefühle zu erleben und auszudrücken;
- Vertrauen und Sicherheit schaffen;
- kindgerechte Aufklärung und Beratung über krankheitsbedingte Einschränkungen und Verhaltensweisen der Eltern;
- Entlastung der Kinder von Schuldgefühlen;
- Entlastung der Kinder von ihrer 'Elternfunktion';
- Freizeitgestaltung und Erleben von Unbeschwertheit;
- Selbstvertrauen aufbauen und stärken;
- Eigenständigkeit fördern;
- Förderung der Fähigkeiten und Stärken der Kinder“ (Leidner et al. 1997, S. 10).

Zeitlich fanden die Gruppen über die Dauer eines halben Jahres statt, sodass jeweils zwischen sechzehn und achtzehn wöchentliche Sitzungen durchgeführt wurden.

Vor Beginn jeder Gruppe wurden die Kinder zu einem oder auch zwei Einzelkontakten eingeladen. Dieses Angebot diente dazu, einerseits jedem einzelnen Kind vorab die Möglichkeit zu bieten, die Gruppenleiter und Räumlichkeiten kennen zu lernen. Andererseits konnten die Gruppenleiter sich schon vorab einen ersten persönlichen Eindruck von den Kindern machen.

Darüber hinaus wurde im Vorhinein anhand eines Interviewbogens der Wissensstand der Kinder bezüglich der elterlichen Erkrankung und ihrer Erwartungen und Wünsche abgefragt (vgl. Leidner et al. 1997, S. 13f.).

Die inhaltliche Arbeit der Gruppen gliederte sich in die drei verschiedenen Phasen, die Anfangsphase, der Hauptteil und die Verabschiedung, wobei diese Phasen jeweils wiederum unterschiedliche Module beinhalteten (vgl. ebd.).

In den ersten Stunden, der so genannten Anfangsphase, lag der Schwerpunkt der Arbeit auf dem gegenseitigen Kennenlernen sowohl der Räumlichkeiten als auch der Gruppenmitglieder untereinander und der Leiter. Neben zahlreichen spielerischen Elementen (z. B. spielerische Vorstellung der Namen, Kreisspiele etc.) kamen auch kreative Angebote zum Einsatz, die in erster Linie die Motivation der Kinder zur weiteren Teilnahme an der Gruppe fördern und entwickeln sollten. Als besonders wichtig wurde erachtet, dass eine Atmosphäre entstand, in der sich die Kinder sicher und geborgen fühlten, um damit im weiteren Verlauf eine sichere Basis zu entwickeln, auf der durchaus belastende Themen angegangen werden konnten (vgl. ebd., S. 14).

Nach der Anfangsphase schloss sich der Hauptteil an, in dem die Themenbereiche *psychische Krankheit*, *soziale Kompetenz* und *Identität* eine große Rolle spielten. Die Abfolge der Themenblöcke galt in dem Kontext je nach Bedarf variabel, erweiterbar und nicht an eine bestimmte Reihenfolge gebunden (vgl. ebd., S. 15).

Als eines der thematischen Kernstücke dieser Phase sei die alters- und kindgerechte Information der Kinder über psychische Erkrankungen hervorgehoben. Diese außerordentlich wichtige Informations- und Aufklärungsarbeit beinhaltete die Darstellung von Symptomen und krankheitsbedingten Verhaltensweisen sowie Möglichkeiten der Hilfe für psychisch kranke Menschen. Die Kinder sollten anhand der ihnen vermittelten Informationen ein für sie verständliches Krankheitsbild entwickeln können (vgl. Leidner et al. 1997, S. 22).

Der dritte und letzte Abschnitt der Gruppenarbeit beinhaltete die Phase der Verabschiedung. Die Kinder bekamen eine Mappe, in der ihre angefertigten Arbeiten und Werke gesammelt wurden. Daneben wurde in Form eines Rückblickes die gesamte Arbeit innerhalb der Gruppe nochmals gemeinsam mit den Kindern reflektiert und gewürdigt (vgl. ebd., S. 16).

Die einzelnen Sitzungen in sich verliefen stets nach derselben festen und somit Sicherheit und Halt gebenden Struktur. Sie dauerten jeweils zwei Zeitstunden und waren aufgeteilt in ein Begrüßungsritual mit Anfangsrunde, einen thematischen Block mit kreativen und imaginativen Bestandteilen, eine Pause, der sich anschließenden Spielphase mit

der Möglichkeit zur Vertiefung der thematischen Arbeit sowie der abschließenden Verabschiedung der Kinder im Stuhlkreis (vgl. ebd., S. 16f.).

Nach kurzer Zeit zeigte sich, dass neben der Gruppenarbeit weitere Angebote, die lediglich einen minimalen organisatorischen und zeitlichen Aufwand für die Familien beanspruchen durften, ergänzt werden mussten. Auch wurde deutlich, dass der in erster Linie präventiv ausgerichtete Ansatz der Gruppenarbeit bei einigen Kindern nicht ausreichend schien, da weit mehr als die Hälfte der Kinder bereits Verhaltensauffälligkeiten zeigten (vgl. Leidner 2001, S. 147). Daher wurden zusätzlich *Kurzberatungen* und *Kurzzeitbetreuungen* als eher niedrigschwellige Angebote in die inhaltliche und konzeptionelle Arbeit des Projekts integriert (vgl. Leidner et al. 1997, S. 20f.).

Die *Kurzberatungen* stellten für einige Kinder und Jugendliche ein viel versprechendes Angebot dar. So konnten sie innerhalb der ein bis drei Gesprächskontakte mit den Mitarbeitern einerseits Informationen über die psychische Erkrankung des Elternteils bekommen, andererseits sehr individuelle Lösungswege und Bewältigungsstrategien entwickeln. Zudem war es möglich, persönlichen Ressourcen herauszuarbeiten und dadurch positive Tendenzen und Schritte der Bewältigung zu unterstützen (vgl. ebd., S. 21f.).

Für Kinder, die zusätzlich zum Angebot der Gruppenarbeit flankierende und tiefgreifendere Einzelangebote benötigten, wurde die Möglichkeit der *Kurzzeitbetreuung* entwickelt. Hier wurde den Kindern nach eingehender einzelfallorientierter Diagnostik ein intensives therapeutisches Beziehungsangebot unterbreitet, in dessen Kontext tiefer liegende Probleme und Konflikte Beachtung erfuhren und aufgearbeitet werden konnten (vgl. Leidner et al. 1997, S. 20ff.).

Ein weiterer Aufgabenbereich des Projekts beinhaltete die Arbeit mit den Eltern und Angehörigen der Kinder. Dieser begleitenden Angehörigenarbeit wurde ein großer Stellenwert beigemessen, sodass intensiver Kontakt zu den Angehörigen gesucht wurde (vgl. ebd., S. 23ff.).

Als einen wichtigen Aspekt im Kontext der Arbeit mit den Angehörigen formulierten die Projektmitarbeiter die größtmögliche Transparenz ihrer Arbeit. Sie versuchten, eine vertrauensvolle und stabile Beziehung zu den Eltern aufzubauen. Dabei wurde nicht verleugnet, dass die Kinder im Fokus ihrer Tätigkeit und Aufmerksamkeit standen. Daher wurden auch keine intensiven therapeutischen Gespräche mit den Eltern geführt.

Stattdessen erhielten sie die Chance, ihre Selbstvorwürfe und Versagensgefühle auf Elternabenden und in Einzelgesprächen zu bearbeiten. Darüber hinaus wurde das Angebot durch lockere und entspannte Familiennachmittage ergänzt (vgl. ebd., S. 27ff.).

Die Einzelziele in der Arbeit mit Eltern und Angehörigen wurden folgendermaßen definiert:

- „- Bereitschaft und Interesse zur Mitarbeit wecken und stärken;
- Entlastung der Eltern von Schuldgefühlen und Versagensängsten;
- Verbesserung der Kommunikationsstruktur in der Familie durch kontinuierliche Elternarbeit;
- besseres Verstehen der Lebenssituation der Kinder;
- Einblick in die Projektarbeit mit Kindern - Herstellen von Transparenz;
- Anregung und Anleitung zu alternativem Erziehungsverhalten;
- Möglichkeit zu Kontakt und Austausch der Eltern untereinander;
- Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung als Voraussetzung zur Krisenintervention;
- Schnelle undogmatische Hilfe in Krisensituationen.“ (Leidner et al. 1997, S. 23f.).

Im Rahmen der Auswertung des Projekts wurden verschiedene Aspekte für wichtig erachtet: Als problematisch stellte sich unter anderem die scheinbar zu hoch angesetzte Eingangsschwelle für die Eltern heraus. Die für die Teilnahme am Projekt festgelegte Voraussetzung, dass die Eltern über Krankheitseinsicht verfügen sollten, sich mit der Teilnahme des Kindes einverstanden erklären und darüber hinaus zur eigenen Mitarbeit bereit erklären sollten, stellte eine zunächst übersehene Hürde dar. Diese festgelegten Bedingungen hatten zur Folge, dass die Eltern eher zögerlich das Hilfsangebot in Anspruch nahmen. Es deutete sich an, dass es sich bei dem Projekt mit den entwickelten Rahmenbedingungen eher um ein hoch- denn ein niedrigschwelliges Angebot handelte (vgl. Leidner 2001, S. 146f.).

Daraus ergab sich, dass es sich schwierig gestaltete, für die gesamte Projektdauer genügend Kinder in entsprechenden Altersgruppen zusammenzufassen (vgl. ebd., S. 147). Insbesondere allein erziehende Mütter, wenn sie zudem noch psychisch erkrankt waren, schafften es häufig nicht, den relativ hohen organisatorischen Aufwand zu bewältigen, ihre Kinder regelmäßig zu den Kindergruppen zu bringen. Hier wurde es erforderlich, weitere Dienste mit einzubinden (vgl. Leidner et al. 1997, S. 51f.).

Als positiv stellten sich unter anderem verschiedene Chancen und Entwicklungsmöglichkeiten für die Eltern und ihre Kinder heraus. Aus Sicht der Bezugspersonen wurde ihre Teilnahme am Modellprojekt überwiegend als Gewinn für sich und ihre Kinder beurteilt. Die Arbeit mit den Kindern sowohl in der Gruppe als auch in den Einzelkontakten, hatte einen hohen Entlastungsfaktor. Die Wahrnehmung von anderen gleichge-

sinnten Kindern, die über ähnliche Gefühle, Verwirrungen und Fantasien verfügten, war für die Kinder sehr entlastend und nahm ihnen einiges an Druck. Auch der gegenseitige Austausch und insbesondere die vielfältigen Informationen, die die Kinder über die psychische Erkrankung ihrer Eltern erhielten, dienten dem Abbau von belastenden Schuldgefühlen sowie der Korrektur eigener Fantasien und Fehlinterpretationen (vgl. Leidner et al. 1997, S. 46; Leidner 2001, S. 147).

Darüber hinaus konnten sie lernen, ihre Stärken zu erkennen, diese für sich auszubauen und somit ein größeres Selbstbewusstsein zu entfalten. Zusätzlich bot die Gruppe ein soziales Trainingsfeld, in dessen Rahmen neue Verhaltensweisen erprobt und alternative Erfahrungen gemacht werden konnten. Dadurch gelang es den Kindern, ein breiteres Spektrum an Verhaltensweisen zu entwickeln sowie verschiedenen Anforderungen im Alltag besser entgegenzutreten (vgl. Leidner et al. 1997, S.15f.).

Durch die offene Art der Kinder im Umgang mit dem Thema der psychischen Erkrankung gelang es oft, das häufig vorherrschende Schweigen in den Familien zu durchbrechen und somit bei den Eltern eine neu gewonnene Gesprächsbereitschaft zu mobilisieren (vgl. Leidner 2001, S. 147).

Als ein bedeutendes Ergebnis des Modellprojekts ist zu nennen, dass es die Kommunikation zwischen Eltern und Kindern deutlich verbesserte. Das Zitat eines Vaters im Projektbericht verdeutlicht die positive Wirkung:

„Wir gehen nun viel lockerer damit um und können gut darüber reden. So etwas wie Auryrn müßte es in jeder Stadt geben“ (vgl. Leidner et al. 1997, S. 52).

Wie wichtig insbesondere die Veränderung in der Kommunikationsstruktur für die weitere Entwicklung und Entfaltung der Kinder ist, muss aufgrund zahlreicher Verweise auf diesen Bereich im Rahmen der Arbeit nicht weiter betont werden.

Das zeitlich befristete Modellprojekt *Auryrn* musste aufgrund fehlender finanzieller Mittel eingestellt werden. Dennoch scheint teilweise eine Integration wesentlicher Inhalte des Modellprojekts in bestehende Institutionen, wie zum Beispiel Kliniken, Beratungsstellen oder Sonderdienste der Sozial- und Jugendämter, umgesetzt worden zu sein (vgl. Leidner 2001, S. 147).

4.4.2 Präventionsprojekt *Kipkel*

Neben dem zuvor beschriebenen Modellprojekt *Auryn*, entwickelte sich fast zeitgleich ein weiteres Projekt mit dem Namen *Kipkel*. Damit sollte ein Beratungsangebot für Familien mit minderjährigen Kindern im Alter von vier bis sieben Jahren, in denen ein oder beide Elternteile an einer endogenen Psychose oder einer schweren Persönlichkeitsstörung litten, geschaffen werden (vgl. Hipp und Staets 2001, S. 77).

Der regionale Einzugsbereich dieses Projekts waren das mittlere und südliche Kreisgebiet von Mettmann. An der Konzeption beteiligt waren eine Praxis für Kunst- und Psychotherapie aus Haan sowie die sozialpsychiatrischen Dienste aus Mettmann und Hilden (vgl. ebd.).

Ähnlich wie beim Modellprojekt *Auryn* galt das primäre Ziel der Entwicklung präventiver Hilfsangebote, die auf die Förderung von Bewältigungsmöglichkeiten und die Milderung negativer Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Entwicklung der Kinder ausgerichtet sein sollten (vgl. Hipp und Staets 2001, S. 77).

Im Rahmen der Vorbereitungsarbeiten fiel den beteiligten Institutionen ebenfalls eine starke Tabuisierung des gesamten Themenkomplexes auf. Weder die Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe noch der Erwachsenenpsychiatrie hatten die betroffenen Kinder bislang innerhalb ihrer originären Tätigkeitsbereiche wahrgenommen. Daher betrachteten die Mitarbeiter des Projekts es als ihre vorrangige Aufgabe, an der Enttabuisierung zu arbeiten und ein Problembewusstsein für die Belastungen und inneren Nöte der Kinder zu wecken (vgl. ebd.).

Im Gegensatz zu *Auryn* versuchte *Kipkel*, eine niedrige Eingangsschwelle für die Teilnahme am Projekt zu schaffen. Als ein besonders wichtiger Moment wurde die Gestaltung der Kontaktaufnahme betrachtet. Über weitere vertrauensbildende Maßnahmen versuchte man, ein stabiles Arbeitsbündnis mit den Eltern zu erreichen (vgl. ebd., S. 78).

Daher wurden Kooperationsgespräche mit den Rheinischen Kliniken Langenfeld geführt, die zum Ziel hatten, bereits frühzeitig mit dem Aufbau von Kontakt bildenden Maßnahmen beginnen zu können. Bereits während der stationären Therapie des Elternteils wurde versucht, präventive Angebote zu machen und die Beziehung zu den Familien aufzubauen (vgl. ebd.).

Das Konzept von Kipkel erwies sich hierbei als eine sinnvolle Ergänzung zu dem sozialpsychiatrischen Behandlungsansatz der Klinik, der bereits den familiären Kontext mit einbezog. Darüber hinaus ermöglichte die Klinik einer Kindertherapeutin des Projekts, einmal im Monat eine offene Sprechstunde durchzuführen, um so bereits frühzeitig mit den betroffenen Elternteilen in Kontakt treten zu können. Diese persönlichen, jedoch gleichermaßen noch unverbindlichen Gesprächsangebote trugen erfolgreich zum Abbau von Schwellenängsten bei (vgl. ebd.).

Als weitere Zugangswege zur Projektarbeit erwiesen sich die Möglichkeit der Kontaktaufnahme im häuslichen Umfeld, Vermittlungsversuche der sozialpsychiatrischen Dienste, der niedergelassenen Nervenärzte, der Jugendämter, der psychologischen Beratungsstellen und der Betreuungsvereine (vgl. Hipp und Staets 2001, S. 78).

Die konkrete Arbeit gliederte sich, ähnlich wie beim zuvor beschriebenen Projekt *Auryn*, in die Arbeit mit den Kindern, die einen zentralen Stellenwert hatte, und die begleitende Elternarbeit (vgl. ebd., S. 81f.).

Bei den Kindern wurde zunächst eine ausführliche Diagnostik zur Abklärung der geeigneten Hilfen und Maßnahmen durchgeführt. Insbesondere galt es abzuklären, ob das bestehende Angebot des Projekts *Kipkel* ausreichte, oder ob bereits intensivere und weitergehende psychotherapeutische Arbeit indiziert war.

Diese anfänglich durchgeführte Diagnostik diente neben der Vertrauensbildung auch dazu, die Themen der Kinder näher zu erkennen, um diese dann im Rahmen der sich anschließenden Einzelbetreuung aufgreifen und bearbeiten zu können (vgl. ebd., S. 81).

In der Einzelbetreuung der Kinder stand das Spiel oder die gestalterische Arbeit im Mittelpunkt. Beides diente den Kindern als Ausdrucksmöglichkeit ihrer inneren Bilder und Gefühle. Häufig bestand in diesem Setting erstmals die Gelegenheit für das Kind, seine zum Teil verdrängten Gefühle leben und erste Lösungsschritte für sich entwickeln zu können (vgl. ebd.).

Der Schwerpunkt der Arbeit mit den Eltern wurde im Setting mit der gesamten Familie durchgeführt. Vor Abschluss der Einzelbetreuung für die Kinder fand jeweils ein Familiengespräch in Anwesenheit der Kinder statt, welches vom Arzt des zuständigen sozialpsychiatrischen Dienstes moderiert wurde. Zu diesem Gespräch wurde auch versucht, die getrennt lebenden Elternteile für eine Teilnahme zu motivieren (vgl. ebd., S. 81ff.).

Ein weiterer, besonders wesentlicher Aspekt innerhalb der Familiengespräche galt auch hier der umfassenden und kindgerechten Information über die Erkrankung des Elternteils durch den anwesenden Arzt. Ängste und Sorgen der Kinder, wie etwa die nach einer Vererbung der Krankheit, fanden ebenfalls Raum in den Familiengesprächen. Wichtig war dabei, dass die Projektmitarbeiter als *Anwälte des Kindes* fungierten und versuchten, die spezifische Sichtweise der Kinder mit einzubringen (vgl. Hipp und Staets 2001, S. 82).

Als ein weiterer, überaus wichtiger Schritt wurde die Benennung einer Vertrauensperson für das Kind betrachtet, an die sich das Kind in Krisensituationen wenden konnte. Diese Person war bei einem weiteren Familiengespräch anwesend, in dem festgelegt wurde, wann und in welcher Form sie Hilfe für das Kind leisten konnte (vgl. ebd.).

Darüber hinaus wurden in den Familiengesprächen spezifische Lösungen für bestimmte Problemlagen (z.B. Hilfen im Haushalt, Aufnahme des erkrankten Elternteils in eine Tagesstätte) erarbeitet und eine Stärkung familiärer Ressourcen angestrebt. Letzteres geschah insbesondere durch die Analyse positiver Problemlösungsansätze aus der Vergangenheit sowie durch die Suche nach Stärken der einzelnen Familienmitglieder (vgl. ebd.).

Die Mitarbeiter des Projekts formulierten verschiedene Ergebnisse und Erkenntnisse, die ich im Folgenden kurz darstellen möchte: Auch in diesem Projekt konnten deutlich positive Entwicklungen der Kinder am Ende der Projektphase wahrgenommen werden. Die Kinder schienen an innerer Festigkeit und Selbstbewusstsein gewonnen zu haben, die Abgrenzung zum erkrankten Elternteil schien ihnen auf eine angemessene Art und Weise zu gelingen und sie konnten sich mehr ihren eigenen kindgemäßen Interessen zuwenden (vgl. ebd., S. 87).

Auf Seiten der Eltern konnte einerseits eine Stärkung und positive Veränderung ihrer Erziehungskompetenz beobachtet werden. Andererseits konfrontierten die durch das Projekt gestärkten Kinder ihre Eltern beispielsweise mit ihren Bedürfnissen nach Abgrenzung. Dieser Prozess löste bei dem erkrankten Elternteil häufig Ängste und Unsicherheit aus, hatte jedoch auch eine neue Übernahme von Verantwortung zur Folge (vgl. ebd.).

Überaus positiv zu bewerten ist zudem die Abnahme der Schuldgefühle sowohl bei den Kindern wie auch bei den Eltern (vgl. ebd.).

Neben der unmittelbaren Arbeit mit den betroffenen Familien bestand eine weitere wichtige Säule des Projekts in der Öffentlichkeitsarbeit. Ziel war die Schaffung eines

Problembewusstseins, um die Enttabuisierung des Themas voranzutreiben. Daneben beinhaltete die Öffentlichkeitsarbeit die Chance, zuständige Experten mobilisieren zu können, Spendengelder zu erhalten und politische Entscheidungsträger anzusprechen (vgl. Hipp und Staets 2001, S. 86f.).

Nicht zuletzt durch derartige intensive Bemühungen scheint *Kipkel* eines der wenigen Projekte zu sein, die nach Auslaufen der Modellphase nicht nur durch Spendengelder sondern auch über eine öffentlich rechtliche Mischfinanzierung die Fortsetzung ihrer Tätigkeiten gewährleisten können (vgl. ebd., S. 80).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass auf struktureller Ebene mit dem Projekt *Kipkel* ein interdisziplinäres und institutionsübergreifendes Kooperationsmodell entstanden ist, das zeigt, wie die gegenseitig meist hinderliche Abgrenzung zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe überwunden werden kann.

4.4.3 *Kinderprojekt Mannheim*

Anders als bei den zuvor beschriebenen Projekten, hat das *Kinderprojekt Mannheim* seine Wurzeln in einem thematischen Arbeitskreis. In Mannheim existiert seit 1995 ein interdisziplinärer Arbeitskreis mit dem Schwerpunkt *Kinder psychisch kranker Eltern*, dem Vertreter des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD), der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Erwachsenenpsychiatrie, der Psychologischen Beratungsstellen (PB) und des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) angehören. In den regelmäßig stattfindenden stadtteilbezogenen Treffen werden auch Vertreter von Schulen und Kindertageseinrichtungen mit einbezogen (vgl. Ebner und Raiss 2001, S. 88).

Der Arbeitskreis veranstaltete unter anderem zwei Fachtagungen zum Thema *Kinder psychisch kranker Eltern* und

„setzte sich zum Ziel, das Bewusstsein für diese Klientel in den Hilfesystemen zu schärfen und die Kooperation zwischen den Institutionen zu verbessern“ (Raiss und Ebner 2001, S. 3).

Im Kontext dieser Tätigkeitsbereiche und der täglichen Praxis in den unterschiedlichen Diensten und Einrichtungen ergab sich der Bedarf nach einem speziellen Beratungsangebot für die „kleinen Angehörigen“ (vgl. Ebner und Raiss 2001, S. 88).

Es entstand die Konzeption für ein präventives und familienorientiertes Angebot, das integrative Hilfen aus den Bereichen Sozialpsychiatrie und Jugendhilfe beinhalten sollte. Ziel des Kinderprojekts war, die Lebenssituation von Kindern mit psychisch erkrank-

ten Eltern (vor allem Psychosen, affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen und schwere emotionale Störungen) zu verbessern und somit psychischen Belastungen und Störungen vorbeugen zu können. Gleichzeitig sollte überprüft werden, inwiefern die Familien Angebote aus der Regelversorgung annahmen und inwieweit diese hilfreich sein. Die Dauer des Projekts mit dem Schwerpunkt auf integrativen Hilfsangeboten belief sich zunächst auf den Zeitraum von Mitte 1999 bis Mitte 2001 (vgl. Raiss und Ebner 2001, S. 5)

Im Unterschied zu den zuvor beschriebenen Projekten *Auryn* und *Kipkel* beinhaltete der Ansatz etwas Innovatives, nämlich dass zwei Vertreter aus den Bereichen *Psychiatrie* und *Jugendhilfe* zusammenarbeiteten und so die ansonsten sich schwerfällig gestaltende Vernetzungsarbeit mit dem ASD und anderen Diensten gewährleisteten (vgl. ebd., S. 4). Aus diesem Grund wurde für das Kinderprojekt jeweils eine zusätzliche gemeinsame halbe Stelle beim Sozialpsychiatrischen Dienst Mannheim sowie bei der Psychologischen Beratungsstelle der Evangelischen Kirchengemeinde geschaffen (vgl. ebd., S. 4). Die Kontaktaufnahme zu den betreffenden Familien verlief primär über den Sozialpsychiatrischen Dienst. Jedoch konnten auch alternative Zugangswege über andere Institutionen und Dienste, wie etwa den ASD, psychiatrische Kliniken oder niedergelassene Ärzte, bestritten werden (vgl. ebd.).

Insgesamt arbeitete das Kinderprojekt mit 42 Familien und 40 Kindern im Alter von sieben bis achtzehn Jahren. In den überwiesenen Familien waren fast ausschließlich die Mütter psychisch erkrankt; die häufigsten Diagnosen lauteten Schizophrenie und affektive Störungen (vgl. ebd., S. 9).

Fachlich wurde die Arbeit des Kinderprojekts von zwei Begleitgruppen, die sich aus Mitarbeitern der verschiedenen Dienste zusammensetzten, unterstützt. Dies erfolgte insbesondere durch regelmäßig stattfindende Reflexionssitzungen durch die Begleitgruppen (vgl. Ebner und Raiss 2001, S. 89).

Zusätzlich wurde eine wissenschaftliche Begleitung implementiert, die von dem *Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim* übernommen wurde. Zu ihren Aufgaben gehörte die Supervision und Beratung sowie die Datenauswertung nach Abschluss der zweijährigen Projektlaufzeit (vgl. Raiss und Ebner 2001, S. 8).

Die Projektarbeit in methodischer Hinsicht bestand aus der Abklärungs- und Interventionsphase, die sich wiederum in folgende sechs Teilbereiche untergliederten:

1. Kontaktaufnahme und Erhebung des psychosozialen Befundes
2. Fallbezogene Vernetzungsarbeit
3. Fallübergreifende Vernetzungsarbeit
4. Arbeit mit den Kindern
5. Arbeit mit den Eltern
6. Arbeit mit den Familien (vgl. Ebner und Raiss 2001, S. 89).

Im Rahmen der *Kontaktaufnahme und Erhebung des psychosozialen Befundes* fand der Erstkontakt zu den Projektmitarbeitern über die dargestellten Zugangswege statt. Oft lief dies über den Sozialpsychiatrischen Dienst und wurde in Form eines gemeinsamen Erstkontakts durchgeführt. Ähnlich wie bei *Kipkel* wurde versucht, einen vertrauensvollen Kontakt zu den Eltern aufzubauen, um eine eigene Arbeits- und Beziehungsebene zu installieren. Als durchweg positiv zum Abbau von Schwellenängsten erwies es sich, wenn die Klienten zum Erstkontakt vom überweisenden Fachdienst begleitet wurden (vgl. Raiss und Ebner 2001, S. 28).

Zu Beginn der Arbeit wurde zunächst versucht, den eigentlichen Hilfebedarf der Kinder und ihrer Familien umfassend zu ermitteln. Dazu wurden zuerst anhand einer *psychosozialen Checkliste* einige relevante Aspekte der Familie mit einem psychisch erkrankten Elternteil genauer analysiert. Hierzu gehörten das bestehende Helfersystem, die soziale Situation, die psychische Erkrankung und Bewältigung, Versorgung und Betreuung der Kinder, Kindergarten- und Schulbesuch, Freizeit und soziale Kontakte. Ein überaus wichtiger Bestandteil der Checkliste war die Frage nach den Stärken und Ressourcen innerhalb der Familie, wie etwa die Frage danach, was die Eltern an ihren Kindern besonders schätzen und was sie selbst als Eltern bislang geleistet hatten (vgl. Ebner und Raiss 2001, S. 94).

Des Weiteren griffen die Projektmitarbeiter das Thema der Erkrankung auf und prüften, inwieweit aus sozialpsychiatrischer Sicht alle zur Verfügung stehenden Angebote angenommen wurden.

„Leitend hierfür ist die Annahme, dass Kinder davon profitieren, wenn ihre Eltern ihre Krankheit behandeln lassen“ (vgl. ebd.).

Anders jedoch als bei *Auryn* waren die Krankheitseinsicht und das Aufsuchen eines entsprechenden Facharztes keine Voraussetzung für die Teilnahme am Projekt (vgl. Ebner und Raiss 2001, S. 94).

Neben der umfassenden Betrachtung der familiären Situation wurde parallel dazu eine Diagnostik mit den Kindern in der Psychologischen Beratungsstelle durchgeführt, um den psychosozialen Entwicklungsstand der Kinder einzuschätzen und die Indikation für eine präventive Einzel- oder Gruppenarbeit beziehungsweise eine therapeutische Intervention stellen zu können (vgl. ebd.; Raiss und Ebner 2001, S. 29).

Im Rahmen dieser Diagnostik mit dem Kind galt es, aktuelle Erlebensweisen und den Entwicklungsstand des Kindes emotional, kognitiv und sozial zu erfassen, um sich ein Bild von seiner Sicht seines Lebens und seinen Bewältigungsstrategien machen zu können. Ziel war es, durch eine behutsame und flexible kindzentrierte Vorgehensweise dem Kind eine positive Erfahrung zu ermöglichen und ein umfangreiches Bild seiner Lebenssituation entstehen zu lassen. So wurde bereits in der frühen Abklärungsphase durch die stark ressourcenorientierte Vorgehensweise versucht, die kindlichen Bewältigungsfähigkeiten bezüglich der elterlichen Erkrankung sowie das Selbstvertrauen des Kindes zu stärken.

„Nicht oft genug hervorzuheben ist die Empfehlung, grundsätzlich zunächst das Positive, gute Lösungen (seien sie noch so klein und lange her) und Kompetenzen zu thematisieren und sich erst im zweiten Schritt den vielfältigen Problemen zu widmen“ (vgl. Raiss und Ebner 2001, S. 29).

Methodisch geschah dies durch Exploration im Rahmen von Gesprächen, Spiel, Verhaltensbeobachtung, Nutzung kreativer Medien, Einbeziehung vertrauten Spielmaterials und gegebenenfalls testdiagnostischen Verfahren (vgl. ebd.).

Die *fallbezogene Vernetzungsarbeit* war der nächste Aspekt im Rahmen des Projektaufbaus. Nach der ausführlichen Eingangsdiagnostik fand zusammen mit der zuständigen Fachkraft des Sozialen Dienstes eine Fallbesprechung statt. Hier sollten nun die Ergebnisse ausgewertet und anhand der Auswertung ein gemeinsames Unterstützungskonzept für die Familie erarbeitet werden. Hierbei waren insbesondere Absprachen, welche einzelnen Hilfen notwendig waren, wer welche Maßnahmen durchführte und welche Kooperationspartner zuständig waren, unumgänglich (vgl. ebd., S. 6).

Als nächster Arbeitsschritt wurde im Rahmen der *fallübergreifenden Vernetzungsarbeit* ein *Kooperationsfahrplan* ausgearbeitet. Dieser sollte allen beteiligten Kooperationspartnern nach Eintritt einer Familie in das Kooperationssystem einen Überblick über konkrete Hilfsangebote und vereinbarte Handlungsschritte geben. Für die an der Vernetzung beteiligten Dienste und Einrichtungen wurden zusätzlich Fallkonferenzen und

Informationsveranstaltungen durchgeführt (vgl. Raiss und Ebner 2001, S. 7). All diese Maßnahmen sollten der Schaffung von Strukturen und dem Aufbau von systematisierten Kooperationsformen zwischen Einrichtungen der Jugendhilfe und psychiatrischen Diensten dienen. Darüber sollte sich eine gegenseitige Akzeptanz der Vertreter der verschiedenen Disziplinen entwickeln (vgl. ebd., S. 6; Ebner und Raiss 2001, S. 96).

Wenn seitens der Erziehungsberechtigten keine Schweigepflichtsentbindung oder kein Einverständnis zur Kooperation mit anderen Hilfsdiensten vorlag, wurde die Möglichkeit einer anonymisierten Fallbesprechung genutzt. Ziel dieser anonymisierten Darstellungen war, neben dem professionellen Austausch auch die Klienten nach weiterer Motivation in den jeweils anderen Fachdienst vermitteln zu können (vgl. Ebner und Raiss 2001, S. 96).

Die Arbeit mit den Kindern erfolgte sowohl in Form von Einzel- wie auch in Gruppenangeboten. Die überwiegende Mehrzahl der Kinder nahm das Beratungsangebot in Form von Einzelberatungen an. Die Termine fanden wöchentlich in fünfzigminütigen Sitzungen im Beratungs- oder Spieltherapieraum statt. Je nach Bedürfnislage des Kindes oder Jugendlichen konnte das Angebot über einen Zeitraum von einem Beratungsgespräch bis hin zu einer kontinuierlichen Beratung von bis zu einem Jahr gemacht werden (vgl. ebd., S. 38; S. 48).

Abhängig von Alter und Persönlichkeit drückten die Kinder und Jugendlichen ihre Themen (z.B. Sorgen um die Eltern, Streit mit den Eltern, Geschwistern, Lehrern und anderen Personen, Überforderungen, soziale Isolation etc.) entweder in verbaler Form, im Spiel (z. B. Regelspiele, Rollenspiele, Handpuppen etc.) oder mit Hilfe kreativer Medien (z. B. Malen, Töpfern) aus. Allein durch den Ausdruck des inneren Erlebens und die wohlwollende Annahme durch den Therapeuten vollzogen sich bei den Kindern und Jugendlichen Verarbeitungs- und dadurch Entwicklungs- und Reifungsschritte (vgl. Raiss und Ebner 2001, S. 38).

Aufgrund unterschiedlicher Schwierigkeiten veränderte sich die Bedeutung der Kindergruppe im Projektzeitraum. Anfangs war sie als zentrale Intervention für die Kinder gedacht, im Verlauf des Projekts stellte sich jedoch heraus, dass sie für viele Kinder nicht das vordringlichste und nicht das geeignete oder für sie annehmbare Mittel war. Es gab eine Reihe von pragmatischen Gründen, wie etwa eine zu geringe Zahl von Anmeldungen in den relevanten Altersklassen oder organisatorische Schwierigkeiten, die erst nach einiger Anlaufzeit die Gruppenarbeit mit vier Kindern über einen Zeitraum von einem

Jahr ermöglichten. Die Kinder waren zwischen neun und elf Jahren alt und durch teilweise schwere Krankheitsverläufe der Eltern schon vielen Belastungen ausgesetzt. Sie trafen sich fünfzehn Mal in wöchentlichem Abstand für jeweils 90 Minuten. Geleitet wurde die Gruppe vom Projektmitarbeiter der psychologischen Beratungsstelle und einer Kollegin (vgl. ebd., S. 41ff.).

Als Methode wurde das Kindergruppenpsychodrama eingesetzt. Diese Methode schien besonders geeignet, Erfahrungen der Kinder zu reinszenieren. Durch Symbolspiel und die kooperative Hilfe der Gruppe wurden Spontaneität und Kreativität freigesetzt, was dazu beitrug, Problemlösungen zu erarbeiten (vgl. ebd., S. 43).

Vorrangiges Ziel der Gruppenarbeit war es, den Kindern die Möglichkeit zu bieten, ihre familiäre Lebenssituation emotional besser verarbeiten zu können und sie in ihren Ich-Funktionen wie Selbst- und Fremdwahrnehmung oder Kontakt- und Abgrenzungsfähigkeit zu stabilisieren (vgl. ebd.).

Die beabsichtigten Zieldefinitionen der Gruppenarbeit, die weitgehend den Zielvorstellungen der vorab beschriebenen Projekte ähneln, werden hier wie folgt formuliert:

- „- Kindern in vertrauensvoller, unbeschwerter Atmosphäre die Erfahrung zu ermöglichen, 'Kind sein zu können'.
 - Stärkung vorhandener Fähigkeiten, Entwicklungen und Förderung von Selbstvertrauen.
 - Entwicklung von geeigneten Strategien zur Bewältigung des Alltags.
 - Altersgerechte Information und Beratung über krankheitsbedingte Verhaltensweisen und Einschränkungen der Eltern.
 - Entlastung von Schuldgefühlen und Verantwortung.
 - Hilfestellung bei Vermittlung und Inanspruchnahme von Jugendhilfeeinrichtungen“
- (Raiss und Ebner 2001, S. 7).

Die begleitende *Arbeit mit den Eltern* vollzog sich im Rahmen von Einzel- oder Gruppenberatung. Die Eltern sollten die Möglichkeit bekommen, ihre Ängste, Unsicherheiten und Sorgen anzuschauen, auszudrücken und abzubauen. Gleichzeitig war die Erwartung und Zielsetzung, dass die Eltern ihre eigenen Fähigkeiten erkennen und dadurch eine Kompetenzsteigerung entwickeln konnten. Schuldgefühle sollten verringert und abgebaut, das Verständnis für die Bedürfnisse ihrer Kinder sollte ausgebaut werden. Des Weiteren galt es, die Eltern dazu motivieren, konkrete Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen (vgl. ebd., S. 7; S. 36ff.).

Die *Arbeit mit den Familien* fand zusätzlich zu der Arbeit mit den Kindern und Eltern im Rahmen von Familiengesprächen statt. Diese dienten dazu, eine positive Familienidentität zu stärken und zu entwickeln, das Zusammenleben zu unterstützen und die

Kommunikations- und Konfliktfähigkeit in der Familie zu verbessern. Darüber hinaus sollten durch die Familiengespräche Selbsthilfeprozesse angeregt und neue Lösungswege entwickelt werden (vgl. ebd., S. 7f.).

Angeregt durch die Erfahrungen aus dem Projekt *Kipkel* wurde in die Familienberatung das elementar wichtige Thema *Kindbezogene Aufklärung über die Krankheit* aufgenommen, was ursprünglich als Teil der Einzel- oder Gruppenarbeit mit den Kindern geplant gewesen war. Durch die Arbeit im Familiensetting sollte das häufig vorherrschende Tabu „Darüber spricht man nicht!“ gelöst und den Eltern ein Modell geboten werden, anhand dessen es möglich war, mit ihren Kindern über ihre Krankheit zu sprechen (vgl. ebd., S. 39).

Ebenfalls als Anregung aus dem Projekt *Kipkel* wurde die Benennung einer Vertrauensperson, die unabhängig von den Eltern zur Verfügung stand, mit aufgenommen (vgl. ebd., S. 40).

Die Ergebnisse und Erfahrungen des *Kinderprojekts Mannheim* waren in vielerlei Hinsicht bemerkenswert. Zunächst einmal zeichnete sich das *Kinderprojekt Mannheim* durch eine hohe Anzahl von wöchentlichen Kontakten zu den Familien aus. Im Durchschnitt fanden 10,26 Kontakte pro Familie statt, davon 5,3 Kontakte mit den Eltern oder Kindern und 4,9 Kooperationskontakte (vgl. ebd., S. 17; Ebner und Raiss 2001, S. 99). Eine weitere wichtige Erfahrung stellte die deutlich spürbare Erleichterung der Eltern dar, in den Projektmitarbeitern Ansprechpartner für alle Fragen, die sich in jeglichen Lebenssituationen ergaben, gefunden zu haben (vgl. Ebner und Raiss 2001, S. 99). Deutlich wurde, dass einerseits ein Bedarf an Unterstützung vorhanden war, andererseits die Zuständigkeiten und Leistungsangebote der Fachdienste untereinander sowie bei den Betroffenen noch nicht ausreichend bekannt waren.

Auf beiden Seiten, also sowohl bei den betroffenen Familien als auch bei den Institutionen, wurde eine deutliche Ambivalenz bezüglich der Akzeptanz von Unterstützungs- und Kooperationsmaßnahmen festgestellt (vgl. ebd.).

Bewährt hat sich in diesem Zusammenhang eine Vernetzung verschiedener Institutionen und die Zusammenführung zweier existierender Dienste bei der Projektdurchführung. Diese Dienste sollten als Regelfall stets mit dem ASD zusammenarbeiten. Durch ein solches Vorgehen konnten fallbezogen zahlreiche Lösungsschritte und Unterstützungsangebote entwickelt werden, fallübergreifend kam es zu einer Verbesserung und Inten-

sivierung von Kooperation. Des Weiteren konnten die Thematik und das Projektkonzept der Öffentlichkeit präsentiert und bekannt gemacht werden (vgl. ebd.).

Auffallend war die hohe Zahl an Klienten, die vornehmlich durch den ASD sowie den Sozialpsychiatrischen Dienst zugewiesen wurden. Sie war weitaus größer als die Zuweisungen der stationären und ambulanten Psychiatrie. Die Gründe für diese Diskrepanz werden von den Projektmitarbeitern noch näher untersucht (vgl. ebd., S. 100).

Die Erfahrungen des Projekts haben gezeigt, dass ein sehr differenziertes und flexibles Vorgehen, das auf die Bedürfnisse der Klienten abzustimmen ist, notwendig scheint. Sämtliche kindbezogenen Interventionen müssen grundsätzlich in ein familienorientiertes Konzept eingebettet sein, um die Gewährleistung der emotionalen Zuwendung und der haushaltsbezogenen Versorgung sicherzustellen, eine krankheitsbezogene Aufklärung der Kinder zu gewährleisten sowie ein Beratungsangebot bei Erziehungsproblemen und eine Unterstützung der Kinder bei der Verarbeitung krankheitsbedingter Erfahrungen anbieten zu können (vgl. Raiss und Ebner 2001, S. 42).

Bezogen auf die Unterstützung der Kinder bei der Verarbeitung belastender Erfahrungen haben die Projektmitarbeiter folgendes Vorgehen als positiv erachtet: In akuten Situationen (z.B. Trennung von dem kranken Elternteil durch stationäre Behandlung, Suizidversuch eines Elternteils) und bei Themen, die verbal bearbeitet werden können, hat sich die Arbeit im Einzelsetting bewährt. Zur Bewältigung emotionaler Themen (z.B. Verantwortungsübernahme, Schuldgefühle), die von den Kindern nicht primär in verbaler Form verarbeitet werden können, sowie zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung ist ein Gruppenangebot die sinnvollere Maßnahme. Nicht zu vergessen ist in diesem Kontext die spezifische Erfahrung, die eine Gruppe ermöglichen kann, nämlich die, nicht allein von einem Thema betroffen zu sein (vgl. ebd., S. 42f.).

Im Rahmen der Auswertung des Projekts stellte sich heraus, dass bei der Gewichtung der Angebote im Vordergrund die Einzelberatung der Kinder und der Eltern, danach die Familienberatung, die Paarberatung und erst dann die Gruppenarbeit standen (vgl. ebd., S. 48).

Bemerkenswert war auch der sich immer wieder abzeichnende große Bedarf an fallbezogener Kooperation zwischen der Familie und den beteiligten Institutionen. Eine besondere Schwierigkeit bestand hier in der Fülle und Unterschiedlichkeit der Problembereiche, der damit verbundenen Zuständigkeit verschiedener Fachdienste und der andererseits begrenzten Aufnahme- und Beziehungsfähigkeit der Familienmitglieder (vgl. ebd., S. 49).

Da es einen Zentraldienst oder ein so genanntes Versorgungszentrum, in dem alle Hilfen und Unterstützungsangebote gebündelt angeboten werden können, in naher Zukunft nicht geben wird, ist es wichtig, die Zergliederung der Hilfesysteme abzumildern, indem einzelne Vertreter sich als Anlaufstelle anbieten und möglichst breit gefächerte Angebote zur Verfügung stellen. Verbesserungen der Angebotspalette könnten erfolgen durch Hausbesuche, Außensprechstunden, Konsiliardienste, begleitete Besuche bei anderen Institutionen, regelmäßige Helferkonferenzen etc. (vgl. ebd.).

Beim Projekt wurde vorrangig, entsprechend der Ausrichtung und Zielsetzung, auf Beratung und Familien erhaltende Hilfen gesetzt. Priorität hatte aber immer das Wohl des Kindes, sodass kontrollierende und stärker in die Autonomie der Familie eingreifende Maßnahmen wie etwa Betreuungsangebote, Unterbringung der Erwachsenen oder Herausnahme des Kindes nicht immer abwendbar waren, wenn die Möglichkeiten der Beratungsangebote erschöpft waren (vgl. Raiss und Ebner 2001, S. 48).

Seit Ende des Projekts ist es gelungen, Klienten mit Hilfe von Spendengeldern weiter zu betreuen. Die Projektmitarbeiter bemühen sich, ihre bisherigen Abklärungs- und Beratungsangebote aufrechtzuerhalten und weiterzuentwickeln. Mit der Zielvorstellung, diese Tätigkeiten im Bereich der Regelversorgung zu integrieren, erarbeiteten sie eine Informationsvorlage für den Jugendhilfeausschuss der Stadt Mannheim. Durch eine angestrebte zweijährige Nach-Projektphase soll einerseits die Versorgung der bisherigen Nachfrage gewährleistet und andererseits die notwendige Vernetzung zwischen den Institutionen verstärkt und fortgesetzt werden (vgl. ebd., S. 52).

Letztlich muss im Rahmen der kritischen Anmerkungen an den beschriebenen Modellprojekten erwähnt werden, dass Gruppenangebote nicht immer für alle Kinder und Situationen geeignet sind, weshalb eine genaue Indikationsstellung erfolgen muss. Außerdem muss neben den beschriebenen positiven Entwicklungsprozessen im Rahmen der Gruppenangebote stets berücksichtigt werden, dass die Kinder während der überwiegenden Zeit in ihren gewohnten Strukturen leben, in die sie auch nach noch so hilfreichen Gruppensitzungen wieder zurückgehen. Schließlich ist bei der zeitlichen Begrenzung derartiger Modellprojekte immer auch die Möglichkeit der Nachsorge für die am Projekt teilnehmenden Personen zu verankern (vgl. Anders und Wagenblaus 2000, S. 3).

4.5 Institutionelle Schwierigkeiten bei der Entwicklung von Hilfsangeboten

Verschiedene Arbeitskreise und Fachtagungen zum Thema *Kinder psychisch kranker Eltern* kommen zu der Erkenntnis, dass die Situation der Familien immer noch nicht in ausreichendem Maße wahrgenommen wird. Die Kooperation der Fachdienste wird häufig als unzureichend beschrieben, die Kompetenz der Anbieter gilt als verbesserungswürdig. Darüber hinaus wird die mangelhafte Finanzierung präventiver Projekte kritisiert (vgl. Raiss und Ebner 2001, S. 3; Anders und Wagenblaus 2000, S. 1ff.). Auch Wagenblaus und Schone (2001a, S. 580) sehen die Defizite und beschreiben die Problematik folgendermaßen:

„Die Gründe dieser defizitären Versorgungslage sind vielfältiger Art und sind nicht nur auf fehlende finanzielle und personelle Ressourcen oder mangelnde Fachkenntnisse der Professionellen, sondern vor allem auf die strukturellen Konfliktlinien und Spannungsfelder zurückzuführen. Die Komplexität der Problematik der betroffenen Kinder und ihrer Familien verlangt ein vielfältiges und flexibles Setting an Hilfen, das jedoch nur dann wirksam werden kann, wenn die in diesem Beitrag skizzierten Konfliktlinien und Spannungsfelder offensiv bearbeitet und die Kommunikation zwischen den fallbeteiligten Institutionen intensiviert wird.“

Diesen Aussagen anschließend werden in den folgenden Abschnitten differenzierter die vorhandenen Schwierigkeiten im Bereich der Kooperation der Fachdienste untereinander, der Finanzierung der Hilfsangebote und der Kompetenz der Anbieter analysiert.

4.5.1 Kooperation der Fachdienste untereinander

In der Fachöffentlichkeit besteht Konsens darüber, dass die Kooperation der Fachdienste untereinander häufig unzureichend ist. Gleichzeitig existiert oftmals der Wunsch nach einer interdisziplinären Vernetzung und fallbezogenen Kooperation (vgl. Lisofsky 2001, S. 184; Raiss und Ebner 2001, S. 49f.; Lenz 2005, S. 183ff.). Trotzdem gestaltet sich die Kooperation immer wieder schwierig, was nach Ansicht der Mitarbeiter verschiedener Projekte auf unterschiedliche Ursachen zurückzuführen ist. Bei dem Versuch, diese Ursachen näher zu klassifizieren, scheint es naheliegend, zwischen klientenbezogenen, kommunikativen und institutionellen Aspekten zu differenzieren.

Den klientenbezogenen Aspekten zuzurechnen ist, dass die Kooperation in nicht unerheblichem Maße von der Motivation der Betroffenen und ihren Familien sowie deren Bereitschaft zur Mitarbeit abhängig ist (vgl. Ebner und Raiss 2001, S. 101). Zu nennen wäre hier beispielsweise die Bereitschaft, die Institutionen wechselseitig von ihrer Schweigepflicht zu entbinden (vgl. ebd., S. 96). Diese kann gesteigert werden, wenn es

den beteiligten Mitarbeitern gelingt, den Familien ein hohes Maß an Offenheit und Transparenz entgegenzubringen (vgl. Raiss und Ebner 2001, S. 49).

Kommunikative Aspekte beinhalten unter anderem die Einbeziehung sämtlicher Fachkräfte, die mit den Familien in Kontakt stehen (vgl. Wagenblass und Schone 2001a, S. 588; Raiss und Ebner 2001, S. 31). Die interdisziplinäre Kooperation zwischen den beteiligten Fachkräften sollte möglichst frühzeitig einsetzen (vgl. Bischoff 2001, S. 157). Ein Modell effektiver und gut strukturierter Vernetzung stellt der *Kooperationsfahrplan* im Kinderprojekt Mannheim dar (vgl. Ebner und Raiss 2001, S. 90). Die Vernetzungsarbeit muss vor allem auf der Mikroebene (Station, Bezirk, Team) geleistet werden und ist zudem sehr zeitaufwändig, mühsam und konfliktreich (Raiss und Ebner 2001, S. 50). Als weiterer kommunikativer Aspekt kann die Öffentlichkeitsarbeit bewertet werden, die als unterstützend und notwendig für die Vernetzungsarbeit erachtet wird (vgl. Leidner et al. 1997, S. 29; Hipp und Staets 2001, S. 87; Ebner und Raiss 2001, S. 97). Schließlich ist die Entwicklung und Entfaltung einer gemeinsamen Sprache, die von allen Beteiligten verstanden wird, von großer Bedeutung (vgl. Hipp und Staets 2001, S. 87). Ist die Sprache zwischen den beteiligten Professionen oder zwischen den Fachkräften und den Familien beispielsweise zu verschieden, kommt es zu Kommunikations- und Kooperationsblockaden.

Bei den institutionellen Aspekten innerhalb der Kooperation der Fachdienste ist an erster Stelle die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie zu nennen (vgl. Wagenblass und Schone 2001a, S. 588; Lenz 2005, S. 191ff.). Diese besondere Schnittstelle hat große Auswirkung auf die verschiedenen Hilfsangebote, was in der Auswertung des Kinderprojekts Mannheim deutlich zum Ausdruck kommt:

„Kooperation zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie ist eine unabdingbare Voraussetzung, um für Kinder und Familien wirksame Hilfen anbieten zu können. Nach unseren bisherigen Erfahrungen ist dies noch nicht immer Standard professionellen Handelns, d. h. im Bewußtsein (sic!) der Helfer verankert und im Alltag umgesetzt“ (Ebner und Raiss 2001, S. 101).

Das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit scheint vorhanden zu sein und sich auch zu entwickeln. Trotzdem entstehen immer wieder neue Konflikte und Spannungsfelder, die vorwiegend auf struktureller Ebene anzusiedeln sind (vgl. Wagenblass und Schone 2001a, S. 580). Beispielhaft sind hier diverse gegenseitige Vorurteile, die unterschiedliche Sprache in der Psychiatrie bzw. Jugendhil-

fe sowie die vermeintlich nicht vorliegende Zuständigkeit der Erwachsenenpsychiatrie für Kinder und Jugendliche zu nennen (vgl. Anders und Wagenblass 2000, S. 1).

Es hat sich gezeigt, dass entsprechende Kooperationsbeziehungen in Einzelfällen durchaus gut funktionieren, die Implementierung institutionalisierter und dauerhafter Formen der Vernetzung hingegen gestalten sich äußerst problematisch (vgl. Wagenblass und Schone 2001a, S. 583).

Bischoff sieht bereits eine gesetzliche Verankerung von Kooperation im Rahmen der Hilfeplanung (§36 KJHG) und fordert in dem Zusammenhang einen Prozess des Umdenkens bei den beteiligten Institutionen und die Entwicklung neuer Formen der Kommunikation und Kooperation der Hilfesysteme untereinander (vgl. 2001, S. 155). Als Beispiel derart gelungener Kooperationsbestrebungen beschreibt sie das Modell einer Clearingrunde, die seit mehreren Jahren erfolgreich in Wiesbaden durchgeführt wird (vgl. ebd., S. 158f.).

Zusammenfassend kann man unter fachlichen Gesichtspunkten nur an alle Beteiligten appellieren und die Forderung der Mitarbeiter des Kinderprojekts Mannheim unterstreichen:

„Kooperation sollte keine Freiwilligkeit oder individuelle Präferenz, sondern professioneller Standard sein. Ebenso positiv ist es, die Möglichkeiten anderer Fachdienste und Berufsgruppen zu kennen, sich in seiner Unterschiedlichkeit anzuerkennen statt zu konkurrieren, eventuelle negative Erfahrungen nicht zum Leitbild werden zu lassen, sondern immer wieder neu den Versuch zu gelingender Zusammenarbeit zu wagen. [...] Kooperation ist schwierig und wird es vermutlich immer bleiben. Sie ist aber bei unserem Thema der einzige Weg, der zum Erfolg für die Betroffenen und zu einer erfolgreichen Arbeit professioneller Helfer führen kann“ (Ebner und Raiss 2001, S.101).

4.5.2 Finanzierung der Hilfsangebote

Während die erstgenannten Hilfsangebote (Psychiatrie, Jugendhilfe, Psychotherapie) über einen zumindest grundlegenden finanziellen Rahmen verfügen und lediglich über mitunter auftretende Kürzungsbestrebungen ihrer Finanzen zu klagen haben, sieht die Situation bei den letztgenannten Modellprojekten vollkommen anders aus. Von einer soliden finanziellen Grundlage für diese Modellprojekte mit präventivem Ansatz kann keine Rede sein. Finanzielle Mittel sind hier lediglich in begrenztem Umfang vorhanden, da sich die Finanzierung in der Regel auf den begrenzten Zeitraum des jeweiligen Projekts beschränkt (vgl. Wagenblass und Schone 2001a, S. 588).

Die meisten der dargestellten Angebote und Modellprojekte werden über eine Anschubfinanzierung gefördert, die häufig in Form einer so genannten Impulsfinanzierung er-

folgt. Dies ist eine öffentliche Mischfinanzierung mit einem fest eingeplanten Anteil von Spendengeldern. Das Kinderprojekt *Auryn* beispielsweise wurde aus Mitteln des Landesjugendamts, der Aktion Sorgenkind und einer Stiftung finanziert (vgl. Leidner et al. 1997, S. 30).

Mit Beendigung der in der Regel zwei bis drei Jahre andauernden Projektphasen bricht die finanzielle Grundlage oft weg, sodass die Projekte nach Ablauf der Impulsfinanzierung häufig in existenzielle Krisen geraten und eine Weiterarbeit nicht mehr möglich ist (vgl. Wagenblass und Schone 2001a, S. 588).

Wagenblass und Schone machen für diese defizitären finanziellen Rahmenbedingungen die aufgespaltene Zuständigkeit bei den Zuschussgebern (Jugendhilfe, Sozialhilfe, Krankenkassen etc.) verantwortlich und sehen darin eine der wesentlichen Ursachen für das Fehlen geeigneter Kooperations- und Vernetzungsprojekte:

„Jeder Bereich versucht, sich auf seiner ihm vom Gesetzgeber zugewiesenen fachlichen Insel so gut wie möglich einzurichten. Für die Brücken fühlt sich keiner zuständig. Die komplexen Problemsituationen von Familien mit psychisch kranken Eltern(teilen) erfordern allerdings solche Brücken, weil sonst die Reibungsverluste zu hoch werden und - um im Bild zu bleiben - immer wieder mal ein Kind (oder Elternteil) *ins Wasser fällt* (Hervorheb. im Original)“ (ebd.).

Aufgrund dieser unsicheren Finanzierungsgrundlage kann es zu keiner Kontinuität in der Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern kommen, was eine effektive Präventionsarbeit maßgeblich erschwert (vgl. ebd.). Zur Veränderung dieser Problematik ist eine Überleitung von der Impulsfinanzierung in die Regelfinanzierung (z.B. über das KJHG (§§27ff.) oder das BSHG) sowie die Bereitschaft zur Mischfinanzierung (z.B. bei der stationären Aufnahme von Mutter und Kind) unerlässlich. Dies erfordert jedoch eine weitaus höhere Flexibilität, Kreativität und Weitsichtigkeit auf Seiten der Kostenträger, die bislang eher selten vorzufinden ist und die es entsprechend einzufordern gilt (vgl. Wagenblass und Schone 2001a, S. 588).

Eine erfreuliche Ausnahme stellt das Präventionsprojekt Kipkel dar, welches nach dem Ablauf der Modellphase in die Lage versetzt wurde, über eine öffentlich rechtliche Mischfinanzierung die Arbeit fortzusetzen (vgl. Hipp und Staets 2001, S. 87). Durch eine solche Fortsetzung der Projekte kann es gelingen, qualifizierte Mitarbeiter mit entsprechender Fachkompetenz im jeweiligen Arbeitsbereich zu halten. Sie können die bereits vorhandenen Angebote weiterentwickeln und wichtiges Erfahrungswissen aus den Modellprojekten in bestehende Institutionen integrieren (vgl. ebd.).

Schließlich muss im Zuge des Vergleichs mit anderen Ländern festgestellt werden, dass die Finanzierungspraxis dort eher fortschrittlicheren Charakter hat. In England und Frankreich beispielsweise wird die gemeinsame Betreuung von Mutter und Kind in der psychiatrischen Klinik seit Jahrzehnten praktiziert. In Deutschland hingegen stellt sie wie beschrieben immer noch die Ausnahme dar, da die Krankenkassen nicht bereit sind, die entsprechende Mutter-Kind-Behandlung zu finanzieren. Sie ist somit vom zusätzlichen Engagement der Klinikleitung und der Mitarbeiter abhängig (vgl. Knuf 2000, S. 37).

4.5.3 Kompetenz der Anbieter

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern stellt die häufig unzureichende fachliche Kompetenz der Anbieter von Hilfsangeboten dar. Viele von ihnen weisen zwar auf ihren eigenen Tätigkeitsbereich spezialisierte Fähigkeiten auf, andere in diesem Kontext erforderliche Fachkompetenzen wie etwa psychiatrisches Wissen für Jugendhelfemitarbeiter oder jugendhilfespezifische Kenntnisse bei Mitarbeitern der Psychiatrie sind jedoch nur selten gegeben (vgl. Schone und Wagenblass 2001, S.9 ff.; Deneke 2001a, S. 89; Anders und Wagenblass 2000, S. 2).

So weisen Schone und Wagenblass darauf hin, dass die Jugendhilfe nach wie vor über wenig Kenntnisse bezüglich der Probleme und des Bedarfs an Unterstützung betroffener Kinder und ihrer Familien hat. Als Begründung führen sie an, dass sich die Eltern und die Minderjährigen besonders zurückhaltend bei der Inanspruchnahme öffentlicher Hilfen zeigen. Zudem wird selbst bei der Annahme eines Hilfsangebotes nicht offen über die psychische Erkrankung eines Elternteils gesprochen. Das führt dazu, dass von den Eltern die Auffälligkeiten ihrer Kinder in den Mittelpunkt ihres Hilfersuchens gestellt werden, die zugrunde liegende psychische Störungen der Eltern jedoch nicht zum Thema gemacht wird (vgl. Schone und Wagenblass 2001, S. 10).

Deneke kritisiert ebenfalls - hier aus Sicht der Psychiatrie - die mangelhafte Kooperation der Dienste untereinander und moniert zudem das fehlende Fachwissen in Bezug auf die Nachbardisziplinen:

„Soziale Betreuungs- oder Unterstützungsangebote beziehen sich nur auf Teile des Systems, die Hilfemöglichkeiten und auch ihre Finanzierungswege sind zersplittert, die Verständigung zwischen den verschiedenen Teilen des psychosozialen Versorgungssystems ist unzureichend. Vor allem reicht das Fachwissen der einzelnen Experten nicht aus, um die Zersplitterung zu überwinden. Die für die Erwachsenen Zuständigen wissen zu wenig über die Kindesentwicklung, die für die Kinder Zuständigen zu wenig über psychische Krankheit, alle zusammen zu wenig darüber, was Familien brauchen“ (2001a, S. 89f.).

Die Erkenntnisse der drei Modellprojekte Auryn, Kipkel und Mannheim bestätigen ebenfalls eine häufig fehlende aufgabenspezifische Kompetenz und Erfahrung der Institutionen und Fachdienste im Umgang mit betroffenen Familien (vgl. Leidner et al. 1997, S. 43; Hipp und Staets 2001, S. 77; Raiss und Ebner 2001, S. 50). Dies zeigt auch die folgende Aussage der Mitarbeiter des *Kinderprojekts Auryn*:

„In regelmäßig stattfindenden Arbeitstreffen wurde für uns sehr bald deutlich, daß die Mitarbeiter der Sozialen Dienste bzgl. der Kenntnisse über psychiatrische Krankheitsbilder, deren Verläufe, Heilungsmöglichkeiten bzw. -chancen sowie mögliche Auswirkungen auf die Kinder große Lücken und Unsicherheiten aufwiesen. Mit einem Fortbildungsangebot hatten wir versucht, diesem Umstand Abhilfe verschaffen“ (Leidner et al. 1997, S. 43).

Für sinnvolle Hilfsangebote ist es jedoch außerordentlich wichtig, einen gewissen Informationsstand bezüglich psychischer Erkrankungen, wie etwa die Symptome, deren Folgen oder die Auswirkungen auf die Emotionalität und familiären wie sozialen Beziehungen, zu haben. Auch Beeinträchtigungen bezüglich der Motivation betroffener Personen, der Fähigkeiten sich zu artikulieren und zu denken sowie bei der Kontaktgestaltung zwischen Betroffenen und Mitarbeitern sind vielschichtig und bei der Arbeit mit Familien mit psychisch erkrankten Eltern zu berücksichtigen (vgl. Ebner und Raiss 2001, S. 100).

Um fehlende Fachkenntnis zu kompensieren beziehungsweise dennoch adäquate Hilfeleistungen für die Familien anbieten zu können, ist der Aufbau von Kooperationsbeziehungen und -formen vor allem zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe unerlässlich. Durch die Zusammenarbeit kann eine Erweiterung und Flexibilisierung der Angebote und Hilfen erfolgen, darüber hinaus können die einzelnen Institutionen entlastet werden (vgl. Wagenblass und Schone 2001a, S. 583).

Ebner und Raiss weisen in diesem Zusammenhang folgerichtig auf den zentralen Stellenwert der Kooperationsbemühungen einzelner Fachdienste hin:

„Begünstigend ist, wenn der Informationsstand über psychische Erkrankungen und ihre Auswirkungen auf Kinder hoch ist, die Perspektive der Kinder in jedem Falle einer Erkrankung eines Elternteils berücksichtigt wird und nicht erst, wenn das Kind oder die Eltern Probleme anbieten, ein Konsens darüber besteht, dass multiple Fragen (psychiatrische, psychologische, soziale) auch multiple Antworten erfordern, mit denen eine Fachgruppe von vornherein überfordert ist“ (Ebner und Raiss 2001, S. 101).

Resultierend aus diesen Erkenntnissen haben sich an verschiedenen Stellen erfolgreiche Kooperationsformen etabliert. Exemplarisch sei hier die für den tagesklinischen Bereich im Behandlungskonzept angewandte Vorgehensweise des „case-management“ genannt. In diesem Konzept wird von der Tagesklinik zunächst eine Einschätzung der familiären und lebensweltlichen Situation der psychisch erkrankten Mütter vorgenommen, wobei hier frühzeitig eine enge Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe und dem Amt für Soziale

Dienste gesucht wird. Dies dient der besseren Planung von Unterstützungsmöglichkeiten für die Kinder und der Integration langfristig angestrebter Hilfen zur Erziehung nach dem KJHG (vgl. Lüders und Deneke 2001, S. 57).

Schließlich muss aber auch betont werden, dass mangelndes Fachwissen nicht mit Inkompetenz gleichzusetzen ist. Der Anspruch, in allen Bereichen gleichermaßen kompetent zu sein, ist meist zu hoch angesetzt. Stattdessen gilt es, sich vom Einzelkämpferdasein zu verabschieden und Wege der Kooperation zu suchen. Fachkräfte können nicht alles wissen, müssen aber über das Wissen verfügen, wo sie entsprechende Informationen erhalten (vgl. Anders und Wagenblaus 2000, S. 2).

Wichtig in diesem Zusammenhang scheint die Möglichkeit, sich regelmäßig über den aktuellen Stand in Wissenschaft, Forschung und Praxis informieren und Fortbildungsangebote wahrnehmen zu können. Als richtungsweisend können hier bundesweite Fachtagungen wie in den Jahren 1996 (vgl. Lisowsky 2001, S. 179) und 2004 (vgl. Kinderschutz-Zentren 2004, 2005) und die Einrichtung eines bundesweiten Netzwerks (vgl. Lisofsky 2001, S. 179) gelten.

4.6 Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme der Hilfsangebote

Während im vorausgegangenen Abschnitt die Schwierigkeiten eher aus der Perspektive der Institutionen betrachtet worden sind, werde ich im folgenden Abschnitt die Perspektive der Betroffenen und ihrer Familien einnehmen und die Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme der Hilfsangebote beschreiben. Dabei werden die zentralen Aspekte der organisatorischen Schwierigkeiten, der falsch verstandenen Schonung durch die Eltern, dem Redeverbot über die Erkrankung sowie der Angst vor Eingriffen durch die Jugendhilfe einer genaueren Bewertung unterzogen.

4.6.1 Organisatorische Schwierigkeiten

Die organisatorischen Schwierigkeiten seitens der Familien, entsprechende Hilfsangebote anzunehmen, sind auf verschiedenen Ebenen von Relevanz. Zunächst einmal scheint eine Menge an Einsicht und Mut erforderlich, zur psychischen Erkrankung zu stehen. Hinzu kommt häufig eine große Ambivalenz den Hilfsangeboten gegenüber.

Aber auch die bisweilen starken Schwankungen des gesundheitlichen Zustandes des erkrankten Elternteils können Auswirkungen auf die Konstanz und Kontinuität bezüglich der Zusammenarbeit mit den Institutionen haben (vgl. Klank 1998, S. 30; Ebner und Raiss 2001, S. 94; Raiss und Ebner 2001, S. 47).

Darüber hinaus scheinen psychisch kranke Eltern häufig viel Zeit zu brauchen, um sich auf einen Abklärungsprozess und Beratungsangebote einzulassen. Es vergeht oft ein langer Zeitraum, bis es zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten kommt (vgl. Leidner et al. 1997, S. 50).

Zudem gestaltet es sich als schwierig, betroffene Familien erst einmal zu einer Teilnahme an einem Projekt zu motivieren (vgl. ebd., S. 39). Das gilt insbesondere für die Kinder, die erfahrungsgemäß nicht selbstständig und aus eigenem Antrieb den Weg in ein Betreuungs- oder Therapieangebot finden, sondern auf die Einverständniserklärung der Eltern (vgl. Küchenhoff 2001a, S. 105) und deren Engagement beim Bringen und Abholen sowie der Zusammenarbeit mit der Institution angewiesen sind. Häufig behindern zu lange Wege die regelmäßige Teilnahme an entsprechenden Angeboten. Insbesondere allein erziehende Mütter schaffen es nicht immer, ihre Kinder zu den Terminen zu bringen, insbesondere wenn es sich bei ihnen um den erkrankten Elternteil handelt (vgl. Leidner et al. 1997, S. 52).

Eine weitere Hürde stellt die Aufnahme- und Integrationsfähigkeit der betreffenden Eltern dar, die je nach Einzelfall unterschiedlich ausgeprägt ist. Nicht selten fällt es ihnen schwer, Termine zu vereinbaren, einzuhalten oder abzusagen bzw. Gespräche zu führen. Wiederholte Kontaktabbrüche sind hier oftmals die Folge, was einen kontinuierlichen Prozess ebenfalls erschwert. Trotzdem ist es sehr wichtig, überhaupt einen Kontakt zur Familie aufzubauen, aus dem sich weitergehende Gespräche und Beratungen entwickeln können (vgl. Raiss und Ebner 2001, S. 47).

Dies erfordert auch auf Seiten der Mitarbeiter ein äußerst zeitaufwändiges Vorgehen. Häufige Telefonate, schriftliche und persönliche Kontaktversuche sind notwendig (vgl. Raiss und Ebner 2001, S. 48) und erfordern ein hohes Maß an zeitlicher und fachlicher Flexibilität, für die genügend personelle und zeitliche Ressourcen bereitgestellt werden müssen.

Das Thema und seine Dynamik erfordert von den Fachkräften Bereitschaft zur Modifikation der eigenen Arbeitsweise und der Kooperationsbestrebungen. So gilt es, Kontakte eher ressourcen- als defizitorientiert zu knüpfen und aktiv aufsuchend statt passiv im

Rahmen einer Komm-Struktur zu arbeiten (vgl. Raiss und Ebner 2001, S. 51; Hipp und Staets 2001, S. 78).

Gleichzeitig hat sich eine zu niedrig angesetzte Verbindlichkeit ebenfalls als hinderlich herausgestellt, da viele Eltern dann ihrer Verpflichtung zur Teilnahme nicht nachkommen. Effektiver hingegen scheint ein zeitlich befristetes Beratungs- oder Gruppenangebot mit klarem Anfang und Ende sowie klaren Rahmenbedingungen zu sein. Der organisatorische Aufwand für die Familien ist überschaubarer, sodass sie eher bereit sind, sich auf ein Hilfsangebot einzulassen (vgl. Leidner et al. 1997, S. 41).

4.6.2 Falsch verstandene Schonung durch die Eltern

Insbesondere minderjährige Kinder sind professioneller Hilfe gegenüber schwer zugänglich, weil sowohl die Eltern als auch andere Bezugspersonen der Auffassung sind, ihre Kinder schonen zu müssen, indem sie nicht mit ihnen über die psychische Erkrankung des Elternteils sprechen. Gerade das aber stellt in der Regel eine falsch verstandene Schonung der Kinder dar, da sie oftmals sehr genau die Veränderungen, Anspannungen und Aggressionen innerhalb der familiären Atmosphäre spüren und miterleben (vgl. Küchenhoff 2001a, S. 104).

„Dazu muss aber klar gesagt werden, dass es sich um eine falsch verstandene Schonung handelt, da die Kinder als Mitbetroffene auf diese Weise in ihren Wahrnehmungen und in ihrem Erleben allein gelassen werden und so gerade nicht geschont werden“ (ebd.).

Dass es sich dabei nicht um Einzelfälle handelt, sondern eine große Anzahl von Kindern keine Informationen über die Erkrankung ihrer Eltern erhält, wird in einem Beitrag der Zeitschrift *Psychologie Heute* deutlich:

„Nur eines von vier Kindern zwischen sechs und zehn Jahren ist über die Erkrankung seiner Mutter oder seines Vaters informiert. 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 vier immer noch nicht aufgeklärt worden“ (Knuf 2000, S. 37).

Insofern hilft man den Kindern eher durch einen offenen Umgang mit der psychischen Erkrankung und befähigt sie dazu, ihre eigenen Ängste, Sorgen und Befürchtungen zu artikulieren. Außerdem beugt man so einer Diffusität und Verunsicherung im Bereich der kindlichen Wahrnehmung vor, die sich bei einer Ausgrenzung der psychischen Erkrankung im Rahmen der familiären Gesprächsinhalte einstellen könnte (vgl. Küchenhoff 1997, S. 331f.).

Positive Ansätze für gelungene Aufklärungsarbeit mit den betroffenen Kindern finden sich innerhalb der beschriebenen Projekte *Auryn*, *Kipkel* und *Mannheim*. Dort ist die weitreichende Relevanz des Aufklärungsaspektes für die Entwicklung der Kinder erkannt und zu einem Schwerpunkt der Projektarbeit entwickelt worden. Der Rahmen, in dem die Informations- und Aufklärungsarbeit über die Erkrankung erfolgt, kann je nach Ansatz unterschiedlich sein. Während die Arbeit mit den Kindern bei *Auryn* im Gruppensetting stattfindet, favorisieren *Kipkel* und *Mannheim* eine frühe Aufklärung der Kinder im Familiensetting (vgl. Leidner et al. 1997, S. 15; Hipp und Staets 2001, S. 82; Raiss und Ebner 2001, S. 39).

4.6.3 Redeverbot über die psychische Erkrankung

Stellt man sich vor, wie schwer es Erwachsenen fällt, offen über die psychische Erkrankung eines nahen Angehörigen zu reden, liegt es auf der Hand, wie schwer diese Situation für Kinder zu bewältigen ist. Heim beschreibt in dem Zusammenhang, dass Kinder viel stärker und existenzieller auf den Rückhalt ihrer Familie angewiesen sind. Daher erleben sie auch viel stärker den Konflikt, sich eigentlich mitteilen zu wollen, sich letztendlich aber dem Schweigegebot unterzuordnen und das Familiengeheimnis zu bewahren. Oft wirken diese Loyalitätskonflikte noch bis in das hohe Erwachsenenalter. Nicht selten können sie sich dann erst im Rahmen von Angehörigengruppen öffnen und über die extremen Belastungen ihrer Kindheit berichten (vgl. Heim 2001, S. 74f.):

„Mit niemandem sprechen zu können, nichts erklärt zu bekommen, das - so berichten fast alle Kinder psychisch erkrankter Väter und/oder Mütter - war das Allerschlimmste. Und manch ein Versuch, den Hausarzt, einen Lehrer oder Seelsorger ins Vertrauen zu ziehen, ist kläglich gescheitert: weil die zaghaft und vielleicht nur andeutungsweise, aber mit dem Mut der Verzweiflung Angesprochenen den Kindern nicht geglaubt haben, den Ernst ihrer Lage nicht spüren konnten oder aus eigener Voreingenommenheit nicht wahrhaben wollten“ (Heim 2001, S. 75).

Die Hintergründe dessen sehen Wagenblass und Schone in der Tabuisierung und Verleugnung psychischer Erkrankungen, die auf mehreren Ebenen stattfindet und folgenreiche Auswirkungen auf das gesamte Familiensystem und das Kommunikationsverhalten hat. Sie unterscheiden zwischen subjektiven, innerfamilialen, externen und gesellschaftlichen Verleugnungstendenzen. Als subjektive Verleugnungstendenz gilt die fehlende Krankheitseinsicht der Betroffenen. Innerfamiliale Verleugnungstendenzen führen dazu, dass in der Familie und insbesondere dem Kind gegenüber nicht über die Krankheit geredet werden darf. Unter externen Verleugnungstendenzen sind die Kommunikationsverbote mit Außenstehenden gemeint, gesellschaftliche Verleugnungstendenzen äußern

sich in der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft (vgl. Wagenblass und Schone 2001a, S. 587).

Ein Ausweg aus diesem Dilemma kann nur gelingen, wenn man auf verschiedenen Ebenen die Initiative ergreift und dadurch dem Redeverbot und den Verleugnungstendenzen etwas entgegensetzt. So wäre es zur Kontaktaufnahme sinnvoll, die Kinder dort anzusprechen, wo sie sich zeigen. Das kann in der Schule, bei einem Arztbesuch oder beim Besuch des kranken Elternteils in der Klinik sein (vgl. Küchenhoff 1997, S. 40). Bei dieser Zugangsarbeit ist eine erhöhte Sensibilität bezüglich des Umgangs mit der Krankheit und den Bedürfnissen der Kinder und ihrer Eltern notwendig. Inhaltlich sollte auf das kindbezogene Bedürfnis nach Aufklärung und Information eingegangen werden (vgl. ebd., S. 41).

Ideal wäre es, die Familie als Ganzes zu erreichen, um ihnen in diesem Kontext Möglichkeiten aufzuzeigen, wie sie das Redeverbot erfolgreich überwinden können (vgl. Hipp und Staets 2001, S. 82; Raiss und Ebner 2001, S. 39).

Auf gesellschaftlicher Ebene ist vor allem Aufklärung und Informationsvermittlung im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit notwendig, um der bestehenden Stigmatisierung und Tabuisierung entgegenzuwirken (vgl. Hipp und Staets 2001, S. 86f.).

4.6.4 Angst vor negativen Auswirkungen durch die Jugendhilfe

Das eher zurückhaltende Verhalten bei der Inanspruchnahme von Hilfen wird in nahezu jedem Praxis- und Projektbericht beschrieben und kann nicht verleugnet werden. Als eine mögliche Ursache wird das so genannte *doppelte Mandat* angeführt, das die Mitarbeiter der öffentlichen Jugendhilfe innehaben (vgl. Wagenblass und Schone 2001a, S. 584). Unter dem „doppelten Mandat“ ist der gesetzliche Auftrag der Jugendhilfe nach §1(3) KJHG zu verstehen, einerseits Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder zu unterstützen (Hilfeaspekt) und andererseits bei vorliegender Kindeswohlgefährdung aktiv einzugreifen (Kontrollaspekt) (vgl. Münder 1991, S. 41f.; Wagenblass und Schone 2001a, S. 584). Dadurch befinden sich beispielsweise die Mitarbeiter des Jugendamts in dem Dilemma, zum einen Hilfe anzubieten und einen gewissen Schutzraum für Betroffene und ihre Kinder anzubieten. Zum anderen müssen sie bei Kenntnis über aktuelle Gefährdungssituationen eines Kindes intervenieren und dabei ihre Schweigepflicht und den Schonraum verletzen.

Dieses Dilemma im Rahmen des doppelten Mandates sowie die Kenntnis über die Eingriffsmöglichkeiten des Jugendamts sind natürlich auch zahlreichen betroffenen Familien bekannt und erschweren die unvoreingenommene Kontaktaufnahme zur Beantragung von Hilfsangeboten sowie die Bereitschaft zur Kooperation in einem laufenden Prozess. Wagenblast und Schöne beschreiben in diesem Zusammenhang, dass die Jugendhilfe und insbesondere das Jugendamt meist mehr in seiner Kontroll- als in der Hilfefunktion gesehen wird (2001a, S. 582f.).

Darüber hinaus wurden Betroffene immer wieder mit dem Jugendamt unter Druck gesetzt, um mit rechtlichen Konsequenzen, wie beispielsweise dem Entzug der elterlichen Sorge, zu drohen (vgl. Ebner und Raiss 2001, S. 95). Dass sich solche Drohungen nicht gerade förderlich auf die Zusammenarbeit zwischen den Familien und dem Jugendamt auswirken, liegt auf der Hand:

„In einigen wenigen Fällen ist es auch nach regelmäßigen Motivationsversuchen nicht gelungen, ein Einverständnis zur Zusammenarbeit mit dem Jugendamt zu bekommen. Hinterfragt man dies, erhält man meist dieselbe Auskunft: Zu oft wurde im Laufe einer ‚Psychiatrischen Karriere‘ einer erkrankten Mutter mit der Herausnahme des Kindes/der Kinder aus der Familie gedroht. Getrennt lebende Partner setzen Mütter damit ebenso unter Druck wie teilweise in der Psychiatrie Tätige und Angehörige, die mit diesem ‚Argument‘ einen Klinikaufenthalt oder eine Medikamenteneinnahme erreichen wollen“ (ebd.).

Nach den Erfahrungen der Modellprojekte besteht der einzig mögliche Ausweg aus diesem Dilemma in einer größtmöglichen Offenheit und Transparenz bezüglich der Arbeitsweise verschiedener Dienste (vgl. Leidner et al. 1997, S. 53), in der Akzeptanz der Ängste der Betroffenen (vgl. Hipp und Staets 2001, S. 78) und der immer wieder erforderlichen Überzeugungsarbeit (vgl. Raiss und Ebner 2001, S. 49).

Die Projekte bieten sich hier hervorragend als vermittelnde Instanz zwischen der Jugendhilfe und den Eltern an, da sie nicht die gesetzlich verankerte Kontrollfunktion ausüben müssen und somit eine andere Form des Zugangs anbieten können (Hipp und Staets 2001, S. 80). Als hilfreiches methodisches Angebot können hier anonymisierte Vorgespräche der Projektmitarbeiter mit dem Jugendamt genannt werden. Die Eltern haben durch diese Variante die Möglichkeit, Ängste und Kontaktschwierigkeiten zu reduzieren und sich zunächst unverbindlich über gesetzliche und verfahrensspezifische Rahmenbedingungen zu informieren. Anschließend können sie sich auf der Grundlage eines besseren Informationsstands für oder gegen eine direkte Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt entscheiden (Ebner und Raiss 2001, S. 95; Raiss und Ebner 2001, S. 50).

4.7 Diskussion

Zunächst einmal haben sich nach Überprüfung langjährig bestehender Hilfsangebote und nach Befragungen der Betroffenen einige Aspekte als äußerst effektiv, wenn nicht gar unabdinglich herausgestellt.

Diese Grundlagen effektiver Hilfe liegen in einer klaren und transparenten Informationsvermittlung, in niedrig schwelligen Angeboten zur Kontaktaufnahme, in einer mehrschichtigen, das Gesamtsystem der Familie umfassenden Orientierung der Hilfen sowie in der Bereitstellung von praxis- und alltagsorientierten Entlastungsangeboten für alle Beteiligten.

Daneben ist es wichtig, dass die jeweiligen Hilfsangebote sich individuell am Einzelfall orientieren und dementsprechend zur Verfügung gestellt werden. Hierzu ist zunächst eine fundierte und differenzierte Diagnostik notwendig, die multimodal in verschiedenen Lebensbereichen der Kinder und ihrer Familien zu erfolgen hat. Die Professionalität des Diagnostikers erfordert eine hohe Fachkompetenz, da die Diagnostik bekanntlich im Bereich verschiedener Schnittmengen (Jugendhilfe und Psychiatrie, stationärer und ambulanter Bereich, entwicklungspsychologische Komponenten, individuelle und familienbezogene Bereiche etc.) zu erfolgen hat. Auch im Anschluss an die Diagnostik, wenn die entsprechenden Hilfsangebote bereitgestellt oder abgerufen werden, ist eine individuelle Einzelfallorientierung indiziert.

Wichtig ist zu erwähnen, dass auch die Möglichkeit eines psychotherapeutischen Hilfsangebotes rechtzeitig mit in Erwägung gezogen werden sollte. Der hohe Anteil von notwendig erachteter psychotherapeutischer Hilfe für die Kinder aus Sicht der Eltern in der Studie von Küchenhoff (1997) unterstreicht diese Forderung.

Die Form des Zugangs zu den Kindern stellt einen weiteren Aspekt im Rahmen der Hilfsangebote dar. Neben der bereits benannten klaren Informationsvermittlung über die psychische Erkrankung und ihre Folgen geht es darum, mit den Kindern in Kontakt zu kommen und Zugang zu ihrer inneren Erlebniswelt zu bekommen, um ihnen angemessen helfen zu können.

Bei genauerer Analyse der Hilfsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern ist es besonders wichtig, dass präventive Angebote ausgebaut und intensiviert werden. Und

zwar nicht nur in dem beschriebenen Bereich der Forschung, sondern auch bzw. insbesondere im Bereich der professionell zur Verfügung gestellten Hilfsangebote.

Wenn beispielsweise die im Rahmen der sozialpädagogischen Forschung gewonnenen Erkenntnisse der subjektiven Erlebnissichtweisen (Befragungen heutiger Erwachsener über hilfreiche Angebote aus ihrer früheren Kindheit mit psychisch kranken Eltern) besser erforscht würden, könnten mit diesen Daten sicherlich weitaus bessere und effektivere Präventionskonzepte entwickelt und den betroffenen Kindern und ihren Familien zur Verfügung gestellt werden.

Außerdem ist das frühzeitige Einsetzen der Hilfs- oder präventiven Angebote von großer Relevanz. Dadurch kann zu einem frühen Zeitpunkt versucht werden, die Belastungsfaktoren für die Familien zu mildern oder zu kompensieren und einer drohenden Fehlentwicklung vorzubeugen.

Die Hilfsangebote im Rahmen der Jugendhilfe sprechen zwar die entsprechende Gruppe der Kinder, Jugendlichen und ihrer Familien an und es existieren gestaffelte Formen der Intervention und Einflussnahme. Allerdings ist neben einer Kompetenzerweiterung und Sensibilisierung für die Belange der Kinder psychisch kranker Eltern eine Verlagerung der Angebote an die Stellen vonnöten, an denen sich die Kinder und ihre Eltern aufhalten. Wichtig wäre also eine Wandlung von der Komm- zur Geh-Struktur mit kontinuierlichen Angeboten zur Kontaktaufnahme in den psychiatrischen Stationen.

Weiterhin ist die oft fehlende Kooperation auf verschiedenen Ebenen wie etwa zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie zu kritisieren. In der Praxis kommt es selten zu einer systematischen Vernetzung von Jugendhilfe und Psychiatrie, was sich dringend verändern muss. Wichtig ist eine institutionsübergreifende und interdisziplinäre Perspektive, die strukturell entwickelt und in der Praxis umgesetzt werden muss.

Im Rahmen der untersuchten und beschriebenen Hilfsmaßnahmen und Projekte erachte ich folgende Angebote als gut entwickelt, dicht an den Bedürfnissen der Betroffenen und nah an den aufgestellten Anforderungen: die frühzeitig einsetzenden präventiven Angebote (Spezialambulanz Hamburg), die offene Sprechstunde in der Psychiatrie (Präventionsprojekt Kipkel), die Möglichkeit von Hausbesuchen und begleiteten Besuchen bei anderen Institutionen (diverse Modellprojekte), die Benennung einer Vertrau-

ensperson für das Kind (Präventionsprojekt Kipkel) sowie die Vernetzungsarbeit mit Erstellung eines Kooperationsfahrplans (Kinderprojekt Mannheim).

Schließlich ist eine systematische Nachsorge für die Familien und insbesondere die Kinder zu verankern. Da die meisten Modellprojekte und auch viele andere Hilfsangebote zeitlich begrenzt sind, ist es wichtig, rechtzeitig Möglichkeiten der Überleitung in den Alltagskontext zu entwickeln, um die Kinder hier stabilisierend und unterstützend zu begleiten. Beispielhaft sei hier der Aufbau sozialer Netzwerke wie etwa Mitgliedschaften im Verein oder das Suchen nach konstanten Vertrauenspersonen aus der Lebenswelt des Kindes genannt.

5 Die empirische Untersuchung

Im folgenden Kapitel wird die empirische Untersuchung zur Empathie von Kindern psychisch kranker Eltern in ihren zahlreichen Facetten ausführlich dargestellt.

5.1 Fragestellung und Forschungsstrategie

Ansatzpunkt der Studie war die Fragestellung, inwiefern Kinder psychisch kranker Eltern sich von anderen Kindern bezüglich ihres Empathieverhaltens unterscheiden. Dabei sollte einer der Schwerpunkte auf die verschiedenen Teilbereiche der Empathie (Perspektivenübernahme, Gefühlsansteckung, Mimik bzw. Körpersprache) gelegt werden. Ein weiteres Augenmerk sollte sich mit den familiären Bindungs- und Kommunikationsstrukturen befassen. Außerdem sollten alters- und geschlechterrelevante Aspekte genauso einfließen wie personale Ressourcen und kompensierende Faktoren.

Ziel der empirischen Untersuchung war die Herausarbeitung eventueller Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede in den benannten Themenbereichen, um sowohl Probleme als auch Ressourcen von Kindern psychisch kranker Eltern zu benennen und damit die Grundlage zur Entwicklung gezielter Hilfsangebote für diese Gruppe zu ermöglichen.

Als Messinstrument schien eine Erhebung mittels anonymisierter Fragebögen das geeignete Verfahren, da bei der zu erwartenden geringen Motivation, sich als Kinder psychisch kranker Eltern bzw. als psychisch kranke Eltern zu erkennen zu geben, ein Messinstrument gefunden werden musste, welches relativ zeitnah (bei Vorliegen einer entsprechenden Motivation zur Teilnahme) und zudem lokal relativ unabhängig (durch Postversand) zum Einsatz kommen konnte. Außerdem konnte durch die Bereitstellung dreier Fragebogenteile differenziert auf die unterschiedlichen Erfahrungshintergründe eingegangen werden, indem kind-, eltern- und fachkraftgemäße Fragen zur Verfügung gestellt werden konnten.

Als diagnostisches Mittel zur Untersuchung von Empathieunterschieden sind in erster Linie standardisierte Tests geeignet, die neben objektiver Messung auch Daten zur Standardisierung und Normierung liefern. Ergänzend dazu sollte ein möglichst umfangreiches Kompendium an personalen, familiären und soziodemographischen Differenzie-

rungen erfasst werden, um die Empathieunterschiede entsprechend interpretieren zu können. Somit empfahl sich das im Folgenden vorgestellte Instrumentarium als Methode der Wahl.

Bei der grundlegenden Fragestellung, ob und in welchem Maße sich Kinder psychisch kranker Eltern von anderen unterscheiden, ist davon auszugehen, dass diese Kinder (VG) durchweg geringere Empathiewerte, ein problematischeres Bindungs- und Kommunikationsverhalten sowie problematischere Persönlichkeitswerte aufweisen als die Kontrollgruppe (KG).

5.2 Die Untersuchungsgruppen (VG, KG)

Bei der Zusammenstellung der Untersuchungsgruppen galt es zunächst, die Altersspanne der beteiligten Kinder festzulegen. Da einerseits die Basiskompetenz zur Empathieentwicklung sowie der verschiedenen Bestandteile von Empathie mit Beginn des Schulalters vorliegen sollte und andererseits das Schulalter für eine gewisse Lese- und Verständniskompetenz bezüglich der Anweisungen des Empathietests für Kinder (ETK) vorhanden sein sollte, wurde das Einstiegsalter auf 7 Jahre festgelegt. Bei der Festlegung der oberen Altersgrenze auf 14 Jahre lag das Bestreben zugrunde, zwei altersmäßig gleich große Gruppen von Grundschulern (7-10 Jahre) bzw. Schülern der weiterführenden Schulformen (11-14 Jahre) anzusprechen. Außerdem sollten sich die Untersuchungsgruppen zwecks besserer Eingrenzbarkeit der Studienergebnisse primär auf das Kindesalter begrenzen und das Jugendalter nicht mit einbeziehen.

Die Repräsentativität der Untersuchungsgruppen war aufgrund der erwarteten geringen Stichprobe schwer zu gewährleisten. Innerhalb der Versuchsgruppe wurde das Ziel, eine größtmögliche Repräsentativität zu erhalten, dadurch angestrebt, dass im Rahmen der Vorbereitungsphase ein möglichst breit gestreutes Anschreiben verschiedener Institutionen und Professionen erfolgte. In der Kontrollgruppe wurden hierfür sämtlichen Bekannten aus dem kollegialen oder persönlichen Umfeld 3-5 weitere Test-Sätze zur Weiterleitung in der Klasse des Kindes mitgegeben. Somit wurde eine gewisse Streuung gewährleistet und gleichzeitig das Prinzip der Zufälligkeit nicht außer Acht gelassen.

5.3 Testbeschreibung

Im Rahmen der Studie kamen drei Tests zur Anwendung, von denen der Empathietest für Kinder (ETK) den Kindern sowohl der Versuchs- als auch der Kontrollgruppe vorgelegt wurde, die Child Behavior Checklist (CBCL) von den Eltern der Versuchs- und Kontrollgruppe auszufüllen war und der Fachkraft-Fragebogen (FKB) für die beteiligten Fachkräfte der Versuchsgruppe bestimmt war.

Die Zuordenbarkeit der verschiedenen Untersuchungsmaterialien zu jeweils einem Kind wurde durch eine nachträgliche Nummernkodierung gesichert (s.u.).

5.3.1 Die Child Behavior Checklist (CBCL)

Bei der Child Behavior Checklist (CBCL; vgl. Anl. 2) handelt es sich um ein standardisiertes Verfahren in Form eines Elternfragebogens zur Erfassung kindlicher Ressourcen und Verhaltensauffälligkeiten (Döpfner et al. 1994; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998). Dabei werden Eltern gebeten, Einschätzungen über Verhaltensweisen und Symptome ihrer Kinder (4-18 Jahre) abzugeben.

Die Auswertung des Fragebogens erfolgt getrennt nach Jungen und Mädchen sowie für jeweils zwei Altersgruppen (4-11 Jahre; 12-18 Jahre). Sie beinhaltet drei Kompetenzskalen (Aktivität, Soziale Kompetenz, Schule) und acht Syndromskalen (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, ängstlich-depressives Verhalten, soziale Probleme, schizoid-zwanghaftes Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme, dissoziales Verhalten und aggressives Verhalten). Darüber hinaus erfolgt die Zusammenfassung in Syndromskalen 2. Ordnung (Gesamtergebnis Kompetenzen; Internalisierendes Verhalten; Externalisierendes Verhalten und Gesamt-Syndromskala).

Der vierseitige Elternfragebogen ist so aufgebaut, dass nach allgemeinen Angaben zur Familie (Geburtsdatum und Geschlecht des Kindes, Beruf der Eltern) zunächst einige Kompetenzen abgefragt werden.

Bei den Kompetenzskalen werden die Eltern nach sportlichen und anderen Aktivitäten ihres Kindes gefragt und sie sollen Aussagen zu Vereinszugehörigkeiten und häuslichen Arbeiten und Pflichten sowie Freundschaften machen. Diese Angaben werden sowohl bezüglich der Menge an Aktivitäten als auch bezüglich der Intensität erhoben und anhand von Vergleichen mit Gleichaltrigen erfasst. Für Kinder ab 6 Jahre wird zudem

nach Schulleistungen, der Wiederholung einer Klasse, dem Besuch einer Sonderschule, Lernschwierigkeiten oder anderen schulischen Problemen gefragt. Die letzten Fragestellungen der Kompetenzskala, die in Form von freien Formulierungen erhoben werden, erkunden Erkrankungen des Kindes, die Sorgen, die sich Eltern machen, und das, was ihnen am meisten an ihrem Kind gefällt.

Bei der Syndromskalen sind insgesamt 120 Items aufgelistet, die nach Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen und körperlichen Problemen fragen. Die Eltern sollen hier jeweils eine Einschätzung abgeben, inwiefern die einzelnen Fragestellungen nicht zutreffen (0), etwas oder manchmal zutreffen (1) oder genau und häufig zutreffen (2).

Bei der Auswertung des Fragebogens (vgl. Anl. 6a/b (Jungen/Mädchen)) wird anhand einer Normtabelle, der eine Stichprobe von n=2856 CBCL-Bögen zugrunde liegt (vgl. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998, S. 36), die Zuordnung der Rohwerte zu Prozenträngen und entsprechenden T-Werten vorgenommen.

Bei den Kompetenzskalen (Aktivität, Soziale Kompetenz, Schule) wird den Kindern mit einem Prozentrang von 2 ein T-Wert von 30 zugeordnet. Alle Kinder, die sich darunter befinden, können als auffällig bezeichnet werden. Kinder, die in einem Prozentrangbereich zwischen 2 und 5 (T-Wert 30-33) liegen, befinden sich im Grenzbereich, während Kinder, die Prozentrangwerte über 5 (T-Werte über 33) aufweisen, als unauffällig bezeichnet werden können.

Die Skalen 2. Ordnung werden bei den Kompetenzskalen (Gesamtergebnis Kompetenzen) in einem T-Wert-Bereich zwischen 37-40 als Grenzbereich betrachtet, höhere Ausprägungen als unauffällig und niedrigere als auffällig gewertet.

Bei den acht Syndromskalen (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, ängstlich-depressives Verhalten, soziale Probleme, schizoid-zwanghaftes Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme, dissoziales Verhalten und aggressives Verhalten) werden von den Skalen 1. Ordnung die Prozentränge unter 95 (T-Wert 67) als unauffällig gewertet, die Prozentränge zwischen 95 und 98 (T-Werte 67-70) gelten als Grenzbereich, während Prozentränge von 98 (T-Wert 70) und mehr als auffällig gelten.

Die Skalen 2. Ordnung (Internalisierendes Verhalten, Externalisierendes Verhalten und Gesamt-Syndromskala) werden bei den Syndromskalen bei einem T-Wert von 60-63 als Grenzbereich gewertet und gelten bei niedrigeren T-Werten als unauffällig bzw. bei höheren T-Werten als auffällig.

Somit eignet sich der Elternfragebogen CBCL sowohl zur Erfassung von Kompetenzen als auch zur Beurteilung von auffälligen Verhaltensweisen und bietet eine Zusammenfassung von Kompetenz- und Syndromskalen genauso an wie einen Vergleich zwischen externalisierenden und internalisierenden Verhaltensweisen. Darüber hinaus können acht unterschiedliche Syndrome in ihrer jeweiligen Ausprägung nachgewiesen werden und einzelne Fragen oder Items der CBCL zur Exploration differenzierterer Fragestellungen verwendet werden.

Insgesamt erwies sich die CBCL als sinnvolles Instrumentarium, um Empathieunterschieden bei Kindern psychisch kranker Eltern nachzugehen.

5.3.2 *Der Empathie-Test für Kinder (ETK)*

Wie bereits im ersten Kapitel beschrieben, existieren kaum aussagekräftige Messinstrumente zur Erfassung von Empathie bei Kindern. Bei dem in dieser Arbeit verwendeten Empathie-Test für Kinder (ETK; vgl. Anl. 3) handelt es sich um eine von Behr et al. (2004) entwickelte Version eines noch nicht validierten Fragebogens zur Überprüfung von Empathie und ihren Subkonstrukten (kognitive soziale Perspektivenübernahme, Decodieren von Ausdruckssignalen, Gefühlsansteckung) bei Kindern (vgl. Behr et al. 2004, S. 2). Der Test wurde in der vorliegenden Form bislang mit einigen Kindern und Jugendlichen ($n = 647$) aus den Schulklassen vier bis neun durchgeführt (vgl. ebd., S. 4) und befindet sich in der Erprobungs- und Entwicklungsphase.

Die Kinder werden beim ETK gebeten, mittels des 10-seitigen Fragebogens eine Selbstauskunft bezüglich ihrer Einschätzung über die Intensität unterschiedlicher vorgegebener Gefühle der Akteure auf den Abbildungen oder Zeichnungen abzugeben. In einigen Bildern oder Geschichten sollen sie die Intensität eigener Gefühle benennen.

Auf den ersten fünf Seiten werden Comic-Zeichnungen präsentiert, auf denen Akteure beiderlei Geschlechts verschiedene emotionale Zustände erleben und ausdrücken. Die jeweils sieben Items der ersten fünf Seiten (wobei je ein Item bei der Auswertung des ETK herausfällt und lediglich der Kontrolle dient, ob die Kinder die Fragestellung richtig erfasst haben) sollen Aussagen darüber zulassen, inwiefern der Betrachter zu kognitiver sozialer Perspektivenübernahme in der Lage ist.

Auf der sechsten Seite sind drei Abbildungen einer Stoffpuppe in unterschiedlichen Körperhaltungen zu sehen, bei der die Kinder wiederum in sieben Items je Abbildung (mit je einer nicht in die Auswertung einbezogenen Kontrollfrage) Aussagen über das Verstehen von Körpersprache treffen sollen.

Die folgenden beiden Seiten erfragen den Empathie-Bestandteil Gefühlsansteckung bzw. Betroffenheit. Dazu werden zwei Comic-Zeichnungen, ein Foto eines Mädchens sowie ein kurzer Text mit je sechs Items (hier ohne Kontrollfragen) versehen, anhand derer Angaben zur eigenen emotionalen Befindlichkeit beim Betrachten der Bilder bzw. beim Lesen des Textes gemacht werden sollen.

Die Seiten neun und zehn enthalten insgesamt acht Bilder mit unterschiedlichen Gesichtsausdrücken von Kindern beiderlei Geschlechts. Hier sollen die Kinder anhand von sechs Items je Bild (ebenfalls ohne Kontrollfragen) angeben, wie sich das Mädchen oder der Junge auf dem Bild fühlen. Die Mimik-Bilder sollen in der Auswertung Angaben darüber zulassen, inwieweit es dem Betrachter gelingt, nonverbale mimische Ausdruckssignale zu decodieren.

Insofern umfassen die einzelnen Bestandteile des ETK die Analyse etlicher Bestandteile von Empathie, die im 1. Kapitel herausgearbeitet wurden und können zielführend im Rahmen dieser Studie eingesetzt und ausgewertet werden.

Die Kinder der Untersuchungsgruppe erhalten den ETK von der an der Studie beteiligten Fachkraft mit der Bitte, an einer Fragebogenuntersuchung über Gefühle von Kindern teilzunehmen. Die Kinder sollen ihn ohne Angabe ihres Namens ausfüllen, lediglich die von der Fachkraft vorab eingetragene Chiffre-Nr. lässt eine spätere Zuordnung zu den dazugehörigen CBCL und FKB zu.

Auch der ETK war in seiner Durchführung und Auswertung sehr gut handhabbar und lieferte für den Inhalt der Arbeit relevante Ergebnisse.

5.3.3 *Der Fachkraft-Fragebogen (FKB)*

Den Fachkraft-Fragebogen (FKB; vgl. Anl. 4) habe ich gezielt für die Fachkräfte entwickelt, die mit psychisch kranken Eltern oder deren Kindern arbeiten bzw. Kontakt zu ihnen haben. Hintergrund war einerseits der Wunsch, möglichst umfangreiches Datenmaterial aus unterschiedlichen Perspektiven zu erhalten. Andererseits schien ein direk-

ter Zugang zu einer ausreichenden Zahl von Kindern psychisch kranker Eltern und insbesondere deren Eltern erschwert, da es sich noch immer um ein – sowohl gesellschaftlich wie innerfamiliär – wenig akzeptiertes Problem handelt. Insofern erhoffte ich mir durch die Mitwirkung der Fachkräfte sowohl als Bindeglied und Brücke zur Untersuchungsgruppe wie auch als Datenquelle mit professionellem Hintergrund eine große Unterstützung.

Die Fachkräfte sollten zunächst eine selbst zu vergebende Chiffre-Nr. auf dem FKB eintragen. Die für jede Versuchsperson identische Chiffre-Nr. war von ihnen außerdem auf der CBCL und dem ETK einzutragen, um eine eindeutige Zuordnung der drei Teile des Fragebogen-Sets zu der jeweiligen Person der Versuchsgruppe zu ermöglichen und gleichzeitig die Anonymität der Familien zu gewährleisten.

Anschließend galt es, Angaben zum Grundberuf der Fachkraft sowie der Institution, in der sie arbeitet, zu machen. Damit sollte eine spätere quantitative Zuordnung der beteiligten Berufsgruppen und Institutionen möglich sein.

Als Nächstes ging es um Fragen zur psychischen Erkrankung der Eltern. Damit sollte eine Überprüfung verschiedener Hypothesen zur Auswirkung der psychischen Erkrankung in Abhängigkeit vom jeweiligen Elternteil ermöglicht werden. Die Antwortmöglichkeiten bei der Frage nach der Form der Erkrankung wurden auf die drei häufigsten Formen (Ängste, Depressionen, Schizophrenie) reduziert, um bei der zu erwartenden relativ geringen Stichprobe noch einigermaßen aussagekräftige Daten zu erhalten. Außerdem wurde nach der Intensität der Erkrankung, nach Klinikaufenthalten und dem Alter des Kindes bei erstmaligem Ausbruch der Krankheit gefragt, da auch hier verschiedenartige Zusammenhänge vermutet wurden.

Der letzte und größte Block beschäftigte sich mit verschiedenen Fragen zur Familie. Neben allgemeinen Angaben, wie etwa zum Alter, Geschlecht, Geschwisterfolge, Wohn- und Lebenssituation, ging es um Aussagen zu protektiven und kompensierenden Faktoren für Kinder psychisch kranker Eltern (vgl. Kap. 2.3). Bei den 13 Fragen zu Eigenschaften und Verhaltensweisen des Kindes (vgl. S. 3 des FKB), die analog zu gleichlautenden Fragen der CBCL übernommen wurden, sollte ein späterer Vergleich zwischen der Einschätzung der Eltern und der Einschätzung der Fachkräfte bezüglich des Kindes möglich werden. Den sich anschließenden Fragen zum Bindungsverhalten des Kindes und zu den vorherrschenden Kommunikationstypen in der Familie liegt die zu überprüfende Annahme zugrunde, dass sich die psychische Erkrankung eines Elternteils auf das Bindungs- und Kommunikationsverhalten in der Familie auswirkt.

Die letzte Seite des FKB enthielt Angaben für eventuelle Rückfragen der Fachkräfte sowie die Möglichkeit, auf freiwilliger Basis Angaben zur eigenen Person oder Institution zu machen, um gegebenenfalls für Nachfragen im Rahmen der Auswertung der Fragebögen zur Verfügung zu stehen.

5.4 Durchführung der empirischen Untersuchung

Um die psychisch kranken Eltern und ihre Kinder als Adressaten der empirischen Untersuchung anzusprechen und zu erreichen, wurde der Zugang über Fachkräfte aus der psychosozialen Versorgung gewählt. Die Beweggründe für dieses Vorgehen lagen darin begründet, dass ein direktes Ansprechen der Kinder psychisch kranker Eltern lediglich bei den Familien aus Projekten und Selbsthilfegruppen psychisch kranker Angehöriger Aussicht auf Erfolg gehabt hätte, da hier in der Regel ein stärkeres Bewusstsein für die psychische Erkrankung vorhanden ist. Andere Familien aus Beratungsstellen, psychotherapeutischen Praxen oder Psychiatrien haben sich in der Regel nicht wegen der psychischen Erkrankung eines oder beider Elternteile in Verbindung mit möglichen Folgen für das Kind an die jeweilige Einrichtung oder Praxis gewandt. Vielmehr sind häufig soziale oder Verhaltensauffälligkeiten der Kinder bzw. persönliche Probleme der Erwachsenen die Beweggründe für das Aufsuchen des entsprechenden Hilfsangebotes. Das Bewusstsein, darüber hinaus noch die Rolle eines psychisch kranken Elternteils zu bekleiden, was eventuell zusätzliche Belastungen für Kinder nach sich ziehen kann, ist bei den meisten Eltern mit Ängsten besetzt, nicht bewusst, wird verdrängt oder abgespalten.

Von dem Zugang über entsprechende Fachkräfte, die aufgrund unterschiedlichster Anmeldegründe mit Kindern, Jugendlichen und Eltern arbeiten und zudem als erster und wichtiger Filter für die Kontaktabbahnung zu psychisch kranken Eltern fungieren, versprach ich mir Zugang zu einer breiteren Gruppe von Familien und eine insgesamt höhere Zahl von Studienteilnehmern. Darüber hinaus war die Einbeziehung der Fachkräfte insofern von großer Bedeutung, als sie durch ihre Angaben und Einschätzungen zu einem komplexeren und differenzierteren Verständnis familiärer Kommunikations- und Interaktionsmuster beitragen und bei symptomorientierten Fragestellungen eine zusätzliche Perspektive einbringen konnten.

5.4.1 Die Vorbereitungsphase

Da das Bewusstsein für Kinder psychisch kranker Eltern in der (Fach-) Öffentlichkeit eher gering ist, wurde als Vorläufer des o.a. Fragebogen-Sets ein Informationsblatt über die geplante Studie (vg. Anl. 1) entwickelt. Neben der Verteilung dieses Informationsblattes in psychosozialen Arbeitskreisen in der Region, welches mit der Möglichkeit zur Anforderung von Fragebogen-Exemplaren versehen war, wurde es über verschiedene Mail-Verteiler versendet, um eine große Menge von Fachkräften aus der psychosozialen Versorgung zu erreichen.

Die Mailadressen und Mailverteiler bezog ich über Fachkräfte und Kollegen, die ich im Rahmen meiner Psychotherapeutischen Praxis kennen gelernt habe, über Arbeitskreise, in denen ich mitarbeite oder in die ich zur Vorstellung meiner Studie eingeladen wurde, über ehemalige Kontakte zur Jugendhilfe durch meine frühere Tätigkeit in einer Familienberatungsstelle und durch neu aufgebaute Kontakte zu Selbsthilfegruppen und Projekte, die sich mit psychisch kranken Angehörigen beschäftigen.

Der Versand des Informations- und Anforderungsbogens per Mail, Fax, Post und persönliche Verteilung erfolgte in dem Zeitraum von August 2005 bis Februar 2006 und erreichte zwei große Erwachsenenpsychiatrien, zwei Kinder- und Jugendpsychiatrien, drei Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste von Gesundheitsämtern, ca. 20 Ärztliche Psychotherapeuten, ca. 150 Psychologische Psychotherapeuten, ca. 50 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, vier Stationäre Jugendhilfeeinrichtungen (Heime, Wohngruppen), sieben Einrichtungen der Ambulanten Jugendhilfe (Allgemeiner Sozialer Dienst, Sozialpädagogische Familienhilfe, Einzelfallhilfe u.Ä.), fünf Familienberatungsstellen sowie 24 Projekte, die mit psychisch kranken Angehörigen arbeiten. Insgesamt sind ca. 450 Fachkräfte, die mit sozial oder psychisch belasteten Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen arbeiten, erreicht worden.

5.4.2 Die Versendung der Fragebögen

Der Versand der Fragebögen, die per Mail, Fax oder telefonisch angefordert wurden, erfolgte in dem Zeitraum zwischen September 2005 und Februar 2006. Die meisten Fachkräfte forderten 1-3 Fragebogen-Sets an, lediglich vier Institutionen wünschten die Zusendung von mehr als vier Exemplaren. Insgesamt wurden 151 Fragebogen-Sets, die jeweils mit frankiertem Rückumschlag versehen waren, in den Postversand gegeben.

Die Fachkräfte, die nach Erhalt des Informations- und Anforderungsbogens die Fragebogen-Sets anforderten, waren in der Regel motiviert und bereit, an der Studie teilzunehmen. Bei denjenigen, zu denen eine telefonische Kontaktaufnahme zustande kam, erhielt ich viel Zuspruch und Anerkennung, mich dieses Themas anzunehmen. Das galt insbesondere für die Fachkräfte, die mit Kindern psychisch kranker Eltern arbeiteten, sei es in Selbsthilfe- oder Projektmaßnahmen oder im Rahmen psychotherapeutischer Angebote.

Der Rücklauf der Fragebögen erfolgte zunächst sehr zögerlich, sodass ich zu einigen der Fachkräfte im Januar 2006 noch einmal telefonisch Kontakt aufnahm und mich nach möglichen Gründen für die ausbleibende Rücksendung erkundigte. Einige gaben an, dass sie entweder nur das Kind oder nur die Eltern kennen würden und insofern einen Teil des Fragebogen-Sets nicht ausfüllen könnten. Andere verwiesen auf den Stress durch massives Arbeitsaufkommen in ihren Stellen oder baten um etwas mehr Zeit und Geduld bis zur Rücksendung der Fragebögen.

Die Fragebögen der Kontrollgruppe (CBCL und ETK) wurden im gleichen Zeitraum versandt. Hier wurden Kinder und deren Eltern angesprochen, die - im Vergleich zur Versuchsgruppe - keinen psychisch kranken Elternteil haben und ansonsten der durchschnittlichen Bevölkerung entsprechen. Verteilt wurden diese Fragebögen im eigenen Umfeld an Familien, die Kinder im Alter von 7-14 Jahren hatten. Diese Familien wiederum wurden gebeten, 1-3 weitere Fragebogen-Sets in ihrem Freundeskreis zu verteilen, um eine möglichst breite Streuung der Fragebögen zu erhalten.

Die Familien der Kontrollgruppe erhielten die beiden Fragebögen für die Eltern (CBCL) und Kinder (ETK), einen frankierten Rückumschlag sowie ein kurzes Anschreiben zur Studie (vgl. Anl. 5), in dem u.a. auf die vertrauliche und anonymisierte Behandlung der Daten hingewiesen wurde.

5.4.3 Die Auswertungsphase

Zum Ende der Datenerhebungsphase Ende April 2006 lagen schließlich 37 Fragebogen-Sets aus der Versuchsgruppe vor. Der Rücklauf von 24,5% lässt darauf schließen, dass nur gut Motivierte und größtenteils auch persönlich angesprochene Kollegen zur Mitarbeit bereit waren. Vier Fragebogen-Sets sind nicht in die Auswertung eingegangen, da entweder das Alter außerhalb der Stichprobe lag oder einzelne Fragebogenteile übermä-

Big viele fehlende Angaben aufwiesen. Somit kann für die Versuchsgruppe eine Stichprobe von $n=33$ zugrunde gelegt werden.

Von insgesamt 74 ausgegebenen Fragebogen-Sets an die Kontrollgruppe erfolgten 34 Rücksendungen, was einer Quote von 46% entspricht. Da es bei den Fragebögen der Kontrollgruppe keine Beanstandungen gab, kann hier eine Stichprobe von $n=34$ verwendet werden. Insofern ergibt sich ein ausgewogenes Verhältnis von Versuchs- und Kontrollgruppe.

Da die Ergebnisse mit dem Statistical Package for Social Science (SPSS, Version 12.0) verarbeitet werden sollten, musste zunächst die Eingabe und Kodierung der Daten gemäß den Programmanforderungen vorgenommen werden. Dazu wurden „offene Fragen“ entsprechenden Kategorien zugeordnet, Gruppenbildungen und Zusammenfassungen gebildet und statistische Maßzahlen berechnet.

5.5 Ergebnisse

Im Folgenden werden nach der soziodemographischen Beschreibung der Versuchs- und Kontrollgruppe zunächst die Ergebnisse der drei verwendeten Tests (CBCL, ETK, FKB) beschrieben. Anschließend werden die wichtigsten Erkenntnisse im Rahmen der Studie dargestellt, die sich auf die Erkrankung der Eltern bzw. die Empathiefähigkeit der Kinder beziehen. In der abschließenden Ergebnisdiskussion werden noch einmal die Ziele der Untersuchung skizziert sowie wesentliche Befunde, Interpretationen, Folgerungen und Hinweise zur Umsetzbarkeit der Ergebnisse geliefert.

5.5.1 *Soziodemographische Beschreibung der Versuchs- und Kontrollgruppe*

Die **Altersspanne** der Kinder innerhalb der Studie reichte von 7-15 Jahre (Mittelwert = 133 Monate = 11;1 Jahre, Median = 132 Monate). Das durchschnittliche Alter der Jungen betrug 11;6 Jahre, das der Mädchen 11;0 Jahre. Beim Alter liegen die arithmetischen Mittelwerte und der Median eng beieinander. Das gilt auch in Bezug auf Geschlecht und Versuchs- vs. Kontrollgruppe. Die einbezogenen Kinder in der Versuchs- und Kontrollgruppe unterschieden sich nicht im Alter und nach Geschlecht (vgl.

Tab. 1). Zur Verdichtung wurde die Population zu zwei Altersgruppen zusammengefasst (7;0 bis 10;8 Jahre und 11;0 bis 14;9 Jahre).

Tab. 1: Alter nach Geschlecht, Versuchs- und Kontrollgruppe

	n	Altersspanne in Monaten	Altersspanne in Jahren	Mittelwert Monate	Median Monate
gesamt	67	84 bis 179	7;0 bis 14;11	133	132
männlich	35	89 bis 175	7;5 bis 14;7	136	136
weiblich	32	84 bis 179	7;0 bis 14;11	129	127
Versuchsgruppe	33	84 bis 175	7;0 bis 14;7	132	130
Kontrollgruppe	34	86 bis 179	7;2 bis 14;11	133	135
Versuchsgruppe männlich	18	95 bis 175	7;11 bis 14;7	134	133
Versuchsgruppe weiblich	15	84 bis 167	7;0 bis 13;11	129	126
Kontrollgruppe männlich	17	89 bis 163	7;5 bis 13;7	138	140
Kontrollgruppe weiblich	17	86 bis 179	7;2 bis 14;11	129	127

Die Bildung von Altersgruppen war notwendig, um Vergleiche anstellen zu können. Dadurch ergaben sich die folgenden Altersverteilungen.

Tab. 2a: Alter der Population nach Jahren, korrigiert gerundet

Alter in Jahren	Häufigkeit	Prozent
7	2	3,0
8	6	9,0
9	9	13,4
10	6	9,0
11	14	20,9
12	7	10,4
13	9	13,4
14	11	16,4
15	3	4,5
gesamt	67	100,0

Tab. 2b: Zusammenfassung der Altersgruppen

Altersgruppe	Häufigkeit	Prozent
7-11,4 Jahre	39	58,2
11,5-15 Jahre	28	41,8
gesamt	67	100,0

Da diese (natürliche) Altersgruppenunterteilung sich für die Untergruppenbildung in Versuchs- und Kontrollgruppe als unvorteilhaft erwies, wurde später noch eine gleichmäßigere Variante eingeführt.

Tab. 2c: Zusammenfassung der Altersgruppen

		Häufigkeit	Prozent
Altersgruppe	7-10,8 Jahre	33	49,4
	11,0-14,9 Jahre	34	50,6
gesamt		67	100,0

Die **Geschlechterverteilung** in der gesamten Population war mit 35 Jungen und 32 Mädchen relativ ausgeglichen. Somit ist es gelungen, im Rahmen der Studie eine annähernd gleichmäßige und repräsentative Darstellung beider Geschlechter zu erzielen.

Tab. 3: Geschlechterverteilung in der Gesamtpopulation

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent
männlich	35	52,2
weiblich	32	47,8
gesamt	67	100,0

Die **soziale Schicht** der beteiligten Familien wurde anhand der Berufe der Eltern bestimmt. Die Codierung erfolgte nach der *Internationalen Standardklassifikation der Berufe – Fassung für Zwecke der Europäischen Gemeinschaft – ISCO-88* (vgl.: <http://www.warwick.ac.uk/ier/isco/germ/group1.html>; Stand: 22.12.2006). Innerhalb der Standardklassifikation wird in zehn Berufshauptgruppen unterteilt, welche wiederum in verschiedene Untergruppen aufgeschlüsselt werden, sodass schließlich für jeden Beruf eine vierstellige Ziffernfolge vergeben werden kann.¹

Der mit vier Nennungen am häufigsten genannte Beruf im Rahmen der Studie war der des Maschinenbautechnikers, gefolgt von Sozialarbeitern mit drei Nennungen.

¹ Ein EDV-Leiter beispielsweise entspricht der Codierung 1236, was der Zugehörigkeit zur Berufshauptgruppe 1 entspricht (Angehörige gesetzgebender Körperschaften, leitende Verwaltungsbedienstete und Führungskräfte in der Privatwirtschaft), darin der Untergruppe 2 (Geschäfts(-bereichs)leiter in großen Unternehmen), hier der weiteren Untergruppe 3 (Sonstige Fachbereichsleiter) und an der vierten Stelle der Codierung der Untergruppe 6 (Leiter der EDV). Beispiele für weitere Berufe sind: Sozialarbeiter (2446), Krankenschwestern (3231), Steuerfachgehilfen (4121), Kinderbetreuer (5131), Gärtner (6112), Kfz-Mechaniker (7231), Busfahrer (8323), Reinigungskräfte (9132).

Für die Fälle, in denen die Kinder in Pflege- oder Adoptivfamilien leben, wurden zusätzlich die Berufe der Pflege- oder Adoptiveltern abgefragt.

Zunächst wurden folgende Gruppierungen analog der Berufshauptgruppen vorgenommen:

1. gehobene Leitungskräfte des öffentlichen Dienstes, Leiter von Unternehmen (Hauptgruppe 1) sowie Wissenschaftler (Hauptgruppe 2). (n=20)
2. Techniker und Dienstleistungsfachkräfte der mittleren Qualifikationsebene (Hauptgruppe 3) sowie Bürokräfte und kaufmännische Angestellte (Hauptgruppe 4) und Dienstleistungsberufe (Hauptgruppe 5). (n=18)
3. Fachkräfte aus der Landwirtschaft (Hauptgruppe 6), Handwerksberufe (Hauptgruppe 7), Anlagen- und Maschinenbediener (Hauptgruppe 8) und Hilfsarbeitskräfte (Hauptgruppe 9) und Ungelernte. (n=17)
4. Hausfrauen und Rentner (n=3)
5. Unbekannt (n=9).

Mit Bezug auf die aus den erfassten Berufen abgeleiteten Qualifizierungsniveaus ergibt sich folgendes Bild (Tab. 4):

Tab. 4 : Qualifizierungsniveau der Eltern in Versuchs- und Kontrollgruppe

	gesamt	VG	KG
1. höhere Qualifikation (Leiter und Wissenschaftler)	20	9	11
2. mittlere Qualifikation (Angestellte, Techniker und Dienstleister)	18	7	11
3. geringere Qualifikation (Facharbeiter und Teilfacharbeiter)	17	10	7
4. Hausfrauen und Rentner	3	2	1
5. unbekannt / nicht zuordenbar	9	5	4

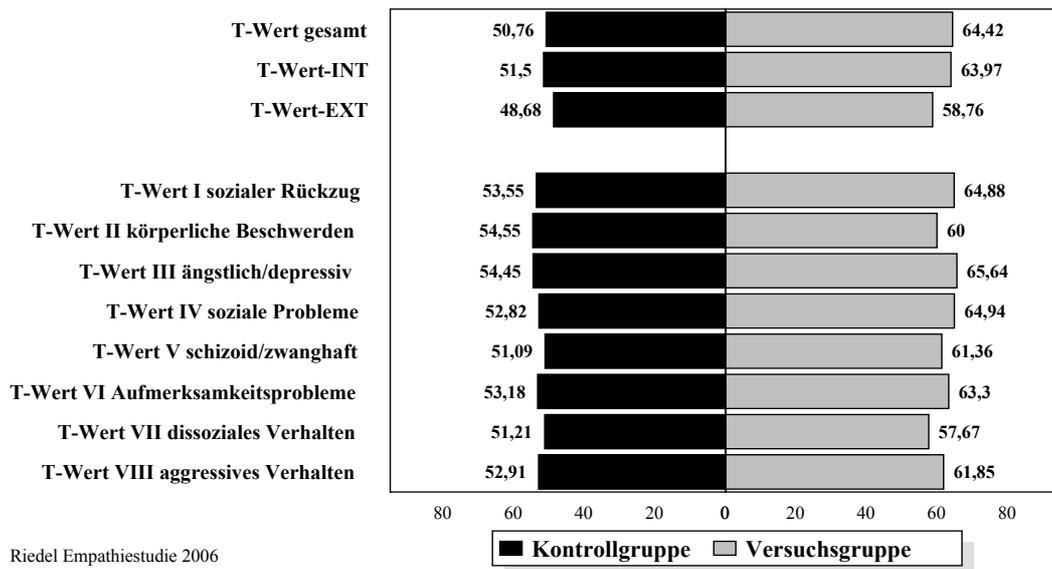
Riedel Empathiestudie 2006

Auch wenn man wegen der Zuordenbarkeit einiger Angaben der Eltern in den Fragebögen gewisse Ungenauigkeit in Rechnung stellt, kann insgesamt von vergleichbaren soziodemographischen Bedingungen in den beiden Gruppen ausgegangen werden, allerdings mit etwas höherem Qualifizierungsniveau in der Kontrollgruppe. Hier kommt es zu leichten Überhängen der akademischen Berufe, da die Familien der Kontrollgruppe überwiegend über die Aushändigung im beruflichen und persönlichen Bekanntenkreis des Promovenden erreicht wurden.

5.5.2 Ergebnisse der Child Behavior Checklist (CBCL)

Im Rahmen der Auswertung der CBCL wird deutlich, dass die Kinder der Versuchsgruppe nicht nur in sämtlichen acht Syndromskalen auffälliger reagieren als die Kinder der Kontrollgruppe, sondern auch durchgängig in den Skalen 2. Ordnung (Internalisierendes Verhalten; Externalisierendes Verhalten und Gesamt-Syndromskala; vgl. Abb. 1):

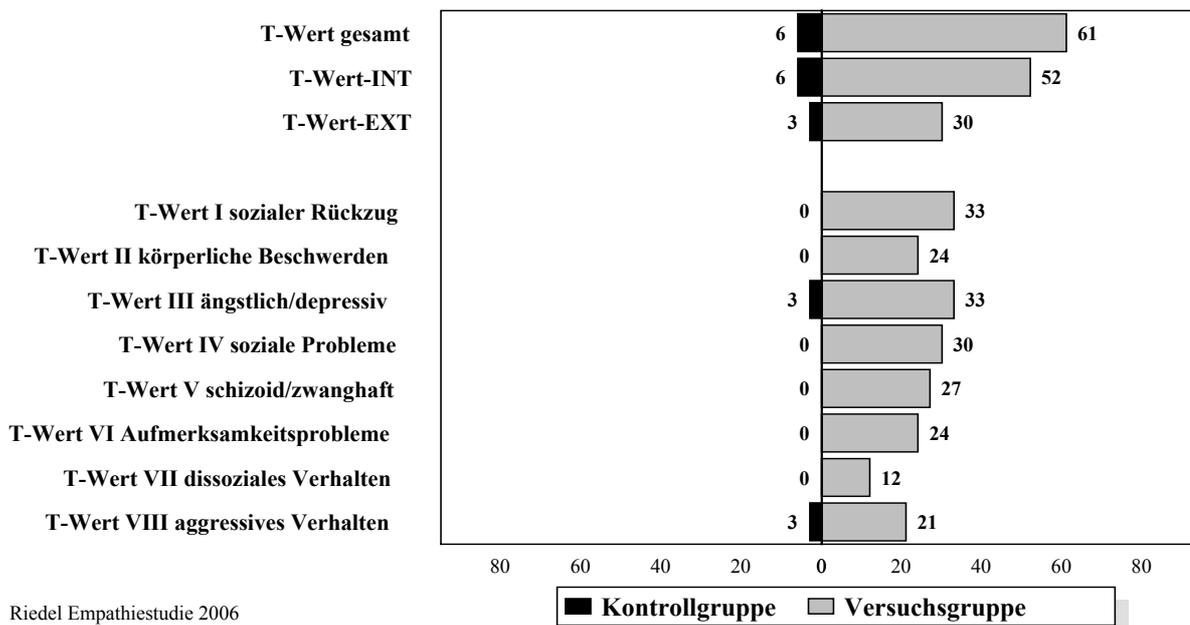
Abb. 1: T-Werte des Elternfragebogens (CBCL) nach Kontrollgruppe und Versuchsgruppe



Wenn dieses Ergebnis noch etwas differenzierter betrachtet wird, indem man lediglich die *auffälligen Kinder* zur Auswertung heranzieht, also all diejenigen, die in einer der Subskalen I-VIII einen T-Wert ≥ 70 bzw. in den Skalen 2. Ordnung (EXT, INT, Gesamt) einen T-Wert ≥ 64 aufweisen, wird der Unterschied zwischen Kontroll- und Versuchsgruppe noch einmal deutlicher (vgl. Abb. 2).

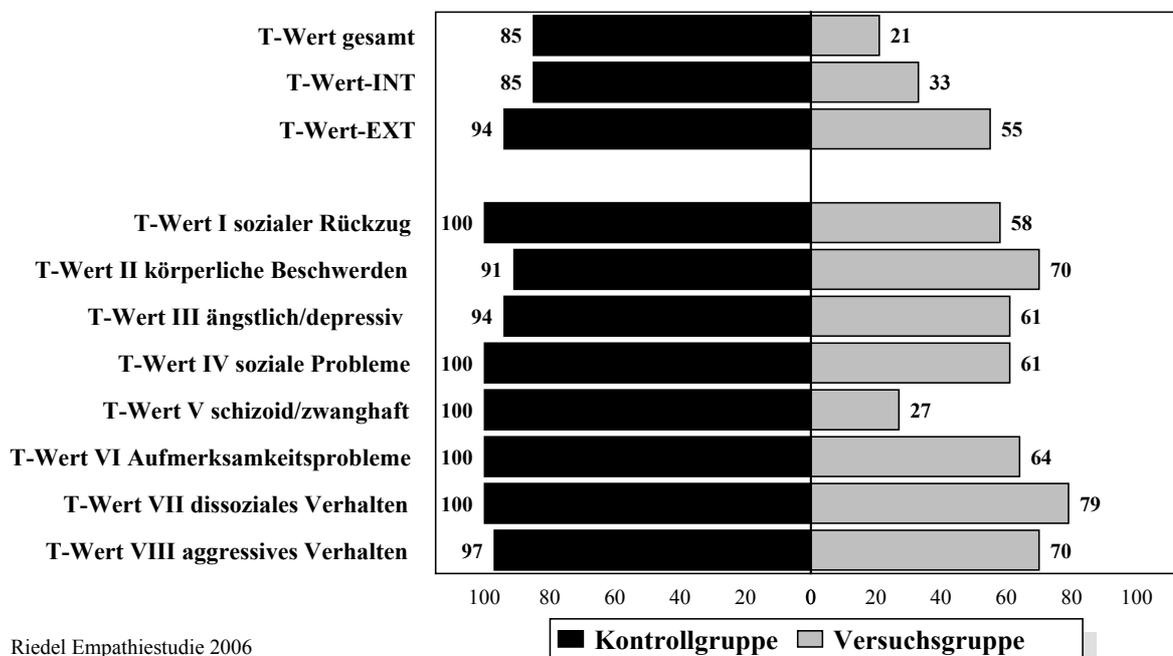
Gleiches gilt bei der Betrachtung der *unauffälligen Kinder*, also derer, die einen T-Wert von ≤ 67 in einer der acht Subskalen oder von ≤ 59 in einer Skalen 2. Ordnung aufweisen (vgl. Abb. 3).

Abb. 2: Testergebnisse des CBCL nach Kontrollgruppe und Versuchsgruppe (in % nur Anteil "Auffälliger")



Riedel Empathiestudie 2006

Abb. 3: Testergebnisse des Elternfragebogens (CBCL) nach Kontrollgruppe und Versuchsgruppe (in % nur Anteil "Unauffälliger")



Riedel Empathiestudie 2006

In einem weiteren Schritt wurden die internalisierenden Syndromskalen sozialer Rückzug (I), körperliche Beschwerden (II) und ängstlich-depressives Verhalten (III), die in der Skala 2. Ordnung T-Wert-INT zusammengefasst sind, einer näheren Analyse unterzogen.

Bei einem Mittelwert-Vergleich kann auch hier ein Unterschied zwischen Kontroll- und Versuchsgruppe in einer Signifikanzprüfung auf dem 5-Prozent-Niveau deutlich nachgewiesen und als signifikant bezeichnet werden (vgl. Tab. 5).

Ein geschlechterspezifischer Mittelwertvergleich innerhalb der Skala T-Wert-INT hingegen ergibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen. Das heißt, dass überraschenderweise Jungen im Rahmen dieser Studie genauso stark internalisierende Verhaltensweisen an den Tag legen wie Mädchen. Ähnlich verhält es sich bei einem geschlechtsspezifischen Mittelwertvergleich innerhalb der Skala T-Wert-EXT (Syndromskalen dissoziales Verhalten (VII) und aggressives Verhalten (VIII)): auch innerhalb der Externalisierenden Verhaltensweisen sind erstaunlicherweise keine signifikanten Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen feststellbar.

Interessanterweise sind allerdings signifikante Unterschiede zu erkennen, wenn man die Jungen oder Mädchen zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe miteinander vergleicht. Sowohl die Jungen als auch die Mädchen der Versuchsgruppe zeigen signifikant stärkere Verhaltensweisen als ihre Geschlechtsgenossen der Kontrollgruppe, und zwar sowohl innerhalb der Internalisierenden wie auch der Externalisierenden Verhaltensweisen. Das lässt auf eine deutlich stärkere Belastung der Kinder psychisch kranker Eltern beiderlei Geschlechts schließen.

Beim Altersvergleich zwischen den 7-11;4-Jährigen und den 11;5-15-Jährigen innerhalb der Skala T-Wert-INT fällt bei der Signifikanzprüfung ein tendenzieller Unterschied auf. Bei der jüngeren Gruppe der 7-11;4-Jährigen liegt der Mittelwert bei 57,3, bei der älteren Gruppe der 11;5-15-Jährigen bei 58,1 (vgl. Tab. 5).

Auch bei Gegenüberstellung der Externalisierenden Syndromskalen dissoziales Verhalten (VII) und aggressives Verhalten (VIII), die in der Skala 2. Ordnung T-Wert-EXT zusammengefasst sind, können Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe festgestellt werden, wie Tab. 5 zeigt:

Tab. 5: Mittelwertvergleich der CBCL-Ergebnisse INT-T-Wert (VAR 13) und EXT-T-Wert (VAR 15) nach Versuchs- und Kontrollgruppe, Alter und Geschlecht

	T-Wert Syndromskala INT		T-Wert Syndromskala EXT	
	Mittelwert	n	Mittelwert	n
gesamt	57,64	67	59,21	66
Kontrollgruppe	51,50	34	53,55	33
Versuchsgruppe	63,97	33	64,88	33
männlich	57,49	35	58,97	35
weiblich	57,18	32	59,48	31
KG männlich	50,41	17	51,67	17
KG weiblich	52,59	17	55,44	17
KG männlich	50,41	17	51,76	17
VG männlich	64,17	18	65,78	18
KG weiblich	52,59	17	55,44	16
VG weiblich	63,73	15	63,80	15
KG 7-10 Jahre	50,40	15	52,50	14
KG 11-15 Jahre	52,37	19	54,32	19
VG 7-10 Jahre	61,06	17	61,06	17
VG 11-15 Jahre	67,06	16	68,94	16
KG 7-10 Jahre	50,40	15	52,50	14
VG 7-10 Jahre	61,06	17	61,06	17
KG 11-15 Jahre	52,37	19	54,32	19
VG 11-15 Jahre	67,06	16	68,94	16

Riedel Empathiestudie 2006

Anmerkung: Die Zahlen in Rasterflächen stellen signifikante Unterschiede auf dem 5-Prozent-Niveau dar.

In sämtlichen acht Syndromskalen weisen die Mädchen der Versuchsgruppe signifikant stärkere Verhaltensauffälligkeiten auf als die Mädchen der Kontrollgruppe. Gleiches gilt für die Jungen, die in sieben von acht Syndromskalen signifikant höhere T-Werte und somit stärkere Verhaltensauffälligkeiten zeigen als die Jungen der Kontrollgruppe. Lediglich bei den „körperlichen Beschwerden“ kann keine Signifikanz nachgewiesen werden, wenngleich eine Tendenz sichtbar ist.

Auch bei einem Mittelwertvergleich zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe bezogen auf die Altersgruppen der 7-10Jährigen bzw. der 11-15Jährigen werden in 8 von 8 bzw. 7 von 8 Vergleichsabfragen signifikante Unterschiede zu Lasten der Versuchsgruppe deutlich.

Bei Gegenüberstellung der einzelnen acht Syndromskalen des CBCL werden in folgenden hervorgehobenen Bereichen signifikante Unterschiede deutlich:

Tab. 6: Syndromwerte des CBCL im Gruppenvergleich

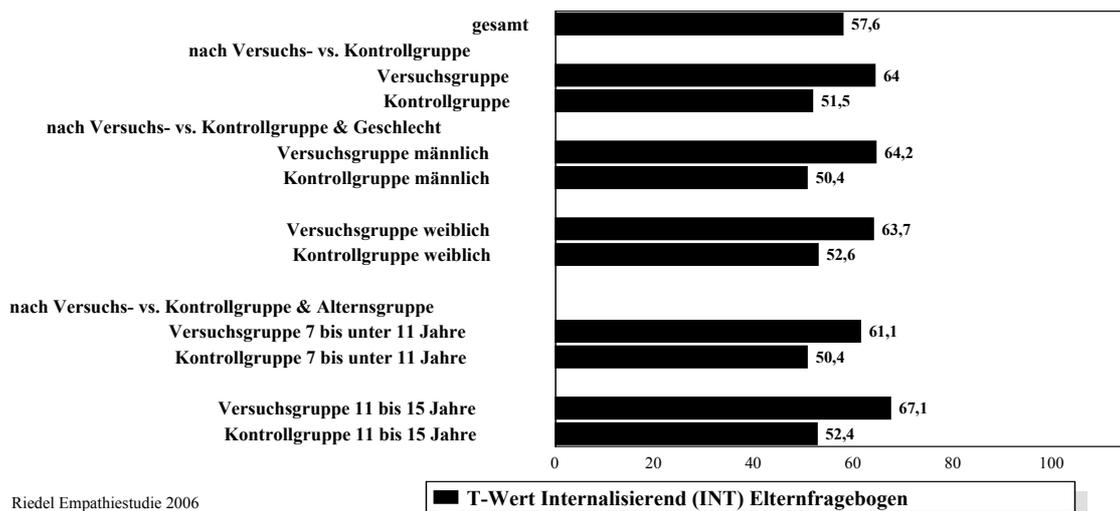
	T-Werte für die Syndromskalen des CBCL – jeweils gerundete Mittelwerte							
	Sozialer Rückzug	Körperliche Beschwerden	Ängstlich/ Depressiv	Soziale Probleme	Schizoid/ Zwanghaft	Aufmerksamkeitsprobleme	Dissoziales Verhalten	Aggressives Verhalten
gesamt	59	57	60	59	56	58	54	57
Kontrollgruppe	54	55	54	53	51	53	51	53
Versuchsgruppe	65	60	66	65	61	63	58	62
männlich	59	57	59	59	56	59	55	57
weiblich	60	57	61	59	56	58	54	58
KG männlich	52	55	54	53	51	53	52	53
KG weiblich	55	54	55	53	51	53	51	53
VG männlich	66	60	64	64	62	64	57	60
VG weiblich	64	60	68	66	61	63	58	64
KG männlich	52	55	54	53	51	53	52	53
VG männlich	66	60	64	64	61	64	57	60
KG weiblich	55	54	55	53	54	55	53	51
VG weiblich	64	60	68	66	60	68	66	61
Alter 7-10 Jahre	57	58	59	58	55	58	54	57
Alter 11-15 Jahre	61	57	61	60	57	59	55	58
KG 7-10 Jahre	53	56	53	52	51	52	51	51
KG 11-15 Jahre	54	54	56	53	51	54	51	54
VG 7-10 Jahre	61	59	64	62	59	63	57	61
VG 11-15 Jahre	69	61	68	68	64	64	58	63
KG 7-10 Jahre	53	56	53	52	51	52	51	51
VG 7-10 Jahre	61	59	64	62	59	63	57	61
KG 11-15 Jahre	54	54	56	53	51	54	51	54
VG 11-15 Jahre	69	61	68	68	64	64	58	63

Anmerkung: Die Zahlen in Fettdruck und Rasterfläche ergeben in den jeweiligen Gruppen einen signifikanten Unterschied zwischen den jeweiligen Gruppen, die in Kursivdruck und Rasterfläche zeigen eine entsprechende Tendenz an. Die Summenscores sind gerundet.

Bei genauerer Betrachtung der Internalisierenden Verhaltensweisen (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, ängstlich-depressives Verhalten) innerhalb der CBCL wird sehr deutlich, dass die Kinder der Versuchsgruppe diese Verhaltensweisen signifikant häufiger zeigen. Diese deutlichen Unterschiede zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe treten auch bei geschlechtsspezifischer Gegenüberstellung auf und zeigen sich ebenfalls bei altersspezifischer Differenzierung, und zwar sowohl bei den 7-10Jährigen als auch bei den 11-15Jährigen Kindern (vgl. Abb. 4).

Damit ist der deutliche Nachweis erbracht, dass Kinder psychisch kranker Eltern signifikant häufiger an Internalisierenden Verhaltensweisen leiden als Kinder der Normalpopulation.

Abb. 4: Testergebnisse des T-Wert-INT des Elternfragebogens (CBCL) nach Kontrollgruppe, Versuchsgruppe, Geschlecht & Alter



Riedel Empathiestudie 2006

Bei einem Mittelwertvergleich der Ressourcen-Skala der CBCL unterscheiden sich Versuchsgruppe und Kontrollgruppe in allen 3 Bereichen signifikant voneinander, während reine geschlechtsspezifische Vergleiche oder Vergleiche zwischen Jungen und Mädchen innerhalb der Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede aufweisen (vgl. Tab. 7). Daher kann festgestellt werden, dass die Kinder der Versuchsgruppe über deutlich weniger Kompetenzen in sämtlichen drei abgefragten Bereichen (Aktivitäten, Soziale Kompetenz, Schule) verfügen wie die Kinder der Kontrollgruppe. Am deutlichsten werden die Unterschiede in der Skala *Soziale Kompetenz*, in der bei allen dargestellten Mittelwertvergleichen signifikante Unterschiede gemessen wurden.

Tab. 7.: Mittelwertvergleich der Ressourcen-Skalen des CBCL (Aktivitäten, Soziale Kompetenz und Schulleistungen)

	Aktivitäten (Var. 40)	Soziale Kompetenz (Var. 42)	Schule (Var. 44)	N
gesamt	53,3	45,0	45,9	67
Kontrollgruppe	54,5	51,3	49,9	34
Versuchsgruppe	52,0	38,7	41,8	33
männlich	52,6	46,3	45,3	35
weiblich	54,0	46,3	45,3	32
KG männlich	54,2	52,2	50,8	17
KG weiblich	54,8	50,4	49,1	17
KG männlich	54,2	52,2	50,8	17
VG männlich	51,0	36,4	42,4	18
KG weiblich	54,8	50,5	49,1	17
VG weiblich	53,1	41,5	41,0	15
VG 7-10 Jahre	53,2	41,6	43,2	17
VG 11-15 Jahre	50,8	35,6	40,3	16
KG 7-10 Jahre	54,1	50,6	49,3	15
VG 7-10 Jahre	53,2	41,6	43,2	17
KG 11-15 Jahre	54,8	51,8	50,0	19
VG 11-15 Jahre	50,7	35,6	40,3	16

Anmerkung: Zahlen in Fettdruck und Rasterfläche unterscheiden sich signifikant.

Wie im Weiteren noch ausführlicher erörtert erweist sich das 4. Mimik-Bild des Teilbereiches Mimik des ETK als besonders trennscharf, hier im Zusammenhang mit dem externalisierenden Persönlichkeitswert. Die auffälligen Kinder erreichen einen signifikant höheren Mimik-Wert ($p = 0,026$).

Tab. 8: Zusammenhang zwischen der Syndromskala EXT (Var. 15) und dem ETK-Wert Mimik (Var. 170-175)

SC Empathie Mimik (Variablen 170-175) Syndromwert EXT ist	Mittelwert ²	N
unauffällig (bis 59)	121,8	50
Grenzbereich (60-63)	98,5	6
auffällig (über 64)	159,5	11
gesamt	125,9	67

Es bleibt aber festzuhalten, dass im Allgemeinen nur wenige kontinuierliche Signifikanzen zwischen einzelnen CBCL-Ergebnissen und einzelnen Summenscores des ETK festzustellen sind. Ein auffälliger Wert in der CBCL ist also weder kontinuierlich mit hohen noch mit niedrigen Empathiewerten verbunden. Es ist also von widersprüchlichen Tendenzen bei der ETK-Auswertung auszugehen.

5.5.3 Ergebnisse des Empathie-Tests für Kinder (ETK)

Bezüglich des ETK ist festzustellen, dass die Unterschiede zwischen VG und KG nicht wie erwartet zu generellen deutlichen Signifikanzen führen, sondern lediglich innerhalb einzelner Items signifikante Unterschiede bei einer Mittelwertberechnung zu erkennen sind.

Bei folgenden Einzelaufgaben des ETK sind signifikante Mittelwertunterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe feststellbar:

1. Körpersprache (Items 83-103 ohne 85, 94, 97)
2. Mimik (Items 128-175)

Allerdings ist sowohl bei der Perspektiventübernahme als auch bei der Gefühlsansteckung eine gleiche Tendenz feststellbar: In allen vier Einzelbereichen des ETK und somit auch im Gesamttest erreicht die Kontrollgruppe höhere Werte als die Versuchsgruppe. Es ergibt sich folgendes Bild bezüglich der Ergebnissen des ETK:

² Bei der Bildung der jeweiligen Mittelwerte mussten die wenigen Kinder (3), die auf der 50er Skala mit der extremen „0“ geantwortet hatten, vernachlässigt werden, was aber kaum zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben dürfte. In Zukunft sollte aber eine Skala von 1 bis 50 zur Anwendung kommen.

Tabelle 9: Mittelwerte der Summenscores des ETK in den jeweiligen Gruppen mit Signifikanzprüfung

	Perspektiven übernahme (Var. 48-82 ³)	Körper- sprache (Var. 83-103)	Gefühls- ansteckung (Var. 104-127)	Mimik (Var. 128-175)	ETK- Gesamt (Var. 48-175)
gesamt	753	475	453	1005	2687
Kontrollgruppe	778	509	455	1090	2832
Versuchsgruppe	728	441	451	918	2537
männlich	749	471	421	971	2612
weiblich	758	479	489	1043	2769
KG männlich	834	538	463	1080	2917
KG weiblich	722	479	447	1099	2747
VG männlich	668	408	381	867	2324
VG weiblich	799	479	536	979	2793
KG männlich	834	538	463	1080	2917
VG männlich	668	408	382	867	2324
KG weiblich	722	479	447	1099	2747
VG weiblich	799	479	536	979	2793
Alter 7-10 Jahre	709	428	462	937	2536
Alter 11-15 Jahre	794	518	445	1068	2825
VG 7-10 Jahre	683	377	428	789	2278
VG 11-15 Jahre	774	508	476	1055	2813
KG 7-10 Jahre	737	486	501	1104	2828
KG 11-15 Jahre	810	526	419	1079	2835
VG 7-10 Jahre	683	377	428	789	2278
KG 7-10 Jahre	737	486	501	1104	2828
VG 11-15 Jahre	775	508	476	1055	2813
KG 11-15 Jahre	810	526	419	1079	2835

Riedel Empathiestudie 2006

Anmerkung: Die Zahlen in Fettdruck und Rasterfläche ergeben in den jeweiligen Gruppen einen signifikanten Unterschied zwischen den jeweiligen Gruppen, die Zahlen in Kursivdruck zeigen Tendenzen an. Die Summenscores sind gerundet.

³ Jeweils ohne die Items in den Subtests, die laut Testanweisung als Kontrollfragen nicht mit einzurechnen waren.

Vergleicht man die Mittelwerte zwischen Kontroll- und Versuchsgruppe bezüglich der Empathie-Bereiche Perspektivenübernahme, Gefühlsansteckung, Körpersprache und Mimik, muss auch hier festgestellt werden, dass die erwarteten durchgängigen signifikanten Unterschiede nicht vorliegen. Lediglich in zwei Subskalen können signifikante Unterschiede bei einem Mittelwertvergleich mit Summenbildung nachgewiesen werden. In der Subskala Körpersprache (Var. 83-103) treten signifikante Unterschiede bei einem Mittelwert von 508,4 für die Kontrollgruppe und 440,6 für die Versuchsgruppe auf einem Niveau von 0,036 (KG) bzw. 0,038 (VG) auf. In der Subskala Mimik (Var. 128-175) liegen die Mittelwerte der Versuchsgruppe bei 917,8 ($p=0,021$), die der Kontrollgruppe bei 1089,1 ($p=0,020$).

Daraus lässt sich ableiten, dass die Fähigkeit von Kindern psychisch kranker Eltern, die Körpersprache und Mimik auf Bildern zu erkennen, geringer ausgeprägt ist als bei den Kindern der Kontrollgruppe.

Auch Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind relevant. Tendenziell hat die ältere Versuchsgruppe die besseren Empathiewerte, signifikante Unterschiede sind in den Bereichen Perspektivenübernahme sowie Körpersprache zu konstatieren. Interessanterweise gilt das nicht gleichermaßen für den Teil der Kontrollgruppe.

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung ergeben sich lediglich bei den Jungen deutliche Unterschiede im Hinblick auf signifikant höhere Empathiewerte in der Kontrollgruppe im Vergleich zur Versuchsgruppe (mit Ausnahme der Gefühlsansteckung). Bei Mädchen scheinen sich ungünstige Familieneinflüsse durch psychisch kranke Eltern nicht gleichermaßen negativ auf die Empathiefähigkeit auszuwirken wie bei Jungen. Über die unterschiedlichen Kompensierungsmechanismen der Geschlechter sollte weiter geforscht werden.

5.5.4 Ergebnisse des Fachkraft-Fragebogens (FKB)

Zunächst folgen Aussagen zum **Grundberuf** der Fachkräfte. An der Untersuchung beteiligten sich:

Facharzt Pädiatrie	1
Diplom-Pädagogen	3
Diplom-Psychologen	9
Dipl.-Sozialarbeiter / Dipl.-Sozialpädagogen	8
Heilpädagogen	3
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	9

Wie zu erkennen, werden die meisten Kinder psychisch kranker Eltern von den drei Berufsgruppen Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagogen, Dipl.-Psychologen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten versorgt, gefolgt von Heilpädagogen, Diplom-Pädagogen und einem Arzt.

Angaben zur **Institution** der Fachkräfte:

Kinder- und Jugendpsychiatrie	4
Ambulante Jugendhilfe	7
Stationäre Jugendhilfe	1
Psychiatrische/Psychotherapeutische Praxis	15
Projektmaßnahme	2
Sonstige	4

Bei Betrachtung der Institutionen, von denen die Kinder psychisch kranker Eltern im Rahmen der Erhebung betreut wurden, bilden die ambulanten psychotherapeutischen Praxen mit 45,5% die mit Abstand größte Gruppe, gefolgt von der ambulanten Jugendhilfe mit 21,2% und der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 12,1%.

Als auffällig zu bewerten ist die Tatsache, dass trotz breit gestreuter Versendung der Fragebögen keine einzige Rücksendung durch Fachkräfte erfolgte, die in erster Linie mit den Eltern arbeiteten. Sämtliche Fragebögen der Versuchsgruppe, auch innerhalb der Psychiatrischen/Psychotherapeutischen Praxis, setzen sich aus Arbeitsfeldern mit Kindern psychisch kranker Eltern zusammen. Daraus lässt sich ableiten, dass ein Bewusstsein für die Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern zwar in besonders motivierten Fällen vorliegt (Studienteilnahme von 24,5% in der Versuchsgruppe), bei exakter Analyse der teilnehmenden Fachkräfte jedoch festgestellt werden muss, dass bei den Fachkräften, die mit den psychisch erkrankten Eltern arbeiten, ein Wahrnehmungsdefizit bezüglich der Problematik der beteiligten Kinder vorliegen kann.

1. Aussagen der Fachkräfte zur **psychischen Erkrankung**

Innerhalb der untersuchten Population waren erkrankt:

Mutter	24
Vater	6
beide	3

Bei der Erkrankung der Elternteile war ein deutlicher Überhang der Mütter zu verzeichnen, die im Vergleich zu den Vätern viermal häufiger als erkrankter Elternteil angegeben wurden. Da statistisch nicht belegt werden kann, dass Frauen ein vierfach höheres Risiko aufweisen, an einer psychischen Erkrankung zu leiden, muss dieser Unterschied andere Ursachen haben. Hier wird davon ausgegangen, dass eine wesentliche Ursache darin begründet liegt, dass psychisch kranke Mütter wesentlich häufiger und auch länger in ihrer Familie bleiben als die Väter. Damit wäre die höhere Quote erkrankter Mütter in der Studie zu erklären.

Im Zusammenhang mit den Summenscores des ETK gab es nur drei signifikante Zusammenhänge, wobei interessanterweise jeweils bei Erkrankung des Vaters die höchsten Empathiewerte erzielt wurden, und die niedrigsten, wenn beide Elternteile erkrankt sind. Das legt den Schluss nahe, dass die Erkrankung beider Elternteile sich am gravierendsten auf die Empathiefähigkeit der Kinder auswirkt (niedrigste Empathiewerte). Die höchsten Empathiewerte bei Erkrankung des Vaters hingegen machen deutlich, dass noch ein hohes Maß an Empathiefähigkeit bei den Kindern vorhanden ist, sich die Erkrankung des Vaters also nicht so gravierend auf die Empathiefähigkeit der Kinder auswirkt.

Tab. 10: Erkrankter Elternteil und ausgewählte ETK-Ergebnisse

Erkrankter Elternteil	Mittelwert			N
	SC Empathie Computerwunsch (Var. 55-61)	SC Empathie Hundespiel (Var. 62-67)	SC Empathie Mimik Mädchen (Var. 55-61)	
Mutter	171,4	194,3	93,4	24
Vater	193,8	206,0	160,5	6
Beide	137,7	100,0	90,7	12
gesamt	187,8	187,8	105,4	33

2. Als **Formen der Erkrankung** wurden angegeben:

Ängste	5
Depressionen	22
Schizophrenie	6

Bei der Form der Erkrankung existiert ein deutlicher Schwerpunkt mit 66% Nennungen bei Depressionen. Die beiden anderen Krankheitsformen Ängste und Schizophrenie treten in ungefähr gleich großen Gruppen mit 15,5% bzw. 18,2% in Erscheinung.

3. Die **Intensität der Erkrankung** wurde angegeben mit:

leicht	0
mittel	19
schwer	14

Bei der abgefragten Intensität der Erkrankung fällt auf, dass in keinem Fall der Versuchsgruppe „leicht“ angegeben wurde, sondern es sich bei 57,6% der Fälle um mittlere Intensität und bei 42,4% sogar um schwere Erkrankungen handelte.

4. Als **momentane Behandlungsformen** ergaben sich:

ambulant	28
teilstationär	4
stationär	1

Trotz der erwähnten Schwere der Erkrankungen werden die meisten psychisch kranken Eltern nicht etwa, wie man vermuten könnte, stationär oder teilstationär behandelt. 81,1% der Fälle befinden sich in ambulanter Behandlung, 12,1% in teilstationärer und lediglich 3% in stationärer Behandlung.

5. Die **Klinikaufenthalte der Eltern** ergaben:

keine Aufenthalte	6
1	8
2	4
3	4
4	3
5	7
6	1

Die überwiegende Mehrheit der Eltern hat mindestens einen Klinikaufenthalt absolviert, nur ein Fünftel noch keinen. Auch diese Zahlen unterstreichen den hohen Morbiditätsgrad der Eltern.

6. Als **Alter des Kindes bei Erkrankung** wurde angegeben:

bereits bei Geburt	15
Kindesalter 1 Jahr	2
2 Jahre	1
3 Jahre	2
5 Jahre	1
7 Jahre	1
8 Jahre	4
9 Jahre	4
10 Jahre	1
11 Jahre	2

Somit waren die Eltern zu 45 % bereits bei Geburt erkrankt, 25 % im Vorschulalter und der Rest im Schulalter. In der Mehrzahl handelt es sich also um langjährige Krankheitsbilder, mit denen die Kinder der Versuchsgruppe von sehr jungem Alter an konfrontiert waren.

In Abhängigkeit von der **Differenz Erkrankungsalter**, also dem Alter des Kindes bei erstmaligem Ausbruch der psychischen Erkrankung des Elternteils, ist folgender Unterschied relevant: Nur bei Verwendung der ein oder maximal zwei am höchsten ladenden Items jeder Skala des ETK ist ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des gedrittelten Erkrankungsalters festzustellen. Je jünger das Kind zum Zeitpunkt der Erkrankung der Eltern war, desto geringer ist der Empathiewert ($p= 0,006$).

Tab 11: Zusammenhang zwischen dem Erkrankungsalter der Eltern und dem Empathiescore

SC Empathie (Var. 48-175) nur jeweils höchste Skalenwerte		
Erkrankung der Eltern	Mittelwert	N
bei Geburt vorhanden	780	15
frühzeitig (Kindesalter 1-7 Jahre)	849	7
späteres Erkrankungsalter (8-14 Jahre)	1057	11
gesamt	887	33

Auch bei Verwendung aller gültigen Werte des ETK ergibt sich die gleiche Tendenz, die allerdings nicht signifikant ist ($p= 0,098$).

Bezüglich der **Wohnsituation der Kinder** ist festzustellen, dass die meisten Kinder (40%) zum Zeitpunkt der Befragung bei einem allein erziehenden Elternteil leben, 16%

bei der leiblichen Mutter mit einem neuen Partner und ungefähr ein Viertel aller Kinder psychisch kranker Eltern mit beiden Elternteilen zusammen leben. Mit 18% stellt die Gruppe der Kinder, die in Pflege- oder Adoptivfamilien bzw. im Heim leben, ebenfalls eine gewisse Größe dar. Die meisten der Kinder (80%) leben bei dem erkrankten Elternteil.

Der Summenscore Empathie in Bezug darauf, ob das Kind bei dem erkranktem Elternteil lebt, ergibt, wenn signifikante Zusammenhänge nachweisbar sind, dann immer den höchsten Empathie-Wert, wenn das Kind bei dem erkrankten Elternteil lebt (Mimik, $p = 0,049$).

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Versuchsgruppe unter deutlich anderen Familienverhältnissen aufwächst als der Durchschnitt der Kinder. Es kann verallgemeinert werden: Ein erkrankter Elternteil beeinträchtigt das Aufwachsen der Kinder schon beträchtlich, umso mehr liegen aber dann gestörte Familienverhältnisse vor, wenn beide Elternteile erkrankt sind oder waren.

Bezogen auf **protektive und kompensierende Faktoren** ist nach Aussage der Fachkräfte bei zwei Dritteln kein kompensierender, Sicherheit vermittelnder Elternteil vorhanden (nein bei 21 Kindern, ja bei 12). Bessere Relationen ergeben sich hinsichtlich enger Beziehungen des Kindes zu einer wichtigen Bezugsperson, diese haben fast zwei Drittel der Kinder. Sie verfügen allerdings nicht in gleichem Maße über ein soziales Netz außerhalb der Familie. Das sehen die Fachkräfte nur bei einem Drittel (13 Kinder).

Ein weiterer Vergleich wurde bezüglich der beiden **Symptome Phobien und Alpträume** vorgenommen. Hier wurden signifikante Unterschiede dahingehend festgestellt, dass Kinder der Versuchsgruppe mehr als doppelt so häufig unter Alpträumen leiden wie Kinder der Kontrollgruppe.

Bei Phobien tritt dieser Unterschied noch deutlicher in Erscheinung. Nahezu jedes zweite Kind psychisch kranker Eltern leidet unter Phobien. Die Zahl der Kinder der Versuchsgruppe, bei denen Phobien angegeben wurden, lag mit 48% mehr als drei Mal so hoch wie bei den Kindern der Kontrollgruppe (15%). Bei einem auf Phobien bezogenen Geschlechtervergleich lassen sich ebenfalls signifikante Unterschiede erkennen. Phobien treten in der gesamten Untersuchungsgruppe bei Mädchen etwa doppelt so häufig auf wie bei Jungen. Innerhalb der Kontrollgruppe sind bei keinem Jungen Phobien zu

verzeichnen, während 29% der Mädchen darunter leiden. In der Versuchsgruppe wurden sie von 39% der Jungen und 60% der Mädchen angegeben, was die starke Belastung mit Phobien bei Kindern psychisch kranker Eltern noch einmal unterstreicht.

Tab. 12: Phobien und Alpträume in Versuchs- und Kontrollgruppe und nach Alter

in %	Phobien (Var. 242)		Alpträume (Var. 243)	
	nicht zutreffend	manchmal/ häufig zutreffend	nicht zutreffend	manchmal/ häufig zutreffend
gesamt	69	31	67	33
Kontrollgruppe	85	15	79	21
Versuchsgruppe	52	48	55	45
männlich	80	20	66	34
weiblich	56	44	69	31
KG männlich	100	0	76	24
KG weiblich	71	29	82	18
VG männlich	61	39	56	44
VG weiblich	40	60	53	47

Anmerkung: Felderpaare in Fettdruck und Rasterflächen unterscheiden sich signifikant.

Es ist davon auszugehen, dass die *Zuwendung* in den Familien mit psychisch kranken Eltern, das *gegenseitige Zuhören* und *Vertrauen* sowie die *Feinfühligkeit im Bindungsverhalten* in erheblichem Maße gestört sind.

Insofern ist es folgerichtig, dass die Fachkräfte die Beziehungen in den Familien relativ zurückhaltend beurteilen. Nur in wenigen Familien werden die Beziehungen uneingeschränkt positiv bewertet. Der Mittelwert liegt in allen fünf erfragten Beziehungseinschätzungen jenseits der 2,7. Am besten werden Zuwendung und Bindungsverhalten eingeschätzt, am schlechtesten das gegenseitige Vertrauen sowie die Feinfühligkeit in den Beziehungen.

Tab. 13: Urteile der Fachkräfte über Beziehung in der Herkunftsfamilie

Frage: Kreuzen Sie bitte an: 1 = sehr intensiv bis 5 = wenig intensiv

in %	Pos.	1	1+2	3	4+5	5	MW*
	Zuwendung	12	46	24	30	3	2,8
	Bindungsverhalten	12	46	24	30	12	2,9
	Zuhören können	9	27	30	43	6	3,1
	Gegenseitiges Vertrauen	3	24	24	52	12	3,4
	Feinfühligkeit in der Beziehung	3	24	21	55	15	3,4

* sortiert nach Mittelwert

Die Hypothese, dass die Kinder psychisch kranker Eltern bedeutend häufiger mit unsicheren Bindungserfahrungen konfrontiert sind, lässt sich auch im Rahmen der Studie nachweisen. In der Meta-Analyse von van Ijzendoorn (1996) zur Bindungsforschung wird innerhalb der Durchschnittsbevölkerung von 23,2% unsicher-vermeidend gebundenen Kindern (A), 17,6% unsicher-ambivalent gebundenen Kindern (C) und 59,2% sicher gebundenen Kindern (B) ausgegangen (zit. in: Schmidt und Strauß 1997, S. 9).⁴ Innerhalb der Versuchsgruppe sind die Bindungsformen der Kinder psychisch kranker Eltern wie folgt verteilt:

Tab. 14: Bindungsverhalten in der Untersuchung im Vergleich zur Normalpopulation

Bindungsverhalten ist

	N	in %	Vergleich Normalpopulation
unsicher-ambivalent (C)	15	46	18
unsicher-vermeidend (A)	11	33	23
sicher gebunden (B)	4	12	59
desorganisiert (D)	3	9	10

Damit wird deutlich, dass Kinder aus der Normalpopulation fünf Mal häufiger auf sichere Bindungsbeziehungen (B) zurückgreifen können wie Kinder psychisch kranker Eltern (59,2% : 11,8%). Unsicher-vermeidendes Bindungsverhalten (A) tritt in der Normalbevölkerung in 23,2% aller Fälle auf, in der Versuchsgruppe mit 32,4% bedeutend häufiger. Noch deutlicher ist der Unterschied bei dem unsicher-ambivalent gebundenen Kindern (C), die in der Durchschnittsbevölkerung mit 17,6% vorkommen, in der Studie mit 44,1% jedoch die größte Gruppe ausmachen. Lediglich bei den desorganisiert gebundenen Kindern (D) kann mit 10 : 8,8% ein Zusammenhang zwischen beiden Gruppen festgestellt werden.

In einer weiteren Abfrage wurden bestimmte Eigenschaften der Kinder, die sowohl von den Eltern (CBCL) als auch den Fachkräften (FKB) eingeschätzt werden sollten, mit Angaben im ETK verglichen.

⁴ Das „desorganisierte Bindungsverhalten“ als eine neu hinzugekommene Bindungsform wird von den beiden Autoren noch nicht erfasst. Andere Autoren (vgl. Grossmann und Grossmann 1996, S. 30) geben die Zahl der desorganisiert gebundenen Kinder jedoch mit 10% an.

Aufgrund der geringen Signifikanzen im ETK und seinen Sub-Skalen wurde eine andere Form der Berechnung herangezogen, indem ein ETK-Gesamtsummenscore gebildet und dieser dann in einem weiteren Schritt gedrittelt wurde. Bezogen auf die abgefragten Items ergibt sich folgendes Bild:

Tab. 15: ETK-Gesamtergebnis und Eigenschaften der Kinder nach Fachkräfte- bzw. Elternurteil

jeweils nur: trifft zu 1+2	ETK-Summenscore-Gesamt Var. 48-175 gedrittelt			%	N
	gering 944-2535	mittel 2592-3031	hoch 3069-4047		
gesamt	35	30	35	100	66
Angst, Schlimmes zu denken	61	11	28	55	18
wertlos	54	21	25	73	24
ängstlich	52	24	24	64	21
Schuldgefühle	50	18	32	67	22
traurig	48	22	30	82	27
hört Dinge	100			3	1
sieht Dinge			100	3	1
Raufereien	31	38	31	49	16
schreit viel	22	33	44	27	9
spielt Clown	43	36	21	42	14
störrisch	35	39	26	70	23
bedroht andere	29	43	29	21	7
lügt	45	36	18	33	11
Vandalismus	17	50	33	18	6

Anmerkung: Die Zahlen in Fettdruck und Rasterflächen repräsentieren signifikante Unterschiede in der Drittelung.

Ein geringer Empathiewert (gesamt) korrespondiert also deutlich mit Ängstlichkeit, der Neigung zum Lügen und dem Gefühl von Wertlosigkeit. Andererseits ist bei den Attributen „schreit viel“ sowie Vandalismus ein vergleichsweise hoher Empathiewert festzustellen. Hier müssten weitere Untersuchungen der Frage nachgehen, ob beurteiltes extremes und auffälliges Verhalten der Kinder (Schreien, Vandalismus) nicht oft eher eine Signalfunktion hat als mit Empathiedefiziten einherzugehen.

Durchaus widersprüchliche und uneinheitliche Zusammenhänge ergeben sich auch, wenn die Eigenschaften und Verhaltensweisen der Kinder psychisch kranker Eltern, wie sie von den Fachkräften eingeschätzt werden, mit den ETK-Ergebnissen verglichen werden. Dazu im Folgenden ein Beispiel (Tab. 16).

Tab. 16: Fachkräfteurteil: Eigenschaften der Kinder und ausgewählte ETK-Ergebnisse

Fachkräfteurteil	Mittelwert			
	Gesamt-SC Mimik nur Items mit hohem E-Wert (Var. 128-175)		Gesamt-SC Perspektivenübernahme (Var. 48-82)	
	...hat Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun		...ist furchtsam und ängst- lich	
		N		N
nicht zutreffend	359,9	15	103,1	12
manchmal zutreffend	299,0	11	95,2	12
häufig zutreffend	450,2	7	64,4	9
gesamt	358,9	33	89,7	33
	$p = 0,035$		$p = 0,015$	

Während die hohen Mimik-Ergebnisse mit häufigen Ängsten korrespondieren (ähnlich bei „Raufereien“, „schreit viel“ und „störrisch“), ist es beim Summenscore Perspektivenübernahme umgekehrt (ähnlich bei „betrügt“). Die Korrelationen sind also nicht eindeutig, sondern eher arbiträr. Interessanterweise finden sich bei Kindern, die „intensiv zuhören können“ (Var. 208) sowie ausgeprägtem „gegenseitigen Vertrauen“ (Var. 209) sehr hohe Empathiewerte. Es ist insofern zu vermuten, dass die Typenbildung der Testkonstruktion des ETK mitunter Zusammenhänge eher verdeckt als deutlich macht.

Nachfolgend wurden die Zusammenhänge zwischen der Einschätzung des Kindes durch die Fachkräfte (Var. 190-205) und den zusammengefassten Empathiewerten des ETK vollständig auf Signifikanz geprüft. Dabei erwiesen sich nur einige wenige Bilder (Summenscores) als signifikant.

Tab. 17: Fachkräfteurteil: Eigenschaften der Kinder und signifikante ETK-Ergebnisse (jeweils zu- bzw. abnehmende Tendenz)

Var.	Item	Tendenz des Empathiewertes von gar nicht bis häufig zutreffend	Summenscore des ETK	Signifikanz ergebnis $p=$
192	ängstlich	abnehmend	48-54	0,008
201	spielt Clown	<i>zunehmend</i>		0,018
202	störrisch	<i>zunehmend</i>		0,031
192	ängstlich	abnehmend	62-67	0,004
199	Raufereien	<i>zunehmend</i>		0,031
202	störrisch	<i>zunehmend</i>		0,001
201	spielt Clown	<i>zunehmend</i>	76-82	0,039
192	ängstlich	abnehmend	48-82	0,015
199	Raufereien	<i>zunehmend</i>		0,030
202	störrisch	<i>zunehmend</i>		0,008
192	ängstlich	abnehmend	98-103	0,049
200	schreit viel	<i>zunehmend</i>		0,047
201	spielt Clown	<i>zunehmend</i>		0,000
204	lügt	abnehmend		0,038
199	Raufereien	<i>zunehmend</i>	146-151	0,041
199	Raufereien	<i>zunehmend</i>	170-175	0,035

Anmerkung: Ergebnisse in Rasterflächen sind signifikant.

Folgendes kann festgehalten werden:

- Nur wenige Zusammenhänge sind auf dem 5-Prozent-Niveau signifikant.
- Die Items „ist furchtsam und ängstlich“ sowie „lügt, betrügt und schwindelt“ weisen eine umgekehrte Tendenz auf, d.h., der Empathiewert hat bei „nicht zutreffend“ den höchsten und bei „genau oder häufig zutreffend“ den niedrigsten Wert. Die anderen Items reagieren genau umgekehrt. Hier kreuzen sich offensichtlich zwei Tendenzen, die noch genauer untersucht werden müssten.
- Das erste Bild des ETK (Annika), das dritte (Sandra) und das fünfte (Sarah) haben im Rahmen der Perspektivenübernahme die größte Trennschärfe, die „Selbstsichere Puppe“ bei der Körpersprache. In der Mimik-Batterie erzielen nur das vierte und das achte Bild signifikante Ergebnisse, bei Gefühlsansteckung/Betroffenheit keines.

Diese Ergebnisse können mit Aussagen zum **Kommunikationstyp** nach Satir konfrontiert werden.

Nach Virginia Satir tendieren Menschen in Stresssituationen dazu, in individuell immer wieder gleichbleibende Kommunikationsmuster zu verfallen. Die von ihr entwickelten Kommunikationsmuster, die im FKB abgefragt wurden, sind: der Beschwichtiger, der Ankläger, der Rationalisierer, der Ablenker, der Kongruente (vgl. Bandler, Grinder, Satir 1993, S. 56ff.; Satir 1993, S. 81ff.).

In der folgenden Tabelle ist der seitens der Fachkräfte eingeschätzte Kommunikationstyp des Kindes nach Geschlecht und Alter dargestellt. Dabei wird deutlich, dass keines der Kinder als *kongruent*, also stimmig bzw. ausgeglichen angegeben wurde. Weiterhin fällt auf, dass die Geschlechterverteilung beim *Ankläger* nicht wie erwartet eine höhere Quote bei den Jungen ergibt, sondern mit 80:20 % bedeutend mehr Mädchen *Ankläger* sind. Ähnlich verhält es sich beim *Ablenker*, der statt der erwarteten höheren Quote bei den Mädchen mit 78:22 % zugunsten der Jungen vorkommt.

Bezüglich der Altersverteilung fällt auf, dass es lediglich beim Kommunikationstyp *Beschwichtiger* mehr ältere als jüngere Kinder gibt, während bei den anderen Kommunikationstypen (*Ankläger*, *Rationalisierer*, *Ablenker*) die 7-11;4-Jährigen Kinder bedeutend stärker vertreten sind als die 11;5-14;9-Jährigen Kinder. Beide genannten Phänomene müssten noch genauer untersucht werden, um Hintergründe für die unerwartete Verteilung aufschlüsseln zu können.

Tab. 18: Kommunikationstypen bei Kindern psychisch kranker Eltern (in %)

Pos. nur ja N=33	Beschwichtiger	Ankläger	Rationalisierer	Ablenker
gesamt	39	15	18	27
nach Geschlecht				
männlich	54	20	50	78
weiblich	46	80	50	22
nach Altersgruppen				
7 bis 11,4 Jahre	26	71	65	84
11,5 bis 14,9 Jahre	74	29	35	16

5.5.5 Ergebnisse hinsichtlich der Erkrankung der Eltern

Nachfolgend interessiert die Frage, inwieweit die Erkrankung der Eltern Einfluss auf das Familien- und Bindungsverhalten hat.

Tab. 19: Zusammenhang zwischen der Form der Erkrankung der Eltern und dem Bindungsverhalten des Kindes (nur A vs. C, in %)

Form der Erkrankung	Bindungsverhalten		N
	unsicher-vermeidend (A)	unsicher-ambivalent (C)	
Ängste	0	100	4
Depressionen	44	56	18
Schizophrenie	75	25	4
gesamt	42	58	26

Während bei Ängsten und Depressionen in der Tendenz mehr Kinder eine unsicher-ambivalente (C) Bindung aufweisen, handelt es sich bei der Krankheitsform Schizophrenie eher um ein unsicher-vermeidendes (A) Bindungsverhalten (Chi-Quadrat 4,72, df 2, $p=0,094$)

Unsicher-vermeidendes Bindungsverhalten ist gemeinhin bei Kindern mit frühen Bindungsstörungen vorzufinden. Sie haben kein Zutrauen in ihre primäre Bezugsperson entwickeln können, wenden sich eher dem Spielzeug und materiellen Dingen zu, als sich immer wieder von Personen oder Beziehungen enttäuschen zu lassen. Emotionen scheinen ihnen unwichtig, auch scheint lediglich eine sehr geringe empathische Kompetenz vorzuliegen. Unsicher-ambivalentes Bindungsverhalten hingegen tritt bei Kindern auf, die in frühen Jahren eine etwas größere Bindungssicherheit von ihren Bezugspersonen erfahren haben, dieses jedoch oft unberechenbar und ambivalent war, sodass sie schwer einschätzen konnten, was gemeint war. Gefühle spielen bei unsicher-ambivalent gebundenen Kindern eine größere Rolle als bei unsicher-vermeidenden Kindern; auch bezüglich ihrer Empathiefähigkeit sind sie kompetenter, da sie meist versuchen, dem Gegenüber zu gefallen und sich ihm anzupassen.

Das Ergebnis der Gegenüberstellung dieser beiden Bindungstypen mit den Krankheitsbildern stimmt insofern mit den Aussagen überein, dass die frühere und bezogen auf Beeinträchtigungen der Gefühle und der Empathiefähigkeit schwerere Bindungsstörung häufiger bei schizophren erkrankten Eltern vorzufinden ist. Denn auch hier gilt, dass Schizophrenie wegen ihres früheren Ausbruches und ihrer Intensität oft als schwerere psychische Erkrankung und belastender in ihren Auswirkungen auf Angehörige zu werten ist als Ängste oder Depressionen (vgl. Kap. 2).

Tab. 20: Zusammenhang zwischen der Erkrankung der Mutter (nur Ängste und Schizophrenie) und Bindungsverhalten des Kindes

Form der Erkrankung	Bindungsverhalten		N
	unsicher-vermeidend (A)	unsicher-ambivalent (C)	
Ängste	0	100	4
Schizophrenie	67	33	3
gesamt	29	71	7

Trotz des kleinen n werden die Unterschiede zwischen dem Krankheitsbild Ängste und Schizophrenie auch in dieser weiter aufgeschlüsselten Gegenüberstellung besonders deutlich (Chi-Quadrat 3,73, df 1, $p=0,053$).

Ein weiterer Unterschied betrifft die Alpträume, die Kinder psychisch kranker Eltern haben. Signifikante Auffälligkeiten sind bei den Müttern zu erkennen. Bei ängstlichen Müttern tauchen Alpträume bei 60% der Kinder nicht auf, bei 40% treten sie manchmal auf; bei depressiven Müttern tauchen Alpträume in 64,7% der Fälle nicht auf, in 35,3% manchmal. Bei Müttern mit schizophrener Erkrankung jedoch haben lediglich 40% der Kinder keine Alpträume, bei 20% kommen sie manchmal vor, bei 40% sogar häufig (*Chi-Quadrat=9,6; df=4; p=0,049*).

Stellt man bzgl. der Alpträume nur die Kinder von ängstlich und schizophren erkrankten Müttern gegenüber, bleiben die prozentualen Ergebnisse ungefähr gleich (bei ängstlichen Müttern 60% ohne und 40% manchmal Alpträume; bei schizophrenen Müttern 40% ohne, 20% manchmal und 40% häufige Alpträume), jedoch ohne eine Signifikanz aufzuweisen.

Signifikante Unterschiede tauchen bei Gegenüberstellung der Kinder depressiv erkrankter Mütter mit denen schizophren erkrankter Mütter auf. Hier können bei Ersteren 64,7% der Kinder ohne Alpträume und 35,3% mit manchmal vorkommenden Alpträumen festgestellt werden. Bei den schizophrenen Müttern weisen nur 40% der Kinder keine Alpträume auf, bei 20% kommen sie manchmal und bei 40% häufig vor (*Chi-Quadrat=7,5; df=2; p=0,024*).

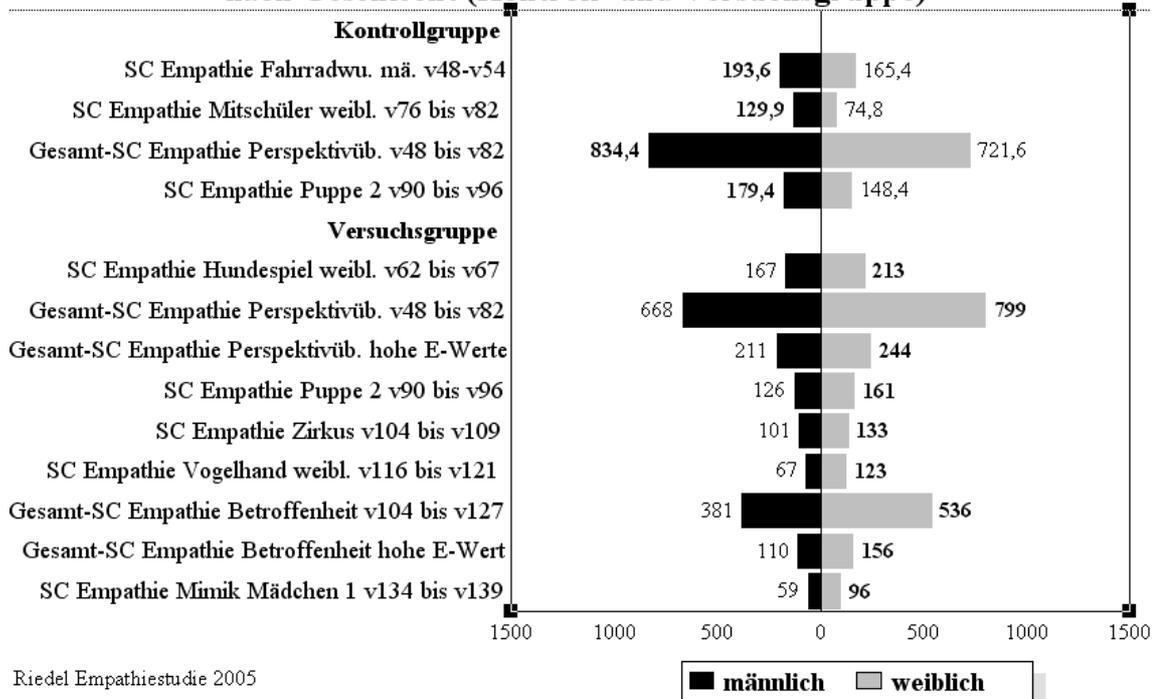
Bei den Kindern der Kontrollgruppe weisen 79,4% keine Alpträume auf, bei 20,6% tauchen sie manchmal auf. Auch hier sind wieder deutliche Unterschiede zwischen Kontroll- und Versuchsgruppe zu konstatieren.

5.5.6 Die Empathiefähigkeit von Kindern psychisch kranker Eltern

Eindeutige Aussagen bezüglich signifikanter Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe im Rahmen des Empathie-Gesamtwertes oder seiner Teilbereiche Perspektivenübernahme, Gefühlsansteckung, Körpersprache und Mimik können leider nicht getroffen werden. Auch die Drittelung der Summenscores (vgl. Tab. 15) liefert keine sicheren Erkenntnisse wie auch der Vergleich der lediglich am höchsten ladenden Items jeder Abbildung im Rahmen des ETK (vgl. Fußnote 7). Bei einem Mittelwertvergleich mit ausschließlicher Einbeziehung derjenigen Items, die in den ETK-Abbildungen die niedrigsten Werte erzielen, sind jedoch einige signifikante Unterschiede festzustellen. In sämtlichen Teilbereichen der Empathieskalen (Ausnahme: Gefühlsansteckung) erzielen die Kinder der Versuchsgruppe signifikant geringere Empathie-Werte als die Kinder der Kontrollgruppe.

Auch der Geschlechtervergleich liefert kein eindeutiges Bild (vgl. Abb. 5). In der Tendenz haben in der Kontrollgruppe die Jungen die höheren Empathiewerte, in der Versuchsgruppe die Mädchen.

Abb. 5: Mittelwertunterschiede bei Empathiewerten (Summenscore) nach Geschlecht (Kontroll- und Versuchsgruppe)



Auffällig ist, dass ein entsprechender Mittelwertvergleich der Items mit den niedrigsten Empathie-Werten zwischen den Mädchen der Versuchs- und Kontrollgruppe keine signifikanten Auffälligkeiten ergibt. Vergleicht man hingegen die Jungen der Versuchsgruppe mit denen der Kontrollgruppe, sind bei den Jungen der Versuchsgruppe signifikant niedrigere Werte in sämtlichen Empathie-Subskalen und im Empathie-Gesamtscore zu verzeichnen. Auf den ersten Blick scheint es etwas widersprüchlich, die Auswertung der am niedrigsten bewerteten Items der verschiedenen Bilder des ETK in die Datenanalyse mit einzubeziehen, da diese Items ja das am geringsten wahrnehmbare Gefühl des jeweiligen Bildes widerspiegeln. Bei genauerer Betrachtung muss man jedoch feststellen, dass das jeweils niedrigste Item einer Abbildung nicht zwangsläufig die Folgerung zulässt, dass das entsprechende Gefühl nicht in der Abbildung wahrzunehmen ist (die „Kontroll-Items“ (52, 56, 68, 69, 80, 85, 94, 97), die Gefühle abfragten, die wirklich nicht in den Bildern zu erkennen sind, um zu überprüfen, ob die Kinder die Aufgabe richtig verstanden haben, sind nämlich nicht in die Datenauswertung mit eingeflossen). Es bedeutet vielmehr, dass die niedrigsten Items Gefühle der Bilder darstellen, die in einem nur geringen Maße enthalten sind und für deren Erkennen eine differenzierte Wahrnehmungskompetenz der unterschiedlichen Nuancen erforderlich ist. Hier wird davon ausgegangen, dass die Kinder der Kontrollgruppe besser in der Lage sind, diese Nuancen zu erkennen und die erforderliche Wahrnehmungskompetenz aufzubringen. Kindern der Versuchsgruppe scheint dieses schwerer zu fallen, sie haben größere Probleme, zu differenzieren und *Graustufen* in den Gefühlsbildern zu erkennen. Sie tendieren eher zu einer *Schwarz-Weiß-Sicht*, indem sie ihre Kreuze bei diesen Items eher an das linke Ende der Skala („0“) machten, statt wie ihre Altersgenossen der Kontrollgruppe wahrzunehmen, dass vielleicht doch ein geringes Maß an *Einsamkeit* in dem Bild zu erkennen ist und z.B. eine 3 anzukreuzen.

Tab. 21: Empathie-Summenscores bei ausschließlicher Einbeziehung nur der niedrigen Itemwerte⁵

	Summenscore Empathie (nur Items mit niedrigem E-Wert)				
	Mittelwerte				
	Perspektiv- übernahme	Körper- sprache	Gefühls- ansteckung	Mimik	ETK-Gesamt
gesamt	58	39	29	103	230
Kontrollgruppe	65	44	34	123	267
Versuchsgruppe	51	34	24	82	192
männlich	59	40	27	104	230
weiblich	57	39	32	102	228
KG männlich	76	48	34	135	292
KG weiblich	55	41	35	111	241
VG männlich	44	33	21	<i>75</i>	<i>172</i>
VG weiblich	76	48	34	<i>135</i>	<i>292</i>
KG männlich	76	48	<i>34</i>	135	292
VG männlich	44	33	<i>21</i>	75	172
KG weiblich	55	41	35	111	242
VG weiblich	59	36	27	91	215
Alter 7-10 Jahre	52	35	28	92	<i>207</i>
Alter 11-15 Jahre	63	43	30	113	<i>250</i>
KG 7-10 Jahre	55	40	34	114	243
KG 11-15 Jahre	73	48	35	130	285
VG 7-10 Jahre	50	30	23	72	175
VG 11-15 Jahre	52	39	25	93	209
KG 7-10 Jahre	55	40	34	114	243
VG 7-10 Jahre	50	30	23	72	175
KG 11-15 Jahre	73	48	35	<i>130</i>	285
VG 11-15 Jahre	52	39	25	93	209

Anmerkung: Zahlen in Kursivdruck und Rasterflächen stellen einen tendenziellen Zusammenhang dar, Zahlen in Fettdruck und Rasterflächen unterscheiden sich signifikant. Die Summenscores sind gerundet.

⁵ Bei der Abfrage „Gesamt-SC Empathie Skala niedrigster E-Wert“ wurden bei jeder Abbildung des ETK lediglich diejenigen Items zugrunde gelegt, die die niedrigsten Empathie-Werte erlangten.

Des Weiteren interessiert der Zusammenhang zwischen den ETK-Summenscores und den grundlegenden Werten des CBCL. Es könnte vermutet werden, dass die Empathiewerte mit den Syndromskalen korrespondieren, dass also auffällige Kinder und Jugendliche die niedrigeren Empathie-Werte haben. Tabelle 22 zeigt die Zusammenhänge.

Tab. 22: Zusammenhang von Empathie-Summenscores und CBCL-Syndromwerten

		Summenscore Empathie Mittelwerte				
		Perspektiv- übernahme	Körper- sprache	Gefühls- ansteckung	Mimik	ETK- Gesamt
T-Wert	1. unauffällig bis 59	57	40	29	112	238
Gesamt (Var. 11)	2. Grenzbereich 60-63	62	41	34	128	266
	3. auffällig über 64	59	38	27	78	201
INT-Wert (Var. 13)	1. unauffällig bis 59	59	41	27	114	242
	2. Grenzbereich 60-63	48	37	39	111	235
	3. auffällig über 64	60	38	30	76	202
EXT-Wert (Var. 15)	1. unauffällig bis 59	58	39	32	107	236
	2. Grenzbereich 60-63	50	33	15	86	183
	3. auffällig über 64	66	43	27	92	227
gesamt		58	39	29	103	230

Anmerkung: Zahlen in Fettdruck und Rasterflächen unterscheiden sich signifikant. Die Summenscores sind gerundet.

Es zeigt sich, dass nur im Summenscore Mimik auffällige Kinder und Jugendliche die signifikant niedrigeren Empathiewerte erreichen, wenn auch in den anderen Subbereichen die gleiche Tendenz festzustellen ist. Darüber hinaus korreliert der Gesamt-ETK eindeutig und signifikant mit den INT-Ergebnissen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt betrifft die Bindungsrepräsentanz der Kinder (vgl. Tab. 23). In der Untersuchung wird deutlich, dass sich unter den Kindern, deren Eltern bereits zum Zeitpunkt der Geburt der Kinder psychisch erkrankt waren, kein einziges sicher gebundenes Kind befindet. Mehr als die Hälfte dieser Kinder (53,3%) weist ein unsicher-vermeidendes Bindungsverhalten auf, 33,3% zeigen eine unsicher-ambivalente Bindung und 13,3% sind desorganisiert gebunden. Bei den Kindern, die zum Zeitpunkt der Erkrankung ihrer Eltern 1-7 oder 8-11 Jahre alt waren, überwiegt das unsicher-ambivalente Bindungsverhalten (57,1% bzw. 54,5%).

Tab. 23: Bindungsverhalten der Kinder und Ausbruch der Krankheit der Eltern (in %)

Bindungsverhalten der Kinder	Ausbruch Krankheit der Eltern		
	bereits bei Geburt	1-7 Jahre	8-11 Jahre
unsicher-ambivalent (C)	33	57	55
unsicher-vermeidend (A)	53	33	23
sicher gebunden (B)	0	11	12
desorganisiert (D)	13	9	10

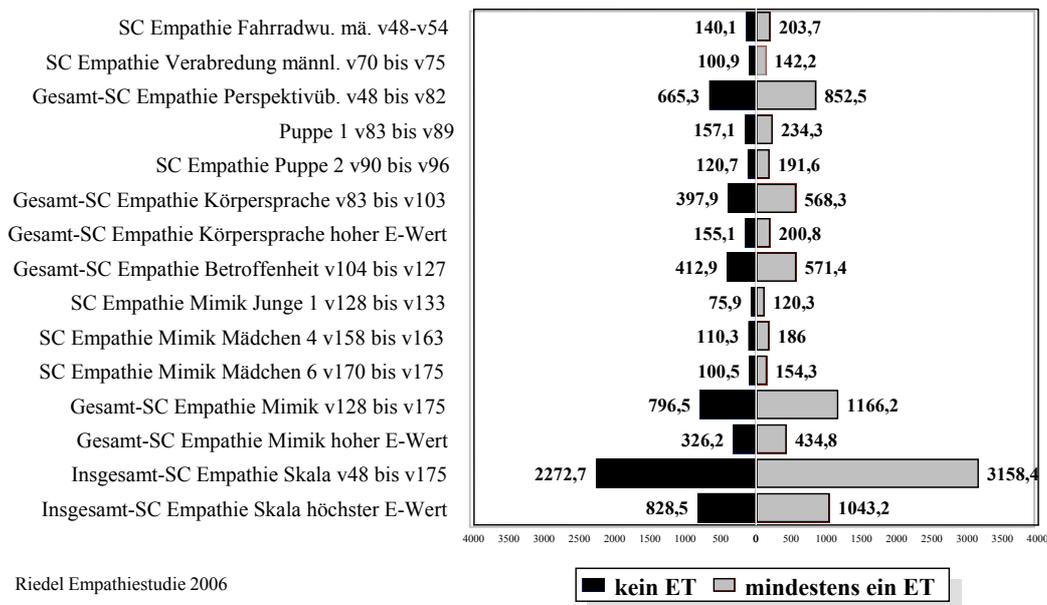
Man kann also in der Tendenz davon ausgehen, dass Kinder, die bereits zum Zeitpunkt der Geburt mit ihren psychisch erkrankten Elternteilen konfrontiert waren, in ihrem frühen Bindungsverhalten eher vermeidend reagieren, weil sie sehr früh keine spiegelnden oder feinfühligten Beziehungserfahrungen erleben und aufbauen konnten und in die *Vermeidung* von Bindung, Beziehung und Kontakt gehen mussten. Kinder, die dagegen zunächst Bindungserfahrungen machen konnten und deren Eltern erst später im Laufe der Kindheit erkrankt sind, reagieren eher unsicher-ambivalent, d.h., sie haben nicht von Geburt an die *vermeidende* Spiegelung ihrer Wünsche nach Kontakt zur primären Bezugsperson erlebt, sondern konnten gewisse Bindungserfahrungen machen und aufbauen, bevor der Elternteil erkrankt ist und ambivalente Signale gesendet hat, die zur *unsicher-ambivalenten* Bindung geführt haben.

Bei der Auswertung des ETK in Abhängigkeit vom jeweiligen Kommunikationstyp der Eltern wurde innerhalb der Versuchsgruppe⁶ ebenfalls ein Mittelwertvergleich durchgeführt. Dabei wurden als Prüfmodell der Mittelwerte für die einzelnen Skalen (Bilder bzw. Text bei Var. 122-127) additive Summenscores gebildet und diese zusätzlich für die vier Empathie-Bereiche (Perspektivenübernahme Var. 48-82, Körpersprache Var. 83-103, Betroffenheit Var.104-127 und Mimik Var. 128-175) zusammengefasst. In den Tabellen werden jeweils nur die Skalen dargestellt, die signifikante Unterschiede aufweisen.

⁶ Die Angaben zum Kommunikationstyp wurden im Rahmen des Fachkraft-Fragebogens (FKB) erhoben, der nur der Versuchsgruppe ausgehändigt wurde. Insofern liegen Angaben zum Kommunikationstyp der Eltern bei der Kontrollgruppe nicht vor und können nicht in die Auswertung mit einfließen.

Ist einer der beiden Elternteile Rationalisierer, Ablenker oder Kongruent, lassen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen. Ist jedoch einer der beiden Elternteile Beschwichtiger, liegen generell höhere Summenscores vor, wie aus Abb. 6 ersichtlich.

Abb. 6: Mittelwertunterschiede bei Empathiewerten (Summenscore) nach Elterntyp "Beschwichtiger" (nur Versuchsgruppe)



Dies gilt nicht nur für einzelne Skalen im ETK, sondern auch für die vier Empathie-Bereiche Perspektivenübernahme, Körpersprache, Betroffenheit und Mimik. Darüber hinaus können signifikante Mittelwertunterschiede bei Betrachtung der Gesamt-Scores Empathie höchster Wert⁷ ebenso nachgewiesen werden wie bei Berücksichtigung der gesamte Empathie-Skala (Var. 48-175), bei Letzterer sogar in einem Verhältnis von einem Summenscore von 2272,7 (kein Elternteil ist Beschwichtiger) zu 3158,4 (mindestens ein Elternteil ist Beschwichtiger).

Da Einfühlung als eine wesentliche Kompetenz des Beschwichtigers gilt, kann davon ausgegangen werden, dass sich die Tatsache, dass einer der beiden Elternteile Beschwichtiger ist, bei psychisch kranken Eltern positiv im Sinne von erhöhten Empathiesummscores auf die Kinder auswirkt.

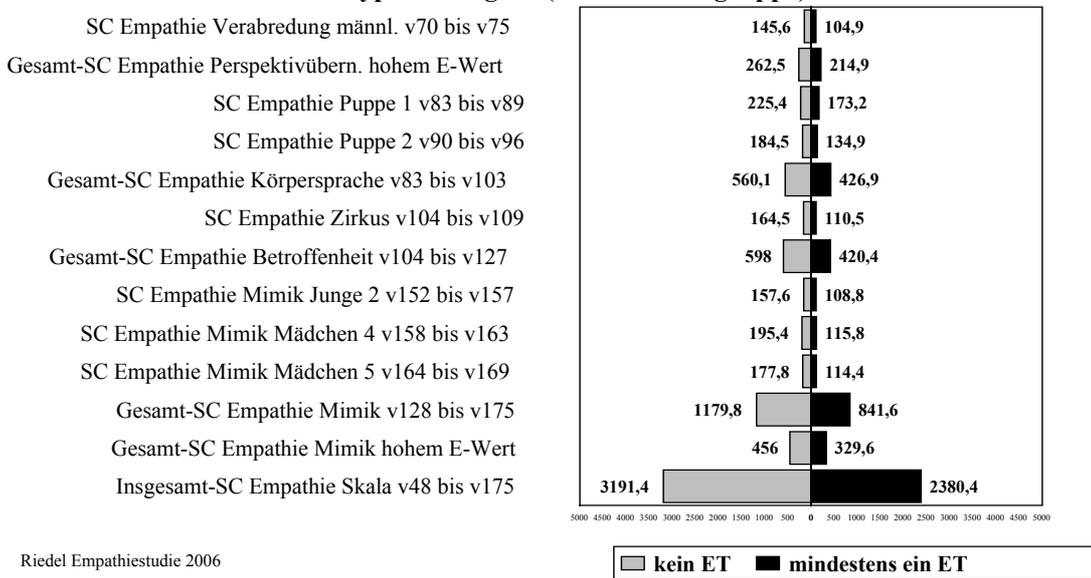
Ähnliche Unterschiede sind zu beobachten, wenn keiner der beiden Elternteile vom Kommunikationstyp *Ankläger* ist. In diesem Fall liegen ebenfalls signifikant höhere Empathiesummscores vor (vgl. Abb. 7). Auch hier sind neben den Unterschieden in

⁷ Bei der Abfrage „Gesamt-SC Empathieskala höchster E-Wert“ wurden bei jeder Abbildung des ETK lediglich diejenigen Items zugrunde gelegt, die die höchsten Empathie-Werte erlangten.

einzelnen Skalen signifikante Unterschiede für einige Empathie-Bereiche, nämlich Körpersprache, Betroffenheit und Mimik zu verzeichnen sowie in den Bereichen Perspektivenübernahme und Mimik höchste Werte. In den beiden Gesamtskalen Perspektivenübernahme (Var. 48-82) und der gesamten Empathie-Skala (Var. 48-175) hingegen sind im Gegensatz zum Elterntyp Beschwichtiger keine signifikanten Unterschiede nachzuweisen.

Das heißt zusammengefasst, dass sich die Abwesenheit des Kommunikationstyps Ankläger unter den Elternteilen ebenfalls positiv im Sinne von höheren Empathiesummescores auf die Empathiefähigkeit der Kinder auswirkt.

Abb. 7: Mittelwertunterschiede bei Empathiewerten (Summenscore) nach Elterntyp "Ankläger" (nur Versuchsgruppe)



Neben dem Kommunikationstyp der Eltern gibt es einen weiteren Einflussfaktor, der mit der Wahrnehmung der Probleme der Kinder psychisch kranker Eltern durch deren familiäres oder psychosoziales Umfeld in Zusammenhang steht. Bei der Zusammenstellung der Fragebögen wurden einige Items aus der von den Eltern zu beantwortenden CBCL in identischer Form mit in den FKB aufgenommen, um zu überprüfen, inwiefern die Einschätzungen der Eltern sich mit denen der Fachkräfte decken oder aber voneinander differieren.

Bei extrovertierten oder aggressiven Verhaltensweisen der Kinder sind die Angaben der Eltern (CBCL) annähernd deckungsgleich mit den Angaben der Fachkräfte (FKB). Bei ängstlich-depressiven Verhaltensweisen und Tendenzen zu sozialem Rückzug hingegen weichen die Angaben deutlich voneinander ab, wie die Zahlen in Tab. 8 belegen.

Abb. 8: Fachkräfte- und Elternurteil (n = 33, in % & Korrelationskoeffizient)

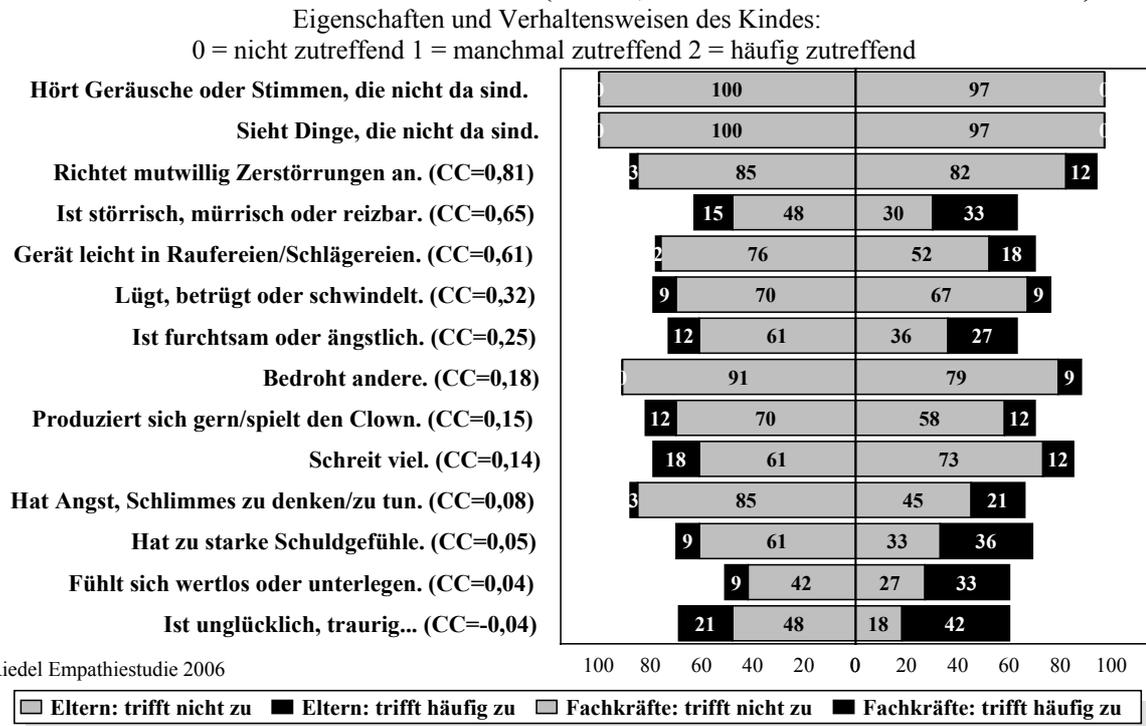
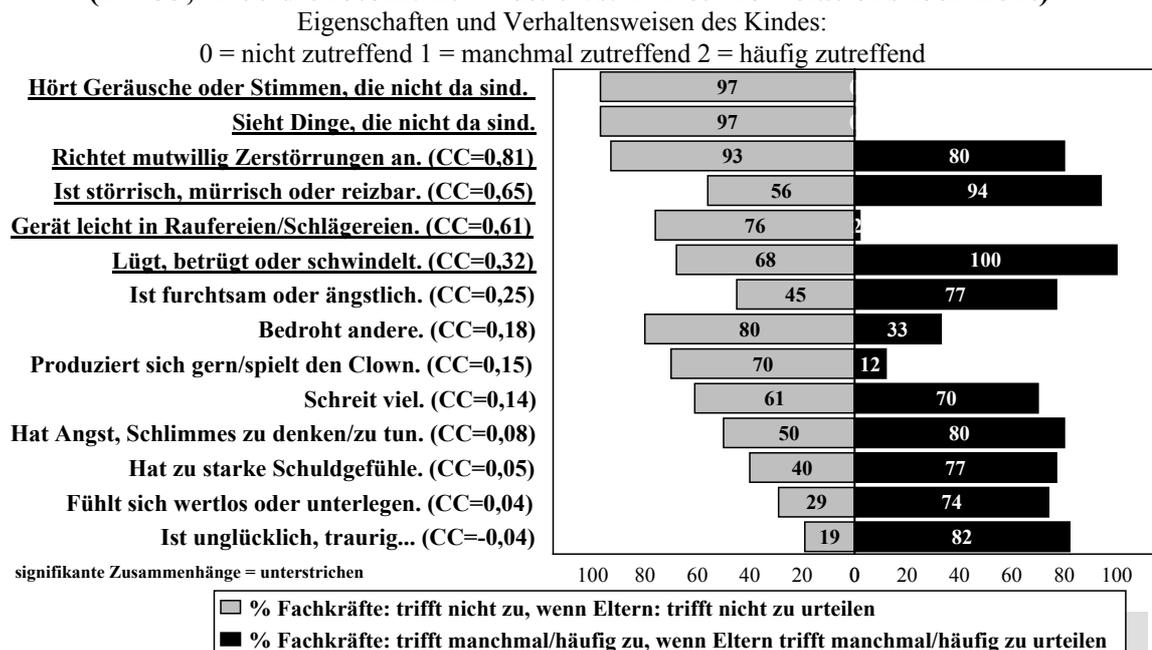


Abb. 9: Fachkräfteurteil in Abhängigkeit vom Elternurteil (n = 33, in % dichotom: nur Pos. 0 vs. 1+2 & Korrelationskoeffizient)



In Abb. 9 werden diese Angaben der Eltern in der CBCL noch einmal mit denen der Fachkräfte im ETK im Hinblick auf *trifft nicht zu* vs. *trifft manchmal/häufig zu* gegenüber gestellt und signifikante Unterschiede dargestellt. Dabei wird deutlich, dass es bei den extrovertierten Verhaltensweisen signifikante Zusammenhänge gibt, Eltern und Fachkräfte also in ihren Einschätzungen nahe beieinander liegen, was bei introvertierten Verhaltensweisen nicht der Fall ist.

Es ist zu vermuten, dass Kinder mit dissozialen, impulsiven oder aggressiven Verhaltensweisen entsprechend deutlich auf sich aufmerksam machen, dass es sowohl den Eltern als auch den Fachkräften in gleichem Maße auffällt. Dagegen zeigen die Angaben über ängstliche, depressive oder sozial zurückgezogene Kinder sehr deutliche Unterschiede zwischen der Bewertung der Eltern und der Fachkräfte. Diese Tatsache deutet darauf hin, dass entweder die Eltern in der Bewertung der Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder falsch liegen oder die Fachkräfte von fehlerhaften Einschätzungen ausgehen. Auf alle Fälle aber muss konstatiert werden, dass die Symptome und Auffälligkeiten der ängstlichen, depressiven oder sozial zurückgezogenen Kinder von ihrem näheren Umfeld nicht adäquat wahrgenommen werden, was dazu führen kann, dass sie nicht die für sie notwendige Unterstützung, Begleitung oder Hilfe bekommen.

Tab. 24: Rangfolge der Eigenschaften/Verhaltensweisen der Kinder psychisch kranker Eltern

Rangplatz	Fachkräfte- bzw. Elternurteil	Eigenschaft	trifft zu Ap 1+ 2	trifft nicht zu
1	Fachkräfteurteil	fühlt sich wertlos oder unterlegen	58	42
2	Fachkräfteurteil	unglücklich, traurig, niedergeschlagen	51	49
3	Fachkräfteurteil	störrisch	51	49
4	Fachkräfteurteil	ängstlich	39	61
5	Fachkräfteurteil	schreit viel	38	62
6	Fachkräfteurteil	spielt Clown	31	69
7	Fachkräfteurteil	lügt	30	70
8	Elternurteil	hat Schuldgefühle	29	71
9	Fachkräfteurteil	Raufereien	24	76
10	Fachkräfteurteil	Angst, Schlimmes zu denken oder zu tun	16	84
11	Fachkräfteurteil	mutwillige Zerstörungen	15	85
12	Fachkräfteurteil	bedroht andere	9	91
13	Fachkräfteurteil	hört Dinge	0	100
13	Fachkräfteurteil	sieht Dinge	0	100

In einer weiteren Berechnung wurden die von den Eltern bzw. Fachkräften angegebenen Verhaltensweisen der Kinder in eine Rangfolge gebracht und entsprechend sortiert (Tab. 24).

Dabei fällt auf, dass bis auf eine Ausnahme („hat Schuldgefühle“) alle anderen der häufigsten Nennungen von den Fachkräften erfolgten. Diese scheinen die Intensität der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder bedeutend stärker einzuschätzen als die Eltern. Ein besonderes Problem stellt dabei die empfundene Wertlosigkeit und Unterlegenheit gegenüber anderen dar, gefolgt von Traurigkeit. Ausgesprochen morbide und aggressive Verhaltensweisen werden dagegen sehr selten bescheinigt.

5.6 Ergebnisdiskussion

Das gesteckte Ziel der Studie bestand darin, anhand vorhandenen Testmaterials (CBCL und ETK) sowie ergänzende Fragen an Fachkräfte (FKB) die psychischen Probleme, das Bindungs- und Kommunikationsverhalten sowie insbesondere die Empathiefähigkeit von Kindern psychisch kranker Eltern aufzuhellen. Dabei wurde von der Grundhypothese ausgegangen, dass diese Kinder (VG) durchweg geringere Empathiewerte, problematischeres Bindungs- und Kommunikationsverhalten sowie problematischere Persönlichkeitswerte aufweisen als die Kinder der Kontrollgruppe (KG).

Grundlage dieser Hypothese war u.a. die wichtige Bedeutung der Bezugspersonen für die Empathieentwicklung im Rahmen des entwicklungspsychologischen Ansatzes, des Ansatzes von Rogers, der Theorie der Emotionalen Intelligenz und der Forschungsarbeiten im Bereich der Spiegelneuronen. Eine begrenzte eigene Kompetenz im Bindungs-, Kommunikations- oder Empathieverhalten bzw. beeinträchtigte Persönlichkeitswerte aufgrund einer psychischen Erkrankung legen die Vermutung nahe, dass diese Einschränkung an die in Entwicklung befindlichen und von den Bezugspersonen abhängigen Kinder weitergegeben wird. Die Kinder sind in der Spannbreite ihrer eigenen Erfahrungen im Kontakt zu den Bezugspersonen eingeschränkt, was sich nachhaltig auf ihre eigene Persönlichkeitsentwicklung auswirkt. Auch die Forschungen zu den Empathie-Subkonstrukten Mimik, Gestik, Körpersprache bzw. zur Gefühlsansteckung stützen die Hypothese der zentralen Bedeutung der Bezugspersonen für die Empathieentwicklung ihrer Kinder.

Die Arbeit basiert auf Forschungen zum ETK um Behr et al. (2004), die sich zum Ziel gesetzt haben, Empathie bei Kindern näher zu untersuchen. Sie zählen zu den Ersten, die sich systematisch und empirisch-methodisch des Themas der Empathieentwicklung bei Kindern widmen, und haben die bislang häufigste Messmethode der *Selbstberichte*

um Fotos, Comic-Zeichnungen und kleine Geschichten erweitert, um Kritikpunkte und Fehlerquellen zu minimieren (vgl. 1.1.11).

In der vorangestellten Übersicht zum Forschungsstand im Hinblick auf das Konstrukt *Empathie* konnte herausgearbeitet werden, dass Empathie stark von den bislang gemachten Erfahrungen und Erlebnissen im Kontakt zu nahestehenden Bezugspersonen abhängig ist und eine wesentliche kommunikative und interaktive Komponente beinhaltet. Weiterhin wurde deutlich, dass Empathie schwer operationalisierbar und messbar ist und daher in die drei Subkonstrukte Gefühlsansteckung, Perspektivenübernahme sowie Mimik, Gestik und Körpersprache unterteilt werden muss.

5.6.1 Befunde und Interpretationen

Die Grundhypothese der geringeren Empathie von Kindern psychisch kranker Eltern konnte *sui generis* nicht bestätigt werden. Zwar lieferte die Auswertung der CBCL sowohl in den Grunddimensionen EXT und INT als auch in den Einzelkomponenten (Sozialer Rückzug etc.) in wesentlichen Bereichen signifikante Unterschiede zwischen VG und KG, jedoch nicht gleichermaßen der ETK. Hier waren einzelne Bilder bzw. Summenscores trennschärfer als andere. Während die Summenscores Körpersprache und Mimik signifikante Unterschiede zwischen VG und KG auswiesen, war das bei Perspektivenübernahme und noch stärker bei Gefühlsansteckung nicht in gleichem Maße der Fall. Und auch der Gesamt-ETK-Wert lieferte zwar tendenzielle, aber keine signifikanten Unterschiede ($p = 0,067$).

Die jüngere und die ältere Altersgruppe wiederum unterschieden sich signifikant nur in der Perspektivenübernahme und in der Körpersprache zugunsten der Älteren, in der Tendenz auch in der Mimik ($p = 0,08$). Bei der Gefühlsansteckung erreicht die jüngere Gruppe sogar höhere Empathiewerte.

Weibliche Kinder und Jugendliche erreichten tendenziell höhere Empathiewerte (umgekehrt bei Perspektivenübernahme). Im ETK-Gesamt erreichte die männliche Kontrollgruppe signifikant höhere Werte als die männliche Versuchsgruppe, ebenso die ältere Versuchsgruppe höhere Ergebnisse als die jüngere. All diese Ergebnisse sind Belege und Differenzierungen im Hinblick auf die Grundhypothese.

Es gibt deutliche - aber nicht durchgängige - Unterschiede zwischen VG und KG. Zunächst betrifft das die Auswertung der CBCL. Hier reagieren - bezogen auf die Syndromskalen - die Kinder der VG deutlich auffälliger als die Kinder der KG, und zwar nicht nur in den acht Syndromskalen, sondern auch durchgängig in den Skalen 2. Ordnung (Internalisierendes Verhalten, Externalisierendes Verhalten, Gesamt-Syndromskala). Bei isolierter Betrachtung der *auffälligen* bzw. *unauffälligen* Kinder treten diese Unterschiede noch deutlicher in Erscheinung.

Bei einem geschlechtsspezifischen Mittelwertvergleich innerhalb der Skalen 2. Ordnung *Internalisierende Verhaltensweisen* und *Externalisierende Verhaltensweisen* hingegen treten keine signifikanten Unterschiede auf. Unterschiede werden erst deutlich, wenn man eine Gegenüberstellung zwischen VG und KG vornimmt. Hier treten sowohl im T-Wert-INT als auch im T-Wert-EXT signifikante Unterschiede zu Lasten der VG auf, und zwar sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen. Das heißt, dass Jungen und Mädchen nicht generell extrovertierter oder introvertierter reagieren, allerdings sowohl die Jungen als auch die Mädchen jeweils in der VG signifikant stärker belastet sind als ihre Geschlechtsgenossen der KG, und zwar sowohl innerhalb der externalisierenden als auch der internalisierenden Syndromskalen.

Bei Gegenüberstellung von VG und KG bezüglich der vier Teilbereiche des ETK sowie des ETK-Gesamt treten bei den Mädchen keine signifikanten Unterschiede auf. Bei den Jungen hingegen zeigt die VG signifikant geringere Empathiewerte als die KG, und zwar sowohl in allen Teilbereichen (bis auf Gefühlsansteckung) als auch im ETK-Gesamt. Daran lassen sich deutlich größere Empathiedefizite bei den Jungen der VG nachweisen, während die Mädchen hier über effektivere Kompensationsmechanismen zu verfügen scheinen.

Innerhalb der Ressourcen-Skalen können ebenfalls signifikante Unterschiede dahingehend festgestellt werden, dass den Kindern der VG deutlich weniger Ressourcen zur Verfügung stehen als den Kindern der KG, und zwar in allen drei Bereichen Aktivitäten, Soziale Kompetenz und Schule.

Bei Auswertung des ETK erreicht in einem Mittelwertvergleich der vier Einzelskalen und des Gesamt-ETK zwar die KG jeweils höhere Werte als die VG, signifikante Unterschiede hingegen sind lediglich in den Bereichen „Körpersprache“ und „Mimik“ zu erkennen. Insofern kann nur für diese beiden Bereiche die Aussage getroffen werden,

dass es Kindern der VG in der Regel schwerer fällt, Körpersprache und Mimik auf Bildern adäquat zu erkennen.

Bei genauerer Betrachtung einzelner Symptome wird deutlich, dass Kinder psychisch kranker Eltern deutlich häufiger unter Alpträumen und Phobien leiden als Kinder der Normalpopulation. Auch bezüglich des Bindungsverhaltens ist festzustellen, dass die Kinder der VG stark benachteiligt sind, da die Kinder der KG fünf Mal häufiger auf sichere Bindungsbeziehungen zurückgreifen können als die Kinder psychisch kranker Eltern.

Noch deutlicher werden die Unterschiede, wenn man das Alter des Kindes zum Zeitpunkt der elterlichen Erkrankung hinzuzieht. Unter den Kindern, deren Eltern bereits zum Zeitpunkt der Geburt ihrer Kinder psychisch krank waren, befindet sich kein einziges sicher gebundenes Kind. Auch zeigt mehr als die Hälfte dieser Kinder unsicher-vermeidendes Bindungsverhalten, was als weiterer Anhaltspunkt für die Schwere der Beeinträchtigung des Bindungsverhaltens angesehen werden kann.

Ein weiterer Unterschied zwischen KG und VG kann am Kommunikationstyp der Eltern festgemacht werden. Beim *Beschwichtiger* wird als Ressource das Einfühlungsvermögen angenommen. In einem Mittelwertvergleich können signifikante Unterschiede sowohl im Gesamt-ETK als auch in den vier Subskalen nachgewiesen werden, wenn einer der Elternteile *Beschwichtiger* ist. Deren Kinder erhalten jeweils deutlich höhere Summenscores, was auf höhere empathische Kompetenzen schließen lässt. Ähnlich sind die Unterschiede, wenn keiner der Elternteile *Ankläger* ist; auch hier erhalten die Kinder in den dargestellten Bereichen höhere Summenscores.

Im Rahmen der Auswertung der *Kontrollfragen*, die sowohl den Eltern als auch den Fachkräften vorgelegt wurden, sind signifikante Unterschiede zwischen Eltern- und Fachkräfteeinschätzung zu verzeichnen, wenn es um ängstliches, depressives oder sozial zurückgezogenes Verhalten geht. Daran wird deutlich, dass diese eher introvertierten Kinder (im Vergleich zu den eher extrovertierten Kindern) von ihrem sozialen Umfeld oft nicht stimmig bzw. adäquat wahrgenommen werden. Soweit zunächst eine Generalisierung der empirischen Ergebnisse.

Ursachen für die eben dargestellten nicht durchgängigen eindeutigen Unterschiede zwischen VG und KG könnten in unterschiedlichen Bereichen zu suchen sein, etwa in

Testmaterial, Gruppengröße, Empathie-Konstrukt oder anderem. Dies müsste weiter in nachfolgenden Untersuchungen verfolgt werden.

Einige Anregungen für künftige Forschungsstrategien sollen an dieser Stelle folgen: Es ist zunächst davon auszugehen, dass das Persönlichkeitsmerkmal Empathie sehr komplex ist und durch einen einzelnen Test nicht erschöpfend erfasst werden kann. Der ETK liefert interessante Ansatzpunkte zur Messung des Konstrukts, die in der jetzigen Form zumindest den Einsatz als *Siebttest* nahelegen. Gruppen mit hohen Empathiewerten können von Gruppen mit geringen Empathiewerten gut unterschieden werden, ein individueller E-Wert ist aber sicher problematisch. Auch sind die vier Grunddimensionen von unterschiedlicher Aussagekraft. Signifikante Unterschiede bei einem Vergleich zwischen VG und KG treten hauptsächlich in den Dimensionen Körpersprache und Mimik zutage. Bei einem geschlechterspezifischen Vergleich zwischen VG und KG hingegen treten signifikante Unterschiede in der Perspektivenübernahme, Körpersprache, Mimik und im ETK-Gesamt auf. Bei altersspezifischen Vergleichen treten signifikante Unterschiede innerhalb der VG in den Teilbereichen Körpersprache, Mimik und ETK-Gesamt zugunsten der jüngeren Kinder auf, während in der KG lediglich die Gefühlsansteckung Signifikanzen zeigt; hier jedoch zu Lasten der jüngeren Kinder. Bei den 7-11-Jährigen Kindern sind wiederum signifikante Unterschiede zwischen VG und KG in den Bereichen Körpersprache, Mimik und ETK-Gesamt zu verzeichnen.

Umfangreichere Signifikanzen treten dann wieder bei einer Summenscorebildung unter Einbeziehung der niedrigen Itemwerte auf. Hier sind signifikante Unterschiede zwischen VG und KG in den Bereichen Perspektivenübernahme, Körpersprache, Mimik und ETK-Gesamt zu konstatieren. Bei Gegenüberstellung der Jungen zeigen sich sogar in sämtlichen Teilbereichen und im ETK-Gesamt signifikante Unterschiede.

Ein weiterer Auswertungsaspekt betrifft die Skalierung des ETK. Bei der Datenauswertung hat sich die Skala von 0 – 50 als unzureichend herausgestellt. Einerseits mussten die Angaben von „0“ auf „1“ gesetzt werden, um die statistische Auswertung durchführen zu können. Andererseits hat sich die Skala mit 50 Skalenstufen als zu differenziert herausgestellt. Bei der zu erwartenden kleinen Untersuchungsgruppengröße wären unter Auswertungsgesichtspunkten Angaben von 1 – 5 aussagekräftiger gewesen und hätten eine klarere Auswertung ermöglicht.

Insgesamt bot der ETK einen guten Einstieg zur Messung der Subkonstrukte der Empathie, er lieferte zwar nicht durchgängig die vermuteten Aussagen, ist aber in einzelnen Teilbereichen bei genauerer Betrachtung durchaus einsetzbar. Da es sich um eine in Entwicklung befindliche und noch nicht validierte Version handelt, können weitere Überarbeitungen und Ergänzungen hier evtl. deutlichere Erkenntnisse und Ergebnisse liefern.

Die CBCL hat sich als effizientes Verfahren zur Erfassung kindlicher Ressourcen und Verhaltensauffälligkeiten herausgestellt. Der Fragebogentest enthält eine Reihe gut aufeinander abgestimmter Items, die verschiedenen Skalenstufen zuzuordnen sind. Sowohl in den drei Kompetenzskalen und den acht Syndromskalen als auch in den Skalen 2. Ordnung sind zahlreiche signifikante Unterschiede zu verzeichnen.

Bei der Gegenüberstellung von VG und KG zeigen sich innerhalb der CBCL durchgängige signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in allen acht Syndromskalen und in den Skalen 2. Ordnung. Als vorteilhaft hat sich die geschlechterspezifische Auswertungsmöglichkeit erwiesen, durch die deutliche Unterschiede zwischen VG und KG nachzuweisen waren, und zwar sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen. Auch der altersspezifische Vergleich zwischen VG und KG zeigt deutlich stärkere Belastungen bei den Kindern der VG, die in nahezu allen Syndromskalen der jüngeren sowie der älteren Kinder auftreten.

In sämtlichen drei Kompetenzskalen sind ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen nachzuweisen. Diese treten bei geschlechterspezifischer Auswertung zwischen allen Jungen und Mädchen nicht in Erscheinung, zeigen sich aber in zwei von drei Kompetenzskalen bei einem Vergleich der Mädchen der VG mit den Mädchen der KG und sogar in sämtlichen drei Kompetenzskalen bei einer Gegenüberstellung der Jungen der VG mit denen der KG. Auch altersmäßige Vergleiche zeigen signifikante Unterschiede zwischen VG und KG in fünf von sechs Gegenüberstellungen.

Die CBCL hat sich somit als effizientes Verfahren zum Nachweis signifikanter Unterschiede zwischen VG und KG erwiesen und sich durch eine hohe Trennschärfe bei den gemessenen Items ausgezeichnet.

Der FKB erwies sich als geeignetes Abfrageinstrument zur Erfassung diverser Variablen im Zusammenhang mit der Erkrankung der Eltern, den familiären, bindungs- und kommunikationsspezifischen Besonderheiten sowie Angaben zu den Fachkräften und

Institutionen, die die Kinder und ihre psychisch kranken Eltern versorgen. Als besonders aufschlussreich haben sich u.a. das Alter der Kinder bei erstmaliger Erkrankung im Zusammenhang mit den Bindungs- und Kommunikationsstrukturen in den Familien herausgestellt. Auch die sehr geringe Zahl sicher gebundener Kinder in der VG und die Abhängigkeiten vom Kommunikationstyp der Elternteile haben den höheren Belastungsgrad der Kinder der VG bestätigt. Eine weitere interessante Aussage konnte durch die Kontrollfragen dahingehend gemacht werden, dass ängstliche, sozial zurückgezogene Kinder von ihrem Umfeld scheinbar oft nicht adäquat wahrgenommen werden.

Einzig die sehr differenzierte Erhebung im Rahmen der Kommunikationstypen hat sich als schwierig herausgestellt, da aufgrund des kleinen n eine zufriedenstellende Gruppenbildung erschwert wurde.

Insgesamt aber hat sich der FKB als aussagekräftiger, hilfreicher und effektiver Fragebogentest zur Erhebung relevanter Daten erwiesen.

Auf folgende Einzelfragen soll noch näher eingegangen werden:

- Ein Problem, das sich im Rahmen der Auswertung des ETK stellt, zielt auf das Empathie-Konstrukt ab. Sind hier wirklich die Subkonstrukte (Perspektivenübernahme, Körpersprache, Gefühlsansteckung und Mimik) relativ gleichwertig relevant oder zerfällt es in viele andere Einzelteile mit unterschiedlicher Wertigkeit? Oder liefern Selbstberichte als Messinstrument zur Erfassung von Empathie, selbst wenn sie wie bei Behr et al. (2004) durch Bilder und kleine Geschichten ergänzt werden, doch eher Aussagen über das Selbstkonzept der befragten Person als über dessen empathische Kompetenzen (vgl. 1.1.11)? Hier sind weitere Untersuchungen zur Spezifizierung valider Messinstrumente für die Erfassung empathischer Fähigkeiten erforderlich.
- Bezieht man die wenigen, aber aussagekräftigen Daten des ETK mit ein, wird deutlich, dass zur Erfassung empathischer Kompetenzen bei Kindern genaues und differenziertes Hinsehen notwendig und unabdingbar ist. Wie im Rahmen der *Schwarz-Weiß-Hypothese* beschrieben, erfordert das Rating der Items mit dem niedrigsten Empathiewert differenzierte Wahrnehmungskompetenzen bezüglich einzelner Bilder und in diesem Zusammenhang die Fähigkeit zur Identifikation unterschiedlicher Nuancen. Diese Fähigkeiten scheinen bei Kindern

psychisch kranker Eltern nicht in dem Maße ausgeprägt zu sein wie bei den Kindern der KG.

- Eine weitere Hypothese, die die geringen Unterschiede zwischen VG und KG im ETK erklären könnte, bezieht sich auf die beteiligten Familien der VG. Aufgrund des geringen Rücklaufes der Fragebögen der VG von 24,5% kann man davon ausgehen, dass sich nur stark motivierte und engagierte Fachkräfte zu einer Teilnahme an der Studie bereiterklärt haben. Diese haben wiederum nur psychisch kranke Eltern und ihre Kinder angesprochen, denen sie eine Teilnahme zumuten und zutrauen konnten. Es handelt sich also ebenfalls um engagierte und motivierte Familien, deren Kinder zwar Auffälligkeiten in der CBCL zeigten, im ETK hingegen mit nicht so großen Empathie-Defiziten in Erscheinung traten. Eine Bestätigung dieser Hypothese lässt sich anhand der Ressourcenfragen des FKB ableiten, die im Vergleich zu anderen Kindern psychisch kranker Eltern relativ gut ausgeprägt zu sein scheinen. Demnach existiert in 36% der Fälle der VG ein kompensierender, Sicherheit vermittelnder Elternteil, in 65% ist eine enge Beziehung zu einer wichtigen Bezugsperson vorhanden und 39% zeichnen sich durch ein tragfähiges soziales Netz außerhalb der Familie aus.
- Es bleibt weiterhin festzuhalten, dass es deutliche Zusammenhänge zwischen Mutter und Kind gibt. Haben die Mütter Ängste, haben auch die Kinder in weit höherem Maße Ängste. Bei Depressionen der Mütter ist die „Angstquote“ der Kinder nicht so hoch (80 zu 35 %). Bei der Betrachtung von Schizophrenie hingegen zeigt sich, dass bei den Kindern schizophrener Mütter in 60% aller Fälle Alpträume vorkommen. Verglichen mit den Kindern der KG, bei denen in lediglich 20,6% der Fälle Alpträume angegeben wurden, zeigt sich hier schon ein gravierender Unterschied.
- Dass sich die psychische Erkrankung der Eltern auf das Bindungsverhalten der Kinder auswirkt, kann als weiteres deutliches Ergebnis festgestellt werden. In der Normalpopulation gelten mehr als die Hälfte aller Kinder als sicher gebunden. In der VG hingegen findet sich unter den Kindern, deren Eltern bereits bei Geburt der Kinder psychisch erkrankt waren, kein einziges sicher gebundenes

Kind. Auch bei Kindern, deren Eltern unter Ängsten leiden, findet sich kein sicher gebundenes Kind.

Diese Ergebnisse zeigen signifikante Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf das Bindungsverhalten der Kinder und sprechen für die Übertragbarkeit von Krankheitssymptomen im Familienverband.

5.6.2 Folgerungen

Über die bereits in der Ergebnisdiskussion vorgestellten Folgerungen hinaus sollen nachfolgend weitere wichtige Aspekte benannt werden.

1. Die Fachkräfte, die mit psychisch erkrankten Eltern arbeiten, müssen mitunter stärker für die Bedürfnisse der Kinder ihrer Patienten sensibilisiert werden, insbesondere wenn die Kinder noch in der Familie bzw. mit dem erkrankten Elternteil zusammenleben. Die Tatsache, dass trotz Versendung der Fragebögen sowohl an Erwachsenen- wie auch Kinderbehandler keiner der zurückgesandten Exemplare von einem Erwachsenenbehandler kam, macht die Notwendigkeit einer Wahrnehmungserweiterung in diesem Bereich deutlich.

2. Generell sind Kinder psychisch kranker Eltern in ihrer individuellen Entwicklung gefährdeter als Kinder und Jugendliche aus *stabilen* Elternhäusern. Insofern sind spezielle Betreuungs- und Behandlungsangebote notwendig, um Belastungsfaktoren zu minimieren und Ressourcen zu stärken. Diese Angebote sollten sowohl die Bindungs-, Kommunikations- und Empathiefähigkeit der Kinder beinhalten als auch der besonderen Situation der Kinder psychisch kranker Eltern Rechnung tragen.

3. Je jünger die Kinder, desto stärker müssen sie im Aufbau ihrer Empathiefähigkeit unterstützt und gefördert werden. Dazu fehlen sicher auch noch altersspezifische Programme. In Kapitel 2.2 wird auf die erhöhte Anfälligkeit zur Entwicklung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern im frühen Säuglingsalter hingewiesen. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen ebenfalls eine erhöhte Vulnerabilität zur Entwicklung psychischer Störungen bei Kindern, die ab Geburt oder in sehr jungem Alter erstmals mit der psychischen Erkrankung eines Elternteiles konfrontiert waren. Daher müssen dieser Le-

bensspanne erhöhte Aufmerksamkeit gewidmet und es müssen entsprechende Unterstützungsangebote zur Verfügung gestellt werden.

4. Jungen im jüngeren Alter sind vulnerabler als Mädchen und müssen daher besonders gefördert und unterstützt werden. Diese Erkenntnisse decken sich mit dem gesellschaftlichen Trend der letzten Jahre, nach den Mädchenspezifischen Angeboten nun auch jungenspezifische Angebote zu entwickeln und bereitzustellen. Auch die Ergebnisse der jüngsten Shell-Studie (vgl. Hurrelmann und Albert 2006, *passim*) zeigen sehr deutlich die Notwendigkeit zur Bereitstellung jungenspezifischer Angebote.

5. Der Einfluss der Krankheit der Eltern auf Bindungs-, Kommunikations- und Empathiestrukturen muss berücksichtigt werden. Die Kinder psychisch kranker Eltern sind in den unterschiedlichsten Bereichen zwischenmenschlicher Interaktion benachteiligt, was sich nachhaltig auf ihre Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung auswirkt. Hier müssen stabilisierende und ressourcenorientierte Perspektiven entwickelt werden, um die Belastungen zu minimieren und die Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung zu fördern.

6. Die Problematik der Einschätzung der Fachkräfte (im Verhältnis zum Elternurteil) führt hin zu einer Abstimmungs- und Behandlungsproblematik bei Empathiedefiziten. In der Untersuchung finden sich Hinweise auf sehr unterschiedliche Einschätzungen von Eltern und Fachkräften. Offensichtliche Kommunikationsprobleme, wie sie in unterschiedlichen Einschätzungen deutlich werden, können auch zu Fehldiagnosen, nicht bereitgestellten oder falschen Hilfsangeboten führen.

5.6.3 Hinweise zur praktischen Umsetzbarkeit der Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Studie lassen einige sehr praktische Folgerungen zu, die natürlich der weiteren Präzisierung und Strukturierung bedürfen.

1. Die **Sensibilisierung in der Öffentlichkeit** für *Kinder psychisch kranker Eltern* und *Empathie* muss verstärkt werden. Die Entwicklung von Empathie im Kindes- und Jugendalter muss als allgemeiner Erziehungsbestandteil anerkannt werden; ebenso muss die Sensibilität für Bedürfnisse von Kindern psychisch kranker Eltern erhöht werden.

2. Bildungseinrichtungen von der Kinderkrippe über den Kindergarten und die Schule bis zur Lehrer- und Erzieherausbildung müssen **das Empathieproblem stärker thematisieren**. Trainingsprogramme, Spiele und Curricula sind zu entwickeln. Aus- und Weiterbildung sollten schwerpunktmäßig praktische Hilfen zur Empathie-Ausbildung geben.

3. Die **Forschung zur Empathie** in der Kindererziehung muss verstärkt werden, es gibt immer noch Theoriedefizite. Neue Erkenntnisse, wie etwa die Forschungen zur *Emotionalen Intelligenz* oder zu den *Spiegelzellen* sind in die Theorieansätze stärker zu integrieren. Bisher kann noch nicht von einer allgemeingültigen Theorie der Empathie ausgegangen werden.

4. Die Ergebnisse der Arbeit verweisen auf die Notwendigkeit, auch **an den Instrumentarien weiterzuarbeiten**. Der ETK sollte in seiner jetzigen Form nur als *Siebttest* eingesetzt werden. Erfolg versprechend erscheint vor allem der Ausbau der Subbereiche Mimik und Körpersprache.

5. Die **Therapeutische Praxis** muss sensibilisiert werden. Sowohl die Bedürfnisse der Kinder psychisch kranker Eltern als auch der Themenkomplex der Empathie werden lediglich marginal wahrgenommen und stehen noch zu wenig im Fokus von Behandlungsstrategien.

Das gilt auch für Fachkräfte, die mit psychisch kranken Erwachsenen arbeiten, die auch Eltern sind. Diese Fachkräfte müssen in besonderem Maße für die Bedürfnisse der betroffenen Kinder in den Familien sensibilisiert werden.

6. Die Notwendigkeit einer besseren **Zusammenarbeit der Fachkräfte mit den Eltern** ist dringend geboten. Auf der Ebene der Kommunikation und Kooperation zwischen Fachkräften und psychisch kranken Eltern sind dringende Abstimmungs-, Klärungs- und Entwicklungsprozesse erforderlich.

Literaturliste

- Amsterdam**, B.K. (1972): Mirror self-image reactions before age two. *Developmental Psychobiology*, 5, S. 297-305.
- Anders**, D.; **Wagenblass**, S. (2000): ExpertInnengespräch: Gruppenangebote für Kinder psychisch kranker Eltern. Münster. Unveröffentl. Ergebnisprotokoll der Fachtagung vom 19.10.2000.
- Angermeyer**, M.C.; **Matschinger**, H.; **Holzinger**, A. (1997): Die Belastung der Angehörigen chronisch psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, 24, S. 215-220.
- Anthony**, E.J. (1980): Kinder manisch-depressiver Eltern. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Psychopathologie der Familie und kinderpsychiatrische Erkrankung*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 12-34.
- Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenkammern** (2002): Erklärung der Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenkammern zum Jahrestag für Psychische Gesundheit am 10.10.2002. *Psychotherapeutenforum*, 6, S. 17-18.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist** (1998): Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutscher Normierung, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers und K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Bandler**, R.; **Grinder**, J.; **Satir**, V. (1993): *Mit Familien reden. Gesprächsmuster und therapeutische Veränderung*. 4. Aufl. München: Pfeiffer.
- Bauer**, M.; **Lüders**, C. (1998): Psychotische Frauen und ihre Kinder. *Psychiatrische Praxis*, 25, S. 191-195.
- Bauer**, J. (2006a): *Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Bauer**, J. (2006b): *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. 7. Aufl. München: Piper.
- Bavelas**, J.B.; **Black**, A.; **Lemery**, C.R.; **Mullett**, J. (1987): Motor mimicry as primitive empathy. In: Eisenberg, N.; Strayer, J. (Hrsg.): *Empathy and its development*. New York: Cambridge University Press. S. 317-338.
- Beardslee**, W.R.; **Versage**, E.M.; **Gladstone**, T.R.G. (1998): Children of affectively ill parents. A view of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, S. 1134-1141.
- Becker**, T. (1999): Psychiatrische Dienste und Einrichtungen. In: Machleidt, W. et al. (Hrsg.) (1999): *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. 6. komplett neu bearbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme, S. 399-405.

- Behr, M. et al. (2004):** Diagnostik von Empathie-Fähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Zusammenhänge mit emotionalen Störungen und prosozialem Verhalten. In: Bos, W., et al. (Hrsg.): Heterogenität. Münster: Waxmann, S. 1-12.
- Bernert, S. et al. (2001):** Die Erfassung der Belastung der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen. *Psychiatrische Praxis*, 28, 97-101.
- Bertelsmann Lexikon Verlag (Hrsg.) (1992):** Bertelsmann Lexikon. Gütersloh.
- Binder, U. (1999):** Empathieentwicklung und Pathogenese in der Klientenzentrierten Psychotherapie. 2. Aufl. Eschborn: Verlag Dietmar Klotz.
- Bischof-Köhler, D. (1989):** Spiegelbild und Empathie. Die Anfänge der sozialen Kognition. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bischof-Köhler, D. (2000):** Empathie, prosoziales Verhalten und Bindungsqualität bei Zweijährigen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 47, S. 142-158.
- Bischof-Köhler, D. (2001):** Zusammenhang von Empathie und Selbsterkennen bei Kleinkindern. In: Cierpka, M.; Buchheim, P. (Hrsg.): *Psychodynamische Konzepte*. Heidelberg, Berlin: Springer, S. 321-328.
- Bischoff, A. (2001):** Verbindliche Strukturen schaffen. Kooperation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. In: Mattejat, F.; Lisofsky, B. (Hrsg.): *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker*. 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 154-160.
- Bohus, M. et al. (1998):** Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Untersuchung zum Problembewusstsein im klinischen Alltag. *Psychiatrische Praxis*, 25, 134-138.
- Bolognini, S. (2003):** Die psychoanalytische Einfühlung. Gießen: Prosozial-Verlag.
- Bommert, H.; Dahlhoff, H.D. (Hrsg.) (1978):** Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- Borke, H. (1971):** Interpersonal perception of young children : Egocentrism or empathy? *Developmental Psychology*, 5, S. 263-269.
- Bowlby, J. (2005):** Frühe Bindung und kindliche Entwicklung. 5. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Brandes, U. et al. (2001):** Klinik? – Aber nicht ohne mein Kind! *Psychiatrische Praxis*, 28, S. 147-151.
- Brisch, K.H. (2000):** Von der Bindungstheorie zur Bindungstherapie. In: Endres, M.; Hauser, S. (Hrsg.): *Bindungstheorie in der Psychotherapie*. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 81-89.
- Brisch, K.H.; Buchheim, A.; Kächele, H. (1999):** Diagnostik von Bindungsstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 48, S. 425-437.

- Brooks, R.; Goldstein, S. (2007):** Das Resilienz-Buch. Wie Eltern ihre Kinder fürs Leben stärken. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bryant, B.K. (1982):** An index of empathy for children and adolescents. *Child Development*, 53, S. 413-425.
- Bullmer, K. (1978):** Empathie. Ein Programmierter Text zur Verbesserung der interpersonellen Wahrnehmungsfähigkeit. Erste Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hrsg.) (1996):** Auch Kinder sind Angehörige. Dokumentation einer Fachtagung. Bonn.
- Chandler, M.J. (1983):** Egozentrismus und antisoziales Verhalten: Erfassen und Fördern der Fähigkeit zur sozialen Perspektivenübernahme. In: Geulen, D. (Hrsg.): *Perspektivenübernahme und soziales Handeln*. Frankfurt/Main: Suhrkamp, S. 471-484.
- Christiansen, V.; Pleininger-Hoffmann, M. (2001):** Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf Familiensysteme. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.): *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie*. Münster: Votum, S. 65-72.
- Cierpka, M.; Buchheim, P. (Hrsg.) (2001):** *Psychodynamische Konzepte*. Heidelberg, Berlin: Springer.
- Cierpka, M. (2003):** Sozial-emotionales Lernen mit Faustlos. *Psychotherapeut*, 48, 4, S. 247-254.
- Cierpka, M. (2004):** Das Fördern der Empathie bei Kindern mit „Faustlos“. *Zeitschrift für Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 35, S. 37-50.
- Conen, M.L. (2006):** *Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden*. 3. Aufl. Heidelberg: Carl Auer.
- Dahlhoff, H.D.; Bommert, H. (1978):** Forschungs- und Trainingsmanual zur deutschen Fassung der Experiencing-Skala. In: Bommert, H.; Dahlhoff, H.D. (Hrsg.): *Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie*. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg, S. 63-128.
- Davis, M.H. (1980):** A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, S. 85.
- Deneke, C. (1995):** Psychosoziale Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern. *Pro familia magazin*, 4, S. 5-7.
- Deneke, C. (2001a):** Besser früh betreuen als später behandeln. In: Mattejat, F.; Lifsofsky, B. (Hrsg.): *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker*. 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 87-91.

- Deneke, C.** (2001b): Ein Betreuungsnetz knüpfen. In: Mattejat, F.; Lisofsky, B. (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 139-143.
- Döpfner, M.; Schmeck, K.; und Berner, W.** (1994): Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Dornes, M.** (2000a): Die emotionale Welt des Kindes. Frankfurt/ Main: Fischer.
- Dornes, M.** (2000b): Die Eltern der Bindungstheorie: Biographisches zu John Bowlby und Mary Ainsworth. In: Endres, M.; Hauser, S. (Hrsg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 18-37.
- Downey, G.; Coyne, J.C.** (1990): Children of depressed parents: An Integrative Review. Psychological Bulletin, 108, 1, S. 50-76.
- Ebner, J.; Raiss, S.** (2001): Kinderprojekt Mannheim: Kinder mit psychisch kranken Eltern – Hilfen für Eltern und Kinder, Vernetzung von Ressourcen. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Münster: Votum, S. 88-102.
- Eckert, J.** (2000): Zur Rolle der Empathie in der Praxis der Psychotherapie. Psychotherapeuten-Forum, 5, S. 18-22.
- Eckert, J.** (2001): Empathie und Psychotherapie. In: Cierpka, M.; Buchheim, P. (Hrsg.): Psychodynamische Konzepte. Heidelberg, Berlin: Springer, S. 329-338.
- Eisenberg, N.; Lennon, R.** (1983): Sex differences in empathy and related capacities. Psychological Bulletin, 94, S. 100-131.
- Eisenberg, N.; Strayer, J.** (Hrsg.) (1987): Empathy and its development. New York: Cambridge University Press. 1. Aufl.
- Eisenberg, N. et al.** (1988): Differentiation of vicariously induced emotional reactions in children. Developmental Psychology, 24, S. 237-246.
- Ekman, P.** (1984): Zur kulturellen Universalität des emotionalen Gesichtsausdrucks. In: Scherer, K.R.; Wallbott, H.G.: (Hrsg.): Nonverbale Kommunikation: Forschungsberichte zum Interaktionsverhalten. Beltz Verlag Weinheim, Basel, S. 50-58.
- Ekman, P.** (2004): Gefühle lesen. Wie Sie Emotionen erkennen. 1. Aufl. München. Spektrum Akademischer Verlag.
- Ende, M.** (2004): Die unendliche Geschichte. Stuttgart: Thienemann Verlag.
- Endres, M.; Hauser, S.** (2000) (Hrsg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie. München: Ernst Reinhardt Verlag.

- Faber, F.R.; Haarstrick, R.** (Hrsg.) (1999): Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. 5. aktual. und erg. Aufl. München: Urban und Fischer Verlag.
- Fähndrich, E. et al.** (2001): Die Angehörigenvisite als Teil des Routineangebotes einer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Allgemeinkrankenhaus. *Psychiatrische Praxis*, 28, S. 115-117.
- Feshbach, N.D.** (1987): Parental empathy and child adjustment/maladjustment. In: Eisenberg, N.; Strayer, J. (Hrsg.): *Empathy and its development*. New York: Cambridge University Press, S. 271-291.
- Flavell, et al.** (1968): The development of role-taking and communication skills in children. New York: Wiley.
- Finke, J.** (2003): *Empathie und Interaktion*. 2. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme.
- Frenzel, P.; Schmid, P.F.; Winkler, M.** (Hrsg.) (1992): *Handbuch der personenzentrierten Psychotherapie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Freud, S.** (1921): *Massenpsychologie und Ich-Analyse*. Gesammelte Werke XIII. Frankfurt/Main: Fischer.
- Friedlmeier, W.** (1993): *Entwicklung von Empathie, Selbstkonzept und prosozialem Handeln in der Kindheit*. Dissertation. Konstanz: Hartung-Gorre Verlag.
- Friedlmeier, W.** (1999): Emotionsregulation in der Kindheit. In: Friedlmeier, W.; Holodynski, M. (Hrsg.): *Emotionale Entwicklung. Funktion, Regulation und soziokultureller Kontext von Emotionen*. Heidelberg, Berlin: Spektrum, S. 197-218.
- Friedlmeier, W.; Holodynski, M.** (Hrsg.) (1999): *Emotionale Entwicklung. Funktion, Regulation und soziokultureller Kontext von Emotionen*. Heidelberg, Berlin: Spektrum.
- Fröhlich-Gildhoff, K.** (2006): *Gewalt begegnen. Konzepte und Projekte zur Prävention und Intervention*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fthenakis, W.E.** (1996): *Trennung, Scheidung und Wiederheirat*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Gartner, B.** (2004): Das mitfühlende Gehirn. In: *Die Zeit*, 18 (22.04.2004).
- Gasser, W.; Habegger, C.; Rey-Bellet, M.** (1993): *Meine Eltern trennen sich. Teil 1: An die Kinder*. 2. Aufl. Zürich: Verlag Pro Juventute.
- Gendlin, E.T.** (1978): Eine Theorie der Persönlichkeitsveränderung. In: Bommert, H.; Dahlhoff, H.D. (Hrsg.): *Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie*. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg, S. 1-62.
- Goleman, D.** (1995): *Emotional Intelligence. Why it can matter more than IQ*. New York: Bantam Books.

- Goleman, D.** (1996): Emotionale Intelligenz. München, Wien: Hanser.
- Goleman, D.** (1998): EQ 2. Der Erfolgsquotient. München, Wien: Hanser.
- Groddeck, N.** (2002): Carl Rogers – Wegbereiter der modernen Psychotherapie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Gross, A.L.; Ballif, B.** (1991): Children's Understanding of emotion from facial expressions and situations: A review. *Developmental Review*, 11, S. 368-398.
- Grossmann, K.; Grossmann, K.** (1996): Bindungstheoretische Grundlagen einer psychologisch sicheren und unsicheren Entwicklung. *GwG-Zeitschrift*, 96, S. 26-41.
- Grossmann, K.** (2000): Die Entwicklung von Bindungsqualität und Bindungsrepräsentation. In: Endres, M.; Hauser, S. (Hrsg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 38-53.
- Gruber, K.** (2000): Wenn das Schweigen krank macht. Kinder psychisch kranker Eltern. *Österreichische Ärztezeitung*, 4, S. 36-37.
- Gundelfinger, R.** (2001): Die Widerstandskraft der Familien stärken. In: Mattejat, F.; Lisofsky, B. (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 120-124.
- Harter, C.; Kick, J.; Rave-Schwank, M.** (2002): Psychoedukative Gruppen für depressive Patienten und ihre Angehörigen. *Psychiatrische Praxis*, 29, 160-163.
- Hastings, P.; Zahn-Waxler, C.** (2000): The Development of Concern for others in Children with Behavior Problems. *Developmental Psychology*, 36, S. 531-546.
- Hédervári-Heller, E.** (2000): Klinische Relevanz der Bindungstheorie in der therapeutischen Arbeit mit Kleinkindern und ihren Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49, S. 580-595.
- Heekerens, H.P.** (2002): Wirksamkeit der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: Boeck-Singelmann, C. et al. (Hrsg.) (2002a): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1. 2. überarbeitete und erweiterte Aufl. Göttingen: Hogrefe, S. 195-207.
- Heim, S.** (2001): Und (k)ein Platz für Kinder? Ein „blinder Fleck“ der Angehörigenarbeit in der Psychiatrie. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Münster: Votum, S. 73-76.
- Heim, S.** (2006): Einbeziehung der Kinder in die Behandlung psychisch kranker Eltern? In: Kinderschutz-Zentren (2005) (Hrsg.): Risiko Kindheit: Meine Eltern sind anders. Eltern mit psychischen Störungen und die Betroffenheit der Kinder. Köln: Die Kinderschutz-Zentren, S. 120-127.

- Hentze, K.O.** (2003): Die Gesprächspsychotherapie als approbationsfähiges Ausbildungsverfahren. Unveröffentl. Arbeitsvorlage für die Vorstandskommission der Psychotherapeutenkammer NRW „Gesprächspsychotherapie / Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“.
- Hipp, M.; Staets, S.** (2001): Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern KIPKEL. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Münster: Votum, S. 77-87.
- Hogan, R.** (1969): Development of an empathy scale. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 33, S. 307-316.
- Hollos, M.; Cowan, P.A.** (1973): Social isolation and cognitive development: Logical operations and role-taking abilities in three Norwegian social settings. *Child Development*, 44, S. 630-641.
- Homeier, S.** (2006): *Sonnige Traurigtage*. Frankfurt /M.: Mabuse-Verlag.
- Hoffmann-Richter, U.; Finzen, A.** (2001): Die häufigsten psychischen Krankheiten. In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hrsg.) (2001): *Mit psychisch Kranken leben. Rat und Hilfe für Angehörige*. Erste Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 22-46.
- Holz-Ebeling, F.; Steinmetz, M.** (1995): Wie brauchbar sind die vorliegenden Fragebogen zur Messung von Empathie? Kritische Analysen unter Berücksichtigung der Iteminhalte. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 16, S. 11-32.
- Hüther, G.** (2005): *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn*. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Hufnagel, G.** (2003): Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Kontext von Heimerziehung. In: Boeck-Singelmann, C. et al. (Hrsg.): *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Bd. 3. Göttingen: Hogrefe, S. 237-256.
- Hurrelmann, K.; Albert, M.** (2006): *Jugend 2006*. 15. Shell-Studie. Eine pragmatische Generation unter Druck. Frankfurt/Main: Fischer.
- Iannotti, R.J.** (1985): Naturalistic and structured assessment of prosocial behavior in preschool children: The influence of empathy and perceptual taking. *Developmental Psychology*, 21, S. 46-55.
- Institut für soziale Arbeit e.V.** (Hrsg.) (2001a): *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie*. Münster: Votum.
- Institut für soziale Arbeit e.V.** (Hrsg.) (2001b): *ISA-Jahrbuch zur Sozialen Arbeit*. Münster: Votum.

- Janke, B.** (1999): Naive Psychologie und die Entwicklung des Emotionswissens. In: Friedlmeier, W.; Holodyski, M. (Hrsg.) (1999): Emotionale Entwicklung, Funktion, Regulation und soziokultureller Kontext von Emotionen. Heidelberg, Berlin: Spektrum, S. 70-98.
- Jankowski, P. et al.** (Hrsg.) (1976): Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Göttingen: Hogrefe.
- Jungbauer, J.; Bischkopf, J.; Angermeyer, M.C.** (2001): Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. Psychiatrische Praxis, 28, S. 105-114.
- Katschnig, H.** (2002): Zur Geschichte der Angehörigenbewegung in der Psychiatrie. Psychiatrische Praxis, 29, S. 113-115.
- Keefe, T.** (1976): Empathy: the critical skill. Social Work, 21, S. 10-14.
- Keefe, T.** (1979): The development of empathic skill. Journal of education for Social Work. 15, S. 30-37.
- Kempf, M. et al.** (2001): Mutter-Kind-Behandlung im Rahmen gemeindepsychiatrischer Pflichtversorgung. Psychiatrische Praxis, 28, S. 123-127.
- Kienbaum, J.; Trommsdorff, G.** (1997): Vergleich zweier Methoden zur Erfassung des Mitgefühls im Vorschulalter. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 4, S. 271-290.
- Kinderschutz-Zentren** (2004): 5. Kinderschutz-Forum: Risiko Kindheit: Meine Eltern sind anders – Eltern mit psychischen Störungen und die Betroffenheit von Kindern.[online] URL: www.kinderschutz-zentren.org/kinderschutzforum/kifo04/index.html [Stand 15.05.2004].
- Kinderschutz-Zentren** (2005) (Hrsg.): Risiko Kindheit: Meine Eltern sind anders. Eltern mit psychischen Störungen und die Betroffenheit der Kinder. Köln: Die Kinderschutz-Zentren.
- Klank, I.; Rost, W.D.; Olbrich, R.** (1998): Angehörigenarbeit als Bestandteil der Routineversorgung schizophrener Patienten. Psychiatrische Praxis, 25, S. 29-32.
- Klinitz, H.** (1997): Psychoedukative Familienarbeit bei Schizophrenen – ein populäres Konzept? Psychiatrische Praxis, 24, S. 110-116.
- Knuf, A.** (2000): Mit meiner Mutter stimmt etwas nicht – Die vergessenen Kinder psychisch Kranker. Psychologie Heute, 6, S. 34-39.
- Koch-Stoecker, S.** (2001): Zur Wirkung mütterlicher schizophrener Psychosen auf die Entwicklungspotenziale ihrer Kinder. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Münster: Votum, S. 48-64.
- Köhler, L.** (1992): Formen und Folgen früher Bindungserfahrungen. Forum Psychoanalyse, 8, S. 263-280.

- Körner, J.** (1998): Einfühlung: Über Empathie. Forum der Psychoanalyse, 14, S. 1-7.
- Kohut, H.** (1977): Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. 1. Aufl. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Krause, R.** (2001): Emotion und Interaktion. In: Cierpka, M.; Buchheim, P. (Hrsg.): Psychodynamische Konzepte. Heidelberg, Berlin: Springer, S. 235-241.
- Krech, H.** (2001): Ursache für Sprache und Kultur? Einfühlende Nervenzellen entdeckt. Spiegelneuronen lesen Gedanken anderer. In: <http://www.wissenschaft.de/wissen/news/drucken/155366.html> (15.03.2006).
- Küchenhoff, B.** (1997): Kinder psychisch kranker Eltern. Münchner medizinische Wochenschrift, 139, S. 331-333.
- Küchenhoff, B.** (2001a): Welche Hilfen werden gewünscht?. In: Mattejat, F.; Lisofsky, B. (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 103-106.
- Küchenhoff, B.** (2001b): Konsequenzen für die Lebens- und Familienplanung. Angehörigengruppen mit jungen Erwachsenen. In: Mattejat, F.; Lisofsky, B. (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 148-151.
- Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung** (1998): Stellungnahme der LAG zur Leistungsbeschreibung institutioneller Erziehungsberatung. In: LAG Aktuell, 4, S. 27-29.
- Laucht, M.; Esser, G.; Schmidt, M.H.** (1992): Psychisch auffällige Eltern. Risiken für die kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter? Zeitschrift für Familienforschung, 4, S. 22-48.
- Leibetseder, M; Laireiter, A.R.; Riepler, A.; Köller, T.** (2001): E-Skala: Fragebogen zur Erfassung von Empathie – Beschreibung und psychometrische Eigenschaften. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 22, S. 70-85.
- Leidner, M. et al.** (1997): Kinderprojekt Auryn. Abschlussbericht. Freiburg.
- Leidner, M.** (2001): Das Schweigen brechen. Die Kindergruppe des Modellprojektes Auryn. In: Mattejat, F.; Lisofsky, B. (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 144-147.
- Lennon, R.; Eisenberg, N.** (1987): Gender and age differences in empathy and sympathy. In: Eisenberg, N.; Strayer, J. (Hrsg.): Empathy and its development. New York: Cambridge University Press. S. 195-217.
- Lenz, A.** (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe.
- Liekam, S.** (2004): Empathie als Fundament pädagogischer Professionalität. Analysen zu einer vergessenen Schlüsselvariable der Pädagogik. Dissertation. München.

- Lisofsky, B.** (2001): Ein Netzwerk für Kinder psychisch Kranker schaffen. In: Mattejat, F. und Lisofsky, B. (Hrsg.) (2001): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 179-188.
- Lisofsky, B.; Schmitt-Schäfer, T.** (2001): Hilfeangebote für Kinder psychisch kranker Eltern – Kooperation versus spezialisierte Einrichtungen. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Münster: Votum, S. 19-30.
- Lüders, B.; Deneke, C.** (2001): Präventive Arbeit mit Müttern und ihren Babys im tagesklinischen Setting. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50, S. 552-559.
- Machleidt, W. et al.** (Hrsg.) (1999): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 6. komplett neu bearbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Marcia, J.** (1987): Empathy and psychotherapy. In: Eisenberg, N.; Strayer, J. (Hrsg.): Empathy and its development. New York: Cambridge University Press. S. 81-102.
- Marsiske, H.A.** (2002) : Lösen Erdnüsse das Rätsel der Sprache? In: <http://www.telepolis.de/r4/artikel/13/13031/1.html> (15.03.2006)
- Mattejat, F.** (1980): Familieninteraktion und psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Übersichtsreferat. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Psychopathologie der Familie und kinderpsychiatrische Erkrankung. Bern: Verlag Hans Huber, S. 118-156.
- Mattejat, M.; Wüthrich, C.; Remschmidt, H.** (2000): Kinder psychisch kranker Eltern. Nervenarzt, 71, S. 164-172.
- Mattejat, F.** (2001a): Kinder psychisch kranker Eltern im Bewußtsein der Fachöffentlichkeit – Eine Einführung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50, S. 491-497.
- Mattejat, F.** (2001b): Kinder mit psychisch kranken Eltern. In: Mattejat, F.; Lisofsky, B. (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 66-78.
- Mattejat, F.; Lisofsky, B.** (Hrsg.) (2001): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Mednick, S.A.; Schulsinger, F.** (1980): Kinder schizophrener Eltern. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Psychopathologie der Familie und kinderpsychiatrische Erkrankung. Bern: Verlag Hans Huber, S. 35-49.
- Mehrabian, A.; Epstein, N.** (1972): A measure of emotional empathy. Journal of Personality, 40, S. 525-543.
- Menne, K.** (1996): Optionen bei der Kostenrechnung. In: Informationen für Erziehungsberatungsstellen, 1, S. 4-6.

- Miller, P.A.; Eisenberg, N.** (1988): The relation of empathy to aggressive and externalizing/antisocial behavior. *Psychological Bulletin*, 103, S. 324-344.
- Minsel, W.R.** (1979): *Praxis der Gesprächspsychotherapie. Grundlagen, Forschung, Auswertung.* 4. unv. Aufl. Wien, Köln, Graz: Hermann Böhlaus Nachf.
- Mischo, C.** (2003): Wie valide sind Selbsteinschätzungen der Empathie? *Gruppendynamik und Organisationsberatung*. 34, 2, S. 187-203.
- Moser, U.; v. Zeppelin, I.** (1996): Die Entwicklung des Affektsystems. *Psyche*, 50, S. 32-84.
- Mosheim, R., et al.** (2000) : Bindung und Psychotherapie. Bindungsqualität und interpersonale Probleme von Patienten als mögliche Einflussfaktoren auf das Ergebnis stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 45, S. 223-229.
- Münder, J., et. al.** (Hrsg.) (1991): *Frankfurter Lehr- und Praxiskommentar zum KJHG.* Münster: Votum.
- Nowicki, S.; Duke, M.P.** (1992): The association of children's nonverbal decoding abilities With their popularity, locus of control, and academic achievement. *The journal of genetic psychology*, 153, S. 385-393.
- Oerter, R.** (1997): *Psychologie des Spiels.* 2. Aufl. Weinheim: BeltzVerlagsUnion.
- Opp, G.; Fingerle, M.; Freytag, A.** (Hrsg.) (1999): *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz.* München: Ernst Reinhardt.
- Ostermann, J.; Hollander, S.** (1996): Die Angehörigenvisite. *Psychiatrische Praxis*, 23, S. 279-281.
- Petermann, F.; Wiedebusch, S.** (2003): *Emotionale Kompetenz bei Kindern.* Göttingen: Hogrefe.
- Piaget, J.; Inhelder, B.** (1971): *Die Entwicklung des räumlichen Denkens beim Kinde.* 1. Aufl. Stuttgart: Klett.
- Pitschel-Walz, G.; Engel, R.R.** (1997): Psychoedukation in der Schizophrenie-Behandlung. Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psycho*, 23, S. 22-36.
- Plessen, U.; Postzich, M.; Wilkman, M.** (1985): Zur Bedeutung expertengeleiteter Angehörigengruppen in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 12, S. 43-47.
- Pleyer, K.H.** (2001): Systemische Spieltherapie – Kooperationswerkstatt für Eltern und Kinder. Vorschläge aus der Praxis einer kinderpsychiatrischen Tagesklinik. In: Rotthaus, W. (Hrsg.): *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.* 1. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag, S. 125-159.
- Plutchick, R.** (1987): Evolutionary bases of empathy. In: Eisenberg, N.; Strayer, J. (Hrsg.): *Empathy and its development.* New York: Cambridge University Press. S. 38-46.

- Pott, W.** (1996): Die Angehörigen-Gruppe bei schizophrenen Erkrankungen. *Psychiatrische Praxis*, 23, S. 219-225.
- Pressestelle des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf** (2002): Die vergessenen Kinder. Presseartikel zur Fachtagung über Kinder psychisch kranker Eltern am 28.08.2002.
- Psychotherapeutenkammer NRW** (2007): Kammer: Rechtliches. [online] URL: <http://www.ptk-nrw.de/seiten/rechtliches.php> [Stand: 06.03.2007]
- Raiss, M.; Ebner, J.** (2001): Kinderprojekt Mannheim. Kinder mit psychisch kranken Eltern. Abschlussbericht. Mannheim.
- Remschmidt, H.** (Hrsg.) (1980): *Psychopathologie der Familie und kinderpsychiatrische Erkrankungen*. Bern: Huber.
- Remschmidt, H.** (Hrsg.) 1987. *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 2. neubearbeitete und erweiterte Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H.; Matzejat, F.** (1994a): *Kinder psychotischer Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Remschmidt, H.; Matzejat, F.** (1994b): Kinder psychotischer Eltern – Eine vernachlässigte Risikogruppe. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 43, S. 295-299.
- Robins, L.N.; Regier, D.A.** (1991): *Psychiatric Disorders in America*. New York: The Free Press.
- Rohde-Dachser, C.** (1999): Indikation und Prognose in der Psychotherapie. In: Machleidt, W. et al. (Hrsg.) (1999): *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. 6. komplett neu bearbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme, S. 151-158.
- Rogers, C.R.** (1959): A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In: Koch, S. (Hrsg.): *Psychology: A study of science*. Vol. III. Formulations of the person and the social context. New York: Mc Graw Hill, S. 184-256.
- Rogers, C.R.** (1976): Eine neue Definition von Einfühlung. In: Jankowski, P. et al. (Hrsg.) : *Klientenzentrierte Psychotherapie heute*. Göttingen: Hogrefe, S. 33-51.
- Rogers, C.R.** (1980a): Empathie – eine unterschätzte Seinsweise. In: Rogers, C.; Rosenberg, R. (1980): *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 75-93.
- Rogers, C.R.** (1980b): Ellen West – und Einsamkeit. In: Rogers, C.; Rosenberg, R. (1980): *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 94-103.
- Rogers, C.R.; Rosenberg, R.** (1980): *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Rosenthal, R.** et al. (1977): The PONS-Test: Measuring Sensitivity to Nonverbal Cues In: P. Mc.Reynolds (Hrsg.): Advances in Psychological Assessment. San Francisco: Jossey Bass.
- Rothbauer, J.; Spießl, H.; Schön, D.** (2001): Angehörigen-Informationstage. Psychiatrische Praxis. 28, S. 118-122.
- Rotthaus, W.** (2000): Kundenorientierung in der stationären systemischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Vom Kontext des Versagens zum Kontext der Kompetenz. In: Vogt-Hillmann, M.; Burr, W. (Hrsg.): Kinderleichte Lösungen. Lösungsorientierte Kreative Kindertherapie. 2. verb. Aufl. Dortmund: Borgmann, S. 159-169.
- Rotthaus, W.** (Hrsg.) (2001): Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. 1. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Rugulies, R.** (1993): Sozialpsychologische Überlegungen zur Perspektivenübernahme: Konflikt, Press und das Konzept der emotionalen Empathie. Unveröff. Diplomarbeit. Bielefeld 1993.
- Satir, V.** (1993): Selbstwert und Kommunikation. 11. Aufl. München: Pfeiffer
- Schäfer, S.** (2002): Carl Rogers hätte sicherlich verständnisvoll und froh gestimmt gelächelt. Psychotherapeuten Forum. 4, S. 25-27.
- Scherrmann, T.E.** et al. (1992): Psychoedukative Angehörigengruppe zur Belastungsreduktion und Rückfallprophylaxe in Familien schizophrener Patienten. Psychiatrische Praxis, 19, S. 66-71.
- Schick, A.; Cierpka, M.** (2003): Präventionsprogramme. Faustlos: Evaluation eines Curriculums zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention in der Grundschule. Kindheit und Entwicklung, 12, S. 100-110.
- Schmid, P.F.** (1989): Personale Begegnung. Der Personzentrierte Ansatz in Psychotherapie, Beratung, Gruppenarbeit und Seelsorge. Würzburg: Echter.
- Schmidt, S.; Strauß, B.** (1996): Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 1. Grundlagen und Methoden der Bindungsforschung. Psychotherapeut, 41, S. 139-150.
- Schmidt, S.; Strauß, B.** (1997): Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 2. Mögliche Implikationen der Bindungstheorie für die Psychotherapie und Psychosomatik. Psychotherapeut, 42, S. 1-16.
- Schone, R.** (2005): Der Familie kann geholfen werden. Jugendhilfe als Motor und Partner. In: Kinderschutz-Zentren (2005) (Hrsg.): Risiko Kindheit: Meine Eltern sind anders. Eltern mit psychischen Störungen und die Betroffenheit der Kinder. Köln: Die Kinderschutz-Zentren, S. 68-83.

- Schone, R.; Wagenblass, S. (2001):** Kinder psychisch kranker Eltern als Forschungsthema. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Münster: Votum, S. 9-18.
- Schrewe, S. (1996):** Der Einfluß von Empathie auf Perspektivenübernahme im Bereich des sexuellen Mißbrauchs. Unveröff. Diplomarbeit. Bielefeld 1996.
- Schwarzer, W.; Trost, A. (Hrsg.) (1999):** Psychiatrie und Psychotherapie. Dortmund: Borgmann.
- Sibitz, I. et al. (2002):** Krankheitsverlauf und Probleme schizophoren erkrankter Frauen und Männer aus der Sicht der Angehörigen. Psychiatrische Praxis, 29, 148-153.
- Sherman, S.E.; Stotland, E. (1978):** Adding a new tool: Development of scales to measure empathy. In: Stotland, E. et al. (Hrsg.): Empathy, fantasy and helping. Beverly Hills: Sage, S. 27-44.
- Simon, F.B. (2001):** Emotion und Interaktion aus systemischer Sicht. In: Cierpka, M.; Buchheim, P. (Hrsg.): Psychodynamische Konzepte. Heidelberg, Berlin: Springer, S. 243-250.
- Sollberger, D. (2000):** Psychotische Eltern – verletzte Kinder. Identität und Biografie von Kindern psychisch kranker Eltern. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sollberger, D. (2001):** Ich-Identität und Ich-Störung: Zu Identitätsproblemen von Kindern psychotischer Eltern. Psychiatrische Praxis, 28, S. 128-132.
- Sollberger, D. (2002):** Kinder psychotischer Eltern. Psychiatrische Praxis, 29, S. 119-124.
- Spangler, G. (1999):** Frühkindliche Bindungserfahrungen und Emotionsregulation. In: Friedlmeier, W.; Holodynski, M. (Hrsg.): Emotionale Entwicklung. Funktion, Regulation und soziokultureller Kontext von Emotionen. Heidelberg, Berlin: Spektrum, S. 176-196.
- Spiegel (2006):** Zellen zum Gedankenlesen. Hamburg: Gruner und Jahr, 10, S. 138-141.
- Steins, G. (1990):** Bedingungen der Perspektivenübernahme. Dissertation. Bielefeld.
- Steins, G.; Wicklund, R. (1993):** Zum Konzept der Perspektivenübernahme: Ein kritischer Überblick. Psychologische Rundschau, 44, S. 226-239.
- Steins, G. (1998):** Diagnostik von Empathie und Perspektivenübernahme: Eine Überprüfung des Zusammenhangs beider Konstrukte und Implikationen für die Messung. Diagnostica, 44, 3, S. 117-129.
- Stern, D. (2000a):** Tagebuch eines Babys. 8. Aufl. München: Piper Verlag.
- Stern, D. (2000b):** Mutter und Kind. Die erste Beziehung. 4. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Strauß, B.; Schmidt, S.** (1997): Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 42, S. 1-16.
- Stöger, P.; Mückstein, E.** (1995): Die Kinder der Patienten – Versuch einer Prävention. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 2, S. 27-31.
- Strayer, J.** (1987): Affective and cognitive perspectives on empathy. In: Eisenberg, N.; Strayer, J. (Hrsg.): *Empathy and its development*. New York: Cambridge University Press. S. 218-244.
- Strotzka, H.** (Hrsg.) (1975): *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Tausch, R.; Tausch, A.** (1979): *Erziehungspsychologie*. 9. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Teipel, S.** (1993): Effekte von Erziehungsberatung. Unveröff. Diplomarbeit. Bielefeld 1993.
- Thompson, R.A.** (1987): Empathy and emotional understanding: the early development of empathy. In: Eisenberg, N.; Strayer, J. (Hrsg.): *Empathy and its development*. New York: Cambridge University Press. S. 119-145.
- Wagenblass, S.** (2001): Kinder psychisch kranker Eltern. Unveröff. Manuskript eines Workshops im Rahmen einer Fachtagung des Caritasverbandes Frankfurt am 21.11.2001. Frankfurt, S. 1-9.
- Wagenblass, S.; Schone, R.** (2001a): Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe. Hilfe und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50, S. 580-592.
- Wagenblass, S.; Schone, R.** (2001b): Unbekannte Welten – die Entdeckung der Kinder psychisch kranker Eltern als betroffene Angehörige. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.): *ISA-Jahrbuch zur Sozialen Arbeit*. Münster: Votum, S. 128-138.
- Weltgesundheitsorganisation** (1995): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) Kapitel V (F)*. Göttingen: Verlag Hans Huber.
- Werner, E.E. Smith, R.S.** (1993): *Overcoming the Odds: High-Risk Children from Birth to Adulthood*. 2. Aufl. Ithaca, London: Cornell University Press.
- Werner, E.E.** (1999): Entwicklung von Risiko und Resilienz. In: Opp, G.; Fingerle, M.; Freytag, A. (Hrsg.): *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. München: Ernst Reinhardt, S. 25-36.
- Werner, E.E.; Smith, R.S.** (2001): *Journeys from Childhood to Midlife: Risk, Resilience, and Recovery*. New York: Cornell University Press.
- Wikipedia** (2006): Spiegelneuron. In: <http://de.wikipedia.org/wiki/Spiegelneuronen> (15.03.2006).

- Wispé, L.** (1986): The Distinction Between Sympathy and Empathy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, S. 314-321.
- Wispé, L.** (1987): History of the concept of empathy. In: Eisenberg, N.; Strayer, J. (Hrsg.): *Empathy and its development*. New York: Cambridge University Press. S. 17-37.
- Wittchen, H.U.; Jacobi, F.** (2002): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Psychotherapeuten-Journal*, 0, S. 6-15.
- Zahn-Waxler, C.; Radke-Yarrow, M.; King, R.A.** (1979): Child rearing and children's prosocial initiations toward victims of distress. *Child Development*, 50, S. 319-330.
- Zahn-Waxler, C.; Radke-Yarrow, M.** (1982): The Development of Altruism: Alternative Research Strategies. In: Eisenberg, N. (Hrsg.): *The development of prosocial behavior*. San Diego, CA: Academic Press, S. 109-137.
- Zahn-Waxler, C.; Friedman, S.L.; Cummings, E.M.** (1983): Children's Emotions and Behaviors in Response to Infant's Cries. *Child Development*, 54, S. 1522-1528.
- Zahn-Waxler, C. et al.** (1992): Development of concern for others. *Developmental Psychology*, 28, S. 126-136.

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildungsverzeichnis

Abbildung I:	Überblicksskala über einführendes nicht-wertendes Verstehen nach Tausch und Tausch 1979	12
Abbildung 1:	Werte des Elternfragebogens (CBCL) nach Kontrollgruppe und Versuchsgruppe	184
Abbildung 2:	Testergebnisse der CBCL nach Kontrollgruppe und Versuchsgruppe (in % nur Anteil „Auffälliger“)	185
Abbildung 3:	Testergebnisse des Elternfragebogens (CBCL) nach Kontrollgruppe und Versuchsgruppe (in % nur Anteil „Unauffälliger“)	185
Abbildung 4:	Testergebnisse des T-Wert-INT des Elternfragebogens (CBCL) nach Kontrollgruppe, Versuchsgruppe, Geschlecht & Alter	189
Abbildung 5:	Mittelwertunterschiede bei Empathiewerten (Summenscores) nach Geschlecht (Kontroll- und Versuchsgruppe)	207
Abbildung 6:	Mittelwertunterschiede bei Empathiewerten (Summenscore) nach Elterntyp „Beschwichtiger“ (nur Versuchsgruppe)	212
Abbildung 7:	Mittelwertunterschiede bei Empathiewerten (Summenscore) nach Elterntyp „Ankläger“ (nur Versuchsgruppe)	213
Abbildung 8:	Fachkräfte- und Elternurteil (n = 33, in % & Korrelationskoeffizient	214
Abbildung 9:	Fachkräfteurteil in Abhängigkeit vom Elternurteil (n = 33, in % dichotom: nur Pos. 0 vs. 1+2 & Korrelationskoeffizient	214

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Alter nach Geschlecht, Versuchs- und Kontrollgruppe	181
Tabelle 2a:	Alter der Population nach Jahren, korrigiert gerundet	181
Tabelle 2b:	Zusammenfassung der Altersgruppen	181
Tabelle 2c:	Zusammenfassung der Altersgruppen	182
Tabelle 3:	Geschlechterverteilung in der Gesamtpopulation	182
Tabelle 4:	Qualifizierungsniveau der Eltern in Versuchs- und Kontrollgruppe	183
Tabelle 5:	Mittelwertvergleich der CBCL-Ergebnisse INT-T-Wert (Var. 13) und EXT-T-Wert (Var. 15) nach Versuchs- und Kontrollgruppe, Alter und Geschlecht	187
Tabelle 6:	Syndromwerte des CBCL im Gruppenvergleich	188
Tabelle 7:	Mittelwertvergleich der Ressourcen-Skala des CBCL (Aktivitäten, Soziale Kompetenz und Schulleistungen)	190
Tabelle 8:	Zusammenhang zwischen der Syndromskala EXT (Var. 15) und dem ETK-Wert Mimik (Var. 170-175)	191
Tabelle 9:	Mittelwerte des Summenscore des ETK in den jeweiligen Gruppen mit Signifikanzprüfung	192
Tabelle 10:	Erkrankter Elternteil und ausgewählte ETK-Ergebnisse	195
Tabelle 11:	Zusammenhang zwischen dem Erkrankungsalter der Eltern und dem Empathiescore	197
Tabelle 12:	Phobien und Alpträume in Versuchs- und Kontrollgruppe und nach Alter	199
Tabelle 13:	Urteile der Fachkräfte über Beziehung in der Herkunftsfamilie	199
Tabelle 14:	Bindungsverhalten in der Untersuchung im Vergleich zur Normalpopulation	200
Tabelle 15:	ETK-Ergebnis und Eigenschaften der Kinder nach Fachkräfte- bzw. Elternurteil	201
Tabelle 16:	Fachkräfteurteil: Eigenschaften der Kinder und ausgewählte ETK-Ergebnisse	202

Tabelle 17:	Fachkräfteurteil: Eigenschaften der Kinder und signifikante ETK-Ergebnisse (jeweils zu- bzw. abnehmende Tendenz)	203
Tabelle 18:	Kommunikationstypen bei Kindern psychisch kranker Eltern	204
Tabelle 19:	Zusammenhang zwischen der Form der Erkrankung der Eltern und dem Bindungsverhalten des Kindes (nur A vs. C, in %)	205
Tabelle 20:	Zusammenhang zwischen der Erkrankung der Mutter (nur Ängste und Schizophrenie) und Bindungsverhalten des Kindes	206
Tabelle 21:	Empathie-Summenscores bei ausschließlicher Einbeziehung nur der niedrigen Item-Werte	209
Tabelle 22:	Zusammenhang von Empathie-Summenscores und CBCL-Syndromwerten	210
Tabelle 23:	Bindungsverhalten der Kinder und Ausbruch der Krankheit der Eltern (in %)	211
Tabelle 24:	Rangfolge der Eigenschaften / Verhaltensweisen der Kinder psychisch kranker Eltern	215

Anhang

- Anl. 1** Erst-Information zur Studie mit Fax-Abruf für Fragebogen-Sets
- Anl. 2** Child Behavior Checklist (CBCL)
- Anl. 3** Empathietest für Kinder (ETK)
- Anl. 4** Fachkraft-Fragebogen (FKB)
- Anl. 5** Eltern-Informationsblatt für Eltern der Kontrollgruppe
- Anl. 6a** Child Behavior Checklist (CBCL): Auswertungsbogen Jungen
- Anl. 6b** Child Behavior Checklist (CBCL): Auswertungsbogen Mädchen
- Anl. 7** Variablenliste

Studie zur Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern

Bielefeld, August 2005

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe KollegInnen,

im Rahmen meiner Promotion befasse ich mich mit der Bedeutung von Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern und bitte Sie dabei um Ihre Unterstützung und Mithilfe.

Ich habe ein Fragebogen-Paket zusammengestellt, was sich an Sie als Fachkraft, einen psychisch bzw. psychiatrisch erkrankten Elternteil sowie dessen Kind im Alter von 7-14 Jahren richtet.

- Das Kind bekommt einen Fragebogen mit Comics, Fotos von Stoffpuppen und Gesichtern vorgelegt, auf denen es jeweils zu verschiedenen Gefühlen Einschätzungen vornehmen soll. Ein Zusammenhang zur psychischen Erkrankung des Elternteiles wird hier nicht aufgebaut. Der Fragebogen sollte bei jüngeren Kindern mit Unterstützung einer objektiven erwachsenen Person ausgefüllt werden, kann aber auch vom Kind selbständig bearbeitet werden.
- Die Eltern bekommen die CBCL, einen Fragebogen, der vielfach zur Anamneseerhebung eingesetzt wird und Ihnen vielleicht sogar bekannt sein dürfte. Dieser Fragebogen kann von den Eltern selbständig ausgefüllt werden und sollte möglichst dem psychisch erkrankten Elternteil vorgelegt werden.
- Für Sie als Fachkraft ist ein 5-seitiger Fragebogen vorgesehen, der Aussagen zur Erkrankung des Elternteils, zur Interaktion in der Familie sowie zu einigen Variablen beim Kind abfragt.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben und die der Familie vertraulich und anonymisiert behandelt. Die Unterstützung und Mithilfe, um die ich Sie bitte, bestünde im Ausfüllen des „Fachkraft-Fragebogens“ sowie der Weiterleitung nebst späterem Einsammeln und Rücksendung der „Eltern- und Kinderfragebögen“. Der zeitliche Aufwand für Sie läge bei max. 20-30min.

Mit freundlichen Grüßen,

Klaus Riedel

✂-----

Fax-Anfrage (0521 / 521 77 77)

Bitte senden Sie mir ____ Exemplare des Fragebogen-Pakets
zur Studie über Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern zu:

Ansprechpartner: _____

Institution: _____

Anschrift: _____

Tel./Fax: _____

ggf. Mail: _____

V. 1. **Wieviele Freunde hat Ihr Kind?**
(bitte Geschwister nicht mitzählen)

Keine einen zwei bis drei vier oder mehr

2. **Wie oft pro Woche unternimmt Ihr Kind etwas mit seinen Freunden außerhalb der Schulstunden?**
(bitte Geschwister nicht mitzählen)

weniger als einmal ein- bis zweimal dreimal oder häufiger

VI. **Verglichen mit Gleichaltrigen:**

a. **Wie verträgt sich Ihr Kind mit den Geschwistern?**

schlechter etwa gleich besser Einzelkind

b. **Wie verträgt sich Ihr Kind mit anderen Kindern/Jugendlichen?**

c. **Wie verhält sich Ihr Kind gegenüber den Eltern?**

d. **Wie spielt oder arbeitet Ihr Kind alleine?**

VII. 1. **Gegenwärtige Schulleistungen** (für Kinder ab 6 Jahren):

besucht keine Schule

ungenügend unterdurchschnittlich durchschnittlich überdurchschnittlich

a. **Lesen, Deutsch**

b. **Sachkunde, Geschichte oder Sozialkunde**

c. **Rechnen oder Mathematik**

d. **Naturwissenschaften** (falls zutreffend)

andere Fächer

e. _____

(wie Erdkunde, Fremdsprachen;

f. _____

nicht Fächer wie

g. _____

Kunst, Musik, Sport usw.)

2. **Besucht Ihr Kind eine Sonderschule bzw. hat es eine besondere Art der Beschulung (z.B. Integrationskind)?**

nein ja, bitte genaue Beschreibung:

3. **Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt?** nein ja, welche und warum:

4. **Sind bei Ihrem Kind schon einmal Lernschwierigkeiten oder andere Probleme in der Schule aufgetreten?**

nein ja, bitte beschreiben:

Wann fingen die Probleme an?

Haben diese Probleme aufgehört? nein ja, wann:

Hat Ihr Kind eine Krankheit, körperliche oder geistige Beeinträchtigung oder Behinderung? nein ja

wenn ja, bitte beschreiben:

Worüber machen Sie sich bei Ihrem Kind die meisten Sorgen?

(evtl. bitte weiteres Blatt beifügen)

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind am besten?

(evtl. bitte weiteres Blatt beifügen)

Es folgt eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0, 1, 2. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für Ihr Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen.

0 = nicht zutreffend (soweit bekannt)	1 = etwas oder manchmal zutreffend	2 = genau oder häufig zutreffend
---	---	---

1. Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter 0 1 2
2. Leidet unter Heuschnupfen oder anderen Allergien; bitte beschreiben: _____ . 0 1 2
3. Streitet oder widerspricht viel 0 1 2
4. Hat Asthma 0 1 2
5. Bei Jungen: verhält sich wie ein Mädchen
Bei Mädchen: verhält sich wie ein Junge..... 0 1 2
6. Entleert den Darm außerhalb der Toilette, kotet ein 0 1 2
7. Gibt an, schneidet auf 0 1 2
8. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen..... 0 1 2
9. Kommt von bestimmten Gedanken nicht los; bitte beschreiben: _____ . 0 1 2
10. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv 0 1 2
11. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig 0 1 2
12. Klagt über Einsamkeit..... 0 1 2
13. Ist verwirrt oder zerstreut 0 1 2
14. Weint viel 0 1 2
15. Ist roh zu Tieren oder quält sie 0 1 2
16. Ist roh oder gemein zu anderen oder schüchtert sie ein 0 1 2
17. Hat Tagträume oder ist gedankenverloren 0 1 2
18. Verletzt sich absichtlich oder versucht Selbstmord 0 1 2
19. Verlangt viel Beachtung..... 0 1 2
20. Macht seine/ihre eigenen Sachen kaputt 0 1 2
21. Macht Sachen kaputt, die den Eltern, Geschwistern oder anderen gehören..... 0 1 2
22. Gehorcht nicht zu Hause 0 1 2
23. Gehorcht nicht in der Schule..... 0 1 2
24. Ißt schlecht..... 0 1 2
25. Kommt mit anderen Kindern/Jugendlichen nicht aus 0 1 2
26. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn er/sie sich schlecht benommen hat 0 1 2
27. Ist leicht eifersüchtig..... 0 1 2
28. Ißt oder trinkt Dinge, die nicht zum Essen oder Trinken geeignet sind; bitte beschreiben: (keine Süßigkeiten angeben) _____ . 0 1 2
29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen (Schule ausgenommen); bitte beschreiben: _____ . 0 1 2
30. Hat Angst, in die Schule zu gehen 0 1 2
31. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun 0 1 2
32. Glaubte, perfekt sein zu müssen 0 1 2
33. Fühlt oder beklagt sich, daß niemand ihn/sie liebt 0 1 2
34. Glaubte, andere wollen ihm/ihr etwas antun..... 0 1 2
35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen 0 1 2
36. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt zu Unfällen..... 0 1 2
37. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien..... 0 1 2
38. Wird viel gehänselt..... 0 1 2
39. Hat Umgang mit anderen, die in Schwierigkeiten geraten 0 1 2
40. Hört Geräusche oder Stimmen, die nicht da sind; bitte beschreiben: _____ . 0 1 2
41. Ist impulsiv oder handelt, ohne zu überlegen..... 0 1 2
42. Ist lieber allein als mit anderen zusammen 0 1 2
43. Lügt, betrügt oder schwindelt..... 0 1 2
44. Kaut Fingernägel 0 1 2
45. Ist nervös oder angespannt 0 1 2
46. Hat nervöse Bewegungen oder Zuckungen (betrifft nicht die unter 10 erwähnte Zappeligkeit); bitte beschreiben: _____ . 0 1 2
47. Hat Alpträume 0 1 2
48. Ist bei anderen Kindern/Jugendlichen nicht beliebt 0 1 2
49. Leidet an Verstopfung 0 1 2
50. Ist zu furchtsam oder ängstlich..... 0 1 2
51. Fühlt sich schwindelig 0 1 2
52. Hat zu starke Schuldgefühle..... 0 1 2
53. Ißt zu viel 0 1 2
54. Ist immer müde..... 0 1 2
55. Hat Übergewicht..... 0 1 2
56. Hat folgende Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursachen:
a) Schmerzen (außer Kopf- oder Bauchschmerzen)..... 0 1 2
b) Kopfschmerzen..... 0 1 2
c) Übelkeit 0 1 2
d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert sind); bitte beschreiben: _____ . 0 1 2
e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme..... 0 1 2
f) Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe..... 0 1 2
g) Erbrechen..... 0 1 2
h) andere Beschwerden; bitte beschreiben _____ . 0 1 2

0 = nicht zutreffend
(soweit bekannt)

1 = etwas oder manchmal zutreffend

2 = genau oder häufig zutreffend

57. Greift andere körperlich an 0 1 2
58. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt sich an Körperstellen; bitte beschreiben: _____ .. 0 1 2
59. Spielt in der Öffentlichkeit an den eigenen Geschlechtsteilen..... 0 1 2
60. Spielt zu viel an den eigenen Geschlechtsteilen..... 0 1 2
61. Ist schlecht in der Schule 0 1 2
62. Ist körperlich unbeholfen oder ungeschickt..... 0 1 2
63. Ist lieber mit älteren Kindern oder Jugendlichen als mit Gleichaltrigen zusammen 0 1 2
64. Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen 0 1 2
65. Weigert sich zu sprechen 0 1 2
66. Tut bestimmte Dinge immer und immer wieder, wie unter einem Zwang; bitte beschreiben: _____ .. 0 1 2
67. Lläuft von zu Hause weg 0 1 2
68. Schreit viel 0 1 2
69. Ist verschlossen, behält Dinge für sich..... 0 1 2
70. Sieht Dinge, die nicht da sind; bitte beschreiben: _____ .. 0 1 2
71. Ist befangen oder wird leicht verlegen 0 1 2
72. Zündelt gerne oder hat schon Feuer gelegt..... 0 1 2
73. Hat sexuelle Probleme; bitte beschreiben: _____ .. 0 1 2
74. Produziert sich gern oder spielt den Clown..... 0 1 2
75. Ist schüchtern oder zaghaft 0 1 2
76. Schläft weniger als die meisten Gleichaltrigen..... 0 1 2
77. Schläft tagsüber und/oder nachts mehr als die meisten Gleichaltrigen; bitte beschreiben: _____ .. 0 1 2
78. Schmiert oder spielt mit Kot..... 0 1 2
79. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen; bitte beschreiben: _____ .. 0 1 2
80. Starrt ins Leere 0 1 2
81. Stiehlt zu Hause 0 1 2
82. Stiehlt anderswo 0 1 2
83. Hortet Dinge, die er/sie nicht braucht; bitte beschreiben: _____ .. 0 1 2
84. Verhält sich seltsam oder eigenartig; bitte beschreiben: _____ .. 0 1 2
85. Hat seltsame Gedanken oder Ideen; bitte beschreiben: _____ .. 0 1 2
86. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar 0 1 2
87. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel 0 1 2
88. Schmolzt viel oder ist leicht eingeschnappt..... 0 1 2
89. Ist mißtrauisch 0 1 2
90. Flucht oder gebraucht obszöne (schmutzige) Wörter 0 1 2

91. Spricht davon, sich umzubringen..... 0 1 2
92. Redet oder wandelt im Schlaf; bitte beschreiben: _____ .. 0 1 2
93. Redet zuviel 0 1 2
94. Hänself andere gern..... 0 1 2
95. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament..... 0 1 2
96. Denkt zuviel an Sex 0 1 2
97. Bedroht andere..... 0 1 2
98. Lutscht am Daumen 0 1 2
99. Ist zu sehr auf Ordentlichkeit oder Sauberkeit bedacht..... 0 1 2
100. Hat Schwierigkeiten mit dem Schlafen; bitte beschreiben: _____ .. 0 1 2
101. Schwänzt die Schule (auch einzelne Schulstunden) 0 1 2
102. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge..... 0 1 2
103. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen..... 0 1 2
104. Ist ungewöhnlich laut..... 0 1 2
105. Trinkt Alkohol, nimmt Drogen oder mißbraucht Medikamente; bitte beschreiben: _____ .. 0 1 2
106. Richtet mutwillig Zerstörungen an..... 0 1 2
107. Näßt bei Tag ein..... 0 1 2
108. Näßt im Schlaf ein..... 0 1 2
109. Quengelt oder jammert 0 1 2
110. Bei Jungen: Möchte lieber ein Mädchen sein
Bei Mädchen: Möchte lieber ein Junge sein..... 0 1 2
111. Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf 0 1 2
112. Macht sich zuviel Sorgen 0 1 2
113. Bitte beschreiben Sie hier Probleme Ihres Kindes, die bisher noch nicht erwähnt wurden:

_____ .. 0 1 2

---> Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

---> Unterstreichen Sie bitte diejenigen Probleme, die Ihnen Sorgen machen.

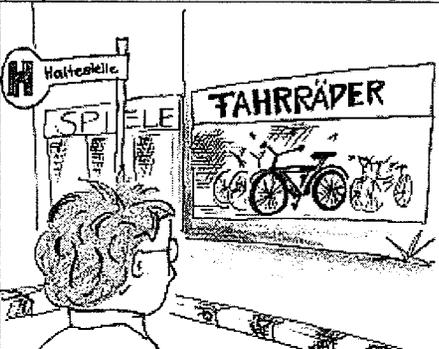
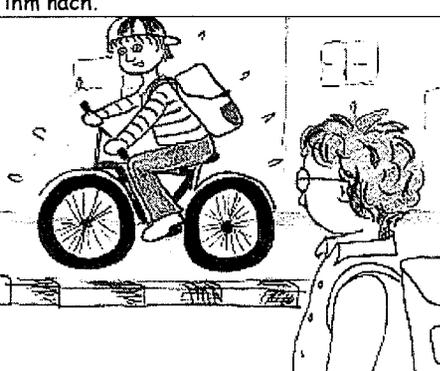
Vielen Dank !

**Lies die Geschichten genau durch. Mache dann je Geschichte 7 Kreuze
(auf verschiedenen Balken), wie sich das Kind fühlt.**

Beispiel:
Je stärker das Gefühl ist, je weiter rechts muss das Kreuz gemacht werden.

	gar nicht					sehr
	1	10	20	30	40	50
fröhlich	----- ----- ----- ----- ----- -----					
traurig	----- ----- ----- ----- ----- -----					
wütend	----- ----- ----- ----- ----- -----					

1.

<p>Seit Wochen schon wünscht sich Thomas ein neues Mountainbike.</p>	<p>Er weiß auch schon ganz genau, wie es aussehen soll: Genauso wie das Fahrrad im Laden gegenüber.</p>
	
<p>Als er heute nach der Schule heimläuft, überholt ihn Dieter laut klingelnd- auf seinem Traumfahrrad. Thomas schaut ihm nach.</p>	<p>Ausgerechnet dieser Angeber hat das Fahrrad bekommen, das sich Thomas schon so lange gewünscht hat. Er läuft langsam mit gesenktem Kopf nach Hause.</p>
	 <p style="font-size: small;">Warum bekommen andere nur immer ihre Wünsche erfüllt und ich nicht?!</p>

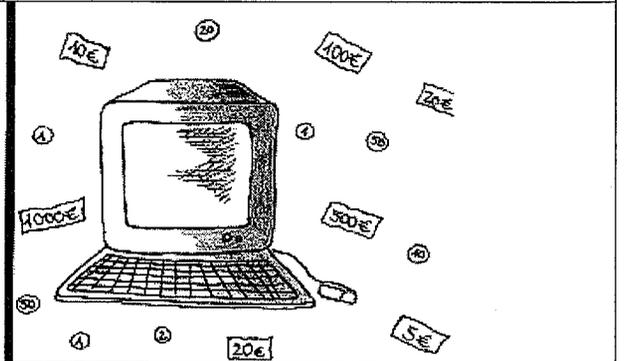
Wie ist/fühlt sich Thomas?

	gar nicht		sehr
48 eifersüchtig	----- ----- ----- ----- ----- -----		
49 hilflos	----- ----- ----- ----- ----- -----		
50 wertlos	----- ----- ----- ----- ----- -----		
51 wütend	----- ----- ----- ----- ----- -----		
(52) glücklich	----- ----- ----- ----- ----- -----		
53 traurig	----- ----- ----- ----- ----- -----		
54 neidisch	----- ----- ----- ----- ----- -----		

2.

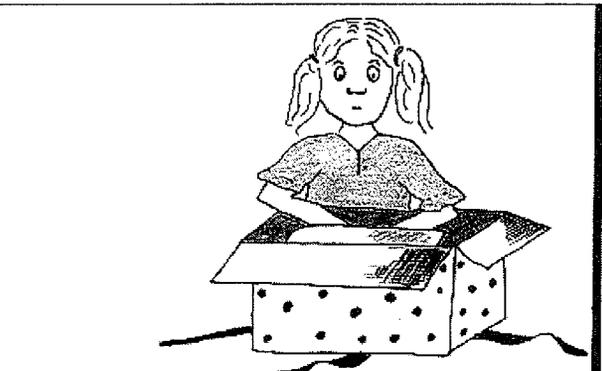
Heute hat Annika Geburtstag. Auf ihrem Wunschzettel hat sie COMPUTER geschrieben.

Doch Annika weiß nicht, ob sie einen bekommen wird. Ihre Eltern haben ihr die ganze letzte Woche erzählt, wie teuer ein Computer doch ist.



Jetzt steht Annika vor ihren Geschenken. Da sieht sie ein großes, viereckiges Päckchen. Schnell reißt sie das Papier auf.

„Juhu, genau so einen hab ich mir gewünscht“, jubelt Annika und umarmt ihre Eltern stürmisch.



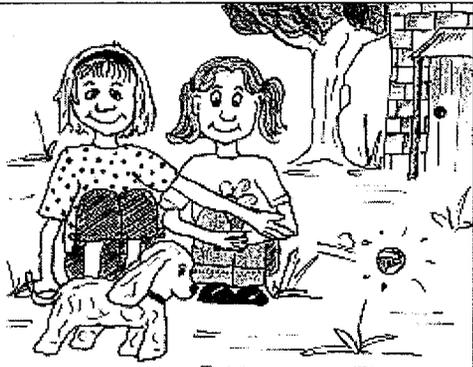
Wie ist/fühlt sich Annika?

	gar nicht	sehr
55 glücklich	<input type="text"/>	
(56) traurig	<input type="text"/>	
57 schuldig	<input type="text"/>	
58 dankbar	<input type="text"/>	
59 stolz	<input type="text"/>	
60 aufgeregt	<input type="text"/>	
61 schämt sich	<input type="text"/>	

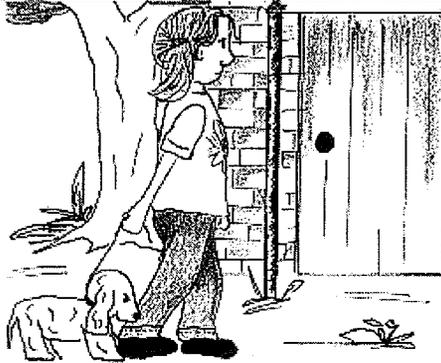
3.

Sandra hat heute ihre Freundin Kerstin zu sich nach Hause eingeladen. Die Mädchen spielen mit Charlie, Sandras Hund.

Sie werfen einen Ball und Charlie soll ihn wieder zurückbringen. Aber Charlie bringt den Ball immer nur zu Kerstin. Dabei wedelt er fröhlich mit dem Schwanz und lässt sich von ihr streicheln.



Sie nimmt Charlie am Halsband und sperrt ihn ins Haus.



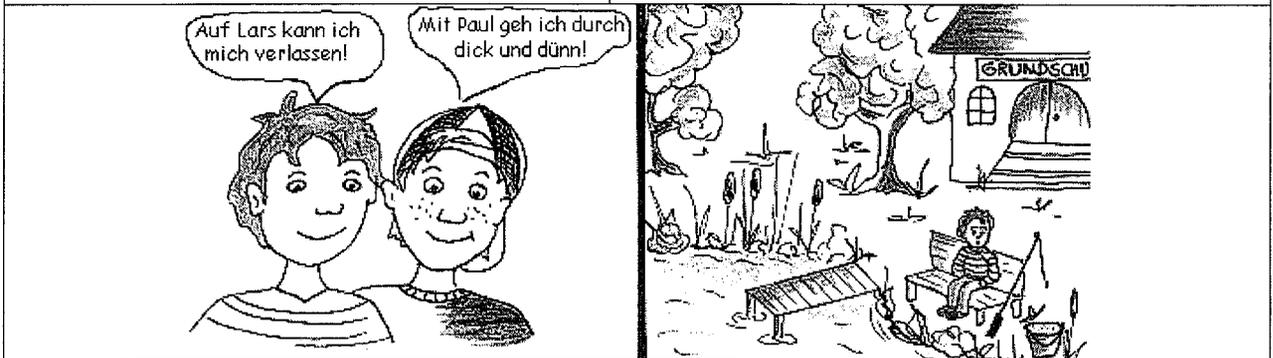
Wie ist/fühlt sich Sandra?

	gar nicht	sehr
62 eifersüchtig	<input type="text"/>	<input type="text"/>
63 wütend	<input type="text"/>	<input type="text"/>
64 enttäuscht	<input type="text"/>	<input type="text"/>
65 einsam	<input type="text"/>	<input type="text"/>
66 hilflos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
67 verletzt	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(68) stolz	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.

Paul und Lars sind dicke Freunde- seit vier Jahren schon. Sie gehen zusammen zur Schule und erleben am Nachmittag so manches Abenteuer.

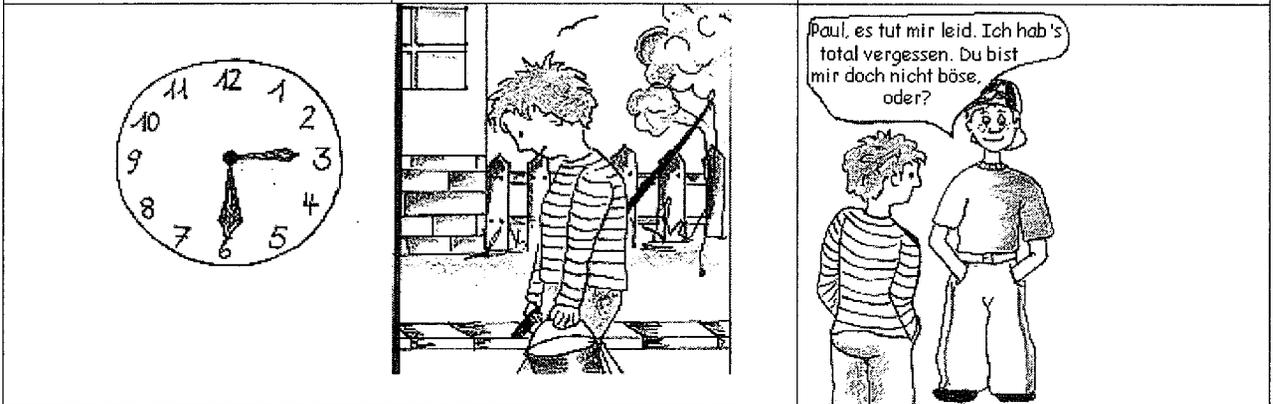
Heute haben sie sich die beiden zum Angeln verabredet. Um zwei wollen sie sich am kleinen See hinter ihrer Schule treffen. Paul ist zuerst da. Er setzt sich auf die Holzbank und wartet auf seinen Freund.



Die Zeit vergeht. Als Paul auf seine Uhr sieht, ist es schon halb drei- doch Lars ist nicht zu sehen. Paul wartet nochmals eine halbe Stunde.

Als sein Freund noch immer nicht auftaucht, tritt Paul mit gesenktem Kopf nach Hause.

Am nächsten Morgen entschuldigt sich Lars bei seinem Freund.



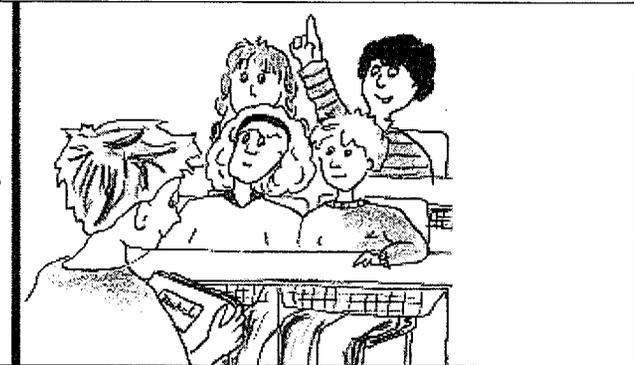
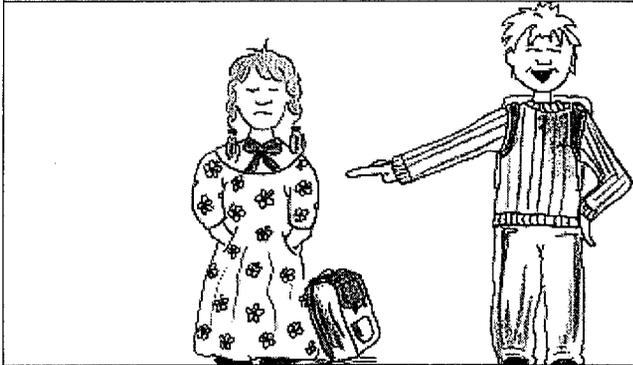
Wie ist/fühlt sich Paul?

	gar nicht	sehr
(69) fröhlich	<input type="text"/>	<input type="text"/>
70 traurig	<input type="text"/>	<input type="text"/>
71 wütend	<input type="text"/>	<input type="text"/>
72 dankbar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
73 enttäuscht	<input type="text"/>	<input type="text"/>
74 gleichgültig	<input type="text"/>	<input type="text"/>
75 erleichtert	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5.

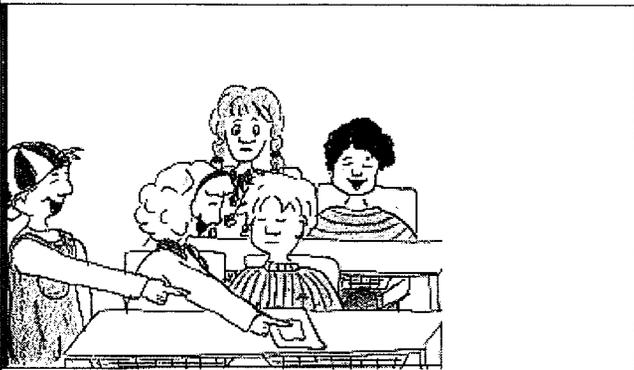
Sarah kann Martin nicht leiden- und das hat seinen Grund:
Im Unterricht macht sich der Bursche häufig über sie lustig.
Er lacht über Sarahs Kleider und zieht sie an den Haaren.

An einem Mittwochmorgen bekommt die Klasse 6a ihre
Deutscharbeit zurück.



Herr Schulz, der Deutschlehrer, gibt Martin sein Diktat
zurück und sagt vor der ganzen Klasse:

Ein paar Schüler kichern und zeigen mit dem Finger auf
Martin. Dieser wird ganz still und senkt den Kopf. Sarah hat
alles beobachtet.



Wie ist/fühlt sich Sarah?

	gar nicht	sehr
76 traurig	<input type="text"/>	<input type="text"/>
77 überlegen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
78 schadenfroh	<input type="text"/>	<input type="text"/>
79 hat Mitleid	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(80) wütend	<input type="text"/>	<input type="text"/>
81 mächtig	<input type="text"/>	<input type="text"/>
82 glücklich	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Schau dir die Körperhaltung der Puppe genau an und überlege dir, welches Gefühl mit dieser Körperhaltung ausgedrückt wird.



Die Puppe ist/fühlt sich...

gar nicht sehr

- 83 ...ängstlich.
- 84 ...enttäuscht.
- (85) ...fröhlich.
- 86 ...traurig.
- 87 ...verletzt.
- 88 ...einsam.
- 89 ...hilflos.



Die Puppe ist/fühlt sich...

gar nicht sehr

- 90 ...aufgeregt.
- 91 ...überrascht.
- 92 ...wütend.
- 93 ...selbstsicher.
- (94) ...traurig.
- 95 ...stark.
- 96 ...fröhlich.

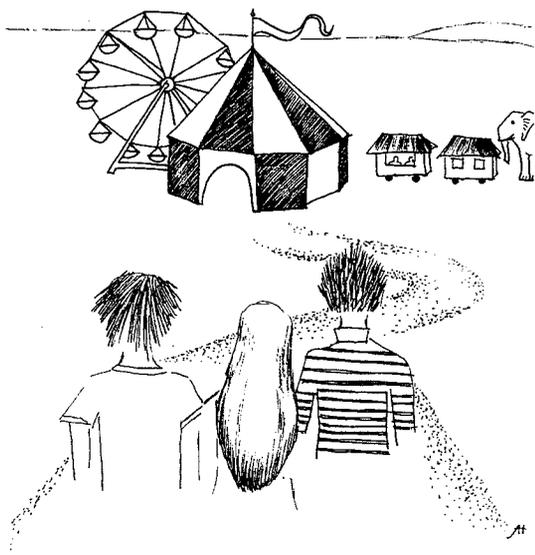


Die Puppe ist/fühlt sich...

gar nicht sehr

- (97) ...verletzt.
- 98 ...trotzig.
- 99 ...hilflos.
- 100 ...wütend.
- 101 ...einsam.
- 102 ...selbstsicher.
- 103 ...überlegen.

Schau dir die folgenden Bilder genau an. Kreuze dann an,
wie DU dich als Zuschauer fühlst.



ICH bin/fühle mich...

gar
nicht

sehr

104 ...aufgeregt.

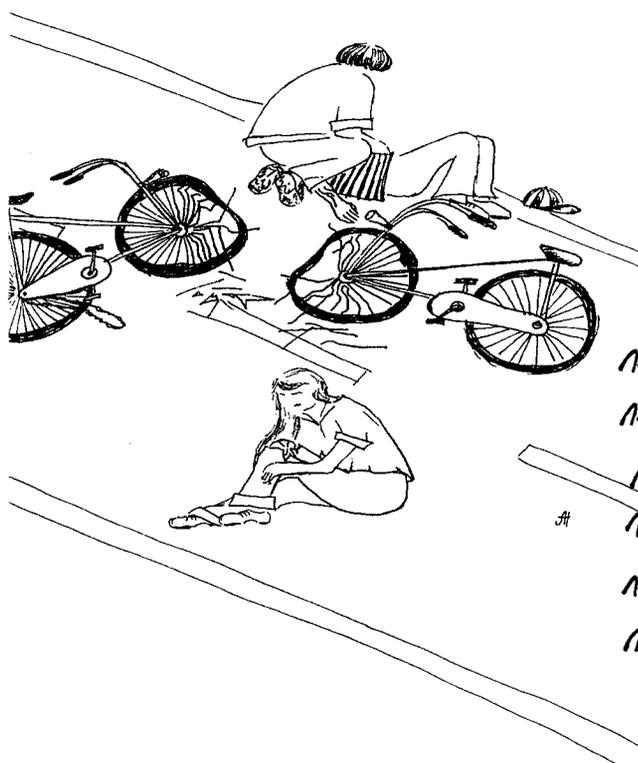
105 ...neidisch.

106 ...einsam.

107 ...traurig.

108 ...neugierig.

109 ...zufrieden.



ICH bin/fühle mich...

gar
nicht

sehr

110 ...ängstlich.

111 ...neugierig.

112 ...schadenfroh.

113 ...aufgeregt.

114 ...mitleidig.

115 ...traurig.

Schau dir das Bild genau an. Kreuze dann an, wie DU dich als Betrachter fühlst.



Lies dir die folgende Geschichte genau durch. Kreuze dann an, wie DU dich als Leser fühlst.

Die ganze Nacht hat es geschneit. Als Peter heute morgen aufgewacht ist, war draußen alles weiß. Am liebsten würde er sofort in den Garten rennen und einen riesigen Schneemann bauen oder eine Schneeballschlacht mit seinen Freunden veranstalten. Aber ausgerechnet heute muss er im Bett bleiben, weil er Fieber hat.

Nach der Schule treffen sich die anderen Kinder. Peter sieht ihnen von seinem Fenster aus sehnsüchtig dabei zu, wie sie im Schneetoben. Er hört sie lachen und wünscht sich er dürfte auch dabei sein.

ICH bin/fühle mich...

gar
nicht

- 116 ...neugierig.
- 117 ...neidisch.
- 118 ...zufrieden.
- 119 ...traurig.
- 120 ...einsam.
- 121 ...glücklich.

sehr

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ICH bin/fühle mich...

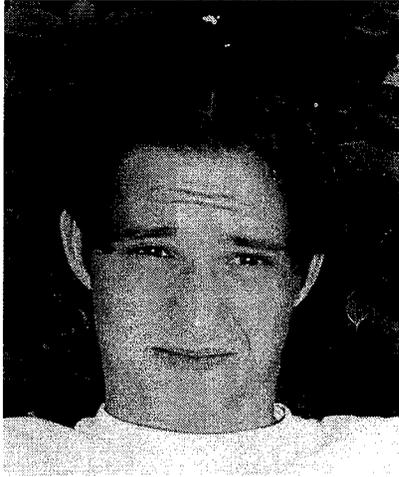
gar
nicht

- 122 ...hilflos.
- 123 ...nervös.
- 124 ...neidisch.
- 125 ...traurig.
- 126 ...einsam.
- 127 ...wütend.

sehr

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Schau dir die folgenden Bilder genau an. Kreuze dann an, welche Gefühle das Mädchen oder der Junge haben.



Der Junge fühlt...

gar nicht sehr

- 1128 ...Angst.
- 1129 ...Trotz.
- 1130 ...Zorn.
- 1131 ...Unsicherheit.
- 1132 ...Neid.
- 1133 ...Ekel.



Das Mädchen fühlt...

gar nicht sehr

- 1134 ...Eifersucht.
- 1135 ...Wut.
- 1136 ...sich erschreckt.
- 1137 ...Neid.
- 1138 ...Hass.
- 1139 ...Angst.



Das Mädchen fühlt...

gar nicht sehr

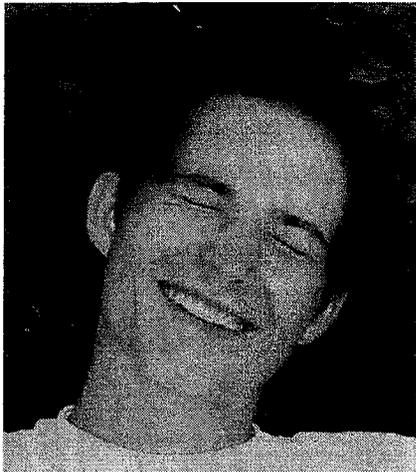
- 1140 ...Trauer.
- 1141 ...Scham.
- 1142 ...Furcht.
- 1143 ...Wut.
- 1144 ...Einsamkeit.
- 1145 ...Trotz.



Das Mädchen fühlt...

gar nicht sehr

- 1146 ...Stolz.
- 1147 ...Glück.
- 1148 ...Erstaunen.
- 1149 ...Neugier.
- 1150 ...Schuld.
- 1151 ...Angst.



Der Junge fühlt...

gar nicht sehr

- 152 ...Erleichterung.
- 153 ...Überlegenheit.
- 154 ...Schadenfreude.
- 155 ...Stolz.
- 156 ...Glück.
- 157 ...Stärke.



Das Mädchen fühlt...

gar nicht sehr

- 158 ...Neid.
- 159 ...Verachtung.
- 160 ...Wut.
- 161 ...Selbstsicherheit.
- 162 ...Überlegenheit.
- 163 ...Stolz.



Das Mädchen fühlt...

gar nicht sehr

- 164 ...Einsamkeit.
- 165 ...Enttäuschung.
- 166 ...Furcht.
- 167 ...Scham.
- 168 ...Hilflosigkeit.
- 169 ...Trauer.



Das Mädchen fühlt...

gar nicht sehr

- 170 ...Trotz.
- 171 ...Enttäuschung.
- 172 ...Neid.
- 173 ...Wut.
- 174 ...Trauer.
- 175 ...sich mächtig.

Fragebogen für Fachkräfte aus der Versorgung psychisch kranker Eltern und deren Kinder

Chiffre-Nr.: 1

bitte diese Chiffre-Nr. (z.B. erster Buchstabe des Familiennamens des Kindes mit Geburtsdatum, z.B.: M28039)
selbst vergeben und a) auf die erste Seite des Fragebogens an die Kinder sowie
b) auf die erste Seite des Elternfragebogens CBCL übertragen

Fragen zu Ihnen als Fachkraft

Grundberuf: 177

- Institution: 178 O Erwachsenen-Psychiatrie
(Zutreffendes ankreuzen) O Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie
 O Ambulante Jugendhilfe (Erziehungsberatung, SPFH, ASD, ...)
 O Stationäre Jugendhilfe (Heim, ...)
 O Psychiatrische / Psychotherapeutische Praxis
 O Selbsthilfe- oder Angehörigengruppe
 O Projektmaßnahme
 O Sonstige: _____

Fragen zur psychischen Erkrankung des Elternteils

(Bitte möglichst pro Frage nur eine Antwort ankreuzen)

- 179 Erkrankter Elternteil: O Mutter O Vater O beide
- 180 Form der Erkrankung: O Ängste O Depressionen O Schizophrenie
- 181 Intensität der Erkrankung O leicht O mittel O schwer
- 182 Momentane Behandlung: O ambulant O teilstationär O stationär
- 183 Erkrankter Elternteil hat bereits _____ Klinikaufenthalte hinter sich O keine O
- 184 Alter des Kindes bei erstmaliger Erkrankung: ca.: _____ Jahre

Fragen zur Familie

Alter des Kindes: 3 Jahre O Geschlecht: O Mädchen O Junge

Geschwisterreihe: Das Kind ist 227 .tes von 228 Kindern der Familie

- 185 Das Kind lebt mit dem psychisch erkrankten Elternteil zusammen: O ja O nein
- 186 Ein kompensierender, Sicherheit vermittelnder Elternteil ist vorhanden O ja O nein
- 187 Das Kind hat eine enge Beziehung zu einer wichtigen Bezugsperson O ja O nein
- 188 Ein tragfähiges soziales Netz außerhalb der Familie ist vorhanden O ja O nein

- 189** Wohn- und Lebenssituation des Kindes: **1** O Kind lebt bei leibl. Mutter und leibl. Vater
2 O Kind lebt bei leibl. Mutter und neuem Partner
3 O Kind lebt bei leibl. Vater und neuer Partnerin
4 O Kind lebt bei allein erziehendem Elternteil
5 O Kind lebt in Pflege- oder Adoptivfamilie
6 O Kind lebt in Heim oder Wohngruppe
7 O andere: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Eigenschaften und Verhaltensweisen des Kindes so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige Fragen für das Kind unpassend erscheinen:

(0 = nicht zutreffend / 1 = etwas oder manchmal zutreffend / 2 = genau oder häufig zutreffend)

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 190 Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun | 0 | 1 | 2 |
| 191 Fühlt sich wertlos oder unterlegen | 0 | 1 | 2 |
| 192 Ist zu furchtsam oder ängstlich | 0 | 1 | 2 |
| 193 Hat zu starke Schuldgefühle | 0 | 1 | 2 |
| 194 Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen | 0 | 1 | 2 |
| 195 Hört Geräusche oder Stimmen, die nicht da sind; bitte beschreiben: | 0 | 1 | 2 |
| 197 Sieht Dinge, die nicht da sind; bitte beschreiben: | 0 | 1 | 2 |
| 199 Gerät leicht in Raufereien / Schlägereien | 0 | 1 | 2 |
| 200 Schreit viel | 0 | 1 | 2 |
| 201 Produziert sich gern oder spielt den Clown | 0 | 1 | 2 |
| 202 Ist störrisch, mürrisch oder reizbar | 0 | 1 | 2 |
| 203 Bedroht andere | 0 | 1 | 2 |
| 204 Lügt, betrügt oder schwindelt | 0 | 1 | 2 |
| 205 Richtet mutwillig Zerstörungen an | 0 | 1 | 2 |

Schätzen Sie bitte ein, in welchem Maße in der vorliegenden Beziehung die folgenden Sachverhalte ausgeprägt sind. Betrachten Sie dabei die Intensitätsskala als gleichabständig von sehr hoch bis sehr tief. Kreuzen Sie jeweils die zutreffende Ziffer an.

- | | | | | | | | |
|--|-----------------|---|---|---|---|---|------------------|
| 206 Bindungsverhalten | sehr intensiv | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | wenig intensiv |
| 207 Zuwendung | sehr intensiv | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | wenig intensiv |
| 208 Zuhören können | sehr ausgeprägt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | wenig ausgeprägt |
| 209 Gegenseitiges Vertrauen | sehr ausgeprägt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | wenig ausgeprägt |
| 210 Feinfühligkeit in der Beziehung | sehr ausgeprägt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | wenig ausgeprägt |

2/11

Nun bitte ich Sie um eine Einschätzung zum **Bindungsverhalten des Kindes**. Geben Sie das Bindungsverhalten an, was aus Ihrer Sicht am ehesten zutrifft. (Bitte nur ein Feld ankreuzen)

Unsicher-vermeidende (distanzierte) Bindung	
1 0	<p>Im Erstkontakt fällt das Kind durch sein pseudo-reifes Verhalten auf. Es wirkt reifer, selbständiger und unabhängiger als andere Kinder. Bei Nutzung eines Spielzimmers wendet es sich neugierig unmittelbar dem Spielzeug zu und scheint die Anwesenheit der Fachkraft nur beiläufig wahrzunehmen.</p> <p>Das Kind ist bemüht, die Spiel- und Handlungsebene zu betonen und gefühlsmäßige Äußerungen herunterzuspielen. Es berichtet kaum von dem, was es bewegt, man hat das Gefühl, schwer an Gefühle oder Beziehungsthemen heranzukommen. In Erzählungen weist es zwischenmenschlichen Beziehungen und emotionalen Bindungen wenig Bedeutung zu.</p> <p>Im Kontakt zur Bezugsperson drückt es Gleichgültigkeit aus und scheint dessen Rückkehr nicht besonders wahrzunehmen.</p>
Unsicher-ambivalente (verstrickte) Bindung	
2 0	<p>Im Erstkontakt wird das Kind versuchen herauszufinden, was es tun muss, um der Fachkraft zu gefallen.</p> <p>In Erzählungen fällt es oft durch seine langatmigen und teils widersprüchlichen Geschichten und Beschreibungen vielfältiger Beziehungen auf.</p> <p>Im Kontakt mit der Bezugsperson bemüht sich das Kind mäßig bis stark, diesen Kontakt zu erreichen und aufrecht zu erhalten, drückt aber gleichzeitig Ärger innerhalb des Kontaktes aus.</p>
Desorganisierte Bindung	
3 0	<p>Im Erstgespräch wird das Kind durch chaotische Einfälle und Verhaltensweisen imponieren.</p> <p>Das Kind zeigt bisweilen stereotype Bewegungen, Phasen der Starrheit, desorientiertes Verhalten, plötzliche Aktivitäts- und Lautausbrüche wie zufällige und beiläufige Aggressionen gegen die Bezugspersonen.</p>
Sichere Bindung	
4 0	<p>Im Erstgespräch wirkt das Kind der Situation und Atmosphäre gegenüber angemessen und kongruent.</p> <p>In Erzählungen kann es offen und frei über seine Erlebnisse berichten und bezieht auch emotionale Beteiligungen mit ein.</p> <p>Im Kontakt mit der Bezugsperson findet eine ausgewogene Balance zwischen neugierigem Explorationsverhalten und Sicherheit suchendem Bindungsverhalten statt.</p>

In der folgenden Tabelle sehen Sie verschiedene **Kommunikations-Typen**, auf die viele Menschen in Stress- und Belastungssituationen zurückgreifen.

Jede dieser Kommunikations-Formen zeichnet sich durch besondere Stimmlage, Wortwahl und Haltung dem anderen gegenüber aus. Man kann sich den jeweiligen Kommunikations-Typ auch als Karikatur vorstellen und dadurch als inneres Bild noch einmal deutlicher vergegenwärtigen.

Bitte geben Sie für das betroffene Kind, den psychisch erkrankten Elternteil sowie ggf. den anderen - aktuell mit dem Kind in einem Haushalt lebenden - Elternteil bzw. Partner jeweils den am ehesten zutreffenden Kommunikations-Typ an. Es ist also je Spalte (Kind, Mutter, Vater) ein Kreuz zu machen.

	Kind	Mutter	Vater
<p>Der Beschwichtiger spricht mit leiser und weinerlicher Stimme und ist sehr bemüht, die Erwartungen des anderen zu ergründen und zu erfüllen. In Worten ist er oft zustimmend („wenn du meinst, ...“). Kinder sind hier oft ängstlich darauf bedacht, nicht aufzufallen und reagieren mit Rückzug. Als Karikatur dargestellt wäre er unterwürfig und beschwichtigend.</p>	212	213	214
<p>Der Ankläger spricht mit lauter Stimme, dabei oftmals den anderen entwertend, verletzend oder beleidigend. In Worten wirkt er anklagend und nicht zustimmend („Du bist Schuld“, „wie kannst du nur ...“). Kinder sind hier ständig auf der Suche nach (negativer) Aufmerksamkeit und oft in Auseinandersetzungen verstrickt. Als Karikatur dargestellt hätte er etwas Mächtiges oder Tyrannisches.</p>	215	216	217
<p>Der Rationalisierer spricht mit lebloser Stimme, auch seine Sprache wirkt monoton. Er versucht, dem Gegenüber alles logisch und kognitiv geprägt zu erklären. In Worten wirkt er vernünftig und sachlich, dabei oft Gefühle vermeidend („man ...“). Kinder zeichnen sich hier durch besondere Leistungen aus und suchen dadurch nach Anerkennung. Als Karikatur dargestellt wäre er die Figur eines zwanghaften und peniblen Beamten.</p>	218	219	220
<p>Der Ablenker spricht in belanglosen und nicht sinnhaften Zusammenhängen. Dem anderen gegenüber wirkt er zunächst witzig und komisch, kann aber auch mit der Zeit auf die Nerven gehen. In Worten ist er ablenkend und ohne Bezug zur Fragestellung. Kinder lenken hier durch ihre Clownereien von den eigentlichen Problemen ab und sind viel in Bewegung. Als Karikatur dargestellt wäre er ein Clown oder Klassenkasper.</p>	221	222	223
<p>Der Kongruente ist ein in sich stimmiger und zufriedener Kommunikations-Typ, der auch unter Stress genau das in Worten, Mimik und Gestik widerspiegelt, was er innerlich fühlt und empfindet. Er kommuniziert mit klaren und verständlichen Worten. Kinder wirken hier zufrieden und ausgeglichen und stimmig zwischen innerem Erleben und äußerlich sichtbarem Ausdrucksverhalten. Als Karikatur wären sie mit dem Gesicht zugewandt, locker und zufrieden wirkend.</p>	224	225	226

Bitte senden Sie die 3 Teile der Fragebögen (Fachkraft-, Kind-, Elternversion) zurück an:

Praxis Klaus Riedel
Wittekindstr. 41
33615 Bielefeld

Sollten Sie Rückfragen zum Ausfüllen der Fragebögen oder der Studie haben, können Sie sich auch gerne per Mail (praxis@klaus-riedel.de), per Fax (0521/5217777) oder telefonisch (0521/5217799) an mich wenden. Bei Bedarf können Sie gerne weitere Fragebögen anfordern.

Sofern Sie nicht auf vollständige Anonymität (Kind, Eltern, Fachkraft) bestehen, bitte ich Sie für eventuelle Rückfragen um die Angabe einiger Daten Ihrerseits.

Name des Ansprechpartners (Fachkraft): _____

Mail oder Fax: _____

Tel.Nr.: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe,

Klaus Riedel

KLAUS RIEDEL

Psychotherapeut

fon: 05 21 / 521 77 99

fax: 05 21 / 521 77 77

Wittekindstraße 41

33615 Bielefeld

e-mail: praxis@klaus-riedel.de

Praxis • Klaus Riedel • Wittekindstr. 41 • 33615 Bielefeld

Bielefeld, 24.08.2005

Sehr geehrte Eltern,
liebe Kinder und Jugendliche,

im Rahmen meiner Promotion an der Uni Siegen befasse ich mich mit Kindern psychisch kranker Eltern. Ich habe dafür einige Fragebögen zusammengestellt, die einerseits die Eigenschaften und Verhaltensweisen der Kinder abfragen (Elternfragebogen) und sich andererseits mit Gefühlen von Kindern und Jugendlichen befassen (Kinder-/Jugendlichenfragebogen).

Da für eine solche wissenschaftliche Untersuchung neben der Untersuchungsgruppe (psychisch kranke Eltern und deren Kinder) auch immer eine Kontrollgruppe (Kinder und Eltern aus durchschnittlichen Familien) benötigt wird, bitte ich Sie/Dich um Mithilfe.

Als Eltern müssten Sie den Elternfragebogen (CBCL) ausfüllen; unter „Name des Kindes“ reicht der Anfangsbuchstabe des Vor- oder Nachnamens Ihres Kindes.

Als Kind/Jugendlicher im Alter von 7 – 14 Jahren müsstest Du Dir Bilder ansehen, kurze Texte lesen und viele Fragen durch Ankreuzen beantworten. Es gibt hier kein „richtig“ oder „falsch“, kreuze bitte ganz nach Deinem Gefühl, Deiner Meinung an. Unter Chiffre: in der ersten Zeile trägst Du bitte den ersten Buchstaben Deines Vor- oder Familiennamens sowie Dein Geburtsdatum (z.B. M29.07.95) ein.

Selbstverständlich werden alle Daten streng vertraulich behandelt.

Sollte etwas unklar sein oder sich Nachfragen ergeben, können Sie / kannst Du mich gerne unter der o.a. Tel.-; Fax- oder Mailadresse kontaktieren. Die beiden ausgefüllten Fragebögen können dann mit dem frankierten Rückumschlag an mich zurückgesandt werden.

Mit freundlichen Grüßen und herzlichem Dank für die Mitarbeit,



(Klaus Riedel)

5 Bernd Vater
6 Bernd Mutter
7 Bernd Pfl. Vater
8 Bernd Pfl. Mutter

CBCL/4-18 Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen
deutsche Normierung für Jungen (1998) - Syndromskalen

Name: Z. Gloschelt

ID-Nr.: 1

Alter: 3

Datum: 9

Zahl auffäll. Fragen: 10

Gesamt Rohwert: 74

Gesamt T-Wert: 70

INT Rohwert: 65

INT T-Wert: 60

EXT Rohwert: 55

EXT T-Wert: 50

Internalisierend (INT)

Externalisierend (EXT)

Alter	Internalisierend (INT)			Externalisierend (EXT)		
	4-11	12-18	16-28	4-11	12-18	16-28
10-18	9	8	15	12	14	25
9-18	7	6	14	10	13	22
8-18	5	4	13	8	12	20
7-18	4	3	12	7	11	19
6-18	3	2	11	6	10	18
5-18	2	1	10	5	9	17
4-18	1	0	9	4	8	16
3-18	0	0	8	3	7	15
2-18	0	0	7	2	6	14
1-18	0	0	6	1	5	13
0-18	0	0	5	0	4	12
99.9	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9
99	99	99	99	99	99	99
98	98	98	98	98	98	98
93	93	93	93	93	93	93
84	84	84	84	84	84	84
69	69	69	69	69	69	69
≤50	≤50	≤50	≤50	≤50	≤50	≤50

T-Wert	Internalisierend (INT)			Externalisierend (EXT)		
	4-11	12-18	16-28	4-11	12-18	16-28
99.9	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9
99	99	99	99	99	99	99
98	98	98	98	98	98	98
93	93	93	93	93	93	93
84	84	84	84	84	84	84
69	69	69	69	69	69	69
≤50	≤50	≤50	≤50	≤50	≤50	≤50

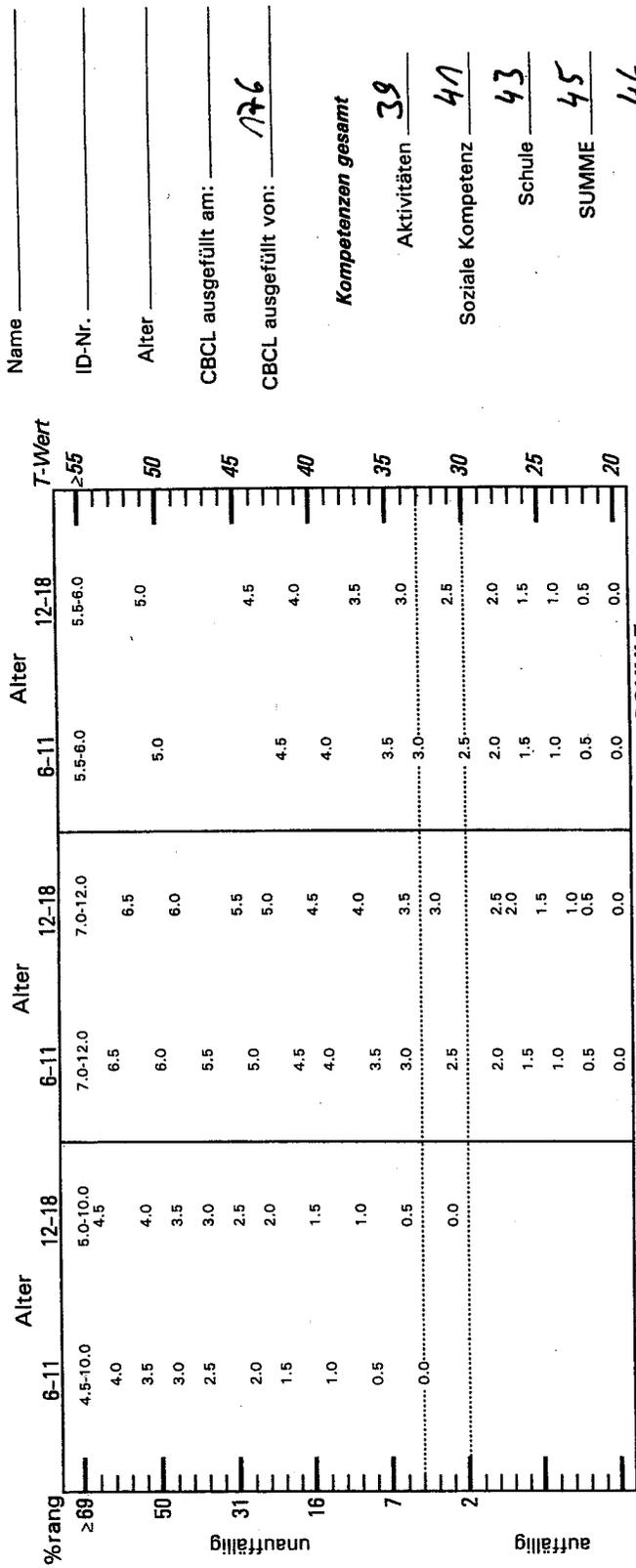
- AGGRESSIVES VERHALTEN**
- 1. Verhält sich zu jung
 - 2. Verhält sich zu alt
 - 3. Streitig
 - 4. Unruhig
 - 5. Verhält sich aggressiv
 - 6. Verhält sich unartig
 - 7. Ungehorsam
 - 8. Verhält sich unartig
 - 9. Verhält sich unartig
 - 10. Verhält sich unartig
 - 11. Verhält sich unartig
 - 12. Verhält sich unartig
 - 13. Verhält sich unartig
 - 14. Verhält sich unartig
 - 15. Verhält sich unartig
 - 16. Verhält sich unartig
 - 17. Verhält sich unartig
 - 18. Verhält sich unartig
 - 19. Verhält sich unartig
 - 20. Verhält sich unartig
 - 21. Verhält sich unartig
 - 22. Verhält sich unartig
 - 23. Verhält sich unartig
 - 24. Verhält sich unartig
 - 25. Verhält sich unartig
 - 26. Verhält sich unartig
 - 27. Verhält sich unartig
 - 28. Verhält sich unartig
 - 29. Verhält sich unartig
 - 30. Verhält sich unartig
 - 31. Verhält sich unartig
 - 32. Verhält sich unartig
 - 33. Verhält sich unartig
 - 34. Verhält sich unartig
 - 35. Verhält sich unartig
 - 36. Verhält sich unartig
 - 37. Verhält sich unartig
 - 38. Verhält sich unartig
 - 39. Verhält sich unartig
 - 40. Verhält sich unartig
 - 41. Verhält sich unartig
 - 42. Verhält sich unartig
 - 43. Verhält sich unartig
 - 44. Verhält sich unartig
 - 45. Verhält sich unartig
 - 46. Verhält sich unartig
 - 47. Verhält sich unartig
 - 48. Verhält sich unartig
 - 49. Verhält sich unartig
 - 50. Verhält sich unartig
 - 51. Verhält sich unartig
 - 52. Verhält sich unartig
 - 53. Verhält sich unartig
 - 54. Verhält sich unartig
 - 55. Verhält sich unartig
 - 56. Verhält sich unartig
 - 57. Verhält sich unartig
 - 58. Verhält sich unartig
 - 59. Verhält sich unartig
 - 60. Verhält sich unartig
 - 61. Verhält sich unartig
 - 62. Verhält sich unartig
 - 63. Verhält sich unartig
 - 64. Verhält sich unartig
 - 65. Verhält sich unartig
 - 66. Verhält sich unartig
 - 67. Verhält sich unartig
 - 68. Verhält sich unartig
 - 69. Verhält sich unartig
 - 70. Verhält sich unartig
 - 71. Verhält sich unartig
 - 72. Verhält sich unartig
 - 73. Verhält sich unartig
 - 74. Verhält sich unartig
 - 75. Verhält sich unartig
 - 76. Verhält sich unartig
 - 77. Verhält sich unartig
 - 78. Verhält sich unartig
 - 79. Verhält sich unartig
 - 80. Verhält sich unartig
 - 81. Verhält sich unartig
 - 82. Verhält sich unartig
 - 83. Verhält sich unartig
 - 84. Verhält sich unartig
 - 85. Verhält sich unartig
 - 86. Verhält sich unartig
 - 87. Verhält sich unartig
 - 88. Verhält sich unartig
 - 89. Verhält sich unartig
 - 90. Verhält sich unartig
 - 91. Verhält sich unartig
 - 92. Verhält sich unartig
 - 93. Verhält sich unartig
 - 94. Verhält sich unartig
 - 95. Verhält sich unartig
 - 96. Verhält sich unartig
 - 97. Verhält sich unartig
 - 98. Verhält sich unartig
 - 99. Verhält sich unartig
 - 100. Verhält sich unartig
 - 101. Verhält sich unartig
 - 102. Verhält sich unartig
 - 103. Verhält sich unartig
 - 104. Verhält sich unartig
 - 105. Verhält sich unartig
 - 106. Verhält sich unartig
 - 107. Verhält sich unartig
 - 108. Verhält sich unartig
 - 109. Verhält sich unartig
 - 110. Verhält sich unartig
 - 111. Verhält sich unartig
 - 112. Verhält sich unartig
 - 113. Verhält sich unartig

Urheberrechtlich geschützt. Copyright Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist und T.M. Achenbach. Nachdruck verboten.

Gesamtergebnis für Kompetenzen

Alter 6-11 Jahre		Alter 12-18 Jahre	
Rohwert	T-Wert	Rohwert	T-Wert
24.0-28.0	>80	23.0-28.0	>80
	79	22.5	78
	77		77
	76		76
	75	22.0	75
	74		74
	73	21.5	73
	72		72
	71	21.0	71
	70		70
	69	20.5	69
	68		68
	67	20.0	67
	66		66
	65	19.5	65
	64	19.0	64
	63	18.5	63
	62		62
	61	18.0	61
	60	18.0	60
	59	17.5	59
	58	17.0	58
	57		57
	56	16.5	56
	55		55
	54	16.0	54
	53	15.5	53
	52		52
	51	15.0	51
	50	14.5	50
	49		49
	48	14.0	48
	47	13.5	47
	46		46
	45	13.0	45
	44	13.0	44
	43	12.5	43
	42	12.0	42
	41		41
	40	11.5	40
	39	11.0	39
	38	10.5	38
	37		37
	36	10.0	36
	35		35
	34	9.5	34
	33	9.0	33
	32	8.5	32
	31	8.0	31
	30	8.0	30
	29	7.5	29
	28	7.0	28
	27		27
	26	6.5	26
	25	6.0	25
	24	5.5	24
	23	5.0	23
	22	4.5	22
	21	4.0	21
	20	4.0	20
	19	3.5	19
	18	3.0	18
	17	2.5	17
	16	2.0	16
	15	1.5	15
	14	1.0	14
	13	0.5	13
	12		12
	11	0.0	11
	10	0.0	10

**CBCL/4-18 Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen
deutsche Normierung für Jungen (1998) - Kompetenzskalen**



Name _____

ID-Nr. _____

Alter _____

CBCL ausgefüllt am: _____

CBCL ausgefüllt von: 176

Kompetenzen gesamt _____

Aktivitäten 39

Soziale Kompetenz 41

Schule 43

SUMME 45

Gesamt T-Wert aus Tabelle 46

Strichellinien = Grenzbereich Auffälligkeit

47 II.A. Zahl nichtsportlicher Aktivitäten

Bezug: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugendlichen- und Familiendiagnostik (KJFD), Geschäftsstelle KJFD: c/o Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln, Robert-Koch-Straße 10, 50931 Köln. Fax: 0221 / 478-6104

AKTIVITÄTEN

III.A. Zahl der Gruppen / Vereine _____

B. Mittlere Aktivität in diesen _____

V. 1. Zahl der Freunde _____

2. Treffen mit Freunden _____

VI.A. Auskommen mit anderen _____

B. Selbständiges Spielen / Arbeiten _____

SUMME 39

T-Wert: 40

SOZIALE KOMPETENZ

VII. 1. Mittlere Schulleistung _____

2. Sonderschule _____

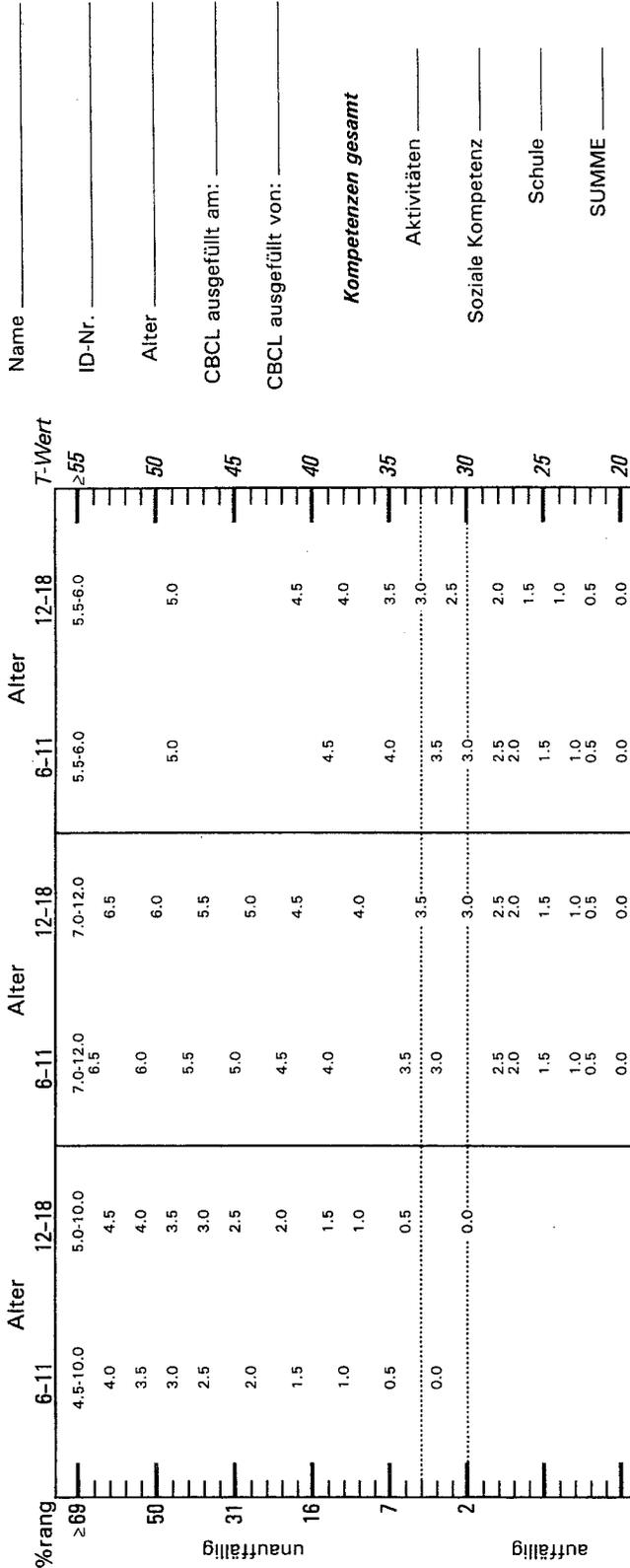
3. Klasse wiederholt _____

4. Lern-/Schulprobleme _____

SUMME 43

T-Wert: 44

CBCL/4-18 Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen deutsche Normierung für Mädchen (1998) - Kompetenzskalen



Name _____

ID-Nr. _____

Alter _____

CBCL ausgefüllt am: _____

CBCL ausgefüllt von: _____

Kompetenzen gesamt _____

Aktivitäten _____

Soziale Kompetenz _____

Schule _____

SUMME _____

Gesamt T-Wert aus Tabelle _____

Strichellinien = Grenzbereich Auffälligkeit

Nicht auf den Kompetenzskalen:
II.A. Zahl nichtsportlicher Aktivitäten _____

Bezug: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugendlichen- und
Familiendiagnostik (KJFD).
Geschäftsstelle KJFD: c/o Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der
Universität zu Köln, Robert-Koch-Strasse 10, 50931 Köln.
Fax: 0221 / 478-6104

Gesamtergebnis für Kompetenzen

Alter 6-11 Jahre		Alter 12-18 Jahre	
Rohwert	T-Wert	Rohwert	T-Wert
23.5-28.0	>80	23.5-28.0	>80
22.5-23.0	79	23.0	78
22.0	77	22.5	76
21.0-21.5	74	22.0	74
20.5	72	21.5	71
20.0	69	21.0	69
19.5	68	20.5	68
19.0	67	20.0	66
18.5	65	19.5	64
18.0	63	19.0	62
17.5	61	18.5	60
17.0	59	18.0	59
16.5	58	17.5	57
16.0	55	16.5	55
15.5	54	16.0	53
15.0	52	15.5	52
14.5	50	15.0	50
14.0	49	14.5	49
13.5	48	14.0	48
13.0	47	13.5	46
12.5	44	13.0	45
12.0	43	12.5	43
11.5	42	12.0	42
11.0	40	11.5	41
10.5	38	11.0	39
10.0	37	10.5	37
9.5	36	10.0	36
9.0	34	9.5	34
8.5	33	9.0	33
8.0	32	8.5	32
7.5	31	8.0	31
7.0	29	7.5	29
6.5	28	7.0	28
6.0	27	6.5	27
5.5	26	6.0	26
5.0	24	5.5	24
5.0	23	5.0	23
4.5	22	4.5	22
4.0	21	4.0	21
3.5	20	3.5	20
3.0	19	3.0	19
2.5	18	2.5	18
2.0	17	2.0	17
1.5	16	1.5	16
1.0	15	1.0	15
0.5	14	0.5	14
0.0	13	0.0	13
0.0	12	0.0	12
0.0	11	0.0	11
0.0	10	0.0	10

CBCL/4-18 Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen
deutsche Normierung für Mädchen (1998) - Syndromskalen

Name: _____

ID-Nr.: _____

Internalisierend (INT)

Externalisierend (EXT)

%rang auffällig	11-18		9-18		10-18		16-28		12-18		4-11		12-18		4-11		12-18		T-Wert
	4-11	12-18	4-11	12-18	4-11	12-18	4-11	12-18	4-11	12-18	4-11	12-18	4-11	12-18	4-11	12-18	4-11	12-18	
99.9	7	4	5	8	9	10	8	9	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	>80
99	10	7	8	14	15	14	8	8	5	5	11	12	11	11	11	11	11	11	74
98	9	6	7	12	13	13	7	7	4	4	10	10	9	9	9	9	9	9	70
G	8	5	6	10	11	11	6	6	3	3	8	7	7	7	7	7	7	7	65
93	7	4	5	8	9	9	5	5	2	2	7	7	6	6	6	6	6	6	60
84	6	3	4	6	7	7	4	4	2	2	6	6	5	5	5	5	5	5	55
80	5	2	3	5	6	6	3	3	1	1	5	5	4	4	4	4	4	4	<50
unaffällig	4	2	3	4	5	5	2	2	1	1	4	4	3	3	3	3	3	3	
	3	1	2	4	4	4	1	1	1	1	3	3	2	2	2	2	2	2	
	2	1	2	3	3	3	1	1	0	0	2	2	1	1	1	1	1	1	
	1	0	1	2	2	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	
	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

I SOZIALER RÜCKZUG		II KÖRPERLICHE BESCHWERDEN		III ÄNGSTLICH DEPRESSIV		IV SOZIALE PROBLEME		V SCHIZOIDI ZWANGHAFT		VI AUFMERKSAMKEITSPROBLEME		VII DISSOZIALES VERHALTEN		VIII AGGRESSIVES VERHALTEN	
42. Lieber allein	51. Schwindelig	54. Müde	55. Schwindel	12. Einsam	1. Verhält sich zu jung	9. Zwangsgedanken	1. Verhält sich zu jung	9. Zwangsgedanken	1. Verhält sich zu jung	26. Nicht schuldig	3. Streitet viel	7. Gibt an	16. Selbstverletzung	5. Venen- und Geschlecht	
65. Spricht nicht	56. Kopfschmerz	58. Schläft nicht	59. Schläft nicht	31. Angst/Schlimmes	11. Klammert	40. Hört Dinge	8. Konzentration	43. Unruhe	43. Unruhe	39. Seht Umgang	7. Gibt an	18. Verwirrt zu anderen	18. Verwirrt zu anderen	6. Einzelne	
83. Schreit ins Leere	59. Schläft nicht	60. Schläft nicht	61. Schläft nicht	32. Verdacht	25. Kommt r. aus	55. Zwangshandlung	8. Konzentration	44. Unruhe	44. Unruhe	40. Unruhe	15. Quält Tiere	19. Verwirrt zu anderen	19. Verwirrt zu anderen	7. 8. Einzelne	
88. Schreit ins Leere	62. Hautprobl.	63. Hautprobl.	64. Hautprobl.	33. Verdacht	26. Kommt r. aus	60. Zwangshandlung	10. Konzentration	45. Unruhe	45. Unruhe	41. Unruhe	16. Quält Tiere	20. Verwirrt zu anderen	20. Verwirrt zu anderen	8. 9. Einzelne	
102. Wenig aktiv	65. Hautprobl.	66. Hautprobl.	67. Hautprobl.	34. Verdacht	27. Kommt r. aus	65. Zwangshandlung	11. Konzentration	46. Unruhe	46. Unruhe	42. Unruhe	17. Quält Tiere	21. Verwirrt zu anderen	21. Verwirrt zu anderen	9. 10. Einzelne	
103. Traurig	68. Hautprobl.	69. Hautprobl.	70. Hautprobl.	35. Verdacht	28. Kommt r. aus	70. Zwangshandlung	12. Konzentration	47. Unruhe	47. Unruhe	43. Unruhe	18. Quält Tiere	22. Verwirrt zu anderen	22. Verwirrt zu anderen	10. 11. Einzelne	
111. Soc. Rückzug	71. Hautprobl.	72. Hautprobl.	73. Hautprobl.	36. Verdacht	29. Kommt r. aus	75. Zwangshandlung	13. Konzentration	48. Unruhe	48. Unruhe	44. Unruhe	19. Quält Tiere	23. Verwirrt zu anderen	23. Verwirrt zu anderen	11. 12. Einzelne	
SUMME	SUMME	SUMME	SUMME	SUMME	SUMME	SUMME	SUMME	SUMME	SUMME	SUMME	SUMME	SUMME	SUMME	SUMME	

ANDERE PROBLEME

5. Venen- und Geschlecht
 6. Einzelne
 15. Quält Tiere
 16. Selbstverletzung
 18. Verwirrt zu anderen
 19. Verwirrt zu anderen
 20. Verwirrt zu anderen
 21. Verwirrt zu anderen
 22. Verwirrt zu anderen
 23. Verwirrt zu anderen
 24. Verwirrt zu anderen
 25. Verwirrt zu anderen
 26. Verwirrt zu anderen
 27. Verwirrt zu anderen
 28. Verwirrt zu anderen
 29. Verwirrt zu anderen
 30. Verwirrt zu anderen
 31. Verwirrt zu anderen
 32. Verwirrt zu anderen
 33. Verwirrt zu anderen
 34. Verwirrt zu anderen
 35. Verwirrt zu anderen
 36. Verwirrt zu anderen
 37. Verwirrt zu anderen
 38. Verwirrt zu anderen
 39. Verwirrt zu anderen
 40. Verwirrt zu anderen
 41. Verwirrt zu anderen
 42. Verwirrt zu anderen
 43. Verwirrt zu anderen
 44. Verwirrt zu anderen
 45. Verwirrt zu anderen
 46. Verwirrt zu anderen
 47. Verwirrt zu anderen
 48. Verwirrt zu anderen
 49. Verwirrt zu anderen
 50. Verwirrt zu anderen
 51. Verwirrt zu anderen
 52. Verwirrt zu anderen
 53. Verwirrt zu anderen
 54. Verwirrt zu anderen
 55. Verwirrt zu anderen
 56. Verwirrt zu anderen
 57. Verwirrt zu anderen
 58. Verwirrt zu anderen
 59. Verwirrt zu anderen
 60. Verwirrt zu anderen
 61. Verwirrt zu anderen
 62. Verwirrt zu anderen
 63. Verwirrt zu anderen
 64. Verwirrt zu anderen
 65. Verwirrt zu anderen
 66. Verwirrt zu anderen
 67. Verwirrt zu anderen
 68. Verwirrt zu anderen
 69. Verwirrt zu anderen
 70. Verwirrt zu anderen
 71. Verwirrt zu anderen
 72. Verwirrt zu anderen
 73. Verwirrt zu anderen
 74. Verwirrt zu anderen
 75. Verwirrt zu anderen
 76. Verwirrt zu anderen
 77. Verwirrt zu anderen
 78. Verwirrt zu anderen
 79. Verwirrt zu anderen
 80. Verwirrt zu anderen
 81. Verwirrt zu anderen
 82. Verwirrt zu anderen
 83. Verwirrt zu anderen
 84. Verwirrt zu anderen
 85. Verwirrt zu anderen
 86. Verwirrt zu anderen
 87. Verwirrt zu anderen
 88. Verwirrt zu anderen
 89. Verwirrt zu anderen
 90. Verwirrt zu anderen
 91. Verwirrt zu anderen
 92. Verwirrt zu anderen
 93. Verwirrt zu anderen
 94. Verwirrt zu anderen
 95. Verwirrt zu anderen
 96. Verwirrt zu anderen
 97. Verwirrt zu anderen
 98. Verwirrt zu anderen
 99. Verwirrt zu anderen
 100. Verwirrt zu anderen
 101. Verwirrt zu anderen
 102. Verwirrt zu anderen
 103. Verwirrt zu anderen
 104. Verwirrt zu anderen
 105. Verwirrt zu anderen
 106. Verwirrt zu anderen
 107. Verwirrt zu anderen
 108. Verwirrt zu anderen
 109. Verwirrt zu anderen
 110. Verwirrt zu anderen
 111. Verwirrt zu anderen
 112. Verwirrt zu anderen
 113. Verwirrt zu anderen

INT = Syndromskala I + II + III - Frage 103 = _____

EXT = Syndromskala VII + VIII = _____

G Strichlimiten = Grenzbereich Auffälligkeit

Nicht im Gesamtwert für Problemverhalten berücksichtigt: 2. Allergie; 4. Asthma

Wird nicht bei beurteilerübergreifenden Syndromen berücksichtigt

Unherberrechtlich geschützt. Copyright Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist und T. M. Achenbach. Nachdruck verboten!

Anl. 7

Variablenliste

Variablen und Beschreibung	N=	o.a.			
VAR1 ID -Nr.	67	0	VAR29 VII Dissoziales Verhalten T-Wert	66	1
VAR1a Zugehörigkeit	67	0	VAR30 VIII Aggressives Verhalten Summe	67	0
VAR2 Geschlecht	67	0	VAR31 VIII Aggressives Verhalten T-Wert	66	1
VAR3 Alter	67	0	VAR32 III 12 Einsam	67	0
VAR4 Datum	67	0	VAR33 I 42 Lieber allein	67	0
VAR5 Beruf Vater	67	0	VAR34 III 52 Schuldgefühle	67	0
VAR6 Beruf Mutter	67	0	VAR35 I 69 Verschlissen	67	0
VAR7 Beruf Pflegevater	3	64	VAR36 I 111 Sozialer Rückzug	67	0
VAR8 Beruf Pflegemutter	3	64	VAR37 INT Syndromskala	67	0
VAR9 Zahl auffälliger Fragen	67	0	VAR38 EXT Syndromskala	67	0
VAR10 Rohwert Ges.	67	0	VAR39 Aktivitäten Summe	67	0
VAR11 T-Wert Ges.	67	0	VAR40 Aktivitäten T-Wert	66	1
VAR12 Rohwert INT	67	0	VAR41 Soziale Kompetenz Summe	67	0
VAR13 T-Wert INT	67	0	VAR42 Soziale Kompetenz T-Wert	65	2
VAR14 Rohwert EXT	67	0	VAR43 Schule Summe	67	0
VAR15 T-Wert EXT	67	0	VAR44 Schule T-Wert	66	1
VAR16 I sozialer Rückzug Summe	67	0	VAR45 Summe Gesamt	67	0
VAR17 I sozialer Rückzug T-Wert	66	1	VAR46 T-Wert Gesamt	67	0
VAR18 II Körperliche Beschwerden Summe	67	0	VAR47 Zahl nichtsportlicher Aktivitäten	65	2
VAR19 II Körperliche Beschwerden T-Wert	66	1	VAR48 1 eifersüchtig	67	0
VAR20 III Ängstlich/Depressiv Summe	67	0	VAR49 1 hilflos	67	0
VAR21 III Ängstlich/Depressiv T-Wert	66	1	VAR50 1 wertlos	67	0
VAR22 IV soziale Probleme Summe	67	0	VAR51 1 wütend	67	0
VAR23 IV soziale Probleme T-Wert	66	1	VAR52 1 glücklich	67	0
VAR24 V Schizoid/Zwanghaft Summe	67	0	VAR53 1 traurig	67	0
VAR25 V Schizoid/Zwanghaft T-Wert	66	1	VAR54 1 neidisch	67	0
VAR26 VI Aufmerksamkeitsprobleme Summe	67	0	VAR55 2 glücklich	67	0
VAR27 VI Aufmerksamkeitsprobleme T-Wert	66	1	VAR56 2 traurig	67	0
VAR28 VII Dissoziales Verhalten Summe	67	0	VAR57 2 schuldig	67	0
			VAR58 2 dankbar	67	0

VAR59	2 stolz	67	0	VAR90	7 aufgeregt	67	0
VAR60	2 aufgeregt	67	0	VAR91	7 überrascht	67	0
VAR61	2 schämt sich	67	0	VAR92	7 wütend	67	0
VAR62	3 eifersüchtig	67	0	VAR93	7 selbstsicher	67	0
VAR63	3 wütend	67	0	VAR94	7 traurig	67	0
VAR64	3 enttäuscht	67	0	VAR95	7 stark	67	0
VAR65	3 einsam	67	0	VAR96	7 fröhlich	67	0
VAR66	3 hilflos	67	0	VAR97	8 verletzt	67	0
VAR67	3 verletzt	67	0	VAR98	8 trotzig	67	0
VAR68	3 stolz	67	0	VAR99	8 hilflos	67	0
VAR69	4 fröhlich	67	0	VAR100	8 wütend	67	0
VAR70	4 traurig	67	0	VAR101	8 einsam	67	0
VAR71	4 wütend	67	0	VAR102	8 selbstsicher	67	0
VAR72	4 dankbar	67	0	VAR103	8 überlegen	67	0
VAR73	4 enttäuscht	67	0	VAR104	9 aufgeregt	67	0
VAR74	4 gleichgültig	67	0	VAR105	9 neidisch	67	0
VAR75	4 erleichtert	67	0	VAR106	9 einsam	67	0
VAR76	5 traurig	67	0	VAR107	9 traurig	67	0
VAR77	5 überlegen	67	0	VAR108	9 neugierig	67	0
VAR78	5 schadenfroh	67	0	VAR109	9 zufrieden	67	0
VAR79	5 hat Mitleid	67	0	VAR110	10 ängstlich	67	0
VAR80	5 wütend	67	0	VAR111	10 neugierig	67	0
VAR81	5 mächtig	67	0	VAR112	10 schadenfroh	67	0
VAR82	5 glücklich	67	0	VAR113	10 aufgeregt	67	0
VAR83	6 ängstlich	67	0	VAR114	10 mitleidig	67	0
VAR84	6 enttäuscht	67	0	VAR115	10 traurig	67	0
VAR85	6 fröhlich	67	0	VAR116	11 neugierig	67	0
VAR86	6 traurig	67	0	VAR117	11 neidisch	67	0
VAR87	6 verletzt	67	0	VAR118	11 zufrieden	67	0
VAR88	6 einsam	67	0	VAR119	11 traurig	67	0
VAR89	6 hilflos	67	0	VAR120	11 einsam	67	0

VAR121	11 glücklich	67	0	VAR152	17 Erleichterung	67	0
VAR122	12 hilflos	67	0	VAR153	17 Überlegenheit	67	0
VAR123	12 nervös	67	0	VAR154	17 Schadenfreude	67	0
VAR124	12 neidisch	67	0	VAR155	17 Stolz	67	0
VAR125	12 traurig	67	0	VAR156	17 Glück	67	0
VAR126	12 einsam	67	0	VAR157	17 Stärke	67	0
VAR127	12 wütend	67	0	VAR158	18 Neid	67	0
VAR128	13 Angst	67	0	VAR159	18 Verachtung	67	0
VAR129	13 Trotz	67	0	VAR160	18 Wut	67	0
VAR130	13 Zorn	67	0	VAR161	18 Selbstsicherheit	67	0
VAR131	13 Unsicherheit	67	0	VAR162	18 Überlegenheit	67	0
VAR132	13 Neid	67	0	VAR163	18 Stolz	67	0
VAR133	13 Ekel	67	0	VAR164	19 Einsamkeit	67	0
VAR134	14 Eifersucht	67	0	VAR165	19 Enttäuschung	67	0
VAR135	14 Wut	67	0	VAR166	19 Furcht	67	0
VAR136	14 sich erschreckt	67	0	VAR167	19 Scham	67	0
VAR137	14 Neid	67	0	VAR168	19 Hilflosigkeit	67	0
VAR138	14 Hass	67	0	VAR169	19 Trauer	67	0
VAR139	14 Angst	67	0	VAR170	20 Stolz	67	0
VAR140	15 Trauer	67	0	VAR171	20 Enttäuschung	67	0
VAR141	15 Scham	67	0	VAR172	20 Neid	67	0
VAR142	15 Furcht	67	0	VAR173	20 Wut	67	0
VAR143	15 Wut	67	0	VAR174	20 Trauer	67	0
VAR144	15 Einsamkeit	67	0	VAR175	20 sich mächtig	67	0
VAR145	15 Trotz	67	0	VAR176	CBCL ausgefüllt	67	0
VAR146	16 Stolz	67	0	VAR177	Grundberuf Fachkraft	67	0
VAR147	16 Glück	67	0	VAR178	Institution	33	34
VAR148	16 Erstaunen	67	0	VAR179	Erkrankter Elternteil	33	34
VAR149	16 Neugier	67	0	VAR180	Form der Erkrankung	33	34
VAR150	16 Schuld	67	0	VAR181	Intensität der Erkrankung	33	34
VAR151	16 Angst	67	0	VAR182	Momentane Behandlung	33	34

VAR183	Klinikaufenthalte Elternteil	31	36	VAR214	Beschwichtiger Vater	33	34
VAR184	Alter Kind bei Erkrankung	33	34	VAR215	Ankläger Kind	33	34
VAR185	Kind lebt bei krankem Elternteil	33	34	VAR216	Ankläger Mutter	33	34
VAR186	Kompensierender Elternteil	32	35	VAR217	Ankläger Vater	33	34
VAR187	Beziehung zu Bezugsperson	32	35	VAR218	Rationalisierer Kind	33	34
VAR188	soz. Netz außerhalb Familie	33	34	VAR219	Rationalisierer Mutter	33	34
VAR189	Wohnsituation Kind	33	34	VAR220	Rationalisierer Vater	33	34
VAR190	Angst, etwas Schlimmes zu denken	33	34	VAR221	Ablenker Kind	33	34
VAR191	fühlt sich wertlos oder unterlegen	33	34	VAR222	Ablenker Mutter	33	34
VAR192	ist zu furchtsam oder ängstlich	33	34	VAR223	Ablenker Vater	33	34
VAR193	Schuldgefühle	33	34	VAR224	Kongruent Kind	33	34
VAR194	ist traurig, niedergeschlagen	33	34	VAR225	Kongruent Mutter	33	34
VAR195	hört Dinge	33	34	VAR226	Kongruent Vater	33	34
VAR196	Beschreibung der Dinge	67	0	VAR227	Reihenfolge Geschwisterreihe	33	34
VAR197	sieht Dinge	33	34	VAR228	Kinder in Familie	33	34
VAR198	Beschreibung Dinge	67	0	VAR229	III 31 Angst, Schlimmes zu denken	33	34
VAR200	schreit viel	33	34	VAR230	III 35 fühlt sich wertlos oder unterlegen	33	34
VAR199	gerät leicht in Raufereien	33	34	VAR231	III 50 ist zu furchtsam oder ängstlich	33	34
VAR201	spielt Clown	33	34	VAR232	III 103 ist traurig, niedergeschlagen	33	34
VAR202	ist störrisch, müde, reizbar	33	34	VAR233	V hört Dinge	33	34
VAR203	bedroht andere	33	34	VAR234	V Sieht Dinge	33	34
VAR204	lügt, betrügt, schwindelt	33	34	VAR235	VIII 37 gerät leicht in Raufereien	33	34
VAR205	zerstört mutwillig	33	34	VAR236	VIII 68 schreit viel	33	34
VAR206	Bindungsverhalten	33	34	VAR237	VIII 74 Spielt Clown	33	34
VAR207	Zuwendung	33	34	VAR238	VIII 86 ist störrisch, müde, reizbar	33	34
VAR208	Zuhören können	33	34	VAR239	VIII 97 bedroht Andere	33	34
VAR209	Gegenseitiges Vertrauen	33	34	VAR240	VII 43 lügt, betrügt, schwindelt	33	34
VAR210	Feinfühligkeit in der Beziehung	33	34	VAR241	VII 108 zerstört mutwillig	33	34
VAR211	Einschätzung zum Bindungsverhalten	33	34	VAR242	AND 29 Phobien	67	0
VAR212	Beschwichtiger Kind	33	34	VAR243	AND 47 Alpträume	67	0
VAR213	Beschwichtiger Mutter	33	34				