



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Mögliche Auswirkungen einer elterlichen Schizophrenie
auf die kindliche Entwicklung. Pädagogische
Unterstützungsangebote für betroffene Kinder und
Jugendliche.“

verfasst von / submitted by

Anita Sisovics, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2019 / Vienna, 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 848

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Bildungswissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Michael Wininger

Danksagung

Mein Dank gilt der Universität Wien für viele spannende Jahre, in denen ich nicht nur zahlreiche interessante Seminare besuchen konnte, sondern mich auch in einem ständigen Austausch mit meinen Kollegen und Kolleginnen befand, von denen ich mit einigen bis heute in Kontakt stehe. Ich habe mich stets wertgeschätzt gefühlt und bin froh, mich für das Bachelor- und Masterstudium der Bildungswissenschaft entschieden zu haben.

Ein großer Dank geht an meinen Betreuer Dr. Michael Wininger, der mich von Beginn an bestärkt hat, meinem Forschungsvorhaben zu folgen und mit dessen Hilfe ich dieses umsetzen konnte und die vorliegende Masterarbeit entstanden ist.

Ich bin dankbar für meine Eltern und meine Tante, die mich in den Jahren meiner Ausbildung finanziell unterstützt haben und für meine Schwestern, die mich oft bestärkt haben, weiterzumachen. Zuletzt möchte ich mich bei Markus bedanken, der nicht nur immer für mich da war und ist, sondern sich auch die Zeit genommen hat, während meines Studiums zahlreiche Seminararbeiten und zuletzt diese Masterarbeit Korrektur zu lesen. Danke!

Abstract

Die vorliegende Masterarbeit soll aufzeigen, inwiefern ein Zusammenhang zwischen einer schizophrenen Erkrankung eines oder beider Elternteile und dem Bindungs- sowie Mentalisierungsverhalten des Kindes besteht. Zunächst wird herausgearbeitet, welche Belastungen für die kindliche Entwicklung entstehen können, um zu zeigen, inwiefern ein Bedarf nach Unterstützung besteht. Daraufhin wird der Frage nachgegangen, welche Unterstützungsangebote Kindern mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil zur Verfügung stehen und wie solch eine Hilfe gestaltet ist. Die Arbeit gliedert sich in zwei Teile. Im Rahmen des theoretischen Teils wird mithilfe ausgewählter Autoren und Autorinnen das Krankheitsbild der Schizophrenie sowie die Bindungstheorie und das Konzept der Mentalisierung vorgestellt, um in einem weiteren Schritt einen Zusammenhang zwischen einer elterlichen Schizophrenie und der kindlichen Entwicklung nachzugehen. Es konnte festgestellt werden, dass sich eine Schizophrenie der primären Bezugsperson belastend auf das Bindungsverhalten des Kindes auswirken kann. Ein nicht-mentalisierendes Verhalten der Mutter oder des Vaters, wie es oft im Rahmen einer schizophrenen Psychose vorkommt, führt häufig zu einem unsicher-gebundenen Bindungsverhalten sowie Bindungsstörungen. Jedoch stellt eine sichere Bindung eine Grundvoraussetzung dar, im Rahmen derer ein Kind eine gesunde Entwicklung erleben kann. Der empirische Teil beinhaltet neben einem Überblick über die Unterstützung, welche Kinder psychisch erkrankter Eltern zur Verfügung steht, drei leitfadengestützte Expertinneninterviews mit Vertreterinnen der „Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter“ (HPE), der „Psychosozialen Zentren“ (PSZ) und des Vereins „JoJo“ in Salzburg. Das Expertinnenwissen diente dazu, die theoretischen Erkenntnisse illustrierend und differenzierend zu ergänzen. Die Ergebnisse stützen die vorher getroffene Annahme, dass eine familiäre Unterstützung bei einer schizophrenen Erkrankung eines Elternteils notwendig ist, um dem Kind trotz der damit einhergehenden Belastungen eine bestmögliche Entwicklung zu ermöglichen.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, am 21.02.2019

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
1.1	Forschungsfrage	8
1.2	Bildungswissenschaftliche Relevanz	9
1.3	Aufbau und Ziel der Arbeit	11
2	Forschungsstand.....	12
3	Das psychische Krankheitsbild der Schizophrenie.....	15
3.1	Klassifizierung und Diagnostik.....	15
3.2	Erklärungsmodelle	17
3.3	Symptomatik	19
3.4	Verlauf: Phasen, Schweregrade und Prognose.....	20
3.5	Behandlung	22
4	Zur Bedeutung von frühen Beziehungserfahrungen am Beispiel von Bindungs- und Mentalisierungstheorie.....	24
4.1	Entwicklungspsychologische Grundlagen	24
4.2	Die Bindungstheorie.....	27
4.2.1	Entstehung und theoretische Grundlagen.....	28
4.2.2	Bindungstypen.....	29
4.2.3	Das desorganisierte Bindungsmuster	34
4.2.4	Grenzen der Bindungstheorie.....	35
4.3	Das Konzept der Mentalisierung.....	36
4.3.1	Entstehung und theoretische Grundlagen.....	37
4.3.2	Zur Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit.....	38
4.3.3	Mentalisierungsbasierte Therapie.....	39
5	Zum Zusammenhang von einer elterlichen Schizophrenie und der kindlichen Entwicklung	43
5.1	Frühkindliche Interaktionserfahrungen in Familien mit einem schizophrenen Elternteil.....	43
5.2	Auswirkungen auf die Bindungsentwicklung des Kindes	47
5.3	Auswirkungen auf die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit.....	52
5.4	Bewältigungsstrategien	54
6	Zwischenfazit.....	57

7	Empirischer Teil.....	59
7.1	Unterstützungsangebote für betroffene Kinder und Jugendliche	59
7.1.1	Frühe Intervention	60
7.1.2	Außerfamiliäre Hilfe und Fremdunterbringung	62
7.1.3	Situation in Österreich.....	63
7.2	Methodisches Vorgehen: Erhebungs- und Auswertungsmethode	65
7.3	Auswertung der Expertinneninterviews	68
7.3.1	Frageperspektive und Kategorien.....	69
7.3.2	Interview mit Sandra Anders von PSZ/Kipke.....	70
7.3.3	Interview mit Silvia Franzelin von HPE/Verrückte Kindheit	72
7.3.4	Interview mit Tina Rossmann von JoJo – Kindheit im Schatten	77
7.4	Zwischenfazit des empirischen Teils	80
8	Zusammenführung und Diskussion der Ergebnisse	83
9	(Persönliches) Resümee und Ausblick	87
10	Literaturverzeichnis	90
	Anhang	94

1 Einleitung

„Als meine Mutter kurz nach der Geburt meines Bruders an Schizophrenie erkrankte, war ich knapp drei Jahre alt ... Plötzlich hörte sie Stimmen. Sie sprach mit Menschen, die ich nicht sehen konnte. Teilweise war sie sehr aufgeregt, und schrie, dann wieder geistig völlig abwesend, stundenlang nicht ansprechbar. Meinen Bruder, der ja noch ein Baby war, behandelte sie nach Aussagen meiner Tante wie einen Gegenstand. Ich habe tatsächlich auch eigene Erinnerungen an diese Zeit. Ich sehe meine Mutter auf dem Sofa sitzen, während ich davor hocke, und sie redet mit jemandem, der nicht da ist“ (Vera, 48, aus Roedenbeck 2016, 107).

Dieses einleitende Zitat stammt aus einem Beitrag im Werk „Kindheit im Schatten“ von Roedenbeck, in welchem die Autorin unter anderem erwachsene Personen über ihre Kindheit mit einem psychisch erkrankten Elternteil berichten lässt. Hier schildert die 48-jährige Vera, die mit einer schizophrenen Mutter aufwuchs, ihre Erinnerungen und Erfahrungen. Vera war damals drei Jahr alt, ihr Bruder war noch ein Baby. Das Zitat zeigt eine gewisse Machtlosigkeit, die von einer solchen Familiensituation ausgeht. Ab der Geburt und während der ersten Lebensjahre finden Entwicklungsprozesse bei Kindern statt, die das weitere Leben maßgeblich beeinflussen. Eine Erkrankung an Schizophrenie bei einem Elternteil erhöht den Leidensdruck in der Familie und im Freundeskreis, denn Symptome wie Realitätsverlust und Halluzinationen, die eine solche kennzeichnen, erschweren die Interaktion und das Zusammenleben mit Menschen, die an solch einer psychischen Erkrankung leiden (Dimova, Pretis 2016, 147). Klassifikationssysteme helfen aus medizinischer Sicht, Symptome zu beschreiben, und werden im klinischen Bereich oftmals auch dazu verwendet werden, den Betroffenen und Angehörigen eine Schizophrenie zu beschreiben. Obwohl ein Verständnis über das Krankheitsbild für Erwachsene nicht immer leicht ist, erscheint es doch möglich, wohingegen Kinder oder Jugendliche mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil diesbezüglich an ihre Grenzen stoßen. Das Gefühl der Scham, welches aufgrund des Stigmas auftritt, mit dem das Wort Schizophrenie immer noch behaftet ist, bewirkt oftmals ein Schweigen über die Erkrankung. Finzen (2013, 27) spricht hier von der Schizophrenie als Metapher, womit gemeint ist, dass der Begriff an sich diverse negative Bedeutungen mit sich bringt und nicht selten Vorurteile sowie Diskriminierung der Betroffenen und Angehörigen zur Folge hat.

„Wenn von Angehörigen psychisch Kranker die Rede ist, denken wir meist an Eltern, gelegentlich an Partner und Geschwister, selten an Kinder. Aber psychisch Kranke haben

Kinder; und diese Kinder sind ... von der psychischen Erkrankung ihrer Mutter oder ihres Vaters in einschneidender Weise mitbetroffen“ (Finzen 2013, 43).

Die Mitbetroffenheit soll in der vorliegenden Arbeit im Mittelpunkt stehen. Aus pädagogischer Sicht kann es als Ziel gesehen werden, trotz der mit der Erkrankung eines oder beider Elternteile einhergehenden Belastungen, dem Kind ausreichende Chancen auf eine bestmögliche Entwicklung zu ermöglichen. Gefühle wie Sicherheit, Vertrauen und Empathie stellen einen wesentlichen Bestandteil für eine solche dar.

1.1 Forschungsfrage

Mit Ahnert (2014, 15) lässt sich sagen, dass „beständige und liebevolle Beziehungen zu nahe stehenden Personen – in der Regel den leiblichen Eltern – ... neben Nahrung, gesundheitlicher Fürsorge und Schutz vor Gewalt und Ausbeutung zu den Grundbedürfnissen (Basic Needs) jedes Kindes“ zählen. Während einer schizophrenen Episode muss neben möglichen Einschränkungen, wie der physischen Abwesenheit erkrankter Elternteile, auch mit Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Umgang zwischen der betroffenen Person und dem Kind gerechnet werden. Bindungsstörungen in der frühen Kindheit, die auch im Jugend- und Erwachsenenalter bestehen bleiben, können die Folge sein. Die Fähigkeit zum Mentalisieren, das heißt menschliches Verhalten wie Handbewegungen, Mimik und Gestik als Ausdruck von Gefühlen zu verstehen und zu interpretieren, ist bei Menschen mit einer schweren Psychose wie der Schizophrenie oft nicht oder nur bruchstückhaft vorhanden. Dies kann sich auf die eigenen Kinder auswirken, zum einen, weil Grundbedürfnisse einer sicheren Bindung nicht erfüllt werden können und zum anderen, weil Kinder zur Ausbildung eigener Fähigkeiten – etwa der erwähnten Mentalisierungsfähigkeit – feinfühlig und mental verfügbare Eltern benötigen. Fonagy und Luyten (2011; zit. nach Datler, Wininger 2014, 375) verweisen darauf, dass die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit belastet wird, wenn in der frühen Kindheit gewisse Entwicklungsprozesse dazu nicht zustande kommen.

Auf welche Weise eine schizophrene Erkrankung eines Elternteils bei Nichtvorhandensein eines emotionalen Austausches Auswirkungen auf die Bindungs- und Mentalisierungsfähigkeit des Kindes haben kann und warum in einem solchen Fall Unterstützungsangebote notwendig sind, soll in der vorliegenden Masterarbeit herausgearbeitet werden. Dazu wird die nachstehende Fragestellung ins Zentrum der Arbeit gerückt:

„Inwiefern kann sich eine schizophrene Erkrankung eines Elternteils, nach Ansicht ausgewählter bindungstheoretischer und mentalisierungsbezogener AutorInnen, belastend auf die kindliche Entwicklung auswirken und welche pädagogischen Unterstützungsangebote sind in einem solchen Fall hilfreich?“

Die angestrebte Masterarbeit soll aufzeigen, welche konkreten Entwicklungsrisiken für Kinder mit einem schizophrenen Elternteil bestehen und warum und in welcher Form Unterstützung notwendig ist, um trotz der Belastungen eine bestmögliche Entwicklung zu gewährleisten.

1.2 Bildungswissenschaftliche Relevanz

„Kleinkinder sind im Prozess der zunehmenden Differenzierung zwischen Selbst und Welt auch mit der beunruhigenden Frage beschäftigt, ob sie von ihren Bezugspersonen jenes Maß an Liebe, Fürsorge und Zuwendung erhalten, das sie benötigen, um sich in ausreichendem Ausmaß sicher und geborgen fühlen zu können“ (Datler, Wininger 2014, 368).

Eine schizophrene Erkrankung eines Elternteils kann vor dem Hintergrund der Bindungs- und Mentalisierungstheorie ein schwerwiegendes Entwicklungsrisiko darstellen und ebendieses Geborgenheitsgefühl verhindern. Der Begriff der Entwicklungsförderung tritt seit einiger Zeit vermehrt auch als bildungswissenschaftlicher Grundbegriff auf und Maßnahmen wie Beratung, ein zentraler bildungswissenschaftlicher Ansatz, verweisen auf eine notwendige Unterstützung, die ebendiese Kinder brauchen, um Entwicklungsrisiken entgegenzuwirken. Bei der psychosozialen Beratung im Kontext von Frühförderung und Familienbegleitung, nach Datler und Messerer (2006, 135), steht das Verstehen des Erlebens der Eltern sowie die Beziehungen zwischen Eltern und deren Kind im Mittelpunkt. Ziel ist hierbei, dass Frühförderer und Frühförderinnen die Gefühlslage der Eltern und der Kinder erfassen können und sich zum Ziel setzen, Kleinkindern in den frühen Lebensjahren ausreichend förderliche Beziehungserfahrungen zu ermöglichen.

Rein medizinisch betrachtet können zwar Symptome einer Schizophrenie beschrieben und erkannt sowie medikamentös behandelt werden, betrachtet man jedoch die gesamte Familiensituation, die Bedürfnisse der Angehörigen und, wie in dieser Masterarbeit zentral, der Kinder, kann Unterstützung und Begleitung nicht auf den Bereich der Medizin beschränkt werden. Pädagogische Einrichtungen wie Kindergärten, Schulen und Betreuungsstätten können bei einer frühen Förderung belasteter Kinder unterstützend agieren. Göppel (2013, 39) schreibt im Sammelband „Psychoanalytische Pädagogik und frühe Kindheit“ bezüglich der Verortung

von Fragen der Kindheit, der Entwicklung, des Lernens und des Erziehens, dass es „immer mehr die Gehirnforscher [sind], die von ihrer Ausbildung her ja meist Mediziner oder Biologen sind, die in öffentlichen Diskussionen den Ton angeben, besonders dann, wenn ... Probleme der Entwicklung und Erziehung in früher Kindheit“ öffentlich diskutiert werden. Er bemerkt hierzu kritisch, dass mithilfe medizinischer Methoden, wie zum Beispiel Gehirnsanbildern, die Erfassung von Entwicklungsdefiziten nur bedingt möglich sei, da sich aufgrund dieser nicht ableiten ließe, welche Form von kognitiver Anregung das einzelne Kind benötige (Göppel 2013, 40). Hierzu kann mit Dörr u.a. (2013, 7) ergänzt werden, dass „die Psychoanalyse ihren Anspruch auf Expertenstatus auf dem Gebiet der frühkindlichen Entwicklung auch in pädagogischen Kontexten nicht ohne Erfolg erhoben hat.“

W. Datler leitet seit 2011 den Universitätslehrgang „Interdisziplinäre Mobile Frühförderung und Familienbegleitung“ an der Universität Wien und seit 2012 die Forschungseinheit „Psychoanalytische Pädagogik“ am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien. Im Mittelpunkt des Bereichs der Psychoanalytischen Pädagogik steht „die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der bildungswissenschaftlichen Bedeutung jener Dimensionen von innerpsychischen Prozessen, Beziehungen, Entwicklungen und Institutionalisierungen, die der bewussten Reflexion und Kontrolle nicht oder nur sehr schwer zugänglich sind“ (Institut für Bildungswissenschaft, Online¹). Auch Ahnert (2014, 17) weist darauf hin, dass „die primäre Bindungsbeziehung eines Kindes zu seiner Mutter als fundamental im Gesamtsystem der menschlichen Verhaltensmatrix angesehen wird, [deshalb] ist diese Thematik auch zu einem festen Bestandteil der Ausbildung von Studenten in Psychologie, Pädagogik und Psychiatrie geworden.“

Die frühe Lebenszeit ist sehr bedeutsam, da in dieser Zeit wichtige Verhaltensmuster erlernt werden. Datler beschäftigt sich in seiner Forschung mit der Frühförderung von Kleinkindern und dem Begleiten von Familien. Schizophrenie als eine der schwerwiegendsten psychischen Erkrankungen erschwert es betroffenen Müttern und Vätern, ausreichend für ihr Kind zu sorgen, und kann so aufseiten der Kinder ein erhebliches Entwicklungsrisiko mit sich bringen. Daher muss angenommen werden, dass geeignete Unterstützungsangebote sinnvoll und notwendig sind. Ein Aufzeigen ebenjener interaktionellen Belastungserfahrungen und damit verbundenen Entwicklungsrisiken, die Unterstützungsbedarf unumgänglich machen, ist im

¹ Universität Wien: Institut für Bildungswissenschaft. URL: <https://bildungswissenschaft.univie.ac.at/psychoanalytische-paedagogik/> (20.02.2018)

Sinne der Entwicklungsförderung und beinhaltet den pädagogischen Auftrag, geeignete Hilfsangebote zur Verfügung zu stellen.

„Ich hätte mir gewünscht, dass wir Unterstützung gehabt hätten: eine Haushaltshilfe, eine Familientherapie. Dann hätte ich vielleicht gelernt, Vertrauen in meine Mitmenschen zu haben. Aber mein Vater meinte, wir bräuchten nichts dergleichen“ (Vera, 48, aus Roedenbeck 2016, 109).

1.3 Aufbau und Ziel der Arbeit

Für die theoretische Grundlage der Masterarbeit wird ausgewählte Literatur aus den Jahren 2000 bis 2018 herangezogen, da vor allem in der Auffassung über das Krankheitsbild der Schizophrenie im Verlauf der letzten Jahrzehnte starke Veränderungen stattgefunden haben. Diese betreffen Ansätze über Diagnostik und Behandlung der Betroffenen, aber auch Unterstützungsmaßnahmen und die Sprache, in der über die Erkrankung gesprochen und geschrieben wird, haben in den letzten Jahren einen Wandel erfahren. Dimova und Pretis (2016, 9) schreiben hierzu in der 3. überarbeiteten Auflage ihres erstmals 2004 erschienenen Werks „Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern“ dass sich ihr „Arbeitsstil, die verwendeten Begriffe als auch die Fragen, die an ... [sie] als Team herangetragen wurden, in den letzten Jahren deutlich verändert“ hätten.

Wesentlich für diese Arbeit sind Erkenntnisse aus der Bindungs- und Mentalisierungstheorie. Sie bilden die Basis, um der Frage nachzugehen, welche konkreten interaktionellen Erfahrungen in Familien mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil zu Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung, welche das Bindungsverhalten und das Erlernen der Mentalisierungsfähigkeit beinhaltet, führen können.

Der empirische Teil der vorliegenden Arbeit widmet sich der Frage, wie pädagogische Unterstützungsangebote im Falle einer elterlichen Schizophrenie die kindliche Entwicklung bestmöglich fördern können. Es wurden leitfadengestützte, offene Expertinneninterviews mit Mitarbeiterinnen dreier Zentren in Österreich durchgeführt, welche Unterstützung für Kinder und Jugendliche mit einem psychisch erkrankten Elternteil anbieten. Diese dienen dazu, den theoretischen Teil der Arbeit zu illustrieren und zu differenzieren und mit „Wissensbeständen im Sinne von Erfahrungsregeln, die das Funktionieren von sozialen Systemen ... bestimmen“, zu erweitern (Meuser, Nagel 2003, 489).

2 Forschungsstand

„Vor allem Kleinkinder von an Schizophrenie erkrankten Eltern [sind] in sehr hohem Maß unterschiedlichen Entwicklungsrisiken ausgesetzt“ (Dimova, Pretis 2016, 159).

Im Rahmen einer Beschäftigung mit psychischen Erkrankungen eines oder beider Elternteile und der damit zusammenhängenden erschwerten Familiensituation, findet man umfangreiche Literatur, die sich mit Auswirkungen auf das Leben dieser Kinder auseinandersetzt, wie zum Beispiel das Werk „Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern“ von Dimova und Pretis aus dem Jahr 2016. Die Autorin und der Autor beschreiben, wie sich eine Depression oder Schizophrenie auf das Empfinden der Kinder auswirken kann und legen ihr Hauptaugenmerk auf die Wichtigkeit einer frühen Intervention und Förderung betroffener Kinder. Aber auch Roedenbeck beschreibt in ihrem 2016 erschienen Werk „Kindheit im Schatten“ anhand einzelner Fälle, welche Folgen eine psychische Erkrankung eines Elternteils für das Kind mit sich bringen kann. Sie spricht hier unter anderem über Parentifizierung, einer Umkehr des Rollenverhaltens von Eltern und Kind (Roedenbeck 2016, 31f.). Zudem thematisiert sie Unterstützungs- und Hilfsangebote sowie mögliche Auswirkungen auf das Erwachsenenleben bei Nichtvorhandensein ebendieser. In den genannten Werken wird Schizophrenie oft neben anderen psychischen Krankheitsbildern wie Depression, Manie oder der Borderline-Persönlichkeitsstörung behandelt. Insbesondere im Bereich der Schizophrenie bleiben jedoch einige Fragen offen. Nachfolgend soll ein Teil der bereits durchgeführten Forschung und Publikationen zu dem gewählten Thema genannt werden.

Mit Lenz und Wiegand-Grefe (2017, 25) lässt sich sagen, dass „Kinder schizophrener Eltern ... neben dem Risiko, schizophreniespezifische Symptome zu entwickeln, auch ein erhöhtes Risiko [tragen], krankheitsunspezifische Symptome zu entwickeln.“ Desorganisierte Bindungsmuster können die Folge von widersprüchlichen Handlungen und verzerrten Vorstellungen der Mütter in Kommunikation mit ihren Kindern sein. Auf der Affektebene kann es bei Schulkindern mit einem schizophrenen Elternteil unter anderem zu emotionaler Instabilität, Ängstlichkeit oder einer geringen Frustrationsschwelle kommen, wohingegen bei Jugendlichen oftmals Beeinträchtigungen der Denkleistung auftreten können (Mattejat 2001, Kühnel, Bilke 2004; zit. nach Lenz, Wiegand-Grafe 2017, 26).

Von 2007 bis 2010 wurde im Rahmen der Deutschen Forschungsgemeinschaft ein Projekt mit dem Titel „Schizophrenie und Elternschaft“ durchgeführt, bei welchem 60 Familien mittels

Interviews und Fragebögen hinsichtlich der Stressbewältigung befragt wurden. Die Studie untersuchte vor allem besondere Belastungsfaktoren, denen Kinder mit einem schizophrenen Elternteil ausgesetzt sind. Weiters wurde der Umgang mit einer solchen Belastung hinsichtlich der dafür notwendigen Schutzfaktoren untersucht. Es wurde festgestellt, dass bei Kindern eines schizophrenen Elternteils häufig dysfunktionale Copingstrategien zum Einsatz kommen, die aufgrund mangelnder Ressourcen entstanden sind (Jungbauer u.a. 2011c, 299ff.).

Jungbauer und Senkbell führten im Rahmen des Forschungsprojekts „Schizophrenie und Elternschaft“ eine Untersuchung mit dem Titel „Familien mit einem schizophren erkrankten Elternteil“ durch. Sie untersuchten, wie sich eine solche Erkrankung auf den Alltag der Familienmitglieder auswirkt und deren Lebenszufriedenheit beeinflusst. Eine Erkenntnis ihrer Studie ist, dass Vermeidungsstrategien in Bezug auf das Thematisieren der Erkrankung diese als ein Tabuthema markieren und Kindern somit eine ausreichende Aufklärung über die Erkrankung der Eltern verwehrt wird (Jungbauer u.a. 2011a, 1). Dies ist ein zentraler Punkt, wenn es um das Erleben und die Entwicklung der Kinder geht, sowie deren Möglichkeiten, von außenstehenden Personen Hilfe zu erlangen. Wird die Krankheit der Eltern nicht oder nur unzureichend angesprochen, kann das aufgrund von Unverständnis zu einem Gefühl von Angst auf Seiten der Kinder führen. Außerdem kann eine mangelnde Aufklärung zur Folge haben, dass eine dem Krankheitsbild entsprechende Unterstützung, wie zum Beispiel Beratung oder Therapie, nicht stattfinden kann.

Eine andere Studie von Jungbauer und Kuhn mit dem Titel „Individuelles und gemeinsames Coping in Familien mit schizophren erkrankten Eltern“ wurde im gleichen Jahr veröffentlicht und konzentriert sich auf Bewältigungsstrategien von Kindern mit einem schizophrenen Elternteil. Mit quantitativen und qualitativen Erhebungsmethoden wurde herausgearbeitet, welche Strategien betroffenen Kindern zur Verfügung stehen, um trotz der elterlichen Erkrankung psychisch gesund zu bleiben (Jungbauer u.a. 2011b, 172).

In den genannten Studien finden sich Ergebnisse zu den Belastungen der Kinder, die mit einem schizophrenen Elternteil aufwachsen, doch findet man wenig dazu, welche konkreten Interaktionserfahrungen in der Familie zu diesen Belastungen führen. Fragt man danach, welche interaktionellen Probleme entstehen können, wenn ein Kleinkind in einer solchen Familie aufwächst, kommt die Frage auf, was an pädagogischen Unterstützungsangeboten vorhanden sein muss, um jenen Kindern trotzdem eine, unter den erschwerten Bedingungen, bestmögliche Entwicklung zu ermöglichen. Mit Rückgriff auf die Bindungs- und

Mentalisierungstheorie soll dieser Aspekt näher betrachtet werden. Die Bindungstheorie besagt unter anderem, wie wichtig das Vorhandensein eines feinfühligem Austausches zwischen Mutter und Kind, beziehungsweise der primären Bezugsperson und dem Kind, ist (Grossmann 2014, 30ff). Die möglichen Folgen eines Nichtvorhandenseins eines solchen emotionalen Austausches aufgrund einer schizophrenen Erkrankung der Eltern stehen im Fokus der folgenden Masterarbeit.

3 Das psychische Krankheitsbild der Schizophrenie

„Schizophrenie ist die rätselhafteste unter den psychiatrischen Krankheiten. Schon weil es schwerfällt, sich in die Lage der Betroffenen – rund ein Prozent der Bevölkerung – zu versetzen. Während Depression, Demenz oder Suchtverhalten bis zu einem gewissen Grad nachvollziehbar erscheinen, ist es für gesunde Menschen kaum möglich, sich in die Welt Schizophrenieerkrankter hineinzusetzen“ (Fleischhacker 2017; zit. nach Arora 2017, 1).

Unter den Begriff „Schizophrenie“ fasst man eine Gruppe psychotischer Störungen, welche eine Reihe von Symptomen aufweisen. Die Krankheit gilt als eine der schwersten psychopathologischen Störungen und kann in mehrere Unterformen unterteilt werden. Den aus dem griechischen stammenden Namen erhielt die Krankheit im Jahr 1911 durch den Schweizer Psychiater Eugen Bleuler. Der Begriff, der so viel wie *zerspalten* beziehungsweise *zersplittern* bedeutet, erzeuge wortwörtlich übersetzt jedoch kein passendes Bild der Krankheit, da diese nur entfernt mit einer Spaltung der Persönlichkeit zu tun habe (Häfner 2017, 12). In den folgenden Kapiteln soll ein Überblick über Klassifizierung und Diagnostik, Symptomatik sowie den Verlauf der Erkrankung gegeben werden. Weiters werden Erklärungsmodelle zur Entstehung einer Schizophrenie, – unter besonderer Berücksichtigung der psychologischen sowie psychodynamischen Aspekte – die neben genetischer Veranlagung oder Umweltfaktoren zu einem Ausbruch einer schizophrenen Erkrankung führen können, erläutert. Dies ist wesentlich für die Frage, wie eine elterliche Schizophrenie behandelt werden kann, sodass Kindern trotz allem eine bestmögliche Entwicklung ermöglicht werden kann. Finzen (2016) zeigt in seinem mehrmals überarbeiteten Werk mit dem Titel „Schizophrenie: Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen“ die wesentlichen Aspekte dieser schweren Psychose auf und beschreibt im Verlauf des Buches wiederkehrend auch die Situationen der Familienangehörigen sowie jene der Kinder. Sein Werk soll unter anderem zur Begriffsklärung des Krankheitsbildes der Schizophrenie herangezogen werden.

3.1 Klassifizierung und Diagnostik

Die zwei klinischen Diagnose- und Klassifikationsschemata zur Diagnose einer Schizophrenie sind das ICD-10 der WHO und das DSM-5 der American Psychiatric Association, welches besonders in der psychiatrischen und psychologischen Forschung verwendet wird. Das ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation wird weltweit zur Klassifikation und Diagnose von körperlichen Erkrankungen und psychischen Störungen verwendet und unterteilt schizophrene

Störungen in drei Unterformen: die paranoide, die hebephrene und die katatone Schizophrenie, wobei erstgenannte die häufigste Form darstellt (Caspar u.a. 2018, 84). Bei der paranoiden Schizophrenie sind Wahn und Halluzinationen als häufigste Symptome zu nennen, worauf zu späterem Zeitpunkt näher eingegangen wird. Zu beachten sei, dass in den Klassifikationssystemen von schizophrenen Störungen gesprochen wird, in dieser Arbeit aber der Begriff schizophrene Erkrankung gebraucht wird, um Stigmatisierungen, die mit dem Wort *Störung* einhergehen, entgegenzuwirken. Das amerikanische Klassifikationssystem DSM-5, welches 2013 veröffentlicht wurde und ausschließlich psychische Erkrankungen klassifiziert, wendet sich von einer Unterscheidung der Subgruppen einer Schizophrenie ab (Caspar u.a. 2018, 84). Mit den Begriffen Symptome, Verläufe und Ausbildungsgrade zielt das DSM-5 auf eine bessere Beschreibung von schizophrenen Erkrankungen ab. Es beinhaltet fünf charakteristische Symptome für die Diagnose einer Schizophrenie. Neben den bereits genannten Wahnvorstellungen und Halluzinationen nennt es desorganisiertes Denken bzw. Sprache, desorganisiertes motorisches Verhalten und Negativsymptome, wie zum Beispiel Emotionslosigkeit oder Vernachlässigung des Äußeren. Mindestens zwei der genannten Symptome müssen einen Monat lang andauern, um laut dem DSM-5 von einer Schizophrenie sprechen zu können (Paulzen, Schneider 2014, 534). Eine Klassifizierung basierend auf dem ICD-10 oder DSM-5 kann sinnvoll sein, birgt jedoch auch Gefahren. Finzen (2016, 85) schreibt diesbezüglich, dass ein zentrales Merkmal der Klassifikationssysteme sei, „dass die Diagnosen aufgrund eines Kriterienkataloges erstellt werden, in dem bestimmte Symptome vorgegeben sind“ und problematisiert dies gleichzeitig. Durch eine nicht ausreichende oder Nicht-Erfüllung der Kriterien auf Seiten der Betroffenen käme es immer wieder zu einer Verwehrung der notwendigen Behandlung. Die zwei Klassifikationssysteme sind deskriptiv und ermöglichen einen Austausch zwischen zwei oder mehreren Behandlern und Behandlerinnen, führen aber gleichzeitig zu einem Verlust von individuellen Unterschieden bei Patienten und Patientinnen, die aufgrund der Zuordnung in eine Kategorie ihre Diagnose erhalten (Caspar u.a. 2018, 16f.). Daher muss zur Diagnose immer auch die Betrachtung der Lebensgeschichte von Erkrankten und, wenn möglich der Angehörigen herangezogen werden, um einschlägigen Ereignissen in der Vergangenheit oder Veränderungen im Verhalten genügend Bedeutung zukommen zu lassen. Eine Objektivierung psychiatrischer Symptome verhindert eine subjektive Betrachtung der einzelnen Person und ihrer Krankengeschichte (Finzen 2016, 87f.). Finzen (ebd.) betont außerdem, dass Untergruppen einer Schizophrenie, wie sie im ICD-10 vorhanden sind, vermieden werden sollen, da diese mit einer Diskriminierung der Einzelperson einhergehen und nicht zu einem besseren Behandlungserfolg beitragen würden.

3.2 Erklärungsmodelle

Die Ursachen einer Schizophrenie sind multifaktoriell und können nicht auf einen Bereich reduziert werden, was wiederum wesentlich für eine Behandlung einer schizophrenen Störung ist. Wie Alanen (2000, 214) schreibt, seien Interaktionsprozesse in der frühen Kindheit ein zentraler Forschungsgegenstand, wenn es um die Diagnostik und Behandlung jener Krankheit ginge. Wenn man nun die Geschichte dieses Krankheitsbildes betrachtet, können unterschiedliche Erklärungsmodelle für den Ausbruch einer schizophrenen Erkrankung gefunden werden. Neben biologischen Aspekten, zu denen eine Veränderung der Gehirnstruktur zählt, können auch neurobiologische Ansätze Aufschluss darüber geben, welche Ursachen eine schizophrene Erkrankung hat. Eine Analyse von Stoffwechselprozessen und dem Botenstoff Dopamin, welcher für die Übertragung von Nervenreizen zuständig ist, zeigt, dass bei Schizophrenen eine zu hohe Dopamin-Konzentration auftritt. Dies macht eine medikamentöse Behandlung, vor allem mit Neuroleptika, sinnvoll (Finzen 2016, 132ff.). Des Weiteren spielen genetische Aspekte eine Rolle, da das Risiko, an einer Schizophrenie zu erkranken, bei Vorhandensein erkrankter Angehöriger in der Familie erhöht ist. So ist zum Beispiel das Risiko, selbst zu erkranken, bei Kindern eines schizophrenen Elternteils um 9-16 Prozent höher als bei Kindern eines gesunden Elternteils. Deutlich höher lässt sich das Risiko bei zwei erkrankten Elternteilen einschätzen, dieses beträgt zwischen 20 und 50 Prozent (Finzen 2018, 136f.). Will man das Auftreten einer Schizophrenie erklären, kann der genetische Faktor jedoch nicht gesondert betrachtet werden, da multiple Faktoren bei der Entstehung einer Erkrankung mitspielen. Das *Vulnerabilitäts-Stress-Modell* versucht Risikofaktoren auf medizinisch-biologischer, psychologischer und sozialer Ebene zu betrachten, um davon ausgehend ein Verständnis über das Zusammenspiel von einzelnen Symptomen zu erhalten und Behandlungsmöglichkeiten zu geben. Andere Erklärungsmodelle sehen psychische Erkrankungen als Verhaltensstörung oder erforschen Zusammenhänge zwischen der sozialen Schicht und der Erkrankung. Zentral für diese Arbeit ist der Fokus auf psychologische sowie psychodynamische Aspekte. Entwicklungspsychologische Ansätze betrachten die Kindheit der psychisch Erkrankten genauer und legen ihren Fokus mehr auf die Erklärung des psychotischen Verhaltens als auf dessen Ursachen. Wie schon zu Beginn erwähnt, ist die Lebensgeschichte, insbesondere auch die Kindheit und Jugend der Betroffenen, in Hinblick auf den Ausbruch einer Schizophrenie von zentraler Bedeutung (Finzen 2016, 128f.). Finzen bezieht sich hier auf den Kinderpsychiater Reinhard Lempp (Lempp 1973; zit. nach Finzen 2016, 129), der Schizophrenie als einen Zustand versteht, „der durch den Verlust der ‚Überstiegsfähigkeit‘

gekennzeichnet sei.“ Diese Fähigkeit, die sich in den ersten Lebensjahren eines Kindes entwickelt, ermöglicht es Menschen, zwischen der inneren Vorstellungswelt und der gemeinsamen Realität zu unterscheiden. Jedoch sei auch hier wieder erwähnt, dass es nicht um eine Zuweisung von Verantwortung gehe, sondern dass die Interaktion mit der Mutter oder dem Vater vielmehr Teil vieler Faktoren seien, die später eine mögliche Erkrankung begünstigen (Arieti 1985/2008, zit. nach Finzen, 130). Mit Matakas (2008, 756) kann gesagt werden, dass die Projizierung eigener Anteile der Eltern auf das Kind jenem die Möglichkeit nimmt, zwischen eigenen Affekten und denen der Eltern zu unterscheiden. Dies erschwert dem Kind, eine eigene Identität bzw. Ich-Grenzen zu entwickeln. Hier kann man bereits vermuten, dass eine misslungene Interaktion zwischen der Bezugsperson und dem Kind wesentlichen Einfluss auf den späteren Lebensverlauf des Kindes hat. Einerseits können frühe Interaktionserfahrungen Aufschluss darüber geben, warum jemand später an Schizophrenie erkrankt, andererseits wird hier auch sichtbar, welche erheblichen Entwicklungsrisiken Kinder mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil tragen. Die Autoren Gumley und Read (2014, 238ff.) führen in ihrem Beitrag „Bindungstheorie und Psychose“ Armut, frühe Misshandlung und Vernachlässigung, Verlust der Eltern oder eine ungewollte Schwangerschaft als psychosoziale Ursachen für eine spätere Erkrankung an Schizophrenie an. Des Weiteren stellen sie einen Zusammenhang zwischen den genannten Faktoren und Bindungsmustern in der frühen Kindheit her und bemerken hierzu, dass ein desorganisiertes Bindungsverhalten in direktem Zusammenhang mit Trauma- oder Verlusterfahrungen der Bezugsperson stehe (Gumley, Read 2014, 255). Dies legitimiert die Frage, warum Risiken einer elterlichen Schizophrenie vor dem Hintergrund der Bindungstheorie betrachtet werden können. Die genannten Faktoren spielen vor allem dann eine wesentliche Rolle, wenn davon ausgegangen wird, dass „unzulängliches Elternverhalten und unsichere Bindung generationsübergreifend weitergegeben werden“ (Gumley, Read 2014, 252). In einem folgend angeführten Zitat wird diese generationsübergreifende Weitergabe eines bestimmten Verhaltensmusters, die nicht genetisch bedingt sein muss, deutlich.

„Meine eigenen Erfahrungen mit meiner psychisch erkrankten Mutter wirken sich auch auf das Verhältnis zu meinen Kindern aus. Besonders mit unserer älteren Tochter kam ich anfangs nicht zurecht. Es fiel mir schwer, eine Bindung zu ihr aufzubauen“ (Vanessa, 41, Tochter einer an Schizophrenie erkrankten Mutter, aus: Heitmann, Jungbauer 2018, 30).

Dieser Auszug stammt aus einem Erfahrungsbericht der erwachsenen Vanessa, die zusammen mit ihren zwei Schwestern bei einer an Schizophrenie erkrankten Mutter aufwuchs. Sie

beschreibt, dass Verhaltensmuster ihrer Mutter bei ihr Gefühle wie Wut und Aggressionen auslösten, die nun während der Erziehung ihrer Tochter immer wieder hochkämen.

Abschließend sei an dieser Stelle mit Finzen (2016, 131) gesagt, dass „soziale und psychologische Faktoren ... bei der Auslösung von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis eine Rolle spielen [können], jedoch nie als einzige Ursache dastehen.“

3.3 Symptomatik

„Ein ... Vater antwortete auf meine Frage, *wie es ihm ginge*, zornig: ‚Warum fragen Sie, Sie wissen es sowieso!‘ Eine junge Mutter vermied während eines Gesprächs mit mir den Blickkontakt. Der Hintergrund für beide Verhaltensweisen war der Gleiche. Beide Betroffenen erlebten, dass ich ihre Gedanken *lesen und beeinflussen* konnte“ (Dimova, Pretis 2016, 155f.; Hervorhebung im Original).

Der Psychiater und Namensgeber Eugen Bleuer, dessen Schwester selbst an einer Psychose litt, beschrieb in seinen Schriften über Schizophrenie, wie sich eine solche Erkrankung äußere. So vielfältig, wie der Verlauf der Erkrankung, sind auch deren Symptome, welche sich von sehr schweren bis hin zu weniger bedeutenden bewegen (Finzen 2016, 66). An dieser Stelle sollen einige Symptome näher erläutert werden. Wesentlich sind hierbei vor allem jene Symptome, welche die Interaktion zwischen einem Elternteil und seinem Kind maßgeblich negativ beeinflussen oder behindern können.

Zu den Grundsymptomen einer schizophrenen Erkrankung zählen formale Denkstörungen, Störungen der Affektivität, Ich-Störungen, Wahn, Halluzinationen und psychomotorische Störungen (Finzen 2016, 66f.). Bei einer Schizophrenie werden sogenannte *positive* und *negative Symptome* unterschieden. Bei der Positivsymptomatik kommt zu dem normalen Empfinden etwas hinzu, das im gesunden Zustand nicht vorhanden ist. Dazu gehören der Wahn und Halluzinationen, bei denen es häufig zu einem Stimmenhören kommt. In den meisten Fällen klingen diese, in Dialogform mit den Betroffenen stattfindenden, Stimmen bedrohlich und resultieren in Angst- und/oder Panikzuständen (Plattner 2017, 63). Der Wahn ist eine Flucht der Erkrankten in eine eigene Realität und kann zum Zeitpunkt des Auftretens nicht als Symptom ihrer Krankheit abgetan werden (Finzen 2016, 77ff.). Negative Symptome hingegen sind weniger spezifisch und bezeichnen einen Mangel in einem Bereich, der bereits vorhanden ist. Soziale und kognitive Fähigkeiten sind eingeschränkt und es kommt häufig zu begrenztem emotionalem Erleben und Verhalten (Häfner 2017, 33). Auf der Affektebene finden sich bei

Betroffenen sowohl Gefühlshochs wie bei der Manie, als auch Gefühlstiefs wie bei einer Depression. Diese Empfindungen lassen sich von gesunden Menschen eher nachvollziehen, wohingegen unangemessene Gefühlsäußerungen, wie zum Beispiel eine euphorische, ausgelassene Stimmung während einer traurigen Situation, Unverständnis und Irritation beim Gegenüber hervorrufen. Die auch als Hebephrenie oder Desorganisierte Schizophrenie bezeichnete Form führt zu einer verminderten Fähigkeit der Erkrankten, situationsgemäß zu fühlen und Gefühle anderer wahrzunehmen beziehungsweise zu deuten, was wiederum zu einer enormen sozialen Einschränkung in der Interaktion, sowie Resignation im engen sozialen Umfeld, vor allem der Familie, führt (Finzen 2016, 69f.). Zum einen kann es sein, dass Betroffene in ernsten Situationen tatsächlich Fröhlichkeit verspüren, zum anderen kommt es jedoch auch vor, dass diese situationsgemäß empfinden, dies aber nicht zeigen können (Finzen 2016, 72). Denkt man an dieser Stelle an Kinder, die noch nicht in der Lage sind, solche Symptome als Teil einer schweren psychischen Erkrankung zu sehen, wird bewusst, wie problematisch eine elterliche Schizophrenie für das eigene Kind sein kann. Die bereits erwachsene Vera, die mit einer an Schizophrenie erkrankten Mutter aufwuchs, erinnert sich zum Beispiel an die Wahnvorstellungen ihrer Mutter und beschreibt, wie sie als kleines Kind lernen musste, dass diese nicht der Realität entsprachen und sie sich nicht auf ihre Mutter verlassen konnte (Roedenbeck 2016, 108). Finzen (2016, 38) schreibt über das Zusammenleben mit einer an Schizophrenie erkrankten Person, dass dieses alle Familienmitglieder verändere, insbesondere in akuten Phasen, wo Symptome wie Stimmenhören vorkämen, durch die eine emotionale und vernünftige Kommunikation nicht mehr möglich sei.

3.4 Verlauf: Phasen, Schweregrade und Prognose

Eine Schizophrenie kann generell in jedem Lebensalter auftreten, am häufigsten beginnt diese aber im dritten Lebensjahrzehnt, eine Erkrankung von Kindern und Jugendlichen ist prozentuell seltener (Finzen 2016, 90). Das Verhältnis von betroffenen Frauen und Männern ist circa gleich, wobei Männer im Durchschnitt zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr erkranken und Frauen ungefähr fünf Jahre später (Caspar u.a. 2018, 85).

Neben dem Leiden der Betroffenen selbst, sowie den damit einhergehenden Herausforderungen für das enge Umfeld der Erkrankten, soll an dieser Stelle besonders die Situation von an Schizophrenie erkrankten Müttern und ihren Kindern beschrieben werden. Hier kann zwischen einem Auftreten der Erkrankung vor der Schwangerschaft, einer postpartalen Psychose und einer erstmaligen Erkrankung, wenn das Kind bereits die ersten Lebensjahre durchlaufen hat,

differenziert werden. Schmücker-Schüßler (2014, 322f.) schreibt hierzu, dass „es ... eine Reihe von Ursachen für die Belastung in der postnatalen Zeit [gibt], die auch gemeinsam auftreten können.“ Neben hormonellen Veränderungen oder einer traumatisch erlebten Geburt, können auch misslungene erste Versuche beim Stillen oder bei der Versorgung des Babys zu Verunsicherung der Mutter führen. Das Risiko ist demnach erhöht, in eine Depression oder andere psychische Erkrankung zu geraten. Wann und bei wem eine schizophrene Psychose auftritt, verändert nichts an dem Krankheitsbild an sich, bei Müttern kommt jedoch neben der Beeinträchtigung im eigenen Erleben und jenem des familiären Umfelds dazu, dass dem Baby ein feinfühligere Umgang mit seiner primären Bezugsperson fehlt und aufgrund dessen Defizite in der kognitiven und emotionalen Entwicklung auftreten können. Je länger die Krankheit der Mutter unbehandelt bleibt, desto höher ist das Risiko für das Kind. Bei einer postpartalen Psychose, die in der Regel in den ersten zwei Wochen nach der Geburt auftritt, kommt es meistens zu einem akuten Beginn (Schmücker-Schüßler 2014, 323f.). „Bei der schizophrenen Form dominieren Halluzinationen und Wahnvorstellungen, die oft das Neugeborene beinhalten (z. B. Das Baby ist der Teufel)“ (ebd.). Brisch (2017, 168) erläutert, dass „Mütter mit einer postpartal psychotischen Erkrankung ... in der Regel heute immer noch von ihren Säuglingen getrennt [werden], wenn eine stationäre Behandlung der Mutter notwendig wird.“ Diese Trennung erfolgt aufgrund der nur selten vorhandenen Möglichkeit, Säugling und Mutter gemeinsam stationär zu betreuen.

An dieser Stelle wird wiederum deutlich, wie wichtig das Umfeld durch Familie und Freunde ist, da ein gesunder zweiter Elternteil sowohl Behandlungsmaßnahmen unterstützen als auch in emotionaler Weise für das Baby da sein kann. Welchen konkreten Entwicklungsrisiken im Bereich der frühkindlichen Bindung und der Mentalisierungsfähigkeit ein Baby oder Kleinkind in einem solchen Fall ausgesetzt ist, wird im weiteren Verlauf der Arbeit verdeutlicht.

Mit Bleuer (zit. nach Finzen 2016, 90) lässt sich sagen, dass es nicht möglich sei „alle die verschiedenen Verlaufsweisen der Schizophrenie zu schildern.“ Der Verlauf einer Schizophrenie lässt sich aber in mehrere Phasen fassen. Meist beginnt die Krankheit mit der sogenannten *Prodromalphase*, welche in ihrer Dauer sehr unterschiedlich ist und sich auch über mehrere Jahre ziehen kann. Häufig kommt es hier zu sozialem Rückzug, Interessensverlust und vor allem Druck- und Anspannungszuständen (Finzen 2016, 93f.). Der schleichende Verlauf einer Schizophrenie führt oft dazu, dass diese erst in einer akuten psychotischen Phase als Krankheit erkannt wird. Dazu kommt, dass Stigmatisierungen oft eine rechtzeitige Diagnose und frühzeitige Intervention erschweren (Häfner 2017, 16). Die *akute Phase* ist durch

Symptome wie das Hören von Stimmen und Wahn gekennzeichnet. Darauf folgt eine Phase, die von Negativsymptomen wie flachem Affekt und Denk- und Sprachstörungen gekennzeichnet ist (Caspar u.a. 2018, 85f.). Bedeutsam ist, dass schizophrene Erkrankungen selten einmalig auftreten, sondern sich ab dem Zeitpunkt des erstmaligen Ausbruchs in unterschiedlichen Abständen wiederholen. Mit Rückblick auf das Vulnerabilitäts-Stress-Modell, welches mehrere Faktoren als ausschlaggebend für den Ausbruch der Erkrankung sieht, kann ein schizophrener Schub daher oft nicht verhindert werden, selbst wenn eine Dauermedikation indiziert ist. Zum Teil treten auch komorbide Störungen, wie zum Beispiel eine Angststörung, neben der eigentlichen Erkrankung auf (Caspar u.a., 86).

3.5 Behandlung

„Wo die Erkrankung verschwindet, ist es in der Regel der Natur und nicht der Heilkunst zu verdanken. Aber wir können einen Menschen mit sorgfältigen Behandlungsmaßnahmen soweit stabilisieren, dass er fast heil ist, außer, dass er eben gewisse Dinge tun muss, um es zu bleiben – so wie bei vielen anderen psychischen und körperlichen Erkrankungen“ (Rittmannsberger, Wancata 2008, 10).

Dieses, aus dem österreichischen Schizophreniebericht stammende, Zitat verdeutlicht noch einmal, dass es bis jetzt zwar kein Medikament und keine Therapie gäbe, die Betroffene endgültig von ihrer Erkrankung befreien würden, dass jedoch mithilfe ebendieser Maßnahmen durchaus Besserung erzielt werden kann. Dass schizophrene Psychosen schwerwiegende Erkrankungen sind, kann an dieser Stelle nicht bezweifelt werden, jedoch gibt es zahlreiche gute Behandlungsmethoden, um Betroffenen den Umgang mit der Psychose zu erleichtern. Circa ein Drittel der an Schizophrenie Erkrankten erlangen dauerhafte Besserung, bei einem zweiten Drittel verschwindet die Erkrankung mit ausreichender Behandlung zwar nicht, nimmt jedoch einen mildereren Verlauf, wohingegen das letzte Drittel dauerhaft und chronisch erkrankt. Doch auch bei diesem letzten Drittel können mit einer medikamentösen Behandlung Symptome gelindert werden und es kann im Rahmen einer Psychotherapie daran gearbeitet werden, dass Betroffene lernen, mit ihrer Krankheit umzugehen (Finzen 2016, 145).

„Mit der Entdeckung der Neuroleptika in den 50er Jahren des vorigen Jahrhunderts schien das Problem auf andere Weise gelöst. Die auffällige Symptomatik der Schizophrenie lässt sich mit ihrer Hilfe in den meisten Fällen beherrschen“ (Matakas 2008, 735).

Eine medikamentöse Behandlung ist bei der Behandlung von schizophrenen Psychosen nicht wegzudenken, jedoch soll an dieser Stelle besonders die Psychotherapie als Teil der Behandlung im Mittelpunkt der Betrachtungen stehen. Mit Matakas (2008, 736) gesagt, sei nämlich „die Behandlung ... ohne Psychotherapie nicht ausreichend.“

Als Therapie kommt sowohl eine Einzel- als auch eine Familientherapie in Frage und in letzter Zeit gibt es vermehrt neue Ansätze, wie zum Beispiel die *Mentalisierungsbasierte Psychotherapie* (kurz MPT), welche für Borderline-Patienten konzipiert wurde, jedoch modifiziert auch zur Behandlung von Psychosen angedacht wird. Der Aufbau einer Bindungsbeziehung zwischen Betroffenen und Therapeut oder Therapeutin steht im Mittelpunkt dieser Therapieform und bietet den Grundstein für eine Beschäftigung mit mentalen Prozessen der oder des Erkrankten (Taubner 2015b, 173). Brockmann und Kirsch (2015, 16) verweisen hier auf Mentalisierung als Fähigkeit der Reflexion der eigenen Affekte, um sowohl die therapeutische Beziehung als auch die Beziehung zu den Bezugspersonen zu verbessern. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass das Einfühlen und Hineindenken in Gedanken, Emotionen und Affekte der erkrankten Person bei dieser Person ein Gefühl von Sicherheit erwecken und fördern kann und eine Zusammenarbeit zwischen jener Person und dem Therapeuten oder der Therapeutin ermöglicht (Brockmann, Kirsch 2015, 18).

Die Wiener Psychiaterin Gabriele Sachs und die Psychotherapeutin Helga Felsberger liefern einen Entwurf der Mentalisierungsbasierten Therapie für die Behandlung von Menschen mit schizophrenen Psychosen. Bei Menschen mit Schizophrenie sind in Studien sowohl im Erkennen, Differenzieren als auch Wiedererkennen von Gesichtsausdrücken Defizite zu bemerken. Die Autoren meinen dazu, dass „den Defiziten im autobiografischen Gedächtnis im Zusammenhang mit Mentalisierungsstörungen ... im Rahmen der Psychotherapie besondere Bedeutung zukommen“ sollte (Felsberger, Sachs 2013, 340).

Eine genaue Klärung des Mentalisierungskonzepts folgt im nächsten Teil dieser Arbeit, in welchem eine Auseinandersetzung mit entwicklungspsychologischen Grundlagen sowie der Bindungstheorie und einer Zusammenführung der eben beschriebenen Erkrankung Schizophrenie und der kindlichen Entwicklung stattfindet. Die Ausführungen zum Krankheitsbild der Schizophrenie sollen es ermöglichen, die Bandbreite dieser Erkrankung zu verstehen, um die Relevanz der Frage nach Auswirkungen einer schizophrenen Erkrankung eines oder beider Elternteile auf die Entwicklung des Kindes zu verdeutlichen.

4 Zur Bedeutung von frühen Beziehungserfahrungen am Beispiel von Bindungs- und Mentalisierungstheorie

„Dr. Karin Grossmann: ... Wenn die Beziehung, die Kommunikation, die Feinfühligkeit, das Verständnis füreinander (das bedeutet, zwischen der Bezugsperson und dem Kind, Anm. d. Verf.) besser geworden sind, haben sich die Kinder auch besser entwickelt. Wenn das alles aber schlechter geworden ist, wenn es einen Einbruch gab, war dies auch in der Beziehung zwischen Eltern und Kind und an der psychischen Unsicherheit des Kindes zu spüren“ (Scheuerer-Engelisch 2014, 29).

Dieser Teil der Arbeit beschäftigt sich mit frühkindlichen Interaktionserfahrungen zwischen dem Kind und seiner primären Bezugsperson. Jene Beziehungserfahrungen werden vor dem Hintergrund der Bindungs- und Mentalisierungstheorie betrachtet. Dazu sollen zuerst für die Forschungsfrage wesentliche Aspekte der Entwicklungspsychologie dargestellt werden. Danach erfolgt eine Beschreibung der Bindungstheorie. Hier liegt der Fokus besonders auf den verschiedenen Bindungstypen, die Aufschluss darüber geben können, welchen Verlauf die frühkindliche Entwicklung nimmt. Außerdem sollen Möglichkeiten und Grenzen jener Theorie für die psychoanalytische Pädagogik betrachtet werden. Mithilfe der Bindungstheorie erfolgt anschließend eine Überleitung zum Konzept der Mentalisierung. Das letzte Unterkapitel des Theorieteils vereint Merkmale des Krankheitsbilds der Schizophrenie mit den Ausführungen über die Bindungstheorie und das Konzept der Mentalisierung und beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen einer elterlichen Psychose und den Risiken für die kindliche Entwicklung.

4.1 Entwicklungspsychologische Grundlagen

Gegenstand der Entwicklungspsychologie sind einerseits intraindividuelle, das heißt innerhalb eines Individuums ablaufende, Veränderungen des Erlebens und Verhaltens, andererseits interindividuelle, das heißt mehrere Individuen betreffende Unterschiede bei solchen Veränderungen (Trautner 1992; zit. nach Lohaus u.a. 2010, 3). Der Entwicklungsbegriff, wie er im Kontext dieser Arbeit verstanden wird, lässt sich mit Trautner (ebd.) definieren, welche dann von Entwicklung spricht, wenn Veränderungen im Rahmen eines längeren Zeitraums in einzelnen Stufen ablaufen. Kurzzeitig auftretende Veränderungen wie Gemütszustände oder einschlägige Ereignisse zählen nicht dazu, wobei zu beachten ist, dass Folgen solcher Ereignisse sehr wohl Entwicklungsprozesse erfordern. Entwicklung ist zudem immer ein

Zusammenspiel aus Anlagen, einem aktiven Individuum, und dessen Umwelt. Fehlt einer der drei Teile, kann keine Entwicklung stattfinden (Krettenauer 2014, 9).

Da der Fokus dieser Arbeit in den Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung, welche eine schizophrene Erkrankung der Eltern mit sich bringt, liegt, werden ausgewählte Aspekte einer psychoanalytischen Entwicklungstheorie vorgestellt, die die Basis für die weitere Beschäftigung mit Bindungs- und Mentalisierungstheorie herstellen.

Welche Voraussetzungen müssen in der frühen Kindheit vorhanden sein, um eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen und welche Risikofaktoren führen zu Entwicklungsabweichungen?

Säuglinge und Kleinkinder sind zwar einerseits auf die liebevolle und einfühlsame Fürsorge der primären Bezugsperson angewiesen, sie gestalten aber gleichzeitig ihre eigene Entwicklung auch mit (Dornes, 1993; Friedman & Vietze, 1972; zit. nach Datler, Wininger 2014, 359). Sechs Grundannahmen geben Aufschluss über die Mitgestaltung des Kleinkindes an seiner Entwicklung. Diese besagen, dass die *Wahrnehmung der eigenen Person sowie belebter und unbelebter Objekte* aus ihrer Umgebung, von Geburt an fester Bestandteil eines jeden Menschen ist. Dazu kommt, dass durch eine *Regulation der Gefühle* angenehme Zustände erstrebt und unangenehme vermieden werden. Diese Bemühung um eine *bestmögliche Affektregulation* passiert in einem Austausch von Kleinkind und primärer Bezugsperson, welche mit ihren Reaktionen zur *Ausbildung psychischer Strukturen des Kindes* beiträgt. Wesentlich hierbei ist auch, dass *psychische Prozesse weitgehend unbewusst* ablaufen, jedoch durchaus Einfluss darauf haben, was bei und von anderen wahrgenommen wird (Datler, Wininger 2014, 359f.). Datler und Wininger (2014, 360) nennen ein Beispiel und beschreiben das Verlangen eines Säuglings, seine schmerzlichen Emotionen einerseits in Form von Weinen deutlich zu machen, andererseits aus Angst vor Anspannung und damit einhergehender Verzögerung der Zuwendung der Mutter, zu verbergen. Die *Tendenz*, solch eine Konfliktsituationen zu vermeiden, *manifestiert sich* beim Kleinkind und wird auch im weiteren Entwicklungsverlauf bestehen bleiben. Sie kann erst mithilfe von anderen Erfahrungen, wie zum Beispiel dem sprachlichen Ausdruck, abgelegt werden. Hierzu schreiben Datler und Wininger (ebd.), dass „die Tendenzen, durch die sich psychische Strukturen auszeichnen ... über weite Strecken stabil [sind] und ... sich oft nur langsam aufgrund der innerpsychischen Verarbeitung von Erfahrungen“ ändern. Führen uneindeutige oder situationsinadäquate Reaktionen der primären Bezugspersonen zur Ausbildung von pathologischen Verhaltens- und

Persönlichkeitsmerkmalen, kann dies die gesunde Entwicklung des Kleinkinds negativ beeinflussen. Bei einer psychotischen Erkrankung wie der Schizophrenie fällt es Betroffenen zunehmend schwer, Gefühle und Handlungen anderer entsprechend ihrer tatsächlichen Intention zu deuten, was wiederum eine verkehrte Reaktion zur Folge haben kann.

Frühkindliche Entwicklung ist ein Prozess, der in einzelnen Phasen abläuft, die wiederum unterschiedliche Prozesse im Denken und Wahrnehmen des Kindes beinhalten. Im Interesse der Entwicklungspsychologie steht zum einen, wie diese Phasen zusammenhängen, und zum anderen, welche Eigentümlichkeiten jede einzelne Phase auszeichnen (Datler, Wininger 2014, 361). Die Entwicklungsphasen der psychoanalytischen Theorien Freuds befassen sich mit der psychosexuellen Entwicklung und beinhalten die orale, anale und infantil-genitale Phase, welche zwischen der Geburt und dem fünften Lebensjahr stattfinden sowie die Latenzphase, auf die abschließend die Adoleszenz folgt (Datler, Wininger 2014, 361f.). Ein neuerer psychoanalytischer Blickwinkel sieht Entwicklung nicht mehr primär, wie in der psychoanalytischen Tradition Freuds, als Triebwandel, vielmehr steht der Aspekt der Ich-Entwicklung und der eigenen Persönlichkeit im Zentrum (Lohaus u.a. 2010, 13). Das *Konzept der Objektbeziehungen*, welches ursprünglich auf Arbeiten von Melanie Klein zurückgeht, geht über die Triebbefriedigung, wie die Nahrungsaufnahme, zu deren Zweck die Mutter benötigt wird, hinaus und rückt die emotionale Verfügbarkeit der primären Bezugsperson, insbesondere der Mutter, in den frühen Entwicklungsstadien in den Vordergrund. Ebendiese emotionale Beziehung ist von zentraler Relevanz bei der Frage, wie eine Psychose der Mutter oder des Vaters Einfluss auf die kindliche Entwicklung haben kann. Viele der psychoanalytischen Erkenntnisse entstanden infolge von Beobachtungen in klinisch-therapeutischen Settings und fließen in entwicklungspsychologische Konzeptionen, wie jene der Bindungstheorie, mit ein (Lohaus u.a. 2010, 13). Wie bereits mithilfe eines Zitats in der Einleitung dieser Arbeit beschrieben, ist eine fürsorgliche und liebevolle Beziehung der Eltern ausschlaggebend für den Umgang der Kinder mit emotionalen Schwierigkeiten (Datler, Wininger 2014, 368). Während in älteren psychoanalytischen Entwicklungstheorien davon ausgegangen wird, dass ein Kind in seinen ersten Lebensjahren lediglich eine enge Beziehung, und diese meistens zur Mutter, haben kann, wird in den letzten Jahren vermehrt dazu geforscht, dass Babys durchaus fähig sind, zu mehreren Personen, vor allem den Vater beinhaltend, tiefe Beziehungen aufzubauen. Die Bildung einer triadischen Beziehung zwischen dem Kind, der Mutter und dem Vater kann Kinder entlasten und dazu führen, dass diese später ein höheres Konfliktlösungspotential besitzen (Datler, Wininger 2014, 373). Das ist an dieser Stelle deswegen von großer Bedeutung,

da gerade bei einer schizophrenen Erkrankung eines Elternteils die zweite, gesunde Bezugsperson eine wesentliche Rolle für das Kind spielen kann. Je enger die Beziehung zu dieser ist, umso leichter wird es für das Kind sein, trotz der Erkrankung des einen Elternteils, eine bestmögliche Entwicklung zu durchlaufen.

„Zu den historisch frühesten Konzeptionen evolutionsbiologisch geprägter komplementärer Verhaltenssysteme bei Säuglingen und ihren Bezugspersonen gehört die Bindungstheorie in der Tradition John Bowlbys“ (Lohaus u.a. 2010, S, 93).

Die Bindungstheorie in ihrer Bedeutung für die frühkindliche Entwicklung sowie die etwas später, auf diese aufbauend, konzipierte Mentalisierungstheorie werden im nächsten Kapitel behandelt und sollen anschließend mit den Ausführungen über eine elterliche Schizophrenie verknüpft werden.

4.2 Die Bindungstheorie

„Die ‚emotionale Bindung‘ eines Menschen an eine Bindungsperson ist dadurch gekennzeichnet, dass sie ein zwar unsichtbares, aber fühlbares emotionales Band ist, das eine Person zu einer anderen Person anknüpft und das diese zwei Menschen über Raum und Zeit sehr spezifisch miteinander verbindet. Diese Bindung ist für das Überleben eines Menschen so grundlegend wie etwa die Luft zum Atmen, Ernährung, Schlaf“ (Brisch 2008, 89).

Die Bindungstheorie beschreibt, auf welche Art und Weise der Säugling in seinem ersten Lebensjahr eine emotionale Bindung zu seiner primären Bezugsperson, entwickelt. Das Bindungsverhalten beinhaltet ein Suchen des Säuglings nach seiner Bindungsperson sowie ein Nachlaufen, Festklammern und Weinen bei Trennung von dieser und in Situationen, die von Angst gekennzeichnet sind. Diese schmerzhaften Gefühlen verschwinden im besten Fall durch die Wiedervereinigung mit der Bezugsperson wieder (Brisch 2008, 89f.)

Warum gerade die Bindungstheorie einen wesentlichen Beitrag zur Beantwortung der Forschungsfrage leisten kann und Erkenntnisse der Bindungstheorie für die Pädagogik relevant sind, soll einleitend mithilfe eines Beitrags von Datler aus dem Jahr 2003, dessen Titel „Ist Bindungstheorie von psychoanalytischer Relevanz?“ lautet, verdeutlicht werden. Er nennt darin unmittelbare und mittelbare Folgen der Bindungsforschung für die Psychoanalytische Pädagogik. Zu den direkten Folgen zählt unter anderem, dass Ergebnisse der Bindungsforschung die Ansicht unterstützen, dass frühkindliche Beziehungserfahrungen in engem Zusammenhang mit der weiteren Entwicklung dieser Kinder stehen (Datler 2003, 76f.).

Bedeutend sei hierbei auch, so Datler (2003, 77), dass „frühe Erfahrungen und bereits zurückgelegte Entwicklungen ... große Bedeutung für weitere Entwicklungsprozesse“ haben, diese jedoch nicht zwingend bestimmen. Als wichtigen Aspekt nennt er, dass das Erleben von Sicherheit im bindungstheoretischen Kontext thematisiert wird und deutlich gemacht wird, dass auch das Zeigen von unangenehmen oder schmerzhaften Gefühlen des Kindes Ausdruck einer gesunden Entwicklung sei, da dies nur dann stattfindet, wenn das Kind eine beruhigende Reaktion von Seiten der Bezugsperson zu erwarten habe (Datler 2003, 78). Wenn die erwartete Reaktion jedoch vermehrt ausbleibt, kann dies beim Kind zur Vermeidung seiner Gefühlsäußerungen führen und in einer unsicher-vermeidenden Bindungsbeziehung zu den primären Bezugspersonen resultieren. Als eine erste These formuliert Datler jedoch, dass Ergebnisse der klassischen Bindungstheorie „nur in *geringem* Ausmaß zu einer *unmittelbaren* Bereicherung von Psychoanalytischer Pädagogik führen“ (Datler 2003, 76; Hervorhebung im Original). Seine zweite These besagt demgegenüber, dass mittelbare Folgen in hohem Ausmaß zu erwarten sind. In diesem Sinne werden jedoch nicht einfach passende Ergebnisse der Bindungstheorie unverändert in psychoanalytische Theorien aufgenommen, diese fungieren vielmehr als Anstoß dazu, psychoanalytisch-pädagogische Konzepte zu differenzieren oder weiterzuentwickeln (Datler 2003, 91).

4.2.1 Entstehung und theoretische Grundlagen

Die Bindungstheorie wurde in den 1940er und 1950er Jahren im Rahmen der Psychoanalyse von dem britischen Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby entwickelt. Im Rahmen der Beschäftigung mit Kindern, die während des zweiten Weltkriegs früh von ihren Eltern getrennt wurden und in Folge dessen schwere Störungen entwickelten, entstand Bowlbys Interesse, den Bereich der Trennung und des Verlusts zwischen Kindern und ihrer primären Bezugsperson näher zu erforschen (Schultz-Venrath 2015, 107). 1950 schaffte es die Psychologin Mary Ainsworth, jene Theorie auch praktisch umzusetzen, indem sie Feldbeobachtungen an Müttern und ihren Kindern in Uganda durchführte (Grossmann & Grossmann 2017, 7f.). Grossmann und Grossmann (ebd.) schreiben über die zwei Gründer der Bindungstheorie: „Die empirische Bindungstheorie hat folglich zwei ‚Eltern‘ ... einen Vater für das Theoretische und eine Mutter für das Empirische.“

Das Konzept der Bindung umfasst Verhaltensweisen und Emotionen, die auf die Herstellung von Nähe ausgerichtet sind. In einer Gefahrensituation wird solch ein Bindungssystem beim Kind aktiviert, tritt Sicherheit anstelle der Gefahr kann es wieder deaktiviert werden und dem

Kind wird es erneut möglich, sich seiner Umwelt zu widmen (Strauß 2014, 25). Die Bindungstheorie gibt Aufschluss darüber, in welcher Art und Weise die Regulation der Emotionen beim Kleinkind stattfindet und fußt auf der Annahme, dass ein Verhaltenssystem zur Herstellung von körperlicher und emotionaler Nähe zwischen dem Kind und einer fürsorglichen Bezugsperson angeboren ist. Dem Bindungsverhalten steht auch der Wunsch, sich selbst zu behaupten und seine Umwelt zu entdecken, gegenüber. Ein ausgewogenes Verhältnis der beiden Verhaltenssysteme führt zum Ausbilden einer sicheren Bindung, wohingegen unausgeglichene Systeme zu einer ambivalenten oder vermeidenden Bindung führen können (Strauß 2014, 25ff). Eine Klärung über die unterschiedlichen Bindungsmuster erfolgt im nächsten Schritt.

4.2.2 Bindungstypen

Mit Bowlby (1991; zit. nach Grossmann & Grossmann 2017, 63) lässt sich sagen, dass drei Bindungstypen aus den ersten Lebensjahren bestimmt identifiziert sind. Diese können vor dem Hintergrund der familiären Bedingungen, die ein bestimmtes Bindungsverhalten unterstützen, betrachtet werden. Davon ist das erste Muster mit einer gesunden Entwicklung des Kindes in Verbindung zu setzen, während die anderen beiden auf eine gestörte Entwicklung schließen lassen. Ab den 1990er Jahren wurde den drei Gruppen eine weitere hinzugefügt, welche in diese Arbeit zu einem späteren Zeitpunkt genauer betrachtet werden soll (Ainsworth 2014, 86).

Im Rahmen der Baltimore-Studie wurde von Mary Ainsworth eine Beobachtung von Kindern und ihren Bezugspersonen in der „Fremden Situation“ durchgeführt. Dazu wurden zuerst Beobachtungen bei der Mutter und dem Kind zu Hause gemacht und anschließend im Labor Trennungssituationen, die aus acht Teilen bestehen, simuliert. Diese sehen wie folgt aus: Zuerst betreten Mutter und Kind ein Spielzimmer und das Kind erkundet den Raum, danach betritt eine fremde Person den Raum und tritt mit den beiden in Kontakt. Anschließend verlässt die Mutter den Raum und lässt die fremde Person mit dem Kind allein. Beim Zurückkehren der Mutter verlässt die fremde Person den Raum. Ein zweites Mal geht die Mutter aus dem Raum und das Kind bleibt allein im Spielzimmer. Schließlich kommt die fremde Person zurück und zum Schluss auch die Mutter. Die fremde Person lässt die beiden allein und zwischen Mutter und Kind kommt es zu einer Wiedervereinigung (Strauß 2014, 45f.). Diese Methode wird zur Feststellung individueller Unterschiede im Bindungsverhalten zwischen Kindern im Alter von 12 und 20 Monaten und deren primärer Bezugsperson, meistens der Mutter, angewendet (Gloger-Tippelt 2014, 82).

Nach Vorlage von Lengning und Lüpshen (2012, 64ff.) wurden drei Grafiken erstellt, welche die unterschiedlichen Bindungstypen exemplarisch veranschaulichen.

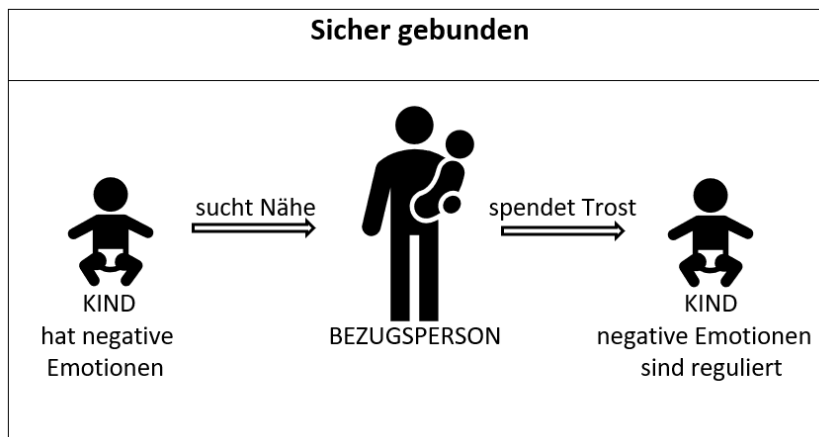


Abb. 1: Sicher gebundene Bindung (exemplarische Darstellung nach Vorlage von Lengning, Lüpshen 2012, 64)

Kinder, die sicher gebunden sind (vgl. Abb. 1), erleben generell einen feinfühligem Umgang von Seiten der Bezugsperson und sind aufgrund dessen in der Lage, ihre Emotionen zu regulieren und zu zeigen (ebd.). Bei diesem Bindungsmuster ist das Kind zuversichtlich, dass die primäre Bezugsperson, meistens ein Elternteil, in Situationen, die von Angst oder anderen negativen Gefühlen gekennzeichnet sind, verfügbar ist. Außerdem kann es eine Antwort in Form von Mimik, Gestik, Sprache oder anderen Emotionen erwarten, die dem Kind Trost spendet und zu einer Regulation der negativen Gefühle führt. In den ersten Lebensjahren ist diese Bezugsperson häufig die Mutter, welche feinfühlig auf die Äußerungen des Kindes reagiert und dem Kind so ein Gefühl von Sicherheit vermittelt (Grossmann & Grossmann 2017, 63f.). Bei Beobachtungen kann man sehen, dass sicher gebundene Kinder in der fremden Situation, wenn diese von ihrer Mutter kurzzeitig verlassen werden, mit klaren Emotionen wie Weinen reagieren und sich nicht durch die anwesende, fremde Person beruhigen lassen. Sobald die Mutter zurückkehrt, erfolgt sofortiger körperlicher Kontakt, der zur Folge hat, dass sich jene Kinder schnell beruhigen (Strauß 2014, 46). Während Bowlby vor allem von einer einzigen (hauptsächlich die Mutter) primären Bezugsperson in den ersten Lebensjahren spricht, rücken Grossmann und Grossmann sowie Ainsworth auch den Vater als weitere Bezugsperson in den Mittelpunkt (Strauß 2014, 50). Kinder, die sicher gebunden sind, können mit emotionalen Belastungen besser umgehen, da sie eine größere psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz) besitzen (Brisch 2008, 104f.). Der Aufbau einer solchen Resilienz erscheint vor allem hinsichtlich einer Prävention von Risikokindern für die spätere Entwicklung einer psychischen

Störung wesentlich. Fingerle und Opp (2008, 16) schreiben hierzu, dass dazu vor allem Flexibilität pädagogischer Angebote notwendig sei.

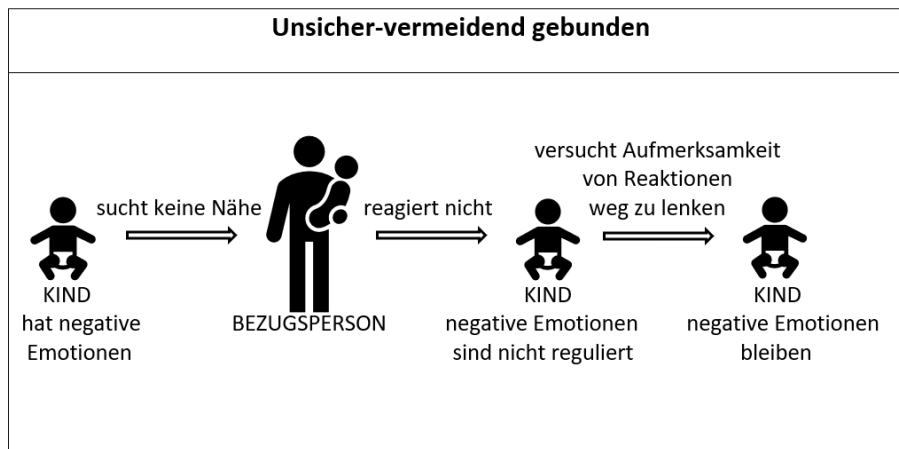


Abb. 2: Unsicher-vermeidende Bindung (exemplarische Darstellung nach Vorlage von Lengning, Lüpschen 2012, 65)

Kinder, die unsicher-vermeidend gebunden sind (vgl. Abb. 2), haben Zurückweisung oder unvorhersehbare Reaktionen durch die Bezugsperson erfahren und tendieren aufgrund dessen dazu, ihre negativen Emotionen meist nicht mehr offen zu zeigen. Das Suchen von Nähe wie bei dem sicher gebundenen Typ findet nicht mehr statt und eine Regulation der negativen Gefühle ist nur unzureichend oder gar nicht mehr vorhanden, womit die negativen Gefühle schlussendlich andauern (Lengning, Lüpschen 2012, 65f.). Grossmann und Grossmann (2017, 64) sprechen hierbei, mit Rückgriff auf Bowlbys 1991 erschienenem Beitrag „Ethologisches Licht auf psychoanalytische Probleme“, von einem ängstlich-vermeidenden Bindungsmuster, bei der Kinder in Folge von Gefühlsäußerungen eine abweisende Reaktion von der Bezugsperson erwarten und infolgedessen versuchen, ohne Unterstützung auszukommen. Bleibt dieses Bindungsmuster über Jahre bestehen, kann das zu Persönlichkeitsstörungen auf Seiten der Kinder führen. Bei Trennung von der Mutter und Kontakt mit einer fremden Person im Rahmen der fremden Situation reagiert das Kind kaum und unterbricht sein Spielen nicht. Auch bei der Rückkehr kommt es nicht, wie beim sicher gebundenen Typ, zu körperlichem Kontakt mit der Mutter, sondern zu einer Abwehrreaktion und weiterer Beschäftigung mit dem Spielzeug (Strauß 2014, 46f.). Main (2001; zit. nach Strauß 2014, 47) spricht hier von einer „organisierten Aufmerksamkeitsverschiebung“, bei der das Kind sich „weg von einer Angst auslösenden Situation hin zu einem neutralen Reiz“ bewegt. Dies lässt sich auch mit Gloger-Tippelt (2014, 87) bestätigen, die als Abwehrreaktionen beim Zurückkehren der Mutter konkret „Blickvermeiden, Vermeiden von Körperkontakt [und] Wegdrehen des Körpers von der Bezugsperson“ nennt. Im Kindergartenalter verhalten sich unsicher-vermeidende Kinder

oftmals ängstlich-aggressiv und versuchen nicht in Konfliktsituationen zu geraten, beziehungsweise eine erwachsene Person zu finden, die Konflikte an ihrer statt löst. Sie versuchen im Gespräch persönliche Themen zu umgehen und ihr Sprachstil ist weniger flüssig als bei sicher gebundenen Kindern (Schultz-Venrath 2015, 123).

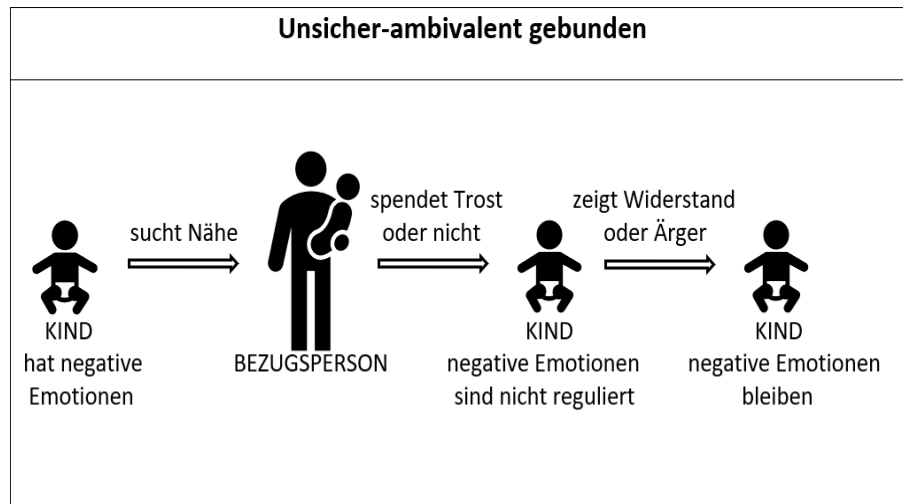


Abb. 3: Unsicher-ambivalente Bindung (exemplarische Darstellung nach Vorlage von Lengning, Lüpschen. 2012, 67)

Der unsicher-ambivalent gebundene Bindungstyp (vgl. Abb. 3) unterscheidet sich vom gerade eben beschriebenen in dem Punkt, dass Kinder ein, wie das Wort „ambivalent“ schon vermuten lässt, widersprüchliches Verhalten von der Bezugsperson erfahren haben. In Situationen, wo unsicher-vermeidende Kinder eher mit Rückzug reagieren, tendieren unsicher-ambivalent gebundene Kinder zu einem starken Ausdruck ihrer Gefühle, oft in Form von Widerstand oder Ärger. Die Bezugsperson ist nicht in der Lage, dem Kind ein Gefühl von Sicherheit vermitteln und die Unklarheit, ob jene gerade Trost spenden kann oder nicht, führt zu einem Gefühl der Bedrohung auf Seiten des Kindes (Lengning, Lüpschen 2012, 66). Bei diesem Bindungsmuster kommt es in der oben beschriebenen fremden Situation bei dem Kind zu emotionaler Erregung und Angst oder Ärger gegenüber der fremden Person. Von der primären Bezugsperson lässt sich das Kind nur beschränkt beruhigen und behält generell eher das Gefühl des Widerstands (Strauß 2014, 47). Somit verschwinden schmerzliche Emotionen auch nicht, wie dies beim sicher-gebundenen Typ der Fall ist. Bowlby spricht von einer ängstlich-widerstrebenden Bindung, bei der keine Sicherheit über die Verfügbarkeit, die Ansprechbarkeit und die Hilfe des Elternteils vorhanden ist (Grossmann & Grossmann 2017, 64).

Bei der Auswertung der Fremden Situation wurde auch das mütterliche Verhalten identifiziert. Grossmann & Grossmann sagen hierzu in einem Interview, dass eine der wichtigsten Erkenntnisse, die mithilfe dieses Tests erlangt wurde, sei, „dass es immer wieder die

Feinfühligkeit ist – nicht nur gegenüber einem Säugling, sondern z. B. auch gegenüber einem Dreijährigen. Kann die Mutter erkennen, was das Kind selber kann oder ob es Hilfe braucht?“ (Scheuerer-Englisch 2014, 29). Eine *feinfühlig*e Bezugsperson, hier die Mutter, ist fähig, sich in die Situation des Babys hineinzusetzen und dadurch auf die Signale des Babys direkt und der Situation entsprechend zu reagieren. Demgegenüber lässt eine unfeinfühlig e Mutter ihre eigenen Wünsche und Launen in ihre Reaktion miteinfließen, was entweder eine unpassende Reaktion auf die Bedürfnisse des Kindes oder überhaupt keine Reaktion zur Folge hat (Grossmann & Grossmann 2017, 195). Wie hier deutlich wird, ist Feinfühligkeit zwischen der Bezugsperson und dem Kind ein essentieller Bestandteil einer gesunden Entwicklung des Babys. Ainsworth (2003; zit. nach Brisch 2017, 45) definiert mütterliche Feinfühligkeit durch vier charakteristische Verhaltensweisen. Die Mutter muss fähig sein, die *Signale des Säuglings wahrzunehmen* und diese aus dessen Perspektive *richtig zu deuten*, zum Beispiel ein Weinen des Kindes als Folge von Hunger zu verstehen. Die *Reaktion* auf die Äußerungen des Säuglings erfolgt *in angemessener Weise* und *prompt*. Mit Ainsworth (ebd.) kann gesagt werden, dass „die Zeitspanne, in der ein Säugling auf das Gestilltwerden warten kann, in den ersten Wochen sehr kurz [ist], ... aber im Laufe der ersten Lebensjahre immer länger [wird].

Ein an Schizophrenie leidender Elternteil stößt hier jedoch aufgrund krankheitsbedingter Symptome an seine Grenzen. Die Frage, welche Schwierigkeiten im feinfühlig en Umgang von Mutter oder Vater mit einer schizophrenen Erkrankung und ihrem Kind im zwischenmenschlichen Kontakt auftreten, liegt im Erkenntnisinteresse dieser Arbeit.

Die drei eben beschriebenen Bindungstypen können noch einmal differenziert werden, indem pro Gruppe vier Abstufungen stattfinden. Eine weitere Gruppe, die desorganisierte Bindung, wurde den drei anderen Bindungstypen etwas später hinzugefügt und ist gekennzeichnet durch ein hohes Maß an Verstörtheit. Aufgrund der Ausführungen über das Krankheitsbild der Schizophrenie und der bereits beschriebenen Qualitäten der Bezugsperson bei den unterschiedlichen Bindungstypen ist zu vermuten, dass Kinder mit einem schizophrenen Elternteil bei mangelnder Unterstützung, tendenziell eines der beiden unsicheren Bindungsmuster oder sogar ein desorganisiertes Bindungsmuster entwickeln werden. Deshalb soll in einem nächsten Schritt diesem Bindungstyp besondere Beachtung geschenkt werden.

4.2.3 Das desorganisierte Bindungsmuster

„Die Mutter setzt sich in der Wiedervereinigung neben das Kind. Es wendet sich ab und geht laut weinend fort, wandert ziellos im Raum umher“ (Main u.a. 1990; zit. nach Zulauf-Logoz 2014, 300).

Aufgrund von Schwierigkeiten bei der Zuordnung bestimmter Stichprobenteile zu einem der drei Bindungstypen, wurde diesen eine weitere Gruppe hinzugefügt, jene der desorganisierten oder desorientierten Bindung. Besonders bei Müttern mit schweren traumatischen Erfahrungen, wie zum Beispiel einem Verlusterlebnis, zeigt sich in der Testsituation, dass Kinder ein Verhalten aufweisen, das weder der unsicher-ambivalenten, noch der unsicher-vermeidenden Gruppe zugeordnet werden kann (Zulauf-Logoz 2014, 297f.). Das einleitende Zitat zeigt beispielhaft solch eine Reaktion des Kindes und wird als direktes Anzeichen für eine desorganisierte Bindung angesehen. Andere Reaktionen des Kindes in der Fremden Situation sind zum Beispiel ein Wechsel zwischen der Suche nach engem Kontakt und anschließendem Ignorieren der Mutter, anormale Körperhaltungen oder verlangsamte Bewegungen, die bis zu einem bewegungslosen Zustand des Kindes führen können. Auch Angst vor der Bindungsperson kann Anzeichen einer desorganisierten Bindung sein (Main u.a. 1990; zit. nach Zulauf-Logoz 2014, 300). Brisch (2008, 101) nennt als häufigsten Grund für ein desorganisiertes Bindungsmuster Kindesmisshandlung, gefolgt von, wie auch Zulauf-Logoz (2014, 297f.) beschreibt, erlebten Traumata der Eltern, welche ein dissoziatives oder ängstigendes Verhalten zur Folge haben können. Dissoziative Symptome sind zwar in erster Linie typisch für die Dissoziative Persönlichkeitsstörung, jedoch können diese auch im Rahmen einer Schizophrenie auftreten. Solch ein elterliches Verhalten kann die Kommunikation und Interaktion mit dem Kleinkind maßgeblich beeinträchtigen.

In diesem Kontext kann die *Doppelbindungstheorie* (engl.: double bind theory) betrachtet werden, welches vor mehr als 50 Jahren erstmals von Bateson u.a. (1956; zit. nach Ameln, Willemse 2018, 131) beschrieben wurde. Die Theorie baut darauf auf, dass „zwei oder mehr Menschen ... in einer emotionalen Abhängigkeitsbeziehung aufeinander bezogen [sind], die materiell und psychologisch für einen, mehrere oder alle Betroffenen lebenswichtige Bedeutung hat“ (Ameln, Willemse 2018, 130). Die Autoren nennen solche Situationen besonders typisch für die Interaktion zwischen Eltern und ihrem Kind. Die Kommunikation in ebendieser Situation ist gekennzeichnet durch paradoxe und widersprüchliche Nachrichten, die von einem Beteiligten an den anderen gesendet werden. Eine paradoxe Nachricht wäre zum

Beispiel „Du sollst mich lieben“ (Ameln, Willemse 2018, 131). Da ein Kind sich jedoch in einem Abhängigkeitsverhältnis zu seinen Eltern, so auch zu seiner erkrankten Mutter, befindet, ist es diesem nicht möglich, sich aus der belastenden Situation zu befreien. Das Resultat solch widersprüchlicher Nachrichten ist Verwirrung und kann starke negative Gefühle wie Unbehagen oder sogar Identitätsverlust hervorrufen. Im Laufe der letzten Jahre hat sich die Theorie jedoch verändert und man geht heutzutage davon aus, auch ein einfacher Widerspruch in der Kommunikation könne zu einer Doppelbindungssituation führen. Als Beispiel nennen Ameln und Willemse (2018, 133) die Aussage „Du bist mein bester Freund“, die kurz darauf durch die Aussage „Ich will nichts mehr mit dir zu tun haben“ weitergeführt wird. Stimmenhören, welches Teil der schizophrenen Symptomatik ist, verhindert meist eine emotionale und vernünftige Kommunikation von Seiten des erkrankten Elternteils und kann so durch widersprüchliche oder verwirrende Aussagen das Kind in eine, wie eben beschriebene, Doppelbindungssituation bringen. Kann sich das Kind aus dieser nicht lösen, ist es der Gefahr ausgesetzt, ein desorganisiertes Bindungsmuster oder eine Bindungsstörung zu entwickeln.

Bindungsverhalten wird durch Trennungssituationen initiiert. Natürliche Trennungssituationen sind zum Beispiel ein abendliches Fortgehen der Eltern und die Betreuung durch einen Babysitter oder die Betreuung im Kindergarten, diese finden meistens dann zum ersten Mal statt, wenn das Kind bereits ein Vertrauen aufgebaut hat, welches es auch in der fremden Situation emotional stabil bleiben lässt. Unnatürliche Trennungssituationen, zu denen unter anderem auch eine Erkrankung eines Elternteils zählt, können jedoch aufgrund des unzureichenden Aufbaus einer sicheren Basis, zu Traumatisierungen auf Seiten des Kindes führen. Brisch (2008, 103) nennt als Ursache für eine Nicht-Verfügbarkeit der Bezugsperson etwas eine „Kreberkrankung, Sucht/Alkohol/ Depression/Psychose [oder den] Tod einer wichtigen Bezugsperson.“ Als Folge einer desorganisierten Bindung, die über längere Zeit hinweg bestehen bleibt, kann es zu vielfältigen Bindungsstörungen kommen. Kinder mit einem Elternteil, der an einer Psychose wie der Schizophrenie erkrankt ist, sind besonders gefährdet ein gestörtes Bindungsverhalten zu entwickeln. Eine genaue Darstellung der unterschiedlichen Störungsbilder erfolgt im weiteren Verlauf der Arbeit.

4.2.4 Grenzen der Bindungstheorie

Der Fremde-Situations-Test geht vor allem davon aus, dass die mütterliche Feinfühligkeit darüber Auskunft gibt, welches Bindungsverhalten bei einem Kind vorhanden ist. Datler (2003, 99) verweist jedoch auf Untersuchungen, bei denen sich zeigt, dass zwischen der mütterlichen

Feinfühligkeit und der Qualität der Bindung nur bedingt Zusammenhänge beständen. Fonagy (1998; zit. nach ebd.) untersuchte mit seinem Forschungsteam, inwieweit bereits bei Eltern während der Schwangerschaft der Mutter die Fähigkeit vorhanden sei, ihr eigenes Verhalten und jenes ihrer Kinder als Ausdruck von Gefühlen, Wünschen oder Absichten zu verstehen. Die Erhebung dieser Fähigkeit zum *Mentalisieren* führte tatsächlich zu Aussagen über die Bindungsfähigkeit des Säuglings, die sich ein Jahr nach der Geburt als wahr erwiesen. Mit Fonagy (1989; zit. nach Datler 2003, 99) lässt sich abschließend sagen, dass „bei Vätern wie bei Müttern mit hohen Werten in dieser Fähigkeit ... die Wahrscheinlichkeit einer sicheren Bindung der Kinder drei- bis viermal höher als bei Eltern mit schlechten Fähigkeiten“ liegt. Das Konzept der Mentalisierung in seinen Grundzügen, aber auch in seiner Anwendung bei der Behandlung von Menschen mit einer Schizophrenie, wird deshalb im nächsten Schritt genauer beschrieben.

4.3 Das Konzept der Mentalisierung

„Peter Fonagy und Mary Target [haben sich] der Erforschung der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit von Kindern gewidmet ... Von zentralem Interesse ist dabei die Frage, in welcher Weise und zu welchen Zeitpunkten Kleinkinder verstehen lernen, dass dem eigenen Handeln ebenso wie dem Handeln anderer Menschen Intentionen und somit mentale Zustände und Aktivitäten zugrunde liegen“ (Datler, Wininger 2014, 374).

Eng mit der im vorangehenden Kapitel beschriebenen Bindungsforschung verbunden ist das Mentalisierungskonzept. Mentalisieren bedeutet, „sich auf die ‚inneren Zustände‘ in sich selbst und im anderen zu beziehen“ (Brockmann, Kirsch 2010, 279). Es geht dabei darum, menschliches Verhalten, wie Handbewegungen, Mimik und Gestik, als Ausdruck von Gefühlen zu verstehen und zu interpretieren (Brockmann, Kirsch 2015, 13). Die Fähigkeit zum Mentalisieren kann sich dann am besten entwickeln, wenn Kinder eine sichere Bindung zu ihrer Bezugsperson aufgebaut haben, denn dann muss seltener auf das in Gefahrensituationen zu aktivierende Bindungssystem zurückgegriffen werden und dem Erlernen von Mentalisierung kann Raum geschaffen werden. Zudem ergibt sich aus einer sicheren Bindung gleichzeitig ein Gefühl von Sicherheit beim Kind, welches wiederum das Gefühl des Vertrauens zulässt. Dieses Urvertrauen ist ausschlaggebend dafür, dass Kinder sich auch mit der psychischen Verfassung anderer beschäftigen können und wollen (Taubner 2015a, 31).

4.3.1 Entstehung und theoretische Grundlagen

Die Mentalisierungstheorie entstand um 1990 und wurde von dem britischen Psychoanalytiker Peter Fonagy und der Psychoanalytikerin Mary Target entwickelt. Es handelt sich um eine psychoanalytische Theorie, die jedoch mehrere Ansätze vereint. Zum einen fließen Erkenntnisse aus Freuds Theorie zur psychischen Realität mit ein, zum anderen Winnicotts Theorie der Objektbeziehungen und Bions Überlegungen zu Denkprozessen. Die Forschergruppe rund um Fonagy fasst Mentalisierungsprozesse – im Gegensatz zu kognitiven Theorien – nicht als eine Leistung des Bewusstseins auf, sondern als Interpretation von Beziehungen (Taubner 2015a, 15).

Während die Psychoanalyse das Unbewusste ins Zentrum ihrer Überlegungen rückt, liegt der Fokus des Mentalisierungskonzepts auf der Affektregulation und den Emotionen der Objekte. Wie bereits einleitend erwähnt geht es beim Mentalisieren darum, sowohl das eigene Verhalten, als auch jenes der anderen als Ausdruck von Wünschen, Überzeugungen oder Gefühlen zu interpretieren, aber auch vorherzusagen (Taubner 2015a, 15f.). „Die ... Mentalisierung befähigt Kinder, zu ‚lesen‘, was in den Köpfen anderer vorgeht“, so Fonagy u.a. (2011; zit. nach ebd.). Mithilfe dieser Fähigkeit kommt dem Verhalten der anderen überhaupt erst eine Bedeutung zu. Außerdem kann davon ausgegangen werden, dass unserem Verhalten eine Absicht und ein Ziel zugrunde liegt. Indem Menschen selbstreflexiv denken, gelingt es ihnen, ihre innere Realität von der äußeren zu unterscheiden (ebd.). Mit einem Beispiel verdeutlicht Taubner (2015a, 17) den Unterschied zwischen einem psychologischen Erklärungsmodell, wie jenem der Mentalisierungstheorie, für menschliches Verhalten, und einem physikalischen, beziehungsweise biologischen. Sie beschreibt eine Person, welche die Straßenseite wechselt. Bei einer entfernten Beobachtung dieses Vorgangs könnte man zu der naheliegenden Erklärung gelangen, dass der Belag auf der einen Straßenseite beschädigt und somit ein Wechsel notwendig ist. Andererseits könnte der Wechsel auch damit erklärt werden, dass die Person jemandem ausweicht, den sie nicht begrüßen will.

Die Mentalisierungstheorie beinhaltet ebenso Elemente aus der Theorie des Geistes (Theory of Mind, kurz: ToM), kritisiert und erweitert diese jedoch auch. Die Theory of Mind erfasst unter anderem die Fähigkeit des Kindes, falsche Überzeugungen bei sich selbst und anderen zu erkennen. Diese Kompetenz erlangen Kinder zwischen dem fünften und sechsten Lebensjahr, kleinere Kinder können noch nicht zwischen ihren eigenen mentalen Inhalten und der Realität unterscheiden (Taubner 2015a, 17f.) Einen zentralen Punkt in der Entwicklung einer Theory of

Mind sehen Vertreter der Mentalisierungstheorie nicht primär im kognitiven Vermögen des Kindes, sondern in einer gelungenen frühkindlichen Interaktion zwischen dem Kind und seinen Eltern. Die Mentalisierungstheorie vertritt die Annahme, dass psychisches Erleben erst dadurch entsteht, dass Kinder von anderen Personen als denkende und fühlende Wesen wahrgenommen werden und jene die mentalen Zustände des Kindes spiegeln (Taubner 2015a, 21). Ein Verständnis von sich selbst und anderen passiert auf mehreren Ebenen, einerseits geht es um den unbewussten, sowie bewussten Einsatz der Mentalisierungsfähigkeit, andererseits um ein Verständnis der kognitiven und affektiven Aspekte eigener und anderer geistiger Zustände (Taubner 2015a, 23f.).

4.3.2 Zur Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit

„Der Erwerb der Mentalisierungsfähigkeit hängt ... entscheidend von der Qualität der frühen Affektregulierung und deren weiterer Ausdifferenzierung ab. Dazu bedarf es einer möglichst hohen Bindungssicherheit, die vermittelt durch eine mentalisierende Haltung der Bezugsperson die Entwicklung der Mentalisierung beim Kind in besonderer Weise unterstützt (Fonagy u.a. 2002; zit. nach Taubner 2015a, 80).

Ein Säugling erlebt zum ersten Mal mentalisierendes Verhalten, wenn seine Äußerungen von der primären Bezugsperson wahrgenommen und beantwortet werden. Die Mutter oder der Vater antwortet jedoch nicht nur inhaltlich auf die Äußerung, sondern nimmt auch deren affektiven Gehalt wahr. Mithilfe übertriebener Mimik kann die Bezugsperson dies dem Kind zu verstehen geben, woraufhin sich das Kind einerseits verstanden fühlt, andererseits jedoch auch zwischen den eigenen Affekten und jenen der Eltern unterscheiden kann (Datler, Wininger 2014, 374f.). Wenn diese ersten Entwicklungsschritte nicht eintreten, erfolgt die Entwicklung der eigenen Mentalisierungsfähigkeit des Kindes eingeschränkt oder wird komplett verhindert (Fonagy u.a. 2011; zit. nach ebd.).

Sowohl von Vertretern und Vertreterinnen der Bindungsforschung, als auch im Rahmen der Entwicklungspsychologie wird in den letzten Jahren ein Zusammenhang zwischen der Qualität der frühen Bindung und der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit beim Kind angenommen. Säuglinge können bereits nach dem sechsten Lebensmonat mit Lauten oder Gesten die Aufmerksamkeit ihrer Bezugsperson auf sich oder etwas anderes richten und mit ungefähr 13 Monaten sind kleine Kinder in der Lage, positives Verhalten des Gegenübers zu erwidern und in Folge von negativem Verhalten entsprechend zu reagieren (Schultz-Venrath 2015, 120f.). Inwieweit das Vorhandensein einer sicheren Bindung für die Ausbildung der

Mentalisierungsfähigkeit ausschlaggebend ist, wird von unterschiedlichen Forschern diskutiert. Gergely und Unoka (2011; zit. nach Schultz-Venrath 2015, 121) trennen die beiden Konzepte mit Rückgriff auf die Tierwelt, in der einige Säugetiere Bindungsverhalten zeigen, aber keine Mentalisierungsfähigkeit aufweisen. Dennoch gibt es Bindungsmuster, die nur beim Menschen auftreten, vor allem hinsichtlich der Sprache, des Zuhörens und des Verstehens des Gehörten.

Ein sicherer Bindungstyp begünstigt die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit beim Kind. Bei unsicher-vermeidenden Kindern besteht aufgrund der bereits mehrfach erfahrenen Zurückweisung oder dem unvorhersehbaren Reagieren der Bezugsperson generell eher Angst vor der Reaktion der Mutter und daher kein Interesse, deren Gefühlswelt näher zu erkunden. Kinder, die einen desorganisierten Bindungstyp aufweisen, versuchen zwar häufig die Gefühlswelt der Bezugsperson zu deuten, um so schmerzhaft Situationen zu vermeiden, diese Form der Mentalisierung ist jedoch nicht komplett, da bei den Kindern keine Klarheit über das eigene psychische Empfinden besteht (Taubner 2015a, 31). Mit Allen und Fonagy (2006; zit. nach ebd.) kann zusammenfassend gesagt werden, dass „die Entwicklung der Mentalisierung in den sozialen Interaktionen mit den Bezugspersonen verortet“ sei.

4.3.3 Mentalisierungsbasierte Therapie

Aufbauend auf dem Mentalisierungskonzept wurde das Konzept der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) für die stationäre und ambulante Therapie für Betroffene einer Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt. Es wird jedoch in jüngerer Zeit auch für die Behandlung anderer psychischer Erkrankungen angedacht. Das Mentalisierungskonzept ist in seinen Grundzügen ein psychoanalytisches Konzept, es unterscheidet sich jedoch in seiner Behandlungstechnik von älteren psychoanalytischen Methoden. Es stützt sich auf Annahmen aus verschiedenen Psychotherapierichtungen, sowie Erkenntnissen aus den Bereichen der Neurobiologie, Entwicklungspsychologie, Psychoanalyse und Psychotherapieforschung (Brockmann, Kirsch 2015, 13).

Ziel der Mentalisierungsbasierten Therapie ist die Wiederherstellung der nicht oder nur unvollständig vorhandenen Mentalisierungsfähigkeit. Sie erscheint daher für die Behandlung von Betroffenen einer psychischen Erkrankung, die mit Problemen der Affektregulation einhergeht, passend (Taubner 2015b, 172). Die Differenz zu verhaltenstherapeutischen Methoden kann in der Fokussierung auf Emotionen statt auf Kognitionen gesehen werden. Die MBT geht über das Erkennen und Benennen eigener Gefühle hinaus und arbeitet an einem Verständnis der Patienten und Patientinnen für die Folgen ihrer negativen Gefühle. Das

bedeutet zum Beispiel, dass selbstverletzendem Verhalten negative Gefühle und Gedanken zugrunde liegen und dieses Verhalten in weiterer Folge auch auf diese Emotionen und Gedanken zurückgeführt und im Kontext des Gesamtbefindens betrachtet werden kann. Auch die Reaktion anderer auf das eigene Verhalten kann bei vorhandener Mentalisierungsfähigkeit weitgehend nachvollzogen werden. Die MBT ist auf einer Wiedererlangung dieser Fähigkeit ausgelegt (Taubner 2015b, 173).

Die MBT gliedert sich in mehrere Stadien, bei denen zuerst eine Diagnose der vorhandenen Mentalisierungsfähigkeiten mithilfe unterschiedlicher Verfahren stattfinden sollte. Taubner (2015b, 174f.) nennt zwei Vorgehensweisen, um solch eine Diagnostik durchführen zu können. Dazu zählen die *Reflective Functional Scale* und die klinische Einschätzung von *Mentalisierungspolen*. Bei der Reflective Functional Scale wird ein *Adult Attachment Interview* durchgeführt und anschließend ausgewertet. Dieses besteht aus 20 teilstrukturierten Fragen, welche inhaltlich an der Eltern-Kind-Beziehung der erkrankten Personen orientiert sind. Mithilfe einer elfstufigen Skala werden die Antworten hinsichtlich ihrer Reflektiertheit in Bezug auf bindungsbezogene Erfahrungen ausgewertet. Dabei ist das niedrigste Niveau „antireflexiv“ und das höchste Niveau „außergewöhnlich reflektiert“. Antworten, die auf ein niedriges Niveau hindeuten, können sowohl schwere Brüche in den Gedankengängen der PatientInnen, aber auch feindselige Aussagen gegenüber dem Therapeut oder der Therapeutin sein (ebd.). Es ist jedoch aufgrund der Dauer des Interviews und der anschließenden Auswertung und Codierung, sehr aufwendig, mithilfe dieser Erhebungsmethode die Mentalisierungsfähigkeiten der Befragten zu messen. Taubner (2015b, 175) meint jedoch, dass die Alternative, mit Fragebögen zu arbeiten, nicht als gleichwertig mit der persönlichen Befragung betrachtet werden kann. Bei der Methode der Mentalisierungspole werden anhand von vier Dimensionen Mentalisierungsprofile erstellt. Bei einer normalen Entwicklung der Mentalisierung herrscht zwischen den einzelnen Dimensionen ein Gleichgewicht, bei pathologischen Profilen ein Ungleichgewicht (ebd.).

Bei einem Fehlen der Mentalisierungsfähigkeit wird von erkrankten Personen auf andere Formen der Wahrnehmung zurückgegriffen. Taubner nennt als erstes den teleologischen Modus, bei dem nur Reales von Bedeutung ist und der Beabsichtigung des Gegenübers, die über das beobachtbare Verhalten hinausgeht, keine Bedeutung geschenkt wird (Allen u.a.; zit. nach Taubner 2015b, 177). Beim Äquivalenzmodus wird die innere und äußere Welt als gleich wahrgenommen. Befinden sich Personen in diesem Modus kann zum Beispiel ein einzelner negativer Gedanke als real wahrgenommen und mit dramatischen Gefühlen der Angst behaftet

werden. Hier kommt es oft zu einem Schwarz-Weiß-Denken, welches es jenen Personen erschwert, alternative Lösungen anzunehmen. Als dritter Modus wird der Als-ob-Modus genannt, bei dem eine Loslösung der inneren Welt von der Realität stattfindet. In scheinbar logischen Gedankengängen bewegen sich Betroffene in einer Als-ob-Welt, die jedoch keinen Einfluss auf das tatsächliche Handeln haben und somit auch nicht zu Veränderungen führen. Eine klare Trennung, der Modi ist nicht immer möglich, wesentlich in der Therapie und Wiederherstellung sei jedoch ein Erkennen jener nicht mentalisierten Wahrnehmungsformen (Taubner 2015, 177f.). Eine mentalisierte Haltung des Therapeuten oder der Therapeutin kann zur Förderung der Mentalisierungsfähigkeit der Patienten und Patientinnen beitragen. Dies gestaltet sich nicht immer einfach, da stark affektives oder aggressives Verhalten der erkrankten Personen während der Therapiesitzung zu einer Schwächung des Mentalisierungsvermögens des Behandlers oder der Behandlerin führen kann (Brockmann, Kirsch 2015, 20). Brockmann und Kirsch (ebd.) nennen förderliche Maßnahmen zur Wiederherstellung der Mentalisierungsfähigkeit. Zum einen sei eine Fokussierung auf präsente Gedanken und Gefühle wichtig, zum anderen sollen den Patienten und Patientinnen alternative Erklärungen für ihre Affekte angeboten werden. Während des therapeutischen Gesprächs sollen die behandelnden Personen durch ermutigende, kurze Unterbrechungen dazu angeregt werden, persönliche Erfahrungen aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu betrachten.

Die Wiener Psychiaterin Gabriele Sachs und die Psychotherapeutin Helga Felsberger lieferten einen Entwurf der Mentalisierungsbasierten Therapie für ihre Behandlung von Menschen mit schizophrenen Psychosen. Studien zufolge weisen an Schizophrenie Erkrankte Defizite im Erkennen und Wiedererkennen sowie Unterscheiden von Gesichtsausdrücken auf. Hier verweisen Felsberger und Sachs (2013, 340) darauf, dass ebendiesen Defiziten in der Psychotherapie besondere Beachtung zukommen sollte. Infolge der Schwierigkeit zur Selbstreflexion bei Patienten und Patientinnen mit einer Schizophrenie ist ein gemeinsames Reflektieren im Rahmen der Therapie oft nur erschwert möglich, denn die Ängste der Erkrankten machen in vielen Fällen ihre Fähigkeit zum Mentalisieren zunichte. Das Herstellen einer Bindung zwischen Patient oder Patientin und Therapeut oder Therapeutin ist deshalb von zentraler Bedeutung. Eine sichere Beziehung zwischen den beiden kann die Wiederherstellung der Mentalisierungsfähigkeit fördern (ebd.). Mit Blick auf die Kinder, die mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil aufwachsen, ist ein mentalisierendes Verhalten der Mutter oder des Vaters wesentlich für deren eigene Entwicklung. Vor dem Hintergrund dieser Annahme wäre eine Mentalisierungsbasierte Therapie für die Behandlung der elterlichen

Psychose nicht nur im Interesse der erkrankten Mutter oder des Vaters, sondern vor allem auch im Interesse des Kindes.

5 Zum Zusammenhang von einer elterlichen Schizophrenie und der kindlichen Entwicklung

In diesem letzten Kapitel des theoretischen Teils der Arbeit sollen Annahmen über das Krankheitsbild der Schizophrenie mit den vorangegangenen Ausführungen über die Bindungs- und Mentalisierungsfähigkeit von Eltern und deren Kindern verknüpft werden. Zentral betrachtet wird die Qualität frühkindlicher Interaktionserfahrungen zwischen dem Kind und der erkrankten Bezugsperson und jene Erfahrungen, welche die kindliche Entwicklung negativ beeinflussen sowie eine Reihe von Bindungsstörungen zur Folge haben können. Es soll zudem über die Frage diskutiert werden, welche Aspekte einer elterlichen Schizophrenie Auswirkungen auf die Bindungs- und Mentalisierungsentwicklung des Kindes haben können. Liebe, ein emotionaler, feinfühligter Umgang, Fürsorge, physische und psychische Anwesenheit der Bezugsperson und die Kompetenz, situationsentsprechend auf die Affekte des Kindes zu reagieren, zählen zu den Grundvoraussetzungen für eine gesunde Entwicklung des Kleinkindes, sind jedoch aufgrund der Symptomatik einer Psychose wie der Schizophrenie oft nicht oder nicht ausreichend vorhanden.

5.1 Frühkindliche Interaktionserfahrungen in Familien mit einem schizophrenen Elternteil

Becker u. a sowie Stelling u.a. (2006; 2009; zit. nach Jungbauer u.a. 2011a, 2) stellten fest, dass bei jungen Frauen, die bereits an einer Schizophrenie erkrankt sind, generell ein Kinderwunsch bestehe, sie jedoch gleichzeitig Angst vor der damit einhergehenden Verantwortung hätten. Eine Elternschaft käme ihnen in Hinblick auf die nicht vorhandene Unterstützung oft unrealistisch vor (ebd.). Es kann jedoch auch bei Frauen erst nach der Geburt zu einer postpartalen Psychose kommen. Ist dies der Fall, findet fast immer eine Trennung des Säuglings von seiner Mutter statt und der erste Bindungskontakt kann nicht stattfinden. Auch zu späteren Zeitpunkten in der Elternschaft kann es zu einer elterlichen Psychose kommen, welche je nach Entwicklungsstufe, in der sich das Kind gerade befindet, unterschiedliche Belastungen und Herausforderungen mit sich bringt.

Die von 2007-2010 durchgeführte Studie „Schizophrenie und Elternschaft“ (Jungbauer u.a. 2011c, 299ff.) kam zu dem Ergebnis, dass vor allem die Unberechenbarkeit und Wesensveränderung des an Schizophrenie leidenden Elternteils und der damit einhergehende Verlust der Kontrolle zu besonderen Belastungen auf Seiten der Kinder führe. Dies kann

Desorientierung und Irritation, aber auch Gefühle der Angst, Ausweglosigkeit und Verzweiflung bei den Kindern hervorrufen. Besonders häufig kommt es infolgedessen zu einer Umkehrung der Eltern-Kind Rolle, der sogenannten „Parentifizierung“.

„Wenn meine Mutter wieder eine akute Phase hatte, schalteten wir in eine Art Krisenmodus um, in dem alle klare Rollen und Aufgaben hatten: Meine ältere Schwester ... hat unsere Mutter, so gut es ging, beruhigt und dafür gesorgt, dass nichts nach außen drang. Sie hat auch gekocht und den Haushalt erledigt.“ (Dagmar, 64, Tochter einer an Schizophrenie erkrankten Mutter, aus: Heitmann, Jungbauer 2018, 109).

Berücksichtigt man das Alter der hier erzählenden Person, kann man davon ausgehen, dass zu damaliger Zeit weit weniger Unterstützungsangebote als heute verfügbar waren und dass das Krankheitsbild der Schizophrenie zudem noch größerer Stigmatisierung ausgesetzt war. Die Erziehungswissenschaftlerin Sabine Wagenblass, welche sich in ihrer Arbeit mit Kindern psychisch erkrankter Eltern beschäftigt, vergleicht die heutige Situation mit jener von 1999 und meint hierzu, dass es zu dieser Zeit vielleicht zehn Unterstützungsangebote gegeben hätte, während sich derzeit zahlreiche Projekte dem Bereich rund um Kinder psychisch erkrankter Eltern widmen (Roedenbeck 2016, 124). Dies wird im empirischen Teil der vorliegenden Masterarbeit anhand ausgewählter Vereine in Österreich expliziert.

Trotzdem wird mit der Erzählung von Dagmar (Heitmann, Jungbauer 2018, 109) deutlich, was mit einer solchen Rollenumkehr zwischen Eltern und ihren Kindern gemeint ist. Wenn ein Elternteil aufgrund seiner Erkrankung nicht mehr in der Lage ist, Tätigkeiten im Haushalt zu erledigen oder in ausreichender Weise für das Wohl des Kindes oder der Kinder zu sorgen, führt das oft zu einem Gefühl der Verantwortung älterer Kinder für ihre Geschwister. Bei zeitweiliger oder dauerhafter Abwesenheit einer gesunden erwachsenen Person gestaltet sich ebendiese Situation noch problematischer. Sofern die Psychose des erkrankten Elternteils schon länger existiert und in Abständen immer wieder auftritt, besteht bei Kindern vor allem in den „gesunden Phasen“ Ungewissheit und ein daraus resultierendes Gefühl von starker Angst vor einem nächsten Ausbruch der Erkrankung (Jungbauer u.a. 2011c, 302). Dies schildert auch die bereits erwachsene Dagmar im folgenden Zitat:

„Ich konnte es förmlich riechen, wenn sie wieder einen Schub bekam ... Sobald die ersten Veränderungen auftraten gingen wir Kinder in den ‚Hab Acht‘ Modus. Ich habe dann nächtelang nicht geschlafen, sondern ‚aufgepasst““ (Dagmar, 64, Tochter einer an Schizophrenie erkrankten Mutter, aus: Heitmann, Jungbauer 2018, 108).

Dies kann auch im Zusammenhang stationärer Klinikaufenthalten der Mutter oder des Vaters betrachtet werden. Einerseits besteht häufig Trennungsangst auf Seiten der Kinder, andererseits ruft jedoch auch das Zusammenleben mit einem sich in einer akuten Episode befindenden Elternteil Furcht hervor. Jungbauer u.a. (2011c, 302) sprechen von einer „Sehnsucht nach Normalität“, welche oft dazu führe, dass Kinder „das Vorhandensein der Erkrankung ... negieren oder verschweigen.“

In der Studie „Familien mit einem schizophren erkrankten Elternteil“ (Jungbauer u.a., 2011a, 7ff.) wurden Mitglieder unterschiedlicher Familienkonstellationen zu ihrer Lebenssituation befragt, darin unter anderem Kinder und deren alleinerziehende, an einer Schizophrenie erkrankten Mütter. Des Weiteren Familien, in denen der gesunde Partner oder die Partnerin im selben Haushalt wohnt sowie Familien, in denen der erkrankte Elternteil getrennt lebt. Bei den Befragten besteht eine Ambivalenz zwischen der Belastung und Einschränkung, welche die Schizophrenie mit sich bringt, und jener, schon oben erwähnten, gewünschten und durch Alltagsroutinen erschaffenen Normalität. Um eine solche „Normalität“ zu erzeugen, wird die Erkrankung der Mutter oder des Vaters oft verschwiegen und inner- sowie außerfamiliär nicht zum Thema gemacht. „Während die Eltern die Erkrankung nicht offen ansprechen, um ihre Kinder von unnötigen Belastungen abzuschirmen, fragen die Kinder nicht danach, weil sie dies als Tabuthema wahrnehmen (Jungbauer u.a. 2011a, 11). Dieses Nicht-Thematisieren führt zwar oberflächlich gesehen zu einer Form von Normalität, tatsächlich kann aber Kindern dadurch die Möglichkeit genommen werden, die Erkrankung der Mutter oder des Vaters zu verstehen und gleichzeitig zu begreifen, dass Aggressionen, Abwehr oder eine Nichtbeantwortung emotionaler Bedürfnisse von Seiten jener nicht aufgrund des eigenen, kindlichen Fehlverhaltens stattfinden, sondern Symptome der Psychose sind. Vor allem kleine Kinder tendieren dazu, die Schuld auf sich zu nehmen, dies wird auch bei der Schilderung der bereits erwachsenen Vera (48, Tochter einer schizophrenen Mutter, aus: Roedenbeck 2016, 108) sichtbar, die schreibt, dass sie sich „noch so sehr bemühen [konnte, aber], irgendwas ging trotzdem schief.“ Vera war zum Zeitpunkt der erstmaligen schizophrenen Episode der Mutter erst drei Jahre alt und betont heute, dass es gerade für Kleinkinder sehr belastend sei, sich nicht auf ihre Eltern verlassen zu können (ebd.). Sind Kinder über die Diagnose ihres erkrankten Elternteils nicht informiert, würden sich aber theoretisch schon in einem Alter befinden, in dem eine solche Information verständlich für sie wäre, führt das vermehrt zu Verunsicherung, weil die Verhaltensweisen der erkrankten Person für sie nicht logisch sind. Jungbauer u.a. (2011a, 14) fanden in ihrer Befragung heraus, dass bei jenen Kindern Schuld- und Schamgefühle

dominieren. Dass mit ihnen nicht über die elterliche Psychose gesprochen wird, bewirkt gleichzeitig, dass sie sich selbst nicht trauen, mit Außenstehenden darüber zu sprechen. Das kann dazu führen, dass ebendiese Kinder keine angemessene Unterstützung bekommen. Umgekehrt kommt es besonders bei älteren Kindern jedoch auch vor, dass diese die elterliche Erkrankung von selbst, aufgrund von Schamgefühlen, nicht unter Freunden thematisieren, da Schizophrenie mit Stigmatisierungen verbunden ist.

Problematisch an dem Verfolgungswahn, welcher als Symptom einer Schizophrenie auftreten kann, sind Äußerungen des erkrankten Elternteils, welche zwar meist nicht logisch, jedoch prinzipiell möglich wären und somit vor allem von kleinen Kindern als wahr aufgefasst werden können. Dimova und Pretis (2016, 147) nennen als mögliche Folgen „eine massive Bedrohung des Sicherheitsgefühls, Angst, Unruhe [sowie] Überforderung, das Gehörte in die eigene kindliche Vorstellungswelt zu integrieren.“ Optische Halluzinationen oder Wahnvorstellungen des erkrankten Elternteils können dazu führen, dass auch das Kind empfindet, dass „Schlangen, Ratten oder Spinnen in jeder Ecke der Wohnung sind ... oder dass jemand das Kind selbst, die Mama oder den Papa verfolgt“ (Dimova, Pretis 148). Erfolgt hier keine Trennung von der erkrankten Person, kann es dazu kommen, dass sich die Psychose auf das Kind verlagert und dieses selbst glaubt, verfolgt zu werden (ebd.).

Die negativen Auswirkungen einer elterlichen Psychose auf die kindliche Entwicklung sind umso schwerwiegender, je mehr Belastungsfaktoren aufeinandertreffen, da diese sich wechselseitig verstärken können (Kuhn, Lenz 2011, 272). Zusammenfassend kann mit Wagenblass (zit. nach Roedenbeck 2016, 120) gesagt werden, dass Kinder „bei einer Psychose ... Eltern [erleben], die in einer anderen Wahrheit leben als sie selbst.“ Sie verweist auch darauf, dass die Annahme, das Vorhandensein eines gesunden Elternteils würde die Lage automatisch unproblematischer gestalten, falsch sei, denn vor allem die elterliche Beziehung würde durch die Diagnose auf die Probe gestellt werden und der gesunde Elternteil sei aufgrund der Belastung oft nicht mehr in der Lage, das Kind ausreichend zu unterstützen. Hier komme es wieder nicht selten zu Parentifizierung und der Übernahme elterlicher Aufgaben von Seiten der Kinder oder Jugendlichen (Roedenbeck 2016, 121).

Während die eben genannten Aspekte verdeutlichen sollten, welche Belastungen im Rahmen einer Interaktion zwischen Kindern und ihrem erkrankten Elternteil auftreten können, soll in einem nächsten Schritt gezeigt werden, inwieweit eine elterliche Schizophrenie Auswirkungen auf die Bindungs- und Mentalisierungsentwicklung des Kleinkindes haben kann.

5.2 Auswirkungen auf die Bindungsentwicklung des Kindes

„Frau F. wird wegen einer akuten postpartalen Psychose nach der Entbindung von ihrem ersten Kind zur stationären und psychiatrischen Behandlung eingewiesen; der Säugling ist inzwischen 14 Tage alt. Sie kommt gemeinsam mit ihrem Ehemann zur Aufnahme ... und möchte auch, dass zunächst er ihre Geschichte berichtet ... So sei ihm [dem Mann] den Mitpatientinnen und den Säuglingsschwestern auch aufgefallen, dass sie den Säugling immer häufiger wie eine Puppe behandelt habe und sich nach Lust und Laune auf das Kind eingelassen, es dann aber auch abrupt und für Außenstehende wenig nachvollziehbar einfach weggelegt habe“ (Brisch 2017, 169).

Die Geschichte von Frau F. wird von ihrem Behandler, dem Psychiater, Psychotherapeut, und Psychoanalytiker Karl Heinz Brisch, aus dessen Werken im Verlauf dieser Masterarbeit wesentliche Erkenntnisse gewonnen wurden, geschildert und soll einleitend verdeutlichen, wie Bindungsmuster der Eltern auf die eigene Kinder weitergegeben werden können und welche Auswirkungen das für den Säugling oder das Kleinkind hat. Frau F. wird in weiterer Folge gebeten, über ihre Kindheit zu erzählen, was sie knapp und lückenhaft und mit Anspannung, aber ohne direkte Affektäußerung tut. Erst später stellt sich heraus, dass ihre Mutter aufgrund der Abwesenheit des früh verstorbenen Vaters eine aufopfernde und umsorgende Rolle innehatte, jedoch auch an Depressionen litt und aufgrund eines Suizidversuchs mehrmals stationär behandelt wurde. Brisch (2017, 171) folgert, dass Frau F. „in einer sehr schwierigen ambivalenten Bindungsbeziehung mit ihrer Mutter aufgewachsen ist ... und vielleicht schon in ihrer Kindheit die Beziehung zu ihrer Mutter als sehr inkohärent erlebte.“ Die Geburt der Tochter erinnerte Frau F. nun gewissermaßen an jenes selbst erfahrene desorganisierte Bindungsverhalten und ohne es zu aktiv zu wollen, reagiert sie ihrem Kind gegenüber mit einem ähnlichen Verhalten (Brisch 2017, 171f.). Zu diesem Verhalten kamen jedoch auch Fantasien und Impulse hinzu, ihrer Tochter etwas anzutun, weswegen sie sich in der zuerst geschilderten Situation auch von jener entfernte. Brisch (2017, 172) sieht hier bindungstheoretisch keine Erklärung, jedoch verweist er auf die Theorie der projektiven Identifizierung und mutmaßt, dass die Aggressionen sich eher auf die Mutter von Frau F. sowie auf sich selbst richteten und nun im Sinne der Gegenübertragung auf die eigene Tochter projiziert wurden. Aufgrund der psychotischen Zustände und dem Unvermögen, in diesen Zuständen für ihre Tochter zu sorgen, wird Frau F. medikamentös mit Neuroleptika sowie mit regelmäßigen Therapiesitzungen stationär behandelt. Durch diese Behandlung und den Aufbau einer sicheren Bindung im Therapiekontext kann sie schließlich entlassen werden. Durch die frühe Trennung von Säugling

und Mutter, wird dieser zwar geschützt, es kommt jedoch gleichzeitig zu einer emotionalen Entfremdung, wenn das familiäre Umfeld keine Betreuung zuhause gewährleisten kann.

Mithilfe der Bindungsforschung konnte außerdem nachgewiesen werden, dass die Qualität der frühen Bindung zwischen dem Kind und seiner primären Bezugsperson auch ausschlaggebend für spätere Beziehungen im Erwachsenenalter sei. Aufgrund dessen rückte die psychotherapeutische Unterstützung und Begleitung von risikobehafteten Familien und Müttern, in Bezug auf deren Bindungsverhalten, vermehrt in den Fokus der Aufmerksamkeit (Schultz-Venrath 2015, 123).

Eine britische Studie von Miti und Chiaia mit dem Titel „Patterns of Attachment and the Etiology of Dissociative Disorders and Borderline Personality Disorder“ aus dem Jahr 2003 untersuchte Unterschiede zwischen Patienten und Patientinnen mit dissoziativen oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen und welchen mit der Diagnose Schizophrenie und kam zu dem Ergebnis, dass bei beiden Gruppen vermehrt Trauma- und Verlusterfahrungen in der Kindheit stattgefunden hatten. Gumley und Read (2014, 244f.) folgern, dass ein weniger fürsorgliches Erziehungsverhalten und eine frühe desorganisierte Bindung des Kindes zur Mutter Indizien für die spätere Entwicklung einer Psychose seien. Mit Brisch (2017, 68) lässt sich festhalten, dass „viele für eine Weitergabe der Bindungsmuster von der Eltern- auf die Kindergeneration [spricht], weil sich in 70 Prozent der Fälle eine Übereinstimmung zwischen den Bindungsrepräsentationen der Eltern und der Bindungsklassifikation ... ihrer Kinder fand.“ Mit van Ijzendoorn (1995; zit. nach ebd.) soll darüber hinaus gesagt werden, dass die Übereinstimmung noch höher ist, wenn man lediglich zwischen den zwei Bindungstypen „sicher“ und „unsicher“ trennt. Geht man von dieser generationsübergreifenden Weitergabe eines bestimmten Bindungsmusters aus, wie auch im einleitenden Beispiel von Frau F. sichtbar war, besteht die Gefahr, dass Kinder mit einem schizophrenen Elternteil ebenso ein unsicheres oder desorganisiertes Bindungsverhalten entwickeln. Gumley und Read beziehen sich auf Studien von Main u.a., van Ijzendoorn u.a. und Lyony-Ruth u.a. (1990; 1999; 2003; zit. nach Gumley, Read 2014, 255) und schreiben hierzu, dass ein desorganisiertes Bindungsverhalten bei Kleinkindern in Zusammenhang mit Trauma- oder Verlusterfahrungen der Bezugsperson steht „oder mit einer Bindungseinstellung der Bezugsperson, die ihrerseits durch nichtintegrierte, feindselige und hilflose Repräsentanzen des Selbst und der eigenen früheren Bindungsfiguren gekennzeichnet ist.“

Traumatisierende Erfahrungen in den ersten Lebensjahren können zur Folge haben, dass Kinder aufgrund eines desorganisierten Bindungsmusters eine Bindungsstörung entwickeln. Diese kann sehr unterschiedlich aussehen. Brisch (2015, 109) schreibt, dass solche Verhaltensmuster, die oft essentiell für das Überleben des Kindes sind, nicht mehr im Bindungsdiskurs zu fassen sind. Aufgrund permanenter Traumatisierung, die nicht auf ein einzelnes Ereignis folgt, sondern zum Beispiel auf längerfristige Vernachlässigung oder Nicht-Verfügbarkeit von Bezugspersonen, entwickelt das Kind Angst und Abwehr auf jegliche Art von äußeren Reizen. Kommt es aufgrund einer elterlichen Schizophrenie zu Vernachlässigung oder Abwesenheit (zum Beispiel aufgrund eines Krankenhausaufenthalts) der Bezugsperson, ist es demnach umso wichtiger, dass Angebote vorhanden sind, die Familien in einem solchen Fall unterstützen. Auch einer zweiten primären Bezugsperson wie dem nicht-erkrankten Elternteil oder Personen aus dem engeren Umfeld, die als Bezugspersonen fungieren können, kommt große Bedeutung zu. In Riedessers (2015, 161) Ausführungen über die Möglichkeiten von Traumatisierungen finden sich in der Kategorie „Katastrophen innerhalb der Familie“ neben emotionalem, körperlichem und sexuellem Missbrauch auch massive Vernachlässigung. Inwieweit diese Aspekte auch in Familien mit einem schizophrenen Elternteil vorkommen, ist nicht eindeutig erforscht, jedoch kann vermutet werden, dass bei mangelnden Unterstützungsangeboten, einer alleinerziehenden erkrankten Mutter oder zwei erkrankten Elternteilen das Risiko für Vernachlässigung oder emotionalen Missbrauch deutlich erhöht ist. Herrmann (2005, 2) definiert emotionale Misshandlung als „inadäquate oder fehlende emotionale Fürsorge und Zuwendung [und ein] nicht hinreichendes oder ständig wechselndes und dadurch insuffizientes emotionales Beziehungsangebot.“

Brisch (2014, 157) betont, dass vor allem gewalttätige Gefühlsausbrüche der Eltern negative Interaktionserfahrungen bedingen und in weiterer Folge eine Bindungsstörung beim Kind auslösen können. Ernste Gefahr bestehe, wenn Mütter oder Väter im Rahmen einer Psychose an Halluzinationen oder Verfolgungswahn, sich und das Kind betreffend, leiden. Wird das Baby im Rahmen der paranoiden Vorstellungen als Bedrohung empfunden, könne dies laut Brisch (2014, ebd.) soweit führen, „sich des als Bedrohung empfundenen Babys zu entledigen, indem man es tötet.“ Ist das Kind bei seinem psychisch erkrankten Elternteil nicht sicher, bedarf es einer Fremdunterbringung, die durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sowie Therapeuten und Therapeutinnen unterstützt werden sollte. Auf die Notwendigkeit von Unterstützungsangeboten, welche wesentlicher Bestandteil der Forschungsfrage dieser Arbeit ist, wird im Rahmen des empirischen Teils näher eingegangen.

Um ein Bild davon zu bekommen, welchen Risiken in Bezug auf frühkindliche Bindungsprozesse Säuglinge und Kleinkinder mit Bezugspersonen, die aufgrund einer Psychose emotional und körperlich nicht ausreichend verfügbar sind, ausgesetzt sind, soll an dieser Stelle mit Rückgriff auf Brisch (2017, 102ff.) eine differenzierte Darstellung der unterschiedlichen Bindungsstörungen stattfinden. Der Autor liefert einen Überblick über Diagnostik und Typologie von acht verschiedenen pathologischen Bindungsmustern.

Nach dem achten Lebensmonat kann es bei Kindern, die vermehrt Trennungen erfahren haben oder in einem Pflegeheim aufwachsen, dazu kommen, dass sie *keine Anzeichen von Bindungsverhalten* zeigen. Sie zeigen keinen schmerzlichen Protest, wenn sie von Bezugspersonen getrennt werden und wenden sich auch in Gefahrensituationen nicht an ihre primäre Bezugsperson. Hilfesuchendes Verhalten, welches selten vorkommt, ist nicht an eine bestimmte Bezugsperson gerichtet, da bei jenen Kindern weder eine sichere noch eine unsichere Bindung zu einer solchen stattgefunden hat (Brisch 2017, 102f.). Kinder, die ein *undifferenziertes Bindungsverhalten* aufweisen, differenzieren nicht zwischen bereits lang bekannten und neuen Bezugspersonen, sie begegnen ihnen gleichermaßen freundlich und wenden sich bei Belastungen an eine beliebige Person, die in diesem Moment auffindbar ist, jedoch lassen sie sich, egal von wem, nur selten beruhigen. Kinder mit diesem Bindungsverhalten neigen außerdem in manchen Fällen zu einem starken Risikoverhalten, das oftmals Unfälle zur Folge hat, aber trotzdem nicht unterlassen wird. Brisch (2017, 104) nennt auch hier Heimkinder oder vernachlässigte Kinder als gefährdet, solch eine Bindungsstörung zu entwickeln und verweist im Falle dessen auf die Notwendigkeit einer kinderpsychiatrischen Behandlung. *Übersteigertes Bindungsverhalten* ist gekennzeichnet durch ein überstarkes Anklammern an die primäre Bezugsperson, welches sich bis zum Schulalter fortsetzen kann und es diesen Kindern unmöglich macht, neue Situationen ohne ihre Bezugsperson zu entdecken, sowie einen Kindergarten oder eine Schule zu besuchen. Die Mutter solcher Kinder leidet oft selbst an einer Angststörung und die Verlustängste existieren somit auf beiden Seiten. Auf eine Trennung reagieren diese Kinder mit panischem Weinen oder Toben und entwickeln extremen körperlichen und emotionalem Stress (Brisch 2017, 105f.). Dem eben beschriebenen Verhalten kann das *gehemmte Bindungsverhalten* gegenübergestellt werden, bei dem Kinder in Trennungssituationen so gut wie keinen Widerstand zeigen. Die Bezugsperson wird hier meistens als hemmender Faktor gesehen und in ihrer Anwesenheit gelingt es dem Kind nicht, frei und offen Gefühle zu zeigen. Brisch (ebd.) erklärt dies mit frühen Gewalterfahrungen in der Familie, durch die das Kind gelernt hat, kaum Bindung mit Familienmitgliedern

aufzubauen, um sich zu schützen. Bei Kindern mit *aggressivem Bindungsverhalten* besteht der Wunsch nach Nähe zu der Bezugsperson, dieser kann aber nur durch verbale oder körperliche Aggressionen verdeutlicht werden. Oft herrscht in der gesamten Familie ein aggressives Verhalten vor, sodass es den Kindern nicht möglich ist, zu lernen, ohne Aggressionen auf Zurückweisung zu reagieren. Dieses Muster setzt sich häufig ohne eine ausreichende Behandlung bis ins spätere Alter fort, da sich jene Kinder aufgrund der erfahrenen Abweisung bereits in der Erwartungshaltung einer Zurückweisung befinden (Brisch 2017, 107). Das *Bindungsverhalten mit Rollenumkehrung* ist, wie der Name schon vermuten lässt, durch eine Parentifizierung gekennzeichnet, bei der sich die Rollen des Kindes und der Bezugsperson umdrehen. Durch die Übernahme der elterlichen Rolle ist es diesen Kindern nur bedingt möglich, altersgerechte Erfahrungen zu machen. Meistens besteht eine große Angst vor Verlust der Bezugsperson, welche bei tatsächlichem Verlust eines Elternteils auch auf andere Bezugspersonen übertragen wird und eine extreme Feinfühligkeit auf das elterliche Verhalten hervorruft. Im Unterschied zu sicher-gebundenen Kindern ist diese Feinfühligkeit jedoch meist nur einseitig vorhanden (Brisch 2017, 108).

Zuletzt nennt Brisch (2017, 108ff.) *Bindungsstörungen mit Suchtverhalten* und zudem welche, die *psychosomatische Symptome* zur Folge haben. Als Beispiel kann eine Esssucht genannt werden, die dadurch entsteht, dass das Kleinkind als Reaktion auf den Wunsch nach Geborgenheit nur oberflächliche Aufmerksamkeit, zum Beispiel das Geben von Nahrung, erhält und so seine Suche nach Nähe fortsetzt, jedoch wieder mit dem gleichen Resultat. Brisch (2017, 109) spricht von einem Muster, welches in späteren Jahren oftmals in andere Süchte umschlägt und nur schwer therapierbar ist. Kinder und Erwachsene mit solch einer Bindungsstörung haben nie gelernt, sich auf eine Beziehung einzulassen und stehen somit auch einer therapeutischen Behandlung ängstlich gegenüber. *Psychosomatische Symptome* reichen von Wachstums- Ess-, oder Schlafstörungen bis zu Einnässen und sollten im Rahmen einer Diagnose auch in Verbindung mit Bindungsstörungen betrachtet werden (Brisch 2017, 109ff.). „Wenn die Hauptbezugsperson aufgrund einer ... psychischen Erkrankung, wie etwa der postpartalen Depression oder *Psychose*, überängstlich bis paranoid und in raschem Wechsel auch noch inkonsistent mit teilweisem Rückzug und emotionaler Unverfügbarkeit in der Reaktion interagiert“, so kann dies laut Brisch (2017, 110; Hervorhebung durch die Verfasserin) „zu einer Störung in der Bindung führen, die weit über das bekannte Verhalten der Kinder mit ambivalent-unsicherem Bindungsmuster hinausgeht.“

Zusammenfassend lässt sich mit Brisch u.a. (2018, 539) in Bezug auf Bindungsstörungen sagen, dass bei den ersten Anzeichen einer solchen „die feinfühlig Interaktionsbehandlung des Säuglings unter Einbeziehung der Bezugspersonen höchste Priorität“ habe. Der Fokus liegt auf einer schnellen Intervention, bei der gegebenenfalls die Trennung des Kindes von dem erkrankten Elternteil in Betracht gezogen werden muss und versucht werden sollte, das Kind mit einer feinfühlig Bindungspersonen in Kontakt zu bringen. Auch eine gemeinsame Aufnahme der Mutter und/oder des Vaters in ein Mutter-(Vater-)Kind-Heim oder in eine Eltern-Kind-Station sei hilfreich. Darüber hinaus sollte die erkrankte Person die Möglichkeit einer Psychotherapie erhalten (ebd.).

5.3 Auswirkungen auf die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit

Mit Allen u.a. (2011; zit. nach Schulz-Venrath 2015, 114) können einige Beispiele genannt werden, wie ein nicht-mentalisiertes Verhalten der Mutter aussehen kann. Wenn das Kind weint, die Mutter jedoch mit Lachen reagiert oder selbst ängstliches oder auch intrusives Verhalten, wie zum Beispiel ein Mitzerren des Kindes gegen seinen Willen, zeigt, kann das beim Kind zu Störungen und der Entwicklung einer psychischen Erkrankung im späteren Leben führen. Dies lässt sich auch mit Schultz-Venraths (2015, 88) Annahme verdeutlichen, dass „jede psychische und psychosomatische Störung mit einer mehr oder weniger großen Einschränkung der Mentalisierungsfähigkeit verbunden“ sei.

Eltern mit einer psychischen Erkrankung können oft aufgrund ihrer eigenen Probleme bei der Affektsteuerung die Gefühlsäußerungen des Babys oder Kleinkinds nur schwer erkennen und regulieren. Brisch (2014, 156f.) nennt affektive Aus- und Durchbrüche, wie zum Beispiel Wutanfälle, Angst oder auch Hass und Zurückweisung sowie projizierte Affekte wie Scham oder Ekel bei Eltern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, die sich im schlimmsten Fall auch gegen das Baby richten können und dieses in eine Angst- und Stresssituation versetzen. Ein Zusammenhang zwischen der Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer Störung in der Mentalisierungsfähigkeit wurde bisher am meisten erforscht, jedoch finden sich auch bei schweren Formen der BPS psychotische Zustände wieder, die jenen bei einer Schizophrenie gleichkommen. Knight und Stern beschrieben Mitte des 20. Jahrhunderts erstmals die Borderline-Persönlichkeitsstörung als eine Grenzstörung zwischen Neurose und Psychose (Schulz-Venrath 2015, 260). Somit können Parallelen zwischen den beiden Krankheitsbildern in Bezug auf den Verlust der Mentalisierungsfähigkeit gezogen werden. Die BPS ist eine häufige psychische Erkrankung und tritt erkenntnistheoretisch gesehen zwei- bis fünfmal öfter

auf als Schizophrenien (Schultz-Venrath 2015, 266). Betroffene einer BPS entwickeln aufgrund früher Vernachlässigung, verbaler, emotionaler oder körperlicher Misshandlung sowie anderen negativen Umwelteinflüssen eine besondere Wachsamkeit für emotionale Zustände anderer, wegen der nicht vorhandenen Affektregulation ist es ihnen jedoch nicht möglich, ihre persönlichen inneren Zustände eindeutig von jenen der anderen zu trennen. Aufgrund eines unsicheren Bindungsmusters wird die Fähigkeit der Mentalisierung gehemmt (Schultz-Venrath 2015, 261f.).

Der Autor Mark Lukach beschreibt in seinem kürzlich erschienenen autobiographischen Roman sein Leben mit seiner, an einer Form von Schizophrenie leidenden, Frau Giulia und deren gemeinsamen Sohn, welcher zwischen dem ersten und zweiten psychotischen Schub von Giulia geboren wurde.

„Jonas lernte nicht im Krankenhaus krabbeln ... Giulia aber erzählte ich nichts davon ... Ich dachte, gegen eine kleine Notlüge wäre nichts einzuwenden, warum sollte ich also nicht so tun, als wäre Jonas das erste Mal dort bei ihr im Krankenhaus gekrabbelt, damit sie denselben Stolz erleben konnte, den ich empfand? ... Wir saßen [am nächsten Tag auf der psychiatrischen Station, Anm. d. Verf.] schweigend da, die Luft im Raum wurde stickig, und dann begann Jonas auf einmal blitzschnell über den Boden zu krabbeln, um ein Spielzeug zu erwischen, wie ich es so begeistert geplant hatte. ‚Seht euch das an‘, sagte Giulia ausdruckslos. ‚Jonas krabbelt.‘ Sie bewegte sich kaum, da war nichts von dem Jubel oder den Freudentänzen, die Suoc und ich zuvor an den Tag gelegt hatten“ (Lukach 2017, 232f.).

Dieser kurze Ausschnitt wurde gewählt, da hier sichtbar wird, welche bei gesunden Menschen natürlich auftretenden Reaktionen, Betroffenen einer Schizophrenie zum Zeitpunkt ihrer akuten Phase nicht mehr möglich sind, sei es durch die Erkrankung selbst oder durch die Wirkung von Medikamenten. Das Zitat verdeutlicht, wie sich dieser veränderte mentale Zustand in der Interaktion mit dem eigenen Kind zeigen kann. Als Leser fühlt man die Tragweite der ausbleibenden emotionalen Reaktion für das Kleinkind, welche je nach Alter des Kindes passiv oder aktiv wahrgenommen wird. Es kommt zu einem Ausbleiben einer freudigen Gefühlsregung als Reaktion auf ein Ereignis, welches im Normalfall starke positive Affekte auslöst. Doch auch und vor allem bei negativen Affekten ist der Säugling oder das Kleinkind auf die Reaktion der Mutter oder anderen primären Bezugsperson angewiesen. Fonagy u.a. (2002; zit. nach Matakas 2008, 752) verdeutlichen dies mit einem Beispiel. Bei schmerzlichen Affekten des Säuglings bedarf es einer Reaktion der Mutter, indem diese den Affekt in seiner

Einzigartigkeit mit dem Kind teilt. Die Mutter signalisiert dem Kind zugleich, dass der schmerzliche Affekt, den sie mit ihm teilt, nicht ihr eigener ist. Obwohl die Mutter mit ihrem Kind mitfühlt, erkennt jenes, dass es nicht deren Schmerz ist.

Mit Taubner (2015a, 31) gehen wir davon aus, dass ein sicher-gebundenes Kind die besten Voraussetzungen besitzt, den eigenen psychischen Zustand, sowie jenen der Mutter oder des Vaters, zu erkunden, da es keine Gefahr dabei verspürt. Eine sichere Bindung kann somit als Grundvoraussetzung angesehen werden, im Rahmen derer sich ein Säugling oder Kleinkind der eigenen und fremden mentalen Zustände widmen kann. Betrachtet man das Beispiel von Jonas, der seine ersten Krabbelversuche wagt, von seiner Mutter jedoch wenig bis keine Reaktion darauf bekommt, kann davon ausgegangen werden, dass sich solch eine passive Reaktion der Mutter darin niederschlägt, dass das Kleinkind aus Unverständnis „eher vor der Psyche der Mutter“ zurückschreckt, anstatt diese erkunden zu wollen (ebd.).

„Ich hasste es, dass unser Sohn an dem Tag, an dem er sechs Monate alt wurde, Besucher auf einer psychiatrischen Station sein musste. Ich hasste es, dass Giulia so vorsichtig und ängstlich war und nicht wusste, wie sie mit unserem Sohn umgehen sollte“ (Lukach 2017, 232).

5.4 Bewältigungsstrategien

Mit Lenz (2011; zit. nach Plattner 2017, 68) können drei verschiedene Copingmuster zur Bewältigung von Stress und schmerzhaften Situationen aufgezeigt werden. Kinder, die auf ein *aggressives Copingmuster* zurückgreifen, schaffen es nicht, ihre Emotionen gezielt zu regulieren und es fällt ihnen schwer, sich abzulenken oder zu erholen. Kinder mit einem *internalisierend-kontrollierenden Copingmuster* haben ein gesteigertes Hilfsbedürfnis, trauen sich jedoch nicht, dieses zu äußern, aus Angst vor Konflikten innerhalb der Familie oder Stigmatisierungen. Bei jenen Kindern kommt es nicht selten zu einer Übernahme von Aufgaben der Eltern. Beim dritten Copingtyp treten im Vergleich zu den eben beschriebenen gesunde Bewältigungsmechanismen auf, welche es dem Kind erlauben, sich abzulenken oder zu erholen (Plattner 2017, 68). Hier zeigen sich Parallelen zu den Ausführungen über Zusammenhänge zwischen der Bindungsqualität des Kindes und dessen Erlangen der Mentalisierungsfähigkeit. Denn wenn bei einem unsicher-vermeidenden Bindungstyp Angst vor Abwehr oder Zurückweisung besteht, wird im Rahmen eines internalisierend-kontrollierenden Copingmusters kein Hilfesuchen von Seiten des Kindes stattfinden und es besteht somit auch keine Möglichkeit, die Gefühle der Mutter korrekt zu deuten.

Ausschlaggebend bei den Belastungen und darauffolgenden Bewältigungsstrategien dieser Kinder ist jedoch nicht allein die Diagnose der Eltern, sondern auch die Dauer der Erkrankung, das Alter der Kinder sowie das Vorhandensein von gesunden Bezugspersonen, zu denen Verwandte und Bekannte zählen können, und schlussendlich außerfamiliäre Unterstützung. Vor allem die Aufklärung über die Erkrankung der Eltern im Rahmen einer Therapie sowie die Möglichkeit einer Betreuung im Rahmen einer Fremdunterbringung muss hier im Mittelpunkt stehen, da es bei schizophrenen Psychosen häufig zu Klinikaufenthalten der Betroffenen und damit verbundenen Trennungserlebnissen kommt (Plattner 2017, 68).

Dimova und Pretis (2016, 162) legen im Sinne einer Resilienzförderung einen Entwurf über kind-, familiensystem- sowie sozialraumbezogene Schutzfaktoren und deren Einfluss auf die frühe Förderung von Kleinkindern, welche mit einem schizophrenen Elternteil aufwachsen, vor. Ergänzend zu Plattners Ausführungen über fördernde Faktoren bei der Bewältigung von Schwierigkeiten in Zusammenhang mit einer elterlichen Schizophrenie heben Dimova und Pretis (ebd.) unter dem Stichwort *Selbstwert* hervor, dass Kinder lernen müssen, auf ihre eigenen Empfindungen zu vertrauen sowie die symptomatische Wirklichkeit der Eltern von der tatsächlichen Wirklichkeit zu trennen. Im Rahmen einer *Selbsthilfe* können Notfallpläne erstellt werden, auf die Kinder zum Beispiel bei einem Krankenhausaufenthalt des erkrankten Elternteils zurückgreifen können. Kindbezogene Schutzfaktoren seien außerdem *Durchhaltevermögen*, *soziale Kompetenz* und das Erhalten von Informationen über die elterliche Erkrankung. Wie bei Plattner (2017, 163) ist auch bei Dimova und Pretis (2016, 163) das Vorhandensein einer gesunden Bindungsperson als wesentlicher Schutzfaktor angeführt. Dazu kommt die Notwendigkeit einer Unterstützung für die Eltern, die ein Aufklären über Symptomatik, Behandlung und Prognose der Schizophrenie enthalten sollte. Hilfe für das Kind, sowohl bei Zusammenleben mit den Eltern als auch in Zeiten einer Fremdunterbringung, sei unerlässlich (ebd.).

„Auch wenn die Diagnose Schizophrenie für viele Menschen in hohem Maß eine Belastung darstellt, sind ... auch in diesen Familien Ressourcen zu beobachten ... In einer ... Familie unterstützte die Großmutter mütterlicherseits ihr Enkelkind im Sinne einer stabilen Bindungsperson, sobald sich die psychische Situation ihrer eigenen Tochter zu verschlechtern drohte“ (Dimova, Pretis 2016, 146).

Nähere Ausführungen zur Bedeutsamkeit einer frühen Förderung folgen im empirischen Teil dieser Masterarbeit, in welchem konkret danach gefragt wird, welche pädagogischen

Unterstützungsangebote im Falle einer elterlichen Schizophrenie vorhanden und hilfreich sind. Ein Zwischenschritt fasst noch einmal alle bisherigen Erkenntnisse zusammen und zeigt offene gebliebene Fragen auf, zu deren Beantwortung leitfadengestützte Interviews mit Expertinnen ausgewählter Institutionen in Österreich dienen.

6 Zwischenfazit

In diesem Kapitel erfolgt eine Zusammenfassung der aus der Theorie herausgearbeiteten Erkenntnisse, die zu einer Beantwortung der Frage führen, inwiefern eine schizophrene Erkrankung eines oder beider Elternteile die kindliche Entwicklung, und konkret das Bindungsverhalten und die Mentalisierungsfähigkeit, belasten kann.

Eine Schizophrenie als eine der schwerwiegendsten Psychosen kann individuell unterschiedliche Verlaufsformen und Schweregrade haben und geht somit mit verschiedenen Symptomen einher, welche eine individuelle Behandlung erforderlich machen. Für die Entwicklung des Kindes spielen der Zeitpunkt der elterlichen Erkrankung, sowie die Ausprägung der schizophrenen Symptome in einer akuten Phase eine Rolle. Matakas (2008, 756) spricht von einer Projizierung der eigenen, psychischen Anteile der Eltern auf das Kind, was eine misslungene Interaktion zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson zur Folge haben kann. Wahn und damit einhergehende Halluzinationen sind in Bezug auf die Symptomatik einer Schizophrenie in der innerfamiliären Interaktion als besonders belastend für Kinder zu nennen. Wahnhafte Äußerungen und Vorstellungen der erkrankten Bezugsperson können insbesondere für kleine Kinder nicht als solche erkannt werden und resultieren in massiven Angstgefühlen. Auch die Kommunikation innerhalb der Familie ist durch Symptome wie Stimmenhören erheblich erschwert (Finzen 2016, 38).

Entwicklungspsychologisch betrachtet ist eine liebevolle und fürsorgliche Beziehung der primären Bezugsperson, meist der Mutter oder des Vaters, wegweisend für den Umgang des Kindes mit emotionalen Aufgaben, die es zu bewältigen gilt (Datler, Wininger 2014, 368). Brisch (2008, 89) spricht von Bindung als ein „emotionales Band“ zwischen zwei Personen, welches für das Überleben des Menschen grundlegend ist. Daher ist die Qualität der Bindungsbeziehung zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson wesentlicher Bestandteil einer gesunden Entwicklung. Die Bindungstheorie beschreibt, auf welche Art und Weise die emotionale Bindung des Säuglings in seinen ersten Lebensjahren zu seiner primären Bezugsperson stattfindet (Brisch 2008, 89f.) Neben dem sicher-gebundenen Bindungsverhalten, können drei unsichere Bindungstypen genannt werden. Kinder mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil entwickeln häufig ein unsicheres Bindungsverhalten, welches zu einer Bindungsstörung führen kann. Kindern, die unsicher gebunden sind, ist es zudem oft nicht möglich, die Gefühlswelt der Eltern zu erkunden, da ihnen Vertrauen und Sicherheit fehlen (Taubner 2015a, 31). Damit geht einher, dass die Fähigkeit zum

Mentalisieren, das heißt das mütterliche oder väterliche Verhalten als Ausdruck von Gefühlen zu verstehen und zu interpretieren, nicht oder nur unzureichend entwickelt werden kann (Brockmann, Kirsch 2015, 13). Eine emotionale Beantwortung der kindlichen Bedürfnisse ist an Schizophrenie erkrankten Müttern oder Vätern in akuten Phasen nicht möglich oder findet in unpassender Weise statt. Somit kommt es zu keiner oder einer nicht ausreichenden Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit des Kindes (Fonagy u.a. 2011; zit. nach Datler, Wininger 2014, 374).

Weitere frühkindliche Interaktionserfahrungen in Familien mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil sind neben Unsicherheit und Misstrauen, besonders die Scham, die aufgrund des Stigmas, mit welchem eine solche Erkrankung bis heute behaftet ist, entsteht. Diese Scham kann dazu führen, dass mit Kindern weder durch die Eltern selbst, noch durch die restliche Familie oder Freunde über die Erkrankung gesprochen wird. Vor allem ältere Kinder erzählen wiederum nicht selbst von der Diagnose der Mutter oder des Vaters, da es sich dabei nach wie vor um ein Tabuthema handelt, welches aus Angst vor Zurückweisung vermieden wird. Angst spielt auch in Folge eines schizophrenen Verfolgungswahns eine große Rolle.

Je mehr Belastungsfaktoren zusammentreffen, umso schwieriger wird es für ein Kind, damit umzugehen, und umso wichtiger ist eine frühzeitige Hilfe durch Angehörige oder öffentliche Unterstützungsangebote. Mit Brisch (2018, 539) kann festgehalten werden, dass bei ersten Anzeichen einer Bindungsstörung schnelle Intervention notwendig sei, zu der in manchen Fällen eine Fremdunterbringung zählt, mit dem Ziel, das Kind mit einer feinfühligem Bindungsperson in Kontakt zu bringen. Inwiefern Unterstützungsangebote hilfreich sind, dem Kind Belastungen in seiner Entwicklung zu nehmen, wird im folgenden Teil dieser Masterarbeit konkretisiert.

7 Empirischer Teil

Dieser Teil der Arbeit beinhaltet zentrale empirische Ergebnisse, die mithilfe leitfadengestützter, qualitativer Interviews gewonnen wurden. Im Mittelpunkt steht die Frage, welche pädagogischen Unterstützungsangebote im Falle einer Schizophrenie eines Elternteils für die bestmögliche Entwicklung des Kleinkindes verfügbar, notwendig und hilfreich sind. Vorangehend erfolgt ein Überblick über Hilfsangebote, mit besonderem Fokus auf frühe Förderung, außerfamiliäre Hilfe und Fremdunterbringung. Der Schwerpunkt wird dabei auf Institutionen in Österreich gelegt, die sich der Arbeit mit Kindern psychisch erkrankter Eltern widmen. Vertreterinnen dieser Institutionen wurden als Expertinnen für die durchgeführten Interviews gewonnen. Danach wird das methodische Vorgehen, welches die Erhebungsmethode und Auswertungsmethode beinhaltet, dargestellt. Das Erkenntnisinteresse der durchgeführten Interviews bestand in einem Kennenlernen der vorhandenen Unterstützungsangebote für Kinder und Jugendliche. Zudem sollten die leitenden Fragen den Expertinnen die Möglichkeit geben, ihre Arbeit, in welcher sie mit Situationen konfrontiert sind, in denen sie beratend und unterstützend Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern begleiten, vorzustellen. Die ausgewerteten Interviews wurden anschließend mit den zuvor erarbeiteten Ergebnissen aus der Literatur verglichen, um so die bislang publizierten Annahmen über Entwicklungsrisiken von Kindern mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil (siehe Kapitel 5) zu ergänzen bzw. zu differenzieren und Anknüpfungspunkte für weiterführenden Forschungs- und Handlungsbedarf aufzuweisen.

7.1 Unterstützungsangebote für betroffene Kinder und Jugendliche

„Mittlerweile habe ich für mich erkannt: Meine Mutter war wirklich krank, und sie konnte tatsächlich nichts dafür. Heute setze ich allerdings noch einen Satz dazu: Sie und ihre Kinder hätten Hilfe benötigt“ (64, Tochter einer an Schizophrenie erkrankten Mutter, aus: Heitmann, Jungbauer 2018, 119).

Neben innerfamiliärer Hilfe von Verwandten, Freunden und Bekannten ist es in Familien mit einem Elternteil, der an einer Psychose leidet, für dessen Kind meist notwendig, auch von außen Hilfe zu erhalten. Für Kinder und Jugendliche mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil gibt es heute mehr Möglichkeiten als früher, Hilfe und Unterstützung zu bekommen. Oft sind Hilfsangebote von Professionellen so ausgerichtet, dass sie die gesamte Familie miteinbeziehen, das heißt, dass neben den Kindern auch ihr erkrankter Elternteil, sowie deren

oder dessen Partner oder Partnerin, unterstützt wird. Im Folgenden sollen konkrete außerfamiliäre Unterstützungsangebote sowie eine in manchen Fällen notwendige Fremdunterbringung betrachtet werden. Zusätzlich soll mit Dimova und Pretis (2016) auf die Wichtigkeit einer frühzeitigen Intervention hingewiesen werden, da die Autorin und der Autor sich im Rahmen einer Frühförderung von Kindern psychisch erkrankter Eltern für eine rechtzeitige Unterstützung einsetzen. Wagenblass (zit. nach Roedebeck 2016, 125) schildert die Situation in Deutschland als hoffnungsvoll, jedoch sei problematisch, dass Kinder, die aufgrund eines psychisch erkrankten Elternteils in ihrer Entwicklung gefährdet sind, oftmals zu spät durch das Umfeld erkannt werden und ihnen somit zu spät Hilfe zukommt. Dies geschehe vor allem bei Kindern, die sich sehr um ihre Eltern sorgen und deren eigene Entwicklung durch eine Parentifizierung verdrängt wird. Sie spricht sich für eine Zusammenarbeit zwischen der Erwachsenenpsychiatrie, Kindergärten und Schulen aus. Es sei nicht hilfreich „so lange zu warten, bis die Lage eskaliert und das Jugendamt nur noch als Feuerwehr eingreifen kann“ (ebd.). Eine abschließende Übersicht über pädagogische Unterstützungsangebote speziell in Österreich stellt in dieser Arbeit einen Übergang zu dem professionellen Expertinnen-Wissen her, welches im Rahmen von Interviews gewonnen wurde.

7.1.1 Frühe Intervention

Das Ehepaar Dimova und Pretis (2016, 9ff.) beschreibt in seinem Werk „Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern“ seine über zehnjährige Erfahrung, die im Rahmen eines Dialogs zwischen Psychiatrie, Psychologie und Heilpädagogik gesammelt werden konnte. Vor allem in den letzten Jahren hat die Einbeziehung der Eltern in eine solche Zusammenarbeit an Wichtigkeit gewonnen. Ziel ist eine frühzeitige Förderung der betroffenen Kinder. In der dritten Auflage des Werks finden sich sowohl begriffliche Veränderungen, wie zum Beispiel ein Ersetzen des Begriffs der *psychischen Krankheit* durch jenen der *psychischen Verletzbarkeit*, sowie neue Ideen, die europaweit zur Förderung von Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufkamen. Dimova und Pretis (2016, 159) betonen, dass Frühförderung weder stellvertretend für das Jugendamt die Frage nach dem Kindeswohl, der Erziehungskompetenz der Eltern oder einer Fremdunterbringung der Kinder klären könne, noch eine psychotherapeutische oder psychiatrische Begleitung der Eltern ersetze. Als Ziel sehe die Frühförderung vielmehr, das Kind in seiner emotionalen und kognitiven Entwicklung zu fördern, da vor allem Kinder mit einem oder zwei an Schizophrenie erkrankten Elternteil(en) besondere Entwicklungsrisiken tragen (Dimova und Pretis 2016, 159). Der erste Schritt besteht meist darin, die betroffenen Kinder über die Erkrankung ihrer Eltern aufzuklären (Finzen 2013,

47). Dimova und Pretis (2016, 72f.) betonen, dass solch eine Aufklärung behutsam erfolgen sollte und an das Entwicklungsalter des Kindes angepasst werden muss, wozu vor allem bei Kleinkindern auf Hilfsmittel wie zum Beispiel Bilderbücher zurückgegriffen werden kann. Im Sinne einer behutsamen Aufklärung sollten keinem Kind Informationen über die Erkrankung der Eltern aufgedrängt werden, sondern vor allem auch Raum geboten werden, über ihre eigenen Empfindungen, die familiäre Situation betreffend, zu sprechen. Wesentlich sei außerdem, das Kind im Sinne einer frühzeitigen Unterstützung auf eine mögliche Trennung von seinem erkrankten Elternteil vorzubereiten sowie während der Trennung zu begleiten, sodass diese als weniger traumatisierend empfunden wird (Dimova, Pretis 159).

Das Ehepaar Beitler beschreibt in dem Werk „Zusammen wachsen“ wie das Zusammenleben innerhalb der Familie, wenn ein Mitglied an einer Psychose erkrankt ist, trotz aller Schwierigkeiten gelingen kann. Helene Beitler erkrankte selbst an Schizophrenie und als der gemeinsame Sohn der beiden im Teenageralter war, wurde auch bei ihm eine Psychose diagnostiziert. Auch Beitler und Beitler (2008, 73) sprechen sich für eine frühe Aufklärung der Kinder aus und schreiben, dass es sehr wichtig sei, als gesunder Elternteil den Kindern möglichst schnell in einfachen Worten die Erkrankung zu erklären und ihnen zu versichern, dass Aufgaben, die die erkrankte Mutter oder der Vater aufgrund der Psychose zeitweise nicht übernehmen kann, jetzt andere gesunde Bezugspersonen übernehmen würden.

„Eine solche Aussage könnte etwa so lauten: ‚... Papa ist sehr krank geworden. Seine Krankheit bedeutet, dass er sich schlecht konzentrieren kann, dass seine Gedanken durcheinanderlaufen und dass sein Gehirn ihm vorspielt, etwas zu hören oder zu sehen, was gar nicht da ist ... manchmal sagt er auch Sachen, die wir nicht verstehen können ... bis es dem Papa wieder besser geht, passe ich mehr auf euch auf‘“ (Beitler & Beitler 2008, 74).

Beitler und Beitler (ebd.) verweisen auf die Notwendigkeit eines gesunden Elternteils oder Elternersatzes während der elterlichen Psychose, sofern das Kind oder die Kinder in der Familie bleiben. Bei einer zu starken Belastung der Kinder aufgrund des erkrankten Elternteils ist ein Klinikaufenthalt während akuter Schübe angedacht (Beitler & Beitler 2008, 74f.). Besonders bei einem Nicht-Vorhandensein gesunder Bezugspersonen innerhalb der Familie, zum Beispiel bei alleinerziehenden Eltern oder Erkrankung beider Elternteile, aber auch bei Überforderung in der Erziehungsfähigkeit, sollte die Möglichkeit einer Fremdunterbringung des Kindes in Erwägung gezogen werden. Wie außerfamiliäre Hilfe aussehen kann, wird daher in einem nächsten Schritt beschrieben.

7.1.2 Außerfamiliäre Hilfe und Fremdunterbringung

Generell kann über außerfamiliäre Angebote gesagt werden, dass diese die Familie unterstützen sowie Ressourcen für das Kind schaffen. Ein Zusammenwirken unterschiedlicher Angebote sollte an jede Familiensituation angepasst werden und immer hinsichtlich seiner tatsächlichen Wirksamkeit hinterfragt werden. Im Falle einer Nicht-Veränderung der Situation sollte der Einsatz ebenjener Hilfen überdacht und gegebenenfalls verändert werden (Dimova und Pretis 2016, 106). Neben Beratungsangeboten, im Rahmen derer Kinder Antworten auf Fragen bezüglich der familiären Ausnahmesituation, sowie Informationen über die elterliche Erkrankung, bekommen, können auch soziale Hilfsorganisationen in Anspruch genommen werden. In manchen Fällen genügt es laut Beitler und Beitler (2008, 86) auch, solche Angebote kurzzeitig in Anspruch zu nehmen, „etwa dann, wenn die energiegeladenen Kinder aus der Schule kommen, empfangen werden müssen und ihnen das Mittagessen gekocht werden soll.“ Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass ebensolche Hilfsangebote nicht immer sofort verfügbar sind und eine Wartezeit entstehen kann, jedoch gibt es für die Überbrückung in vielen Städten einen Krisen- und Notfalldienst (Beitler & Beitler 2008, 88f.).

Dimova und Pretis (2016, 161) betonen, dass bei einer Schizophrenie aufgrund der Schwere der Symptome eine *transdisziplinäre Arbeit* im Sinne eines Informationsaustausches angedacht ist, diese aber in einer Weise stattfinden müsse, in der sie einen möglichen Verfolgungswahn der erkrankten Person nicht noch verstärke. Eine Entlastung des Kindes steht im Vordergrund, bei der eine vorübergehende Fremdunterbringung oft hilfreich sein kann. Sofern Verwandte, wie zum Beispiel die Großeltern, in einem guten Verhältnis mit dem Kind stehen, ist eine innerfamiliäre Fremdunterbringung oft die erste Wahl.

„Die 9-jährige Hanna lebt gemeinsam mit ihrer an paranoider Schizophrenie erkrankten Mutter und ihrem Vater ... Hanna wurde geboren, als die Mutter 24 Jahre alt war und bereits mehrere stationäre Aufenthalte hinter sich hatte ... Die familienpsychologische Begutachtung kommt zu dem Ergebnis, dass die Erziehungsfähigkeit der Mutter derzeit, in akuten Krankheitsphasen, mit deutlichen Einschränkungen gegeben ist. Ihre Erziehungsfähigkeit wird durch ihr aktives Hilfesuchen und durch die väterliche Unterstützung soweit kompensiert, dass Hanna in der Familie bleiben kann“ (Plattner 2017, 72).

Ob Eltern mit einer schizophrenen Erkrankung noch erziehungsfähig sind, kann nicht allein mit der Diagnose beurteilt werden, jedoch kann anhand persönlicher Gespräche mit Angehörigen

und unterschiedlichen Kriterien eine Beurteilung stattfinden. Mit Wiedemann (2013; zit. nach Plattner 2017, 70) kann von professionell Tätigen auf wesentliche Kriterien zur Beurteilung der Erziehungsfähigkeit zurückgegriffen werden und anhand dessen eine Einschätzung stattfinden, ob das Kind in der Familie bleiben kann oder eine Fremdunterbringung stattfinden muss. An dieser Stelle sollen vor allem zwei Kriterien erwähnt werden, zum einen fragt der Katalog, ob das Kind jünger als ein Jahr bzw. jünger als 6 Jahre alt ist und zum anderen ob bereits Entwicklungs- und/oder Verhaltensauffälligkeiten vorhanden sind. Plattner (2017, 71) verweist darauf, dass bei einem Zusammenleben des Kindes mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil in den meisten Fällen die Anwesenheit einer gesunden Person im selben Haushalt notwendig sei.

7.1.3 Situation in Österreich

„Nachts kann ich kaum mehr schlafen, weil sie [die Mutter] immer wieder ängstlich nach uns ruft. Wenn ich dann komme, erzählt sie, dass sie Stimmen aus den Wänden hört, die zu ihr sprechen. Oft kann ich sie beruhigen und sie schläft wieder ein. Manchmal passiert aber auch das Gegenteil: Ich komme ins Zimmer und sie schaut mich voller Misstrauen an – so, als ob ich ihr Feind wäre. In solchen Situationen habe ich dann Angst vor ihr. Sie sieht, hört und denkt viele Dinge, die ich nicht sehe, höre und denke. Oft weiß ich nicht mehr, was die Wahrheit ist.“ (Michael 14 J., aus: Baubin 2009, 6).

Hier schildert der 14-jährige Michael, wie es sich anfühlt, mit einer Mutter, die an einer Schizophrenie leidet, zu leben. Der Auszug stammt aus einer, auf der Webseite von der „Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter“ (HPE) verfügbaren, auf Jugendliche ausgerichteten Broschüre, welche die unterschiedlichen psychischen Erkrankungen anschließend an kurze Erfahrungsberichte darstellt und Jugendliche in einfachem Sprachstil über diese aufklärt. Der Verein HPE bietet in Österreich, vor allem in Wien, unter dem Schwerpunkt „Verrückte Kindheit“ Angebote für Kinder und Jugendliche, die mit einem psychisch erkrankten Elternteil leben. Die HPE gibt Angehörigen psychisch erkrankter Menschen die Möglichkeit, über die Erkrankung und deren Auswirkung auf die Familiensituation zu reden. Über die schwierige Situation sprechen zu können, sei der erste Schritt, diese für alle Beteiligten zu verbessern (HPE Österreich, 27f.).

Des Weiteren bieten die „Psychosozialen Zentren“ (PSZ) mit ihrem Projekt „Kipke“ (Beratung von Kindern psychisch kranker Eltern) kostenlose Unterstützung für Kinder und ihre erkrankten Elternteile. Kinder und Jugendliche von 3 bis 18 Jahren können bei Kipke in Form von

Beratungsgesprächen, die wenn möglich zusammen mit dem erkrankten sowie dem gesunden Elternteil stattfinden, Informationen über die Erkrankung der Eltern erhalten. Zudem werden ihnen Notfall-Pläne, das Suchen einer Vertrauensperson und Unterstützung bei Schuldgefühlen, Angst oder zu großer Verantwortung geboten. Das Angebot aus Familien-, Eltern- sowie Einzel-Gesprächen mit den Kindern und Jugendlichen wird von Gruppen-Angeboten und der interdisziplinären Zusammenarbeit mehrerer Institutionen ergänzt (Psychosoziale Zentren GmbH, Online²).

Der dritte hier vorgestellte Verein mit dem Namen „JoJo“, welcher seinen Sitz in Salzburg hat, hilft Kindern und Jugendlichen mit psychisch erkrankten Eltern oder Geschwistern bei der Bewältigung der schwierigen Situation. Außerdem werden im Rahmen des Präventionsprogramm „Willkommen im Leben“ psychisch erkrankte Mütter ab der Schwangerschaft bis zum 3. Geburtstag ihres Kindes begleitet und beraten. Den eigenständigen Verein gibt es seit dem Jahr 2005. Unter der Leitung von Sigrid Steffen, Heidemarie Eher und Tina Rossmann, sowie in Zusammenarbeit mit elf weiteren PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, einer Kinderärztin und einer Hebamme begleitet er zurzeit circa 100 Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 20 Jahren. Die Finanzierung gestaltet sich zu 50 % öffentlich bzw. privat durch Spenden, Sponsoren und anderes (Verein JoJo [2019a], 1). Der Verein spricht sich für eine frühzeitige professionelle Hilfe für betroffene Kinder und Jugendliche aus, da so verhindert werden kann, dass jene trotz der zu meisternden Aufgaben und der hohen Belastung selbst krank werden. Eine Arbeit mit den Kindern, welche ressourcenorientiert konzipiert ist, fördert die Resilienz, wobei der Verein als Resilienzfaktoren „alters- und entwicklungsadäquate Aufklärung über die psychische Erkrankung, eine sichere Bindung an eine Hauptbezugsperson, gute Bewältigungsstrategien sowie andere Interessensgebiete und Bezugspersonen des Kindes außerhalb der Familie“ nennt (Verein JoJo2 [2019b], 2). Dies stützt die Annahmen, die mithilfe der Literatur im theoretischen Teil dieser Arbeit getroffen wurden.

² Psychosoziale Zentren GmbH: URL: <https://www.psz.co.at/beratung-behandlung/beratung-von-kindern-mit-psychisch-kranken-eltern-kipke/> (20.02.2018)

7.2 Methodisches Vorgehen: Erhebungs- und Auswertungsmethode

Als Erhebungsmethode, um zu empirischen Daten zu gelangen, wurde das *ExpertInneninterview*³ gewählt. Meuser und Nagel (2003, 486) empfehlen ein leitfadengestütztes, offenes Interview und eine, dem Interview vorangehende, Definition des Themas. Die Leitfragen für die Interviews wurden somit im Vorhinein festgelegt sowie zwei der Vereine, welche sich für Kinder psychisch erkrankter Eltern einsetzen, auf Wunsch vor dem Interview zugesandt. Diese Form des Interviews eignet sich besonders zur Beantwortung jener Fragen, die im Rahmen der Literaturrecherche offen geblieben sind, da ExpertInnen einerseits über ein bestimmtes Wissen verfügen, und andererseits – und hier besonders wichtig – dieses Wissen „in besonderem Ausmaß praxiswirksam“ sein kann (Bogner u.a. 2014, 13; Hervorhebung im Original). Bogner u.a. (ebd.) definieren ExpertInnen als „Personen ..., die sich – ausgehend von einem spezifischen Praxis- oder Erfahrungswissen, das sich auf einen klar begrenzbaren Problemkreis bezieht – die Möglichkeit geschaffen haben, mit ihren Deutungen das konkrete Handlungsfeld sinnhaft und handlungsleitend für andere zu strukturieren.“ Die vorliegenden Interviews wurden im Sinne theoriegenerierender Interviews geführt, in dessen Mittelpunkt Handlungsorientierungen, Entscheidungsmaximen und vor allem auch implizites Wissen der ExpertInnen steht. ExpertInnen werden bei dieser Form des Interviews häufig als stellvertretend für eine bestimmte Gruppe interviewt (Bogner u.a. 2014, 25). Auch dieser Aspekt ist im Sinne des Erkenntnisinteresses dieser Arbeit, da die Leitfragen den interviewten Vertreterinnen die Möglichkeit geben, repräsentativ für den jeweiligen Verein zu sprechen. Jedoch wird keine klare Grenze zu sogenannten „systematisierenden ExpertInneninterviews“ gezogen, da auch die Informationsgewinnung des jederzeit verfügbaren, reflexiven Wissens der ExpertInnen von zentralem Interesse ist (Bogner u.a. 2014, 24).

Die Interviews in der vorliegenden Arbeit wurden mit Vertreterinnen von Vereinen, welche sich für Kinder psychisch erkrankter Eltern einsetzen, durchgeführt. Das gewonnene Wissen wird demzufolge als relevant für die Frage nach konkretem Unterstützungsbedarf für ebendiese Kinder angesehen. Das Interesse zielt sowohl auf ein Kennenlernen der Struktur und Angebote der speziellen Vereine, als auch auf deren Zielsetzungen sowie auf persönliche Erfahrungen in der Arbeit mit Familien mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil.

³ Zur besseren Lesbarkeit wird für die Begriffe „ExpertIn“ und „ExpertInneninterview“ das Binnen-I für die weibliche und männliche Form verwendet, außer wenn konkret über die Interviews dieser Arbeit gesprochen wird, da diese nur mit Frauen stattfanden.

Bogner u.a. (2014, 27f.) sehen den grundlegenden Charakter der Leitfragen in einer Strukturierung des Themas der Forschung sowie einer Orientierungshilfe während des Interviews. Die Anzahl und Länge der dem Interview Struktur gebenden Fragen ist individuell unterschiedlich und der Forschung und dem persönlichen Interesse anzupassen. Da es sich um eine qualitative Forschung handelt, müssen die Leitfäden der verschiedenen Interviews zudem nicht ident sein. Der Leitfaden dient laut Bogner u.a. (ebd.) vor allem „als ‚Gedächtnisstütze‘, nicht als ‚Redeskript‘, von dem der Interviewer eine Frage nach der anderen abliest.“ Während bestimmte Hauptfragen in den verschiedenen Interviews weitgehend ident sein sollten, können Ergänzungsfragen flexibel angepasst werden und müssen nicht zwingend gestellt werden, sondern dienen vielmehr der Nachfrage, falls eine der Hauptfragen noch nicht genügend Aufschluss über einen Themenbereich gibt (Bogner u.a. 2014, 28f.). Wie Bogner u.a. weisen auch Meuser und Nagel (2003, 487) darauf hin, dass der Leitfaden „im Sinne eines Themenkomplexes und nicht im Sinne eines standardisierten Ablaufschemas“ gehandhabt werden sollte. Bogner u.a. (2014, 29) empfehlen, den Leitfaden nicht zu lange zu gestalten, da in der praktischen Anwendung während des Interviews „die vorformulierten Fragen, wie sie auf dem Leitfaden notiert sind ... in ihrer Mehrheit eben nicht identisch mit den tatsächlich gestellten Fragen im realen Gespräch“ seien. Es kommt einerseits oft zu spontanen Nachfragen, die sich nicht auf dem Leitfaden finden, andererseits zu einem Weglassen von erstellten Fragen, weil diese im Rahmen des Gesprächs bereits beantwortet wurden. Spricht der Interviewpartner oder die Interviewpartnerin von selbst ein Thema an, das sich in der Reihenfolge der Leitfragen erst später findet, ist es als interviewende Person wichtig, Themenblöcke flexibel zu verschieben und auf den Gesprächspartner oder die Gesprächspartnerin einzugehen (ebd.).

Ob der Leitfaden vor dem Interview an die Befragten gesendet werden sollte, kann in Hinblick auf die Art des ExpertInneninterviews beantwortet werden. Während Interviews, die im Sinne einer Theoriegewinnung stattfinden, eher auf spontane Äußerungen ausgerichtet sind und weniger auf vorher zurechtgelegte Antworten, ist bei Interviews zu Informationszwecken eine Zusendung im Vorhinein häufiger, da etwaige Details den ExpertInnen nicht immer spontan präsent sind. Vorbereitung sei aber generell auf Seiten der ExpertInnen eher selten notwendig (Bogner u.a. 2014, 30). Eine Abweichung von den Fragen ist bei Vorab-Zusendung natürlich schwerer möglich. In den folgenden, für die vorliegende Arbeit durchgeführten, Interviews wurde auf die Wünsche der Interviewpartnerinnen Wert gelegt und aufgrund derer zwei Expertinnen der Leitfaden vorher zugesandt, während die dritte spontan befragt wurde.

Wesentlich im Rahmen der Vorbereitung der Interviews sei zudem, sich im Voraus mit Regeln, Bestimmungen oder Gesetzesgrundlagen des Interessensgegenstands zu beschäftigen, um das Thema des Interviews zu dimensionieren (Meuser, Nagel 2003, 486). Eine zu sehr auf den Interessensgegenstand der eigenen Forschung konzentrierte Interviewführung, die mit direkten Fragen stark an zu erwarteten Ergebnissen orientiert ist, sollte vermieden werden. Vielmehr sollte den ExpertInnen die Möglichkeit gegeben werden, narrativ ihr Wissen wiederzugeben (ebd.).

Das Interview selbst wurde aufgezeichnet und die Auswertung erfolgt durch eine, dem Interview anschließende, Transkription. Zur Auswertung der Interviews wurde auf die *qualitative Inhaltsanalyse* zurückgegriffen. Jene legt ihren Fokus auf das Wissen der ExpertInnen als eine Ansammlung von Informationen. Mit Gläser und Laudel (2004; zit. nach Bogner u.a. 2014, 73) geht es darum „soziale Sachverhalte zu rekonstruieren.“ Gläser und Laudel bieten in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse von Mayring ein fünfstufiges Konzept, welches für diese Arbeit zur Auswertung herangezogen wurde. Hierzu wird zuerst die konkrete *Frageperspektive* bestimmt, welche aufbauend auf der spezifischen Forschungsfrage inhaltliche Aspekte der Interviews in den Mittelpunkt rückt und eine *Analyse des Materials* ermöglicht. Anhand dessen kann ein *Kategoriensystem* konstruiert werden, welches sowohl die einzelnen Themen umfasst, als auch deren Bezug untereinander. Ausgehend von der Auseinandersetzung mit der Literatur und dem Material lautet die Fragestellung für die Auswertung der Expertinneninterviews in der vorliegenden Masterarbeit: „*Wie sind ausgewählte, konkrete pädagogische Unterstützungsangebote für Angehörige psychisch Erkrankter in Österreich aufgebaut und inwiefern können diese Vereine dazu beitragen, Kindern und Jugendlichen mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil zu unterstützen, um so förderlich zu ihrer Entwicklung beizutragen?*“ Daraus kann ein Kategoriensystem konstruiert werden, welches mit Blick auf die bearbeitete Literatur und die Fragestellung wie folgt aussieht: (1.) das Angebot und die Zielgruppe des Vereins, mit dessen Vertreterin das Interview durchgeführt wurde; (2.) die Belastungsfaktoren, welche – nach Einschätzung der befragten Expertinnen – für Kinder im Rahmen einer elterlichen Schizophrenie auftreten können und (3.) die Zielsetzung und das methodische Vorgehen im Rahmen der Begleitung und Beratung, mit Blick auf die Förderung der Entwicklung der betroffenen Kinder.

Bei der darauffolgenden *Extraktion* werden die einzelnen transkribierten Interviews thematisch auseinandergenommen und in die einzelnen Kategorien aufgeteilt (Bogner u.a. 2014, 73f.). Bogner u.a. (2017, 74) schreiben, dass dieses „Herausfiltern von Informationen ... ein zentraler

Interpretationsschritt [sei, denn] schließlich beruht die Entscheidung darüber, ob in einer Textpassage relevante Informationen enthalten sind oder nicht, notwendigerweise auf einer Interpretation.“ Durch die anschließende *Aufbereitung der Daten* werden diese in ihrer Qualität optimiert, indem zum Beispiel Informationen zusammengefasst werden, sowie überflüssige Informationen herausgenommen werden. Zum Schluss erfolgt die *Auswertung* der zuvor sortierten Daten, welche in der Beantwortung der Forschungsfrage mündet (Bogner u.a. 2017, 74f.). Der Auswertung vorangehend soll im nächsten Kapitel die Wichtigkeit von Unterstützungsangeboten geschildert werden. Zudem werden die drei Vereine für Kinder psychisch erkrankter Eltern in Österreich vorgestellt.

7.3 Auswertung der Expertinneninterviews

Bevor mit den Expertinnen Kontakt aufgenommen wurde, fand eine Recherche nach Institutionen in Österreich statt, welche Hilfe für Kinder psychisch erkrankter Eltern anbieten. Daraufhin kam es zu einem, durch mich initiierten, Erstkontakt per E-Mail. Vertreterinnen aller drei Vereine stimmten einem Interview zu und es konnten Termine für dieses zur Verfügung gestellt werden. Bei zwei Vereinen wurde zudem ein kurzes telefonisches Gespräch geführt, bevor die Interviews stattfanden. Vor der Durchführung der Interviews erklärten sich alle drei Expertinnen damit einverstanden, namentlich als Vertreterinnen der ausgewählten Vereine in der veröffentlichten Masterarbeit genannt zu werden. Vor allem die Nennung der Institutionen liegt im Erkenntnisinteresse der vorliegenden Forschung, da diese unter anderem dazu beitragen soll, darüber aufzuklären, welche konkreten Unterstützungsmöglichkeiten betroffenen Kindern in Österreich zur Verfügung stehen.

Sowohl das Interview mit der Expertin der „Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter“ (HPE) als auch jenes mit der Expertin der „Psychosozialen Zentren“ (PSZ) wurde persönlich geführt und per Aufnahmegerät aufgezeichnet, das dritte Interview wurde per Telefon geführt und mithilfe der App „Call Recorder“ aufgezeichnet. Anschließend wurden die Interviews in ein Word-Dokument transkribiert, wobei auf das einfache *Transkriptionssystem* von Dresing und Pehl (2015, 21ff.) zurückgegriffen wurde. Starke Dialekte werden bei diesem Transkriptionskonzept weitgehend ins Hochdeutsche übersetzt. Interpunktion in Form von Kommas und Punkten sowie Groß- und Kleinschreibung werden zur besseren Lesbarkeit angewendet. Pausen und besondere Betonungen der Interviewten sowie der Interviewenden werden im Transkript gekennzeichnet. Die einfache Transkription wurde durch einige erweiterte Regeln (Dresing, Pehl 2015, 23) ergänzt. Das Kürzel I steht für die Interviewende

und ein anderer Buchstabe für die Gesprächspartnerin. In der vorliegenden Arbeit werden in der Zitation Zeilen- und Seitenanzahl des jeweiligen Transkripts angegeben.

Im Rahmen der Expertinneninterviews standen zentrale *Leitfragen* im Mittelpunkt, durch welche ein Einblick in die Beratungsangebote gewonnen werden konnte. Die Frage, welche Belastungen eine elterliche Psychose für das Kind mit sich bringt, welche bereits im Theorieteil dieser Arbeit behandelt wurde, wird illustrierend und differenzierend ergänzt. Dadurch konnten die bereits gewonnenen, theoretischen Annahmen durch das Expertinnenwissen ausgeweitet werden.

7.3.1 Frageperspektive und Kategorien

Die Kategorien für die Auswertung wurden deduktiv gebildet. Die Frageperspektive, die der Kategorienbildung vorausging, wurde anlehnend an die Forschungsfrage der vorliegenden Masterarbeit formuliert und durch die Ergebnisse der Interviews ausgeweitet. (Bogner u.a. 2014, 73f.). Die zugrunde liegende Leitfrage für die Auswertung der Interviews lautet demnach: *„Wie sind ausgewählte, konkrete pädagogische Unterstützungsangebote für Angehörige psychisch Erkrankter in Österreich aufgebaut und inwiefern können diese Vereine dazu beitragen, Kindern und Jugendlichen mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil zu unterstützen, um so förderlich zu ihrer Entwicklung beizutragen?“*

Davon ausgehend wurden drei wesentliche Kategorien gebildet, die in der Auswertung aller drei Interviews herangezogen wurden, um zu einer Beantwortung der vorausgehenden Frage zu gelangen. Diese sehen wie folgt aus: (1.) das Angebot und die Zielgruppe des Vereins, mit dessen Vertreterin das Interview durchgeführt wurde; (2.) die Belastungsfaktoren, welche – nach Einschätzung der befragten Expertinnen – für Kinder im Rahmen einer elterlichen Schizophrenie auftreten können und (3.) die Zielsetzung und das methodische Vorgehen im Rahmen der Begleitung und Beratung, mit Blick auf die Förderung der Entwicklung der betroffenen Kinder.

Bei der Auswertung wurde zunächst jedes einzelne Interview gesondert in Hinblick auf die Frageperspektive und die Kategorien analysiert, woraufhin in einem abschließenden Schritt Gemeinsamkeiten und Unterschiede der drei Vereine sowie der Expertinnen-Meinungen dargestellt wurden, was in einer zusammenfassende Antwort auf die leitende Frage resultiert.

7.3.2 Interview mit Sandra Anders von PSZ/Kipke

Die Psychologin und Psychotherapeutin Sandra Anders ist zuständig für die Leitung des Kipke-Angebots der Psychosozialen Zentren im Industrieviertel (Mödling, Baden, Bruck, Schwechat, Wiener Neustadt, Neunkirchen) und steht als Spezialistin in Kontakt mit diversen Einrichtungen, unter anderem der Kinder- und Jugendhilfe, Frühförder- und Beratungsstellen sowie Ärzten und Ärztinnen, Krankenhäusern und Pädagogen und Pädagoginnen in Schulen und Kindergärten (PSZ GmbH & Caritas St. Pölten 2017, 3).

(1) Das Angebot und die Zielgruppe des Vereins

Das Beratungsangebot von Kipke richtet sich an Kinder und deren Elternteile, von denen einer oder beide von einer psychischen Erkrankung betroffen sind. Wesentlich seien hierbei die Einbeziehung der gesamten Familie und Gespräche, bei denen sowohl der erkrankte, als auch der gesunde Elternteil zusammen mit dem Kind anwesend sind.

„Genau. Also unser Beratungsangebot richtet sich, es heißt zwar anders, es heißt Beratung für Kinder psychisch kranker Eltern, aber es richtet sich an die Familie ... an die ganze. Also das Kind mit seiner Familie“ (S_3, 18-21).

Dies ist deswegen wichtig, da Tabus, wie jenes, über die elterliche Erkrankung zu sprechen, nur gebrochen werden können, wenn die Sprecherlaubnis über die Psychose des Elternteils im Rahmen einer Beratung der gesamten Familie im Mittelpunkt steht (S_3, 27-30). Das Kipke-Angebot gibt es seit 2010 und „aufgrund der Finanzierung dieses Projektes durch die Abteilung für Gesundheitsvorsorge (NÖGUS) ist es den beiden Trägerorganisationen (PSZ GmbH und Caritas St. Pölten) ... möglich, diese Beratung [kostenfrei] anzubieten (PSZ GmbH & Caritas St. Pölten 2017, 2). Eine Beratung kann ohne Zuweisung in Anspruch genommen werden und findet meist im Ausmaß von bis zu zehn Terminen statt, welche nicht unbedingt wöchentlich, sondern auch mit Pausen stattfinden können. Bei Bedarf ist zu einem späteren Zeitpunkt eine erneute Beratung möglich.

Im Laufe der letzten acht Jahre hat Kipke an großer Bekanntheit gewonnen, was, wie Sandra Anders (S_1, 10-11) betont, einen wesentlichen Fortschritt im Unterstützungsangebot von Kindern psychisch Erkrankter darstellt. Dass sich das Angebot so gut etabliert hat, sei keine Selbstverständlichkeit und benötige, obwohl es kostenlos ist, viel Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung (S_7, 24-27). Ziel sei vor allem, das „Ankommen“ zu erleichtern. Die Expertin (S_1, 19-20) betont, dass zwar das Wissen, wie betroffene Personen zu Kipke kommen können,

auf Seiten der Institutionen und Professionellen vorhanden sei, es jedoch nicht immer leicht sei, diese tatsächlich dorthin zu schicken, da „dieses Ansprechen der Erkrankung im Zusammenhang mit Elternschaft oft schambesetzt ist.“

(2) Die Belastungsfaktoren, welche für Kinder im Rahmen einer elterlichen Schizophrenie auftreten können

Belastend für Kinder können die, mit einer Schizophrenie eines Elternteils einhergehenden, Schuld- und Schamgefühle sein, wenn diese Kinder die elterliche Erkrankung nicht benennen und verstehen können oder die Diagnose aus Angst vor der Reaktion des Umfeldes verschweigen müssen. Wie durch das Gespräch mit Sandra Anders deutlich wird, sind aber auch bei Eltern diese genannten Gefühle vorhanden.

„Das heißt, ich kann als Therapeutin unter Umständen mit jemanden gut über seine Erkrankung reden, weil deshalb kommt die Person, aber sobald ich dann sag: ‚Und wie gehts Ihnen mit Ihren Kindern?‘, kommt ganz viel Angst und Scham vielleicht“ (S_1, 20-23).

Vor allem bei einer Schizophrenie besteht die Schwierigkeit in akuten Phasen mit den Betroffenen und ihren Kindern über die Erkrankung zu sprechen, da in diesen Phasen oft kein Bewusstsein über die eigene Psychose vorhanden ist. Diese fehlende Krankheitseinsicht erschwert die Kooperation zwischen dem Berater oder der Beraterin und der erkrankten Person, „weil ich kann ja nicht jemanden erklären, dass ich mit dem Kind über was spreche, was es belastet und diejenige Person sagt, aber das ist ja gar nicht da, da gibts ja nichts“ (S_6, 1-3).

(3) Die Zielsetzung und das methodische Vorgehen im Rahmen der Begleitung und Beratung, mit Blick auf die Förderung der Entwicklung der betroffenen Kinder

Im Mittelpunkt der Beratung bei Kipke steht die Aufklärung der Kinder, sowie der Eltern über das spezifische Krankheitsbild. Diese muss dem Alter des Kindes angepasst werden und erfolgt somit mit unterschiedlichen Methoden. Sandra Anders (S_4, 2-3) betont, dass „es ... dasselbe Thema [sei], aber natürlich ganz anders und auch dem Entwicklungsstand angemessen“ aufbereitet. Mit kleinen Kindern wird „mit Playmobil gebaut und Krankenhaus gespielt und gezeichnet und gemalt und Plastilin geformt und Bilderbücher gelesen“ (S_3, 28-29). Dies untermauert auch, die mit Dimova und Pretis (2016, 72f.) getroffene Auffassung, dass eine Aufklärung über die elterliche Erkrankung dem Entwicklungsalter der Kinder angepasst werden muss und bei Kleinkindern Hilfsmittel wie Bilderbücher eine gute Möglichkeit bieten

würden, diese auf behutsame Weise zu gestalten. Bei Jugendlichen steht das Gespräch und der Austausch über Empfindungen in Hinblick auf die elterliche Erkrankung im Mittelpunkt. Im Teenageralter geht es oft um die Gewinnung von Autonomie sowie um eine schrittweise Loslösung von der Herkunftsfamilie, in der Jugendliche mit einem erkrankten Elternteil leben. Auch hier lässt sich gut nachvollziehen, dass ein Ansprechen dieses Wunsches nur in einer gesamtfamiliären Beratung wirksam erscheint. Es gehe darum, den Eltern ein Stück weit verständlich zu machen, dass solch eine Loslösung im Sinne der Entwicklung des Kindes sei, da Treffen mit Gleichaltrigen stützend sein können. Im Gegensatz dazu steht bei einem kleinen Kind die Vermittlung von Sicherheit im Mittelpunkt (S_4, 9-14). Unabhängig vom Alter des Kindes ist der leitende Gedanke in der Beratung jedoch immer, welche Gefühle das Kind in Bezug auf die familiäre Situation und das Erleben der elterlichen Erkrankung hat und wie diese in der Beratung erstmals zum Ausdruck gebracht werden können (S_3, 31-32).

Oftmals wird im Gespräch über die psychische Erkrankung eines Elternteils zuerst einmal danach gefragt, was bei der betroffenen Person und im familiären Zusammenleben nicht mehr funktioniert. Wesentlich sei aber auch die Frage danach, wo Ressourcen zu finden sind und wie diese eingesetzt werden könne, um die Familie mit dem erkrankten Elternteil und dem Kind zu unterstützen. Wie Beitler und Beitler (2008, 74) betonen sollte dafür gesorgt werden, dass Kinder einen festen Tagesrhythmus beibehalten, zu dem unter anderem zählen kann, dass sie sich weiterhin mit Freunden treffen. Auch Anders (S_4, 21-23) betont, dass bei einer Beratung bei Kipke versucht wird, „auch immer sehr auf die Ressourcen zu schauen“ und nicht nur das Defizitäre zu betrachten, sondern auch und vor allem jene Dinge, die gut funktionieren.

„Das Schöne ist, glaub ich, die Arbeit mit den Kindern und wenn die Kinder sozusagen da ankommen und den Raum gefunden haben, wo sie sich fragen trauen ... Das ist immer sehr, das sind sehr schöne Momente, die da beschrieben werden“ (S_6, 17-20).

Kinder und ihre Eltern in einem Setting zu beraten, in dem diese über ihre Gefühle hinsichtlich einer Psychose wie der Schizophrenie sprechen können, stellt einen wesentlichen pädagogischen Auftrag dar und macht die Notwendigkeit von Beratungsangeboten wie das eben vorgestellte deutlich.

7.3.3 Interview mit Silvia Franzelin von HPE/Verrückte Kindheit

Die Pädagogin, Psychologin und Beraterin Silvia Franzelin leitet und evaluiert das Projekt „Verrückte Kindheit“, welches im Rahmen der „Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter“

(HPE) seit 2017 läuft. Zusätzlich ist sie auch für andere Beratungsbereiche, welche die HPE anbietet, zuständig. Die HPE hat ihren Sitz in Wien, jedoch gibt es auf der Webseite des Vereins (<https://www.verrueckte-kindheit.at/de/meta/home/>) ein Forum für Kinder und Jugendliche, welches zusammen mit der telefonischen und der Online-Beratung österreichweit für alle offen ist und bereits seit 2011 besteht (F_12, 5-6). In das Forum „haben Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene, die mit Eltern aufgewachsen sind, die psychisch erkrankt sind, ihre Geschichten reingeschrieben ... und so ist diese Broschüre ‚Verrückte Kindheit‘ auch entstanden“, erzählt Silvia Franzelin (F_2, 2-4; 9-10) zu Beginn unseres Interviews. Die Broschüre ist kostenlos auf der Webseite verfügbar und kommt bei Jugendlichen, ihren Eltern, aber auch Professionellen sehr gut an.

(1) Das Angebot und die Zielgruppe des Vereins

Um eine Beratung des Projekts „Verrückte Kindheit“ in Anspruch zu nehmen, ist keine Zuweisung notwendig und Jugendliche können bereits ab dem 12. Lebensjahr kostenlos ohne die Einverständnis der Eltern zu einem solchen Gespräch kommen. Auch jüngere Kinder können, mit Einverständnis zumindest eines Elternteils, Hilfe erhalten, wobei bei kleineren Kindern hauptsächlich gesonderte Gespräche mit den Eltern geführt werden (F_2, 30-32; F_3, 1-3).

„Das ist uns eigentlich auch wichtig, weil wir schon die Eltern stärken möchten, beziehungsweise das Verantwortungsbewusstsein der Eltern stärken möchten, um so auch den Kindern eine Entlastung zu bieten“ (F_3, 3-5).

Laut der Expertin sei es vor allem wichtig, in Familien, in denen ein gesunder Elternteil vorhanden ist, diesen zu mobilisieren und auch in Verantwortung zu ziehen (F_3, 8-11). Beratungsgespräche finden sowohl mit einem oder beiden Elternteilen statt, als auch, und charakteristisch für den Verein „Verrückte Kindheit“, alleine mit den über 12-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Silvia Franzelin (F_4, 1-2) betont, dass diese individuelle Beratung der Kinder und Jugendlichen ganz im Interesse des Vereins stehe, da es vor allem darum gehe, jenen den Raum zum Sprechen zu geben. Sofern dies als sinnvoll erachtet wird, kann in Ausnahmefällen und bei kleineren Kindern jedoch auch eine Beratung mit Einbezug der ganzen Familie organisiert werden (F_3, 14-18). Für junge Erwachsene zwischen 18 und 30 Jahren bietet die HPE auch Gesprächsgruppen an, die über einen längeren Zeitraum stattfinden (F_5, 22-23).

Die Finanzierung des Vereins findet hauptsächlich durch Fördergelder statt. Eine der Hauptschwierigkeiten sei das Finden von Fördergebern, welche sich für „Verrückte Kindheit“ und die Hilfe von Kindern psychisch erkrankter Eltern stark machen, betont die Expertin, da bei einem Wegfall dieser eine Finanzierung aus anderen Quellen notwendig ist, um das Angebot aufrecht zu erhalten.

„Aber es ist [dann] nicht etwas, wo REIN Kinder psychisch erkrankter Eltern finanziert werden. Also, das heißt jetzt werden einfach mehrere Töpfe angegriffen, damit wir es so erhalten können, weil es der HPE auch ein wichtiges Thema ist. Aber es ist nicht so, dass es politisch eigentlich ein wichtiges Thema ist. Und das ist sehr schade“ (F_1, 25-28).

Den Kindern und Jugendlichen psychisch erkrankter Eltern „die Stimme zu geben“ sieht Silvia Franzelin (F_13, 4) als mithin das Schwierigste an ihrer Arbeit an, da es viel Mühe kostet und viel an Vernetzung notwendig ist, die Finanzierung des Angebots aufrecht zu erhalten. So findet zum Beispiel eine Zusammenarbeit mit psychiatrischen Einrichtungen statt, bei der deutlich gemacht werden soll, dass psychisch Erkrankte oft auch Eltern sind, deren Kinder genauso viel Unterstützung brauchen, wie die Betroffenen selbst (F_13, 7-9).

(2) Die Belastungsfaktoren, welche – nach Einschätzung der befragten Expertin – für Kinder im Rahmen einer elterlichen Schizophrenie auftreten können

Kennzeichnend für eine Schizophrenie ist, wie Silvia Franzelin (F_4, 20-24) betont, ein emotionales Nicht-Vorhandensein der erkrankten Person in akuten Phasen der Psychose. Neben einem solchem emotionalen Defizit kommt es häufig auch zu physischer Abwesenheit der erkrankten Mutter oder des Vaters aufgrund von Spitalsaufenthalten. Dies führe dazu, dass Kinder jemanden benötigen, der ihnen in diesen Phasen Antworten und Hilfe geben kann.

Des Weiteren kann es im Rahmen einer schizophrenen Erkrankung zu einer Nicht-Beantwortung von kindlichen Affekten und Bedürfnissen kommen. Dazu zählen inadäquate Reaktionen des erkrankten Elternteils, wie zum Beispiel verstörende Mimik und Gestik. „Oft hält die Mutter das Kind schon nur zu weit entfernt oder es ist irgendwie nicht der richtige Blickkontakt im Moment“, erzählt Silvia Franzelin (F_13, 26-28). Sie verdeutlicht dies noch einmal, indem sie in Bezug auf die Mentalisierung sagt:

„Vielleicht, weil Sie die Mentalisierung ansprechen. Das ist wirklich etwas Schwieriges. Also das ist etwas, was ich in der Arbeit immer wieder merke. Das hat oft nicht

stattgefunden, also sie wurden oft nicht richtig beantwortet. Sie [die Kinder der Erkrankten, Anm. d. Verf.] haben zum Beispiel über etwas Trauriges gesprochen und die Mutter hat gelacht oder so“ (F_13, 18-21).

Ein Realitätsverlust des erkrankten Elternteils, welcher im Rahmen einer schizophrenen Psychose auftreten kann, führt bei Kindern oft dazu, nicht mehr genau zu wissen, was wahr und was falsch ist. Vor allem kleine Kindern stellen sich dann Fragen wie „Könnte es sein, dass das eigentlich richtig ist, was die Mama da grad sagt und vielleicht beobachtet uns da auch jemand?“ (F_10, 31-23; F_11, 1). Die Expertin betont, dass daher, besonders bei einer schweren Psychose, ein Korrektiv notwendig sei, um für Klarheit und Differenzierung zu sorgen. Bei Schulkindern und Jugendlichen kommt es häufig zu einer Parentifizierung und einer damit einhergehenden Verantwortungsübernahme für den erkrankten Elternteil oder für Geschwister (F_6, 32).

Bei jungen Erwachsenen seien es laut der Expertin vor allem Ablösungskonflikte vom erkrankten Elternteil, welche eine große Belastung darstellen können. Silvia Franzelin schildert, dass solche Ablösungsprozesse oft auch mit einem Suizidversuch der erkrankten Mutter oder des erkrankten Vaters einhergehen, welche ein starkes Pflichtgefühl, für den Elternteil da zu sein, auslösen (F_6, 3-5). Vor allem in dieser Lebensphase kann das Gruppenangebot der HPE unterstützend sein, da hier Austausch mit Menschen stattfindet, „die wissen, was es heißt, Angst zu haben um Papa oder Mama, die wissen, was es heißt, einfach wütend zu sein [und] die wissen, was es heißt, dass die oft gar nicht da sind“ (F_6, 8-10).

(3) Die Zielsetzung und das methodische Vorgehen im Rahmen der Begleitung und Beratung, mit Blick auf die Förderung der Entwicklung der betroffenen Kinder

Im Mittelpunkt einer Beratung bei „Verrückte Kindheit“ steht die Erstellung eines Krisenplans für Kinder und Jugendliche mit einem psychisch erkrankten Elternteil.

„Also das heißt, wenn es zu einer psychotischen Phase kommt: Wo ruft das Kind an? Wer ist zuständig für das Kind, wenn Vater oder Mutter im Spital sind ... oder wenn sie gerade irgendwie sehr in einer psychotischen Phase sind und noch nicht im Spital sind? Können sie bei den Nachbarn schlafen? Können sie bei Tante oder Onkel schlafen? Können sie bei Großeltern schlafen? Können sie bei Freunden schlafen?“ (F_4, 24-28).

Es geht darum, für diese Kinder ein Netzwerk zu schaffen. Und da eine Psychose wie eine Schizophrenie sehr unterschiedlich sein kann, wird in der Beratung darauf geachtet, auf die spezielle Situation des Kindes einzugehen und den Krisenplan dementsprechend zu gestalten. Wichtig sei, dass Kinder und ihre Eltern „auf diese Unterstützung, diese Stärkung, immer wieder zurückgreifen“ können (F_5, 14-15).

Kommt es zu einer Parentifizierung, steht im Mittelpunkt der Beratung die Frage, ob diese Verantwortung von dem Kind noch getragen werden kann oder ob Überforderung auftritt. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der „Kinder- und Jugendhilfe“ der Stadt Wien kann in einem solchen Fall notwendig sein. Silvia Franzelin betont jedoch, dass ihr Verein nicht gezwungen sei, das Jugendamt zu kontaktieren. Im Falle einer Kindesgefährdung wird dies natürlich gemacht. Ansonsten erzeuge aber genau dieses „Nicht-Müssen“ in der Beratung mehr Spielraum (F_7, 6-11).

Vor allem bei Babys oder Kleinkindern mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil arbeitet die HPE mit „Frühe Hilfen Österreich“ oder der mobilen Familienbegleitung der „Caritas“ zusammen und die Unterstützung setzt direkt bei der Familie zuhause an, indem ein Familienbegleiter oder eine Familienbegleiterin vor Ort aushilft. Oft geht es sowohl bei den betroffenen Eltern, als auch bei deren Kindern um eine Begleitung zu diversen Stellen und eine Unterstützung „diesen ersten Schritt zu machen“ (F_8, 14-15). Auch eine Zusammenarbeit mit einem Sozialarbeiter oder einer Sozialarbeiterin findet oft statt, da so vor allem in Familien, die von Armut betroffen sind, sozialrechtliche Fragen abgedeckt werden können, weil Armut und damit verbundene Existenzangst als weiterer Risikofaktor gesehen werden muss (T_12, 24-29).

Der Rhythmus in der Familie soll sich nicht nach dem erkrankten Elternteil richten, betont Silvia Franzelin (F_10, 7-9), zum Beispiel, „wenn mein Geburtstag ist, dass dann auch Geburtstag gefeiert wird, auch wenn jetzt die Mutter im Spital ist oder so oder wenn jetzt grad irgendwie Notstand ist.“ Oft wird durch die Fokussierung auf die Erkrankung der Eltern verhindert, dass die kindlichen Bedürfnisse ausreichend wahrgenommen und beantwortet werden.

„Vielleicht noch abschließend zu sagen ... es ist schon schön in der Beratung zu sein und Veränderungen mitzubekommen ... und es ist auch Veränderung möglich und das ist das Schöne“ (F_14, 6-8).

7.3.4 Interview mit Tina Rossmann von JoJo – Kindheit im Schatten

Die Psychologin und Psychotherapeutin Tina Rossmann ist die psychologische Leiterin des Vereins „JoJo – Kindheit im Schatten“, welcher seinen Sitz in Salzburg hat. Sie arbeitet bei allen Projekten des Vereins mit. Die unterschiedlichen Präventionsprogramme des Vereins sind auf verschiedene Altersgruppen von Kindern psychisch erkrankter Eltern ausgerichtet. Vor allem das Programm „Willkommen im Leben“ ist hervorzuheben, da hier Mütter ab der Schwangerschaft bis zum 3. Lebensjahr des Kindes zusammen mit ihren Babys individuell betreut werden und es kein gleichwertiges Projekt im Raum Österreich gibt. Hier gibt es 15 Plätze, die im Flachgau, Tennengau, Pinzgau und Pongau verteilt sind und nächstes Jahr auch auf den Lungau ausgeweitet werden sollen (T_9, 2-3; T_3, 6-8).

(1) Das Angebot und die Zielgruppe des Vereins

Eine zentrale Aufgabe des Vereins „JoJo“ besteht darin, im Raum Salzburg Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben und die Bevölkerung, zu der auch Fachpersonal zählt, darüber aufzuklären, dass psychisch Erkrankte auch Kinder haben können und diese Kinder Unterstützungsangebote benötigen (T_1, 29-32). Diese Aufklärung sei deswegen so wichtig, da eine Finanzierung durch das Land Salzburg als Ziel angesehen wird. Dass es diese im Moment nicht gibt, sei laut Tina Rossmann (T_10, 31-32; T_11, 1-2) schade, da „wir [der Verein JoJo] gut nachweisen können, dass die Arbeit, die wir machen, sinnvoll und hilfreich ... und eben erfolgreich ist.“ Die Erfolge ihrer Arbeit werde weitgehend auch bemerkt, jedoch noch nicht durch eine nachhaltige Finanzierung durch das Land selbst gefördert. Der Verein macht sich dafür stark, dass neben der physischen auch die psychische Gesundheit von Kindern gleichwertig betrachtet wird und dieses Thema in Kindergärten und Schulen mehr Raum findet (T_10, 15-17).

Den Selbsthilfeverein „Angehörige helfen Angehörigen“ (AHA) gibt es schon länger und er ist sozusagen der Mutterverein von „JoJo“, der zur Gründung beigetragen hat. „Die erwachsenen Angehörigen haben sich jetzt Gehör verschafft, aber die Kinder stehen immer noch im Schatten der Erkrankung“, sei der Grundgedanke gewesen, der zu der Entstehung des Vereins „JoJo“ geführt hat (T_8, 21-22). Daher auch der Zusatz „Kindheit im Schatten“. Wie bereits einleitend erwähnt gibt es bei „JoJo“ unterschiedliche Präventionsprogramme mit jeweils unterschiedlichen Namen. Das Programm „Willkommen im Leben“ richtet sich an erkrankte Mütter und Väter und ihr Baby. Es geht hier

„ganz zentral um die Mütter in den ersten drei Lebensjahren, wobei die Väter natürlich ebenso einbezogen werden, trotzdem steht in der Anfangsphase, weil es ja um psychisch kranke Mütter geht, die Mutter mit ihrer Symptomatik oder Problematik und die Interaktion zum Kind und das Gedeihen des Kindes im Vordergrund“ (T_2, 20-24).

Eine solche Begleitung bezieht die ganze Familie ein, sofern ein gesunder Elternteil vorhanden ist. Durch Besuche bei der Familie zuhause werden Eltern und ihr Kind individuell unterstützt.

Das Projekt „Eltern stark machen“ ist für Familien, zu denen nicht nachhause gegangen wird, die sich mit ihren Babys oder Kleinkindern jedoch ambulant an den Verein wenden können (T_2, 28-30). Ältere Kinder, die sich bereits im Schulalter befinden, können im Rahmen des Präventionsprogramms „Ich, Du, Wir – unsere Welt“ Unterstützung bekommen, indem Familiengespräche geführt werden, in denen beim Kind angesetzt wird und dieses Antworten auf Fragen zu der elterlichen Erkrankung bekommt (T_3, 20-24). Jugendliche und junge Erwachsene, die ohne ihre Eltern in die Beratung kommen, werden gefragt, ob ihre Eltern miteinbezogen werden dürfen, da bei „JoJo“ immer eine Zusammenarbeit von allen Mitgliedern der Familie angestrebt wird (T_3, 29-32, T_4, 1).

Da die Angebote bei „JoJo“ platzmäßig limitiert sind, der Bedarf jedoch sehr hoch ist, hat sich der Verein entschieden, ab dem Jahr 2019 einen geringen Kostenbeitrag zu verlangen, dafür aber mehr Familien begleiten zu können (T_4, 15-18).

(2) Die Belastungsfaktoren, welche – nach Einschätzung der befragten Expertin – für Kinder im Rahmen einer elterlichen Schizophrenie auftreten können

Eine Schizophrenie eines Elternteils kann besonders in Hinblick auf die Versorgung der Kinder Risiken mit sich bringen, da erkrankte Mütter oder Väter in akuten psychotischen Phasen meist nicht in ausreichender Form für ihr Kind da sein können. Besonders schwierig gestaltet sich die Situation, wenn in der Familie kein gesunder Elternteil vorhanden ist, wie das zum Beispiel bei „alleinerziehenden, psychisch, schizophren-erkrankten Müttern ist“, erläutert Tina Rossmann (T_5, 25-26).

„Grundsätzlich treffen dieselben Risikofaktoren zu, wie bei den anderen Kindern [von Eltern mit anderen psychischen Erkrankungen, Anm. d. Verf.] auch, was aber diese Kinder wirklich unterscheidet, ist zum einen, dass Eltern, die in einer akuten Psychose sind, sich meistens wirklich gar nicht mehr um ihre Kinder kümmern können“ (T_5, 7-10).

Zum anderen ist eine schwere Psychose mit Angst und Verwirrung aufseiten der Kinder verbunden, da „unerklärliche Verhaltensmuster“, wie sie bei einer Schizophrenie oft auftreten, bedrohlich wirken können (T_5, 18-19). Die Expertin erzählt, sie erinnere sich „an Kinder, die einfach diesen stieren Blick in der Psychose beschrieben haben“, welcher mit Befremdung und Scheu der Kinder, auch oft über die akute Phase hinweg andauernd, verbunden ist (T_5, 19-22). Auch Jungbauer u.a. (2011c, 299f.) fanden in ihrer Studie „Schizophrenie und Elternschaft“ heraus, dass die Persönlichkeitsveränderung der erkrankten Mutter oder des erkrankten Vaters im Rahmen einer schizophrenen Psychose, besondere Belastungen wie Desorientierung, Irritation oder auch Verzweiflung aufseiten des Kindes auslösen kann.

Vor allem für ältere Kinder belastend ist das Stigma, mit welchem eine Schizophrenie behaftet ist. „Ältere Kinder leiden dann oft ganz massiv darunter, weil diese Form der psychischen Erkrankung ist ja das, was man landläufig oft als verrückt bezeichnet“, erklärt Tina Rossmann und dies resultiere in dem Gefühl von Scham, aber auch Angst, selbst ebenfalls an einer Schizophrenie zu erkranken (T_5, 32; T_6, 1-3). Wie bereits im Theorieteil dieser Arbeit (siehe Kapitel 3.2) ersichtlich, besteht für Angehörige von an Schizophrenie Erkrankten ein deutlich höheres Risiko, später selbst zu erkranken (Finzen 2018, 136f.). Diese Information kann besonders für Kinder und Jugendliche mit großer Furcht verbunden sein. Finzen (2013, 27) nennt ebenfalls das Stigma als Auslöser für Schamgefühle, indem er feststellt, dass der Begriff „Schizophrenie“ an sich schon mit negativen Assoziationen und einer Menge Vorurteilen verbunden ist, was es umso schwieriger macht, als Angehöriger offen über die Erkrankung zu sprechen. Landläufig wird der Begriff leider oft immer noch falsch verwendet und auch häufig als Witz, „also so diese Alltagssprache ‚Du bist ja schizophren‘“ (T_6, 10).

(3) Die Zielsetzung und das methodische Vorgehen im Rahmen der Begleitung und Beratung, mit Blick auf die Förderung der Entwicklung der betroffenen Kinder

Im Programm „Willkommen im Leben“ sind es Paten und Patinnen, die in die Familien geschickt werden und dort Mütter und Väter mit ihren Babys und Kleinkindern begleiten und unterstützen. Das Besondere daran ist, dass diese über einen längeren Zeitraum für die Familie da sind und dadurch eine Vertrauensbasis hergestellt wird. Kann das Kind aufgrund der elterlichen Erkrankung nicht in der Familie bleiben, kommt es auch vor, dass dieses bei dem Paten oder der Patin wohnen kann.

„Ein Kind zum Beispiel hat jetzt wirklich über mehrere Monate bei der Patin gelebt, weil die Mama ... in eine ganz schwere Krise gekommen ist und viele Wochen stationär in der

Psychiatrie war ... was möglich war, weil sie gewusst hat: Das Kind ist bei der Patin gut aufgehoben“ (T_7, 2-7).

Tina Rossmann (T_7, 13-16) macht deutlich, dass diese Lösung, sofern eine Fremdunterbringung des Kindes notwendig ist, besonders *bindungssicher* ist, da die Eltern wissen „wie der Pate tickt und wie das abläuft und dass der wertschätzend ist und dass der das Kind auch wieder zurückbringt.“ Ein Ziel in der Begleitung der erkrankten Mütter beziehungsweise Väter und ihrer Kinder besteht darin, ein Netzwerk aufzubauen, welches diese in Krisensituationen auffangen kann, dort „wo normalerweise dann eben große Bindungstraumen entstehen könnten“ (T_8, 5-6).

Öffentlichkeitsarbeit ist, wie schon einleitend erwähnt, eine wesentliche Aufgabe des Vereins und daher sei es, wie Tina Rossmann (T_11, 19-21) abschließend erzählt, besonders schön, dass es immer wieder Betroffene und Angehörige gibt, „die mutig sind und sich trauen, für uns auch und mit uns gemeinsam an die Öffentlichkeit zu gehen, weil ... die Öffentlichkeit immer auch Personen und Gesichter braucht.“

7.4 Zwischenfazit des empirischen Teils

Dieses Kapitel beinhaltet eine Zusammenfassung der im empirischen Teil herausgearbeiteten Ergebnisse, mit Schwerpunkt auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede der drei vorgestellten Vereine, welche im Rahmen der Expertinneninterviews sichtbar wurden.

In Bezug auf die Gestaltung der Beratung und Begleitung der Familien besteht der größte Unterschied im Setting der drei vorgestellten Angebote. Während bei „Kipke“ die Beratung der ganzen Familie im Zentrum steht, arbeitet das Team von „Verrückte Kindheit“ primär mit Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren alleine und es werden nur in Ausnahmefällen auch die Eltern hinzugezogen. Bei „JoJo“ in Salzburg steht wie bei „Kipke“ eine gesamtfamiliäre Begleitung im Zentrum, die vor allem bei Babys und Kleinkindern auch bei den Familien zu Hause angeboten wird. Bestätigend auf meine Fragestellung, ob der Zugang bei „Kipke“ und „Verrückte Kindheit“ somit unterschiedlich sei, meint Silvia Franzelin (F_3, 24-25): „Ja, also da haben wir eine andere Herangehensweise ... Es geht eigentlich schon vielmehr darum, da Platz und Raum den Angehörigen zu geben.“

Die Inanspruchnahme einer Beratung ist bei allen drei Angeboten ohne Zuweisung (zum Beispiel von einem Arzt oder Psychiater) möglich.

„Nein, sie brauchen keine Zuweisung. Sie rufen hier an in der Beratungsstelle und es ist für jeden zugänglich, das heißt, es können Jugendliche ab 12 Jahren schon zu uns [HPE] ohne Einverständnis der Eltern kommen“ (F_2, 30-32).

Die Programme von „Kipke“ und „Verrückte Kindheit“ sind komplett kostenfrei. „JoJo“ in Salzburg war dies bis jetzt auch, ab 2019 wird der Verein jedoch mit dem Vorteil, so mehr Plätze anbieten zu können, einen geringen Beitrag für die Beratung und Begleitung der Familien verlangen. Weiters ist es allen drei Institutionen sehr wichtig, Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben und infolgedessen auch Förderer, die die Projekte finanzieren, zu finden. Ziel ist es, die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auf einer Ebene mit der physischen zu betrachten und auch dementsprechend Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder psychisch erkrankter Eltern anbieten zu können. Wie Sandra Anders (S_7, 23-27) deutlich macht, ist es teilweise immer noch schwierig, dass Klienten und Klientinnen den Weg zu „Kipke“ finden, obwohl sich das Angebot in den letzten Jahren sehr gut etabliert hat. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit und mit den Stimmen von Angehörigen, Betroffenen und den ExpertInnen selbst soll auch deutlich gemacht werden, dass selbst kleine Kinder mitbekommen, was innerfamiliär passiert, wenn die Mutter oder der Vater psychisch erkrankt. Tina Rossmann (T_8, 23-25) meint hierzu, dass bis heute „viele Erwachsene ... auch einfach davon aus[gehen], ... dass die Kinder das ohnehin nicht mitkriegen.“

„Einerseits sagen wir immer, Kinder kriegen viel mehr mit, als wir glauben, und andererseits besteht dann immer die Hoffnung in dubiosen Situationen, sie mögen es wohl nicht mitkriegen, also brauchen wir mit ihnen nicht darüber reden“ (T_8, 25-28).

Vor allem in Bezug auf Psychosen wie eine Schizophrenie meint Silvia Franzelin (F_9, 2-4): „Es werden auch viele wissenschaftliche Artikel darüber geschrieben, aber es ist schon immer noch ein Tabuthema.“ Um das Tabu ein Stück weit zu brechen, werden auch beim Verein „Verrückte Kindheit“ öffentliche Vorträge von Angehörigen, die ihre eigene Situation schildern und so einen Einblick in ihr Erleben ermöglichen, sehr wertgeschätzt.

Trotz einzelner Unterschiede sind die Zielsetzungen bei allen drei Vereinen ähnlich. Ziel ist es, dass Kinder sich trotz einer Psychose eines oder beider Elternteile nicht so stark belastet fühlen, dass sie in ihrer Entwicklung beeinträchtigt werden und selbst erkranken. Es geht in der Beratung und Begleitung zentral darum, „den Kindern Gehör zu verschaffen“, wie Tina Rossmann vom Verein „JoJo“ betont (T_8, 28-29) und mit den Worten von Sandra Anders

(S_2, 28-29) gesagt, dem Tabu, über die elterliche Erkrankung zu sprechen, „eine Sprecherlaubnis entgegenzustellen.“

Je früher eine Intervention stattfindet, umso besser stehen die Chancen, dass Kindern mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil eine bestmögliche Entwicklung ermöglicht wird. Eine auf die individuelle Situation und das Alter angepasste Unterstützung wirkt sich positiv auf Kinder aus und begünstigt den Zusammenhalt innerhalb der Familie.

8 Zusammenführung und Diskussion der Ergebnisse

Im theoretischen Teil der vorliegenden Masterarbeit wurde das Krankheitsbild der Schizophrenie sowie die Bindungs- und Mentalisierungstheorie anhand ausgewählter Autoren und Autorinnen beschrieben, um einen Zusammenhang zwischen einer elterlichen Schizophrenie und der Bindungsqualität sowie Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit des Kindes herstellen zu können. Belastungen, die für das Kind in Folge einer schizophrenen Erkrankung der primären Bezugsperson auftreten, können mithilfe verschiedener Ressourcen sowie unterschiedlicher Unterstützungsangebote besser bewältigt werden. Die Frage, welche Belastungen konkret entstehen, wurde mithilfe der Literatur beantwortet und die Ergebnisse konnten mit dem Expertinnenwissen, welches durch die drei Interviews gewonnen wurde, illustrierend und differenzierend ausgeweitet werden. Die Erkenntnisse sollen nachfolgend zusammengeführt und diskutiert werden.

Es kann festgehalten werden, dass der Verlauf einer Schizophrenie sowie der Zeitpunkt der Erkrankung von Person zu Person verschieden ist. Zudem ist jede Familienkonstellation individuell unterschiedlich. ExpertInnen betonen, dass die Folgen einer elterlichen Schizophrenie für die Entwicklung des Kindes davon abhängig sind, in welcher Entwicklungsstufe sich das Kind zum Zeitpunkt der Erkrankung des Elternteils befindet. Brisch (2008, 90) betont, dass die emotionale Bindung an eine primäre Bezugsperson bei Säuglingen während ihres ersten Lebensjahres entsteht, daher ist es von wesentlicher Bedeutung, dass in dieser Zeit eine gesunde Bezugsperson vorhanden ist, die feinfühlig auf Gefühlsäußerungen und Bedürfnisse des Kindes reagiert. Dieser Aspekt ließ sich sowohl in der Literatur mehrfach finden als auch durch das Expertinnenwissen bestätigen. So beschreibt zum Beispiel Ainsworth (2003; zit. nach Brisch 2017, 45) Feinfühligkeit zwischen der Bezugsperson und dem Kind als essenziellen Bestandteil einer gesunden Entwicklung des Kindes. Im Rahmen der *Bindungsstörung mit Rollenumkehrung* kommt es zu einer einseitigen Feinfühligkeit, die das Kind gegenüber der Mutter oder dem Vater empfindet, welche jedoch nicht erwidert wird (Brisch 2017, 108). Die Expertin Silvia Franzelin bestätigt dazu, dass Personen in akuten schizophrenen Phasen oft „ein emotionales Nicht-Vorhandensein“ aufweisen (F_4, 20-24). Sie beschreibt eine mangelnde Mentalisierungsfähigkeit der Mutter in psychotischen Phasen als besonders erschwerend für die Interaktion zwischen Mutter und Kind. Als Beispiel nennt sie falschen Blickkontakt oder unzureichenden Körperkontakt mit dem Baby. Das stützt auch die aus der Literatur gewonnene These, dass ein nicht-mentalisiertes elterliches Verhalten, wie

zum Beispiel ein Lachen, wenn das Kind weint, mit einem besonders hohen Risiko einhergeht, dass Kinder später selbst eine psychische Erkrankung entwickeln (Allen u.a. 2011; zit. nach Schulz-Venrath 2015, 114).

Können Eltern aufgrund einer schizophrenen Erkrankung die Rolle der emotionalen Bezugsperson nicht übernehmen, muss danach gefragt werden, wo und auf welche Weise das Kind eine solche emotionale Zuwendung erhalten kann. Die drei vorgestellten Vereine bieten unterschiedliche Formen von Beratung, Begleitung und Förderung an. Die Differenzen in den Settings können als Chance gesehen werden, individuelle Wünsche und Bedürfnisse der Kinder und des erkrankten sowie gesunden Elternteils abzudecken.

Besonders schwierig für Kleinkinder ist es, die schizophrenen Symptome der erkrankten Bezugsperson richtig zu deuten. Dimova und Pretis (2016, 147) beschreiben, dass Kinder oft Schwierigkeiten haben, im Rahmen von Wahnvorstellungen des erkrankten Elternteils, Gehörtes in die eigene Vorstellungswelt zu integrieren. Die Expertin Silvia Franzelin von der HPE nennt hier als wesentlichen Faktor ein *Korrektiv*, das heißt eine Person, die vorhanden sein soll, um dem Kind oder Jugendlichen zu erklären, welche Äußerungen oder Verhaltensmuster des erkrankten Elternteils Bestandteil der Psychose sind. So kann dem Kind Angst genommen werden, indem es zwischen Realität und schizophrener Symptomatik unterscheiden lernt.

Bei oben genanntem, von Brisch (2017, 108) definierten, pathologischen *Bindungsverhalten mit Rollenumkehrung*, wird dem Kind die Möglichkeit genommen, seinem Alter entsprechende Erfahrungen zu machen, weil es im Rahmen einer *Parentifizierung* oft zu einer Übernahme von elterlichen Aufgaben kommt. Zudem besteht laut Brisch (2017, ebd.) bei diesem Bindungsverhalten aufseiten des Kindes große Angst vor Verlust der Bindungsperson und aufgrund dieser Furcht wird das Verantwortungsgefühl gegenüber den Eltern noch einmal verstärkt. Solch eine *Parentifizierung* wird in der Literatur als großer Risikofaktor für die kindliche Entwicklung gesehen. Die von Jungbauer u.a. (2011c, 299ff.) durchgeführten Studie kam zu dem Ergebnis, dass eine Rollenumkehrung infolge von Unberechenbarkeit und Wesensveränderung der Eltern sehr häufig vorkommt. Auch Roedenbeck (2016, 121) bemerkt kritisch, dass oft die Annahme vertreten werde, dass ein gesunder Elternteil ausreichend sei, um die innerfamiliäre Situation auszugleichen, indem sie erläutert, dass die Diagnose Schizophrenie sehr häufig auch für diesen eine große Belastung darstellt. Oft ist es dem gesunden Elternteil somit nicht möglich, das Kind ausreichend zu versorgen, und es kommt wiederum häufig zur Übernahme der Verantwortung durch das Kind oder die Kinder. Die

Expertin Silvia Franzelin bestätigt diese These und verweist auf eine Intervention durch die „Kinder- und Jugendhilfe“ als hilfreiche Ressource in einem solchen Fall. Sie betont, dass ihr Verein zwar nicht die Verpflichtung hätte, mit anderen Einrichtungen in Kontakt zu treten, aber „wenn es eine Kindeswohlgefährdung gibt, dann machen wir [der Verein HPE] das natürlich schon.“ (F_7, 10-11)

Im Theorieteil wurde mit Rückgriff auf die Literatur herausgearbeitet, dass Schuld- und Schamgefühle aufseiten der Kinder vor allem dann vorhanden sind, wenn die elterliche Erkrankung nicht benannt oder verstanden wird. Dies führt oft zu Angst und Unsicherheit und der Frage, wie das Umfeld reagieren würde. So stellen Jungbauer u.a. (2011a, 14) stellen durch Befragungen fest, dass bei Kindern Schuld- und Schamgefühle dann dominieren, wenn mit ihnen nicht über die elterliche Schizophrenie gesprochen wird. Oft trauen sich diese nicht, Außenstehenden etwas darüber zu erzählen und das mangelnde Informieren von Freunden sowie ExpertInnen führt dazu, dass frühzeitige Hilfe nicht stattfinden kann. Wie durch das Gespräch mit Sandra Anders deutlich wurde, sind aber *auch* bei Eltern oft Schuld- und Schamgefühle vorhanden, wenn diese in der Beratung oder Therapie auf ihre persönliche, familiäre Situation angesprochen werden, „weil es dann um Versagen geht oder um was falsch machen oder um Sorgeverlust und solche Dinge“ (S_1, 25-26). Daher stehen bei einer Beratung im Rahmen von „Kipke“ Gespräche und Begleitung der gesamten Familie im Mittelpunkt.

Entwicklungsförderung, zu der Maßnahmen wie Beratung zählen, ist ein zentraler bildungswissenschaftlicher Ansatz, weil Entwicklungsrisiken von Kindern durch einen wissenden Umgang von Frühförderern und Frühförderinnen entgegengewirkt werden kann. Je besser es Eltern möglich ist, die Gefühlslage ihrer Kinder zu verstehen, umso eher können förderliche Beziehungserfahrungen stattfinden (Datler, Messerer 2006, 135). Aufgrund der Erkrankung ist es den Betroffenen jedoch häufig nicht möglich, ihren Kindern positive Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. Indem das Krankheitsbild der Schizophrenie zudem in vielen Kreisen immer noch tabuisiert ist, trauen sich erkrankte Mütter oder Väter oft nicht, mit ihren Kindern darüber zu sprechen oder die Familiensituation in Therapie oder Beratung zum Thema zu machen.

„Leider verschweigen viele Eltern ihren Kindern auch heute noch, was los ist. Auch wenn inzwischen viele Menschen zur Therapie gehen – psychische Erkrankungen sind immer noch ein Tabu“ (Roedenbeck 2016, 118).

Die Expertin Silvia Franzelin merkt hierzu an, dass trotz vieler wissenschaftlicher Artikel, die über das Thema verfasst wurden, das Tabu immer noch bestehe (F_9, 2-4). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass es neben dem Verfassen von wissenschaftlichen Arbeiten und Artikeln, auch notwendig ist, das Tabu rund um psychische Erkrankungen zu brechen und die Gesellschaft dahingehend zu sensibilisieren. Des Weiteren erscheint es notwendig, Entwicklungsförderung und damit einhergehende Maßnahmen weiter zu etablieren und diese in diverse Disziplinen, wie in jene der Bildungswissenschaft, zu integrieren.

9 (Persönliches) Resümee und Ausblick

Eine Schizophrenie ist für Betroffene keine leichte Diagnose. Die Erkrankung wirkt sich auf deren aktuelle Lebenssituation aus und bringt verschiedene Belastungen für die Erkrankten mit sich. Jedoch hat diese psychische Erkrankung immer auch Auswirkungen auf die nahen Angehörigen, wie Partner oder Partnerin, Eltern sowie und vor allem auf die eigenen Kinder. Der zwischenmenschliche Umgang kann nicht mehr wie gewohnt stattfinden und es kommt häufig zu einem Wegfall einer stärkenden und stützenden Bezugsperson für das Kind. Mit dieser Masterarbeit wurde das Ziel verfolgt, aus der elterlichen Erkrankung resultierende Belastungen aufzuzeigen und deren Folgen für das Bindungsverhalten zwischen Eltern und ihrem Kind deutlich zu machen. Es konnte festgestellt werden, dass sowohl in Bezug auf das Bindungsverhalten als auch die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit betreffend große Risiken bestehen, wenn es dem Kind an Ressourcen mangelt. Umso zentraler erschien vor dem Hintergrund die Frage nach pädagogischen Hilfsangeboten.

Ziel ist es, die vorhandenen Ressourcen der Kinder zu fördern, Resilienzfaktoren herauszuarbeiten sowie darauf zu achten, dass eine gesunde Bezugsperson und im Notfall ein Netzwerk vorhanden ist, welches das Kind auffängt, wenn Vater oder Mutter aufgrund der Erkrankung physisch und/oder psychisch nicht verfügbar sind. Die elterliche Erkrankung soll thematisiert werden, damit in weiterer Folge Fragen der Kinder diesbezüglich beantwortet werden können.

Eine elterliche Schizophrenie stellt zwar ein erhebliches Risiko dar, dass Kinder ein unsicheres Bindungsverhalten entwickeln und sie aufgrund eines nicht-mentalisierenden Verhaltens der Mutter oder des Vaters Schwierigkeiten haben, selbst auf Affektäußerungen des Umfelds emotional zu reagieren, es kann aber, wie es die Pädagogin und Psychologin Silvia Franzelin auch regelmäßig erlebt, durch entsprechende Unterstützung dieser Kinder die gesamte Familiensituation zum Besseren verändert werden (F_14, 6-8). Aus diesem Grund ist es wichtig, Kindern mit einem Elternteil, der an einer schweren Psychose wie der Schizophrenie erkrankt ist, Aufmerksamkeit und Gehör zu schenken und das Thema schrittweise zu enttabuisieren.

Zentral ist hierbei, dass bewusst gemacht wird, dass Schizophrenie weder ein Schicksal ist, das von den Betroffenen einfach hingenommen werden muss, noch etwas, über das nicht gesprochen werden darf. Kann ein Baby oder Kleinkind noch nicht selbst sprechen und in

Entscheidungen mit einbezogen werden, liegt die Verantwortung umso mehr bei gesunden Personen im direkten Umfeld. Sicherheit, Schutz und physische sowie emotionale Verfügbarkeit von Bezugspersonen sind Dinge, die für eine gesunde Bindungsentwicklung jedes Kindes essenziell sind. Je weniger davon vorhanden sind, desto schwieriger erscheint es, dass die frühkindliche sowie die spätere Entwicklung ohne Traumatisierungen oder andere Erkrankungen verläuft. Mithilfe von ressourcenfördernden Unterstützungsangeboten besteht jedoch die Hoffnung, Kindern trotz der Herausforderungen, welche die elterliche Diagnose mit sich bringt, eine bestmögliche Entwicklung zu ermöglichen.

Vor dem Hintergrund meiner eigenen Erfahrungen möchte ich mit einem abschließenden Schlusswort die Notwendigkeit von Unterstützung noch einmal verdeutlichen. Das Interesse am Thema dieser Masterarbeit ist unter anderem persönlichen Ursprungs, da ich selbst, zusammen mit meinen vier Geschwistern, mit einer Mutter aufgewachsen bin, die im Laufe ihres Lebens an einer Schizophrenie erkrankt ist. Ich hatte zum einen den Vorteil, dass ich zu diesem Zeitpunkt bereits 15 Jahre alt war und zum anderen den, dass ich nicht alleine in der Familie war. Abgesehen davon gab es jedoch nichts, was die damalige Situation leichter für meine Geschwister und mich gemacht hat. Ich kam zudem schon viel früher in Kontakt mit psychotischen Symptomen, auch wenn ich sie zu diesem Zeitpunkt noch nicht als solche benennen konnte. Dem psychischen Zustand meines Vaters wurde nie ein Name gegeben, was es noch leichter machte, darüber zu schweigen. So konnte auch er uns zum Zeitpunkt der Erkrankung meiner Mutter nicht das geben, was uns abging. Die Verantwortung, die ich für die restlichen Familienmitglieder fühlte, zusammen mit jener, die ich vielleicht tatsächlich hatte, führte zu Gefühlen wie Hilflosigkeit und Angst, aber auch Abwehr und Wut darauf, dass keine gesunde, erwachsene Person intervenierte.

Schizophrenie war und ist keine Erkrankung, über die man als Teenager in der Pause gerne mit seinen Freunden und Freundinnen spricht. Wenn jemand sich ein bisschen „verrückt“ verhielt, hieß es bei uns im Klassenzimmer oft spaßhalber „Du kommst nach (Name der psychiatrischen Einrichtung).“ Dann wurde meine Mutter eben dorthin eingewiesen. Ich hätte mir damals und rückblickend mehr Unterstützung gewünscht. Innerfamiliär von gesunden Verwandten, aber auch außerfamiliär von Autoritätspersonen. Ich weiß aber auch, dass es nicht immer leicht ist, diese Unterstützung zu bekommen, wenn über die Erkrankung geschwiegen wird oder im Falle, dass man sie bekommt, diese auch anzunehmen.

Als ich das Buch von Heitmann und Lenzbauer las, in dem Erwachsene ihre Kindheit und Jugend mit psychisch erkrankten Eltern schildern, war ich erstaunt, wie oft ich nahezu meine exakten Gedanken und Worte darin wiederfand.

„Was uns geholfen hätte ... wir hätten jemanden gebraucht, auf den Verlass ist. Jemanden, der uns wirklich ernst nimmt, der uns abnimmt den Arzt anzurufen, zum Ordnungsamt zu fahren und die Einweisung zu organisieren ... auch unsere Mutter hätte all das entlastet und es hätte ihr geholfen (Dagmar, 64, Tochter einer an Schizophrenie erkrankten Mutter, aus: Heitmann, Jungbauer 2018, 118).

Dass meine Mutter und mein Vater nicht gesund sind, ist für mich, wenn ich mir ihre Vergangenheit und Lebensgeschichte ansehe, nicht verwunderlich, das Wissen darüber hat es aber nie einfacher gemacht. Ich bin dankbar für die Menschen, die damals und auch heute für mich da waren und sind und mir Verständnis entgegenbrachten, wenn ich von meiner schwierigen Familiensituation erzählte. Manchmal wünsche ich mir für meine Mutter auch rückblickend mehr Menschen, die ihr genau die Liebe zurückgeben, die sie immer versucht hat zu geben. Zum Abschluss möchte ich noch sagen, dass es in Ordnung ist, sich *einzumischen*, wenn es dabei um das Wohl eines Kindes geht. Für Kinder Dinge an- und auszusprechen ist der erste Schritt, um bewusst zu machen, dass etwas nicht in Ordnung ist und dass Hilfe nötig ist.

10 Literaturverzeichnis

- Ahnert, L. (Hrsg.) (2014): Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. Ernst Reinhardt Verlag: München, 3. Aufl.
- Alanen, Y. O. (2000): Schizophrenie und Psychotherapie. Die Behandlung schizophrener Störungen mit einer Kombination aus systemischer und psychoanalytisch orientierter Psychotherapie. In: Psychotherapeut 45 (Heft 4), S. 214-222.
- Ameln, F. von, Willemse, J. (2018): Theorie und Praxis des systemischen Ansatzes. Die Systemtheorie Watzlawicks und Luhmanns verständlich erklärt. Springer-Verlag: Berlin Heidelberg.
- Arora, S. (2017): Schizophrenie: Sich mit anderen wieder wohlfühlen. URL: <https://derstandard.at/2000053547826/Schizophrenie-Sich-mit-anderen-wieder-wohlfuehlen> (20.02.2019).
- Barnow, S. (2008): Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlung. Verlag Hans Huber: Bern.
- Baubin, V. (2009): Verrückte Kindheit: Informationen für Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern. HPE Niederösterreich: Linz.
- Beitler, H., Beitler, H. (2008): Zusammen wachsen: Psychose, Partnerschaft und Familie. Balance Buch + Medien Verlag: Bonn.
- Brisch, K. H. (2008): Bindung und Umgang. In: Deutscher Familiengerichtstag (Hrsg.): Siebzehnter Deutscher Familiengerichtstag vom 12. bis 15. September 2007 in Brühl. Band 15. Verlag Giesecking: Bielefeld, S. 89-136.
- Brisch, K. H. (2014): Säuglings- und Kleinkindalter. Klett-Cotta: Stuttgart.
- Brisch, K. H. (2015): Bindungsstörungen und Trauma. In: Brisch, K. H., Hellbrügge, T. (Hrsg.): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Klett-Cotta; Stuttgart, 5. Aufl., S. 105-135.
- Brisch, K. H. (2017): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Klett-Cotta: Stuttgart, 14. Aufl.
- Brisch, K. H. u.a. (2018): Bindungsstörungen. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 166 (Heft 6), S. 533-544.
- Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (2014): Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung. Springer VS: Wiesbaden.
- Brockmann, J., Kirsch, H. (2010): Konzept der Mentalisierung. Relevanz für die psychotherapeutische Behandlung. In: Psychotherapeut 55 (Heft 4), S. 279-290.
- Brockmann, J., Kirsch, H. (2015): Mentalisieren in der Psychotherapie. In: Psychotherapeutenjournal 1, S. 13-22.
- Caspar, F., Pjanic, I., Westermann S. (2018): Klinische Psychologie. Springer VS: Wiesbaden.
- Datler, W. (2003): Ist Bindungstheorie von psychoanalytischer Relevanz? Über unmittelbare und mittelbare Folgen der Bindungsforschung für Psychoanalytische Pädagogik. In: Finger-Trescher, U., Krebs, H. (Hrsg.): Bindungsstörungen und Entwicklungschancen. Psychosozial-Verlag: Gießen. S. 71-108.
- Datler, W., Messerer, K. (2006): Beratung im Kontext von Frühförderung und Familienbegleitung. In: Schnoor, H. C. (Hrsg.): Psychosoziale Beratung in der Sozial- und Rehabilitationspädagogik, Stuttgart: Kohlhammer.

- Datler, W., Wininger, M. (2014): Psychoanalytische Zugänge zur frühen Kindheit. In: Ahnert, L. (Hrsg.): Theorien in der Entwicklungspsychologie. Springer-Verlag: Berlin Heidelberg, S. 354-379.
- Dimova, A., Pretis, M. (2016): Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern. Ernst Reinhardt Verlag: München, Basel, 3. überarbeitete Aufl.
- Dresing, T., Pehl, T. (2015): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. Eigenverlag: Marburg, 6. Aufl.
- Dörr, u.a. (2013): Psychoanalyse und die Pädagogik der frühen Kindheit: Zur Einführung in den Band. In: Dörr, u.a. (Hrsg.): Psychoanalytische Pädagogik und frühe Kindheit. Budrich: Opladen, 7-22.
- Felsberger, H., Sachs, G. (2013): Mentalisierungsbasierte Psychotherapie bei schizophrenen Psychosen. In: Psychotherapeut 58 (Heft 4), S. 339-343.
- Fingerle, M., Opp, G. (2008): Erziehung zwischen Risiko und Protektion. In: Fingerle, M., Opp, G. (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. Ernst Reinhardt Verlag: München, 3. Aufl., S. 7-18.
- Finzen, A. (2016): Schizophrenie. Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen. Psychiatrie Verlag: Köln, 2. Aufl.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. u.a. (2018): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Klett-Cotta: Stuttgart, 6. Aufl.
- Gloger-Tippelt, G. (2014): Individuelle Unterschiede in der Bindung und Möglichkeiten ihrer Erhebung bei Kindern. In: Ahnert, L. (Hrsg.): Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. Ernst Reinhardt Verlag: München, 3. Aufl., S. 82-109.
- Göppel (2013): Von der „Neurosenprophylaxe“ zur „Synapsenpflege“? Die Einflüsse der Hirnforschung auf die Pädagogik der frühen Kindheit. In: Dörr, M. u.a. (Hrsg.): Psychoanalytische Pädagogik und frühe Kindheit. Budrich: Opladen, 39-74.
- Grossmann, K. E. (2014): Theoretische und historische Perspektiven der Bindungsforschung. In: Ahnert, L. (Hrsg.): Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. Ernst Reinhardt Verlag: München, 3. Aufl., S. 21-41.
- Grossmann, K. E., Grossmann K. (Hrsg.) (2017): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Klett-Cotta: Stuttgart, 5. Aufl.
- Gumley, A., Read, J. (2014): Bindungstheorie und Psychose. In: Brisch, K. H., Hellbrügge, T. (Hrsg.): Wege zur sicheren Bindung in Familie und Gesellschaft. Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie. Klett-Cotta: Stuttgart, S. 237-278, 2. Aufl.
- Häfner, H. (2017): Das Rätsel Schizophrenie: Eine Krankheit wird entschlüsselt. Verlag C. H. Beck: München. 4. Aufl.
- Heitmann, K., Jungbauer, J. (Hrsg.) (2018): Unsichtbare Narben. Erwachsene Kinder psychisch erkrankter Eltern berichten. Balance Verlag: Köln.
- Herrmann, B. (2005): Vernachlässigung und emotionale Misshandlung von Kindern und Jugendlichen. In: Kinder und Jugendarzt 36 (Heft 6), S. 1-7.
- HPE Österreich, Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter (Hrsg.) (2007): Darüber reden können. Eine Informationsbroschüre für Angehörige und Freunde psychisch erkrankter Menschen. Druckerei Buschek: Waidhofen/Thaya, 2. Aufl.

- Jungbauer, J., Kinzel-Senkbeil, J., Kühn, J. u.a. (2011a): Familien mit einem schizophren erkrankten Elternteil: Ergebnisse einer fallrekonstruktiven Familienstudie. In: Zeitschrift für Familienforschung 23 (Heft 1), S. 57-76.
- Jungbauer, J., Kuhn, J., Lenz, A. u.a. (2011b): Individuelles und gemeinsames Coping in Familien mit schizophren erkrankten Eltern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 60 (Heft 3), S. 171-191.
- Jungbauer, J., Kuhn, J., Lenz, A. (2011c): Stressbewältigung bei Kindern schizophren erkrankter Eltern. In: Lenz, A., Mattejat, F., Wiegand-Grefe, S. (Hrsg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen, S. 299-314.
- Krettenauer, T. (2014): Der Entwicklungsbegriff in der Psychologie. In: Ahnert, L. (Hrsg.): Theorien in der Entwicklungspsychologie. Springer-Verlag: Berlin Heidelberg, S. 2-22.
- Kuhn, J., Lenz, A. (2011): Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über die Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In: Lenz, A., Mattejat, F., Wiegand-Grefe, S. (Hrsg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen, S. 269-298.
- Lengning, A., Lüpschen, N. (2012): Bindung. Ernst Reinhardt Verlag: München.
- Lenz, A., Wiegand-Grafe, S. (2017): Kinder psychisch kranker Eltern. Hogrefe Verlag: Göttingen.
- Lohaus, A., Maass, A., Vierhaus, M. (2010): Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Springer-Verlag: Berlin Heidelberg.
- Lukach, M. (2018): Abgedreht – Meine Frau, unsere Liebe und die Psychose. Fischer Taschenbuch: Frankfurt am Main.
- Matakas, F. (2008): Zur Behandelbarkeit der Schizophrenie. In: Psyche – Z Psychoanal 62, S. 735-770.
- Meuser, M., Nagel, U. (2003): Das Experteninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Frebertshäuser, B., Prengel, A. (Hrsg.): Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Juventa: Weinheim München, S. 481-491.
- Paulzen, M., Schneider, F. (2014): Schizophrenie und andere psychotische Störungen im DSM-5. Zusammenfassung und Änderungen gegenüber DSM-IV. In: Nervenarzt 85 (Heft 5), S. 533-542.
- Plattner, A. (Hrsg.) (2017): Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern richtig einschätzen und fördern. Ernst Reinhardt Verlag: München.
- PSZ GmbH & Caritas St. Pölten (Hrsg.) (2017): Kipke: Beratung von Kindern mit psychisch kranken Eltern. Jahresbericht 2017.
- Riedesser, P. (2015): Entwicklungspsychopathologie von Kindern mit traumatischen Erfahrungen. In: Brisch, K. H., Hellbrügge, T. (Hrsg.): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Klett-Cotta: Stuttgart, 5. Aufl., 160-171.
- Rittmannsberger, H., Wancata, J. (2009): Österreichischer Schizophreniebericht 2008. Bundesministerium für Gesundheit: Wien.
- Roedenbeck, M. (2016): Kindheit im Schatten: Wenn Eltern krank sind und Kinder stark sein müssen. CH Links Verlag: Berlin.

- Scheuerer-Englisch, H. (2014): „Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit“ und Folgerungen für die Praxis der Jugendhilfe. In: Aktion Kontakte (Heft 2), S. 26-31.
- Schmücker-Schüßler, G. (2014): Postnatale Erkrankung von Müttern und deren psychotherapeutische Behandlung. In: Psychologie in Österreich 5, S. 322-331.
- Schultz-Venrath, U. (2015): Lehrbuch Mentalisieren: Psychotherapien wirksam gestalten. Klett-Cotta: Stuttgart, 3. überarbeitete Aufl.
- Strauß, B. (2014): Bindung. Psychosozial-Verlag: Gießen.
- Taubner, S. (2015a): Konzept Mentalisieren: Eine Einführung in Forschung und Praxis. Psychosozial-Verlag: Gießen.
- Taubner, S. (2015b): Kernmodell der Mentalisierungsbasierten Therapie. In: Psychotherapeut 60 (Heft 2), S. 169-184.
- Verein JoJo – Kindheit im Schatten (Hrsg.): Factsheet. URL: https://www.jojo.or.at/fileadmin/user_upload/jojo/Factsheet_JoJo.pdf (20.02.2019a).
- Verein JoJo – Kindheit im Schatten (Hrsg.): Backgrounder. URL: https://www.jojo.or.at/fileadmin/user_upload/jojo/Backgrounder.pdf (20.02.2019b).
- Zulauf-Logoz, M. (2014): Die Desorganisation der frühen Bindung und ihre Konsequenzen. In: Ahnert, L. (Hrsg.): Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. Ernst Reinhardt Verlag: München, 3. Aufl., S. 297-312.

Anhang

Leitfaden für das Expertinneninterview mit Sandra Anders (PSZ / „Kipke“) vom 15.11.2018

1. Seit wann gibt es das Projekt „Kipke“ (= Beratung von Kindern psychisch kranker Eltern)?
2. Wo sehen Sie die zentralen Aufgaben des Vereins?
3. Für wen ist eine Beratung in Ihrem Verein möglich (vor allem in Hinblick auf die Kosten)?
4. Wie unterscheidet sich die Beratung eines Babys und Kleinkinds zusammen mit dessen erkrankten sowie gesunden Elternteils, von jener eines Schulkinds bzw. Jugendlichen? Gibt es hier Unterschiede im Unterstützungsangebot?
5. Welches Risiko sehen Sie besonders in Bezug auf die Entwicklung/das Aufwachsen von Kindern, deren Eltern(teil) an einer Psychose, und speziell einer Schizophrenie, leidet?
6. Welche Schwierigkeiten können in Bezug auf die Thematisierung einer elterlichen Schizophrenie im Rahmen der Beratung auftreten?
7. Wo sehen Sie, in Bezug auf das Unterstützungsangebot von Kindern psychisch erkrankter Eltern, die größten Veränderungen und Fortschritte der letzten Jahre?
8. Welche Ziele stehen im Mittelpunkt einer Beratung bei Kipke?
9. Auf der Webseite kann man lesen, dass Berater und Beraterinnen von Kipke mit anderen Einrichtungen und Institutionen zusammenarbeiten. Wie sieht eine solche interdisziplinäre Zusammenarbeit genau aus?
10. Was ist das Schwierigste an ihrer Arbeit?
11. Was ist das Schöne an Ihrer Arbeit?
12. Haben Sie Wünsche für die Zukunft des Vereins?

Leitfaden für das Expertinneninterview mit Silvia Franzelin (HPE / „Verrückte Kindheit“) vom 11.12.2018

1. Seit wann gibt es das Projekt „Verrückte Kindheit“?
2. Wo sehen Sie die zentralen Aufgaben des Vereins?
3. Für wen ist eine Beratung in Ihrem Verein möglich (vor allem in Hinblick auf die Kosten)?
4. Wie unterscheidet sich die Beratung eines Babys und Kleinkinds zusammen mit dessen erkrankten sowie gesunden Elternteils, von jener eines Schulkinds bzw. Jugendlichen? Gibt es hier Unterschiede im Unterstützungsangebot?

5. Welches Risiko sehen Sie besonders in Bezug auf die Entwicklung/das Aufwachsen von Kindern, deren Eltern(teil) an einer Psychose, und speziell einer Schizophrenie, leidet?
6. Welche Schwierigkeiten können in Bezug auf die Thematisierung einer elterlichen Schizophrenie im Rahmen der Beratung auftreten?
7. Wo sehen Sie, in Bezug auf das Unterstützungsangebot von Kindern psychisch erkrankter Eltern, die größten Veränderungen und Fortschritte der letzten Jahre?
8. Welche Ziele stehen im Mittelpunkt einer Beratung im Rahmen des „Verrückte Kindheit“ – Angebots von der HPE?
9. Arbeitet die HPE mit anderen Institutionen zusammen und falls ja, wie sieht eine solche, interdisziplinäre Zusammenarbeit aus?
10. Was ist das Schwierigste an ihrer Arbeit?
11. Was ist das Schöne an Ihrer Arbeit?
12. Haben Sie Wünsche für die Zukunft des Vereins?

Leitfaden für das Expertinneninterview mit Tina Rossmann (JoJo – Kindheit im Schatten) vom 12.12.2018

1. Wo sehen Sie die zentralen Aufgaben des Vereins „JoJo – Kindheit im Schatten“?
2. Für wen ist eine Beratung in Ihrem Verein möglich (vor allem in Hinblick auf die Kosten)?
3. Auf der Webseite ist zu lesen, dass es das Präventionsprogramm „Willkommen im Leben“, welches sich an psychisch erkrankte Mütter ab der Schwangerschaft bis zum 3. Geburtstag ihres Kindes richtet, seit 2011 gibt. Wie ist es dazu gekommen, ein solches Angebot anzubieten?
4. Wo gibt es Gemeinsamkeiten, und wo Unterschiede, in den vier verschiedenen Präventionsprogrammen?
5. Welches Risiko sehen Sie besonders in Bezug auf die Entwicklung/das Aufwachsen von Kindern, deren Eltern(teil) an einer Psychose, und speziell einer Schizophrenie, leidet?
6. Welche Schwierigkeiten können in Bezug auf die Thematisierung einer elterlichen Schizophrenie im Rahmen der Beratung auftreten?
7. Wo sehen Sie, in Bezug auf das Unterstützungsangebot von Kindern psychisch erkrankter Eltern, die größten Veränderungen und Fortschritte der letzten Jahre?
8. Welche Ziele stehen im Mittelpunkt einer Beratung im Rahmen der Präventionsprogramme von JoJo, und speziell bei „Willkommen im Leben“?

9. Arbeitet der Verein JoJo mit anderen Institutionen zusammen und falls ja, wie sieht eine solche, interdisziplinäre Zusammenarbeit aus?
10. Was ist das Schwierigste an ihrer Arbeit?
11. Was ist das Schöne an Ihrer Arbeit?
12. Haben Sie Wünsche für die Zukunft des Vereins?