

HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst
Hildesheim/Holzmanden/Göttingen
Fakultät Ingenieurwissenschaften und Gesundheit
Gesundheitscampus Göttingen

Bachelorthesis

Kinder depressiv erkrankter Eltern – Wie die Soziale Arbeit betroffene Familien unterstützen kann

Erstbetreuer*in	Prof. Dr. Melanie Misamer
Zweitbetreuer*in	Dipl.-Sozw. Diana Heiman
Name der*des Studierenden	Pinto Dominguez, Cristina
Abgabedatum	19.01.2024

Abstract

Kinder depressiv erkrankter Eltern – Wie die Soziale Arbeit betroffene Familien unterstützen kann

Die depressive Erkrankung eines Elternteils wirkt sich auf das gesamte Familiensystem aus. Das erkrankte Elternteil ist oft emotional weniger leicht zu erreichen und distanzierter gegenüber den Kindern. In der Familie können Konflikte und soziale Isolation auftreten und für die Kinder, Belastungen und Parentifizierung. Außerdem geben sie sich häufig die Schuld an der elterlichen Erkrankung. Auch ist das Risiko für die Kinder erhöht, selbst depressiv zu erkranken oder Kindesmisshandlungen zu erleben. Die Fragestellung, die sich daraus ergab, „Wie kann die Soziale Arbeit Familien mit einem depressiven Elternteil unterstützen?“ sollte über eine systematische Literaturrecherche mit anschließender strukturierter Literaturlauswertung beantwortet werden. Das Ziel war das Herausarbeiten von sozialarbeiterischen Unterstützungsmöglichkeiten für depressiv erkrankte Elternteile und für ihre Kinder und Familien. Als sozialarbeiterische Unterstützungsmöglichkeiten stehen die Leistungen zur Förderung der Familie, die Hilfen zur Erziehung und zielgruppenspezifische Angebote zur Verfügung. Dabei geht es um die Vermeidung und Abwendung von Kindeswohlgefährdungen, die Verbesserung der Erziehungskompetenzen, den Umgang mit den Belastungen und das Etablieren einer Kommunikation über die depressive Erkrankung in der Familie. Schlussfolgernd zeigt sich der Bedarf nach flächendeckenden und niederschwellig zugänglichen, spezifischen Angeboten für depressive Elternteile und ihre Familien, die Relevanz von interprofessioneller Kooperation und die Forderung zur Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen und von Personen, die Hilfen über das Jugendamt bekommen.

Schlüsselwörter: Depression, Soziale Arbeit, Kinder von depressiven Eltern

Abstract

Kinder depressiv erkrankter Eltern – Wie die Soziale Arbeit betroffene Familien unterstützen kann

The depressive illness of one parent has an impact on the entire family system. The ill parent is often less emotionally accessible and more distant towards the children. Conflicts and social isolation of the family can occur, as well as stress and parentification for the children, who often blame themselves for their parent's illness. There is also an increased risk of the children becoming depressed themselves or experiencing child abuse. The question "How can social work support families with a depressed parent?" was to be answered by means of a systematic literature review followed by a structured literature analysis. The aim was to identify social work support options for parents suffering from depression and for their children and families. Social work support options include family support services, help with parenting and target group-specific services. The goal is to prevent and avert threats to the welfare of children, improve parenting skills, deal with stress and establish communication about the depressive illness in the family. In conclusion, there is a need for nationwide and low-threshold access to specific services for depressed parents and their families, the relevance of interprofessional cooperation and the need for destigmatization of mental illnesses and of people, who receive help from child and youth welfare services.

Keywords: depression, social work, children of depressive parents

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Methoden	3
3	Theoretischer Hintergrund	5
3.1	Depression	5
3.2	Besonderheiten von depressiven Eltern	7
3.3	Auswirkungen auf die Kinder von depressiv erkrankten Eltern	11
3.4	Auswirkungen auf die Familie	15
4	Ergebnisse	16
4.1	Relevante Aspekte für die Hilfeplanung	17
4.2	Hilfen für depressiv erkrankte Elternteile	18
4.3	Hilfen für die Kinder	21
4.4	Hilfen für die Familie	23
4.5	Hilfen durch angrenzende Professionen	25
5	Diskussion	27
6	Fazit	33
7	Ausblick	34
8	Literaturverzeichnis	36
	Eidesstattliche Versicherung / Plagiatserklärung	A

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
CHIMPS-NET	Children of mentally ill parents – network
EFFEKT-E	Entwicklungsförderung in Familien: Eltern- und Kinder-Training für Familien mit emotionaler Belastung
GG	Grundgesetz
HAWK	Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst
ICD 10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
LZG	Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
SGB VIII	Achtes Sozialgesetzbuch

1 Einleitung

In Deutschland seien psychische Erkrankungen die drittwichtigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit, wobei ein Drittel der Fehlzeiten aufgrund von Depressionen erklärt werden könne (Radtko, 2023, o.S.). Die Dunkelziffer von Betroffenen könne allerdings deutlich höher ausfallen (ebd.).

Laut dem Deutschland-Barometer habe bereits jeder fünfte Beschäftigte in Deutschland die Diagnose einer Depression erhalten (Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention, o.J.b, o.S.). 23% der Deutschen seien selbst und 37% als Angehörige von Depressionen betroffen (ebd.). Es dauere im Schnitt 20 Monate, bis sich depressiv erkrankte Personen Hilfe suchen (ebd.). Im Jahr 2018 hatten 18,7% der depressiv Erkrankten „Kontakt zu einem spezialisierten Facharzt und 5,1% zu einem psychologischen Psychotherapeuten“ (Stahmeyer et al., 2022, S. 461). 42% bekamen Antidepressiva verordnet und 2,2% wurden stationär therapiert (ebd., S. 461ff.).

Bei Depressionen handele es sich um eine potentiell tödliche Erkrankung, wobei hier der Tod selbst herbeigeführt und gewählt werde (Pröll et al., 2019, S. 28). Im Jahr 2022 starben 68.777 Menschen in Deutschland an psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen und 10.119 Menschen starben an einem Suizid (Statistisches Bundesamt, 2023b, o.S.). 74% der Personen, die sich suizidiert haben waren männlich und 26% weiblich (ebd.). Die am häufigsten gewählte Methode für den Suizid war das Erhängen, Strangulieren oder Erstickten (Statistisches Bundesamt, 2023a, o.S.). Im Vergleich zu den 1980er Jahren haben sich die Todesfälle aufgrund eines Suizides in Deutschland fast halbiert und befinden sich in den letzten zehn Jahren konstant im Bereich zwischen 9.000 und 10.000 Todesfällen pro Jahr (statista.de, 2023, o.S.). Die Anzahl der Suizidversuche läge schätzungsweise 15 bis 20 mal höher, als die vollständig ausgeführten Suizide (Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention, o.J.d, o.S.). Ungefähr 90% der Personen, die an einem Suizid verstarben, waren psychiatrisch erkrankt, am häufigsten an einer Depression (ebd.).

Ungefähr 3,8 Millionen Kinder würden in Deutschland mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufwachsen, davon haben circa 500.000 Kinder

ein depressiv erkranktes Elternteil (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V [LZG], 2021, S. 2). Aufgrund der ungenauen Datenbasis ließe sich nur hochrechnen und schätzen, wie viele Kinder in Deutschland wirklich mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufwachsen (Griepenstroh et al., 2012, S. 28). Fast 50% der Kinder- und Jugendlichen in Kinder- und Jugendpsychiatrien haben, laut Griepenstroh et al., mindestens ein psychisch krankes Elternteil (ebd., S. 29). 50% der psychiatrisch behandelten Erwachsenen seien Mütter und 30% Väter (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016, S. 499). 10 bis 30% der stationär behandelten psychiatrisch erkrankten Erwachsenen haben minderjährige Kinder (Clemens et al., 2018, S. 1262), allerdings würden diese Kinder kaum mitbeachtet werden, wenn ihre Eltern für die Behandlung in den Erwachsenenpsychiatrien sind (ebd., S. 1265).

Statt nur die erkrankten Personen zu beachten, müsse das gesamte Familiensystem betrachtet werden, denn „wenn ein Familienmitglied erkrankt, wirkt sich dies stets auf das gesamte System aus, seine innerfamiliären Beziehungen und die Lebenssituation aller Familienmitglieder“ (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 385). Durch adäquate Unterstützungsangebote könne eine Entstigmatisierung erzielt werden und die Belastungen für betroffene Familien gesenkt werden (Clemens et al., 2018, S.1262). Kinder von depressiv erkrankten Elternteilen könnten emotional durch die elterliche Depression belastet sein, erlebten Überforderung und Überbelastung und neigten dazu sich selbst die Schuld für die Symptomatik ihrer Eltern zuzuschreiben (LZG, 2021, S. 3). Auch die Lebensqualität von Kindern von psychisch erkrankten Eltern sei schlechter, als die von Kindern gesunder Eltern (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016, S. 504). Die Familie könne durch die Erkrankung sozial isoliert werden (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 385) und Konflikte innerhalb der Familie würden begünstigt (Griepenstroh et al., 2012, S. 23).

Wie bereits eben kurz aufgezeigt, kann sich die depressive Erkrankung von einem Elternteil auf die gesamte Familie belastend auswirken. Deshalb soll sich der Fokus dieser Arbeit nicht nur auf die Kinder von depressiv erkrankten Eltern beschränken, sondern auch die erkrankten Elternteile und die Familienangehörigen miteinschließen. Daraus ergibt sich die Fragestellung: „Wie kann die Soziale Arbeit Familien mit einem depressiven Elternteil

unterstützen?“. Das Ziel der Bachelorthesis ist das Herausarbeiten von sozialarbeiterischen Unterstützungs- und Handlungsmöglichkeiten für Familien mit einem depressiven Elternteil. Dafür werden sowohl Unterstützungsmöglichkeiten für die betroffenen Elternteile und für ihre Kinder als auch für die Familie aufgezeigt. Die Belastungen und Risiken sollten für die betroffenen Familien verringert werden und wirksame Unterstützungsmöglichkeiten herausgearbeitet werden. Um dieses Ziel zu erreichen, wird eine systematisch strukturierte Literaturrecherche mit anschließender strukturierter Auswertung der Literatur hinsichtlich der Fragestellung durchgeführt werden.

Die Struktur der Bachelorthesis beinhaltet, nach der Einleitung, im zweiten Kapitel die Methoden, die für diese Bachelorthesis angewendet wurden. Im dritten Kapitel, dem „Theoretischen Hintergrund“ werden zunächst Depressionen definiert und dann auf die Auswirkungen eingegangen, die die Depression eines Elternteils, auf die Familie haben kann, wodurch ein Verständnis für die Problemlage betroffener Familien hergestellt wird. Dabei werden die Auswirkungen separat für die erkrankten Elternteile, die Kinder und die Familie aufgezeigt. Anschließend werden im dritten Kapitel „Ergebnisse“ sozialarbeiterische Hilfen herausgearbeitet, für die betroffenen Eltern, Kinder und deren Familien. Diese Ergebnisse werden dann in dem vierten Kapitel diskutiert und zum Schluss wird im fünften Kapitel ein Fazit gezogen sowie anschließend in dem sechsten Kapitel ein sozialarbeiterischer Ausblick gegeben.

2 Methoden

Um die Fragestellung „Wie kann die Soziale Arbeit Familien mit einem depressiven Elternteil unterstützen?“ zu beantworten, wurde eine dreiteilige systematisch angelegte Literaturrecherche durchgeführt. Die ersten beiden Literaturrecherchen fanden am 14. und 15. Oktober 2023 statt. Die erste Literaturrecherche diente der Vorbereitung auf die Bachelorthesis, indem ein Überblick über das Themenfeld gewonnen und die Fragestellung geschärft werden sollte. Dafür wurde eine Google Suche durchgeführt mit den Suchbegriffen „Erziehung Eltern mit Depression“, „Soziale Arbeit Eltern mit Depression“, „Depression ICD 10“ und „Statistik Depression Deutschland“.

Bei der zweiten Literaturrecherche wurden der Springerlink und Google Scholar als Suchseiten verwendet. Auf der Internetseite des Springerlinks erhielt der Suchbegriff „Erziehung depressive Eltern“ 4.622 Ergebnisse, diese wurden dann nach Titel, Abstract, Inhaltsverzeichnis und Alter ausgewählt. Studien oder Fachbücher älter als 2000 wurden nicht in die Auswahl miteinbezogen, damit die Ergebnisse besser auf die heutige Zeit übertragbar, möglichst aktuell und noch gültig sind. Dieses strukturierte Auswählen der Literatur, nach Relevanz für die Fragestellung, wurde auch mit den anderen Suchbegriffen für den Springerlink angewendet. Die weiteren Suchbegriffe für den Springerlink waren „Unterstützungsmöglichkeiten Eltern mit Depression“, der 784 Ergebnisse aufzeigte, „Erziehungsfähigkeit Eltern mit Depression“, wo 204 Treffer angezeigt wurden und „Hilfen zur Erziehung“ mit 14.342 Ergebnissen. Über Google Scholar erhielt die Suchanfrage „Soziale Arbeit Eltern mit Depression“, gefiltert ab dem Jahr 2000, 47.900 Ergebnisse, welche wie bei der Recherche über den Springerlink ausgewählt wurden, indem Titel, Abstract und Inhaltsverzeichnis auf die Relevanz zur Beantwortung der Fragestellung durchgesehen wurden.

Die dritte Recherche fand vom 12. bis 15.12.2023 statt und beinhaltete sowohl eine Schlagwortsuche als auch eine Literaturrecherche über das Schneeballprinzip. Bei der Schlagwortsuche, unter den gleichen, eben genannten Auswahlkriterien, wurde über den Springerlink mit den Suchbegriffen „erlernte Hilfflosigkeit Depression“ 1.600 Ergebnisse und mit „erlernte Hilfflosigkeit Soziale Arbeit“ 2.207 Ergebnisse gefunden. Durch Verwendung des Schneeballprinzips, wurde die verwendete Literatur des Artikels „Depressive Väter“ von Marinovic und Seiffge-Krenke aus dem Jahr 2016 und die Literatur von „Elterninfo: Depression“, aus dem Jahr 2021 von der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz, herangezogen und auf Relevanz für die Beantwortung der hier zu beantwortenden Fragestellung ausgesucht.

Für die strukturierte Auswertung der Literatur, wurde diese durchgelesen, zusammengefasst und hinterher sortiert nach Relevanz für die einzelnen Kapitel der Bachelorthesis. Um die Fragestellung beantworten zu können, wurde sowohl Literatur zu Eltern mit psychischen Erkrankungen als auch speziell für Eltern mit Depressionen herangezogen.

3 Theoretischer Hintergrund

In dem theoretischen Hintergrund wird zunächst erläutert, was unter einer Depression verstanden wird, danach sollen die Besonderheiten von depressiv erkrankten Elternteilen und die Auswirkungen, die eine elterliche Depression auf die Kinder und die Familie haben kann, aufgezeigt werden.

3.1 Depression

Eine Depression könne einmalig auftreten, episodisch oder auch chronisch verlaufen (Prölß et al., 2019, S. 30). Depressionen gehören zu den affektiven Störungen (icd-code.de, o.J.a, o.S.), welche emotionale Störungen mit entweder sehr starker Trauer oder Hochstimmung seien (Coryell, 2021, o.S.). Depressionen zeichneten sich durch gedrückte Stimmung, Niedergeschlagenheit, Verzweiflung, Interessenverlust, ein Gefühl der inneren Leere und Antriebslosigkeit aus (Heilemann et al., 2018b, o.S.). Die depressive Symptomatik könne den gesamten Organismus betreffen und wichtig zu beachten sei, dass diese psychische Störung, durch Suizid, tödlich verlaufen könne (Prölß et al., 2019, S. 27f.). Zu den weiteren Symptomen zählten Gefühlslosigkeit, ein verringertes Selbstwertgefühl, Motivationsreduzierung, irrationale Schuldgefühle, zielloses Grübeln, Hoffnungslosigkeit und Selbstzweifel, bis hin zu Suizidgedanken (ebd.). Außerdem könnten, auf körperlicher Ebene, Konzentrationsstörungen, Appetitlosigkeit, Schlafstörungen und der Verlust der Libido hinzukommen (ebd.).

Von einer depressiven Episode werde gesprochen, wenn die Symptome, unabhängig von Situationen, länger als zwei Wochen anhalten (ebd., S. 28). Diese Episoden können länger anhaltend sein, zum Teil auch vier bis acht Monate andauern (Heilemann et al., 2018b, o.S.). Depressive Episoden können in leicht, mittelgradig oder schwer unterteilt werden, abhängig von der Anzahl und Schwere der Symptome (icd-code.de, o.J.a, o.S.). Auch spiele bei der Einteilung eine Rolle, ob zusätzlich psychotische Symptome, wie zum Beispiel Halluzinationen, auftreten (ebd.). Oft trete nur eine Episode auf, allerdings würden 60% einen Rückfall erleiden und 10 bis 15% chronisch an der Depression erkranken (Prölß et al., 2019, S. 30). Wenn es wiederholt zu depressiven Episoden komme, ohne manische Episoden, werde dies als

rezidivierende depressive Störung bezeichnet (icd-code.de, o.J.b, o.S.). Sollten manische Episoden auftreten, handele es sich höchstwahrscheinlich um eine bipolare Störung und nicht um eine depressive Erkrankung (ebd.). Sofern die depressive Symptomatik länger als zwei Jahre durchgängig auftritt, werde dies als chronische Depression betitelt (Pröll et al., 2019, S. 30).

Weiterhin gäbe es postpartale Depressionen, welche Frauen bis zu einem Jahr nach der Entbindung betreffen können (Pröll et al., 2019, S. 32). Besonders würden hier emotionale Labilität, Grübeln und Schuldgefühle, meist auf das Kind und die Mutterschaft bezogen, auftreten (ebd.). Ansonsten würden sich Symptome und Behandlung kaum von denen einer normalen Depression unterscheiden (Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention, o.J.c, o.S.).

Die Diagnostik einer Depression werde von Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen in einem persönlichen Gespräch vorgenommen (Heilemann et al., 2018b, o.S.). Dafür müsse vorher eine körperliche Erkrankung ausgeschlossen werden (Hautzinger, 2015, S. 122). Es könnten auch Komorbiditäten wie beispielsweise Angststörungen, Essstörungen oder Zwänge auftreten (Hautzinger, 2009, S. 127). In dieser Arbeit wird sich allerdings nur auf alleinige depressive Erkrankungen und nicht auf die Komorbiditäten bezogen. Risikofaktoren für depressive Episoden seien, akute oder chronische Belastungen, Lebenskrisen, frühere depressive Erkrankungen, eine unharmonische oder fehlende Partnerschaft, ein Mangel an Bewältigungsstrategien sowie Verhaltensdefizite und dysfunktionale Verarbeitungsmuster (ebd.). Auslöser für kognitive Störungen seien „negative Erfahrungen, Verluste, Nichtkontrolle und sozialisationsbedingte Vorgaben“, welche durch belastende Situationen aktiviert und verstärkt werden können (ebd.).

Depressionen würden meist durch Psychotherapie und die Einnahme von Antidepressiva behandelt werden (Pröll et al., 2019, S. 30f.). Bei der Behandlung von Depressionen gehe es in erster Linie darum, die Beschwerden abzumildern, neue Episoden zu vermeiden und wieder an Alltag, Familie und Arbeitsleben teilzuhaben (Heilemann et al., 2018a, o.S.). Um diese Ziele zu erreichen, werde die Therapie in drei Phasen unterteilt. Zuerst gehe es in der Akuttherapie um die Linderung der Symptome, danach würden die depressiv Erkrankten in der Erhaltungstherapie stabilisiert und in der letzten

Phase, der Rezidivprophylaxe, sollen erneute depressive Episoden verhindert werden (ebd.). Wie genau die Behandlung gestaltet werde, hänge von der Schwere der Symptome ab (ebd.). Ziele der kognitiven Verhaltenstherapie seien, die Förderung angenehmer Aktivitäten, Aufbau sozialer Kompetenzen und eine kognitive Umstrukturierung der Patient*innen (Hautzinger, 2009, S. 127). Dafür werde in der Therapie zunächst eine, von Akzeptanz gekennzeichnete, Therapeut*innen-Patient*innen-Beziehung aufgebaut und im Rahmen der Anamnese, die Probleme der Patient*innen herausgearbeitet (ebd., S. 128). Danach gehe es in der Therapie um Psychoedukation, Aktivitätsaufbau, Erarbeitung einer Tagesstruktur und die Förderung angenehmer Tätigkeiten nachzugehen (ebd.). Unter Psychoedukation würden Interventionen verstanden, die die Patient*innen oder Klient*innen und ihre Angehörigen über die Erkrankung informieren sollen, um das Verständnis und die Akzeptanz der Erkrankung zu erhöhen und somit Empowerment zu fördern (Vogel, 2022, o.S.). Weiter gehe es in der Behandlung mit der Bearbeitung der kognitiven Muster und dysfunktionaler Informationsverarbeitung sowie um die Verbesserung der sozialen und problemlösenden Kompetenzen (Hautzinger, 2009, S. 127). In dem letzten Schritt der kognitiven Verhaltenstherapie, gehe es darum, einen Krisenplan und eine Rückfallprophylaxe zu erstellen (ebd.). Ergänzende therapeutische Optionen seien künstlerische Therapien, Licht-, Ergo- und Wachtherapie (Heilemann et al., 2018a, o.S.).

3.2 Besonderheiten von depressiven Eltern

Mehr als die Hälfte aller psychisch erkrankten Eltern fühlten sich sozial isoliert und zweifelten ihre eigene Erziehungsfähigkeit an (Nationales Zentrum Frühe Hilfen [NZFH], o.J., o.S.). 14% der gesunden Mütter und 8% der gesunden Väter fühlten sich durch die Erziehung ihrer Kinder belastet, was verdeutliche, dass das Elternsein an sich bereits psychisch belastend sein könne und es müsse davon ausgegangen werden, dass dies eine besonders schwere Aufgabe für Eltern mit psychischen Erkrankungen darstelle (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016, S. 500). Denn diese könnten sich durch die Elternschaft besonders gefordert oder sogar überfordert fühlen, da sie zusätzlich, durch ihre psychische Störung, belastet werden und sie sich insgesamt gestresster fühlten (Dirks & Heinrichs, 2012, S. 73, 78f.).

Durch psychische Erkrankungen könne das Erziehungsverhalten des betroffenen Elternteils beeinträchtigt werden, es könne zu Konflikten zwischen beiden Elternteilen und zu mangelnder Unterstützung im sozialen Umfeld kommen (NZFH, o.J., o.S.). Die Auswirkungen auf das Erziehungsverhalten seien abhängig von dem Alter und dem Entwicklungsstand der Kinder (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 387). Im Säuglings- bis Kleinkindalter könnten die Empathie, die Feinfühligkeit und die emotionale Verfügbarkeit der psychisch erkrankten Eltern eingeschränkt sein (ebd.). Erkrankte Eltern von Kindern im Kindergarten- bis Grundschulalter könnten ein schwankenden Erziehungsstil, mit zum Teil überängstlichen Reaktionen oder nicht altersangemessener Sprache aufweisen. Außerdem würden sie die Kinder als eher schwierig wahrnehmen, seltener loben und Probleme bei dem Setzen von Grenzen aufweisen (ebd.). In der Adoleszenz könnten psychisch erkrankte Eltern überfordert sein mit der Unterstützung der eigenen Kinder bei altersspezifischen Entwicklungsaufgaben, weiterhin bestehe das Risiko, dass sie ihre Kinder mit in die elterlichen Probleme und Konflikte einbeziehen würden (ebd.). Auch könnten psychisch erkrankte Eltern oft ungewöhnliche Gedanken verfolgen, sich unberechenbar verhalten, Probleme beim Nachdenken, Entscheiden oder Planen haben (Griepenstroh et al., 2012, S. 35). Durch die hier aufgezählten Verhaltensweisen in der Erziehung, könne sowohl die Interaktion als auch die Beziehung zwischen Eltern und Kind negativ beeinflusst werden (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 387). Negative Faktoren für die Eltern-Kind-Bindung seien Belastungen durch die Elternschaft, aggressive Verhaltensweisen, gestörte Kommunikation und „mangelnde elterliche Sensibilität für die Bedürfnisse der Kinder oder eine krankheitsbedingte eingeschränkte Fähigkeit, die Kinder schulisch oder im Alltag zu unterstützen“ (Clemens et al., 2018, S. 1263). Diese Faktoren können auch die Bindung bei gesunden Eltern beeinflussen, allerdings würden diese häufiger bei psychisch erkrankten Eltern vorkommen (ebd.). Auch sei zu bedenken, dass psychisch erkrankte Eltern, mit höherer Wahrscheinlichkeit als Kind Misshandlungen und Gewalt erfahren mussten, als gesunde Eltern, wodurch die Gefahr bestehe, dass körperliche Bestrafungen weniger negativ wahrgenommen, Traumata weitergegeben werden und ein „intergenerationaler Teufelskreis hinsichtlich Gewalterfahrung“ entstehen könne (ebd.). Weitere Risikofaktoren, die psychisch erkrankte Eltern für Misshandlungen ihrer Kinder

aufweisen können, seien Stigmatisierungen, krankheitsbedingte Herausforderungen bei der Erziehung, fehlende soziale Unterstützung, ein niedriger sozioökonomischer Status und eine alleinerziehende Familiensituation (ebd., S. 1262f.).

Depressionen können, laut reformierten Modell der erlernten Hilflosigkeit, entstehen, „wenn Belastungen und persönlich wichtige Ereignisse als unkontrollierbar erlebt werden, diese Nichtkontrolle als dauerhaft angenommen, dem persönlichen Versagen angelastet und zukünftig die eigene Hilflosigkeit angenommen wird“ (Hautzinger, 2015, S. 127). Folglich wirke nicht nur das Erleben von fehlender Kontrolle, sondern auch die eigene Interpretation als „internale, globale und stabile Kausalattribution negativer Ereignisse“ blockierend und hemmend für die betroffenen Personen (ebd.). Dies bedeute, die Erfahrung der fehlenden Kontrolle werde generalisiert und es entstehe die subjektive Erwartungshaltung auch in zukünftigen Situationen hilflos zu sein (Heinecke-Müller, 2019, o.S.). Dies könne zu kognitiven Leistungsstörungen, motivationalen und emotionalen Beeinträchtigungen, wie Depressionen, führen (ebd.). Entwickelt wurde das Modell der erlernten Hilflosigkeit, 1975 von Seligman zur Erklärung fehlangepassten Verhaltens, nachdem Personen unkontrollierbare Ereignisse erlebt haben (ebd.).

84% der depressiv erkrankten Personen in Deutschland zögen sich aus Interessenlosigkeit, Erschöpfung und dem Wunsch nach Ruhe aus sozialen Beziehungen zurück, was Partnerschaften und soziale Beziehungen negativ beeinflussen könne (Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention, o.J.b, o.S.). Gerade depressive Eltern seien emotional weniger erreichbar und distanzierter gegenüber ihren Kindern und nehmen diese im Schnitt negativer wahr, als gesunde Elternteile (Clemens et al., 2018, S. 1263). Depressiv erkrankte Elternteile zeigten weniger emotionale Wärme und übten häufiger psychologische Kontrolle in der Erziehung aus (Cummings et al., 2005, S. 483). Das Selbstmitgefühl von depressiven Eltern, könne die Erziehung der Kinder beeinflussen, denn höheres Selbstmitgefühl führe dazu, dass Eltern weniger kritisch seien, das kindliche Verhalten eher externalen Ursachen zuschreiben und weniger verzweifelte Reaktionen auf kindliche Emotionen zeigen (Psychogiou et al., 2016, S. 896).

10 bis 15% der Frauen entwickeln eine postpartale Depression nach der Geburt (Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention, o.J.c,

o.S.). Aber auch Väter können während der Schwangerschaft oder nach der Geburt ihres Kindes an einer Depression erkranken (Habib, 2012, S. 4). Bei Vätern werde dann von einer paternalen perinatalen Depression gesprochen (ebd.). Ungefähr 10% der Väter seien betroffen, laut den Ergebnissen eines Literatur Reviews aus Australien (ebd.). Die väterliche perinatale Depression hänge mit negativen Auswirkungen auf das Erziehungsverhalten und der Vater-Kind-Beziehung und mit zukünftigen psychischen, emotionalen oder Verhaltensproblemen ihrer Kinder zusammen (ebd., S. 4f.). Circa 15% der Eltern mit Kindern, bis zu dem Alter von drei Jahren, weisen, laut einer Studie des Nationalen Zentrums für Frühe Hilfen, eine depressive oder ängstliche Symptomatik auf (Renner et al., 2020, S. 422).

Bis zu den 1990er Jahren wurden in Deutschland Väter kaum beachtet in Studien und die Mütter wurden alleine verantwortlich gemacht für Störungen oder Entwicklungsprobleme der Kinder (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016, S. 500). Gründe dafür seien diese einseitige Sichtweise, dass nur die Mütter Einfluss auf die Kinder hätten und Schwierigkeiten Väter für Studien zu gewinnen (ebd., S. 500f.). Dadurch seien die Auswirkungen von psychisch erkrankten Vätern auf die Entwicklung der Kinder, bisher kaum erforscht in Deutschland (ebd., S. 499). Im Vergleich zu gesunden Vätern, zeigten depressiv erkrankte Väter ein signifikant negativeres Erziehungsverhalten, welches sich durch weniger Zugewandtheit und durch fehlende oder kritische Reaktionen auf das Kind äußere (ebd., S. 502). Väterliche Depressionen seien zudem stärker mit der Vernachlässigung des Kindes verbunden als mütterliche Depressionen (ebd.). Die Wahrscheinlichkeit, dass Väter mit einer Depression das Verhalten ihrer Kinder negativer wahrnehmen und ihnen gegenüber Gewalt anwenden, steige durch Risikofaktoren wie Armut, Arbeitslosigkeit und fehlende soziale oder instrumentelle Unterstützung (ebd., S. 503).

Aus der Angst vor Stigmatisierung, Bevormundung oder einem Sorgerechtsentzug würden psychisch erkrankte Eltern oft nicht alle notwendigen therapeutischen Hilfen oder Unterstützung seitens der Kinder- und Jugendhilfe in Anspruch nehmen, obwohl das Risiko für einen Sorgerechtsentzug und die Inobhutnahme der Kinder durch zu späte oder Nicht-Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendhilfe erhöht werde (Clemens et al., 2018, S. 1265). Aber auch die Scham wegen ihrer eigenen Probleme und dass sie

nicht selbst in der Lage sind, die Probleme mit ihren eigenen Kindern zu lösen, sei ein Hindernis bei der Inanspruchnahme von professionellen Unterstützungs- oder Hilfsmöglichkeiten (Dirks & Heinrichs, 2012, S. 78).

3.3 Auswirkungen auf die Kinder von depressiv erkrankten Eltern

Wenn die Bindung zwischen Eltern und Kind gestört ist, bestehe das Risiko, dass nur begrenzt auf die Bedürfnisse des Kindes eingegangen werden kann und sich dies negativ auf die Entwicklung auswirken könnte (NZFH, o.J., o.S.). Es können psychosoziale Folgen für die Kinder psychisch erkrankter Eltern auftreten, wie Desorientierung, Schuldgefühle, Tabuisierungen, Betreuungsdefizite, Zusatzbelastungen, Parentifizierung, also das Übernehmen einer elterlichen Rolle, Abwertungserlebnisse oder Loyalitätskonflikte innerhalb und außerhalb der Familie (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 386). Durch die psychische Erkrankung der Eltern, könnten die betroffenen Kinder Anfeindungen erleben und sie lernten sich durchzusetzen und Grenzen und Regeln zu missachten, wenn sie den Erziehungsstil als inkonsequent wahrnehmen (Griepenstroh et al., 2012, S. 39). Es könne zusätzlich zum Verlust von Freund*innen und sozialen Kontakten kommen, wenn sich die Eltern sozial isolieren und der Kontakt über sie entstanden ist oder aufrechterhalten wurde (ebd., S. 39f.). Weitere Belastungen können die Kinder durch elterliche Konflikte oder in Akutphasen der elterlichen Erkrankung erleben, denn die Kinder würden meist von Krankheitsrückfällen überrascht werden und dann nur wenig Aufmerksamkeit und Fürsorge durch das erkrankte Elternteil erhalten, da diese in Akutphasen nur begrenzt emotional zur Verfügung stehen können oder gar physisch abwesend seien, wenn sie stationär behandelt werden (ebd., S. 40f.). Die Lebensqualität der Kinder von psychisch erkrankten Eltern sei geringer, als die der Kinder von gesunden Elternteilen (Wiegand-Grefe et al., 2010, S. 320). Bei einer länger anhaltenden psychischen Erkrankung eines Elternteils, würde die Lebensqualität wieder kompensiert, unklar sei bisher, ob dies durch das soziale Umfeld, kindliche Ressourcen oder Bewältigungsstrategien, geschehe (ebd., S. 321).

Das Risiko für betroffene Kinder sei erhöht, selbst eine psychische Störung zu entwickeln (Clemens et al., 2018, S. 1263), denn 60% der Kinder von psychisch erkrankten Eltern zeigten psychische Auffälligkeiten im Laufe

ihrer Entwicklung (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 385). Dies werde durch das vermehrte Vorliegen von psychosozialen Risikofaktoren, wie Armut oder Misshandlungserfahrungen der Eltern, für die Entstehung einer psychischen Erkrankung in betroffenen Familien, begünstigt (ebd.). Weiterhin spielten genetische Faktoren und psychosoziale Belastungen in der Lebenswelt der Kinder, eine Rolle bei der Erkrankungswahrscheinlichkeit (Griepenstroh et al., 2012, S. 23). Folglich werde die Erkrankungswahrscheinlichkeit durch eine Wechselwirkung aus genetischen und Umweltfaktoren bedingt (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 386). Laut Marinovic und Seiffge-Krenke würden ein Drittel der Kinder von psychisch erkrankten Eltern keine psychischen Beeinträchtigungen entwickeln, ein Drittel würde vorübergehend psychische Auffälligkeiten zeigen und ein Drittel dauerhafte psychische Störungen bekommen (ebd., 2016, S. 504). Über die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen, in Kinder- und Jugendpsychiatrien, hätten mindestens ein psychisch erkranktes Elternteil, was den Zusammenhang zwischen elterlicher und kindlicher psychischer Erkrankung noch festigt (Dirks & Heinrichs, 2012, S. 75). Die Einflüsse von Schwere und Länge der elterlichen psychischen Erkrankung, auf die Entstehungswahrscheinlichkeit von psychischen Störungen oder Auffälligkeiten bei den Kindern, sei bisher noch nicht ausreichend geklärt (Griepenstroh et al., 2012, S. 31). Die kindlichen Risikofaktoren könnten allerdings durch Schutzfaktoren ausgeglichen werden (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 385). Zu den kindlichen Schutzfaktoren gehörten Anpassungsvermögen, eine differenzierte Wahrnehmung der eigenen Gefühle, eine positive Stimmungslage und ein positives Selbstkonzept, soziale, kommunikative und kognitive Kompetenzen und soziale Ressourcen wie außerfamiliäre Bezugspersonen, Kontakt zu Gleichaltrigen und soziale Netzwerke (Griepenstroh et al., 2012, S. 33f.). Weitere Schutzfaktoren seien eine gute Emotionsregulation der Kinder, altersgerechte Aufklärung über die elterliche psychische Erkrankung, gemeinsame Krankheitsbewältigung und Kommunikation über die psychische Störung in der Familie, eine adäquate Behandlung der elterlichen psychischen Störung und der Zugang zu Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten (Christiansen et al., 2020, S. 10). Zusätzlich könne die Unterstützung durch das Elternteil, welches nicht erkrankt ist, die Selbstwirksamkeit der Kinder und Jugendlichen und regelmäßige körperliche

Aktivität, sowie das Zeigen von positiven Emotionen durch das depressiv erkrankte Elternteil, als Schutzfaktoren für die kindliche psychische Gesundheit wirken (Collishaw et al., 2016, S. 55).

Die Wahrscheinlichkeit selbst an einer Depression zu erkranken, sei für Kinder von depressiv erkrankten Eltern doppelt so hoch, im Vergleich zu Kindern von Eltern ohne psychische Erkrankung (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 385). In einer Studie aus Wales zeigte sich eine hohe Rate an psychischen Problemen bei jugendlichen Kindern von depressiv erkrankten Eltern, allerdings wiesen 20% der Jugendlichen auch eine gute mentale Gesundheit auf (Collishaw et al., 2016, S. 50, 55). Weiterhin bestehe die Gefahr, dass die Kinder einen Suizid des depressiv erkrankten Elternteils miterleben oder Opfer eines erweiterten Suizids werden (Wiedemann & Plattner, 2022, S. 7).

Die Kinder von psychisch erkrankten Eltern seien eine Risikogruppe für Kindesmisshandlungen, zu denen körperliche und emotionale Misshandlungen, sexueller Missbrauch oder körperliche und emotionale Vernachlässigung gehören (Clemens et al., 2018, S. 1262). Im Vergleich zu Kindern von gesunden Eltern, sei das Risiko zwei- bis fünffach erhöht, dass sie Opfer von Kindesmisshandlung werden (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 384). Bei einer Befragung von Jugendamtsmitarbeiter*innen, aus dem Jahr 2010, kam heraus, dass die elterliche psychische Erkrankung in 50% der Inobhutnahmen und in 30% der familiengerichtlichen Verfahren für die Entscheidung relevant war (Klein & Jungbauer, 2016, S. 176). Es käme nur in seltenen Fällen zu körperlichen Misshandlungen, allerdings sei ein bedeutsames Risiko für Vernachlässigung und emotionale Misshandlung bei Kindern von psychisch erkrankten Eltern vorhanden (ebd., S. 178).

Um herauszufinden, ob eine Kindeswohlgefährdung durch die elterliche psychische Erkrankung vorliegt, müsse überprüft werden, ob durch die psychische Störung, die Erfüllung der Bedürfnisse des Kindes oder die Grundversorgung beeinträchtigt werden (Wiedemann & Plattner, 2022, S. 2). Zusätzlich müsse die Erziehungsfähigkeit, die Bindungsfähigkeit und Bindungstoleranz individuell bewertet und Belastungen des Kindes, durch das Störungsbild des erkrankten Elternteils, wie fehlende Bindung und Parentifizierungstendenzen erhoben werden (ebd., S. 6). Faktoren zur Gewährleistung des Kindeswohls seien eine elterliche Krankheitseinsicht und Behandlungcompliance, ein positiver Verlauf der Behandlung und die Bereitschaft

Hilfen zur Erziehung in Anspruch zu nehmen (Klein & Jungbauer, 2016, S. 186). Aber auch Ressourcen, Schutzfaktoren und Resilienz sollten in die Beurteilung miteinbezogen werden, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegen könnte (Wiedemann & Plattner, 2022, S. 8).

Kinder könnten emotional unter der Depression ihres Elternteils leiden, oft würden sie nicht verstehen warum es dem betroffenen Elternteil nicht gut gehe oder gäben sich selbst die Schuld für die depressiven Symptome, die das Elternteil aufweist (LZG, 2021, S. 3). Eltern würden oft ihre Kinder vor Belastungen durch ihre psychische Erkrankung bewahren wollen, weshalb sie nicht oder nur wenig über ihre psychische Störung mit den Kindern sprächen (Heitmann, 2013, S. 198ff.). Allerdings werde dadurch, die Einschätzung erschwert, ob und wie stark Kinder bereits belastet sind, da ihnen Informationen und sprachliche Mittel fehlen könnten, um die Situation ausdrücken oder beschreiben zu können (ebd., S. 199). Zusätzlich gäbe es Motive, warum die betroffenen Kinder nicht mit Eltern oder außenstehenden Personen über die psychische Erkrankung der Eltern reden (Griepenstroh et al., 2012, S. 38). Diese seien bereits erlebte Diskriminierungen, die Furcht vor Stigmatisierungen und die Angst vor dem Auslösen einer Krankheitsverschlechterung oder einer Bestrafung durch die Eltern (ebd.).

Für Kinder von depressiv erkrankten Eltern sei eine Überforderung und Überbelastung durch Parentifizierung möglich (LZG, 2021, S. 3). Denn bei depressiv erkrankten Eltern, kümmerten sich die Kinder häufig um das physische und seelische Wohl der Eltern (Wiedemann & Plattner, 2022, S. 6). Vor allem wenn die Eltern sich in stationärer Behandlung befänden oder nicht in der Lage seien die familiären Aufgaben zu erfüllen, übernehmen gerade ältere oder jugendliche Kinder mehr Verantwortung in der Familie, worunter dann das Verfolgen ihrer eigenen Interessen leiden könne (Griepenstroh et al., 2012, S. 38f.). Durch die Interaktion mit dem erkrankten Elternteil seien Belastungen für die Kinder möglich, denn die depressiven Eltern könnten den Kindern gegenüber Reizbarkeit und Aggressivität zeigen (ebd., S. 23). Auch sei ein Zusammenhang zwischen der elterlichen Depression und „internalisierenden Auffälligkeiten des Kindes“ zu finden (Wiegand-Grefe et al., 2010, S. 321). Zudem könne das prosoziale Verhalten der Kinder beeinflusst werden und die Wahrscheinlichkeit erhöht werden, dass die Kinder Ausgrenzung durch Gleichaltrige erfahren müssen (Cummings et al., 2005, S. 483).

Die Stärke der Effekte werde dadurch bedingt, ob die Ehe der Eltern gut funktioniere oder ob es vermehrt zu familiären Streitigkeiten komme (ebd., S. 486).

Die familiäre Sozialisation habe den größten Einfluss auf das Auftreten von Belastungen und das Bewältigungshandeln bei Kindern von depressiven Eltern (Heitmann, 2013, S. 197). Allerdings sei diese meist gekennzeichnet durch, „unsichere innerfamiliäre Krankheitskommunikation, durch familiäre Konflikte und durch die Übernahme familiärer Aufgaben der betroffenen Kinder zur Absicherung des familiären Funktionierens“ (ebd.). Weiterhin könnten eine Einschränkung der Bindungsfähigkeit, depressive Symptome, ein erhöhtes Risiko für Aufmerksamkeitsstörungen, Angst vor dem Tod des depressiven Elternteils und die Einschätzung des elterlichen Verhaltens als unvorhersehbar, für die betroffenen Kinder auftreten (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016, S. 503). Die Belastungen auf die Kinder, könnten sich unter anderem auch, durch Kopf- und Bauchschmerzen, schulische Probleme oder dem Rückzug aus dem Freundeskreis äußern (LZG, 2021, S. 3). Treten Depressionen schon in der Schwangerschaft auf, könnten diese den Fötus beeinflussen und zu einem erhöhten Frühgeburtsrisiko und geringerem Geburtsgewicht führen (Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention, o.J.c, o.S.). Weiterhin könnten „Prä- und Postpartale Depressionen langfristig auch die Entwicklung kognitiver oder emotionaler Fähigkeiten des Kindes beeinträchtigen“ (ebd.).

3.4 Auswirkungen auf die Familie

Wie bereits einleitend erwähnt, könne sich die psychische Erkrankung eines Elternteils auf die gesamte Familie auswirken (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 385). In betroffenen Familien werde die psychische Erkrankung häufig weder innerhalb noch außerhalb der Familie thematisiert, wodurch die Familien sozial isoliert sein können und professionelle Hilfen sie meist zu spät erreichen (ebd.). Dies geschehe oft aus der Furcht vor Diskriminierung, weil psychische Erkrankungen gesellschaftlich noch stigmatisiert seien (Griepenstroh et al., 2012, S. 36). Problematisch sei, dass sowohl das Zugeben psychisch erkrankt zu sein, als auch die Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt tabuisiert seien, weswegen Familien sich selbst, meist nicht an das Jugendamt wenden, um professionelle Hilfe zu erhalten, sondern dies meist

durch andere Fachkräfte wie Lehrer*innen oder Sozialarbeiter*innen, die die Familie kennen, geschehe (Berkemeyer, 2012, S. 92f.).

Die wichtigsten Bezugspersonen seien für die Eltern meist ihre Kinder und andersrum seien die Eltern auch die wichtigsten Bezugspersonen für sie (Griepenstroh et al., 2012, S. 35). Familiäre Ressourcen, wie ein gutes Familienklima, emotionale Bindungen zu Bezugspersonen und Familienmitgliedern und Anpassungsfähigkeit, Orientierung und Akzeptanz in der Familie, können als Schutzfaktoren wirken (ebd., S. 33f.). Allerdings sei zu bedenken, dass eine elterliche psychische Störung das Auftreten von familiären Konflikten begünstige, wodurch sowohl Kinder als auch beide Elternteile belastet werden können (ebd., S. 23). Es seien sowohl Konflikte in der Ehe, als auch unsicheres Bindungsverhalten, durch das depressiv erkrankte Elternteil, möglich (Cummings et al., 2005, S. 483). Je schwerer die elterliche Erkrankung sei, desto geringer sei die Lebensqualität in der Familie, welche durch Konflikte und Wohlbefinden in der Familie und einem gegenseitigen Verständnis von Eltern und Kindern, definiert werde (Wiegand-Grefe et al., 2010, S. 320).

Häufig hätten Personen mit einer psychischen Erkrankung Partner*innen, die auch psychisch erkrankt sind, wodurch sich die negativen Auswirkungen auf die Kinder verstärken könnten, im Vergleich zu Kindern, die nur ein psychisch erkranktes Elternteil haben (Clemens et al., 2018, S. 1263). Wenn das andere Elternteil gesund ist, könne dieses auch durch die Situation belastet werden, durch Sorgen und Ängste um die Kinder und um den/die Partner*in oder durch die Übernahme von mehr Pflichten und Aufgaben in der Familie (Brockmann & Lenz, 2014, S. 147).

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel sollen nun die sozialarbeiterischen Hilfs- und Unterstützungsoptionen für depressiv erkrankte Elternteile, für ihre Kinder und für ihre Familien aufgezeigt werden. Außerdem soll einleitend auf relevante Aspekte eingegangen werden, die bei der Hilfeplanung bedacht werden sollten und abschließend werden Hilfen durch angrenzende Professionen aufgezeigt, um einen ganzheitlichen Überblick über die Hilfsmöglichkeiten für betroffene Familien zu gewinnen.

4.1 Relevante Aspekte für die Hilfeplanung

Bei der Planung von Hilfen für betroffene Familien, sei zu beachten, dass der Krankheitsverlauf schwanken könne und dadurch die depressive Person unterschiedlich stark durch die Erkrankung eingeschränkt werden könne (NZFH, o.J., o.S.). Deshalb sollten die Hilfen für betroffene Eltern und Kinder auch variieren, von niederschwellig bis zu sehr intensiver Unterstützung (ebd.).

Damit möglichst früh und bestmöglich unterstützt werden könne, sei es unabdingbar, dass alle Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe zusammenarbeiten (ebd.). Sowohl die zuständigen einzelnen Helfer*innen als auch die Einrichtungen des Hilfesystems sollten miteinander kooperieren (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 390f.). Allerdings seien Kooperationen heute häufig noch abhängig von dem Engagement einzelner Fachkräfte (Wagenblass, 2018, S. 1245). Vor allem bedürfe es einer besseren Kooperation zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe (Jungbauer, 2016, S. 194). Dafür bräuchten Psychiater*innen konkrete Ansprechpartner*innen in der Kinder- und Jugendhilfe, um Informationen und Interventionsmaßnahmen erhalten zu können, sowie Zugang zu Hilfsnetzwerken und Weiterbildungen über die Möglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe (ebd.). Für die interdisziplinäre Zusammenarbeit, benötigten die Fachkräfte einerseits Wissen, über die Kompetenzen der angrenzenden Professionen und andererseits Vertrauen und Wertschätzung gegenüber den anderen Professionellen (Renner et al., 2020, S. 422).

Auch laut Clemens et al. sei die interdisziplinäre Zusammenarbeit unbedingt notwendig, zusätzlich sei der Einsatz von spezifischen Hilfen für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil nötig (ebd., 2018, S. 1266). Neben spezifischen Hilfen, beispielsweise durch die sozialpädagogische Familienhilfe, bedürfe es einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung des erkrankten Elternteils, Psychoedukation für die Familie, das Erstellen von Krisenplänen und einer offenen Kommunikation über die Depression innerhalb des Familiensystems (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 390). Weil psychische Erkrankungen das gesamte Familiensystem beeinflussen können, bräuchte es ganzheitliche und systemübergreifende Hilfeleistungen, bei denen alle Hilfesysteme kooperieren und alle Familienmitglieder mit in die Ausgestaltung der Hilfeplanung mit einbezogen werden (Wagenblass, 2018,

S. 1245f.). Durch gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit, „können Familien frühzeitig entlastet, der Manifestation von Problemen entgegengewirkt und die Resilienz der Familie gefördert werden“ (ebd., S. 1246).

4.2 Hilfen für depressiv erkrankte Elternteile

Hilfen von der Sozialen Arbeit könnten depressiv erkrankte Elternteile bei dem Sozialpsychiatrischen Dienst oder in Beratungsstellen erhalten (Köhnen et al., 2022, o.S.). Die Jugendämter und Beratungsstellen stellen pädagogische Hilfen für die betroffenen Familien bereit (LZG, 2021, S. 6). Hauptaufgaben der Kinder- und Jugendhilfe seien einerseits, Eltern Beratung, Unterstützung und Hilfe anzubieten und andererseits, das Kindeswohl zu schützen (Berkemeyer, 2012, S. 90f.). Dafür biete die Kinder- und Jugendhilfe, gesetzlich festgelegt im achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII), Angebote für Kinder, Jugendliche und Familien an (Pfadenhauer, 2011, S. 105).

Die Hilfen zur Erziehung zählten dabei zu den wichtigsten Leistungsfeldern (ebd., S. 105f.). Rechtsanspruch auf die Hilfen zur Erziehung bestehe, „wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist“ (Macsenae, 2017, S. 155). Unter die, nach §§ 27ff. SGB VIII, Hilfen zur Erziehung, würden beratende, ambulante und stationäre Hilfen fallen (ebd.). Es gehe darum, „Erziehungsprozesse zu unterstützen und zu gewährleisten, wenn diese in familiären Kontexten ohne Unterstützung nicht in ausreichender Form umgesetzt werden können“ (Pfadenhauer, 2011, S. 107). Rechtsanspruch sei der § 27 SGB VIII (ebd., S. 106). Die Hilfen zur Erziehung seien in familienunterstützende und familienersetzende Hilfen unterteilt (ebd., S. 107). Zu den familienersetzenden Hilfen zählten Vollzeitpflege und Heimerziehung und zu den familienunterstützenden Hilfen gehörten Erziehungsberatung, soziale Gruppenarbeit, Erziehungsbeistandschaft, sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehung in einer Tagesgruppe, intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung und die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (ebd.). Wichtig zu bedenken sei hierbei, dass die Hilfen zur Erziehung nicht nur freiwillig in Anspruch genommen würden, sondern auch mit Zwang auferlegt werden könnten (ebd., S. 107f.). Beispielsweise bei drohendem Sorgerechtsentzug oder als Auflage

des Jugend- und Familiengerichts (Richter, 2018, S. 829). Welche Leistungen und Hilfen für den Einzelfall geplant würden, werde in der Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII festgehalten (ebd., S. 828).

Relevant von den Hilfen zur Erziehung, für psychisch erkrankte Eltern, seien die kostenfreien Erziehungsberatungsstellen, nach § 28 SGB VIII, die Hilfe in Erziehungsfragen, bei Schul- und Entwicklungsproblemen der Kinder, Familien- und Elternberatung, sowie Einzel- und Gruppenangebote für die Kinder, zum Teil auf die Zielgruppe spezialisiert, anbieten (Brockmann & Lenz, 2014, S. 128). Außerdem können sie Kontakt zum Jugendamt herstellen und kooperierten mit anderen Institutionen, wie Kindertagesstätten und Schulen (ebd., S. 128, 146). Weitere Unterstützung könnten die Eltern durch eine sozialpädagogische Familienhilfe, nach § 31 SGB VIII, oder durch eine Erziehungsbeistandschaft, nach § 30 SGB VIII, erhalten, die aber auch an der ganzen Familie Unterstützung leiste (ebd., S. 127). Die sozialpädagogische Familienhilfe richte sich vornehmend an Eltern mit Kindern bis Ende des Grundschulalters, die über einen längeren Zeitraum, wöchentliche Unterstützung von einer pädagogischen Fachkraft erhalten (ebd.). Diese sei für alle Familienmitglieder Ansprechpartner*in, unterstütze bei dem Umgang mit Belastungen, Konflikten und Problemen und helfe den Eltern über ihre Erkrankung mit ihren Kindern zu sprechen (ebd.). Die Erziehungsbeistandschaft richte sich eher an Familien mit jugendlichen Kindern und entlaste die Eltern, indem sie die Jugendlichen bei ihren Entwicklungsaufgaben unterstützt (ebd.).

Neben den Hilfen zur Erziehung können Eltern auch Unterstützung durch Leistungen der Förderung in der Familie, festgelegt in §§ 16 bis 21 SGB VIII, erhalten, wenn sie noch keinen Anspruch auf Leistungen der Hilfen zur Erziehung, nach §§ 27ff. SGB VIII, haben (Buschhorn, 2018, S. 783). Die Leistungen der Förderung in der Familie seien präventive Angebote, die es den Eltern ermöglichen, ihre Erziehungsfähigkeiten zu verbessern und somit in der Lage zu sein, ihr Erziehungsrecht und ihre Erziehungspflicht erfüllen zu können (ebd., S. 785). Zu der Förderung in der Familie gehörten die Leistungen Förderung der Erziehungskompetenz, Beratung in Problem- und Belastungssituationen und stationäre Hilfen in spezifischen Lebenssituationen (ebd., S. 783).

Individuelle Zuwendung sei, im Rahmen der Hilfen, gewinnbringend für die erkrankten Elternteile, da sie so Unterstützung im pädagogischen Umgang mit ihren Kindern bekommen, nicht mehr alleine Probleme oder Schwierigkeiten lösen und nicht die komplette Verantwortung übernehmen müssen, wenn ihre Kinder Auffälligkeiten im Verhalten aufweisen (Dirks & Heinrichs, 2012, S. 80). Interventionen sollten längerfristig geplant werden, weil immer wieder depressive Episoden auftreten können und die Stärke der depressiven Symptomatik variieren könne (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016, S. 503). Auch sei es ratsam, dass erkrankte Elternteile gleichzeitig Unterstützung bei der Erziehung und Unterstützung für den Umgang mit ihrer psychischen Störung erhalten (Berkemeyer, 2012, S. 93).

Bei Eltern mit einer postpartalen Depression könne die depressive Erkrankung behandelt und ein langfristiges Andauern der Depression vermieden werden, durch Beratungsangebote, in Kombination mit kognitiver Verhaltenstherapie (Habib, 2012, S. 10ff.).

Um gegen erlernte Hilflosigkeit bei depressiv erkrankten Elternteilen vorzugehen, sollte die Soziale Arbeit im Rahmen des Empowerments, zunächst die Anzeichen erlernter Hilflosigkeit erkennen können und dann „Gefühle von Machtlosigkeit abbauen“, die Selbstständigkeit und die Alltagsbewältigung der Klient*innen fördern (Sohns, 2009, S. 88f.). Durch Beratungsgespräche könnten die Ressourcen und Stärken der Klient*innen gemeinsam herausgearbeitet und dann schrittweise im Alltag umgesetzt werden (ebd., S. 89f.). Eine weitere Aufgabe sei hier Netzwerkarbeit zu betreiben, denn Netzwerke können vor sozialer Isolation schützen, helfen bei der Erkennung von Rückfällen und bieten „Unterstützung, Entlastung und Austausch“ (ebd.). Hilfreiche Netzwerke seien „Familien-Systeme, Peer-Groups, Freundschaften, Selbsthilfegruppen“ und professionelle Hilfesysteme (ebd., S. 91f.). Weiterhin könnten Sozialarbeitende die Klient*innen an andere Institutionen und Einrichtungen weitervermitteln und sich auf politischer Ebene für vorteilhafte Veränderungen für das Klientel einsetzen (ebd., S. 92f.).

Im Rahmen der Hilfe zur Selbsthilfe, sollten Sozialarbeiter*innen depressiv erkrankten Elternteilen Anregungen für Selbsthilfeoptionen mitgeben, dazu zähle, dass professionelle Hilfe angenommen werden sollte, Kontakt zu anderen Personen aufgenommen und gehalten werden sollte, sie aktiv bleiben, indem Bewegung und Sport in den Alltag wieder integriert werden,

der Austausch mit anderen Betroffenen, sich mit Aktivitäten beschäftigt wird, die den Personen gut tun und das Schreiben von Tagesplänen (Heilemann et al., 2018c, o.S.). Auch könne durch Psychoedukation, darüber aufgeklärt werden, wie Krankheitsrückfälle vermieden werden, dies könne durch das Beachten der eigenen Frühwarnzeichen, regelmäßigen Sport, kontrollierte Schlafzeiten und dem regelmäßigen Einnehmen von gesunden Mahlzeiten gelingen (ebd.). Auch sei es ratsam Krisenpläne für Krankheitsrückfälle zu erstellen (ebd.), wobei Sozialarbeitende unterstützen können.

Die eben genannten Maßnahmen zur Selbsthilfe, bei denen die Soziale Arbeit die Klient*innen unterstützen kann, stimmen auch mit den Behandlungsansätzen der kognitiven Verhaltenstherapie von Hautzinger für die Therapie von depressiven Erkrankungen überein (ebd., 2009, S. 127f.), die in dieser Arbeit bereits erläutert wurden. Wenn sich weiter an diesen Ansätzen orientiert werde, dann könnte die Soziale Arbeit auch bei dem Ausbau der sozialen und Problemlösekompetenzen den Klient*innen behilflich sein (ebd., S. 128). Auch seien Interventionen, die das Selbstmitgefühl der depressiv erkrankten Eltern steigern, ratsam, da diese die depressive Symptomatik abschwächen und somit nicht nur die psychische Gesundheit für das Elternteil, sondern auch die der Kinder verbessern könne, da diese dann weniger störungsspezifischen Verhaltensweisen ausgesetzt seien (Psychogiou et al., 2016, S. 906). Denn Eltern, die weniger kritisierend und weniger gestresst sind, seien besser in der Lage, auf die eigenen negativen Gedanken und auf das Verhalten ihrer Kinder zu reagieren, sowie die Gefühle der Kinder zu validieren (ebd., S. 904f.). Dadurch könnten die Kinder lernen die eigenen Emotionen zu zeigen, statt sie zu unterdrücken (ebd., S. 904).

4.3 Hilfen für die Kinder

Um Hilfen für die Kinder von depressiven Eltern wirkungsvoll planen und umsetzen zu können, sollten diese an den Schutzfaktoren für die Entwicklung der Kinder ansetzen. Die Schutzfaktoren beinhalteten, dass das depressiv erkrankte Elternteil Therapie erhalte, damit störungsspezifische Auswirkungen auf die Kinder abgemildert seien, die Stärkung des Selbstwertgefühls und des Selbstbewusstseins der Kinder, emotionale Unterstützung durch das gesunde Elternteil und über dieses auch die Möglichkeit positive Emotionen zu erleben (LZG, 2021, S. 4f.). Weiterhin sollten die sozialen

Netzwerke und Freundschaften aufrechterhalten, sich Hobbys gewidmet und möglichst frühzeitig professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden, diese könne beispielsweise aus spezifischen Unterstützungsangeboten für Kinder von psychisch erkrankten Eltern bestehen (ebd.). In den Interventionen für die Kinder und Jugendlichen sollte die Unterstützung durch das zweite, nicht depressiv erkrankte, Elternteil und die sozialen Beziehungen, sowie die Selbstwirksamkeit der Kinder und Jugendlichen gestärkt werden (Collishaw et al., 2016, S. 56).

Kinder könnten sozialarbeiterische Hilfe durch Erziehungsberatungsstellen, in Form von Beratung, Unterstützung in akuten Krisen, Finden von Behandlungen oder bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe, erhalten (Köhnen, 2022, o.S.). Außerdem sei darüber die Teilnahme an Einzel- und Gruppenangeboten, die zum Teil auch zielgruppenspezifisch sein können, für die Kinder möglich (Brockmann & Lenz, 2014, S. 128). Durch das Jugendamt, im Rahmen von sozialpädagogischen Familienhilfen oder einer Erziehungsbeistandschaft, welche oben bereits erläutert wurden, könnten Kinder weitere Unterstützung bekommen (ebd.).

Professionelle, die mit psychisch erkrankten Eltern und deren Kindern zusammenarbeiten, sollten in der Lage sein, Kindeswohlgefährdungen einschätzen zu können (Klein & Jungbauer, 2016, S. 191). Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe sei es, die Kinder und Jugendlichen vor Kindeswohlgefährdungen zu schützen, für individuelle Förderung und positive Lebensbedingungen zu sorgen, sowie die Eltern in der Ausübung ihrer elterlichen Verantwortung zu unterstützen (Wazlawik & Wolff, 2018, S. 306). In Art. 6 Abs. 2 GG sei der Vorrang der Eltern in Pflege und Erziehung ihrer Kinder definiert, aber auch das staatliche Wächteramt, welches darüber wache, ob die Eltern ihrer Verantwortung nachkommen (ebd., S. 305). § 8a SGB VIII und § 1666 BGB würden die rechtliche Grundlage für staatliche Eingriffe bilden, wenn eine Kindeswohlgefährdung vorläge (ebd., S. 294). § 8a SGB VIII beinhalte den Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe und wie in diesem Rahmen eine Risikoeinschätzung durchgeführt werden müsse (ebd., S. 306f.). § 1666 BGB und § 1666a BGB besagten, dass die elterliche Sorge erst dann entzogen werden dürfe, wenn alle anderen Hilfoptionen, wie die Hilfen zur Erziehung nach §§ 27ff. SGB VIII, nicht mehr ausreichen, um eine Kindeswohlgefährdung zu vermeiden (ebd., S. 306). Eine Fremdplatzierung der Kinder sei

die letzte Lösung, wenn die anderen Hilfen vorher nicht gefruchtet haben (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 388). Inobhutnahmen, nach § 42 SGB VIII, zählten rechtlich nicht zu den Hilfen zur Erziehung, aber durch das Herausnehmen der Kinder und Jugendlichen aus Gefährdungssituationen, dienten sie der Krisenintervention und dem Schutz der Kinder und Jugendlichen (Richter, 2018, S. 831f.).

Allerdings sei bei den hier aufgezeigten Hilfen zu bedenken, dass sich vorhandene Hilfsangebote fast nur an Kinder und Jugendliche richten würden, doch auch bereits erwachsene Kinder von psychisch erkrankten Eltern, können noch durch die Erfahrungen belastet sein, die sie in der Kindheit gemacht haben und somit Unterstützungsbedarf aufweisen (Kloß, 2012, S. 20f.).

4.4 Hilfen für die Familie

Über die Depression sollte in der Familie gesprochen werden, damit Partner*innen, Kinder und Angehörige die Erkrankung und krankheitsspezifische Verhaltensweisen besser verstehen können und sich nicht selbst die Schuld für die Symptome des erkrankten Familienmitglieds geben (LZG, 2021, S. 4). Außerdem ermögliche die Kommunikation über die Erkrankung, dass die Familienmitglieder das depressiv erkrankte Elternteil besser unterstützen können, indem beispielsweise alltägliche Aufgaben abgenommen werden, um Entlastung zu schaffen (ebd.). Für die Angehörigen könnten Gespräche mit anderen Personen, außerhalb der Familie, hilfreich sein, um die eigenen Belastungen zu verarbeiten (ebd.). Die Gespräche könnten sie mit Freund*innen oder anderen vertrauten Personen führen oder dafür professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (ebd.). Ratsam für Angehörige sei es, sich selbst über Depressionen zu informieren, die erkrankte Person zu motivieren, sie ernst zu nehmen, auf sie einzugehen und sie nicht zu bedrängen, die Erkrankung und die Situation zu akzeptieren, sich selbst Auszeiten zu nehmen und sich Unterstützung durch andere Angehörige zu holen (Heilemann et al., 2018c, o.S.). Beratung und Hilfe könnten Betroffene und Angehörige auch von dem Sozialpsychiatrischen Dienst bekommen (Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention, o.J.a, o.S.). Weiterhin könnten Familien auch sozialpädagogische Hilfe durch professionelle oder ehrenamtliche Begleitungen erhalten (NZFH, o.J., o.S.).

Über Unterstützungsangebote für die Angehörigen, sollte bereits während der Therapie des erkrankten Elternteils informiert werden (Bauer & Schmuhl, 2012, S. 170). Es sei hilfreich, wenn familienspezifische Angebote auch in der Einrichtung, in der das erkrankte Familienmitglied therapiert wird, stattfinden würden, da dadurch die Hemmschwelle zur Teilnahme gesenkt werden könne, weil der Ort, die Mitarbeitenden und die Organisationsabläufe bereits bekannt seien (ebd.). Für betroffene Familien würden „Interventionen mit kognitiven, behavioralen oder psychoedukativen Inhalten“ das Risiko für einen Sorgerechtsentzug und dass die Kinder später selbst psychisch erkranken senken (Clemens et al., 2018, S. 1265).

Für betroffene Familien könne fallübergreifend und fallbezogen präventiv gearbeitet werden (Griepenstroh et al., 2012, S. 42). Im Rahmen der fallübergreifenden Prävention sollten Unterstützungsmöglichkeiten für betroffene Familien verbessert werden, indem „durch Vernetzung, Qualifizierung und Öffentlichkeitsarbeit“ die Bedürfnisse betroffener Familien der Gesellschaft verdeutlicht werden (ebd., S. 42f.). Bei der fallbezogenen Prävention könnten Familien an spezifischen Angeboten teilnehmen, dabei gäbe es Projekte für das Säuglingsalter, im Kindes- und Jugendalter, aber auch Initiativen, die auf der Ebene der Eltern oder der Familie wirkten (ebd., S. 42).

Zwei spezifische Projekte, die auf der Familienebene ansetzen, sollen an dieser Stelle exemplarisch vorgestellt werden. Das erste Projekt sei von dem Verein CHIMPS-NET, welches Diagnostik, Gespräche mit den Eltern, den Kindern und Familiengespräche beinhaltet, mit dem Ziel soziale und professionelle Unterstützung zur Krankheitsbewältigung, Familienbeziehungen und Familiendynamiken und für die Kinder zur Verbesserung der psychischen Gesundheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität, zu leisten (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016, S. 505). Diese Versorgung werde in 19 klinischen Zentren in Deutschland angewendet und zusätzlich werde auch eine Online-Variante angeboten (chimpsnet, o.J., o.S.).

Das Präventionsprogramm „Entwicklungsförderung in Familien: Eltern- und Kinder-Training für Familien mit emotionaler Belastung“ (EFFEKT-E) wurde für depressive Mütter mit Kindern im Alter von vier bis sechs Jahren entwickelt und in acht deutschen Mutter-Kind-Kliniken eingesetzt (Bühler, 2011, o.S.). EFFEKT-E wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert und habe das Ziel Strategien für Erziehung, Interaktion und

Stressbewältigung für stark belastete Mütter zu bieten (ebd.). Durch getrenntes Kinder- und Elterntraining, geleitet von Psycholog*innen und Erzieher*innen, könnten die Kinder das Lösen sozialer Probleme im Gruppensetting erlernen und die Eltern positive Erziehung, Grenzen setzen und Stressbewältigung (ebd.).

4.5 Hilfen durch angrenzende Professionen

Hilfe für den Umgang mit Depressionen könnten Erkrankte bei Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen oder bei Notfällen in psychiatrischen Kliniken erhalten (Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention, o.J.a, o.S.). Aber auch Informations-Telefonhotlines für Depressionen, Informationsmaterial, Online-Foren, Selbsthilfegruppen und Online-Angebote in Form von digitalen Gesundheitsanwendungen könnten für den Umgang mit der eigenen Depression hilfreich sein (ebd.). Weiterhin könne das ärztliche Bereitschaftstelefon, Telefonseelsorge, Haus- und Fachärzt*innen, psychiatrische und psychosomatische Ambulanzen depressiv erkrankten Personen helfen (Köhnen et al., 2022, o.S.). Zudem bestehe die Option, dass betroffene Eltern an ambulanten Gruppenangeboten teilnehmen oder sich Hilfe und Unterstützung in Spezialambulanzen für belastete Mütter suchen (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 388f.). Die Behandlung der Depression könne ambulant bei Psychotherapeut*innen oder voll- und teilstationär in Fach- und Tageskliniken stattfinden (Köhnen et al., 2022, o.S.). Auch Kur- und Nachsorgeangebote könnten in Anspruch genommen werden (ebd.). Für Interventionsprogramme für depressive Elternteile sei die Diagnostik zur Schwere der Depression, eine Psychoedukation, Einzel- oder Gruppentherapie und eine psychiatrische und medikamentöse Behandlung der depressiven Erkrankung angezeigt (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016, S. 503). Durch die Krankenkasse könnten erkrankte Elternteile Unterstützung im Haushalt bekommen (LZG, 2021, S. 6).

Rund um die Geburt könnten psychische Auffälligkeiten bei Elternteilen, durch Mitarbeitende in gynäkologischen und pädiatrischen Praxen oder in Geburtskliniken, erkannt werden (Renner et al., 2020, S. 419f.). Laut Einschätzung des Fachpersonals gelinge dies in 90% der Fälle (ebd.). Familien mit depressiver oder ängstlicher Symptomatik würden zwar seltener an Hil-

fen durch Hebammen, Eltern-Kind-Gruppen oder Geburtsvorbereitungskursen teilnehmen, dafür aber vermehrt an den Angeboten der Frühen Hilfen (ebd., S. 420). Die Frühen Hilfen richteten sich an Schwangere und Eltern mit Kindern im Alter bis zu drei Jahren, insbesondere an die Zielgruppe „Schwangere und Eltern in Problemlagen“ (Buschhorn, 2018, S. 796). Sie dienten als niederschwelliges und präventives Angebot für werdende oder neue Eltern und sollen die elterlichen Kompetenzen stärken und Kindeswohlgefährdungen vermeiden (ebd., S. 797ff.). Allerdings benötigten 36,8% der Familien mit psychischen Erkrankungen intensivere Unterstützung (Renner et al., 2020, S. 421). Dieser Unterstützungsbedarf könne und sollte möglichst frühzeitig durch die Frühen Hilfen erkannt werden und dann die Familien an spezifischere Angebote weitergeleitet werden (ebd.). Bei der Weiterleitung an andere Institutionen des Hilfesystems gehe es darum, Kindeswohlgefährdungen zu vermeiden (Buschhorn, 2018, S. 796). Beispielsweise würden die Familien an die Kinder- und Jugendhilfe oder an die Erwachsenenpsychiatrie weitervermittelt werden (ebd., S. 422). Vernetzt seien die Frühen Hilfen mit Fachkräften „der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe sowie weiteren sozialen Diensten“ (Buschhorn, 2018, S. 796).

Neben den oben genannten sozialarbeiterischen Hilfen, könnten Kinder von depressiv erkrankten Eltern, auch Hilfe durch ihre Ärzt*innen oder durch Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen oder Kinder- und Jugendpsychiater*innen erhalten (Köhnen, 2022, o.S.). Auch könnten Kinder durch Patenschaften Unterstützung erhalten (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 390). Erwachsene Personen außerhalb der Kernfamilie, zu denen eine vertrauensvolle Beziehung bestehe, könnten als Schutzfaktor für die Kinder dienen (Brockmann & Lenz, 2014, S. 102). Die Patenschaft übernehme meist eine Person aus dem sozialen Umfeld der Familie, wie Verwandte, Nachbar*innen oder Bekannte, entscheidend sei hierbei die räumliche Nähe und ein Vertrauensverhältnis zu der Familie (ebd., S. 102f.). Die Kinder sollten aktiv bei der Auswahl einer Vertrauensperson miteinbezogen werden (ebd., S. 104). Aufgabe der Pat*innen sei es, kurzfristig in Krisensituationen der Familie Hilfe zu leisten und das erkrankte Elternteil zu entlasten, beispielsweise indem sie die Kinderbetreuung übernehmen (ebd., S. 102).

Jugendamt und Erwachsenenpsychiatrie sollten fallbezogen, fallübergreifend und fallunabhängig kooperieren, dies bedeute es bedürfe Kooperation im Einzelfall, gemeinsame Angebote wie Wohnen für psychisch kranke Mütter und ihre Kinder und strukturelle Ansätze und Netzwerke, die für psychisch kranke Elternteile und ihre Familien Verbesserungen schaffen (Wagenblass, 2018, S. 1236f.).

Die Behandlung der psychischen Störung könne auch auf Mutter-Kind-Stationen stattfinden, wo sowohl das erkrankte Elternteil, als auch die Kinder Unterstützung bekommen können (Clemens et al., 2018, S. 1265). Frühe Hilfen, aber auch gemeinsame Sprechstunden von Erwachsenenpsychiatrien mit Kinder- und Jugendpsychiatrien könnten in Anspruch genommen werden (ebd., S. 1265f.). Die Frühen Hilfen könnten dabei frühzeitig Belastungen in den Familien erkennen, unterstützen und Ansprechpartner*innen für die betroffenen Familien sein (NZFH, o.J., o.S.). Die Frühen Hilfen würden so zur Prävention von Kindeswohlgefährdungen beitragen, aber auch andere pädagogische Einrichtungen sollten präventive Konzepte erstellen für Fälle von Kindeswohlgefährdungen, dabei sei es wichtig hinzusehen und aufmerksam zu sein, um die Gefährdungsanzeichen erkennen zu können (Wazlawik & Wolff, 2018, S. 307f.). Zusätzlich gäbe es zum Teil lokale und ehrenamtliche Initiativen oder auch spezielle Kindergruppen, zu denen betroffene Familien gehen können (Clemens et al., 2018, S. 1266). Weiterhin gäbe es Vereine zur Selbsthilfe und für Angehörige, in denen die Familie mit anderen betroffenen Familien in Kontakt kommen könne und betreute Wohnprojekte in denen Familien mit einem depressiv erkrankten Elternteil wohnen können (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 388f.).

5 Diskussion

In dieser Bachelorthesis sollte die Fragestellung „Wie kann die Soziale Arbeit Familien mit einem depressiven Elternteil unterstützen?“, beantwortet werden.

Die Soziale Arbeit kann in vielen Handlungsfeldern auf Familien mit einem depressiv erkrankten Elternteil treffen. In der Arbeit im Jugendamt, im Rahmen der Hilfen zur Erziehung oder in den Leistungen zur Förderung der Familie, in Erziehungsberatungsstellen, im sozialpsychiatrischen Dienst oder

auch im Rahmen der klinischen Sozialarbeit in Kinder- und Jugendpsychiatrien oder in Erwachsenenpsychiatrien können Sozialarbeiter*innen mit betroffenen Familien in Kontakt kommen. Aber auch in anderen Bereichen der Sozialen Arbeit, wie in Kindertagesstätten, Schulen oder Einrichtungen der offenen Kinder- und Jugendarbeit, wie beispielsweise Jugendzentren oder Kinderhäusern, können Familien mit einem depressiv erkrankten Elternteil, Sozialarbeiter*innen begegnen.

Die Soziale Arbeit werde durch eine Menschenrechts- und Gerechtigkeitsperspektive motiviert und nehme dabei sowohl die einzelnen Klient*innen mit ihren Problemlagen, als auch die Gesellschaft und den sozialen Wandel in den Fokus ihrer Arbeit (Röh, 2013, S. 55). Es gehe um das Empowerment der Adressat*innen und der Verbesserung ihres Wohlbefindens, sowie um den sozialen Wandel in der Gesellschaft (ebd.). Dabei soll die Soziale Arbeit die Interessen und Bedürfnisse der Klient*innen verstehen und unterstützen, sowie durch das zur Verfügung stellen von Ressourcen, eine gelingende Lebensführung für die Adressat*innen ermöglichen (ebd., S. 163). Weiterhin sollte die Soziale Arbeit sich für die Interessen und Bedarfe ihrer Klient*innen, auf höheren gesellschaftlichen Ebenen, einsetzen, um die Bedingungen für die Klient*innen zu verbessern (Sohns, 2009, S. 92f.). Folglich bedeutet dies, dass es sowohl Aufgabe der Sozialen Arbeit sei, die einzelnen depressiv erkrankte Elternteile und ihre Familien zu unterstützen, als auch sich auf politischer und gesellschaftlicher Ebene für diese Zielgruppe einzusetzen, indem auf sie aufmerksam gemacht, über ihre Bedarfe aufgeklärt und auf die Schaffung von besseren Strukturen für die Zielgruppe hingewirkt wird.

Die Hilfen für depressiv erkrankte Elternteile, für ihre Kinder und ihre Familien, sollten langfristig und flexibel gestaltet werden, weil der Krankheitsverlauf bei einer Depression schwanken und es zu Rückfällen und neuen depressiven Episoden kommen könne (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016, S. 503; NZFH, o.J., o.S.).

Präventive Hilfen der Sozialen Arbeit sollten ressourcenorientiert und im Sinne des Empowerments stattfinden, wodurch der Vertrauensaufbau, Ressourcen und die Erziehungskompetenz der Klient*innen gefördert werden könnten (Klein & Jungbauer, 2016, S. 194f.). Außerdem bedürfe es eines lebensweltorientierten Ansatzes, statt eines perfekten Alltages werde ein für

die Familie funktionierender Alltag angestrebt und dafür solle das „elterliche Erziehungs- und Beziehungsverhalten, die Kommunikation über die psychische Erkrankung des Elternteils sowie den Umgang mit alltäglichen Belastungen und Problemen“ verbessert werden (ebd.). Zur Prävention dienen die Leistungen der Förderung der Familie, nach §§ 16 bis 21 SGB VIII, die Eltern ermöglichen sollen, ihre Erziehungskompetenzen zu verbessern (Buschhorn, 2018, S. 783ff.).

Weitere Sozialarbeiterische Hilfen, könnten depressiv erkrankte Elternteile, über Beratungsstellen, den Sozialpsychiatrischen Dienst oder über das Jugendamt erhalten (Köhnen et al., 2022, o.S.; LZG, 2021, S. 6). Über die Hilfen zur Erziehung erhielten die betroffenen Elternteile Erziehungsberatung, eine sozialpädagogische Familienhilfe oder eine Erziehungsbeistandschaft (Brockmann & Lenz, 2014, S. 127f.). Durch Beratung könne gegen erlernte Hilflosigkeit vorgegangen und das Empowerment der Klient*innen gefördert werden, indem Stärken, Ressourcen, Selbstständigkeit und die Bewältigung des Alltags der Elternteile, gestärkt werden, Machtlosigkeitsgefühle abgebaut und Netzwerkarbeit für die Klient*innen betrieben werde (Sohns, 2009, S. 88ff.). Weiterhin könne die Soziale Arbeit depressive Elternteile darin unterstützen, Krisenpläne für Krankheitsrückfälle zu erstellen, Hilfe zur Selbsthilfe und Psychoedukation leisten (Heilemann et al., 2018c, o.S.). Weiterhin sollten soziale Kompetenzen, Problemlösefähigkeiten und das Selbstmitgefühl der Elternteile gefördert werden (Hautzinger, 2009, S. 128; Psychogiou et al., 2016, S. 906).

Für die Kinder von depressiv erkrankten Elternteilen, könne die Soziale Arbeit im Rahmen von Erziehungsberatungsstellen, sozialpädagogischen Familienhilfen oder einer Erziehungsbeistandschaft unterstützen (Köhnen, 2022, o.S.). Es gehe weiterhin darum, Kindeswohlgefährdungen einschätzen zu können (Klein & Jungbauer, 2016, S. 191), die Kinder und Jugendlichen vor Kindeswohlgefährdungen zu schützen, sie zu fördern und ihre Lebensbedingungen zu verbessern (Wazlawik & Wolff, 2018, S. 306). Die Hilfen zur Erziehung sollen dafür sorgen, dass eine Kindeswohlgefährdung abgewendet werden könne (ebd.), sollten diese allerdings nicht mehr ausreichen und eine Kindeswohlgefährdung vorliegen, seien Inobhutnahmen und Fremdplatzierung der Kinder und Jugendlichen die letzte Instanz, damit sie vor Gefährdungen und Schäden bewahrt werden können (Gehrmann & Sumargo,

2009, S. 388; Richter, 2018, S. 831f.). Um gezielter Kinder von depressiv oder anderweitig psychisch erkrankten Elternteilen unterstützen zu können, sollten spezialisierte Angebote für die Kinder geschaffen werden (Berkemeyer, 2012, S. 95).

Familienangehörige von Elternteilen mit einer Depression, könnten Unterstützung und Beratung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst (Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention, o.J.a, o.S.) oder über ehrenamtliche und professionelle Begleitungen erhalten (NZFH, o.J., o.S.). Gespräche mit professionellen Fachkräften könnten den Angehörigen dabei helfen, mit den Belastungen umzugehen, die sie durch das erkrankte Familienmitglied erleben und ihnen ermöglichen, das erkrankte Elternteil selbst besser unterstützen zu können (LZG, 2021, S. 4). Außerdem könne somit die Kommunikation in der Familie über die depressive Erkrankung gefördert werden (ebd.). Für betroffene Familien gäbe es teilweise spezifische Angebote, die oft auch speziell für unterschiedliche Altersklassen der Kinder abgestimmt sind (Griepenstroh et al., 2012, S. 42). Zu den Angeboten, die auf der familiären Ebene agieren, zählten beispielsweise die Projekte CHIMPS-NET und EFFEKT-E (Bühler, 2011, o.S.; Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016, S. 505). Eine andere Aufgabe der Sozialen Arbeit sei auch bei Bedarf, die Weiterleitung der Klient*innen an andere Professionen und Institutionen. (Sohns, 2009, S. 92f.). Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, psychiatrische Kliniken, die Frühen Hilfen oder auch Kur- und Nachsorgeangebote, könnten den betroffenen Familien, Unterstützung und Hilfe, außerhalb der Sozialen Arbeit, leisten (Buschhorn, 2018, S. 796; Köhnen et al., 2022, o.S.; Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention, o.J.a, o.S.). Aber auch Patenschaften, Selbsthilfevereine, betreute Wohnformen, ehrenamtliche Initiativen und spezielle Kindergruppen könnten für die betroffene Familie infrage kommen (Clemens et al., 2018, S. 1266; Gehrman & Sumargo, 2009, S. 388ff.).

Zu der Zusammenarbeit mit Familien mit einem depressiv oder anderweitig psychisch erkrankten Elternteil gehöre, dass sich Sozialarbeitende bewusst machen, dass eine elterliche Diagnose einer psychischen Erkrankung, nicht automatisch bedeute, dass eine Kindeswohlgefährdung vorliegt (Klein & Jungbauer, 2016, S. 196). Dies bedeutet auch, dass sich Sozialarbeitende

ihren eigenen Vorurteilen und Stereotypen gegenüber Eltern mit Depressionen bewusstwerden, diese hinterfragen und abbauen sollten, um individuell und unvoreingenommen mit betroffenen Familien zu arbeiten. Dabei sollte ebenso beachtet werden, dass nicht nur die mütterliche, sondern auch die väterliche Depression, die Familienangehörigen belasten könne und in der Hinsicht ein Umdenken angeregt werden müsste, wenn es um Auswirkungen auf die Kinder gehe (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016, S. 500ff.). Auch in der interprofessionellen Zusammenarbeit sollte darauf geachtet werden, dass die Stereotypen dem Klientel gegenüber abgebaut werden, um Diskriminierung zu vermeiden. Hier für sollten sich die Professionen gegenseitig aufklären und auch gegenseitig daran erinnern. Das Reflektieren des eigenen Denkens und Handels sowie gemeinsame Reflexionsgespräche im Team, beispielsweise im Rahmen von kollegialer Beratung, können dazu beitragen, die Stereotypen und Diskriminierungen zu verringern. Zukünftig sollte auf gesellschaftlicher Ebene, die Stigmatisierungen von psychischen Erkrankungen und von Eltern die Hilfen durch das Jugendamt erhalten, abgebaut werden, damit betroffene Familien möglichst frühzeitig die Hilfen in Anspruch nehmen, die sie benötigten, sodass Sorgerechtsentzüge und höhere Belastungen vermieden werden könnten (Clemens et al., 2018, S. 1265). Auch Diskriminierungserfahrungen könnte so entgegengewirkt werden.

Um möglichst frühzeitig unterstützen zu können, sei eine interprofessionelle Zusammenarbeit der Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe unabdingbar (NZFH, o.J., o.S.). Die Fachkräfte aus den Erwachsenenpsychiatrien benötigten dafür Wissen über die Hilfemöglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe und die Fachkräfte in den Hilfen zur Erziehung, Wissen über psychische Erkrankungen, damit sie betroffene Familien besser einschätzen und mit ihnen arbeiten können (Berkemeyer, 2012, S. 95). Deswegen erscheine eine Weiterqualifizierung der Fachkräfte, sowie eine Vernetzung von Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe notwendig (Bauer & Schmuhl, 2012, S. 170). Auch Fachkräfte aus anderen Professionen, die in Kontakt mit Familien mit einem depressiv erkrankten Elternteil kommen, sollten frühzeitig Kontakt zum Jugendamt aufnehmen, damit die Hilfen rechtzeitig bei den Familien ankommen können

(Berkemeyer, 2012, S. 94). Aus gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit in Einzelfällen, könne für fallübergreifende und fallunabhängige Kooperation gelernt werden und auf der Grundlage dieses Erfahrungswissens Konzepte erarbeitet werden (Wagenblass, 2018, S. 1238). Damit die interprofessionelle Zusammenarbeit gelingen könne, müssen dafür strukturell die Möglichkeiten und Netzwerke geschaffen werden (ebd., S. 1245).

Allerdings sei die interprofessionelle Zusammenarbeit bisher meist nur in Einzelfällen vorhanden und dann von dem Engagement der einzelnen Fachkräfte abhängig (ebd.). Weiterhin zeige sich, dass es aktuell nur vereinzelt regionale Konzepte gäbe, die den Fokus auf die gesamte Familie legen und es in Deutschland noch keine flächendeckende Versorgung mit spezifischen Angeboten gäbe (Clemens et al., 2018, S. 1265f.). Dabei erscheinen ganzheitliche und systemübergreifende Hilfsangebote, gerade sinnvoll, da durch eine psychische Erkrankung, wie eine Depression, das gesamte Familiensystem beeinflusst werde (Wagenblass, 2018, S. 1245f.). In Zukunft sollte, statt für jede einzelne Zielgruppe Angebote zu schaffen, wie eltern-, kinder- und angehörigorientierte Hilfen, neue Hilfsangebote erstellt werden, die Unterstützung für das gesamte Familiensystem von Elternteilen mit psychischen Erkrankungen bieten (Bauer & Schmuhl, 2012, S. 170). Hilfreich sei es, wenn diese Angebote in Einrichtungen stattfinden würden, in denen das depressiv erkrankte Elternteil behandelt werde (ebd.). Diese Hilfs- und Unterstützungsangebote sollten niederschwellig, flächendeckend und systemübergreifend angelegt werden.

Um einen genauen Überblick über die aktuelle Versorgungssituation in Deutschland mit spezifischen Hilfsangeboten für betroffene Familien zu erhalten, bedürfe es in Zukunft neuer Erhebungen. Auch sollte dabei die Versorgungssituation von bereits erwachsenen Kindern von depressiv erkrankten Elternteilen erfasst werden und diese bei der Erarbeitung von neuen Hilfsangeboten miteinbezogen werden. Denn auch diese könnten, durch die elterliche Erkrankung, beeinflusst werden und Unterstützung benötigen (Kloß, 2012, S. 20f.). Es bedürfe weiterer Studien, um die Auswirkungen von väterlicher Depression, auf die Kinder und Familienangehörigen, genauer zu erforschen, diese in den Interventionen miteinfließen zu lassen und die Ergebnisse von Marinovic und Seiffge-Krenke zu bekräftigen (ebd., 2016, S.

500ff.). Weiterhin fehlen Erkenntnisse darüber, wie sich die Situation der Eltern, Kinder und der Familienangehörigen verändert, wenn das Elternteil Komorbiditäten aufweist, also noch weitere Erkrankungen oder psychische Störungen neben der Depressionsdiagnose hat. Auch sind die Auswirkungen und Belastungen für die Familien, in denen beide Elternteile depressiv oder anderweitig psychisch erkrankt sind, bisher noch zu wenig erforscht. Es sei davon auszugehen, dass sich die Belastungen auf die Kinder dadurch verstärken können (Clemens et al., 2018, S. 1263). Allerdings könnte zukünftige Forschung zu dem Thema, die Aussage bekräftigen und eventuell spezifischere Unterstützungsbedarfe aufzeigen.

6 Fazit

Um die Fragestellung der Bachelorthesis „Wie kann die Soziale Arbeit Familien mit einem depressiven Elternteil unterstützen?“ zu beantworten, wurden sozialarbeiterische Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten für die depressiv erkrankten Elternteile, die Kinder und Familienangehörigen, durch eine systematische Literaturrecherche und strukturierte Literaturlauswertung, herausgearbeitet.

In vielen Handlungsfeldern können Familien mit einem depressiv erkrankten Elternteil auf Sozialarbeiter*innen stoßen. Dazu zählen beispielsweise die klinische Sozialarbeit, Schulsozialarbeit, Beratungsstellen, das Jugendamt oder Jugendzentren. Die Aufgabe der Sozialen Arbeit ist zweigeteilt, einerseits soll sie die Klient*innen unterstützen und andererseits sich auf politischer und gesellschaftlicher Ebene für die Bedürfnisse und Interessen der Zielgruppe einsetzen. Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten können betroffene Familien von dem Sozialpsychiatrischen Dienst, dem Jugendamt oder Erziehungsberatungsstellen erhalten.

Die wichtigsten Ziele in der Unterstützung von depressiv erkrankten Elternteilen und ihren Familien sind sowohl die Erziehungsfähigkeit, das Selbstmitgefühl, Problemlösefähigkeiten und soziale Kompetenzen der Eltern zu verbessern, als auch in der Familie mit den Belastungen umzugehen, eine Kommunikation über die Erkrankung einzurichten und Kindeswohlgefährdungen zu vermeiden oder abzuwenden. Dafür können präventiv die Leistungen zur Förderung der Familie, nach §§ 16 bis 21 SGB VIII, die die

Erziehungskompetenz verbessern sollen, dienen. Aber auch die Hilfen zur Erziehung, nach §§ 27ff. SGB VIII, bei denen vor allem die sozialpädagogische Familienhilfe, eine Erziehungsbeistandschaft oder eine Erziehungsberatung relevant sind. Außerdem gibt es spezifische Angebote für Kinder von depressiv erkrankten Eltern und Angebote, die auf die Familie abzielen. Beispiele dafür wären, das Projekt CHIMPS-NET und EFFEKT-E. Weiterhin ist es Aufgabe der Sozialarbeitenden, Familien bei Bedarf, an andere Professionen und Institutionen weiterzuleiten, wie an Erwachsenenpsychiatrien, eine Psychotherapie oder an die Frühen Hilfen. Sollte trotz dieser Interventionsmöglichkeiten eine Kindeswohlgefährdung vorliegen, kann als letzte Instanz, zum Schutz der Kinder, das Sorgerecht entzogen und Inobhutnahmen und Fremdunterbringungen eingeleitet werden.

Bei der Arbeit mit depressiv erkrankten Elternteilen, ihren Kindern und Familienangehörigen, geht es darum, langfristige Hilfen zu planen, die flexibel an den aktuellen Bedarf der Familie anpassbar sind, weil dieser sich über den Krankheitsverlauf verändern kann. Für akute depressive Episoden und Rückfälle sollen Krisenpläne entworfen werden. Weiterhin geht es in den Hilfen um Empowerment, Hilfe zur Selbsthilfe, Netzwerkarbeit, Psychoedukation und darum erlernte Hilflosigkeit abzubauen. Dies sollte unter einem ressourcen- und lebensweltorientierten Ansatz geschehen. Damit betroffene Familien möglichst frühzeitig Unterstützung und Hilfe in Anspruch nehmen und somit Kindeswohlgefährdungen und Sorgerechtsentzüge vermieden werden können, bedarf es einer interprofessionellen Zusammenarbeit, vor allem von Kinder- und Jugendhilfe und der Erwachsenenpsychiatrie, bei der im Einzelfall, fallübergreifend und fallunabhängig miteinander kooperiert wird. Außerdem braucht es eine gesellschaftliche Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen und von Personen, die Hilfen vom Jugendamt empfangen.

7 Ausblick

In Zukunft sollte die Versorgungssituation in Deutschland von depressiv erkrankten Eltern und ihren Familien mit spezifischen Hilfsangeboten erhoben werden und dann flächendeckend Angebote geschaffen werden, die be-

troffene Familien ganzheitlich und systemübergreifend Unterstützung bereitstellen. Der Zugang zu den Angeboten sollte möglichst niederschwellig gestaltet werden, beispielsweise, in dem die Angebote an dem Behandlungsort des erkrankten Elternteils stattfinden. Weiterhin sollte erhoben werden, wie der aktuelle Stand, in der interprofessionellen Kooperation zwischen den Hilfesystemen, für betroffene Familien ist und dann Netzwerke und Möglichkeiten für fallbezogene, fallübergreifende und fallunabhängige Zusammenarbeit geschaffen werden. Dazu zählt die Weiterqualifizierung der Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe über psychische Erkrankungen und Wissen in anderen Professionen, die mit betroffenen Familien in Kontakt kommen, über die Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe, damit die Familien möglichst frühzeitig an die Hilfen weitergeleitet werden können, die sie benötigen.

Außerdem fehlen Forschungsergebnisse zu den Auswirkungen über komorbide psychische Erkrankungen der Eltern auf ihre Kinder und Familienangehörigen und wie sich die Auswirkungen verändern, wenn beide Elternteile depressiv oder anderweitig psychisch erkrankt sind. Auch sollten die Auswirkungen von väterlichen Depressionen weitererforscht werden. Weiterhin stellt sich die Frage, wie bereits erwachsene Kinder von depressiven Eltern unterstützt werden können und wie sich die Belastungen der Erkrankung auf sie auswirken. Diese Erkenntnisse sollten dann in die Planung der Interventionen miteinbezogen werden, damit diese empirisch fundiert sind. Außerdem benötigt es zukünftig Konzepte für die Öffentlichkeitsarbeit, um auf die Situation betroffener Familien aufmerksam zu machen und für sie Verbesserungen zu erwirken.

Zudem sollten Konzepte für die Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen und für Personen, die Hilfen vom Jugendamt in Anspruch nehmen, entwickelt werden, sodass betroffene Familien und Fachkräfte aus anderen Professionen, sich früher an das Jugendamt und an therapeutische Hilfe wenden. Somit könnten Diskriminierungserfahrungen und Belastungen für die Familien verringert und frühzeitig gegen eventuelle Kindeswohlgefährdungen gegengewirkt werden.

8 Literaturverzeichnis

- Bauer, U. & Schmuhl, M. (2012). Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Perspektive der professionellen Hilfesysteme – Ergebnisse einer Bedarfserhebung in OWL. In U. Bauer, A. Reinisch & M. Schmuhl (Hrsg.), *Gesundheit und Gesellschaft. Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern: Bedarf, Koordination, Praxiserfahrungen* (S. 159–171). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-93476-1_12
- Berkemeyer, A. (2012). Der Spagat zwischen Prävention und Intervention und die Bedeutung von verlässlicher Kooperation für Kinder in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil – Ein Beitrag aus Sicht des Jugendamtes. In U. Bauer, A. Reinisch & M. Schmuhl (Hrsg.), *Gesundheit und Gesellschaft. Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern: Bedarf, Koordination, Praxiserfahrungen* (S. 87–102). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-93476-1_7
- Brockmann, E. & Lenz, A. (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern stärken*. Hogrefe Verlag. <http://elibrary.hogrefe.de/9783840924200/1>
- Bühler, A. (2011). „Ich muss nicht perfekt sein“ - Programm zur Prävention von Depression in emotional belasteten Familien - DLR Gesundheitsforschung. <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/ich-muss-nicht-perfekt-sein-programm-zur-praevention-von-depression-in-emotional-belasteten-3060.php>
- Buschhorn, C. (2018). Förderung der Erziehung in der Familie und Frühe Hilfen. In K. Böllert (Hrsg.), *Kompendium Kinder- und Jugendhilfe. Kompendium Kinder- und Jugendhilfe: Band 2* (S. 783–804). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19096-9_35
- chimpsnet (Hrsg.). (o.J.). *Zentren*. <https://www.chimpsnet.org/zentren/>
- Christiansen, H., Röhrle, B., Fahrer, J., Stracke, M. & Dobener, L.-M. (2020). *Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen: State of the Art für Psychotherapeutinnen, Pädiaterinnen, Pädagoginnen* (1. Auflage 2020). *essentials*. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH; Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-30519-2>
- Clemens, V., Berthold, O., Fegert, J. M. & Kölch, M. (2018). Kinder psychisch erkrankter Eltern : Auch ein Thema im Rahmen des Kinderschutzes [Children of mentally ill parents : Also a topic in the context of child protection]. *Der Nervenarzt*, 89(11), 1262–1270. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0561-x>
- Collishaw, S., Hammerton, G., Mahedy, L., Sellers, R., Owen, M. J., Craddock, N., Thapar, A. K., Harold, G. T., Rice, F. & Thapar, A. (2016). Mental health resilience in the adolescent offspring of parents with depression: a prospective longitudinal study. *The lancet. Psychiatry*, 3(1), 49–57. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00358-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00358-2)
- Coryell, W. (2021). *Affektive Störungen – Übersicht - Psychische Gesundheitsstörungen*. <https://www.msmanuals.com/de-de/heim/psychische-gesundheitsst%C3%B6rungen/affektive-st%C3%B6rungen/affektive-st%C3%B6rungen-%E2%80%93-%C3%BCbersicht>
- Cummings, E. M., Keller, P. S. & Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 46(5), 479–489. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00368.x>

- Dirks, E. & Heinrichs, N. (2012). Kinder psychisch kranker Eltern – die Perspektive der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In U. Bauer, A. Reinisch & M. Schmuhl (Hrsg.), *Gesundheit und Gesellschaft. Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern: Bedarf, Koordination, Praxiserfahrungen* (S. 71–86). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-93476-1_6
- Gehrmann, J. & Sumargo, S. (2009). Kinder psychisch kranker Eltern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 157(4), 383–394. <https://doi.org/10.1007/s00112-009-1971-4>
- Griepenstroh, J., Heitmann, D. & Hermeling, S. (2012). Kinder psychisch kranker Eltern: Lebenssituation und Entwicklungsrisiken. In U. Bauer, A. Reinisch & M. Schmuhl (Hrsg.), *Gesundheit und Gesellschaft. Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern: Bedarf, Koordination, Praxiserfahrungen* (S. 23–46). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-93476-1_3
- Habib, C. (2012). Paternal perinatal depression: An overview and suggestions towards an intervention model. *Journal of Family Studies*, 18(1), 4–16. <https://doi.org/10.5172/jfs.2012.18.1.4>
- Hautzinger, M. (2009). Depression. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (3., vollst. überarb. und erw. Aufl., S. 125–138). Springer Medizin Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-540-79543-8_7
- Hautzinger, M. (2015). Depressive Störungen. In A. Maercker, R. Scheddin, A. Leopold & E. Schoeler (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (2., vollst. überarb. u. aktual. Aufl. 2015, S. 119–137). Springer Berlin Heidelberg; Imprint: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-54723-2_6
- Heilemann, N., Ströhlein, L.-M. & Marbach-Breitrück, E. (2018a). *Depression - Behandlung*. <https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/wissen/depression/behandlung>
- Heilemann, N., Ströhlein, L.-M. & Marbach-Breitrück, E. (2018b). *Depression - Hintergrund*. https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/wissen/depression/hintergrund?gclid=CjwKCAiAs8acBhA1EiwAgRFdw098Za0C1vTLsoMHIH5VRVmKcy8UgD3WaLC5MjzH6L0GazbUC5mybxoC3e8QAvD_BwE
- Heilemann, N., Ströhlein, L.-M. & Marbach-Breitrück, E. (2018c). *Leben mit Depression*. <https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/wissen/depression/leben-mit-depression>
- Heinecke-Müller, M. (2019). *Hilflosigkeit, gelernte/erlernte*. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/hilflosigkeit-gelernte-erlernte>
- Heitmann, D. (2013). *Das Gleichgewicht halten: Interaktionskontexte von Kindern depressiv erkrankter Eltern*. *Gesundheit und Gesellschaft*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-00032-5>
- icd-code.de (Hrsg.). (o.J.a). *ICD-10-GM-2023: F32.- Depressive Episode*. <https://www.icd-code.de/icd/code/F32.-.html>
- icd-code.de (Hrsg.). (o.J.b). *ICD-10-GM-2023: F33.- Rezidivierende depressive Störung*. <https://www.icd-code.de/icd/code/F33.-.html>
- Jungbauer, J [Johannes] (Hrsg.). (2016). *Familien mit einem psychisch kranken Elternteil: Forschungsbefunde und Praxiskonzepte* (2nd ed.). Budrich, Barbara.
- Klein, S. & Jungbauer, J [J.]. (2016). Kindeswohlgefährdung und Sorgerechtsentzug in Familien mit psychisch erkrankten Eltern. In J. Jung-

- bauer (Hrsg.), *Familien mit einem psychisch kranken Elternteil: Forschungsbefunde und Praxiskonzepte* (2nd ed., S. 176–199). Budrich, Barbara.
- Kloß, C. (2012). Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern: Liebe, Entlastung, Trauer – ein Erfahrungsbericht. In U. Bauer, A. Reinisch & M. Schmuhl (Hrsg.), *Gesundheit und Gesellschaft. Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern: Bedarf, Koordination, Praxiserfahrungen* (S. 13–22). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-93476-1_2
- Köhnen, M. (2022). *Hilfe für mein Kind finden*. <https://www.chimpsnet.org/informationen-eltern-landingpage/eltern-hilfe-fuer-mein-kind-finden/#toggle-id-1>
- Köhnen, M., Emde, L. & Dirmaier, J. (2022). *Hilfe für Eltern*. <https://www.chimpsnet.org/informationen-eltern-landingpage/hilfe-fuer-eltern/>
- Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG). (2021). *Elterninfo: Depression: Kindern depressiver Eltern helfen*. <https://www.lpk-rlp.de/detail/broschuere-elterninfo-depression-wie-kann-man-kindern-depressiver-eltern-helfen.html>
- Macsenaere, M. (2017). Was wirkt in den Hilfen zur Erziehung? *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 11(2), 155–162. <https://doi.org/10.1007/s11757-017-0410-y>
- Marinovic, M. & Seiffge-Krenke, I. (2016). Depressive Väter. *Psychotherapeut*, 61(6), 499–506. <https://doi.org/10.1007/s00278-016-0132-1>
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.). (o.J.). *Kinder psychisch kranker Eltern*. <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/fachthemen/kinder-psychisch-kranker-eltern/?contrast=0>
- Pfadenhauer, B. (2011). *Das Wunsch- und Wahlrecht der Kinder- und Jugendhilfe*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92913-2>
- Pröll, A., Schnell, T. & Koch, L. J. (2019). Depression. In *Psychische StörungenBILDER* (S. 27–33). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Psychogiou, L., Legge, K., Parry, E., Mann, J., Nath, S., Ford, T. & Kuyken, W. (2016). Self-Compassion and Parenting in Mothers and Fathers with Depression. *Mindfulness*, 7, 896–908. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0528-6>
- Radtke, R. (2023). *Depressionen und Burn-out – Zahlen und Statistiken*. <https://de.statista.com/themen/161/burnout-syndrom/#topicOverview>
- Renner, I., Hoffmann, T. & Paul, M. (2020). Frühe Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern – Forschungsergebnisse des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen [Early Childhood Intervention for Children of Parents with Mental Health Issues - Results of the Research Program of the National Center for Early Prevention]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 69(5), 416–425. <https://doi.org/10.13109/prkk.2020.69.5.416>
- Richter, M. (2018). Handlungsfeld Hilfen zur Erziehung. In K. Böllert (Hrsg.), *Kompendium Kinder- und Jugendhilfe. Kompendium Kinder- und Jugendhilfe: Band 2* (S. 825–840). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19096-9_37

- Röh, D. (2013). *Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das gute Leben: Eine Handlungstheorie zur daseinsmächtigen Lebensführung. Soziale Arbeit in Theorie und Wissenschaft*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19357-1>
- Sohns, A. (2009). Empowerment als Leitlinie Sozialer Arbeit. In B. Michel-Schwartz (Hrsg.), *Methodenbuch soziale Arbeit: Basiswissen für die Praxis* (2., überarb. und erw. Aufl., S. 75–101). VS, Verl. für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91453-4_3
- Stahmeyer, J. T., Märten, C., Eidt-Koch, D., Kahl, K. G., Zeidler, J. & Eberhard, S. (2022). The State of Care for Persons With a Diagnosis of Depression. *Deutsches Ärzteblatt international*, 119(26), 458–465. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0204>
- statista.de (Hrsg.). (2023). *Suizid - Selbstmorde in Deutschland bis 2021*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/583/umfrage/sterbefaelle-durch-vorsaetzliche-selbstbeschaedigung/>
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2023a). *Im Jahr 2022 starben in Deutschland insgesamt 10119 Personen durch Suizid*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/suizid.html>
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2023b). *Todesursachen 2022: Anteil der an COVID-19-Verstorbenen rückläufig*. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/11/PD23_441_23211.html
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention (Hrsg.). (o.J.a). *Depression - Wo finde ich Hilfe?* <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/wo-finde-ich-hilfe>
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention (Hrsg.). (o.J.b). *Deutschland-Barometer Depression*. <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/forschungszentrum/deutschland-barometer-depression>
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention (Hrsg.). (o.J.c). *In der Schwangerschaft und nach der Geburt*. <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/in-der-schwangerschaft-und-nach-der-geburt>
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention (Hrsg.). (o.J.d). *Suizidalität*. <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/suizidalitaet>
- Vogel, H. (2022). *Psychoedukation*. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/psychoedukation>
- Wagenblass, S. (2018). Wenn Eltern psychisch krank sind – Zur Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. In K. Böllert (Hrsg.), *Kompendium Kinder- und Jugendhilfe. Kompendium Kinder- und Jugendhilfe: Band 2* (S. 1231–1247). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19096-9_59
- Wazlawik, M. & Wolff, M. (2018). Gefährdungen von Kindern und Jugendlichen und der Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe. In K. Böllert (Hrsg.), *Kompendium Kinder- und Jugendhilfe. Kompendium Kinder- und Jugendhilfe: Band 2* (S. 291–314). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19096-9_12
- Wiedemann, M. & Plattner, A. (2022). Beurteilung des Kindeswohls bei psychisch kranken Eltern. In R. Dohrenbusch (Hrsg.), *Psychologische Begutachtung* (S. 1–10). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64801-8_115-1

Wiegand-Grefe, S., Jeske, J., Bullinger, M., Plaß, A. & Petermann, F. (2010). Lebensqualität von Kindern psychisch kranker Eltern. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58(4), 315–322. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000042>

Eidesstattliche Versicherung / Plagiatserklärung

Ich versichere an Eides statt,

1. meine schriftliche Studien- bzw. Prüfungsleistung (bei einer Gruppenarbeit den entsprechende gekennzeichneten Teil der Bachelorarbeit) mit dem Titel „Kinder depressiv erkrankter Eltern – Wie die Soziale Arbeit betroffene Familien unterstützen kann“ selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst zu haben,
2. keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt zu haben,
3. alle Stellen der Arbeit, die ich wortwörtlich oder sinngemäß aus anderen Quellen übernommen habe, als solche kenntlich gemacht zu haben und
4. die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt zu haben.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Hochschule eine Plagiatserklärung meiner Prüfungsarbeit vornimmt und diese auf dem Ephorusserver zur Überprüfung ablegt.

Göttingen, 16.01.2024

Ort, Datum, Unterschrift

