

2. Psychische Erkrankungen bei Eltern im nationalen und internationalen Kontext

Psychische Erkrankungen erfahren seit Beginn des 21. Jahrhunderts eine immer höhere mediale Aufmerksamkeit und rücken stärker in das gesellschaftliche Bewusstsein. So geben aktuelle Studien aus dem nationalen und internationalen Kontext Aufschluss darüber, wie viele Menschen von einer psychischen Erkrankung betroffen sind (vgl. Kapitel 2.1). Hingegen lassen sich keine validen Aussagen darüber treffen, wie viele Menschen mit einer psychischen Erkrankung Eltern sind. Erste Untersuchungen geben Hinweise, dass in Deutschland etwa jeder fünfte Mann, der sich auf Grund einer psychischen Störung in Behandlung befindet, Kinder hat. Internationale bevölkerungsbezogene Studien gehen von höheren Zahlen aus (vgl. Kapitel 2.2).

Von einer psychischen Erkrankung des Elternteils ist in der Regel die gesamte Familie betroffen. So ist inzwischen belegt, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern ein erhöhtes Risiko haben, selbst eine psychische Störung oder Verhaltensauffälligkeit zu entwickeln, wobei psychosozialen Faktoren eine höhere Bedeutung zukommt als einer genetischen Prädisposition. In Kapitel 2.3 soll skizziert werden, welchen Stellenwert eine gezielte Unterstützung von Familien mit einem psychisch erkrankten Vater einnehmen kann, die auf die Förderung von Ressourcen und Schutzfaktoren fokussiert und damit zu einer Kompensation psychosozialer Belastungen beitragen kann.

2.1. Epidemiologie psychischer Erkrankungen in der erwachsenen Bevölkerung

Prävalenzen psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen nehmen im weltweiten Krankheitspanorama eine immer wichtigere Stellung ein (vgl. hierzu auch Reeves et al. 2011, Wittchen et al. 2011). Sie sind nicht nur individuell mit einer großen Krankheitslast verbunden, sondern haben auch gesellschaftlich gesehen eine hohe Bedeutung, da vor allem jüngere, berufstätige Bevölkerungsgruppen betroffen sind (Jacobi et al. 2014).

Aktuelle Zahlen des DAK-Gesundheitsreports zeigen beispielsweise, dass psychische Erkrankungen mit über 19% der häufigste Grund für Krankschreibungen im Jahr 2013 waren (Werner 2014). Nach Schätzungen der WHO werden bis zum Jahr 2020 allein die affektiven Erkrankungen⁴ die zweithäufigste Ursache für eine Arbeitsunfähigkeit darstellen (Bühning 2001). Bereits jetzt sind psychische Erkrankungen die häufigste Ursache für Frühberentungen (Berger 2004).

Anhand des Zusatzmoduls „Psychische Gesundheit“ der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“, in dem eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe befragt wurde, lassen sich aktuelle Zahlen zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der erwachsenen Bevölkerung konstatieren (Jacobi et al. 2014). Demnach liegt die Wahrscheinlichkeit, im Verlauf der letzten 12 Monate von einer psychischen Erkrankung betroffen gewesen zu sein (12-Monats-Prävalenz), bei insgesamt 27,7% (ebd.). In etwa jede dritte Frau (33,3%) und jeder vierte bis fünfte Mann (22,0%) wies mindestens eine psychiatrische Diagnose auf (ebd.). Fast die Hälfte der betroffenen Frauen (49,8%) und mehr als ein Drittel (36%) der betroffenen Männer war an mehr als einer psychischen Störung erkrankt (ebd.). Anhand einer Sekundärdatenauswertung dreier Ersatzkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund für den Zeitraum 2005 bis 2007 zeigt sich, dass die Zahlen ihrer Versicherten mit psychischen Störungen sogar noch höher liegen (Gaebel et al. 2013). Demnach wurde bei jedem dritten der knapp zehn Mio. Versicherten eine psychische Erkrankung diagnostiziert, wobei etwa die Hälfte von ihnen an mindestens zwei psychischen Störungen erkrankt war (ebd.).

Die deutschen Ergebnisse zur 12-Monats-Prävalenz decken sich mit den Erkenntnissen von Wittchen und Jacobi (2005), die im Rahmen einer Auswertung von 27 europäischen Studien konstatieren, dass 27% der erwachsenen Bevölkerung im Laufe eines Jahres an einer oder mehreren psychischen Störungen erkranken. Auch ihre Auswertung zeigte eine höhere Prävalenzrate für Frauen mit 33% und eine geringere für Männer mit 22%. In einem erneuten Review aus dem Jahr 2011 konstatierten Wittchen und Kollegen, dass in jedem Jahr über 38% der europäischen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen sind. Diese deutlich höhere Prävalenz ist jedoch in der Einbeziehung von Störungen wie Demenz, geistiger Behinderung oder Schlafstörungen begründet. Werden diese Diagnosen in der Auswertung nicht berücksichtigt, werden die 27% aus dem Jahr 2005 bestätigt (Jacobi et al. 2014). Auch für den US-amerikanischen Raum zeigt sich, dass im Laufe eines Jahres etwa 25% der erwachsenen Bevölkerung an einer psychischen Störung erkranken (Reeves et al. 2011).

Die Lebenszeitprävalenz fällt demgegenüber sowohl in nationalen als auch internationalen Studien leicht höher aus. Demnach liegt die Wahrscheinlichkeit

⁴ Zu den affektiven Erkrankungen gehören die unipolare Depression, die Manie sowie die bipolare Störung (vgl. hierzu Kapitel 2.3).

der deutschen Bevölkerung, im Verlauf des Lebens an einer psychischen Störung zu erkranken, bei 35,6% (Meyer et al. 2000). Mit Ausnahme der Substanzabhängigkeit wiesen Frauen mit 40% für alle diagnostischen Hauptgruppen eine fast doppelt so hohe Erkrankungsrate auf als Männer mit 20,6%. Auch für den US-amerikanischen Raum zeigte sich im Rahmen der Epidemiologic-Catchment-Area Studie (ECA) eine Lebenszeitprävalenz für psychische Störungen von ca. 32% (Robins & Regier 1991).

Am häufigsten war die Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen von psychischen Erkrankungen betroffen, gefolgt von der jüngsten Altersgruppe der 18- bis 34-Jährigen. Psychische Störungen traten deutlich seltener bei den ältesten Studienteilnehmern (65-79 Jahre) auf (Jacobi et al. 2014).

Nach Krankheitsgruppen differenziert ergibt sich dabei die folgende Verteilung: In Deutschland sind die Angststörungen mit 15,3% am häufigsten vertreten, es folgen unipolare Depressionen mit 7,7% und Erkrankungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum (ohne Nikotinabhängigkeit) mit 5,7% (Jacobi et al. 2014). Wittchen und Jacobi (2005) fanden für ganz Europa ähnliche Jahresprävalenzen. Demnach weisen die Angststörungen eine Prävalenz von 12,0% auf, es folgen affektive Störungen mit 9,1%, Abhängigkeitserkrankungen mit 3,4% und wahnhaftige Störungen mit 2,6%.

Das psychiatrische Behandlungssetting und die Behandlungsquote psychischer Störungen

Das psychiatrische Versorgungssystem, das hierzulande Patienten mit einer psychischen Erkrankung betreut, gliedert sich in einen ambulanten, einen teilstationären und einen stationären Bereich. Angebote des ambulanten Bereichs umfassen beispielsweise niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Institutsambulanzen, Sozialpsychiatrische Dienste, ambulante psychiatrische Pflege, Betreutes Wohnen und Kontakt- und Beratungsstellen. Der teilstationäre Bereich schließt vor allem die Tageskliniken und der stationäre Bereich die psychiatrischen Fachkrankenhäuser und die psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinen Krankenhäusern ein (Schone & Wagenblass 2006). Trotz einer hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen befinden sich hierzulande schätzungsweise nur 10% aller Betroffenen, die eine psychiatrische Diagnose aufweisen, im psychiatrischen Versorgungssetting, bei Betroffenen mit zwei oder drei psychischen Störungen sind 30% in psychiatrischer Behandlung (Bebbington 2000, Wittchen & Jacobi 2001). Die WHO spricht in diesem Zusammenhang von einem „Treatment Gap“, worunter der Anteil an Personen zu verstehen ist, der eine Behandlung benötigen würde, diese jedoch nicht erhält (WHO 2005). Grund hierfür scheint die geringe Inanspruchnahme

fachgerechter Hilfen auf Seiten psychisch erkrankter Menschen zu sein. Die Auswertung von Jacobi und Kollegen (2014) anhand des Zusatzmoduls „Psychische Gesundheit“ der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ zeigt, dass nur etwa 11% der Betroffenen mit einer Diagnose im letzten Jahr Kontakt zu einem Gesundheitsdienst hatten, etwa 21% berichteten von einem Kontakt vor mehr als einem Jahr und fast zwei Drittel (68%) wiesen gar keine Inanspruchnahme auf. Mit steigender Diagnosezahl erhöht sich der Kontakt zu Gesundheitsdiensten. So berichteten 74% der Betroffenen mit vier oder mehr Diagnosen, dass sie aktuell oder zumindest vor mehr als einem Jahr mindestens einen Kontakt zu einem Gesundheitsdienst hatten. Dabei lassen sich jedoch keine Aussagen zu Art, Umfang und Angemessenheit der Beratung, Diagnosestellung und Behandlung treffen (ebd.).

Zum einen scheint die geringe Inanspruchnahmequote fachgerechter Hilfen darauf zurückzuführen sein, dass Betroffene die Erkrankung trotz vorliegender Symptome nicht erkennen (Möller 2009) oder eine Erstbehandlung auf Grund des Stigmas psychischer Erkrankungen hinauszögern, was zu einer Verschlechterung des Krankheitsverlaufs führen kann (Gaebel et al. 2004). Auch ein Informationsdefizit über vorhandene Unterstützungsangebote könnte zu der geringen Inanspruchnahme fachgerechter Hilfen beitragen, denn insgesamt sind Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status proportional häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen, wie sich am Beispiel Depression zeigt: Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status weisen fast drei Mal häufiger depressive Symptome auf als Menschen einer hohen Statusgruppe (Busch et al. 2013). Bauer (2005, S.207) spricht in diesem Zusammenhang von eingeschränkten Fähigkeiten, die eigene „Gesundheitsbiografie“ zu sichern, und meint damit fehlende gesundheitsförderliche Verhaltensweisen. Dies schließt z.B. auch die fehlende Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten ein. Anders gesagt erreichen präventive Angebote benachteiligte Gruppen, die auf Grund eingeschränkter gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen besonders von diesen profitieren würden, zumeist am seltensten. Bauer (2005) bezeichnet dieses Phänomen als Präventionsdilemma. Vor allem Männer gelten als schwer erreichbar für die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten (Stiehler 2013). Stiehler (2013, S.251) bemängelt in diesem Zusammenhang: „Nicht die Männer sind präventionsresistent, wenn sie die Angebote nicht annehmen, sondern die Angebote sind dann nicht zielgruppengerecht.“

Zum anderen werden psychische Erkrankungen auf Seiten der professionellen Akteure nicht immer erkannt. Die Studie von Gensichen und Kollegen (2005) zeigte in diesem Zusammenhang, dass nur 50% aller psychischen Störungen im Rahmen der hausärztlichen Versorgung diagnostiziert werden. Depressive Störungen werden sogar nur bei einem Viertel der Betroffenen erkannt.

Als Grund führt Möller (2009, S.513) „(...) die Vielgestaltigkeit der Erscheinungsbilder der Depression [an], wobei insbesondere die vorrangig durch somatische Beschwerden geprägte Depression häufig verkannt wird“. Insgesamt lässt sich also schlussfolgern, dass hierzulande trotz einer hohen Verbreitung psychischer Störungen eine gravierende Unterversorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu verzeichnen ist (Wittchen & Jacobi 2001).

2.2. Epidemiologie psychischer Erkrankungen bei Eltern

Bisher gibt es für Deutschland noch keine bevölkerungsbezogenen Studien, die valide Aussagen zum Auftreten psychischer Erkrankungen bei Eltern mit minderjährigen oder erwachsenen Kindern ermöglichen. Lediglich die Auswertungen im Rahmen des Bundesgesundheits surveys von 1998 (Jacobi et al. 2004) geben erste Hinweise auf die Anzahl betroffener Eltern in der Allgemeinbevölkerung. Hingegen existieren vor allem Untersuchungen im psychiatrischen Behandlungssetting, die jedoch verschiedene Methoden anwenden, in unterschiedlichen räumlichen Settings (urban versus städtisch) durchgeführt werden und jeweils andere Diagnosegruppen in den Fokus nehmen, sodass die Ergebnisse oftmals nicht vergleichbar sind.

Für Deutschland zeigt sich anhand der Studie von Grube und Dorn (2007), dass von 438 (teil)stationär oder ambulant behandelten Patienten mit einer psychischen Erkrankung im Alter von bis zu 60 Jahren gut 44% Eltern waren. Insgesamt waren rund 55% der Frauen Mütter, wobei mehr als 34% minderjährige Kinder hatten. Unter den betroffenen Männern waren fast 34% Väter, von denen über 20% minderjährige Kinder hatten. Etwa die Hälfte der 375 Kinder lebte in einem gemeinsamen Haushalt mit mindestens einem erkrankten Elternteil, etwa zwei Drittel von ihnen waren zum Zeitpunkt der Befragung minderjährig. Auch die im psychiatrischen Behandlungssetting durchgeführte Studie von Lenz (2005) geht von einer Väterquote bei psychisch erkrankten Männern von 18% aus, was sich mit den Zahlen von Grube und Dorn (2007) in Bezug auf die betroffenen Väter mit minderjährigen Kindern deckt.

Laut einer nationalen Studie von Grube (2011), in der 222 männliche Patienten unter 60 Jahren mit affektiven, schizophrenen und hirnorganischen Störungen im Hinblick auf ihre Vaterschaft befragt wurden, lag die Vaterschaftsrate über alle Diagnosegruppen sogar bei ca. 33%, was sich mit den Zahlen der bereits oben genannten Studie von Grube und Dorn (2007) zu Vätern mit minderjährigen und erwachsenen Kindern (insgesamt 34%) deckt. Bei etwa 21% der Väter waren die Kinder minderjährig und nur 14% lebten mit ihren Kindern in einem gemeinsamen Haushalt. Fast die Hälfte der befragten Väter (etwa 43%)

hatte einen Migrationshintergrund. Während die Vaterschaftsraten bei Vorliegen einer affektiven Störung oder Substanzabhängigkeit besonders hoch ausfielen, waren die Vaterschaftsraten bei hirnorganischen oder schizophrenen Störungen vergleichsweise niedrig. Es zeigte sich darüber hinaus, dass bei etwa 5% der Väter, die mit ihren Kindern zusammenlebten, die Partnerin ebenfalls von einer psychischen Erkrankung betroffen war und bei ca. 10% der Väter die Kinder bereits eigene psychische Auffälligkeiten entwickelt hatten (Grube 2011). Die hohe Vaterschaftsrate substanzabhängiger Väter wird durch eine Studie von Stover und Kollegen (2011) bestätigt, in der von 69 befragten männlichen Patienten mit Substanzabhängigkeit und partnerschaftlicher Gewalt 68% mindestens ein Kind hatten. Etwa 20% der Kinder hatten zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht das Schulalter erreicht und 30% der Väter hatten das Sorgerecht für mindestens ein Kind.

Neben den Untersuchungen im Kontext des psychiatrischen Behandlungssettings gibt die Auswertung von Helbig und Kollegen (2006) anhand von Daten des Bundesgesundheits surveys von 1998 erste Hinweise auf die Anzahl von Eltern, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind. Im Gegensatz zu den oben beschriebenen Studien, die sich bereits in Behandlung befindende Patienten zu ihrer Elternschaft befragt haben, betrachtet die Untersuchung von Helbig und Kollegen (2006) die Allgemeinbevölkerung. Demnach waren von den insgesamt 2.800 Teilnehmern zwischen 18 und 49 Jahren mehr als 1.400 Eltern. Unter ihnen leiden fast 37% der Mütter und mehr als 21% der Väter an einer psychischen Erkrankung. Sie fanden darüber hinaus einen signifikanten Zusammenhang zwischen Elternschaft und psychischer Gesundheit für Männer. Dies bedeutet, dass Väter – im Vergleich zu Männern ohne Kinder – eine geringere Wahrscheinlichkeit haben, an irgendeiner psychischen Erkrankung, insbesondere an einer Depression oder Substanzabhängigkeit, zu erkranken. Dabei hatten das Alter, der Bildungsgrad und die Höhe des Einkommens keinen Einfluss auf diesen Zusammenhang bei Vätern, was im Hinblick auf Studienergebnisse, wonach Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen sind, verwunderlich ist (ebd.). Jedoch scheinen Arbeitslosigkeit und finanzielle Schwierigkeiten den psychischen Gesundheitszustand von Vätern negativ zu beeinflussen. Für Frauen konnte der Zusammenhang zwischen Elternschaft und psychischer Gesundheit nicht bestätigt werden (ebd.), was ein Indikator dafür sein könnte, weshalb die Erkrankungsraten für psychisch erkrankte Väter unter denen betroffener Mütter liegen. Da zudem ein positiver Einfluss einer Partnerschaft auf die psychische Gesundheit bei Eltern festgestellt wurde (Helbig et al. 2006), könnte auch dieser Faktor ein Erklärungsansatz für die niedrigeren Prävalenzen psychisch erkrankter Väter darstellen. Denn psychisch erkrankte Väter leben genauso häufig in einer Partnerschaft wie

Väter ohne eine psychische Erkrankung, wohingegen betroffene Mütter im Gegensatz zu psychisch gesunden Müttern seltener verheiratet oder liiert sind (Nicholson et al. 2001). Umgekehrt sind alleinerziehende Väter, die in der Gruppe alleinerziehender Eltern etwa ein Viertel ausmachen, noch stärker von psychischen Erkrankungen betroffen als Mütter ohne einen Partner (Helbig et al. 2006).

Für den internationalen Raum kommen zwei repräsentative Untersuchungen im psychiatrischen Behandlungssetting aus Großbritannien und Australien zu dem Ergebnis, dass etwa 60% der psychisch erkrankten Frauen und 25% der psychisch erkrankten Männer Eltern sind (Howard et al. 2001, McGrath et al. 1999). Auch Nicholson und Kollegen (1999) ermitteln für den US-amerikanischen Raum ähnliche Zahlen. In ihrer Studie untersuchten sie die demografischen, klinischen und familienbezogenen Daten von 806 Patienten einer Klinik, die in einem ländlichen Gebiet mit niedrigem sozioökonomischem Status in der Nähe von Boston, USA, liegt. Von den 417 teilnehmenden Frauen der Studie waren 46% Mütter, bei den 389 männlichen Patienten waren 21% Väter. Umgekehrt schätzen Maybery und Kollegen (2009) anhand ihrer bevölkerungsbezogenen Untersuchung, dass mehr als 23% aller australischen Kinder ein Elternteil mit einer psychischen Erkrankung (ohne Substanzabhängigkeit) haben. Etwa 20% der Kinder sind dabei minderjährig.

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass es dank erster Studien Hinweise darauf gibt, dass in Deutschland in etwa jeder fünfte Mann, der sich auf Grund einer psychischen Erkrankung in Behandlung befindet, Kinder hat. Die Untersuchungen aus dem internationalen Kontext lassen sogar leicht höhere Zahlen vermuten. Abzuwarten bleibt die Auswertung zu Elternschaftsraten des aktuellen Zusatzmoduls „Psychische Gesundheit“ der bevölkerungsbezogenen „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (Jacobi et al. 2014). In seiner Untersuchung verweist Grube (2011) auf die Leerstelle, dass zwar erste quantitative Aussagen zur Vaterschaft gemacht, jedoch keine Erkenntnisse gewonnen werden konnten, ob psychisch erkrankte Väter sich subjektiv der Vaterrolle gewachsen fühlen.

2.3. Der Einfluss der väterlichen Erkrankung auf die Entwicklung der Kinder

Der Zusammenhang zwischen der väterlichen Erkrankung und dem Risiko für eine psychische Störung oder Verhaltensauffälligkeit der Kinder

In der Forschung ist belegt, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern sowohl ein erhöhtes Risiko aufweisen, die elterliche Erkrankung selbst zu entwickeln, als

auch eine erhöhte Vulnerabilität⁵ für die Entwicklung irgendeiner psychischen Störung oder Verhaltensauffälligkeit zeigen (Beardslee et al. 1998, Mattejat et al. 2000). Wurde lange Zeit insbesondere die mütterliche psychische Erkrankung als Risikofaktor für die seelische Entwicklung der Kinder angesehen, konnten neuere Studien nachweisen, dass dies auch für eine psychische Erkrankung der Väter gilt. Dabei ist das Risiko von Jungen im Vergleich zu Mädchen beim Vorliegen einer väterlichen Erkrankung deutlich erhöht (Ramchandani et al. 2005). So zeigen insbesondere Untersuchungen an alkoholkranken, drogenabhängigen, schizophrenen und depressiv erkrankten Vätern, dass ihre Kinder ein erhöhtes Risiko haben, selbst eine psychische Störung oder Verhaltensauffälligkeit zu entwickeln (Seiffge-Krenke 2001). Bereits in der Studie von Phares & Compas (1992, zitiert nach Styron et al. 2002) konnte ein höheres Risiko für Kinder von depressiv erkrankten oder alkohol- und substanzabhängigen Vätern, emotionale Probleme oder Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln, nachgewiesen werden. Lediglich die Befundlage zum Einfluss schizophrene erkrankter Väter auf die Psychopathologie ihrer Kinder war unklar. Die Autoren vermuteten, dass der Einfluss eines an Schizophrenie erkrankten Vaters geringer ausfällt, als wenn die Mutter diese Erkrankung aufweist. In ihrer Studie konnte kein Zusammenhang zwischen einer väterlichen Angsterkrankung und kindlichen Auffälligkeiten nachgewiesen werden. In neueren Studien (Grube 2011) konnte ein negativer Einfluss der väterlichen psychischen Erkrankung auf die Entwicklung der Kinder nachgewiesen werden, der unabhängig vom Störungsbild des Vaters ist. Sind Väter beispielsweise von einer Depression betroffen, erhöht sich das Risiko für ihre Kinder, ebenfalls an einer Depression zu erkranken, um 45% (spezifisches Erkrankungsrisiko). Zudem haben betroffene Kinder ein um 26% erhöhtes Risiko, an irgendeiner psychischen Störung oder Verhaltensauffälligkeit zu erkranken (unspezifisches Erkrankungsrisiko) (Spector 2006). Seiffge-Krenke (2001) weist anhand der wenigen vorhandenen Studien darauf hin, dass ein stärkerer Zusammenhang zwischen der psychischen Erkrankung des Vaters und externalisierenden Störungen (z.B. antisoziales Verhalten, Aggression und Delinquenz) als internalisierenden Störungen (z.B. Ängstlichkeit und Depression) ihrer Kinder besteht. Umgekehrt schätzt das „Social Care Institute for Excellence (SCI-E)“, dass ca. ein Drittel der sich im psychiatrischen Versorgungssystem befindlichen Kinder ein psychisch erkranktes Elternteil hat (Kearney et al. 2003, zitiert nach Robson & Gingell 2012).

⁵ Vulnerabilität bezeichnet die Verletzlichkeit von Menschen und Gegenständen angesichts von Gefährdungen (Bürkner 2010).

Die häufigsten Störungsbilder psychisch erkrankter Eltern

Die häufigsten Diagnosen von Eltern mit minderjährigen Kindern, die sich auf Grund einer psychischen Störung im psychiatrischen Behandlungssetting befinden, sind Depressionen (ca. 36%), Persönlichkeitsstörungen/Neurosen (ca. 26%) und Psychosen (ca. 23%) (Lenz 2005), die für ein besseres Verständnis der qualitativen Ergebnisse in aller Kürze skizziert werden sollen:

Die Depressionen gehören zur Gruppe der affektiven Erkrankungen, die eine Störung der Stimmung und des Gefühlszustands bezeichnen. Unterschieden wird dabei zwischen unipolaren Störungen, zu denen die Depression und die Manie zählen, und bipolaren Störungen, denen die manisch-depressive Erkrankung zugehörig ist. Die einzelnen Episoden werden oftmals durch belastende Ereignisse oder Situationen ausgelöst und können in Form von Rückfällen eine Belastung im Lebensverlauf darstellen. Die Depression ist u.a. durch Symptome wie Traurigkeit, Antriebslosigkeit, den Verlust von Interesse und Freude, sozialen Rückzug, eine verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit, Schlaf- und Essstörungen sowie pessimistische Zukunftsperspektiven und Suizidgedanken und -handlungen charakterisiert (DIMDI 2014, National Collaborating Centre for Mental Health 2006, Schone & Wagenblass 2006, Saß et al. 1996).

Erkrankt ein Mensch hingegen an einer Manie, dann unterliegt er einer Ruhelosigkeit und einem großen Rededrang, verliert soziale Hemmungen, verfügt über einen maßlosen Optimismus und eine überhöhte Selbsteinschätzung sowie über eine gesteigerte Libido und ein reduziertes Schlafbedürfnis. Die Beeinträchtigungen können durch den Verlust normaler sozialer Hemmungen zu einem inadäquaten Verhalten führen und so weitreichend sein, dass die berufliche und soziale Funktionsfähigkeit (vollständig) reduziert wird (DIMDI 2014, Schone & Wagenblass 2006). Die manisch-depressive Erkrankung vereint diese beiden Störungen, indem sowohl die Manie als auch die Depression phasenweise auftreten (Schone & Wagenblass 2006). Die manischen Episoden dauern dabei gewöhnlich nur wenige Wochen oder Monate und sind damit deutlich kürzer als die sich anschließenden depressiven Episoden (Saß et al. 1996).

Die Persönlichkeitsstörungen bezeichnen Verhaltensmuster, die fest verankert sind und dazu führen, dass Betroffene mit fixen Reaktionen auf verschiedene soziale und persönliche Lebenslagen reagieren. Sie unterscheiden sich dabei im Hinblick auf ihr Denken, Fühlen und Wahrnehmen sowie in ihren Beziehungen von psychisch gesunden Menschen, die sich in ähnlichen Lebenssituationen befinden. Für die Betroffenen ist die Erkrankung häufig mit einer gestörten sozialen Funktionsfähigkeit und einem individuellen persönlichen Leiden verbunden.

Die Erkrankung tritt meist bereits während der Kindheit oder Jugend auf und besteht im Erwachsenenalter weiter (DIMDI 2014).

In die Gruppe der Psychosen fallen Diagnosen wie die Schizophrenie oder die wahnhaftige Störung. Die schizophrene Erkrankung stellt das wichtigste Krankheitsbild dieser Gruppe dar und ist durch die Störung des Denkens, Fühlens und Wahrnehmens gekennzeichnet (Schone & Wagenblass 2006). Dabei wird bei einer Schizophrenie zwischen Positiv- und Negativsymptomen unterschieden, die bei einem Betroffenen gleichermaßen vorliegen können. Die positiven Symptome charakterisieren dabei ein Übermaß oder eine Verzerrung normaler Funktionen (Saß et al. 1996). Dazu zählen Halluzinationen, Wahngedanken, Denkstörungen sowie Gefühls- und Verhaltensänderungen. Bei Letzterem treten bei dem Betroffenen Erregungszustände, Angst, aggressives Verhalten, Gefühlsschwankungen und eine große innere Anspannung auf. Die Negativsymptome stehen demgegenüber für eine Verminderung oder Beeinträchtigung von Funktionen, die in psychisch stabilen Phasen vorhanden sind. Hierzu zählen eine Energie- und Schwunglosigkeit, ein mangelndes Interesse an Aktivitäten, eine Verlangsamung und Antriebsminderung sowie ein Gefühl der inneren Leere (Wienberg et al. 2005). Der Verlauf der Schizophrenie kann aus kontinuierlichen Episoden bestehen, wobei die Defizite zunehmen oder stabil bleiben. Es können jedoch auch eine oder mehrere Episoden mit vollständiger oder unvollständiger Remission (DIMDI 2014), d.h. einer Rückkehr zu dem vor der Erkrankung vorhandenen Leistungsniveau, auftreten. Die vollständige Remission ist allerdings nur selten zu beobachten (Saß et al. 1996).

Trotz der Differenzen, die den skizzierten Krankheitsbildern inhärent sind, beeinflussen diese Betroffene doch gleichermaßen in ihrem Denken, Fühlen und Wahrnehmen. Solche gravierenden Veränderungen eines Menschen wirken sich auch auf seine soziale Umwelt und seine Familie aus (Schone & Wagenblass 2006). „Die Erkrankung prägt nicht selten innerfamiliäre Beziehungen und die Lebenssituation aller Familienmitglieder. Im Laufe des Prozesses der Chronifizierung werden so psychische Erkrankungen zunehmend zu Familienerkrankungen“ (Kronmüller & Driessen 2012, S.49).

Ressourcen und Schutzfaktoren in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil

Obwohl ein grundsätzlicher Zusammenhang zwischen der psychischen Erkrankung des Vaters und dem Risiko der Kinder, selbst eine psychische Erkrankung oder Verhaltensauffälligkeit auszubilden, nachgewiesen werden kann, sind die zu Grunde liegenden Mechanismen dieses Phänomens bislang ungeklärt (Styron et al. 2002). Rutter und Quinton (1984) identifizierten mindestens vier mögliche

Väter im Spannungsfeld zwischen männlicher
Rollenerwartung und psychischer Erkrankung
Schmuhl, M.

2016, XXII, 188 S. 1 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-12070-2