

**....wenn die Eltern an sich selbst  
schon genug zu tragen haben" –**

***Belastungen, Resilienzen und Hilfen für  
Kinder psychisch kranker Eltern***

Vortrag in Leer am 02.12.2014

## Gliederung

1. Prävalenzen
2. Risiko und Belastung – Ergebnisse der Risikoforschung
3. Resilienzen und Bewältigungsstrategien
4. Interventionen - Kinder und Familien stärken
5. Kooperation als Voraussetzung für wirksame Hilfeleistungen

# Prävalenzen Risiken und Belastungen

## Prävalenz psychisch kranker Eltern

- Ein-Jahres-Prävalenz für psychische Störungen bei Erwachsenen: 31,7 % (Bundesgesundheitsurvey BGS).
- Affektive Störungen (vor allem Depressionen) neben Angststörungen, Störungen durch psychotrope Substanzen und somatoforme Störungen die häufigsten Diagnosen (Bundesgesundheitsurvey BGS).

## Prävalenz psychisch kranker Eltern

- Ein-Jahres-Prävalenz für psychische Störungen bei Erwachsenen: 31,7 % (Bundesgesundheitsurvey BGS).
- Affektive Störungen (vor allem Depressionen) neben Angststörungen, Störungen durch psychotrope Substanzen und somatoforme Störungen die häufigsten Diagnosen (Bundesgesundheitsurvey BGS).

## Prävalenz psychisch kranker Eltern

Von den in einer konsekutiven Erhebung erfassten 808 erfassten Patient(-innen) hatten **ca. 27 % Kinder unter 18 Jahren**.

Dabei zeigten sich signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede:

- **34 % der Patientinnen** und **18 % der Patienten hatten Kinder unter 18 Jahren**;
- ca. **77 % der Patientinnen** lebten mit ihren minderjährigen Kindern auch zusammen, **ca. 60 % der befragten Patienten** wohnten mit ihren Kindern im selben Haushalt;
- unter den Patienten mit Kindern unter 18 Jahren waren alle großen Diagnosegruppen vertreten (Lenz, 2005)
  - **Affektive Störungen 36%**
  - Persönlichkeitsstörungen 26%
  - Psychosen 23%

## Prävalenz psychisch kranker Eltern

**DFG-Forschungsprojekt „Schizophrenie und Elternschaft“** (Lenz et al., 2011)

Daten von 370 Patienten zwischen 18 und 61 Jahren mit der Diagnose F20 / F25 (Schizophrenie bzw. schizoaffektive Störung) wurden ausgewertet ( $n = 37,4$ ; SD 10,6):

- **26,5 %** der Patienten eigene Kinder hatten, **Patientinnen hatten zu 43,2 % Kinder, Patienten nur zu 15,3 %** (odds ratio = 4,01).
- Elternsein bedeutet aber nicht zugleich Zusammenleben mit den Kindern 41 % der Patienten mit Kindern wohnten mit diesen im selben Haushalt zusammen, **während 59 % getrennt** von ihnen lebten
- Bei den schizophrenieerkrankten Vätern ist der Anteil der Personen, die mit ihrem Kind zusammen leben, **mit 29 % sehr niedrig**, während immerhin rund **47 % der schizophrenen Mütter** ihre Kinder zu Hause versorgen.

# Prävalenz psychisch kranker Eltern

## Auswertung von Basisdokumentationsdaten großer psychosomatischer Fachkliniken (Christiansen et al., noch unveröffentl.)

Die Erhebung an der Vogelsbergklinik von Januar 2008 bis Juni 2012 umfasste N = 7298 Patienten. **N= 5148 (70.5 %)** hatten Kinder

- 32.5 % = 1 Kind; 46 % = 2 Kinder; 21.4 %  $\geq$  3 Kinder
- 97.2 % der Kinder leben bei den Eltern
- Frauen 75.7 %
- **Diagnose affektive Störungen ca. 72%**
- Diagnose Essstörungen 26%



## Entwicklungsrisiken von Kinder psychisch kranker Eltern

- Mittlere Prävalenzrate psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in der Allgemeinbevölkerung liegt bei etwa 17% (vgl. die Überblicksarbeit von Barkmann & Schulte-Markwort, 2004; Jacobi, 2009)
- Epidemiologische Studien zeigen, dass Kinder psychisch Eltern ein drei- bis vierfach höheres Risiko haben eine psychische Störung zu entwickeln als Kinder in der Allgemeinbevölkerung mit psychisch gesunden Eltern (Beardslee et al., 2003).
- Prospektive Prävalenzstudie über einen Zeitraum von 4 Jahren (Rutter & Quinton, 1984):
  - ein Drittel der Kinder entwickelte anhaltende psychische Störungen;
  - bei einem Drittel der Kinder traten vorübergehende Störungen auf,
  - das restliche Drittel wies keine klinisch relevanten emotionalen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten auf.

## Problemlagen und Belastungen

Hauptrisikofaktor für die Kinder liegt nicht in der Art der psychischen Erkrankung des Elternteils an sich, sondern steht in Verbindung mit verschiedenen Faktoren

- Verlaufsmerkmale der elterlichen Erkrankung, d.h. Beginn, Schweregrad und Chronizität, **Alter des Kindes** bei der Erstmanifestation der elterlichen Erkrankung (Krankheitsparameter)
- Art der familiären Krankheitsbewältigung
- psychosozialen Belastungen und
- individuellen Faktoren, wie Temperamenteigenschaften, Entwicklungsverzögerung des Kindes

(Keller et al., 1986; Sameroff, 198; Weissman et al., 1987; Hammen et al., 1990)

## Art der elterlichen psychischen Störungen als Risikofaktor

- Studien zeigen, dass Kindern von Müttern mit Persönlichkeitsstörungen – speziell mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen – im Vergleich zu Müttern mit anderen Persönlichkeiten signifikant mehr psychische Störungen aufwiesen (Weiss et al. 1996, Laucht, Esser & Schmidt, 1997; Barnow et al., 2006)):
  - ADHS,
  - Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten
  - Störungen des Sozialverhaltens

Zurückgeführt wird das erhöhte Risiko der Kinder von „Borderline-Mütter“ auf die spezifischen Belastungen im Zusammenhang mit der problematischen Familienstruktur und die gravierenden Störungen in der Mutter-Kind-Interaktion.

## Kinder psychisch erkrankter Eltern – eine Risikogruppe für Kindeswohlgefährdung

- Bei Eltern mit Borderline Persönlichkeitsstörung besteht ein erheblich erhöhtes Gefährdungspotenzial für das Kindeswohl (Weiss et al., 1996). **Erklärung: 60 bis 80% haben in der Kindheit selber traumatische Erfahrungen erfahren, insbesondere sexualisierte Gewalt, schwere physische Gewalt und/oder Vernachlässigung** (Zanarini, 2005).
- Neben Borderline-Persönlichkeitsstörungen liegen bei misshandelnden psychisch erkrankten Müttern Depression, Angststörungen vor; bei misshandelnden psychisch kranken Vätern häufig eine dissoziale Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen (Oates, 1997).
- Nach dem Stand der Forschung muss von einer multikausalen Bedingtheit ausgegangen werden (Belsky, 1993). Zur Erklärung werden Faktoren sowohl auf Seiten der Eltern und des Kindes, als auch familiäre und soziale Faktoren, die sich wechselseitig beeinflussen, herangezogen (Bender & Lösel, 2005).

# Problemlagen und Belastungen

## Psychosoziale Belastungsfaktoren

- Erziehungskompetenz häufig eingeschränkt
- Ehekonflikte, partnerschaftliche Disharmonie
- Parentifizierung (Bereits im Kleinkindalter übernehmen Kinder häufig die Rolle als parentifiziertes Kind und tragen auf diese Weise zur Stabilisierung der dysfunktionalen Familiendynamik bei)
- Individuelle Faktoren (z.B. Temperamenteigenschaften; Kind ist kein passiver Empfänger der Belastungsfaktoren!)

# Problemlagen und Belastungen

## Soziale Belastungsfaktoren

- Armut, unzureichenden Wohnverhältnisse und sozialer Randständigkeit, niedrigen Ausbildungsstand bzw. Berufsstatus, Arbeitslosigkeit
- soziale Isolation und ein unzureichendes soziales Unterstützungssystem
- Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen – führen zu Selbststigmatisierung und Selbstdiskriminierung (Asmus Finzen (2013) spricht bei den sozialen Folgen der Selbststigmatisierung und Selbstdiskriminierung aufgrund der weitreichenden Belastungen für die Betroffenen von einer „**zweiten Krankheit**“.)

**entscheidend Kumulation von Belastungsfaktoren**

# Problemlagen und Belastungen

## Krankheitsspezifische Belastungen und Risiken (z.B. bei Borderline-Persönlichkeitsstörung)

- Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben **Probleme im Umgang mit sich selbst** (z.B. Gefühle der Sinnlosigkeit und inneren Leere).
- Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung haben Probleme, auf Situationen angemessen emotional zu reagieren (**Störung der Emotionsregulation**).
- Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung haben häufig **wechselnde, instabile soziale Beziehungen**.
- Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung zeigen **selbstverletzendes und selbstschädigendes Verhalten**.

(Feldman et al., 1995; Barnow et al., 2006; Barnow et al., 2007; Herr et al., 2008).

## Alter der Kinder – ein Risikofaktor

Im Säuglings- und Kleinkindalter bildet die Interaktion und Kommunikation („parenting“) zwischen Mutter (Eltern) und Kind den zentralen „Übertragungsweg“ der elterlichen psychischen Erkrankung und den damit verbundenen Belastungen auf das Kind (Murray et al., 2003).

### Postpartale Erkrankung der Mutter

- im ersten Jahr nach der Geburt des Kindes ca. 6% bis 12% aller Frauen an einer Depression erkranken (Akman et al., 2007; Reck et al. 2008).
- die Prävalenz einer nach der Geburt auftretenden schizophrenen Erkrankung wird auf 19 von 1000 Geburten (1,9%) geschätzt, mit einer Neuerkrankungsrate von 3 von 1000 Geburten (0,3%) (Tschinkel et al., 2006).
- Persönlichkeitsstörungen – insbesondere Borderline-Persönlichkeitsstörungen – wurden in einer schwedischen Studie bei über 6 % aller erstgebärenden Frauen diagnostiziert (Börjesson et al., 2005).



## Postpartale Erkrankung der Mutter

Die postpartalen Erkrankungen unterscheiden sich im Verlauf nicht von psychischen Erkrankungen, die zu einem anderen Zeitpunkt auftreten. Entscheidend für den besonderen Stellenwert der postpartalen Störungen sind

- die Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung und
- die kindliche Entwicklung

Durch postpartale psychische Erkrankungen ist die emotionale Komponente der Mutter-Kind-Beziehung, die mütterliche Bindung an das Kind, häufig gestört (Kumar, 1997; Brockington, 2004).

## Postpartale Erkrankung der Mutter

In der Bindungsforschung herrscht Einigkeit darüber, dass die **elterliche Feinfühligkeit** in der Interaktion die Schlüsselvariable für die Entwicklung einer sicheren Bindung darstellt (Grossmann & Grossmann, 2006).

Eine **sichere Bindung ist ein zentraler Schutzfaktor** für die spätere Entwicklung der Kinder.

Ein sicherer „Hafen“ vermittelt Kindern erforderliche Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen und stärkt Selbstwirksamkeit und Selbstbewusstsein (Carlson & Sroufe, 1995).

## Mütterliches Interaktionsverhalten im Kontext psychischer Erkrankung

Überstimmend kommen die Studien zu dem Ergebnis, dass die Interaktionsmuster nicht krankheitsunspezifisch sind, aber teilweise bei einzelnen Krankheitsbildern gehäuft vorkommen können (Laucht et al., 1992; Murray & Cooper, 1997; Deneke & Lüders, 2001; Reck, 2012).

- **Unterstimulation**
- **Überstimulation**
- **Stark wechselndes Interaktionsverhalten**

# Unterstimulation

## Eltern-Kind-Interaktion

- Empathie und emotionale Verfügbarkeit sind reduziert
- Feinfühligkeit ist eingeschränkt, d.h. die Fähigkeit kindliche Signale wahrzunehmen, sie richtig zu interpretieren sowie prompt und angemessen darauf zu reagieren
- Blickkontakt, Lächeln, Sprechen, Imitieren, Streicheln und Interaktionsspiele sind reduziert
- Kinder werden als schwierig wahrgenommen

# Überstimulation

## Eltern-Kind-Interaktion

- Signale und Bedürfnisse des Kindes nicht ausreichend wahrgenommen. Kind wird dabei übergangen.
- Mütter versuchen das Kind übermäßig stark anzuregen und zu Reaktionen herauszufordern, wobei allerdings mehr die eigenen Wünsche und Bedürfnisse der Eltern die Auslöser bzw. Anlässe darstellen.

***Stark wechselnde Interaktionsmuster:*** Das Interaktionsmuster kann zwischen Unterstimulation und Überstimulation schwanken.

## Hochunsichere/desorganisierte Bindung

es kommt gehäuft zu hochunsicheren/desorganisierten Bindungsmuster, die in der Regel mit früher **emotionaler Parentifizierung** einhergehen (Main, Kaplan und Cassidy ,1985).

= Einforderung von Liebe und Zuneigung des Kind durch die Eltern in unangemessener Weise.

## Parentifizierung

Möglicherweise kann das betroffene Kind durch die mehr oder weniger bewusste Akzeptanz der Parentifizierung die notwendige **körperliche** und **emotionale Nähe** und **Verfügbarkeit** zu den Eltern herstellen oder aufrechterhalten, die es sonst aufgrund der hohen eigenen Bedürftigkeit und Bindungsbesonderheiten der Eltern nicht erhalten würde (Lieberman, Doyle & Markiewicz, 1999).

## Parentifizierung

Graf und Frank (2001) berichten, dass typischerweise dasjenige Kind für die Rollenumkehr „ausgewählt“ wird, das in der Familie (tatsächlich) am sensibelsten ist und die Bedürfnisse der Eltern in der Vergangenheit mit der größten Empathie wahrgenommen hat.



## Adaptive Formen der Parentifizierung

- solange die instrumentelle Parentifizierung die Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes nicht einschränkt und
- auf die Übernahme von Aufgaben durch das Kind eine Anerkennung durch die Eltern oder andere Familienangehörige folgt,

kann das parentifizierte Kind sogar gestärkt aus der Situation hervorgehen.

***Adaptive Parentifizierung ist nach Graf und Frank (2001) gekennzeichnet durch die Berücksichtigung der kindlichen Bedürfnisse durch die Eltern, Unterstützung des Kindes in der Verrichtung seiner Aufgaben und die Anerkennung der kindlichen Bemühungen.***

## Destruktive Formen der Parentifizierung

- Bei entwicklungsunangemessener und übermäßiger Übernahme von Verantwortung und Fürsorge, sowohl in instrumenteller als auch in emotionaler Hinsicht (Jurkovic, 1997).
- wenn die Reziprozität und die Fairness des Gebens und Nehmens gestört ist und das Kind beginnt, seine Bedürfnisse denen der Eltern unterzuordnen und kindliche Bedürfnisse wie Spielen oder Kontakt zu Gleichaltrigen zu ignorieren (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1981).

## Spezifische Belastungen für ältere Kinder

- Tabuisierung und Kommunikationsverbot
- Isolierung und fehlende soziale Unterstützung
- Schuldgefühle, Verlustängste
- Loyalitätskonflikte innerhalb der Familie und nach außen
- **Angst vor Vererbung**
- **Stigmatisierung und Selbststigmatisierung**

(Mattejat, 2008; Lenz, 2014; Lenz & Brockmann, 2013)

## Merkmale der familiären Kommunikation

- Schuld-/ Schamgefühle, den Kinder/ dem Haushalt nicht gerecht zu werden
- Kommunikationsverbot: Schutz der Kinder vor Vorurteilen und Stigmatisierungen
- Angst vor Verachtung des erkrankten Elternteils
- innerfamiliäre Tabuisierung: Sprachlosigkeit auch bei Kindern (bis in das Erwachsenenalter)
- Loyalitätsspaltungen: Geheimnis innerhalb der Familie <-> Zugehörigkeit zur Peergroup

(Lenz & Brockmann, 2013)

## Förderung der familiären Kommunikation

**Offene Kommunikation** ist die Voraussetzung für eine zufrieden stellende Gestaltung der familiären Beziehung: sowohl auf der Elternebene als auch auf der Eltern-Kind-Ebene.

## Selbststigmatisierung überwinden helfen

### **Selbststigmatisierung =**

Wendung der Vorurteile und Stereotype über psychische Erkrankung – meist unbewusst - gegen sich selbst.

*Ich habe einen schwachen Charakter. Ich bin weniger wert als andere. Ich bin eine schlechte Mutter / ein schlechter Vater. Ich bin unfähig, mein Kind zu erziehen*

(Lenz & Brockmann, 2013)

# Selbststigmatisierung überwinden helfen

## Folgen von Selbststigmatisierungen

- Schamgefühle und sozialer Rückzug
- Reduziertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen („Ich bin weniger wert als andere“; „Ich kann eh nichts“)
- Gefühl der gesellschaftlichen Ausgeschlossenheit und in der Folge eine Überangepasstheit („Ich gehöre nicht dazu“)
- Paranoides Denken („Die sehen alle, dass ich in der Psychiatrie war“)
- Erhöhte Selbstwahrnehmung und Selbstaufmerksamkeit („Was ich da gerade gemacht habe, ist aber wirklich nicht ganz normal“)

## Selbststigmatisierung überwinden helfen

Kinder nehmen die Selbststigmatisierung der Eltern wahr und beziehen diese Vorurteile und Stereotype auf sich selbst.

Meine Eltern sind anders als andere Eltern. Meine Eltern sind komisch. Meine Familie ist komisch.

Ich bin anders. Ich bin komisch

(Lenz & Brockmann, 2013)



## Soziale Folgen der Stigmatisierung und Selbststigmatisierung

„Die sozialen Folgen der Stigmatisierung müssen als **zweite Krankheit** verstanden werden, die Folgen der Schuldzuweisung und die unmittelbaren Stigmatisierungsfolgen für die Angehörigen gleichsam als Dritte“

Asmus Finzen (2013): Psychisch Krankheit und Stigma: Stigmabewältigung – zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisung. Köln: Psychiatrie Verlag.

## Belastungserleben der Kinder

Bei Kindern psychisch kranker Eltern sind die alltäglichen Probleme und Spannungen überlagert von den Belastungen, die mit der elterlichen Erkrankung verbunden sind:

- machen sich Sorgen um die Eltern,
- sie übernehmen Verantwortung in der Familie
- haben Ängste vor einer eigenen Erkrankung

Hinzu kommen

- die Isolation und das familiäre Schweigegebot,
- Schuldgefühle
- Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen,

## Belastungserleben der Kinder

Diese zusätzlichen Belastungserfahrungen stören das Wechselspiel von Belastung und Entspannung:

- Kinder können nicht „abschalten“. Selbst schöne Erfahrungen und gemeinsame Familienaktivitäten bringen die Belastungen nicht zum Verschwinden.
- Die Sorgen, Ängste und Schuldgefühle oder die Last durch die Verantwortungsübernahme führen zu einer ständigen Anspannung und fortwährenden seelischen Beanspruchung des Kindes.
- Eine plötzlich auftretende zusätzliche Belastung, ausgelöst z.B. durch eine akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Elternteils, kann zu einer emotionalen Destabilisierung und völligen Überforderung des Kindes führen

# Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern

## Aktivierung sozialer Ressourcen - Patenschaften

Bieten sich an, wenn in familiären und verwandtschaftlichen Beziehungen keine stabilen sozialen Bezüge vorhanden sind, die in Krisenzeiten aktiviert werden können und den Kindern Rückhalt geben

Zentrale Anliegen von Patenschaften sind die:

- Förderung des Zusammenhalts der Familie,
- Entlastung der Eltern und
- Schaffung eines verlässlichen und dauerhaften Beziehungsangebots für die Kinder

(Perzlmaier & Sonnenberg, 2013; Lenz, 2014)

## Erstellung eines Krisenplan

Im Krisenplan werden detaillierte und verbindliche Absprachen für Krisenzeiten  
Vorgenommen:

- Benennung der Vertrauensperson aus dem Umfeld das erkrankte Elternteil wenden kann
- Professionelle Hilfe, an sich die erkrankte Person in der Krise wenden kann
- Benennung des „Paten“ für das Kind
- Festlegung zwischen allen Familienmitglieder, wann, in welcher Form
- und in welchem Umfang die Vertrauensperson Hilfe und Unterstützung
- leisten kann bzw. soll.

(Lenz, 2010; 2012)

# Resilienzen

Antworten auf die Frage, warum Kinder Belastungen scheinbar „unverletzt“ überstehen, liefert die Resilienzforschung



**Entscheidende Ansatzpunkte für präventive, psychosoziale und therapeutische Hilfen**

## Was heißt Resilienz?

### Resilienz = psychische Robustheit

Fähigkeit in belastenden Lebensumständen, Risiken und Gefährdungen durch den Einsatz von

- **Schutzfaktoren** und
  - **Copingstrategien**
- abpuffern oder abmildern zu können.  
(Masten & Powell, 2003).

# Resilienz

## Resiliente Kinder sind keine „Super-Kids“

- *Relativer Charakter der Resilienz:* Resilienz bedeutet nicht die Abwesenheit psychischer Störungen, sondern die Fähigkeit, vorhandene Mechanismen zur Bewältigung zu aktivieren.
- *Resilienz stellt keine zeitlich stabile, situationsübergreifende Eigenschaft dar .*
- *Resilienz entwickelt sich in der Auseinandersetzung zwischen Person und Umwelt*

(Masten & Powell, 2003)



# Befunde der Resilienzforschung

## Generelle Schutzfaktoren

(Bender & Lösel, 1998)

- Personale Ressourcen
- **Familiäre Ressourcen**
- Soziale Ressourcen

# Risikomindernde Bedingungen

## Familiäre Interaktionsmuster als Ressourcen

- Kohäsion,
- Anpassungsfähigkeit,
- Flexibilität,
- Ausdruck von Emotionen und emotionale Verbundenheit,
- offene Kommunikation

= **Familiäre Resilienz** (Walsh, 2003; Welter-Enderlin & Hildenbrand, 2006))

## Befunde der Resilienzforschung

### Ergebnisse der Bella-Studie

- Familiäre Ressourcen wirken sich hinsichtlich psychischer Auffälligkeit deutlich protektiv aus, das heißt sie verringern stark die Wahrscheinlichkeit für psychische Störungen

(Ravens- Sieberer et al., 2007).

# Befunde der Resilienzforschung

## **Spezifische Schutzfaktoren** für Kinder psychisch kranker Eltern

(Mattejat et al., 2000; Lenz, 2005, 2012)

- Krankheitswissen und Krankheitsverstehen (Wissensvermittlung mit dem Ziel, das Verständnis für die Erkrankung zu verbessern)
- Offener und aktiver Umgang der Eltern mit der Krankheit (keine Verleugnung der Erkrankung, aber auch keine Überbewertung, Annehmen der Erkrankung durch die Eltern; Offenheit in der Familie, aber keine Überforderung der Kinder)

## Protective Processes

Ob Belastungen zu Auffälligkeiten und Störungen führen, hängt entscheidend von der Art und Weise des Umgangs mit diesen Anforderungen ab

(Seiffge-Krenke & Lohaus, 2007; Lenz et al., 2011).



**Coping / Bewältigung**

# Ergebnisse der Coping-Forschung

## Generelle Bewältigungsstrategien im Kindesalter

- Problemlösende Strategien
- Suche nach sozialer Unterstützung (mit problemlösender und emotionsregulierender Funktion)
- Emotionsregulierende Strategien (konstruktive und destruktive Regulation)
- Problemmeidung

(Lohaus et al., 2001; Beyer & Lohaus, 2006, Lenz, 2014)

## Ergebnisse der Copingforschung

### **Situationsangemessenheit der Copingstrategien**

Bestimmte Bewältigungsstrategien sind nicht per se **günstig** und andere **ungünstig**.

Entscheidend ist vielmehr die Passung zwischen Merkmalen der Situation und dem Bewältigungsverhalten

(Klein-Heßling & Lohaus, 2002; Seiffge-Krenke & von Irmer, 2007; Lenz et al., 2011)).

# Förderung des Bewältigungsverhalten

## Ziel:

Kinder sollen **gemeinsam mit ihren Eltern** Fähigkeiten erlernen, sich situationsangemessen mit Anforderungen und Belastungssituationen in ihrem familiären und sozialen Alltag auseinanderzusetzen (Lenz, 2010 „Ressourcen fördern“)

## Familiensetting



# Hilfen für Kinder und deren Familien

## Interventionen bei psychisch erkrankten Eltern

### Ebenen der Behandlung / Intervention (speziell im Säuglings- und Kleinalter)

- medizinisch-psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung des erkrankten Elternteils
  - psychotherapeutische Behandlung mit Schwerpunkt auf Mutter-Kind-Beziehung, Rollenbilder als Eltern,
  - Familien- und Paargespräche
  - Mutter-Kind-Behandlung: gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kleinkind
- bindungsbezogene Interventionen
  - Förderung elterlicher Feinfühligkeit und intuitive kommunikativer Kompetenzen
  - Förderung der Mentalisierungsfähigkeit
- familienorientierte Maßnahmen
- pädagogische und sozialpädagogische Maßnahmen

## Interventionen bei Kindern psychisch Eltern (altersunabhängig)

### Gemeinsame Komponenten dieser präventiven Maßnahmen sind:

- **Screenings (zur Abschätzung des Risikos und der Versorgungssituation der Kinder)**
- **Psychoedukation**
- Innerfamiliäre Entlastungen (Stärkung der Erziehungskompetenz, **Verbesserung der familiären Kommunikation, Stressbewältigung**)
- Unterstützung beim Umgang mit Gefühlen (Abbau von Ängsten und Schuldgefühlen, Aufbau von positiven Selbstwerterlebens)
- Intensivierung familienexterner Kontakte und **Aktivierung sozialer Ressourcen** (Gruppenangebote, Aufbau von Patenschaften, Netzwerkförderung, Freizeitangebote, schulische Unterstützung)
- Therapie, Frühintervention und Rückfallprophylaxe (videogestützte Interaktionstherapie, entwicklungspsychologische Beratung)
- Strukturelle Maßnahmen zur Stabilisierung der familiären Situation (Mutter-Kind-Behandlung, **Kooperation und Vernetzung aller beteiligten Einrichtungen**)

## Multimodale Interventionsprogramme (Auswahl)

- Interaktionales Therapieprogramm für Mütter mit postpartalen Störungen (Wortmann-Fleischer et., 2006)
- Hoffnung, Sinn und Kontinuität – Ein Programm für Familien depressiv erkrankter Eltern (Beardslee et al., 2009)
- Ressourcen fördern – Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern (Lenz, 2010)
- Familienorientierte Prävention - Der CHIMPs (Children of Mentally Ill Parents)-Beratungsansatz (Wiegand- Grefe et al., 2011)
- „Kanu“ – gemeinsam weiterkommen - Manual zur Prävention von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen psychisch erkrankter Eltern (Bauer et al., 2013 )

# **Interventionsmodul**

## **Psychoedukation für Kinder (Lenz, 2010)**

# Psychoedukation für Kinder

Psychoedukation ist ein dialogischer Prozess, in dem die Kinder ermutigt werden, Fragen zu stellen und ihre Informationsbedürfnisse zum Ausdruck zu bringen (Lenz, 2010).

**Wissen befähigt Kinder**

*Never too young to know*

(P.R. Silverman)

## Befund aus der Resilienzforschung

Wissen über die Krankheit erhöht die Widerstandsfähigkeit der Kinder gegenüber Belastungen:

- vermittelt Hoffnung und positive Zukunftserwartungen,
- befähigt, ein Gefühl der Kontrolle und Selbstwirksamkeit zu entdecken und
- gewährt Einsichten in problematische Erklärungszusammenhänge

**= spezifischer protektiver Faktor**

## Psychoedukation – allgemeine Regel

### Kinder haben ein Recht, die Wahrheit über die Krankheit zu erfahren

- sie müssen nicht alle Details erfahren (insbesondere jüngere Kinder wären damit emotional und kognitiv überfordert)
- sie müssen aber über alle wesentlichen Veränderungen informiert werden sowie über alle Angelegenheiten, die sie betreffen
- sie brauchen auch die Sicherheit, die Wahrheit erfahren zu haben (Lenz, 2010, 2012)



# Informationsbedürfnisse der Kinder

## Umgang im familiären Alltag

- Wie soll ich mich Mutter/ Vater gegenüber verhalten? Muss ich mich jetzt anders verhalten?
- Wie soll ich auf Verhaltensweisen oder Worte von Mutter/ Vater reagieren?
- Wie kann ich Mutter/ Vater in gesunden Phasen und akuten Krankheitsphasen unterstützen?

(Lenz, 2010; 2014)

# Informationsbedürfnisse der Kinder

## Mögliche Veränderungen im Familienleben

- Wird sich mein Leben ändern und wenn ja, wie?
- Wer wird für mich sorgen?
- Was mache ich, wenn es zu Hause Schwierigkeiten gibt?

(Lenz, 2010; 2014)

# Informationsbedürfnisse der Kinder

## Krankheitsursachen und Verlauf der Krankheit

- Was ist los mit Mutter / Vater?
- Warum ist Mutter / Vater krank geworden?
- Woher kommt die Krankheit der Mutter / des Vaters?
- Ist Mutter / Vater meinetwegen krank?
- Bin ich schuld, dass Mama wieder in die Klinik muss? Habe ich etwas falsch gemacht? Habe ich der Mama zu wenig geholfen? Habe ich mich zu wenig um sie gekümmert?
- Wird es schlimmer werden?

(Lenz, 2010; 2014)

## Informationsbedürfnisse der Kinder (Lenz, 2005)

### Unterschiede zwischen psychischer Krankheit und körperlicher Krankheit und Behandlungsverlauf

- Was heißt psychisch krank?
- Was heißt Therapie? Was ist ein Psychiater (Psychotherapeut)?
- Gibt es Medikamente für Mutter/ Vater?
- Kann Mutter / Vater wieder gesund werden?

(Lenz, 2010; 2014)

# Informationsbedürfnisse der Kinder

## Erbeinflüsse

- Werde ich auch krank?
  - Werden noch andere aus meiner Familie krank?
- (Lenz, 2010; 2014)

# Psychoedukation Jugendliche

## Jugendliche vom 13. bis zum 18. Lebensjahr

Kognitiv sind sie in der Lage, Situationen und Ereignisse zu verstehen und mögliche Konsequenzen ähnlich wie die Erwachsenen einzuschätzen. Auf der emotionalen Ebene fällt es ihnen schwer, mit ihren heftigen und ambivalenten Gefühlen zurechtzukommen.

**Gefahr besteht darin, dass sie in der Krisensituation überschätzt werden.**

## Psychoedukation - mögliche Fragen der Jugendlichen

- Ist die Krankheit erblich?
- Bin ich schuld an der Erkrankung?
- Wie kann ich meine Mutter/ Vater unterstützen?
- Inwieweit muss ich Verantwortung übernehmen?
- Was wird aus der Familie, wenn ich erwachsen bin?

## Kooperation der Systeme - eine Voraussetzung für wirksame Hilfeleistungen

- **Kooperation vor allem zwischen den Institutionen der öffentlichen und freien Kinder- und Jugendhilfe und**
  - insbesondere dem Jugendamt
  - Erziehungsberatung sowie
  - anderen Erziehungshilfen
- **den Institutionen des Gesundheitssystem**
  - der Erwachsenenpsychiatrie,
  - den gemeindepsychiatrische Diensten
  - der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie
  - dem psychotherapeutischen System
- **Kindergarten und Schule**  
(Lenz, 2010; 2014).

**Kooperation ein Wirkfaktor für erfolgreiche psychosoziale / psychotherapeutische Arbeit**



## Literaturhinweis

Albert Lenz (2010)

**Ressourcen fördern.  
Materialien für die Arbeit  
mit Kindern und ihren  
psychisch kranken Eltern**

Göttingen: Hogrefe



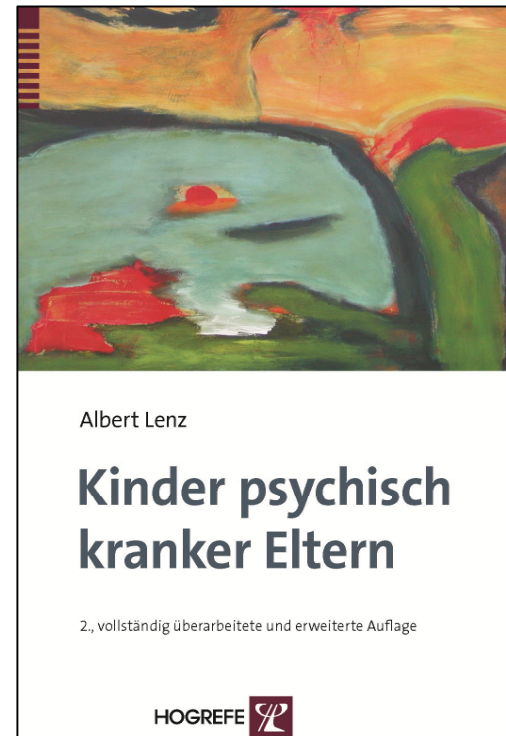
## Literaturhinweis

Albert Lenz (2014)

### Kinder psychisch kranker Eltern

2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Göttingen: Hogrefe Verlag



## Literaturhinweis

Albert Lenz (2012)

### Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder

Köln: Psychiatrie Verlag



## Literaturhinweis

Albert Lenz & Eva Brockmann (2013)

**Kinder psychisch kranker  
Eltern stärken  
Informationen für Eltern, Erzieher  
Und Lehrer**

Göttingen: Hogrefe Verlag



# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

