

Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern

Vortrag auf dem Klinischen Wochenende der Ärztekammer und
Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

am 15.02.2014 in Saarbrücken

Fallbeispiel Martin

Martin 12 Jahre und besucht die 6. Klasse der Hauptschule.

Er lebt bei seiner Mutter, die seit seiner Geburt an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und seit einigen Jahren außerdem auch an einer Magersucht leidet.

Seinen Vater hat Martin nie kennengelernt.

Martin ist ein stark übergewichtiger, sehr zurückhaltender, schüchterner und gehemmt wirkender Junge.

Er hilft seiner Mutter viel im Haushalt, räumt die Wohnung auf, „wenn sie sich schlecht fühlt“, geht einkaufen und versucht sie abzulenken und aufzuheitern.

Fallbeispiel Martin

Kontakt hat Martin nur zu seiner Großmutter und zu einer im Haus wohnenden Nachbarin, die häufiger zu Besuch kommt.

Martin hat kaum Freunde und wenig Kontakt zu Gleichaltrigen außerhalb der Schule.

In der Schule wird er wegen seines Übergewichts und seiner „komischen“ Mutter manchmal gehänselt, was er aber meist einfach „überhört“. An für sich geht er gern in die Schule.

Er ist ein guter Schüler und bei den Lehrern beliebt, die auch eine Empfehlung zum Übertritt auf die Realschule gegeben haben.

Fallbeispiel Martin

Seit einigen Wochen macht sich Martin große Sorgen um die Gesundheit seiner Mutter.

Er hat große Angst, sie könnte sich etwas antun oder sterben, weil sie kaum etwas isst und er sie auch nicht mehr dazu überreden kann.

Am liebsten würde Martin nicht mehr in die Schule gehen, damit er besser auf seine Mutter aufpassen kann.

Da er in letzter Zeit häufiger ohne Hausaufgaben in die Schule kommt, wird er vom Klassenlehrer dafür getadelt.

Fallbeispiel Martin

Als er eines Tages von den Klassenkameraden wegen seiner Ungeschicklichkeit im Sportunterricht ausgelacht und gehänselt wird, rastet er aus und die Gefühle platzen aus ihm heraus.

Er beginnt heftig zu weinen und wild um sich zu schlagen. Dabei trifft er einen Klassenkameraden so, dass dieser mit dem Kopf an die Kante eines Turngeräts stürzt und heftig blutet.

In Panik rennt Martin in das Klassenzimmer, holt seine Schultasche und läuft einfach nach Hause.

Fallbeispiel Martin

Am nächsten Tag weigert er sich in die Schule zu gehen. Auch an den folgenden Tagen überzeugt er seine Mutter, ihn wegen Bauchschmerzen in der Schule zu entschuldigen.

Martin weigert sich, in die Schule zu gehen.

Schulverweigerung dauert mittlerweile seit über vier Wochen nicht mehr in die Schule; Mutter meidet den Kontakt mit der Schule, da sie sich nicht ernst genommen fühlt.

Auf Anregung des Jugendamtes und der behandelnden Psychiaterin nimmt die Mutter familientherapeutische Hilfe in Anspruch.

Überblick

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

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%

Hintergrund

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Marburg - Erhebung der vollständigen stationären Inanspruchnahmepopulation 1998 bis 2002

- Ca. die Hälfte der psychisch kranken Kinder bzw. Jugendlichen lebt bei einem psychisch kranken Elternteil
- am häufigsten wurden substanzbezogene Störungen (ca. 20%), neurotische und somatoforme Störungen (ca. 13%) sowie affektive Störungen (ca. 12%) bei den Eltern festgestellt.
- hohe Morbiditätsraten bei den Eltern von Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens (Mattejat & Remschmidt, 2008).

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).

Verlauf der elterlichen Störung als Risikofaktor

- Es zeigte sich, dass bei mütterlichen und väterlichen Erkrankung **Schweregrad** (Anzahl der Behandlungen und Suizidversuche) und **Chronizität** (z.B. Dauer und Anzahl der depressiven Episoden) der elterlichen Erkrankung mit einem erhöhten Auftreten von Belastungen bei den Kindern einhergehen (Hammen et al. 1990; Keller et al., 1986).

Mögliche Erklärung

Schwere und chronisch verlaufende psychische Erkrankungen begünstigen das **Auftreten von psychosozialen Belastungsfaktoren** wie eheliche Konflikte, familiäre Disharmonien und Scheidung, finanzielle Probleme, die das Erkrankungsrisiko für Kinder erhöhen (Sameroff, 1997; 1987; Hammen et al., 1990; Mattejat, 2002)

Art der elterlichen psychischen Störungen als Risikofaktor

- In einer Studie zeigte sich, dass 9- bis 13-jährigen Kindern von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zu Müttern mit anderen Persönlichkeiten signifikant mehr psychische Störungen aufwiesen (Weiss et al. 1996):
 - ADHS,
 - Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten
 - Störungen des Sozialverhaltens
- In der Mannheimer Risikokinderstudie wurde bei Kindern von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen der ungünstigste Entwicklungsverlauf beobachtet (Laucht, Esser & Schmidt, 1997) .

Kinder von Eltern mit affektiven Störungen

Risiken für depressive Störungen

- für Kinder mit einem depressiven Elternteil erhöht sich das Depressionsrisiko um das bis zu 6-fache gegenüber Kindern nichtdepressiver Eltern (Mattejat, 2002)
- sind beide Elternteile depressiv erkrankt, erhöht sich die Lebenszeitprävalenz für eine depressive Störung bei den Kindern auf 70% (Mattejat et al., 2000; Mattejat, 2002)
- bei 40% der betroffenen Kinder tritt bereits im Kindes- und Jugendalter eine depressive Episode auf (Beardslee et al. 2002)

Damit ist die elterliche depressive Erkrankung der Hauptrisikofaktor für die Entwicklung einer depressiven Störung im Kindes- und Jugendalter

Art der elterlichen psychischen Störungen als Risikofaktor

Hohes Gefährdungsrisiko für Kinder besteht bei depressiver elterlicher Erkrankung:

- negative emotionale Reaktivität (Angst, Ärger, Schuldgefühle, wahrgenommene Belastung)
- beeinträchtigende Kognitionen (geringer Selbstwert, negative Wahrnehmung des Kindes)

(Deegener et al., 2009).

Belastungen für Kinder psychisch kranker Eltern

- genetische Faktoren
- Alter der Kinder
- Erziehungsverhalten
- Eltern-Kind-Beziehung (Unterstimulation, Überstimulation, wechselndes Interaktionsverhalten, Parentifizierung)
- eheliche Beziehung (Partnerschaftskonflikte, Scheidung)
- individuelle Faktoren beim Kind (Temperamentseigenschaften, Alter und Geschlecht)
- sozioökonomische Faktoren (Armut, Arbeitslosigkeit, schwierige Wohnverhältnisse etc.)

(Mattejat, 2002; Lenz, 2005; Lenz, 2012)

Alter der Kinder – ein Risikofaktor

Die vorliegenden Studien zeigen, dass die Folgen einer elterlichen psychischen Erkrankung umso schwerwiegender wirken, je jünger die Kinder sind

Im Kleinkindalter

- Schlafprobleme, Regulationsstörungen und beginnende Störungen der Emotionsregulation (Martin et al. 2007)
- großes Risiko für Entwicklung von unsicheren Bindungsstilen oder **hochunsichere/desorganisierte Bindungsmuster** (Hipwell et al. 2000, van Ijzendoorn et al. 1999; 2004).

Die sich in diesem Alter ausprägenden Bindungsrepräsentationen, wirken sich auf zukünftige Beziehungen und die Art der Bewältigungsstrategien von emotionalem Stress aus (vgl. Grossmann & Grossmann 2006).

Belastungen in der Eltern-Kind-Interaktion

Die Mehrzahl der Studien befasst sich mit Einschränkungen in bindungsrelevanten Fähigkeiten, speziell in der elterlichen Sensitivität in der Eltern-Säuglings-Interaktion:

- **Unter- oder Überstimulation** des Kindes
- Unberechenbarkeit durch **stark wechselndes Interaktionsverhalten**

(Deneke, 2008)

Diese Interaktionsmerkmale sind als grundlegende Muster auch in der Kommunikation zwischen den psychisch kranken Eltern und ihren älteren Kindern zu finden (Grossmann & Grossmann, 2004).

Bindungsmodus

Unterstimulation

Eltern-Kind-Interaktion

- Empathie und emotionale Verfügbarkeit sind durch die Depression 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

Häufig bei depressiver Erkrankung

Bindungsmodus ***Überstimulation***

Die Eltern reagieren hierbei nicht auf die kindlichen Signale, ihr Verhalten wird vielmehr durch ihre eigenen Bedürfnisse gesteuert, und sie äußern sich den Kindern gegenüber vermehrt negativ. Oder auch Wechsel zwischen Unter- und Überstimulation.

**Häufig bei Schizophrenie, bipolaren Störungen,
emotional instabiler Persönlichkeitsstörung**

Parentifizierung

Hochunsichere/desorganisierte Bindungsmuster gehen oftmals einher mit früher **emotionaler Parentifizierung** (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).

Adaptive Formen der Parentifizierung

- solange die 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

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

(Lenz, 2005, 2008; Mattejat, 2008; Lenz & Brockmann, 2013)

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.

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)

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)

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).



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)

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).

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

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 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)

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)

Interventionen bei Kindern psychisch Eltern

International wurde eine Vielzahl präventiver Interventionen für Familien mit psychisch kranken Eltern entwickelt .

Formal lassen sich kind- oder elternzentrierte sowie bifokal (familienorientiert) angelegte Programme unterscheiden.

Zentraler Ansatzpunkt der unterschiedlichen Interventionsansätzen:
Förderung der Resilienz

(Christiansen et al., 2010; Röhrle & Christiansen, 2009; Gladstone & Beardslee, 2009; Garber et al., 2009; Lenz, 2008, 2010; Fraser et al., 2006)

Interventionen bei Kindern psychisch Eltern

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)

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; 2012).

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 (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!

