

# Kinder psychisch kranker Eltern – Risiken, Resilienzen und Interventionen

---

**Prof. Dr. Albert Lenz**  
**Diplom-Psychologe**

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen  
Abteilung Paderborn

Institut für Gesundheitsforschung und  
Soziale Psychiatrie (igsp)

Telefon 05251-122556  
E-Mail: [a.lenz@katho-nrw.de](mailto:a.lenz@katho-nrw.de)

# Überblick

1. Risiko und Belastung
2. Befunde aus der Resilienz- und Copingforschung
3. Ergebnisse aus dem DFG-Forschungsprojekt  
„Schizophrenie und Elternschaft“
  - Individuelles Coping der Kinder
  - Familiäres Coping
4. Ressourcen fördern – präventive Interventionen

# Elternschaftsrate

- Kein Unterschied in der durchschnittlichen Kinderzahl zwischen psychisch kranken und psychisch gesunden Menschen
- Etwa die Hälfte der psychisch erkrankten Frauen sind Mütter

(Grube & Dorn, 2007; Hinden et al., 2006)

# Ergebnisse aus der Risikoforschung

- Erkrankungsrisiko für Kinder psychisch kranker Eltern um das etwa 3-fache erhöht = ***Kinder stellen eine psychiatrische Risikogruppe dar***
- Häufigkeitsrate psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (Studien zur wahren Prävalenz : Rate 18 bis 21%)

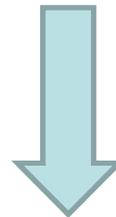
# Ergebnisse aus der Risikoforschung

Metaanalysen haben gezeigt, dass etwa **61 %** der Kinder von Eltern mit einer majoren Depression im Verlaufe der Kindheit/Jugend eine psychische Störung entwickeln (Beardslee, 2002; Beardslee et al., 2003).

**= allgemeines Risiko**

# Resilienz

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



***Entscheidende Ansatzpunkte für  
Interventionen***

# Was heißt Resilienz?

## **Resilienz = psychische Robustheit**

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

- Schutzfaktoren und
  - Copingprozessen
- 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)

# Ergebnisse der Resilienzforschung

## Resiliente Kinder depressiv erkrankter Eltern

- engagiert in schulischen und sozialen Aktivitäten
- enge, vertrauensvolle Beziehung innerhalb und außerhalb der Familie (z.B. Verwandte oder Lehrer)
- angemessene kognitive Bewertung und Bewältigung der individuellen und familiären Stressfaktoren
- realistische Einschätzung der eigenen Möglichkeiten und Kompetenzen

(Beardslee et al., 1998)

# Ergebnisse der Resilienzforschung

## Generelle Schutzfaktoren

(Bender & Lösel, 1998)

- Personale Schutzfaktoren
- Familiäre Schutzfaktoren
- Soziale Schutzfaktoren

# Risikomindernde Bedingungen

## Personale Ressourcen

- positives Temperament (flexibel, aktiv, offen)
- positives Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeitsüberzeugung
- situationsangemessenes Bewältigungsverhalten
- vorausplanendes Verhalten

# Risikomindernde Bedingungen

## Familiäre Ressourcen

- stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson
- offenes, unterstützendes Erziehungsklima
- familiärer Zusammenhalt
- Modelle positiven Bewältigungsverhaltens
- Übernahme von Aufgaben im Haus und Förderung eigenverantwortlichen Handelns

# Ergebnisse 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).

# Risikomindernde Bedingungen

## Soziale Ressourcen

- soziale Unterstützung
- positive Freundschaftsbeziehungen
- Positive Peerbeziehungen
- Integration in Vereine, Kirchengemeinde etc.

# Kumulative Wirkung von Schutzfaktoren

Je mehr Risikofaktoren als negative Entwicklungsprädiktoren vorliegen, umso mehr Ressourcen sind auch erforderlich, um an für sich ungünstige Entwicklungsverläufe positiv zu beeinflussen.

# Ergebnisse der Resilienzforschung

## **Spezifische Schutzfaktoren** für Kinder psychisch kranker Eltern (Mattejat et al., 2000; Lenz, 2005)

- Alters- und entwicklungsadäquate Informationsvermittlung und Aufklärung der Kinder über die Erkrankung und Behandlung des Elternteils
- Adäquate individuelle und familiäre Krankheitsbewältigung (offener und aktiver Umgang)

# Protektive Prozesse

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

# Coping der Kinder

## **Kontrollierbarkeit der Situation** = zentrale Dimension

(Klein-Heßling & Lohaus (2002))

### **In unkontrollierbaren Situationen eher**

- emotionsregulierende Bewältigungsstrategien
- Problemmeidung oder
- die Suche nach sozialer Unterstützung

Seiffge-Krenke & von Irmer (2007)

## Coping der Kinder (SVF-KJ)

n=60; Alter: 8-14 (M= 10,6, SD=2.,039) Geschlecht: w 31, m 29

	Testwert = 50					
	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	95%-Konfidenzintervall der Differenz	
					Untere	Obere
Ablenkung/Erholung	-3,641	27	,001	-8,750	-13,68	-3,82
Soziales Unterstützungsbedürfnis	2,824	27	,009	6,571	1,80	11,35
Aggression	2,468	27	,020	4,321	,73	7,91

T-Test Stressverarbeitung situationsübergreifend

- „**Ablenkung/Erholung**“ signifikant **niedriger** ausgeprägt als bei den Kindern der Referenzpopulation
- „**Soziales Unterstützungsbedürfnis**“ und „**Aggression**“ signifikant **höher**

# Bewältigung derr Kinder Coping-Typen

**Statistische Clusteranalyse in Kombination mit phänomenologischer  
Betrachtung der Profile und Qualitativer Inhaltsanalyse (n=60)**

## Typ I

- geringe Ablenkungsfähigkeit
- Ungünstige Emotionsregulation (hohe Aggressionswerte, geringe Fähigkeit zur Erholung)
- Geringe Bagatellisierung
- Geringe Situationskontrolle

**N = 20**

## Typ II

- Hohe Situationskontrolle, hohe Verantwortungs-Übernahme
- hohes soziales Unterstützungsbedürfnis
- hohe positive Selbstinstruktion
- Bagatellisieren
- Geringe Resignation

**N = 22**

## Typ III

- unauffällige Werte des SVF-KJ ( $40 < T < 60$ )
- Unauffälligkeiten bei QIA des Copings

**N = 18**

# Coping-Typen und psychische Auffälligkeit

- Bei Kindern mit externaler Störung besteht ein signifikanter Zusammenhang mit Coping-Typ I ( $r = .405$ ,  $p = 0,016$ )
  - ❖ Kinder des Coping Typs I leiden vermehrt unter externalen psychischen Auffälligkeiten
- Coping III: klinisch unauffällige Kinder
- Coping II: kein statistisch signifikanter Zusammenhang, allerdings erhöhtes Risiko für psychische Störung, da hohe Situationskontrolle zu Überforderung führt

(Kuhn, Lenz & Jungbauer, 2010; Lenz, Kuhn & Jungbauer, 2011)

# Familiäres Coping

Das Bemühen mehrerer Personen (Eltern bzw. einiger/aller Familienmitglieder), durch Einbringen und Bündeln individueller Ressourcen, Belastungen zu bewältigen (Lyons, 2004).

## Beispiel: Dyadisches Coping auf der Paarebene

(Bodenmann, 2006)

# Familiäres Coping

Da Kindern alters- und entwicklungsbedingt bestimmte Copingstrategien nicht zur Verfügung stehen, sind sie bei der Bewältigung der Belastungen auf **Eltern und andere Bezugspersonen** angewiesen (Compas et al., 2001).

# Familiäres Coping

## Günstige Bewältigungsstrategien

- **Konstruktives emotionsbezogenes elterliches Coping** (Eltern bemühen sich, durch gemeinsame Aktivitäten um Entspannung und Ablenkung)
- **Problembezogenes elterliches Coping** (Eltern suchen nach Lösungsmöglichkeiten in einer offenen innerfamiliären Atmosphäre)
- **Problembezogenes delegiertes elterliches Coping** (Der gesunde Partner übernimmt auf Aufforderung des erkrankten Elternteils die Verantwortung für die Kinder)

# Familiäres Coping

## Ungünstige Bewältigungsstrategien

- **Destruktives emotionsbezogenes gemeinsames Coping** (Die familiären Interaktionen haben aggressiven, feindseligen, kritisierenden Charakter)

## Ambivalente Bewältigungsstrategien

- **Emotions- und problembezogenes delegiertes Coping der Kinder**
  - A) Instrumentelle Parentifizierung
  - B) Emotionale Parentifizierung

# Belastungen der Kinder aus der Sicht der Eltern

Psychisch kranke Eltern sind sensibel für die Probleme und Belastungen ihrer Kinder und können diese wahrnehmen und benennen:

**80 % der psychisch kranken Eltern sehen ihre Kinder als belastet durch die Erkrankung**

(Kölch et al., 2007)

## Konsequenzen für die Praxis

- Wahrnehmung der psychisch Kranken in ihrer Rolle als Mutter und Vater in der Therapie
  - Fragen nach den Kindern
  - Fragen nach Belastungen und Problemen
  - Fragen nach Unterstützungsbedarf
- Wahrnehmung der Kinder als Angehörige
- Aufbau einer funktionalen Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem als Voraussetzung für wirksame Hilfeleistungen

(Lenz, 2008; 2010)

# Kooperation als Voraussetzung für wirksame Hilfeleistungen

- **Kooperation vor allem zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem (ergibt sich durch dem Versorgungsauftrag der beiden Hilfesysteme)**
- **Kooperation mit Kliniken, Beratungsstellen und niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten**  
(Lenz, 2010).

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

# Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern

## Frühe Hilfen

- Interaktionszentrierte Mutter-Kind-Therapie; Feinfühligkeitstraining, entwicklungspsychologische Beratung (z.B. STEEP; „Das Baby verstehen“)
- Mutter-Kind-Behandlung: gemeinsame stationäre Aufnahme von Mutter und Kind (z.B. Wortmann-Fleischer et al., 2006)

**Ziel:** Förderung und Stärkung der Bindung, Erhalt der Beziehung

# Präventive Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern

## Förderung des Bewältigungsverhaltens

### 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*

# Förderung des Bewältigungsverhaltens

## 1. Schritt: Stopp! Was deine Probleme? Was deine die Sorgen

- ❖ Was genau sind deine Probleme und Sorgen?
- ❖ Wann treten sie auf?
- ❖ Wo treten sie auf?
- ❖ Wie fühle ich mich dabei?

# Förderung des Bewältigungsverhaltens

## 2. Schritt: Welche Lösungen gibt es?

- ❖ Was kann ich tun?
- ❖ Fallen mir noch andere Möglichkeiten ein?
- ❖ Was kann ich auch noch tun?

*„Das ist eine Möglichkeit. Was fällt dir noch ein?“*

Vorteile und Nachteile werden gemeinsam identifiziert

# Förderung des Bewältigungsverhaltens

## 3. Schritt: Was ist die beste Lösung?

- ❖ Kann ich die Sache selber in die Hand nehmen oder ist es besser, jemanden um Unterstützung zu bitten?
- ❖ Kann ich die Situation aktiv verändern oder ist es besser, mich abzulenken, zu entspannen.....?
- ❖ Welche Gefühle werden bei mir und den anderen Personen ausgelöst, wenn ich diese oder jene Lösung durchführe?

# Förderung des Bewältigungsverhaltens

## Eltern haben unterstützende Funktion

- ❖ Motivieren das Kind für weitere Lösungen
- ❖ Bringen eigene Vorschläge ein
- ❖ Sichern Hilfe bei Lösungen zu

# Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern

## Familienorientierte Hilfen

- **Stärkung der Erziehungskompetenz**
  - ❖ Programme müssen auf die Lebenssituation psychisch kranker Eltern zugeschnitten sein und die besonderen Belange und Problemlagen berücksichtigen (z.B. Triple P; „Starke Eltern – Starke Kinder“)
- **Förderung der familiären Kommunikation**
  - ❖ Ziel: Wege aus der Tabuisierung zu beschreiten, offenen Umgang mit Krankheit, Sorgen und Ängsten zu erreichen (Lenz, 2010 „Ressourcen fördern“)

# Förderung der familiären Kommunikation

## Förderung offener Kommunikation bei den Eltern

- Sprechen Sie von Ihren Beobachtungen, ihren eigenen Gedanken, ihren Eindrücken und Gefühlen. Kennzeichen dafür ist der „Ich-Gebrauch: „Ich sehe...“ „Ich habe den Eindruck....“
- Versuchen Sie, sich zu öffnen und zu formulieren, was in Ihnen bei Ihren Wahrnehmungen vorgeht. Äußern Sie Ihre Gefühle und Eindrücke direkt.

# Förderung der familiären Kommunikation

## Kommunikationsregeln für Kinder (nach Görlitz)

- Suche dir den Zeitpunkt sorgfältig aus!
- Sei respektvoll!
- Äußere deine Gedanken und Gefühle direkt!
- Streng dich an, auch ihren Standpunkt zu sehen!
- Sprich mit gemäßigter Stimme!
- Achte auf dein Verhalten!
- Sei kompromissbereit!

# Aktivierung sozialer Ressourcen

## Stärkung der Netzwerkorientierung

- Förderung und Stärkung der Bereitschaft auf eine andere zuzugehen, Rat und Unterstützung einzuholen

## Peer Counseling

- Unterstützung durch andere Kinder, die über einen vergleichbaren Erfahrungshintergrund verfügen

## Netzwerkkonferenz und Patenschaften

## Gruppeninterventionen

# Förderung der Selbstwirksamkeit

Durch

- **Partizipation** im Sinne von Teilhabe an Entscheidungen und Anlegenheiten, die die Kinder betreffen.
- **Befähigung** über Wissensvermittlung und Aufklärung

**Die Kinder werden dadurch ermutigt, ihre eigenen  
Kräfte und Kompetenzen (wieder-)zu entdecken**  
***Empowerment***

# 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 „Ressourcen fördern“).

**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,
- ermöglicht Verstehen
- befähigt, ein Gefühl der Kontrolle und Selbstwirksamkeit zu entdecken und
- gewährt Einsichten in problematische Erklärungszusammenhänge  
**= spezifischer protektiver Faktor**

# Psychoedukation für Kinder

## Was wollen die Kinder wissen?

Das Informationsbedürfnis bezieht sich nicht in erster Linie auf die Diagnose, sondern auf die Auswirkungen der Erkrankung auf den Alltag und das Erleben des Kindes.

# Psychoedukation für Kinder

## Informationsbedürfnisse der Kinder (Lenz, 2005)

- **Umgang im familiären Alltag:** Wie soll ich mich dem kranken Elternteil gegenüber verhalten? Wie soll ich auf Äußerungen und Verhaltensweisen des kranken Elternteils reagieren? Wie kann ich Vater oder Mutter unterstützen?
- **Mögliche Veränderungen im Familienleben:** Wird sich mein Leben ändern und wenn ja, wie? Wer wird für mich sorgen?
- **Krankheitsursachen und Verlauf der Krankheit:** Gefahren der Verschlechterung.
- **Unterschiede zwischen psychischer Krankheit und körperlicher Krankheit.**
- **Erbeinflüsse:** Angst vor einer möglichen eigenen Erkrankung.

# 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

# Altersangemessene Psychoedukation

## Krankheitsinformationen für Kinder bis zum 3. Lebensjahr

*Kind sollte erfahren*

- Mutter oder Vater ist krank.
- Es ist nicht schuld. Es hat nichts falsch gemacht.

***Mama geht es heute nicht gut, sie ist müde und traurig.  
Wenn es ihr wieder besser geht, spielt sie wieder mit dir.***

# Altersangemessene Psychoedukation

## Kinder vom 3. bis zum 6. Lebensjahr

*Fragen, die Kinder oftmals nicht zu stellen wagen*

- Bin ich schuld?
- Wer passt auf mich auf? Wer bringt mich ins Bett? Wer tut mit mir das, was der erkrankte Elternteil bislang getan hat? Wer kocht das Mittagessen?

# Altersangemessene Psychoedukation

## **Kinder vom 3. bis zum 12. Lebensjahr**

Das Kind sollte in dem ersten Gespräch erfahren:

- Mutter oder Vater ist krank
- Die Krankheit heißt...
- Mutter oder Vater ist in die Klinik gekommen, damit die Ärzte besser helfen können
- Für das Kind werden sich momentan diese oder jene Veränderungen ergeben

# Psychoedukation 13-18 Jahre

## 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?

## Literatur

Albert Lenz (2010)

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

Göttingen: Hogrefe



## Literaturhinweis

Albert Lenz (2011)

**Empowerment.  
Handbuch für die  
ressourcenorientierte  
Praxis.**

Tübingen: dgvt-Verlag



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!