

Diplomarbeit

Präventive Faktoren aus der Resilienzforschung in Bezug auf Kinder psychisch kranker Eltern -Möglichkeiten der Allgemeinmedizin

eingereicht von

Carina Gigler

Mat.Nr.: 0433027

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie

unter der Anleitung von

Univ.-Prof. Dr. Ursula Viktoria Wisiak

Priv. Doz. Dr. Christian Fazekas

Graz, 11. September 2012

Carina Gigler

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 11. September 2012

Unterschrift

Hinweis bezüglich Gendering

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text auf eine Unterscheidung der weiblichen und männlichen Schreibweise verzichtet. Sofern nicht ausdrücklich auf Frauen oder Männer Bezug genommen wird, sind beide Geschlechter gleichermaßen angesprochen.

Danksagungen

SEITE GESPERRT!

Zusammenfassung

Schätzungen zufolge leben in der Europäischen Union derzeit circa drei bis elf Prozent der Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil zusammen. In Österreich spricht man derzeit von 67.000 Kindern, deren Mütter eine psychische Erkrankung haben. Kinder zählen zu den vergessenen Angehörigen, die sehr unter der Krankheit ihrer Eltern leiden und mit multiplen Belastungen konfrontiert sind. Die Gefahr, selbst eine psychische Erkrankung zu erleiden, ist groß.

Die allgemeinmedizinische Praxis stellt die erste Anlaufstelle bei psychischen Erkrankungen dar. Vor allem die primäre Prävention, Resilienz- und Ressourcenförderung bei Kindern von psychisch kranken Eltern sind von enormer Wichtigkeit für eine positive Entwicklung jener.

Der theoretische Kern dieser Arbeit besteht in einer kritischen Aufarbeitung der Literatur über Kinder von psychisch kranken Eltern, Risikoforschung, Resilienz mit den entsprechenden Studien und Forschungsergebnissen sowie Resilienzförderung das salutogenetische Modell und die Präventionsmöglichkeiten. Den praktischen Teil der Arbeit stellt die Verfassung eines Leitfadens für den Allgemeinmediziner im Umgang mit seinen psychisch kranken Patienten und deren Kindern dar.

Der patientenzentrierte Leitfaden ist leicht umsetz- und in den Praxisalltag gut integrierbar. Ausgehend von den wichtigsten Punkten für das Arzt-Patienten-Gespräch, wie zum Beispiel die Informations- und Wissensvermittlung, die Psychoedukation, ein patientenorientierter Zugang sowie eine alters- und kindgerechte Aufklärung, werden ebenso Anregungen für den Ort und die Technik des Gesprächs gegeben. Ein Hauptaugenmerk des Leitfadens liegt in der Auswahl der Themen des Arzt- Patienten-Gesprächs. Beim Einzelgespräch ist es wesentlich, die Krankheitseinsicht und Compliance der Patienten abzuklären, um anschließend im Familiengespräch am Wissensstand der Kinder bezüglich der psychischen Erkrankung anzusetzen, und auf die subjektiven Krankheitstheorien der Kinder einzugehen. Des Weiteren werden einige weiterführende Interventionsschritte vorgestellt. Hierzu zählen die Netzwerk- und Resilienz-Landkarte für Ärzte, die der Ressourcenevaluierung dienen sollen, die Förderung der familiären Kommunikation durch Vermittlung der Kommunikationsregeln und die Einberufung einer multiprofessionellen Helferkonferenz.

Die Ergebnisse vieler Studien zeigen, dass frühzeitige Präventionsmaßnahmen durch multiprofessionelle Helfer, Resilienz- und Ressourcenförderung einen bedeutenden Schutzfaktor für Kinder psychisch kranker Eltern darstellen. Um das Risiko der Kinder zu minimieren, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln, ist es von großer Wichtigkeit, als Allgemeinmediziner besonders sensibel und mit speziellem Augenmerk auf die Situation der Kinder einzugehen und im Zuge der biopsychosozialen Betreuung Präventionsschritte, in Form des erstellten Leitfadens, in die Wege zu leiten.

Abstract

According to current estimates, 3 to 11 percent of children in the European Union live with a mentally ill parent. In Austria, it is assumed that the mothers of 67.000 children currently suffer under a mental disorder. Children belong to the forgotten relatives who are confronted by multiple stress factors and suffer greatly due to the illness of their family members. They are very much at risk of suffering from mental illness themselves.

The general practitioner is the first contact person for people suffering from mental illness. Primary prevention strategies as well as the promotion of resilience and resources support are of huge importance for the positive development of children of parents who suffer from mental illness.

The theoretical core of this thesis consists of a critical discussion of the literature about children with mentally ill parents, risk research, studies about psychological resilience and their results, the promotion of resilience, the salutogenetic model and possibilities for prevention.

The practical part of this thesis presents a manual for the general practitioner advising how to deal with mentally ill patients and their children.

The patient-centered manual is easy to implement and to integrate in everyday worklife. In addition to the main points for the doctor-patient-dialogue – including the provision of information, psychoeducation, patient-oriented access, and age-based as well as child-oriented medical education – suggestions are offered regarding settings and dialogue techniques. Emphasis is placed on the selection of topics for the dialogue between the patient and the doctor. During the one-on-one interview, it is essential to establish the patient's comprehension of the illness as well as her or his compliance in order to use the childrens' level of knowledge about the mental illness as a starting point for the family talk and to address the childrens' subjective understanding of the illness afterwards. The manual goes on to present further steps of intervention including the creation of a network and resilience map for doctors (which should serve as an aid in the evaluation of resources), the promotion of communication within the family by transmitting rules of communication and the arrangement of a multiprofessional helpers' conference.

The results of many studies show that early prevention measures on the part of interdisciplinary helpers together with the promotion of resilience and resources

represent important protective factors for the children of parents suffering from mental illness. In order to minimize the childrens' risk of developing a mental illness themselves, it is vitally important that the general practitioner respond very sensitively to the childrens' situation and initiate prevention measures as laid out in the compiled manual during bio-psycho-social assistance.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Methode und Aufbau der Arbeit	2
3	Kinder psychisch kranker Eltern.....	3
3.1	Risikoforschung und Ergebnisse	4
3.2	Allgemeinmediziner und psychische Erkrankungen	5
3.3	Prävention.....	7
4	Resilienz	10
4.1	Definition und Merkmale.....	10
4.2	Vulnerabilität	12
4.3	Familienresilienz	13
4.4	Salutogenese.....	14
4.5	Resilienzforschung bei Kindern.....	17
4.6	Risiko- und Schutzfaktoren	21
4.7	Rahmenmodell der Resilienz	26
4.8	Resilienzfaktoren	27
4.9	Resilienzförderung	31
4.10	Coping.....	32
4.11	Bindungsforschung.....	33
5	Allgemeine Grundlagen zum Leitfaden für den Allgemeinmediziner	35
5.1	Das Arzt- Patienten Gespräch	35
5.2	Informations- und Wissensvermittlung	37
5.3	Familiengespräch	40
5.4	Förderung der familiären Kommunikation	43
5.5	Der Hausbesuch	44
5.6	Ressourcenaktivierung.....	45
5.7	Resilienz-Landkarte	49

5.8	Checkliste zur Risikoeinschätzung von Kindern psychisch kranker Eltern	51
6	Ergebnisse	53
6.1	Leitfaden für den Allgemeinmediziner im Umgang mit psychisch kranken Patienten und ihren Kindern	53
7	Diskussion.....	58
8	Konklusion.....	64
9	Literaturverzeichnis	66
10	Anhang.....	78
10.1	Checkliste zur Risikoeinschätzung.....	78
10.2	Folder KIDS STRENGTHS	83
10.3	Folder „Vergessene Kinder“	85

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Häufigkeit psychischer Erkrankungen in hausärztlichen Praxen in Deutschland (n=800), Diagnosen nach ICD-10 (Linden et al., 1996 zit. n. Wien et al., 2008, S. 9).....	6
Abbildung 2 Risikoerhöhende und risikomildernde Faktoren in der kindlichen Entwicklung (modifiziert nach Petermann, 1997, S. 3 zit. n. Scheithauer & Petermann, 1999).....	22
Abbildung 3 Risikomildernde Faktoren im Kindes- und Jugendalter (nach Laucht et al., 1997, S. 236 zit. n. Scheithauer & Petermann, 1999).	26
Abbildung 4 Rahmenmodell von Resilienz (modifiziert nach Kumpfer, 1999, S.185, zit. n. Wustmann, 2007, S. 144-145)	27
Abbildung 5 Beispiel für eine Netzwerkkarte (modifiziert nach Höfer et al., 2006, S. 274)	48
Abbildung 6 Beispiel für eine Resilienzkarte (SINN Evaluation, 2011a)	50
Abbildung 7 Beispiel für eine ausgefüllte Resilienzkarte (SINN Evaluation, 2011b).....	50

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Grundlegende Annahmen des pathogenetischen und salutogenetischen Modells (aus Noack, 1997, S.95 zit. n. Bengel et al., 2001, S. 35)	16
---	----

1 Einleitung

„Es ist nie zu spät eine glückliche Kindheit zu haben“

(Milton Erikson)

Schätzungen zufolge leben in der Europäischen Union derzeit circa drei bis elf Prozent der Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil zusammen. In Österreich spricht man derzeit von 67.000 Kindern, deren Mütter an einer psychischen Erkrankung leiden (vgl. Haselbacher, 2010). Kinder zählen zu den vergessenen Angehörigen, die sehr unter der psychischen Erkrankung ihrer Eltern leiden und mit multiplen Belastungen konfrontiert sind. Die Gefahr, selbst eine psychische Erkrankung zu erleiden, ist groß. Psychische Erkrankungen werden meist nicht angesprochen. Dabei kommt es zu einer Tabuisierung, was für die betroffenen Kinder sehr belastend sein kann (vgl. Hammann, 2010). Es handelt sich um einen Irrtum zu glauben, dass Kinder nichts von der psychischen Erkrankung ihrer Eltern mitbekommen. Schon einjährige Kinder spüren die Veränderung, die mit der psychischen Erkrankung der Mutter einhergeht (vgl. Röckel, 2010).

Da die allgemeinmedizinische Praxis die erste Anlaufstelle bei psychischen Erkrankungen darstellt, geht es primär um eine Sensibilisierung der Allgemeinmediziner im Hinblick auf die Situation der Kinder von psychisch kranken Patienten. Der Allgemeinmediziner hat hierbei eine bedeutende Rolle in der primären Prävention, Resilienz- und Ressourcenförderung dieser Kinder. Wie sich die aktuellen Ergebnisse der Resilienz- und Präventionsforschung in eine allgemeinmedizinische Praxis integrieren lassen, stellt ein Hauptaugenmerk dieser Arbeit dar.

Ziel dieser Diplomarbeit ist die Erstellung eines Leitfadens für den Allgemeinmediziner im Hinblick auf die präventive psychosoziale Unterstützung seiner psychisch kranken Patienten und deren Kinder unter Bezugnahme auf die aktuelle Resilienz- und Präventionsforschung.

2 Methode und Aufbau der Arbeit

Zur Aufarbeitung der in dieser Diplomarbeit behandelten Thematik wird die Methode der Literaturrecherche und kritischen Literaturlaufarbeitung aus verschiedenen Teilbereichen der Medizinpsychologie angewandt.

Der theoretische Kern der Arbeit besteht in einer kritischen Aufarbeitung der Literatur über Kinder von psychisch kranken Eltern, Risikoforschung, Resilienz sowie Resilienzförderung, das salutogenetische Modell und Präventionsmöglichkeiten.

Den praktischen Teil der Arbeit stellt die Verfassung eines Leitfadens für den Allgemeinmediziner im Umgang mit seinen psychisch kranken Patienten und deren Kindern dar. Der Leitfaden wird anhand einer ausführlichen Recherche der aktuellen Literatur zu den Themen Arzt-Patienten-Gespräch, psychoedukative Informationsvermittlung, Förderung familiärer Kommunikation und Ressourcen erstellt.

In der anschließenden Diskussion werden die wichtigsten Punkte des Leitfadens angeführt und kurz reflektiert.

3 Kinder psychisch kranker Eltern

Kinder von psychisch kranken Eltern werden mit vielfachen Belastungen konfrontiert und stellen somit eine besondere Risikogruppe dar, selbst eine psychische Erkrankung zu erleiden. Bislang lag das Hauptaugenmerk jedoch auf der Behandlung der psychisch kranken Eltern oder auf bereits verhaltensauffälligen Kindern. In letzter Zeit beschäftigen sich zahlreiche wissenschaftliche Studien mit dem Thema und es sind viele Präventionsprogramme für Kinder von psychisch kranken Eltern entstanden (vgl. Mattejat et al., 2011, S. 13).

Die aktuellen Forschungsergebnisse von Mattejat et al. (2011, S. 16ff) zu diesem Thema werden im Folgenden aufgelistet:

- Psychische Erkrankungen zählen zu den am häufigsten vorkommenden Krankheiten überhaupt. Viele der betroffenen Menschen lassen sich nicht behandeln, da sie sich für ihre Erkrankung schämen.
- Häufig kommt es auch zu einer Stigmatisierung der Betroffenen, weswegen über die psychischen Krankheiten zumeist geschwiegen wird.
- Genau so häufig wie psychisch gesunde Menschen haben auch psychisch erkrankte Menschen Kinder, wobei circa 10-20 % der psychisch Kranken, die sich in stationärer Behandlung befinden, noch minderjährige Kinder haben.
- Allein in Deutschland erleben circa drei Millionen Kinder innerhalb eines Jahres ihre Mutter oder ihren Vater mit einer psychischen Erkrankung.
- Trotz der hohen Anzahl der Kinder von psychisch kranken Eltern glauben viele Kinder, dass sie mit diesem Schicksal alleine dastehen und mit niemandem darüber reden können.
- Kinder psychisch kranker Eltern stellen eine Risikogruppe dar, denn sie haben ein zwei- bis zehnfach erhöhtes Risiko, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken.
- Vererbt wird nicht die Erkrankung selbst, sondern die Vulnerabilität dafür.
- Ob jedoch die vererbte Vulnerabilität zum Ausbruch einer Krankheit führt, hängt sehr stark von den Umweltfaktoren ab.

- Wichtig wäre es, bei erbbedingter Vulnerabilität die positiven Umweltbedingungen zu stärken.
- Viele Risikofaktoren, wie zum Beispiel familiäre Armutsverhältnisse und familiäre Streitigkeiten, sowie Schutzfaktoren, wie sichere familiäre Bedingungen, eine emotional stabile Bezugsperson, Freunde und schulisches Interesse, tragen maßgeblich dazu bei, ob sich eine psychische Erkrankung entwickelt oder nicht.
- Durch spezifische Präventionsschritte lassen sich die Risikofaktoren minimieren und die schützenden Faktoren stärken.
- Durch die Präventionsarbeit lernen Eltern und Kinder angemessen mit der psychischen Erkrankung umzugehen und haben gute Aussichten auf einen normalen Entwicklungsverlauf.

Die aktuelle Forschung in diesem Bereich legt nahe, sich auch in der allgemeinmedizinischen Praxis näher mit dem Thema der Kinder von psychisch kranken Patienten zu beschäftigen, denn dem praktischen Arzt kommt eine bedeutende Rolle in der Gesundheitsprävention zu.

Inwieweit Kinder von psychisch kranken Eltern ein erhöhtes Risiko aufweisen, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln, damit beschäftigt sich, wie im Folgenden angeführt, die Risikoforschung.

3.1 Risikoforschung und Ergebnisse

Die Risikoforschung, auch „high-risk- Forschung“ genannt, beschäftigt sich damit, Menschen mit einem hohen Erkrankungsrisiko umfassend zu beleuchten und versucht zu erörtern, durch welche Merkmale sich diese Hochrisikogruppen von den Vergleichsgruppen abheben. Für Kinder von psychisch kranken Eltern besteht ein erhöhtes Risiko, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln (vgl. Lenz, 2005, S. 13). Bei rund 30 % der Kinder und Jugendlichen, die sich in stationärer Behandlung befinden, weist ein Elternteil eine psychische Krankheit auf. Die Kinder zeigen sich vor allem im sozialen und emotionalen Bereich sowie in der kognitiven Entwicklung auffällig. Die

Störungen betreffen meist depressive, aggressive oder hyperkinetische Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Remschmidt & Matthejat, 1994).

Auch die genetische Komponente spielt eine wichtige Rolle. So haben Kinder mit einem schizophrenen Elternteil selbst ein zehnfach höheres Risiko auch an Schizophrenie zu erkranken (vgl. Tienari, 1987; Canino, 1990). In Familien, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist, kommen auch zusätzliche Risikobedingungen, wie zum Beispiel familiäre Streitigkeiten und widrige Wohn- und finanzielle Verhältnisse, hinzu. Das Auftreten vieler Risikofaktoren zum selben Zeitpunkt wirkt sich sehr stark auf die Entwicklung des Kindes aus (vgl. Matthejat et al., 2000). Der Zusammenhang zwischen dem Typ der Psychopathologie der Eltern und dem Grad der kindlichen Entwicklungsstörung ist ein weiterer Schwerpunkt der Risikoforschung. Kinder von Eltern, die an Depression leiden, haben ein erhöhtes Risiko, selbst eine Depression oder eine andere psychische Krankheit zu erleiden (vgl. Downey & Coyne, 1990).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Risiko für eine kindliche Störung zwei- bis dreifach erhöht ist, wenn ein Elternteil eine psychische Erkrankung aufweist als bei Kindern, die gesunde Eltern haben (vgl. Lenz, 2005, S. 13).

3.2 Allgemeinmediziner und psychische Erkrankungen

Um eine optimale Versorgung der benachteiligten Kinder zu gewährleisten, kommt der frühen Erkennung und dem rechtzeitigen Ansprechen der psychischen Erkrankung durch den Allgemeinmediziner ein großer Stellenwert zu. Im Folgenden wird auf die aktuelle Versorgungssituation der psychisch Kranken in der Allgemeinmedizinerpraxis näher eingegangen.

Die Hausärzte versorgen rund 90% der Bevölkerung und decken damit den größten Teil der Versorgung der Gesamtbevölkerung ab, weshalb ihnen auch in der Behandlung von psychischen Störungen ein wichtiger Stellenwert zukommt. Auch wird der Hausarzt meist als Erstes konsultiert, wenn es sich um körperliche oder psychische Beschwerden handelt. Bereits an siebenter Stelle der Gründe für einen Arztbesuch stehen psychische Erkrankungen, wobei nur 7% der Betroffenen ihre psychischen Belange auch schildern. Somit bieten sich dem Hausarzt in der Erkennung psychischer Erkrankungen erschwerte

Bedingungen. Die Erkennensrate steigt mit den vom Patienten geschilderten Symptomen, der Dauer der Sprechstunde und der Qualität der Arzt-Patient-Kommunikation (vgl. Wien et al., 2008, S. 9, 13). Mindestens 15-25% der Patienten in der Hausarztpraxis leiden unter psychischen Erkrankungen, die einer Behandlung bedürfen, wobei nur etwa 10% der Betroffenen zu einem Neurologen überwiesen werden (vgl. Linden et al., 1996 zit. n. Wien et al., 2008, S. 9).

Die unten angeführte Grafik zeigt, dass es sich bei den häufigsten psychischen Erkrankungen in der allgemeinmedizinischen Praxis um Störungen aus dem depressiven Formenkreis und um generalisierte Angststörungen handelt. (vgl. Wien et al., 2008, S. 9).

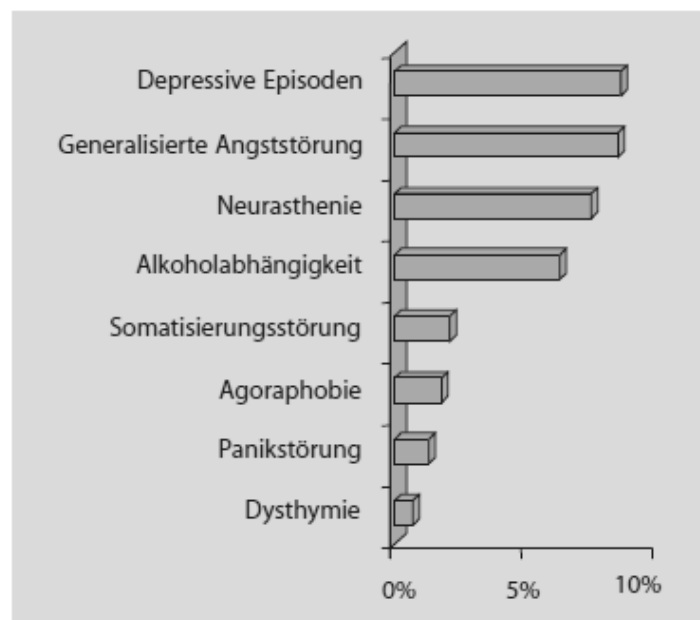


Abbildung 1 Häufigkeit psychischer Erkrankungen in hausärztlichen Praxen in Deutschland (n=800), Diagnosen nach ICD-10 (Linden et al., 1996 zit. n. Wien et al., 2008, S. 9).

Wenn man bedenkt, dass etwa 40% der psychisch kranken Patienten angeben, den Hausarzt konsultiert zu haben, kommt dem Hausarzt eine „Gate-keeper“-Rolle zu (vgl. Wien et al., 2008, S. 9, 13).

3.3 Prävention

Die Entwicklung präventiver Maßnahmen für Kinder von psychisch kranken Eltern stellt eine zukünftige Aufgabe für die somatische und psychosoziale Medizin dar. Bis jetzt werden Kinder in der Behandlung ihrer Eltern nicht mit ins Gespräch einbezogen, obwohl es umgekehrt schon lange psychologische Unterstützungen für Eltern gibt, deren Kinder erkrankt sind. Vor allem in der Kinderonkologie oder in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen gibt es bereits psychologische Hilfestellungen für die Eltern (vgl. Romer et al., 2011, S. 29).

„Prävention versucht durch gezielte Maßnahmen, das Auftreten von unerwünschten Zuständen (z.B. Verhaltensauffälligkeiten) weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verhindern“ (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009, S. 56).

Man unterscheidet drei Arten der Prävention:

1. Primäre Prävention

Unter primärer Prävention versteht man die frühzeitige Verhinderung von Krankheit.

2. Sekundäre Prävention

Die sekundäre Prävention versucht Krankheiten schon zu deren Beginn zu erkennen, um chronische Verläufe abzuwenden.

3. Tertiäre Prävention

Die tertiäre Prävention setzt sich zum Ziel, schwerwiegende Auswirkungen und Rezidive zu verhindern (vgl. Hurrelmann et al., 2004; Faltermaier, 2005 zit. n. Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009, S. 56).

Der Ursprung für Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten liegt bereits in den ersten Lebensjahren (vgl. Fröhlich-Gildhoff, 2007; Petermann et al., 2004 zit. n. Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009, S. 58). Daher besteht ein Zusammenhang zwischen den Kindheitserlebnissen, den Risikobedingungen und den schützenden Faktoren (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009, S. 58). Dies kann zu *„dysfunktionalen Bewältigungsstrukturen, unzureichender Problemlösefähigkeit [und] zu Einschränkungen bei der Affektregulation [...] führen“ (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009, S. 58).* Aus

diesen Gründen ist es sehr wichtig, bereits frühzeitig mit Präventionsprogrammen für Kinder und Eltern zu beginnen, um dauerhafte Auffälligkeiten im Verhalten der Kinder zu vermeiden (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009, S. 58).

Seit den 80er Jahren wird im Bereich der Prävention geforscht, und es wurden schon viele Programme zur Prävention verwirklicht. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass *„psychosoziale Präventionsprogramme weit überwiegend positive und zum Teil beträchtliche Wirkungen aufweisen“* (Beelmann, 2006, S. 157).

Im Folgenden werden die wichtigsten Punkte für Präventionsprogramme zusammengeführt:

- Präventionsprogramme sollen bei den Kindern, ihren Eltern und in deren psychosozialer Umgebung ansetzen und alle Beteiligten mit einbeziehen
- Programme, die über einen längeren Zeitraum stattfinden, sind erfolgversprechender als kurze Interventionen
- Programme, die wenig strukturiert und offen gestaltet sind, haben zum Teil schlechtere Auswirkungen als gut strukturierte Übungen, die direkt am Verhalten der Kinder ansetzen
- ausschließliche Informationsvermittlung zeigt fast keine Wirkung
- Programme, die zur Förderung der Entwicklung der Kinder beitragen, zeigen bessere längerfristige Wirkungen als alleinige Trainings zur Verhaltensänderung (vgl. Greenberg et al., 2000; Heinrichs et al. 2002; Beelmann, 2006 zit. n. Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009, S. 59).

Wichtig für die Effektivität von Präventionsprogrammen ist ein multimodaler Ansatz, bei dem alle beteiligten Personen, vor allem die Eltern und Kinder, mit einbezogen werden und auch ihr psychosoziales Umfeld Beachtung findet (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009, S. 60).

Prävention, die vorbeugend eingesetzt wird, ist von großer Wichtigkeit, um möglichen gesundheitlichen Schäden bereits früh entgegenzuwirken. Je früher den betroffenen Kindern und ihren Eltern geholfen wird, desto weniger wahrscheinlich werden sich Spätfolgen, die durch den Leidensdruck und der daraus resultierenden Stigmatisierung

entstehen, manifestieren. Nicht nur die Verminderung bzw. Vermeidung von Risikoeinflüssen ist entscheidend, sondern auch die Stärkung der individuellen Ressourcen und Schutzfaktoren ist wesentlich für die Erhaltung der Gesundheit. In der Prävention hat sich auf Grund dessen auch eine salutogenetische Orientierung etabliert. Ressourcenaktivierung ist nicht nur in der Psychotherapie, sondern auch in der Prävention ein wesentlicher Punkt geworden. Besonders wichtig erscheint die Unterstützung und Stärkung der Ressourcen einer Familie, da der Familie ein bedeutender schützender Faktor bei Belastungssituationen zukommen kann (vgl. Lenz & Kuhn, 2011, S. 293f).

Die Ergebnisse der Resilienzforschung zeigen auf, dass sich präventive Maßnahmen auch kurativ auf die Kindesentwicklung auswirken, weshalb Programme der Prävention auch Programme zur Förderung von Resilienz darstellen (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009, S. 56).

4 Resilienz

Wie im Folgenden beschrieben, kommt der Resilienzforschung ein großer Stellenwert bei Präventionsprogrammen für Kinder von psychisch kranken Eltern zu.

Speziell für die klinische Psychologie und Kinderpsychotherapie besteht die Möglichkeit *„ressourcen- und bewältigungsorientierte Kompetenzen bei Kindern frühzeitig und gezielt zu unterstützen und die Ergebnisse der Resilienzforschung für sich zu nutzen“* (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009, S. 12).

4.1 Definition und Merkmale

Der Fokus in der Forschung der Prävention hat sich dahingehend verändert, dass es nicht mehr darum geht, negative Verhaltensweisen zu vermindern und Situationen zu ändern, sondern versucht wird, den Blick auf die Umstände zu konzentrieren, die einer seelischen und körperlichen Gesundheit dienlich sind. Dazu zählt auch die Entwicklung der „life skills“. Hieraus ergab sich das Konzept der Resilienz. Schon in der frühen Kindheit wird die Voraussetzung für die Widerstandsfähigkeit gesetzt. Deshalb kommt der Resilienzförderung und der Erforschung von Schutzfaktoren sowie dem Versuch, gute Voraussetzungen für die kindliche Entwicklung zu schaffen, eine wichtige Rolle zu (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009, S. 7f).

In der Literatur findet man eine Vielzahl an Definitionen von Resilienz, und anschließend werden die am häufigsten verwendeten Begriffsbestimmungen erwähnt.

Eine vielfach genannte Definition stammt von Corina Wustmann aus ihrem Buch *„Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern“*: Der Begriff Resilienz stammt aus dem Englischen *„resilience“*, ist gleichzusetzen mit Spannkraft und Widerstandsfähigkeit und beschreibt die Fähigkeit eines Menschen, *„erfolgreich mit belastenden Lebensumständen und negativen Folgen von Stress umzugehen“* (Wustmann, 2009, S. 18). Anders formuliert handelt es sich um die Fähigkeit, *„sich von einer schwierigen Lebenssituation nicht ‚unterkriegen zu lassen‘ bzw. ‚nicht daran zu zerbrechen“* (Wustmann, 2009, S. 18).

Ergänzend sollten bei der Definition von Resilienz immer biologische, psychologische und soziokulturelle Faktoren eingeschlossen werden (vgl. Fthenakis, 2001).

Wustmann bezieht bei ihrer Definition der Resilienz: *„die psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken“* (Wustmann, 2009, S. 18) sowohl internale als auch externale Kriterien mit ein. Resilienz ist nicht angeboren, sondern wird im Laufe des Lebens erworben und verändert und ist somit ein *„dynamischer Anpassungs- und Entwicklungsprozess“* und eine *„variable Größe“* (vgl. Wustmann, 2009, S. 18, 28, 30).

Bei Bender und Lösel wird *„als Resilienz [...] sowohl der Prozess der bio-psycho-sozialen Adaption als auch das Ergebnis der Anpassung zusammengefasst“* (Bender & Lösel, 1998 zit. n. Lenz, 2005, S. 17).

Welter-Enderlins Definition von Resilienz zeigt auf, dass sowohl individuelle Ressourcen als auch soziale Schutzfaktoren, wie zum Beispiel eine gute Bindung an eine Bezugsperson, von großer Bedeutung sind (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009, S. 11): *„Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen“* (Welter-Enderlin, 2006, S. 13).

Die Definition von Resilienz kann durch *„bereichsspezifische Resilienzen“*, wie z.B. sozialer oder emotionaler Resilienz, erweitert werden (vgl. Petermann & Schmidt, 2006, S. 121), und Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2009, S. 11) betonen deren Multidimensionalität.

Resilienz kann als ein *„dynamische[r] oder kompensatorische[r] Prozess positiver Anpassung angesichts bedeutender Belastungen“* beschrieben und *„[...] als erworbene psychische Robustheit verstanden werden“* (Lenz & Kuhn, 2011, S. 273).

Im Folgenden wird auf der Definition von Wustmann (2009, S. 20), dass es sich bei Resilienz nicht um die *„Abwesenheit psychischer Störungen“* handelt, sehr wohl aber um den *„Erwerb bzw. Erhalt altersangemessener Fähigkeiten und Kompetenzen [und die] erfolgreiche Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben“* (Wustmann, 2009, S. 20) aufbauend gearbeitet.

Die Resilienzforschung hat sich von einer anfänglich defizitorientierten Herangehensweise hin zu einer ressourcenorientierten gewandelt. Menschen sind aktive Bewältiger, formen

ihr Leben selbst und können mit Hilfe ihres sozialen Netzes die Ereignisse wirksam handhaben (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009, S. 12).

4.2 Vulnerabilität

Im Gegensatz zur Resilienz bedeutet Vulnerabilität „Verwundbarkeit“ oder „Verletzbarkeit“ und meint die Prädisposition unter bestimmten schwierigen Bedingungen eine Störung des Verhaltens oder des Erlebens zu entwickeln (vgl. Fingerle, 2000 zit. n. Wustmann, 2009, S. 22).

Vulnerabilität wird als *„die subklinisch angeborene und/oder erworbene Krankheitsdisposition (Erkrankungswahrscheinlichkeit) bezeichnet, die ihrerseits multifaktoriell bedingt ist“* (Wien et al., 2008, S. 6).

Bei der Entwicklung von psychischen Störungen spielen sowohl die genetische Disposition als auch die momentan vorherrschenden Stressfaktoren eine Rolle. Vulnerabilität entwickelt sich nicht von heute auf morgen, sondern ist ein lebenslanger Vorgang. Man unterscheidet die primäre von der sekundären Vulnerabilität. Der erbliche Faktor und Geburtskomplikationen zählen zur primären Vulnerabilität und die nachteiligen psychosozialen Einflüsse zur sekundären Vulnerabilität (vgl. Görlitz, 2009, S. 34).

Die Gründe für die Vulnerabilität liegen in einer gestörten Verarbeitung der Informationen im Gehirn. Ein nicht vorhandener Filter für Wahrnehmungen scheint hier die Ursache dafür zu sein. Bei Kindern kommt es schnell zur Überforderung ihrer Bewältigungsmöglichkeiten, weshalb es in Stresssituationen zu Symptomen der Angst und Anspannung kommen kann (vgl. Hüther, 2001).

Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil weisen ein höheres Risiko für eine Entwicklungsstörung auf als Kinder mit gesunden Eltern. Schon bei Säuglingen hat man erste Hinweise auf Abweichungen erkennen können und bei Kleinkindern konnte man kognitive und sozial-emotionale Entwicklungsauffälligkeiten beobachten. Vor allem die mütterliche Erkrankung und die emotionale Bindung spielen eine große Rolle in der Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten der Kinder. Aus den empirischen Untersuchungen von Laucht et al. (1992) geht hervor, wie wichtig eine Miteinbeziehung der Kinder in die Behandlung des erkrankten Elternteils, vor allem der der Mutter, ist. Ziel

der Vulnerabilitätsforschung ist es, frühe Krankheitsanzeichen zu erkennen und damit erste Schritte in Richtung Prävention zu setzen.

4.3 Familienresilienz

Froma Walsh (1996 und 2003) hat das Konzept der Resilienz um den Begriff der Familienresilienz erweitert. Bei diesem Konzept richtet sich das Hauptaugenmerk auf die Interaktion der Familienmitglieder sowie auf den Zusammenhang zwischen Risikobedingungen und Resilienzfaktoren. Es werden individuelle, familiäre und zwischenmenschliche schützende Faktoren in Verbindung gebracht, wobei davon ausgegangen wird, dass Probleme und Stresssituationen auf die gesamte Familie Wirkung zeigen. Familien, die über starke familiäre Schlüsselprozesse verfügen, können Stress besser entgegenwirken und gehen gestärkt aus Krisensituationen heraus. Die wichtigsten Schlüsselprozesse der familiären Resilienz sind: Glaube, Sinnfindung, Optimismus, eine gute, wandlungsfähige Struktur und familiäre Zugehörigkeit, Aktivierung von sozialen Ressourcen sowie eine gute Basis für Kommunikation und Umgang mit Anforderungen innerhalb der Familie.

Die Ressourcen einer Familie werden wie folgt aufgelistet:

- *„Vorherrschen einer nichtmaterialistischen Orientierung*
- *Flexibilität und Bereitschaft, starre Rollen von Ehemann/Ehefrau oder Vater/Mutter aufzuheben*
- *Übernahme von Verantwortung für Familienaufgaben durch alle Familienangehörigen*
- *Bereitschaft, persönliche Interessen zugunsten von familiären Belangen zurückzustellen*
- *Stolz auf die Herkunftsfamilie und die Familientraditionen*
- *Vorhandensein einer starken emotionalen Einheit und Verbundenheit*
- *Hohes Maß an gemeinsamen Familienaktivitäten*
- *Ausgeprägte gleichberechtigte Muster bei Entscheidungsprozessen*

- *Gleichberechtigte Verteilung von Macht in der Familie*
- *Starke affektive Bindung zwischen Eltern, Eltern und Kindern und den Kindern untereinander“ (Hill, 1949 zit. n. Retzlaff et al., 2011, S. 339)*

Das Wissen um familiäre Resilienz und deren Einschätzung sind wichtig für den praktischen Arzt, um künftige Präventions- und Interventionsschritte für die Kinder seiner psychisch kranken Patienten zu setzen.

4.4 Salutogenese

Wenn man sich mit Resilienzforschung beschäftigt, ist es essentiell, sich mit deren Grundlage, dem Konzept der Salutogenese, vertraut zu machen, um ein umfassendes und ganzheitliches Wissen der Entstehung menschlichen Gesundseins und - bleibens zu erhalten.

Das Konzept der Salutogenese „[...] fragt danach, was Menschen hilft, schwierige Bedingungen erfolgreich zu bewältigen“ (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009, S. 13).

Das salutogenetische Modell von Aaron Antonovsky ist dem Konzept der Resilienz ähnlich. Er beschäftigte sich mit den Gründen menschlichen Gesundseins und Gesundbleibens und den dafür notwendigen menschlichen Ressourcen und Schutzfaktoren. Antonovsky veranschaulicht in seiner berühmten Metapher von einem Fluss voller Gefahren und Stromschnellen, dass es nicht darum geht, den zu ertrinken Drohenden herauszuziehen, was mit der ärztlichen Hilfe vergleichbar wäre, sondern darum, den Menschen schon im Vorfeld zu einem guten Schwimmer zu schulen (vgl. Bengel et al., 2001, S. 141).

Das Kohärenzgefühl

Mit Kohärenzgefühl (sense of coherence, SOC) ist gemeint, „*wie gut Menschen in der Lage sind, vorhandene Ressourcen zum Erhalt ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens zu nutzen*“ (Bengel et al., 2001, S. 28).

Kohärenz leitet sich von dem lateinischen Wort „cohaerere“ ab und bedeutet „zusammenhängen“ und „Stimmigkeit“. Je mehr Kohärenzgefühl ein Mensch besitzt, umso gesünder ist er (vgl. Bengel et al., 2001, S. 28).

Antonovskys Konzept der Kohärenz liegen drei zentrale Komponenten zugrunde:

1. Gefühl von Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)

Das Gefühl von Verstehbarkeit beschreibt die Fähigkeit, Reize als geordnete und strukturierte und nicht als chaotische und unstrukturierte Informationen aufnehmen zu können, sodass Menschen mit einem hohen Maß an Verstehbarkeit darauf vertrauen, dass zukünftige Stimuli vorhersagbar sind, und sie diese, falls sie unerwartet auftauchen, geordnet und strukturiert einordnen können. Laut Antonovsky liegt dem Gefühl der Verstehbarkeit ein kognitives Verarbeitungsmuster zugrunde (vgl. ebd., S. 29).

2. Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (sense of manageability)

Das Gefühl der Bewältigbarkeit schildert die Fähigkeit von Menschen darauf zu vertrauen, dass sie über die notwendigen Ressourcen verfügen, um Aufgaben entgegenzutreten und Probleme lösen zu können. Es sind nicht nur die personalen Ressourcen gemeint, sondern auch die Unterstützung, die von Personen im engen Umkreis (z.B. PartnerIn, FreundInnen) ausgeht. Antonovsky beschreibt dies als ein kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster (vgl. ebd.).

3. Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness)

Das Gefühl der Sinnhaftigkeit beschreibt das

„Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet: Daß wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, daß man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, daß sie eher willkommene Herausforderungen sind, als Lasten, die man gerne los wäre“ (Antonovsky, 1997, S. 36).

Für Antonovsky ist diese motivationale Komponente die wichtigste, denn ein Mensch ohne ein gefühltes Erleben für Sinnhaftigkeit wird das Leben nur als Last empfinden (vgl. Bengel et al., 2001, S. 30).

Für die Herausbildung eines starken oder schwachen Kohärenzgefühls sind die soziale Situation und die Zugänglichkeit von generalisierten Widerstandsressourcen verantwortlich. Ein starkes Kohärenzgefühl entsteht, wenn generalisierte Widerstandsressourcen vorhanden sind, die stimmiges Erleben sowie selbstständige Mitgestaltung zulassen und ein Gleichgewicht zwischen den Anforderungen herrscht. Zu einem schwachen Kohärenzgefühl kommt es dann, wenn größtenteils unerwartete und nicht beeinflussbare Erlebnisse überwiegen (vgl. Antonovsky, 1993 und 1997).

Das salutogenetische Modell

Noack setzt dem Modell der Salutogenese das pathogenetische Modell entgegen und erläutert die wichtigsten Grundannahmen:

<u>Annahme in Bezug auf</u>	<u>Pathogenetisches Modell</u>	<u>Salutogenetisches Modell</u>
Selbstregulierung des Systems	Homöostase	Überwindung der Heterostase
Gesundheits- und Krankheitsbegriff	Dichotomie	Kontinuum
Reichweite des Krankheitsbegriffs	Pathologie der Krankheit, reduktionistisch	Geschichte des Kranken und seines Krank-Seins, ganzheitlich
Gesundheits- und Krankheitsursachen	Risikofaktoren, negative Stressoren	„Heilsame“ Ressourcen, Kohärenzsinn
Wirkung von Stressoren	Potentiell krankheitsfördernd	Krankheits- und gesundheitsfördernd
Intervention	Einsatz wirksamer Heilmittel („Magic bullets“, „Wunderwaffen“)	Aktive Anpassung, Risikoreduktion und Ressourcenentwicklung

Tabelle 1 Grundlegende Annahmen des pathogenetischen und salutogenetischen Modells (aus Noack, 1997, S.95 zit. n. Bengel et al., 2001, S. 35)

4.5 Resilienzforschung bei Kindern

Die Resilienzforschung beschäftigt sich mit den Kennzeichen widerstandsfähiger Kinder, die trotz eines hohen Risikopotentials zu kompetenten Erwachsenen heranwachsen (vgl. Wustmann, 2009, S. 86).

Im Folgenden wird auf drei Studien der Resilienzforschung näher eingegangen.

Studien zur Resilienzforschung

- Die „Kauai-Längsschnittstudie“
- Die „Mannheimer Risikokinderstudie“
- Die „Bielefelder Invulnerabilitätsstudie“

Die „Kauai-Längsschnittstudie“

Emmy E. Werner und Ruth S. Smith haben den wohl bekanntesten und ältesten Beitrag zur Resilienzforschung gebracht, indem sie alle Kinder, insgesamt 698, die im Jahre 1955 auf der hawaiianischen Insel Kauai geboren wurden, über mehrere Jahrzehnte beobachtet haben. Es handelte sich um Kinder, die aus unterschiedlichen Familienverhältnissen kamen. Die Studie zielte darauf ab zu untersuchen, wie sich belastende Lebensereignisse und Risikofaktoren auf den Entwicklungsverlauf auswirken. In der Untersuchung wurden resiliente sowie nichtresiliente Kinder miteinander verglichen und über 40 Jahre beobachtet. Die Daten wurden anhand von Befragungen und Beobachtungen von Psychologen, Kinderärzten, Sozialarbeitern und Lehrern sowie anhand von psychologischen Tests im Alter von null, einem, zwei und zehn Jahren ermittelt. Im Alter von 18, 32 und 40 Jahren kamen zusätzlich auch Befragungen der Testpersonen selbst hinzu (vgl. Wustmann, 2009, S. 87).

Ein Drittel der Kinder (n=210) wuchs in schwierigen sozialen Verhältnissen auf, geprägt von Armut, Komplikationen bei der Geburt, einem geringen elterlichen Bildungsniveau, familiären Streitigkeiten sowie von psychischen Erkrankungen der Eltern. Bei zwei Drittel dieser Kinder zeigten sich bereits im Alter von zehn Jahren Lern- und Verhaltensprobleme, sie machten sich bis zum Alter von 18 Jahren strafbar oder waren an

einer psychischen Krankheit erkrankt. Aus diesem dritten Drittel sind jedoch überraschend positive, selbstsichere und kompetente Erwachsene hervorgegangen. Diese meisterten das Leben und die Schule gut und wurde nicht durch Lern- oder Verhaltensprobleme auffällig. Des Weiteren ging jeder dieser Erwachsenen einer Beschäftigung nach, sie schätzten ihre Zukunft realistisch ein, niemand machte sich strafbar und der gesundheitliche Zustand war im Vergleich zu den anderen zwei Dritteln wesentlich besser (vgl. Werner, 2006, S.30f).

Es stellt sich die Frage, warum sich ein Drittel dieser Risikogruppe so gut entwickelt hat, was für Faktoren dafür ausschlaggebend waren und wie sich die Ergebnisse in die Präventionsarbeit eines Allgemeinmediziners integrieren lassen.

Eine plausible Erklärung hierfür ist, dass sich dieses Drittel durch die unten angeführten spezifischen Schutzfaktoren von den anderen Risikokindern unterschied:

1. Schutzfaktoren des Individuums

Bei diesen Kindern beschrieben die Mütter und unabhängige Beobachter spezielle Persönlichkeitsmerkmale, wie zum Beispiel besondere Aktivität und Pflegeleichtheit, und sie erzählten, dass es sich um besonders liebe, nette, kontaktfreudige und gut gelaunte Kinder handelte. Die Kinder unterschieden sich bereits im Alter von zehn Jahren durch bessere Fertigkeiten in der Lösung praktischer Probleme und bessere Lesefähigkeit. Auch der Selbstwirksamkeitsglaube und die Überzeugung, dass sie die Aufgaben und Krisen des Lebens selbst meistern könnten, unterschied die resilienten Jugendlichen von den nichtresilienten (vgl. Werner, 2006, S. 32).

2. Schutzfaktoren der Familie

„[...] eine enge Bindung zu mindestens einer emotional stabilen Person zu entwickeln, die auf die kindlichen Bedürfnisse sensibel einging“ (Werner, 2006, S. 32) kennzeichnete die resilienten Kinder. Meistens handelte es sich dabei um Großmutter, Großvater, größere Geschwister oder andere Verwandte. Ebenso spielte die Religiosität, die diesen Familien Halt und Sinn gab, eine Rolle (vgl. ebd.).

3. Schutzfaktoren des Umfeldes

Vor allem bei Jugendlichen konnte man beobachten, dass diese sich in ihrer Peergruppe oder vom Lehrpersonal seelischen Beistand und Hilfe in Krisenzeiten sicherten (vgl. ebd.).

Doch ist zu beachten, dass *„Risiko- und Vulnerabilitätsfaktoren sowie Resilienz- und Schutzfaktoren nicht klar voneinander unterschieden wurden“* (Wustmann, 2009, S. 89).

Die „Mannheimer Risikokinderstudie“

Laucht et al. beschreiben in dieser Studie, *„wie sich Risikokinder als Gruppe im Durchschnitt entwickeln“* (Laucht et al., 1999, S. 90).

Es handelt sich um eine prospektive Längsschnittstudie und die Autoren gehen der Frage nach, wie sich Kinder mit den verschiedensten Risikofaktoren entfalten und welche schützenden Bedingungen dazu beitragen, dass die Kinder sich trotzdem zu kompetenten Erwachsenen entwickeln. Insgesamt wurden 362 Kinder, die in der Zeit von 1986 bis 1988 geboren wurden, im Alter von drei Monaten, zwei, vier, fünf, acht und elf Jahren beobachtet und untersucht (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009, S. 16).

Zu den psychosozialen Risiken, die in die Studie inkludiert wurden, zählten unter anderem ein widriges familiäres Umfeld, eine unzureichende elterliche Schulbildung, frühe ungeplante Schwangerschaft, familiäre Streitigkeiten sowie ein Leben in Armut. Auch organische Risiken, wie ein geringes Gewicht bei der Geburt und prä- und perinatale Komplikationen, wurden berücksichtigt. Die Studie zeigt, dass die Gefahr für Entwicklungsstörungen bei den Risikokindern im Gegensatz zu den Nichtrisikokindern dreifach erhöht ist (vgl. Wustmann, 2009, S. 90f). Deshalb ist es wichtig, diese Risikokinder frühzeitig zu erkennen und Maßnahmen zur Prävention in die Wege zu leiten.

Einen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung der Kinder hat die Mutter-Kind-Interaktion (vgl. Wustmann, 2009, S. 90f):

„Der Mangel an positivem Emotionsausdruck, an Einfühlungsvermögen, Lächeln und Freude bei der Mutter sowie fehlende Vokalisation korrelierten mit problematischen Entwicklungen des Kindes. Ein positives Mutterverhalten in der frühen Interaktion mit dem Säugling erweist sich damit als wichtiger Schutzfaktor bei Kindern aus psychosozial hoch belasteten Familien [...]“ (Wustmann, 2009, S. 91).

Das Hauptaugenmerk der Studie lag zwar nicht auf den protektiven Faktoren für eine günstige Entwicklung, aber dennoch gelang es Laucht et al. zu beschreiben, welche Vorgänge für eine gesunde Entwicklung relevant sind (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönnauböse, 2009, S. 16). Es sind nicht die Vulnerabilitätsfaktoren, die zu einer widrigen Kindesentwicklung führen, sondern vielmehr das Zusammenspiel der psychosozialen Risikofaktoren und Stressoren, welche vor allem den geistigen und seelischen Entwicklungsverlauf erschweren (vgl. Scheithauer & Petermann, 1999).

Die „Bielefelder Invulnerabilitätsstudie“

Die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie ist die erste Studie zur Resilienz in Deutschland, denn die Autoren wollten ausschließlich die Resilienz von Kindern untersuchen, die ein hohes Risiko für Entwicklungsstörungen haben. In der Studie wurden sogenannte „Hochrisiko-Jugendliche“ aus Heimen, welche in zwei Gruppen miteinander verglichen wurden, untersucht. Die Gruppen hatten ein großes Risiko für Probleme im Erlebens- und Verhaltensbereich. Aus der einen Gruppe, auch „Deviante“ genannt, resultierten Jugendliche mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten, während aus der anderen Gruppe, den „Resilienten“, größtenteils psychosozial gesunde Jugendliche hervorgingen. Erhoben wurden sowohl objektive Kriterien, wie zum Beispiel elterliche Trennung, Erwerbslosigkeit und widrige Wohnumstände, als auch subjektiv erlebte Belastungen, wie etwa Streitigkeiten, mangelnde Sorgfalt der Eltern, Probleme mit Alkohol und finanzielle Not. Wie zu erwarten standen die subjektiven Belastungen in einem größeren Zusammenhang mit den Verhaltensauffälligkeiten. Jugendliche mit hoher Widerstandsfähigkeit zeigten eine Reihe von protektiven Faktoren, zu denen unter anderem eine realistischere Zukunftsperspektive, eine aktive Problembewältigung, ein gutes Selbstvertrauen und höhere Leistungsmotivation in der Schule zählen. Auch stellte sich heraus, dass die resilienten Jugendlichen öfter eine feste Bezugsperson außerhalb ihrer Familien hatten und mit der ihnen zukommenden sozialen Hilfe zufriedener waren. Über den Untersuchungszeitraum gleichbleibend resilient oder deviant blieben zwei Drittel der Jugendlichen, während bei dem restlichen Drittel vor allem eine normorientierte Erziehung in den Heimen entscheidend für ein gutes oder schlechtes Problemverhalten war. Somit entsprechen laut Autoren die Resultate dieser Studie,

welche im mitteleuropäischen Raum durchgeführt wurde, den Ergebnissen der Studie von Emmy Werner auf der Insel Kauai (vgl. Lösel & Bender, 2008, S. 58).

In diesen drei Studien zur Resilienz konnten einige Resilienzfaktoren gefunden werden, denen eine Schutzfunktion für die Kinder zukommt. Dazu zählen: *„Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Selbstwirksamkeit, soziale Kompetenz, Umgang mit Stress und Problemlösen“* (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009, S. 40).

Die frühzeitige Förderung dieser Faktoren stellt besonders für Kinder von psychisch kranken Eltern einen bedeutenden präventiven Faktor zur Erhöhung der Widerstandsfähigkeit dar und reduziert das Risiko, selbst eine psychische Krankheit zu entwickeln.

4.6 Risiko- und Schutzfaktoren

In der heutigen Forschung richtet sich das Hauptaugenmerk der Studien auf die Ressourcen und schützenden Faktoren von Kindern, im Gegensatz zu den Studien bis zu den 70er Jahren, bei denen vor allem die Risikobedingungen Gegenstand der Forschung waren. Fröhlich-Gildhoff und Rönna-Böse beschreiben den Zusammenhang zwischen Risiko- und Schutzfaktoren als einen Wechselwirkungsprozess. Die Bewältigung von Risiken spielt im Konzept der Resilienz eine bedeutende Rolle, weshalb man die Aufmerksamkeit auf beides, sowohl auf risikobedingende als auch auf schützende Faktoren, lenken sollte (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009, S. 19).

Die unten angeführte Grafik zeigt risikoerhöhende und risikomildernde Faktoren im Entwicklungsverlauf der Kinder:

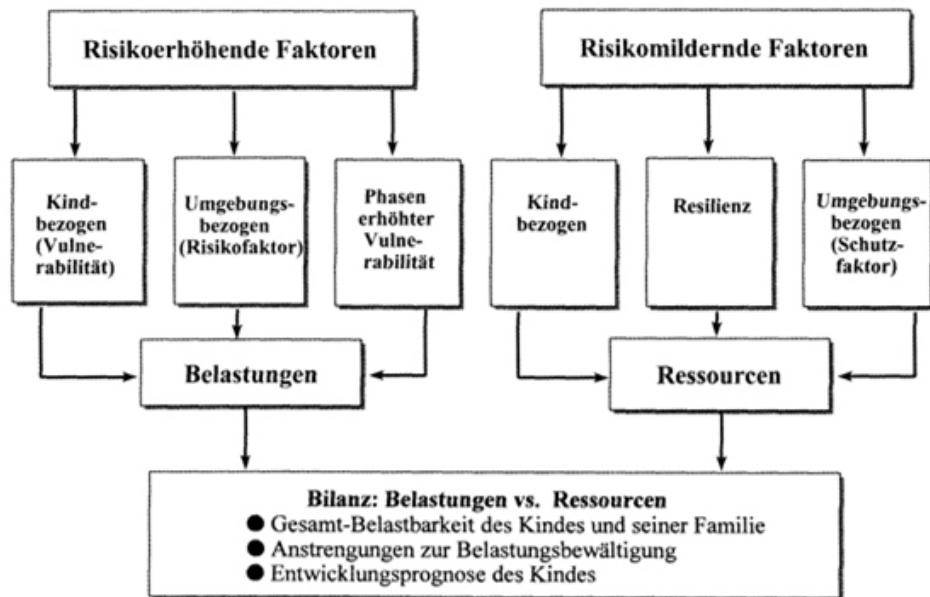


Abbildung 2 Risikoerhöhende und risikomildernde Faktoren in der kindlichen Entwicklung (modifiziert nach Petermann, 1997, S. 3 zit. n. Scheithauer & Petermann, 1999).

Das Risikofaktorenkonzept

„Risikofaktoren werden als krankheitsbegünstigende, risikoerhöhende und entwicklungshemmende Merkmale definiert, von denen potentiell eine Gefährdung der gesunden Entwicklung des Kindes ausgeht“ (Holtmann & Schmidt, 2004, S. 196).

Man unterscheidet heute zwei verschiedene Gruppen von Risikofaktoren. Einerseits die Vulnerabilitätsfaktoren, welche sich auf die biologischen und psychologischen Eigenschaften des Kindes beziehen, und andererseits die psychosozialen Umweltbedingungen, die als Risikofaktoren bzw. Stressoren bezeichnet werden (vgl. Laucht, 1999; Laucht et al., 2000; Niebank & Petermann, 2000 zit. n. Wustmann, 2009, S. 36).

Im Folgenden werden die verschiedenen Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren aufgelistet:

„Vulnerabilitätsfaktoren

- *Prä-, peri-, postnatale Faktoren (z.B. Frühgeburt, Geburtskomplikationen, niedriges Geburtsgewicht, Ernährungsdefizite, Erkrankungen des Säuglings)*
- *Neuropsychologische Defizite*
- *Psychophysiologische Faktoren (z.B. sehr niedriges Aktivitätsniveau)*
- *Genetische Faktoren (z.B. Chromosomenanomalien)*
- *Chronische Erkrankungen (z.B. Asthma, Neurodermitis, [Malignome], schwere Herzfehler, hirnorganische Schädigungen)*
- *Schwierige Temperamentsmerkmale, frühes impulsives Verhalten, hohe Ablenkbarkeit*
- *Unsichere Bindungsorganisation*
- *Geringe kognitive Fertigkeiten: niedriger Intelligenzquotient, Defizite in der Wahrnehmung und sozial-kognitiven Informationsverarbeitung*
- *Geringe Fähigkeiten zur Selbstregulation von Anspannung und Entspannung*

Risikofaktoren

- *Niedriger sozioökonomischer Status*
- *Aversives Wohnumfeld (Wohngebieten mit hohem Kriminalitätsanteil)*
- *Chronische familiäre Disharmonie*
- *Elterliche Trennung und Scheidung*
- *Wiederheirat einer Elternteils, häufig wechselnde Partnerschaften der Eltern*
- *Arbeitslosigkeit der Eltern*
- *Alkohol-/Drogenmissbrauch der Eltern*
- *Psychische Störungen oder Erkrankungen eines bzw. beider Elternteile*
- *Kriminalität der Eltern*
- *Obdachlosigkeit*
- *Niedriges Bildungsniveau der Eltern*
- *Abwesenheit eines Elternteils/ alleinerziehender Elternteil*

- *Erziehungsdefizite/ ungünstige Erziehungspraktiken der Eltern (z.B. inkonsequentes, zurückweisendes oder inkonsistentes Erziehungsverhalten, Uneinigkeit der Eltern in Erziehungsmethoden, körperliche Strafen, zu geringes Beaufsichtigungsverhalten, Desinteresse/ Gleichgültigkeit gegenüber dem Kind, mangelnde Feinfühligkeit und Responsivität)*
- *Sehr junge Elternschaft (vor dem 18. Lebensjahr)*
- *Unerwünschte Schwangerschaft*
- *Häufige Umzüge, häufiger Schulwechsel*
- *Migrationshintergrund*
- *Soziale Isolation der Familie*
- *Adoption/ Pflegefamilie*
- *Verlust eines Geschwisters oder engen Freundes*
- *Geschwister mit einer Behinderung, Lern- oder Verhaltensstörung*
- *Mehr als vier Geschwister*
- *Mobbing/ Ablehnung durch Gleichaltrige*
- *Außerfamiliäre Unterbringung“ (Wustmann, 2009, S. 38f)*

Vor allem traumatische Erlebnisse, wie zum Beispiel Naturkatastrophen, Gewalttaten, Vergewaltigung, Kriegserfahrungen und Tod der Eltern, zählen zu den sehr starken Risikofaktoren (vgl. Wustmann, 2009, S. 40). Des Weiteren treten Risikofaktoren meist gehäuft auf und Luthar und Cushing (1999) und Smokowski (1998) nennen dies „Risikokonstellationen“, „koexistierende Stressoren“ oder „kumulative Traumatisierung“ (vgl. Wustmann, 2009, S. 40).

Besonders Kinder, die in chronischer Armut groß werden, haben mit einer größeren Wahrscheinlichkeit Eltern, die unter einer psychischen Krankheit leiden, keiner Beschäftigung nachgehen, alkoholkrank oder alleinerziehend sind. Auch leiden diese Kinder oft unter schlechteren Gesundheitsverhältnissen (vgl. Scheithauer & Petermann, 1999).

Zu den Faktoren, die dazu beitragen, ob ein Kind in seiner Entwicklung durch bestimmte Risikofaktoren beeinträchtigt ist oder nicht, zählen (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009, S. 24):

„Kumulation (Anhäufung) der Belastungen, Dauer/Kontinuität der Belastung, Abfolge der Ereignisse, Alter und Entwicklungsstand des Kindes, Geschlechtsspezifische Aspekte [Mädchen sind häufiger betroffen als Jungen] und Subjektive Bewertung der Risikobelastung“ (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009, S. 24ff).

Das Schutzfaktorenkonzept

„Schutzfaktoren werden als Merkmale beschrieben, die das Auftreten einer psychischen Störung oder einer unangepassten Entwicklung verhindern oder abmildern sowie die Wahrscheinlichkeit einer positiven Entwicklung erhöhen“ (Rutter, 1990 zit. n. Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009, S. 27).

Man unterscheidet zwischen Schutzfaktoren, welche erst mit einer vorausgegangenen Gefährdung wirksam werden können, und sogenannten entwicklungsförderlichen Bedingungen, welche auch ohne Risikofaktoren effektiv werden (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009, S. 27; Laucht, 1999; Rutter, 1990; Scheithauer et al, 2000 zit. n. Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009, S. 27).

Die wichtigsten Merkmale, die eine protektive Funktion gegen unterschiedliche Störungen zeigen, sind:

- 1. „Eine stabile emotionale Beziehung zu mindestens einem Elternteil oder einer anderen Bezugsperson;*
- 2. ein emotional positives, unterstützendes und Struktur gebendes Erziehungsklima;*
- 3. Rollenvorbilder für ein konstruktives Bewältigungsverhalten bei Belastungen; soziale Unterstützung durch Personen außerhalb der Familie;*
- 4. dosierte soziale Verantwortlichkeiten;*
- 5. Temperamentsmerkmale, wie Flexibilität und Annäherungstendenz;*
- 6. Kognitive Kompetenzen wie z.B. eine zumindest durchschnittliche Intelligenz;*
- 7. Erfahrungen der Selbstwirksamkeit und ein positives Selbstkonzept;*
- 8. ein aktives und nicht nur reaktives oder vermeidendes Bewältigungsverhalten bei Belastungen und*

9. *Erfahrungen der Sinnhaftigkeit und Struktur in der eigenen Entwicklung*“ (Bender & Lösel, 1998; Lösel & Bliesener, 1990 zit. n. Lösel & Bender, 2008, S. 57).

Die nachfolgende Abbildung gibt einen guten Überblick über die risikomildernden Faktoren im Kindes- und Jugendalter:

Kindbezogene sowie Resilienzfaktoren	Schutzfaktoren bzw. umgebungsbezogene Faktoren
<p>Kindbezogene Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ● weibliches Geschlecht ● erstgeborenes Kind ● positives Temperament (flexibel, aktiv, offen) ● überdurchschnittliche Intelligenz <p>Resilienzfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ● positives Sozialverhalten ● positives Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeitsüberzeugung ● aktives Bewältigungsverhalten 	<p>Schutzfaktoren innerhalb der Familie</p> <ul style="list-style-type: none"> ● stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson ● offenes, unterstützendes Erziehungsklima ● familiärer Zusammenhalt ● Modelle positiven Bewältigungsverhaltens <p>Schutzfaktoren innerhalb des sozialen Umfeldes</p> <ul style="list-style-type: none"> ● soziale Unterstützung ● positive Freundschaftsbeziehungen ● positive Schulerfahrungen

Abbildung 3 Risikomildernde Faktoren im Kindes- und Jugendalter (nach Laucht et al., 1997, S. 236 zit. n. Scheithauer & Petermann, 1999).

Parallel mit der Erforschung der Interaktion von Schutz- und Risikofaktoren sind auch mehrere Resilienzmodelle entstanden (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009, S. 36).

4.7 Rahmenmodell der Resilienz

Kumpfers Modell der Resilienz fasst alle bisher relevanten Grundannahmen der Resilienzforschung zusammen (vgl. Wustmann, 2009, S. 62).

Zu den vier Einflussbereichen zählen „*der akute Stressor, Umweltbedingungen, personale Merkmale, [und] das Entwicklungsergebnis*“ (Kumpfer, 1999 zit. n. Wustmann, 2009, S. 62f) und als Transaktionsprozesse werden „*das Zusammenspiel von Person und Umwelt [und] das Zusammenspiel von Person und Entwicklungsergebnis*“ (Kumpfer, 1999 zit. n. Wustmann, 2009, S. 62f) beschrieben.

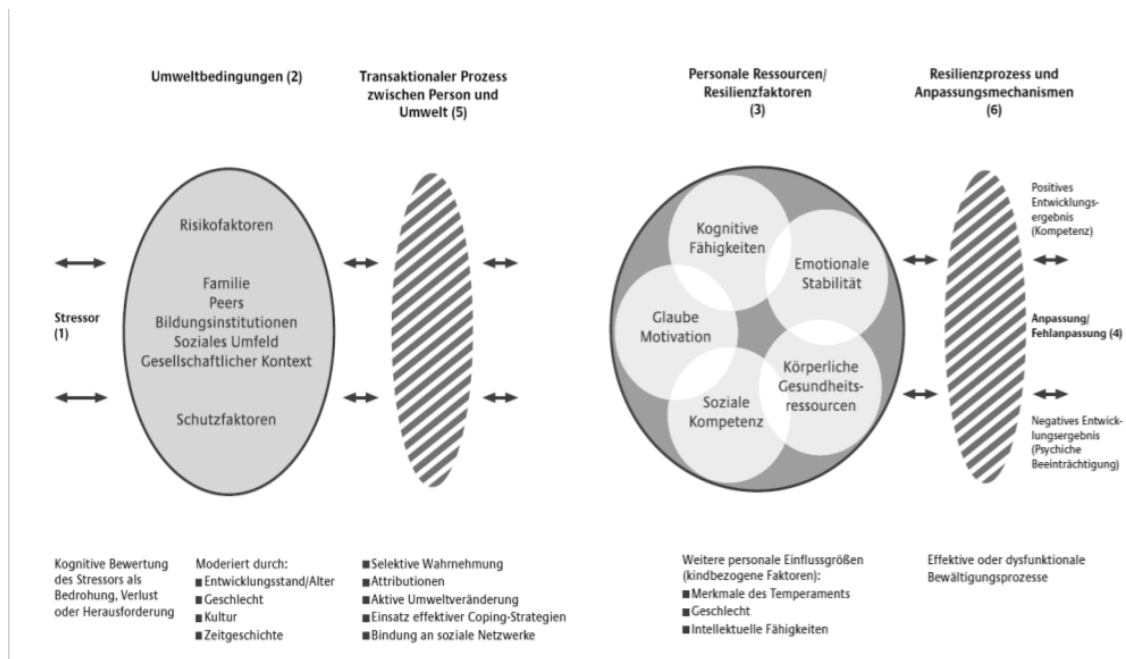


Abbildung 4 Rahmenmodell von Resilienz (modifiziert nach Kumpfer, 1999, S.185, zit. n. Wustmann, 2007, S. 144-145)

Zu berücksichtigen ist, dass nur die negativen Umweltfaktoren und nicht auch die Vulnerabilitätsfaktoren mit einbezogen werden (vgl. Wustmann, 2009, S. 63).

4.8 Resilienzfactoren

Resilienzfactoren sind „Eigenschaften, die das Kind in der Interaktion mit seiner Umwelt sowie durch die erfolgreiche Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben im Verlauf erwirbt [...]“ (Wustmann, 2009, S. 46).

Bei den protektiven Factoren lassen sich sowohl personale als auch soziale Ressourcen unterscheiden. Im Folgenden werden die bisherigen empirischen Ergebnisse angeführt und zusammengefasst (vgl. Wustmann, 2009, S. 115):

„Personale Ressourcen

Kindsbezogene Faktoren

- *Positive Temperamenteigenschaften, die soziale Unterstützung und Aufmerksamkeit bei den Betreuungspersonen hervorrufen (flexibel, aktiv, offen)*
- *Intellektuelle Fähigkeiten*
- *Erstgeborenes Kind*
- *Weibliches Geschlecht (in der Kindheit)*

Resilienzfaktoren

- *Problemlösefähigkeiten*
- *Selbstwirksamkeitsüberzeugungen*
- *Positives Selbstkonzept/ Selbstvertrauen/ hohes Selbstwertgefühl*
- *Fähigkeit zur Selbstregulation*
- *Internale Kontrollüberzeugung*
- *Realistischer Attribuierungsstil*
- *Hohe Sozialkompetenz: Empathie/ Kooperations- und Kontaktfähigkeit/ verbunden mit guten Sprachfertigkeiten/ soziale Perspektivenübernahme/ Verantwortungsübernahme/ Humor*
- *Aktives und flexibles Bewältigungsverhalten (z.B. die Fähigkeit, soziale Unterstützung zu mobilisieren, Entspannungsfähigkeiten)*
- *Sichereres Bindungsverhalten (Explorationslust)*
- *Lernbegeisterung/ schulisches Engagement*
- *Optimistische, zuversichtliche Lebenseinstellung*
- *Religiöser Glaube/ Spiritualität (Kohärenzgefühl)*
- *Talente, Interessen und Hobbys*
- *Zielorientierung/ Planungskompetenz*
- *Kreativität*
- *Körperliche Gesundheitsressourcen*

Soziale Ressourcen

Innerhalb der Familie

- *Mindestens eine stabile Bezugsperson, die Vertrauen und Autonomie fördert*
- *Autoritativer/ demokratischer Erziehungsstil (emotional positives, unterstützendes und strukturierendes Erziehungsverhalten, Feinfühligkeit und Responsivität)*
- *Zusammenhalt (Kohäsion), Stabilität und konstruktive Kommunikation in der Familie*
- *Enge Geschwisterbindungen*
- *Altersangemessene Verpflichtungen des Kindes im Haushalt*
- *Hohes Bildungsniveau der Eltern*
- *Harmonische Paarbeziehung der Eltern*
- *Unterstützendes familiäres Netzwerk (Verwandtschaft, Freunde, Nachbarn)*
- *Hoher sozioökonomischer Status*

In den Bildungsinstitutionen

- *Klare, transparente und konsistente Regeln und Strukturen*
- *Wertschätzendes Klima (Wärme, Respekt und Akzeptanz gegenüber dem Kind)*
- *Hoher, aber angemessener Leistungsstandard*
- *Positive Verstärkung der Leistungen und Anstrengungsbereitschaft des Kindes*
- *Positive Peerkontakte/ positive Freundschaftsbeziehungen*
- *Förderungen von Basiskompetenzen (Resilienzfaktoren)*
- *Zusammenarbeit mit dem Elternhaus und anderen sozialen Institutionen*

Im weiteren sozialen Umfeld

- *Kompetente und fürsorgliche Erwachsene außerhalb der Familie, die Vertrauen fördern, Sicherheit vermitteln und als positive Rollenmodelle dienen (z.B. Nachbarn, Freunde, Erzieherinnen, Lehrer)*
- *Ressourcen auf kommunaler Ebene (Angebote der Familienbildung, Beratungsstellen, Frühförderstellen, Gemeindeförderung etc.)*

- *Gute Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten*
- *Vorhandensein prosozialer Rollenmodelle, Normen und Werte in der Gesellschaft“*
(Wustmann, 2009, S. 115f).

Edith H. Grotberg (1995) entwickelte in ihrem „International Resilience Project“ eine etwas andere Auflistung zu den schützenden Faktoren des Kindes. Sie klassifiziert in drei verschiedene Faktoren: „Ich habe“, bezogen auf die zwischenmenschlichen Ressourcen, „Ich bin“, was die subjektiven Ressourcen beschreibt und „Ich kann“, was sich auf die zwischenmenschlichen Interaktionsfähigkeiten bezieht (vgl. Wustmann, 2009, S. 117).

„Ein resilientes Kind sagt...

...ich habe (I have)

- *Menschen um mich, die mir vertrauen und die mich bedingungslos lieben,*
- *Menschen um mich, die mir Grenzen setzen, an denen ich mich orientieren kann und die mich vor Gefahren schützen,*
- *Menschen um mich, die mir als Vorbilder dienen und von denen ich lernen kann,*
- *Menschen um mich, die mich dabei unterstützen und bestärken, selbstbestimmt zu handeln,*
- *Menschen um mich, die mir helfen, wenn ich krank oder in Gefahr bin und die mich darin unterstützen, Neues zu lernen.*

...ich bin (I am)

- *eine Person, die von anderen wertgeschätzt und geliebt wird,*
- *froh, anderen helfen zu können und ihnen meine Anteilnahme zu signalisieren,*
- *respektvoll gegenüber mir selbst und anderen,*
- *verantwortungsbewusst für das, was ich tue,*
- *zuversichtlich, dass alles gut wird.*

...ich kann (I can)

- mit anderen sprechen, wenn mich etwas ängstigt oder mir Sorgen bereitet,
- Lösungen für Probleme finden, mit denen ich konfrontiert werde,
- mein Verhalten in schwierigen Situationen kontrollieren,
- spüren, wann es richtig ist, eigenständig zu handeln oder ein Gespräch mit jemandem zu suchen,
- jemanden finden, der mir hilft, wenn ich Unterstützung brauche“ (Grotberg, 1995 zit. n. Wustmann, 2009, S. 118).

Diese Klassifikation in „Ich habe, ich bin und ich kann“ ermöglicht eine Orientierung zur Förderung der Widerstandfähigkeit (vgl. Wustmann, 2009, S. 117).

4.9 Resilienzförderung

Die Resultate der Resilienzforschung bringen nahe, dass vor allem für die Risikokinder bereits präventiv Möglichkeiten geschaffen werden sollten, um ihre Widerstandfähigkeit zu stärken und Bewältigungsstrategien zu entwickeln (vgl. Wustmann, 2009, S. 124).

Die Resilienzförderung verfolgt das Ziel, Risikobedingungen zu mindern und Resilienz- sowie schützende Faktoren zu stärken (vgl. Masten, 2001; Masten & Coatsworth, 1998; Petermann, 2003 zit. n. Wustmann, 2009, S. 122).

Resilienz lässt sich auf zwei Ebenen fördern:

1. „Resilienzförderung auf der individuellen Ebene: direkt beim Kind (Förderung von Basiskompetenzen/ Resilienzfaktoren)

Förderung von

- Problemlösefertigkeiten und Konfliktlösestrategien
- Eigenaktivität und persönlicher Verantwortungsübernahme (Schaffen von Möglichkeiten der Partizipation und des kooperativen Lernens)
- Selbstwirksamkeit und realistischen Kontrollüberzeugungen

- *Positiver Selbsteinschätzung des Kindes (Stärkung des Selbstwertgefühls)*
 - *Kindlichen Selbstregulationsfähigkeiten*
 - *Sozialen Kompetenzen, insbesondere Empathie und sozialer Perspektivenübernahme*
 - *Stressbewältigungskompetenzen (effektiven Coping-Strategien)*
 - *Körperlichen Gesundheitsressourcen*
2. Resilienzförderung auf der Beziehungsebene: indirekt über die Erziehungs- bzw. Interaktionsqualität, d.h. mittelbar über die Erziehungsperson (Stärkung von Erziehungskompetenzen von Eltern und anderen Erziehungspersonen; Mediatorenwirkung)“ (Wustmann, 2009, S. 125).

4.10 Coping

Da die Förderung der Stressbewältigungskompetenzen einen wichtigen Punkt der Resilienzförderung darstellt, ist es günstig, wenn die Erkundigung der aktuellen Copingstrategien innerhalb der Familie möglichst einen fixen Bestandteil in einem Beratungsgespräch in der allgemeinmedizinischen Praxis bei psychisch kranken Patienten mit Kindern einnimmt.

Coping wird wie folgt definiert: *„Bezeichnung für Maßnahme u./od. Verhaltensweise, die darauf abzielt, mit belastenden Situationen u. Stressoren umzugehen“* (De Gruyter, 2011).

Coping kann auch beschrieben werden als

„[...] jene verhaltensorientierten und intrapsychischen Anstrengungen, mit umweltbedingten und internen Anforderungen fertig zu werden, das heißt, sie zu meistern, zu tolerieren, zu reduzieren oder zu minimieren“ (Lazarus & Launier, 1981, S.244)

Der Prozess des Copings umfasst einerseits die Einschätzung der Situation sowie den Vergleich mit früheren vergleichbaren Stresssituationen, und andererseits die Einschätzung und Wahl der eigenen Bewältigungsstrategien (vgl. Wustmann, 2009, S.

76f). Es wird bei den Bewältigungsstrategien zwischen problemlösender und emotionsorientierter Funktion unterschieden (vgl. Lazarus & Folkman, 1984).

Die Gemeinsamkeit aller Hypothesen liegt im Unterscheiden zwischen

„direkten Bewältigungsstrategien (,Annäherungsstrategien‘), die auf eine Veränderung des Stressors durch kognitive, affektive und verhaltensbezogene Aktivitäten abzielen, und indirekten Strategien (,Vermeidungsstrategien‘), in der die Belastungssituation nicht unmittelbar, sondern mit Vermeidung, Ablenkung, Senkung eigener Ansprüche etc. angegangen wird“ (Lenz & Kuhn, 2011, S. 289).

Für ein flexibles Copingverhalten, das auch in den passenden Situationen eingesetzt werden kann, ist ein großes Spektrum an Bewältigungsverhalten notwendig. Eine wichtige Rolle hierbei spielt die Kontrollierbarkeit des Ereignisses (vgl. ebd. S. 290f).

In der Studie zum Copingverhalten von Kindern schizophrener Eltern wird deutlich, dass es häufig zu Situationen kommt, die für die Kinder unkontrollierbar sind, wodurch sie sehr stark verunsichert werden. Zwar verneinen die betroffenen Kinder häufig die Belastung, vermutlich jedoch nur, um die Familie zu schützen. Als Folge zeigen sich bei den Kindern eine permanente Überforderung sowie eine übertriebene Selbsteinschätzung der Situationskontrolle (vgl. Kuhn & Lenz, 2008).

4.11 Bindungsforschung

„Eine stabile emotional sichere Bindung, deren Grundlage die kontinuierliche Erfahrung von adäquatem Fürsorgeverhalten durch die Bezugspersonen darstellt, besitzt eine wichtige Schutzfunktion gegen Stressoren“ (Lenz & Kuhn, 2011, S. 281).

Bereits im ersten Lebensjahr entsteht eine intensive emotionale Bindung zwischen dem Säugling und der Bezugsperson. Dieser Bindungsstil ändert sich im Laufe des Lebens nicht mehr (vgl. Brisch, 2008, S. 136). Frühe Erfahrungen in der Bindung zu einer Bezugsperson

führen nach Auffassung der Bindungsforschung zu einem „inneren Arbeitsmodell“, welches den späteren Bindungsstil der Kinder vorgibt (vgl. Brisch, 2009, S. 37).

Viele Studien, die sich mit dem Verhalten der Kinder bei Stress beschäftigen, kommen zu dem Ergebnis, dass Kinder, die eine sichere Bindung aufweisen, über Bewältigungsstrategien verfügen und ihre Fähigkeiten realistisch einschätzen können (vgl. Spangler & Zimmermann, 1999).

Eine emotionale sichere Bindung bei Risikokindern ist der entscheidende schützende Faktor gegen eine psychische Erkrankung zu einem späteren Zeitpunkt (vgl. Tress et al., 1989). Eine sichere Bindung bei Kindern geht mit einer erhöhten Resilienz bei psychischen und emotionalen Belastungen einher. Kinder mit einer unsicheren Bindung hingegen stellen eine Risikogruppe dar, bei der in Problemsituationen großer psychischer Druck droht (vgl. Suess et al, 1992 zit. n. Brisch, 2008, S. 140). Kinder, die eine unsichere Bindung aufweisen, zeigen häufiger Gefühle der Angst und Hilflosigkeit, verfügen über weniger Ich-Flexibilität und nehmen soziale Hilfeleistungen weniger an (vgl. Klauer, 2005). Die emotionale Bezugsperson in der Kindheit muss nicht zwangsläufig ein Elternteil sein, sondern es kann sich hierbei auch zum Beispiel um die Großeltern, ältere Brüder oder Schwestern oder um eine außerfamiliäre Person handeln (vgl. Lösel, 1994).

Zusammenfassend führen frühe Störungen im Bindungsverhalten auf Dauer zur Entwicklung von emotionalen und psychischen Beeinträchtigungen. Aus diesem Grund sind frühzeitige Interventions- und Präventionsmaßnahmen wesentlich (vgl. Egeland, 2002; Farrell Erickson, 2002 zit. n. Brisch, 2008, S. 152).

In der allgemeinmedizinischen Praxis sind zwar die Ressourcen für eine Exploration des Bindungsverhaltens begrenzt, dennoch erscheint es sinnvoll, achtsam in Bezug auf die Mutter-Kind-Bindung zu sein, um gegebenenfalls die Familie an einen Psychotherapeuten zu überweisen. So kann bereits frühzeitig ein psychosoziales Auffangnetz für die Familie geschaffen werden.

5 Allgemeine Grundlagen zum Leitfaden für den Allgemeinmediziner

Die allgemeinmedizinische Praxis stellt die erste Anlaufstelle bei psychischen Erkrankungen dar. Die Erstellung eines Leitfadens für den Allgemeinmediziner im Umgang mit seinen psychisch kranken Patienten und deren Kindern soll dem Hausarzt als Handwerkzeug dienen und aufzeigen, welche Möglichkeiten der psychosozialen Unterstützung in seinem Handlungsspielraum liegen sowie die wichtigsten Präventionsmaßnahmen schildern. Vor allem primäre Präventionsschritte, Resilienz- und Ressourcenförderung bei Kindern von psychisch kranken Eltern sind von großer Wichtigkeit für eine positive Entwicklung der Kinder.

5.1 Das Arzt- Patienten Gespräch

Im Arzt-Patienten Gespräch gilt es wichtige Punkte zu berücksichtigen, um ein professionelles therapeutisches Gespräch führen zu können. Als Erstes sollte man sich überlegen, was denn die Ziele des Gespräches sein sollen. Grundlegend ist es, eine gute widerstandsfähige Beziehung zu seinen Patienten aufzubauen, indem man primär höflich mit seinen Patienten umgeht. Ein weiteres Ziel ist es, möglichst viele Informationen von seinen Patienten in Bezug auf die Erkrankung und ihre psychosozialen Auswirkungen zu bekommen und die Krankheitseinsicht zu fördern, um eine bestmögliche und patientenfreundliche Therapie zu planen. Eine Reihe wichtiger Gesprächs-Merkmale spielen eine bedeutende Rolle beim therapeutischen Arzt-Patienten Gespräch, man unterscheidet verbale, nonverbale und situative Merkmale (vgl. Egger, o. J., S. 8).

„Verbale Merkmale

- *Einführung in die Gesprächssituation und patientenzentrierter Gesprächsbeginn mit Überweisungsgeschichte oder Eröffnungsfrage (z.B. Was führt Sie zu mir? Wie kann ich Ihnen helfen? Was ist Ihr Anliegen? Wie fühlen Sie sich heute?)*

- *Patientenzentrierter Gesprächsabschluß (z.B. Haben wir alles Wichtige für heute besprochen?)*
- *Äußerungen des Patienten mit eigenen Worten wiederholen*
- *Rückmeldung über das Gesagte geben*
- *Eigene Gefühle, Meinungen und Vermutungen verbalisieren*
- *Beim Gesprächsthema bleiben bzw. bei Abschweifungen den Patienten auf das Thema zurückführen*
- *Zusammenfassungen geben*
- *Offene Fragen stellen, keine geschlossenen Fragen, auf die nur mit "ja" oder "nein" geantwortet werden kann*
- *Keine Suggestivfragen und keine Alternativfragen (Oder-Fragen) stellen*
- *Nicht zu viele Fragen auf einmal stellen*
- *Keine "Warum-Fragen" (leiten den Patienten zur Hypothesenbildung an), sondern "Was-, Wie-, Wann-Fragen"*

Nonverbale Merkmale

- *Zuhören und beobachten: äußere Erscheinung, Körperhaltung, Mimik, Gestik, Stimme ... sie geben Auskunft über Stimmung und Persönlichkeit des Patienten; Achten auf szenische Information (wie spielt sich die Kommunikation ab, wie stellt sich der Patient dar, wie äußert er seine Beschwerden ...)*
- *Blickkontakt*
- *Körperliche Zuwendung*
- *Gestik (auch "mit den Händen sprechen")*
- *Laut und klar bzw. verständlich sprechen*
- *Nicht zu schnell sprechen*
- *Gesprächspausen ertragen*
- *den Patienten ausreden lassen*
- *Verstärkung des Patienten durch Kopfnicken und sprachliche Äußerungen wie "ja", "mhm", "das verstehe ich", u.ä.*

Situative Merkmale

- *Möglichkeit zur ungestörten Kommunikation schaffen (im Warteraum oder am Gang ist kein intensives Gespräch möglich)*
- *Gemütliche Atmosphäre schaffen (ruhiger Raum, bequeme Stühle, helles Licht)*
- *Sitzposition Therapeut - Patient: im rechten Winkel und nicht gegenüber*
- *Festgelegte Zeit mit pünktlichem Beginn und pünktlichem Ende*
- *Unterlagen, Schreibzeug usw. vorher zurechtlegen“ (Egger, o. J., S. 8).*

Indem Patienten als Experten ihrer Erkrankung wahrgenommen werden, sie mit interessiertem Nachfragen aufgefordert werden weiter zu erzählen und ein Dialog stattfindet, wird ein patientenorientierter Zugang geschaffen. Hierbei kommt der emotionalen Öffnung des Patienten ein großer Stellenwert zu. Die Selbstöffnung kann durch wertschätzende, offenen Fragen (zum Beispiel: „Erzählen sie mir bitte, wie es ihnen geht...“), aktivem Zuhören durch Wiederholung des Gesagten, wenig Suggestivfragen und Empathie erleichtert werden. Mit Empathie ist die Fähigkeit zum emotionalen Verständnis und Einfühlungsvermögen gemeint. Auch ist es wichtig, Emotionen anzusprechen und Gesprächspausen auszuhalten (vgl. ebd., S. 9).

Als Allgemeinmediziner erscheint es essentiell, sich mit diesen Grundlagen des Arzt-Patienten Gespräches vertraut zu machen, um eine gute Basis und ein passendes „Handwerkszeug“ für das Patienten- und Familiengespräch zu haben.

5.2 Informations- und Wissensvermittlung

Die Ergebnisse der Resilienzforschung bringen nahe, dass eine entwicklungsadäquate und altersgerechte Aufklärung der Kinder über die psychische Krankheit der Eltern einen bedeutenden Schutzfaktor darstellt, der mit einer erhöhten Resilienz gegenüber den täglichen Anforderungen im Familienleben einhergeht. Durch Informationen verändern sich kognitive Prozesse, was wiederum zu einer Veränderung von subjektiven Bewertungen und Wahrnehmungen führen kann. Dadurch können zum Beispiel Gefühle der Schuld vermindert werden (vgl. Scherrmann et al, 1992). Im Folgenden wird primär

auf Lenz (2005) bezuggenommen, da er Studien über die Informations- und Wissensvermittlung bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt hat und nur wenig Literatur dazu vorhanden ist.

„Kinder und Jugendliche wünschen sich Informationen

- *Wie sie sich dem kranken Elternteil gegenüber am besten verhalten sollen*
- *Wie sie Mutter oder Vater unterstützen können*
- *Über das „Wesen“ psychischer Erkrankung*
- *Über die Gefahren einer Verschlimmerung*
- *Über Heilungsmöglichkeiten*
- *Über Medikamente*
- *Über Erbeinflüsse (vor allem Jugendliche)“ (Lenz, 2005, S. 116).*

Meistens bekommen Kinder und Jugendliche nur unvollständige Informationen über die psychische Krankheit eines Elternteils. Oft finden ihre Fragen auch nur ausweichend Beantwortung, und die Kinder müssen sich ihre eigenen Überlegungen und Gedanken zu der Erkrankung machen. Die Informationsvermittlung sollte immer am Wissensstand der Kinder über die psychische Erkrankung der Eltern angeknüpft werden. Als Erstes muss man einen Zugang zu den Kindern bekommen, um abzuklären, welche Vorstellungen und subjektiven Erklärungen dem Krankheitsbild der Eltern zugrunde liegen. Kinder erweisen sich als gute Beobachter, die jede Veränderung im Verhalten der Eltern genau wahrnehmen und darauf reagieren. Bei jungen Kindern sollte man auch immer die Eltern nach den bisherigen Informationen der Kinder befragen, um dann daran anknüpfen zu können. Wichtig hierbei ist vor allem, sich so gut wie möglich in die Erlebenswelt der Kinder einzufühlen und Interesse und Verständnis für die Situation der Kinder zu zeigen. Die Aufklärung soll als ein kooperatives und auf Gegenseitigkeit beruhendes Gespräch in Dialogform stattfinden, bei dem die Kinder angehalten werden, ihre Fragen zu stellen. Denn die Fragen der Kinder sind auch Anzeichen für ihre Denkvorgänge und Verarbeitungsstrategien, an die man dann auch wieder anknüpfen kann (vgl. ebd. S. 131, 134f).

Wie schon im Kapitel Prävention beschrieben, muss jedoch bedacht werden, dass ausschließliche Informationsvermittlung so gut wie keine Wirkung zeigt (vgl. Greenberg et al., 2000; Heinrichs et al. 2002; Beelmann, 2006 zit. n. Fröhlich-Gildhoff & Rönau-Böse, 2009, S. 59). Deshalb ist es notwendig, als Allgemeinmediziner das informationsvermittelnde Gespräch mit weiteren, unten angeführten, Interventionsschritten zu verbinden.

Psychoedukative Ansätze

Indem Patienten krankheitsspezifische Informationen erhalten und somit aktiv an der Genesung und Bewältigung der psychischen Krankheit beteiligt sind, werden Patienten und ihre Angehörigen durch psychoedukative Maßnahmen zu Experten für die Erkrankung. Für die Angehörigen kann diese Informationsvermittlung dazu beitragen, Angst- und Belastungsgefühle zu minimieren. Vor allem die Informationen zur Krankheit, ihre Entstehung, der Verlauf, das Vulnerabilitäts-Stress-Modell und die Wirkung der verwendeten Medikamente spielen bei vielen psychoedukativen Modellen eine wichtige Rolle. Eine Form der Psychoedukation stellt die Ausgabe von Patientenratgebern dar, die für Patienten und ihre Angehörigen gedacht sind. Durch den spezifischen Aufbau der Ratgeber erfahren die Leser, dass es nicht nur ihnen so ergeht. Identifikationsgefühle mit den Erzählern von Fallgeschichten sind möglich und können eventuell vorhandene Gefühle der Schuld oder Angst verringern. Darüber hinaus bieten die Broschüren Informationen zu qualifizierten Hilfseinrichtungen. Eine weitere Form der psychoedukativen Angehörigenarbeit sind Informationsbroschüren, die die Kinder darüber aufklären sollen, dass sie nicht Schuld an der psychischen Erkrankung ihrer Eltern haben, dass auch andere von solchen Problemen betroffen sind und dass es ihnen hilft, wenn sie sich anderen Menschen anvertrauen und über die Situation zuhause sprechen. Die Ratgeber und Broschüren ersetzen aber keinesfalls ein individuelles Informationsgespräch, da es primär darum geht, die Fragen und den Informationswunsch der Kinder in einem Dialog zu besprechen, um auf ihre emotionalen Bedürfnisse bestmöglich einzugehen (vgl. Lenz, 2005, S. 140f).

Setting für die Informationsvermittlung

Es besteht die Möglichkeit, Kindern und Jugendlichen in der Gruppe die spezifischen Informationen zur Erkrankung ihrer Eltern näher zu bringen. In der Gruppe können die Kinder und Jugendlichen ihre eigenen Erfahrungen mit den anderen Gruppenmitgliedern teilen und können sich dadurch angenommen und entlastet fühlen. Aber auch das Einzelsetting bietet eine besonders gute Möglichkeit, die Kinder und Jugendlichen aufzuklären, denn wie sich gezeigt hat, sind die Betroffenen in der Gruppe häufig gehemmt über ihre individuellen Erlebnisse und emotionalen Reaktionen zu sprechen. Häufig machen sich die Kinder auch Sorgen, dass sie selbst einmal an dieser Erkrankung leiden werden, und es zeigt sich, dass Gefühle der Wut und der Schuld ebenfalls eine Rolle spielen. Zusätzlich zum Einzelgespräch empfiehlt es sich, ein Familiengespräch mit allen Beteiligten, zum Beispiel als sogenannte „Angehörigenvisite“, zu führen (vgl. ebd. S. 144f).

In der allgemeinmedizinischen Praxis ist ein informationsvermittelndes und psychoedukatives Gespräch gut in den Praxisablauf integrierbar und notwendig, um ein umfassendes Bild von der Situation der Angehörigen der psychischen kranken Patienten, den Kindern, zu bekommen.

5.3 Familiengespräch

Anhand des ambulanten Präventionsprojekts für Kinder psychisch kranker Eltern KIPKEL, das von Susanna Staets entwickelt wurde, wird näher auf das Familiengespräch eingegangen.

Dieses Projekt setzt sich zum Ziel, mit der ganzen Familie während beziehungsweise auch nach einem stationären Aufenthalt eines psychisch kranken Elternteils in Form von Einzel- und Familiengesprächen zu arbeiten, um die Kinder, die in widrigen sozialen Verhältnissen aufwachsen, in ihrer Entwicklung durch Förderung der Erziehungskompetenz und Problembewältigung zu unterstützen. Zuerst erfolgt ein Gespräch mit der ganzen Familie, wobei die psychische Erkrankung meist noch nicht angesprochen wird, sondern Ziel das gegenseitige Kennenlernen und die Erzählungen der Kinder aus ihrer Erfahrungswelt ist. Als nächstes folgen Einzelgespräche mit den Kindern,

wobei versucht wird herauszufinden, ob eine präventive Maßnahme ausreicht oder ob auch die Unterstützung eines Psychotherapeuten nötig sein wird. Wichtig ist, zuerst eine Vertrauensbasis zu schaffen, damit sich die Kinder dann auch entsprechend öffnen, um die Probleme, die im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung der Eltern stehen, ansprechen zu können (vgl. Staets, 2011, S. 136ff).

Im Familiengespräch scheint es sinnvoll, auch auf die subjektiven Krankheitstheorien der Kinder einzugehen, um die dahinterstehende Dynamik zu beleuchten, anzusprechen und durch Informationsvermittlung zu versuchen, die Theorien der Kinder und Jugendlichen zu verstehen und darauf altersgerecht in Form eines aufklärenden Gespräches einzugehen.

Die subjektiven Krankheitstheorien der Kinder

Aus einer Studie mit 22 Kindern zeigen sich die „Ursachen der Erkrankung aus der Sicht der Kinder und Jugendlichen“ wie folgt:

- *„Psychosoziale Belastungen und Stress: (a) allgemeine Überforderung und Überlastung; (b) belastende Lebensereignisse*
- *Vererbung*
- *Biologisch-somatische Erklärungsmuster: (a) psychische Probleme werden als somatische Beschwerden wahrgenommen; (b) hirnorganisch-physiologische Veränderungen*
- *Psychologische Erklärungsmuster: (a) belastende Kindheitserfahrungen; (b) Persönlichkeitsmerkmale“ (Lenz, 2005, S. 104).*

Wie sich die subjektiven Krankheitstheorien der Kinder äußern können, wird anhand des Fallbeispiels der fünfjährigen Tina, deren Mutter an einer Borderline- Erkrankung leidet, gezeigt:

„Ich durfte mal wieder nicht auf den Spielplatz, musste wieder zu Hause herumsitzen, habe mein Kaninchen geärgert. Meine Mutter kann nicht auf die Straße gehen, weil sie Angst hat. Sie weiß nicht wovor. Ich verstehe das nicht. Ich möchte wie andere Kinder draußen spielen. Ich darf nicht alleine

rausgehen. Mama hat Angst, mir könnte etwas passieren. Ich soll warten, bis der Vater nach Hause kommt von der Arbeit. Aber der ist müde, hat oft keine Lust, mit mir zu spielen. Und dann streiten sich Mama und Papa. Sie schimpfen laut miteinander. Oft reden sie über mich. Die Mutter ärgert sich, weil der Vater sich keine Zeit für mich nimmt. Ich halte mir dann die Ohren zu. Am liebsten würde ich abhauen zu den Nachbarn, aber das darf ich auch nicht. Abends kann ich oft nicht einschlafen, bin traurig und wütend. Mama ist ganz dick geworden. Sie sieht ganz anders aus. Oft weint sie und sitzt einfach da. Sie sagt, dass sie dick geworden sei, weil sie Tabletten einnehme. Es gibt also Tabletten, die dick machen. Ich finde das nicht so schön. Als meine Mama noch nicht so dick war, fand ich sie viel schöner. Ich möchte nicht mehr in den Kindergarten, weil Kinder mich dort ärgern. Dann ist ein Junge da, der schlägt mich immer. Es passt keiner auf mich auf. Ein Kind hat auch gesagt, dass ich eine blöde Mama habe. Ich habe das der Erzieherin gesagt, aber die hat nichts gemacht“ (Staets, 2011, S. 138).

Bereits mit Vorschulkindern kann man ein aufklärendes Gespräch über die psychische Erkrankung eines Elternteils führen und somit auch einen Teil der Tabuisierung nehmen. Häufig wird die Krankheit als Geheimnis behandelt und die Eltern verpflichten die Kinder, nicht darüber zu sprechen, was dazu führt, dass den Kindern das Verständnis für die Erkrankung fehlt. Man kann Kindern in einem Alter von fünf Jahren bereits anhand eines verständlichen und kindgerechten Modells die Erkrankung und die Wirkungen der Medikamente näher erläutern (vgl. Pretis, 2010).

Im Dialog mit der ganzen Familie und einem Arzt haben die Kinder die Möglichkeit, Auskunft über die Krankheit der Eltern und die Therapieoptionen zu erhalten. Oft ist nach der Wissensvermittlung eine deutliche Entlastung spürbar, denn auch die Sorge der Kinder, sie könnten selbst einmal an dieser Erkrankung leiden oder sie hätten Schuld daran, steht im Raum. In Form dieser Gespräche können auch Ansätze zur Problemlösung und Pläne für einen besseren Umgang mit Anforderungen, wie zum Beispiel Unterstützung bei der Hausarbeit und bei Schulproblemen der Kinder, diskutiert werden (vgl. Staets, 2011, S. 139). Auch wird durch die „Anwesenheit des erkrankten Elternteils

und dessen aktive Mitgestaltung [...] die Kommunikation in der Familie [gefördert]“ (Staets, 2011, S. 139).

Als besonders effektiv haben sich im Familiengespräch die Methoden der Verhaltenstherapie, wie zum Beispiel Maßnahmen für eine bessere Kommunikation sowie Problem- und Konfliktlösung, erwiesen (vgl. Wiedemann & Buchkremer, 1996).

5.4 Förderung der familiären Kommunikation

Die familiäre Kommunikation wird durch die Vermittlung der Regeln der Kommunikation, die als Instrument für die ganze Familie dienen sollen, zu einem bedeutenden Aspekt in der Angehörigenarbeit. Eine gut funktionierende interfamiliäre Kommunikation ist wichtig, um die Anforderungen, die im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung stehen, zu meistern und als Familie selbstregulativ handeln zu können. In Anlehnung an Lenz lassen sich ein paar wichtige Aspekte der Regeln der Kommunikation herausarbeiten und kurz wie folgt zusammenfassen:

Regeln für den Sprecher:

- Ich- Gebrauch
- Themenbereich eingrenzen
- Offenlegung der eigenen Gefühlswelt

Regeln für den Zuhörer:

- Aktives Zuhören
- wertfreies Nachfragen (vgl. Lenz, 2005, S.155f).

Es erscheint wesentlich, sowohl Sprecher- und Zuhörerregeln als auch einen Zeitrahmen festzulegen, in dem über ein spezifisches Thema gesprochen wird, „[...] um eine offene, kongruente und positiv verlaufende Kommunikation zu ermöglichen“ (Lenz, 2005, S. 155).

Die familiäre Kommunikation lässt sich wohl nicht nur durch die Vermittlung der Fertigkeiten für eine gute Kommunikation fördern, sondern auch das Üben dieser

Fertigkeiten stellt einen wichtigen Punkt in der präventiven Angehörigenarbeit dar. Für die allgemeinmedizinische Praxis lässt sich wahrscheinlich mangels zeitlicher Möglichkeiten dieser Punkt nur schwer umsetzen.

5.5 Der Hausbesuch

Im Idealfall, wenn in der hausärztlichen Praxis genügend zeitliche Ressourcen vorhanden sind, erweist sich ein Hausbesuch als besonders effektiv. Jedoch sieht die Realität oft anders aus. Begrenzte zeitliche Ressourcen und bis zu 80 Patienten pro Tag sind Ursache für die immer weniger werdenden Hausbesuche in den letzten Jahren.

Ramey und Ramey (1993) haben ein Programm zur Prävention entwickelt, bei dem unter anderem die Erhaltung der physischen und psychischen Gesundheit der Familie eine große Rolle spielt. Die Autoren fordern die Sicherstellung der Gesundheit, die effektiv durch Hausbesuche herbeigeführt werden kann.

Bereits beim Eintreten in das Haus kann man das familiäre Klima wahrnehmen. Man kann Familienkonflikte wahrnehmen und muss sich dessen bewusst sein, dass man als Hausarzt beim Hausbesuch in das familiäre Beziehungssystem eintritt (vgl. Tönnies, 1981 zit. n. Sturm & Sturm, 1996, S. 77).

„Der Hausbesuch bleibt die schnellste Methode, das gesamte Krankheitsbild einzuschätzen, weil er den Patienten in seinem sozialen Milieu darstellt – umgeben von Familie und Freunden, von Sauberkeit und Schmutz, von Überfluss und Armut, von Freude oder Trauer in der häuslichen Umgebung“ (Rakel, 1977 zit. n. Sturm & Sturm, 1996, S. 77).

Vor allem für die Familiendiagnostik erhält der Allgemeinmediziner bei einem Hausbesuch einen besseren Einblick in die familiären Beziehungsmuster, das vorherrschende salutogene Klima, ein ganzheitliches Bild vom Patienten und seinem familiären Umfeld sowie Hinweise auf vorhandenen Ressourcen. (vgl. Sturm & Sturm, 1996, S. 77f).

Im Folgenden werden die Möglichkeiten der Familiendiagnostik beim Hausbesuch aufgezählt:

- *Zwischenmenschliche Beziehungen, Bezugspersonen*
- *Familienrollen: Rollen maßgeblicher Mitglieder*
- *Einstellung zu Kindern: tolerant, liebevoll, fordernd; Babysitter? Kinder allein?*
- *Zusammenhalt; Fähigkeit, Krankheiten oder Stress gemeinsam zu bewältigen*
- *Kommunikation: leicht, mühsam, formell [...]*
- *Erholungsgewohnheiten: gemeinsame Interessen [...]*
- *Stärken und Schwächen der Familie insgesamt: Divergenz, Ähnlichkeit“ (Rakel, 1977 zit. n. Sturm & Sturm, S. 78).*

Im Zuge des Hausbesuchs wird mit allen Familienmitgliedern über die Erkrankung gesprochen, und sie erhalten die gleichen Informationen rund um das Erscheinungsbild der Krankheit und ihre mögliche Therapie. Eine wichtige Funktion kommt dem Hausarzt bei der Aktivierung der salutogenen Ressourcen zu, denn die Familie bietet den besten Schutzfaktor bei Krankheit (vgl. Sturm & Sturm, 1996, S. 79).

5.6 Ressourcenaktivierung

In einer Familie mit einem psychisch kranken Elternteil kann es durch die Krankheit zu einer Krisensituation kommen, in der die sozialen Ressourcen der Familie oft nicht mehr ausreichen, um die Situation zu bewältigen. Die betroffenen Kinder haben meist niemanden, an den sie sich wenden können, da für sie das Thema mit großer Scham besetzt ist. Folge daraus ist ein sozialer Rückzug aus dem Umfeld sowie häufig ein Entfliehen in eine fiktive Welt. Für Jugendliche besteht zwar die Möglichkeit, sich von der Familie zu distanzieren, jedoch werden sie häufiger von Schuldgefühlen geplagt, was meist mit einem Zurückkehren in die Familie aufgrund von zu erfüllenden Pflichten endet. Deshalb ist die Aktivierung und Unterstützung sozialer Ressourcen ein wesentlicher Aspekt der Präventionsförderung (vgl. Lenz, 2005, S. 163).

„Als Ressource kann jeder Aspekt des seelischen Geschehens und darüber hinaus der gesamten Lebenssituation eines Patienten aufgefaßt werden, also z.B. motivationale Bereitschaften, Ziele, Wünsche, Interessen, Überzeugungen, Werthaltungen, Geschmack, Einstellungen, Wissen, Bildung, [...], physische Merkmale wie Aussehen, Kraft, Ausdauer, finanzielle Möglichkeiten sowie zwischenmenschliche Beziehungen“ (Grawe & Grawe-Gerber, 1999, S. 66).

Ressourcen sind ebenso Kompetenzen, die aktuell verfügbar sind und einen bedeutenden Einfluss auf die Kindesentwicklung haben (vgl. Masten & Powell, 2003).

Netzwerkorientierung

„Mit Netzwerkorientierung ist die Bereitschaft gemeint, auf soziale Ressourcen aus dem Netzwerk zurückzugreifen“ (Lenz, 2005, S. 165).

Zur Unterstützung der individuellen Netzwerkorientierung eignen sich verschiedene Techniken aus der Verhaltens- und systemischen Therapie (vgl. ebd. S. 165f). Beispiele hierfür sind:

1. Technik der kognitiven Therapie nach Beck et al. (1994)

Hierbei wird durch bestimmte Fragen, wie zum Beispiel „Ist dieser Gedanke beweisbar?“ oder „Ist das Erlebte auch anders zu interpretieren?“, versucht, die negativen Gedanken kognitiv umzustrukturieren. Erfahrungen, die bei der betroffenen Person negative Gefühle auslösen, werden erläutert, um diese dann zu hinterfragen. Ziel ist es, die unrealistischen Gedanken durch wirklichkeitsnahe zu ersetzen.

Für die kognitive Therapie sind folgende fünf Therapieschritte charakteristisch (vgl. Hautzinger, 2006, S.127):

1. Wahrnehmen der negativen Gedanken und Gefühle (Grundannahmen: z.B.: „Ich muss perfekt sein“)
2. Identifikation des Zusammenhangs zwischen den negativen Grundannahmen, den dazugehörigen automatisierten Gedanken (z.B.: „Ich habe etwas nicht richtig gemacht“), den emotionalen und somatischen Körperreaktionen und dem Verhalten

3. Hinterfragen und verifizieren der negativen Grundgedanken (Evidenzprüfung z.B.: „Haben sie wirklich einen Fehler gemacht?“)
 4. Die negativen automatischen Gedanken durch wirklichkeitsnahe und unterstützende, förderliche Sichtweisen zu ersetzen (z.B.: den Fokus auf das zu lenken, was bereits gut und richtig gemacht wurde)
 5. Selbstständig die nachteiligen Hypothesen zu erkennen, identifizieren und zu verändern
6. Systemisch-lösungsorientierte Methoden
- **Wunderfrage**
Bei der Wunderfrage wird versucht, Gedankenmuster, die hindernd wirken, durch aktivierende Imagination zu umgehen. Ein Beispiel hierfür wäre:
„Angenommen, während Du nachts schläfst, passiert ein Wunder, und Du wachst morgens auf und Deine Probleme und Schwierigkeiten sind gelöst, ohne dass Du dies gemerkt hast. Woran wirst Du am nächsten Tag (und in den folgenden Wochen) merken, dass das Wunder passiert ist? Was werden die ersten Anzeichen sein?“ (Lenz, 2005, S. 167f)
 - **Frage nach Ausnahmen**
Diese Fragetechnik zielt darauf ab, zu erläutern, ob eine Situation immer gleich ist (z.B.: „Mir geht es immer so schlecht“), oder ob es auch Situationen gibt, wo es doch anders ist. Ziel ist es, das Muster, das wahrgenommen wird, zu irritieren.
 - **Skalierungsfragen**
Ziel der Skalierungsfragen ist es, durch Einordnung des bisher Geschafften auf einer Skala von eins bis zehn Ressourcen aufzudecken und zu mobilisieren (vgl. ebd. S. 167f).

Da den betroffenen Kindern und Jugendlichen häufig eine Vertrauensperson, die nicht Teil der Familie ist und so eine stärkende und helfende Rolle einnehmen könnte, fehlt, hat es sich bewährt, eine Netzwerkkarte zur Analyse der Ressourcen im psychosozialen Umfeld und der interaktiven Beziehungsmuster zu erstellen. Durch die Analyse der Netzwerkkarte werden die Kinder und Jugendlichen zu Erzählungen ermutigt und es besteht die Möglichkeit, durch die Netzwerkkarte die sozialen Ressourcen und schon

vergessenen Beziehungen wieder neu zu entdecken und die eigenen Erfahrungen zu strukturieren (vgl. ebd. S. 169, 172).

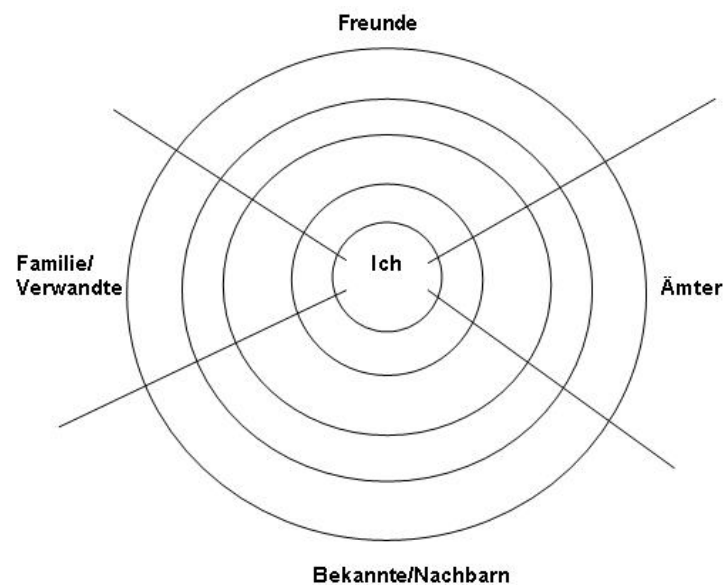


Abbildung 5 Beispiel für eine Netzwerkkarte (modifiziert nach Höfer et al., 2006, S. 274)

Es erscheint sinnvoll, anknüpfend an die Netzwerkkarte die unten angeführten Themen zu besprechen:

- Durch welche Merkmale und Eigenschaften zeichnen sich die Beziehungen aus? Besteht auch Kontakt zu außerfamiliären Personen?
- Wie ist das Netzwerk aufgebaut und wie oft kommt es zur Kontaktaufnahme?
- Haben sich die Beziehungen zueinander mit der Zeit neu definiert?
- Besteht das Bedürfnis einer Veränderung der Beziehungen bezüglich ihrer Intensität?
- Wie waren die bisherigen Erlebnisse im Hinblick auf Dependenz und Anteilnahme in den Beziehungen?
- Wie hoch ist die Zufriedenheit mit den Beziehungen (vgl. Lenz, 2005, S. 171)?

5.7 Resilienz-Landkarte

KIDS STRENGTHS ist ein Projekt, das „[...] Resilienzprozesse bei Kindern und Jugendlichen von psychisch verletzlichen Eltern [fördert]“ (Kids Strengths, 2011). Es wird bei KIDS STRENGTHS von psychischer Verletzlichkeit und nicht von psychischer Erkrankung gesprochen, da der Begriff der Verletzlichkeit mit weniger Stigmatisierung und höherer Akzeptanz sowie einer besseren Verständlichkeit seitens der Kinder einhergeht (vgl. Kids Strengths, 2011).

„KIDS STRENGTHS - KIDS in the CONTEXT of MENTAL DISORDERS“ bietet „fachliche Bildung und Empowerment für LehrerInnen, ÄrztInnen und SozialarbeiterInnen“ (Kids Strengths, 2011), indem man einen Ressourcenpool mit verschiedenen Modulen sowie eine Lernplattform für Online Kurse der Resilienzförderung geschaffen hat (vgl. ebd.). Im Anhang findet sich ein Info-Flyer zum Projekt für Fachkräfte.

Mit der Resilienz-Landkarte wurde ein Hilfsmittel geschaffen, mithilfe dessen es medizinischem und pädagogischem Personal möglich wird, die bereits vorhandenen Ressourcen und Belastungen der Kinder von psychisch verletzlichen Elternteilen klinisch einzuschätzen und die Entwicklung der Behandlung zu dokumentieren (vgl. ebd.). „Die Resilienzkarte setzt also beim Kind selbst an. Konkret soll es lernen, seine eigenen Charakterstärken gegen auftretende Hürden im Leben gezielt einzusetzen“ (Neubauer, 2011). Die Stärken der Kinder werden durch Befragungen des betreuenden Fachpersonals sowie auch der Familie zu der Entwicklung und den Verhaltensweisen der Kinder erhoben, wobei die Beobachtungen in drei Kategorien: Stärken, Belastungen und neutraler Bereich vereinigt werden, um die Erfordernis der weiteren Betreuung abzuklären (vgl. Neubauer, 2011). Der Neuigkeitswert liegt in der Förderung der kindlichen Ressourcen und Sicherung der Schutzfaktoren sowie in der Unterstützung des Tagesablaufs (vgl. derStandard.at, 2011). Nachfolgend jeweils ein Beispiel für eine unausgefüllte und eine ausgefüllte Resilienzkarte:



Abbildung 6 Beispiel für eine Resilienzkarte (SINN Evaluation, 2011a)



Abbildung 7 Beispiel für eine ausgefüllte Resilienzkarte (SINN Evaluation, 2011b)

Fallvignette Laura: Die ausgefüllte Resilienzkarte von Laura macht deutlich, in welchen Bereichen ihre Resilienz bedroht ist. Vor allem in den Bereichen Selbstwert, Entwicklung, soziale Kompetenz und Struktur und Compliance besteht Handlungsbedarf. Auf der einen

Seite ist es günstig, für Laura weiterführende Programme zur Förderung ihres Selbstwertes und ihrer sozialen Kompetenz zu entwickeln beziehungsweise auch weiter an eine Kinderpsychotherapeutin zu überweisen. Auf der anderen Seite kann man in Bezug auf Struktur und Compliance mit Lauras Familie zusammenarbeiten, was in einem weiterführenden Familiengespräch mit einem Sozialarbeiter oder Familienhelfer möglich ist.

5.8 Checkliste zur Risikoeinschätzung von Kindern psychisch kranker

Eltern

„Die Checkliste zur Risikoeinschätzung von Kindern psychisch kranker Eltern für Fachleute aus der Jugendhilfe und Psychiatrie“ (Schmitt-Schäfer, o.J., S. 1) wurde von Dr. Laufs, Leiter der Psychiatrie in Idar-Oberstein, Herrn Löffler, Leiter des Jugendamtes Birkenfeld und Schmitt-Schäfer von TRANSFER – Unternehmen für soziale Innovation, erstellt. Es handelt sich hierbei um ein Verfahren zur Risikoeinschätzung von Kindern psychisch kranker Eltern, um eventuell notwendige weiterführende Hilfsmaßnahmen, zum Beispiel in Form einer Fallkonferenz, mit allen Helfern, die sich mit der Familie befassen, in die Wege zu leiten und gemeinsam Lösungswege zu finden. Die Checkliste wird in vier Kategorien eingeteilt: Unter A) werden allgemeine Daten, wie Name, Alter und Geschlecht des Kindes eingetragen. B) dient der Risikoeinschätzung der Elternvariablen, indem man spezifische Informationen zur elterlichen Erkrankung erfragt. Dazu zählen zum Beispiel Fragen, ob Mutter oder Vater oder beide erkrankt sind, ob es sich um eine Schizophrenie, bipolare Erkrankung oder Persönlichkeitsstörung handelt und wie sich die Beziehungen und die Erziehung innerhalb der Familie äußern. Unter C) wird eine Risikoeinschätzung zu den psychosozialen Variablen, wie zum Beispiel, in welchen Verhältnissen die Familie wohnt und wie innerhalb der Familie mit der psychischen Erkrankung umgegangen wird, durchgeführt. D) schließt die Kindvariablen, wie zum Beispiel, ob sich das Kind schuldig fühlt, ob es an einer Aufmerksamkeitsstörung leidet oder ob es auch ausreichend Kontakt zu Freunden gibt, mit ein (vgl. ebd.).

Im Anhang ist die Checkliste vollständig angeführt und kann als Orientierung zur Risikoeinschätzung dienen.

In der Praxis kann diese Checkliste für eine schnelle Risikoeinschätzung der Kinder von psychisch kranken Patienten zur Hand genommen werden, um dann entsprechend dem Ergebnis weitere Interventionsschritte zu planen. Sei es eine Überweisung an einen Kinder- und Jugendpsychiater oder Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder an einen Sozialarbeiter, um die Familie zu begleiten.

6 Ergebnisse

6.1 Leitfaden für den Allgemeinmediziner im Umgang mit psychisch kranken Patienten und ihren Kindern

Leitfaden für den Allgemeinmediziner im Umgang mit psychisch kranken Patienten und ihren Kindern



**„Es ist nie zu spät eine glückliche Kindheit
zu haben“**
(Milton Erikson)

Hintergrund

- In Österreich leben derzeit 67.000 Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil
- Kinder psychisch kranker Eltern haben ein zwei- bis zehnfach höheres Risiko, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln
- Kinder von psychisch kranken Patienten werden meist übersehen und nicht in die Behandlung mit einbezogen
- frühe Präventionsmaßnahmen tragen maßgeblich zu einer gesunden Entwicklung der Kinder bei
- die allgemeinmedizinische Praxis stellt die erste Anlaufstelle bei psychischen Erkrankungen dar
- es geht primär um eine Sensibilisierung der Allgemeinmediziner in Bezug auf die Kinder der Patienten
- dem Allgemeinmediziner kommt hierbei eine bedeutende Rolle in der primären Prävention zu
- dieser Leitfaden gliedert sich in zwei Teile: Der erste Teil stellt eine Handlungsempfehlung für den Allgemeinmediziner dar, und der zweite Teil beinhaltet optionale, weiterführende Diagnostikschritte

Das Arzt-Patienten-Gespräch

Im Gespräch mit psychisch kranken Patienten und deren Kindern sollten folgende Punkte beachtet werden:

1. Einzelgespräch mit den Patienten
 2. Einzelgespräch mit den betroffenen Kindern (nach Rücksprache mit Eltern)
 3. Familiengespräch
- Aufklärung über die psychische Erkrankung
 - Informations- und Wissensvermittlung
 - Psychoedukation: Patientenbroschüren und Selbsthilfemanuale aushändigen
 - Vertrauensbasis schaffen durch offene, kongruente und wertschätzende Haltung

Ort des Gespräches

- Einzelgespräch mit Patienten in Praxis
- Einzelgespräch mit Kindern idealerweise bei einem Hausbesuch
- Familiengespräch, wenn möglich auch bei einem Hausbesuch

Technik des Arzt-Patienten-Gesprächs

Patientenorientierter Zugang:

- es soll ein Dialog stattfinden
- Patienten als Experten ansehen
- Respekt und Interesse dem Patienten gegenüber zeigen

Themen des Arzt-Patienten-Gesprächs

Im Folgenden findet sich eine Auflistung der Themen, die während der Gespräche besprochen werden können:

Einzelgespräch:

- Informationen und Psychoedukation zur psychischen Erkrankung
- Wissensstand und Krankheitseinsicht der Patienten abklären, um dort im Gespräch anzusetzen
- Compliance bezüglich Medikamenteneinnahme evaluieren
- Situation der Kinder abklären - gibt es bereits Auffälligkeiten im Verhalten? („Wie geht es ihren Kindern?“)

- Eltern informieren, wie wichtig ein Einzelgespräch mit den Kindern ist, um eine Diagnostik der Belastung und Prognose zu ermöglichen. Kinder brauchen Orientierung, welche bei psychischer Erkrankung der Eltern fehlen kann. Das Gespräch mit den Kindern stellt einen Schutzfaktor dar, denn im Bedarfsfall kann man frühzeitig andere Helfer mit einbeziehen und so einer negativen Entwicklung der Kinder entgegenwirken.

Einzelgespräch mit Kindern:

- das Wesen der psychischen Erkrankung (Entstehung, Verlauf und Prognose) in altersgerechter Sprache erklären
- am Wissensstand der Kinder ansetzen („abholen, wo sie stehen...“)
- alters- und kindgerechte Aufklärung, z. B.: „Deine Mama hat eine Krankheit, bei der sie sehr viel schlafen muss“ (Depression)
- subjektive Krankheitstheorien der Kinder erfragen und darauf eingehen
- Kinder dazu anhalten, Fragen zu stellen

- Ressourcen evaluieren, um weiterführende Handlungsschritte in die Wege zu leiten (Resilienz- und Ressourcenförderung durch Kinderpsychotherapeuten)
- Personale Ressourcen: positive Temperamenteigenschaften, intellektuelle Fähigkeiten, Selbstvertrauen, soziale Kompetenzen wie Problemlösefähigkeiten, sicheres Bindungsverhalten, Kreativität, Interessen
- Soziale Ressourcen: stabile Bezugspersonen, friedvolles familiäres Klima, gutes familiäres Netzwerk

Familiengespräch:

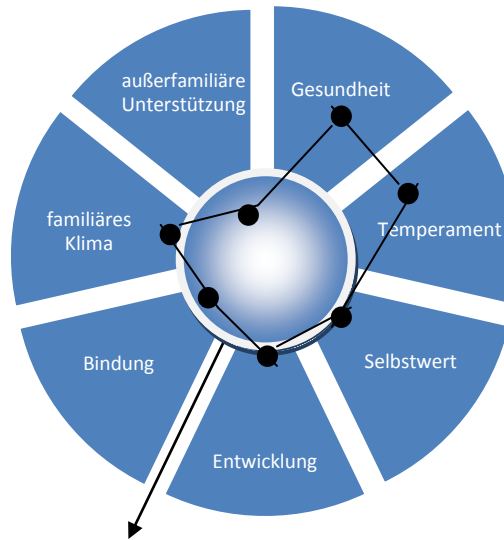
- **Enttabuisierung** der psychischen Krankheit, der Medikamente und ihrer Wirkungen und Nebenwirkungen
- **Unterstützungsmöglichkeiten** aufzeigen
- wenn notwendig, Integration eines multiprofessionellen Helferteams und Überweisung an Psychiater, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter und Familienhelfer
- eventuell zum Familiengespräch gleich einen Sozialarbeiter hinzuziehen

Weiterführende Interventionsschritte

Resilienz-Landkarte für Ärzte

Folgende Fragen erweisen sich als nützlich, um ein ganzheitliches Bild der Situation der Kinder zu bekommen:

- Welche Ressourcen sind vorhanden?
- Wo ist Handlungsbedarf, und wo kann man ansetzen?
- Ist für die Gesundheit des Kindes gesorgt?
- Hat das Kind positive Temperamenteigenschaften und ein hohes Selbstwertgefühl?
- Hat sich das Kind bisher ohne Verhaltensauffälligkeiten entwickelt?
- Ist eine sichere Bindung zu mindestens einer Bezugsperson vorhanden?
- Herrscht ein ausgeglichenes familiäres Klima vor?
- Ist genügend außerfamiliäre Unterstützung vorhanden?
- Bei bedrohter Resilienz → Überweisung an Kinderpsychotherapeuten

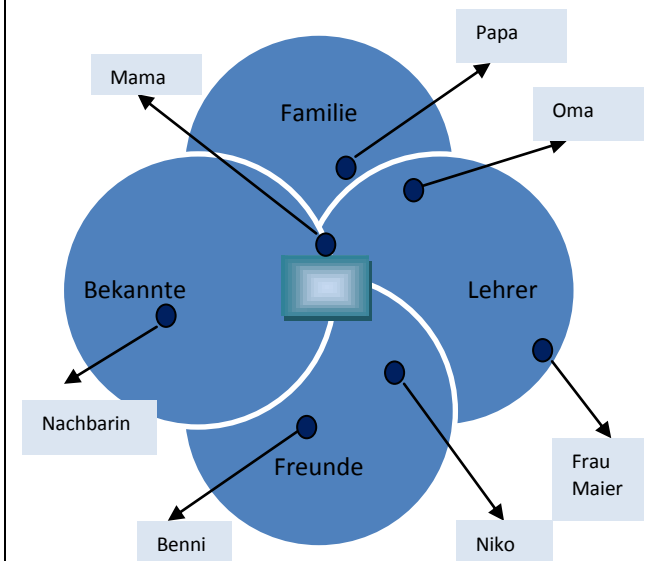


Bereich der bedrohten Resilienz

Quelle: Beispiel für eine Resilienz-Landkarte für Ärzte (modifiziert nach SINN Evaluation, 2011a+b)

Netzwerkkarte für Ärzte

- dient der Analyse der Ressourcen im psychosozialen Umfeld
- ev. von Kindern selbst zeichnen lassen
- wo wären Mutter, Vater, Oma, Freunde, Lehrer, Bekannte einzuordnen?
- ist genügend soziale Unterstützung vorhanden?
- bei fehlenden Ressourcen → Überweisung an Kinderpsychotherapeuten



Quelle: Beispiel für eine Netzwerkkarte (modifiziert nach Höfer et al., 2006, S. 274)

Förderung der familiären Kommunikation durch Vermittlung der Kommunikationsregeln

„Sprecher Regeln“:

- Ich-Gebrauch
- Themenbereich eingrenzen
- Offenlegung der eigenen Gefühlswelt

„Zuhörer Regeln“:

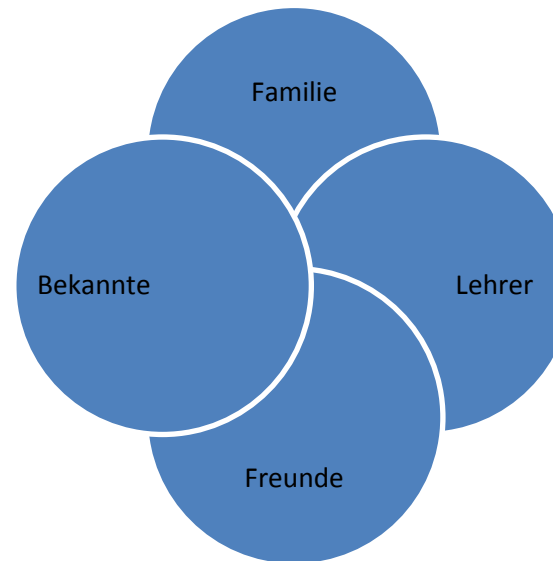
- aktives Zuhören
- wertfreies Nachfragen

Helferkonferenz einberufen

Zusätzlich zu den genannten Interventionsschritten erweist es sich als hilfreich, eine Helferkonferenz mit Eltern, Vertrauenspersonen der Kinder, Sozialarbeiter, Psychiater, Psychotherapeuten, Lehrer und Kindergartenpädagogen einzuberufen, um die Situation des Kindes zu besprechen und weiterführende Maßnahmen in die Wege zu leiten.

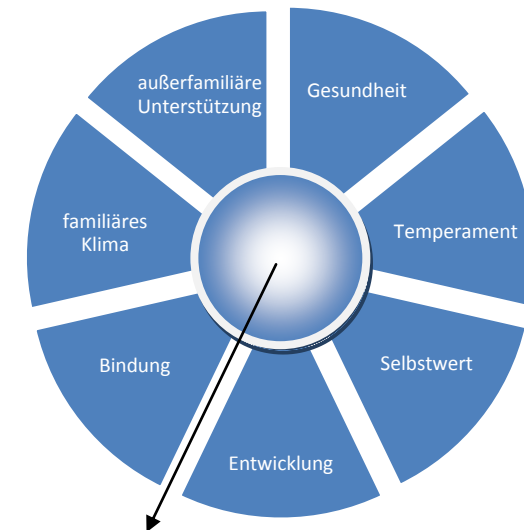
Anhang

Netzwerkkarte für Ärzte



Quelle: Beispiel für eine Netzwerkkarte (modifiziert nach Höfer et al., 2006, S. 274)

Resilienz-Landkarte für Ärzte



Bereich der bedrohten Resilienz

Quelle: Beispiel für eine Resilienz-Landkarte für Ärzte (modifiziert nach SINN Evaluation, 2011a+b)

7 Diskussion

Nur ein Drittel der Ärzte, die ihren psychisch kranken Patienten Psychopharmaka verschreiben, wissen über deren familiäre Verhältnisse Bescheid (vgl. oe1.orf.at, 2010).

Da Kinder von psychisch kranken Patienten jedoch eine besondere Risikogruppe darstellen, selbst an einer psychischen Erkrankung zu erkranken (vgl. Mattejat et al., 2011, S. 13), ist es umso wichtiger, als Allgemeinmediziner besonders achtsam im Umgang mit seinen Patienten zu sein, gezielt nach deren Kindern zu fragen und diese in die Behandlung mit einzubeziehen.

Zusammenfassend wird nachfolgend auf die Punkte des Leitfadens in Form einer kritischen Diskussion für den Allgemeinmediziner für die biopsychosoziale Betreuung seiner psychisch kranken Patienten und deren Kinder kurz eingegangen und reflektiert.

Der patientenzentrierte Leitfaden für den Allgemeinmediziner soll eine Orientierung für den Umgang mit psychisch kranken Patienten und ihren Kindern darstellen, leicht umsetzbar, realisierbar und in den Praxisalltag gut integrierbar sein. Der Allgemeinmediziner sieht und begleitet Prozesse über Jahre und Ziel dieses Leitfadens ist es, eine Handlungsempfehlung zu geben und ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass es durch die psychische Erkrankung der Eltern zu Entwicklungsauffälligkeiten der Kinder kommen kann. Deshalb soll dieser Leitfaden der Sensibilisierung Kindern psychisch kranker Eltern gegenüber dienen. Bisher wurde das Augenmerk auf die psychische Erkrankung und den Patienten selbst gelegt. Aus Studien geht jedoch hervor, wie wichtig die primäre Prävention für die Entwicklung dieser Kinder ist. Durch die Interventionsschritte dieses Leitfadens sollen die Eltern informiert werden, wie wichtig das Thema ihrer eigenen psychischen Erkrankung für ihre Kinder ist und wie sich ihre Krankheit auf die Entwicklung ihrer Kinder auswirken kann. Daher ist es günstig, wenn der Allgemeinmediziner beim ersten Zugang im Gespräch mit den psychisch erkrankten Patienten betont, wie wichtig ein Gespräch mit den Kindern sein kann, und anschließend ein Familiengespräch anbietet, um eine Diagnostik der Belastung und Prognose zu ermöglichen und bei Handlungsbedarf auch weiter mit einem multiprofessionellen Team zusammenzuarbeiten oder gegebenenfalls zu überweisen. Es ist entscheidend, die Patienten zu sensibilisieren, dass ihre eigene Erkrankung kein Tabuthema ist und

Auswirkungen auf die Kindesentwicklung haben kann. Der Leitfaden soll systemisch integriert werden können und einen Nutzen für die Allgemeinmedizin bringen. Einerseits ermöglicht er dem Allgemeinmediziner, die Interventionsschritte selbst anzuwenden und zu diagnostizieren, und wenn die Ressourcen vorhanden sind, auch weiterführende diagnostische und präventive Schritte in die Wege zu leiten oder aber diese an ein gutes multiprofessionelles Helfernetz zu delegieren. Der Allgemeinmediziner kann sich aus den Punkten des Leitfadens die für ihn wichtig und passend erscheinenden Punkte heraussuchen, die ihm für den individuellen Fall am passendsten und erfolgversprechendsten erscheinen. Die Reihenfolge der einzelnen Interventionsschritte kann variieren und dient als Hilfestellung der Strukturierung der psychosozialen Unterstützungsmöglichkeiten. Jedoch gibt es bezüglich der Umsetzung und Wirkung dieses Leitfadens auch Einschränkungen. Einerseits ist es schwierig zu beurteilen, welche Unterstützung durch den Allgemeinmediziner wirklich notwendig ist, um Familien in einer solchen vulnerablen Phase bestmöglich zu unterstützen, und andererseits weiß man wenig darüber, wie die Vernetzung der Berufsgruppen untereinander aussieht, die die Voraussetzung für eine fundierte multiprofessionelle Zusammenarbeit wäre.

Aufklärung, Informations- und Wissensvermittlung, Psychoedukation

In der allgemeinmedizinischen Praxis stellt die Informations- und Wissensvermittlung einen entscheidenden Faktor in der biopsychosozialen Betreuung dar. Denn wie schon im Leitfaden erwähnt, zeigen die Ergebnisse der Resilienzforschung, dass eine alters- und entwicklungsadäquate Aufklärung der Kinder von psychisch kranken Eltern einen bedeutenden Schutzfaktor darstellt und mit einer erhöhten Resilienz einhergeht (vgl. Scherrmann et al., 1992).

Als effektiv erweist es sich, wenn der Hausarzt zuerst mit seinen Patienten über die psychische Erkrankung spricht und hier ausreichend informationsvermittelnde und psychoedukative Maßnahmen setzt, um sich danach in einem Einzelgespräch mit den betroffenen Kindern, nach Aufbau einer Vertrauensbasis und Anknüpfung am Wissensstand der Kinder, auf ihre Fragen, Sorgen und Ängste einzulassen.

Familiengespräch

Anknüpfend an die geführten Einzelgespräche stellt das Familiengespräch einen weiteren wichtigen Punkt in der Angehörigenarbeit dar. Mithilfe eines Familiengesprächs kann man die Tabuisierung der psychischen Erkrankung eines Elternteils in der Familie ein Stück weit minimieren, indem alle Betroffenen, vor allem aber die Kinder und Jugendlichen, mit einbezogen werden und auf ihre Befürchtungen und Probleme eingegangen wird. Nach der Wissensvermittlung ist häufig eine deutliche Entlastung seitens der Kinder und Jugendlichen spürbar, denn auch die Frage, ob sie denn Schuld an der Krankheit ihrer Eltern hätten, steht im Raum (vgl. Staets, 2011, S. 139). Wichtig erscheint es auch, auf die subjektiven Krankheitstheorien der Kinder und Jugendlichen einzugehen, um ein Verständnis für ihre Erlebenswelt zu bekommen und gegebenenfalls ihre Ängste durch Aufklärung über die Entstehung und die Psychopathologie der Erkrankung mindern zu versuchen.

Der Hausbesuch

Für den Allgemeinmediziner stellt ein Hausbesuch eine gute Möglichkeit dar, sich ein umfassendes biopsychosoziales Bild von der Familie und ihren Lebensumständen zu machen und eine bestmögliche medizinische Betreuung zu gewährleisten. Wie schon Ramey und Ramey (1993) beschrieben, kann die Erhaltung der physischen und psychischen Gesundheit effektiv durch den Hausbesuch herbeigeführt werden. Im Rahmen des Hausbesuchs bietet sich die Möglichkeit, das familiäre Klima wahrzunehmen, Einblicke in das familiäre Beziehungsmuster zu bekommen, mit der gesamten Familie in einen Dialog zu treten und ein ausführliches Gespräch zu führen. Nur im Idealfall ist in der allgemeinmedizinischen Praxis genügend Zeit, um den Patienten einen „präventiven Hausbesuch“ abzustatten. Die tägliche Betreuung sehr vieler Patienten schränkt die zeitlichen Ressourcen des Arztes massiv ein und erschwert so die Bedingungen für einen Hausbesuch. Jedoch ist zu bedenken, dass präventive Hausbesuche bei Patienten mit psychischen Erkrankungen möglicherweise auch die Zahl der Besuche in der Praxis verringern könnten.

Checkliste zur Risikoeinschätzung von Kindern psychisch kranker Eltern

Die Checkliste dient dem Hausarzt als gutes Instrument, um das Risiko von Kindern psychisch kranker Eltern einzuschätzen und um weitere Unterstützungsmaßnahmen in die Wege zu leiten. Die Checkliste kann gemeinsam mit den betroffenen Patienten ausgefüllt und besprochen werden und je nachdem, wie die Risikoeinschätzung ausfällt, kann es nötig werden, einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit dem Fall vertraut zu machen und weitere Interventionsschritte, eventuell in Form einer Helferkonferenz, einzuleiten.

Ressourcenförderung- Netzwerkkarte erstellen

Für den Allgemeinmediziner kann die Erstellung einer Netzwerkkarte zu einem tieferen Verständnis und zu weiteren Informationen bezüglich des psychosozialen Netzwerkes und der vorhandenen sozialen Ressourcen führen. Den betroffenen Kindern fehlt häufig eine Vertrauensperson außerhalb der eigenen Familie, weshalb es wichtig wäre, nach Personen im Umfeld zu suchen, die eine unterstützende Funktion übernehmen. Die Erstellung einer Netzwerkkarte bietet eine gute Basis für weitere Interventionsschritte, wie zum Beispiel der Rekrutierung eines multiprofessionellen Teams (Sozialarbeiter, Lehrer/Kindergartenpädagogen, Psychologen/Psychotherapeuten, Psychiater) in Form einer Helferkonferenz, um ein möglichst optimales, individuelles Präventionsprogramm für die Kinder und Jugendlichen von psychisch kranken Eltern zu schaffen. In diesem Fall könnte dem Hausarzt die Rolle des Koordinators dieses biopsychosozialen Netzwerkes zukommen, jedoch ist es wahrscheinlicher, dass die zuständigen Sozialarbeiter diese Rolle übernehmen, da dies eher in deren Tätigkeitsbereich fällt.

Resilienz-Landkarte

In die Praxis meistens schwer integrierbar, bietet sich für den Allgemeinmediziner jedoch im Idealfall bei zeitlichen Ressourcen die Möglichkeit, sich in das Thema psychisch kranker Eltern und deren Kinder zu vertiefen, sich auf der Homepage von KIDS STRENGTHS unter <http://www.strong-kids.eu/> zu registrieren und den Ressourcenpool mit den verschiedenen Modulen, wie zum Beispiel Informationen und Materialien zu den Themen der psychischen Verletzlichkeit eines Elternteils und den Folgen für die Kinder oder der Resilienzförderung der Kinder, zu nutzen. Des Weiteren besteht die Option, über E-Mail

Fragen zu stellen und die Resilienz-Landkarte zu verwenden. Die Resilienz-Landkarte gibt einen guten Überblick über die vorhandenen Ressourcen und Schutzfaktoren der Kinder und es besteht die Möglichkeit, anhand der Karte auf weitere Interventionsschritte, wie zum Beispiel die kindliche Ressourcenförderung, in Form einer Helferkonferenz, einzugehen.

Förderung der familiären Kommunikation

Es erscheint günstig, als Allgemeinmediziner mit psychotherapeutischer Ausbildung die Familie zu einer offenen Kommunikation über die psychische Erkrankung zu ermutigen, um dem Schweigen in der Familie über die Erkrankung, das häufig mit einer Tabuisierung der Erkrankung einhergeht, entgegenzuwirken. Als sinnvoll kann es sich erweisen, wenn der Allgemeinmediziner gemeinsam mit der betroffenen Familie die Regeln für eine gute familiäre Kommunikation bespricht, als gutes Vorbild vorgeht, als Rollenmodell dient, eventuell auch, wenn die Zeit vorhanden ist, trainiert und Informationen in Form einer kurzen Zusammenfassung der Regeln für Zuhause mitgibt, um so der Familie ein Handwerkszeug für eine gute innerfamiliäre Gesprächsführung zu geben.

Unterstützende informative Maßnahmen

Wirkungsvoll erweist sich ebenso die Vermittlung von Informationsmaterial und ausgewählten Internet-Adressen, um den Eltern und auch den Kindern auf diesem Weg die Möglichkeit zu bieten, sich auf fach einschlägigen Seiten über die psychische Erkrankung ausreichend selbstständig informieren zu können, mit dem Ziel, so auch den Patienten Verantwortung für den Umgang mit ihrer psychischen Erkrankung zu geben und eine gute Basis für das informationsvermittelnde Gespräch zu schaffen. Wichtig ist, den aktuellen Wissensstand der Patienten zu erfragen und dort mit dem Gespräch anzusetzen. In Anbetracht der zeitlichen Ressourcenknappheit des Hausarztes kann die Vorinformation der Patienten das Gespräch eventuell verkürzen.

Ausgewählte unterstützende Internet Adressen:

- [Verein JoJo- Kindheit im Schatten](http://www.jojo.or.at/)

<http://www.jojo.or.at/>

- KIDS STRENGTHS- Kids in the context of mental disorders
<http://www.strong-kids.eu/>
- Netz und Boden- Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern
<http://www.netzundboden.de/>
- SINN Evaluation
<http://www.sinn-evaluation.at/>
http://www.sinn-evaluation.at/download/Folder_SINN_2010.pdf
Folder zu den „Vergessenen Kindern“ siehe Anhang

Helferkonferenz

Als weiterer wichtiger Punkt der Möglichkeiten der Intervention des Allgemeinmediziners erscheint im Idealfall die Einberufung einer „Helferkonferenz“, bei der die Eltern sowie die beteiligten Helfer (Ärzte, Lehrer/ Kindergartenpädagogen, Sozialarbeiter) eingeladen werden, um gemeinsam anhand der Resilienz-Landkarte, der Checkliste zur Risikoeinschätzung und, wie schon im Kapitel Ressourcenförderung beschrieben, der Netzwerkkarte nach gemeinsamen Lösungswegen zu suchen und die weiteren Handlungsschritte für die betroffenen Kinder und Jugendlichen in die Wege zu leiten. Fraglich ist jedoch, ob sich das Modell der Helferkonferenz in den Praxisalltag eines Allgemeinmediziners mit bis zu 80 Patienten am Tag gut integrieren und realisieren lässt.

8 Konklusion

*„Kinder von psychisch kranken Eltern haben dann gute Entwicklungschancen, wenn Eltern, Angehörige und Fachleute lernen, in sinnvoller und angemessener Weise mit der Erkrankung umzugehen, und wenn sich die Patienten und ihre Kinder auf tragfähige Beziehungen stützen können“
(Mattejat & Lisofsky, 1998 zit. n. Schmitt-Schäfer, o.J.).*

Im Zuge der Literaturrecherche wurde deutlich, dass sich bereits viele Studien mit dem Thema Kinder von psychisch kranken Eltern befassen, jedoch noch immer das Hauptaugenmerk auf der Behandlung der Eltern liegt. Viel zu selten wird gezielt nach den Angehörigen, im Besonderen nach den Kindern und deren Leidensdruck, gefragt, geschweige denn werden präventive Maßnahmen für diese vulnerable Risikogruppe in die Wege geleitet. Dabei zeigen die Ergebnisse vieler Studien, dass frühzeitige Präventionsmaßnahmen, Resilienz- und Ressourcenförderung bedeutende Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern darstellen und das Risiko minimieren, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln.

Damit Ärzte, besonders Allgemeinmediziner, eine gute biopsychosoziale Betreuung gewährleisten können, ist es nötig, 1. eine psychosoziale Zusatzausbildung, zum Beispiel in Form der PSY-Diplome der österreichischen Ärztekammer, zu absolvieren, um so mit besonderer Aufmerksamkeit die häufig noch unentdeckten psychischen Erkrankungen der Patienten zu erkennen und ansprechen zu können. 2. ist eine enge Zusammenarbeit und Vernetzung mit Psychologen, Psychotherapeuten und Fachärzten der Psychiatrie unumgänglich und 3. kann es auch notwendig werden, mit Behörden, wie zum Beispiel dem Jugendamt, zusammenzuarbeiten und zu kooperieren. Das Jugendamt muss informiert werden, wenn das Wohl des Kindes gefährdet ist, wie es zum Beispiel bei schweren psychischen Erkrankungen der Eltern in Form von Vernachlässigung der Pflege und Erziehung der Fall sein kann, und setzt Maßnahmen zum Schutz der Kinder und Jugendlichen.

Ich würde mir wünschen, dass in Zukunft vor allem Allgemeinmediziner besonders sensibel, achtsam und mit speziellem Augenmerk auf die Situation der Kinder von psychisch kranken Patienten eingehen und im Zuge der biopsychosozialen Betreuung weitere Präventionsschritte, in Form des erstellten Leitfadens, in die Wege leiten.

9 Literaturverzeichnis

Antonovsky, A., 1993. Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A. & Broda, M. (Hg.): *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Tübingen: dgvt.

Antonovsky, A. & Franke, A., (Hg.) 1997. *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.

Beardslee, W.R., Wright, E., Salt, P. & Drezner, K., 1997. Examination of children's response to two intervention strategies over time. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36. 196-204.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G., 1994. *Kognitive Therapie der Depression*. 4. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Beelmann, A., 2006. Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse und Implikationen der integrativen Erfolgsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 35 (2), 151-162.

Bender, D. & Lösel, F., 1998. Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen. Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- versus pathogenetische Ansätze. In: Margraf, J., Neumer, S. & Siegrist, J. (Hg.): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. (S. 119-145). Berlin: Springer.

Bengel, J., Strittmacher, R. & Willmann, H., 2001. *Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert*. Erweiterte Neuauflage. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung 6. Köln: BZgA.

Brisch, K.H., 2008. Diagnostik und Intervention bei frühen Bindungsstörungen. In: Opp, G. & Fingerle, M. (Hg.): *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. (S. 57-78). 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt.

Brisch, K.H., 2009. *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. 9. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Canino, G., 1990. Children of parents with psychiatric disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29, 409-416.

De Gruyter, W., 2011. *Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch*. [online] <<http://han.medunigraz.at/han/Pschyrembel/www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?col=Pschyrembel>> [Stand: 13.12.2011]. Berlin: De Gruyter.

derStandard.at, 2011. *Kinder psychisch kranker Eltern leiden*. [online] 29.07.11. <<http://derstandard.at/1311802250083/Diagnoseinstrument-Kinder-psychisch-kranker-Eltern-leiden>> [Stand: 07.12.2011].

Downey, G. & Coyne, J.C., 1990. Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin* 108. 50-76.

Egeland, B., 2002. Ergebnisse einer Langzeitstudie an Hoch-Risiko-Familien – Implikationen für Prävention und Intervention. In: Brisch, K.H., Grossmann, K.E., Grossmann, K. & Köhler, L. (Hg.): *Bindung und seelische Entwicklungswege – Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. (S. 305-324). Stuttgart: Klett-Cotta.

Egger, J.W., o. J. *Das Professionelle ärztliche Gespräch- Faktoren der Arzt- Patienten-Kommunikation. Track Kommunikation – Supervision – Reflexion (KSR)- Einführung in KSR1 „psychosoziale und psychosomatische Medizin“*.

Faltermaier, T., 2005. *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Farrell Erickson, M., 2002. Bindungstheorie bei präventiven Interventionen. In: Brisch, K.H., Grossmann, K.E., Grossmann, K. & Köhler, L. (Hg.): *Bindung und seelische Entwicklungswege– Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. (S. 289-303). Stuttgart: Klett-Cotta.

Fingerle, M., 2000. Vulnerabilität. In: Borchert, J. (Hg.): *Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie* (S. 287-293). Göttingen: Hogrefe.

Fröhlich-Gildhoff, K., 2007. *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M., 2009. *Resilienz*. München: Ernst Reinhard.

Fthenakis, W.E., 2001. *Resilienzforschung*.
<http://www.fzpsa.de/paedpsych/Fachartikel/trauma-bindung-und-vernachlaessigung/Traumaforschung/Fthenakis_Resilienz> [Stand: 27.02.2011].

Görlitz, G., 2009. *Psychotherapie für Kinder und Jugendliche: Erlebnisorientierte Übungen und Materialien*. Band 174 von Leben lernen. 4. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Grawe, K. & Grawe-Gerber, M., 1999. Ressourcenaktivierung- Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2. 63-73.

Greenberg, M.T., Domitrovich, C. & Bumbarger, B., 2000. *Preventing mental disorders in school-aged children. A review of the effectiveness of prevention programs*. Prevention Research center for the Promotion of Human Development. University Park, PA: Pennsylvania State University.

Grotberg, E.H., 1995. *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. <<http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb95b.html>> [Stand: 31.3.2004].

Hammann, H., 2010. *Die Vergessenen Kinder- Ö1 Dimensionen*. oe1.orf.at, [online] 01.06.2010. <<http://oe1.orf.at/programm/231174>> [Stand: 04.12.2011].

Haselbacher, C., 2010. *67.000 Kinder in Österreich betroffen*. orf.at, [online] 30.05.2010. <<http://noev1.orf.at/stories/446243>> [Stand: 17.12.2011].

Hautzinger, M., 2006. Kognitive Verfahren. In: Batra, A., Wassmann, R., Buchkremer G., (Hg.): *Verhaltenstherapie: Grundlagen - Methoden – Anwendungsgebiete*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Heinrichs, N., Saßmann, H., Hahlweg, K. & Perrez, M., 2002. Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. *Psychologische Rundschau* 53 (4), 170-183.

Hill, R., 1949. *Families under stress*. New York: Harper.

Holtmann, M. & Schmidt, M., 2004. Resilienz im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung* 13 (4), 195-200. Göttingen: Hogrefe.

Höfer, R., Keupp, H. & Straus, F., 2006. Prozesse sozialer Verortung in Szenen und Organisationen- Ein netzwerkorientierter Blick auf traditionale und reflexiv moderne Engagementformen (S. 267-294). In: Hollstein, B., & Straus, F. (Hg.): *Qualitative Netzwerkanalyse: Konzepte, Methoden, Anwendungen*. Wiesbaden: VS Verlag.

Horkheimer, M., 1985. *Gesammelte Schriften. Band 7*. Frankfurt am Main: Fischer.

Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J., 2004. *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Lehrbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Huber.

Hüther, G., 2001. *Biologie der Angst*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Kids Strenghts, 2011. <<http://www.strong-kids.eu/>> [Stand: 05.12.2011].

Klauer, T., 2005. Psychotherapie und soziale Unterstützung. *Psychotherapeut* 6. 425-436.

Kuhn, J. & Lenz, A., 2008. Coping bei Kindern schizophoren erkrankter Eltern- eine täuschend gute Bewältigung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 10. 735-756.

Kumpfer, K.L., 1999. Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. In: Glantz, M.D. & Johnson, J.L. (Eds.): *Resilience and development: Positive life adaptations*. (p. 179-224). New York: Kluwer Academic/Plenum Publisher.

Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M.H., 1992. Psychisch auffällige Eltern. Risiken für die kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter? *Zeitschrift für Familienforschung* 4. 22-48.

Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M.H., 1997. Wovor schützen Schutzfaktoren? Anmerkungen zu einem populären Konzept der modernen Gesundheitsforschung. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 29. 260-270.

Laucht, M., 1999. Risiko- vs. Schutzfaktor. Kritische Anmerkungen zu einer problematischen Dichotomie. In: Opp, G. & Fingerle, M. (Hg.): *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. (S. 303-314). München: Ernst Reinhardt.

Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M.H., 1999. Was wird aus Risikokindern? Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie im Überblick. In: Opp G., Fingerle M. & Freytag, A. (Hg.): *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 71-93). München: Ernst Reinhardt.

Laucht, M., Schmidt, M.H. & Esser, G., 2000. Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Frühförderung interdisziplinär* 3. 97-108.

Lazarus, R.S. & Launier, R., 1981. Streßbezogene Transaktionen zwischen Personen und Umwelt. In: Nitsch, J.R. (Hg.): *Streß: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213-259). Bern: Huber.

Lazarus, R.S. & Folkman, S., 1984. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lenz, A., 2005. *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.

Lenz, A., 2010. *Ressourcen fördern - familienorientierte Interventionen bei psychisch kranken Eltern und ihren Kindern*. Vortrag auf der Fachtagung „Psychisch kranke Eltern- Wer hilft den Kindern?“ [online], 18.03.2010. <http://www.mais.nrw.de/08_PDF/002/Psychiatrie_-_Tagung_Rheine/Vortrag_Prof__Lenz.pdf> [Stand: 13.12.2011].

Lenz, A. & Kuhn, J., 2011. Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In: Wiegand-Grefe, S., Matzejat, F. & Lenz, A. (Hg.): *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung*. (S. 269-298). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Linden, M., Maier, W., Achberger, M., Herr R, Helmchen, H. & Benkert, O., 1996. Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. *Nervenarzt* 67. 205–215.

Lösel, F. & Bliesener, T., 1990. Resilience in adolescence: A study on the generalizability of protective factors. In: Hurrelmann, K. & Lösel, F. (Eds.): *Health hazards in adolescence*. (p. 299-320). Berlin/New York: De Gruyter.

Lösel, F., 1994. Resilience in childhood and adolescence. *Children Worldwide* 21. 8-11.

Lösel, F. & Bender, D., 2008. Von generellen Schutzfaktoren zu spezifischen protektiven Prozessen. In: Opp, G. & Fingerle, M. (Hg.): *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. (S. 57-78). 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt.

Luthar, S.S. & Cushing, G., 1999. Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview. In: Glantz, M.D. & Johnson, J.L. (Eds.) *Resilience and development: Positive life adaptations* (p. 129-160). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Masten, A.S. & Coatsworth, J.D., 1998. The development of competence in favorable and unfavorable environments. Lessons from research on successful children. *American Psychologist* 53 (2). 205-220.

Masten, A.S., 2001. Ordinary magic: Resilience process in development. *American Psychologist* 56 (3). 227-238.

Masten, A.S. & Powell, J.L., 2003. A resilience framework for research, policy, and practice. In: Luthar, S.S. (Ed.): *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (p. 1-25). New York: Kluwer Academic/Plenum.

Mattejat, F. & Lisofsky, B. 1998. *Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker*. Bonn: Balance Buch+ Medien.

Mattejat, F., Wüthrich, C. & Remschmidt, H., 2000. Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. *Nervenarzt* 71. 164-172.

Mattejat, F., Lenz, A. & Wiegand-Grefe, S., 2011. Kinder psychisch kranker Eltern- Eine Einführung in die Thematik. In: Wiegand-Grefe, S., Mattejat, F. & Lenz, A. (Hg.): *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung*. (S. 13-24). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Neubauer, S., 2011. *Resilienzkarte soll kindliche Ressourcen aufzeigen*. ent-scheidung.at [online], 30.08.2011. <<http://www.ent-scheidung.at/?id=2500,5028599>> [Stand: 05.12.2011].

Netz und Boden, 2011. EU- Projekt „Kids Strenghts“- Infolyer zum Projekt für Fachkräfte. [www.Netz-und-Boden.de](http://www.netz-und-boden.de) [online]. <http://www.netz-und-boden.de/fileadmin/content/pdf/Flyer_Kids-Strenghts_-_Gesundheitswesen.pdf> [Stand: 14.12.2011].

Niebank, K. & Petermann, F. 2000. Grundlagen und Ergebnisse der Entwicklungspsychopathologie. In: Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie. (S. 57-94). 4. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Noack, R. H., 1997. Salutogenese: Ein neues Paradigma in der Medizin? In: Bartsch, H.H. & Bengel, J. (Hg.): *Salutogenese in der Onkologie* (S. 88–105). Basel: Karger.

Oe1.orf.at, 2010. *Die Vergessenen Kinder- Ö1 Dimensionen*. oe1.orf.at, [online] 01.06.2010. <<http://oe1.orf.at/programm/231174>> [Stand: 04.12.2011].

Petermann, F., 1997. Klinische Kinderpsychologie - Begriffsbestimmung und Grundlagen. In: Petermann, F. (Hg.): *Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Erklärungsansätze und Interventionsverfahren* (S. 1-14). Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F., 2003. Prävention von Verhaltensstörungen- Eine Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung* 12 (2). 65-70.

Petermann, F., Niebank, K. & Scheithauer, H., 2004. *Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie- Genetik- Neuropsychologie*. Berlin/Heidelberg: Springer.

Petermann, F. & Schmidt, M.H., 2006. Ressourcen- ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie. *Kindheit und Entwicklung* 15 (2). 118-127. Göttingen: Hogrefe.

Pretis, M., 2010. *Die Vergessenen Kinder- Ö1 Dimensionen*. oe1.orf.at, [online] 01.06.2010. <<http://oe1.orf.at/programm/231174>> [Stand: 04.12.2011].

Ramey, C.T. & Ramey, S.L., 1993. Home visiting programs and the health and development of young children. *Future of children* 3. 129-139.

Rakel, R.E. 1978. *Psychosoziale Wahrnehmungen beim Hausbesuch*. a.a.O.

Remschmidt, H. & Mattejat, F., 1994. *Kinder psychotischer Eltern*. Göttingen: Hogrefe.

Retzlaff, R., Eickhorst, A. & Cierpka, M., 2011. Familienforschung in der Prävention belasteter Kinder- ein Überblick. In: Wiegand-Grefe, S., Mattejat, F. & Lenz, A. (Hg.): *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung*. (S. 333-356). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Röckel, S., 2010. *Die Vergessenen Kinder- Ö1 Dimensionen*. oe1.orf.at, [online] 01.06.2010. <<http://oe1.orf.at/programm/231174>> [Stand: 04.12.2011].

Romer, G., Möller, B. & Wiegand-Grefe, S., 2011. „Wenn Eltern zerstörbar werden...“- Kinder kranker Eltern als Zielgruppe seelischer Gesundheitsvorsorge: Eine Zukunftsherausforderung für die Medizin. In: Wiegand-Grefe, S., Mattejat, F. & Lenz, A. (Hg.): *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung*. (S. 27-43). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Rutter, M., 1990. Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: Rolf, J., Masten, A., Cicchetti, D., Nuechterlein, K. & Weintraub, S. (Eds.): *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. (p. 181-214). Cambridge: Cambridge University Press.

Scheithauer, H. & Petermann, F., 1999. Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung* 8 (1). 3-14. Göttingen: Hogrefe.

Scheithauer, H., Petermann, F. & Niebank, K., 2000. Frühkindliche Entwicklung und Entwicklungsrisiken. In: Petermann, F., Niebank, K., Scheithauer, H. (Hg.): *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre*. (S. 15-38). Göttingen: Hogrefe.

Scherrmann, T., Seitzer, H.U., Rutow, R. & Vieten, C., 1992. Psychoedukative Angehörigengruppe zur Belastungsreduktion und Rückfallprophylaxe in Familien schizophrener Patienten. *Psychiatrische Praxis* 19. 66-71.

Schmitt-Schäfer, T., o.J. *Checkliste zur Risikoeinschätzung von Kindern psychisch kranker Eltern für Fachleute aus der Jugendhilfe und Psychiatrie*. [www.Netz-und-Boden.de](http://www.netz-und-boden.de) [online]. <http://www.netz-und-boden.de/fileadmin/content/pdf/Checkliste_Risikoeinschaetzung.pdf> [Stand: 14.12.2011].

SINN Evaluation, 2011a. <http://www.sinn-evaluation.at/download/Resilienzlandkarte_Beispiel.pdf> [Stand: 05.12.2011].

SINN Evaluation, 2011b. <http://www.sinn-evaluation.at/download/Resilienzlandkarte_ausgefuehlt.pdf> [Stand: 05.12.2011].

SINN Evaluation, 2011c. <http://www.sinn-evaluation.at/download/Folder_SINN_2010.pdf> [Stand: 14.12.2011].

Smokowski, P.R., 1998. Prevention and intervention strategies for promoting resilience in disadvantaged children. *Social Service Review* 72. 337-364.

Spangler, G. & Zimmermann, P., 1999. Bindung und Anpassung im Lebenslauf: Erklärungsansätze und empirische Grundlage für Entwicklungsprognosen. In: Oerter, R., Röper, G. & von Hagen, C. (Hg.): *Lehrbuch der Klinischen Entwicklungspsychologie* (S. 170-190). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Staets, S., 2011. KIPKEL- Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern. In: Wiegand-Grefe, S., Mattejat, F. & Lenz, A. (Hg.): *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung*. (S. 133-142). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Sturm, E. & Sturm, M. 2006. Hausbesuch und Hauskrankenpflege: Soziale und ökologische Ressourcen erkennen und einsetzen. In: Sturm, E., Bahrs, O., Dieckhoff, D., Göpel, E. & Sturm, M. (Hg.): *Hausärztliche Patientenversorgung: Konzepte- Methoden- Fertigkeiten*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Suess G.J., Grossmann, K.E. & Sroufe, L.A., 1992. Effects of infant attachment to mother and father on quality of adaptation in preschool: From dyadic to individual organization of self. *International Journal of Behavioral Development* 15. 43-65.

Tienari, P., 1987. Genetic and psychosocial factors in schizophrenia: The Finnish adoptive family study. *Schizophrenia Bulletin* 13. 477-484.

Tönnies, H., 1981. *Der Hausbesuch des Allgemeinarztes*. Stuttgart: Hippokrates.

Tress, W., Reister, G. & Gegenheimer, L., 1989. Mental health inspite of stressful childhood. In: Brambring, M., Lösel, F. & Skrowronek, H. (Eds.): *Children at risk: Assessment, longitudinal research, and intervention* (p. 173-185). Berlin: De Gruyter.

Walsh, F., 1996. The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family Process* 35. 261-281.

Walsh, F., 2003. Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process* 42. 1-18.

Welter-Enderlin, R., 2006. Resilienz aus der Sicht von Beratung und Therapie. In: Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand, B. (Hg.) *Resilienz- Gedeihen trotz widriger Umstände*. Heidelberg: Carl-Auer.

Werner, E.E., 2006. Wenn Menschen trotz widriger Umstände gedeihen- und was man daraus lernen kann. In: Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand, B. (Hg.): *Resilienz- Gedeihen trotz widriger Umstände*. (S. 28-42). Heidelberg: Carl-Auer.

Werner, E.E., 2008. Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: Opp G., Fingerle M. & Freytag, A. (Hg.): *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 20-31). 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt.

Wiedemann, P. & Buchkremer, G., 1996. Familientherapie und Angehörigenarbeit bei verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen. *Nervenarzt* 67. 524-544.

Wien, S., Bergmann, F., Niebling, W. & Schneider, F., 2008. Grundlagen. In: Schneider, F. & Niebling, W. (Hg.): *Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis*. Heidelberg: Springer.

Wustmann, C., 2007. Resilienz. In: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hg.): *Auf den Anfang kommt es an: Perspektiven für eine Neuorientierung frühkindlicher Bildung*. Bildungsforschung Band 16. Bonn/Berlin: DZ Online Redaktion.

Wustmann, C., 2009. *Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*. 2. Auflage. Berlin/Düsseldorf: Cornelsen.

10 Anhang

10.1 Checkliste zur Risikoeinschätzung

Checkliste zur Risikoeinschätzung von Kindern psychisch kranker Eltern für Fachleute aus der Jugendhilfe und Psychiatrie

Einleitung

„Kinder von psychisch kranken Eltern haben dann gute Entwicklungschancen, wenn Eltern, Angehörige und Fachleute lernen, in sinnvoller und angemessener Weise mit der Erkrankung umzugehen, und wenn sich die Patienten und ihre Kinder auf tragfähige Beziehungen stützen können.“¹

(...) Ein hoher Anteil von Unterbringungen in Pflegefamilien und Heimen wird mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils begründet. Präventive Maßnahmen zur Unterstützung der Eltern und ihrer Kinder könnten dies zumindest teilweise verhindern. Hiervon kann auch die Psychiatrie profitieren: Die Angst vor dem Jugendamt behindert Eltern oftmals, niedrighschwellige und sie unterstützende Hilfen in Anspruch zu nehmen. Von Krankheit betroffene Menschen werden somit weiter be- und nicht entlastet.

Die Zusammenarbeit von Erziehungs- und Jugendhilfe auf der einen Seite mit den Einrichtungen und Diensten psychiatrischer Versorgung ist eine der Voraussetzungen, damit präventive Maßnahmen in Gang gesetzt werden können. Zum zweiten braucht es aber auch eines Verfahrens der Risikoeinschätzung: Wann sind Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern erforderlich? Welche Sachverhalte sollten dazu führen, damit sich der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin mit dem zuständigen Jugendamt in Verbindung setzt oder die Sozialarbeiterin oder der Sozialarbeiter beim Sozialpsychiatrischen Dienst eine Fallbesprechung mit Jugendamt und Psychiatrie initiiert? Wie können die Beteiligten erkennen, dass sie ihren Informationsbedarf nur in einem klärenden Gespräch mit anderen Beteiligten decken können? Schließlich: Welche Kriterien sind hilfreich, um zwischen den Beteiligten, also den professionellen Helfern und den betroffenen Eltern und ggfls. den Kindern zu einer gemeinsamen Problemsicht zu gelangen, damit helfende Maßnahmen entwickelt, abgestimmt und umgesetzt werden können?

Im Rahmen eines Modells des Dachverbandes psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V., Bonn zur Situation der Kinder psychisch kranker Eltern im Landkreis Birkenfeld, Rheinland-Pfalz wurde das Bedürfnis nach einer „Checkliste zur Risikoeinschätzung“ formuliert und bearbeitet. Der Leiter der psychiatrischen Abteilung in Idar-Oberstein, Herr Dr. Laufs und der Leiter des Jugendamtes Birkenfeld, Herr Löffler haben eine solche Checkliste entwickelt. Die Arbeitsgruppe wurde von Thomas Schmitt-Schäfer, TRANSFER – Unternehmen für soziale Innovation- begleitet.

Gebrauchsanweisung

Die Checkliste ist in vier Bereiche gegliedert. Unter A. werden einige Daten zu den Kindern des Erkrankten erfragt. Informationen zur Erkrankung des Elternteils bzw. der Eltern werden unter B gesammelt. Hier erfolgt bereits eine Risikoeinschätzung nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Literatur. Unter C. sind Fragen zusammengefasst, die sich auf die Risikoeinschätzung bedeutsamer psychosozialer Variablen beziehen und D. beinhaltet Kindvariablen. Bitte kreuzen Sie in dem entsprechenden Feld „Ja“ oder „Nein“ an. Sie finden in einzelnen Feldern die Ziffern A, B, C, D. Diese Ziffern dienen zur Einschätzung des Risikos der jeweiligen Variable.

A = sehr hohes Risiko

B = hohes Risiko

C = mittleres Risiko

D = geringes Risiko

Besprechen Sie die einzelnen Fragestellungen mit der Familie oder nahestehenden Personen.

Orientierungshilfen und Vorschläge zur weiteren Vorgehensweise finden Sie im Anschluss an die Liste der Variable. Diese Checkliste ist kein wissenschaftlich geprüftes, valides Verfahren. Es wurde aus der Praxis heraus für die Praxis entwickelt.

¹ Matzejat, F., Lisofsky, Beate (Hg.): ... nicht von schlechten Eltern, Bonn 1998

A. Grunddaten

Name des Kindes bzw. der Kinder?	Alter ¹	Geschlecht bitte ankreuzen		Kindergarten/Schulbesuch/Ausbildungsplatz	
		männlich	weiblich	nein	ja

B. Risikoeinschätzung Elternvariablen

Leidet der erkrankte Elternteil		nein	ja
		Bitte ankreuzen	
1	an einer Schizophrenie? ²		B
2	an einer Depression? ³		B
3	an einer manisch-depressiven Erkrankung? ⁴		C
4	an einer Persönlichkeitsstörung (Borderline-Syndrom)?		D

5	Ist die Mutter erkrankt? ⁵		B
6	Ist der Vater erkrankt?		D
7	Sind beide Elternteile erkrankt? 6		A
8	Sind andere Familienmitglieder psychisch erkrankt? ⁷		D
9	Ist die Erkrankung in der Vergangenheit schon einmal aufgetreten? ⁸		D
10	Handelt es sich um einen chronischen Krankheitsverlauf?		C
11	Bestand die Krankheit schon vor der Geburt des Kindes bzw. der Kinder oder trat die Erkrankung unmittelbar nach der Geburt eines Kindes auf?		C

12	Geht mit der Erkrankung ein Ausfall der Alltagsversorgung des Kindes bzw. der Kinder einher?		A
13	Wird die Erkrankung vom Patienten bzw. der Patientin verleugnet oder der Partnerin bzw. dem Partner verleugnet? ⁹		B
14	Besteht eine Fixierung auf die Erkrankung?		C

15	Gibt es Partner- bzw. Eheprobleme?		D
16	Ist der erkrankte Elternteil alleinerziehend?		D
17	Gibt es Personen im familiären System, die den erkrankten Elternteil in Krankheitsverarbeitung und Weiterentwicklung behindern?		D
18	Beschreibt der erkrankte Elternteil die Beziehung zum Kind bzw. zu den Kindern negativ?		D
19	Verhält sich der erkrankte Elternteil zum Kind bzw. zu den Kindern abweisend und entwertend?		D
20	Verhält sich der erkrankte Elternteil zum Kind bzw. zu den Kindern überfürsorglich und bevormundend?		D
21	Verhält sich der erkrankte Elternteil zum Kind bzw. zu den Kindern teilnahmslos und desinteressiert?		C
22	Hat der erkrankte Elternteil das Kind bzw. eines der Kinder produktiv in das eigene Wahnsystem integriert?		C

B. Risikoeinschätzung Psychosoziale Variablen

Nr.		nein	ja
		Bitte ankreuzen	
23	Lebt die Familie in gesicherten wirtschaftlichen Verhältnissen?	B	
24	Gibt es ein Arbeitseinkommen?	C	
26	Bezieht Ihre Patientin bzw. Ihr Patient Sozialhilfe?		D
27	Ist die Familie in den letzten 2 Jahren umgezogen?		D
28	War mit einem solchen Umzug ein Schulwechsel für ein Kind verbunden?		C
29	Hat die Familie regelmäßigen Kontakt zu Freunden oder Menschen aus der Nachbarschaft?	B	
30	Hat die Familie Verwandte, Freunde, Menschen aus der Nachbarschaft, die kurzfristig unterstützend helfen können?	B	
31	Hat die Familie Verwandte, Freunde, Menschen aus der Nachbarschaft, die für längere Zeit in der Alltagsversorgung (Nahrung, Körperpflege, Betreuung) helfen können?	D	
32	Ist ein Familienmitglied in einem Verein, kirchlichen Gruppen etc. aktiv?	D	
33	Nimmt ein Familienmitglied an (kulturellen) Veranstaltungen (Dorffeste, Schulfeiern etc.) teil?	D	
34	Wird innerhalb der Familie offen über die Erkrankung geredet?	A	
35	Wissen Verwandte über die Erkrankung Bescheid?	C	
36	Ist der Kindergarten bzw. die Schule des Kindes über die Erkrankung in der Familie informiert?	D	
37	Befindet sich der erkrankte Elternteil in psychiatrischer Behandlung oder wird er von einem ambulanten Dienst betreut?	D	

C. Risikoeinschätzung Kindvariablen

Anzahl	Alter und Geschlecht des Kindes bzw. der Kinder? ¹⁰	Alter	Bitte ankreuzen	
			männlich	weiblich

	Besucht das Kind bzw. besucht eines der Kinder	nein	ja
		Bitte ankreuzen	
	den Kindergarten ?		
	die Schule ?		
	einen Ausbildungsplatz ?		

Nr.		nein	ja
		Bitte ankreuzen	
38	Hat das Kind oder eines der Kinder den Verlust oder die Trennung (Tod, Trennung, Einweisung in ein Heim) von wichtigen Bezugspersonen erlebt?		A
39	Ist die Beziehung des Kindes bzw. der Kinder zum gesunden Elternteil tragfähig, vermittelt sie Sicherheit und Kontinuität?	A	
40	Hat das Kind bzw. eines der Kinder eine tragfähige Beziehung zu einer Bezugsperson außerhalb des engeren Familienkreises aufbauen können?	B	
41	Gibt es Konflikte zwischen einer außenstehenden Bezugsperson des Kindes bzw. eines der Kinder und Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten oder seinem bzw. ihrem Partner?		C
42	Fühlt sich das Kind bzw. eines der Kinder für die Erkrankung des Elternteils mitverantwortlich (schuldig)?		B
43	Übernimmt das Kind bzw. eines der Kinder Zuschreibungen aus dem Wahnsystem des erkrankten Elternteils?		B
44	Übernimmt das Kind bzw. eines der Kinder Elternfunktionen wie Versorgung des Haushalts oder die Betreuung von Geschwistern?		C
45	Hat das Kind bzw. haben die Kinder Freunde oder Spielkameraden?	B	
46	Hat das Kind bzw. die Kinder Kontakt zu Nachbarn?	D	
47	Besucht das Kind bzw. die Kinder regelmäßig die Schule, den Kindergarten, den Ausbildungsplatz?	C	
48	Wurde seitens des Kindergartens, der Schule oder vom Arbeitsplatz von Auffälligkeiten wie sozialem Rückzug, Abbruch von Kontakten, Leistungsabfall berichtet?		B
49	Wurde seitens des Kindergartens, der Schule oder vom Arbeitsplatz ein psychosozialer Fachdienst wie Kinderfrühförderung, schulpsychologischer Dienst, Beratungsstelle o.ä. eingeschaltet?	C	
50	Stottert das Kind bzw. eines der Kinder oder wird eine andere Sprach- oder Sprechstörung bemerkt? Falls zutreffend: wird eine Lese- oder Rechtschreibstörung bemerkt?		C
51	Werden beim Kind eine Aufmerksamkeits- oder Aktivitätsstörungen beobachtet?		C
52	Werden beim Kind oder einem der Kinder ein extremes Maß an Streiten oder Tyrannisieren, Grausamkeit gegenüber anderen Personen oder Tieren beobachtet?		B
53	Werden beim Kind oder einem der Kinder eine erhebliche Destruktivität, Feuerlegen, Stehlen, häufiges Lügen, ungewöhnlich häufige und schwere Wutausbrüche und Ungehorsam beobachtet?		C
54	Ist das Kind bzw. eines der Kinder schon einmal von zu Hause weggelaufen?		B
55	Hat sich das Kind oder eines der Kinder schon einmal absichtlich selbst verletzt? Wurde schon einmal suizidales Verhalten beobachtet?		B
56	Leidet das Kind bzw. eines der Kinder an für das Entwicklungsalter untypischen Einnässen oder Einkoten?		C
57	Wird das Kind bzw. eines der Kinder als überängstlich, furchtsam, still, in sich gekehrt oder anklammernd erlebt?		C
58	Werden beim dem Kind bzw. einem der Kinder Verwahrlosungstendenzen beobachtet?		B
59	Wird beim dem Kind bzw. einem der Kinder eine andere Auffälligkeit beobachtet oder beschrieben?		D

D. Auswertung

Nachdem Sie die Liste bearbeitet haben, ermitteln Sie bitte die Häufigkeit der von ihnen angekreuzten Ziffern und tragen sie in nachstehende Tabelle ein.

Risikoeinschätzung	Anzahl der in der Checkliste vorhandenen Ziffern	Häufigkeit der ermittelten Ziffern
A	5	
B	16	
C	18	
D	19	

Mit der Häufigkeit der Nennungen steigt das Risiko der Kinder, selbst zu erkranken oder andere Beeinträchtigungen davonzutragen. Hierbei beachten Sie bitte die qualitativen Abstufungen, die mit den unterschiedlichen Ziffern verbunden sind.

Die konkreten Angebote und Leistungen in der psychiatrischen Versorgung sind in den einzelnen Regionen unterschiedlich ausgestaltet. Es ist schon aus diesem Grund nicht möglich, die Durchführung einzelner Maßnahmen vorzuschlagen. Sind Sie zu dem Ergebnis gekommen, dass im konkreten Einzelfall eine Gefährdung für das Kind vorliegt, so empfehlen wir Ihnen das Gespräch mit dem behandelnden Facharzt bzw. dem betreuenden ambulanten Dienst. Befindet sich der erkrankte Elternteil in teilstationärer oder stationärer psychiatrischer Behandlung, wenden sie sich dort bitte an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

In vielen Fällen wird eine solche Information und eine entsprechende Abstimmung genügen können. Es kann aber auch erforderlich werden, die Situation des Kindes bzw. der Kinder im Rahmen einer Fallkonferenz aller mit der betroffenen Familie befassten Dienste zu thematisieren und gemeinsam Lösungen zu suchen.

¹ Je jünger das Kind zum Zeitpunkt des Ausbruchs der Erkrankung, desto größer das Risiko.

² Nach vorliegenden Forschungsergebnissen sind Kinder schizophrener Eltern besonders gefährdet. Die Wahrscheinlichkeit, als Kind schizophrener Eltern selbst zu erkranken, liegt bei 10% - 15 % im Vergleich mit einem allgemeinen Lebenszeitrisiko von 1 %. Zahlreiche Untersuchungen liefern Hinweise für Auffälligkeiten im kognitiven und emotionalen Bereich sowie auf Störungen des Sozialverhaltens und den Beziehungen zu Gleichaltrigen.

³ Nach Studien, in denen Kinder bipolar und unipolar Erkrankter persönlich untersucht worden sind, waren Kinder schizophrener oder unipolar erkrankter Eltern am leichtesten ablenkbar, störbar und in ihrer sprachlichen Kompetenz eingeschränkter. Die Kinder bipolarer Eltern unterschieden sich in vielen Bereichen nicht von der Kontrollgruppe. In einer Studie von HAMMEN et al. wiesen 42 % der Kinder unipolarer Eltern eine major depression gegenüber jeweils 25 % bei bipolaren und High – Stress – Familien.

⁴ In einigen Studien, in denen die Eltern und Bezugspersonen von Kindern bipolar und unipolar Erkrankter nach Auffälligkeiten bei ihren Kindern befragt worden sind, wurden bei bipolar Erkrankten häufiger Ängste, Hypochondrie, Impulsivität, Stimmungs labilität und motorische Auffälligkeiten angegeben als in der Vergleichsgruppe.

⁵ Kinder einer psychisch kranken Mutter (einschließlich Schizophrenie) sind stärker beeinträchtigt als Kinder psychisch kranker Väter, was sich in einem verstärkt auftretenden dissozialen Verhalten bzw. Rückzugstendenzen der Kinder ausdrückt.

⁶ Bei zwei erkrankten Elternteilen liegt das Risiko der Kinder, selbst zu erkranken, zwischen 5 % und 50 %.

⁷ Das Erkrankungsrisiko für eine Schizophrenie steigt mit zunehmendem Verwandtschaftsgrad.

⁸ Je schwerer und langdauernder die Erkrankung, desto höher ist das Risiko für die Kinder

⁹ Fehlende Krankheitseinsicht erhöht das Risiko für die betroffenen Kinder. Sie begünstigt eine Tabuisierung oder Verleugnung der Erkrankung und befördert auf diesem Wege die soziale Isolation.

¹⁰ Je jünger das Kind zum Zeitpunkt des Ausbruchs der Erkrankung, desto größer das Risiko.

Quelle: Schmitt-Schäfer, o.J.

10.2 Folder KIDS STRENGTHS

KIDS STRENGTHS

Education and Culture DG
Lifelong Learning Programme

www.strong-kids.eu
**Für Personal im
Gesundheitswesen**

Deutsch

Netz und Boden
Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern

Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung (Mitteilung) trägt allein der Verfasser; die Kommission haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben.

KIDS STRENGTHS - KIDS in the CONTEXT of MENTAL DISORDERS

**Fachliche Bildung und Empowerment für
(Fach-)Ärzte, SozialarbeiterInnen,
Psychiatriepfleger/innen
Lehr/innen und Erzieher/innen**

KIDS STRENGTHS fördert Resilienzprozesse bei Kindern und Jugendlichen im Kontext von psychisch verletzlichen Eltern.

Innerhalb eines Jahres leidet ungefähr einer von vier Erwachsenen an einer diagnostizierbaren psychischen Krankheit. (Kessler et al. 2005)

Während der letzten Jahre stieg die wissenschaftliche Erkenntnis, dass eine elterliche psychiatrische Erkrankung einen massiven Einfluss auf die Kinder haben kann. Unterschiedliche Aspekte der kindlichen Entwicklung können dabei betroffen sein, unter anderem auch die körperliche, geistige, soziale und emotionale Entwicklung, sowie das Verhalten. (Ramchandani and Stein 2003)

Trotzdem wird der Einfluss einer elterlichen psychischen Erkrankung auf Kinder von den meisten Fachkräften noch immer unterschätzt. (Küchenhoff 2001)

KIDS STRENGTHS bietet für Sie als Fachkräfte professionelle Ressourcen und die Möglichkeit, per E-Mail Fragen zu stellen.

Hintergrund und Ziele:

Die Verbreitung psychischer Krankheiten nimmt stetig zu. Bis zum Jahr 2020 werden laut WHO, Depressionen die zweitgrößte globale Gesundheitsbelastung mit spürbaren Auswirkungen für Kinder und Familien (3 – 11% "Vergessene Kinder") darstellen. Die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen

zu verbessern, ist eine der 5 Prioritäten, die im EU Pakt für psychische Gesundheit ausgewiesen werden.

In fast keinem EU – Land ist das adäquate fachliche Eingehen auf die Bedürfnisse dieser „vergessenen Kinder“ Teil der formalen Aus- und Weiterbildung der Fachkräfte in Bildungs-, Gesundheits- und Sektoren. Fest steht, dass eine psychische Überlastung eines Elternteils immer als Quelle dauerhafter Belastung der Kinder gesehen werden muss, speziell im Bereich sehr junger Kinder.

Im Sinn von Prävention bringt KIDS STRENGTHS in der EU bereits vorhandenes Fach- und Trainingswissen für Fachkräfte (Let's talk about children, Fostering Resilience) sowie die dazugehörigen Werkzeuge (z.B.: Onlineresourcen wie www.pecious.at) in verschiedene Gesundheits- und Sektoren und Länder. Zusätzlich werden Onlinetrainings für verschiedene Peergruppen von Fachkräften angeboten sowie eine Plattform, auf der die Kinder selbst ihre Sorgen formulieren können und auch Unterstützung finden.

Ergebnisse:

1) Spezifisches Material für die Ausbildung von Fachkräften fokussiert auf die Bedürfnisse von Kindern im Kontext psychischer Verletzlichkeit der Eltern

- wie Eltern in Bezug auf die Bedürfnisse ihrer Kinder im Gespräch sensibilisiert werden können
- wie sich die psychische Erkrankung eines Elternteils auf die Kinder auswirkt
- wie wichtig die kindgerechte Information in Bezug auf die psychische Verletzlichkeit ist
- wie die psychische Widerstandskraft von Kindern gestärkt werden kann.

2) Einfache Zugänglichkeit des Ausbildungsmaterials mittels:

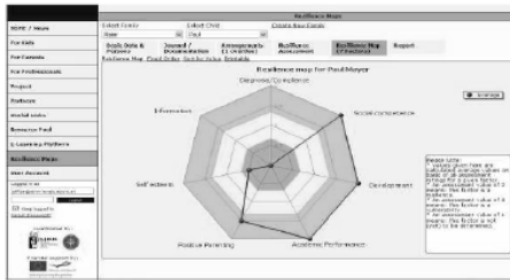
- Verwendung diverser Sprachen
- Einsatz eines Online Portal sowie eines Online Ressourcenpools

3) Klinisches Online Assessment der relevanten Prozesse (Resilienzlandkarte)

Die wichtigste Voraussetzung zur Unterstützung der Familie ist die Bearbeitung der Situation der Kinder („Let's Talk about the Children“) und die Weitergabe von Informationen an die Eltern wie sie die Kinder unterstützen können. Das Personal sollte immer nach den Kindern des/der PatientIn sowie nach ihren derzeitigen Copingstrategien in der Familie fragen. Dabei soll vor allem beachtet werden, ob die elterliche Depression bereits angesprochen wurde und das Kind Fragen bzw. Befürchtungen hat, die geklärt werden müssen.

- Das Kind über die Situation und gemachten Erfahrungen aufzuklären. Dabei sollten nicht alle Aspekte, die den kranken Elternteil beschäftigen thematisiert werden. Es ist primär nur das wichtig, was für das kindliche Verständnis bedeutend ist und beim Verarbeiten der Erfahrungen hilfreich ist
- Herausarbeiten, ob das Kind Schuldgefühle entwickelt hat an der Erkrankung schuld zu sein. Wenn ja, sollten diese genommen werden.
- Dem Kind Information geben, dass der Elternteil eine Krankheit hat und eine Behandlung bekommt. Die Behandlung ist Teil eines Lösungsversuchs.
- Kind – und altersgerechte Aufklärung
- Das Kind soll dazu ermutigt werden, alle Themen anzusprechen zu können und Fragen zu stellen

Aus diesem Grund werden die Ressourcen der Familie systematisch mit dem Diagnosewerkzeug der "Resilienz Karte" erfasst (www.strong-kids.at)



KIDS Strengths Resilienzlandkarte - Grundsätzliche Informationen

Die Resilienz-Landkarte ist ein klinisches Einschätzungsinstrument, das es Fachkräften ermöglicht, im Team oder gemeinsam mit der Familie Schutz- bzw. Resilienzfaktoren, aber auch Belastungen für Kinder psychisch verletzlicher Eltern zu erheben. Neben ihrer Dokumentationsfunktion des Betreuungsverlaufes ermöglicht diese 'Resilienz-Landkarte' die Einschätzung vorhandener Ressourcen und Belastungen für jeweilige Kinder, aber auch die Evaluation von Betreuungsverläufen.

Die Darstellungsform als "Landkarte" mit ihren jeweils relevanten evidenzbasierten Resilienzfaktoren ermöglicht eine einfache und ansprechende Förderplanung im Team bzw. mit der Familie. Sowohl die Betreuungsdokumentation als auch die 'Resilienz-Landkarte' können lokal (auf Ihrem Computer) gespeichert oder z.B. auch ausgedruckt werden. Alle personenbezogenen Daten unterliegen strengen Datenschutzbestimmungen (Username und passwortgeschützt).

Während der Testphase des KIDS STRENGTH Projekts bis 30.9.2011 ist die Verwendung dieses Instrumentes unentgeltlich.

Eine nicht-speicherfähige DEMO-Version steht Ihnen auch über den 1.10.2011 hinaus zur Verfügung.

(Zugang zur DEMO-Version: Anmelden mit Username demo-de, Kennwort demo-de)

Partner:

- S.I.N.N. Evaluation office@sinn-evaluation.at
- ProjectOffice for innovative social policy office@projectoffice.at
- FH St.Pölten christine.haselbacher@fhstp.ac.at
- Marie Curie Association kids@marie-curie-bq.org
- ✚ The National Institute for Health and Welfare tytti.solantaus@thl.fi
- Netz und Boden – Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern
Katja Beeck, E-Mail: beeck@netz-und-boden.de
- Eötvös Loránd University palvazati@tok.elte.hu
- University of Minho Serrano@iec.uminho.pt
- Comenius University Bratislava majabendik@gmail.com

- University of Prešov dubavovat@unipo.sk
- Faculty Of Education, University Complutense Of Madrid pigubiez@udu.ucm.es
- Kütahya Local Education Directorate kutahyamem@meb.gov.tr

Kontakt:
Netz und Boden – Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern
Katja Beeck beeck@netz-und-boden.de

Quelle: Netz und Boden, 2011

10.3 Folder „Vergessene Kinder“

 Die Ausgangssituation „Vergessene Kinder“	 Die Wichtigkeit der Früherkennung und der frühen Förderung	 Das Angebot
<p>Kleinkinder von Eltern mit seelischen Erkrankungen werden meist von der „Erwachsenenpsychiatrie“ vergessen, da die Erkrankung des betroffenen Elternteils im Vordergrund steht.</p> <p>50.000 Kinder sind in Österreich direkt vom psychischen Leiden mindestens eines Elternteils betroffen.</p> <p>Diese Kinder schädern im Nachhinein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hilflosigkeit - Alleingelassen-Sein - Angst - Zorn - Desorientierung - Schuld - Überforderung <p>Entwicklungsverlangsamungen können ein erstes Zeichen sein.</p> <p>Diese Kinder sind in erhöhtem Maß gefährdet, später selbst psychische Symptome zu zeigen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kleinkinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil können sehr unspezifische Symptome (Entwicklungsverlangsamungen, Verhaltensauffälligkeit) zeigen. • Kleinkinder haben (meist) keinen direkten Zugang zu Hilfe (Jugendwohlfahrt, Klinik, Frühförderstellen...) und sind auf Sensibilität ihnen nahestehender Erwachsener angewiesen und davon abhängig. • Die frühzeitige Förderung, vor allem psychischer Schutzfaktoren, steigert die Lebensqualität der Kinder sowie der Familie, verringert den Leidensdruck und das eigene Erkrankungsrisiko. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abklärung bestehender Schutz- und Belastungsfaktoren von Kindern <ol style="list-style-type: none"> a) medizinisch-fachärztlich b) psychologisch-hilfpädagogisch 2. Erarbeiten von Förderplänen und Unterstützungsangeboten für die betroffenen Kinder 3. Begleitung der Kinder 4. Information über weitere erreichbare Hilfsangebote sowie Unterstützung bei der Inanspruchnahme 5. Fachpsychiatrische und therapeutische Begleitung von Eltern und Angehörigen 6. Fortbildung, Coaching und Supervision von Fachkräften 7. Koordination des Projektes „KIDS STRENGTHS“ im Rahmen des Programmes Lebenslanges Lernen <p>Verfügbarkeit von Aus- und Fortbildungsmaterialien für</p> <ul style="list-style-type: none"> - SozialarbeiterInnen - FrühförderInnen - KindergartenpädagogInnen - LehrerInnen - PsychologInnen - Fachkräfte des Gesundheitsbereiches <p>unter www.strong-kids.eu</p> <p>Online-Ressourcenpool und e-Learning-Plattform</p> 
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <p style="font-size: small; text-align: center;">Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung (Mittelteil) trägt allein der Verfasser; die Kommission haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; font-size: x-small;"> <div data-bbox="279 1064 494 1097">  www.strong-kids.eu </div> <div data-bbox="502 1064 606 1097">  <p>Europäische Kommission Programm für Lebenslanges Lernen</p> </div> </div>		

Quelle: SINN Evaluation, 2011c