



Albert Lenz

# Ressourcen fördern

Mentalisierungsbasierte Interventionen  
bei Kindern psychisch kranker Eltern  
und ihren Familien

2., vollständig überarbeitete Auflage

 hogrefe

## **Ressourcen fördern**



**Albert Lenz**

# **Ressourcen fördern**

Mentalisierungsbasierte Interventionen  
bei Kindern psychisch kranker Eltern  
und ihren Familien

2., vollständig überarbeitete Auflage



**Prof. Dr. phil. Albert Lenz**, geb. 1951. Studium der Psychologie, Soziologie und Pädagogik in München. 1988 Promotion. Ausbildung in Familientherapie und psychologischer Krisenintervention an der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München. 1994–2017 Professor für Klinische Psychologie und Sozialpsychologie an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Paderborn, Fachbereich Sozialwesen. Mitbegründer des Instituts für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie (igsp) an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Kinder psychisch kranker Eltern, Sozial- und Gemeindepsychiatrie, Kooperation Psychiatrie und Jugendhilfe, Empowerment und Soziale Netzwerke, psychosoziale Beratung und Krisenintervention.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

**Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Merkelstraße 3  
37085 Göttingen  
Deutschland  
Tel. +49 551 999 50 0  
Fax +49 551 999 50 111  
info@hogrefe.de  
www.hogrefe.de

Umschlagabbildung: © stock.adobe.com / Halfprint  
Satz: Sabine Rosenfeldt, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen  
Format: PDF

2., vollständig überarbeitete Auflage 2021  
© 2010, 2021 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen  
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-3006-5; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-3006-6)  
ISBN 978-3-8017-3006-2  
<https://doi.org/10.1026/03006-000>

### **Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

### **Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Vorwort

Dieses Buch möchten seinen Leser\_innen fundiert und anschaulich die Theorie und Praxis mentalisierungsbasierter Interventionen bei Kindern psychisch erkrankter Eltern nahebringen.

Die erste Auflage des Buches erschien 2010 als Materialienband für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern unter dem Titel „Ressourcen fördern“. Der Materialienband entstand im Rahmen eines mehrjährigen Modellprojekts an drei Standorten, das mit Mitteln des Landes Nordrhein-Westfalen gefördert wurde. Das Modellprojekt zielte darauf ab, den Familien mit psychisch erkrankten Eltern frühzeitig Hilfen anzubieten. Wie wissenschaftliche Studien belegen, sind insbesondere familienorientierte Hilfen wichtig, die sowohl die Familien stärken als auch die Resilienz der Kinder fördern. Eine wesentliche Voraussetzung für die Wirksamkeit von Präventions- und Hilfsmaßnahmen ist eine systemübergreifende Kooperation insbesondere zwischen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie des Gesundheitswesens. Eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen ist ein Garant dafür, dass Hilfen greifen und nachhaltig wirken. Im Modellprojekt wurden zum einen Materialien für den Aufbau inter- und intrainstitutioneller Kooperationsstrukturen und zum anderen spezielle auf die Kinder und die Familie ausgerichtete Angebote entwickelt und an den drei Standorten in verschiedenen Einrichtungen erprobt und evaluiert.

Der Materialienband fand großen Zuspruch in der psychosozialen Praxis. Bundesweit wurden Workshops und Fortbildungsveranstaltungen in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens durchgeführt. Auch an Hochschulen und psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten wurden die Inhalte vermittelt.

Die zweite Auflage ist grundlegend ein neues Buch geworden. Die Veränderungen spiegeln die wissenschaftlichen Weiterentwicklungen und neuen Erkenntnisse wider:

- Nach der Identifikation der allgemeinen Schutzfaktoren rückte in der Resilienzforschung die Beschäftigung mit den der Resilienz zugrunde liegenden Prozessen und Mechanismen in den Mittelpunkt. Resilienz wird nicht mehr nur als Label für eine gesunde Entwicklung trotz widriger Lebensbedingungen verstan-

den, sondern als ein dynamischer Prozess positiver Anpassung. Als zugrunde liegender Mechanismus werden Kompetenzen zur Selbstreflexion, Selbstregulierung und Perspektivübernahme angenommen. Diese reflexiven Kompetenzen zeigen eine große Anschlussfähigkeit an das Konzept des Kohärenzgefühls im Modell der Salutogenese.

- Mentalisieren wird mittlerweile als fundamentaler Wirkfaktor bei allen Interventionen unabhängig von allen psychologischen Schulrichtungen betrachtet. Mentalisieren bezeichnet eine reflexive Kompetenz, sich selbst als Person und andere sinnhaft in den mentalen Zuständen (Bedürfnisse, Wünsche, Gefühle, Zielsetzungen und Überzeugungen) zu verstehen und zu interpretieren. Das Mentalisierungskonzept, das zunächst zur Behandlung von Patient\_innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen eingesetzt wurde, hat in der Zwischenzeit nicht nur in der Psychotherapie, sondern auch in der Familientherapie, in der psychosozialen Beratung, in der Prävention und in der Sozialen Arbeit große Aufmerksamkeit gefunden.
- In der Kooperationsforschung konnte herausgefunden werden, dass Kooperation und Vernetzung nicht nur ein Schnittstellenmanagement zwischen den Institutionen des Gesundheits- und Jugendhilfesystems erfordert, sondern darüber hinaus permanente Grenzarbeit nach innen und nach außen. Mit Grenzarbeit ist ein kommunikativer Verständigungsprozess gemeint, der auf Offenheit, Transparenz und Vertrauen sowie einem gleichberechtigten Austausch zwischen den Beteiligten beruht. Während Schnittstellen einzelne Punkte in Arbeitsprozessen markieren, an denen die Zusammenarbeit zu regeln ist, meint Grenzarbeit die Aushandlung und Gestaltung der Beziehungen.

Für die Neubearbeitung war es mir wichtig aus den Materialien einzelne Interventionen zu formen, die die Anwendung in der psychosozialen, psychotherapeutischen und sozialpädagogischen Praxis erleichtern. Eingeflossen in die Neubearbeitung sind die Erfahrungen, die ich bei der Entwicklung des Elterngruppenprogramms „Ressourcen psychisch kranker und suchtkranker Eltern stärken“ gesammelt habe, das 2019 veröffentlicht wurde.

Die Interventionen zielen auf die Psychoedukation der Kinder, die Aktivierung und Förderung personaler, familiärer und sozialer Ressourcen sowie auf die Stärkung von Bewältigungskompetenzen der Kinder und Eltern ab. Damit werden spezifische Schutzfaktoren und Mechanismen gefördert, die die Resilienz der Kinder gegenüber den multiplen Belastungen, die mit einer psychischen Erkrankung der Eltern einhergehen, stärken. Die Interventionen basieren auf dem Konzept der Mentalisierung.

Jede Intervention wird eingeleitet durch eine theoretische Hinführung, der die Beschreibung des Ablaufs sowie der einzelnen Übungen mit den Kindern, den Eltern und der ganzen Familie folgen. Zahlreiche Arbeitsblätter, die auf der CD-ROM vorliegen, erleichtern die Durchführung der Interventionen.

Eingesetzt werden können die mentalisierungsbasierten Interventionen sowohl im präventiven Bereich und in der Familienberatung als auch behandlungsbegleitend im Rahmen einer Psychotherapie für die Kinder.

## Danksagung

Das neue Buch hat eine mehrjährige Entstehungsgeschichte. Beteiligt daran waren zahlreiche Praktiker\_innen aus der Kinder- und Jugendhilfe, der Sozialen Arbeit und dem Gesundheitswesen, die in Workshops und in Fortbildungsveranstaltungen wertvolle Anregungen und Rückmeldungen gegeben haben, die systematisch protokolliert und ausgewertet wurden. Ihnen allen danke ich dafür. Meiner Frau Dr. Silvia Lenz danke ich für das sorgfältige Korrekturlesen des gesamten Manuskripts und die wertvollen fachlichen Anmerkungen. Mein besonderer Dank gilt Frau Susanne Weidinger vom Hogrefe Verlag für die Betreuung des Buches und die langjährige Zusammenarbeit.

Dortmund und München, September 2020

Prof. Dr. Albert Lenz



# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	<b>5</b>
<b>Teil I: Grundlagen</b>	
<b>1 Kinder und ihre psychisch erkrankten Eltern – Überblick über den Stand der Forschung</b> .....	<b>15</b>
1.1 Entwicklungsrisiken von Kindern psychisch erkrankter Eltern .....	15
1.2 Wege der familiären Transmission psychischer Störungen .....	16
1.2.1 Belastungsfaktoren auf der elterlichen Ebene .....	17
1.2.2 Familiäre Ebene .....	19
1.2.3 Kindebene .....	23
1.2.4 Soziale Ebene .....	24
1.3 Komplexität der Problemlagen .....	26
<b>2 Resilienz – protektive Faktoren und Mechanismen</b> .....	<b>28</b>
2.1 Der Begriff der Resilienz .....	28
2.2 Resilienz und Schutzfaktoren .....	30
2.3 Familiäre Resilienz – System Familie als Schutzfaktor .....	32
2.4 Schutzfaktoren bei Kindern psychisch erkrankter Eltern .....	34
2.5 Resilienz als ein dynamischer Prozess .....	38
2.5.1 Coping – von Schutzfaktoren zu Bewältigungsprozessen .....	39
2.5.2 Coping in Familien mit psychisch erkrankten Eltern .....	42
2.6 Reflexive Kompetenzen als zugrunde liegender Mechanismus der Resilienz .....	46
2.7 Resilienz und Mentalisierungsfähigkeit .....	48
2.7.1 Mentalisierungstheorie .....	49
2.7.2 Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit .....	51
<b>3 Mentalisierungsbasierte Interventionen – Haltung und Methoden</b> ...	<b>56</b>
3.1 Grundlagen der mentalisierungsbasierten Interventionen .....	57
3.1.1 Die mentalisierungsfördernde Haltung .....	58

3.1.2	Techniken der mentalisierungsbasierten Interventionen .....	60
3.2	Analyse des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens .....	66
<b>4</b>	<b>Interinstitutionelle und multiprofessionelle Kooperation als Voraussetzung für wirksame Hilfen .....</b>	<b>70</b>
4.1	Komplexe Problemlagen erfordern interinstitutionelle und multiprofessionelle Kooperation .....	71
4.2	Interinstitutionelle Kooperation und Vernetzung .....	74
4.2.1	Ist-Stand der interinstitutionellen Kooperationen .....	76
4.2.2	Gründe für Defizite in der Kooperation und bei der Ausgestaltung kommunaler Netzwerke .....	78
4.3	Modelle der Kooperations- und Vernetzungsarbeit .....	80
4.4	Interinstitutionelle Kooperation und Netzwerke erleichtern die fallbezogene Kooperation .....	84
4.5	Materialien .....	88
 <b>Teil II: Praxis</b>		
<b>5</b>	<b>Durchführung der Interventionen und Rahmenbedingungen .....</b>	<b>93</b>
5.1	Präventive und therapiebegleitende Interventionen .....	93
5.2	Setting und Durchführung .....	94
<b>6</b>	<b>Familiendiagnostik .....</b>	<b>97</b>
6.1	Fachlicher Hintergrund .....	97
6.2	Durchführung der Familiendiagnostik .....	106
6.2.1	Elterngespräche .....	106
6.2.2	Familiengespräche .....	109
6.2.3	Ressourcenexploration .....	113
6.2.4	Exploration der Gefährdungen für das Kind .....	115
6.3	Vereinbarungen über das weitere Vorgehen .....	117
<b>7</b>	<b>Mentalisierungsbasierte Interventionen .....</b>	<b>118</b>
7.1	Psychoedukation für Kinder .....	118
7.2	Förderung der familiären Kommunikation .....	158
7.3	Förderung der kindlichen Bewältigungskompetenzen .....	180
7.4	Aktivierung und Stärkung sozialer Ressourcen .....	200
<b>Literatur .....</b>		<b>214</b>
<b>Anhang .....</b>		<b>224</b>
Übersicht über die Materialien auf der CD-ROM .....		224

**CD-ROM**

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Materialien, die bei der Durchführung der Interventionen verwendet werden können. Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter [www.adobe.com/products/acrobat](http://www.adobe.com/products/acrobat) erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.



# **Teil I:**

## **Grundlagen**



# 1 Kinder und ihre psychisch erkrankten Eltern – Überblick über den Stand der Forschung

Legt man die Zahl der Familien und die Raten psychisch erkrankter Menschen zusammen, so kann von mindestens 3,8 Millionen Kindern ausgegangen werden, die im Verlaufe eines Jahres einen Elternteil mit einer psychischen Erkrankung erleben (Mattejat, 2014). Dazu zählen auch Kinder von Eltern mit einer Suchterkrankung. Diese gehören gemäß den internationalen Klassifikationssystemen zu den psychischen Erkrankungen. Wenn man von der Altersverteilung in der Allgemeinbevölkerung ausgeht, sind ca. 15% der betroffenen Kinder unter drei Jahre alt. Dies bedeutet, dass ca. 500.000 bis 600.000 Säuglinge und Kleinkinder unter drei Jahren von psychischen Erkrankungen ihrer Eltern betroffen sind.

## 1.1 Entwicklungsrisiken von Kindern psychisch erkrankter Eltern

Kinder psychisch erkrankter Eltern haben im Vergleich zu Kindern aus der Allgemeinbevölkerung generell ein deutlich erhöhtes Entwicklungs- und Gefährdungsrisiko. Sie bilden somit eine besondere Risikogruppe (Grube & Dorn, 2007; Wiegand-Grefe, Geers, Plaß, Petermann & Riedesser, 2009). Studien zeigen beispielsweise, dass Kinder, die psychiatrisch und psychotherapeutisch behandelt werden, häufig aus Familien stammen, in denen ein Elternteil oder beide Elternteile psychisch erkrankt sind. So ergab eine Datenerhebung an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Marburg, die von 1998 bis 2002 durchgeführt wurde und in die alle stationär behandelten Kinder und Jugendlichen einbezogen waren, dass etwa die Hälfte der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen bei einem psychisch kranken Elternteil lebt. Am häufigsten wurden bei den Eltern substanzbezogene Störungen (ca. 20%), neurotische und somatoforme Störungen (ca. 13%) sowie affektive Störungen (ca. 12%) festgestellt. Vor allem bei Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens wurden hohe Morbiditätsraten für psychische Störungen bei den Eltern gefunden (Mattejat & Remschmidt, 2008).

Den Zusammenhang zwischen elterlicher psychischer Erkrankung und dem Auftreten einer psychischen Störung bei ihren Kindern untersuchten Rutter und Quinton bereits in den 1970er Jahren. In der auf vier Jahre angelegten prospektiven Prävalenzstudie, in die 137 Familien mit einem Elternteil, der sich in psychiatrischer Behandlung befand, und insgesamt 292 Kinder einbezogen waren, kamen Rutter und Quinton (1984) zu dem Ergebnis, dass während des Untersuchungszeitraums ein Drittel der Kinder anhaltende psychische Störungen entwickelte. Bei einem weiteren Drittel traten vorübergehende Störungen auf, während das restliche Drittel keine klinisch relevanten emotionalen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten aufwies. Dieser Befund konnte in nachfolgenden Studien bestätigt werden. Die aktuellen internationalen Studien zeigen, dass zwischen 41 und 77% der Kinder psychisch erkrankter Eltern selbst klinisch relevante psychische Störungen im Verlauf ihres Lebens entwickeln (Übersicht bei Hosman, van Doesum & van Santvoort, 2009; Greif Green et al., 2010; Kersten-Alvarez, Hosman, Risken-Walraven, van Doesum & Hoefnagels, 2011) Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ist das Risiko, psychisch zu erkranken, für diese Kinder bis zu achtfach erhöht.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis der mittlerweile klassischen Studie von Rutter und Quinton war, dass die Hauptrisikofaktoren für die Kinder nicht in der Art der psychischen Erkrankung des Elternteils an sich liegen. Vielmehr stehen sie in enger Verbindung mit Verlaufsmerkmalen der Erkrankung – Chronizität, Schweregrad und Komorbidität – sowie den mit der Erkrankung einhergehenden psychosozialen und sozialen Belastungsfaktoren. Auch dieser Befund ist inzwischen durch eine Reihe anderer Studien empirisch gut belegt (Hammen, Brennan & Shih, 2004; Wiegand-Grefe, Jeske, Bullinger, Plass & Petermann, 2010; Gottesman, Laursen, Bertelsen & Mortensen, 2010).

## 1.2 Wege der familiären Transmission psychischer Störungen

Wie kommt es zu diesen erhöhten Raten psychischer Störungen bei den Kindern psychisch kranker Eltern? Welche Belastungsfaktoren wirken sich wie auf die kindliche Entwicklung aus, sodass es zu Störungen kommen kann? Goodman und Gotlib (1999) haben ein Modell der familiären Transmission psychischer Störungen entwickelt. Die Autoren gehen davon aus, dass hierbei vier große Systeme miteinander interagieren:

- die elterliche Ebene,
- die familiäre Ebene,
- die Kindebene und
- die soziale Ebene.

## 1.2.1 Belastungsfaktoren auf der elterlichen Ebene

### Art der Erkrankung

Studien zur Gefährdung von Kindern psychisch erkrankter Eltern zeigen für alle relevanten Diagnosegruppen übereinstimmend höhere Entwicklungsrisiken im Kindes- und Jugendalter und im weiteren Lebensverlauf.

*Schizophrenie.* In der Helsinki High-Risk-Study (Niemi, Suvisaari, Haukka & Lönnqvist, 2005) werden Kinder von Müttern mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowie mit bipolaren und depressiven Störungen mit psychotischer Beteiligung seit 1974 untersucht. Einbezogen sind Mütter, deren erster psychiatrischer Krankenhausaufenthalt nach der Geburt und vor der Einschulung der Kinder lag. Diese Hochrisiko-Kinder unterscheiden sich durch häufigere emotionale Symptome im Vorschulalter, neurologische Auffälligkeiten sowie durch Aufmerksamkeitsprobleme und soziale Hemmungen im Schulalter von den Kindern der Vergleichsgruppe. Die emotionalen Symptome umfassen Ängstlichkeit, Zerstreutheit, Depressivität und Zurückgezogenheit. Diese Probleme stellen Prädiktoren für ein breites Spektrum an psychischen Störungen im weiteren Lebensverlauf der Kinder dar.

*Depression.* Das hohe Erkrankungsrisiko von Kindern depressiv erkrankter Eltern konnte in zahlreichen Studien belegt werden. Das spezifische Risiko für Kinder von depressiv erkrankten Eltern, selbst eine depressive Störung zu entwickeln, ist zwei- bis viermal höher als bei Kindern aus Vergleichsfamilien mit psychisch gesunden Eltern. Damit ist die elterliche Störung der Hauptrisikofaktor für die Entwicklung einer depressiven Störung im Kindes- und Jugendalter. Im Laufe ihrer Kindheit und Jugend erleben ca. 40 % der Kinder eines Elternteils mit einer affektiven Störung selbst eine depressive Krankheitsphase. Sind beide Eltern von einer depressiven Störung betroffen, beträgt die Wahrscheinlichkeit für Kinder, im Laufe ihres Lebens irgendeine Form von depressiver Störung zu entwickeln, etwa 70 % (Überblick bei Lenz, 2014; Lenz & Wiegand-Grefe, 2017)

Darüber hinaus tragen Kinder depressiv erkrankter Eltern auch ein erhöhtes allgemeines Risiko für andere psychische Störungen. Studien gehen davon aus, dass ca. 60 % der Kinder von Eltern mit einer Major Depression im Kindes- oder Jugendalter irgendeine Störung entwickeln. Zu den Störungen und Auffälligkeiten zählen neben den depressiven Störungen Angststörungen, insbesondere Phobien und Panikstörungen, Störungen im Sozialverhalten, Leistungsprobleme in der Schule sowie Einschränkungen in den Bindungsfähigkeiten und Suchtstörungen. Zudem sind die Suizidversuchsrate bei Kindern depressiv erkrankter Eltern (8 %) im Vergleich zu denen nicht depressiv erkrankter Eltern (1 %) erhöht (Mattejat, 2014).

*Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen.* Bislang können noch keine eindeutig gesicherten Aussagen darüber gemacht werden, ob die Gefährdungspoten-

ziale der Kinder – je nach Art der elterlichen Erkrankung – unterschiedlich hoch sind. Somit ist bisher ungeklärt, ob sich verschiedene psychische Störungen aufseiten der Eltern ähnlich auf die Entwicklung eines Kindes auswirken oder ob die festgestellten Auffälligkeiten als störungsspezifisch anzusehen sind. Allerdings häufen sich die Befunde, die zeigen, dass Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen am meisten gefährdet sind (Barnow, Spitzer, Grabe, Kessler & Freyberger, 2006; Macfie & Swan, 2009). Barnow et al. (2006) vergleichen beispielsweise in einer Studie die Kinder von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung mit Kindern von depressiven Müttern, Müttern mit Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen und Müttern ohne psychiatrische Diagnose. Kinder von „Borderline-Müttern“ weisen in dieser Stichprobe signifikant mehr emotionale und Verhaltensprobleme auf als Kinder aus allen anderen Gruppen. Macfie und Swan (2009) untersuchten 4- bis 7-jährige Kinder von Müttern mit Borderline-Störung und Kinder von gesunden Müttern in einer imaginären familiären Stresssituation. Bei Kindern von Müttern mit Borderline-Störung fanden sich eine geringe Emotionsregulation, eine erhöhte Neigung zum Fantasieren und mehr traumatische Inhalte in den Erzählungen. Die Kinder schlüpfen häufiger in die Rolle der Eltern und berichteten größere Angst davor, verlassen zu werden.

### **Verlaufsmerkmale der Erkrankung**

Eine Reihe von Studien kommt zu dem Ergebnis, dass die Beeinträchtigungen und das Erkrankungsrisiko bei den Kindern umso größer sind, je länger eine elterliche Erkrankung dauert, je mehr Krankheitsepisoden bisher vorkamen und je schwerer die elterliche Störung ausgeprägt ist (Hammen et al., 2004; Gottesman et al., 2010; Wiegand-Grefe et al., 2010). So konnte aufgezeigt werden, dass der Schweregrad (Anzahl der Behandlungen und Suizidversuche) und die Chronizität (Dauer und Anzahl der depressiven Episoden) der elterlichen depressiven Erkrankung mit einer signifikant größeren Beeinträchtigung der Anpassungsfunktionen und dem erhöhten Auftreten von psychischen Störungen und Gefährdungen bei den Kindern einhergehen. Die Studien weisen darauf hin, dass Verlaufsmerkmale der elterlichen Erkrankung, wie Schweregrad, Chronizität und Rückfallhäufigkeit deswegen das kindliche Entwicklungs- und Gefährdungsrisiko erhöhen, weil damit häufig eine Reihe von sozialen Belastungsfaktoren, wie z. B. Armut, Arbeitslosigkeit oder beengte Wohnverhältnisse, einhergehen, die sich negativ auf die Entwicklung der Kinder auswirken.

*Komorbidität und Beeinträchtigungen des Kindes.* Komorbidität (Bezeichnung für psychische Störungen, die neben einer anderen, primären Störung vorhanden sind, z. B. Depression und Alkoholabhängigkeit) verstärkt den Problemdruck der Eltern, führt zu größerer sozialer Beeinträchtigung und hat häufiger Hospitalisierung sowie familiäre und soziale Belastungen zur Folge. Eine Reihe von Studien kommt

zu dem Ergebnis, dass Kinder von Eltern mit komorbiden Störungen im Vergleich zu Kontrollkindern höheren Belastungen ausgesetzt sind. Carter, Garrity-Rokous, Chazan-Cohen, Little und Briggs-Gowan (2001) beobachteten bei depressiv erkrankten Müttern mit komorbiden (Angst-, Sucht- oder Ess-) Störungen eine geringere emotionale Erreichbarkeit für ihre Kinder von vier Monaten als bei depressiv erkrankten oder gesunden Müttern.

Abela, Skitch, Auerbach und Adams (2005) haben 6- bis 14-jährige Kinder depressiv erkrankter Eltern mit Kindern verglichen, bei deren Eltern zusätzlich zur depressiven Störung eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde. Es zeigte sich, dass die Kinder der komorbiden Eltern mehr unter aktuellen depressiven Symptomen litten und häufiger eine klinisch relevante depressive Störung aufwiesen als Kinder depressiv erkrankter Eltern.

Einige Studien konnten zusätzliche Belastungen und Entwicklungsbeeinträchtigungen bei Kindern feststellen, wenn bei den Eltern komorbid Persönlichkeitsstörungen vorlagen. So zeigten sich beispielsweise bei den 10- bis 12-jährigen Kindern von Vätern mit Störungen durch Substanzkonsum und komorbiden dissozialen Persönlichkeitsstörungen mehr psychische Auffälligkeiten als bei Kindern von Vätern mit substanzbedingten Störungen ohne Persönlichkeitsstörungen und Kindern gesunder Väter.

## 1.2.2 Familiäre Ebene

*Eltern-Kind-Interaktion.* Psychisch erkrankte Eltern sind oftmals nicht in der Lage, den emotionalen Austausch mit dem Kind herzustellen bzw. aufrechtzuerhalten, um dem Kind die grundlegenden Bedürfnisse nach Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln. Die Kinder entwickeln in der Folge häufig unsichere und desorganisierte Bindungsmuster, die das Erkrankungsrisiko aufseiten der Kinder auch in der weiteren Entwicklung im späteren Lebensalter signifikant erhöhen können.

In Studien konnte aufgezeigt werden, dass die Interaktion beispielsweise zwischen depressiv erkrankten Müttern und ihren Kindern erheblich eingeschränkt ist (Mattejat & Remschmidt 2008). Gefunden wurden krankheitsbedingte Einschränkungen:

- in der Empathie und emotionalen Verfügbarkeit der erkrankten Eltern;
- in der elterlichen Feinfühligkeit (Responsivität), die kindlichen Signale wahrzunehmen, sie richtig zu interpretieren sowie prompt und angemessen darauf zu reagieren;
- in der Fähigkeit zur emotionalen Perspektivübernahme und in den metakognitiven und reflexiven Fähigkeiten (Mentalisierungsfähigkeit);
- im Blickkontakt, Lächeln, Sprechen, Imitieren, Streicheln und in Interaktionsspielen.

Die Interaktionsmuster sind, wie Studien zeigen, nicht unbedingt krankheitsspezifisch, können aber bei einzelnen Krankheitsbildern gehäuft vorkommen. So haben Deneke und Lüders (2003) beispielsweise das Interaktionsverhalten psychisch kranker Mütter mit unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen anhand des CARE-Index von Crittenden untersucht: Depressionen, Psychosen, Angststörungen, Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen sowie Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Dabei wurde in jeweils dreiminütigen Videosequenzen eine beliebige Interaktion zwischen der erkrankten Mutter und dem Kind (bis zu einem Alter von zwei Jahren) analysiert und ausgewertet. Herangezogen wurden Merkmale wie Mimik, Stimme, Körperhaltung und -kontakt und Affektivität sowie die Qualität der Interaktion hinsichtlich Gegenseitigkeit, Kontingenz, Kontrolle und entwicklungsgemäßer Angemessenheit der Reaktionen.

Neben unauffälligen Interaktionen – d. h. die psychisch erkrankten Mütter waren in der Lage, auf die Signale des Kindes angemessen zu reagieren, auf die Bedürfnisse einzugehen und intuitive kommunikative Fähigkeiten zu zeigen – konnten krankheitsunspezifische Besonderheiten in der Interaktion beobachtet werden. Diese lassen sich idealtypisch in drei Muster unterteilen, welche auch in anderen Studien gefunden wurden (Deneke & Lucas, 2008): Unterstimulation, Überstimulation und stark wechselnde Interaktionsmuster:

- *Unterstimulation.* Mit Unterstimulation ist ein Interaktionsmuster gemeint, das durch mangelnde Responsivität gekennzeichnet ist. Die erkrankten Mütter können die Signale ihrer Kinder nicht oder nur verzögert wahrnehmen und reagieren auf diese nicht oder nicht kontingent. Aufseiten der Kinder führt dieses Verhalten zunächst zu verstärkten Bemühungen um Aufmerksamkeit und später – je nach Temperament und Selbstregulationsfähigkeit des Säuglings – zu Unruhe und zu dysregulierten Verhaltensweisen wie Schreien oder aber auch zur Abwendung und Rückzug in eine passive und depressive Haltung. Das Kind erhält durch die unterstimulierende Form der Interaktion nicht ausreichende Entwicklungsanreize und ist dadurch nicht in der Lage, seine Aufmerksamkeit auf Umweltreize zu fokussieren. Als Folgen von Unterstimulation konnten häufig Regulations- und Gedeihstörungen sowie kognitive und sozial-emotionale Entwicklungsverzögerungen beobachtet werden. Zu einer Unterstimulation des Kindes in Form von elterlicher emotionaler Unerreichbarkeit kann es bei Depression, Schizophrenie mit Negativsymptomatik und schweren körperlichen und psychischen Erschöpfungszuständen kommen.
- *Überstimulation.* Bei einer Überstimulation werden die Signale und Bedürfnisse des Kindes ebenfalls nicht ausreichend wahrgenommen; vielmehr werden sie übergangen. Die Mütter versuchen das Kind übermäßig stark anzuregen und zu Reaktionen herauszufordern, wobei allerdings mehr die eigenen Wünsche und Bedürfnisse die Auslöser bzw. Anlässe darstellen. Die Kinder reagieren auf das Interaktionsverhalten unterschiedlich. Wenn das Verhalten der Mütter nicht aggressiv gefärbt ist, wenden sich die Kinder meist ab und verfallen eher in eine

passive Haltung, was von den Eltern als Wunsch nach mehr Stimulation interpretiert wird. Besitzt das Verhalten der Mütter eine aggressive Färbung, reagieren die Kinder je nach Intensität entweder mit Protest und körperlicher Abwehr oder angstvoller Erstarrung. Abhängig von der emotionalen Färbung des überstimulierenden Interaktionsverhaltens kann sich bei den betroffenen Kindern später aus dem erzwungenen Gehorsam und der daraus resultierenden Anpassung oder aus Protest und Abwehr ein Wunsch nach Kontrolle und zwanghafter Fürsorglichkeit oder ein Hang zu offenen aggressiven Machtkämpfen entwickeln. Überstimulation des Kindes wurde insbesondere bei agitierter Depression, bipolaren Störungen, Angststörungen sowie bei schizophrenen Psychosen, insbesondere mit Positivsymptomatik, und Borderline-Persönlichkeitsstörungen gefunden.

- *Stark wechselnde Interaktionsmuster.* Das Interaktionsmuster kann zwischen Unterstimulation und Überstimulation schwanken. Die verminderte Responsivität kann sich darin zeigen, dass die Mutter für positive Signale des Kindes besonders schwer erreichbar ist. Das Kind wird sich daher verstärkt um Zuwendung der Mutter bemühen und gerät auf diese Weise in eine Parentifizierung. Die verminderte Responsivität kann sich aber auch darin zeigen, dass die Mutter verstärkt für negative Signale des Kindes erreichbar ist. Dadurch kann es zur Entwicklung einer chronifizierten negativen Interaktion zwischen Mutter und Kind kommen, die von Feindseligkeit, Kontrolle und Aggressivität geprägt ist. Solche Interaktionsmuster lassen sich bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen, schizophrenen Psychosen und bipolaren Störungen häufig beobachten.

*Parentifizierung.* Durch die psychische Erkrankung eines Elternteils werden die Grenzen zwischen den familiären Subsystemen diffus und das System Familie gerät durcheinander. Insbesondere verwischen die Generationengrenzen, die für die Funktionalität einer Familie von großer Bedeutung sind und sich vor allem aus der Anerkennung von Unterschieden elterlicher und kindlicher Rollen und deren Einhaltung sowie aus den Interaktionsregeln des elterlichen und kindlichen Subsystems ergeben. Häufig kommt es zu einer sogenannten Parentifizierung, d.h. einer Rollenumkehr in der Kinder-, Eltern- oder Partnerfunktion (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2013). Eine derartige Rollenumkehr ist in der Mehrzahl der Familien mit psychisch erkrankten Eltern zu beobachten. Es zeigt sich, dass häufig sowohl der erkrankte als auch der gesunde Elternteil den Kindern seine Bedürftigkeit signalisiert und ihnen die Verantwortung für das Wohlbefinden aufbürdet. Kinder werden dadurch zu Vertrauten und Ratgebern ihrer Eltern sowie zur primären Quelle von Unterstützung und Trost (vgl. ausführlich Lenz et al., 2011; Lenz, 2014).

Kinder können diesen elterlichen Aufträgen kaum gerecht werden. Vielmehr opfern sie häufig ihre persönlichen Bedürfnisse denen der Eltern, was auf Kosten ihrer eigenen Entwicklung gehen kann. Für die Einschätzung der Auswirkungen von Parentifizierung auf die kindliche Entwicklung ist es wichtig zu berücksichtigen, ob eine instrumentelle oder emotionale Parentifizierung im Vordergrund

steht. Die instrumentelle Parentifizierung betrifft Aufgaben im Haushalt oder in anderen funktionalen Bereichen in der Familie. Bei der emotionalen Parentifizierung wenden sich die Eltern hingegen mit alters- und entwicklungsinadäquaten persönlichen Anliegen an das Kind oder fordern von diesem im Sinne eines Partnerersatzes in unangemessener Weise Liebe und Zuneigung ein. Generell gilt, dass die letztgenannte Form die schädlichere ist (Lenz, 2014). Sie ist weniger greifbar und beschreibbar und wird dadurch vermutlich häufiger übersehen. Zugleich ist sie inhaltlich belastender als die instrumentelle Parentifizierung und stellt insofern eine größere Bedrohung für die Entwicklung des Kindes dar.

Bereits im Kleinkindalter übernehmen Kinder häufig die Rolle als parentifiziertes Kind und tragen auf diese Weise zur Stabilisierung der dysfunktionalen Familiendynamik bei (Lenz et al., 2011). Kinder übernehmen etwa die Aufgabe, eine depressiv verzweifelt gestimmte Mutter aufzuheitern oder sie haben in diesem Alter bereits gelernt, ihre momentanen Bedürfnisse zurückzunehmen, um die unruhige, hoch erregte Mutter nicht noch mehr zu reizen. Ein Kind einer Mutter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung versucht möglicherweise, durch die mehr oder weniger bewusste Akzeptanz der Parentifizierung die gewünschte körperliche und emotionale Nähe zur Mutter herzustellen oder aufrechtzuerhalten, die aufgrund der hohen eigenen Bedürftigkeit und Bindungsbesonderheit der Mutter sonst nicht möglich wäre.

*Erziehungskompetenz.* Unter Erziehungskompetenz wird die optimale Passung zwischen den altersgemäßen Bedürfnissen des Kindes und der Gestaltung der kindlichen Umwelt durch die Eltern verstanden (Petermann & Petermann, 2006). Die Komponenten der Erziehungskompetenz umfassen die konkrete Versorgung, Pflege und die Organisation des Haushalts und des Familienlebens. Hinzu kommen emotionale Fähigkeiten wie Empathie, Perspektivenübernahme und Vermittlung von Schutz und Geborgenheit, Kommunikationsfähigkeit, Vorbildfähigkeit, Fähigkeit zur Grenzsetzung sowie Förderfähigkeit, die die Unterstützung und Ermutigung des Kindes, die Setzung von Anforderungen sowie die alters- und entwicklungsgemäße Übertragung von Verantwortung und Aufgaben beinhaltet.

Eine unzureichende Erziehungskompetenz stellt einen aussagekräftigen Risikofaktor für die Entwicklung der Kinder dar. Studien zeigen beispielsweise einen engen Zusammenhang zwischen problematischem Erziehungsverhalten und der Entwicklung von externalisierenden Verhaltensstörungen, wie z. B. Störungen des Sozialverhaltens und aggressives Verhalten (Heinrichs, Bodenmann & Hahlweg, 2008). Bei psychisch erkrankten Eltern ist die Erziehungskompetenz häufig begrenzt. Sie verhalten sich inkonsistent, greifen eher zu unangemessenen Erziehungsmaßnahmen und sind insbesondere in akuten Krisensituationen und Krankheitsphasen in ihrer Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit sowie in der Fähigkeit zur Grenzsetzung eingeschränkt (Petermann, Petermann & Damm, 2008). Hinzu kommt häufig eine große Verunsicherung und Unsicherheit in Bezug