

Artikel

Kinder psychisch erkrankter Eltern – Forschungsdesiderata und psychiatrischer Interventionsbedarf

Children of mentally ill parents: Needs for research and mental health interventions

Dieter Heitmann¹, Ullrich Bauer²¹ Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)² Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 6 – Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld

Korrespondenz: Dieter Heitmann, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Postfach 10 01 31, D-33501 Bielefeld, E-mail: dieter.heitmann@uni-bielefeld.de

Manuskript erstmals eingereicht: 28.03.2007

Endgültige Fassung eingereicht: 28.08.2007

Zur Publikation akzeptiert: 24.09.2007

Heitmann D, Bauer U (2007) Kinder psychisch erkrankter Eltern – Forschungsdesiderata und psychiatrischer Interventionsbedarf. Z Pflegewiss psych Gesundh 1(1):5-16

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag setzt sich mit der in der bisherigen Forschungsdiskussion kaum berücksichtigten Situation von Kindern psychisch erkrankter Eltern auseinander. Ziel ist es, auf der Basis einer Literaturübersicht die Probleme von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem psychisch kranken Elternteil zu beschreiben und den daraus folgenden Forschungs- und Interventionsbedarf aufzuzeigen. Ausgangspunkt (I.) ist das überproportionale Auftreten von Belastungen und damit verbundenen Auffälligkeitssyndromen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Danach soll auf ein Verständnis hingearbeitet werden, dass elterliche Funktionsstörungen primär als psychosoziale Belastungen (II.) und damit als Verringerung der Resilienzfähigkeit (III.) Heranwachsender auffasst. Im Anschluss (IV.) wird auf die Bedarfslagen und bestehenden Angebote zur Unterstützung von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil eingegangen. Abschließend (V.) werden Anforderungen an eine künftig gebotene Intensivierung von Forschungs- und Praxisaktivitäten skizziert, die die Situation von Kindern psychisch erkrankter Eltern stärker als bisher fokussieren.

Schlüsselwörter: Kinder psychisch kranker Eltern, kindliche Entwicklungsrisiken, Belastungsbewältigung, Resilienz, präventive psychiatrische Pflege

Abstract

This contribution deals with the under considered situation of children of mentally ill parents in current discussion. The contribution aims to describe the problems of children of mentally ill parents based on a literature survey and to derive the subsequent areas for research and interventions to be conducted. The point of origin is (I.) the disproportional occurrence of family stress and mental disorders in children and adolescents in families with mentally ill parents. It will be shown that parental dysfunction must be understood primarily as deriving from psychosocial burdens in family life (II.) reducing the childrens' resilience capabilities (III.). Subsequently (IV.) the needs of families with a mentally ill parent will be pointed out as well as the provided support. (V.) Further research activities and more prevention and intervention strategies are recommended focussing on the very special situation of children of mentally ill parents.

Keywords: Children of mentally ill parents, developmental risk factors, coping, resilience, preventive psychiatric care

Einleitung

Die kindliche Entwicklung ist vielfältigen Bedrohungen ausgesetzt, zu denen neben ökologischen und biologischen insbesondere psychosoziale Risiken gehören [1]. Dabei stellt das Familiensetting den wohl bedeutendsten Einflussfaktor auf die Ontogenese im Kindes- und Jugendalter dar [2, 3, 4]. Im sozialen Nahraum der Familie werden sowohl Schutz- als auch Risikofaktoren konstituiert, die auf die Ausbildung von Entwicklungsstörungen manifest Einfluss nehmen [5]. Ein entsprechend enger Zusammenhang zwischen der psychischen Störung von Eltern und einem erhöhten Risiko ihrer Kinder, selbst psychisch zu erkranken bzw. verhaltensauffällig zu werden, lässt sich seit langem als begründet annehmen [6, 7, 8, 9]. Trotz dieser Befunde ist der epidemiologische Kenntnisstand zur Verteilung psychischer Erkrankungen im Familiensetting national wie international immer noch unzureichend und wenig verlässlich. Es fehlt insbesondere hierzulande an einer umfänglichen Diskussion, die sich mit der Situation von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil und somit mit den komplexen Verursachungsfaktoren einer erhöhten Störungsanfälligkeit von Kindern psychisch erkrankter Eltern befassen. Noch existieren also kaum Erkenntnisse über die konkreten Mechanismen, die dazu führen, dass elterliche Funktionsstörungen als Risikofaktoren die psychische und soziale Entwicklung Heranwachsender stärker als in anderen Familien bedrohen. Entsprechend mangelhaft ist der Wissensstand zu den Auswirkungen psychischer Erkrankungen im Familiensetting und den Möglichkeiten einer sinnvollen und zielführenden Präventionsausrichtung.

I. Psychische Störungen im Familiensetting

Populationsbezogene Studien zur Verteilung psychischer Störungen im Familiensetting liegen hierzulande nicht vor. Auch in anderen Ländern - beispielsweise in den USA und Australien - sind bevölkerungsbezogene Daten nicht verfügbar [10, 11]. Daher soll zunächst ein Blick auf das Erwachsenenalter weiterhelfen und anschließend die Häufigkeit psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter skizziert werden, bevor auf die wenigen vorliegenden behandlungsbezogenen Untersuchungen über

psychische Erkrankungen in Familien eingegangen wird.

Weltweit nehmen psychische Störungen im Krankheitspanorama von Bevölkerungen inzwischen eine prominente Stellung ein. In der US-amerikanischen *Epidemiologic-Catchment-Area* Studie (ECA) wird beispielsweise eine Lebenszeitprävalenz für psychische Störungen im Erwachsenenalter von etwa 32% angegeben [12]. Der repräsentativen, populationsbezogenen TACOS-Studie [13] zufolge, beträgt die Lebenszeitprävalenz für – mit Bezug auf epidemiologische Daten für Deutschland – psychische Erkrankungen der erwachsenen Bevölkerung (einschließlich Abhängigkeitserkrankungen) 35,6%. Entsprechende Jahresprävalenzen liegen erwartungsgemäß unter Lebenszeitprävalenzen. Kessler et al. [14] berichten in der US-amerikanischen NCS-Studie von einer Jahresprävalenz für psychische Störungen von 29,5%. In der TACOS-Studie [15] wird von einer Jahresprävalenz von 26,2% berichtet. Wittchen und Jacobi [16] haben in einer Übersichtsarbeit die Ergebnisse von 27 europäischen Studien (einschl. Island, Norwegen und Schweiz) zusammengetragen. Demzufolge liegt die geschätzte Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen bei 27,4 %.

Für die Frage, ob psychische Störungen behandlungsbedürftig sind, ist nicht die Diagnose allein ausschlaggebend. Vielmehr ist das Ausmaß der damit verbundenen und diagnostizierbaren psychologischen und sozialen Funktionsstörungen entscheidend [17]. Im Vordergrund stehen damit also diejenigen Verhaltensmerkmale psychisch kranker Eltern, die sich als Risikofaktoren auf die Kinder negativ auswirken können. Die Ergebnisse des repräsentativen „*British National Survey of Psychiatric Morbidity*“ verweisen in diesem Zusammenhang sehr deutlich darauf, dass bei weitem nicht alle Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose auch in ein entsprechendes therapeutisches Behandlungssetting eintreten. Nach verlässlichen Schätzungen werden – unabhängig vom Lebensalter – lediglich 10% der Personen mit einer psychischen Erkrankung behandelt, selbst Personen mit zwei oder mehr psychiatrischen Diagnosen werden nur zu 30% behandelt [18]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) spricht in diesem Zusammenhang selbst von einem „*treatment gap*“, worunter der Anteil an Personen zu verstehen ist, der eine Behandlung benötigen würde, diese jedoch nicht erhält [19, 20].

Befunde zur Häufigkeit psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter, die ihre Erhebungsmethodik an international anerkannten Klassifikationssystemen von Krankheiten (z.B. DSM III oder IV; ICD 10) ausgerichtet haben, zeigen vergleichsweise einheitliche Prävalenzen. Nach Ihle und Esser [21], die in ihrer Übersichtsarbeit die Ergebnisse von 19 wichtigen internationalen Untersuchungen zusammengefasst haben, bewegen sich die ermittelten Prävalenzraten bei der Mehrheit der berücksichtigten Studien zwischen 15% und 22%. Den Autoren zufolge sind die häufigsten Störungen mit einer durchschnittlichen Prävalenz (3 bis 12 Monatsprävalenzen) von 10,4% Angststörungen, gefolgt von dissozialen mit 7,5% sowie depressiven und hyperkinetischen Störungen mit jeweils 4,4%. Die „Great Smoky Mountain Study“, eine US-amerikanische Longitudinalstudie, in die drei Kohorten von Kindern im Alter von 9, 11 und 13 Jahren einbezogen (n=1420) und bis zum 16 Lebensjahr verfolgt wurden, zeigt die folgenden Drei-Monatsprävalenzen. Den Ergebnissen von Costello et al. [22] zufolge, lag die Prävalenz für Angststörungen bei 2,4% und für depressive Störungen bei 2,2%. Die Prävalenz für Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten beträgt 2,7% und für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) 0,9%.

Den repräsentativen Daten des „British Child and Adolescent Mental Health Survey“ zufolge, kann von einer Gesamtprävalenzrate für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter von 9,5% ausgegangen werden, wobei Jungen signifikant häufiger als Mädchen betroffen sind (11,6% vs. 7,4%). Die Prävalenz psychischer Störungen steigt hiernach zudem mit dem Lebensalter an: Während sie bei den 5-7-Jährigen bei 7,8% lag, erreichte sie bei den 13-15-Jährigen einen Anteil von 12,2%. Mehr als eine einzelne Störungsdiagnose (Komorbiditätsfälle) zeigten 29,7%; 22% wiesen zwei und 5% sogar drei Störungen auf. Nach Einzeldiagnosen betrachtet zeigen die Surveydaten, dass bei den internalisierenden Störungen Angststörungen mit etwa 3,8% im Kindes- und Jugendalter führend sind, gefolgt von depressiven Störungen mit etwa 0,9%. Die externalisierenden Störungen machen insgesamt 5,9% der Prävalenz aus, wobei Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten (SOT) eine Prävalenz von 2,3% und Aufmerksamkeitsdefizit-/

Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) 2,2% aufweisen [23].

Vorliegende epidemiologische Befunde deuten - wie unter den Erwachsenen - darauf hin, dass nur ein geringer Teil der psychisch auffälligen oder gestörten Kinder und Jugendlichen professionelle Hilfen in Anspruch nimmt. Nur etwa 10% bis 30% aller Kinder und Jugendlichen, für die in epidemiologischen Studien eine psychische Störung festgestellt wurde, werden von professionellen Hilfesystemen aufgenommen [24, 25, 26]. Ein Großteil der Betroffenen in den jüngeren und jüngsten Altersgruppen erhält demnach - die hohe anzunehmende Dunkelziffer noch ausgenommen - keine angemessene therapeutische Unterstützung.

Epidemiologische Befunde zum Anteil psychisch kranker Eltern mit minderjährigen Kindern weisen mit einer Spannweite von 9% bis 61% eine erhebliche Varianz auf. Dabei ist zudem zu berücksichtigen, dass es sich noch nicht einmal um populationsbezogene, sondern um Behandlungsprävalenzen handelt. Die Streuung der Prävalenzen ist regelmäßig auf Unterschiede und Störvariablen bei der Rekrutierung von Studienpopulationen zurückzuführen, in die beispielsweise entweder nur weibliche Patienten, bestimmte Diagnosegruppen oder einzelne Elternteile einbezogen wurden, die zum Zeitpunkt der Befragung mit ihren Kindern zusammen leben [27]. Eine der wenigen Anhaltspunkte für eine familienbezogene Perspektive bieten Schone/Wagenblast [28] mit einer kommunalen Patientenbefragung an. Sie berichten mit Bezug auf die zu Grunde liegende Studienpopulation (n=2.717) von einer Monatsprävalenz von 12,2% unter Eltern mit minderjährigen Kindern. Ihr Anteil variiert der Studie zufolge zwischen den verschiedenen psychiatrischen Versorgungsformen: In Tageskliniken befindet sich mit 23,9% der höchste Anteil an psychisch kranken Eltern, in der stationären Psychiatrie liegt die Prävalenz bei 19,1%, in Institutsambulanzen bei 17,9%, in der ambulanten Betreuung bei 7,2% und in Wohnheimen bei 6,4%. Von den befragten psychisch kranken Elternteilen waren 69,3% Frauen¹.

¹ Dass Frauen hier überproportional vertreten sind, lässt Rückschlüsse darauf zu, dass sich die Geschlechterdifferenz in der Gesamtprävalenzrate (s.o.) mit zunehmendem Alter zu Ungunsten der Frauen verschiebt. Mutmaßlich, weil die unter Frauen häufigeren internalisierenden Störungen länger andauern oder weil eher männliche externalisierende Störungsbilder im Er-

Nach der umfassenden Dokumentation von Lenz [27] in der stationären Psychiatrie haben 27% der einbezogenen Patienten (n=808) Kinder unter 18 Jahren (davon wesentlich mehr Frauen, mit 34% unter den Patientinnen, als Männer mit 18% unter den Patienten). 72% der Betroffenen leben mit ihren Kindern zusammen, wobei wiederum ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied erkennbar wurde (77% der Frauen gegenüber nur 60% unter den Männern leben mit ihren minderjährigen Kindern in einem gemeinsamen Haushalt). Einer aktuellen Untersuchung von Grube und Dorn [29] in einer psychiatrischen Klinik zufolge, sind 26,5% der Patienten (n=438) Eltern minderjähriger Kinder (3-Monatsprävalenz). Auch in dieser Studie überwiegt erwartungsgemäß der Frauenanteil. 34,3% der Patientinnen waren Mütter, demgegenüber lediglich 20,6% der Patienten Väter minderjähriger Kinder.

Frühere Untersuchungen [30] bestätigen, dass 9% bis 30% der aufgenommenen Patienten Eltern minderjähriger Kinder sind. Psychisch kranke Eltern sind also, so weit lässt sich der Überblick zum allgemeinen Diskussionsstand hier bereits konkretisieren, in der klinischen psychiatrischen Versorgung keine Seltenheit. Sie stellen nicht lediglich eine Randgruppe dar und leben in der Regel nicht von ihren Kindern getrennt. Das bedeutet für die Familien mit einem psychisch kranken Elternteil aber auch, dass die Kinder den Verlauf der Erkrankung zumeist voll mit erleben und von den psychischen bzw. sozialen Funktionsdefiziten, die die Störungsbilder in der Regel begleiten, betroffen sind [7].

Zu den häufigsten psychiatrischen Diagnosen psychisch erkrankter Eltern gehören Depression und Schizophrenie (bzw. Psychosen). Schone und Wagenblast [28] berichten von 41% der Patienten, die unter Schizophrenie leiden, 36% unter Depressionen und 15% unter Angst-/ Zwangsstörungen. Lenz [27] zufolge sind 37% an Psychosen, 30% an Persönlichkeitsstörungen und 23% an Depressionen erkrankt. Rutter und Quinton [9] haben früh beschrieben, dass nicht die psychischen Störungen allein als Risikofaktor für die Kinder angenommen werden dürfen. Vielmehr werden die mit einer psychischen Erkrankung verbundenen psychosozia-

len Funktionseinschränkungen der erkrankten Eltern als wesentlicher Bedingungsfaktor späterer Auffälligkeitssyndrome unter den Kindern angesehen.

II. Elterliche Störungen als psychosoziale Belastung in kindlichen Entwicklungsverläufen

Zahlreiche Forschungsarbeiten zur Psychopathologie im Kindes- und Jugendalter haben die Assoziation zwischen der psychischen Erkrankung der Eltern und dem Auftreten von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter belegen können [6, 8]. Aufgrund der vorliegenden empirischen Befunde gilt beispielsweise als sicher, dass Kinder depressiver Eltern ein vielfach erhöhtes Risiko aufweisen, im Verlauf ihrer Entwicklung selbst depressiv zu erkranken und andere psychische Störungen zu entwickeln. Sie tragen auch ein erhöhtes Risiko für Verhaltensauffälligkeiten und Anpassungsprobleme im sozialen, emotionalen und kognitiven Bereich [31]. Das Risiko für eine affektive Störung ist für Kinder depressiver Eltern zwei- bis dreimal höher, das Risiko für eine Major Depression etwa sechsmal höher als für Kinder unauffälliger Eltern. Sind beide Elternteile depressiv erkrankt, beträgt die Wahrscheinlichkeit für die Kinder, im Laufe ihres Lebens eine Depression zu entwickeln, 70% [12, 6]. Ähnliche Zusammenhänge werden auch für schizophrene Erkrankungen diskutiert².

Bereits 1984 haben Rutter und Quinton [9] einen Zusammenhang zwischen der psychischen Erkrankung von Eltern und dem Auftreten psychischer Störungen bei deren Kindern festgestellt. In einer auf vier Jahre angelegten, prospektiven Studie untersuchten sie 137 Familien mit 292 Kindern, von denen sich ein Elternteil in psychiatrischer Behandlung befand. Die Autoren fanden, dass etwa ein Drittel der Kinder keine psychischen Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten zeigte. Bei einem weiteren Drittel traten vorübergehend psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten

wachsenalter in weit geringerem Maße pathologisiert werden.

² Die Erklärung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter schließt nicht allein an eine biologische oder ethologische Ätiologie an. Wenngleich für schizophrene Erkrankungsformen und affektive Psychosen auch genetische Vererbungsmuster angenommen werden, können diese den Zusammenhang zwischen elterlicher Erkrankung und kindlicher Auffälligkeit nur teilweise erklären [32].

auf. Das letzte Drittel der Kinder entwickelte andauernde psychische Störungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten. Der Studie zufolge waren es nicht die psychischen Störungen als solche, die einen Risikofaktor für die Kinder darstellen, vielmehr werden die damit verbundenen, psychosozialen Funktionsstörungen der erkrankten Eltern in Zusammenhang gebracht. Und diese können die akute Krankheitsphase durchaus überdauern. Zu den anhaltenden Funktionsstörungen werden beispielsweise elterliche Feindseligkeit, Gewalt und Aggressionen gerechnet [9]. Matthejat et al. [7] stellen am Beispiel depressiver Eltern folgende Funktionseinschränkungen fest, die Einfluss auf die kindliche Entwicklung haben. Hierzu gehören ein reduzierter affektiver Ausdruck, eingeschränkte positive Reaktionen auf die Aufmerksamkeitssuche der Kinder, erhöhte Hostilität sowie negative Äußerungen dem Kind und anderen Familienmitgliedern gegenüber.

Johnson et al. [33] haben in einer Longitudinalstudie den Zusammenhang zwischen der psychischen Erkrankung der Eltern, ihren psychosozialen Funktionsstörungen und dem Risiko ihrer Kinder eine psychische Störung zu entwickeln, untersucht. Den Ergebnissen zufolge haben psychisch kranke Eltern ein höheres Risiko für ein dysfunktionales Erziehungsverhalten als gesunde Eltern. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass die elterlichen Verhaltensstörungen das Auftreten von psychischen Störungen bei ihren Kindern im Jugendalter und im frühen Erwachsenenalter begünstigen.

Für eine umfassendere Ätiologie von Auffälligkeitssyndromen bei Kindern psychisch kranker Eltern ist der Aspekt der hohen zeitlichen und transsituativen Konsistenz elterlicher Störungsbilder besonders bedeutsam. Krankheitsassoziierte Funktionsstörungen der Eltern können demnach als Beeinträchtigungen des familialen Zusammenlebens verstanden werden, die als vielfältige psychosoziale Belastungsfaktoren weit über die Belastung durch die spezifische Verlaufsdynamik einer psychischen Erkrankung hinausgehen. Zudem sollte aus der Entwicklungsperspektive die Wirkung ergänzender kumulierender Risikofaktoren Berücksichtigung finden [34]. Neben der elterlichen Psychopathologie müssen als Risiko- und Belastungsfaktoren schwere Auseinandersetzungen unter den Eltern, ein niedriger sozioökonomischer Status der Familie, beengte Wohnverhältnisse sowie das

elterliche Devianzverhalten (Häufigkeit straffälligen Verhaltens etc.) angenommen werden, die als kumulative Risikofaktoren – wie der wissenschaftliche Diskussionsstand seit langem betont – die Wahrscheinlichkeit für kindliche Entwicklungsstörungen exponentiell erhöhen [5, 35].

Nach Lenz [27] leiden Kinder psychisch erkrankter Eltern auf vielfältige Weise unter familieninternen Belastungen: Sie befürchten beispielsweise, während des Klinikaufenthalts länger von dem betroffenen Elternteil getrennt zu werden oder ihn ganz zu verlieren. Daneben wächst Lenz zufolge unter Kindern die Angst, selbst krank zu werden. Kinder und Jugendliche nehmen eine krisenhafte Verschlechterung zumeist bereits vor der Klinikeinweisung wahr, die Einweisung erfolgt dann als Verlust Erfahrung, eine Zwangseinweisung kann sogar eine Traumatisierung hervorrufen (im Sinne kritischer Lebensereignisse). Infolge des Klinikaufenthaltes verändert sich aus Sicht der Kinder und Jugendlichen das Familienleben gravierend. Sie fühlen sich allein und müssen überdies Aufgaben im Haushalt übernehmen, um den abwesenden Elternteil zu ersetzen (Parentifizierung)³.

Die vorliegenden empirischen Befunde zu den Auswirkungen von psychischen Störungen von Eltern auf das Familiensetting weisen übereinstimmend darauf hin, dass psychische Erkrankungen der Eltern als psychosoziale Belastungen auf familiäre Interaktions- und Sozialisationsprozesse einwirken. Insbesondere bei erkrankten Müttern kann die psychische Störung zu einer Beeinträchtigung der Versorgung und Erziehung der Kinder führen [27]⁴. Für die betroffenen Kinder kann ein erhöhtes Risiko angenommen werden, durch die erfahrenden Belastungen im Familiensetting selbst eine psychische Störung auszubilden.

Internationale Übersichtsarbeiten zur Situation von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil verweisen auf eine empirische Engführung bei der

³ Neuere pflegewissenschaftliche Untersuchungen setzen sich mit Kindern als pflegende Angehörige auseinander, fokussieren dabei jedoch im Wesentlichen die erbrachten Pflegeleistungen und nicht das Belastungs-Bewältigungsgefüge [36].

⁴ Krankheitsbedingte Funktionseinschränkungen belasten wiederum die betroffenen Elternteile zusätzlich, sie verstärken Schuldgefühle sowie Ängste und Sorgen über die Zukunft der eigenen Kinder. Sofern kein gesunder Partner da ist, der eine kompensierende Funktion einnimmt, ist daher mitunter sogar die signifikante Verschlechterung im Krankheitsstatus der Betroffenen festzustellen [37].

Betrachtung von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. So kommen Mordoch und Hall [38] in einer Literaturanalyse zu dem Ergebnis, dass die Perspektive der Kinder in der Diskussion weitgehend ausgeblendet bleibt und der Fokus empirischer Forschung einseitig auf die Risikofaktoren für das Auftreten von psychischen Störungen bei Kindern psychisch kranker Eltern ausgerichtet ist. Nicholson et al. [10] kritisieren, dass sich Forschungsarbeiten in erster Linie auf die negativen Folgen der elterlichen psychischen Störungen konzentrieren und kaum die individuellen Merkmale und Kontextfaktoren in den Blick nehmen, die sich positiv auf Entwicklungsverläufe auswirken können. Darüber hinaus ist mit Blick auf die internationale Diskussion zu konstatieren, dass hierzulande in der Pflege - aber auch darüber hinaus - noch zu wenig über konkrete Interventionen und Maßnahmen zur Unterstützung von Kindern psychisch kranker Eltern bzw. von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil nachgedacht wird [11].

Trotz der durchaus verlässlichen Angaben zu der hohen Korrelation zwischen elterlicher Störung und kindlichem Störungsrisiko, sind detaillierte Kenntnisse zu der Belastungsverarbeitung und Belastungsbearbeitung unter den Heranwachsenden noch kaum vorhanden. Zweifellos sind solche Kenntnisse unentbehrlich, wenn der ontogenetische Mechanismus der Entstehung und Entwicklung von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter aufgeschlossen werden soll.

III. Die Missbalance von Risiko- und Schutzfaktoren

Entwicklungsbezogene Untersuchungen verweisen auf die Bedeutung von Risiko- und Schutzfaktoren für das Bewältigungsgeschehen in den unterschiedlichen Entwicklungsstadien. Solche Risiko- und Schutzfaktoren sind – das zeigt die Forschungsdiskussion im Schnittfeld interdisziplinärer Gesundheitsforschung mehrheitlich [39] – sowohl an spezifische Umfeldbedingungen als auch an spezifische Fähigkeits- und Kompetenzprofile der Heranwachsenden gebunden. Eine „gesunde“ Entwicklung besteht danach in der individuellen Fähigkeit, Belastungen in der Nahumwelt, zumeist der Familie, später auch in der Schule sowie innerhalb der peers etc., zu reduzieren und damit bewältigen zu können [40]. Gesundheit – auch psy-

chische Gesundheit (hier allgemein als „well being“ definierbar) – ist nach der entwicklungspsychologischen Auffassung als Balancezustand zwischen Belastungsfaktoren einerseits und Bewältigungsressourcen andererseits anzusehen. Dieser Balancezustand existiert nur in einer dynamischen, an die individuellen Lebensverhältnisse angepassten Form, ist damit von den individuellen Lebensbedingungen also auch direkt abhängig [41].

Der Begriff entwicklungsbezogener Risikofaktoren verweist in diesem Kontext zunächst auf Bedingungen, die auf das subjektive Wohlbefinden negativ einwirken können [42]. Ihm werden biologisch-genetische Faktoren (vor allem der körperlichen Entwicklung), Verhaltensdispositionen und sozial-ökologische Belastungssituationen subsumiert [39]. Risikofaktoren beeinflussen die individuelle Vulnerabilität im Sinne der psychischen und körperlichen Verletzlichkeit [43]. Als Schutzfaktoren werden dagegen solche Faktoren bezeichnet, die auf die Bewältigung von Belastungsanforderungen positiv Einfluss nehmen [44]. Sie erfüllen gegenüber den Risikofaktoren eine kompensatorische oder protektive Funktion und dienen somit als „Puffer“ bzw. als „Moderatoren“ [45] in Entwicklungsverläufen. Schutz- oder protektive Faktoren bestimmen so die persönliche Widerstandsfähigkeit, sie bezeichnen, im Sinne der Resilienzforschung [46], eine individuelle Kapazität, die als eine Art Metakompetenz die Nutzung vorhandener Ressourcen zur Problembewältigung steuert. Hühne [47: 55] definiert Resilienz als die Fähigkeit, *„aktuell vorhandene internale und externale Ressourcen zu nutzen, um bestimmte Aufgaben erfolgreich bewältigen zu können.“* Entsprechende Schutz- und Risikokonstellationen lassen sich im Allgemeinen danach unterscheiden, ob sie a) auf der Ebene der Einzelperson (Persönlichkeitsdispositionen, Fähigkeits-/Kompetenzstruktur) oder b) als soziale und materielle Umfeldfaktoren wirksam werden (Unterstützungsnetzwerke, Wohnumwelt, Alltagsbelastungen etc.). Dieses Bedingungsgefüge kontext- und persongebundener Ressourcen existiert hingegen in keinem unveränderlichen Zustand. Es verändert sich kontinuierlich in Abhängigkeit von wandelbaren Belastungen und Entlastungen, zu denen an erster Stelle die familiäre Lebenssituation sowie gleichrangig das Gefüge

individueller kognitiver Verarbeitungs- und Bewältigungsmuster gehört⁵.

Den an die Personen gebundenen Kompetenzen zur Belastungsverarbeitung und Belastungsbewältigung kommt in der Fachdiskussion aus der Präventionsperspektive die höchste Bedeutung zu: Hohes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, internale Kontrollüberzeugungen [48, 49, 50], Selbstregulationsmechanismen sowie positive Selbstwirksamkeitserwartungen [51, 52, 53] werden als entscheidende Bestandteile der Fähigkeit zur Bewältigung von Belastungsanforderungen angesehen. Ein entsprechender Kompetenzerwerb erfolgt wiederum primär in der sozialen und räumlichen Nahumwelt der Heranwachsenden. Im Falle einer belastungsreduzierten bzw. belastungsreduzierenden Entwicklung wird der Kompetenzaufbau durch ein stabiles Netzwerk von Unterstützungs- und Hilfebeziehungen erleichtert [54, 55, 56]. Der Erwerb basaler Kompetenzen der Lebensbewältigung stellt die zentrale Ausgangsbedingung für die psychische Unversehrtheit der Entwicklung im Sinne der „*mental health*“-Konzeption dar⁶.

Darüber hinaus hat die Resilienzforschung zeigen können, dass Merkmale des familiären Umfeldes als Schutzfaktoren gegen psychosoziale Risiken wirksam werden können. Werner [57] konnte in der Kauai-Longitudinalstudie zeigen, dass die Erziehungsorientierungen in den Familien die Resilienzfähigkeit der Kinder verbessern können. Demnach stellen klare familiäre Regeln und Strukturen, Identifikationsobjekte, Unabhängigkeitsförderung und zuverlässige Unterstützung - nicht nur innerhalb der Familie sondern auch von Freunden und Lehren - Schutzfaktoren für Kinder und Jugendliche mit hohen Risiken für psychische Störungen dar [35, 57]⁷.

Das Missverhältnis von Belastungsanforderung und den tatsächlich zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen stellt aus entwicklungsbezogener Perspektive die Hauptursache für deviantes Verhalten dar⁸. Die Überforderung von Bewältigungs-

kompetenzen zeigt sich in einer individuellen Stresssymptomatik (außen- und innengerichtete Gewalthandlungen, Introversion, Disengagement, Apathie, somatoforme Störungen). Selbst- und fremdschädigende Verhaltensweisen müssen demnach als reaktives Syndrom auf unbewältigte Belastungsanforderungen angesehen werden.

IV. Ansätze zur Unterstützung von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil

Die Situation und der Unterstützungsbedarf von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil sind national wie international empirisch deutlich unterbelichtet. Hearle et al. [66] fanden in einer Studie, dass zahlreiche der betroffenen Eltern befürchten, das Sorgerecht für ihre Kinder zu verlieren und damit einhergehend die Beziehung zu ihnen. Auch andere Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass die mit einer psychischen Erkrankung verbundene Stigmatisierung (psychisch kranke Eltern seien inkompetent in Hinblick auf die Erfüllung von Erziehungsaufgaben, gewalttätig oder potenziell gefährlich) sich bei den betroffenen Eltern in der Angst vor dem Verlust ihrer Kinder manifestiert [10]. Aus diesem Grund vermeiden die Eltern der Studie zufolge auch eine Inanspruchnahme von Hilfsangeboten, was im Einzelfall nicht zuletzt dazu führt, dass sich die psychische Erkrankung krisenhaft zuspitzt und zu einem akuten Ereignis wird, das sich belastend und oder sogar traumatisierend auf die Kinder auswirkt. In diesem Kontext scheint das Verhältnis zum System der Kinder- und Jugendhilfe besonders belastet zu sein, da hier die größten Befürchtungen des Kindesentzugs bestehen [10, 27].

Studien zufolge lebt der überwiegende Teil psychisch kranker Eltern mit ihren minderjährigen Kindern zusammen [27, 29]. Dies deutet auf die grundlegenden Alltagskompetenzen der Eltern hin und ihr Bedürfnis die Erziehungsaufgaben eigenverantwortlich zu bewältigen. Eine aktuelle Untersuchung von Lenz [27] verweist in diesem Zusam-

⁵ Hierzu gehören bereits die Beeinträchtigung durch kritische Lebensereignisse, durch Traumatisierung aufgrund von Krankheit und Tod sowie andere psychische Überlastungserfahrungen [58, 59].

⁶ Hierzu grundlegend [60, 61, 62, 63, 64, 65].

⁷ Zur Kritik am Risiko-Resilienzmodell vgl. [67].

⁸ Bezüglich der Nichtübereinstimmung von Belastungs- und Kompetenzniveau bei der Entstehung auffälligen Verhaltens soll hier nur auf den Zusammenhang von stresstheoretischen Kon-

zeptionen (in der deutschen Rezeption und Weiterführung der älteren angelsächsischen Tradition [68, 69, 70, 71]; integrativ für die sozialisationstheoretische Diskussion: [72, 73, 74]) mit dem Belastungs-Bewältigungs-Paradigma auf Grundlage der Coping-Forschung hingewiesen werden [75, 72].

menhang darauf, dass nur ein sehr geringer Teil der Kinder psychisch kranker Eltern während des Klinikaufenthalts von Instanzen wie Pflegeeltern, Tagesmüttern, Familienpflegerinnen oder teil- bzw. stationären Einrichtungen der Jugendhilfe versorgt werden. Vielmehr greift hier in aller Regel das familiäre Netz, an erster Stelle übernehmen die Partner die Versorgung der Kinder, gefolgt von Großeltern und Geschwistern.

Es darf nicht übersehen werden, dass Familien mit einem psychisch kranken Elternteil im Vergleich zu gesunden Eltern in der Regel mit größeren Herausforderungen konfrontiert werden. Zum einen sind sie gefordert, die mit der Krankheit verbundenen Anforderungen zu bewältigen - z.B. die Versorgung der Kinder während eines Klinikaufenthaltes - und zum anderen müssen die „normalen“ familiären Aufgaben gemeistert werden [10].

Sommer et al. [76] haben sich in einer klinischen Studie den Eltern zugewandt und ihre krankheits-spezifischen Hilfebedarfe analysiert. Die Autoren fanden unter anderem, dass sich mehr als zwei Drittel der Eltern im Rahmen der Klinikbehandlung Unterstützung und Hilfen bei der Aufklärung ihrer Kinder über die Krankheit wünschen sowie Elterngruppen zum gegenseitigen Austausch. Des Weiteren wurde von mehr als der Hälfte der Eltern eine Fachberatung bei der Entlassung aus der Klinik gewünscht. Die Ergebnisse der Untersuchung verweisen auf einen hohen Unterstützungsbedarf psychisch kranker Eltern im Rahmen eines Klinikaufenthaltes. Dem Bedarf steht - so die Autoren - bislang noch kein adäquates Angebot gegenüber [vgl. auch 10].

Vergleichbar defizitär stellen sich präventiv orientierte Unterstützungsangebote für die Kinder psychisch kranker Eltern dar. Ein bedarfsgerechtes und sozialrechtlich abgesichertes Angebot zu deren Unterstützung gibt es hierzulande bislang noch nicht und mit Blick auf die internationale Literatur scheint es sich in anderen Ländern ähnlich zu verhalten. Gleichwohl finden sich in Deutschland einzelne, zumeist regional eng begrenzte Angebote, die zum Teil aus Modellprojekten hervorgegangen sind⁹. Zu nennen sind beispielsweise die so genannten Auryr-Gruppenangebote [77]. Hierbei handelt es sich um ein präventiv ausgerichtetes

Angebot für Kinder im Alter zwischen 7 und 16 Jahren, mit dem ihre Resilienzfähigkeit gestärkt und psychosoziale Risikofaktoren reduziert werden sollen. Den theoretischen Hintergrund des Angebots bilden folglich auch in erster Linie Studien zur Resilienz bei Kindern und Jugendlichen. Die Gesprächsgruppen zielen unter anderem darauf ab, die Selbstreflexion und den Selbstwert der Kinder zu stärken, das Thema psychische Erkrankung der Eltern zu enttabuisieren, individuelle Bewältigungsformen zu unterstützen sowie Kontakte und Solidarität zu anderen betroffenen Kindern zu schaffen. Darüber hinaus soll eine kindgerechte Information über psychische Krankheiten und ein Austausch über die familiäre und persönliche Situation ermöglicht werden. Die betroffenen Kinder sollen überdies im geschützten Raum der Gruppe „Kind sein“ dürfen. Neben der Arbeit mit den Kindern findet auch Elternarbeit statt. Hierbei geht es in erster Linie darum, die Bewältigungskompetenzen der psychisch kranken Eltern zu unterstützen sowie Empathie für die Perspektive der Kinder auf die elterliche Erkrankung zu fördern [77]. Die Projekte unterscheiden sich inhaltlich zum Teil etwas voneinander, verfolgen aber ähnliche Zielsetzungen (z.B. Präventionsprojekt KIPKEL [78]). Diese Praxisprojekte wurden in der Regel nicht wissenschaftlich begleitet bzw. evaluiert.

Es finden sich auch international nur wenige Studien, in denen präventive Interventionen wissenschaftlich evaluiert wurden [z.B. 79, 80, 81]. So haben Beardslee et al. [80] ein Präventionsprogramm evaluiert, mit dem einerseits Risikofaktoren bei Kindern depressiver Eltern reduziert und andererseits protektive Faktoren gefördert werden sollten. Die Autoren fanden bei den Eltern eine signifikante und im Verlauf des Interventionsprogramms ansteigende Verbesserung des Verhaltens und der Einstellung gegenüber ihren Kindern. Die Kinder in der Studie zeigten ein besseres Verständnis der elterlichen Erkrankung. Die Veränderungen bei den Eltern und ihren Kindern wiesen eine positive Assoziation auf. Zugleich konnte bei den Kindern mit zunehmender Interventionsdauer eine signifikante Abnahme von Verhaltensstörungen erreicht werden [80].

⁹ Eine Übersicht über bestehende Angebote und Initiativen findet sich bspw. bei Schone und Wagenblaus [28].

V. Forschungs- und Praxisbedarf

Während die Frage von Risiko- und Schutzfaktoren in kindlichen Entwicklungsverläufen empirisch gut untersucht wurde, finden sich nur wenige Arbeiten, die sich aus der Perspektive der Familien bzw. der betroffenen Kinder der Problematik widmen.

Obwohl auf Grundlage der Untersuchungen von Lenz [27] und Schone und Wagenblast [28] erste wichtige Hinweise auf die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern hierzulande gegeben werden können, existiert noch keine abgesicherte empirische Befundlage, die eine praktische Ausrichtung von Präventionsmaßnahmen bereits ermöglichen würde. Bisher ist weder das Belastungs-Bewältigungsgefüge im Familiensetting systematisch in den Blick genommen worden, noch differenzieren die bestehenden Ansätze hinreichend zwischen unterschiedlichen psychosozialen Belastungsfaktoren, die entweder krankheitsabhängig oder kumulativ (als zusätzliche Belastungen der Lebenslage wie eine bedrängte ökonomische Situation, ein benachteiligendes Wohnumfeld etc.) entstehen können.

Ein erhöhter Forschungsbedarf muss damit, wie abschließend resümiert werden soll, von einer künftig ebenso dringend angezeigten praktischen Ausrichtung von geeigneten Präventionskonzepten begleitet werden. Die wichtigsten Anforderungen an eine Forschungs- (1) und Praxisperspektive (2) beinhalten:

(1) Trotz der verfügbaren Informationen zur allgemeinen Prävalenz psychischer Störungsbilder, sind verlässliche epidemiologische Daten über die Situation im Familiensetting immer noch kaum vorhanden. Entsprechend erhöhte Inzidenz- und Prävalenzraten geben also lediglich Hinweise darauf, dass in Familien mit psychisch erkrankten Eltern Belastungen erzeugt werden (Absenz der Eltern, mangelnde Kommunikation, Statusverlust, Stigmatisierung, Tabuisierung, soziale Scham etc.), die von den Heranwachsenden nicht bewältigt werden können. Forschungsbedarf besteht somit im Bereich populationsbezogener Untersuchungen zu psychischen Krankheiten und Elternschaft.

Existierende Daten weisen zudem eine viel zu hohe Varianz auf, um verlässliche Aussagen über die Situation in den Familien, kumulierende Belastungsfaktoren und vor allem über die Auswirkungen

psychischer Erkrankungen auf die familiäre Lebenssituation treffen zu können. Zum einen liegen noch immer nur wenige wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse zu den Belastungen der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit einem psychisch kranken Elternteil vor. Zum anderen fehlt es an fundierten Informationen über die Beziehung zwischen der psychischen Erkrankung bzw. vorhandenen Funktionsstörungen der Eltern, hinzutretenden Risikofaktoren im Familiensetting und den Auswirkungen innerhalb der Familie respektive auf die Kinder.

Damit eng verbunden ist, dass detailliertere Kenntnisse zur kindlichen Belastungsverarbeitung dringend notwendig sind. Die empirische Arrondierung der kindlichen Sozialisationsbedingungen erscheint unentbehrlich, wenn die Verursachungsschemata der Entstehung und Entwicklung von Auffälligkeitssyndromen aufgrund familiärer Belastungen abgeschlossen werden sollen. Es gilt somit vermehrt Augenmerk auf die kindlichen Bewältigungsprozesse zu legen.

Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang den vermittelnden Prozessen zu, das heißt vor allem den konkreten sozio-emotionalen Defiziten der Eltern, die es künftig umfassender zu explorieren gilt.

Wie gezeigt wurde, weisen Arbeiten der Resilienzforschung auf die Existenz von Schutzfaktoren und Ressourcen im Leben der Heranwachsenden hin. Folgt man diesen Annahmen sollte die empirische Annäherung an den hier skizzierten Forschungsgegenstand vor dem Hintergrund der entsprechenden Befundlage erfolgen. Konkret bedeutet dies, die Belastungsbewältigung der betroffenen Kinder und Jugendlichen stets im Kontext von protektiven Faktoren und Fähigkeiten zu untersuchen.

(2) Die psychiatrische Versorgung nimmt bisher erst dann Notiz von den Kindern psychisch erkrankter Eltern, wenn sie selbst Störungen entwickeln. Der Diskurs in der Erwachsenenpsychiatrie umfasst bislang die Situation von Kindern psychisch erkrankter Eltern nur unzureichend. Sie werden insbesondere nicht als Angehörige wahrgenommen, die der Aufmerksamkeit bedürfen, und sind folglich auch nicht Bestandteil von Versorgungskonzepten. Es fehlt, so lässt sich schlussfolgern, an einem entsprechenden Problembewusstsein der professionellen Akteure. Präventive

Potenziale, auf die die Forschungsarbeiten zum Resilienzkonstrukt hinweisen, werden in der klinischen Psychiatrie damit bislang nicht genutzt. Gerade die psychiatrische Pflege könnte, so die hier vertretene These, durchaus präventiv tätig werden, sofern Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern in das Behandlungssetting einbezogen würden. Das gilt sowohl in präventiver Hinsicht mit Bezug auf die Kinder, als auch in therapeutischer Absicht mit Bezug auf die betroffenen Elternteile. Nicht zuletzt muss dies als wichtiger ergänzender Baustein familientherapeutischer Versorgungskonzepte angesehen werden, die die Familienorientierung also nicht nur auf dem Papier, sondern auch in der Praxis proben müssen.

In diesem Zusammenhang kommt der Vernetzung innerhalb des bestehenden psychiatrischen Versorgungssystems (klinisch-psychiatrische Versorgung, ambulante Versorgung, Kinder- und Jugendpsychiatrie) eine besondere Bedeutung zu. Darüber hinaus wird es wichtig sein, den Brückenschlag zu den erzieherischen Hilfen zu schlagen, was eine besondere Herausforderung darstellt, zumal sich hier strukturelle Barrieren aufgrund unterschiedlicher sozialrechtlicher Verankerung ergeben, die überwunden werden wollen.

Literatur

1. Werner E (1999) Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: Opp G, Fingerle M, Freytag A (Hrsg) Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag, S 25-36
2. Bauer U, Hurrelmann K (2005) Stichwort Sozialisation. In: Tenroth HE, Tippelt R (Hrsg) Fachlexikon Pädagogik. Weinheim: Beltz
3. Ravens-Sieberer U, Schulte-Markwort M, Bettge S, Barkmann C (2002) Risiken und Ressourcen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Das Gesundheitswesen 64 (Sonderheft): 88-94
4. Walper S (1999) Auswirkungen von Armut auf die Entwicklung von Kindern. In: Deutsches Jugendinstitut (Hrsg) Normalität, Abweichung und ihre Ursachen (Materialien für den 10. Kinder- und Jugendbericht, Bd. 1). München, S 291-359
5. Rutter M (1987) Psychosocial resilience and protective mechanism. American Journal of Orthopsychiatry 3: 316-331
6. Downey G, Coyne JC (1990) Children of depressed parents: An integrative review. Psychological Bulletin 1: 50-76
7. Matthejat F, Wüthrich C, Renschmidt H (2000) Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. Der Nervenarzt 3: 164-172
8. Ihle W, Esser G, Schmidt MH, Blanz B (2002) Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für die psychische Störungen von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. Kindheit und Entwicklung 4: 201-211
9. Rutter M, Quinton D (1984) Parental psychiatric disorder: Effects on children. Psychological Medicine 14: 853-880
10. Nicholson J, Biebel K, Hinden B, Henry A, Stier L (2001) Critical issues for parents with mental illness and their families. Center for Mental Health Services Research. Department of Psychiatry, University of Massachusetts Medical School.
<http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/KEN-01-0109/default.asp>, letzter Zugriff: 08.08.2007
11. Foster K, O'Brian L, McAllister M (2005) Addressing the needs of children of parents with mental illness: Current approaches. Contemporary Nurse 1-2: 67-81
12. Robins LN, Regier DA (1991) Psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study. New York: Free Press
13. Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, Dilling H, John U (2000) Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie. Der Nervenarzt 7: 535-542
14. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Archives of General Psychiatry 1: 8-19
15. Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, John U (2001) Prevalence of DSM-IV psychiatric disorders including nicotine dependence in the general population: Results from the northern german TACOS study. Neurology, Psychiatry and Brain Research 9: 75-80
16. Wittchen HU, Jacobi F (2005) Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. European Neuropsychopharmacology 4: 357-376
17. Baune BT, Arolt V (2005) Psychiatrische Epidemiologie und Bevölkerungsmedizin. Prinzipien der Versorgungsforschung. Der Nervenarzt 5: 633-646
18. Bebbington PE (2000) The need for psychiatric treatment in the general population. In: Andrews G, Henderson S (Hrsg) Unmet need in psychiatry: problems, resources, responses. Cambridge: Cambridge University Press, S 85-96
19. WHO - World Health Organization (2005) Mental health: Facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference
20. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B (2004) The treatment gap in mental health care. Bulletin of the World Health Organization 11: 858-866
21. Ihle W, Esser G (2002) Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. Psychologische Rundschau 4: 159-169
22. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A (2003) Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Archives of General Psychiatry 8: 760-856
23. Ford T, Goodman R, Meltzer H (2003) The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 10: 1203-1211
24. Fombonne E (2002) Case identification in an epidemiological context. In: Rutter M, Taylor E (Hrsg) Child and adolescent psychiatry. 4. Aufl. Oxford: Blackwell, S 52-86
25. Sourander A, Multimaki P, Santalathi P, Parkkola K, Haavisto A, Helenius H, Nikolakaros G, Piha I, Tamminen T, Moila-

- nen I, Kumpulainen K, Aronen E, Linna S, Puura K, Almqvist F (2004) Mental health service use among 18-year-old adolescent boys: A prospective 10-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 10: 1250-1258
26. Zwaanswijk MS, van der Ende JMS, Verhaak PFM, Bensing JM, Verhulst FC (2003) Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 6: 692-700
 27. Lenz A (2005) *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen, Bern: Hogrefe
 28. Schone R, Wagenblast S (2002) *Wenn Eltern psychisch krank sind... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster*. Münster: Votum Verlag
 29. Grube M, Dorn A (2007) Elternschaft bei psychisch Kranken. *Psychiatrische Praxis* 2: 66-71
 30. Bohus M, Schehr K, Berger-Sallawitz F, Novelli U, Stieglitz RD, Berger M (1998) *Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Untersuchung zum Problembewusstsein im klinischen Alltag*. *Psychiatrische Praxis* 3: 134-138
 31. Cummings EM, Davies PT (1994) Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1: 73-112
 32. Canino GJ, Bird HR, Rubio-Stipec M, Bravo M, Alegria M (1990) Children of parents with psychiatric disorder in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 3: 398-406
 33. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Smailes E, Brook JS (2001) Association of maladaptive parental behaviour with psychiatric disorder among parents and their offspring. *Archives of General Psychiatry* 58: 453-460
 34. Egle UT, Hoffmann SO, Steffens M (1997) Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Gegenwärtiger Stand der Forschung. Der Nervenarzt* 9: 683-695
 35. Werner EE, Smith RS (1982) *Vulnerable but not invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York, St. Louis, San Francisco: McGraw-Hill Book Company
 36. Schnepf W, Metzger S (2005) *Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Eine Untersuchung zu Bedeutung und Konstruktion familialer Pflege, welche von Kindern und Jugendlichen erbracht wird*. *Pflege&Gesellschaft* 1: 61-62
 37. Nicholson J, Sweeney EM, Geller JL (1998) Focus on women: Mothers with mental illness: I. The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatric Services* 5: 643-649
 38. Mordoch E, Hall WA (2002) Children living with a parent who has a mental illness: a critical analysis of the literature and research implications. *Archives of Psychiatric Nursing* 5: 208-216
 39. Hurrelmann K (2006) *Gesundheitssoziologie, 6. Aufl.*, Weinheim: Juventa
 40. Bauer U, Hurrelmann K (2005) Preaching to the saved? Chancen schulischer Gesundheitsförderung. *Pädiatrische Praxis* 67: 401-411
 41. Bauer U (2005) *Das Präventionsdilemma*. Wiesbaden: VS
 42. Jessor R (1991) Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. Special Issue: Adolescent at Risk. *Journal of Adolescent Health* 12: 597-605
 43. Petermann F, Kusch M, Niebank M (1998) *Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Beltz/Psychologie-Verlagsunion
 44. Jessor R, van den Bos J, Vanderryn J, Costa FM, Turbin MS (1995) Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology* 6: 923-933
 45. Silbereisen RK (1999) Differenzierungen und Perspektiven für Prävention aus entwicklungspsychologischer Sicht. In: Kolip P (Hrsg) *Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter*. Weinheim, München: Juventa, S 70-85
 46. Luthar S (2000) The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Journal of Child Development* 3: 543-558
 47. Hühne C (2002) *Das FAST-Präventionsprogramm. Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung im Kindes- und Jugendalter bezogen auf handlungsorientierte präventive Konzepte*. *Kind, Jugend, Gesellschaft (KJG)* 2: 54-59
 48. Rotter JB (1954) *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall
 49. Rotter JB (1982) Generalizes expectation for internal versus external control of reinforcement. In: *The development and application of social learning theory. Selected Papers*. Praeger, S 169-214
 50. Edelstein W, Grundmann M, Mies A (2000) The development of internal versus external control beliefs in developmentally relevant contexts of children's and adolescents' lifeworlds. In: Perrig WJ, Grob A (Hrsg) *Control of human behavior, mental processes, and consciousness. Essays in honor of the 60th birthday of August Flammer*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc. Publishers, S 377-390
 51. Bandura A (1991) Self-regulation of motivation through anticipatory and self-regulatory mechanisms. In: Dienstbier RA (Hrsg) *Perspectives on motivation: Nebraska Symposium on motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press, S 69-164
 52. Bandura A (1995) *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press
 53. Bandura A (1997) *Self-efficacy: The exercise of control*, New York: WH Freeman
 54. Nestmann F, Hurrelmann K (Hrsg) (1994) *Social networks and social support in childhood and adolescence*. Berlin: de Gruyter
 55. Röhrle B, Sommer G (1994) Social support and social competence. Some theoretical and empirical contributions to their relationship. In: Nestmann F, Hurrelmann K (Hrsg) *Social networks and social support in childhood and adolescence*. Berlin: de Gruyter, S 111-129
 56. Pettit GS, Dodge KA, Brown MM (1988) Early family experience, social problem solving pattern, and children's social competence. *Child Development* 59: 107-120
 57. Werner EE (1999) Risk and protective factors in the lives of children with high-incidence disabilities. In: Gallimore R, Bernheimer LP, MacMillan DL, Speece DL, Vaughn S (Hrsg) *Developmental perspectives on children with high-incidence disabilities*. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, S 15-31
 58. Mansel J, Schweins W, Ulbrich-Herrmann M (Hrsg) (2001) *Zukunftsperspektiven Jugendlicher. Wirtschaftliche und soziale Entwicklungen als Herausforderung und Bedrohung für die Lebensplanung*. Weinheim: Juventa

59. Jessor B, Turbin MS, Costa FM (1999) Protektive Einflußfaktoren auf jugendliches Gesundheitsverhalten In: Kolip P (Hrsg) Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter. Weinheim, München: Juventa, S 41-69
60. Bramsfeld A, Wismar M, Albrecht D (2003) Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Störungen: Gibt es bevölkerungsbezogene Konzepte? Ein Blick ins Ausland. Das Gesundheitswesen 65: 226-235
61. Horwitz AV, Scheid TL (Hrsg) (1999) A handbook for the study of mental health, social contexts, theories, and systems. Cambridge: Cambridge Univ. Press
62. Petersen AP, Leffert N, Graham B, Alwin J, Ding S (1997) Promoting mental health during the transition into adolescence. In: Schulenberg J, Maggs JL, Hurrelmann K (Hrsg) Health risks and developmental transitions during adolescence. Cambridge: Cambridge Univ. Press, S 471-497
63. Pilgrim D, Rogers A (1999) A sociology of mental health and illness. 2nd ed. Buckingham: Open Univ. Press
64. WHO (1995): World Health Organization: Division of mental health. Journal of Mental Health 2: 211-216
65. Znoi H, Grawe K (2000) The control of unwanted states and psychological health: Consistency-safeguards. In: Perrig WJ, Grob A (Hrsg) Control of human behavior, mental processes, and consciousness. Essays in honor of the 60th birthday of August Flammer. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc Publishers, S 263-282
66. Hearle J, Plant K, Jenner L, Barkla J, McGrath J (1999) A survey of contact with offspring and assistance with child care among parents with psychotic disorders. Psychiatric Services 10: 1354-1356
67. McConnell Gladstone B, Boydell KM, McKeever P (2006) Recasting research into children's experiences of parental mental illness: Beyond risk and resilience. Social Science & Medicine 10: 2540-2550
68. Katsching H (1981) Sozialer Streß und psychische Erkrankung. Lebensverändernde Ereignisse als Ursache seelischer Störungen. München: Urban & Schwarzenberg
69. Pfaff H (1989) Streßbewältigung und soziale Unterstützung. Zur sozialen Regulierung individuellen Wohlbefindens. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
70. Badura B, Pfaff H (1989) Streß, ein Modernisierungsrisiko? Mikro- und Makroaspekte soziologischer Belastungsforschung im Übergang zur postindustriellen Zivilisation. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 4: 644-668
71. Vester HG (1991) Sozialer Streß und seine Folgen in der Bundesrepublik Deutschland. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 2: 558-569
72. Engel U, Hurrelmann K (1989) Psychosoziale Belastung im Jugendalter. Empirische Befunde zum Einfluß von Familie, Schule und Gleichaltrigengruppe. Berlin, New York: de Gruyter
73. Mansel J (1995) Sozialisation in der Risikogesellschaft. Eine Untersuchung zu psychosozialen Belastungen Jugendlicher als Folge ihrer Bewertung gesellschaftlicher Belastungspotentiale. Neuwied: Luchterhand
74. Mansel J, Hurrelmann K (1991) Alltagsstreß bei Jugendlichen. Eine Untersuchung über Lebenschancen, Lebensrisiken und psychosoziale Befindlichkeiten im Statusübergang. Weinheim, München: Juventa
75. Bründel H, Hurrelmann K (1994) Bewältigungsstrategien deutscher und ausländischer Jugendlicher. Eine Pilotstudie. Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie 1: 2-19
76. Sommer R, Zoller P, Felder W (2001) Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50: 498-512
77. Dierks H (2001) Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter ("Aurynggruppen"). Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50: 560-568
78. Hipp M, Staets S (2003) "Familiäre Ressourcen stärken". Das Präventionsprojekt "Kipkel". Soziale Psychiatrie 3: 27-30
79. Finkelstein N, Rechberger E, Russell LA, VanDeMark NR, Noether CD, O'Keefe M, Gould K, Mockus S, Rael M (2005) Building resilience in children of mothers who have co-occurring disorders and histories of violence. Intervention model and implementation issues. Journal of Behavioral Health Services & Research 2: 141-154
80. Beardslee WR, Gladstone TRG, Wright EJ, Cooper AB (2003) A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. Pediatrics 3: e119-e113
81. Handley C, Farrell GA, Josephs A, Hanke A, Hazelton M (2001) The Tasmanian children's project: The needs of children with a parent/carer with a mental illness. Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing 10: 221-228