

„...wenn Kinder an sich selbst schon genug zu tragen haben“ Psychische Störungen der Eltern und Entwicklung von Kindern

Prof. Dr. Albert Lenz
Diplom-Psychologe

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Abteilung Paderborn
Institut für Gesundheitsforschung und
Soziale Psychiatrie (igsp)

Telefon 05251-122556
E-Mail: a.lenz@katho-nrw.de



Epidemiologische Aspekte

Wie viele Patienten, die an schizophrenen bzw. schizoaffektiven Störungen erkrankt sind, haben eigene Kinder?

Belastung und Bewältigung

Wie erleben Betroffene, Partner und Kinder das familiäre Zusammenleben mit der psychischen Erkrankung?

Unterstützungsbedarf

Welche Hilfeangebote werden von Betroffenen genutzt, gewünscht oder als hilfreich erachtet?

Überblick

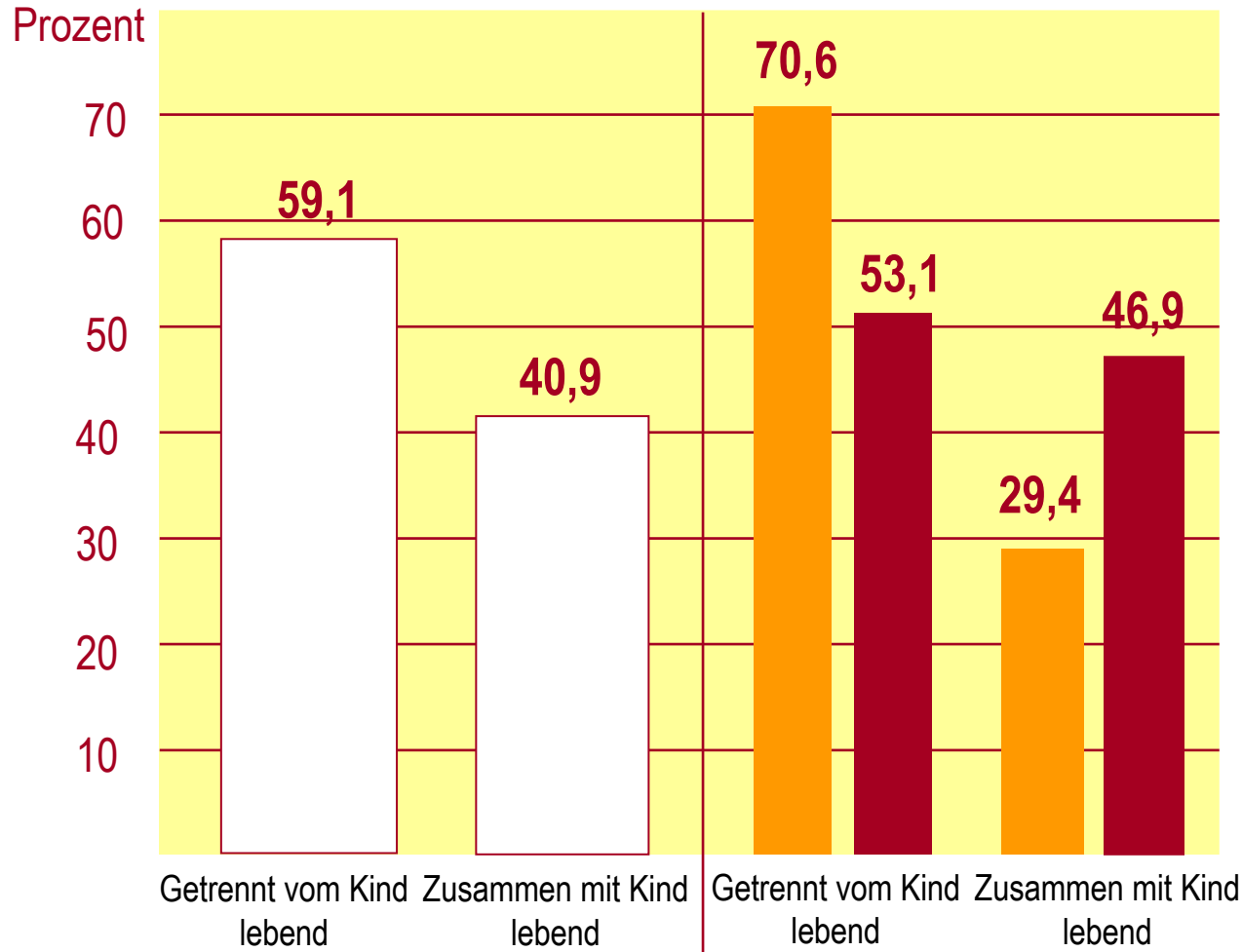
1. Elternschaftsrate bei schizophren erkrankten Patienten
2. Coping der Kinder
3. Familiäres Coping
4. Konsequenzen für die Praxis
5. Interventionsprogramm „Ressourcen fördern“

Elternschaftsrate

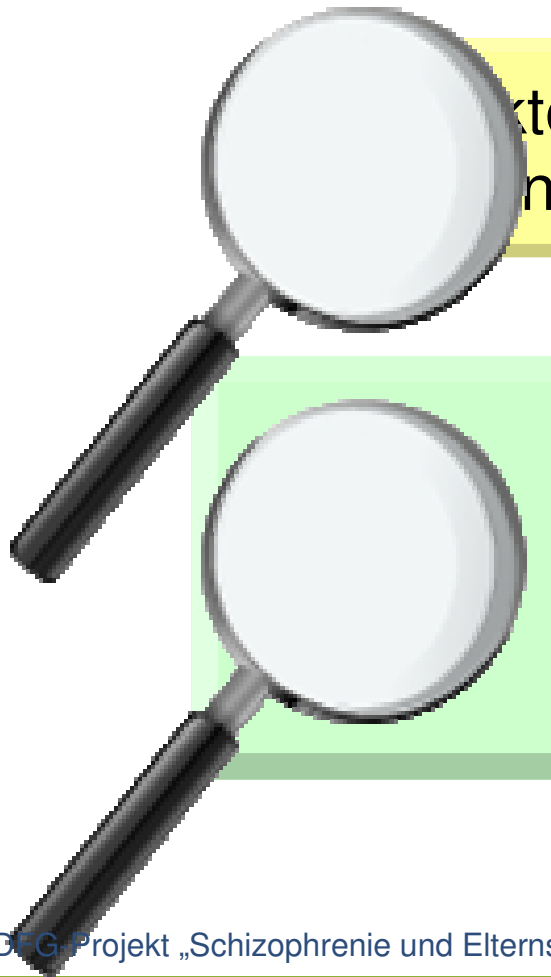
	Männer	Frauen	Gesamt
Keine Kinder	178 (80,2 %)	82 (55,4 %)	260 (70,3 %)
Kinder	34 (15,3 %)	64 (43,2 %)	98 (26,5 %)
Unbekannt / k.A.	10 (4,5 %)	2 (1,4 %)	12 (3,2 %)
Gesamt	222 (100 %)	148 (100 %)	370 (100 %)

Elternsein = Zusammensein?

alle schizophren erkrankten Eltern
 Väter
 Mütter



Design Familienstudie



- **Stressverarbeitungsfragebogen** für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ; Hampel et al. 2001) n=35
- Child Behavior Checklist (**CBCL / 4 -18**, 1998) erkrankte Eltern: n=52; Partner: n=16
- **Kinder-DIPS** (Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter; Wiedemann 2000) n=37
- Qualitative **Interviews** n=37

Design Familienstudie



- Fragebogen zum dyadischen Coping (**FDCT-N** Bodenmann, 2000)
n=26 (erkr. Eltern); n=21 (Partner)
- Partnerschaftsfragebogen (**PFB** Hahlweg, 1996)
n=25 (erkr. Eltern); n=19 (Partner)
- Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (**BFPE** Höger & Buschkämper; 1998)
n=48 (erkr. Eltern); n=21 (Partner)
- **Interviews**
n=57 (erkr. Eltern); n=17 (Partner)

Coping der Kinder

WICHTIG:

- **Kontextuelle Angemessenheit der Bewältigung**
- Kontrollierbarkeit der Situation

Klein-Heßling & Lohaus (2002)

In unkontrollierbaren Situationen eher

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

Seiffge-Krenke & von Irmer (2007)

Stressverarbeitung der Kinder (SVF-KJ)

n=35; Alter: 8-14 (M= 10,6, SD=2.,039) Geschlecht: w 18, m 17

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

T-Test Stressverarbeitung situationsübergreifend

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

Stressverarbeitung der Kinder

Coping-Typen

Statistische Clusteranalyse in Kombination mit phänomenologischer Betrachtung der Profile und Qualitativer Inhaltsanalyse (n=35)

Typ I

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

N = 10

Typ II

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

N = 13

Typ III

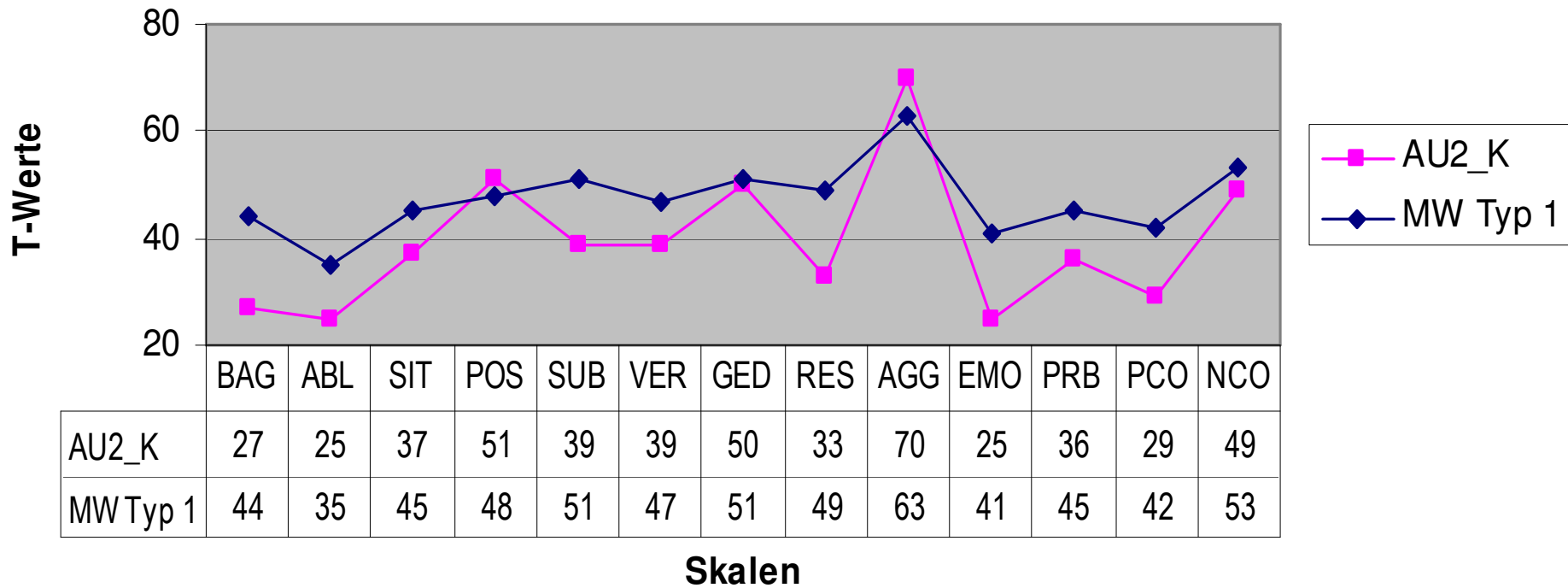
- unauffällige Werte des SVF-KJ ($40 < T < 60$)
- Unauffälligkeiten bei QIA des Copings

N = 12

Typ I

„aggressive Emotionsbewältigung“

AU2-K: Typ 1



Typ II

Interviewerin: Wie ist das mit deiner Mutter? Woran merkst du dass sie nicht so belastbar ist?








E1_K1: Ja, manchmal sagt sie einfach, wenn ich sage: "Kannst du das machen?" "Nee, ich kann nicht mehr. Ich muss mich jetzt hinlegen, mir geht es total schlecht!" Und so was und ich muss dann halt auch manchmal hier mehr machen. Ist ja auch nicht schlimm, aber manchmal kann ich auch nicht mehr und dann muss ich das trotzdem machen. (13 Jahre, weibl., bei erkrankter Mutter lebend)

MVV Typ 2

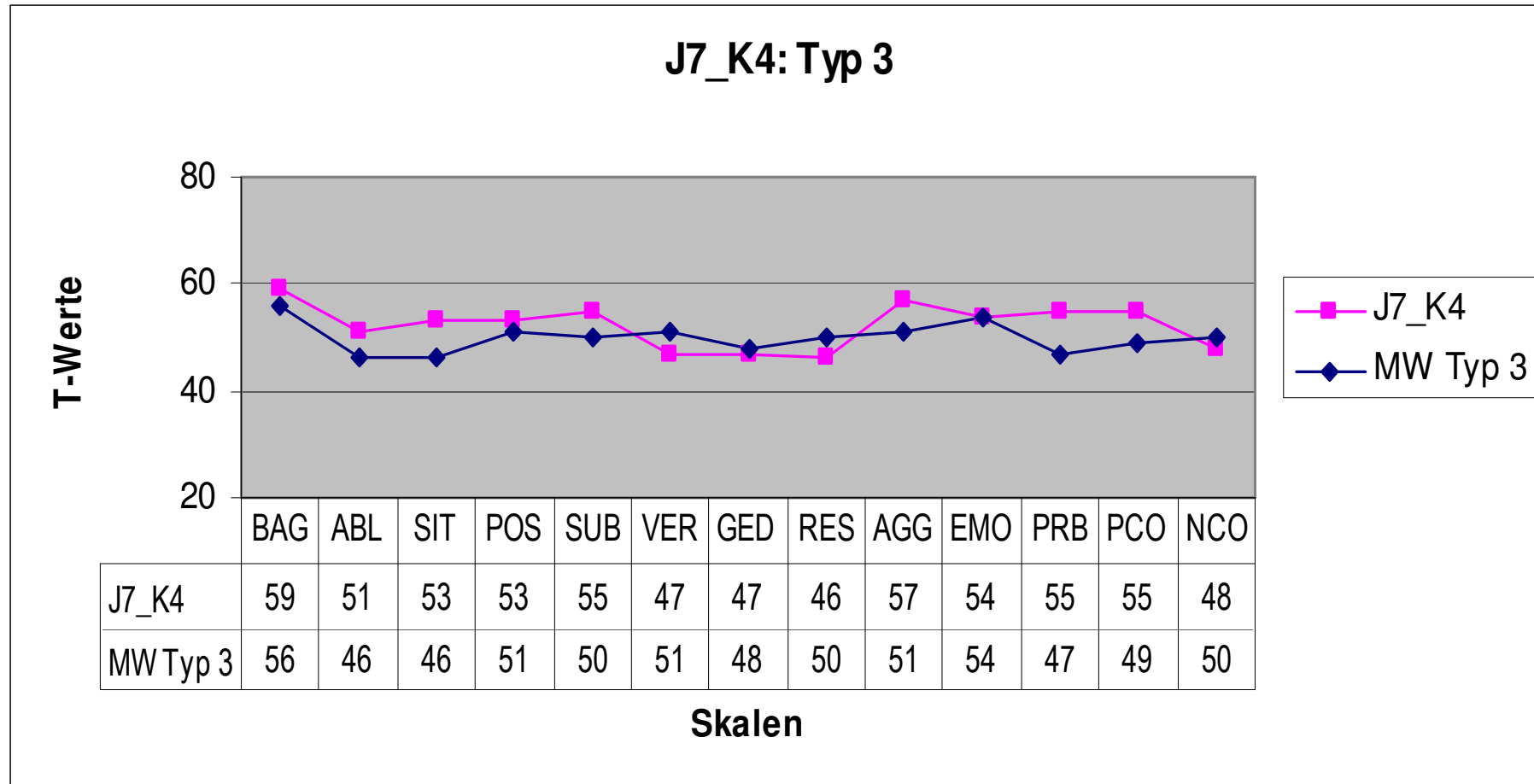
40 37 30 47 45 30 30 30 30 40

Skalen

Typ II – Problemorientiertes Coping

Codesystem	Typ I	Typ II	Typ III
 Hinweise auf Parentifizierung der Kinder	2	6	2
 Rollenumkehr/Bemutterungsfunktion		1	
 Partnerersatz			
 Hohe Selbständigkeit		1	
 Vermittlerrolle in Partnerschaft		2	
 Erziehung der Geschwister	2	1	1
 Unterstützung im Haushalt		1	1

Typ III - Moderate Coping-Strategien



Familiäres Coping

Zusammenhänge zwischen Coping-Strategien der Eltern und der Kinder:

die quantitativen Ergebnisse aller
befragten Familienmitglieder (mittels SVF-120 und
SVF-KJ) fallweise in Beziehung gesetzt

Familiäres Coping

Ergebnisse

- positiver signifikanter Zusammenhang zwischen der *Passiven Vermeidung* der Erkrankten und der *Bagatellisierung* der Kinder ($r = 0,427$, $p = 0,026$)
- negativer signifikanter Zusammenhang zwischen der *Resignation* der Erkrankten und der *Situationskontrolle* der Kinder ($-0,409$, $p = 0,034$).

p : Irrtumswahrscheinlichkeit, Signifikanz mit $p \leq 0,05$.

Familiäres Coping

Gemeinsame familiäre Bewältigungsformen: Interview / QIA :

- 35 Familien und 36 Kinder (Alter: 7-18 M=12,5 SD=3,339) Geschlecht (w 18 m 18)
- 19 Familien mit allein erziehenden Haushalt

Familiäres Coping

Ergebnisse:

Muster gemeinsamer familiärer Copingformen

1. Konstruktives emotionsbezogenes elterliches Coping
2. Problembezogenes elterliches Coping
3. Problembezogenes delegiertes Coping
4. Destruktives emotionsbezogenes gemeinsames Coping (hoher Grad an „Expressed Emotion“)

Familiäres Coping

Ergebnisse:

Muster gemeinsamer familiärer Bewältigungsformen

5. Emotions- und problembezogenes delegiertes Coping der Kinder
 - ❖ Emotionale Unterstützung des erkrankten Elternteils
 - ❖ Instrumentelle Unterstützung des erkrankten Elternteils
 - ❖ Übernahme der Rolle eines Partnerersatzes
 - ❖ Emotionale und instrumentelle Unterstützung der jüngeren Geschwister
 - ❖ Verantwortungsübernahme für ganze Familie

Konsequenzen für die Praxis

Familienorientierte Interventionen

Ziele:

- Förderung familiärer Kommunikation
- Förderung situationsadäquater Coping-Strategien
- Förderung sozialer Ressourcen

Multimodales präventives Interventionsprogramm „Ressourcen fördern“ (Lenz, 2010)

Basismodule

1. Kooperation zwischen den Systemen der Kinder- und Jugendhilfe und der Psychiatrie
2. Kinder als Angehörige – Wahrnehmung der Kinder und Einbeziehung in die Behandlung des erkrankten Elternteils

Multimodales präventives Interventionsprogramm „Ressourcen fördern“ (Lenz, 2010)

Interventionsmodule

1. Diagnostische Einschätzung der Belastungen und Ressourcen
2. Förderung der familiären Kommunikation
3. Förderung der Problembewältigungskompetenz der Kinder und Jugendlichen
4. Förderung sozialer Ressourcen der Kinder und Familien
5. Psychoedukation für Kinder und Jugendliche

Literatur

Albert Lenz (2010)

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

Göttingen: Hogrefe



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!