

Lenz, Albert; Kuhn, Juliane

Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über die Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung

Wiegand-Greife, Silke [Hrsg.]; Mattejat, Fritz [Hrsg.]; Lenz, Albert [Hrsg.]: Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht 2011, S. 269-298

urn:nbn:de:0111-opus-35405

in Kooperation mit:



<http://www.v-r.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

peDOCS

Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF)

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Informationszentrum (IZ) Bildung

Schloßstr. 29, D-60486 Frankfurt am Main

eMail: pedocs@dipf.de

Internet: www.pedocs.de

Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung?

Überblick über Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung

Albert Lenz, Juliane Kuhn

Die Risiken für Kinder psychisch kranker Eltern

Kinder psychisch kranker Eltern stellen eine besondere Risikogruppe dar. Wachsen sie in Familien auf, in denen ein Elternteil psychisch krank ist, sind sie in vielfältiger Weise durch die elterliche Erkrankung betroffen und stehen unter erhöhtem Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Zahlreiche empirische Studien haben den Zusammenhang von psychischer Erkrankung der Eltern und Störungen der kindlichen Entwicklung bestätigen können. Zur Erklärung dieses erhöhten Risikos psychischer Störungen bei den Kindern wurden verschiedene Einflussfaktoren untersucht und unterschiedliche Wirkmechanismen identifiziert.

Das erhöhte Risiko für Kinder psychisch kranker Eltern, selbst eine psychische Störung zu entwickeln, lässt zumindest zum Teil auf die Wirkung genetischer Einflüsse schließen. Eine determinierende Wirkung genetischer Faktoren kann aber ausgeschlossen werden. So konnte nachgewiesen werden, dass das Risiko späterer psychischer Störungen bei Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil, die nach der Geburt adoptiert wurden, wesentlich vom Vorhandensein ungünstiger Umweltumstände und familiärer Belastungen in der Adoptivfamilie abhängt (Tienari u. Wynne, 2004). Genetische und psychosoziale Faktoren wirken also zusammen.

In den letzten Jahren sind eine Reihe von Studien veröffentlicht worden, die ein genaueres Bild über die Interaktion von genetischen und psychosozialen Faktoren vermitteln. Die Ergebnisse zeigen, dass die genetische Ausstattung darüber *mitbestimmt*, ob sich belastende Lebensereignisse pathogen auswirken oder nicht. Sie moderieren somit die Umwelteffekte. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass bei Menschen mit einer hohen erblich bedingten Vulnerabilität gerade die Umwelteinflüsse besonders relevant sind, und zwar sowohl im positiven als auch im negativen Sinne.

Im Folgenden werden weitere belastende Faktoren angeführt, die sich als

besonders bedeutsam erwiesen haben (vgl. ausführlich Mattejat, 2002; Lenz, 2005; Lenz, 2008):

- In mehreren Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die Beeinträchtigung der Kinder und das Störungsrisiko bei ihnen umso größer ist, je länger die elterliche Erkrankung dauert, je mehr Krankheitsepisoden bisher vorkamen und je schwerer die elterliche Erkrankung ausgeprägt ist (Hammen et al., 1990).
- Zu den belastenden Umwelteffekten zählen Einschränkungen in der Erziehungsfähigkeit bei psychisch kranken Eltern. Erziehungsfähigkeit umfasst verschiedene Bereiche der elterlichen Fürsorge, Betreuung und der Eltern-Kind-Beziehung. Im Einzelnen werden unter Erziehungsfähigkeit die Fähigkeit der Eltern, Bedürfnisse des Kindes nach körperlicher Versorgung und Schutz zu erfüllen, die Fähigkeit, dem Kind als stabile und positive Vertrauensperson zu dienen, die Fähigkeit, dem Kind ein Mindestmaß an Regeln und Werten zu vermitteln, sowie die Fähigkeit, einem Kind grundlegende Lernchancen zu eröffnen, verstanden.
- Psychisch kranke Mütter zeigen im Umgang mit ihren Kindern eine ganze Reihe von Einschränkungen und unterscheiden sich deutlich von unauffälligen Müttern. Sie lassen im Kontakt mit ihren Kindern weniger Interesse und emotionale Beteiligung erkennen, erweisen sich als weniger einfühlsam und äußern den Kindern gegenüber vermehrt negative Gefühle und Feindseligkeiten. Außerdem verhalten sich diese Mütter eher passiv und zeigen ein eingeeengtes kommunikatives Repertoire.
- Es konnte aufgezeigt werden, dass eine elterliche psychische Erkrankung und eine eheliche Disharmonie in einer engen Wechselwirkung miteinander stehen. So treten eheliche Schwierigkeiten in Familien mit einem psychisch erkrankten Ehepartner nicht nur häufig auf, sondern können nach einer Krankheitsepisode auch über mehrere Jahre andauern (Birtchnell, 1988). Ehepaare, bei denen zumindest ein Partner psychisch erkrankt ist, nehmen sich gegenseitig negativer wahr, zeigen emotional negativere Interaktionen als gesunde Vergleichspaare und haben zudem höhere Scheidungsraten (Downey u. Coyne, 1990). Dieser Befund hat insofern eine große Bedeutung, weil vielfach aufgezeigt werden konnte, dass chronische Eheprobleme generell für die Entwicklung aller Kinder einen Belastungsfaktor darstellen und das Risiko für eine psychische Störung bei den betroffenen Kindern erhöhen.
- Generationengrenzen sind für die Funktionalität einer Familie von großer Bedeutung und ergeben sich vor allem aus der Anerkennung der Unterschiede in elterliche und kindliche Rollen und deren Einhaltung sowie aus den Interaktionsregeln des elterlichen und kindlichen Subsystems. Durch die psychische Erkrankung werden die Grenzen zwischen diesen familiä-

ren Subsystemen diffus und das System Familie gerät durcheinander. Es kommt häufig zur Parentifizierung, einer Rollenumkehr, in der die Kinder Eltern- oder Partnerfunktion für ihre Eltern übernehmen. Eine derartige Rollenumkehr ist in der Mehrzahl der Familien mit psychisch kranken Eltern zu beobachten (Lenz, 2005). Es zeigt sich, dass sowohl der psychisch kranke Elternteil als auch der gesunde Elternteil häufig den Kindern ihre Bedürftigkeit signalisieren und ihnen einen Großteil der Verantwortung für das Wohlbefinden übertragen. Kinder werden dadurch zu Vertrauten und Ratgebern ihrer Eltern sowie zur primären Quelle von Unterstützung und Trost.

- In den meisten dieser Familien herrscht ein Rede- bzw. Kommunikationsverbot über die psychische Erkrankung und deren Auswirkungen auf das familiäre Zusammenleben. Die Kinder empfinden dieses Schweigegebot intuitiv oder erhalten explizit die Aufforderung, nicht mit außen stehenden Personen über die Krankheit der Mutter oder des Vaters zu sprechen. Die psychische Erkrankung gewinnt auf diese Weise den Charakter eines geteilten Familiengeheimnisses. Geheimnisse können das emotionale Klima von Familien tiefgreifend beeinflussen, ohne dass die Quelle dieses Einflusses bemerkt wird, weil das Thema auch innerhalb der Familie weitgehend tabuisiert ist bzw. bagatellisiert oder nur vorsichtig umschrieben wird.
- Oft fehlen zuverlässige und vertrauensvolle soziale Beziehungen, die in der belastenden Familiensituation für die Kinder eine ausgleichende und normalisierende Funktion übernehmen könnten. Die Kinder wissen nicht, an wen sie sich mit ihren Problemen wenden können, und haben niemanden, mit dem sie darüber sprechen können. Häufig gelingt es ihnen nicht, die Scham- und Schuldgefühle sowie das familiäre Schweigegebot zu überwinden und den Schritt nach außen zu wagen. Manchmal werden selbst Beziehungsangebot von Personen aus dem nahen sozialen Umfeld nicht wahrgenommen, weil jedes Gespräch als Verrat am kranken Elternteil und an der gesamten Familie empfunden wird.
- Darüber hinaus sind in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil fast alle relevanten psychosozialen Belastungen, die das Risiko für psychische Störungen bei Kindern erhöhen, überrepräsentiert (Ihle et al., 2001). D. h., psychische Erkrankung eines Elternteils korreliert positiv mit zahlreichen psychosozialen Belastungsfaktoren. Die psychische Erkrankung stellt somit ein Kernmerkmal dar, durch welches das Entwicklungsumfeld eines Kindes gravierend beeinträchtigt wird. Kinder psychisch kranker Eltern sind folgenden familiären Risikofaktoren besonders häufig ausgesetzt:
 - sozioökonomische und soziokulturelle Aspekte wie Armut, un-

zureichende Wohnverhältnisse sowie soziale Randständigkeit oder kulturelle Diskriminierung der Familie;

- niedriger Ausbildungsstand bzw. Berufsstatus der Eltern und Arbeitslosigkeit;
- Verlust von wichtigen Bezugspersonen, insbesondere eines Elternteils;
- zwei- bis fünffach erhöhte Wahrscheinlichkeit für Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellen Missbrauch.

Bei der Frage nach den Auswirkungen der psychischen Erkrankung der Eltern auf die kindliche Entwicklung ist zu beachten, dass das Zusammenwirken mehrerer Belastungsfaktoren besonders schwerwiegend die kindliche Entwicklung beeinflusst, indem sich die negativen Effekte der einzelnen Belastungsfaktoren wechselseitig verstärken. Hammen et al. (1990) weisen darauf hin, dass ein einzelner Risikofaktor nur eine begrenzte prognostische Aussagekraft besitzt. Da einzelne Risikofaktoren keine befriedigende Erklärung für das Entstehen von Entwicklungsstörungen boten, wurde das Haupteffektmodell, das lange Zeit in der Risikoforschung vorherrschte, zu einem additiven bzw. gewichteten Modell ausgeweitet. Demnach sind für Entwicklungsstörungen nicht mehr bestimmte umschreibbare Risikofaktoren als direkte Ursachen anzunehmen. Kindliche Entwicklungsprozesse werden viel mehr von der kumulativen Wirkung von Belastungsfaktoren beeinflusst als von einzelnen Belastungsfaktoren (Coyne u. Smith, 1991). Dieser Befund legt noch den weiteren Schluss nahe, dass sich Risiken erst in Abhängigkeit von der Anwesenheit weiterer Faktoren durchsetzen.

Trotz multipler Belastungen entwickeln bei weitem nicht alle Kinder psychisch kranker Eltern psychische Störungen. Dass Kinder in schwierigen familiären und sozialen Konstellationen durchaus in der Lage sind, ihr Leben adäquat zu meistern, konnte Bleuler bereits 1972 in der Langzeitstudie »Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten« aufzeigen. Er verfolgte die Entwicklung von 184 Kindern schizophrener Erkrankter und stellte fest, dass drei Viertel von ihnen gesund geblieben sind. »[...] selbst langdauernde Erziehung durch zwei schizophrene Eltern prädestinierte ein Kind nicht dazu, schizophren oder auch abnorm zu werden. Normale Entwicklung kann auch angesichts totaler Vernachlässigung, ausgeprägter Vorbilder von Irrationalität, auch angesichts der totalen Verformung der Vorstellungswelt der Eltern stattfinden« (Bleuler, 1972, zit. nach Anthony, 1980, S. 13). Trotz großer familiärer Belastung, der diese Kinder ausgesetzt waren, zeigte sich, wie Bleuler betont, »nur eine Gefährdung und nicht ein absolutes Hindernis für eine gesunde Entwicklung« (S. 13).

Anthony (1980) konzentrierte sich in seiner Studie auf die subjektiven Erfahrungen, die Kinder im Zusammenleben mit ihren kranken Eltern machten.

Es zeigte sich, dass Kinder, die in einem manisch-depressiven Milieu aufwuchsen, eine große Sensibilität für die Krankheit ihrer Mutter oder ihres Vaters entwickelten und zugleich ein normales Einfühlungsvermögen in ihren sozialen Beziehungen besaßen. Die Adoleszenz stellte für die Kinder eine vulnerable Phase dar, insbesondere dann, wenn die Mutter krank und das Kind weiblich war. Obwohl manche von ihnen eine sehr »stürmische« Adoleszenz durchlebten, besuchte die Mehrzahl der Kinder erfolgreich die Schule. Systematisch und methodisch differenziert setzte sich erstmals der englische Kinder- und Jugendpsychiater Rutter mit dem Thema auseinander. Rutter und Quinton (1984) ermittelten in einer Längsschnittstudie über einen Beobachtungszeitraum von vier Jahren bei einem Drittel der Kinder keine pathologischen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung und bei einem weiteren Drittel vorübergehend auftretende Störungen. Bei dem verbleibenden Drittel wurden hingegen persistente kinderpsychiatrische Störungen festgestellt. Diese Beobachtungen führten zur Annahme der Existenz sogenannter protektiver Faktoren in der Person und in der Umwelt eines Kindes, die die Wirkung von Risikofaktoren moderieren und die Wahrscheinlichkeit für die Herausbildung von Störungen senken können. Zur Beschreibung dieses Phänomens wurde der Begriff der Resilienz oder Widerstandsfähigkeit eingeführt.

Resilienz im Kindes- und Jugendalter

Resilienz beschreibt einen dynamischen oder kompensatorischen Prozess positiver Anpassung angesichts bedeutender Belastungen. Es gelingt resilienten Kindern, relativ unbeschadet mit den Folgen herausfordernder bzw. belastender Lebensumstände umzugehen und dafür Bewältigungskompetenzen zu entwickeln. Masten et al. bezeichnen Resilienz als den »Prozess, die Fähigkeit oder das Ergebnis erfolgreicher Adaptationen angesichts herausfordernder oder bedrohender Umstände im Sinne inneren Wohlbefindens und/oder effektiver Austauschbeziehungen mit der Umwelt« (1990, S. 426). Resilienz kann als erworbene psychische Robustheit verstanden werden.

Das Zusammenspiel von Risiko- und Schutzfaktoren muss dabei insgesamt als ein integrierter, komplexer Prozess verstanden werden. Schneider und Pickartz (2004) betrachten Resilienz als die Fähigkeit, personale (kindbezogene), familiäre und soziale Schutzfaktoren im Sinne eines Puffereffekts einsetzen zu können. Das bedeutet, dass ein Resilienzfaktor ausschließlich dann wirksam ist, wenn eine Gefährdung vorliegt. Bei fehlender Resilienz kommen risikoh erhöhende Umstände voll zur Wirkung, während beim Vorhandensein protektiver Faktoren die entwicklungshemmenden Einflüsse des Risikos abgepuffert oder ganz beseitigt werden.

Dabei ist der relative Charakter der Resilienz zu beachten. Resilienz bedeutet nicht die Abwesenheit psychischer Störungen, sondern die Fähigkeit, vorhandene Mechanismen zur Bewältigung alterstypischer Entwicklungsaufgaben trotz schwieriger Umstände zu aktivieren (Masten u. Powell, 2003). Resilienz stellt darüber hinaus keine zeitlich stabile, situationsübergreifende Eigenschaft dar. Personen können vielmehr zu einem Zeitpunkt gegenüber Belastungen bzw. aversiven Erfahrungen resilient, später aber gegenüber anderen Belastungen vulnerabel sein. Schutzfaktoren wirken offensichtlich kontextabhängig und spezifisch (Cohler et al., 1995). Empirische Befunde legen es nahe, besser von bereichsspezifischer Resilienz (z. B. von sozialer oder emotionaler Resilienz) als von globaler Resilienz zu sprechen. Spezifische Resilienzen entsprechen den im Kontext der Individuum-Umwelt-Interaktion erworbenen Ressourcen und werden im erfolgreichen Einsatz weiterentwickelt. Sind die aktuellen Anforderungen größer als die verfügbaren Ressourcen, so dürften daher geringe oder vorübergehende Diskrepanzen durch vermehrte Anstrengungen regulierbar und für die Entwicklung von Resilienz wahrscheinlich sogar förderlich sein. Gravierende Diskrepanzen zwischen Anforderungen und Ressourcen erzeugen langfristig pathogene Strukturen. Dies trifft sowohl für Überforderungen als auch Unterforderungen im Entwicklungsverlauf zu (Olson et al., 2003).

Walsh (2003) erweitert das Resilienzkonzept. Das Modell der *familiären Resilienz* verbindet ökologische Sichtweisen und Entwicklungsperspektiven mit dem Ziel, die Funktionsweise der Familie in ihrem sozialen Kontext zu verstehen und in der Problembewältigung zu stärken. Familiäre Resilienz beinhaltet nicht nur den Blick auf die einzelnen Familienmitglieder als potenzielle Schutzfaktoren für die Resilienz des Individuums, sondern richtet die Aufmerksamkeit auch auf das Wechselspiel zwischen Risiko und Resilienz in der Familie als Funktionseinheit. Walsh (1996) verknüpft die personalen, familiären und sozialen Schutzfaktoren zu familiären Schlüsselprozessen. In den familiären Schlüsselprozessen wirken die Schutzfaktoren in einem komplex vernetzten Prozess aufeinander ein und beeinflussen sich durch die vielfältigen Wechselwirkungen gegenseitig. Ausgangspunkt ist die Prämisse, dass sich Krisen und anhaltende Belastungen auf die Familie insgesamt auswirken. Starke familiäre Schlüsselprozesse schaffen Entlastung, während schwache familiäre Schlüsselprozesse zu einer schlechten Anpassung an die Belastungssituation aller Familienmitglieder und des familiären Systems führen. Entscheidend sind die Reaktionen der Familie auf die Belastungen. Sie können die Funktionsweise eines Familiensystems zusammenbrechen lassen, wobei sich die Wirkungen davon allmählich auf alle Familienmitglieder ausbreiten. Durch Schlüsselprozesse der Resilienz wird hingegen das Familiensystem befähigt, Belastungen abzuf puffern, sich von Krisen zu erholen, das Risiko der Dysfunktionalität zu verringern und eine Adaptation an neue Lebensumstände zu unterstützen.

Wenn es einer Familie gelingt, mit den Belastungen umzugehen, sich Schlüsselprozesse der Resilienz nutzbar zu machen, kann sie gestärkt aus Krisen hervorgehen. Die Familienmitglieder können neue Erkenntnisse gewinnen, neue Fähigkeiten ausbilden und ihre Ressourcen in zukünftigen Herausforderungen wirkungsvoll einsetzen. Durch das gemeinsame Durchstehen einer Krise oder einer Belastungssituation werden darüber hinaus die familiären Beziehungen oftmals bereichert.

Walsh (2003) hat die Schlüsselprozesse familiärer Resilienz, welche die Belastbarkeit der Familie steigern können, in die folgenden drei großen Bereiche familiärer Funktionsweisen zusammengefasst: Überzeugungen der Familie, strukturelle und organisatorische Muster, kommunikative Prozesse und Problemlösung.

1. Überzeugungen der Familie:

- in widrigen Lebensumständen einen Sinn finden,
- optimistische Einstellung,
- Transzendenz und Spiritualität (z. B. übergeordnete Werte, Sinn und Zweck, religiöser Glaube, heilende Rituale, Unterstützung durch Kirchengemeinde).

2. Strukturelle und organisatorische Muster:

- Flexibilität in den familiären Strukturen (z. B. Offenheit für Veränderungen, ko-elterliche Beziehung, gleichberechtigte Partnerschaft),
- Verbundenheit (z. B. gegenseitige Unterstützung, Zusammenarbeit und Verbindlichkeit, Respekt vor Bedürfnissen, Unterschieden und Grenzen des Einzelnen),
- soziale Ressourcen (verwandtschaftliche, soziale und umfeldbezogene Netzwerke).

3. Kommunikation und Problemlösung:

- Klarheit schaffen (z. B. eindeutige, in sich stimmige Botschaften, Suche nach Wahrheit, Wahrheiten aussprechen),
- Gefühle zum Ausdruck bringen,
- gemeinsam Probleme lösen (z. B. kreative Ideen und Gedanken entwickeln, gemeinsame Entscheidungsfindung und Konfliktlösung, Aushandeln, Fairness und Reziprozität).

Ressourcen als Schutzfaktoren

Schutzfaktoren sind Ressourcen, um Risiken abzupuffern und Fehlentwicklungen oder die Entwicklung von pathogenen Strukturen zu verhindern oder abzumildern. Von einem Schutzfaktor wird also nur dann gesprochen, wenn er die pathogenen Auswirkungen vorhandener Risikofaktoren vermindert. Demgemäß sind Schutzfaktoren nur Teilmengen vorhandener Ressourcen, die zum Einsatz kommen, wenn Entwicklungsprobleme bewältigt werden müssen.

Ressourcen sind aktuell verfügbare Potenziale oder Stärken, die die Entwicklung des Kindes wesentlich unterstützen (Masten u. Powell, 2003). Sie entwickeln sich umso besser, je ausbalancierter das Verhältnis von Anforderungen und Möglichkeiten ist und je erfolgreicher gestellte Aufgaben bewältigt werden. Eine erfolgreiche Bewältigung von Aufgaben ermutigt ein Individuum wiederum, sich neuen Herausforderungen zu stellen. Werden diese angemessen gemeistert, sind neue Kompetenzen entstanden, also neue Ressourcen erzeugt worden. Damit wird deutlich, dass Ressourcen in engem Zusammenhang mit Alltagsanforderungen und Entwicklungsaufgaben stehen (Petermann u. Schmidt 2006). Ressourcen, die für die Bewältigung von Entwicklungsproblemen eingesetzt werden, fehlen der gesunden Entwicklung, verlangsamen deren Tempo oder können sie letztlich behindern. Der Einsatz von Ressourcen zur Bewältigung pathogener oder pathologischer Zustände, d. h. als Schutzfaktoren, bildet einen Sonderfall des Ressourcenverbrauchs und auch der Entwicklung. Er dient der Bewältigung von ungünstigen Belastungen, während das Bewältigen von alterstypischen Entwicklungsaufgaben eine positive Herausforderung für den Einsatz von Ressourcen darstellt (Petermann u. Schmidt, 2006).

Generelle Schutzfaktoren

Durch prospektive Längsschnittstudien und gut kontrollierte Querschnittstudien konnte eine Reihe von Schutzfaktoren für eine gesunde psychische Entwicklung von Kindern identifiziert werden. Man untersuchte vor allem Kinder und Jugendliche

- aus Familien mit multiplen Belastungen (z. B. Rutter, 1987, 1990; Werner u. Smith, 1982),
- aus Scheidungsfamilien (z. B. Hetherington et al., 1989),
- aus Familien mit Kindesmisshandlung und Vernachlässigung (z. B. Cicchetti et al., 1999),
- aus Milieus mit besonderer Delinquenzgefährdung (z. B. Farrington, 1993),
- aus Heimen.

Wie Kinder mit Belastungen fertig werden und sich zu psychisch gesunden und kompetenten Erwachsenen entwickeln, konnte Emmy Werner in der mittlerweile klassischen Kauai-Studie (Werner u. Smith, 1982) aufzeigen. Eine Geburtsjahrgangskohorte aus 698 Kindern des Jahrgangs 1958 aus meist gemischten, eingewanderten und einheimischen, zumeist soziökonomisch benachteiligten Familien wurde von der pränatalen Phase bis ins Erwachsenenalter beobachtet. In die Studie wurden demographische Angaben zur Familiengeschichte, zur aktuellen Familie und zum Haushalt, Interviews bei Hausbesuchen, Informationen aus pädiatrischen Untersuchungen, psychologische Testverfahren, Schulnoten, Berichte von Erziehungs- und Gesundheitseinrichtungen sowie von Sozialdiensten und Polizeiämtern einbezogen. Die Auswertung erfolgte gezielt nach entwicklungsrelevanten Risiko- und Schutzfaktoren und der Entwicklung von Vulnerabilität und Widerstandskraft über den gesamten Lebenslauf hinweg. Differenzielle Erkenntnisse über die Entwicklung der sogenannten »Unbesiegbaren« oder »Resilienten« wurden über die Teilstichprobe von Kindern gewonnen, die im Alter von zwei Jahren mit mindestens vier Risikofaktoren – z. B. Armut, psychisch kranker Elternteil – belastet waren. Ein Drittel der Gesamtkohorte musste dieser Hochrisiko-Gruppe zugerechnet werden, davon nahmen zwei Drittel eine ungünstige Entwicklung. Ein großer Teil dieser Personen kam aus armen und desorganisierten Familien und zeigte seit früher Kindheit Auffälligkeiten in der Schule, kriminelle Handlungen und gesundheitliche Schwierigkeiten. Ein Drittel der Hochrisiko-Gruppe (ca. 10 % der Gesamtkohorte) entwickelte sich zu relativ psychisch gesunden und kompetenten Erwachsenen.

Risikofaktoren in der Kauai-Studie

- psychopathologische Auffälligkeiten der Eltern,
- Erkrankungen der Eltern,
- schlechte Erziehung und Ausbildung der Eltern,
- Scheidung, Trennung, Tod der Eltern,
- chronische Familienkonflikte,
- Abwesenheit des Vaters,
- Arbeitslosigkeit des Vaters,
- Wechsel des Wohnortes,
- chronische Armut,
- perinatale Komplikationen,
- verlängerte Trennungen von der primären Pflegeperson,
- ernsthafte und wiederholte Kinderkrankheiten,
- rasch nachfolgende Geburten jüngerer Geschwister,
- Entwicklungsprobleme der Geschwister.

Schutzfaktoren in der Kauai-Studie

Kind

- Erstgeborenes,
- hohe Aktivität des Säuglings,
- positives Sozialverhalten,
- Fähigkeit zur Selbsthilfe,
- gute Kommunikation,
- ausgeprägte Interessen,
- Selbstkontrolle,
- positives Selbstkonzept.

Umgebung

- viel Zuwendung,
- positive Eltern-Kind-Beziehung,
- weitere erwachsene Beziehungsperson (neben der Mutter),
- Freunde und Kameraden (Peers),
- geregelter, strukturierter Haushalt,
- Zusammenhalt der Familie,
- Hilfe und Rat bei Bedarf (Eltern, Lehrer).

Ziel der »Bielefelder Invulnerabilitätsstudie« (Lösel u. Bender, 1999) war es, die Resilienz unter den Bedingungen eines besonders hohen Entwicklungsrisikos zu untersuchen. Bei den Studienteilnehmern handelte es sich um Jugendliche aus Heimen, die aus belasteten und unterprivilegierten Multiproblem-Milieus mit unvollständigen Familien, Armut, Erziehungsdefiziten, Gewalt und elterlichen Suchtproblemen entstammten. Untersucht wurde eine Gruppe von 66 Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren, die sich trotz der genannten Risikobelastung positiv entwickelten (Gruppe der Resilienten). Die Kontrollgruppe bildeten Jugendliche mit gleicher Risikobelastung, die Verhaltensauffälligkeiten und Störungen entwickelten. Untersucht wurden die biographischen Belastungen, das Problemverhalten sowie die personalen und sozialen Ressourcen.

Jugendliche aus der Gruppe der Resilienten zeigten folgende personale und soziale Ressourcen:

- Sie zeigten ein flexibleres und weniger impulsives Temperament.
- Sie hatten eine realistischere Zukunftsperspektive.
- Sie waren in ihrem Bewältigungsverhalten aktiver und weniger vermeidend.
- Sie erlebten sich weniger hilflos und vertrauten mehr auf eigene Kräfte.
- Sie waren leistungsmotivierter in der Schule.
- Sie hatten häufiger eine feste Bezugsperson außerhalb der hochbelasteten Familie.

- Sie waren zufriedener mit der erhaltenen sozialen Unterstützung.
- Sie hatten eine bessere Beziehung zu einzelnen Lehrern und zur Schule.
- Sie erlebten ein harmonisches und stützendes Erziehungsklima.

Insgesamt zeichnen sich sehr konsistente empirische Befunde ab, obwohl die verschiedenen Studien sich auf unterschiedliche Stichproben in vielfältigen Kontexten stützen, eine große Bandbreite an Methoden aufweisen und hinsichtlich untersuchter Entwicklungsabschnitte und Risikofaktoren variieren. Es kann daher von bedeutsamen allgemeinen Schutzfaktoren ausgegangen werden.

Temperamentsmerkmale

Als Temperament bezeichnet man ein charakteristisches Verhaltensmuster, das ein Kind mit bestimmten angeborenen physiologischen Dispositionen in Interaktionen mit seiner Umwelt entwickelt (vgl. Schwartz et al., 1996). In der Resilienzforschung werden meist drei Dimensionen des Temperaments unterschieden: das einfache Kind, das langsam auftauende Kind und das schwierige Kind. Resiliente Kinder haben häufig ein »einfaches« Temperament, das die Interaktion mit den Bezugspersonen erleichtert und die Wahrscheinlichkeit von Eskalationen verringert. Ein »einfaches« Temperament zeichnet sich zum Beispiel durch eine Regelmäßigkeit in biologischen Funktionen wie Schlaf-Wach-Rhythmus, eine geringe Irritierbarkeit, Anpassungstendenzen gegenüber neuen Situationen und Menschen sowie ein gutes Anpassungsvermögen an Veränderungen und eine gemäßigte, vorwiegend positive Stimmungslage aus (vgl. Schwartz et al., 1996). Kinder mit einem »schwierigen« Temperament sind dagegen häufiger Ziel der elterlichen Kritik, Reizbarkeit und Feindseligkeit (Rutter, 1990), was die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung gravierender Störungen erhöht. Esser et al. (1995) verweisen allerdings darauf, dass die angeborenen Temperamentsunterschiede doch weniger bedeutsam zu sein scheinen als die Folgen negativer Elternreaktionen. So kann bei einer ungünstigen Passung von Eltern- und Kindverhalten ein schwieriges Temperament dann zum Risikofaktor werden, wenn Eltern selbst ähnliche Merkmale aufweisen und die sozialen Ressourcen und Kompetenzen in der Familie gering sind.

Soziale Kompetenzen

Höhere Ausprägungen der sozialen Kompetenzen und kommunikativen Fähigkeiten können bei vergleichbarer Belastung dazu beitragen, dass erfolgreichere oder sozial akzeptablere Bewältigungsformen gefunden werden. So

fand Werner (1999) heraus, dass resiliente Kinder mehr Empathie und effektivere Problemlösefähigkeiten zeigen. Luthar (1993) stellte bei psychisch widerstandsfähigen Kindern eine stärkere soziale Ausdrucksfähigkeit fest. Es zeigte sich beispielsweise, dass resiliente Kinder eigene Gefühle und soziale Signale differenzierter wahrnehmen und verbalisieren sowie ihr Handeln situationsangemessener ausrichten. Bender und Lösel (1998) stellten fest, dass die resilienten Kinder aus Multiproblem-Milieus eine realistischere Einschätzung persönlicher Ziele zeigten als auffällig gewordene Kinder aus einem vergleichbaren sozialen Kontext. Kompetente Kinder aus Familien mit einem psychisch kranken Elternteil waren humorvoller und hatten eine realistischere Einschätzung von sozialen Zusammenhängen und zwischenmenschlichen Beziehungen (Garmezy, 1987). Mitunter werden resiliente Kinder auch als besonders charmant und als Lieblingskinder in der Familie beschrieben.

Kognitive Kompetenzen

Die Studien zur Wirkung von Intelligenz kommen nicht durchgängig zu konsistenten Ergebnissen (Bender u. Lösel, 1998). In einer Reihe von Studien zeigten sich protektive Moderator- oder Haupteffekte von Intelligenz, insbesondere hinsichtlich der Entwicklung externalisierenden Verhaltens. Umgekehrt fanden sich unter Belastungen positive Korrelationen zwischen Intelligenz und Störungen im internalisierenden Bereich. Dies könnte damit zusammenhängen, dass intelligente Kinder ihre Umwelt differenzierter wahrnehmen und dadurch sensibler auf Belastungen reagieren und wegen der größeren kognitiven Reife vor allem zu internalisierenden Problemverarbeitungen neigen (vgl. Luthar, 1993). Protektive Effekte zeigten auch positive Schulleistungen. Sie sind eine Quelle der Selbstbestätigung und können dabei helfen, negative Erfahrungen in der Familie zu kompensieren (Rutter, 1990). Umgekehrt kann ein übersteigertes Leistungsstreben aber auch zu Versagensängsten und psychosomatischen Störungen beitragen.

Positive Selbstkonzepte

Resiliente Kinder besitzen ausgeprägte interne Kontrollüberzeugungen (Luthar, 1993). Damit ist die Überzeugung einer Person gemeint, selbst Einfluss auf die Verstärkungsbedingungen und Ereignisse ausüben zu können. Rigide interne Kontrollüberzeugungen erhöhen angesichts unkontrollierbarer Ereignisse dagegen eher die Vulnerabilität für emotionale und andere Probleme. Bender und Lösel (1998) machen darauf aufmerksam, dass positive Zukunfts-

erwartungen, die mit internalen Kontrollüberzeugungen und einer positiven Beziehung zu Bezugspersonen korrelieren, relativ unabhängig vom Belastungsniveau positive Entwicklungen vorherzusagen scheinen.

Große Bedeutung für die Bewältigung von belastenden Lebensereignissen werden dem Selbstwertgefühl sowie den Überzeugungen zur Selbstwirksamkeit zugeschrieben (Lösel et al., 1992). Als Selbstwert oder Selbstwertgefühl wird die Gesamtheit der affektiven Urteile einer Person über sich selbst bezeichnet. Unter Selbstwirksamkeit versteht Bandura (1986) die Erwartung der Person, in einer gegebenen Situation aufgrund der vorhandenen Fähigkeiten ein spezifisches Verhalten ausführen zu können, das zu einem gewünschten Ergebnis oder Zustand führt. Die Schutzfunktion dürfte darin bestehen, dass durch das Erleben von Selbstwert und Selbstwirksamkeit Anpassungsversuche in Gang gesetzt werden, die bei Gefühlen der Hilflosigkeit und der damit einhergehenden Passivität unterbleiben (Bandura, 1986).

Kohärenzgefühl

Antonovsky (1997) betrachtet das Kohärenzgefühl als die zentrale Kraft dar, die alle Ressourcen integriert und den Weg zu einer erfolgreichen Bewältigung von Spannungen und Stressoren bahnt. Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei Komponenten zusammen: Gefühl von Verstehbarkeit (»sense of comprehensibility«), Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (»sense of manageability«) und Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (»sense of meaningfulness«). Ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl führt dazu, dass ein Mensch flexibel auf Anforderungen reagiert und in der Lage ist, die für diese spezifischen Situationen angemessenen Ressourcen zu aktivieren.

Die überwiegende Mehrzahl der Studien zum Kohärenzgefühl ist bei Erwachsenen durchgeführt worden. Es gibt aber deutliche Hinweise, dass sinn- und strukturgebende Wahrnehmungen von Lebensereignissen deren Bewältigung auch bei jungen Menschen erleichtern (vgl. Rutter, 1987). So können zum Beispiel religiöse und ethische Wertorientierungen sowie deren Betonung in der Erziehung eine protektive Funktion haben.

Emotionale Bindung an Bezugspersonen

Eine stabile und emotional sichere Bindung, deren Grundlage die kontinuierliche Erfahrung von adäquatem Fürsorgeverhalten durch die Bezugspersonen darstellt, besitzt eine wichtige Schutzfunktion gegen Stressoren. So belegen verschiedene Studien bezogen auf den Umgang mit Belastungen und Stress,

dass sicher gebundene Kinder kompetente Bewältigungsstrategien entwickeln, über eine höhere Ich-Flexibilität und realistische Vorstellungen von ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten verfügen sowie eher in der Lage sind, die Kontrolle und Modulation von Impulsen, Bedürfnissen und Gefühlen dynamisch an situative Erfordernisse anzupassen (Spangler u. Zimmermann, 1999). Dies zeigte sich z. B. bei der Bewältigung von familiären Konflikten, Kindesmissbrauch, multiplen Lebensbelastungen (Wyman et al., 1991) und psychischer Krankheit eines Elternteils (Radke-Yarrow u. Brown, 1993). Nach Tress et al. (1989) ist die feste Bindung an eine frühe Bezugsperson bei Risikogruppen der wesentliche Schutzfaktor gegen spätere psychische Störungen.

Hingegen zeigen unsicher gebundene Kinder weniger Ich-Flexibilität, ein negativeres Selbstkonzept und darüber hinaus mehr Hilflosigkeit, Ängstlichkeit und Feindseligkeit. Unsicher gebundene Kinder erachten gegenseitige Unterstützung bei emotionaler Belastung als weniger wichtig als sicher gebundene, was sie vermutlich auch an der Nutzung von sozialer Unterstützung hindert (Klauer, 2005). Wie Untersuchungen zeigen (vgl. z. B. Lösel, 1994), muss eine warme, dauerhafte und stützende Beziehung zu einer wichtigen Person im Kindes- und Jugendalter nicht auf die Eltern beschränkt sein. Diese Funktion können auch Großeltern, ältere Geschwister oder eine Person außerhalb der Familie übernehmen. Ein wichtiger Aspekt in einer solchen Beziehung scheint für den Jugendlichen das Gefühl zu sein, für die andere Person etwas Besonderes darzustellen.

Die protektive Funktion einer emotional sicheren Bindung impliziert jedoch auch altersadäquate Tendenzen der Ablösung (Grossmann u. Grossmann, 2004). Ansonsten besteht die Gefahr einer überbehüteten Erziehung und der Entwicklung von emotionalen Abhängigkeiten oder internalisierenden Symptomen.

Merkmale des Erziehungsklimas

In Familien resilienter Kinder herrscht ein emotionales und herzliches Klima, in das regelmäßige gemeinsame Aktivitäten eingebettet sind. Zugleich bestehen feste Regeln für das Verhalten (Garmezy, 1987). Eine emotional positive, zugewandte und akzeptierende sowie zugleich normorientierte, angemessen fordernde und kontrollierende Erziehung hat eine grundlegende Funktion für eine psychisch gesunde Entwicklung von Kindern (Baumrind, 1989). Daneben scheint auch eine klare Einhaltung der Elternrolle Resilienz zu fördern. Damit ist gemeint, dass Eltern, die Kinder als gleichberechtigte Partner betrachten und deren Bedürfnisse und Interessen ernst nehmen und ihnen in der Familie Raum geben, aber zugleich deutlich machen, dass es innerfamiliäre Bereiche gibt, bei denen sie nicht gleichberechtigt mitentscheiden dürfen.

Paarbeziehung der Eltern

Die Qualität der Paarbeziehung entscheidet gleichermaßen über das persönliche Wohlbefinden der Partner, über die Qualität der Eltern-Kind-Beziehungen und über die weitere Persönlichkeitsentwicklung der Kinder. Satir (1982) bezeichnet die Partner als die Architekten des Familiensystems. Die Qualität der Paarbeziehung wird maßgeblich bestimmt durch die Kommunikations-, Konfliktregelungs- und Problemlösungsfertigkeiten der Partner. So resultiert beispielsweise die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit der Eltern mit ihrer Paarbeziehung maßgeblich daraus, ob bestehende Konflikte offen ausgetragen werden können oder ob sich einer der Partner oder beide zurückziehen bzw. ob es zu eskalierenden Machtkämpfen kommt. Das Risiko erhöht sich insbesondere in Familien, in denen Generationengrenzen verletzt und Kinder als Verbündete in das Paarsystem hineingezogen werden (Richter, 1969). Inwieweit das Bedürfnis nach Nähe, Intimität und gegenseitiger Akzeptanz in der Partnerschaft ausgedrückt und dann auch eingelöst werden kann, stellt einen weiteren Indikator für die Zufriedenheit der Eltern mit der Paarbeziehung dar. Bleiben diese Bedürfnisse über einen längeren Zeitraum unerfüllt, besteht ebenfalls die Gefahr der Generationengrenzenstörung und Parentifizierung.

Familienstrukturen

Die Beziehungsmuster im Familiensystem gehören zu den bedeutendsten Variablen, welche das Verhalten von Familienmitgliedern beeinflussen und speziell die Resilienz der Kinder fördern. Das Circumplex-Modell ist eines der am besten empirisch fundierten Prozessmodelle, die die Erfassung und Beschreibung von günstigen und weniger günstigen Mustern von Familienbeziehungen und -strukturen ermöglichen (Olson et al., 1988). Im Einklang mit den Grundprinzipien der Systemtheorie versucht das Modell, die Familie als Ganzes zu begreifen und ihre Strukturen mit den beiden Dimensionen Kohäsion und Adaptabilität zu analysieren. Kohäsion ist definiert als das Ausmaß emotionaler Bindung, die Familienmitglieder miteinander haben (Olson et al., 1983). Unter Adaptabilität versteht Olson die Fähigkeit eines Paar- bzw. Familiensystems, seine Machtstrukturen, Rollenbeziehungen und Beziehungsregeln entsprechend den situativen und entwicklungsbedingten Belastungen zu verändern. Das Modell geht von der Annahme aus, dass sowohl Stabilität als auch Veränderung für die Lebensfähigkeit eines Familiensystems notwendig sind. Zu viel Veränderung, die zum Chaos führt, oder zu wenig Veränderung, die Rigidität nach sich zieht, werden als dysfunktional für das Familiensystem angesehen. Kommunikation wurde als unterstützende Dimension in das Circum-

plex-Modell eingefügt. Olson et al. (1983) gehen davon aus, dass die Dimension Kommunikation die Bewegung auf den beiden Zentraldimensionen Kohäsion und Adaptabilität erleichtert. Ein positiver Kommunikationsstil beinhaltet das Senden von klaren und kongruenten Botschaften, Empathie, unterstützende Aussagen und effiziente Problemlösungsmöglichkeiten.

Soziale Unterstützung

Wie zahlreiche Untersuchungen zeigen, trägt die Verfügbarkeit und Mobilisierbarkeit von sozialer Unterstützung durch Familienmitglieder, Verwandte, Lehrer, Erzieher, Pfarrer, Freunde und Schulkameraden etc. wesentlich zur Resilienz bei. Dies zeigte sich z. B. für Kinder aus Familien mit psychisch kranken Eltern (Garmezy, 1987), aus vielfältig belasteten Familien (Werner, 1990) und für Kinder aus Scheidungsfamilien (Hetherington et al., 1989). Soziale Ressourcen wirken als Puffer in Krisensituationen, mildern belastende Lebensereignisse und bilden einen Schutzschild gegenüber Herausforderungen, Spannungszuständen und Stressoren. Sie wirken darüber hinaus ganz generell förderlich auf das Wohlbefinden, indem sie elementare, nicht situationsgebundene soziale Bedürfnisse erfüllen (Badura, 1981). Die Integration einer Person in ein System sozialer Beziehungen wirkt sich danach direkt förderlich auf ihr Wohlbefinden aus, da sie die grundsätzlichen Bedürfnisse nach Zugehörigkeit, Geborgenheit und sozialer Verortung befriedigt, die es ihr überhaupt erst ermöglichen, sich in ihrer Umwelt zurechtzufinden und ihrem Leben einen Sinn zu geben. Für Kinder bilden die Familie und die Familienbeziehungen das primäre, also das intensive und intime Beziehungssystem. Das ist aber eben nur ein Teil des persönlichen Netzes, das durch Erwachsene und Peers als außerfamiliäre Bezugspersonen ergänzt wird. Charakteristisch für das soziale Beziehungsgeflecht von Kindern ist seine Heterogenität und Altersgemischtheit. Dabei kommt allerdings dem Gleichaltrigen-System eine besonders wichtige Rolle zu. Peerbeziehungen haben auf jeder Entwicklungsstufe des Kindes ihre spezifische Bedeutung. Im Grundschulalter übernehmen die Peers insbesondere im Freizeitbereich eine zentrale Funktion (Berger, 1996). Sie werden bevorzugt als Spielkameraden gesucht. Die gemeinsamen Aktivitäten besitzen für sie einen ganz besonderen Stellenwert, weil sie Erfahrungen und den Erwerb von »social skills« auf einer weitgehend gleichberechtigten Ebene ermöglichen. Eine bedeutsame Rolle spielen für jüngere Kinder auch die asymmetrischen Interaktionen mit Älteren (Schmidt-Denter, 1988). Die Jüngeren ahmen beispielsweise Verhaltensmuster, Umgangsformen und Konfliktlösungsstrategien von ihren älteren Gefährten nach. Diese Vorbilder üben darüber hinaus eine wertvolle Unterstützungs- und Hilfefunktion aus, etwa bei Konflikten in der

Familie oder bei schulischen Schwierigkeiten. Für 10- bis 14-jährige Kinder bietet dieses Beziehungsfeld einen Raum für gemeinsame, selbstbestimmte Aktivitäten und für das Ausleben und Testen von aggressiven Äußerungen, aber auch für Gespräche sowohl über die mit der sexuellen Reifung als auch mit familiären Problemen verbundenen Empfindungen, Ängste und Bewältigungsmöglichkeiten (Lewis et al., 1984).

Die Schutzfaktoren können in Individual- und Umfeldressourcen unterschieden werden, die weiter differenziert werden können in personale, familiäre und soziale Ressourcen.

Kindzentrierte Schutzfaktoren

- Temperamentsmerkmale wie Flexibilität, Anpassungsvermögen an Veränderungen, Soziabilität und eine überwiegend positive Stimmungslage,
- soziale Empathie und Ausdrucksfähigkeit (Wahrnehmung eigener Gefühle und sozialer Signale, Verbalisierung und Modulation eigener Gefühle, Wahrnehmung und Verstehen sozialer Regeln, Handlungsausrichtung nach sozialen Regeln, Umgang mit Konflikten),
- effektive Problemlösefähigkeit und realistische Einschätzung persönlicher Ziele,
- gute bzw. überdurchschnittliche Intelligenz und positive Schulleistungen,
- positive Selbstwertkonzepte, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und interne Kontrollüberzeugungen,
- ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl.

Familienzentrierte Schutzfaktoren

- eine emotional sichere und stabile Beziehung zu mindestens einem Elternteil oder einer anderen Bezugsperson,
- eine emotional positive, zugewandte und akzeptierende sowie zugleich normorientierte, angemessen fordernde und kontrollierende Erziehung,
- eine gute Paarbeziehung der Eltern, in der Konflikte offen und produktiv ausgetragen werden,
- familiäre Beziehungsstrukturen, die sich durch emotionale Bindung der Familienmitglieder und Anpassungsvermögen an Veränderungen bzw. Entwicklungen auszeichnen.

Soziale Schutzfaktoren

- soziale Unterstützung und sozialer Rückhalt durch Personen außerhalb der Familie,
- Einbindung in ein Peernetzwerk,
- soziale Integration in Gemeinde, Vereine, Kirche etc.

Vieles deutet darauf hin, dass insbesondere familiäre Schutzfaktoren eine große Bedeutung für die Entwicklung und psychische Gesundheit von Kindern haben (Ravens-Sieberer et al., 2007). In der Bella-Studie zeigt sich bei der Betrachtung der personalen, familiären und sozialen Schutzfaktoren, dass sich die familiären Schutzfaktoren hinsichtlich psychischer Auffälligkeit deutlich protektiv auswirken, d. h., sie verringern stark die Wahrscheinlichkeit für psychische Störungen. Bei einem positiven Familienklima und einem guten familiären Zusammenhalt ist beispielsweise die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind depressive Symptome oder Angstsymptome entwickelt, etwa halbiert. Familiäre Schutzfaktoren beeinflussen auch deutlich das allgemeine Wohlbefinden und die Lebensqualität der Kinder in wichtigen Bereichen, z. B. in der Schule (Ravens-Sieberer et al., 2007).

Empirische Befunde zeigen darüber hinaus, dass nicht nur die Kumulation von Risikofaktoren, sondern auch die Kumulation von potenziellen Schutzfaktoren für resiliente Entwicklungen bedeutsam ist. Je mehr Risikofaktoren als negative Entwicklungsprädictoren vorliegen, umso mehr Ressourcen sind auch erforderlich, um ungünstige Entwicklungsverläufe positiv zu beeinflussen. Stattin et al. (1997) konnten beispielsweise in einer Längsschnittstudie nachweisen, dass männliche Heranwachsende, die mehrere soziale Risiken wie z. B. Scheidung der Eltern, finanzielle Probleme, väterlichen Alkoholismus aufwiesen, besonders häufig straffällig wurden. Verfügtten sie jedoch über mehrere personale Ressourcen (z. B. guter Intellekt, emotionale Kontrolle, soziale Reife, Energie), so war ihr Risiko gegenüber denjenigen ohne diese protektiven Faktoren deutlich verringert.

Spezielle Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern

Die Tatsache, dass sich in den unterschiedlichen Problemfeldern ein Kernbereich von Merkmalen identifizieren lässt, die für die seelisch gesunde Entwicklung von Kindern bedeutsam sind, spricht für relativ breit wirksame protektive Faktoren. Eine solche Sichtweise ist nützlich, wenn Ergebnisse der Resilienz-forschung in die psychosoziale und psychotherapeutische Praxis oder auch die

Bereiche der Prävention und Gesundheitsförderung, Sozialarbeit, Pädagogik oder Familienhilfe übertragen werden.

Die Resilienzforschung geht mittlerweile auch der Frage nach, ob es neben den generellen protektiven Faktoren auch spezielle Schutzfaktoren für unterschiedliche Problemfelder gibt. Der Forschungsschwerpunkt verlagert sich zunehmend von der Identifizierung allgemeiner Schutzfaktoren zur Identifizierung differentieller Entwicklungsprozesse (Lösel u. Bender, 1999). Eine der wenigen Arbeiten, die sich mit dem Umgang der Kinder mit der elterlichen Erkrankung befasst, wurde von Beardslee und Podorefky (1988) vorgelegt. Sie haben aus einer größeren Stichprobe gezielt 18 resiliente jugendliche Kinder, von denen ein Elternteil an einer Depression erkrankt war, danach befragt, wie sie die elterliche Erkrankung wahrnehmen und kognitiv verarbeiten. Die Jugendlichen beschrieben sich selbst als Personen, die sich aktiv in schulischen und sozialen Aktivitäten engagieren sowie enge, vertrauensvolle Beziehungen innerhalb und außerhalb der Familie besitzen. Sie zeigten darüber hinaus eine angemessene kognitive Bewertung der Erkrankung und anderer familiärer Stressfaktoren sowie eine realistische Einschätzung der eigenen Möglichkeiten und Kompetenzen. Diese Befunde entsprechen den Ergebnissen anderer Studien, wonach positive Beziehungen innerhalb der Familie und auch außerhalb für Kinder von psychisch kranken Eltern einen wichtigen Schutzfaktor darstellen (Rutter, 1987).

Obwohl bislang noch keine ausreichenden kontrollierten empirischen Studien vorliegen, deuten die Ergebnisse qualitativer Studien darauf hin, dass eine alters- und entwicklungsadäquate Informationsvermittlung über die Erkrankung der Eltern einen spezifischen Schutzfaktor für Kinder psychisch kranker Eltern darstellt (Lenz, 2005). In leitfadengestützten Interviews wurden 22 Kinder und Jugendliche ausführlich befragt. Das Altersspektrum der Kinder variierte zwischen sieben und 18 Jahren. Die Analyse der Interviews ergab, dass es hierbei weniger um eine reine Wissensvermittlung etwa über das Krankheitsbild, die Wirkung von Medikamenten oder um die verschiedenen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsformen geht. Informationsvermittlung sollte vielmehr an den Bedürfnissen und Fragen der Kinder ansetzen sowie an dem vorhandenen Wissen der Kinder und ihren Vorstellungen, inneren Bildern und Erklärungsmustern anknüpfen und die spezifische Familiensituation berücksichtigen. Ziel der Informationsvermittlung ist, die Kinder zu befähigen, die Situation besser zu verstehen und einzuschätzen sowie sie bei der Bewältigung des Stresses zu unterstützen, der durch das Zusammenleben mit dem erkrankten Elternteil entstanden ist. Die große Bedeutung von Informationen liegt in der Vermittlung von Hoffnung, Mut und positiven Zukunftserwartungen. Informationen eröffnen Möglichkeiten, Handlungsspielräume zu erweitern, Perspektiven und Wege zu beleuchten und zu erarbeiten sowie

die Gefühle der Beeinflussbarkeit, der Kontrolle und Selbstwirksamkeit zu entdecken bzw. für sich (wieder) verfügbar zu machen. Informationsvermittlung und Aufklärung fördern also die Selbstbefähigung und Selbstbemächtigung der Betroffenen. Erst wenn Kinder ein für sich als ausreichend betrachtetes Wissen über die Erkrankung der Mutter oder des Vaters besitzen, sind sie in der Lage, als handelnde Subjekte aktiv Stärke, Energie und Phantasie zur Gestaltung eigener Lebensperspektiven zu entwickeln. In der Förderung solcher Empowerment-Prozesse (Lenz, 2002) dürfte vor allem die protektive Funktion von Information, Aufklärung und Wissen liegen. Menschen werden dadurch ermutigt, ihre eigenen Kräfte und Kompetenzen zu entdecken und ernst zu nehmen.

Wüthrich et al. (1997) haben ein Modell entwickelt, in dem die verschiedenen Variablen in verdichteter Form dargestellt werden. Zentral hervorgehoben werden in diesem Modell die Beziehungsqualität und die Krankheitsbewältigung. Im Anschluss an Wüthrich et al. (1997) haben Kinder psychisch kranker Eltern dann eine gute Entwicklungsmöglichkeit, wenn

1. sich die Patienten und ihre Kinder auf tragfähige und Sicherheit vermittelnde Beziehungen stützen können, d. h. auf Beziehungen, die emotional, kognitiv und im praktischen Handeln unterstützende Funktionen erfüllen können und in denen gleichermaßen Bindung wie auch Eigenständigkeit ermöglicht werden. Gemeint sind damit
 - die Beziehung zwischen erkranktem Elternteil und Kind,
 - die Beziehung zwischen gesundem Elternteil und Kind,
 - die eheliche Beziehung,
 - die Beziehung des Kindes zu anderen wichtigen Bezugspersonen innerhalb und/oder außerhalb der Familie,
 - die Beziehung der beiden Elternteile zu anderen wichtigen Bezugspersonen innerhalb und/oder außerhalb der Familie

und

2. Eltern, Kinder und Angehörige lernen, in sinnvoller und angemessener Weise mit der Erkrankung umzugehen. Zur angemessenen Krankheitsbewältigung gehören:
 - die Einstellung zu der Erkrankung und die dabei praktizierten Bewältigungsformen (angemessen ist ein aktiver und offener Umgang mit der Krankheit in der Familie und eine alters- und entwicklungsadäquate Krankheitsaufklärung der Kinder),
 - flexible Arbeits- und Aufgabenteilung in der Familie,
 - Nutzung von informellen Hilfsmöglichkeiten im sozialen Netzwerk,
 - Kooperation mit psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachinstanzen und Einrichtungen der Jugendhilfe.

Von Schutzfaktoren zu Bewältigungsprozessen

Schutzfaktoren sind Ressourcen, die eingesetzt werden, um die Entwicklung von psychischen Störungen und Auffälligkeiten zu vermeiden oder abzumildern. Wie es Kindern psychisch kranker Eltern gelingt, ihre verfügbaren Potenziale und Stärken in ihren kognitiven, emotionalen und aktionalen Bemühungen zu aktivieren, sich mit den Belastungen und Anforderungen auseinanderzusetzen, sie aufzufangen oder zu meistern, darüber wissen wir noch relativ wenig (Lenz, 2008). Die Bewältigungsforschung im Hinblick auf Kinder und Familien von psychisch kranken Eltern steht an ihrem Anfang. Erste Ergebnisse einer umfangreichen Studie über das Copingverhalten von Kindern schizophrener erkrankter Eltern werden in dem Beitrag von Kuhn, Lenz und Jungbauer in diesem Band vorgestellt

Copingstrategien der Kinder

Zur Differenzierung der Bewältigungsstrategien werden unterschiedliche Klassifikationen vorgeschlagen. Lazarus und Folkman (1984), deren Klassifikation die weiteste Verbreitung gefunden hat, differenzieren zwischen Bewältigungsstrategien mit instrumenteller bzw. problemlösender Funktion und Bewältigungsstrategien mit palliativer bzw. emotionsorientierter Funktion. Das problemfokussierte Coping ist mit Kontrolle und/oder Veränderung stressauslösender Situations- oder Personenmerkmale verbunden, wie z. B. durch Veränderung des Tagesablaufs oder durch ein klärendes Gespräch. Ziel des emotionsfokussierten Copings ist die Kontrolle und Regulation der mit dem Stresserleben verbundenen negativen physischen und psychischen Wirkungen, wie z. B. durch Ablenkung, Entspannung und Vermeidung. Gemeinsam ist allen Konzepten die Unterscheidung zwischen direkten Bewältigungsstrategien (»Annäherungsstrategien«), die auf eine Veränderung des Stressors durch kognitive, affektive und verhaltensbezogene Aktivitäten abzielen, und indirekten Strategien (»Vermeidungsstrategien«), in der die Belastungssituation nicht unmittelbar, sondern mit Vermeidung, Ablenkung, Senkung eigener Ansprüche etc. angegangen wird.

Faktorenanalytische Auswertungen zeigen bereits generell für das Kindesalter eine ähnlich mehrdimensionale Struktur des Bewältigungsverhaltens wie im Erwachsenenalter. So konnten beispielsweise Lohaus et al. (1996) empirisch folgende Bewältigungsmodi identifizieren:

- Nutzung problemorientierter Copingstrategien,
- Nutzung emotionsregulierender Copingstrategien (konstruktive und destruktive Regulation),

- Nutzung sozialer Unterstützung (mit problemorientierter und emotionsregulierender Funktion),
- Problemmeidung.

Eine wichtige Erkenntnis der transaktionalen Stresstheorie besteht darin, dass bestimmte Copingstrategien nicht per se als günstig und andere als ungünstig zu bewerten sind. Entscheidend ist vielmehr die Passung zwischen Merkmalen der Situation und dem Bewältigungsverhalten, wobei hierbei sowohl subjektive Einschätzungen als auch objektive Merkmale eine Rolle spielen (Seiffge-Krenke u. von Irmer, 2007). Wird die gewählte Reaktion den subjektiv wahrgenommenen Anforderungen der Situation gerecht, findet die Person relativ schnell zu einem inneren Gleichgewicht zurück. Als zentrale Dimensionen von Belastungs- bzw. Stresssituationen gilt deren Kontrollierbarkeit. So ist es in Situationen,

- die durch eigenes Handeln kontrollierbar sind, sinnvoll, problemfokussierende Strategien einzusetzen,
- während in unkontrollierbaren Situationen eher emotionsregulierende Bewältigungsstrategien, Problemmeidung oder die Suche nach sozialer Unterstützung wirksamer sind.

Aus diesen Überlegungen leitet sich die Notwendigkeit ab, auch die Situationsangemessenheit des Einsatzes des Bewältigungsrepertoires zu berücksichtigen. Klein-Heßling und Lohaus (2002) konnten in einer Studie die kontextuelle Angemessenheit der Bewältigung von Alltagsbelastungen im Kindes- und Jugendalter für das Situationsmerkmal Kontrollierbarkeit belegen. Es zeigte sich, dass die bevorzugte Nutzung von situativ angemessenen Bewältigungsstrategien mit erhöhtem Wohlbefinden und positivem Gesundheitsverhalten einhergeht und umgekehrt die vermehrte Nutzung unangemessener Strategien zu ungünstigen Effekten führt. Saile und Hülsebusch (2006) haben diese Ergebnisse bei Kindern mit chronischen Kopfschmerzen repliziert und erweitert. Sie fanden heraus, dass ungünstige Schmerzverarbeitung mit Problemlösen in unkontrollierbaren und Problemmeiden in kontrollierbaren Situationen einhergeht. Vieles deutet darauf hin, dass Kinder mit ungünstiger Schmerzverarbeitung, die durch Hilflosigkeitskognitionen, Angst und Depressivität sowie Rückzugsverhalten gekennzeichnet ist, die Situationen nicht angemessen bewerten und die gegebenen Anforderungen nicht erkennen. Die Autoren heben vor, dass eine Überforderung durch unkontrollierte Situationen, die eigentlich den Einsatz emotionsregulierenden Bewältigungsstrategien erfordert, prädikativ für eine ungünstige Schmerzverarbeitung ist.

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass für ein adaptives Copingverhalten nicht nur wichtig ist, über ein möglichst breites Bewältigungsreper-

toire zu verfügen, sondern vor allem, es situationsgerecht einsetzen zu können, wobei sich die Kontrollierbarkeit der Situation als besonders relevanter Aspekt erweist.

Dieser zentrale Befund der Stressforschung lässt sich, wie die ersten Ergebnisse aus der Studie über Copingverhalten von Kindern schizophrener erkrankter Eltern deutlich machen, ebenfalls bestätigen (Kuhn u. Lenz, 2008). Es zeigt sich, dass die Kinder in ihrem Alltag oft Situationen erleben, die sich als unkontrollierbar erweisen und in denen sie in ihrem Alter hoch verunsichert werden. Die Wahrnehmung der Instabilität führt bei den Kindern zu einem besonderen Bewältigungsverhalten, das auf den ersten Blick als sehr vorteilhaft betrachtet werden kann, aber grundlegend zu einer Überforderung führt. Oft negieren sie den belastenden Einfluss, den die Erkrankung auf ihr Wohlbefinden hat, oder sie idealisieren ihre Situation und bagatellisieren, was als ein Versuch verstanden werden kann, die Integrität der Familie und sich selbst vor einer Betrachtung der Realität zu schützen. Schon im Alter zwischen acht und 13 Jahren zeigen sich bei diesen Kindern zum einen deutliche Tendenzen zu überhöhter Situationskontrolle und problemlösendem Verhalten, das sich auch auf Situationen erstreckt, in denen sie Verantwortung abgeben und sich auf Strategien wie Vermeidung, Ablenkung und Annahme sozialer Unterstützung zurückziehen sollten. Zum anderen wird deutlich, dass die Kinder, die vorwiegend problemorientierte Strategien zur Bewältigung der familiären Belastungssituationen anwenden, besonders unter internalisierenden psychischen Störungen leiden. Kindern, die abhängig von der Art und Kontrollierbarkeit der Situation unterschiedliche Bewältigungsstrategien einsetzen, gelingt hingegen eine psychische Anpassung an die zusätzlichen Belastungen durch die schizophrene Erkrankung eines Elternteils besser (siehe ausführlich den Beitrag von Kuhn, Lenz und Jungbauer in diesem Band).

Alters- und Geschlechtsunterschiede im Copingverhalten

Kindern steht aufgrund entwicklungsbedingter kognitiver und emotionaler Fähigkeiten, Mangel an Erfahrungen und geringerer Möglichkeiten, die Umgebung zu kontrollieren, eine andere und begrenztere Auswahl an Copingstrategien zur Verfügung als Erwachsenen. Welche Copingstrategien zur Verfügung stehen, hängt insbesondere vom Alter und dem Entwicklungsverlauf ab.

Bei den Befunden zu den Alters- und Geschlechtsunterschieden im Copingverhalten muss berücksichtigt werden, dass es sich hierbei um den Umgang mit alltäglichen Problemen und Anforderungen handelt und nicht um so belastende Lebensereignisse wie die psychische Erkrankung der Eltern. Untersuchungen zeigen, dass mit zunehmendem Alter emotionsorientierte Strategien häufiger

und erfolgreicher eingesetzt werden, wobei dieser Entwicklungsverlauf jedoch seinen Höhepunkt in der Mitte des Jugendalters findet (Compas et al., 1991). Der Anstieg dieser Copingstrategien bis zum mittleren Jugendalter ist darin begründet, dass die Kinder im Verlauf ihrer Entwicklung immer besser lernen, emotionale Zustände bewusster wahrzunehmen und diese eigenständig zu regulieren. Bedingt durch die wachsende Verfügbarkeit kognitiv-sozialer Fähigkeiten und den zunehmend differentiellen Einsatz von vorhandenen Strategien verlieren die emotionsorientierten Bewältigungsformen ungefähr ab dem 15. Lebensjahr ihre dominierende Bedeutung.

Die Nutzungshäufigkeit des problemorientierten Copingverhaltens verändert sich mit dem Alter nicht grundsätzlich (vgl. Compas et al., 2001). Eine differenzierte Betrachtung der problemorientierten Strategien hinsichtlich ihrer Angemessenheit in konkreten Belastungssituationen zeigt jedoch, dass mit zunehmendem Alter in wenig kontrollierbaren Situationen diese Strategien immer seltener eingesetzt werden. Bezogen auf den Umgang mit eher kontrollierbaren Situationen findet hingegen eine Zunahme problemorientierten Bewältigungsverhaltens statt (Compas et al., 1991). In einer Übersichtsarbeit, in der elf Studien zur Stressbewältigung bei Grundschulkindern (sieben bis zwölf Jahren) analysiert wurden, fanden Fields und Prinz (1997) ein Vorherrschen vermeidender Bewältigungsstrategien in den jüngeren Altersgruppen und einen stärkeren Einsatz problemorientierter Strategien in den höheren Altersgruppen.

Die Frage nach Geschlechtsunterschieden in der Stressbewältigung bei Kindern ist bislang noch relativ selten untersucht worden. Spirito et al. (1991) fanden in ihrer Studie zwischen Mädchen und Jungen im Grundschulalter keine Unterschiede in der Stressbewältigung. Erst ab der fünften Klassenstufe zeigte sich bei Mädchen ein stärkerer Einsatz problemorientierter Strategien. Die Ergebnisse von Lohaus et al. (1996) sprechen hingegen für geschlechtsspezifische Unterschiede bereits bei Kindern der dritten bis sechsten Klasse. Mädchen dieser Altersgruppe zeigen danach einen stärkeren Einsatz der Strategien Suche nach sozialer Unterstützung und problemlösendes Handeln. Insbesondere die Suche nach sozialer Unterstützung, wie z. B. jemanden um Rat bitten, um Hilfe bei der Problemlösung bitten und sich trösten lassen, ist bei Mädchen stärker ausgeprägt. Für die emotionsregulierenden Copingstrategien konnten keine Geschlechtsunterschiede festgestellt werden.

Eindeutige Hinweise gibt es darauf, dass die Entwicklung des Copingverhaltens und die Verfügbarkeit situationsangemessener Copingstrategien durch die elterliche Unterstützung und das Fürsorgeverhalten der Eltern beeinflusst werden (Spangler u. Zimmermann, 1999). Kinder, die über eine sichere Bindungsrepräsentation verfügen, zeigen eine flexible, realistische Bewertung der Situation und eine angemessene Reaktion bzw. Handlungsaktivierung, die sie

im Nachhinein kohärent bewerten und in die bisherige Erfahrungen integrieren können. In Stresssituationen fällt es diesen Kindern leichter, angemessene Copingstrategien anzuwenden und soziale Unterstützung zu mobilisieren. Kinder mit unsicherer Bindungsrepräsentation zeigen dagegen eine zu geringe Aktiviertheit mit einer unflexiblen Handlungsweise oder eine zu starke Aktiviertheit ohne Realitätsorientierung, die sie anschließend auch nicht kohärent bewerten und integrieren können. In belastenden und stressauslösenden Situationen neigen Kinder mit einer unsicher-vermeidenden Bindungsrepräsentation eher zu problemmeidenden, emotional beschwichtigenden Copingstrategien. Bei einer unsicher-verwickelten Bindungsrepräsentation ist ein dysfunktionaler Umgang mit negativen Gefühlen zu erwarten, der nicht zu einer konstruktiven Problemlösung führt.

Diese Befunde zeigen, dass die Bindungstheorie einen konzeptionellen Rahmen bietet, der es nicht nur ermöglicht, die Unterschiede im Umgang mit belastenden Situationen und in den Bewältigungsstrategien zu erklären, sondern darüber hinaus auch die Entwicklung dieser Unterschiede und die Bedeutung familiärer Schutzfaktoren nachvollziehbar macht.

Fazit

Das empirisch vielfach bestätigte Ergebnis, wonach Kinder psychisch kranker Eltern eine sehr viel höhere Rate von psychischen Störungen aufweisen als Kinder aus Vergleichsfamilien mit psychisch gesunden Eltern, unterstreicht die Bedeutsamkeit von Prävention bei Kindern psychisch kranker Eltern und ihren Familien. Alle Konzepte der Prävention sind darauf angelegt, vorbeugend (prophylaktisch) zu wirken, um mögliche Störungen der Persönlichkeitsentwicklung und Beeinträchtigungen der Gesundheit schon in einem frühen Stadium zu verhindern. Je früher Unterstützung und Hilfe einsetzen – so lautet die Leitidee –, desto eher kann der Verfestigung einer Störung und ihren Spätfolgen vorgebeugt werden. Spätfolgen können aus zunehmender Verschlimmerung der Leiden und nachfolgender Isolation und Stigmatisierung bestehen.

Erfolgreiche Präventionsarbeit darf sich nicht darauf beschränken, die Risikofaktoren für pathologische Entwicklungsverläufe zu mindern bzw. durch Interventionen zu kompensieren. Die Befunde aus der Resilienzforschung zeigen, dass Risikofaktoren allein nicht entscheidend für gesundheitliche Entwicklungen sind. Für die Resilienz werden Ressourcen als Schutzfaktoren für psychische und physische Gesundheit verantwortlich gemacht, deren gesundheitserhaltende Bedeutung in zahlreichen Studien belegt werden konnte. So überstehen Kinder mit stabilen familiären und sozialen Ressourcen – wie familiärer Zusammenhalt, gute Beziehungsqualität mit den Eltern, relevanten

erwachsenen Bezugspersonen und Gleichaltrigen – und starken personalen Ressourcen – wie ein positives Selbstkonzept und Selbstsicherheit – immer wieder selbst unter widrigen Umfeldbedingungen die Belastungen anscheinend unverletzt. Wegen der hohen Bedeutung solcher protektiver Faktoren hat sich in den letzten Jahren auch in der Prävention eine solche salutogenetische Orientierung durchgesetzt.

Wie in der therapeutischen Arbeit (vgl. Grawe, 1998) wird auch in der Präventionsarbeit die Ressourcenaktivierung als ein zentraler Wirkfaktor betrachtet. Im Kindes- und Jugendalter kommt dabei der Stärkung der familiären Ressourcen eine besonders hohe Bedeutung zu, da die Familie für Kinder und Jugendliche als eine zentrale Instanz innerhalb der Sozialisation ein weitreichendes und intensiv wirkendes Schutzsystem in psychosozialen Belastungssituationen darstellt.

Mittlerweile liegen einige familienorientierte Präventionsprogramme vor, die auf die Psychoedukation und Krankheitsaufklärung sowie die Ermutigung zur offenen Kommunikation über die Erkrankung in der Familie abzielen. Beardslee et al. (1997) haben ein Präventionsprogramm für Kinder depressiv erkrankter Eltern entwickelt, in dessen Mittelpunkt psychoedukative und verhaltensorientierte Interventionen stehen. Sie stellten fest, dass die vermittelten Informationen über die elterliche Depression mit individuellen Lebensaspekten und familiären Erfahrungen verknüpft werden müssen, damit sich die familiäre Situation langfristig bessert. Es geht daher in der Psychoedukation nicht nur um reine Wissensvermittlung, sondern um die Bearbeitung von Fragen und Anliegen vor dem Hintergrund der spezifischen Familiensituation in Form von Elterngesprächen unter Einbeziehung der Kinder. Das strukturierte und zeitlich begrenzte Interventionsprogramm besteht aus sechs bis zehn Sitzungen und ist für Familien mit Kindern zwischen acht und 15 Jahren, in denen ein Elternteil depressiv erkrankt ist, entwickelt worden.

In Anlehnung an den Präventionsansatz von Beardslee und seinen Mitarbeitern sowie auf der Grundlage eines psychodynamischen Modells der psychosozialen Entwicklungsbedingungen für psychische Erkrankung bei Kindern psychisch kranker Eltern (Wiegand-Grefe, 2007) wurde am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf das familienorientierte Präventionsprogramm CHIMPs (Children of mentally ill parents) entwickelt. Den Kern dieses Ansatzes bildet die psychoanalytisch/psychodynamisch orientierte Familienbehandlung, in der es darum geht, unbewusste Konflikte einzelner Familienmitglieder, bestimmter familiärer Subsysteme oder der Gesamtfamilie über klärende, konfrontative und deutende Interventionen schrittweise bewusst zu machen. Ergänzt werden diese Interventionen durch konkrete Wissensvermittlung, Aufklärung, Information und psychoedukative Elemente, wie sie von Beardslee entwickelt wurden (z. B. Beardslee et al., 1997).

Das multimodale familienzentrierte Präventionsprogramm »Ressourcen fördern« (Lenz, 2010) zielt darauf ab, protektive Faktoren bei den Kindern und ihren Familien zu fördern und zusätzlich den strukturellen und institutionellen Kontext systematisch mitzuberücksichtigen. Mit Hilfe zweier Basismodule sollen zunächst die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass die Kinder als Angehörige in der Behandlung des erkrankten Elternteils wahrgenommen werden und die verschiedenen beteiligten Einrichtungen und Hilfesysteme eng miteinander kooperieren und funktionale Vernetzungsstrukturen zwischen den Hilfesystemen entstehen. Der zweite Teil des Programms setzt sich aus Modulen für die unmittelbare Arbeit mit den Kindern und ihren Eltern zusammen. Neben einem Diagnostikmodul beinhaltet er die folgenden vier Interventionsmodule:

- Förderung der familiären Kommunikation,
- Förderung der Problemlösekompetenz,
- Förderung sozialer Ressourcen der Kinder und Jugendlichen,
- Psychoedukation für Kinder psychisch erkrankter Eltern.

Literatur

- Anthony, E. J. (1980). Kinder manisch-depressiver Eltern. In H. Remschmidt (Hrsg.), *Psychopathologie der Familie und kinderpsychiatrische Erkrankungen* (S. 12-34). Bern: Huber.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt.
- Badura, B. (1981). Zur sozialepidemiologischen Bedeutung sozialer Bindung und Unterstützung. In B. Badura (Hrsg.), *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit* (S. 13-39). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thoughts and action*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Baumrind, D. (1989). Rearing competent children. In W. Damon (Ed.), *Child development today and tomorrow* (pp. 349-378). San Francisco: Jossey Bass.
- Beardslee, W. R., Podorefsky, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: Importance of self-understanding and relationships. *American Journal of Psychiatry*, 145, 63-69.
- Beardslee, W. R., Wright, E., Salt, P., Drezner, K. (1997). Examination of children's response to two intervention strategies over time. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 196-204.
- Bender, D., Lösel, F. (1998). Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen. Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- versus pathogenetische Ansätze. In J. Margraf, J. Siegrist, S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie?* (S. 119-145). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Berger, C. (1996): Soziale Beziehungen von Kindern im Grundschulalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 6, 102-110
- Birtchnell, J. (1988). Depression and family relationship: A study of young, married women on a London housing estate. *British Journal of Psychiatry*, 153, 758-769.
- Cicchetti, D. (1999). Entwicklungspsychopathologie: Historische Grundlagen, konzeptuelle und methodische Fragen, Implikationen für Prävention und Intervention. In R. Oerter,

- C. Hagen von, G. Röper, G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 11-44). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Cohler, B. J., Stott, F. B., Musick, J. S. (1995). Adversity, vulnerability, and resilience: Cultural and developmental perspectives. In D. Cicchetti, D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology. Vol. II: Risk, disorder, and adaption* (pp. 753-800). New York: Wiley.
- Compas, B. E., Banez, G. A., Malcarne, V. L., Worsham, N. (1991). Perceived control and coping with stress: A developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 47, 23-34.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomson, A., Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127.
- Coyne, J. C., Smith, D. A. (1991). Couples coping with myocardial infarction: A contextual perspective on wife's distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 404-412.
- Downey, G., Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.
- Esser, G., Laucht, M., Schmidt, M. M. (1995). Der Einfluss von Risikofaktoren und der Mutter-Kind-Interaktion des Säuglingsalters auf die seelische Gesundheit des Vorschulkindes. *Kindheit und Entwicklung*, 4, 33-42.
- Farrington, D. P. (1993). Criminal, penal and life histories of chronic offenders: Risk and protective factors and early identification. *Criminal Behavior and Mental Health*, 3, 492-523.
- Fields, L., Prinz, R. J. (1997). Coping and adjustment during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 17, 937-976.
- Garnezy, N. (1987). Stress resistant children: The search for protective factors. In J.E. Stevenson (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry. Book Supplement. (Vol. 4)* (pp. 213-233). Oxford: Pergamon Press.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grossmann, K., Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hammen, C., Burge, D., Burney, E., Adrian, C. (1990). Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar disorder. *Archives of Genetic Psychiatry*, 47, 1112-1117.
- Hetherington, E. M., Stanley-Hagen, M., Anderson, E. R. (1989). Marital transitions. A child's perspective. *American Psychologist*, 44, 303-312.
- Ihle, W., Esser, G., Martin, M. H., Blanz, B., Reis, O., Meyer-Probst, B. (2001). Prevalence, course, and risk factors for mental disorders in young adults and their parents in east and west Germany. *American Behavior Science*, 44, 1918-1936.
- Klauer, T. (2005). Psychotherapie und soziale Unterstützung. *Psychotherapeut*, 6, 425-436.
- Klein-Heßling, J., Lohaus, A. (2002). Zur situationalen Angemessenheit der Bewältigung von Alltagsbelastungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 11, 29-37.
- Kuhn, J., Lenz, A. (2008). Coping bei Kindern schizophrener erkrankter Eltern – eine täuschend gute Bewältigung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 10, 735-756.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lenz, A. (2002): Empowerment und Ressourcenaktivierung. In A. Lenz, W. Stark (Hrsg.), *Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation* (S. 13-53). Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Lenz, A. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, A. (2008). *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, A. (2010). *Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kinder und ihren psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Hogrefe.

- Lewis, M., Feiring, C., McGoffog, C., Jaskir, J. (1984). Predicting psychopathology in six year olds from early social relationships. *Child Development*, 55, 123-136
- Lohaus, A., Fleer, B., Freytag, P., Klein-Hefling, J. (1996). Fragebogen zur Erhebung von Stresserleben und Stressbewältigung im Kindesalter (SSK). Göttingen: Hogrefe.
- Lösel, F. (1994). Resilience in childhood and adolescence. *Children Worldwide*, 21, 8-11.
- Lösel, F., Bender, D. (1999). Von generellen Schutzfaktoren zu differentiellen protektiven Prozessen: Ergebnisse und Probleme der Resilienzforschung. In G. Opp, G., M. Fingerle, M., A. Freytag. (Hrsg.), *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 37-58). München: Ernst Reinhardt.
- Lösel, F., Kolip, P., Bender, D. (1992). Stress-Resistenz im Multiproblem-Milieu: Sind seelisch widerstandsfähige Jugendliche »Superkids«? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 21, 48-63.
- Luthar, S. S. (1993). Annotation: Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 441-453.
- Masten, A. S., Best, K. M., Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- Masten, A. S., Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1-25). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Mattejat, F. (2002). Kinder depressiver Eltern. In H. Braun-Scharm (Hrsg.), *Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen* (S. 231-245). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Olson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodick, D. A., Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26, 1-11.
- Olson, D. H., Lavee, Y., McCubbin, H. (1988). Types of families and family response to stress across the family life circle. In D. Klein, J. Aldous (Eds.), *Social stress and family development* (pp. 16-43). New York, London: Guilford Press.
- Olson, D. H., Russell, C. S., Sprenkle, D. H. (1983). Circumplex model of marital and family systems IV. Theoretical update. *Family Process*, 22, 69-83.
- Petermann, F., Schmidt, M. (2006). Ressourcen – ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie? *Kindheit und Entwicklung*, 2, 118-127.
- Radke-Yarrow, M., Brown, E. (1993). Resilience and vulnerability in children of multiple-risk families. *Development and Psychopathology*, 5, 581-592.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse aus der Bella-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 871-878.
- Richter, H.-E. (1969). *Eltern, Kind, Neurose*. Reinbek: Rowohlt.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein, S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). Cambridge: University Press.
- Rutter, M., Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorders: Effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853-880.
- Saile, H., Hülsebusch, T. (2006). Bewältigung allgemeiner Problemsituationen bei Kindern mit chronischen Kopfschmerzen. Abhängigkeit von der Kontrollierbarkeit der Situation und Zusammenhänge mit Schmerzverarbeitung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 14, 21-27.
- Satir, V. (1982). *Conjoint family therapy*. Palo Alto: Science, Behavior Books.

- Schneider, K., Pickartz, A. (2004). Ein empiriegeleitetes Instrument zur Erfassung von Ressourcen bei Kindern und Jugendlichen und deren Familien. In F. Petermann, M. H. Schmidt (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Jugendhilfe. Neue Erhebungsverfahren und Ansätze der Praxisforschung* (S. 25-54). Weinheim: Beltz.
- Schmidt-Denter, U. (1988). *Soziale Entwicklung. Ein Lehrbuch über soziale Entwicklung im Laufe des menschlichen Lebens*. München u. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Schwartz, C. E., Snidman, N., Kagan, J. (1996). Early childhood temperament as a determinant of externalizing behavior in adolescence. *Development and Psychopathology*, 8, 527-537.
- Seiffge-Krenke, I., Imer, J. von (2007). Zur Situationsabhängigkeit von Bewältigung. In I. Seiffge-Krenke., A. Lohaus (Hrsg.), *Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter* (S. 69-80). Göttingen: Hogrefe.
- Spangler, G., Zimmermann, P. (1999). Bindung und Anpassung im Lebenslauf: Erklärungsansätze und empirische Grundlage für Entwicklungsprognosen: In R. Oerter, G. Röper, C. von Hagen (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Entwicklungspsychologie* (S. 170-190). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Spirito, A., Stark, L. J., Grace, N., Stamoulis, D. (1991). Common problems and coping strategies reported in childhood and early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 531-544.
- Stattin, H., Romelsjö, A., Stenbacka, M. (1997). Personal resources as modifiers of the risk for future criminality: An analysis of protective factors in relation to 18-year-old boys. *British Journal of Criminology*, 37, 198-223.
- Tienari, P., Wynne, L. (2004). Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. *British Journal of Psychiatry*, 184, 216-222.
- Tress, W., Reister, G., Gegenheimer, L. (1989). Mental health inspite of stressful childhood. In M. Brambring, F. Lösel, H. Skrowronek (Eds.), *Children at risk: Assessment, longitudinal research, and intervention* (pp. 173-185). Berlin: De Gruyter.
- Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family Process*, 35, 261-281.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42, 1-18.
- Werner, E. E. (1990). Protective factors and individual resilience. In S. J. Meisels, J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 97-116). Cambridge: University Press.
- Werner, E. E. (1999). Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In M. Fingerle, A. Freytag, G. Opp (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 25-36). München, Reinhardt.
- Werner, E. E., Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
- Wiegand-Grefe, S. (2007). Kinder psychisch kranker Eltern. Eine psychoanalytisch familienorientierte Prävention für Familien mit psychisch kranken Eltern. In A. Springer, K. Münch, D. Munz (Hrsg.), *Psychoanalyse heute?* (S. 439-459). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Wüthrich, C., Mattejat, F., Remschmidt, H. (1997). Kinder depressiver Eltern. *Kindheit und Entwicklung*, 6, 141-146.
- Wyman, P. A., Cowen, E. L., Work, W. C., Parker, G. R. (1991). Developmental and family milieu correlates of resiliencin urban children who have experienced major life stress. *American Journal of Community Psychology*, 19, 405-426.