

Lenz, Albert / Kuhn, Juliane / Walther, Susann und Jungbauer, Johannes  
**Individuelles und gemeinsames Coping in Familien mit schizophren  
erkrankten Eltern**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 60 (2011) 3, S. 171-191*

urn:nbn:de:bsz-psydok-51885

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

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

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt 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 dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# ORIGINALARBEITEN

## Individuelles und gemeinsames Coping in Familien mit schizophren erkrankten Eltern

Albert Lenz, Juliane Kuhn, Susann Walther und Johannes Jungbauer

### Summary

#### *Individual and Common Coping in Families with Parents Suffering from Schizophrenia*

Using a triangulation design the individual and family coping strategies in families with parents suffering from schizophrenia are ascertained and contrasted utilising qualitative and quantitative data. For children ( $n = 25$ ) three coping strategies are identified: "Aggressive coping", "controlling coping", and "moderate coping" i. e. inconspicuous coping. Parents seem to model coping for their children. Qualitative analysis of data for 35 families revealed five patterns of shared familial coping-processes. A clear picture emerges showing that the children's contribution to family functioning consists essentially of taking on responsibility and family tasks. The results emphasize the need for family-oriented interventions.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60/2011, 171-191*

### Keywords

parents suffering from schizophrenia – individual coping – family coping – parentification – relatives

### Zusammenfassung

Die individuellen Bewältigungsstrategien und familiären Bewältigungsstrategien in Familien mit schizophren erkrankten Eltern werden unter Verwendung des Designs der Triangulation sowohl quantitativ als auch qualitativ erhoben und gegenübergestellt. Bei den Kindern ( $n = 25$ ) konnten drei Copingtypen gefunden werden: „Aggressives Coping“, „Kontrollierendes Coping“ sowie „Moderates Coping“, womit ein unauffälliges Coping gemeint ist. Weiter zeigte sich, dass Eltern in gewisser Weise Copingmodelle für ihre Kinder darstellen. Durch die qualitative Analyse, in die 35 Familien einbezogen waren, konnten fünf Muster gemeinsamer familiärer Copingprozesse identifiziert werden, wobei deutlich wird, dass in der Übernahme von Verantwortung und Aufträgen der zentrale Beitrag der Kinder zum famili-

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60: 171 – 191 (2011), ISSN 0032-7034  
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2011

ären Coping besteht. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit familienorientierter Interventionen.

## Schlagwörter

schizophren erkrankte Eltern – individuelle Bewältigung – familiäre Bewältigung – Parentifizierung – Angehörige

## 1 Hintergrund

Kinder psychisch kranker Eltern haben im Vergleich zu Kindern aus Familien mit psychisch gesunden Eltern ein signifikant erhöhtes Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln. (vgl. Beardslee et al., 1998; Mattejat, 2002; Lenz, 2005). Die elterlichen Erkrankungen müssen aber nicht notwendigerweise zu psychischen Störungen bei den Kindern führen. Es ist deshalb eine vorrangige Aufgabe der Forschung, der Frage nachzugehen, wie Kinder mit den Belastungen im Zusammenleben mit psychisch kranken Eltern umgehen, welche individuellen und familiären Strategien ihnen zur Verfügung stehen, die negativen Auswirkungen zu mildern oder zu vermeiden (Compas et al., 2001; Frydenberg, 2008). Hierzu liegen bislang noch kaum Studien vor. Die Copingforschung im Kindes- und Jugendalter hat sich bislang stärker mit schweren Erkrankungen wie Krebs und kritischen oder traumatischen Lebensereignissen wie Scheidung der Eltern oder Vergewaltigung auseinandergesetzt. In den letzten Jahren sind zudem die immer wiederkehrenden alltäglichen Anforderungen und Probleme in den Vordergrund des Interesses gerückt (Lohaus et al., 2004; Seiffge-Krenke u. Lohaus, 2007). Erkenntnisse über die Bewältigungsstrategien der Kinder und über kompensatorische Prozesse in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil sind sowohl für Prävention als auch für Behandlung von großer Bedeutung (Beardslee u. Podorefsky, 1988).

Das transaktionale Stressmodell von Lazarus (Lazarus u. Folkman, 1984), das die bis heute dominierende theoretische Grundlage der empirischen Stressforschung darstellt, erklärt anschaulich die interindividuellen Differenzen bei der Stresswahrnehmung und Stressbewältigung sowohl von Erwachsenen als auch von Kindern und Jugendlichen (Beyer u. Lohaus, 2007). Wie bei Erwachsenen können auch bei Kindern und Jugendlichen die Bewältigungsstrategien in drei große Bereiche eingeteilt werden: Problemlösende Bewältigung stellt eine direkte Strategie dar, um Ursachen von Belastungen zu beeinflussen, emotionsregulierende Bewältigung hat das Ziel, die Beanspruchung auf Seiten des betroffenen Kindes zu regulieren. Die Suche nach sozialer Unterstützung besitzt sowohl problemlösende als auch emotionsregulierende Funktion (Lazarus u. Folkman, 1984; Lohaus et al., 2006). Zur weiteren Differenzierung wird etwa bei Klein-Heßling und Lohaus (2002) die Emotionsregulation in konstruktiv-palliativ und destruktiv-ärgerbezogen unterteilt. Es widerspricht dem transaktionalen Stressmodell, bestimmte Bewältigungsstrategien per se als günstig und andere als

ungünstig zu bewerten. Entscheidend ist vielmehr die Passung zwischen Merkmalen der Anforderungssituation und den Charakteristika des gezeigten Bewältigungsverhaltens. Als zentrale Dimensionen von Belastungs- bzw. Stresssituationen gilt deren Kontrollierbarkeit (vgl. Seiffge-Krenke u. von Irmer, 2007). So ist es in Situationen, die durch eigenes Handeln kontrollierbar sind, sinnvoll, problemfokussierende Strategien einzusetzen. In unkontrollierbaren Situationen sind eher emotionsregulierende Bewältigungsstrategien, bei fehlender sozialer Unterstützung auch vermeidende Strategien wirksam. Für ein adaptives Coping ist es daher wichtig, über ein möglichst breites Bewältigungsrepertoire zu verfügen, welches situationsgerecht eingesetzt werden kann (Compas et al., 1991). Erste Ergebnisse zeigen, dass die Kinder, die mit schizophren erkrankten Eltern aufwachsen und vorwiegend problemorientierte Strategien zur Bewältigung der familiären Belastungssituationen nutzen, häufiger psychische Auffälligkeiten aufweisen. Kinder, die unterschiedliche Bewältigungsstrategien einsetzen, gelingt dagegen abhängig von der Art und Kontrollierbarkeit der Situation, eine bessere Anpassung an die Belastungen (Kuhn u. Lenz, 2008). Die vorliegende Studie<sup>1</sup> hat sich zum Ziel gesetzt, die individuellen Copingstrategien und -stile der Kinder schizophren erkrankter Eltern differenzierter zu untersuchen und geht dabei der Frage nach, ob sich bestimmte Typen der Stressbewältigung unterscheiden lassen.

Ausgehend von den Erkenntnissen der sozialen Lerntheorie (Bandura, 1977), dass Kinder sich allein durch Beobachtung neue Verhaltensweisen aneignen, wobei insbesondere Eltern als Vorbild dienen können, ist zu erwarten, dass Eltern Modelle für die Bewältigung von Stress sind (Seiffge-Krenke u. Skaletz, 2007). Studien zeigen, dass im Jugendalter bei der Übernahme von Stressbewältigungsstrategien das Familienklima eine wichtige Rolle spielt (Hamid et al., 2003). Dabei wird hervorgehoben, dass schlechte interpersonelle Beziehungen in der Familie überhaupt keine Effekte auf die Übernahme des elterlichen Copingstils im Sinne eines Modells haben. Ist die Beziehung hingegen positiver, orientieren sich die Söhne im Sinne eines negativen Modells (indem sie z. B. die Strategie des Rückzugsverhaltens übernehmen) an beiden Eltern. Keinerlei Effekte zeigten hingegen bei den Töchtern, das heißt weder Mutter noch Vater stellen für die Töchter Copingmodelle dar (Shulman u. Seiffge-Krenke, 1997; Skaletz u. Seiffge-Krenke, 2009). Ein zweites Ziel der vorliegenden Studie besteht darin, ob sich Zusammenhänge zwischen den Copingstilen der Eltern und der Kinder in Familien mit einem schizophrenen Elternteil feststellen lassen. Es wird also der Frage nachgegangen, ob für jüngere Kinder Eltern Copingmodelle darstellen.

Autoren wie Hobfoll (Hobfoll u. Buchwald, 2004) oder Perrez (Perrez et al., 1998) und Bodenmann (1997) im deutschsprachigen Raum kritisieren an den klassischen Stresstheorien wie dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus, dass sie sich fast

<sup>1</sup> Die vorliegende Studie wurde im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG, Projekt LE 2232/1-2) geförderten Forschungsprojekts „Schizophrenie und Elternschaft“ durchgeführt. Wir bedanken uns bei den beteiligten Kindern und Eltern für ihre Bereitschaft, an dem Forschungsprojekt teilzunehmen, und das uns geschenkte Vertrauen. Bedanken möchten wir uns auch bei den kooperierenden Kliniken und Einrichtungen für ihr Engagement und die gute Zusammenarbeit.

ausschließlich mit Störungen des individuellen psychischen Gleichgewichts und mit individuellen adaptiven Bewältigungsreaktionen auseinandersetzen. Belastungen und Coping können aber nicht isoliert von Wirkungen und Antwortreaktionen im sozialen Kontext betrachtet werden, vielmehr ist eine komplexe Reziprozität zwischen beiden anzunehmen. Dabei können Rückkopplungsprozesse mit gegenseitigem Aufschaukeln in Stresssituationen ebenso stattfinden, wie hilfreiche Auseinandersetzung mit der Situation durch entsprechende Unterstützungshandlungen der Interaktionspartner bei der Bewältigung der Belastungen.

Auch wenn die primäre Belastung wie im Fall einer psychischen Erkrankung eines Elternteils nur ein einzelnes Familienmitglied direkt betrifft, sind meist alle Familienmitglieder davon betroffen. Die Belastungen der einen Person werden direkt oder indirekt zur Belastung für das Gesamtsystem. Bei einer psychischen Erkrankung eines Elternteils wirken auf die Kinder zahlreiche Stressoren ein, die außerhalb ihrer Kontrollmöglichkeiten liegen. Die Kinder sind bei der Bewältigung somit auf die Eltern und andere Bezugspersonen angewiesen. Hinzu kommt, dass den Kindern alters- und entwicklungsbedingt bestimmte Bewältigungsstrategien nicht zur Verfügung stehen und deshalb soziale Unterstützung eine große Bedeutung hat. Wichtig ist deshalb, neben den individuellen Copingstrategien auch das gemeinsame Bewältigungshandeln zu erfassen. Unter einem gemeinsamen Coping wird das Bemühen mehrerer Personen (z. B. eines Paares, einer Familie bzw. einiger Familienmitglieder) verstanden, durch das Einbringen und Bündeln individueller Ressourcen Belastungen und Anforderungen zu bewältigen (Lyons, 2004).

Erste Modelle zur Erklärung gemeinsamen Copings finden sich bei Hobfoll (1998; Hobfoll u. Buchwald, 2004), bei Bodenmann (2006) und Lyons et al. (1998). Bodenmann hat eine umfassende Konzeption des dyadischen Coping entwickelt, die das transaktionale Stressmodell von Lazarus um gemeinsame Einschätzungsprozesse und Ziele von Paaren erweitert. Dyadisches Coping beschreibt einen Prozess, bei dem Stresssignale des einen Partners und die sowohl verbale als auch nonverbale Antwortreaktionen des anderen Partners auf diese Stressäußerungen berücksichtigt werden. Je nach Situation bzw. Problemkonstellation und in Abhängigkeit der jeweiligen aktuellen bzw. situationsübergreifenden, stabilen Copingdispositionen und -ressourcen der beteiligten Personen unterscheidet Bodenmann (1997) Formen gemeinsamen, supportiven oder an den Partner delegiertes dyadisches Coping. Das Coping kann emotions- oder problembezogen erfolgen sowie positiven oder negativen (hostilen, ambivalenten, floskelhaften) Charakter haben. Für Familien liegen bislang keine vergleichbare differenzierte Konzeptualisierung und empirische Fundierungen der Stressbewältigung vor. Dies mag auch an methodischen Schwierigkeiten liegen, da Familien als mehrpersonale Beziehungssysteme noch komplexer sind als Paarsysteme: Bei einem mehrgenerativen System bestehend aus Eltern und Kindern muss zwischen den einzelnen Familienmitgliedern, den einzelnen Subsystemen (Paar-System, Eltern-Kind-System, Mutter-Kind-System, Vater-Kind-System und Geschwister-System) und der Familie als Gesamtsystem unterschieden werden (Cierpka, 2002). Die Untersu-

chung der gemeinsamen Bemühungen aller Familienmitglieder, die alltäglichen und krankheitsbedingten Belastungen zu bewältigen, ist ein weiteres Ziel der folgenden Studie. Es soll untersucht werden, welche Ressourcen Eltern und Kinder zur Bewältigung der Belastungen im Sinne eines familiären Coping einbringen.

## 2 Methode

### 2.1 Stichprobe

In einer multizentrischen Studie wurden 57 Patienten mit der Diagnose „Schizophrenie“ (F20 nach ICD-10) oder „schizoaffektive Störung“ (F25 nach ICD-10) untersucht, die minderjährige Kinder hatten. Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte über verschiedene psychiatrische Kliniken und Einrichtungen des komplementärpsychiatrischen Sektors (Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, sozialpsychiatrische Dienste etc.) in Nordrhein-Westfalen, Berlin, Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Sachsen. Nach Einwilligung der Patienten waren auch 20 Partner, 6 Ex-Partner und 38 Kinder bereit, an der Untersuchung teilzunehmen.

Bei den untersuchten Patienten handelte es sich um 40 Mütter und 17 Väter. Sie waren im Durchschnitt seit 9,8 Jahren psychisch erkrankt. Das mittlere Alter der Patienten betrug 38,3 Jahre (SD = 7,8 Jahre). 63,2 % der befragten Eltern lebten mit Kindern im gleichen Haushalt. Von diesen lebte über die Hälfte (33,3 %) mit ihren noch minderjährigen Kindern alleine zusammen. 26 % lebte ohne Partnerschaft und Kinder. Das Durchschnittsalter der befragten Kinder betrug 12 Jahre (SD = 3,4 Jahre). Das Geschlechterverhältnis war ausgeglichen (19 Mädchen und 19 Jungen). Die Kinder waren bei Erkrankungsbeginn im Durchschnitt 5,2 Jahre alt (SD = 5,3 Jahre). Das mittlere Alter der befragten Partner war 40 Jahre (SD = 9,7 Jahre), davon waren 13 männlichen und 7 weiblichen Geschlechts. Bei den Ex-Partnern betrug das mittlere Alter 37,2 Jahre (SD = 5,9 Jahre).

### 2.2 Untersuchungsinstrumente

Die vorliegende Studie bediente sich quantitativer und qualitativer Erhebungsmethoden, welche sie auf der Basis der methodischen Triangulation nach Flick (2004) integriert: Ein Teil der Datenerhebung fand unter Nutzung bewährter standardisierter Fragebogeninstrumente statt; darüber hinaus wurden qualitative, leitfadengestützte Interviews durchgeführt.

*Soziodemografische Angaben:* Als allgemeine Hintergrundinformation wurden Alter, Geschlecht, Zivilstand, Beziehungsdauer, Erkrankungsbeginn, Ausbildung und berufliche Tätigkeit, Anzahl und Alter der Kinder, Wohnsituation und Zusammenleben mit minderjährigen Kindern und Partner im selben Haushalt erfasst.

Der *Stressverarbeitungsbogen (SVF-120)* von Erdmann und Janke (2008) dient der Erfassung von Bewältigungs- bzw. Verarbeitungsmaßnahmen in belastenden Situa-

onen und beinhaltet 120 Items zu möglichen Reaktionen im Umgang mit einer vorgegebenen Stresssituation. Das Verfahren ist in 20 Subskalen strukturiert. Die Subskalen ermöglichen eine Differenzierung von Strategien, die auf eine Stressreduktion zielen (Positiv-Strategien) oder stressvermehrend wirken (Negativ-Strategien). Es liegen T-Wert-Normen für männliche und weibliche Personen im Alter von 20-64 Jahren (Normierungsstichprobe  $n =$  jeweils 144) vor und die Validität des Verfahrens wurde mehrfach erfolgreich geprüft.

Der *Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ)* von Hampel, Petermann und Dickow (2001) ist eine Anpassung des SVF von Janke, Erdmann und Kallus (1997). Neun Subtests erfassen Aspekte der dispositionellen Stressverarbeitung bei 8- bis 13-jährigen Kindern. Die Probanden werden angewiesen, sich zwei fiktive Belastungssituationen – eine soziale sowie eine schulische – vorzustellen. Daraus resultieren 72 Items. Diese Subskalen können zu den Sekundärskalen „Emotionsregulierende Bewältigung“, „Problemlösende Bewältigung“ und „Negative Stressverarbeitung“ verdichtet werden. Auch ist es möglich, die Stressverarbeitungstendenzen situationspezifisch oder situationsübergreifend zu bestimmen.

Die *Interviews* wurden im Rahmen von Hausbesuchen durchgeführt. Der Interviewkontakt fand zunächst mit dem Patienten statt und beinhaltete neben einer standardisierten Erfassung der soziodemografischen Daten ein ausführliches qualitatives Interview. Nach Einwilligung der Patienten wurden ein qualitatives Interview auch mit den Kindern und den (ehemaligen) Partnern geführt. Analog zur Methodik des problemzentrierten Interviews (Witzel, 1989) wurden Eltern und Kinder einzeln mit Hilfe eines flexibel zu handhabenden Leitfadens befragt. Der Interviewleitfaden war für Eltern und Kinder identisch und umfasste folgende Themenbereiche:

- Belastungserleben in der Familie (alltägliche Belastungen und Widrigkeiten, sowie die Belastungen im Zusammenhang mit Erkrankung und Klinikaufenthalt);
- Stresskommunikation in der Familie (Formen der Thematisierung von Belastungen, z. B. durch offenes Ansprechen, durch Rückzug oder andere indirekte Botschaften);
- Reaktionen in der Familie auf Stressäußerungen (z. B. durch Helfen, Trösten oder durch Vorwürfe, Kritik)
- Individuelles und gemeinsames Coping (Umgang der Eltern und Kinder in der Familie mit den Belastungen und Spannungen);
- Mobilisierung sozialer Ressourcen (Verfügbarkeit außerfamiliärer Unterstützung, Formen sozialer Unterstützung).

### 2.3 Auswertung

*Individuelles Coping der Kinder:* Von insgesamt 38 an der Studie teilnehmenden Kindern gingen 25 Kinder (11 Jungen und 14 Mädchen) in die statistische Analyse der Bewältigungsstrategien ein. Dass mittlere Alter der in diese Analyse einbezogenen Kinder betrug 10,64 Jahre ( $SD = 2,039$ ). Bei den restlichen 13 Kindern konnte der

SVF-KJ altersbedingt nicht eingesetzt werden, da sie über 13 Jahre alt waren oder die Kinder den Fragebogen nicht vollständig ausfüllten. Drei Kinder gingen nicht in die Auswertung dieser Teilstudie ein, da sie getrennt vom erkrankten Elternteil lebten und keinen engen Kontakt zu diesem hatten. Es wurden Skalenwerte für die neun Primärskalen sowie für die vier Sekundärskalen berechnet. Mit Hilfe des T-Tests für eine Stichprobe wurde untersucht, inwiefern die empirisch erhobenen Daten von einer theoretischen Stichprobe (Normierungsstichprobe  $n = 1123$ ) mit einem angenommenen Mittelwert von 50 und einer angenommenen Standardabweichung von 10 (T-Skala) abweichen. Diese Untersuchung wurde für die Primär- und Sekundärskalen des SVF-KJ und für alle drei Situationsbedingungen (soziale und schulische Belastungssituation sowie situationsübergreifende Ebene) durchgeführt.

*Typen der kindlichen Stressbewältigung:* Um mögliche Copingtypen zu identifizieren wurde aufgrund der kleinen Stichprobengröße von  $n = 25$  zunächst ein phänomenologischer Zugang über die individuelle Betrachtung der Profile jedes Kindes gewählt. Dazu wurden zunächst die T-Werte aller 14 Skalen des SVF-KJ auf Ordinaldatenniveau umkodiert, indem alle Werte  $T < 40$  Kategorie 1 „unterdurchschnittlich“, alle Werte  $40 \leq T \leq 60$  Kategorie 2 „durchschnittlich“ und alle Werte  $T > 60$  Kategorie 3 „überdurchschnittlich“ zugeordnet wurden. Anschließend wurde für jedes Kind berechnet, auf wie vielen Skalen seine Werte über- oder unterdurchschnittlich ausfielen (also jenseits einer Standardabweichung vom Mittelwert 50 entfernt waren). Dies erfolgte getrennt für Primär- und Sekundärskalen, so dass daraus zwei Zahlenwerte resultierten. Um des Weiteren das Coping der Kinder hinsichtlich seiner Auffälligkeit beurteilen zu können, wurde folgende Zuordnungsregel erstellt: Wenn ein Kind auf zwei oder mehr Primär- und/oder Sekundärskalen außerhalb des Durchschnitts lag, wurde seine Stressverarbeitung als auffällig eingeschätzt. Als unauffällig galt diese demnach, wenn keine oder lediglich eine Primärskala und ebenfalls keine oder eine Sekundärskala außerhalb des Durchschnittsbereichs lag. Diese Regelung wird damit begründet, dass Extremwerte auf einzelnen Skalen durchaus als stimmungs-, zufalls- oder tagesformabhängige „Ausreißer“ gedeutet werden können. Im weiteren Verlauf wurden Einzeldiagramme des erfassten Coping auf phänomenologischer Basis nach wiederkehrenden Skalenkonstellationen untersucht. Zusätzlich zur einzelfallbasierten Typenbildung wurde eine statistische Clusteranalyse durchgeführt. Diese stellt einen explorativen Ansatz mit dem Ziel dar, Probanden, an denen verschiedene Variablen erhoben wurden, in Gruppen aufzuteilen. Für die relativ kleine Stichprobe eignete sich am besten eine hierarchische Clusteranalyse. Von den ermittelten Lösungen mit zwei bis fünf Clustern wurde aufgrund der über die phänomenologische Analyse identifizierten drei Muster die Variante mit drei Clustern gewählt.

*Zusammenhang zwischen den Bewältigungsstrategien der Eltern und der Kinder:* Zur Beantwortung dieser Frage wurden zunächst die vorliegenden Fragebögen des SVF-120 und des SVF-KJ aller erfassten Familienmitglieder fallweise in Beziehung gesetzt. Grundlage dafür bildeten die Skalen des SVF-KJ, die in ähnlicher Weise Teil des SVF-120 sind. Um die Variablen vergleichbar zu machen, wurden den Skalen des SVF-KJ diejenigen Skalen des SVF-120 zugeordnet, die durch die ähnliche Benennung und

Beschreibung in den Testmanualen inhaltlich als kongruent angenommen werden konnten. Die Benennung erfolgte in Anlehnung an den SVF-KJ. Um die Frage zu beantworten, ob ein Zusammenhang zwischen den Stressbewältigungsstrategien der Patienten und denen ihrer Kinder besteht, wurden Paare von Patienten und Kindern gebildet. Patienten mit zwei erfassten Kindern gingen als zwei Fälle mit dem jeweiligen Kind ein. Für 27 Familien lagen die entsprechenden Daten vollständig vor, das heißt jedem Wert eines Patienten konnte ein Wert seines Kindes zugeordnet werden. Mittels bivariater Korrelation nach Pearson wurde für jede Primär- und Sekundärskala nun der Wert des Patienten mit dem Wert seines Kindes in Beziehung gesetzt.

*Familiäres Coping:* Zur qualitativen Analyse der Ressourcen, die Eltern und Kinder im Sinne eines gemeinsamen Coping einbringen, um die Belastungen und Spannungen zu bewältigen, wurden die sämtliche auf Tonband aufgenommenen Interviews vollständig transkribiert. In die qualitative Analyse gingen die Daten jener Familien ein, in denen aktuell Kinder lebten, um eine intrafamiliäre Betrachtung zu ermöglichen. Dafür konnten 35 Familien und 36 Kinder (18 Mädchen und 18 Jungen) herangezogen werden, wobei 19 Familien aus einem allein erziehenden Haushalt bestanden. Das mittlere Alter der Kinder betrug 12,05 Jahre ( $SD = 3,399$ ). Das Datenmaterial wurde mittels einer strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2007) aufbereitet, gegenübergestellt, verglichen und kritisch interpretiert. Hierfür wurde mit dem Textanalyseprogramm MAXQDA (Kuchartz, Grunenberg, Dresing, 2007) gearbeitet. Ziel der inhaltlichen Strukturierung war die Extraktion und Zusammenfassung des umfangreichen Textmaterials nach bestimmten Themen- und Inhaltsbereichen, die theoriegeleitet vorab festgelegt wurden. Dazu wurden zunächst fallweise alle inhalts-tragenden Aussagen der Patienten, Partner und Kinder getrennt den entsprechenden Themen- und Inhaltsbereichen zugeordnet und durch präzise Paraphrasen zusammengefasst. Im nächsten Schritt wurden die redundanten Paraphrasen gestrichen, so dass eine weitere Reduktion des Textmaterials entsteht. Schließlich wurden fallübergreifend alle gleichlautenden Paraphrasen zu den fünf Themenbereichen zusammengeführt zu inhaltlichen Kategorien gebündelt. Im letzten Schritt wurden die inhaltlichen Kategorien, die sich aus den inhaltsanalytischen Auswertungen der Interviews mit den Patienten, Kindern und Partnern ergaben, gegenübergestellt. Zwei Kodierer aus der Forschergruppe kodierten unabhängig voneinander dasselbe Interview. Die Berechnung der Interrater-Reliabilität erfolgte mit dem  $k$ -Koeffizienten von Cohen. Die Berechnungen ergaben einen Übereinstimmungskoeffizienten von 0,87. Dieser Wert ist nach Sachs (1999) als fast vollständige Übereinstimmung zu betrachten.

### 3 Ergebnisse

*Stressbewältigung der Kinder:* Wie die in Tabelle 1 dargestellten Ergebnisse zeigen, wiesen die Kinder der gesamten Stichprobe auf der situationsübergreifenden Ebene auf den drei Subskalen *Ablenkung/Erholung*, *Soziales Unterstützungsbedürfnis* und

Aggression signifikante Unterschiede zur Normierungsstichprobe auf: Ihre Fähigkeit zur Ablenkung und Erholung war deutlich niedriger, ihr soziales Unterstützungsbedürfnis und ihre Aggressionenwerte waren deutlich höher als die der theoretischen Vergleichsstichprobe. Auf allen anderen Primärskalen sowie den drei Sekundärskalen waren hingegen keine signifikanten Unterschiede feststellbar. Während die Jungen lediglich eine signifikant erniedrigte Ablenkungsfähigkeit zeigten, wurden bei den Mädchen neben den signifikant niedrigeren Werte auf der Skala *Ablenkung/Erholung* signifikant erhöhte Werte auf den Skalen *Bagatellisierung*, *Soziales Unterstützungsbedürfnis* und *Aggression* sichtbar.

Tabelle 1: Signifikante Ergebnisse des T-Tests auf Mittelwertunterschiede von der Norm in den Subskalen des SVF-KJ

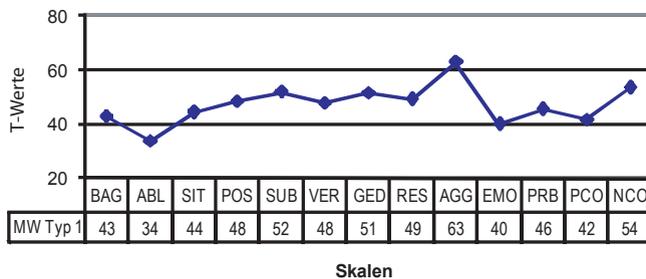
Skala	X	SD	T	df	p	Mittlere			
						Differenz	d	1- $\beta^1$	1- $\beta^2$
<i>Alle Kinder (n = 25)</i>									
ABL	32,27	8,900	-3,875	24	,001	-9,960	1,223	1,000	0,670
SUB	60,64	13,125	2,825	24	,009	6,920	0,875	0,987	0,670
AGG	54,64	10,819	3,047	24	,006	5,440	0,812	0,973	0,670
<i>Nur Jungen (n = 11)</i>									
ABL	39,00	10,991	-3,319	10	,008	-11,000	1,481	0,997	0,323
<i>Nur Mädchen (n = 14)</i>									
BAG	55,50	9,070	2,269	13	,041	5,500	0,815	0,805	0,410
ABL	40,86	14,501	-2,359	13	,035	-9,143	1,038	0,948	0,410
SUB	60,43	9,725	4,012	13	,001	10,429	1,495	0,999	0,410
AGG	55,64	9,220	2,290	13	,039	5,643	0,830	0,819	0,410
<i>Gruppe 1: Kinder 8-10 Jahre (n = 14)</i>									
AGG	56,07	7,488	3,034	13	,010	6,071	0,972	0,919	0,410
<i>Gruppe 2: Kinder 11-14 Jahre (n = 11)</i>									
ABL	32,27	8,900	-6,606	10	,000	-17,727	2,648	1,000	0,323
POS	55,27	4,197	4,166	10	,002	5,273	0,972	0,827	0,323
SUB	60,64	13,125	2,688	10	,023	10,636	1,289	0,970	0,323

Anmerkungen: X: arithmetischer Mittelwert, SD: Standardabweichung, T: Prüfgröße, df: Freiheitsgrade, p: Irrtumswahrscheinlichkeit, d: erreichte Effektstärke nach Cohen, 1- $\beta^1$ : Power für die erreichte Effektstärke, 1- $\beta^2$ : Power für eine erwartete mittlere Effektstärke von 0,5. Skalen des SVF-KJ: BAG: Bagatellisierung, ABL: Ablenkung, POS: Positive Selbstinstruktionen, SUB: Soziales Unterstützungsbedürfnis, AGG: Aggression.

Zur Überprüfung, ob das Alter der Kinder einen Einfluss auf ihre bevorzugten Stressbewältigungsstrategien hat, wurde die Stichprobe in zwei Altersgruppe unterteilt: Gruppe 1 beinhaltet 14 Kinder im Alter von 8-10 Jahren und Gruppe 2 elf Kinder im Alter von 11-14 Jahren. Gruppe 1 unterschied sich durch signifikant erhöhte Werte auf der Skala *Aggression* von der Vergleichsnorm. In Gruppe 2 zeigten sich signifikant erhöhte Werte auf den Skalen *Ablenkung*, *Positive Selbstinstruktion* und *Soziales Unterstützungsbedürfnis* (vgl. Tab. 1).

*Typen der kindlichen Stressbewältigung*: Durch den phänomenologischen Zugang über die individuelle Betrachtung der Profile jedes Kindes konnten drei Copingtypen identifiziert werden.

*Typ I Aggressives Coping* zeichnet sich durch eine auffallend geringe Ablenkungsfähigkeit ( $T < 40$ ) und hohe Aggressionswerte ( $T > 60$ ) aus. Die Werte auf der Sekundärskala „Emotionsregulierende Bewältigung“ sind ebenfalls deutlich unterdurchschnittlich ( $T < 40$ ). In der Analyse zeigten auch die Werte auf den positiv bewerteten Skalen „Bagatellisierung“, „Situationskontrolle“, „Positive Selbstinstruktionen“ sowie auf den Sekundärskalen „Problemlösende Bewältigung“ und „Positive Stressverarbeitung“ eine Tendenz zur unterdurchschnittlichen Ausprägung. Hingegen tendiert die Sekundärskala „Negative Stressverarbeitung“ eher zu überdurchschnittlicher Ausprägung (Abb. 1).



**Abbildung 1:** Mittelwertprofil des Typs I Aggressives Coping

**Anmerkungen:** MW: arithmetischer Mittelwert, Skalen des SVF-KJ: BAG: Bagatellisierung, ABL: Ablenkung, SIT: Situationskontrolle, POS: Positive Selbstinstruktionen, SUB: Soziales Unterstützungsbedürfnis, VER: Vermeidung, GED: Gedankliche Weiterbeschäftigung, RES: Resignation, AGG: Aggression, EMO: Emotionsregulierende Bewältigung, PRB: Problemlösende Bewältigung, PCO: Günstige Stressverarbeitung, NCO: Ungünstige Stressverarbeitung.

*Typ II Kontrollierendes Coping* ist vor allem durch ein auffälliges, überdurchschnittliches soziales Unterstützungsbedürfnis ( $T > 60$ ) und eine überdurchschnittliche Ausprägung auf der Sekundärskala „Positive Stressbewältigung“ ( $T > 60$ ) gekennzeichnet. Des Weiteren tendieren die Skalen „Bagatellisierung“, „Situationskontrolle“ und „Positive Selbstinstruktion“ zu überdurchschnittlicher Ausprägung, die Skala „Resignation“ und die Sekundärskala „Negative Stressverarbeitung“ hingegen eher zu unterdurchschnittlicher Ausprägung. Auf allen anderen Skalen werden wiederum keine eindeutigen Tendenzen sichtbar (Abb 2).

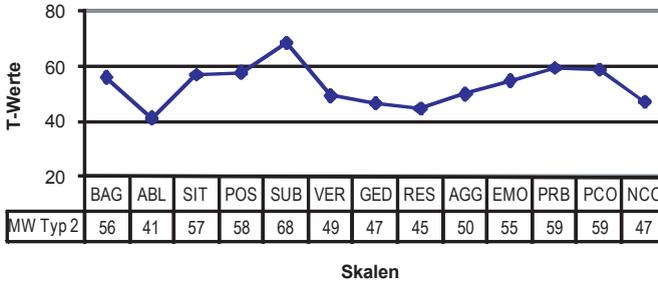


Abbildung 2: Mittelwertprofil des Typs II Kontrollierendes Coping

**Anmerkungen:** MW: arithmetischer Mittelwert, Skalen des SVF-KJ: BAG: Bagatellisierung, ABL: Ablenkung, SIT: Situationskontrolle, POS: Positive Selbstinstruktionen, SUB: Soziales Unterstützungsbedürfnis, VER: Vermeidung, GED: Gedankliche Weiterbeschäftigung, RES: Resignation, AGG: Aggression, EMO: Emotionsregulierende Bewältigung, PRB: Problemlösende Bewältigung, PCO: Günstige Stressverarbeitung, NCO: Ungünstige Stressverarbeitung.

Als *Typ III Moderates Coping* wurden alle Kinder kodiert, die hinsichtlich ihrer Stressverarbeitung als unauffällig eingeschätzt worden waren. Ihre Werte liegen weitgehend im Normbereich ( $40 > T < 60$ ). Maximal auf einer Primär- und/oder Sekundärskala befinden sich die Werte außerhalb dieses Rahmens (Abb. 3).

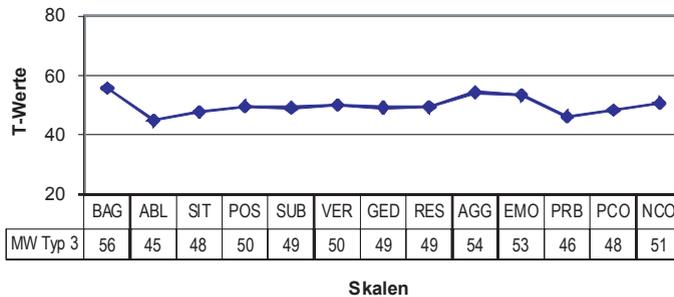


Abbildung 3: Mittelwertprofil des Typs III Moderates Coping

**Anmerkungen:** MW: arithmetischer Mittelwert, Skalen des SVF-KJ: BAG: Bagatellisierung, ABL: Ablenkung, SIT: Situationskontrolle, POS: Positive Selbstinstruktionen, SUB: Soziales Unterstützungsbedürfnis, VER: Vermeidung, GED: Gedankliche Weiterbeschäftigung, RES: Resignation, AGG: Aggression, EMO: Emotionsregulierende Bewältigung, PRB: Problemlösende Bewältigung, PCO: Günstige Stressverarbeitung, NCO: Ungünstige Stressverarbeitung.

Die Verteilung der Untersuchungsgruppe auf die drei Typen gestaltet sich wie folgt: Typ 1 konnten acht Kinder, Typ 2 neun Kinder und Typ 3 acht Kinder zugeordnet werden. In der zusätzlich zur einzelfallbasierten Typenbildung durchgeführten hierarchischen Clusteranalyse zeigte sich, dass sich in einer Variante mit drei Clustern die Typenbildung weitgehend widerspiegeln (vgl. Tab. 2), wenngleich die Clusterzugehörigkeit der 25 untersuchten Kinder von der relativen Gleichverteilung der drei Typen abweicht.

Tabelle 2: Mittelwerte der Cluster 1 bis 3 in T-Werten (Hierarchische Clusteranalyse)

Skala	Cluster		
	1	2	3
Bagatellisierung G	40	65	55
Ablenkung G	31	45	43
Situationskontrolle G	41	63	52
Positive Selbstinstruktion G	48	66	52
Soziales Unterstützungsbedürfnis G	47	72	59
Passive Vermeidung G	42	40	53
Gedankliche Weiterbeschäftigung G	45	36	53
Resignation G	45	32	51
Aggression G	58	45	56
Emotionsregulierende Bewältigung G	37	61	54
Problemlösende Bewältigung G	41	71	53
Günstige Stressverarbeitung G	37	67	54
Ungünstige Stressverarbeitung G	46	36	54

Anmerkungen: G: situationsübergreifende Bedingung des SVF-KJ

*Zusammenhänge zwischen den Bewältigungsstrategien der Eltern und der Kinder:* Die Ergebnisse weisen auf Zusammenhänge zwischen elterlichen Copingstrategien und den Copingstrategien der Kinder hin. Es zeigte sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der *Passiven Vermeidung* der Erkrankten und der *Bagatellisierung* der Kinder ( $r = 0,427$ ;  $p = 0,026$ ) sowie ein negativer signifikanter Zusammenhang zwischen der *Resignation* der Erkrankten und der *Situationskontrolle* der Kinder ( $r = 0,409$ ;  $p = 0,034$ ).

Bei der Untersuchung, inwieweit die Coping-Strategien der Partner mit denen der Kinder korrelieren, zeigten sich ebenfalls Zusammenhänge: Die Werte der Kinder auf der Skala *Positive Selbstinstruktion* korrelieren positiv mit den Skalen *Bagatellisierung* ( $r = 0,427$ ,  $p = 0,011$ ) und *Passive Vermeidung* ( $r = 0,611$ ,  $p = 0,046$ ) der Partner und die Werte der Kinder auf der Skala *Resignation* weisen einen negativen korrelativen Zusammenhang zur Skala *Passive Vermeidung* ( $r = -0,624$ ,  $p = 0,040$ ) der Partner auf.

*Familiäres Coping:* Bei der qualitativen Analyse konnten in den 35 Familien fünf unterschiedene Formen des familiären Copings identifiziert werden (s. Tab. 3). Das Bemühen der einzelnen Familienmitglieder, Belastungen und Anforderungen zu bewältigen, hat ähnlich wie bei Bodenmann (2006) gemeinsame unterstützende oder an den Partner oder die Kinder delegierte Formen. Das familiäre Coping kann emotions- oder problembezogen erfolgen sowie positiven oder negativen (feindselig-aggressiven) Charakter haben.

Tabelle 3: Formen des familiären Copings

---

*I. Konstruktives emotionsbezogenes elterliches Coping* (Eltern bemühen sich, durch gemeinsame Aktivitäten um Entspannung und Ablenkung)

*II. Problembezogenes elterliches Coping* (Eltern suchen nach Lösungsmöglichkeiten in einer offenen innerfamiliären Atmosphäre)

*III. Problembezogenes delegiertes elterliches Coping* (Der gesunde Partner übernimmt auf Aufforderung des erkrankten Elternteils die Verantwortung für die Kinder)

*IV. Destruktives emotionsbezogenes gemeinsames Coping* (Die familiären Interaktionen haben aggressiven, feindseligen, kritisierenden Charakter)

*V. Emotions- und problembezogenes delegiertes Coping der Kinder*

A) Emotionale Unterstützung des erkrankten Elternteils

B) Instrumentelle Unterstützung des erkrankten Elternteils

C) Kinder nehmen die Rolle des Partnerersatzes ein

D) Kinder nehmen eine Vermittlerrolle in der elterlichen Partnerschaft ein

E) Emotionale und instrumentelle Unterstützung der jüngeren Geschwister

F) Verantwortungsübernahme für die ganze Familie

---

### *I. Konstruktives emotionsbezogenes elterliches Coping*

Strategien der konstruktiven emotionsfokussierten familiären Bewältigung werden von Seiten der Eltern in bewusster Weise vor allem in Form von positiven Aktivitäten eingesetzt, wie gemeinsame Unternehmungen in Form von Ausflügen und Urlaubsreisen. Gemeinsame Zeit mit der Familie wird als Ruhezeit und als Möglichkeit zur Regeneration und damit auch erfolgreich zur Bewältigung des Alltagsstresses erlebt, bei dem Ablenkung einer der wirksamsten Mechanismen zu sein scheint. Diese Form des Umgangs mit den Belastungen konnte in acht Familien gefunden werden.

### *II. Problembezogenes elterliches Coping*

Ebenfalls in acht Familien ließen sich problembezogene elterliche Copingstrategien identifizieren. In diesen Familien herrscht eine Atmosphäre weitgehender Offenheit vor. Gefühle, Bedürfnisse und Pläne werden zum Ausdruck gebracht. Das familiäre Zusammenleben ist gekennzeichnet durch offene Auseinandersetzung mit der Erkrankung und den damit in Zusammenhang stehenden Belastungen sowie durch die gemeinsame Anstrengung, Lösungsmöglichkeiten und Lösungswege für die Probleme zu finden. Die Eltern bemühen sich um einen angemessenen Umgang mit der Krankheit in der Familie und um eine alters- und entwicklungsadäquate Krankheitsaufklärung der Kinder. So erhalten die Kinder meist Erklärungen und Antworten auf ihre Fragen. Allerdings besteht vor allem in den Ein-Eltern-Konstellationen, in denen kein Partner des erkrankten Elternteils in der Familie lebt, bei den aktiven problemfokussierten Bewältigungsstrategien die Gefahr, dass die Generationengrenzen zwischen Eltern- und Kindsystem diffus und durchlässig werden und es zu Parentifizierungsprozessen kommt (siehe „Emotions- und problembezogenes delegiertes Coping der Kinder“).

### *III. Problemebezogenes delegiertes elterliches Coping*

Aufgrund der emotionalen Instabilität des erkrankten Elternteils in einer akuten Krankheitsphase oder bei einem chronifizierten Krankheitsverlauf ist in fünf Familien der gesunde in der Familie lebende Elternteil zeitweise oder dauerhaft eindeutig die Hauptbezugsperson für die Kinder. Er übernimmt die Verantwortung für die Betreuung und Versorgung der Kinder und gestaltet den gemeinsamen Familienalltag, an dem der erkrankte Elternteil mehr oder weniger intensiv teilnimmt. Der gesunde Elternteil übernimmt die Verantwortung entweder von sich aus oder wird vom erkrankten Elternteil implizit und/oder explizit dazu aufgefordert.

### *IV. Destruktives emotionsbezogenes gemeinsames Coping*

Formen destruktiver emotionsfokussierter familiärer Copingstrategien sind Aggression und Zurückweisung sowie Vorwürfe, Vorhaltungen und Rückzugsverhalten. Diese Bewältigungsstrategien in den Belastungssituationen tragen dazu bei, dass es zum einen zur Eskalation von Konfliktsituationen und weiteren Belastungen in den Familien kommt und zum anderen zwischen den Familienmitgliedern eine erhöhte Distanz entsteht. Aggressive Auseinandersetzungen finden ihren Ausgangspunkt meist auf der Elternebene und kommen verbal wie auch (seltener) körperlich gegenüber den Partnern oder den Kindern zum Ausdruck. Meist werden die Kinder Zeuge der Streitsituationen bzw. werden in die Konflikte zwischen den Eltern involviert. Die Kinder erleben die Auseinandersetzungen der Eltern als unangenehm bzw. peinlich, wenn sie nicht nur innerhalb der Familie stattfinden, sondern für Außenstehende sichtbar werden. In vielen Familien besteht ein durchgängiges Muster aggressiv gefärbter Interaktion über einen längeren Zeitraum, das geprägt ist von emotional intensiven Auseinandersetzungen, dem Äußern von Kritik, Vorwürfen und einer erhöhten Feindseligkeit. Auch die Kinder zeigen in familiären Belastungssituationen solche aggressiven Bewältigungsmuster. Dadurch wird das strittige, emotional aufgeladene Familienklima noch verschärft. Häufiger als aggressive Reaktionen sind bei den Kindern allerdings Rückzugstendenzen innerhalb der Familie zu beobachten. Die Kinder ziehen sich auf ihr Zimmer zurück, schließen sich manchmal sogar ein und sind bestrebt, sich selbst zu beschäftigen oder sie versuchen sich möglichst viel außerhalb der Familie aufzuhalten. Eindeutige Hinweise auf diese destruktive emotionsbezogene Copingformen wurden in 19 Familien gefunden. Interessanterweise berichten Kinder häufiger über derartigen Situationen in der Familie als die Erkrankten oder die Partner.

### *V. Emotions- und problemebezogenes delegiertes Coping der Kinder*

Verantwortung zu übernehmen und bestimmte Rollen und Aufträge zu erfüllen, sind die am häufigsten zu beobachtenden Beiträge der Kinder zur gemeinsamen Bewältigung der familiären Belastungen, die mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils verbunden sind. Die Kinder übernehmen die Aufgaben, wenn die Eltern ihre Bedürftigkeit explizit, implizit oder nonverbal signalisiert haben und damit Verantwortung für das Wohlbefinden der Familie abgeben. Diese Copingformen

wurden in 28 Familien explizit beschrieben, wobei die Hinweise gleich häufig von Kindern und den erkrankten Elternteilen kamen. Diese Rollenumkehr bzw. Parentifizierung kann unterschiedliche Ausformungen annehmen, wobei die unterschiedlichen Muster im familiären Alltag häufig gemeinsam auftreten, manchmal offensichtlich sogar ineinander verschmelzen:

*V. A) Emotionale Unterstützung des erkrankten Elternteils*

Entgegen der normativen Rollenverteilung sind es hier die Kinder, die versuchen, dem erkrankten Elternteil Stabilität, Geborgenheit und emotionalen Rückhalt zu vermitteln. Die Kinder sind oftmals die wichtigsten Gesprächspartner und werden ungeachtet ihres Alters bei wichtigen Entscheidungen zu Rate gezogen.

*V. B) Instrumentelle Unterstützung des erkrankten Elternteils*

Hierbei steht vor allem die Übernahme von Verantwortung und alltäglichen Aufgaben des erkrankten Elternteils durch das Kind im Vordergrund. Neben altersadäquat erscheinenden Aufgaben im Haushalt organisieren die Kinder nicht selten den gesamten Alltag der Eltern und ermöglichen ihnen damit die Bewältigung der generellen Alltagsprobleme.

*V. C) Kinder nehmen die Rolle des Partnerersatzes ein*

Zwischen einigen Kindern und ihren Eltern entwickelt sich eine enge partnerschaftliche und gleichberechtigte Beziehung. Die Form der Rollenumkehr lässt sich besonders häufig in Ein-Eltern-Familien beobachten. Die Kinder unterstützen den erkrankten Elternteil sowohl emotional als auch instrumentell, wie es von einem ebenbürtigen erwachsenen Partner erwartet werden kann: sie gestalten und bestimmen den Alltag, übernehmen Aufgaben, die der Erkrankte nicht leisten kann, aktivieren oder beruhigen diesen entsprechend der aktuellen Situation und übernehmen Verantwortung.

*V. D) Kinder nehmen eine Vermittlerrolle in der elterlichen Partnerschaft ein*

Kinder fungieren häufig als Botschafter, die den jeweiligen Elternteilen das Befinden des anderen vermitteln, Ratschläge im Umgang miteinander geben oder die emotionalen Schwankungen eines Elternteils abfangen, die durch das Verhalten des Partners entstanden sind. Sie werden zu Schiedsrichtern und Friedensstiftern in den partnerschaftlichen Konflikten der Eltern.

*V. E) Emotionale und instrumentelle Unterstützung der jüngeren Geschwister*

Durch die deutlich erhöhte Verantwortungsübernahme der älteren Kinder verändern sich die Beziehungen der Geschwister untereinander. Die älteren Geschwister übernehmen die Versorgung der jüngeren, indem sie sich z. B. um deren Ernährung, Bekleidung oder Hygiene kümmern oder bei den Schularbeiten helfen (instrumentelle Unterstützung) und/oder indem sie sie trösten, aufmuntern oder sich ihren Problemen annehmen (emotionale Unterstützung).

*V. F) Verantwortungsübernahme für die ganze Familie*

Besonders während akuter Krankheitsphasen des Elternteils übernehmen die älteren Kinder oftmals Verantwortung für die ganze Familie. Da der erkrankte Elternteil durch die Symptome oder die Abwesenheit aufgrund eines Klinikauf-

enthaltet nicht mehr in der Lage ist, gehen die zentralen familiären Aufgaben für längere Zeiträume in den Verantwortungsbereich eines Kindes über. Bei akuter Erkrankung muss die neue Aufgabenverteilung sehr schnell und unerwartet erfolgen und erfordert ein hohes Maß an Flexibilität und Anpassungsleistung der Kinder.

#### 4 Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war es zu untersuchen, wie die psychische Erkrankung der Eltern von den Kindern bewältigt wird und welche gemeinsamen Bewältigungsstrategien in den Familien eingesetzt werden.

Betrachtet man zunächst die individuellen Bewältigungsreaktionen der Kinder so fällt auf, dass ihre Fähigkeit zur Ablenkung/Erholung deutlich niedriger ausgeprägt ist als in der Referenzstichprobe (SVF-KJ, Hampel et al., 2001). Sie schaffen es nicht, „an etwas Schönes zu denken“, oder „sich zu beruhigen und zu entspannen“. Solche emotionsregulierende Bewältigungsmodalitäten in Form von aktiver Ablenkungs- und passiver Erholungsaktivitäten, erweisen sich aber insbesondere in unkontrollierbaren Situationen, mit denen Kinder psychisch kranker Eltern in den Familien häufig konfrontiert sind, als günstig (Klein-Hefßling u. Lohaus, 2002). Die Kinder reagieren vielmehr häufig mit destruktiv-emotionsregulierenden Strategien auf die Belastungen, wie die hohen Werte auf der Skala *Aggression* im SVF-KJ zeigen. Aggressives Verhalten ist allerdings ein ungünstiger Stressverarbeitungsstil, der nicht dazu geeignet ist, Stress zu reduzieren. Es besteht die Gefahr, dass dadurch noch zusätzliche Probleme und Belastungen entstehen. Die Suche nach sozialer Unterstützung erweist sich hingegen in unkontrollierbaren Situationen als eine günstige Stressverarbeitungstendenz, die dazu beiträgt Stress zu reduzieren. Klein-Hefßling und Lohaus (2002) weisen darauf hin, dass sozial-unterstützungsorientierte Strategien, wie die „Suche nach Trost“ und die „Suche nach Verständnis“ eine emotionsregulierende Funktion hat. Die Suche nach sozialer Unterstützung besitzt darüber hinaus eine direkt problemlösende Funktion („Suche nach Rat und konkreter Hilfe“) und ist ein relevanter psychosozialer Schutzfaktor. Die Kinder äußern in der vorliegenden Studie zwar ein hohes Unterstützungsbedürfnis, letztlich werden aber Hilfen häufig nicht aktiv gesucht bzw. in Anspruch genommen (Kuhn u. Lenz, 2008). Dahinter stehen vermutlich Loyalitätskonflikte, Schuldgefühle, Ängste das Kommunikationsverbot zu brechen, die Eltern durch Unterstützungswünsche zusätzlich zu belasten oder die Befürchtung, keine ausreichende Hilfe im familiären Kontext zu erhalten (vgl. dazu Lenz, 2005, 2008).

Die drei Copingsmuster, die mittels einer phänomenologischen Analyse der Profile jedes Kindes im SVF-KJ und der anschließenden Clusteranalyse identifiziert werden konnten, ermöglichen eine erste diagnostische Einschätzung des Risikos der Kinder, selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Vieles deutet darauf hin, dass der Bewältigungstyp I *Aggressives Coping* einen besonders ausgeprägten Risikofaktor darstellt (Kuhn u. Lenz, 2008; Helfer, 2009). Typ I, ist gekennzeichnet durch gering ausgeprägte

funktionale emotionsregulierende Strategien, die gerade in unkontrollierbaren Situationen wirksam sind, sowie eine geringe Erholungskompetenz und hohe Aggressionswerte. Insgesamt ist die negative Stressverarbeitung nach dem SVF-KJ bei diesem Typ überdurchschnittlich, das heißt, nicht nur die Aggressionswerte sind erhöht, sondern es bestehen darüber hinaus starke Tendenzen zu Resignation, passiver Vermeidung und gedanklicher Weiterbeschäftigung. Das Risiko für psychische Auffälligkeiten dürfte beim Typ II, *Kontrollierendes Coping*, weniger stark ausgeprägt sein. Dieser Typ zeichnet sich durch überdurchschnittlich hohe Ausprägungen der *Positiven Stressbewältigung* aus. Neben einem hohen sozialen Unterstützungsbedürfnis weist dieser Typ eine hohe *Bagatellisierung* sowie vermehrte *Situationskontrolle* und *Positive Selbstinstruktion* auf, also aktive problemorientierte Bewältigungsmaßnahmen. Wenn das soziale Unterstützungsbedürfnis im familiären und außerfamiliären Netzwerk nicht ausreichend befriedigt wird, was aufgrund von Tabuisierung, Kommunikationsverboten und Schuldgefühlen häufig eintreten wird, und darüber hinaus aktive Versuche der Problemlösung nicht möglich oder praktikabel sind, kann dieser Typ II problematisch werden, da keine Anpassung an unkontrollierbare Situationen stattfinden kann. Die unauffälligen Werte in der Stressverarbeitung deuten darauf hin, dass Kinder, die dem Typ III zugeordnet werden können, über ein breiteres Repertoire an Copingstrategien verfügen und daher ein geringeres Risiko haben, eine Störung zu entwickeln.

Bei ihren Bewältigungsbemühungen orientieren sich die Kinder in gewisser Weise am Modell ihrer Eltern. Im Gegensatz zu den Ergebnissen aus der Jugendforschung (Shulman u. Seiffge-Krenke, 1997; Hamid et al., 2003; Skaletz u. Seiffge-Krenke, 2009) sind für jüngere Kinder Eltern offensichtlich Copingmodelle. Dabei wird aber von den Kindern nicht ein bestimmtes Copingsverhalten, etwa ein aktiver oder ein vermeidender Bewältigungsstil, der Eltern übernommen. Vielmehr rufen einzelne elterliche Strategien andere Strategien auf Seiten der Kinder hervor. So zeigte sich ein positiver signifikanter Zusammenhang zwischen der passiven Vermeidung des erkrankten Elternteils und der Bagatellisierung der Kinder sowie ein negativer Zusammenhang zwischen der Resignation des erkrankten Eltern und der Situationskontrolle der Kinder. Das heißt, je stärker Rückzug und Vermeidung der Erkrankten ausgeprägt sind, umso stärker neigen die Kinder zur Bagatellisierung und je stärker die elterliche Resignation ist, umso weniger greifen die Kinder auf aktive Bewältigungsstrategien zurück.

Die familiäre Copingmuster ähneln den Formen des dyadischen Coping, wie sie von Bodenmann (2006) auf der Paarebene gefunden wurden. Das familiäre Coping erfolgt zum einen durch die Eltern auf der emotions- und problembezogenen Ebene, indem sie sich bemühen, durch positive Aktivitäten das Familienklima zu verbessern und durch einen offenen und aktiven Umgang mit der Krankheit, Belastungen in der Familie zu reduzieren. Insbesondere in akuten Krankheitsphasen ist zu beobachten, dass der gesunde Elternteil die Verantwortung für die Versorgung der Kinder übernimmt. Bei schweren rezidivierende Krankheitsverläufen, die mit einer hohen familiären Belastung einhergehen, kann diese Form des delegierten Coping zu einem festen Muster werden.

Während die konstruktiven emotions- und problembezogenen Bewältigungsstrategien nur bei einem kleinen Teil der Familien gefunden werden, treten bei über der Hälfte der Familien destruktiv emotionsfokussierte Formen des gemeinsamen Coping in den Vordergrund. Bodenmann (2006) spricht hier von einem hostilem Coping. Das Familienklima ist emotional aufgeladen und ist gekennzeichnet durch einen hohen Grad an „Expressed Emotion“. Oft sind die familiären Interaktionen aggressiv gefärbt und geprägt von Kritik, Vorwürfen, Verletzungen und Feindseligkeit. Wie eine Reihe von Studien übereinstimmend gezeigt hat, ist die Rückfallquote in Familien, die als „High Expressed Emotion“ eingestuft werden, deutlich höher als in Familien, die als „Low Expressed Emotion“ bewertet wurden, was auf die Bedeutung familiärer Interaktionen für den weiteren Verlauf der Krankheit hinweist (vgl. Vaughn u. Leff, 1989). Die Kinder sind in dieses hostile, destruktive Coping der Eltern eng verstrickt, wie ihre Aussagen in den Interviews belegen.

Der zentrale Beitrag der Kinder zum gemeinsamen familiären Coping besteht in der Übernahme von (teils expliziten und teils impliziten) Aufträgen der Eltern. Dieses Copingmuster konnte in fast jeder Familie eindeutig identifiziert werden. Einiges spricht dafür, dass der Bewältigungs-Typ II *Kontrollierendes Coping* besonders stark zu Verantwortungsübernahme in der Familie neigt. Boszormenyi-Nagy und Spark (1981) bezeichnen eine derartige Rollenkehr durch die Übernahme von elterlichen Aufträgen, als ein Ungleichgewicht des gegenseitigen Gebens und Nehmens. Ausdrücklich weisen die Autoren darauf hin, dass Parentifizierung per se nicht pathologisch ist und ein gewisses Maß normal und für die kindliche Entwicklung sogar förderlich sein kann. Für Jurkovic (1997) liegt eine gesunde und adaptive Form der Parentifizierung vor, wenn Kinder von ihrer Rolle nicht vollständig eingenommen sind, sondern gleichzeitig ihre eigenen Bedürfnisse berücksichtigt und ihre Bemühungen gewürdigt werden. Untersuchungen zeigen, dass adaptive Formen der Parentifizierung einen positiven Einfluss auf das Selbstwertgefühl der Kinder haben. Eine destruktive Parentifizierung besteht für Jurkovic (1997), wenn Eltern ihre Elternfunktion aufgeben und ihr Kind missbrauchen, um eigene ungestillte Bedürfnisse zu befriedigen.

## 5 Konsequenzen für die Praxis

Die Studie weist auf die besondere Bedeutung von familienorientierten Interventionen sowohl bei der Einleitung von präventiven Maßnahmen als auch bei der Behandlung von Kindern psychisch kranker Eltern hin. Betrachtet man die Stressbewältigungsstrategien der Kinder sowie die familiären Bewältigungsmuster und die spezifischen Beiträge der Kinder zum gemeinsamen familiären Coping, werden folgende Ziele deutlich:

- Stärkung der Problemlösekompetenz der Kinder für eine gelungene Auseinandersetzung und Reaktion mit Belastungen und Anforderungen, die sich durch das Zusammenleben mit einem psychisch kranken Elternteil ergeben,

- Förderung der sozialen Ressourcen der Kinder und ihrer Familien, um Unterstützung zu gewährleisten sowie Freiräume und Entlastung zu garantieren, dabei Mobilisierung zuverlässiger und vertrauensvoller Bezugspersonen, die insbesondere in Krisenzeiten Ansprechpartner sind und Schutz, Sicherheit und emotionalen Rückhalt bieten und somit einen stabilisierenden Faktor darstellen.

Grundlegende Voraussetzung für die Zielerreichung ist die Förderung der familiären Kommunikation sowie die alters- und entwicklungsgemäße Informationsvermittlung und Aufklärung der Kinder über die Krankheit und die damit verbundenen Konsequenzen. Das Leben in Familien mit psychisch kranken Eltern ist gekennzeichnet von Sprachlosigkeit, Tabuisierung und Kommunikationsverbot, die in der Folge oftmals zu Schuldgefühlen, Resignation, Ängsten, Loyalitätskonflikten und sozialer Isolation führen. Offene Kommunikation und Krankheitsaufklärung bilden nicht nur die Grundlage für die Lösung von Problemen und für die Suche nach sozialer Unterstützung, sondern stellen zugleich die Basis für das Erleben von Vertrautheit, Nähe und gegenseitigem Verständnis in der Familie dar. Mittlerweile liegen verschiedene Interventionsprogramme vor, die gezielte Anregungen für die präventive und therapeutische Arbeit mit den Kindern und ihren Familien bieten (vgl. Beardslee, 2009; Lenz, 2010).

## Literatur

- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall.
- Beardslee, W. R. (Hrsg.) (2009). *Hoffnung, Sinn & Kontinuität. Ein Programm für Familien depressiv erkrankter Eltern*. Tübingen: dgvt.
- 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., Versage, E. M., Gladstone, T. R. G. (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1134-1141.
- Beyer, A., Lohaus, A. (2007). Konzepte der Stressentstehung und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter. In I. Seiffge-Krenke, A. Lohaus (Hrsg.), *Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter* (S. 11-27). Göttingen: Hogrefe.
- Bodenmann, G. (1997). Dyadische Coping – theoretischer und empirischer Stand. *Zeitschrift für Familienforschung*, 9, 7-25.
- Bodenmann, G. (2006). *Stress und Coping bei Paaren*. Göttingen: Hogrefe.
- Boszormenyi-Nagy, L., Spark, G. M. (1981). Unsichtbare Bindungen. *Die Dynamik familiärer Systeme*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Cierpka, M. (2002). Das Drei-Ebenen-Modell in der Familiendiagnostik. In M. Cierpka (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik* (S. 25-43). Berlin, Heidelberg: Springer.
- 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.
- Erdmann, G., Janke, W. (2008). Stressverarbeitungsfragebogen. Stress, Stressverarbeitung und ihre Erfassung durch ein mehrdimensionales Testsystem. 4. (überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Flick, U. (2004). *Triangulation*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Frydenberg, E. (2008). Adolescent coping. *Advances in theory, research and practice*. London: Routledge.
- Hamid, P. N., Yue, X. D., Leung, C. M. (2003). Adolescent coping in different chinese family environments. *Adolescence*, 38, 111-130.
- Hampel, P.; Petermann, F., Dickow, B. (2001). Stressverarbeitungsfragebogen von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche. SVF-KJ. (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Helfer, A. (2009). Psychische Belastungen, Beeinträchtigungen und Stressverarbeitung bei Kindern von schizophren erkrankten Eltern. Diplomarbeit an der Universität Leipzig.
- Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, culture, and community*. New York: Plenum.
- Hobfoll, S. E., Buchwald, P. (2004). Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multiaxiale Copingmodell – eine innovative Stresstheorie. In P. Buchwald, C. Schwarzer, S. E. Hobfoll (Hrsg.), *Stress gemeinsam bewältigen. Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping* (S. 11-27). Göttingen: Hogrefe.
- Janke, W., Erdmann, G., Kallus, W. (1997). Stressverarbeitungsfragebogen (SVF-120). Göttingen: Hogrefe.
- Jurkovic, G. J. (1997). *Lost childhood: The plight of the parentified child*. New York: Brunner & Mazel.
- Klein-Heßling, J., Lohaus, A. (2002). Zur situationalen Angemessenheit der Bewältigung von Alltagsbelastungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 11, 29-37.
- Kuchartz, U., Grunenberg, H., Dresing, T. (Hrsg.) (2007). *Qualitative Datenanalyse computergestützt. Methodische Hintergründe und Beispiele aus der Forschungspraxis* (2., überarb. und erw. Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuhn, J., Lenz, A. (2008). Coping bei Kindern schizophoren 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. (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 Kindern und ihren psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lohaus, A., Beyer, A., Klein-Heßling, J. (2004). Stresserleben und Stresssymptomatik bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 36, 38-46.
- Lohaus, A., Eschenbeck, H., Kohlmann, C.-W., Klein-Heßling, J. (2006). Fragebogen zur Erhebung von Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter (SSKJ 3-8). Göttingen: Hogrefe.
- Lyons, R. F. (2004). Zukünftige Herausforderungen für Theorie und Praxis von gemeinsamer Stressbewältigung. In P. Buchwald, C. Schwarzer, S. E. Hobfoll (Hrsg.), *Stress gemeinsam bewältigen. Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping* (S. 191-204). Göttingen: Hogrefe.

- Lyons, R. F., Mickelson, K. D., Sullivan, M. J. L., Coynes, J. C. (1998). Coping as a communal process. *Journal of Social and Personal Relationship*, 5, 597-605.
- 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.
- Mayring, P. (2007). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (9. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Perrez, M., Berger, R., Wilhelm, P. (1998). Die Erfassung von Belastungserleben und Belastungsverarbeitung in der Familie. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 45, 19-35.
- Sachs, L. (1999). *Angewandte Statistik. Anwendung statistischer Methoden* (10. Aufl.). Berlin: Springer.
- Seiffge-Krenke, I., Lohaus, A. (Hrsg.) (2007). *Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Seiffge, I., Skaletz, C. (2007). Eltern als Modelle für Stressbewältigung. In I. Seiffge-Krenke., A. Lohaus (Hrsg.), *Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter* (S. 147-160). Göttingen: Hogrefe.
- Seiffge, I., von Irmer, J. (2007). Zur Situationsabhängigkeit von Bewältigung. In I. Seiffge-Krenke., A. Lohaus (Hrsg.), *Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter* (S. 69-80). Göttingen: Hogrefe.
- Skaletz, C., Seiffge-Krenke, I. (2009). Longitudinal associations between parents' and adolescents' coping behavior. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 3, 109-120.
- Shulman, S., Seiffge-Krenke, I. (1997). *Fathers and adolescent. Developmental and clinical perspectives*. London: Routledge.
- Vaughn, C., Leff, J. P. (1989). Umgangsstile in Familien mit schizophrenen Patienten. In H. Katschnig (Hrsg.), *Die andere Seite der Schizophrenie – Patienten zuhause* (S. 181-194). München: Psychologie Verlags Union.
- Witzel, A. (1989). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227-256). Heidelberg: Asanger.

**Korrespondenzanschrift:** Prof. Dr. Albert Lenz, Kath. Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abt. Paderborn, Leostraße 19, 33098 Paderborn; E-Mail: a.lenz@katho-nrw.de

*Albert Lenz und Johannes Jungbauer*, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Fachbereich Sozialwesen (Abteilungen Paderborn und Aachen), Institut für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie (igsp); *Juliane Kuhn*, Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie; *Susann Walther*, Universität Leipzig, Fakultät für Biowissenschaften, Pharmazie und Psychologie.