

# Monatsschrift Kinderheilkunde

Zeitschrift für Kinder- und Jugendmedizin

Organ der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

Organ der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde

Elektronischer Sonderdruck für

A. Schaub

Ein Service von Springer Medizin

Monatsschr Kinderheilkd 2010 · 158:858–867 · DOI 10.1007/s00112-010-2192-6

© Springer-Verlag 2010

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der  
privaten Homepage und Institutssite des Autors

A. Schaub · R. Frank

## Sprechstunde für Kinder psychisch kranker Eltern

**Redaktion**

R. Frank, München,  
 R. Kerbl, Leoben

**A. Schaub<sup>1</sup> · R. Frank<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,  
 Ludwig-Maximilians-Universität München

<sup>2</sup> Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik  
 und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität München

# Sprechstunde für Kinder psychisch kranker Eltern

**In Deutschland leben etwa 3 Mio. Kinder psychisch kranker Eltern [3]. Nach einem Überblick über Konzepte der Angehörigenarbeit in der Psychiatrie werden Belastungsfaktoren und psychotherapeutische Konzeptionen für diese Kinder vorgestellt. Ihre Notlage wird aktuell thematisiert, jedoch sind therapeutische Konsequenzen noch nicht ausgereift oder in die Versorgung integriert. Die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München etablierte zusammen mit der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LMU eine Kindersprechstunde für minderjährige Kinder, die kindgerecht über die Erkrankung informiert und Mutter oder Vater mit einbezieht.**

## Angehörigenarbeit

### Hintergrund

Ende der 1970er Jahre wurde die Bedeutung der Angehörigen für ein umfassendes Management schizophrener und affektiver Erkrankungen erkannt und diese über Familientherapien oder Angehörigengruppen in die Behandlung integriert [23]. Anderson et al. [1] bezeichneten diese Gruppen als psychoedukativ, da die Informationen über die schizophrene oder depressive Erkrankung sowie ihre Behandlung und Maßnahmen der Rezidivprophylaxe didaktisch aufbereitet wurden. Ziele sind eine effektivere Rezidiv-

prophylaxe und die Verbesserung der Lebensqualität aller Familienmitglieder.

### ➤ Durch Familieninterventionen kann die Rezidivrate reduziert werden

Die Metaanalyse der Cochrane Library von Pharaoh et al. [22] mit 43 randomisierten Studien belegt eindrücklich, dass durch Familieninterventionen die Rezidivrate nach 1 Jahr im Vergleich zur Standardversorgung signifikant reduziert werden konnte. Im Hinblick auf längerfristige Zeiträume sind momentan keine eindeutigen Aussagen möglich. Derzeit werden diese Behandlungskonzepte auch den Betroffenen angeboten, zumeist in Kombination mit Angehörigengruppen.

### Integrative Behandlungskonzepte

Für Angehörige von Patienten mit depressiven oder schizophrenen Erkrankungen bietet die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München seit 1996 und für Angehörige von Patienten mit bipolaren Erkrankungen seit 2000 störungsspezifische psychoedukative Angehörigengruppen an [25]. Im Mittelpunkt stehen die interaktive Wissensvermittlung, der Erwerb von Fertigkeiten sowie der Austausch von Erfahrungen. Ziele sind ein besseres Verständnis der Erkrankung, Optimierung der Bewältigungsstrategien, mehr Selbstsicherheit im Umgang mit der Erkrankung, emotionale Entlastung von negativen Ge-

fühlen und das Erkennen und Realisieren eigener Bedürfnisse. Als Grundlage dienen umfangreiche Behandlungsmaterialien, die Angehörigenarbeit sowie Einzel- oder Gruppeninterventionen für Patienten umfassen [16, 24, 26, 27].

### Berichte erwachsener Angehöriger von ihrer Zeit als vergessene Kinder

In den Angehörigengruppen meldeten sich auch Angehörige zu Wort, die bereits als Kinder unter dem anklammernden oder unberechenbaren Verhalten ihrer Mutter oder ihres Vaters gelitten hatten. Sie berichteten von

- instabilen Beziehungen,
- Tabuisierung der Erkrankung,
- Kommunikationsverbot oder diffusen Informationen,
- dem Verlust der Kindheit und
- der vorzeitigen Übernahme einer Erwachsenenrolle gegenüber dem erkrankten Elternteil.

Gefühle der Demoralisierung, der Hoffnungslosigkeit, der Schuld und der Verärgerung wurden thematisiert, aber auch der Aussöhnung. Wie auch bei den Geschwistern psychisch Kranker klangen Ängste an, später selbst psychisch zu erkranken. Einige der Angehörigen hatten selbst kleine Kinder und baten um Unterstützung. Die Berichte der Erwachsenen von ihren traumatischen Erlebnissen als minderjährige Kinder (z. B. Suizidversuch der Mutter) sowie Fachpublikationen, die die Situation der Kinder stärker in den Mittelpunkt rückten, motivierten uns, seit Mitte 2008 zusätzliche kindge-

Hier steht eine Anzeige.



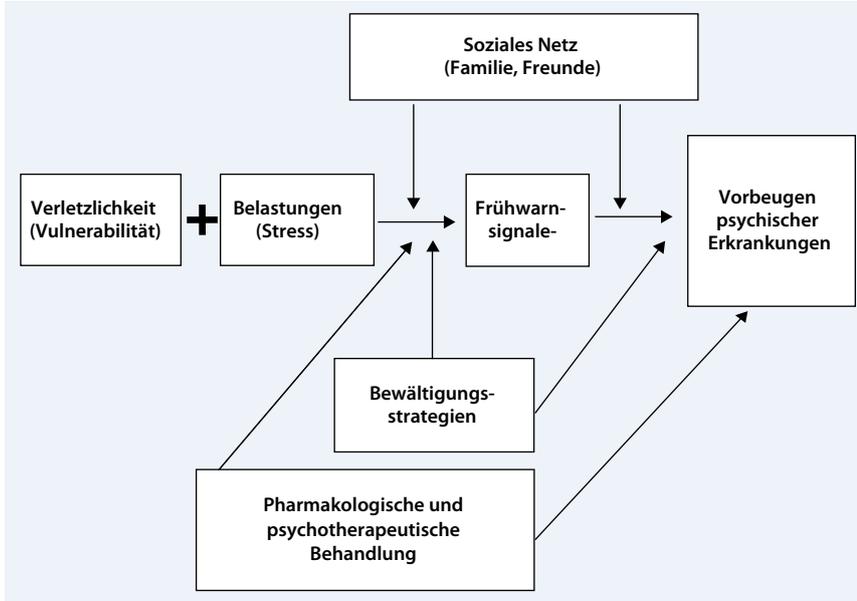


Abb. 1 ▲ Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell. (Nach [8])

rechte psychoedukative Angebote in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LMU zu realisieren.

### Psychoedukation

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell für schizophrene Erkrankungen, das um Bewältigungsstrategien und Kompetenz [21] erweitert und auch auf affektive Störungen adaptiert wurde [26, 27], wird bei den psychoedukativen Angeboten der LMU als zentrales interaktives transaktionales Störungsmodell verwendet. Die daran anknüpfenden pharmakologischen und psychotherapeutischen Ansätze werden im vorliegenden Beitrag erläutert. Dieses Modell integriert biologische und psychosoziale Faktoren, die als Vulnerabilitäten (z. B. Genetik), aber auch als Protektoren wirken können.

Indikation und Wirkungsweise der pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlung sowie deren Kombination werden besprochen und mögliche Synergieeffekte hervorgehoben.

### Psychoedukatives Modul

Es beinhaltet:

- Erkennen und Klassifizieren der Krankheitssymptome und Hinführung zur Diagnose [8]
- Informationen über Häufigkeit der Erkrankung und Krankheitsverläufe

- Informationen zum Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell
- Informationen zur Pharmako- und Psychotherapie

**Vulnerabilität.** Sie kann durch genetische Faktoren, Instabilität der Transmittersysteme im Gehirn und/oder persönliche Einstellungen (z. B. überhöhte Anspruchshaltung, geringes Selbstwertgefühl) bedingt sein.

**Stress.** Er kommt durch kritische Lebensereignisse (z. B. Verlust eines Menschen, Arbeitslosigkeit) und Belastungen (z. B. kritische oder emotional überinvolvierte Familienmitglieder oder überstimulierende soziale Umwelt) zustande.

**Bewältigung und Kompetenz als Protektoren.** Mitarbeit mit der Pharmako- und der Psychotherapie, Selbstwirksamkeit, unterstützendes soziales Netz sowie Rückfallprävention helfen bei der Bewältigung.

### Modul zur Förderung aktiver Bewältigungsstrategien

Ziele sind:

- das Erlernen von Strategien im Umgang mit aktuellen Symptomen, Kommunikationsregeln und effektiven Schritte der Problemlösung,
- Rezidivprophylaxe, d. h. Erkennen und adäquater Umgang mit Frühwarnsignalen und Erstellen von Krisenplänen,

- die Aktivierung sozialer Netzwerke in Form von Einforderung von Unterstützung im sozialen Bereich sowie Austausch mit anderen zur Entlastung von Schuldgefühlen,
- die Selbstfürsorge der Angehörigen für eigene Bedürfnisse.

Psychoedukation ist ein wesentlicher Bestandteil der Angehörigen- und der Patientengruppen. Letztere umfassen zusätzlich verhaltenstherapeutische Strategien wie Aufbau positiver Aktivitäten und kognitive Umstrukturierung.

### Kinder psychisch kranker Eltern

#### Erkrankungsrisiko

Bereits Bleuler [4] verwies nach seiner Längsschnittstudie darauf, dass Kinder schizophrene erkrankter Eltern ein erhöhtes Risiko aufweisen, selbst zu erkranken, jedoch entwickeln sich etwa 1/3 dieser Kinder normal.

Nach aktuellen Studien steigt bei Kindern depressiver Eltern das Risiko, an einer Angststörung, Depression oder Substanzabhängigkeit zu erkranken, um das 3-Fache [30].

Kinder, die mit der Suizidalität ihrer Eltern konfrontiert wurden, zeigen eine um das 4-Fache höhere Gefährdung, in ihrer Lebenszeit einen Suizidversuch zu unternehmen als Kinder ohne einen derartigen Hintergrund [6].

Bei männlichen Jugendlichen mit einem süchtigen Elternteil ist das Risiko für Alkoholerkrankungen deutlich höher als bei Personen ohne familiäre Belastung für Suchterkrankungen [14]. Jeder 3. Patient einer Entwöhnungsklinik hat mindestens einen Elternteil mit Alkoholproblemen, und die Kinder Alkoholabhängiger haben ein 2- bis 5-fach erhöhtes Risiko für Vernachlässigung und körperliche bzw. seelische Misshandlung.

#### Belastungsforschung

Die Problematik der Kinder psychisch kranker Eltern wurde in der Risikoforschung früh aufgegriffen [4], jedoch folgte erst deutlich später eine systematische Belastungsforschung [12, 17, 19]. Zu den di-

rekten Folgen der elterlichen Erkrankung für die Kinder zählen

- Isolation von Gleichaltrigen,
- Reduktion der Sozialkontakte und der Freizeitaktivitäten,
- Betreuungsdefizite,
- Überlastung,
- Abwertungserlebnisse bis hin zu Desorientierung,
- Schuldgefühle,
- Scham oder
- das Gefühl, keinen Anspruch auf ein eigenes Leben zu haben.

Die Kinder werden mit Beziehungsabbrüchen, Realitätsverzerrungen und Loyalitätskonflikten konfrontiert [14]. Indirekte, durch die familiäre und soziale Situation hervorgerufene Folgeprobleme beziehen sich auf Statusverschlechterung und Scheidungen.

### ➤ Kinder neigen zur Parentifizierung

Besonders gefährdet erscheinen jüngere Kinder, die sich selbst nicht versorgen können und noch keine Möglichkeiten haben, die Schwierigkeiten kognitiv zu kompensieren. Widerstandsfähigere ältere Kinder zeigten nach Übernahme der Elternrolle und Versorgung der jüngeren Geschwister im Erwachsenenalter die Tendenz, keine eigenen Kinder zu bekommen. Die Parentifizierung dieser Kinder kann dazu führen, die eigene Hilfsbedürftigkeit nicht anzuerkennen, da ihnen nur die Rolle der Fürsorgenden vertraut ist. Diese Kinder, die oft mit Verdrängung und Rationalisierung reagieren, imponieren nach außen hin als Handelnde und Problemlöser. Aufgrund dieses *Bewältigungsmusters* ist es für sie im späteren Leben schwieriger, enge und intime Beziehungen einzugehen. Probleme in der Emotionsregulation können im Erwachsenenalter zu niedrigem Selbstwertgefühl und eingeschränkten sozialen Kompetenzen führen.

### Resilienz

Es stellt sich die Frage, warum etwa 1/3 der Kinder trotz Belastungen und Risiken gesund bleiben oder sich relativ leicht von Störungen erholen, während andere unter vergleichbaren Bedingungen besonders anfällig sind [31].

## Zusammenfassung · Abstract

Monatsschr Kinderheilkd 2010 · 158:858–867 DOI 10.1007/s00112-010-2192-6  
© Springer-Verlag 2010

A. Schaub · R. Frank

### Sprechstunde für Kinder psychisch kranker Eltern

#### Zusammenfassung

Kinder psychisch kranker Eltern haben laut Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell ein stark erhöhtes, durch Resilienz reduzierbares Risiko, selbst psychisch zu erkranken. Psychoedukation über die elterliche Erkrankung sowie positives Selbstwertgefühl und -wirksamkeit stellen wichtige Protektoren dar. Die Erwachsenen- und die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik München führten als Ergänzung der Angehörigenarbeit eine Kindersprechstunde ein, um die psychische Gesundheit der Kinder Betroffener durch Hilfsangebote zu unterstützen. Nach Stabilisierung des erkrankten Elternteils und der Unterstützung für den Partner wird das Kind altersgerecht über die Erkrankung informiert. Dabei werden Mutter oder Vater

mit einbezogen, um Anteilnahme und Entlastung zu gewährleisten. Bedarf das Kind einer ausführlichen Behandlung, werden entsprechende Schritte eingeleitet. Die Integration der Angehörigen und die Inanspruchnahme von Hilfsmaßnahmen für die Kinder sollten in der Behandlung psychisch Kranker eine wesentliche Rolle spielen. Erst eine gemeinsame Informationsgrundlage für alle Beteiligten erleichtert die Bewältigung und verbessert die Lebensqualität für alle Familienmitglieder.

#### Schlüsselwörter

Psychische Erkrankungen, Eltern · Stress, psychologischer · Resilienz, psychologische · Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell · Kindersprechstunde

### Consulting hours for children of patients suffering from psychiatric illness

#### Abstract

Children whose parents suffer from psychiatric illnesses are at a much higher risk of developing psychiatric illness based on the vulnerability-stress-coping model however, resilience may also reduce the risk. Psychoeducation about their parents' illness, enhancing their self-confidence and self-efficacy may serve as important protective factors. Cooperation between the Departments of Psychiatry and Psychotherapy and Child and Adolescent Psychiatry at the University of Munich has led to an expansion of groups for relatives with consulting hours for children in order to provide support mechanisms for this group at risk. After stabilization of the affected patient and providing support for the partner, information is provided adapted to the child's level of understanding, with the

mother and father integrated into treatment to guarantee support and relief. If the child has additional treatment needs the necessary steps are taken. The integration of relatives and the utilization of support procedures for children under 18 years of age should play an important role in psychiatry. Jointly sharing information between patients, relatives and professionals has the potential to facilitate their coping with the psychiatric illness and to improve quality of family life for all members.

#### Keywords

Mental disorders, parents · Stress, psychological · Resilience, psychological · Vulnerability-stress-coping model · Consultation, children

**Tab. 1 Psychoedukative Interventionen für Erwachsene und Kinder bei affektiven Erkrankungen<sup>a</sup>**

<b>Affektive Erkrankungen</b>	Für Erwachsene	Kognitiv-psychoedukative Therapie bei depressiven Erkrankungen [27] <sup>a</sup> Kognitiv-psychoedukative Therapie bei bipolaren Erkrankungen [26] <sup>a</sup>
	Für Kinder	Sonnige Traurigtage [15] <sup>a</sup> Mit Kindern redet ja keiner [5]
	<b>Psychiatrische Erkrankung allgemein</b>	Auryn-Gruppe (7–14 Jahre) [7] <i>Jetzt bin ich dran</i> [10] <sup>a</sup> [Informationen für Kinder, die psychisch kranke Eltern haben (8–12 Jahre)] <i>It's my turn</i> [11] <sup>a</sup> [Informationen für Jugendliche, die psychisch kranke Eltern haben (>12 Jahre)] Infokarten für Bezugspersonen von Kindern psychisch kranker Eltern (8–14 Jahre) [29] <sup>a</sup>

<sup>a</sup>Materialien, die z. T. in *SprechKid* (s. unten) verwandt wurden

**Tab. 2 Ziele von *SprechKid***

1.	Kind in seiner Bedürftigkeit sehen (Präventionsauftrag der Erwachsenenpsychiatrie)
2.	Kennenlernen der Schwerpunkte der Kinderambulanz
3.	Vernetzung der Ambulanz der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie mit der Kindersprechstunde in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
4.	Screeningverfahren zur Ermittlung des Bedarfs an psychiatrischen/psychologischen Interventionen bei Kindern und Jugendlichen
5.	Kindgerechte Informationsvermittlung
6.	Unterstützung der Eltern (Familienfokus)
7.	Erheben des Handlungsbedarfs weiterführender Angebote für Kinder
8.	Sensibilisierung der Ärzte, dass sie auch für die Kinder ihrer Patienten mitzuständig sind (Extremfälle Verwahrlosung oder erweiterter Suizid)
9.	Integration des Ansatzes in die klinische Versorgung

Der Begriff Resilienz (resilient: lat. abschotten) charakterisiert die psychische Widerstandsfähigkeit, auch auf schwierige Lebenssituationen flexibel zu reagieren. Grundvoraussetzung für die Entwicklung resilienten Verhaltens ist die bedingungslose Zuwendung durch mindestens einen Erwachsenen. Folgende protektive Faktoren können einer eigenen Erkrankung vorbeugen:

- Informationen über die elterliche Erkrankung,
- ein positives Selbstwertgefühl und
- ein gesundes Selbstvertrauen.

Für die psychische Gesundheit der Kinder ist es daher wichtig, ihnen in diesen Bereichen Hilfsangebote zur Verfügung zu stellen.

### Therapeutische Interventionen

Die Entwicklung von Behandlungsansätzen setzte erst spät ein. Im englischen Sprachraum liegen bereits systematische psychoedukative Ansätze für Jugendliche zur Aufklärung über die Krankheit und ih-

re Behandlung vor. In der Präventionsstudie von Beardslee et al. [2] wurden 8- bis 15-jährige Jugendliche und deren 37 Eltern, von denen Mutter oder Vater in den letzten 18 Monaten eine affektive Episode erlitten hatten, untersucht. Die Familienbetreuung (6–10 Sitzungen) war einem Gruppenvortrag für die Angehörigen mit anschließender Diskussion (2 Sitzungen) überlegen: Nach der Intervention sowie 18 Monate später berichteten die Eltern und Kinder über mehr positive Veränderungen. In jüngster Zeit wurden auch im deutschen Sprachraum therapeutische Konzepte entwickelt [18, 29], die noch der fundierten Evaluation und der Integration in die Versorgung bedürfen.

### Die Kinder psychisch kranker Eltern müssen vor Überforderung geschützt werden

Die Interventionsziele zeigen Parallelen zu denen bei Erwachsenen wie Aufklärung über die Krankheit und ihre Behandlung, emotionale Entlastung und Reduk-

tion emotionaler Spannungen, Begleitung in Krisen und Förderung aktiver Bewältigungsstrategien. Die Kinder werden jedoch stärker in Netzwerken verankert und ermutigt, sich vom sozialen Netz Unterstützung einzufordern. Im Rahmen der Rückfallverhütung werden sie für Frühwarnzeichen sensibilisiert und Krisenpläne erstellt und, falls indiziert, zur individuellen Abgrenzung und positiven Loslösung ermutigt. Ziel ist, sie zur Übernahme alters- und entwicklungsadäquater Verantwortung anzuleiten und vor Überforderung zu schützen. Lenz [18] differenzierte zwischen Aktivierung der personalen, familiären und sozialen Ressourcen, Förderung der Problembewältigung und klärungsorientierten Vorgehensweisen. Präventive Ansätze können auf der Ebene der Kinder, der Eltern bzw. des gesamten Familiensystems (Beratung, Therapie) oder der sozialen Netzwerke ansetzen.

Tab. 1 vermittelt einen Überblick über psychoedukative Interventionen für Erwachsene und kindgerechte Interventionen bei affektiven Erkrankungen.

Als störungsübergreifende, bereits etablierte Hilfe für Kinder psychisch Kranker ist die Auryn-Gruppe [7] zu nennen. Ihr Name verweist auf das Amulett aus dem Buch *Die unendliche Geschichte* von Michael Ende [9], das dem Träger Kraft und Schutz bei der Bewältigung schwieriger Aufgaben verleiht. Das Angebot ist für Kinder von 6–11 Jahren. Die Gruppen werden altersgemäß zusammengestellt und die Treffen finden 1-mal/Woche für die Dauer von 6 Monaten statt (maximal 25 Sitzungen). Ziele der Gruppe sind

- das Wahrnehmen und Akzeptieren eigener Gefühle und Bedürfnisse,
- der Austausch mit anderen betroffenen Kindern,
- die Erlaubnis, sich wieder als Kind fühlen zu dürfen, und
- die Entlastung von Verantwortung, Schuld und Scham.

Die Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, BApK e.V.) und der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) [10, 11] bieten anschauliche Broschüren für 8- bis 12-jährige Kinder sowie Jugendliche, die psychiatrische Fachbegriffe, Krankheitsmodelle und Behandlungen

**Tab. 3** Anfragen der *SprechKid*

Kind	Anliegen	Wohnsituation	Versorgung: Fokus
6-jähriger Junge	Angst vor dem Bruder (Psychose)	Großfamilie aus Afrika	Helferkonferenz Schulische Einbindung
12-jähriges Mädchen	Mädchen erscheint nicht (Mutter bipolar und Sucht)	Alleinerziehende Mutter	Blinder Fleck
8-jähriges Mädchen	Vater steigt aus dem fahrenden Auto aus (Psychose)	Eltern	Mutter, Kind, Paar und Familie
10-jähriger Junge	Angst des Sohns um die Mutter (Depression und Angststörung)	Alleinerziehende Mutter	Mutter, Kind Mutter-Kind-Freizeit
10-jähriger Junge	Ratlose Mutter (Psychose) mit 2-jährigem Kind	Kinderheim und Großeltern	Helferkonferenz Kontakte mit dem Jugendamt
10-jähriger Junge	Überforderte Mutter (Psychose)	Großeltern und Mutter	Mutter, Kind
12- und 14-jährige Jungen	Mutter (Depression) wünscht Aufklärung	Ehepaar, Vater ADHS	Mutter, Kinder, Ehepaar, Familie
12-jähriges Mädchen, 14-jähriger Junge	Mutter (Depression und Suizidversuch) wünscht Aufklärung	Paar geschieden, Kinder beim Vater, aber im Kontakt mit der Mutter	Mutter, Kinder
12-jähriges Mädchen, (31-jähriger Mann)	Hilflose Mutter (Psychose, Suizidversuche)	Vater, Mutter und Kind	Helferkonferenz
11-jähriger Junge	Überforderte Mutter (Psychose)	Alleinerziehende Mutter	Mutter, Kind, Scheidung
12-jähriger Junge	Angst vor Erkrankung des Kindes (Vater Depression)	Beim Vater, getrennt lebendes Paar, im Kontakt	Kind, Vater, Paar und Familie

ADHS Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom

maßnahmen erläutern. Die mögliche eigene Gefährdung, Strategien der Stressbewältigung, die Unterstützung durch Gleichaltrige und die Inanspruchnahme professioneller Hilfe werden angesprochen.

Die anschaulichen Infokarten für die Bezugspersonen von Kindern psychisch kranker Eltern [29] thematisieren häufig gestellte Fragen im Hinblick auf soziale Situationen der Ausgrenzung, des Selbstzweifels und zeigen mögliche Lösungsschritte. Kinder, deren Eltern an einer affektiven Erkrankung oder Suchterkrankung leiden, können von bilderreichen Büchern (z. B. Homeier [15]) profitieren. Die Ratgeber informieren über die Hilfsangebote verschiedener Berufsgruppen, psychiatrische Fachbegriffe und die wesentlichen Schritte eines Krisenplans. Ferner werden Hilfen zur sozialen Unterstützung gegeben (z. B. Umgang mit Stigmatisierung). In dem Buch *Mit Kindern redet ja keiner* [5] wird auf das Thema Suizidalität eingegangen.

## Kindersprechstunde (*SprechKid*) an der LMU

### Etablierung

#### Innerhalb der Institution

Die Inhalte und das Vorgehen der Kindersprechstunde wurden von Herrn Prof. Dr. H.-J. Möller, dem ärztlichen Leiter der Kli-

nik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU, unterstützt. *SprechKid* basiert auf einer engen Kooperation zwischen den zuständigen Psychologen und Ärzten sowie den Sozialpädagogen innerhalb der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

Zielgruppe waren die 6- bis 17-jährigen Kinder psychisch kranker Eltern.

Erste Erhebungen in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München ergaben, dass die Kinder der Patienten in 19% der Fälle minderjährig waren. Die Sprechstunde wurde am 1. Dienstag im Monat für 1 1/2 h angeboten oder es wurden flexible Termine vergeben.

■ **Tab. 2** gibt eine Übersicht über die Ziele von *SprechKid*.

#### Zwischen den Institutionen

Über 2 Jahre fanden zwischen den Institutionen Psychiatrie und Kinderpsychiatrie etwa 10 Termine statt, in denen die Kinder der *SprechKid* vorgestellt und das weitere Prozedere besprochen wurden. Die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie zeigte anhand von Einzelfällen ihr klinisches Vorgehen und schulte uns in der Erfassung interaktiver Familienprozesse. Positive Wertschätzung und das Herausarbeiten von Ressourcen beim Kind sowie in der Mutter-/Vater-

Kind- oder Familieninteraktion wurden betont und bereits Erlerntes hervorgehoben. Dem Kind oder der Familie wurde unbedingte Wertschätzung für ihre Bemühungen entgegengebracht.

### Voraussetzung: Stabilisierung und Kontaktabahnung der Eltern

Am Anfang der Behandlung wird aufgegriffen, welche Anliegen zum Kontakt führten und wer diesen initiierte. Themen der Eltern sind Fürsorge für das Kind und eigene Betroffenheit, Wunsch nach Aufklärung, Diagnostik, Beratung und die Bearbeitung von Schuld- und Schamgefühlen. Beim ersten Termin werden unser Angebot vorgestellt, anhand kindgerechter Materialien Informationen vermittelt (■ **Tab. 1**) und an die Erfahrungen der Patienten aus den spezifischen psychoedukativen Therapien oder Angehörigengruppen angeknüpft. Es ist hilfreich, wenn die erziehungsberechtigten Angehörigen den Mitarbeitern von *SprechKid* vertrauen können, damit der Kontakt mit den Kindern zustande kommt und die Kinder auch alleine mit den Mitarbeitern sprechen dürfen. Es empfiehlt sich daher, den Kontakt zu den Kindern über den behandelnden Psychologen/-in oder Arzt/Ärztin herzustellen. Wenn der Patient (Mutter oder Vater) sich noch nicht hinreichend stabil zeigt, werden therapeutische Sitzungen anberaumt, um ihn nach



**Abb. 2** ◀ Dominanz des Kraken: Er dominiert den Tag der Patientin und hat sie fest im Griff (ein Tag wie der andere mit wenig Hoffnung, siehe Regenbogen), (mit freundlicher Genehmigung der Patientin)



**Abb. 3** ◀ Abschied vom Kraken und Beginn eines eigenen Lebens (mit freundlicher Genehmigung der Patientin)

Stabilisierung mit den Inhalten der *SprechKid* vertraut zu machen.

Es finden Gespräche alleine mit dem Kind statt, zu dem später auch der erkrankte Elternteil und/oder Partner hinzugezogen werden, um das Gelernte oder eigene Gedanken an das Kind zu vermitteln. Parallel findet ein Gespräch mit dem nicht erkrankten Elternteil statt, das der weiteren diagnostischen Einstufung und Klärung wesentlicher Themen dient.

### Psychoedukation für die Kinder

Die Inhalte für die Kinder orientieren sich in modifizierter Form an bestehenden psychoedukativen Manualen für Erwachsene oder Kinder (▣ Tab. 1, 2).

#### — Die Interventionen knüpfen primär an die Erlebniswelten der Kinder an.

Die Kinder erhalten Informationsblätter zur Krankheit im Allgemeinen (z. B. modifiziertes Vulnerabilitäts-Stress-Modell) und zu spezifischen Symptomen der jeweiligen

Krankheit. Bei Depressionen steht z. B. auf dem Informationsblatt: *sich nicht aufraffen können, kein Antrieb und große Traurigkeit (alles ist negativ)*. Das Kind wird dann zu seinen Erfahrungen mit seiner Bezugsperson befragt.

Die in ▣ Abb. 2 und 3 gezeigten Bilder einer Patientin veranschaulichen das Erleben in einer Depression. Besonders wichtig ist hierbei, dass es sich um gut behandelbare Erkrankungen handelt und sich alles wieder zum Guten wenden kann.

Mit dem Kind wird individuell besprochen, was Krisen sein könnten, was das Kind als *schlimm* empfinden würde oder schon erlebt hat. „Wie gehe ich damit um, dass jemand in der Familie von einer psychischen Krankheit betroffen ist?“ Auch die Frühwarnsymptome sind individuell zu klären („Was hast Du bemerkt?“). Wichtig erscheint, dass das Kind sich durch den Krisenplan nicht noch mehr in der Verantwortung sieht, sich um sein erkranktes Elternteil zu kümmern. Kinder werden keine anonymen Nummern wählen, höchstens die Nummer des Notarztes (▣ s. Infobox 1).

## Ergebnisse

### Fallbeispiel 1

Frau A. kam aufgrund einer depressiven Erkrankung zur Aufnahme. Sie gab an, den finanziellen Druck nicht mehr aushalten zu können, da die Existenz ihres Mannes gefährdet sei.

**Intervention.** Psychologische Einzeltherapie mit der Mutter (Stabilisierung, Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie), Unterstützung für die Söhne (*SprechKid*, Paar- und Familiengespräche)

Der ältere Sohn (ADHS) habe wegen Leistungsschwierigkeiten die Klasse wiederholen müssen, es sei nun eine Psychologin eingeschaltet worden. Er und der jüngere Bruder sorgten sich um die Mutter, der es so schlecht ginge. Die Mutter wollte erfahren, wie sie ihre Kinder über ihre Krankheit informieren könne.

Sie wurde gefragt, was ihren 14-jährigen Sohn aus seiner Krise geholfen habe, und dies auf ihre Situation bezogen: Er habe viele motorische Probleme beim Schwimmen gehabt und ausdauernd unter Wasser geübt und sei immer wieder hochgekommen. Er sei ein Kämpfer und habe das Schwimmen gelernt, dem Druck standgehalten und sei nun zur Ruhe gekommen und habe sich gefangen.

Frau A. erkannte Parallelen zwischen sich und ihrem Sohn. Ihre aktuellen Probleme hingen ebenfalls mit ihrem hohen Leistungsanspruch und ihrem Perfektionismus zusammen. Sie nahm an psychoedukativ-kognitiven Interventionen teil und stabilisierte sich zusehends.

Im weiteren Verlauf wurde auch der Ehemann mit einbezogen. Die Kinder nahmen an der *SprechKid* teil und erarbeiteten ihrerseits Strategien zur Stress- und Krisenbewältigung. Nach weiterer Stabilisierung der Patientin wurde sie ins ambulante Setting entlassen.

### Fallbeispiel 2

Patientin G. kam aufgrund einer Exazerbation einer paranoiden Schizophrenie zur Aufnahme. Im ärztlichen Gespräch wurde klar, dass die Patientin ihre Tochter 2-mal in einen Suizidversuch involviert hatte.

**Intervention.** Familienkonferenz, psychologische Einzeltherapie der Mutter (Stabilisierung, Psychoedukation), Unterstützung für das Mädchen (*SprechKid*, Einzelkontakte mit der Ärztin)

Die 12-jährige Tochter berichtete, dass sie beim ersten Suizidversuch von einem lauten Krach geweckt worden sei. Sie fand ihre Mutter im Badezimmer, die sich dort mit einem Gürtel hatte erhängen wollen, die Konstruktion hatte aber nicht standgehalten. Die Tochter rief den Krankenwagen und holte den Cousin zur Hilfe, der in der Nachbarwohnung lebte. Bezüglich des 2. Suizidversuchs berichtete die Tochter, am Nachmittag Computerspiele gespielt zu haben, als die Mutter mit einem Messer zu ihr kam und sie bat, sie am Arm zu schneiden. Als die Tochter sagte, dass sie das nicht tun werde, ging Frau G. in eine Zimmerecke, um sich selbst die Pulsadern aufzuschneiden. Die Tochter holte erneut einen Krankenwagen, wandte sich an ihren Cousin und wurde anschließend durch ihren Vater und ihre Tante versorgt.

Die Mutter wirkte durch die stationäre Aufnahme entlastet und willigte in die psychiatrische Behandlung ein.

Folgende Hilfen zur Bewältigung der Erfahrungen im Zusammenhang mit der Erkrankung der Mutter sowie als zukünftige Ansprechpartner wurden der Tochter angeboten:

- Sprechstunde für Kinder und Jugendliche in der Familienberatungsstelle in K., Broschüre für Kinder psychisch kranker Eltern
- Gespräch mit einer Psychologin aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Telefonkontakt zur Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München

**Stabilisierung und Rückfallprävention in der Zukunft.** Da der Vater in naher Zukunft aus beruflichen Gründen Deutschland wieder verlassen wird, wurde eine Betreuungsperson für die Tochter engagiert, die während seiner Abwesenheit bei der Familie leben und sich um seine Frau kümmern wird, sie im Haushalt sowie das Mädchen unterstützen soll. Die Haushaltshelferin wurde über die Erkrankung aufgeklärt. Neben der gemeinsamen Bewältigung der Hausarbeit sollen regelmäßige Spaziergänge mit dem Hund stattfinden.

## Infobox 1 Psychoedukation – Vorgehen in *SprechKid*

### Aufgreifen der Anliegen, die zum Kontakt führten

#### Eltern.

- Aufklärung
- Diagnostik (Weitervermittlung)
- Fürsorge für das Kind und eigene Betroffenheit
- Beratung
- Bearbeitung von Schuld- und Schamgefühlen

#### Kinder.

- spezifisches Vorgehen – Anknüpfen an die Erklärungsmodelle der Kinder (Ihre subjektiven Krankheitstheorien waren zumeist allgemeine Überforderung und Belastung in der Familie, seltener Aspekte der Vererbung.)

### Störungsübergreifend

**Allgemeiner Krankheitsbegriff.** Anknüpfen an die Erfahrungen der Kinder (z. B. allgemeines Beispiel: Grippe; Medikamente als hilfreich, Umsorgtwerden)

**Vorstellen der Berufsgruppen in der Psychiatrie** (s. Frage-Antwort-Blätter [29]).

### Störungsspezifische Psychoedukation

#### Symptome der Erkrankung.

- Depression: z. B. große Traurigkeit, Antriebslosigkeit
- Psychose: z. B. Verwirrtheit, fremde Gedanken

**Entstehung der Krankheit.** Zusammenspiel von biologischen und psychosozialen Faktoren (z. B. Empfindlichkeit und Stress)

**Behandlungsmaßnahmen.** Psychiatrische Erkrankungen als in der Regel mit Medikamenten und Psychotherapie gut behandelbare Störungen

- Medikamente (z. B. vereinfachtes Transmittermodell)
- Psychotherapie [z. B. Problembearbeitung (Problembearbeitung, der sich in kleine, zu bewältigende Teile zergliedern lässt) und Stressbewältigung]

**Ermutigung.** Veränderungssensible Bilder (■ **Abb. 2 und 3**)

**Problembewältigung.** Aufgreifen der jeweiligen Themen:

- Ängste im Umgang mit der Bezugsperson, vor Kontrollverlusten (z. B. Angst vor verwirrtem Bruder oder Mutter), vor lang anhaltenden Veränderungen, vor Ansteckung oder vor Verlusten. Die Kinder erinnern sich z. B. an frühere lebensbedrohliche Krisen – wie den Herzinfarkt des Großvaters als die Mutter hyperventilierte, was extreme Ängste auslöste, sie könne versterben.
- Weitere Themen sind Scham, Wut, Enttäuschung, Überforderung bei Konflikten in der Partnerschaft (Loyalitätskonflikte) oder bei Trennungen. (Beispiel: Der Junge tröstet die Mutter, die nach ihrer psychotischen Krise vom Vater verlassen wurde und äußert Ängste, er könne auch verlassen werden.)

**Entlastung von Schuld- und Schamgefühlen.**

**Wichtigkeit von Hobbys, Freunden...**

#### Krisenplan

- Vorläufer einer Krise
- Suche nach einer tragfähigen stabilen Beziehung zu einer nahe stehenden Bezugsperson (Telefonliste am Kühlschrank)

Frau G. nahm an verhaltenstherapeutischen Einzelsitzungen teil:

- Psychoedukation auch zur Pharmakotherapie,
- Erstellen eines Krisenplans

Empfehlung: Tagesstrukturierung durch Besuch der Tagesstätte in K.

Auf den Vorschlag eines Hortbesuches reagierte die Tochter abwehrend. Die Tochter hat sich derzeit emotional von der Mutter zurückgezogen: Für sie handelt es sich um eine wichtige Art der Selbstfürsorge, die von der Mutter schwer zu ertragen ist.

### Weitere Resultate

■ **Tab. 3** gibt einen Überblick über die Anliegen der jeweiligen Personen und die verschiedenen Vorgehensweisen.

Derzeit haben 12 Kinder teilgenommen, bei denen überwiegend (83%) die Mütter als Erziehungsperson erkrankt waren und die Diagnosen sich in etwa jeweils zur Hälfte auf Psychosen oder Depressionen verteilten. Unterrepräsentiert waren Bezugspersonen mit Suchterkrankungen.

Die Rollenverteilung bei der *SprechKid* entsprach den gängigen Rollenmustern: Die Mütter kümmerten sich mehr um die

Kinder und stützen sich auf sie, die Väter kümmerten sich eher weniger.

Es fanden meist 2–4 Kontakte (Spannweite: 1–7 Kontakte) statt, bei denen die anmeldenden Personen mit Kind, dann das Kind alleine und ggf. die Partner und die Gesamtfamilie anwesend waren. Die Anmeldung erfolgte über die behandelnden Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, auch durch die Erziehungsberechtigten selbst.

Das Gefährdungsrisiko wurde nach Mattejat u. Lisofsky [19] eingeschätzt. Die familiären Bezüge der Kinder wurden mit dem Genogramm [20] erfasst. Es fanden in etwa 2 Termine der Kontaktaufnahme mit der Erziehungsperson statt, die für eine gemeinsame Gesprächssituation mit dem Kind weitgehend stabil sein sollte. Mutter oder Vater hatten während ihrer psychiatrischer Behandlung an psychoedukativen Patientengruppen teilgenommen und der Partner ggf. auch an Angehörigengruppen, was als Grundlage für die Gespräche diente. Die entsprechenden Informationsblätter und ggf. die eigenen Ideen der Eltern wurden angesprochen. Parallel fanden ein oder mehrere Gespräche mit dem nicht erkrankten Elternteil statt, was der weiteren diagnostischen Einstufung und Klärung wesentlicher Themen diente. Den Eltern wurden Beratung, Informationen über das Jugendamt, Kindertherapeuten (Ärzte, Psychologen), Kliniken und andere Einrichtungen im Rahmen einer interdisziplinären Koordination angeboten.

Falls eine Indikation zur kinderpsychologischen Diagnostik bestand, wurden die Kinder an die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LMU oder an externe Kinder- und Jugendpsychiater weitervermittelt. Bei Notwendigkeit erfolgten eine Fallkonferenz sowie eine Vernetzung mit der Jugendhilfe. Die Vernetzung mit allen an der Behandlung Involvierten in Fallkonferenzen [13] hat das Ziel, mögliche Doppelbelegungen hinsichtlich der Hilfestellungen zu vermeiden, die Informationen zu bündeln und mit den Helfern und Therapeuten auf einen gemeinsamen Nenner zu kommen. Die minderjährigen Kinder können an diesen Fallkonferenzen teilnehmen.

Bei als gefährdet eingestuften Kindern wurde überprüft, ob bereits eine thera-

peutische Betreuung gegeben war. War dies nicht der Fall, erfolgte bei eindeutiger Symptomatik die diagnostische Klärung und Weitervermittlung durch die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.

## Diskussion

Um die beschriebenen negativen Folgen, die durch eine psychische Erkrankung eines Familienmitglieds entstehen können, zu reduzieren (z. B. [30]) und die in der Literatur bei Kindern psychisch kranker Eltern beschriebene Verantwortlichkeitsdiffusion zwischen Kinder- und Erwachsenenpsychiatrie [12] anzugehen, wird an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU seit 2008 eine Kindersprechstunde (*SprechKid*) in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LMU angeboten. Sie dient als Anlaufstelle für 6- bis 17-jährige Kinder, deren Eltern unter affektiven, Angst-, schizophrenen oder Suchterkrankungen leiden. Im Rahmen dieses Pilotprojekts werden anhand von Fallbeispielen die Problematik dieser Kinder und die Erfordernis präventiver Angebote verdeutlicht, um zu zeigen, dass eine stärkere Vernetzung zwischen Kinder- und Erwachsenenpsychiatrie notwendig ist. Es gilt, die Psychiater zu sensibilisieren, dass ihre Patienten/-innen auch Kinder haben, die ihrer Obhut bedürfen, um Verwahrlosung und schlimmstenfalls erweiterte Suizide zu verhindern. *SprechKid* setzt glücklicherweise zu einem viel früheren Zeitpunkt ein.

Die gemeinsamen Sitzungen der Kinder- und Erwachsenenpsychiatrie über einen Zeitraum von 2 Jahren lieferten einen wesentlichen Beitrag zum besseren gegenseitigen Kennenlernen, zur Konzeptentwicklung und zur Rollenklärung.

Die Symptomatik der Kinder in den Fallbeispielen (Mädchen wendet sich von der Mutter ab, Junge ist hyperaktiv) können auch als konstruktive Bewältigungsstrategie interpretiert werden. Die Kooperation der Eltern hängt stark mit ihrer Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft zusammen.

Für die Durchführung der Interventionen ist es wesentlich, dass der Zeitpunkt

für das Gespräch geeignet ist: Der Patient sollte stabilisiert und die Akutsymptomatik weitgehend abgeklungen sein, damit es nicht erneut zu Entgleisungen im Gesprächsverlauf kommt. Mittels interdisziplinärer Fachgespräche und psychoedukativer Maßnahmen sollte ein einheitliches Vorgehen gewährleistet werden. Insbesondere bei psychotischen Erkrankungen können sich Unterschiede im Hinblick auf den Wissensstand über die Erkrankung und ihr Verständnis sowie auf den Umgang mit den jeweiligen Symptomen zeigen.

## Resümee und Ausblick

Angehörigengruppen für Angehörige von Patienten mit schizophrenen, depressiven oder bipolaren Erkrankungen sind wesentliche Bestandteile der Standardversorgung der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München. Aufgrund der interaktiven Wissensvermittlung zählen die psychoedukativen Interventionen zu den klärungsorientierten Vorgehensweisen, jedoch spielt die emotionale Entlastung von Hilflosigkeit, Schuldgefühlen und übertriebenem Verantwortungsgefühl ebenfalls eine wesentliche Rolle. In diesen Interventionsgruppen sollen die Angehörigen und Bezugspersonen, die nicht in der Psychiatrie tätig sind, für ihre eigenen Bedürfnisse sensibilisiert werden, damit sie eigene Interessen entwickeln und rechtzeitig Hilfe in Anspruch nehmen.

### ➤ Kindgerechte Psychoedukation über die elterliche Erkrankung kann stabilisierend wirken

Der gemeinsame Erfahrungsaustausch erhöht die Problemlösekompetenz der Teilnehmer und reduziert ihre Insuffizienz- und Schuldgefühle sowie ihre soziale Isolierung. Die kombinierte Psychoedukation von Patienten und ihren Angehörigen in getrennten Gruppen zählt in der Psychotherapieforschung zu den Interventionen mit eindeutig nachgewiesener Wirksamkeit. Der Anspruch von *SprechKid* als wichtiger Brückenfunktion könnte zur Ermutigung und Vernetzung aller an der Behandlung Beteiligten beitragen. In der Mehrzahl der psychiatrischen Fälle handelt es sich um psychiatrisch und psychotherapeutisch gut

behandelbare Erkrankungen. Derzeit fehlen noch altersgleiche, störungsspezifische Gruppen für Kinder. Das Erleben, dass andere Kinder ein ähnliches Schicksal erleiden, könnte wie in der Erwachsenenpsychiatrie eine stabilisierende Wirkung entfalten. Wenn man den Gedanken der Resilienz aufgreift, könnte durch verlässliche stabile Beziehungen und Psychoedukation das Kind in seinem Selbstwert gestärkt und seine Selbstwirksamkeit erhöht werden. Die Gratwanderung zwischen Unterversorgung und Überintervention dieser Kinder zeigt die Möglichkeiten und Grenzen derartiger Ansätze.

## Fazit für die Praxis

**In der heutigen Zeit sollte die Frage nach Kindern und deren Versorgung recht früh in der psychiatrischen Behandlung gestellt werden. Nach diagnostischer Einschätzung der kindlichen Belastungen und Ressourcen sollten vernetzte Interventionen etabliert und in die regulären Versorgungsstrukturen eingebaut werden. Ziel ist, eine Kontinuität und Verlässlichkeit der Hilfsangebote zu gewährleisten. Kinder psychisch kranker Eltern haben gute Entwicklungschancen, wenn die Angehörigen lernen, in sinnvoller und angemessener Weise mit der Erkrankung umzugehen, und sich die Patienten und ihre Kinder auf tragfähige Beziehungen stützen können. Die Integration der Angehörigen in die Behandlung psychisch Kranker sollte eine wesentliche Rolle spielen. Bei Psychosen und Depressionen muss nicht zwangsläufig eine Gefährdung des Kindes vorliegen, diese ist individuell abzuklären. Die Kinder können lernen, Vorläufer einer Krise zu erkennen und sich Unterstützung zu holen. Erst eine gemeinsame Informationsgrundlage für Betroffene, Angehörige, ihre Kinder und Professionelle erleichtert die Bewältigung einer psychischen Erkrankung.**

## Korrespondenzadresse

### Dr. A. Schaub

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Ludwig-Maximilians-Universität München  
Nußbaumstraße 7, 80336 München  
annette.schaub@med.uni-muenchen.de

**Danksagung.** Für ihre konstruktive Mitarbeit danken wir den Kolleginnen aus der Erwachsenenpsychiatrie: Frau Dipl.-Psych. Marzocca, Frau Dipl.-Psych. Drechsler, Frau Dipl.-Psych. Eichen, Frau Dipl.-Psych. Genzel, Frau Dipl.-Psych. Heuschen, Frau Dipl.-Psych. Liwowsky, Frau SozPäd. Laubacher, Frau Dr. Reichhard, sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Frau Dipl.-Psych. Böhm, Frau Dipl.-SozPäd. Gegenfurtner und Frau Dipl.-SozPäd. Schillert. Wertvolle Anregungen erhielten wir auch von Frau Dipl.-Psych. Koller und Frau Dipl.-SozPäd Kühnel vom BKH Augsburg.

**Interessenkonflikt.** Die korrespondierende Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ (1980) Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophr Bull* 6:490–505
- Beardslee WR, Salt P, Versage EM et al (1997) Sustained change in parents receiving preventive interventions for families with depression. *Am J Psychiatry* 154:510–515
- Berger M (2004) Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland. *Nervenarzt* 75:195–204
- Bleuler M (1972) Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Thieme, Stuttgart New York
- Boie K (2005) Mit Kindern redet ja keiner. Fischer, Frankfurt
- Burke AK, Galfalvy H, Everett B et al (2010) Effect of exposure to suicidal behavior on suicide attempt in a high-risk sample of offspring of depressed patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 49(2):114–121
- Deneke C, Beckmann O, Dierks H (2008) Präventive Gruppenarbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern. In: Lenz A, Jungbauer JJ (Hrsg) *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen: Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte*. DGVT (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie), Tübingen, S 63–79
- Dilling H, Mombour W, Schmidt WH (Hrsg) (1999) Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 3. Aufl. Huber, Bern Stuttgart Toronto, Kapitel V (F)
- Ende M (1979) Die unendliche Geschichte. Thieme, Stuttgart
- Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BAPK e.V.) und BKK Bundesverband (2009) *Jetzt bin ich dran*. Eigenverlag, Bonn
- Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BAPK e.V.) und BKK Bundesverband (2009) *It's my turn*. Eigenverlag, Bonn
- Franz M (2005) Die Belastungen Kinder psychisch kranker Eltern – eine Herausforderung zur interdisziplinären Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. *Kind Jugend Gesellschaft Z Jugendschutz* 3:82–86
- Gegenfurtner G (2005) Ein patientenorientiertes Kooperationsmodell – die Fallkonferenz. In: Frank R (Hrsg) *Rehabilitation von Jugendlichen mit neuropsychiatrischen Erkrankungen*. Lambertus, Freiburg, S 158–172
- Gehrmann S, Sumargo S (2010) Kinder psychisch kranker Eltern. *Monatsschr Kinderheilkd* 4:383–392
- Homeier S (2006) *Sonnige Traurigkeit*, 2. Aufl. Mabuse, Frankfurt

- Klingberg S, Schaub A, Conradt B (2003) *Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Störungen*. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmaterial. Beltz PVU, Weinheim
- Lenz A (2005) *Kinder psychisch kranker Eltern*. Hogrefe, Göttingen
- Lenz A (2008) *Interventionen bei Kindern und psychisch kranken Eltern*. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Hogrefe, Göttingen
- Mattejat F, Lisofsky B (2008) ... nicht von schlechten Eltern. *Kinder psychisch Kranker*, 6. Aufl. Psychiatrie, Bonn
- McGoldrick M, Gerson R (2003) *Genogramme in der Familienberatung*, 2. Aufl. Huber, Bern
- Nuechterlein KH, Dawson ME, Ventura J et al (1994) The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand [Suppl]* 382:58–64
- Pharoah FM, Mari JJ, Streiner DL (2006) Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 18(4):CD000088
- Schaub A (Hrsg) (2002) *New family interventions and associated research in psychiatric disorders*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Schaub A (2008) Coping-Forschung und bewältigungsorientierte Therapien bei schizophrenen Störungen. In: Bäuml J, Pitschel-Walz G (Hrsg) *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Schattauer, Stuttgart New York, S 173–191
- Schaub A (2010) Kognitiv-psychoedukative Gruppeninterventionen bei stationären Patienten mit schizophrenen oder affektiven Erkrankungen. In: Möller HJ, Müller N (Hrsg) *Schizophrenie – Zukunftsperspektiven in Klinik und Forschung*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 267–279
- Schaub A, Bernhard B, Gauck L (2004) Kognitiv-psychoedukative Therapie bei bipolaren Erkrankungen, Ein Therapiemanual. Hogrefe, Göttingen
- Schaub A, Roth E, Goldmann U (2006) Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen. Ein Therapiemanual. Hogrefe, Göttingen
- Schone R, Wagenblass S (2006) *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie*. Juventa, Weinheim
- Trepte HV (2008) Patenschaften und Psychoedukation für Kinder psychisch kranker Eltern. In: Lenz A, Jungbauer J (Hrsg) *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen: Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte*. DGVT (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie), Tübingen S 81–90
- Weissman MM, Wickramatne P, Nomura Y et al (2006) Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry* 163:1001–1008
- Werner EE, Smith RS (1982) *Vulnerable but invincible. A longitudinal study of resilient children and youth*. McGraw Hill, New York