Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik

Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort

„Der Einfluss der familientherapeutischen Intervention auf die Krankheitsbewältigung von Eltern und Kindern in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil“

Dissertation

Zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
Der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von:

Marie-Christien Kuhlendahl
aus Kiel

Hamburg 2012

Angenommen von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 17. 1. 2014

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. M. Schulte-Markwort

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. U. Ravens-Sieberer

Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in: Prof. Dr. K. Richter-Appelt

1. Einleitung 1

2. Theoretischer Hintergrund 5

2.1 Epidemiologie 5

2.2 Schutz- und Risikofaktoren von Kindern psychisch kranker Eltern vor dem Hintergrund verschiedener Forschungsrichtungen 7

2.2.1 Überblick über einige Ergebnisse der Resilienzforschung bezüglich Schutzfaktoren und Ressourcen der Kinder psychisch kranker Eltern 10

2.2.2 Risikofaktoren und Belastungen der Kinder psychisch kranker Eltern 12

2.3 Das familienorientierte Präventionsprogramm von Beardslee und Mitarbeitern 16

2.4 Das Präventionsprojekt „CHIMPs“ 17

2.4.1 Das Modell der psychosozialen Entwicklungsbedingungen für Kinder psychisch kranker Eltern 21

2.5 Das Konzept der Krankheitsbewältigung und seine Bedeutung für die familientherapeutische Intervention im CHIMPs-Projekt 23

3. Material und Methoden 32

3.1 Studiendesign 32

3.2 Hypothesen 36

3.3 Auswertung 39

3.3.1 Auswertung der Fragestellung 1 und der Hypothesen 1a-e 39

3.3.2 Auswertung der Fragestellung 2a und 2b und der Hypothesen 2a und 2b 40

3.3.3 Auswertung der Fragestellung und Hypothese 3 41

3.3.4 Auswertung der Fragestellung und Hypothese 4 41

3.4 Stichprobe 41

3.5 Messinstrumente 49

3.5.1 Der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) 49

3.5.2 Der SF-12 Fragebogen zum Gesundheitszustand 50

4. Ergebnisse 53

4.1 Hypothese 1a-e 53

4.2 Hypothese 2 61

4.3 Hypothese 3 64

3.4 Hypothese 4 67

5. Diskussion 69

5.1 Hypothese 1a-e 69

5.2 Hypothese 2 73

5.3 Hypothese 3 78

5.4 Hypothese 4 _____ 82
5.5 Einschränkungen der Methode _____ 85
7. Zusammenfassung _____ 87
8. Literaturverzeichnis _____ 88
9. Danksagung _____ 94
10. Lebenslauf _____ 95
11. Eidesstattliche Versicherung _____ 96
12. Anhang _____ 97

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Aufbau der Studie und teilnehmende Gruppen _____ 36
Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung: Angaben zur Wartelistenkontrollgruppe _____ 43
Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung: Erkranktes Elternteil (Interventionsgruppe)_____ 45
Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung: Angaben zum Lebenspartner des Erkrankten Elternteils -T1 (vor der Intervention) und T2 (nach der Intervention) im Vergleich _____ 46
Tabelle 5: Angaben zu den Kindern der Familien psychisch Kranker _____ 48
Tabelle 6: Deskriptive Statistiken FKV-Skala 1_____ 53
Tabelle 7: Tests der Innersubjekteffekte FKV-Skala 1 _____ 54
Tabelle 8:Tests der Zwischensubjekteffekte FKV-Skala 1 _____ 54
Tabelle 9: Deskriptive Statistiken FKV-Skala 2 _____ 54
Tabelle 10: Tests der Innersubjekteffekte FKV-Skala 2_____ 55
Tabelle 11:Tests der Zwischensubjekteffekte FKV-Skala 2_____ 55
Tabelle 12: Deskriptive Statistiken FKV-Skala 3 _____ 56
Tabelle 13: Tests der Innersubjekteffekte FKV-Skala 3_____ 56
Tabelle 14: Paarweise Vergleiche für die Skala Ablenkung und Selbstaufbau für den Faktor Messzeitpunkt_____ 57
Tabelle 15: Paarweise Vergleiche für die Skala Ablenkung und Selbstaufbau für den Faktor Gruppe _____ 57
Tabelle 16: Deskriptive Statistiken FKV-Skala 4 _____ 58
Tabelle 17: Tests der Innersubjekteffekte FKV-Skala 4_____ 58
Tabelle 18: Tests der Zwischensubjekteffekte FKV-Skala 4 _____ 59
Tabelle 19: Deskriptive Statistiken FKV-Skala 5 _____ 59
Tabelle 20: Tests der Innersubjekteffekte FKV-Skala 5_____ 60
Tabelle 21: Paarweise Vergleiche für die Skala Bagatellisierung und Wunschdenken für den Faktor Messzeitpunkt _____ 61
Tabelle 22: Paarweise Vergleiche für die Skala Bagatellisierung und Wunschdenken für den Faktor Gruppe _____ 61
Tabelle 23: Ergebnisse: t-Test zum Vergleich der FKV-Skalen Mittelwerte der erkrankten Elternteile vor und nach der Intervention (zu T1 vs. T2) _____ 62
Tabelle 24: Ergebnisse: t-Test zum Vergleich der FKV-Skalen-Mittelwerte der Lebenspartner vor und nach der Intervention (zu T1 vs. T2) _____ 64

Tabelle 25: Ergebnisse: t-Test und Differenzen der Einzelitems zum Umgang mit der Erkrankung: T1 vs. T2 bei allen erkrankten Elternteilen _____ 65
Tabelle 26: Ergebnisse: Wilcoxon -Vorzeichenrangtest zum Umgang mit der Erkrankung: T1 vs. T2 bei allen Lebenspartnern _____ 66
Tabelle 27: Ergebnisse: Wilcoxon-Vorzeichenrangtest zum Vergleich der familiären Krankheitsbewältigung des ersten Kindes (> 10 J.) zum Zeitpunkt T1 vs. T2, vor und nach der familientherapeutischen Intervention _____ 67
Tabelle 28: Korrelationen der Differenzvariablen aus den FKV-Werten aller erkrankten Elternteile T2-T1 mit den Differenzen der Summenwerte für körperliche und psychische Lebensqualität der SF-12 T2-T1 _____ 68

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Aufbau der familientherapeutischen Beratung innerhalb des CHIMPs-Projekts (aus Wiegand-Grefe et al. 2011b) 19

Abbildung 2: Modell der psychosozialen Entwicklungsbedingungen für Kinder psychisch kranker Eltern (aus Wiegand-Grefe et al. 2011b) 23

Abbildung 3: Überblick über Messzeitpunkte und Ablauf der CHIMPs- Studie 34

Abbildung 4: Darstellung der signifikanten Wechselwirkung zwischen Messzeitpunktfaktor und Gruppenfaktor für die Skala „Ablenkung und Selbstaufbau“: 57

Abbildung 5: Darstellung der signifikanten Wechselwirkung zwischen Gruppen- und Messzeitpunktsfaktor für die Skala „Bagatellisierung und Wunschdenken“ 60

Abbildung 6: Vergleich der FKV Skalenmittelwerte der erkrankten Elternteile in der Interventionsgruppe vor und nach der Intervention 63

1. Einleitung

Die Kinder von psychisch kranken Eltern sind in den letzten Jahren zunehmend in den Blickwinkel der Forschung geraten. Sie gelten als eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung psychischer Störungen und Auffälligkeiten über die gesamte Lebensspanne (Gottesman et al. 2010, Lenz 2008, Mattejat und Lisofsky 2008). Die Kinder psychisch Kranker als „vergessene Risikogruppe“ zu bezeichnen, wäre inzwischen nicht mehr angemessen (Lenz 2008, Schone und Wagenblass 2002). Dennoch stellt die Unterstützung und Betreuung der gesamten Familie eines psychisch kranken Patienten die verschiedenen Institutionen des Gesundheits- und Sozialsystems noch immer vor eine schwierige Aufgabe (Schone und Wagenblass 2002), setzt doch eine angemessene Betreuung von Patient/in, Lebenspartner und Kindern die Zusammenarbeit und Verständigung von psychiatrischer Klinik, Jugendhilfeeinrichtungen, ambulanter Therapieeinrichtung usw. voraus (Deneke 2005).

Ebenso wie in diesem übergeordneten Zusammenhang, fällt auch innerhalb der Kernfamilie und im kleineren sozialen Umfeld der Familie die Kommunikation über die psychische Erkrankung häufig schwer (Wunderer 2008, Deneke 2005).

Anders als somatische Erkrankungen werden psychische Erkrankungen auf inter-individueller wie auch auf gesellschaftlicher Ebene häufig tabuisiert, wobei die beiden Ebenen einander bedingen können (Mattejat 2008, Schone und Wagenblass 2002). Eine solche Tabuisierung kann auf familiärer Ebene eine zusätzliche Belastung der Familie und insbesondere der Kinder darstellen. Sie erschwert die konstruktive Auseinandersetzung der Familienmitglieder mit der Erkrankung und die Inanspruchnahme verschiedenster Unterstützungsmaßnahmen (Plass und Wiegand-Grefe 2012, Lenz und Jungbauer 2008, Mattejat 2008).

Einem Kind die psychische Erkrankung eines Elternteils begreiflich zu machen, kann schwierig sein (Wunderer 2008). Dennoch wird eine kindgerechte Aufklärung über die Erkrankung eines Elternteils für sehr wichtig erachtet, da eine mangelnde Kommunikation über die Erkrankung im Sinne einer unangemessenen familiären Krankheitsbewältigung vielfach als Risikofaktor für die kindliche Entwicklung betrachtet wird (Wiegand–Grefe et al. 2011a, Wunderer 2008).

In ihrem Buch über das Verständnis und die Vorstellungen von Kindern über Gesundheit und Krankheit kommen A. Lohaus und J. Ball nach der Analyse zahlreicher Studien zu der Auffassung, dass sich die impliziten Konzepte von Kindern über Gesundheit und Krankheit mit zunehmendem Alter und entwicklungspsychologischem Reifegrad verändern. Die Autoren betrachten die wissenschaftlichen Befunde als mit der kognitiven Theorie Piagets vereinbar und sehen bei Kindern mit zunehmendem Alter eine zunehmende Berücksichtigung interner Zustände und ein zunehmendes Verständnis von Ursache- und Wirkungs-Ketten bei der Bildung impliziter Konzepte zu Gesundheit und Krankheit (Lohaus und Ball 2006). Unabhängig von Alter und Reifegrad des Kindes sollte jedoch eine altersgemäße Aufklärung des Kindes über die psychische Erkrankung des Elternteils versucht werden (Wunderer 2008).

Gerade die psychische Erkrankung eines Familienmitglieds wirkt sich in vielfacher Hinsicht auf das Leben der anderen Familienmitglieder aus (Wunderer 2008, Schone und Wagenblass 2002). Auch die somatische Erkrankung eines Familienmitglieds kann zu Leid und großer Belastung einer Familie führen, auch sie wird eine Veränderung der Aufgabenverteilung und des Alltags zur Folge haben (Romer und Haagen 2007). Eine psychische Erkrankung eines Familienmitglieds greift jedoch anders als eine somatische Erkrankung weit mehr in das innere Beziehungsgefüge und die Identität der Familie ein (Wunderer 2008).

> Die psychische Erkrankung eines Elternteils stellt für Kinder eine besonders schmerzhafte Verlusterfahrung dar, die meist mit gravierenden Veränderungen im familiären Alltag einhergeht, insbesondere wenn die Mutter die Patientin ist. Das allenfalls diffuse Wissen über die Erkrankung löst zusätzliche Unsicherheiten und Ängste aus. Eine traumatisierende Wirkung kann für Kinder das Miterleben einer Zwangseinweisung des erkrankten Elternteils haben. (Lenz und Jungbauer 2008)

Das potentiell erhöhte Risiko von Kindern psychisch kranker Eltern selbst psychische Auffälligkeiten zu entwickeln wird einer Vielzahl von Einflussfaktoren zugeschrieben. Es werden einerseits genetische Faktoren für das erhöhte Risiko der Kinder als ursächlich angenommen, wobei heute davon ausgegangen wird, dass diese im Sinne eines biopsychosozialen Modells mit einer Vielzahl von Umweltfaktoren

interagieren bzw. ko-agieren (Petermann et al 2004, Fröhlich-Gildhoff 2007, Lenz und Kuhn 2011).
Die psychische Erkrankung erhöht zudem die Wahrscheinlichkeit von unspezifischen Stressoren und Umweltfaktoren wie Eheschwierigkeiten, Arbeitslosigkeit, finanziellen Problemen und sozialer Isolation, die wiederum beim Kind zu psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten führen können (Lenz 2008, Hahlweg et al. 2008).

> Kinder von psychisch kranken Eltern haben dann gute Entwicklungschancen, wenn Eltern, Angehörige und Fachleute lernen, in sinnvoller und angemessener Weise mit der Erkrankung umzugehen, und wenn sich die Patienten und ihre Kinder auf tragfähige Beziehungen stützen können. (Mattejat und Lisofsky 1998)

Einen Beitrag zur Verbesserung der Entwicklungschancen und der Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern leistet das CHIMPs (Children of Mental Ill Parents) Projekt. Es wird am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt und zielt auf die Entwicklung und Durchführung eines familientherapeutischen Präventivangebots für Kinder und Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Auf das CHIMPs Projekt und die in seinem Rahmen erhobenen Daten stützt sich die vorliegende Arbeit. Ein zentraler Bestandteil der im Rahmen des CHIMPs Projekts am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführten familientherapeutischen Intervention, ist es, die Krankheitsbewältigung d.h. den Umgang der gesamten Familie mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils zu verbessern.
Das Ziel dieser Arbeit ist es, zu ermitteln, ob sich die Krankheitsbewältigung der untersuchten Familien nach der familientherapeutischen Intervention tatsächlich signifikant verändert hat und welche Aspekte der Krankheitsbewältigung verändert sind. Weiter soll untersucht werden, ob eine „effektivere“ Krankheitsbewältigung, im Sinne von verwendeten Copingmodi wie, „Aktuelles problemorientiertes Coping“ und „Ablenkung und Selbstaufbau“ eine Moderatorvariable für das Zielkriterium der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von erkranktem und gesundem Elternteil darstellen könnte.

Folgende Fragestellungen werden in der Arbeit untersucht:

1. Ist die individuelle Krankheitsbewältigung der erkrankten Elternteile nach der Intervention im Vergleich zur Kontrollgruppe verändert?
2. Ist die individuelle Krankheitsbewältigung der gesunden Lebenspartner nach der familientherapeutischen Intervention verändert?
3. Ist der familiäre Umgang mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils nach der familientherapeutischen Intervention verändert oder verbessert?
4. Geht mit einer effektiveren individuellen Krankheitsbewältigung eine höhere Einschätzung der eigenen Lebensqualität einher?

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Epidemiologie

Über die Anzahl der Kinder psychisch kranker Eltern in Deutschland existieren nach wie vor sehr unterschiedliche Berechnungen und nur wenig aktuelle Schätzungen (Lenz 2005, Schone und Wagenblass 2002). Franz et al. gehen in ihrer Untersuchung zur Aufmerksamkeit von Psychiatern gegenüber den Kindern ihrer Patienten davon aus, dass in Deutschland 20-30 % der Erwachsenen in stationärer psychiatrischer Behandlung minderjährige Kinder haben (Franz et al. 2012).
In einer Studie zur Elternschaft von psychisch Kranken wurden im Jahr 2007 n=438 Patienten, die sich in stationärer psychiatrischer Behandlung befanden, zu ihrer Elternschaft befragt. In dieser Stichprobe waren 44.1% der Patienten Eltern und 26.5% der Patienten waren Eltern eines minderjährigen Kindes (Grube und Dorn 2007). Eine schwedische Studie kommt zu ähnlichen Ergebnissen für die Elternschaft von psychisch kranken Menschen in Schweden. Die Befragung von insgesamt n=422 Patienten in den Jahren 1986, 1991 und 1997 ergab, dass durchschnittlich 28% der Patienten minderjährige Kinder haben (Östmann und Hansson 2002). Auch F. Mattejat schätzt in Zusammenschau mehrerer europäischer Studien die Prävalenz von psychisch kranken Menschen, die auch Eltern eines minderjährigen Kindes sind, auf 10-20% (Mattejat 2008).
Eine Anfrage zur Prävalenz von psychischen Erkrankungen in Deutschland beim statistischen Bundesamt ergab, dass 2008 die Anzahl von Personen, die sich vollstationär in einer psychiatrischen Klinik befand, ca. 1.010844 betrug. Diese Zahl beinhaltet alle Patienten mit F00-F99 Diagnosen und nur diejenigen Patienten, die über 20 J. alt waren und sich in stationärem Aufenthalt befanden. In der Altersgruppe von 0-20 Jahren betrug die Zahl der Patienten in stationärer psychiatrischer Behandlung 117126 (Anfrage beim statistischen Bundesamt am 2.12.2010). Aus diesen Angaben lassen sich keine Schlüsse auf die Elternschaft dieser Patienten ziehen, legt man jedoch die oben zitierte Schätzung von ca. 20% zugrunde, so ergibt sich für das Jahr 2008 die Zahl von: ca. 202168 Patienten, die psychisch krank sind und minderjährige Kinder haben.

Nach einer Pressemitteilung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) anlässlich der Woche zur Seelischen Gesundheit am 1. 10. 2010 „erkrankt in Deutschland innerhalb eines Jahres jeder dritte Erwachsene an einer psychischen Störung“. Besonders häufig seien Angsterkrankungen mit 14 %, Depressionen (11%) und somatoforme Störungen (11%) (BPtK 2010) (http://www2.bptk.de/uploads/101001_psychische_krankheiten_zahlen_fakten.pdf [6.1.2011]).

Der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer Prof. Dr. Rainer Richter bezeichnet in diesem Zusammenhang psychische Erkrankungen als „eine der großen gesundheitspolitischen Herausforderungen der Zukunft“ (BPtK 2010). Ebenfalls der Quelle der Bundespsychotherapeutenkammer zu entnehmen ist, dass 20 % aller Jugendlichen psychisch auffällig seien. Es kommt hinzu, dass laut neuer Daten des Statistischen Bundesamtes psychische Erkrankungen direkte jährliche Kosten von 28, 7 Milliarden Euro verursachten.

Es ist also in mehrfacher Hinsicht sinnvoll, sich der Prävention von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zuzuwenden. In erster Linie ist selbstverständlich die Verbesserung von Lebenssituation und Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen durch präventive Maßnahmen von Bedeutung. Außerdem kann man annehmen, dass präventive Maßnahmen für Kinder von psychisch kranken Eltern nicht nur zu einer Entlastung der Kinder, sondern auch der ganzen Familie führen können. Wie durch die Nennung der Zahlen des Statistischen Bundesamtes außerdem angedeutet werden soll, ist es auch im Hinblick auf die Vermeidung gesamtgesellschaftlicher Kosten von nicht unerheblicher Bedeutung, der Entwicklung von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen vorzubeugen.

Für die Entwicklung von wirksamen und entlastenden Interventionsmaßnahmen ist zunächst eine möglichst genaue Vorstellung vom Bedarf an Unterstützung und Information in diesen Familien notwendig, um daran anschließend geeignete Maßnahmen zu entwickeln (Lenz 2008). Als letzter Schritt gilt es, die Wirksamkeit der präventiven Maßnahmen zu überprüfen und gegebenenfalls zu verändern. A. Lenz merkt bezüglich der Wirksamkeit von Interventionen an: „Interventionen erweisen sich erst dann als nützlich und effektiv, wenn sie in die regulären

Versorgungsstrukturen eingebaut werden und auf diese Weise eine Kontinuität und Verlässlichkeit der Hilfsangebote gewährleistet werden kann“ (Lenz 2008).

In dem CHIMPs-Projekt, welches den Rahmen dieser Arbeit bildet, ist auf Grundlage des „Modells für psychische Gesundheit bei Kindern psychisch kranker Eltern“ (Wiegand-Grefe et al. 2011) eine präventive familientherapeutische Maßnahme entwickelt und durchgeführt worden. Eine ausführliche Beschreibung des Präventionsprojekts „CHIMPs“ folgt an anderer Stelle in diesem Kapitel. Diese Arbeit soll einen Beitrag zur Überprüfung der Wirksamkeit der präventiven Maßnahme liefern. Dabei liegt das Augenmerk vor allem auf der individuellen und familiären Krankheitsverarbeitung.

2.2 Schutz- und Risikofaktoren von Kindern psychisch kranker Eltern vor dem Hintergrund verschiedener Forschungsrichtungen

Es existieren verschiedene Forschungsrichtungen und Forschungsansätze, die sich mit Kindern psychisch kranker Eltern befassen. An dieser Stelle soll versucht werden, einen Überblick über wichtige Gesichtspunkte der Forschung der letzten Jahre zu geben. Als wichtige Forschungsrichtungen sind die Risikoforschung (oder „High-Risk“-Forschung), die Resilienz- und Bewältigungsforschung und die Vulnerabilitätsforschung zu nennen.

„High-Risk-Forschung“:

Die High-Risk-Forschung hat das Ziel Gruppen, die ein erhöhtes Erkrankungsrisiko besitzen, zu identifizieren und zu untersuchen, bezüglich welcher Merkmale sie sich von normalen Vergleichsgruppen unterscheiden (Mattejat und Lisofsky 1998). In die High-Risk-Forschung fließen verschiedene theoretische Modelle ein, die genetische, bioschemische, neurophysiologische, lerntheoretische und entwicklungspsychologische Aspekte berücksichtigen (Schone und Wagenblass 2002). Ausgangspunkt für die heutige Auseinandersetzung mit dem Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ ist die Erkenntnis aus Untersuchungen der High-Risk-Forschung, dass Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil in höherem Maße

gefährdet sind, selbst psychisch zu erkranken oder psychische Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln (Mattejat und Remschmidt 2008, Wiegand-Grefe et al.2011b). So fanden Remschmidt und Mattejat in einer Studie an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marburg heraus, dass fast die Hälfte aller Kinder, die sich dort in stationärer Kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung befanden, mindestens einen psychisch kranken Elternteil hatten (Mattejat und Remschmidt 2008). Nach Remschmidt und Mattejat beträgt das Lebenszeitrisiko für das Erkranken an einer Schizophrenie in der Normalbevölkerung 1%, für die Kinder eines an Schizophrenie erkrankten Elternteils ist es jedoch mehr als 10- fach erhöht. Sollten beide Elternteile an einer Schizophrenie leiden, erhöht sich das Risiko der Kinder auf 40 % (Mattejat und Remschmidt 2008). Für die Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises ist das erhöhte Risiko der Kinder ebenfalls zu erkranken vielfach in Zwillings- und Adoptionsstudien nachgewiesen worden (Bukatko und Daehler 2004), Mattejat und Remschmidt betonen aber, dass Ähnliches auch für die Kinder mit Eltern, die an einer anderen psychischen Erkrankung leiden, gilt. Diese Annahme ist in einer dänischen Kohortenstudie vom August 2010, die das gesamte Spektrum psychischer Erkrankungen einbezieht, eindrucksvoll bestätigt worden. In der Studie wurde für alle in Dänemark zwischen 1980 und 1994 geborenen Kinder (865078 Personen) erhoben, ob sie nach ihrem 14. Geburtstag mindestens einen Kontakt zu einer ambulanten oder stationären psychiatrischen Einrichtung hatten und ob ihre Eltern an einer psychischen Erkrankung litten oder nicht. Die Studie ergab für die gesamte „Expositionsgruppe“, also alle Personen mit einem psychisch kranken Elternteil, ein erhöhtes Risiko zu erkranken:

> ...we are able to add that shared risk was seen in our study across the full panorama of mental disorders. Individuals with parental history of non-serious mental disorder had a raised risk of schizophrenia and bipolar disorder, while those with parental serious mental disorder had a raised risk not only of schizophrenia or bipolar disorder but of nonclinically related disorders ranging from affective and anxiety disorders to substance misuse and personality disorder. (Dean et al. 2010)

In einer weiteren dänischen Kohortenstudie wurde 2010 an einer Kohorte von 2.6 Millionen Personen das kumulative Risiko bis zum 52. Lebensjahr an einer

psychiatrischen Krankheit zu erkranken, geschätzt. Das Risiko der leiblichen Kinder ebenfalls zu erkranken, wurde verglichen für den Fall, dass ein oder beide Elternteile die Diagnose einer Schizophrenie, einer bipolaren Störung oder unipolaren Störung hatten. Außerdem wurde das kumulative Risiko zu erkranken mit dem Risiko einer großen Stichprobe von Personen, in der beide Eltern psychisch gesund waren, verglichen. Die Ergebnisse zeigten für die Gruppe der Nachkommen mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteilen ein deutlich erhöhtes Risiko ebenfalls zu erkranken. Für die Schizophrenie betrug das kumulative Risiko ebenfalls zu erkranken bei den Nachkommen gesunder Eltern 0.86% und bei den Nachkommen erkrankter Eltern 27.3% (Gottesman et al. 2010).

Für die Kinder von Eltern, die an einer Major Depression leiden, beziffern Beardslee et al. das Risiko der Kinder, im Verlauf der Kindheit und Adoleszenz eine psychiatrische Erkrankung zu entwickeln, mit ca. 61%. Im Vergleich zu den Kindern gesunder Eltern sei das Risiko psychische Auffälligkeiten zu entwickeln für die Kinder depressiver Eltern vierfach erhöht (Lavoie und Hodgins 1994, zitiert nach Beardslee et al. 2003). Diese aktuellen Ergebnisse der High-Risk- Forschung belegen die Annahme, dass die Kinder psychisch kranker Eltern einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, selbst psychisch zu erkranken.

Resilienz- und Bewältigungsforschung:

Die Resilienzforschung sucht nach Antworten auf die Frage, warum viele Menschen sich gesund entwickeln, obwohl sie Risikofaktoren ausgesetzt waren, die eine Erkrankung verursachen können. Warum also entwickeln sich viele Kinder von psychisch kranken Eltern gesund, während andere ebenfalls erkranken?

Lenz definiert Resilienz als „eine relative Widerstandskraft gegenüber pathogenen Umständen und Ereignissen“ (Lenz 2005). Eine etwas ausführlichere Definition von Resilienz gibt Rosemarie Welter-Enderlin:

> Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen. Mit dem Konzept der Resilienz verwandt sind Konzepte wie Salutogenese, Coping und Autopoiese. Alle diese Konzepte fügen der Orientierung an Defiziten eine alternative Sichtweise bei. (Welter-Enderlin und Hildenbrand 2006)

Die Autoren Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse verstehen unter dem Konstrukt der Resilienz einen „dynamischen und kompensatorischen Prozess positiver Anpassung bei ungünstigen Entwicklungsbedingungen und dem Auftreten von Belastungsfaktoren.“ Charakteristisch für Resilienz sei außerdem ihre „variable Größe, das situationsspezifische Auftreten und die damit verbundene Multidimensionalität“ (Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse 2011).
Diejenigen Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil, die nicht selber erkranken, müssen über eine solche Widerstandskraft verfügen, so die Idee der Resilienzforschung. Welches aber sind die protektiven Faktoren und die Ressourcen, die die Resilienz einer Person erhöhen?
Dies zu beantworten ist das Ziel der Resilienzforschung.

2.2.1 Überblick über einige Ergebnisse der Resilienzforschung bezüglich Schutzfaktoren und Ressourcen der Kinder psychisch kranker Eltern

A. Lenz unterscheidet in „Generelle Schutzfaktoren“ und „Spezielle Schutzfaktoren“ für Kinder psychisch kranker Eltern (Lenz 2008). Auf die generellen Schutzfaktoren wird an dieser Stelle kurz eingegangen, die speziellen Schutzfaktoren werden ausführlicher beschrieben, da sie für das Thema der Arbeit von größerer Relevanz sind. An die Schutzfaktoren anschließend wird dann ein Bild von den Belastungen und Schwierigkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern zu entworfen. Die *generellen* Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung wurden aus Untersuchungen verschiedener Risikogruppen abgeleitet und beziehen sich deshalb nicht allein auf die Gruppe Kinder psychisch Kranker (Lenz 2008).

Lenz nennt bei den „*Kind*-zentrierten Schutzfaktoren“ die folgenden:

- Temperamentsmerkmale wie Flexibilität, Soziabilität und eine überwiegend positive Stimmungslage
- Soziale Empathie und Ausdrucksfähigkeit
- Effektive Problemlösefähigkeit und realistische Einschätzung persönlicher Ziele
- Gute Intelligenz und positive Schulleistungen

- Positive Selbstwertkonzepte, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und internale Kontrollüberzeugungen
- Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl

„*Familien*-zentrierte Schutzfaktoren“:

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

„*Soziale* Schutzfaktoren“:

- Soziale Unterstützung und sozialer Rückhalt durch Personen außerhalb der Familie
- Einbindung in ein Peer-Netzwerk
- Soziale Integration in Gemeinde, Vereine, Kirche etc. (Lenz 2008)

Sowohl F. Mattejat als auch A. Lenz und insbesondere die Forschungsgruppe „CHIMPs“ um S. Wiegand-Grefe stimmen bezüglich der *speziellen Schutzfaktoren* für die Entwicklung Kinder psychisch kranker Eltern überein: Eine zentrale Bedeutung haben als Schutzfaktoren die Art und Angemessenheit der Krankheitsbewältigung innerhalb der Familien, die innerfamiliäre Beziehungsqualität und eine alters- und entwicklungsadäquate Informationsvermittlung und Aufklärung über die Krankheit der Eltern (Lenz 2008, Mattejat et al. 2000, Wiegand-Grefe et al. 2011b). Auf das Konstrukt der Krankheitsbewältigung und seine Einbettung in das Modell zur Entwicklung von Kindern psychisch kranker Eltern (Wiegand–Grefe et al. 2011) wird im nächsten Kapitel gesondert und ausführlich eingegangen, da die Krankheitsbewältigung das zentrale Konstrukt dieser Arbeit darstellt. Die oben genannten speziellen Schutzfaktoren sind deshalb so bedeutsam, weil sie die Hauptansatzpunkte für eine gezielte Unterstützung der Kinder psychisch kranker

Eltern darstellen (Wiegand-Grefe 2011b). Im Folgenden werden den Schutzfaktoren von Kindern psychisch kranker Eltern die Belastungen und besonderen Herausforderungen mit denen die Kinder und die gesamte Familie konfrontiert sind, gegenübergestellt.

2.2.2 Risikofaktoren und Belastungen der Kinder psychisch kranker Eltern

Die Belastungen und Herausforderungen, welche Kinder von psychisch kranken Eltern bewältigen müssen, umfassend zu beschreiben, ist nicht einfach. Die psychische Erkrankung eines Elternteils konfrontiert nicht jede Familie mit den gleichen Schwierigkeiten, jede Familie begegnet der Herausforderung der psychischen Erkrankung eines Elternteils mit unterschiedlichen Voraussetzungen und Mitteln und es bestehen große Unterschiede bezüglich der Art der psychischen Erkrankung (also der Diagnose), der Dauer der Erkrankung und des Schweregrades bzw. der Beeinträchtigung des erkrankten Elternteils durch die Erkrankung (Mattejat et al. 2000, Schone und Wagenblass 2002).

Es konnte in mehreren Studien gezeigt werden, dass das Risiko der Kinder psychisch kranker Eltern selbst eine Störung zu entwickeln, auch von der Dauer, dem Schweregrad und der Häufigkeit der Krankheitsepisoden bei den Eltern abhängt (Hammen 1990). Ebenfalls dürfte eine Rolle spielen, welcher der beiden Elternteile erkrankt ist, ob die Kinder mit beiden Elternteilen zusammenleben bzw. ob beide Elternteile eine ähnlich wichtige Bezugsperson für die Kinder darstellen (Mattejat et al. 2000). Eine genauere Differenzierung von Diagnosen der erkrankten Eltern, Status des anderen Elternteils, Schweregrad und Komorbidität der psychischen Krankheit des betroffenen Elternteils fordern Mattejat et al. für zukünftige Untersuchungen der psychosozialen Risikofaktoren der Kinder psychisch Kranker (Mattejat et al. 2000).

Bei der Darstellung der familiären Belastungen durch die psychische Erkrankung eines Elternteils wird hier insbesondere auf zwei qualitative Untersuchungen zu diesem Thema Bezug genommen: A. Lenz führte 2001 im Rahmen einer qualitativen Untersuchung zur Situation von Kindern psychisch Kranker 22 Interviews mit 22 Kindern im Alter zwischen 7 und 19 Jahren, von denen ein Elternteil sich in psychiatrischer Behandlung befunden hatte (Lenz 2005).

Sabine Wagenblass und ihre Mitarbeiter führten im Jahr 2000 acht biographische Interviews mit betroffenen erwachsenen Kindern im Alter zwischen 24 und 47 Jahren (Wagenblass 2002). S. Wagenblass fasst die Situation in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil folgendermaßen zusammen:

> Die erkrankten Elternteile fühlen sich in Akutkrisen oftmals überfordert und sehen sich der Rolle als Mutter oder Vater nicht gewachsen, sie zweifeln daran, dass sie eine gute Mutter/ein guter Vater sind, sie schämen sich dafür, was sie ihren Kindern und Partner/innen zumuten und sie befürchten, dass ihnen das Kind weggenommen wird. Die gesunden Elternteile fühlen sich überfordert in der Betreuung des psychisch erkrankten Partners, der Erziehung der Kinder und der Organisation des Familienalltages, sie sind unsicher im Umgang mit der psychischen Erkrankung, entwickeln Schuldgefühle gegenüber dem Partner und den Kindern. Für die Kinder sind die Verhaltensweisen des erkrankten Elternteils meist nicht nachvollziehbar und erklärbar. Sie glauben dann, dass sie an den psychischen Problemen ihrer Eltern Schuld sind und dass die Krankheit eine Folge ihres eigenen Verhaltens gegenüber den Eltern ist. Sie entwickeln Schuldgefühle, ziehen sich zurück, übernehmen Verantwortung, der sie zum Teil nicht gewachsen sind. Durch die Überforderung der Eltern mit ihren eigenen Problemen kommt es zu einem Defizit an Aufmerksamkeit und Zuwendung für die Kinder. Für ihre Sorgen und Nöte ist in solchen Situationen oftmals wenig Raum, ihre Bedürfnisse werden nicht oder nur bedingt gesehen, manchmal sogar unterdrückt. (Wagenblass 2002)

A. Lenz (2005) fasst die Aussagen der Kinder und Jugendlichen in den Interviews unter folgenden Obergriffen zusammen:

Folgen der Klinikeinweisung eines Elternteils für die Kinder können sein:

- Schmerzliche Verlusterfahrungen
- Einschneidende Veränderungen in der familiären Lebenssituation, wenn die Mutter erkrankt ist
- Traumatisierende Wirkung der Zwangseinweisung

Gefühle und Gedanken der Kinder:

- Angst, durch den Klinikaufenthalt von der Mutter längerfristig getrennt zu werden
- Angst, die Mutter ganz zu verlieren
- Angst, dass sich die Krankheit verschlimmert
- Angst, dass dem Elternteil etwas zustoßen könnte
- Angst, dass sich der Elternteil etwas antut
- Resignation und Hoffnungslosigkeit durch das wiederholte Erleben akuter Krankheitsphasen

- Wut auf den erkrankten Elternteil

Gefühle und Gedanken der Jugendlichen:

- Angst vor einer möglichen eigenen Erkrankung
- Schuldgefühle wegen der Abgrenzungs- und Distanzierungsschritte
- Mitgefühl und Traurigkeit
- Verantwortungsgefühl für die Familie
- Gefühl des Verlustes eines Identifikationsobjekts

Familienleben während des Klinikaufenthalts:

- Zunahme der Gefühle der Traurigkeit, der Leere und des Alleinseins
- Veränderungen im familiären Alltag durch die Abwesenheit der Mutter
- Übernahme von Aufgaben im Haushalt, um den gesunden Elternteil zu entlasten (Lenz 2005)

Die genannten Punkte beziehen sich auf direkte Auswirkungen der psychischen Erkrankung eines Elternteils auf das Leben der Kinder, zusätzlich sind aber Familien mit einem psychisch kranken Elternteil häufig noch Belastungen ausgesetzt, die in keinem direkten Zusammenhang zur psychischen Erkrankung stehen. So nennt Deneke auch allgemeine soziale Probleme, wie Arbeitslosigkeit, Armut, soziale Isolation und einen hohen Anteil von allein erziehenden Eltern in Familien mit psychisch kranken Eltern (Deneke 1998). A. Lenz hat in der oben zitierten Zusammenfassung vor allem die Gefühlslage der Kinder und Jugendlichen beschrieben. F. Mattejat nennt in seinem Buch „Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker“ weitere Probleme von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil:

> Desorientierung: Sie sind geängstigt und verwirrt, weil sie die Probleme der Eltern nicht einordnen und verstehen können.
> Schuldgefühle: Sie glauben, dass sie an den psychischen Problemen der Eltern Schuld sind. [.....]
> Tabuisierung (Kommunikationsverbot): Sie haben den – meist begründeten – Eindruck, dass sie über ihre Familienprobleme mit niemandem sprechen dürfen. Sie haben die Befürchtung, dass sie ihre Eltern verraten, wenn sie sich an Personen außerhalb der Familie wenden.
> Isolierung: Sie wissen nicht an wen sie sich mit ihren Problemen wenden können, und haben niemanden, mit dem sie darüber sprechen können. […]

Betreuungsdefizit: Sie erhalten zu wenig Aufmerksamkeit und Zuwendung, und ihnen fehlt die notwendige elterliche Führung bzw. Anleitung, weil die Eltern schon mit ihren eigenen Problemen überfordert sind.

Zusatzbelastungen: Sie sind durch zusätzliche Aufgaben (z. B. Haushaltsführung bei Klinikaufenthalten) belastet, so dass ihre eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund treten.

Verantwortungsverschiebung (Parentifizierung): Sie fühlen sich für die Eltern und die Familie verantwortlich und übernehmen teilweise elternhafte Funktionen (z. B. psychische Stabilisierung der Eltern; Elternrolle gegenüber den Geschwistern), mit denen sie überfordert sind.

Abwertungserlebnisse: Sie erleben, dass ihre Eltern und sie selbst von außenstehenden Personen (z. B. Freunden) abgewertet werden.

Loyalitätskonflikte innerhalb der Familie: Sie werden in Konflikte zwischen den Eltern einbezogen und haben dabei den Eindruck, sich für einen Elternteil entscheiden zu müssen.

Loyalitätskonflikt nach außen hin: Sie schämen sich vor Freunden und Bekannten für ihre Eltern und sind zwischen Loyalität und Distanzierung hin und her gerissen. (Mattejat und Lisofsky 2008)

Sollberger vermutet außerdem eine erschwerte Identitätsfindung bei Kindern und Jugendlichen von psychotisch erkrankten Eltern (Sollberger 2000). Obwohl die hier aufgeführten Probleme und „erschwerten Bedingungen“ von Kindern psychisch kranker Eltern in der Forschungsöffentlichkeit und in den damit befassten Institutionen bekannt sind, werden die Kinder und Jugendlichen häufig erst dann mit Unterstützungsangeboten versorgt, wenn sie bereits psychosoziale Auffälligkeiten zeigen (Franz et al 2012, Mattejat und Lisofsky 2008). Das Ziel durch ein familientherapeutisches Angebot zur Unterstützung der Familien einer Entstehung von Auffälligkeiten bei den Kindern vorzubeugen, also im Sinne einer Prävention einzugreifen, bevor die zahlreichen Belastungen der Familie zu Auffälligkeiten bei den Kindern führen können, verfolgt das Präventionsprojekt CHIMPs. Der genauen Darstellung des CHIMPs-Präventionsprojekts wird eine kurze Zusammenfassung des Familienberatungsansatzes von Beardslee et al. vorangestellt.

2.3 Das familienorientierte Präventionsprogramm von Beardslee und Mitarbeitern

Das von Beardslee und seinen Mitarbeitern entwickelte familienorientierte Präventionsprogramm bildet einen Teil der theoretischen Grundlage auf der das CHIMPs-Präventionsprojekt entwickelt wurde. Im Gegensatz zu Beardslees Beratungsansatz wird im CHIMPs-Präventionsprojekt jedoch diagnoseübergreifend gearbeitet. Beardslees Familienberatungsansatz richtet sich in erster Linie an Familien mit einem depressiv erkrankten Elternteil und dient der Prävention von depressiven Erkrankungen bei den Kindern und der Stärkung der Resilienzfaktoren der Kinder und Jugendlichen. Es wurde während der letzten 20 Jahre entwickelt und bereits in mehreren Langzeitstudien evaluiert, welche seine Wirksamkeit bestätigen konnten (Beardslee et al. 2007 und 2003). Die Hauptziele der von Beardslee entworfenen Intervention waren, durch die Information aller Familienmitglieder über die depressive Erkrankung und die Verknüpfung des psychoedukativen Wissens der Familienmitglieder mit ihren eigenen Erfahrungen, einen anderen Umgang mit der Krankheit in der Familie zu bewirken. Eine wichtige Ausgangshypothese war, dass der veränderte Umgang mit der Erkrankung in der Familie und das verbesserte Verständnis aller Familienmitglieder das Entstehen von depressiven Symptomen bei den Kindern vermindern sollte. In den 6-11 Sitzungen, aus welchen die Intervention bestand, wurde allen Familienmitgliedern von geschulten Klinikern unterschiedlicher Fachrichtungen Wissen über Depression und Wissen über Risiko- und Resilienzfaktoren der Kinder und Jugendlichen vermittelt. Die Eltern wurden ermutigt mit ihren Kindern in einen Dialog über die Erkrankung einzutreten und die Resilienz („Widerstandsfähigkeit“) ihrer Kinder zu stärken.

Als Vergleichsgruppe diente eine Gruppe von Eltern, die zwei Vorträge zum Thema Depression hörten. Auch in der Kontrollgruppe war ein Elternteil an Depression erkrankt und die Kinder waren im Alter zwischen 8 und 15 Jahren. Die Kinder der Vergleichsgruppe nahmen jedoch nicht an den Vorträgen teil und es wurde ein indirekter Effekt der elterlichen Psychoedukation auf die Kinder vermutet und überprüft. In den Befragungen der Familien, die während der Intervention, 1 Jahr danach und 2.5 Jahre nach der Intervention stattfanden, konnte in beiden Gruppen eine Veränderung im kindlichen Verhalten, eine Zunahme des kindlichen Krankheitsverständnisses und eine Abnahme internalisierender Symptome bei den

Kindern festgestellt werden. Dieser Effekt war jedoch in der Präventionsgruppe, in der die gesamte Familie an mehreren Sitzungen mit einem Kliniker teilgenommen hatte, ausgeprägter als in der Vortragsgruppe. Es ließ sich außerdem eine Zunahme der Verhaltensänderung aller Familienmitglieder über die Zeit feststellen und es bestand ein positiver Zusammenhang zwischen der Zunahme des kindlichen Krankheitsverständnis und der Verhaltensänderung beim Kind, die von den Eltern berichtet wurde. Da die Kinder, welche an Beardslees Präventionsprogramm teilnahmen zu Beginn der Intervention mehrheitlich gesund waren, konnte die Wirksamkeit der Prävention bezüglich des kindlichen Erkrankungsrisikos durch die Evaluation bestätigt werden. Es konnte eine langfristige, signifikante Abnahme der kindlichen Risikofaktoren und eine Zunahme der kindlichen Resilienz gezeigt werden: „By increasing children`s understanding of parental mood disorder, our interventions were found to promote resilience-related qualities in these children at risk" (Beardslee et al. 2003).

2.4 Das Präventionsprojekt „CHIMPs"

Das CHIMPs-Projekt widmet sich den „Children of Mentally Ill Parents", also den Kindern psychisch kranker Eltern. Es wurde an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf im Jahr 2005 begonnen und hat als übergeordnetes Ziel die Prävention psychischer Störungen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Diese Kinder gelten als Risikogruppe, die erst in den letzten Jahren in den Blickwinkel der Forschung gelangt ist (Schone und Wagenblass 2002). Das großangelegte Forschungsprojekt „CHIMPs" hat sich die genaue Untersuchung und Spezifizierung von Einflussfaktoren auf die Entwicklung von Kindern psychisch kranker Eltern zur Aufgabe gemacht und darauf aufbauend die Entwicklung eines an den Bedarf der Kinder und der Familien angepassten familientherapeutischen Beratungsangebotes. Der Aufbau und die Ziele dieser familientherapeutischen Beratung leiten sich zu großen Teilen von dem Modell der psychosozialen Entwicklungsbedingungen für Kinder psychisch kranker Eltern (Wiegand-Grefe 2007) ab. Dieses Modell wird in diesem Kapitel unter 2.4.1 detailliert beschrieben.

Vereinfachend lässt sich sagen, dass die familientherapeutische Beratung das Ziel hat 1. die individuelle und familiäre Krankheitsbewältigung, 2. die inner- und außerfamiliären Beziehungen und 3. die Paar- und Familiendynamik günstig zu beeinflussen (Wiegand-Grefe et al. 2011b). Die genannten Faktoren stellen die Hauptkomponenten des Modells der psychosozialen Entwicklungsbedingungen für Kinder psychisch kranker Eltern dar und von ihnen wird angenommen, dass sie als protektive Faktoren auf eine gesunde psychosoziale Entwicklung der Kinder psychisch kranker Eltern hinwirken können (Wiegand-Grefe et al. 2011b).

Auf der Ebene der Krankheitsbewältigung zielt die Beratung auf die Information und Aufklärung beider Elternteile über die Erkrankung und eine altersadäquate Aufklärung der Kinder über die Erkrankung des Elternteils ab. Außerdem möchte die Beratung eine verbesserte Kommunikation über die Erkrankung und die dadurch verursachten Probleme in der Familie bewirken (Wiegand-Grefe et al. 2011b). Die Beratung hat eine Stärkung der Bewältigungsmöglichkeiten im Umgang mit der Erkrankung in der Familie und im Umgang miteinander zum Ziel, zudem sollen die Familienmitglieder über Hilfsangebote aufgeklärt werden und in der Beratung sollen für die Familie bedeutsame Ereignisse, wie Klinikaufenthalte, Wohnungswechsel etc. thematisiert werden (Wiegand-Grefe et al. 2011b).

Auf der Ebene der Beziehungen hat die Beratung das Ziel die innerfamiliären Beziehungen zu stärken und die außerfamiliären Beziehungen zu verbessern, sodass sich für die Kinder auch andere kompensierende Beziehungserfahrungen ergeben. Die Eltern sollen im Rahmen der Beratung über Schutz- und Risikofaktoren für ihre Kinder aufgeklärt werden und in diesem Zusammenhang soll über mögliche Stärken und Schwächen der Kinder nachgedacht werden und über deren gezielte Unterstützung. Auf der Ebene der Familiendynamik soll in der Beratung versucht werden, die Erkrankung des Elternteils auch vor dem Hintergrund der jeweiligen Paar- und Familiendynamik zu verstehen und sie zu dieser in Beziehung zu setzen (Wiegand-Grefe et al. 2011b).

An dieser Stelle soll der Aufbau der familientherapeutischen Beratung genauer beschrieben werden und die inhaltliche Umsetzung der oben genannten Ziele der Beratung dargestellt werden. Die Informationen zum genauen Aufbau und Ablauf der familientherapeutischen Intervention sind alle dem Buch „Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Familienorientierte Prävention – Der CHIMPs-Beratungsansatz“ von

S. Wiegand-Grefe, S. Halverscheid, A. Plass und den Treffen der Diplomanden-und Doktorandengruppe zum Thema „CHIMPs“ entnommen. Die Beratung richtet sich an Familien, in denen ein oder beide Elternteile psychisch erkrankt sind und an die Kinder der Familien im Alter von 3 bis 21 Jahren. Alle Familienmitglieder nehmen sowohl einzeln als auch gemeinsam an Gesprächen teil. Die Beratung besteht aus drei Teilen. Zu Beginn der Beratung werden zwei Elterngespräche geführt, an dem nur die Eltern als Paar, oder bei alleinerziehenden Eltern unter Umständen auch der neue Partner oder nur der leibliche Elternteil teilnehmen. An die Elterngespräche schließen sich Gespräche mit jedem Kind der Familie einzeln an, sofern es zwischen 3 und 21 Jahren als ist. Außerdem werden mit allen Mitgliedern der Familie diagnostische Interviews durchgeführt, die eine Einschätzung der Krankheit des betroffenen Elternteils und möglicher psychischer Auffälligkeiten der Kinder ermöglichen. An die Gespräche mit den Kindern und die diagnostischen Interviews schließen sich drei Familiengespräche an. Die Gespräche mit der gesamten Familie stellen das Kernstück der Beratung dar. Hier sollen alle Themen, welche die gesamte Familie betreffen, besprochen werden und es sollen wichtige Themen aus den Einzelgesprächen zusammengetragen werden. Die Hauptthemen der Familiengespräche sind der Umgang der Familie mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils, das inner- und außerfamiliäre Beziehungsgefüge und aktuelle Probleme und Konflikte, die sich für die Familie infolge der Belastung durch die psychische Erkrankung eines Elternteils ergeben.
Die folgende Grafik illustriert den Ablauf der Beratung:

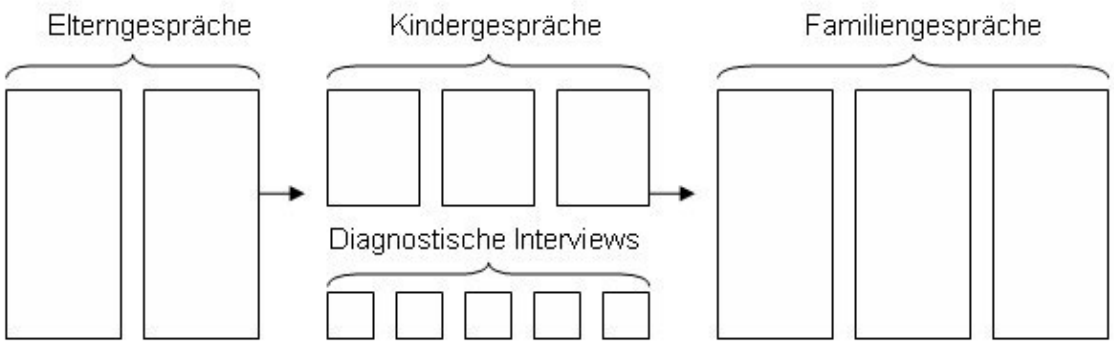

Abbildung 1: Aufbau der familientherapeutischen Beratung innerhalb des CHIMPs-Projekts (aus Wiegand-Grefe et al. 2011b)

Die Gespräche mit allen Familienmitgliedern haben vier Kernelemente gemeinsam, und zwar die Diagnostik, das Gespräch über die Ziele der Beratung, die Intervention und einen Ausblick auf die Zukunft der Familie und den weiteren Umgang mit der Erkrankung eines Elternteils. Wichtige Elemente der Elterngespräche zu Beginn der Beratung sind: die momentane Lebenssituation der Familie, auch die berufliche und finanzielle Situation und aktuelle Probleme, der Verlauf und der aktuelle Schweregrad der Erkrankung des betroffenen Elternteils, die Krankheitsbewältigung, die Beziehung der Eltern zueinander und die Beziehung zu den Kindern, die Situation der Kinder aus Sicht der Eltern und die Ziele und Wünsche der Eltern hinsichtlich der Beratung.
Bezüglich der individuellen und familiären Krankheitsbewältigung, die ein zentrales Thema der gesamten Beratung darstellt, werden vor allem die folgenden Aspekte besprochen:

- Das Wissen des Patienten, des Partners und der Kinder über die Erkrankung
- Subjektive Krankheitstheorien der Familienmitglieder
- Gespräch über die Erkrankung und den emotionalen Umgang des Paares mit der Erkrankung
- Die Offenheit bezüglich der Erkrankung den Kindern gegenüber und der Grad der Aufklärung der Kinder über die Erkrankung des Elternteils
- Die Offenheit bezüglich der Erkrankung gegenüber Freunden und Bekannten
- Klärung der Frage, welche Hilfs- und Unterstützungsangebote die Familie in Anspruch nimmt, bzw. in der Vergangenheit in Anspruch nahm (Wiegand-Grefe et al. 2011b).

Die Themen der Kindergespräche werden je nach Alter des Kindes in unterschiedlicher Form und Ausführlichkeit besprochen. Hauptthema aller Kindergespräche ist jedoch die Erkrankung des jeweiligen Elternteils aus Sicht des Kindes und der Umgang mit der Erkrankung in der Familie aus Sicht des Kindes, außerdem das Wissen des Kindes über die Erkrankung und die subjektiven Krankheitstheorien des Kindes. Weiterhin sind die Beziehungen des Kindes zu den anderen Familienmitgliedern und zu anderen, wichtigen Personen außerhalb der Familie Thema der Gespräche. Und schließlich wurden auch die Kinder nach ihren

Wünschen hinsichtlich der Beratung und nach ihren persönlichen Stärken und Schwächen und Ressourcen befragt.
Die Dauer der Beratung variierte je nach Anzahl der Kinder und je nach Gesprächsbedarf der Familie, der oben dargestellte Ablauf der Beratungsgespräche wurde jedoch für jede Familie angeboten. Im Folgenden wird das Modell der psychosozialen Entwicklungsbedingungen für Kinder psychisch kranker Eltern, woran sich die Inhalte der familientherapeutischen Beratung orientieren, genauer beschrieben.

2.4.1 Das Modell der psychosozialen Entwicklungsbedingungen für Kinder psychisch kranker Eltern

Für die Struktur und die Ziele der familientherapeutischen Intervention des CHIMPs-Projekts von zentraler Bedeutung ist das „Modell der psychosozialen Entwicklungsbedingungen für Kinder psychisch kranker Eltern“ (Wiegand-Grefe 2007), welches von Frau Prof. Dr. Wiegand-Grefe in Anlehnung an das Modell von Mattejat et al. (2000) entwickelt wurde. Da die Struktur der familientherapeutischen Beratung auf diesem Modell fußt, soll an dieser Stelle auf die wichtigsten Elemente des Modells eingegangen werden.
Das Modell bildet die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Entwicklung von Kindern psychisch kranker Eltern ab und fasst die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Faktoren zusammen (Wiegand-Grefe et al. 2011b). Es werden Elternvariablen, Kindvariablen und psychosoziale Entwicklungs- und Umweltbedingungen des Kindes mit der Krankheitsbewältigung, den interpersonellen Beziehungen und der Paar-und Familiendynamik in Beziehung gesetzt. Für das Risiko des Kindes ebenfalls eine psychische Erkrankung zu entwickeln werden innerhalb des Modells die folgenden Elternvariablen als bedeutsam aufgefasst: die Art der elterlichen Erkrankung (Diagnose, Schweregrad, Dauer der Erkrankung, auslösende Ereignisse) und die individuelle Psychodynamik beider Elternteile (Wiegand-Grefe et al. 2011b). Unter den psychosozialen Entwicklungs- und Umweltbedingungen werden beispielsweise das soziale Umfeld des Kindes (Schule, Nachbarschaft etc.) und die ökonomischen Verhältnisse der Familie subsumiert.

Unter den „Kindvariablen“ werden in dem Modell (a) die genetisch-biologische Prädisposition, (b) demographische Faktoren, wie Alter und Geschlecht und (c) psychosoziale Erfahrungen des Aufwachsens, wie beispielsweise der elterliche Erziehungsstil, Trennungserlebnisse und die Unterstützung und Aufmerksamkeit seitens der Eltern verstanden. Die genannten Eltern- und Kindvariablen und die psychosozialen Entwicklungsbedingungen des Kindes werden innerhalb des Modells zu zwei potentiell protektiven Faktoren in Beziehung gesetzt, der Art und Angemessenheit der individuellen und familiären Krankheitsbewältigung und der Qualität der innerfamiliären und außerfamiliären Beziehungen.

Für Mattejat et al (2000) sind beide Faktoren von großer Bedeutung für eine gesunde Entwicklung der Kinder psychisch kranker Eltern. Nach Wiegand-Grefe et al (2011b) umfasst die Krankheitsbewältigung zum einen die innere Einstellung zur Erkrankung und die folgenden Bewältigungsstrategien: Verleugnung, Verdrängung, Tabuisierung, Überbewertung und Fixierung auf die Krankheit. Für besonders wichtig erachten Wiegand-Grefe et al. auch die Krankheitseinsicht, also das Anerkennen der Krankheit durch das erkrankte Elternteil.

Unter einer „gelungenen“ Krankheitsbewältigung verstehen die Autorinnen eine Form der Bewältigung, bei der die Krankheit weder verleugnet noch überbewertet wird und bei der eine „aktive Auseinandersetzung mit der Krankheit“ stattfindet, ohne dass der Betreffende überfordert oder unterfordert ist (Wiegand-Grefe et al. 2011b). Weiter nehmen Wiegand-Grefe et al. an, dass ein Anerkennen der Krankheit und der damit verbundenen, potentiellen Konflikte und Belastungen für die Familie eine Voraussetzung für die Inanspruchnahme von therapeutischen Hilfsangeboten auch zur Unterstützung der Kinder, darstellt.

Neben der Krankheitsbewältigung werden als weiterer wichtiger Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit des Kindes der Umfang und die Qualität der interpersonellen Beziehungen angenommen. Die Autorinnen sprechen von „stabilen, tragfähigen und Sicherheit vermittelnden interpersonellen Beziehungen“ zwischen Eltern und Kindern, welche, sofern vorhanden, die Entwicklung des Kindes günstig beeinflussen (Wiegand-Grefe et al. 2011b). Weiterhin wurde in dem Modell von Frau Prof. Dr. Wiegand-Grefe den beiden zentralen Faktoren „Krankheitsbewältigung“ und „interpersonelle Beziehungen“ noch die Dimension der Paar- und Familiendynamik hinzugefügt, welche Aspekte wie Familienfunktionalität, Kommunikation und

Rollenverteilung in Partnerschaft und Familie beinhaltet (Wiegand-Grefe et al. 2011b).

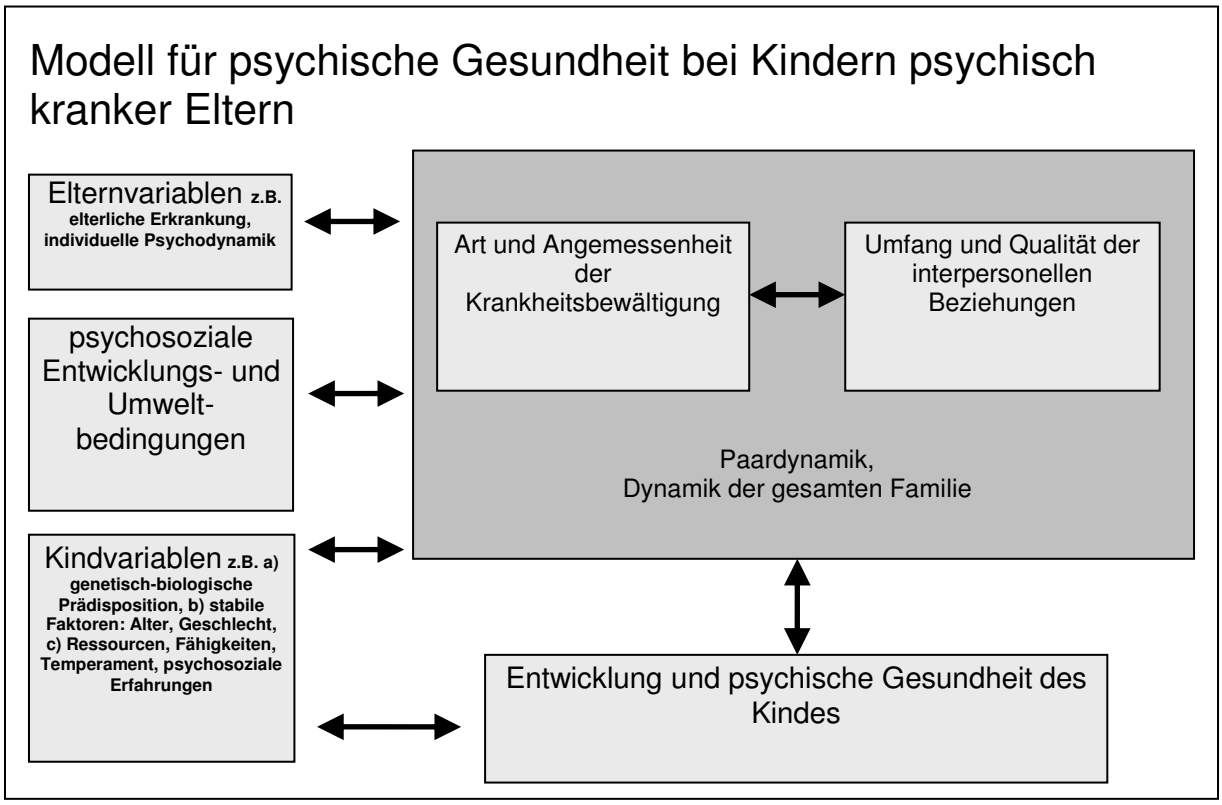

Abbildung 2: Modell der psychosozialen Entwicklungsbedingungen für Kinder psychisch kranker Eltern (aus Wiegand-Grefe et al. 2011b)

2.5 Das Konzept der Krankheitsbewältigung und seine Bedeutung für die familientherapeutische Intervention im CHIMPs-Projekt

Den Begriff der „Krankheitsbewältigung“ zu definieren ist kein einfaches Unterfangen, da in der Forschung sehr unterschiedliche theoretische Konzepte von „Krankheitsbewältigung“ existieren, aus denen sich keine einheitliche Definition ableiten lässt (Wiegand–Grefe et al. 2010, Wendt und Petermann 1996). Krankheitsbewältigung leitet sich vom Oberbegriff des „coping“ her (coping von Englisch „to cope with“ = fertig werden mit). (Langenscheidts Taschenwörterbuch Englisch 2000). Die Krankheitsbewältigung stellt eine Unterform des copings dar, den Umgang mit einer körperlichen oder psychischen Erkrankung (Muthny 1989). Zwei

historische Quellen gelten als wegweisend für die Entstehung des Konzepts der Krankheitsverarbeitung. Einmal die aus der Psychoanalyse hervorgegangene Theorie der Abwehrmechanismen, wie z. B. die Verdrängung, Verleugnung und Verschiebung und die historisch jüngere Stress- und Copingforschung mit dem Transaktionsmodell zur Stressverarbeitung von Lazarus und Folkman (1994) (Roe et al. 2006, Muthny 1988). Als einer der Hauptbegründer der Stress- und Coping-Theorie definiert Lazarus „coping" folgendermaßen: „We define coping as constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person" (Lazarus und Folkman 1984).

In Anlehnung an diese Definition von Lazarus und Folkman definiert F. Muthny „Krankheitsverarbeitung" als: „die Gesamtheit der Prozesse, um bestehende oder erwartete Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit emotional, kognitiv oder aktional aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern" (Muthny 1989). Diese Definition von Muthny soll in dieser Arbeit dem Konzept der Krankheitsbewältigung zugrunde gelegt werden. Zum einen weil in ihr eine Präzisierung der Lazarusschen Definition vorgenommen wird, indem sich Muthny explizit auf die Bewältigung von Krankheit bezieht und zum anderen weil der Prozesscharakter von Coping in der Definition enthalten ist. Da Muthny außerdem der Autor des in dieser Studie verwandten „Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung" (FKV) ist, liegt es nahe sich auf seine Definition der Krankheitsbewältigung zu beziehen. Sowohl Lazarus als auch Muthny unterscheiden kognitive, emotionale und handlungsorientierte Strategien des Copings. Lazarus unterscheidet in seiner Stress- und Copingtheorie zwischen den übergeordneten Formen des „emotion-focused" und „problem-focused" Coping. Das emotionsbezogene Coping zielt auf eine Regulierung der durch einen Stressor ausgelösten Gefühle und Gedanken, während das problembezogene Coping auf eine direkte Veränderung oder Beeinflussung der stressauslösenden Situation abzielt (Lazarus und Folkman 1984, Roe et al. 2006).
Dieser Unterscheidung schließen sich viele Autoren an, so entwickelte I. Seiffge-Krenke 1995 ein drei-dimensionales Copingmodell worin zwischen problemzugewandten, lösungsorientierten Ansätzen (aktives Coping), kognitiv-reflektierenden Problemlösestrategien (internales Coping) und dysfunktionalen

Rückzugsstrategien (Rückzug) unterschieden wird (Seiffge-Krenke und Lohaus 2007). Ebenfalls auf der Lazarusschen Unterscheidung aufbauend und diese erweiternd, entwickelte Schwarzer ein Copingmodell, welches die zeitliche bzw. prozessuale Komponente des Copings einbezieht. Er unterscheidet darin „reaktives, antizipatorisches, präventives und proaktives Coping“ (Schwarzer 2001).
Große Uneinigkeit besteht in der Fachöffentlichkeit bezüglich der Frage von Stabilität und Variabilität von Copingstrukturen über die Zeit, (Heim et al. 1990) bezüglich der Gewichtung von Coping als entweder Trait- (persönlichkeitsassoziiertes) oder State- (Situationsassoziiertes) Verhalten (Lazarus 1993) und vor allem bezüglich der Frage nach Effektivität und Adaptivität von Coping (Franke 2007, Muthny 1990, Heim 1988). Die Frage nach der Effektivität von Coping ist für die in dieser Arbeit untersuchten Fragestellungen zur post-interventionell veränderten Krankheitsbewältigung und zur Krankheitsbewältigung als mögliche Moderatorvariable für Lebensqualität von großer Bedeutung. Diese Frage nach „effektiven und nützlichen Formen des Copings“ bzw. nach „ineffektiven und weniger nützlichen Copingformen“ wird und wurde in der Forschungsöffentlichkeit intensiv diskutiert (Schmid et al. 2006, Roe et al. 2006, Klein-Heßling 2002, Rumpf und Wessel 1995). Lazarus formuliert und beantwortet diese zentrale Frage folgendermaßen:

> I make the contextualist assumption—with considerable empirical support—that whether a coping process is good or bad, adaptationally speaking, depends on the particular person, the specific type of encounter, in the short or long run, and the outcome modality being studied, for example, morale, social functioning, or somatic health. There may be no universally good or bad coping processes, though some might more often be better or worse than others. (Lazarus 1993)

Lazarus nimmt hier an, dass kein Copingprozess existiert, der „universell gut“ , der also immer effektiv ist, weil der Copingprozess ein komplexes Zusammenspiel aus von der Person abhängigen und situativen Aspekten darstellt. Lazarus und zahlreiche andere Autoren betonen deshalb die Bedeutung von Langzeitstudien für Erkenntnisse über zeitlich stabile, „effektive“ Copingformen (Lazarus 1993, Muthny 1988).

Zentrales Element der Lazarusschen Copingtheorie ist das „Transaktionale Modell“, in dem Coping als ein Prozess aus Bewertung eines belastenden Ereignisses, Versuch der Anpassung und Neubewertung begriffen wird (Lazarus 1984, Muthny 1988). Grundlegend für das „Transaktionale Modell des Copings“ ist die bereits erwähnte Annahme einer Wechselwirkung zwischen Person und Situation und da diese Wechselwirkung nicht statisch sein kann, versteht Lazarus Coping als einen Prozess: „Coping is thus a shifting process in which a person must, at certain times, rely more heavily on one form of coping , say defensive strategies, and at other times on problem-solving strategies, as the status of the person-environment relationship changes“ (Lazarus 1984). Den Prozesscharakter von Coping bzw. von Krankheitsverarbeitung mithilfe von Messinstrumenten in Querschnittstudien abzubilden gelingt nur schwer, deshalb die Forderung nach Langzeitstudien mit wiederholten Messungen (Lazarus 1993, Muthny 1988). Ebenfalls von großer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Forderung nach Außenkriterien für die Beurteilung eines Copingprozesses (Broda 1990, Heim 1998).

> Eng verbunden mit der Effektivität von Bewältigung, ist die Frage nach der Zielebene. Was für kurzfristige Ziele effektiv sein mag, kann langfristig schädlich sein, (Verleugnung behandlungsbedürftiger Krankheitssymptome). Deswegen sollte immer genau spezifiziert werden, im Hinblick worauf eine Bewältigung beurteilt werden soll. (Broda 1990)

Diese Forderung nach einer Spezifizierung des Copings unter Bezugnahme auf Außenkriterien berücksichtigen zahlreiche Autoren indem sie Copingstrategien in Beziehung zu beispielsweise Lebensqualität setzen (Hedlund et al 2010, Westerhuis 2011, Schmid et al 2006). Auch in dieser Arbeit wird überprüft, ob ein Zusammenhang zwischen einer veränderten Krankheitsbewältigung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Patienten besteht. Es sollen an dieser Stelle einige Studien referiert werden, in denen unter anderem der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung als Messinstrument dient. Ein Urteil darüber, welche Copingmuster als universell „effektiv“ betrachtet werden können, kann aus den genannten Gründen nicht gefällt werden, die Studien liefern jedoch zum Teil durchaus übereinstimmende Ergebnisse.

In der Kurzform des Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV-LIS), der im CHIMPs-Projekt der Erfassung der individuellen Krankheitsverarbeitung von Patient und Lebenspartner dient, werden die folgenden fünf Krankheitsverarbeitungsmodi unterschieden: 1. Depressive Verarbeitung, 2. Aktives problemorientiertes Coping, 3. Ablenkung und Selbstaufbau, 4. Religiosität und Sinnsuche, 5. Bagatellisierung und Sinnsuche (vgl. Kapitel 3). In nur sehr wenigen Studien kommt der FKV zur Messung der Krankheitsbewältigung bei psychisch erkrankten Patienten zum Einsatz, für die Erfassung körperlicher Krankheiten stellt der FKV jedoch ein häufig erprobtes Messinstrument dar.

In einer Regensburger Studie zur Lebensqualität schizophren Erkrankter in Zusammenhang mit Krankheitsbewältigungsstrategien wird der FKV-LIS als Messinstrument für die Krankheitsverarbeitung verwandt. Schmid et al. untersuchten mit Korrelations- und Regressionsanalysen bei 117 schizophrenen Patienten Zusammenhänge zwischen Lebensqualität (WHOQOL-BREF), Krankheitsverarbeitung (FKV-LIS), Kontrollüberzeugungen (KKG), Befindlichkeit und Medikation (SWN-K), Behandlungszufriedenheit (ZUF-8), Belastungen der Angehörigen (FBA) sowie soziodemographischen und krankheitsbezogenen Merkmalen. Bezüglich der Krankheitsverarbeitung der Patienten korrelierte ein aktiv problemorientierter Verarbeitungsstil positiv mit der physischen und psychischen Lebensqualität. Prädiktoren einer besseren Lebensqualität der schizophren Erkrankten waren aktive problemorientierte Krankheitsverarbeitung, Behandlungszufriedenheit, Wahrnehmung positiver Veränderungen infolge der Erkrankung sowie berufliche Tätigkeit des Patienten. Unfreiwillige Behandlung des Patienten sowie Bagatellisierung und Wunschdenken als Verarbeitungsstrategie des Patienten prädizierten dagegen Beeinträchtigungen der Lebensqualität (Schmid et al 2006).

In einer niederländischen Studie wurde der Zusammenhang von Copingstil und Lebensqualität bei an Epilepsie erkrankten Patienten (N=105) untersucht. Die Studienpopulation zeigte verglichen mit der Referenzpopulation vermehrt einen passiven Copingstil, welcher mit niedrigen Werten auf der seelischen Skala der gesundheitsbezogenen Lebensqualität hoch korrelierte. Zudem erklärte ein passiver Copingstil 45% der Varianz in der seelischen Komponente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und war damit bedeutsamer als „objektive“

Kriterien, wie die Anfallshäufigkeit (Westerhuis et al 2011). In einer Studie zu „Copingmuster und Adaptivität bei multipler Sklerose“ kommt ebenfalls der FKV-LIS zur Anwendung. Hier wurde an 210 MS-Patienten der Zusammenhang zwischen Krankheitsverarbeitungsmuster, Lebensqualität und soziodemographischen, krankheitsbedingten und psychosozialen Variablen untersucht. In einer Clusteranalyse zeigte sich hier, dass Patienten mit unterdurchschnittlich niedrigen Werten für „depressive Verarbeitung“ und für „Bagatellisierung und Wunschdenken“, aber überdurchschnittlich hohen Werten für „Aktives problemorientiertes Coping“, „Ablenkung und Selbstaufbau“ und „Religiosität und Sinnsuche“ ihre eigene Lebenszufriedenheit signifikant höher einschätzten als die Gruppe mit einem entgegengesetzten Copingmuster. Die Gruppe mit höherer Lebensqualität hatte außerdem eine längere Krankheitsdauer, ein im Durchschnitt höheres Lebensalter und mehr sozialen Rückhalt, als die Gruppe mit hohen Werten für depressive Verarbeitung und Bagatellisierung und Wunschdenken (Rumpf und Wessel 1995).
In einer Untersuchung zur Krankheitsbewältigung und Lebensqualität von psychisch kranken Patienten und ihren Angehörigen wurden an der Universität Regensburg n=328 Patienten und n=145 Angehörige bezüglich ihrer Krankheitsbewältigung und des Zusammenhangs mit Lebensqualität und Belastungsempfinden untersucht. Nach differenzierter Analyse der Zusammenhänge zwischen den genannten Parametern subsumiert die Autorin die Krankheitsbewältigungsstile: Depressive Verarbeitung und Bagatellisierung und Wunschdenken unter die maladaptiven Bewältigungsstrategien. Die Verarbeitung der psychischen Krankheit mittels aktivem, problemorientierten Coping, Ablenkung und Selbstaufbau und Religiosität und Sinnsuche ordnet die Autorin den adaptiven Copingformen zu (Bauer 2010).
Robilotta et al. untersuchten in einer qualitativen Studie explizit die Copingformen von psychisch erkrankten Erwachsenen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die psychisch erkrankten Erwachsenen vor allem „problembezogene“ Copingformen (85,7%), wie die Inanspruchnahme professioneller Hilfe und die Suche nach sozialer Unterstützung anwendeten. An zweiter Stelle der häufig angewendeten Copingstrategien nennen die Autoren „vermeidende“ Copingformen (53,57%), wie Substanzmissbrauch und „Verlassen/Vermeiden der stressauslösenden Situation“. Die Autoren der Studie stellen jedoch keinen Vergleich mit einer psychisch gesunden Population an (Robilotta et al. 2010). Mit den Zusammenhängen zwischen

Religiosität und psychischer Gesundheit setzten sich Klein und Albani auseinander. In einer Analyse mehrerer Studien kommen sie zum dem Schluss, dass Religiosität insgesamt positiv mit psychischer Gesundheit assoziiert ist und eine Ressource im therapeutischen Prozess darstellen kann (Klein und Albani 2007).

Der kurze Überblick über Studien zur Krankheitsbewältigung illustriert die Notwendigkeit, die Formen von Krankheitsbewältigung, die untersucht werden, für den Einzelfall genau zu definieren und die „Güte“ oder „Effektivität“ von Krankheitsbewältigung anhand von Außenkriterien ebenfalls für den Einzelfall zu definieren. In den genannten Studien, welche die Krankheitsbewältigung über den FKV erfassen, sind die Verarbeitungsmodi „Depressive Verarbeitung“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“ mit geringerer Lebensqualität korreliert. Die Krankheitsverarbeitungsmodi „Aktives problemorientiertes Coping“, „Ablenkung und Selbstaufbau“ und „Religiosität und Sinnsuche“ sind mit höher eingeschätzter Lebensqualität der Erkrankten assoziiert (Bauer 2010, Schmid et al. 2006, Rumpf und Wessel 1995). Die große Vielfalt an Copingmodellen und verschiedenen Definitionen von Krankheitsbewältigung, sowie der bereits beschriebene „Prozesscharakter“ von Coping erfordern die weitere Untersuchung von Krankheitsbewältigung und anderen individuellen Copingmodi auch anhand von Langzeitstudien.

In der CHIMPs-Studie wird zum einen die individuelle Krankheitsbewältigung von psychisch krankem Elternteil und Lebenspartner untersucht. Die individuelle Krankheitsbewältigung wird anhand der FKV-LIS erhoben. Die familiäre Krankheitsbewältigung wird über selbstformulierte ad-hoc Items (siehe 4.3.) zum Umgang mit der Erkrankung in der Familie erhoben. Es werden das erkrankte Elternteil, der Lebenspartner und die Kinder (>10 J.) anhand der ad-hoc Items befragt. Der individuellen und familiären Krankheitsbewältigung in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil wird eine wichtige Rolle als Einflussfaktor auf die gesunde Entwicklung der Kinder zugeschrieben. Sowohl in dem Rahmenmodell zu den psychosozialen Vermittlungsprozessen bei Kindern psychisch Kranker (Mattejat et al. 2000) als auch in seiner Erweiterung durch Prof. Dr. Wiegand-Grefe (2007) stellt die elterliche Krankheitsbewältigung einen zentralen Einflussfaktor auf die gesunde psychische Entwicklung der Kinder dar (Wiegand-Grefe et al. 2011b). Ein Zusammenhang zwischen elterlicher Krankheitsbewältigung und der Gesundheit der

Kinder konnte bereits für einige Strategien der Krankheitsbewältigung nachgewiesen werden, jedoch nicht in dem vorher vermuteten Ausmaß (Wiegand-Grefe et al. 2010). Im Rahmen der Evaluation des Präventionsprojekts CHIMPs konnte bereits gezeigt werden, dass sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder und ihre soziale Unterstützung nach der Intervention im Vergleich zur Wartelistenkontrollgruppe verbessern (Wiegand-Grefe et al. 2012). In einer weiteren Arbeit im Rahmen der Evaluation des Forschungsprojekts konnte ein Zusammenhang zwischen der elterlichen Krankheitsverarbeitung und dem Ausmaß der psychischen Auffälligkeit der Kinder für eine der FKV-Skalen gefunden werden (Cronemeyer 2011).

In Erweiterung dieser Arbeit zur Evaluation der individuellen Krankheitsverarbeitung wird in der vorliegenden Arbeit auch die familiäre Krankheitsbewältigung im prä-post Vergleich evaluiert und es wird geprüft, ob ein Zusammenhang zwischen elterlicher Krankheitsbewältigung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Eltern nach der Intervention feststellbar ist. Ein Zusammenhang zwischen depressiver Krankheitsverarbeitung der Eltern und einer geringer eingeschätzten Lebensqualität der Kinder konnte festgestellt werden (Jeske et al. 2009), der Zusammenhang zwischen elterlicher Krankheitsbewältigung und der von ihnen selbst eingeschätzten Lebensqualität wurde bislang nicht untersucht.

Eine englische Studie untersuchte die Mediatorrolle von Coping für den Zusammenhang zwischen Krankheitsauffassung und psychologischem Stress bei den Angehörigen schizophren Erkrankter. Die Autoren verstehen unter effektiven Bewältigungsstrategien solche, die entweder die belastende Situation direkt beeinflussen oder eine Regulation der dadurch bedingten negativen Gefühle herbeiführen (Fortune et al. 2005). Von den FKV-Krankheitsverarbeitungsmodi: depressive Verarbeitung und Bagatellisierung und Wunschdenken kann angenommen werden, dass sie die genannten Bedingungen für eine adaptive Bewältigung von Fortune et al. nicht erfüllen. Die Krankheitsverarbeitungsmodi: Aktives problemorientiertes Coping, Ablenkung und Selbstaufbau und Religiosität und Sinnsuche erfüllen die genannten Kriterien von Fortune et al.

In Zusammenschau der oben referierten Studien werden in dieser Arbeit die depressive Krankheitsverarbeitung und ein Coping mittels Bagatellisierung und Wunschdenken als weniger effektiv und hilfreich zur Bewältigung der psychischen

Erkrankung eingeschätzt. Eine generelle Einteilung in effektive und nicht effektive Krankheitsbewältigung ist vor dem Hintergrund der diskutierten Überlegungen jedoch nicht möglich und nicht sinnvoll.

Die familiäre Krankheitsbewältigung, welche in dieser Arbeit im prä-post Vergleich untersucht wird, bezieht sich auf den Umgang mit der elterlichen psychischen Erkrankung in der gesamten Familie und sie umfasst verschiedene Aspekte. Ein zentraler Aspekt der familiären Krankheitsbewältigung ist die Krankheitseinsicht der Eltern bzw. die Akzeptanz der Krankheit, da die Krankheitseinsicht im Idealfall einen Umgang mit der Krankheit bedingen kann, der weder von Verleugnung noch von Überbewertung geprägt ist und der eine aktive Auseinandersetzung mit der Krankheit erlaubt (Wiegand-Grefe et al. 2011b). Die Krankheitseinsicht wird auch als eine Voraussetzung dafür betrachtet, dass medikamentöse und andere Therapiemaßnahmen von den betroffenen Eltern wahrgenommen werden und die Notwendigkeit der Förderung und Unterstützung der eigenen Kinder anerkannt wird (Wiegand-Grefe et al. 2011b). Es ist daher ein erklärtes Ziel der familientherapeutischen Intervention im CHIMPs-Projekt die familiäre Krankheitsbewältigung durch Psychoedukation und therapeutischen Diskurs über die Erkrankung günstig zu beeinflussen.

3. Material und Methoden

3.1 Studiendesign

Das Forschungs- und Präventionsprojekt „CHIMPs“ gliedert sich in zwei Teile: eine Vorstudie und eine Interventionsstudie.
In der Vorstudie (Erhebungszeitraum: August 2005 bis Mai 2006) wurde in einer einrichtungsrepräsentativen Querschnittserhebung mittels standardisierter Fragebögen und ergänzender Items innerhalb eines 9-monatigen Erhebungszeitraums alle in der Klinik für Psychiatrie stationär und tagesklinisch aufgenommenen Patienten, die minderjährige Kinder hatten, erfasst. Diese wurden mit einem Fragebogeninventar, das sich aus standardisierten Messinstrumenten und studienspezifischen Items zusammensetzte, befragt. In der Vorstudie wurden als wichtigste Parameter: die Krankheitsbewältigung der Eltern, das Bindungsmuster der Eltern, die Familienfunktionalität, das Ausmaß der sozialen Unterstützung, die elterliche gesundheitsbezogene Lebensqualität und die psychische Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder aus Sicht der Eltern erhoben.
Aufbauend auf dem „Modell der psychosozialen Entwicklungsbedingungen für Kinder psychisch kranker Eltern“ (Wiegand-Grefe 2007) und den Erkenntnissen aus der Vorstudie wurde ab dem Frühjahr 2007 ein präventives, familientherapeutisches Angebot für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil entwickelt und während und nach seiner Durchführung in einem kontrollierten Design evaluiert. In der Evaluationsstudie ist die zentrale Fragestellung, ob die Wirksamkeit des familienorientierten Ansatzes (im Vergleich zur Kontrollgruppe) nachweisbar ist, das heißt, dass sich die Parameter, auf welche die Prävention abzielt, also die familiäre Krankheitsbewältigung, die Funktionalität der familiären und außerfamiliären Beziehungen, die Familiendynamik und die gesundheitsbezogene Lebensqualität in den Interventionsfamilien durch die Prävention positiv verändert haben (Wiegand-Grefe et al. 2011b). Die Evaluationsstudie ist eine prospektive, kontrollierte Evaluationsstudie im Prä-Post-Design mit einer 1-Jahres-Katamnese. Die Messung des Therapieerfolgs wurde mit direkter (am Ende der Behandlung) und mit indirekter Veränderungsmessung (Prä-Post-Messung) und mit einer Katamnese nach einem

Jahr erhoben. Die Erfolgseinschätzung wird aus Sicht des erkrankten Elternteils, des Partners, und aus der Perspektive der Kinder (ab 10 Jahren) erfragt (Wiegand-Grefe et al. 2011b). Für die Evaluation der familientherapeutischen Intervention wird als Wartelistenkontrollgruppe, der Anteil der Familien aus der Vorstudie, die ebenfalls an der Intervention teilgenommen haben, herangezogen. Neben einem Prä-Post-Vergleich wird ein Vergleich von Wartelistenkontrollgruppe und Interventionsgruppe vor Beginn der Intervention durchgeführt, sowie ein Vergleich von Angaben direkt im Anschluss an die Intervention mit 1 Jahr nach der Intervention in einer katamnestischen Erhebung gewonnenen Daten.
Das Projekt CHIMPs ist ein Kooperationsprojekt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zwischen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und dem Institut und der Poliklinik für Medizinische Psychologie. Mittelfristig soll das präventive Angebot für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil ein fester Bestandteil des klinischen Alltags am Universitätsklinikum Eppendorf werden (Eva Pollak 2008).
Grundlage der vorliegenden Arbeit sind Daten aus der Vorstudie (Wartelistenkontrollgruppe), der Interventionsstudie und der katamnestischen Erhebung, ein Jahr nach Beendigung der familientherapeutischen Intervention.

Das folgende Schaubild soll den Aufbau der Studie verdeutlichen:

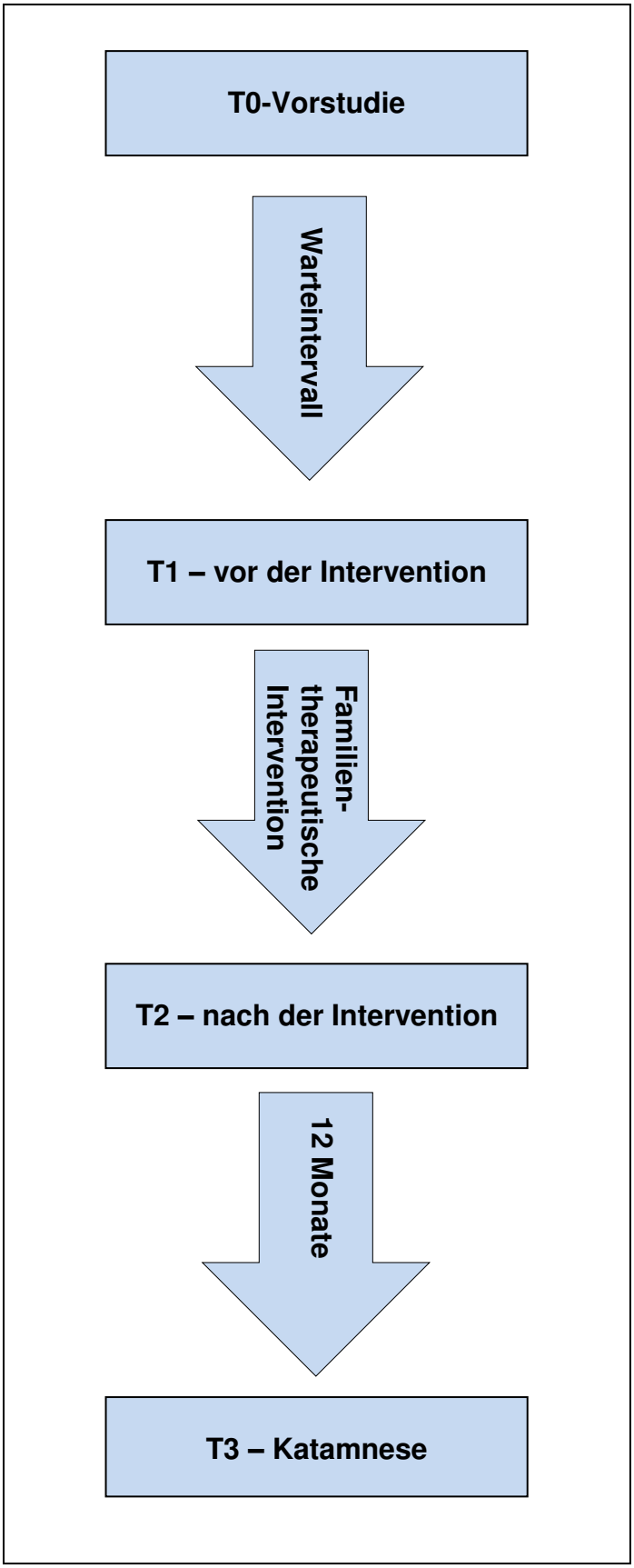

Abbildung 3: Überblick über Messzeitpunkte und Ablauf der CHIMPs- Studie

Das Warteintervall nach Ende der Vorstudie bis zum Beginn der Interventionsstudie betrug im Durchschnitt 17,6 Monate, jedoch variierte die Dauer des Warteintervalls zwischen den einzelnen Teilnehmern. Die Durchführung der familientherapeutischen Intervention dauerte zwischen 5 und 37 Monaten, auch hier variierte die Dauer abhängig vom Bedarf der Familie und der Anzahl der Kinder. Nur N=21 erkrankte Elternteile und N=21 Lebenspartner gaben im Fragebogen zu T1 und zu T2 das Datum des Tages an, an welchem sie den Fragebogen jeweils ausfüllten. Für die N=21 erkrankten Elternteile ergab sich eine durchschnittliche Beratungsdauer von x=16 Monaten, wobei die minimale Dauer der familientherapeutischen Intervention 5 Monate betrug und die maximale Dauer 37 Monate. Bei den Lebenspartnern gaben ebenfalls nur N=21 Personen zu beiden Zeiten das Datum an und es ergab sich auch hier eine mittlere Dauer der familientherapeutischen Intervention von 16 Monaten. Diese Variation in der Dauer der familientherapeutischen Intervention hat mehrere Gründe. So wurde bei allen Familien der jeweilige Beratungsbedarf berücksichtigt und zum Teil wurden mehr als 3 Familiengespräche geführt, weiterhin gab es in den Familien eine unterschiedliche Anzahl von Kindern und es haben nicht alle Familien das gesamte Beratungsangebot wahrgenommen. Von N=57 Familien haben N=40 die Beratung abgeschlossen, d.h. 40 Familien haben an mindestens einem Familiengespräch teilgenommen.

Tabelle 1: Aufbau der Studie und teilnehmende Gruppen

Messzeitpunkt	T0	Warteintervall	T1	Familientherapeutische Intervention	T2	T3
Untersuchte Gruppe	Patienten		Patienten Lebenspartner Kinder ab 10J.		Patienten Lebenspartner Kinder ab 10J.	Patienten Lebenspartner Kinder ab 10J.
Eingesetzter Fragebogen	Frage-bogen für Patienten in Vorstudie		- Fragebogen für Patienten vor der Behandlung - Kindermodul von beiden Eltern für jedes Kind ausgefüllt - Fragebogen für Lebenspartner, vor der Behandlung - Fragebogen heft für Kinder ab 10 J. vor der Behandlung		- Fragebogen für Patienten, nach der Behandlung - Kindermodul von Eltern für jedes Kind ausgefüllt, 1J. nach der Behandlung - Fragebogen für Lebenspartner nach der Behandlung - Fragebogen-heft für Kinder ab 10 J. nach der Behandlung	- Fragebogen für Patienten, 1J. nach Behandlung - Kindermodul von den Eltern für jedes Kind ausgefüllt, 1J. nach Ende der Behandlung -Fragebogen für Lebenspartner 1J. nach Behandlung - Fragebogen-heft für Kinder ab 10J. ausgefüllt 1J. nach Behandlung

3.2 Hypothesen

Im Rahmen dieser Arbeit werden die folgenden Fragestellungen und Hypothese untersucht.

<u>Fragestellung 1:</u>

Unterscheidet sich die *individuelle* Krankheitsbewältigung bei den erkrankten Elternteilen, die eine Intervention erhalten haben, von der individuellen

Krankheitsbewältigung bei den erkrankten Elternteilen in der Wartelistenkontrollgruppe, die keine Intervention erhalten haben?

Hypothese 1a:

Der Copingstil der „Depressiven Verarbeitung“ reduziert sich bei den erkrankten Elternteilen in der Interventionsgruppe, während sich bei den erkrankten Elternteilen, die keine Intervention erhielten, eine weniger ausgeprägte Reduzierung, keine Veränderung oder eine Zunahme der depressiven Verarbeitung zeigt.

Hypothese 1b:

Der Copingmodus „Aktives problemorientiertes Coping“ nimmt bei den erkrankten Elternteilen in der Interventionsgruppe zu, während sich bei den erkrankten Elternteilen in der Wartelistenkontrollgruppe eine weniger ausgeprägte Zunahme, eine Abnahme oder gar keine Veränderung des aktiven problemorientierten Copings zeigt.

Hypothese 1c:

Der Copingmodus „Ablenkung und Selbstaufbau“ nimmt bei den erkrankten Elternteilen in der Interventionsgruppe zu, während sich bei den erkrankten Elternteilen in der Wartelistenkontrollgruppe eine weniger ausgeprägte Zunahme, eine Abnahme oder keine Veränderung bei der Verwendung von „Ablenkung und Selbstaufbau“ zeigt.

Hypothese 1d:

Der Copingmodus „Religiosität und Sinnsuche“ wird von den erkrankten Elternteilen in der Interventionsgruppe ausgeprägter verwendet, während sich bei den erkrankten Elternteilen der Wartelistenkontrollgruppe eine weniger ausgeprägte Zunahme, keine Veränderung oder eine Abnahme von „Religiosität und Sinnsuche“ zeigt.

Hypothese 1e:

Der Copingmodus „Bagatellisierung und Wunschdenken“ reduziert sich bei den erkrankten Elternteilen in der Interventionsgruppe, während bei den erkrankten Elternteilen in der Wartelistenkontrollgruppe eine weniger ausgeprägte Reduzierung, keine Veränderung oder eine Zunahme von „Bagatellisierung und Wunschdenken“ messbar ist.

Fragestellung 2a:

Hat sich die *individuelle* Krankheitsbewältigung der *erkrankten Elternteile* zwischen T1 und T2 verändert?

Hypothese 2a:

Die erkrankten Elternteile verwenden nach der familientherapeutischen Intervention zu T2, im Vergleich zu T1, durchschnittlich häufiger die Copingmodi „Aktives problemorientiertes Coping“, „Religiosität und Sinnsuche“ und „Ablenkung und Selbstaufbau“ und sie verwenden im Durchschnitt weniger häufig die Copingmodi „Depressive Verarbeitung“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“.

Fragestellung 2b:

Hat sich die *individuelle* Krankheitsbewältigung der *Lebenspartner* zwischen T1 und T2 verändert?

Hypothese 2b:

Die Lebenspartner verwenden nach der familientherapeutischen Intervention zu T2, im Vergleich zu T1, durchschnittlich häufiger die Copingmodi „Aktives problemorientiertes Coping“ und „Ablenkung und Selbstaufbau“ und „Religiosität und Sinnsuche“ und sie verwenden im Durchschnitt weniger häufig die Copingmodi „Depressive Verarbeitung“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“.

Fragestellung 3:

Hat sich die *familiäre* Krankheitsverarbeitung nach der familientherapeutischen Intervention verändert oder verbessert?

Hypothese 3:

Die Familienmitglieder (erkranktes Elternteil, Lebenspartner, Kinder) beantworten die Einzelitems zum Umgang mit der Erkrankung in der Familie nach der familientherapeutischen Intervention zu T2 im Sinne eines offeneren und besseren Umgangs als zu T1.

Fragestellung 4:

Geht mit einer „effektiveren“ individuellen Krankheitsbewältigung eine verbesserte Einschätzung der eigenen Lebensqualität der erkrankten Elternteile einher?

Hypothese 4:

Eine „effektivere“ individuelle Krankheitsbewältigung geht mit einer höher eingeschätzten, eigenen Lebensqualität der erkrankten Elternteile einher.

3.3 Auswertung

An dieser Stelle werden die statistischen Auswertungsmethoden zur Datenanalyse kurz dargestellt.

Zur Analyse des Datensatzes wurde die Statistik-Software „Statistical Package for Social Sciences“ (SPSS) Version 15 für Windows verwendet. Es wurden sowohl deskriptive als auch inferenzstatistische Verfahren verwendet. Die Dateneingabe wurde von studentischen Hilfskräften der Forschungsgruppe CHIMPs durchgeführt.

Für die Datenauswertung in dieser Arbeit wurde der Datensatz Stand: 1/2011 verwendet.

3.3.1 Auswertung der Fragestellung 1 und der Hypothesen 1a-e

Die Fragestellung 1 und die Hypothesen 1a-e wurden mittels einer *Repeated Measurement Varianzanalyse* analysiert. Um diese Hypothesen zu prüfen, werden im Rahmen der Repeated Measurement Varianzanalyse die Veränderungen bezüglich der Krankheitsverarbeitung in der Interventions- und Kontrollgruppe zwischen zwei verschiedenen Messzeitpunkten verglichen.

Den ersten Messzeitpunkt für die Kontrollgruppe (KG) stellt t0 (=Vorstudie) dar und den zweiten Messzeitpunkt stellt T1 (=vor Beginn der Interventionsphase) dar. Bei der Interventionsgruppe (IV) geht T1 (=vor Beginn der Interventionsphase) als erster Messzeitpunkt in die Varianzanalyse ein und T2 (=nach der Intervention) geht als zweiter Messzeitpunkt in die Varianzanalyse ein. Es wird also die Veränderung der Krankheitsverarbeitung in der Interventionsgruppe zwischen T1 und T2 mit der Veränderung in der Kontrollgruppe zwischen t0 und T1 verglichen.

Der entscheidende Unterschied zwischen den Gruppen besteht darin, dass in der Interventionsgruppe zwischen den beiden Messzeitpunkten die familientherapeutische Intervention durchgeführt wurde, während in der Kontrollgruppe zwischen den beiden Messzeitpunkten keine familientherapeutische

Intervention stattfand. In die Varianzanalyse gingen als Innersubjektfaktoren die FKV-Skalenwerte zu den beiden Messzeitpunkten ein. Als Zwischensubjektfaktoren ging die Gruppe (KG oder IV) in die Varianzanalyse ein.
Die Kontrollgruppe besteht aus 14 Patienten und die Interventionsgruppe aus 17 Patienten. Für die Durchführung der Varianzanalyse wurden diejenigen Patienten in der Wartelistenkontrollgruppe, die später auch an der familientherapeutischen Intervention teilnahmen, nicht in die Interventionsgruppe eingeschlossen, da ihre Angaben sonst mehrfach in die Varianzanalyse eingegangen wären. Voraussetzungen für die Durchführung einer Varianzanalyse sind die Normalverteilung in der Grundgesamtheit, Varianzhomogenität und eine Unabhängigkeit der einzelnen Stichproben (Nachtigall und Wirtz 2009).

3.3.2 Auswertung der Fragestellung 2a und 2b und der Hypothesen 2a und 2b

Die zweite Fragestellung und die Hypothesen 2a und b wurden mittels t-Tests für abhängige Stichproben untersucht. Die individuelle Krankheitsverarbeitung der erkrankten Elternteile (2a) und der Lebenspartner (2b) wurde zu T1 und T2 verglichen.
Die Interventionsgruppe welche zur Prüfung der Hypothese 2a herangezogen wurde ist nicht identisch mit der Interventionsgruppe aus Fragestellung 1 und Hypothesen 1a-e. In Fragestellung 2 sind in der Interventionsgruppe auch die n=14 Patienten aus der Wartelistenkontrollgruppe enthalten. Dies ist bei der Prüfung von Fragestellung 1 nicht der Fall, da hier mit dieser Wartelistenkontrollgruppe verglichen wird. Zudem gibt es für die Gruppe der Lebenspartner und Kinder keine Kontrollgruppe. In der Vorstudie (2005/2006) wurden nur Daten von erkrankten Eltern erhoben, die sich damals in stationärer Behandlung befanden.
Die Voraussetzungen für die Durchführung eines t-Tests für abhängige Stichproben sind eine Normalverteilung der Differenzen und eine Intervallskalierung des Merkmals. Der t-Test für abhängige Stichproben erweist sich jedoch als sehr robust gegenüber Verletzungen der Voraussetzungen (Nachtigall und Wirtz 2009). In dieser Arbeit wurde ab einem N>25 der t-Test verwendet, bei N<25 wurden nichtparametrische Verfahren wie der Wilcoxon-Vorzeichenrangtest angewendet.

3.3.3 Auswertung der Fragestellung und Hypothese 3

Die Auswertung der Einzelitems zum Umgang mit der psychischen Krankheit in der Familie wurde mittels Wilcoxon-Test für zwei abhängige Stichproben durchgeführt. Außerdem wurde mittels t-Test bei einer Stichprobe geprüft, ob die durchschnittliche Differenz zwischen T1 und T2 signifikant von 0 abweicht und mit dem Wilcoxon-Test wird überprüft, ob die Veränderung der Rohwerte der Probanden hinsichtlich der zentralen Tendenz zu T1 und T2 signifikant unterschiedlich sind.
Voraussetzung für die Anwendung des Wilcoxon-Test ist, dass die Differenzen d=x1-x2 Ordinalskalenniveau haben und dass die Werte beider Stichproben einander paarweise zugeordnet werden können (Nachtigall und Wirtz 2009).
Die Hypothese 3 wurde jeweils für den erkrankten Elternteil, den Lebenspartner und das erste Kind > 10 J. in der Familie einzeln geprüft.

3.3.4 Auswertung der Fragestellung und Hypothese 4

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden die Korrelationskoeffizienten zwischen der Differenz der FKV-Skalenwerte der erkrankten Elternteile T2-T1 und den Differenzen aus den SF-12 Summenwerten (T2-T1) für Körperliche und psychische Lebensqualität der erkrankten Elternteile berechnet. Die Voraussetzungen für das Testen des Korrelationskoeffizienten sind eine Intervallskalierung der Merkmale und die gemeinsame Normalverteilung der Merkmale (Nachtigall und Wirtz 2009).

3.4 Stichprobe

<u>Vorstudie:</u>
Alle an der Hamburger Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Erhebungszeitraum stationär und tagesklinisch aufgenommenen Patienten mit minderjährigen Kindern und einer Mindestaufenthaltsdauer von 3 Tagen wurden erfasst. Die Einschlusskriterien zur Aufnahme in die Stichprobe von Vor- und Interventionsstudie waren:

1. Status als leiblicher oder nicht - leiblicher Elternteil mindestens eines minderjährigen Kindes (das 18. Lebensjahr eingeschlossen)
2. Alter der befragten Eltern zwischen 18 und 60 Jahren
3. Für das Verständnis der Studieninhalte ausreichende Deutschkenntnisse
4. Mindestens 14-tägiger, persönlicher Kontakt zum beurteilten Kind in den letzten 6 Monaten.

Ausschlusskriterien waren:

1. Schwerste psychische und/oder kognitive Beeinträchtigung
2. Frühere Teilnahme an der Untersuchung

<u>Interventionsstudie:</u>

Stichprobenbeschreibung : Kontrollgruppe - Meßzeitpunkt T0

Bei der Kontrollgruppe handelt es sich um eine „Wartelistenkontrollgruppe“, da die 14 Patienten in der Kontrollgruppe zum Messzeitpunkt T0 an der Vorstudie teilgenommen haben, jedoch im Durchschnitt 17,6 Monate später ebenfalls an der Interventionsstudie teilgenommen haben. Die Kontrollgruppe setzte sich aus N=14 Patienten zusammen. Davon waren 8 Personen weiblich und 6 männlich. Das Durchschnittsalter der Kontrollgruppe betrug 43, 36 Jahre. Von den 14 Patienten in der Kontrollgruppe waren 10 verheiratet, 3 geschieden und 1 Person ledig.

Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung: Angaben zur Wartelistenkontrollgruppe

Merkmal		Anzahl (N)	in Prozent
Durchschnittsalter in J. Standardabweichung		43,36 J. S=7,762	
Geschlecht	Männlich Weiblich	6 8	5,8 7,7
Familienstand	Ledig verheiratet geschieden	1 10 3	1 9,6 2,9
Diagnose nach ICD 10	F1 F2 F3 F4 F6	2 4 6 1 1	1,9 3,8 5,8 1 1
Höchster Schulabschluss	Hauptschule Realschule Abitur/Fachhochschulreife	1 2 11	1 1,9 10,6
Höchster Berufsabschluss	Lehre Meister/Fachschule FHS/Universität Ohne Abschluss Sonstiger Abschluss	3 1 7 2 1	2,9 1 6,7 1,9 1
Berufstätigkeit (jetzige od. zuletzt ausgeübte)	Facharbeiter einfach./mittl. Angest./Beamter höherer Angest./Beamter Selbstständiger Schüler Hausfrau/-mann Sonstiges	1 3 3 3 1 2 1	1 2,9 2,9 2,9 1 1,9 1
Monatliches familiäres Nettoeinkommen	<1000 Euro 1000-2000 2000-3000 3000-4000	2 2 5 4 N=13	1,9 1,9 4,8 3,8

Die Anzahl der erkrankten Elternteile in der Kontrollgruppe beträgt N=14.

Die Anzahl der erkrankten Elternteile, die an der Interventionsstudie teilnahmen, betrug zu T1 N=53 Personen. Die Patienten waren zwischen 23 und 61 Jahre alt und das Alter im Durchschnitt betrug 40,08 Jahre. Von den 53 Patienten waren 39 weiblich und 14 männlich, der Anteil an Frauen in der Stichprobe war also deutlich höher. 26 der 53 Patienten waren verheiratet, die andere Hälfte der Patienten war

ledig (13) und geschieden (14). Aus diesen Angaben geht hervor, dass etwa die Hälfte der Kinder in einer klassischen Familienkonstellation lebt, die andere Hälfte jedoch nur bei einem leiblichen Elternteil aufwächst.

Zum Zeitpunkt T1 gibt es für 87 Kinder Angaben zu ihrem Alter und Wohnort. Von 87 Kindern lebten zu T1 66 Kinder im Haushalt des erkrankten Elternteils, das heißt 76 % der Kinder lebten mit dem erkrankten Elternteil zusammen. 16 % der Kinder lebten laut Angaben der Patienten beim anderen Elternteil, 2.3% lebten bei Verwandten oder in einer eigenen Wohnung und 3.4 % der Kinder waren fremd untergebracht.

Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung: Erkranktes Elternteil (Interventionsgruppe)

Merkmal		T1		T2	
Anzahl (N) insgesamt		N=53	%	N=27	%
Durchschnittsalter in Jahren Standardabweichung		40,08 S=8,313 N=48		42,78 S=8,464 N=27	
Geschlecht	männlich weiblich	14 39	7,8 21,8	7 20	6,7 19,2
Familienstand	ledig verheiratet geschieden	13 26 14	7,9 14,6 7,9		
Diagnose nach ICD 10	F1 F2 F3 F4 F6	1 0 3 2 3 N=9	0,6 0 1,7 1,1 1,7	0 1 3 2 4	0 0,6 1,7 1,1 2,2 N=10
Höchster Schulabschluss	Hauptschule Realschule Abitur/Fachhochschule Ohne Abschluss	16 9 26 1 N=52	9 5,1 14,6 0,6		
Höchster Berufsabschluss	Lehre Meister/Fachschule FHS/Universität Ohne Abschluss Sonstiger Abschluss	20 3 16 7 2 N=48	11,2 1,7 9 3,9 1,1		
Berufstätigkeit (jetzige od. zuletzt ausgeübte)	Arbeiter Angestellter Selbstständiger Umschüler Ausbildung/Studium Arbeitslos Rentner	4 15 1 1 2 17 5 N=51	2,2 8,4 0,6 0,6 1,1 9,6 2,8		
Monatliches familiäres Nettoeinkommen	<1000 Euro 1000-2000 2000-3000 3000-4000 >4000	11 20 12 4 3 N=50	6,2 11,2 6,7 2,2 1,7		

Ein Jahr nach Ende der Intervention, zum Messzeitpunkt T3, betrug die Anzahl der erkrankten Elternteile N=9, davon waren 3 männlich und 6 weiblich. Das Alter der

erkrankten Elternteile betrug zu T3 im Durchschnitt: 39,89 Jahre (Standardabweichung=12,88).

Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung: Angaben zum Lebenspartner des Erkrankten Elternteils -T1 (vor der Intervention) und T2 (nach der Intervention) im Vergleich

Merkmal		T1	T1	T2	T2
Anzahl (N) insgesamt		N=43	%	N=26	%
Durchschnittsalter in Jahren Standardabweichung		41,67 5,341 N=36		43,88 6,265 N=24	
Geschlecht	männlich weiblich	26 17	25 16,3	18 8	17,3 7,7
Familienstand	ledig verheiratet geschieden	5 29 8 N=42	4,7 27,9 7,7		
Diagnose nach ICD 10	F1 F4	2 1 N=3		2 1 N=3	
Höchster Schulabschluss	Hauptschule Realschule Abitur/FHR ohne Abschluss	5 9 28 1	2,8 5,1 15,7 0,6		
Höchster Berufsabschluss	Lehre Meister/Fachschule FHS/Universität Ohne Abschluss Sonstiger Abschluss	13 4 19 3 2 N=41	7,3 2,2 10,7 1,7 1,1		
Berufstätigkeit (jetzige od. zuletzt ausgeübte)	Arbeiter Angestellter Selbstständiger	5 23 6	2,8 12,9 3,4		

	Ausbildung/Studium Arbeitslos Sonstiges	1 4 3	0,6 2,2 1,7		

Zum Messzeitpunkt T3 betrug die Anzahl der Lebenspartner noch N=7, davon waren 5 weiblich und 2 männlich. Die Lebenspartner waren zu T3 im Durchschnitt 43 Jahre alt. Die weiteren soziodemographischen Angaben zu Familienstand und Ausbildung etc. wurden für die Lebenspartner zum Zeitpunkt T1 erhoben.

Stichprobenbeschreibung: Angaben zu den Kindern der Familien psychisch Kranker

Über die Kinder der Familien, die an der Interventionsstudie teilgenommen haben, gibt es zum einen Informationen aus Fragebögen, die das erkrankte Elternteil und der Lebenspartner über ihre Kinder ausgefüllt haben. Außerdem haben Kinder, die zu Beginn der Studie mindestens 10 Jahre als waren, selbst einen Fragebogen mit Fragen zu ihrer Lebenssituation, zu ihren Beziehungen innerhalb und außerhalb der Familie, zu ihrem Umgang mit der psychischen Erkrankung des Elternteils und zur sozialen Unterstützung ausgefüllt.

Tabelle 5: Angaben zu den Kindern der Familien psychisch Kranker

	T1 (vor Intervention)	T2 (nach Intervention)	T3 (1 J. nach Intervention)
Anzahl der Kinder insgesamt	N=105		
Anzahl der Kinder > 10 Jahre	N=34	N=23	N=6
Geschlecht	Männlich: 15 Weiblich: 19 N=34 (Kinder ab 10 Jahren)	Männlich: 6 Weiblich: 17 N=23 (Kinder ab 10 Jahren)	Männlich: 1 Weiblich: 5
Durchschnittsalter in Jahren	14,96 3 Kinder > 20 J.	15, 18 N=17	13, 80 N=5
Diagnose nach ICD-10	F3: 4 F9: 1		
Anzahl der Kinder, deren Eltern Fragebogen über ihr Kind ausgefüllt haben	N=53	N=47	N=17
Wo lebt das Kind?	37.1%: im Haushalt des erkrankten Elternteils 7.9% : beim anderen Elternteil 1,1%: bei Verwandten 1,7% : in Fremdunterbringung (=Heim, Jugendhilfeeinrichtung) 1,1% : in eigener Wohnung N=87	20,8%: im Haushalt des erkrankten Elternteils 3,4%: beim anderen Elternteil 2,2%: in eigener Wohnung N=47	7,9%: im Haushalt des erkrankten Elternteils 1,7%: beim anderen Elternteil N=17

Zum Zeitpunkt T1, vor der Intervention, betrug die Anzahl aller Kinder, deren Familien an der Interventionsstudie teilnahmen, insgesamt N=105. Von den 105 Kindern waren 34 Kinder älter als 10 Jahre; sie füllten selbst einen Fragebogen aus.

Das Durchschnittsalter dieser Kinder betrug 14,96 Jahre.

3.5 Messinstrumente

3.5.1 Der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)

Der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (im Folgenden mit „FKV“ abgekürzt) wurde 1989 von F.A. Muthny entwickelt. Übergeordnete Ziele bei der Entwicklung waren zum einen ein besseres Verständnis der individuellen Verarbeitungsprozesse von Krankheit zu gewinnen und zum anderen sollten darauf aufbauend verbesserte therapeutische Methoden entwickelt werden (Muthny 1989).
Es existieren zwei Versionen des FKV:

1. FKV 102 mit 102 Items, die in ganzen Sätzen formuliert sind und mit einem Rating von 1–5 (1=gar nicht zutreffend, 2=wenig, 3=mittelmäßig, 4=ziemlich stark und 5=sehr stark zutreffend) verbunden sind.
2. FKV-LIS ist eine Kurzversion des FKV 102, die aus 35 Kurzbegriffen besteht, die ebenfalls mit 5 Stufen Rating (1=gar nicht, 2=wenig, 3=mittelmäßig, 4=ziemlich, 5=stark) angeboten werden.

In dieser Arbeit werden nur Daten verwendet, die anhand der FKV-LIS erhoben wurden, die Langversion des FKV 102 kam in der CHIMPs- Studie nicht zum Einsatz. Die ausführliche Version des FKV ist aber von Bedeutung, da die 35 Items der FKV-LIS aus den 27 Skalen des zuerst entwickelten, ausführlichen FKV 102 abgeleitet wurden.
Die Skalen der Langversion des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung waren faktorenanalytisch aus einem Itempool von 300 Items gebildet worden. Der ursprüngliche Itempool enthielt klinisch anwendbare Items aus schon bestehenden Messinstrumenten [zum Bsp.: aus der „Ways of coping Checklist“ (WCCL) von Folkman und Lazarus (1983)] und neu formulierte Items aus der laufenden Forschungsarbeit (Muthny 1989).
Die Skalen der Kurzform des Freiburger Fragenbogens zur Krankheitsverarbeitung wurden faktorenanalytisch an einer Stichprobe von 947 Patienten, die zu jeweils ca. einem Drittel aus Patienten mit Multipler Sklerose (n=325), aus Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz (n=272) und aus Patienten mit koronarer

Herzkrankheit (n=350) bestand, gewonnen (Muthny 1989). Die Reliabilitäten (Cronbachs α) in dieser Ursprungsstichprobe liegen je nach Skala zwischen .68 und .77 (Muthny 1989).

Der FKV-LIS beinhaltet die folgenden 5 Skalen:

F1 Depressive Verarbeitung
F2 Aktives problemorientiertes Coping
F3 Ablenkung und Selbstaufbau
F4 Religiosität und Sinnsuche
F5 Bagatellisierung und Wunschdenken

Die Skalen F1–F4 beinhalten jeweils 5 Items, während die Skala F5 nur 3 Items beinhaltet. Die übrigen 12 der 35 Items lassen sich keiner Skala zuordnen, sie wurden aber beibehalten, „da die Items der FKV-LIS als Kurzbegriffe von a-priori-Skalen gebildet wurden, die als eigenständig verstanden wurden“ (Muthny 1989). Bei der Auswertung der FKV-LIS ist jedem Item ein Rohwert zugeordnet, aus welchem für jede Skala einzeln die Summe der Rohwerte gebildet wird. Weiterhin wird für jede Skala ein itemstandardisierter Summenscore (= Summe der Rohwerte dividiert durch Zahl vorhandener Itemwerte pro Skala) gebildet.

3.5.2 Der SF-12 Fragebogen zum Gesundheitszustand

Der SF-12 Fragebogen dient der Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bzw. der subjektiven Gesundheit. Er stellt die Kurzversion des Short Form-36 Health Survey dar und besteht aus 12 Items welche die Erstellung eines körperlichen Summenscores und eines psychischen Summenscores ermöglichen.
Die gesundheitsbezogene Lebensqualität stellt ein multidimensionales, psychologisches Konstrukt dar und kann mit subjektiven Gesundheitsindikatoren gleichgesetzt werden. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität kann durch die folgenden vier Begriffe operationalisiert werden: das psychische Befinden, die körperliche Verfassung, die sozialen Beziehungen und die funktionale Kompetenz der Befragten (Bullinger 1994, zitiert nach Morfeld et al. 2011).

Da der SF-12 aus dem SF-36 Health Survey hervorgegangen ist, wird zunächst der SF-36 kurz beschrieben. Der SF-36 Health Survey ist ein krankheitsübergreifendes Messverfahren, welches die subjektive Gesundheit verschiedener Populationen unabhängig vom Gesundheitszustand der Betroffenen erfasst (Morfeld et al. 2011).
Der SF-36 besteht aus 35 Items, welche die folgenden acht Dimensionen subjektiver Gesundheit erfassen: die körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktionen, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden (Morfeld et al. 2011). Die Antwortkategorien variieren zwischen dichotomen „ja-nein"-Antworten und sechsstufigen Likert- Antwortskalen.
Die 35 Items sind ursprünglich aus einer in den 1960- iger Jahren vom National Opinion Research Centre in den USA erstellten Sammlung von 149 Items mit Hilfe pfadanalytischer Modelle entwickelt worden. Die deutsche Version des SF-36 wurde 1994 und 1998 an zwei repräsentativen Stichproben psychometrisch geprüft und in den Folgejahren anhand von 10 weiteren Stichproben aus gesunden und kranken Personen überprüft.
Der SF-12 als Kurzversion des SF-36 bildet nicht mehr alle genannten acht Subskalen ab, jedoch werden durch die 12 Items 90% der Varianz der körperlichen Summenskala erklärt und 88-94% der Varianz der psychischen Summenskala erklärt (Morfeld et al. 2011). Die Korrelation zwischen den körperlichen Summenskalen des SF-12 und SF-36 betrug in Deutschland r=.96 und die Korrelation zwischen den psychischen Summenskalen betrug r=.94. Testtheoretische Befunde des deutschen SF-12 ergaben für die interne Konsistenz der körperlichen Summenskala Werte für Cronbachs Alpha zwischen .78 und .83 und für die psychische Summenskala Werte zwischen .70 und .87 für Cronbachs Alpha (Morfeld et al. 2011). Die konvergente Validität des SF-12 wurde an einer Stichprobe mit N=272 Patienten nach medizinischer Rehabilitation untersucht. Hier ergaben sich für die körperliche Summenskala eine Korrelation von r=.51 mit dem Euro-Qol-Fragebogen und für die psychische Summenskala eine Korrelation von r=.58 (Morfeld et al. 2011).
Die Berechnung der körperlichen und psychischen Summenskala aus den 12 Antworten erfolgt in vier Schritten. Zunächst werden die vier Items, deren Antwortmöglichkeiten außerhalb des potentiellen Wertebereichs für Antwortmöglichkeiten liegen, umgepolt. Dann werden Dummy Variablen mit den

Werten 0 oder 1 für die Antwortkategorien jedes Items gebildet. Die Dummy Variablen werden gewichtet und aggregiert und die Werte für die körperliche und psychische Summenskala durch Addition einer Konstante so standardisiert, dass die gleichen Mittelwerte wie im SF-36 für die amerikanische Normstichprobe erreicht werden (Morfeld et al. 2011). In der CHIMPs-Präventionsstudie wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität der erkrankten Elternteile und der Lebenspartner anhand des SF-12 erhoben.

4. Ergebnisse

4.1 Hypothese 1a-e

In den Hypothesen 1a-e wurde überprüft, ob sich die *individuelle* Krankheitsbewältigung bei den erkrankten Elternteilen, die eine Intervention erhalten haben, von der Krankheitsbewältigung bei den erkrankten Elternteilen in der Wartelistenkontrollgruppe, die keine Intervention erhalten haben, unterscheidet.

Hypothese 1a:

1. Skala: „Depressive Verarbeitung“:

Tabelle 6: Deskriptive Statistiken FKV-Skala 1

	Gruppe	Mittelwert	Standard-abweichung	N
Skala: Depressive Verarbeitung (1.Messzeitpunkt)	KG	2,74	,69	14
	IV	2,76	,63	17
	Gesamt	2,75	,64	31
Skala: Depressive Verarbeitung (2.Messzeitpunkt)	KG	2,59	,91	14
	IV	2,55	,85	17
	Gesamt	2,57	,87	31

Die mittlere depressive Verarbeitung bei allen Patienten ist vom ersten Zeitpunkt (M=2,75, SD=0,64) zum zweiten Messzeitpunkt gesunken (M=2,57; SD=0,87).
Der Haupteffekt des Messzeitpunktfaktors für die Skala „Depressive Verarbeitung“ ist nicht signifikant: (F(1/29)=1,773; p=,193).
Die Kontrollgruppe zeigte eine Reduzierung der durchschnittlichen depressiven Verarbeitung vom ersten (M=2,74, SD=0,69) zum zweiten Messzeitpunkt (M=2,59, SD=0,91). Innerhalb der Interventionsgruppe ergab sich ebenfalls eine Verminderung der depressiven Verarbeitung (1.Zeitpunkt: M=2,76, SD=0,63; 2. Messzeitpunkt: M=2,55, SD=0,85).

Tabelle 7: Tests der Innersubjekteffekte FKV-Skala 1

	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Skala (dep)	,522	1	,522	1,773	,193	,058
dep * Gruppe	,011	1	,011	,039	,845	,001
Fehler(dep)	8,546	29	,295			

Die Wechselwirkung zwischen den beiden Faktoren (Messwiederholung und Gruppe) ist nicht signifikant für die Skala „Depressive Verarbeitung“ (F(1/29)=0,039; p=,845). Der Unterschied zwischen beiden Messzeitpunkten über beide Gruppen hinweg war nicht signifikant.

Tabelle 8:Tests der Zwischensubjekteffekte FKV-Skala 1

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	435,087	1	435,087	478,178	,000	,943
Gruppe	,000	1	,000	,001	,982	,000
Fehler	26,387	29	,910			

Auch der Haupteffekt des Gruppenfaktors ist nicht signifikant (F(1/29)=0,001; p=,982), d.h. die durchschnittliche depressive Verarbeitung der Kontrollgruppe unterscheidet sich nicht von der Interventionsgruppe.

Hypothese 1b:

2. Skala: „Aktives problemorientiertes Coping“:

Tabelle 9: Deskriptive Statistiken FKV-Skala 2

	Gruppe	Mittelwert	Standard-abweichung	N
Skala: Aktives problemorientiertes Coping (1.Messzeitpunkt)	KG	3,41	,69	14
	IV	3,25	,74	17
	Gesamt	3,33	,71	31
Skala: Aktives problemorientiertes Coping (2.Messzeitpunkt)	KG	3,34	,89	14
	IV	3,34	,88	17
	Gesamt	3,34	,87	31

Die durchschnittliche Verwendung des aktiven problemorientierten Copings hat bei allen Patienten vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt minimal zugenommen (1. Messzeitpunkt: M=3,33, SD=0,71 und 2.Messzeitpunkt: M=3,34, SD=0,87).
Innerhalb der KG ist die Verwendung des aktiven problemorientierten Copings vom ersten Zeitpunkt (M=3,41, SD=0,69) zum zweiten Messzeitpunkt (M=3,34, SD=0,89) leicht gesunken.
Innerhalb der Interventionsgruppe nimmt das aktive problemorientierte Coping von ersten Messzeitpunkt (M=3,25, SD=0,74) zum zweiten Messzeitpunkt (M=3,34, SD=0,88) leicht zu.

Tabelle 10: Tests der Innersubjekteffekte FKV-Skala 2

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Cop	,001	1	,001	,003	,954	,000
cop * Gruppe	,095	1	,095	,389	,538	,013
Fehler(cop)	7,117	29	,245			

Tabelle 11: Tests der Zwischensubjekteffekte FKV-Skala 2

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	684,475	1	684,475	647,361	,000	,957
Gruppe	,100	1	,100	,094	,761	,003
Fehler	30,663	29	1,057			

Der Haupteffekt des Gruppenfaktors (F(1/29)=0,094; p=0,761) für die Skala „Aktives problemorientiertes Coping“ ist nicht signifikant.

Hypothese 1c:

3. Skala: „Ablenkung und Selbstaufbau“:

Tabelle 12: Deskriptive Statistiken FKV-Skala 3

	Gruppe	Mittelwert	Standard-abweichung	N
Skala: Ablenkung und Selbstaufbau (1.Messzeitpunkt)	KG	3,01	,40	14
	IV	2,73	,65	17
	Gesamt	2,86	,56	31
Skala: Ablenkung und Selbstaufbau (2.Messzeitpunkt)	KG	2,83	,67	14
	IV	3,03	,75	17
	Gesamt	2,94	,71	31

Die durchschnittliche Verwendung des Copingstils „Ablenkung und Selbstaufbau“ hat über beide Gruppen hinweg zugenommen. (1.Messzeitpunkt: M=2,86, SD0,56 und 2.Messzeitpunkt: M=2,94, SD=0,71). Die KG zeigt vom ersten Messzeitpunkt (M=3,01, SD=0,40) zum zweiten Messzeitpunkt (M=2,83, SD=0,67) eine Abnahme auf der Skala „Ablenkung und Selbstaufbau“. Innerhalb der Interventionsgruppe zeigt sich vom ersten Messzeitpunkt (M=2,73, SD=0,65) zum zweiten Messzeitpunkt (M=3,03, SD=0,75) eine Zunahme in der Verwendung von Ablenkung und Selbstaufbau.

Tabelle 13: Tests der Innersubjekteffekte FKV-Skala 3

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Skala (abl)	,048	1	,048	,240	,628	,008
abl * Gruppe	,895	1	,895	4,505	,042	,134
Fehler(abl)	5,760	29	,199			

Die Wechselwirkung zwischen den beiden Faktoren (Messzeitpunkt und Gruppe) ist für die Skala „Ablenkung und Selbstaufbau“ signifikant: (F(1/29)=4,505; p=0,042).
Aufgrund der signifikanten Wechselwirkung zwischen den beiden Faktoren, sind die Haupteffekte von Gruppe und Messzeitpunkt nicht mehr interpretierbar.

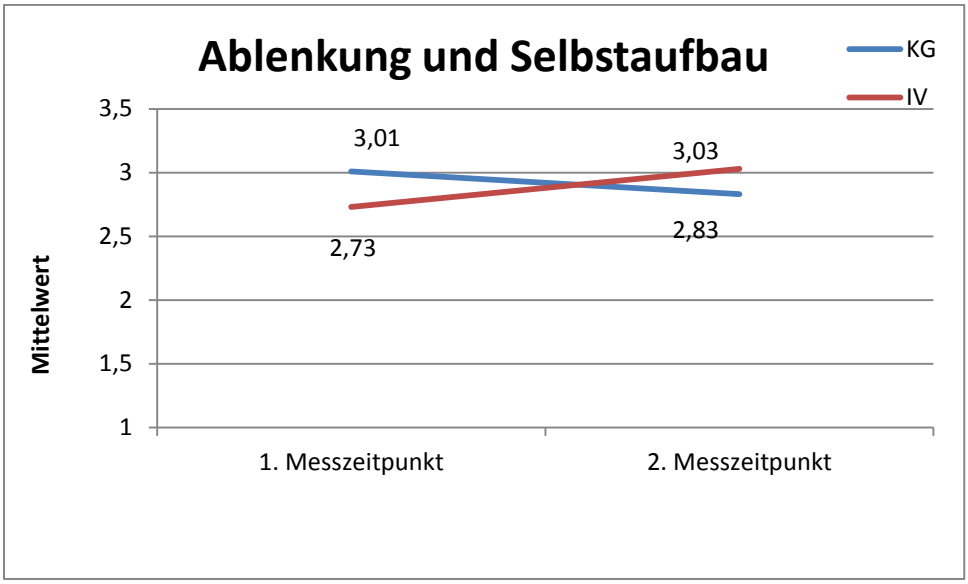

Abbildung 4: Darstellung der signifikanten Wechselwirkung zwischen Messzeitpunktfaktor und Gruppenfaktor für die Skala „Ablenkung und Selbstaufbau“:

Tabelle 14: Paarweise Vergleiche für die Skala Ablenkung und Selbstaufbau für den Faktor Messzeitpunkt

Messzeitpunkt	(KG) Gruppe	(IV) Gruppe	Mittlere Differenz (KG-IV)	Standard-fehler	Signifikanz	95% Konfidenzintervall für die Differenz	
						Obergrenze	Untergrenze
1	KG	IV	,285	,199	,163	-,122	,692
2	KG	IV	-,198	,259	,450	-,727	,331

Zu den beiden Messzeitpunkten zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Tabelle 15: Paarweise Vergleiche für die Skala Ablenkung und Selbstaufbau für den Faktor Gruppe

Gruppe	Messzeit-punkt 1	Messzeit-punkt 2	Mittlere Differenz (T2-T1)	Standardfehler	Signifikanz	95% Konfidenzintervall für die Differenz	
						Obergrenze	Untergrenze
KG	1	2	,186	,168	,279	-,159	,530
IV	1	2	-,297	,153	,062	-,610	,016

In der Kontrollgruppe zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Messzeitpunkten.

Für die Interventionsgruppe wurde die Signifikanzgrenze knapp verfehlt. Die Zunahme der Verwendung von Ablenkung und Selbstaufbau in der Interventionsgruppe ist im Vergleich zur Kontrollgruppe nicht signifikant.

Hypothese 1d:

4. Skala: „Religiosität und Sinnsuche“:

Tabelle 16: Deskriptive Statistiken FKV-Skala 4

	Gruppe	Mittelwert	Standard-abweichung	N
Skala: Religiosität und Sinnsuche (Messzeitpunkt 1)	KG	2,84	,87	14
	IV	2,57	,76	17
	Gesamt	2,69	,81	31
Skala: Religiosität und Sinnsuche (Messzeitpunkt 2)	KG	2,49	,70	14
	IV	2,75	,70	17
	Gesamt	2,63	,70	31

Im Durchschnitt nimmt bei allen Patienten die Verwendung des Copingstils „Religiosität und Sinnsuche“ vom ersten Zeitpunkt (M=2,69, SD=0,81) zum zweiten Messzeitpunkt (M=2,63, SD=0,70) ab.
In der Kontrollgruppe nimmt die Verwendung von Religiosität und Sinnsuche vom ersten Messzeitpunkt (M=2,84, SD=0,87) zum zweiten Messzeitpunkt (M=2,49, SD=0,70) ab.
In der Interventionsgruppe nimmt die Verwendung dieses Copingstils vom ersten Messzeitpunkt (M=2,57, SD=0,76) zum zweiten Messzeitpunkt (M=2,75, SD=0,70) insgesamt zu.

Tabelle 17: Tests der Innersubjekteffekte FKV-Skala 4

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Rel	,104	1	,104	,269	,608	,009
rel * Gruppe	1,100	1	1,100	2,841	,103	,089
Fehler(rel)	11,227	29	,387			

Die Wechselwirkung zwischen beiden Faktoren (Messzeitpunkt und Gruppe) ist nicht signifikant: (F(1/29)=2,841; p=0,103).
Der Haupteffekt für den Messwiederholungsfaktor (F(1/29)=0,269; p=0,608) ist für die Skala „Religiosität und Sinnsuche“ nicht signifikant.

Tabelle 18: Tests der Zwischensubjekteffekte FKV-Skala 4

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	434,744	1	434,744	571,786	,000	,952
Gruppe	2,71E-006	1	2,71E-006	,000	,999	,000
Fehler	22,049	29	,760			

Der Haupteffekt Gruppenfaktor (F(1/29)=0,00; p=0,999) ist für die Skala „Religiosität und Sinnsuche“ nicht signifikant.

Hypothese 1e:

5. Skala: „Bagatellisierung und Wunschdenken“:

Tabelle 19: Deskriptive Statistiken FKV-Skala 5

	Gruppe	Mittelwert	Standard-abweichung	N
Skala:Bagatellisierung und Wunschdenken (Messzeitpunkt 1)	KG	1,96	,79	14
	IV	2,58	,98	17
	Gesamt	2,30	,94	31
Skala: Bagatellisierung und Wunschdenken (Messzeitpunkt 2)	KG	2,29	1,03	14
	IV	1,98	,89	17
	Gesamt	2,12	,95	31

Die durchschnittliche Verwendung des Copingstils „Bagatellisierung und Wunschdenken“ hat bei allen Patienten vom ersten Messzeitpunkt (M=2,30, SD=0,94) zum zweiten Messzeitpunkt (M=2,12, SD=0,95) abgenommen.
Innerhalb der KG verwenden die Patienten zum ersten Messzeitpunkt (M=1,96, SD=0,79) durchschnittlich weniger Bagatellisierung und Wunschdenken als zum zweiten Messzeitpunkt (M=2,29, SD=1,03). In der Interventionsgruppe verwenden die Patienten zum ersten Messzeitpunkt (M=2,58, SD=0,98) durchschnittlich

ausgeprägter Bagatellisierung und Wunschdenken als zum zweiten Messzeitpunkt (M=1,98, SD=0,89).

Tabelle 20: Tests der Innersubjekteffekte FKV-Skala 5

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Bag	,294	1	,294	,447	,509	,015
bag * Gruppe	3,245	1	3,245	4,942	,034	,146
Fehler(bag)	19,042	29	,657			

Die Wechselwirkung zwischen den beiden Faktoren (Messzeitpunkt und Gruppe) ist für diese Skala signifikant (F(1/29)=4,942; p=0,034).

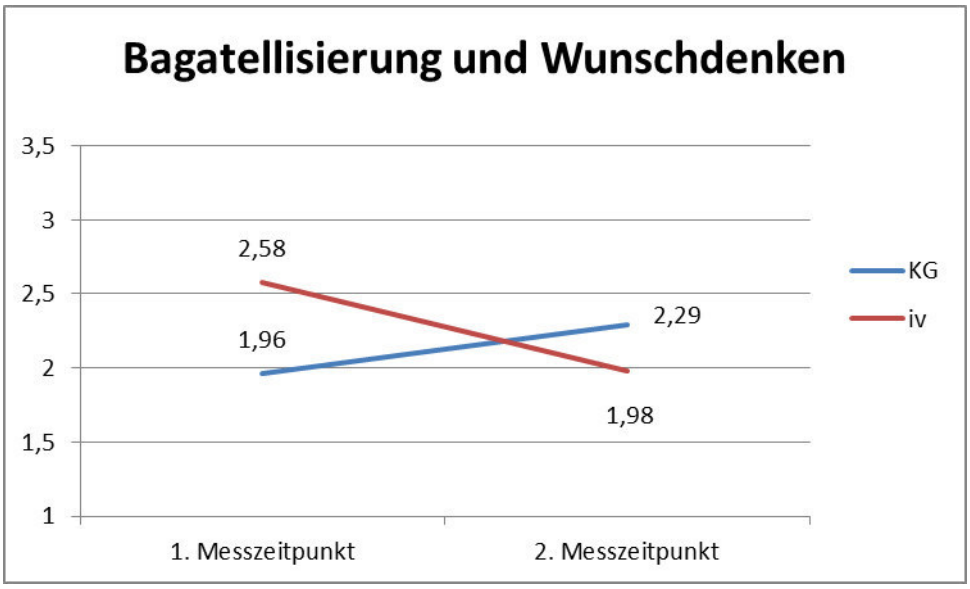

Abbildung 5: Darstellung der signifikanten Wechselwirkung zwischen Gruppen- und Messzeitpunktsfaktor für die Skala „Bagatellisierung und Wunschdenken“

Die Haupteffekte für den Messwiederholungsfaktor (F(1/29)=0,447; p=0,509) und den Gruppenfaktor (F(1/29)=0,344; p=0,562) sind für die Skala „Bagatellisierung und Wunschdenken“ aufgrund der Wechselwirkung nicht interpretierbar.

Tabelle 21: Paarweise Vergleiche für die Skala Bagatellisierung und Wunschdenken für den Faktor Messzeitpunkt

Mess-zeitpunkt	(KG) Gruppe	(IV) Gruppe	Mittlere Differenz (KG-IV)	Standard-fehler	Signifikanz	95% Konfidenzintervall für die Differenz	
						Obergrenze	Untergrenze
1	KG	IV	-,662	,378	,092	-1,441	,117
2	KG	IV	,420	,396	,300	-,397	1,236

Zu den beiden Messzeitpunkten zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Tabelle 22: Paarweise Vergleiche für die Skala Bagatellisierung und Wunschdenken für den Faktor Gruppe

Gruppe	Messzeit-punkt1	Messzeit-punkt2	Mittlere Differenz (T1-T2)	Standard-fehler	Signifikanz	95% Konfidenzintervall für die Differenz	
						Obergrenze	Untergrenze
KG	1	2	-,483	,375	,209	-1,255	,288
IV	1	2	,598(*)	,287	,048	,006	1,190

In der Interventionsgruppe zeigt sich eine im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikante Abnahme von Bagatellisierung und Wunschdenken.
In der Kontrollgruppe zeigt sich keine signifikante Abnahme der Verwendung von Bagatellisierung und Wunschdenken im Vergleich zur Interventionsgruppe. Für die Skalen „Ablenkung und Selbstaufbau“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“ zeigen sich in der Repeated Measurement Varianzanalyse signifikante Wechselwirkungen zwischen den Faktoren „Gruppe“ und „Messzeitpunkt“.

4.2 Hypothese 2

In Hypothese 2 wurde die *individuelle* Krankheitsbewältigung der erkrankten Elternteile und der Lebenspartner zwischen T1 und T2 verglichen. Die Veränderung der individuellen Krankheitsbewältigung der erkrankten Elternteile und der Lebenspartner wurde nur innerhalb der Interventionsgruppe zwischen T1 und T2 untersucht. Es wird hier kein Vergleich mit der Wartelistenkontrollgruppe vorgenommen, da für die Lebenspartner und Kinder der Familien keine

Kontrollgruppe existiert. In der Vorstudie wurden nur psychisch erkrankte Elternteile befragt, für die Lebenspartner und Kinder gibt es jedoch keine Vergleichswerte aus der Vorstudie. Deshalb wird in Fragestellung 2 die individuelle Krankheitsbewältigung zwischen T1 und T2 nur innerhalb der Interventionsgruppe verglichen.

In der Tabelle 23 und der Abbildung 6 sind die Ergebnisse des t-Tests und die deskriptiven Statistiken der FKV-Skalenwerte der erkrankten Elternteile in der Interventionsgruppe zu T1 und T2 dargestellt.

Tabelle 23: Ergebnisse: t-Test zum Vergleich der FKV-Skalen Mittelwerte der erkrankten Elternteile vor und nach der Intervention (zu T1 vs. T2)

FKV-Skala	N	Arithmetisches Mittel T1	T2	p	Differenz T2–T1 [95% - Konfidenzintervall]	Effektgröße Ɛ
		AM (s)	AM(s)			
Depressive Verarbeitung	27	2,75 (0,75)	2,50 (0,87)	0,101	-0,25 [-0,56 bis 0,05]	[0,32]
Aktives problemorientiertes Coping	27	3,20 (0,78)	3,38 (0,81)	0,221	+0,18 [-0,11 bis 0,46]	[0,24]
Ablenkung und Selbstaufbau	27	2,70 (0,63)	3,04 (0,83)	0,049	+0,34 [0,00 bis 0,67]	[0,39]
Religiosität und Sinnsuche	27	2,48 (0,75)	2,76 (0,69)	0,055	+0,27 [-0,01 bis 0,55]	[0,38]
Bagatellisierung und Wunschdenken	27	2,60 (0,98)	2,15 (1,02)	0,029	-0,45 [-0,85 bis -0,05]	[0,44]

Der t-Test für abhängige Stichproben zum Vergleich der individuellen Krankheitsverarbeitungsmodi der erkrankten Elternteile vor und nach der familientherapeutischen Intervention (T1 vs. T2) ergibt signifikante Veränderungen in den beiden FKV-Skalen: „Ablenkung und Selbstaufbau“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“.

Für die Skala „Ablenkung und Selbstaufbau“ ergibt sich eine Effektgröße von Ɛ=0,40. Dies entspricht einem schwachen bis mittleren Effekt (Bortz 1999). Für die Skala „Bagatellisierung und Wunschdenken“ ergibt sich ebenfalls eine Effektgröße von Ɛ=0,40, welches einem schwachen bis mittleren Effekt entspricht. Nach Bortz kann ab einem Ɛ von 0,20 von einem schwachen Effekt gesprochen werden, ab einem Ɛ

von 0,50 kann ein mittlerer Effekt angenommen werden und ab einem Ɛ von 0,80 wird ein starker Effekt angenommen (Bortz 1999).

Die Verwendung des Krankheitsverarbeitungsmodus „Ablenkung und Selbstaufbau“ hat nach der Intervention zugenommen, wohingegen der Copingstil „Bagatellisierung und Wunschdenken“ nach der Intervention weniger ausgeprägt verwendet wird. Der Vergleich der Mittelwerte für den Copingstil „Religiosität und Sinnsuche“ verfehlt die Signifikanzgrenze knapp (p=0,055). Die Verwendung dieses Copingmodus hat in der untersuchten Stichprobe nach der Intervention zugenommen. Keine signifikanten Veränderungen ergaben sich in den FKV-Skalen „Depressive Verarbeitung“ und „Aktives problemorientiertes Coping“.

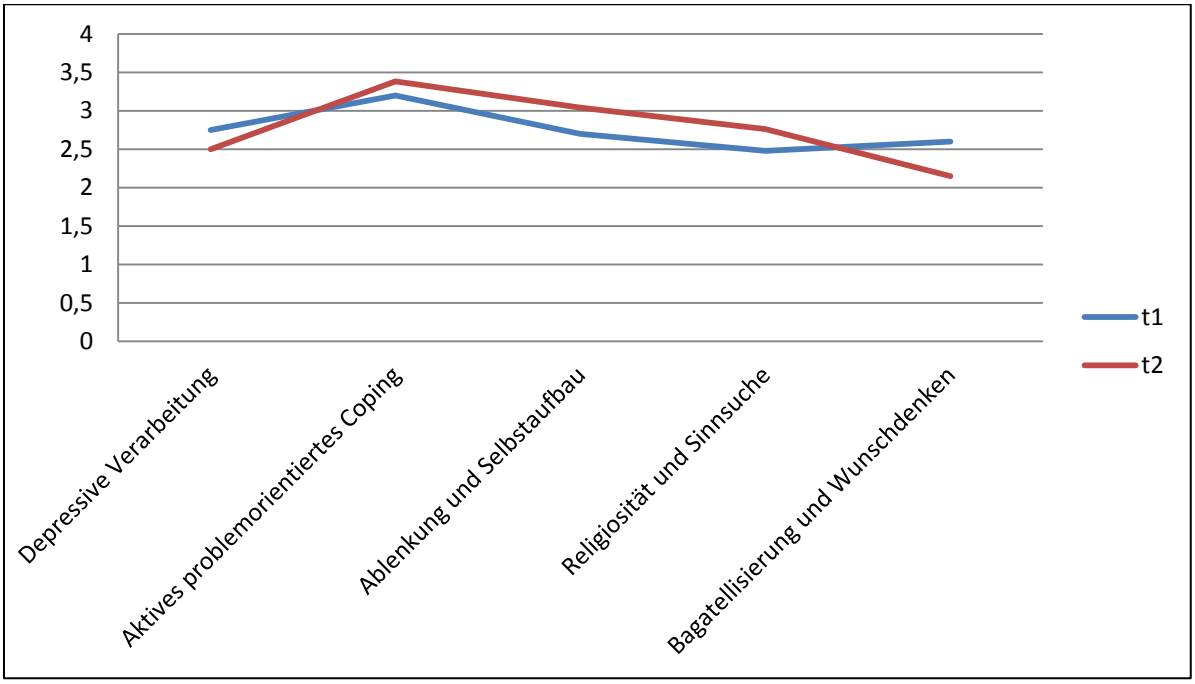

Abbildung 6: Vergleich der FKV Skalenmittelwerte der erkrankten Elternteile in der Interventionsgruppe vor und nach der Intervention

Hypothese 2b:

Um die Frage nach einer veränderten/verbesserten Krankheitsverarbeitung nach der Intervention für die Lebenspartner zu beantworten, wurde ein t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt, der die durchschnittlichen FKV-Skalenwerte der Lebenspartner zu T1 = vor der familientherapeutischen Beratung und T2 = nach der familientherapeutischen Beratung vergleicht.

Tabelle 24: Ergebnisse: t-Test zum Vergleich der FKV-Skalen-Mittelwerte der Lebenspartner vor und nach der Intervention (zu T1 vs. T2)

FKV-Skala	N	Arithmetisches Mittel: T1 M (s)	T2 M (s)	p	M Differenz (T2-T1) (95% - Konfidenzintervall)
Depressive Verarbeitung	26	2,18 (0,75)	2,08 (0,67)	0,492	-0,10 (-0,3953 bis 0,1953)
Aktives problemorientiertes Coping	26	3,11 (0,94)	3,13 (0,93)	0,812	+0,02 (-0,1695 bis 0,2144)
Ablenkung und Selbstaufbau	26	2,76 (0,83)	2,80 (0,85)	0,758	+0,04 (-0,020 bis 0,2728)
Religiosität und Sinnsuche	26	2,29 (0,82)	2,28 (0,65)	0,906	-0,01 (-0,2806 bis 0,2498)
Bagatellisierung und Wunschdenken	25	1,81 (0,74)	1,83 (0,80)	0,925	+0,01 (-0,2771 bis 0,3038)

Der t-Test zum Vergleich der individuellen Krankheitsverarbeitungsmodi der Lebenspartner ergibt keine signifikanten Veränderungen in den Mittelwerten der FKV-Skalen.

Zum Zeitpunkt T1, vor der Intervention, hatten 10 von N=42 Lebenspartnern angegeben, derzeit körperlich erkrankt zu sein. Von N=39 Lebenspartnern gaben 4 an, zum Zeitpunkt T1 an einer psychischen Erkrankung zu leiden.

4.3 Hypothese 3

In Hypothese 3 wurde die *familiäre* Krankheitsbewältigung vor und nach der Intervention betrachtet.

Für die Beurteilung der familiären Krankheitsbewältigung beantworteten Patienten und Lebenspartner insgesamt *14 Einzelitems zum Umgang mit der Erkrankung*, die Kinder, die älter als 10 Jahre waren, beantworteten insgesamt 9 Fragen.

13 von 14 Einzelitems (bzw. 8 von 9 Items bei den Kindern) wurden über eine visuelle Analogskala von 8 cm Länge beantwortet. Das letzte Item lautete: „Bitte benennen Sie, was für Sie das wichtigste Ziel der jetzigen Familienberatung sein könnte“, und war durch einen Text zu beantworten. Es wurde an dieser Stelle nicht

ausgewertet. Die Patienten/Lebenspartner/Kinder konnten den Grad ihrer Zustimmung zu der Frage auf einer Skala von 0 cm = „stimmt überhaupt nicht“ bis 8 cm = „stimmt genau“ angeben.

Zu 3a. Angaben der *erkrankten Elternteile* zum Umgang mit der Erkrankung in der Familie:

Tabelle 25: Ergebnisse: t-Test und Differenzen der Einzelitems zum Umgang mit der Erkrankung: T1 vs. T2 bei allen erkrankten Elternteilen

	N	Mittelwert (s): T1	T2	Differenz [95%-KI]
1.Eigene Erkrankung akzeptieren können	27	6,7 (3,3)	6,6 (3,2)	-0,11 [-1,79; 1,56]
2. Partner konnte Erkrankung akzeptieren	20	6,1 (3,7)	6,3 (3,4)	+0,20 [-1,27; 1,67]
3. Über Erkrankung gut informiert fühlen	27	7,8 (3,0)	7,8 (2,8)	-0,01 [-1,36; 1,35]
4. In Familie offen über Erkrankung gesprochen	26	6,2 (3,3)	6,0 (3,4)	-0,20 [-1,95; 1,55]
5. Mit eigener Erkrankung gut umgehen können	27	5,8 (3,2)	6,6 (2,9)	+0,71 [-0,76; 2,19]
6. Partner konnte mit Erkrankung gut umgehen	21	5,4 (3,4)	5,8 (3,8)	+0,39 [-0,79; 1,57]
7. Mit Dritten über Krankheit sprechen können	27	7,5 (2,9)	7,2 (3,3)	-0,34 [-1,29; 0,60]
8. Erkrankung machte Angst o.ä.	27	6,2 (3,7)	6,9 (3,5)	+0,73 [-1,27; 2,73]
9. Gefühle in Familie zeigen können	25	4,7 (3,1)	5,7 (2,7)	+1,01 [-0,25; 2,26]
10. Verständnis für Gefühle des Partners haben	21	6,7 (3,3)	6,0 (3,3)	-0,68 [-2,18; 0,83]
11. Partner hatte Verständnis für meine Gefühle	18	6,1 (3,6)	5,9 (3,8)	-0,21 [-1,83; 1,42]
12. Aufgaben bei Krankheit verteilen gelingt gut	22	6,3 (3,7)	5,8 (3,6)	-0,56 [-2,12; 1,12]
13. Zufrieden m. Lebenssituation	27	3,9 (3,9)	4,7 (3,2)	+0,76 [-0,85; 2,38]

Für den Vergleich der Antworten auf die Einzelitems durch die Patienten zu T1 und T2 (vor und nach der familientherapeutischen Intervention) wurde ein t-Test durchgeführt, sowie die Differenz der Werte für die einzelnen Items über alle erkrankten Elternteile berechnet und gegen 0 getestet.

Zu 3b. Angaben der *Lebenspartner* zum Umgang mit der Erkrankung des Partners:

Tabelle 26: Ergebnisse: Wilcoxon -Vorzeichenrangtest zum Umgang mit der Erkrankung: T1 vs. T2 bei allen Lebenspartnern

	Wilcoxon Test			Rangsumme	
	N	Z-Wert	P	T2<T1	T2>T1
1.Erkrankung des Partners akzeptieren können	23	-0,56	0,573	109	81
2. Partner konnte Erkrankung akzeptieren	21	-0,86	0,390	82	128
3. Über Erkrankung gut informiert fühlen	23	-0,44	0,664	103	128
4. In Familie offen über Erkrankung gesprochen	24	-1,23	0,220	125,5	64,5
5. Mit Erkrankung des Partners gut umgehen können	24	-0,38	0,704	125,5	150,5
6. Partner konnte mit Erkrankung gut umgehen	22	-0,22	0,823	111	99
7. Mit Dritten über Krankheit sprechen können	22	-0,41	0,679	76	95
8. Erkrankung machte Angst o.ä.	24	-0,19	0,848	110	121
9. Gefühle in Familie zeigen können	23	-0,07	0,948	128,5	124,5
10. Verständnis für Gefühle des Partners haben	21	-0,64	0,522	90	63
11. Partner hatte Verständnis für meine Gefühle	21	-1,17	0,243	124	66
12. Aufgaben bei Krankheit verteilen gelingt gut	21	-0,30	0,765	97	113
13. Zufrieden mit Lebenssituation	23	-0,50	0,616	121,5	154,5

Um die Frage nach der veränderten familiären Krankheitsbewältigung vor und nach der Intervention zu beantworten wurde in einem Wilcoxon Vorzeichenrangtest der Umgang mit der Erkrankung durch die Lebenspartner zu T1 und T2 verglichen. Es zeigen sich *keine* signifikanten Veränderungen in der Beantwortung der 13 Einzelitems durch die Lebenspartner.

Zu 3c. Angaben der Kinder > 10 J. zum Umgang mit der Erkrankung des Elternteils:

Tabelle 27: Ergebnisse: Wilcoxon-Vorzeichenrangtest zum Vergleich der familiären Krankheitsbewältigung des ersten Kindes (> 10 J.) zum Zeitpunkt T1 vs. T2, vor und nach der familientherapeutischen Intervention

Einzelitem	N	Z=Wert	P=Signifikanz	Rangsumme	
				T2<T1	T2>T1
1. Erkrankung des Elternteils akzeptieren können	17	-2,10	0,036	27,5	108,5
2. Über Erkrankung gut informiert fühlen	17	-1,60	0,109	37	99
3. In Familie offen über Erkrankung gesprochen	17	-1,06	0,289	88,5	47,5
4. Selbst offen über Erkrankung sprechen können	16	-0,43	0,670	67,5	52,5
5. Mit Erkrankung gut umgehen können	16	-1,68	0,093	35,5	100,5
6. Mit Freunden über Erkrankung sprechen können	15	-1,08	0,279	61	30
7. Erkrankung machte Angst o. ä.	16	-0,67	0,501	81	55
8. Gefühle in Familie zeigen können	15	-1,48	0,140	29	76

Zur Erfassung der familiären Krankheitsbewältigung beantworteten alle Kinder ab dem Alter von 10 Jahren ebenfalls 8 Einzelitems zum Umgang mit der elterlichen Erkrankung. Die Auswertung und der Vergleich der Antworten zum Messzeitpunkt 1 (vor der familientherapeutischen Intervention) und zum Zeitpunkt T2 (nach der Intervention) mittels des Wilcoxon Rangsummentests ergeben eine signifikante Veränderung für das Item 1: „Erkrankung des Elternteils akzeptieren können“.

3.4 Hypothese 4

In Hypothese 4 wurde geprüft, ob eine effektivere individuelle Krankheitsbewältigung bei den erkrankten Eltern mit einer besseren Einschätzung der eigenen Lebensqualität einhergeht. Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden die Korrelationen zwischen der Differenz der FKV-Skalenwerte der erkrankten Elternteile T2-T1 und den Differenzen aus den SF-12 Summenwerten für Körperliche und psychische Lebensqualität berechnet.

Tabelle 28: Korrelationen der Differenzvariablen aus den FKV-Werten aller erkrankten Elternteile T2-T1 mit den Differenzen der Summenwerte für körperliche und psychische Lebensqualität der SF-12 T2-T1

Korrelationen nach Pearson	Summenwert SF-12 T2-T1		N
Differenzen T2-T1	körperlich	psychisch	
„Depressive Verarbeitung“	-0,06 (p=0,750)	-0,25 (p=0,217)	27
„Aktives problemorientiertes Coping“	-0,24 (p=0,231)	0,29 (p=0,147)	27
„Ablenkung und Selbstaufbau“	-0,07 (p=0,714)	0,12 (p=0,549)	27
„Religiosität und Sinnsuche“	0,26 (p=0,198)	-0,35 (p=0,076)	27
„Bagatellisierung und Wunschdenken“	0,24 (p=0,234)	0,01 (p=0,946)	27

5. Diskussion

5.1 Hypothese 1a-e

In den Hypothesen 1a-e sollte überprüft werden, ob sich die individuelle Krankheitsbewältigung bei den erkrankten Elternteilen in der Interventionsgruppe von der Krankheitsbewältigung der Eltern in der Wartelistenkontrollgruppe unterscheidet. Für die Prüfung der Hypothesen 1a–1e wurde anhand einer *Repeated Measurement Varianzanalyse* für jede Skala des FKV-LIS getrennt, und die Verwendung der jeweiligen Skala in der Kontrollgruppe mit der Verwendung in der Interventionsgruppe verglichen.

Es ergaben sich bezüglich der individuellen Krankheitsverarbeitung der erkrankten Elternteile im Vergleich zur Wartelistenkontrollgruppe signifikante Veränderungen für die beiden Skalen „Ablenkung und Selbstaufbau“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“. Die erkrankten Elternteile aus der Interventionsgruppe verwenden zum Messzeitpunkt T2 (nach der Intervention) signifikant häufiger den Copingstil „Ablenkung und Selbstaufbau“, jedoch die Kontrollgruppe nicht. In der Kontrollgruppe hatte die durchschnittliche Verwendung des Copingstils „Ablenkung und Selbstaufbau“ zwischen den Messzeitpunkten abgenommen. Für die Skala „Ablenkung und Selbstaufbau“ lässt sich also die Hypothese einer in der Interventionsgruppe, im Vergleich zur Kontrollgruppe veränderten Krankheitsbewältigung bestätigen.

Auch für die Skala „Bagatellisierung und Wunschdenken“ waren die Veränderungen signifikant. So wurde in der Interventionsgruppe signifikant weniger als in der Kontrollgruppe der Copingstil „Bagatellisierung und Wunschdenken“ angewandt. In der Interventionsgruppe nimmt die Verwendung des Copingstils „Bagatellisierung und Wunschdenken“ vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt ab, während bei der KG vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt eine Zunahme zu verzeichnen ist. Für die beiden Krankheitsbewältigungsmodi „Ablenkung und Selbstaufbau“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“ kann also ein Einfluss der familientherapeutischen Intervention auf die Krankheitsbewältigung angenommen werden. Es zeigt sich hier für diese beiden Skalen ein signifikanter Effekt der

familientherapeutischen Intervention auf die individuelle Krankheitsbewältigung der Patienten.

Die Patienten in der Interventionsgruppe verwenden im Vergleich zur Kontrollgruppe nach der Intervention zum Messzeitpunkt T2 signifikant ausgeprägter den Copingstil „Ablenkung und Selbstaufbau“ und signifikant weniger ausgeprägt den Copingstil „Bagatellisierung und Wunschdenken“.

Für die anderen drei Skalen den FKV-LIS ließen sich jedoch keine signifikanten Veränderungen in der Verwendung der Copingstile zwischen Interventions- und Kotrollgruppe feststellen. Für die FKV-LIS Skalen: „Depressive Verarbeitung“, „Religiösität und Sinnsuche“ und „Aktives problemorientiertes Coping“ lässt sich die Hypothese einer nach der Intervention veränderten und adaptiveren Krankheitsbewältigung nicht bestätigen. Die Hypothesen 1a, 1b und 1d können durch die Ergebnisse nicht bestätigt werden.

Beim Formulieren der Hypothesen 1a-e wurde jedoch eine Einteilung der fünf Skalen des FKV-LIS in „effektive“ und weniger „effektive“ Copingstile vorgenommen, die sich nur partiell durch Außenkriterien und andere Studien belegen lässt. Die fünf Copingstile wurden zueinander in Beziehung gesetzt und die Bedingung für eine Bestätigung der Hypothesen 2a und 2b ist eine Abnahme von „Depressiver Verarbeitung“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“ und eine Zunahme der Copingstile „Aktives problemorientiertes Coping“ und „Ablenkung und Selbstaufbau“ und „Religiosität und Sinnsuche“. In Bezug auf die Messung der Adaptivität verschiedener Copingformen kommen Franke et al. nach Analyse der diagnostischen Verfahren im deutschsprachigen Raum zu folgenden Schlüssen: nach Meinung der Autoren enthielten die meisten Copingmessverfahren eine implizite Bewertung der erfassten Bewältigungsstrategien. Dabei würde nicht berücksichtigt, dass die Einschätzungen über gelungene Krankheits- und Stressbewältigung sehr unterschiedlich seien. Auch dem Aspekt der zeitlichen Perspektive auf kurzfristig, mittel- oder langfristig effektive Bewältigungsstrategien werde in den Messverfahren nicht genügend Rechnung getragen (Franke et al.2007).

Grundsätzlich ergeben sich in Bezug auf die Verwendung und die Interpretation der FKV-LIS folgende Einschränkungen, die bei einer Beurteilung der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. So wurde der FKV anhand einer großen Stichprobe von *somatisch* erkrankten Personen entwickelt und er wurde und wird vor allem zur

Beurteilung der Krankheitsbewältigung von körperlich erkrankten Personen verwendet. In der CHIMPs-Studie dient der FKV jedoch zur Beurteilung der Krankheitsbewältigung von *psychisch* erkrankten Personen und im Falle der Lebenspartner, Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung gesund waren. Für die Anwendung des FKV zur Erfassung der Krankheitsbewältigung bei einer *psychischen* Erkrankung gibt es insgesamt bisher nur wenige Ergebnisse anderer Studien zum Vergleich (Schmid et al. 2006, Bauer 2010, Rumpf und Wessel 1995).

Eine grundsätzliche Frage an dieser Stelle ist, inwieweit sich die Krankheitsbewältigung einer psychischen Erkrankung von derjenigen einer körperlichen Erkrankung unterscheidet? Konfundiert möglicherweise die psychische Krankheit an sich mit der Form der Krankheitsbewältigung? In der untersuchten Stichprobe der erkrankten Elternteile befanden sich auch Patienten, die an einer Depression erkrankt waren, wählen diese Patienten häufiger als die anderen Patienten den Stil der „Depressiven Verarbeitung“? Dies sind wichtige Fragen zum Konstrukt der Krankheitsbewältigung und dessen Anwendung auf psychische Erkrankungen, die es noch zu klären gilt.

Eine Überprüfung der Subskalenreliabilität und Skalenspezifität der FKV-LIS wurde in der Studie „Was misst der FKV?“ (Hardt et al. 2003) anhand von drei Stichproben somatisch erkrankter Patienten vorgenommen. Die Autoren berechneten die Gütekriterien der FKV-LIS Skalen in einer Stichprobe von Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (n=1265), einer Stichprobe von Patienten mit Diabetes mellitus Typ I (n=552) und einer Stichprobe von Patienten mit Harnblasenkarzinom (n=81). Hardt et al. kamen zu dem Ergebnis, dass nur die FKV-Skalen „Aktive Bewältigung“ bzw. „aktives problemorientiertes Coping“ und „Depressive Verarbeitung“ hinreichende psychometrische Kennwerte zeigten (Hardt et al. 2003). Die anderen drei Skalen der FKV-LIS bedürfen nach Meinung der Autoren einer Revision. Es werden also sowohl die Reliabilität als auch die interne Konsistenz der FKV-LIS- Skalen in Frage gestellt.

Eine weitere, generelle Einschränkung der Methodik betrifft die unterschiedlichen Messzeitpunkte zu welchen die Krankheitsbewältigung der erkrankten Elternteile in der Kontroll- und Interventionsgruppe erfasst wurde. Die erkrankten Elternteile in der Wartelistenkontrollgruppe befanden sich zu T0, als im Rahmen der Vorstudie das erste Mal ihre Krankheitsbewältigung anhand der FKV-LIS erfasst wurde, in

stationärer Behandlung. Zu T1, vor der Teilnahme an der Interventionsstudie, befanden sich die erkrankten Elternteile nicht in stationärer Behandlung. Der Zeitraum zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt in der Kontrollgruppe und erstem und zweitem Messzeitpunkt in der Interventionsgruppe war außerdem nicht gleich lang. Es sind daher mehrere konfundierende Variablen vorstellbar, welche die Krankheitsbewältigung der erkrankten Elternteile zwischen T1 und T2 neben der familientherapeutischen Intervention beeinflusst haben könnten. Beispielsweise kann eine Veränderung in den Lebensumständen der Familie und des erkrankten Elternteils die Krankheitsbewältigung beeinflusst haben, etwa ein Umzug, eine Veränderung der beruflichen Situation etc.

Weiterhin kann sich während der Teilnahme an der familientherapeutischen Intervention der Krankheitsverlauf des erkrankten Elternteils verändert haben und ein veränderter Schweregrad der psychischen Krankheit könnte sich wiederum auf die Krankheitsbewältigung ausgewirkt haben. Auch der Einfluss einer umgestellten/veränderten Medikation auf den Umgang mit der Erkrankung kann als mögliche „konfundierende“ Variable in Betracht gezogen werden.

Eine wichtige Einschränkung des Studiendesigns insgesamt ist die fehlende Randomisierung von Probanden in Wartelistenkontrollgruppe und Interventionsstudie. Innerhalb des klinischen Settings war es nicht möglich die erkrankten Elternteile bzw. die Familien zufällig der Kontroll- oder Interventionsgruppe zuzuordnen. Die Daten der Wartelistenkontrollgruppe wurden im Rahmen der Vorstudie erhoben, welche der Interventionsstudie um ca.1.5 Jahre vorausging. Demnach galten für die Wartelistenkontrollgruppe und die Interventionsgruppe keineswegs die gleichen Zeit- und Umgebungsbedingungen. Den erkrankten Elternteilen und ihren Familien wurde in der Vorstudie die spätere Teilnahme an der familientherapeutischen Intervention des CHIMPs-Projekts angeboten und die Patienten in der Wartelistenkontrollgruppe nahmen im Durchschnitt 17,6 Monate später gemeinsam mit ihren Familien an der familientherapeutischen Intervention teil. Bei den erkrankten Elternteilen in der Wartelistenkontrollgruppe bestand also eine Bereitschaft an der familientherapeutischen Intervention teilzunehmen. Möglicherweise lässt dies auch auf eine erhöhte Bereitschaft schließen, sich mit der eigenen Erkrankung und dem möglichen Einfluss auf die Familie auseinanderzusetzen. Innerhalb der

Wartelistenkontrollgruppe bestünde dann eine Selektion von erkrankten Elternteilen mit einer erhöhten Bereitschaft zur Krankheitsbewältigung. Dies könnte durchaus einen Einfluss auf die Art und Weise der Krankheitsbewältigung gehabt haben.
Die familientherapeutische Intervention des CHIMPs-Projekts wurde diagnoseübergreifend angewandt, daher fand keine Einteilung der erkrankten Elternteile hinsichtlich der Art ihrer psychischen Erkrankung statt. Es ist aber durchaus denkbar, dass eine affektive Störung eine völlig andere Krankheitsbewältigung als eine schizotype Störung erfordert. Außerdem ist vorstellbar, dass die Möglichkeiten zur aktiven Krankheitsbewältigung je nach Störung unterschiedlich ausgeprägt sind. So konnten in einer Regensburger Untersuchung zur Krankheitsbewältigung von psychisch kranken Patienten und ihren Angehörigen deutliche Unterschiede in der Krankheitsbewältigung zwischen den Patientengruppen mit verschiedenen Diagnosen gefunden werden (Bauer 2010).
Die unterschiedlichen Formen der Krankheitsbewältigung insbesondere in Bezug auf psychische Krankheiten sind nach wie vor nicht genügend erforscht.

5.2 Hypothese 2

In dieser Fragestellung wurde die individuelle Krankheitsbewältigung der erkrankten Elternteile vor und nach der Intervention (T1 vs. T2) verglichen.
Es wurde eine Zunahme der Krankheitsverarbeitungsmodi „aktives problemorientiertes Coping“, „Ablenkung und Selbstaufbau“, „Religiosität und Sinnsuche“ vermutet und eine Abnahme von „Depressiver Verarbeitung“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“ nach der Intervention erwartet.

Hypothese 2a:
Die Hypothese 2a kann durch die Ergebnisse nicht als Ganzes bestätigt werden. Sie lässt sich jedoch in Teilen bestätigen. So ergab der t- Test zum Vergleich der individuellen Krankheitsverarbeitungsmodi der erkrankten Elternteile vor und nach der familientherapeutischen Intervention (T1 vs. T2) signifikante Veränderungen in den beiden FKV-Skalen: „Ablenkung und Selbstaufbau“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“. Die Verwendung des Krankheitsverarbeitungsmodus „Ablenkung

und Selbstaufbau“ hat nach der Intervention zugenommen, wohingegen der Copingstil „Bagatellisierung und Wunschdenken“ nach der Intervention weniger ausgeprägt verwendet wird. Diese Veränderungen stimmen mit den Ergebnissen aus Fragestellung 1 überein. Dort wurde die Krankheitsverarbeitung der erkrankten Elternteile im Vergleich zur Wartelistenkontrollgruppe betrachtet und auch hier ergaben sich für die beiden FKV-Skalen Ablenkung und Selbstaufbau und Bagatellisierung und Wunschdenken signifikante Veränderungen.

Eine mögliche Interpretation der Ergebnisse ist, dass die familientherapeutische Intervention bei den erkrankten Elternteilen zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung geführt hat und die erkrankten Eltern nach der Intervention daher nicht mehr zu Bagatellisierung und Wunschdenken bezüglich ihrer Erkrankung neigen, sondern diese akzeptiert haben und sich den Schwierigkeiten und Herausforderungen, die durch die Krankheit entstehen, aktiv zuwenden.

Die Zunahme des Krankheitsbewältigungsmodus „Ablenkung und Selbstaufbau“ könnte man als eine Folge der durch die familientherapeutische Intervention verbesserten Bewältigungsmöglichkeiten der erkrankten Elternteile erklären. Sie sind nach der Intervention besser in der Lage sich trotz der Belastung durch die Erkrankung ihrer persönlichen Ressourcen zu bedienen. Bezüglich dieser beiden Skalen kann der Einfluss der familientherapeutischen Intervention auf die individuelle Krankheitsbewältigung bestätigt werden.

Für die drei anderen Krankheitsbewältigungsmodi des FKV (Depressive Verarbeitung, Aktives problemorientiertes Coping und Religiosität und Sinnsuche) zeigten sich bei den erkrankten Elternteilen im Vergleich T1 vs. T2 keine signifikanten Veränderungen im t-Test. Es kann davon ausgegangen werden, dass die familientherapeutische Intervention keinen Einfluss auf diese Formen der Krankheitsbewältigung hatte.

Bei dieser Interpretation ist jedoch zu beachten, dass mit Ausnahme der Skala Aktives problemorientiertes Coping, die durchschnittlichen Ausgangswerte zu T1 im mittleren Bereich lagen (AM=2,75 und 2,48), d.h. die erkrankten Elternteile haben vor Beginn der familientherapeutischen Intervention ihre Erkrankung nicht ausgeprägt im Sinne der FKV-Skalen verarbeitet. Die Werte der FKV-Skalen können zwischen 1=gar nicht und 5=stark liegen. Werte, wie sie bei den erkrankten Elternteilen zu T1

gemessen wurden, belegen eine allenfalls mittelmäßig ausgeprägte Verarbeitung im Sinne der jeweiligen Skala. Es ist daher wenig überraschend, dass die nur schwach ausgeprägte Krankheitsverarbeitung im Sinne dieser drei FKV-Skalen durch die familientherapeutische Intervention kaum beeinflusst wurde.

Der Vergleich der Mittelwerte für den Copingstil „Religiosität und Sinnsuche“ ist annährend signifikant (p=0,055). Die Verwendung dieses Copingmodus hat bei den erkrankten Elternteilen nach der Intervention zugenommen. Da die Stichprobe mit N=27 sehr klein ist, hätte sich diese Tendenz in einer größeren Stichprobe womöglich als signifikanter Effekt abgebildet, da die Teststärke mit zunehmendem Stichprobenumfang steigt (Nachtigall und Wirtz 2009).

Den Stellenwert den religiöse Copingstrategien für psychisch kranke Menschen haben können und den Zusammenhang zwischen der Anwendung religiösen Copings und dem Schweregrad der Symptomatik und dem generellen Funktionsniveau untersuchten amerikanische Wissenschaftler 2001. In einer Stichprobe von N=406 psychisch kranken Patienten gaben mehr als 80% der Teilnehmer an, ihren Glauben und religiöse Aktivitäten (wie z.B. beten) zu verwenden, um mit den Belastungen durch ihre Krankheit und den alltäglichen Schwierigkeiten besser zurechtzukommen. Tatsächlich war die Zeit, die die Teilnehmer auf religiöses Coping verwendeten, positiv mit einem besseren generellen Funktionsniveau und einem geringeren Schweregrad der Krankheitssymptomatik korreliert. Gleichzeitig gaben die Teilnehmer an, bei einer Verschlechterung ihres Krankheitszustandes vermehrt religiöse Copingstrategien anzuwenden. Insgesamt bewerten die Autoren der Studie religiöse Copingformen als bedeutsam für Menschen mit psychischer Erkrankung (Tepper et al. 2001). Diese Ergebnisse sind jedoch differenziert im kulturellen und sozialen Kontext des jeweiligen Landes zu betrachten. Auch deutsche Autoren kommen bezüglich des Stellenwerts religiöser Copingstrategien bei psychisch kranken Menschen zu ähnlichen Ergebnissen. So finden Klein und Albani, dass Religiosität insgesamt eher positiv mit psychischer Gesundheit assoziiert sei und eine Ressource im therapeutischen Prozess darstellen könne (Klein und Albani 2007).

Hypothese 2b:

In dieser Hypothese wurde die individuelle Krankheitsverarbeitung der Lebenspartner vor und nach der Intervention (T1 vs. T2) mittels t-Test für abhängige Stichproben verglichen. Bei der Untersuchung der individuellen Krankheitsverarbeitung der Lebenspartner ergaben sich keine signifikanten Unterschiede beim Vergleich der FKV- Skalenwerte vor und nach der Intervention, auch ein Jahr nach Ende der familientherapeutischen Intervention bildeten die Tests keine signifikante Veränderung in der Krankheitsverarbeitung der Lebenspartner ab. Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass die familientherapeutische Intervention keinerlei Einfluss auf die individuelle Krankheitsverarbeitung der Lebenspartner hatte.

Die Lebenspartner der erkrankten Elternteile beantworteten ebenfalls den Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. Dem Fragebogen vorangestellt, wurde der Satz: „Im Folgenden geht es darum, festzustellen, wie Sie auf Krankheiten reagieren, wenn sie selbst einmal krank sind." Die Lebenspartner beantworteten demnach Fragen zu ihrer Krankheitsverarbeitung zu einem Zeitpunkt, an dem sie mehrheitlich *gesund* waren. Dies stellt eine bedeutende inhaltliche Einschränkung der Ergebnisse dar. Der Befragung der erkrankten Elternteile wurde der Satz: „Im Folgenden geht es darum, festzustellen, wie Sie auf Krankheiten reagieren" vorangestellt. Auch bei der Befragung der Patienten wurde also nicht explizit nach dem Umgang mit der eigenen psychischen Erkrankung gefragt. Dennoch ist es wahrscheinlich, dass die Patienten sich bei der Beantwortung der Fragen auf ihre psychische Erkrankung beziehen; es kann jedoch nicht mit Sicherheit angenommen werden. Diese konzeptuellen Ungenauigkeiten müssen bei der Interpretation der Ergebnisse zur individuellen Krankheitsverarbeitung von Patienten und Lebenspartnern berücksichtigt werden.

Ziel der familientherapeutischen Intervention war es den Umgang mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils in der gesamten Familie zu beeinflussen. Hierbei lag der Fokus jedoch auf dem Umgang mit der psychischen Erkrankung des betroffenen Elternteils. Der Umgang mit Krankheiten, die sie selbst betreffen, wurde mit den (mehrheitlich gesunden) Lebenspartnern nicht explizit thematisiert. Daher ist es durchaus möglich, dass die Lebenspartner sich im Rahmen der familientherapeutischen Intervention nicht mit ihrer eigenen Krankheitsbewältigung auseinandersetzten, sondern sich nur dem Umgang mit der psychischen Krankheit des Partners zuwendeten. Man könnte vermuten, dass zwischen der

Krankheitsbewältigung einer eigenen Krankheit und den Bewältigungsstrategien von Belastungen durch die Krankheit des Lebenspartners Zusammenhänge bestehen bzw. dass in beiden Fällen ein ähnliches Bewältigungsverhalten angewandt wird. Dies ist jedoch eine Hypothese, die an dieser Stelle nicht geprüft wurde.

In einer qualitativen Studie von Jungbauer und Angermeyer wurde versucht die Bewältigungsstrategien von Partnern schizophrener Patienten zu erfassen. Im Rahmen der Studie wurden mit den Lebenspartnern Interviews geführt, deren Ziel es war, die Strategien der Partner zur Bewältigung der durch die Erkrankung des Lebenspartners für sie entstehenden Belastungen zu ermitteln. Zunächst einmal illustrieren die Ergebnisse auch dieser Studie, dass für die Lebenspartner der schizophren Erkrankten durch die psychische Erkrankung erhebliche (objektive und subjektive) Belastungen entstehen. Eine zentrale Annahme der Autoren ist, dass „Art und Intensität der Bewältigungsbemühungen sehr bedeutsam für das Belastungserleben der Angehörigen und das emotionale Klima der Familie sind“ (Jungbauer und Angermeyer 2003). Die von den Studienteilnehmern berichteten Bewältigungsstrategien lassen sich folgendermaßen einteilen: in problembezogene Bewältigungsstrategien, belastungsbezogene Bewältigungsstrategien zur Regulierung der eigenen Stressreaktion und in kognitiv-emotionale Bewältigungsstrategien, wobei die Lebenspartner eine Neubewertung der Erkrankung des Partners und der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten vornehmen. Am häufigsten wendeten die Lebenspartner problembezogene Bewältigungsstrategien an, hier gelang es den Lebenspartnern zum Bsp. durch Informationsbeschaffung, durch die gezielte Nutzung des psychiatrischen Versorgungssystems oder die Mobilisierung familialer Unterstützungsressourcen die krankheitsbedingten Belastungen zu reduzieren. Auch den kognitiv-emotionalen Bewältigungsstrategien messen die Autoren im Fazit der Studie eine große Bedeutung bei. So nehmen sie an, dass es für die Weiterführung der Paarbeziehung entscheidend ist, inwieweit es gelingt die Schizophrenie des Partners kognitiv-emotional zu verarbeiten.

„Diejenigen Partner, die zahlreiche kognitiv-emotionale Bewältigungsstrategien schilderten, waren zufriedener mit ihrer Partnerschaft und beurteilten die Chancen eines gemeinsamen Lebens trotz der Schizophrenie optimistischer […]“ (Jungbauer und Angermeyer 2003). Dieses Fazit der Studie kann als ein klares Argument dafür

verstanden werden, auch zukünftig die Krankheitsbewältigung der Lebenspartner und der gesamten Familie von psychisch kranken Menschen im Rahmen von Interventions- und Präventionsprogrammen, wie zum Bsp. des CHIMPs-Projekts, zu bearbeiten und zu unterstützen.

5.3 Hypothese 3

In Hypothese 3 wurde geprüft, ob die Familienmitglieder (erkranktes Elternteil(a), Lebenspartner(b), Kinder(c)) die Einzelitems zum Umgang mit der Erkrankung in der Familie nach der familientherapeutischen Intervention zu T2 im Sinne eines offeneren und besseren Umgangs als zu T1 beantworten.
Für den Vergleich der Antworten auf die Einzelitems durch die erkrankten Elternteile(a) zu T1 und T2 (vor und nach der familientherapeutischen Intervention) wurde ein t-Test durchgeführt, sowie die Differenz der Werte für die einzelnen Items über alle erkrankten Elternteile berechnet und gegen 0 getestet.
Es ergaben sich *keine* signifikanten Unterschiede in der Beantwortung der Items zur familiären Krankheitsbewältigung durch die erkrankten Elternteile. Bei drei der Items zeigten sich jedoch Tendenzen eines zu T2 verbesserten Umgangs mit der Erkrankung. Da auch hier die Stichprobe mit N=27 sehr klein ist, hätte sich diese Tendenz in einer größeren Stichprobe womöglich als signifikanter Effekt abgebildet, da die Teststärke mit zunehmendem Stichprobenumfang steigt (Nachtigall und Wirtz 2009).
Die größte Veränderung zeigt sich in Item 9 „Gefühle in der Familie zeigen können“, hier beträgt die positive Differenz: 1,01 was vermuten lässt, dass es den erkrankten Elternteilen nach der Intervention (zu T2) leichter fällt ihre Gefühle in der Familie zu zeigen. Weiterhin zeigt sich bei Item 13: „zufrieden mit der Lebenssituation“ eine Differenz T2-T1 von +0.76 und bei Item 5: „mit eigener Erkrankung gut umgehen können“ eine Differenz T2-T1 von +0.71. Daraus lässt sich schließen, dass die erkrankten Elternteile nach der Intervention zu T2 durchaus besser mit der eigenen Erkrankung umgehen können und zufriedener mit ihrer Lebenssituation sind, diese Tendenz sich jedoch aufgrund der kleinen Stichprobe nicht signifikant abbildet.

Nach Hampel und Petermann ist die Effektivität von Coping entscheidend von der wahrgenommenen Kontrollierbarkeit des Stressors abhängig (Hampel und Petermann 2005). Eine bessere Bewältigung konnte erreicht werden, wenn problemorientierte Copingstrategien in Stresssituationen angewandt wurden, die als kontrollierbar eingeschätzt wurden (Compas 1988, zitiert nach Hampel und Petermann 2005). Wurden hingegen emotionsregulierende Copingstrategien in Situationen, die als nicht kontrollierbar eingeschätzt wurden, angewandt, so war dies mit weniger psychologischen Symptomen assoziiert (Hampel und Petermann 2005). Bezüglich des Copings mit der psychischen Krankheit eines Elternteils innerhalb der Familie stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, inwieweit die Familienmitglieder die psychische Krankheit als „kontrollierbar" bzw. beeinflussbar wahrnehmen. Und inwiefern es möglich ist, die Einschätzung der Kontrollierbarkeit durch die Familienmitglieder im Rahmen der familientherapeutischen Intervention günstig zu beeinflussen.

Zu Hypothese 3b:

Um die Frage nach der veränderten familiären Krankheitsbewältigung der Lebenspartner vor und nach der Intervention zu beantworten wurde in einem Wilcoxon Vorzeichenrangtest der Umgang mit der Erkrankung durch die Lebenspartner zu T1 und T2 verglichen.

Es zeigen sich *keine* signifikanten Veränderungen in der Beantwortung der 13 Einzelitems durch die Lebenspartner. Auch die Wertedifferenz gegen 0 getestet, ergibt keine signifikanten Unterschiede, alle Differenzen sind < 1, lediglich bei Item Nr. 4 „in der Familie wird offen über die Erkrankung gesprochen" ergibt sich eine Wertedifferenz von 1,03. Die Lebenspartner beobachten also nach der Intervention einen offeneren Umgang mit der Erkrankung des Partners in der Familie. Ein offener Umgang mit der Erkrankung und das Gespräch über die Erkrankung sollte in den Familien durch die Intervention gefördert werden. Auch wenn der Vergleich für das Item 4 nicht signifikant ist, kann die gemessene Tendenz als ein Indikator für einen Erfolg der Intervention bezüglich des familiären Umgangs mit der Erkrankung, gewertet werden. Da die Stichprobe hier mit N=21 sehr klein ist, kann vermutet werden, dass die Veränderung in Item 4 bei Zunahme der Stichprobengröße signifikant würde.

Auch für das Item 2: „Partner konnte die Erkrankung akzeptieren“ zeigt sich eine Differenz T2-T1 von 1,02. Die Lebenspartner geben also nach der Intervention an, dass der erkrankte Partner seine Krankheit besser akzeptieren könne. Die erkrankten Elternteile selbst gaben nach der Intervention ebenfalls an, ihre Erkrankung besser akzeptieren zu können. Die Wahrnehmung von erkranktem Elternteil und Lebenspartner stimmt hier überein, die Veränderung ist jedoch nicht signifikant.

Zu Hypothese 3c:

Zur Erfassung der familiären Krankheitsbewältigung beantworteten alle Kinder ab dem Alter von 10 Jahren ebenfalls 8 Einzelitems zum Umgang mit der elterlichen Erkrankung.

Die Auswertung und der Vergleich der Antworten zum Messzeitpunkt 1 (vor der familientherapeutischen Intervention) und zum Zeitpunkt T2 (nach der Intervention) mittels des Wilcoxon Rangsummentests ergeben eine signifikante Veränderung für das Item 1: „Erkrankung des Elternteils akzeptieren können“. Die Kinder geben zum Zeitpunkt T2 nach der Intervention eine größere Akzeptanz der elterlichen Erkrankung an. Das Ergebnis für das Item 1 ist trotz der sehr kleinen Stichprobe von n=17 signifikant. Die Hypothese 3c einer veränderten familiären Krankheitsbewältigung kann also für den Aspekt der Akzeptanz der elterlichen Erkrankung bestätigt werden. Die Kinder können durch die familientherapeutische Intervention die Erkrankung des Elternteils besser akzeptieren.

Für die anderen 7 Einzelitems zum Umgang der Kinder mit der elterlichen Erkrankung zeigt der Vergleich zwischen T1 und T2 keine signifikanten Veränderungen und somit keinen Einfluss der familientherapeutischen Intervention auf den Umgang mit der Erkrankung. Dies kann zum einen der geringen Stichprobengröße geschuldet sein, zum anderen wäre es möglich, dass sich die Effekte der Intervention erst längere Zeit nach ihrem Ende zeigen, da die Kinder möglicherweise unmittelbar nach Ende der Intervention die Anregungen, die sie während der Familiengespräche bekamen, noch nicht verarbeitet haben. Leider sind die Rücklaufzahlen der Katamnese-Fragebögen (Erhebung zu T3, ein Jahr nach der Intervention) so gering, dass kein repräsentativer Vergleich der Angaben zu T2 und T3 möglich ist.

Der Umgang von Jugendlichen und Kindern mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils wurde auch von Fraser und Pakenham differenziert untersucht. Die Autoren konzentrierten sich auf die Zusammenhänge zwischen potentiellen Resilienzfaktoren der Kinder (Wissen über psychische Krankheiten, soziale Einbindung, Copingstrategien) der psychischen Auffälligkeit der Kinder (depressive Symptome, Zufriedenheit, Verhaltensauffälligkeiten) und der Betreuung der kranken Eltern durch ihre Kinder. Nach den Ergebnissen von Fraser und Pakenham war der Zusammenhang zwischen dem Wissen der Kinder über die psychische Erkrankung der Eltern und der psychischen Auffälligkeit der Kinder nur schwach ausgeprägt. Der Grad der sozialen Einbindung der Kinder hingegen korrelierte ausgeprägt mit allen Teilbereichen der psychischen Auffälligkeit der Kinder (Fraser und Pakenham 2009). Diese Ergebnisse stimmen zum Teil mit den Ergebnissen von Maybery et al. zum Unterstützungsbedarf von Kindern mit psychisch kranken Eltern überein. Nach Maybery et al. sind die Unterstützungsfaktoren, welche Kinder, Eltern und Psychologen/Psychiater als besonders hilfreich einordnen voneinander verschieden.
Beim Vergleich der Angaben von Kindern psychisch Kranker, den Eltern und Psychologen zu Unterstützungsbedarf und Unterstützungsmöglichkeiten ergaben sich deutliche Unterschiede zwischen den befragten Gruppen. Während die Eltern externe Hilfen, wie z. B. Psychoedukation über die Krankheit, als besonders hilfreich einordneten, gaben die Kinder als wichtigsten Unterstützungsfaktor die soziale Unterstützung durch Freunde und Geschwister an. Sowohl Eltern als auch Kinder gaben übereinstimmend das Auftreten eines akuten Krankheitsschubes des erkrankten Elternteils als besonders belastend an (Maybery et al. 2005). Auch Gladstone et al. plädieren für eine stärkere Einbindung der Perspektiven der Kinder von psychisch Kranken in den Forschungsprozess und in die Entwicklung von Interventionsmaßnahmen (Gladstone et al. 2006).
Die Studien illustrieren die Bedeutung der sozialen Einbindung und Unterstützung für die Kinder psychisch kranker Eltern. Weiterhin wird deutlich, dass sich die Perspektiven der Familienmitglieder hinsichtlich Belastungen und Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb der Familie deutlich unterscheiden können. Daher ist es nicht leicht im Rahmen der familientherapeutischen Intervention allen Familienmitgliedern gleichermaßen gerecht zu werden. Es könnte ein Ziel zukünftiger

Interventionen sein, noch differenzierter zwischen den Bedürfnissen der einzelnen Familienmitglieder zu unterscheiden und diesen gerecht zu werden.
Nach Compas et al. spielt die elterliche Erziehung eine wichtige Rolle als Mediator der kindlichen Auffälligkeit. Das Vorhandensein einer depressiven Symptomatik bei einem Elternteil erwies sich als wichtiger Einflussfaktor für das Erziehungsverhalten der Eltern. Compas et al. gelang es im Rahmen einer Interventionsstudie nachzuweisen, dass durch eine Abnahme der elterlichen depressiven Symptomatik infolge der Intervention, das Erziehungsverhalten der Eltern verbessert werden konnte und dies wiederum Verhaltensauffälligkeiten der Kinder beeinflusste (Compas et al. 2012). Berücksichtigt man die Ergebnisse dieser Studie, so scheint es für den Erfolg einer therapeutischen Intervention bedeutsam, die Art der psychischen Erkrankung der Eltern, den Schweregrad ihrer Symptomatik und ihr Erziehungsverhalten als Einflussfaktoren auf das Verhalten der Kinder zu berücksichtigen und wenn möglich zu kontrollieren.
Eine grundsätzliche Einschränkung der Interpretierbarkeit der Ergebnisse von Fragestellung 3 ergibt sich aufgrund der fehlenden Normwerte. Die Antworten auf die selbstformulierten Items zum Umgang mit der Erkrankung in der Familie können nicht mit Normwerten aus anderen Stichproben verglichen werden. Weiterhin wurden die selbstformulierten Items nicht bezüglich psychometrischer Gütekriterien untersucht.

5.4 Hypothese 4

In dieser Fragestellung sollte überprüft werden, ob die nach der Intervention verbesserte individuelle Krankheitsbewältigung eine Moderatorvariable für die gesundheitsbezogene Lebensqualität darstellen könnte. Zu diesem Zweck wurden die Mittelwerte der FKV-Skalen der erkrankten Elternteile mit dem Summenscore für körperliche und psychische Lebensqualität korreliert.
Es hatten sich für die FKV-Skalen „Ablenkung und Selbstaufbau“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“ signifikante Veränderungen in der individuellen Krankheitsverarbeitung der erkrankten Elternteile nach der Intervention gezeigt. Nach der Intervention wurde der Copingstil „Ablenkung und Selbstaufbau“

vermehrt von den erkrankten Elternteilen verwendet, der Copingstil „Bagatellisierung und Wunschdenken“ wurde weniger häufig angewandt.

Die Korrelationen zeigen, dass sich die Hypothese, nach der eine „effektivere“ Krankheitsverarbeitung der psychischen Krankheit auch mit einer höher eingeschätzten eigenen Lebensqualität einhergeht, nach den Ergebnissen der verwendeten Daten nicht bestätigen lässt. Die Differenzenvariable aus den FKV-Skalenwerten zum Zeitpunkt T2-T1 für die erkrankten Elternteile korreliert nur sehr schwach mit der Differenz aus der körperlichen und psychischen Summenskala des SF-12.

In zahlreichen Studien wird und wurde der Zusammenhang zwischen gesundheitsbezogener Lebensqualität und einer somatischen Erkrankung untersucht (zum Beispiel: Baumschlager et al. 2011, Rüschenschmidt et al. 2008). Auch der Zusammenhang zwischen Krankheitsverarbeitung, Lebensqualität und somatischer Erkrankung wurde analysiert (Schipper et al. 2011, Taubert und Foerster 2005). Im Rahmen der Evaluation des Präventionsprojekts CHIMPs konnte bereits gezeigt werden, dass sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder und ihre soziale Unterstützung nach der Intervention im Vergleich zur Wartelistenkontrollgruppe verbessern (Wiegand-Grefe et al. 2012). Der mögliche Zusammenhang zwischen der Krankheitsverarbeitung der psychischen Krankheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Eltern wurde im Rahmen der Evaluation bisher noch nicht untersucht.

In einer der wenigen Studien zu Lebensqualität und Krankheitsverarbeitung von psychisch erkrankten Patienten fanden Schmid et al. bei schizophren erkrankten Patienten einen positiven Zusammenhang zwischen aktiver problemorientierter Krankheitsverarbeitung und höherer Lebensqualität, während Bagatellisierung und Wunschdenken als Krankheitsverarbeitungsstil mit geringerer Lebensqualität assoziiert waren (Schmid et al. 2006). Auch in einer Untersuchung zu Krankheitsverarbeitung und gesundheitsbezogener Lebensqualität bei Multiple-Sklerose Erkrankten zeigte sich, dass Bagatellisierung und Wunschdenken als Krankheitsverarbeitungsstil mit einer schlechteren psychischen und physischen Lebensqualität einhergingen, ebenso war eine depressive Krankheitsverarbeitung mit geringerer Lebensqualität der Patienten assoziiert (Schipper et al. 2011). Die Autoren fanden insbesondere zwischen dem psychischen Summenscore der

gesundheitsbezogenen Lebensqualität und einer depressiven Krankheitsverarbeitung einen starken Zusammenhang (Schipper et al. 2011). Die genannten Studien lassen also einen Zusammenhang zwischen Krankheitsverarbeitung und gesundheitsbezogener Lebensqualität vermuten. Dennoch ließ sich dieser Zusammenhang für die Gruppe der psychisch erkrankten Elternteile im CHIMPs-Projekt nicht nachweisen.

Eine mögliche Erklärung für die sehr gering ausgeprägten Korrelationen zwischen den FKV-Skalen und den Summenscores für die psychische und physische Lebensqualität ist, dass sich in der Evaluation nur für zwei von fünf FKV-Skalen überhaupt signifikante Veränderungen zeigten. Die anderen drei Krankheitsverarbeitungsmodi des FKV wurden von den erkrankten Elternteilen weder zu T1 noch zu T2 ausgeprägt verwendet. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Eltern die Krankheit nicht ausgeprägt im Sinne dieser Krankheitsverarbeitungsmodi bewältigt haben. Es ist daher kein starker Zusammenhang zwischen diesen Formen der Krankheitsverarbeitung und der Lebensqualität der erkrankten Elternteile zu erwarten.

Für die FKV- Skalen „Bagatellisierung und Wunschdenken“ und „Ablenkung und Selbstaufbau“ wäre jedoch ein Zusammenhang zu erwarten gewesen. Die mangelnde Bestätigung für diesen Zusammenhang lässt vermuten, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität der erkrankten Elternteile maßgeblich durch andere Faktoren bestimmt wird. Andere Variablen, welche möglicherweise die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Eltern stärker beeinflussen, könnten der aktuelle Schweregrad der Erkrankung und das Ausmaß an sozialer Unterstützung sein, welches die Eltern und die Familie erfahren.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der erkrankten Elternteile wurde mithilfe des SF-12 erfasst. Jakobsson et al. untersuchten die Konstruktvalidität des SF-12 anhand von drei großen Stichproben somatisch erkrankter Patienten und konnten für keine der drei Gruppen die zwei-dimensionale Struktur des SF-12 klar bestätigen. Es bestehen daher Zweifel hinsichtlich der Validität und Interpretierbarkeit der körperlichen und psychischen Summenskala des SF-12 (Jakobsson et al. 2011).

Obwohl der vermutete Zusammenhang zwischen Krankheitsbewältigung und Lebensqualität an dieser Stelle nicht bestätigt werden konnte, ist die Überprüfung des Konstrukts „Krankheitsbewältigung“ anhand von Außenkriterien, wie

beispielsweise der Lebensqualität, auch in Zukunft wichtig. Franke et al. stellen diesbezüglich fest, dass „die nach wie vor ungelöste Kriterienfrage aus dem Blickwinkel der Intervention ein schwerwiegendes Problem darstellt, für das die theoretisch orientierte Copingforschung bisher noch keine Lösung bereitstellen konnte“ (Franke et al. 2007). Begreift man also mit Lazarus und Muthny die Krankheitsbewältigung als einen Prozess so gilt es auch zukünftig, die Güte bzw. Adaptivität von Krankheitsbewältigung anhand von Außenkriterien und mittels Langzeitbeobachtungen zu erforschen (Lazarus 1993, Muthny 1988).

5.5 Einschränkungen der Methode

Alle beschriebenen Ergebnisse müssen vor dem Hintergrund einiger grundsätzlicher Einschränkungen der Methode und des Designs betrachtet werden. An erster Stelle ist hier die fehlende Randomisierung der Probanden in Kontroll- und Interventionsgruppe zu nennen. Für einen klareren Nachweis der Wirksamkeit der familientherapeutischen Intervention sollte diese nach Möglichkeit in einem Design mit zufällig gebildeter Kontroll- und Interventionsgruppe wiederholt werden.
Mit der fehlenden Randomisierung verknüpft ist das Fehlen einer zeitlichen Parallelisierung im Ablauf der Studie. Die Daten der Wartelistenkontrollgruppe wurden im Rahmen der Vorstudie erhoben, welche der Interventionsstudie um 1.5 Jahre voranging. Für eine bessere Kontrolle der Zeit- und Umgebungsfaktoren wäre eine gleichzeitige Befragung von Kontroll- und Interventionsgruppe günstiger. Weiterhin ist die geringe Stichprobengröße zu nennen, welche eine Einschränkung der Repräsentativität der Ergebnisse bedingt. Hinsichtlich des Konzepts der Krankheitsbewältigung stellt die definitorische Ungenauigkeit in Bezug auf die Adaptivität und Güte der Krankheitsbewältigung eine Einschränkung der Methode dar. Die Erfassung der Adaptivität von Krankheitsbewältigung anhand von Außenkriterien, insbesondere bei psychischen Erkrankungen, sollte in zukünftigen Studien differenzierter untersucht werden. Weiterhin wurde in der vorliegenden Studie darauf verzichtet die Krankheitsbewältigung innerhalb der einzelnen Familien zu betrachten und diese interfamiliär zu vergleichen, auch wurde keine Unterscheidung der einzelnen Diagnosen der erkrankten Eltern und einer damit evtl.

verknüpften Krankheitsbewältigung vorgenommen. In der vorliegenden Arbeit wurde außerdem die zeitliche Veränderung der Krankheitsbewältigung ein Jahr nach Ende der Intervention nicht miteinbezogen. Dies ist der sehr geringen Stichprobengröße beim dritten Messzeitpunkt anzulasten. Die genannten Aspekte sollten in zukünftigen Untersuchungen berücksichtigt werden.

7. Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die familientherapeutische Intervention, welche im Rahmen des CHIMPs-Projekts in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE durchgeführt wurde, hinsichtlich ihres Einflusses auf die individuelle und familiäre Krankheitsbewältigung zu evaluieren.

Der Umgang aller Familienmitglieder mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils wurde anhand von Fragebogendaten und selbstformulierten ad hoc Items für den Zeitpunkt T1 (vor der Intervention) und T2 (nach der Intervention) verglichen.

Weiterhin wurde überprüft, ob eine veränderte individuelle Krankheitsbewältigung der erkrankten Elternteile eine Moderatorvariable für die gesundheitsbezogene Lebensqualität der erkrankten Elternteile darstellen könnte.

Da die Kinder psychisch kranker Eltern ein erhöhtes Risiko haben, selbst psychische Auffälligkeiten zu entwickeln, wird eine frühzeitige Prävention durch therapeutische Interventionen und strukturelle Unterstützung der Familien für sinnvoll und notwendig erachtet (Wiegand-Grefe et al. 2011b, Lenz 2008, Beardslee 2003). Die individuelle und familiäre Krankheitsbewältigung gilt als wichtiger Einflussfaktor auf eine gesunde psychische Entwicklung der Kinder, daher soll sie im Rahmen der familientherapeutischen Intervention günstig beeinflusst werden (Wiegand-Grefe et al. 2011b).

Die Ergebnisse zeigen, dass die familientherapeutische Intervention des CHIMPs-Projekts sowohl die individuelle als auch die familiäre Krankheitsbewältigung in einigen Aspekten verbessert hat.

Die erkrankten Elternteile verwenden im Vergleich zur Wartelistenkontrollgruppe nach der Intervention signifikant häufiger „Ablenkung und Selbstaufbau“ als Krankheitsbewältigungsmodus und signifikant weniger häufig „Bagatellisierung und Wunschdenken“ zur Krankheitsbewältigung.

Die Kinder geben nach der Intervention eine signifikant größere Akzeptanz der psychischen Erkrankung ihrer Eltern an. Es zeigte sich jedoch kein Zusammenhang zwischen der veränderten Krankheitsbewältigung der erkrankten Elternteile und ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Insgesamt lässt sich die Wirksamkeit der Intervention hinsichtlich der Krankheitsbewältigung bestätigen.

8. Literaturverzeichnis

Bauer R (2010): Belastungen, Kontrollüberzeugungen, Bewältigungsverhalten, Befindlichkeit unter Medikation, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität von Patienten in stationärer Behandlung und ihren Angehörigen. Eine Analyse wechselseitiger Bedingungen bei Patienten mit Schizophrenie, bipolar affektiven Störungen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen. Dissertation. Universität Regensburg.

Baumschlager D, Haas-Krammer A, Rothenhäusler H (2011): Emotionale Befindlichkeit, kognitive Leistungsfähigkeit und Lebensqualität bei HIV-Patienten. Ergebnisse einer explorativen Untersuchung. In: *Der Nervenarzt* (82), S. 902–909.

Beardslee W, Gladstone T, Wright E, Cooper A (2003): A Family-Based Approach to the Prevention of Depressive Symptoms in Children at Risk: Evidence of Parental and Child Change. In: *Pediatrics* (112 (2)), S. e119-e131.

Beardslee W, Wright E, Gladstone T, Forbes P (2007): Long-Term Effects From a Randomized Trial of Two Public Health Preventive Interventions for Parental Depression. In: *Journal of Family Psychology* (21(4)), S. 703–713.

Bortz J (1999): Statistik für Sozialwissenschaftler. 5. Aufl. Berlin Heidelberg New York: Springer.

Broda M (1990): Anspruch und Wirklichkeit - Einige Überlegungen zum transaktionalen Copingmodell der Lazarusgruppe. In: Muthny FA (Hg.): Krankheitsverarbeitung. Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse. 1 Band. Heidelberg: Springer Verlag, S. 13–23.

Bukatko D, Daehler M (2004): Child Development. A Thematic Approach. Boston: Houghton Mifflin Company.

Bundespsychotherapeutenkammer: Pressemitteilung. Online verfügbar unter http://www2.bptk.de/uploads/101001_psychische_krankheiten_zahlen_fakten.pdf, zuletzt geprüft am 06.01.2011.

Compas B, Hardcastle E, Thigpen J, Bettis A, Parent J, Forehand R (2012): The Role of Parent Depressive Symptoms in Positive and Negative Parenting in a Preventive Intervention. In: *Journal of Family Psychology* (26(4)), S. 532–541.

Compas B, Malcarne V, Fondacaro K (1988): Coping with stressfull events in older children and young adolescents. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (56), S. 405–411.

Cronemeyer B (2011): Krankheitsverarbeitung psychisch kranker Eltern und psychische Auffälligkeit ihrer Kinder. Zusammenhänge im Verlauf einer Intervention. Diplomarbeit. Universität Hamburg.

Dean K, Stevens H, Mortensen P, Murray R (2010): Full Spectrum of Psychiatric Outcomes Among Offspring With Parental History of Mental Disorder. In: *Archives of General Psychiatry* (67), S. 822–829.

Deneke C (1998): Besser früh betreuen, als später behandeln. Erfahrungen einer Kinder- und Jugendpsychiaterin. In: Mattejat F, Lisofsky B (Hg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 1. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 87–91.

Deneke C (2005): Kinder psychisch kranker Eltern: Entwicklungsrisiken und Ansätze zur Prävention. In: *Forum der Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 3* (3), S. 69–81.

Fortune D, Smith J, Garvey K (2005): Perceptions of psychosis, coping, appraisals, and psychological distress in the relatives of patients with schizophrenia: An exploration using self-regulation theory. In: *British Journal of Clinical Psychology (2005), 44, 319–331* (44), S. 319–331.

Franke G, Jagla M, Salewski Ch, Jäger S (2007): Psychologisch-diagnostische Verfahren zur Erfassung von Stress und Krankheitsbewältigung im deutschsprachigen Raum. In: *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* (16), S. 41–55.

Franz M, Kettemann B, Jäger K, Hanewald B, Gallhofer B (2012): Was wissen Psychiater über die Kinder ihrer Patienten? In: *Psychiatrische Praxis* (39), S. 211–216.

Fraser E, Pakenham K (2009): Resilience in children of parents with mental illness: Relations between mental health literacy, social connectedness and coping, and both adjustment and caregiving. In: *Psychology, Health and Medicine* (14(5)), S. 573–584.

Fröhlich-Gildhoff K (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten. Stuttgart: W.Kohlhammer GmbH Stuttgart.

Fröhlich-Gildhoff K, Rönnau-Böse M (2011): Resilienz. 2. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag München Basel.

Gladstone BM et al. (2006): Recasting research into children 's experiences of parental mental illness: Beyond risk and resilience. In: *Social Science & Medicine* (62), S. 2540–2550.

Gottesman I, Laursen T, Bertelsen A, Mortensen P (2010): Severe Mental Disorders in Offspring with two Psychiatrically ill Parents. In: *Archives of General Psychiatry* (67(3)), S. 252–257.

Grube M, Dorn A (2007): Elternschaft bei psychisch Kranken. In: *Psychiatrische Praxis* (34), S. 66–71.

Hahlweg K, Lexow A, Wiese M (2008): Psychotherapiepatienten und ihre Kinder im ambulanten Bereich. In: Mattejat F, Lisofsky B (Hg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: BALANCE buch+medien Verlag, S. 114–123.

Hammen C, Burge D, Burney E, Adrian C (1990): Longitudinal Study of Diagnoses in Children of Women With Unipolar and Bipolar Affective Disorder. In: *Archives of General Psychiatry* (47), S. 1112–1117.

Hampel P, Petermann F (2005): Age and Gender Effects on Coping in Children and Adolescents. In: *Journal of Youth and Adolescence* (34(2)), S. 73–83.

Hardt J, Petrak F, Tiber Egle U, Kappis B, Schulz G, Küstner E (2003): Was misst der FKV? Eine Überprüfung des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* (32 (1)), S. 41–50.

Hedlund M, Ronne-Engström E, Carlsson M, Ekselius L (2010): Coping strategies, health-related quality of life and psychiatric history in patients with aneurysmal subarachnoid haemorrhage. In: *Acta Neurochirurgica* (152), S. 1375–1383.

Heim E (1988): Coping and psychological adaptation: is there appropriate and inappropriate coping? In: *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 38 (1), S. 8–18.

Heim E (1998): Coping--status of knowledge in the 90's. In: *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 48 (9-10), S. 321–337.

Heim E, Augustiny KF, Blaser A, Kühne D (1990): Stabilität und Variabilität von Copingstrukturen über die Zeit. In: Muthny FA (Hg.): Krankheitsverarbeitung. Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse. 1 Band. Heidelberg: Springer Verlag, S. 88–106.

Jakobsson U, Westergren A, Lindskov S, Hagell P (2012): Construct validity of the SF-12 in three different samples. In: *Journal of Evaluation in Clinical Practice* (18), S. 560–566.

Jeske J, Bullinger M, Plaß A, Petermann F, Wiegand-Grefe S (2009): Risikofaktor Krankheitsverarbeitung. Zusammenhänge zwischen der Krankheitsverarbeitung einer elterlichen psychischen Erkrankung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder. In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* (57(3)), S. 207–213.

Jungbauer J, Angermeyer M (2003): Bewältigungsstrategien von Partnern schizophrener Patienten. In: *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* (53), S. 295–301.

Klein C, Albani C (2007): Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis. In: *Psychiatrische Praxis* (34(2)), S. 2–12.

Klein-Heßling J, Lohaus A (2002): Zur Situationalen Angemessenheit der Bewältigung von Alltagsbelastungen im Kindes- und Jugendalter. In: *Kindheit und Entwicklung*, S. 29–37.

Lavoie R, Hodgins S: Mental disorders among children with one parent with a lifetime diagnosis of major depression. In: A Critical Review of the Literature on Children at Risk for Major Affective Disorders (1994), S. 37–82.

Lazarus R (1993): Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. In: *Psychosomatic Medicine 55:234-247 (1993)*, S. 234–247.

Lazarus R, Folkman S (1984): Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer Publishing Company.

Lenz A (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.

Lenz A (2008): Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.

Lenz A, Jungbauer J (Hrsg.) (2008): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen: Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte: dgvt-Verlag.

Lenz A, Kuhn J (2011): Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über die Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In: Mattejat F. (Hrsg.) Lenz A. (Hrsg.) Wiegand-Grefe S (Hrsg.) (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. 1. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht GmbH, S. 269–298.

Lohaus A, Ball J (2006): Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern. 2. Aufl.: Hogrefe Verlag GmbH.

Mattejat F (2008): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen und was zu tun ist. In: Mattejat F, Lisofsky B (Hg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: BALANCE buch+medien Verlag, S. 68–96.

Mattejat F, Remschmidt H. (2008): The Children of Mentally Ill Parents. In: *Deutsches Ärzteblatt* (105(23)), S. 413–418.

Mattejat F, Lisofsky B (Hg.) (1998): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 1. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Mattejat F, Lisofsky B (Hg.) (2008): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: BALANCE buch+medien Verlag.

Mattejat F, Wüthrich C, Remschmidt H (2000): Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. In: *Der Nervenarzt* (71 (3)), S. 164–172.

Maybery D, Ling L, Szakacs E, Reupert A (2005): Children of a parent with a mental illness: perspectives on need. In: *Australien e-Journal for the Advancement of Mental Health* (4).

Morfeld M, Kirchberger I, Bullinger M (2011): SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Manual. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Muthny FA (1988): Zur klinischen Erfassung von Krankheitsverarbeitung und zur Spezifitätsfrage. Grundsatzüberlegungen und erste Erfahrungen mit einem neuentwickelten Forschungsinstrument. In: *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* (1), S. 9–16.

Muthny FA (1989): Manual zum Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. Weinheim: Beltz Test GmbH, Weinheim.

Muthny FA (Hg.) (1990): Krankheitsverarbeitung. Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse. 1 Band. Heidelberg: Springer Verlag.

Nachtigall C, Wirtz M (2009): Wahrscheinlichkeitsrechnung und Inferenzstatistik. Statistische Methoden für Psychologen. Teil 2. 5. Aufl.: Juventa Verlag Weinheim und München.

Östmann M, Hansson L (2002): Children in families with a severely mentally ill member. Prevalence and needs for support. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (37), S. 243–248.

Petermann F, Niebank K, Scheithauer H (2004): Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie-Genetik-Neuropsychologie. Berlin Heidelberg New York: Springer Verlag.

Plass A, Wiegand-Grefe S (2012): Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. 1. Aufl. Basel: Beltz.

Pollak E (2008): Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. Elterliche Bindungsmuster, familiäre Funktionalität und kindliche Lebensqualität. Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde. Universität Hamburg, Hamburg.

Robilotta S, Cueto E, Yanos PT (2010): An Examination of Stress and Coping among Adults Diagnosed with Severe Mental Illness. In: *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, S. 222–231.

Roe D, Yanos PT, Lysaker PH (2006): Coping with Psychosis. An Integrative Developmental Framework. In: *Journal of Nervous and Mental Disease* (194), S. 917–924.

Romer G, Haagen M (2007): Kinder körperlich kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.

Rumpf HJ, Wessel K (1995): Copingmuster und Adaptivität bei multipler Sklerose. In: *Nervenarzt* (66), S. 624–629.

Rüschenschmidt C, Somberg B, Häussler G, Lohmann J (2008): Vergleich von von Psoriasis vulgaris vs. Psoriasis-Arthritis im Hinblick auf die berichtete . In: *Rehabilitation* (47), S. 343–349.

Schipper S, Wiesmeth S, Wirtz M, Twork S, Kugler J (2011): Krankheitsverarbeitungsstile und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Multiple-Sklerose-Erkrankten. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* (61), S. 347–355.

Schmid R, Neuner T, Cording C, Spießl H (2006): Lebensqualität schizophren Erkrankter und ihr Zusammenhang mit Krankheitsbewältigungsstrategien und Behandlungsaspekten. In: *Psychiatrische Praxis* (33), S. 337–343.

Schone R, Wagenblass S (2002): Wenn Eltern psychisch krank sind… Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Münster: Votum Verlag GmbH.

Schwarzer R (2001): Stress, resources and proactive coping. In: *Applied Psychology Int J.*, S. 400–407.

Seiffge-Krenke I, Lohaus A (Hrsg.) (2007): Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.

Sollberger D (2000): Psychotische Eltern - verletzliche Kinder. Identität und Biografie von Kindern psychisch kranker Eltern. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Taubert S, Foerster C (2005): Sinnfindung, Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität von Tumorpatienten im perioperativen Verlauf. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* (13(4)), S. 147–157.

Tepper L, Rogers S, Coleman E, Malony H (2001): The Prevalence of Relogious Coping Among Persons With Persistent Mental Illness. In: *Psychiatric Services* (52(5)), S. 660–665.

van Westerhuis W, Zijlmans M, Fischer K, Andel J, Leijten F (2011): Coping style and quality of life in patients with epilepsy: a cross-sectional study. In: *Journal of Neurology* (258), S. 37–43.

Wagenblass S (2002): …wenn Kinder psychisch kranke Eltern haben. In: *Soziale Praxis* (23), S. 1–3.

Welter-Enderlin R, Hildenbrand B (2006): Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände: Carl Auer Verlag.

Wendt A, Petermann F (1996): Measurement methods for determination of coping behavior – A critical update. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie Psychiatrie und Psychotherapie 44 (1) 3-32).* (44), S. 3–32.

Wiegand-Grefe S (Hrsg.), Mattejat F. (Hrsg.) Lenz A. (Hrsg.) (Hg.) (2011a): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. 1. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht GmbH.

Wiegand-Grefe S, Halverscheid S, Geers P, Petermann F, Plaß A: Krankheitsbewältigung in Familien mit psychisch kranken Eltern und Gesundheit der Kinder. In: Wiegand-Grefe S (Hg.) 2011a – Kinder mit psychisch kranken Eltern, S. 315 ff.

Wiegand-Grefe S, Halverscheid S, Geers P, Petermann F, Plaß A (2010): Kinder psychisch kranker Eltern. Zusammenhänge zwischen der Krankheitsbewältigung einer elterlichen psychischen Erkrankung und der Gesundheit der Kinder. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* (39 (1)), S. 13–23.

Wiegand-Grefe S, Halverscheid S, Plaß-Christl A (2011b): Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Familienorientierte Prävention - Der CHIMPs-Beratungsansatz. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.

Wiegand-Grefe S, Werkmeister S, Bullinger M, Plass A, Petermann F (2012): Gesundheitsbezogene Lebensqualität und soziale Unterstützung von Kindern psychisch kranker Eltern. Effekte einer manualisierten Familienintervention. In: *Kindheit und Entwicklung* (21(1)), S. 64–73.

Willmann H (2000): Langenscheidts Taschenwörterbuch Englisch. München: Langenscheidt KG.

Wunderer S (2008): Kindgerechte Aufklärung bei psychischer Erkrankung eines Elternteils. In: Mattejat F, Lisofsky B (Hg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: BALANCE buch+medien Verlag, S. 123–129.

9. Danksagung

Ich danke meinen Betreuern Herrn Prof. Dr. Schulte-Markwort und Frau Prof. Dr. Wiegand-Grefe.
Bei A. Daubmann, S. Halverscheid und C. Mühlhahn möchte ich mich für die Beratung zur statistischen Methode bedanken.
Und ich möchte mich sehr herzlich bei meiner Familie und meinen Freunden für ihre Unterstützung bedanken.

10. Lebenslauf

Entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen.

11. Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.
Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Unterschrift: .....Kuhler.....

12. Anhang:

1. Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)
2. Fragebogen zur Beurteilung des Gesundheitszustandes (SF-12)
3. Ad-hoc Items zum Umgang mit der Erkrankung in der Familie

Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)

	Im Folgenden geht es darum, festzustellen, wie Sie auf Ihre Krankheit reagieren.	gar nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr stark
1	Informationen über Erkrankungen und Behandlung suchen	○	○	○	○	○
2	Nicht wahrhaben wollen des Geschehenen	○	○	○	○	○
3	Herunterspielen der Bedeutung und Tragweite	○	○	○	○	○
4	Wunschdenken und Tagträumen nachhängen	○	○	○	○	○
5	Sich selbst die Schuld geben	○	○	○	○	○
6	Andere verantwortlich machen	○	○	○	○	○
7	Aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen	○	○	○	○	○
8	Einen Plan machen und danach handeln	○	○	○	○	○
9	Ungeduldig und gereizt auf Andere reagieren	○	○	○	○	○
10	Gefühle nach außen zeigen	○	○	○	○	○
11	Gefühle unterdrücken, Selbstbeherrschung	○	○	○	○	○
12	Stimmungsverbesserung durch Alkohol oder Beruhigungsmittel suchen	○	○	○	○	○
13	Sich mehr gönnen	○	○	○	○	○
14	Sich vornehmen, intensiver zu leben	○	○	○	○	○
15	Entschlossen gegen die Krankheit anzukämpfen	○	○	○	○	○
16	Sich selbst bemitleiden	○	○	○	○	○
17	Sich selbst Mut machen	○	○	○	○	○
18	Erfolge und Selbstbestätigung suchen	○	○	○	○	○
19	Sich abzulenken versuchen	○	○	○	○	○
20	Abstand zu gewinnen versuchen	○	○	○	○	○
21	Die Krankheit als Schicksal nehmen	○	○	○	○	○
22	Ins Grübeln kommen	○	○	○	○	○
23	Trost im religiösen Glauben suchen	○	○	○	○	○
24	Versuch, in der Krankheit einen Sinn zu sehen	○	○	○	○	○
25	Sich damit trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat	○	○	○	○	○
26	Mit dem Schicksal hadern	○	○	○	○	○

		gar nicht	wenig	mittel-mäßig	ziemlich	sehr stark
27	Genau den ärztlichen Rat befolgen	○	○	○	○	○
28	Vertrauen in die Ärzte setzen	○	○	○	○	○
29	Den Ärzten misstrauen, die Diagnosen überprüfen lassen, andere Ärzte aufsuchen	○	○	○	○	○
30	Anderen Gutes tun wollen	○	○	○	○	○
31	Galgenhumor entwickeln	○	○	○	○	○
32	Hilfe anderer in Anspruch nehmen	○	○	○	○	○
33	Sich gerne umsorgen lassen	○	○	○	○	○
34	Sich von anderen Menschen zurückziehen	○	○	○	○	○
35	Sich auf frühere Erfahrungen mit ähnlichen Schicksalsschlägen besinnen	○	○	○	○	○

Fragebogen zur Beurteilung ihres Gesundheitszustandes (SF-12)

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet ☐1 | sehr gut ☐2 | gut ☐3 | weniger gut ☐4 | schlecht ☐5

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?

		ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2.	**mittelschwere Tätigkeiten**, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln	☐3	☐2	☐1
3.	**mehrere** Treppenabsätze steigen	☐3	☐2	☐1

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer **körperlichen Gesundheit** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten?

		ja	nein
4.	Ich habe **weniger geschafft** als ich wollte	☐2	☐1
5.	Ich konnte **nur bestimmte** Dinge tun	☐2	☐1

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund **seelischer Probleme** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

		ja	nein
6.	Ich habe **weniger geschafft** als ich wollte	☐2	☐1
7.	Ich konnte nicht so **sorgfältig** wie üblich arbeiten	☐2	☐1

8. Inwieweit haben **Schmerzen** Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

überhaupt nicht ☐1 | ein bisschen ☐2 | mäßig ☐3 | ziemlich ☐4 | sehr ☐5

Jetzt geht es darum, wie Sie sich fühlen. Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen...

		immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
9.	ruhig und gelassen?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐6
10.	voller Energie?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐6
11.	entmutigt und traurig?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐6

12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden usw.) beeinträchtigt?

immer ☐1 | meistens ☐2 | manchmal ☐3 | selten ☐4 | nie ☐5

Meine Freunde und ich…

Wenn Sie zur Zeit keine Freunde haben, überspringen Sie bitte die nächsten 3 Fragen und setzen Sie bitte mit Frage 1. auf dieser Seite fort.

In den letzten Monaten …

8. … habe ich mich mit Freunden getroffen.

stimmt überhaupt nicht — stimmt genau

9. … konnte ich mit Freunden über meine Probleme sprechen.

stimmt überhaupt nicht — stimmt genau

10. … hatte ich wenig Kontakte außerhalb der Familie.

stimmt überhaupt nicht — stimmt genau

In den folgenden Fragen geht es um den Umgang mit Ihrer Erkrankung.

In den letzten Monaten …

1. … konnte ich meine Erkrankung akzeptieren.

stimmt überhaupt nicht — stimmt genau

2. … konnte mein Partner/meine Partnerin meine Erkrankung akzeptieren.

stimmt überhaupt nicht — stimmt genau

3. … fühlte ich mich über meine Erkrankung gut informiert.

stimmt überhaupt nicht — stimmt genau

4. … wurde in unserer Familie über meine Erkrankung gesprochen.

stimmt überhaupt nicht — stimmt genau

5. … konnte ich mit meiner Erkrankung gut umgehen.

stimmt überhaupt nicht — stimmt genau

6. … konnte mein Partner/meine Partnerin gut mit meiner Erkrankung umgehen.

stimmt überhaupt nicht — stimmt genau

7. … konnte ich mit Dritten (Nachbarn, Freunden) über meine Erkrankung sprechen.

stimmt überhaupt nicht — stimmt genau

8. … machte meine Erkrankung mir Angst oder andere intensive Gefühle (z.B. Trauer, Wut).

stimmt überhaupt nicht — stimmt genau

9. … konnte ich diese Gefühle in meiner Familie zeigen.

stimmt überhaupt nicht — stimmt genau

10. … hatte ich Verständnis für die Gefühle meines Partners/meiner Partnerin.

stimmt überhaupt nicht — stimmt genau

11. … hatte mein Partner/meine Partnerin Verständnis für meine Gefühle.

stimmt überhaupt nicht — stimmt genau

12. … gelang es in meiner Familie gut und flexibel, meine Aufgaben zu verteilen, wenn ich krank war.

stimmt überhaupt nicht — stimmt genau

13. … war ich insgesamt zufrieden mit meiner Lebenssituation.

stimmt überhaupt nicht — stimmt genau

14. Bitte benennen Sie, was für Sie das wichtigste Ziel der jetzigen Familienberatung sein könnte:

_____

_____

_____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!