

Belastungen und Ressourcen von Eltern psychisch erkrankter Kinder

Eine clusteranalytische Untersuchung

Per Ludwig Wilms^{1,2}, Silja Knolle-Veentjer¹, Christina Schwenck³ und Manuel Munz¹

¹Ambulanzzentrum des Zentrums für Integrative Psychiatrie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Kiel

²Universität Groningen, Medizinische Fakultät, Groningen, Niederlande

³Justus-Liebig-Universität Gießen, Fachbereich Psychologie und Sportwissenschaft, Gießen

Zusammenfassung: *Theoretischer Hintergrund:* Eltern von psychisch erkrankten Kindern sind vielfältigen Belastungen ausgesetzt. *Fragestellung:* Lassen sich Eltern psychisch erkrankter Kinder hinsichtlich Stressmerkmalen und Bewältigungsstrategien empirisch in Subgruppen mit ähnlichem Muster unterteilen? *Methode:* N = 100 Elternteile wurden bei psychiatrischer Erstvorstellung ihrer Kinder mittels evaluierter Fragebögen nach aktuellen Stressoren und Copingstrategien sowie nach erzieherischen Rahmenbedingungen befragt. Die Subgruppen wurden mittels Clusteranalyse anhand der drei Stress-Skalen gebildet. *Ergebnisse:* Es bildeten sich zwei Cluster mit unterschiedlicher Stressbelastung. Höhere Stressbelastung war mit geringerem Alter der Eltern, höherem Alleinerziehenden-Anteil, ungünstigen Bewältigungsmechanismen und mehr psychischer Erkrankung auf Elternseite assoziiert. *Diskussion und Schlussfolgerung:* In der Elternarbeit sollten die unterschiedlichen Belastungen und Ressourcen beachtet werden.

Schlüsselwörter: elterliche Belastung, psychische Erkrankung von Kindern, Ressourcen, Behandlungsplanung

Mental Distress and Resources in Parents to Children With Mental Diagnosis: A Cluster Analysis Study

Abstract: *Theoretical Background:* Parents of children with psychiatric diagnoses face a range of stresses and strains, and display varying psychological capabilities to meet these challenges. Currently, mental distress and coping in parents of children diagnosed with mental disorders are not being assessed systematically before treatment. *Objective:* In the present study, we investigated whether parents of children with mental disorders can be divided into subgroups of characteristic patterns of distress and coping strategies. Furthermore, we compared these subgroups regarding variables like characteristics of their children and their diagnoses and specific aspects of parenting. Exploratively, we investigated the association of specific mental disorders in children with stress and coping in their parents. *Method:* N = 100 parents of children who had been referred to a specialized child and adolescent psychiatric outpatient unit were recruited. The study took place at the initial psychiatric assessment of the children prior to treatment. We assessed mental distress, coping, parenting style, and parenting conditions using evaluated questionnaires. The subgroups were formed using a k-means cluster analysis based on the three subscales of stress, and the subgroups found were compared regarding further variables: age of children and parents, diagnoses of children and parents (self-report), socioeconomic status, coping strategies and intelligence. *Results:* Cluster analysis revealed two subgroups with highly significantly different levels of stress, which was true for all three subscales. Higher distress was associated with younger age of parents, a larger proportion of single parents, reduced cooperation in (co)parenting, less coping through social support, and higher abuse of alcohol and nicotine. Based on self-assessment, major depression and anxiety disorders, as well as the presence of any mental disorder, were more prevalent in the high stress group. Mental stress in parents was not associated with specific diagnoses. *Discussion and Conclusion:* In order to provide viable treatments in child and adolescent psychiatry, mental health care teams should pay particular attention to a vulnerable group of parents who are impaired by a range of stressors and who dispose over a limited range of coping strategies. While these parents might respond well to initial social support and mental treatment for themselves, a significant proportion of parents shows relatively low stress levels and can become involved in therapy without further preparation. Mental distress in parents or families does not seem to be driven by specific diagnoses or clusters of diagnoses but by other factors. We propose that this should be reflected in the initial diagnostic process by using screening questionnaires covering stress, coping, and mental disorders. Consequently, family treatment might be adapted to current stress and coping capacities in the frame of individualized medicine.

Keywords: parental stress, coping, child and adolescent psychiatry, treatment strategy

Elterliche Belastung wird definiert als Ungleichgewicht zwischen benötigten und verfügbaren Ressourcen (Deater-Deckard, 1998; Deater-Deckard, 2004). Psychische Auffälligkeiten und manifeste Störungen bei Kindern in-

teragieren mit elterlicher Belastung im Rahmen eines multifaktoriellen Geschehens (Bolster, Rattay, Hölling & Lampert, 2020; Kliem, Foran & Hahlweg, 2014; Stadelmann, Perren, Kölch, Groeben & Schmid, 2010). Dabei

scheint Stressbelastung auf Elternseite sich über die moderierenden Faktoren „negative Kommunikation“, „schlechtes Befinden“ und „ungünstiges Erziehungsverhalten“ in kindlichem Problemverhalten nieder zu schlagen (Cina & Bodenmann, 2009). Bei psychisch erkrankten Eltern stehen die elterliche Psychopathologie und die Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen ebenfalls in engem, bidirektionalem Zusammenhang, wobei psychisch erkrankte Eltern sich durch psychische Symptomatik ihrer Kinder stärker gestresst fühlen als unbelastete Eltern (Schlack, Hölling, Erhart, Petermann & Ravens-Sieberer, 2010). Dagegen wird eine gemeinsame Erziehung („Coparenting“), die von Kooperation, gegenseitiger Unterstützung und Wertschätzung sowie Arbeitsteilung gekennzeichnet ist, als für die Entwicklung von Kindern positiv und in Bezug auf psychische Erkrankungen als protektiv angesehen (Choi & Becher, 2019), unabhängig davon, ob die Eltern in einer Paarbeziehung leben oder nicht (Zemp & Martensen, 2020).

Aufgrund der ätiologischen Bedeutung elterlicher Faktoren kommt Eltern auch bei der Therapie psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen eine entscheidende Rolle zu. Zum einen ist die Förderung der Erziehungskompetenz durch Elterntrainings (z. B. TripleP, Sanders, 2012) Bestandteil vieler Behandlungen gerade von jüngeren Kindern, wodurch eine Verbesserung der Psychopathologie des Kindes erwartet wird. Zum anderen werden Eltern direkt in den psychotherapeutischen Prozess bzw. in Form von familientherapeutischen Interventionen einbezogen, wie zum Beispiel im Eltern-Kind-Interaktionstraining (engl.: Parent-Child-Interaction Therapy; Briegel, 2016) und in der Multifamilientherapie (Scholz, 2010). Auch die alleinige Behandlung etwaiger psychischer Störungen der Eltern kann zu einer Remission von psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen führen (Weissmann et al., 2006). Dies wirft die Frage auf, ob vor dem Hintergrund der bidirektionalen Beziehung zwischen elterlicher und kindlicher Psychopathologie nicht etwaige psychische Störungen auf Elternseite vorrangig oder zumindest parallel diagnostiziert und behandelt werden sollten (Kölch, Ziegenhain & Fegert, 2014, Schroth, Nolkemper, Bienioschek & Kölch, 2019), was jedoch von den betroffenen Eltern häufig abgelehnt wird. Daneben ist entscheidend, auf welche funktionalen Bewältigungsmechanismen wie zum Beispiel Soziale Unterstützung oder Positives Denken ein Individuum zurückgreifen kann oder ob dysfunktionale Bewältigungsmechanismen wie beispielsweise der Konsum psychoaktiver Substanzen eine Rolle spielen (Folkman & Moskowitz, 2004).

Da sich in Familien mit psychisch kranken Kindern erhöhter Stress, vermehrt psychische Symptome und verringertes Wohlbefinden auf Elternseite zeigen (Mothan-

der & Moe, 2010), und die Belastung bei diesen Eltern erhöht ist (Tröster, 2011), erscheint neben einer genauen Diagnostik in Bezug auf die Kinder und Jugendlichen detailliertes Wissen über elterliche Belastungen, Ressourcen und erzieherische Rahmenbedingungen für die Planung einer multimodalen Therapie relevant. Üblicherweise erfolgt bei Erstkontakt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Mehrebenen diagnostik (MAS, ICD-10), weil allein das psychiatrische Syndrom auf Achse I die Störung in ihrer Komplexität und ihrem Schweregrad nicht ausreichend beschreibt (Poustka, Remschmidt & Schmidt, 2017). Auf Achse V können „aktuelle abnorme assoziierte psychosoziale Umstände“, zum Beispiel etwaige psychische Erkrankungen („2.0 Psychische Störung / abweichendes Verhalten eines Elternteils: Z63.7“), allgemein kodiert werden. Die (subklinische) psychische Belastung der Eltern wird jedoch nicht quantitativ oder standardisiert erfasst, ebenso werden die Fähigkeit zur Bewältigung von Schwierigkeiten oder Problemen oder die generelle Einstellung zu verschiedenen Erziehungsdimensionen und insbesondere die für Veränderungsprozesse bei Kind wichtige gemeinschaftliche Erziehung (Zemp & Martensen, 2020) nicht systematisch erhoben.

Zudem wurde in einigen Erhebungen die Belastung bei Eltern mit einem psychisch erkrankten Kind global gegenüber nicht erkrankten Kindern erfasst (Tröster, 2011), ohne dass die Heterogenität von Eltern mit psychisch erkrankten Kindern in Bezug auf Stressbelastung und damit zusammenhängenden Erziehungsstrategien, eigener psychischer Erkrankung und weiteren erzieherischen Rahmenbedingungen näher untersucht wurde. Elterliche Belastung erscheint bei externalisierenden und gemischten Krankheitsentitäten von Kindern erhöht und auch mit männlichem Geschlecht auf Kinderseite assoziiert (Irlbauer-Müller, Eichler, Stemmler, Moll & Kratz, 2016). Über Stresserleben bei Eltern in Bezug auf Diagnosen der Kinder ist weniger bekannt (Wesseldijk et al., 2018). Der Zusammenhang von globalem Stresserleben, psychischer Erkrankung (Mothander & Moe, 2010) und ungünstigen Erziehungsverhalten (Cina & Bodenmann, 2009) und die unterschiedliche Fähigkeit, auf funktionale Bewältigungsmechanismen zurückgreifen zu können (Folkman & Moskowitz, 2004) legen nahe, dass gerade Eltern mit hohem Stresserleben psychische Erkrankungen, ungünstiges Erziehungsverhalten und dysfunktionale Bewältigungsmechanismen aufweisen (Wesseldijk et al., 2018).

Subjektive Stressbelastung kann unterschiedliche Ebenen berühren: Stress durch Unsicherheit, Stress durch Überforderung, Stress durch Verlust oder tatsächlich eingetretene negative Ereignisse. Dies kann unterschiedliche Lebensbereiche betreffen: Finanzen, Wohnen, Studium, Partner, Gesundheit oder persönliche Erwartungen. In der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, ob sich bei El-

tern psychisch kranker Kinder und Jugendlicher zum Zeitpunkt der Diagnostik charakteristische Muster an Stressbelastung entlang dieser drei Ebenen des Stresserlebens finden, und inwiefern diese mit erzieherischen Rahmenbedingungen mit Fokus auf das prognostisch und für die therapeutische Mitarbeit in Elterntrainings oder anderen elternbezogenen Interventionen wichtige Coparenting (Zemp & Martensen, 2020) zusammenhängen. Dabei erwarten wir, dass Eltern mit hoher Stressbelastung weniger Zusammenarbeit in der Erziehung aufweisen. Weiterhin wurden Copingstrategien und erzieherische Charakteristika miterfasst und explorativ ausgewertet, gemeinsam mit weiteren Eltern- und Kind-bezogenen soziodemographischen Daten und Diagnosen von Kindern und Eltern.

Methode

Für die vorliegende klinische Untersuchung liegt Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel vor: Es wurden keine Einwände gegen die Durchführung der Untersuchung erhoben.

Ablauf und Stichprobe

In der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz des Zentrums für Integrative Psychiatrie am Campus Kiel werden Kinder und Jugendliche vorgestellt und behandelt, die aufgrund der Art, Dauer und Schwere der Erkrankung auf die multiprofessionelle Versorgung in einer psychiatrischen Institutsambulanz angewiesen sind.

Im Zeitraum von 01.01.2019–12.02.2020 wurden insgesamt 681 Kinder und Jugendliche neu vorgestellt. Mit Beginn der aktuellen COVID-19 bedingten Veränderungen wurde die Studie beendet, um eine Konfundierung durch zusätzliche aktuelle Belastungen auszuschließen. Jedem Sorgeberechtigten, der mit dem Kind oder der/dem Jugendlichen erschien, wurde die Teilnahme an der Studie durch Ausfüllen der Fragebögen (s. unten) angeboten, wobei jeweils nur ein Elternteil teilnehmen konnte. Insgesamt erklärten sich 81 Mütter und 19 Väter dazu bereit und füllten die Fragebögen vollständig aus ($N = 100$), wahlweise direkt im Rahmen des Erstgesprächs, oder die Fragebögen wurden mitgenommen und zum nächsten Termin retourniert. Die teilnehmenden Elternteile waren durchschnittlich $M = 42.1$ ($SD = 7.3$) Jahre alt, die Altersspanne reichte von 26 Jahren bis 59 Jahre. Der sozioökonomische Status wurde durch Angaben zur Schulbildung, Berufsbildung, aktueller beruflicher Tätigkeit und Ein-

kommen ermittelt und mittels des Umsteigeschlüssels ISCO-88 in entsprechende Werte des Internationaler Sozioökonomischen Index des beruflichen Status (ISEI, Ganzeboom, De Graaf & Treiman, 1992) transformiert ($M = 36.0$; $SD = 22.3$). Somit waren die Teilnehmer insgesamt im Durchschnitt einem mittleren sozialen Status zuzuordnen, wobei eine hohe Streuung und die Spanne von 16 (ungelesener Hilfsarbeiter) bis 85 (Oberärztin) die hohe Heterogenität des Elternklientels widerspiegelt. Für ein Screening im Hinblick auf psychische Störungen auf Elternseite wurde die deutschsprachige Komplettversion des Patient Health Questionnaire (PHQ-D, Löwe, Spitzer, Zipfel & Herzog, 2002) verwendet, der ursprünglich mit dem Ziel der Erleichterung der Erfassung psychischer Störungen in der Primärmedizin entwickelt wurde. Die 78 in der hier eingesetzten Komplettversion enthaltenen Fragen zu den häufigsten psychischen Störungen wurden auf Basis der Diagnosekriterien des DSM IV (American Psychiatric Association, 2000) beziehungsweise des ICD 10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2011) entwickelt, weisen aber auch eine gute Passung mit dem DSM V (American Psychiatric Association, 2013) auf. In der Selbstauskunft waren bei 17 Elternteilen die Kriterien eines Somatoformen Syndroms erfüllt, bei 16 Elternteilen die Kriterien einer Major Depression, bei zwei weiteren eine andere depressive Störung. Die Kriterien für eine Panikstörung waren bei einem, die Kriterien für eine andere Angststörung bei elf Elternteilen erfüllt. Fünf Elternteile gaben Symptomatik im Sinne einer bulimischen Essstörung (Bulimia nervosa bzw. Binge-Eating Störung) an. Die in die Studie eingeschlossenen 49 Mädchen und 51 Jungen waren durchschnittlich $M = 12,4$ ($SD = 3,3$) Jahre alt, die durchschnittliche Intelligenz lag bei $M = 96,1$ ($SD = 16,3$). Bei 15 Kindern und Jugendlichen (elf Mädchen/vier Jungen) wurde eine Affektive Störung (F31-F32) diagnostiziert, bei weiteren 14 Kindern (zehn Mädchen/vier Jungen) lag eine Angststörung bzw. emotionale Störung des Kindesalters (F40-F42; F93) vor. 13 Kinder (neun Mädchen/vier Jungen) wiesen eine Anpassungsstörung oder Somatoforme Störung (F43 & F45) auf. Eine Geschlechtsdysphorie oder Geschlechtsidentitätsstörung stellte bei zehn Kindern (acht biologische Mädchen/zwei biologische Jungen) die vorrangige Problematik dar (F64). Bei zwölf Kindern (drei Mädchen/neun Jungen) lag eine Aufmerksamkeitsstörung mit oder ohne Hyperaktivität als Primärdiagnose vor (F90.0 & F98.8), bei 34 Kindern (neun Mädchen und 25 Jungen) wurde eine Störung des Sozialverhaltens mit oder ohne Aufmerksamkeitsstörung oder emotionaler Störung diagnostiziert (F90.1, F91 & F92), zwei Kinder (zwei Jungen) wiesen Entwicklungsstörungen (F81 & F84) auf. Die Diagnosen wurden im Rahmen der standardisierten Eingangsdiagnostik der Institutsambulanz vergeben. Die Eingangsdiagnostik umfasst

neben einem ausführlichen Gespräch (Anamnese und Exploration) eine testpsychologische Untersuchung und eine ärztlich-psychiatrische Untersuchung inklusive einer körperlich-neurologischen Untersuchung. Die Diagnosestellung erfolgte durch Fachärzt_innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. durch approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen (VT) unter Zuhilfenahme von Fragebogendiagnostik. Zum einen wurden im Rahmen der Eingangsdiagnostik der Youth-Self-Report ab einem Alter von elf Jahren (YSR) als Selbstbeurteilungsverfahren und die Child Behavior Checklist als Fremdbertungsverfahren (Döpfner, Plück & Kinnen, 2014) eingesetzt, die ein breites Spektrum psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen erfassen. Im Fragebogenformat werden anhand 113 bzw. 118 Items drei Kompetenzskalen (Aktivität, soziale Kompetenz, Schulische Leistungen) sowie die Skalen Ängstlich/depressiv, Rückzöglich/depressiv, Körperliche Beschwerden, Soziale Probleme, Denk-, Schlaf- und repetitive Probleme, Aufmerksamkeitsprobleme, Regelverletzendes Verhalten und Aggressives Verhalten erhoben. Anhand von symptomorientierten Items erhält man Auskunft zu internalen Problemen, externalen Problemen und zur Gesamtauffälligkeit. Die Validität von CBCL und YSR wurde mehrfach nachgewiesen. Neben dieser Breitbanddiagnostik wurde auch das Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder und Jugendliche – III (DISYPS-III, Döpfner & Görtz-Dorten, 2017) verwendet. Das DISYPS-III ist ein Diagnostik-System zur Erfassung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen entsprechend den Diagnosekriterien von ICD-10 (Dilling et al., 2011) und DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Dabei werden die im Kindes- und Jugendalter wichtigsten Störungsbereiche berührt. Zum einen werden Fremdbertreibungsbogen (FBB) eingesetzt, die zur Erfassung des Elternurteils (oder anderer Hauptbezugspersonen) geeignet sind. Selbstbeurteilungsbogen (SBB) liegen zur Beurteilung durch Kinder und Jugendliche ab dem Alter von elf Jahren für alle Störungsbereiche mit Ausnahme der Autismus-Spektrum- und Sozialen Kommunikations-Störungen (ASKS) sowie der Bindungs- und Beziehungsstörungen (BIST) vor. Neben diesen störungsspezifischen Verfahren umfasst das Instrument auch diagnoseübergreifende Screening-Verfahren durch Fremdbertreibungsbögen und Selbstbeurteilungsbögen. Die interne Konsistenz für die einzelnen Störungsbereiche liegt laut Manual bei 0.70 bis 0.90. Die Ebenfalls im Diagnostik-System vorgehaltenen Diagnose-Checklisten und Interviewleitfäden werden im Rahmen der Eingangsdiagnostik nicht standardmäßig eingesetzt. Zusätzlich erfolgte die routinemäßige Überprüfung der diagnostischen Kriterien nach ICD-10 (Dilling et al., 2011) im Rahmen der oberärztlichen Visite.

Erhebungsinstrumente

Für die aktuelle Studie wurden daneben folgende Verfahren erhoben:

Stress- und Coping-Inventar (SCI; Satow, 2012)

Das SCI ist ein Fragebogen-Instrument zur Messung von aktueller Stressbelastung, Stresssymptomen und Stressbewältigungs-Strategien, der von den Eltern ausgefüllt wurde. Insgesamt umfasst der Fragebogen 54 Items. Die Erfassung des subjektiven Stresserlebens ist in 3 Skalen mit je sieben Items, die auf einer sieben-stufigen Likertskala beantwortet werden, unterteilt: (1) Stress durch Unsicherheit, (2) Stress durch Überforderung und (3) Stress durch Verlust und tatsächlich eingetretene negative Ereignisse. Die Gesamtbelastung errechnet sich additiv aus den drei Stress-Skalen. Zusätzlich wird mittels 13 weiteren Items auf einer vier-stufigen Likert-Skala erfasst, ob psychische oder somatische Symptome durch die Stressbelastung vorliegen. Mit 20 weiteren Items, ebenfalls auf einer vier-stufigen Likert-Antwortskala werden Stressbewältigungsmechanismen erfasst, wobei sich je vier Items auf eine der Coping-Strategien: „Soziale Unterstützung“, „Aktive Stressbewältigung“, „Positives Denken“, „Alkohol- und Zigarettenkonsum“ oder „Halt im Glauben“ beziehen. Das SCI ist auf Alters- und Geschlechtsgruppen bezogen normiert. Die Reliabilität betreffend variiert Cronbachs Alpha der Subskalen zwischen Alpha = .69 und Alpha = .88. Durch eine Normierungsstichprobe mit $n = 5520$ wurde die faktorielle Struktur bestätigt (Validität). Alters- und geschlechtsbezogene Normwerte liegen vor.

Elterliches Erziehungsinventar (EEI; Satow, 2013)

Das EEI erfasst vier grundsätzliche Erziehungsstil-Dimensionen „Liebe“, „Strenge“, „Selbständigkeit“ und „Religiosität“. Die Test-Skalen der entsprechenden Erziehungsstil-Dimensionen umfassen je zehn Items. Auf zwei weiteren Skalen, „Erzieherische Zusammenarbeit mit dem Partner“ und „Erzieherische Zusammenarbeit mit der Schule“, mit je sieben Items, wird die Kooperationsfähigkeit des befragten Elternteils mit weiteren an der Erziehung beteiligten Personen bzw. Institutionen erfasst. Sämtliche 54 Items werden auf einer vier-stufigen Likert-Skala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft genau zu“ beantwortet. Für die einzelnen Subskalen variiert Cronbachs Alpha zwischen Alpha = .71 bis Alpha = .93. In einer Nor-

mierungsstichprobe ($n = 5441$) bestätigte sich die faktorielle Struktur. Alters- und geschlechtsbezogene Normwerte liegen vor.

Datenanalyse

Mit den Daten der drei stressbezogenen Subskalen des SCI wurde eine Two-Step-Clusteranalyse durchgeführt. Die Auswahl der Clusteranzahl wurde automatisch ermittelt, als Distanzmaß diente die Euklidische Distanz. Mittels univariater Varianzanalysen wurden die Gruppen hinsichtlich der in die Clusteranalyse einbezogenen Stressvariablen verglichen, um die Güte der gefundenen Clusterlösung zu überprüfen. Weiterhin wurden die Gruppen bezüglich Variablen zu Copingmechanismen und Erziehungsverhalten mittels Multivariater Varianzanalysen und Chi-Quadrat-Tests überprüft. In Bezug auf die fünf Subskalen zum Stress und die beiden Skalen zur Kooperation zwischen Eltern bzw. mit der Schule aus dem EEI wurde eine Alphaadjustierung durchgeführt, das Signifikanzniveau auf .007 angehoben. Alle Analysen wurden mit SPSS Version 27 (IBM Statistics) durchgeführt.

Ergebnisse

Die linke Spalte in Tabelle 1 („Gesamtstichprobe“) zeigt die durchschnittlichen Werte und Standardabweichungen der Gesamtgruppe der Ergebnisse des SCI und EEI auf Elternseite. Insgesamt zeigte sich bei der Untersuchungsstichprobe eine geringe bis durchschnittliche Stressbelastung, durchschnittlich ausgeprägte Copingstrategien sowie mittlere Ausprägungen hinsichtlich der verschiedenen Erziehungsstildimensionen im Vergleich zu den Normstichproben der Verfahren.

Für die Clusteranalyse wurden die drei stressbezogenen Subskalen des SCI berücksichtigt. In der endgültigen Lösung wurden zwei Cluster ermittelt, die Distanz zwischen den Clusterzentren der endgültigen Lösung betrug 5.142, und das Silhouettenmaß zeigte eine gute Kohäsion und Separation der gefundenen Cluster ($>.5$). Die Cluster unterschieden sich in allen drei Subskalen hochsignifikant. Cluster A (Hochstress-Cluster) umfasst 33 Elternteile mit je stärkerer Stressbelastung in allen Subskalen und auch den Skalen „Gesamt-Stress“ und „körperliche und psychische Stresssymptome“ gegenüber dem 67 Elternteile umfassenden Cluster B (Niedrigstress-Cluster). In der Tabelle 1 sind Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen des SCI für die beiden Cluster angegeben.

Um die Gruppen weiter zu charakterisieren, wurden sie bezüglich verschiedenen Variablen zu Copingmechanismen, Erziehungsverhalten, Erziehungsstatus, sozioökonomischem Status und psychiatrischer Diagnosen von Eltern und Kindern verglichen. Im Erziehungsverhalten zeigte sich eine hochsignifikant schlechtere Kooperation mit dem zweiten Elternteil. Eltern aus dem Hochstress-Cluster wiesen signifikant weniger Bewältigungsstrategien durch soziale Unterstützung auf, während sie zusätzlich eher zu erhöhtem Alkohol- und Zigarettenkonsum als dysfunktionale Copingstrategie neigten. Das Hochstress-Cluster war außerdem durch geringeres Alter der Eltern und einen höheren elterlichen Anteil an Depression und Angststörungen beziehungsweise psychischer Erkrankung überhaupt charakterisiert. Alleinerziehende waren im Hochstress-Cluster überrepräsentiert. Die Geschlechterverteilung der Elternteile, Kinder, Diagnosen der Kinder, der höchste Schulabschluss und der sozioökonomische Status waren in den beiden Clustern nicht unterschiedlich. Die Vergleiche der weiteren Charakteristika der beiden Cluster sind ebenfalls in Tabelle 1 dargestellt.

Um den Einfluss etwaiger konfundierender unabhängiger Variablen zu kontrollieren, wurde der Einfluss des Geschlechts der Eltern und der Kinder auf die zentralen Skalen des SCI (Satow, 2012) und EEI (Satow, 2013) überprüft. Während in unserer Stichprobe Mütter häufiger auf die Copingstrategie „Halt im Glauben“ ($p = 0.017$) und tendenziell häufiger auf „Erhöhten Alkohol- und Zigarettenkonsum“ ($p = .082$) zurückgreifen, zeigen sich in den für unsere Untersuchung zentralen Outcomevariablen des EEI und SCI keine Geschlechtsunterschiede bei den Eltern. Ebenfalls hatte das Geschlecht der Kinder keinen Einfluss auf Stresserleben, Coping oder Erziehungsverhalten. Tendenzuell waren die Eltern gegenüber Jungen strenger ($p = 0.59$), was mit dem Einfluss der Diagnosen der Kinder auf die Subskala „Strenge“ im EEI ($p = .001$) korrespondiert. Auf individueller T-Test-Ebene zeigen sich signifikant höhere Werte von „Strenge“ bei Diagnosegruppen F90.0 & F98.8 und F91 & F92 – in denen Jungen überwiegen – gegenüber Affektiven Störungen und Angststörungen. Zusätzlich fand sich ein im Trend signifikanter Einfluss der Diagnosegruppe auf die Skala „Erzieherische Zusammenarbeit mit der Schule“ ($p = .051$), der auf höheren Werte bei Angststörungen und Entwicklungsstörungen gegenüber den anderen Diagnosegruppen beruhte. In Bezug auf das Alter der Eltern und Kinder wurde deren potenzieller Einfluss auf Stress und Erziehungsverhalten mittels Einführung als Kovariaten (im Rahmen einer Kovarianzanalyse) überprüft. Zunächst einmal wurden vorbereitend bivariate Korrelationen berechnet. Es fand sich kein korrelativer Zusammenhang zwischen den drei Sub-Stresskalen des SCI und dem Alter der Eltern oder der Kinder. Die Skala „Erzieherische Zu-

Tabelle 1. Darstellung der Gesamtstichprobe und der beiden Cluster

Variablen	Gesamtstichprobe N = 100 M (SD)	Cluster A (Hochstress) n = 33 M (SD)	Cluster B (Niedrigstress) n = 67 M (SD)	F (1,99) bzw. χ^2 (1)	Post-hoc t-test p
Alter (Elternteil)	42.1 (7.3)	39.8 (6.1)	43.2 (7.6)	5.35	.023*
ISEI	36.0 (22.3)	31.5 (20.8)	38.2 (22.3)	1.98	.163
Geschlecht (w/m)	81 / 19	27 / 6	54 / 13	0.02	.884
Erziehungsstatus (alleinerz. / andere)	55 / 45	25 / 8	33 / 34	4.95	.026*
<i>Diagnose Eltern (PHQ)</i>					
Irgendeine Störung	31	17	15	15	.016*
Somatoformes Syndrom	17	8	9	1.47	.225
Major Depression	16	10	6	1.47	.039*
Panikstörung	1	1	0	1.93	.165
Andere Angststörung	11	9	2	12.40	.000**
BN oder BED	5	3	3	.06	.814
Alkoholsyndrom	0	0	0	0	
Höchster Schulabschluss (Hochschulreife/Realschule/ Haupt-, Förderschulabschluss)	28/25/30	8/13/9	20/22/21	20/22/21	.563
Alter (Kind)	12.4 (3.3)	12.0 (3.5)	12.4 (3.2)	0.09	.769
IQ (Kind)	96.1 (16.3)	97.2 (14.0)	95.6 (17.2)	0.17	.703
Diagnosen Kind				χ^2 (6) = 3.0	.812
Geschlecht (w/m)	49 / 51	17 / 16	32 / 35	.125	.724
affektive Störungen (F32, F33)	15 (11/4)	5	10		
Angststörungen und Zwangsstörungen (F40-F42, F93)	14 (10/4)	4	10		
Belastungs-/Anpassungs-störungen und Somatoforme Störungen (F43-F45)	13(9/4)	6	7		
Geschlechtsdysphorie und Geschlechts- identitätsstörung (F64)	10 (8/2)	2	8		
tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)	2 (0/2)	0	2		
Aufmerksamkeitsstörungen mit und ohne Hyperaktivität (F90.0 und F98.8)	12 (3/9)	4	8		
Störungen des Sozialverhaltens (F90.1, F91 und F92)	34 (9/25)	12	22		
SCI "Unsicherheit"	2.9 (1.7)	4.7 (1.2)	2.0 (1.0)	134.35	.000**
SCI "Überforderung"	3.0 (1.7)	5.0 (1.1)	2.0 (1.0)	175.36	.000**
SCI "Verlust"	3.4 (2.1)	5.5 (1.4)	2.3 (1.6)	105.30	.000**
SCI "Gesamt"	2.7 (1.7)	4.8 (1.1)	1.7 (0.8)	275.28	.000**
SCI "Symptome"	2.9 (1.6)	4.1 (1.5)	2.3 (1.3)	46.08	.000**
SCI "Positives Denken"	6.3 (1.7)	6.2 (1.8)	6.4 (1.7)	0.12	.737
SCI "Aktive Stressbewältigung"	6.6 (2.1)	6.2 (2.3)	6.8 (2.0)	1.75	.189
SCI "Soziale Unterstützung"	6.8 (1.8)	6.3 (1.9)	7.1 (1.8)	4.53	.036*
SCI "Halt im Glauben"	4.8 (1.5)	4.7 (1.5)	4.8 (1.5)	0.00	.971
SCI "Alkohol, Zigaretten"	4.5 (1.3)	4.8 (1.5)	4.2 (1.3)	4.60	.034*
EEL "Liebe"	5.5 (2.1)	5.0 (2.1)	5.7 (2.1)	1.47	.228
EEL "Strenge"	4.8 (1.8)	4.6 (1.7)	4.9 (1.9)	0.73	.394
EEL "Selbständigkeit"	5.4 (1.8)	5.2 (1.7)	5.5 (1.8)	0.207	.650
EEL "Religiosität"	4.8 (1.5)	4.9 (1.7)	4.7 (1.6)	0.161	.689
EEL "Zusammenarbeit Partner"	5.2 (2.1)	4.2 (1.9)	5.8 (2.0)	16.88	.000**
EEL "Zusammenarbeit Schule"	5.9 (1.5)	5.9 (1.5)	6.0 (1.4)	0.47	.496

Anmerkungen: M = Mittelwerte, SD = Standardabweichung, p -Werte für t-tests für Mittelwertsunterschiede bzw. Chi-Quadrat-Tests bei ordinalen Variablen.
* p < .05; ** p < .01.

Tabelle 2. Interkorrelation der zentralen Outcome-Variablen

	SCI Stress 1	SCI Stress 2	SCI Stress 3	SCI Gesamt	SCI Symptome	E EI ZP	E EI ZS
SCI Stress 1		0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,452
SCI Stress 2	0,000**		0,000**	0,000**	0,000**	0,001**	0,844
SCI Stress 3	0,000**	0,000**		0,000**	0,000**	0,018*	0,978
SCI Gesamt	0,000**	0,000**	0,000**		0,000**	0,000**	0,889
SCI Symptome	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**		0,273	0,451
E EI ZP	0,000**	0,001**	0,018*	0,000**	0,273		0,023
E EI ZS	0,452	0,844	0,978	0,889	0,451	0,023	

Anmerkungen: Korrelationen nach Pearson. Abkürzungen: SCI Stress 1 – „SCI Stress durch Unsicherheit“; SCI Stress 2 – „Stress durch Überforderung“; SCI Stress 3 – „SCI Stress durch Verlust und tatsächlich eingetretene negative Ereignisse“; SCI Gesamt – „SCI Gesamt Stress“; SCI – Symptome – „SCI körperliche und psychische Stresssymptome“; EEI – ZP – „EEI Erzieherische Zusammenarbeit mit Partner“; EEI ZS – „EEI Erzieherische Zusammenarbeit mit Schule“.

sammenarbeit mit dem Partner“ korrelierte negativ mit dem Alter der Eltern ($r = .226$; $p = .026$). Zusätzlich zu unseren zentralen Outcomevariablen waren noch ein negativ korrelativer Zusammenhang zwischen der EEI-Skala „Strenge“ und dem Alter der Kinder ($r = -3.05$; $p = .002$) (tendenziell auch mit dem Alter der Eltern: $r = -0.198$; $p = .05$) und ein negativ korrelativer Zusammenhang zwischen dem Alter der Eltern und der Copingskala zum Konsum von Alkohol oder Zigaretten ($r = -2.64$; $p = .009$). Nachfolgend wurde eine Kovarianzanalyse zum Einfluss von Alter der Eltern oder Kinder auf die berichteten Outcomevariablen durchgeführt. Hier zeigte sich kein signifikanter Einfluss der beiden Altersvariablen auf die betreffenden SCI- und EEI-Skalen ($p > .15$) abgesehen von einem im Trend signifikanten Einfluss des Alters des Kindes auf die die Skala: Erzieherische Zusammenarbeit mit dem Partner ($p = .069$). Der Gruppenunterschied (Hochstresscluster vs. Niedrigstresscluster) blieb auch bei Einführung der jeweiligen Kovariaten hoch signifikant ($p = .001$ für „Erzieherische Zusammenarbeit mit dem Partner“ und $p = .000$ für die Stressskalen). Tabelle 2 zeigt die korrelativen Zusammenhänge der zentralen Outcome-Variablen.

Diskussion

Die an der Studie teilnehmenden Elternteile zeigten sich in ihrer aktuellen Belastung sehr unterschiedlich. In der Clusteranalyse zeigten sich zwei klar definierte Gruppen: Eine etwas kleinere Gruppe an begleitenden Elternteilen (Hochstress-Cluster) wies eine deutlich höhere Gesamtbelastung auf. Das hohe Stresserleben betraf alle drei Qualitäten: (1) Stress durch Unsicherheit, (2) Stress durch Überforderung und (3) Stress durch Verlust und tatsächlich eingetretene negative Ereignisse gleichermaßen. Ziel der Studie war, dif-

ferenziert zu untersuchen, auf welchen Ebenen und verbunden mit welchen weiteren Variablen sich die Stressbelastung bei Eltern psychisch kranker Kinder darstellt. Wir fanden jedoch, vergleichbar mit der Normierungsstichprobe (Satow, 2012), hohe Interkorrelationen zwischen den Subskalen des SCI (Satow, 2012) und eine in unserer Stichprobe kleinere Gruppe von Elternteilen, die auf allen Subskalen hochbelastet waren. Interessant ist in diesem Zusammenhang die deutlich reduzierte Zusammenarbeit mit dem weiteren Elternteil, was nicht nur prognostisch (Zemp & Martensen, 2020) sondern auch in Bezug auf eine gelingende kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung von besondere Bedeutung sein mag. Zusätzlich war diese Hochstress-Gruppe durch geringeres Alter der Eltern, höheren Alleinerziehenden-Anteil, höheren Anteil an Depression und Angst bzw. das Vorhandensein irgendeiner psychischen Störung charakterisiert. Außerdem zeigte diese Gruppe eine geringere Inanspruchnahme sozialer Unterstützung und erhöhten Alkohol- und Zigarettenkonsum als ungünstige Bewältigungsstrategien. Eine etwas größere Gruppe in unserem Elternkollektiv dagegen war relativ wenig belastet und schien auf eine Reihe von funktionalen Bewältigungsstrategien zurückgreifen zu können. Der sozioökonomische Status war in den Clustern nicht unterschiedlich. Dies ist zunächst überraschend, da das SCI insbesondere auch auf finanzielle Themen eingeht. Während jedoch die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS; Klase, Meyrose, Otto, Reiss & Ravens-Sieberer, 2017) einen sehr differenzierten sozioökonomischen Index bildet, haben wir in unserer Erhebung leider auf den etwas weniger differenzierenden ISEI (Ganzeboom et al., 1992) zurückgegriffen und konnten diesen bekannten Effekt leider nicht nachweisen. Ebenfalls zeigte sich kein spezifisches Muster in Bezug auf die Verteilung der Diagnosen der Kinder in Abhängigkeit von aktueller Belastung der Eltern, was aus der Literatur bekannt ist (Wesseldijk et al., 2018). Somit sollte Stress bei Eltern und ihre Zusammenarbeit untereinander unabhängig

von der jeweiligen Diagnose ihres Kindes betrachtet und nicht etwa von einer bestimmten Erkrankung des Kindes auf die Stressbelastung bei Eltern geschlossen werden. Unsere Ergebnisse legen den Fokus auf eine von hohem Stresserleben gekennzeichnete Gruppe von Eltern, bei denen nach Ergebnissen dieser Studie die erzieherische Zusammenarbeit mit dem weiteren Elternteil stark eingeschränkt ist. Da nur zwei der fünf Coping-Strategien in den beiden Gruppen unterschiedlich sind, spielen Positives Denken und Aktive Stressbewältigung oder auch Unterstützung durch eine Gemeinde oder Glaubensgemeinschaft in beiden Gruppen eine günstige Rolle. Ebenso finden sich in den Erziehungsdimensionen außerhalb der Zusammenarbeit mit dem Partner keine Unterschiede. Diese Befunde sind jedoch mit Vorsicht zu betrachten, denn es mag durchaus unterschiedlich und durch die hier verwendete Verfahren nicht gänzlich zu kontrollieren sein, was Eltern unter „Aktiver Stressbewältigung“ oder „Liebe“, „Strenge“ oder „Selbständigkeit“ verstehen, Begriffe, die differenziert und individuell in Elterntrainings (TripleP, Sanders, 2012) erarbeitet werden.

Der Zusammenhang von elterlichem Stress und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern ist bekannt (Schlack et al., 2010; Stadelmann et al., 2010). Stress auf Elternseite ist auch der entscheidende moderierende Faktor für kindliche Psychopathologie in 1-Elternfamilien gegenüber 2-Elternfamilien (Kliem et al., 2014). Auch die Auswirkungen psychischer Erkrankung von Eltern, im Hochstress-Cluster deutlich überrepräsentiert, insbesondere Angsterkrankungen, auf die Entwicklung von Kindern ist gut untersucht (Weissman et al., 2006). Die in unserer Studie beobachtete geringere Bereitschaft zur erzieherischen Kooperation im Hochstress-Cluster ordnet sich in Befunde ein, die das familiäre Klima als ätiologisch bedeutsamen Faktor für die Entwicklung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen und die geringe soziale Unterstützung bei belasteten Familien ausweisen (Klasen et al., 2017), während der sozioökonomische Status in unserer Untersuchung nicht mit der aktuellen Stressbelastung assoziiert war. In unserer Erhebung haben wir auch einen nicht unerheblichen Anteil von Kindern mit psychischen Störungen gefunden, deren Eltern keine psychische Belastung angegeben haben (Niedrigstress-Cluster), mit umgekehrt mehr funktionalen Bewältigungsstrategien, weniger psychischer Erkrankung und kooperativer Erziehungshaltung. Die zahlenmäßige Verteilung der Cluster (Hochstress-Cluster: $n = 33$; Niedrigstress-Cluster: $n = 67$) sollte mit Vorsicht betrachtet werden. Wir vermuten, dass einerseits psychisch auffällige Kinder von Eltern mit geringer Belastung und ausreichend Ressourcen, die Auffälligkeiten ihrer Kinder zu erkennen und aktiv anzugehen, niedrigschwelliger vorgestellt werden, während psychisch auffällige Kinder aus Problemfamilien mit stark belasteten Eltern bei entsprechend starken Belastungen nach Erreichen einer gewissen Schwelle aus einem Gefühl der

Überforderung heraus zur Vorstellung gebracht werden, und dann auch die Teilnahmebereitschaft an der Studie geringer war (s. Limitationen). Das Zuweisungsverhalten und die Motivation zur Vorstellung in Abhängigkeit von Stresserleben wurde jedoch aktuell leider nicht prospektiv erhoben, wäre aber eine spannende Fragestellung für nachfolgende Studien, die Aufschluss darüber geben könnten, ob die Kinder- und Jugendpsychiatrie auf bestimmte (Problem-)Familien niedrigschwelliger zugehen sollte oder andere Zugangswege zu Diagnostik und Therapie etabliert werden sollten. In Schweden beispielsweise sind in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kompetente und erfahrene Pflegekräfte in allen Schulen tätig, was ein globales Screening auf kinder- und jugendpsychiatrische Auffälligkeiten und eine niedrigschwellige Beratung von Lehrern und Eltern ermöglicht.

Die klare Trennung der Cluster anhand globalen Stresserlebens, die damit verbundene schlechtere erzieherische Zusammenarbeit und die Assoziation mit psychischer Erkrankung sprechen auch dafür, dieses vulnerable Elternklientel nach Abschluss der initialen kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik durch initiale Ressourcenstärkung besonders zu stützen, bevor diese Eltern in die eigentliche (familien-)psychotherapeutische Arbeit miteinbezogen werden können. Dies würde eine über z. B. Sozialdienste und Ämter für Soziale Dienste leistbare Unterstützung in basalen Fragen der Lebensführung wie Wohnung, Kita-Platz, Unterhalt oder Transferleistungen, Förderung der Kommunikation von getrenntlebenden Elternteilen und wochenstrukturierende Elemente für Eltern und Kinder einschließen. Eine initiale Ressourcenstärkung würde auch beinhalten, psychisch erkrankten Eltern eine kurzfristig verfügbare psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung anzubieten, wie es in der hiesigen Ambulanzstruktur umgesetzt wird: nach Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Allianz mit dem gesamten Familiensystem werden augenscheinlich durch psychische Erkrankung belastete Eltern vorsichtig von den Kinder- und Jugendlichentherapeut_innen angesprochen und können innerhalb von 10 bis 14 Tagen in der erwachsenenpsychiatrischen Ambulanz ein eigenes Behandlungsangebot erhalten, wobei wir positive Effekte auf die Behandlung der Kinder wahrnehmen. Häufig kommen psychisch erkrankte Eltern über ihre Kinder zuerst mit dem psychiatrischen Gesundheitssystem in Berührung, so dass ein niedrigschwelliges Screening auf psychische Belastungen in diesem Rahmen gerechtfertigt erscheint (Schroth et al., 2019).

Limitationen

Als Querschnittstudie lässt die hier dargestellte Untersuchung keine kausalen Aussagen über den Zusammenhang

von Stresserleben und elterlicher Kooperation, Familienstatus oder psychischer Erkrankung zu. Zudem war nur ein geringer Anteil möglicher Teilnehmer dazu bereit war, an der Studie teilzunehmen. Die Schwierigkeit der Rekrutierung für elternbezogene Erhebungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde bereits von einer anderen Arbeitsgruppe berichtet (Schroth et al., 2019). Es muss dazu bedacht werden, dass die Eltern neben den zusätzlichen auf sich selbst bezogenen Fragebögen des SCI, des EEI und des PHQ im Rahmen dieser Studie routinemäßig für die Standarddiagnostik bereits einige Fragebögen zum Verhalten ihrer Kinder (Döpfner et al., 2014, Döpfner et al., 2017) beantworten, und einige bereits mit der Vielzahl dieser Fragebögen überfordert sind, zumal derzeit alle Fragebögen aktuell (noch) in Papierform ausgefüllt werden. Es könnte ein Präselektions-effekt dahingehend vermutet werden, dass insbesondere Eltern mit hoher aktueller Belastung von der Studie Abstand genommen haben, was die insgesamt durchschnittliche mittlere Stressbelastung über die Gesamtstichprobe gesehen erklären könnte, so wie etwa auch der möglicherweise entlastend wahrgenommene Beginn einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung. Aufgrund dieser möglichen Konfundierungen sollten die Clustergrößen (Hochstress-Cluster: $n = 33$; Niedrigstress-Cluster: $n = 67$) mit Vorsicht betrachtet werden. Zudem muss angemerkt werden, dass der hier verwendete SCI sich an erwachsene Personen allgemein richtet, jedoch nicht spezifisch Eltern in Erziehungskonstellationen anspricht, und in einer Folgestudie möglicherweise das Elterliche Belastungs-Inventar (EBI; Tröster, 2011) besser für die Erhebung elterlicher Belastung von psychisch erkrankten Kindern geeignet wäre. Daneben ist als eine weitere methodische Schwäche zu benennen, dass die Skala „Erzieherische Zusammenarbeit mit dem Partner“ die verschiedenen Modalitäten des Coparenting (gemeinsam erziehende Erwachsene in unterschiedlichen Familienkonstellationen) nicht unterscheidet, wodurch eine Unschärfe entsteht. Letztlich muss die für Fragestellungen dieser Tragweite eher geringe Stichprobengröße als Einschränkung der Studie genannt werden, insbesondere mit Hinblick auf die Fragestellung, welche Belastungen und Ressourcen Eltern von Kindern mit unterschiedlichen Diagnosen aufweisen.

Schlussfolgerungen für die klinische Praxis

1. Wir schlagen vor, im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik die aktuelle Stressbelastung auf Elternseite standardmäßig kurz zu erheben, beispielsweise mit dem Everyday Stress Inventory (ESI, Jäkel &

Leyendecker, 2009), dem Perceived Stress Questionnaire (Fliege, Rose, Arck, Levenstein & Klapp, 2001), das in einer Version mit 20 und einer weiteren Version mit 30 Fragen vorliegt, dem oben bereits erwähnten Elterlichen-Belastungs-Inventar (Tröster, 2011) oder dem hier verwendeten Stress- und Coping-Inventar (Satow, 2012).

2. Liegt bei einem Elternteil oder Elternpaar eine hohe Stressbelastung vor, sollte diese in der Behandlungsplanung berücksichtigt, und die Assoziation mit möglicher psychischer Erkrankung oder problematischem Coparenting in der Elternarbeit beachtet werden.
3. Abhängig von der jeweiligen Stressbelastung sollten konkrete lebenspraktische Hilfen organisiert und bei etwaiger psychischer Störung auf Elternseite ein Angebot zur Vermittlung in eine geeignete Behandlungsstruktur gemacht werden.
4. Elterninterventionen im Rahmen störungsspezifischer Manuale könnten im Sinne individualisierter Medizin modular auf die aktuellen Ressourcenverfügbarkeit von Eltern angepasst werden.
5. Letztlich sollten gesundheitsökonomische Überlegungen angestellt werden, inwiefern sich bisher nur unzureichend vergütete Eltern-bezogene Behandlungsangebote als sinnvolle „Investitionen“ mit der „Rendite“ einer verkürzten Behandlungsdauer und verbesserten Prognose langfristig auszahlen.

Elektronische Supplemente (ESM)

Die elektronischen Supplemente sind mit der Online-Version dieses Artikels verfügbar unter <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000361>

ESM 1. Tabelle E1

Literatur

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision; DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bolster, M., Rattay, P., Hölling, H. & Lampert, T. (2020). Zusammenhang zwischen elterlichen Belastungen und der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse aus KiGGS Welle 1. *Kindheit und Entwicklung*, 29, 30–39.
- Briegel, W. (2016). Parent-Child Interaction Therapy. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 44, 455–465.
- Choi, J. K. & Becher, E. H. (2019). Supportive coparenting, parenting stress, harsh parenting, and child behavior problems in nonmarital families. *Family Process*, 58, 404–417. <https://doi.org/10.1111/famp.12373>

- Cina, A. & Bodenmann, G. (2009). Zusammenhang zwischen Stress der Eltern und kindlichem Problemverhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 18, 39–48. <https://doi.org/10.1026/0942-5403.18.1.39>
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 314–332. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00152.x>
- Deater-Deckard, K. (2004). *Parenting stress*. Yale University Press. <https://doi.org/10.12987/yale/9780300103939.001.0001>
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien* (8., überarb. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM). Bern: Huber.
- Döpfner, M., Plück, J. & Kinnen, C. (2014). *Manual deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach. Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, (CBCL/6–18R), Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF/6–18R), Fragebogen für Jugendliche (YSR/1118R)*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M. & Görtz-Dorten, A. (2017). *DISYPS-III. Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder und Jugendliche – III*. Bern: Hogrefe.
- Fliege, H., Rose, M., Arck, P., Levenstein, S. & Klapp, B. F. (2001). Validierung des „Perceived Stress Questionnaire“ (PSQ) an einer deutschen Stichprobe. *Diagnostica*, 47, 142–152.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2004). *Coping: Pitfalls and promise. The annual review of psychology*, 55, 745–774. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
- Ganzeboom, H. B. G., De Graaf, P. M. & Treiman, D. J. (1992). A Standard International Socio Economic Index of Occupational Status. *Social Science Research* 21 (1), 1–56.
- Irlbauer-Müller, V., Eichler, A., Stemmler, M., Moll, G. H. & Kratz, O. (2016). Elterliche Belastung und die Zuverlässigkeit von Elternangaben in der Diagnostik psychisch und verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlicher. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 45, 303–309. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000467>
- Jäkel, J. & Leyendecker, B. (2009). *ESI. Everyday Stressors Index – deutsche Fassung* [Verfahrensdokumentation aus PSYNDEX Tests-Nr. 9005970 und Fragebogen]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID). (Hrsg.), PSYNDEX Tests. Trier: ZPID. <https://doi.org/10.23668/psych..chives.388>
- Klasen, F., Meyrose, A.K., Otto, C., Reiss, F. & Ravens-Sieberer, U. (2017). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Monatszeitschrift für Kinderheilkunde* 165, 402–407. <https://doi.org/10.1007/s00112-017-0270-8>
- Kliem, S., Foran, H. & Hahlweg, K. (2014). Familienstatus, mütterliche Belastung, dysfunktionales Erziehungsverhalten und kindliche Auffälligkeit. Ergebnisse einer multiplen Mediationsanalyse. *Kindheit und Entwicklung*, 23, 113–123.
- Kölch, M., Ziegenhain, U. & Fegert, J. (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern: Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung*. Weinheim: Beltz.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002). *PHQ-D. Gesundheitsfragebogen für Patienten* (2. Aufl.). Karlsruhe: Pfizer.
- Mothander, P. R. & Moe, R. G. (2010). Self-reported depressive symptoms and parental stress in mothers and fathers who bring their infants to an infant mental health clinic. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64, 310–316. <https://doi.org/10.3109/08039480903528138>
- Poustka, F., Renschmidt, H. & Schmidt, M. (2017). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10*. Göttingen: Hogrefe.
- Sanders, M. R. (2012). Development, evaluation, multinational dissemination of the Triple P-positive parenting program. *Annual Review Clinical Psychology*, 8, 11.1–11.35.
- Satow, L. (2012). *Stress- und Coping-Inventar (SCI)* [PSYNDEX Tests-Nr. 9006508]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID). (Hrsg.), PSYNDEX Tests. Trier: ZPID. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.4604>
- Satow, L. (2013). *Eltern-Erziehungsstil-Inventar (EEI)* [PSYNDEX Tests-Nr. 9006582]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID). (Hrsg.), PSYNDEX Tests. Trier: ZPID. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.4602>
- Schlack, R., Hölling H., Erhart, M., Petermann, F. & Ravens-Sieberer, U. (2010). Elterliche Psychopathologie, Aggression und Depression bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung* 19, 228–238.
- Scholz, M. (2010). Multifamilientherapie bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapie im Dialog*; 11, 219–221.
- Schroth, J., Nolkemper, D., Bienioschek, S. & Kölch, M. (2019, April). *Eltern psychisch kranker Kinder: Belastungsfaktoren und Belastungsintensität*. Posterbeitrag beim 36. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Mannheim, Deutschland.
- Stadelmann, S., Perren, S., Kölch, M., Groeben, M. & Schmid, M. (2010). Psychisch kranke und unbelastete Eltern. Elterliche Stressbelastung und psychische Symptomatik der Kinder. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 72–81.
- Tröster, H. (2011). *Eltern-Belastungs-Inventar (EBI) – Deutsche Version* des Parenting Stress Index (PSI) von R. R. Abidin. Göttingen: Hogrefe.
- Weissman, M. M., Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P. J., Talati, A., Wisniewski, S. R., Fava, M., Hughes, C. W. et al. & STAR*D-Child Team (2006). Remissions in maternal depression and child psychopathology: A STAR*D-child report. *Journal of the American Medical Association*, 295(12), 1389–1398. <https://doi.org/10.1001/jama.295.12.1389>
- Wesseldijk, L. W., Dieleman, G. C., van Steensel, F. J. A., Bartels, M., Hudziak, J. J., Lindauer, R. J. L., Bodels, M. & Middeldorp, C. M. (2018). Risk factors for parental psychopathology: A study in families with children or adolescents with psychopathology. *European Child and Adolescent Psychiatry* 27, 1575–1584. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1156-6>
- Zemp, M. & Martensen, B. (2020). Gute Partnerschaft gleich gutes Erziehungssteam? *Kindheit und Entwicklung*, 29, 5–20.

Förderung

Open Access-Veröffentlichung ermöglicht durch das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) Campus Kiel.

Historie

Onlineveröffentlichung: 04.03.2022

Dr. Manuel Munz

Ambulanzzentrum, Kinder- und Jugendpsychiatrische
 Institutsambulanz
 Zentrum für Integrative Psychiatrie
 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) Campus Kiel
 Niemannsweg 147
 24105 Kiel
 manuel.munz@uksh.de