

Psychotherapeut 2022 · 67:42–49
<https://doi.org/10.1007/s00278-021-00561-y>
Angenommen: 22. November 2021
Online publiziert: 22. Dezember 2021
© Der/die Autor(en) 2021



Screening zur frühen Identifizierung des psychosozialen Unterstützungsbedarfs bei Kindern psychisch erkrankter Eltern

Anna Katharina Holl-Etten¹ · Lea Bentz¹ · Claudia Calvano^{1,2} · Sibylle M. Winter¹

¹ Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

² Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie, Klinische Kinder- und Jugendpsychologie und -psychotherapie, Freie Universität Berlin, Berlin, Deutschland

In diesem Beitrag

- **Entwicklung und Implementierung der Screenings in CHIMPS-NET**
Kinderscreenings – Screening für psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen psychisch kranker Eltern • Familienscreening – Screening auf psychosozialen Unterstützungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen psychisch erkrankter Eltern
- **Diskussion**

Zusatzmaterial online

Die Online-Version dieses Beitrags (<https://doi.org/10.1007/s00278-021-00561-y>) enthält weitere Tabellen und Abbildungen sowie zusätzliche Analysen.

Die Autoren C. Calvano und S.M. Winter teilen sich die Letztautorenschaft.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Zusammenfassung

Hintergrund: Kinder psychisch erkrankter Eltern haben ein erhöhtes Risiko für eigene psychische Belastungen, das durch das Erleben von Misshandlung und Vernachlässigung nochmals erhöht wird.

Ziel der Arbeit: Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Entwicklung und erste Pilotierung spezifischer Screenings vorzustellen, die es ermöglichen, einen evtl. Unterstützungsbedarf bei Kindern psychisch erkrankter Eltern frühzeitig zu identifizieren.

Material und Methoden: Es wurden 2 Screeningverfahren für Kinder psychisch erkrankter Eltern entwickelt. Im Elternfragebogen des „Kinderscreenings“ werden psychische Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen (6 bis 18 Jahre) sowie Ressourcen in Kurzform erfasst (psychische Auffälligkeiten: 26 Items, bestehende Ressourcen: 4 Items). Im „Familienscreening“ werden ebenfalls im Selbstbericht der Eltern familiäre Risiko- und Belastungsfaktoren (8 Items) sowie Hinweise auf Misshandlung und Vernachlässigung in der Familie (9 Items) erfragt.

Ergebnisse: Beide Screenings sind mithilfe eines Ampelsystems leicht auszuwerten. Psychiatrisch Behandelnde erhalten eine erste Einschätzung und konkrete Hinweise zum aktuellen psychosozialen Behandlungs- und Unterstützungsbedarf der gesamten Familie und besonders der Kinder. Sie können in der Folge weitere Schritte zur integrierten Versorgung der Familie einleiten.

Schlussfolgerung: Das Kinder- und das Familienscreening sind zeitökonomische, gut verständliche Screenings zur Identifizierung des Behandlungs- und Unterstützungsbedarfs der Familie. Im weiteren Verlauf ist geplant, die Screenings nach abschließender Validierung systematisch in der psychiatrischen Versorgung erkrankter Erwachsener einzusetzen. Somit kann den weitreichenden negativen Folgen für diese Kinder vorgebeugt werden.

Schlüsselwörter

Kindesmisshandlung · Kindesvernachlässigung · Familiäre Belastung · Ressourcen · Risikofaktoren

Kinder psychisch erkrankter Eltern haben ein erhöhtes Risiko für eigene psychische Belastungen (Thorup et al. 2018), das durch das Erleben von Misshandlung und Vernachlässigung nochmals erhöht wird (Christiansen et al. 2015). Weltweit wird geschätzt, dass ca. 15–23 % aller Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufwachsen (Leijdesdorff et al. 2017). Diese Kinder stellen somit eine besonders vulnerable und präventionsrelevante Gruppe dar. Insbesondere die psychiatrische Regelversorgung der Eltern bietet Möglichkeiten, diese Kinder frühzeitig zu identifizieren (Wiegand-Grefe et al. 2011).

Hintergrund

Bei 2 Untersuchungen im deutschsprachigen Raum zeigte sich, dass in der Psychiatrie tätige Fachkräfte zwar in der Mehrheitangaben zu wissen, ob ihre Patient:innen Kinder haben (Franz et al. 2012) und auch Angaben zu Alter und aktueller Versorgungssituation der minderjährigen Kinder machen konnten (Włodarczyk et al. 2017). Allerdings wurde eine wichtige Barriere bei der Versorgung der betroffenen Kinder deutlich, indem die Mehrheit des befragten Fachpersonals angab, überhaupt nur „selten“ direkten Kontakt zu den Kindern seiner Patient:innen zu erhalten. Bei deren Unterstützung nannten die Befragten als strukturelle Hindernisse hauptsächlich hohe Arbeitsbelastung, knappe Ressourcen und individualisierte Behandlung, mit Fokus auf das erkrankte Elternteil. In einem internationalen Review präsentierten Maybery und Reupert (2009) verschiedene Lösungsvorschläge, um den systematischen Barrieren bei der Unterstützung von Familien, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist, zu begegnen. Dabei betonten sie die Notwendigkeit, einen Screeningprozess, der minderjährige Kinder systematisch identifiziert und deren evtl. (Behandlungs-)Bedarf erfasst, in psychiatrische Kliniken zu integrieren.

Aus Sicht der betroffenen Eltern zeigen sich ebenfalls Barrieren für die Inanspruchnahme von Hilfen: Eltern geben an, sich von der eigenständigen Organisation unterstützender Hilfsmaßnahmen für die Familie belastet zu fühlen (Schmid

et al. 2008), wünschen sich jedoch häufig Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten für ihre Kinder (Kühnis et al. 2016). Zudem brechen Eltern indizierte stationäre Behandlungen ab oder treten diese nicht an, da sie ihre Kinder nicht ausreichend versorgt sehen (Kühnis et al. 2016). Aus diesen Gründen gilt es, besonders frühzeitig präventive und unterstützende Angebote für betroffene Familien zu ermöglichen, um die Bedürfnisse psychisch erkrankter Eltern zu adressieren und den weitreichenden negativen Folgen für ihre Kinder vorzubeugen.

Eine Möglichkeit, diese Barrieren zu überwinden und den Versorgungsbedarf der betroffenen Kinder zu identifizieren, stellt die Implementierung von systematischen Screenings dar, die sowohl psychische Belastungen der Kinder als auch das Vorhandensein von familiären Risiko- und Belastungsfaktoren, Misshandlung und Vernachlässigung feststellen. So können eine umfassende Beurteilung des psychosozialen Unterstützungsbedarfs dieser Kinder und der Familie erfolgen und somit Ansatzpunkte für Prävention und Intervention aufgezeigt werden. Aufgrund der berichteten Barrieren und begrenzten Ressourcen sollten diese Screenings möglichst ökonomisch und dennoch sensitiv betroffene Kinder identifizieren und deren Behandlungs- und Unterstützungsbedarf evaluieren. Eine direkte Befragung der Eltern stellt eine vielversprechende Möglichkeit dar, diesen Bedarf zu adressieren.

Im deutschsprachigen Raum existieren bisher nach Kenntnis der Autorinnen des vorliegenden Beitrags keine zielgruppenspezifischen Screeningverfahren in Form von Elternfragebogen, die eine systematische Abfrage des psychosozialen Unterstützungsbedarfs von Kindern psychisch erkrankter Eltern auf ökonomische und zugleich valide Art erlauben. In vorhandenen Screenings zu psychischen Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen (u. a. Döpfner et al. 2014; Klasen et al. 2003) werden weitere Belastungsbereiche und Risikofaktoren dieser Familien nicht berücksichtigt. Eine flankierende Erfassung familiärer Risiko- und Belastungsfaktoren sowie von Hinweisen auf Misshandlung und Vernachlässigung in der Familie ist jedoch wesentlich, um den psychosozialen Unterstützungsbedarf der Familie umfassend beurteilen

zu können und die Einleitung entsprechender Hilfen zu ermöglichen. Während für den deutschen Sprachraum verschiedene, z. T. validierte Fragebogen- und Interviewverfahren zur Erfassung familiärer Risiko- und Belastungsfaktoren sowie von Misshandlung und Vernachlässigung vorliegen (White et al. 2021), sind diese aus inhaltlicher und methodischer Sicht für ein Screening nur bedingt geeignet. Inhaltlich erfassen die beiden vorhandenen deutschsprachigen Fragebogen nur die elterliche Belastung (Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung: Deegener et al. 2009; Eltern-Belastungs-Inventar: Tröster 2010), sodass weitere Risikofaktoren sowie das Vorkommen von Misshandlung und Vernachlässigung im Sinne von „adverse childhood experiences“ (ACE; Barnett et al. 1993) nicht abgedeckt werden. Zur direkten Erfassung von Misshandlung und Vernachlässigung liegen wiederum Instrumente in Form von zeitintensiven Fragebogen und semistrukturierten Interviews vor (z. B. Belastende Kindheitserfahrungen, KERF, Isele et al. 2014; Childhood Trauma Questionnaire, CTQ, Bernstein et al. 2003), die nun beide erstmalig für den deutschsprachigen Elternbericht adaptiert wurden (Calvano et al. 2021; Eich 2021). Weiterhin existiert eine deutschsprachige Version (Horlich et al. 2014) des Maternal Interview Child Maltreatment (MICM; Cicchetti et al. 2003). Allerdings sind die genannten Interviews und Fragebogen sehr zeitintensiv, weshalb sie für Screeningzwecke weniger geeignet sind, und nicht spezifisch für die Zielgruppe der psychisch erkrankten Eltern entwickelt. Zusätzlich ist eine direkte Befragung der Kinder z. B. mithilfe spezifischer Interviews bzw. Fragebogen (z. B. Juvenile Victimization Questionnaire, JVQ; Hamby et al. 2005) in der Versorgung psychiatrisch erkrankter Eltern aufgrund systematischer Barrieren schwer zu realisieren (Maybery und Reupert 2009). Eine kurze, direkte Elternbefragung, die zudem als weniger schulungs- und ressourcenintensiv für Behandelnde zu bewerten ist, stellt somit einen vielversprechenden Screeningansatz für die Zielgruppe der Kinder der psychisch erkrankten Eltern dar.

Um diesen Bedarf zu adressieren, wurden Screenings für sowohl psychische Auffälligkeiten der Kinder als auch für familiäre Risiko- und Belastungsfaktoren

unter Berücksichtigung der genannten Aspekte spezifisch für die Gruppe Kinder psychisch erkrankter Eltern im Rahmen der deutschlandweiten Multizenterstudie „Children of mentally ill parents-network“ (CHIMPS-NET; Wiegand-Grefe et al. in Vorbereitung) entwickelt, einer Folgestudie des CHIMPS-Projekts (Wiegand-Grefe et al. 2021).

Entwicklung und Implementierung der Screenings in CHIMPS-NET

Die weitere Entwicklung und Validierung der Screenings erfolgt in der aktuell laufenden Studie CHIMPS-NET. Durch die systematische Integration der Screenings in die klinische Routine soll eine möglichst hohe Sensibilisierung für das Vorhandensein von Kindern, deren psychische Belastungen, für familiäre Risikofaktoren und einen möglichen Unterstützungsbedarf erzielt werden. Für den Einsatz in der Erwachsenenpsychiatrie wurden 2 neue Screenings als Elternfragebogen entwickelt und evaluiert. Im „Kinderscreening“ werden im Elternfragebogen psychische Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen (6 bis 18 Jahre) sowie Ressourcen in Kurzform erfasst. Im „Familienscreening“ werden ebenfalls im Selbstbericht der Eltern familiäre Risiko- und Belastungsfaktoren sowie Hinweise auf Misshandlung und Vernachlässigung in der Familie erfragt. Beide Screenings sind mithilfe eines Ampelsystems leicht auszuwerten. Psychiatrisch Behandelnde erhalten eine erste Einschätzung und konkrete Hinweise zum aktuellen psychosozialen Behandlungs- und Unterstützungsbedarf der gesamten Familie und besonders der Kinder. Sie können in der Folge weitere Schritte zur integrierten Versorgung der Familie einleiten; somit kann den weitreichenden negativen Folgen für diese Kinder vorgebeugt werden (Reedtz et al. 2019). Im Folgenden werden die Entwicklung der 2 Screenings und erste, vorläufige Ergebnisse aus den Pilotstudien zusammenfassend dargestellt.

Kinderscreenings – Screening für psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen psychisch kranker Eltern

Entwicklung und Pilotierung

Es erfolgte die Entwicklung eines ersten Screeningentwurfs, der so kurz sein sollte, dass er in der Routineversorgung psychisch erkrankter Eltern standardisiert eingesetzt werden kann. In die Entwicklung der Items wurden alle im Kindes- und Jugendalter relevanten Störungsbilder integriert; diese können im Fragebogenformat möglichst sparsam erfasst werden. Bisherige Screeninginstrumente (u. a. Döpfner et al. 2014; Klasen et al. 2003) wurden berücksichtigt, wobei Items auf Basis von klinischer Expertise ausgewählt und in einfacherer Sprache (um-)formuliert bzw. inhaltlich ergänzt wurden. Der Fokus lag auf einer ökonomischen, aber dennoch hinreichenden Erfassung in Form einer leicht verständlichen und nichtstigmatisierenden Sprache, da in diesem sensiblen Einsatzfeld Irritationen dringend vermieden werden sollten. Über die Erfassung von Problembereichen, z. B. im Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Klasen et al. 2003), hinaus gehen u. a. 2 Items zu lebensmüden Äußerungen und zwanghaftem Verhalten der Kinder.

Daraus ergaben sich im Rahmen der Pilotierung insgesamt 26 Items und zusätzlich 4 Items zu Ressourcen (Tab. 1 für eine verkürzte Darstellung der Items). Die Fragen zu den Ressourcen ermöglichen eine erste klinische Einschätzung zum aktuellen Funktionsniveau und zu möglichen Stärken des Kindes aus Sicht der Eltern. Am Ende des Fragebogens werden der Wunsch nach Unterstützung der Eltern sowie aktuelle Sorgen der Eltern über ihr Kind erfragt, dann schließt dieser mit einer offenen Frage zu positiven Eigenschaften des Kindes („Was gefällt Ihnen gut an Ihrem Kind?“). Damit soll einerseits dem Bedürfnis der psychisch belasteten Eltern, in den eigenen Sorgen und Bedürfnissen ernst genommen zu werden, begegnet und andererseits zum Abschluss die besonders vulnerable Eltern-Kind-Beziehung positiv gestärkt werden (Wiegand-Grefe et al. 2011). Den belasteten Eltern wird somit zum Ende des Fragebogens ein positiver Blick auf ihr Kind ermöglicht. Außerdem erhalten Behandelnde eine erste Information über

einen Behandlungswunsch bzw. -bedarf aus Sicht der Eltern (Kühnis et al. 2016).

Es liegt ein 3-stufiges Antwortformat vor (0: „nicht zutreffend“, 1: „manchmal zutreffend“, 2: „häufig zutreffend“). Zusätzlich wurden die Eltern nach der Beeinträchtigung des Kindes bzw. Jugendlichen aufgrund der Symptomatik gefragt („Wird ihr Kind durch die genannten Schwierigkeiten beeinträchtigt?“). Bei einer Bejahung erfolgte die Erfassung, in welchen Funktionsbereichen (zu Hause, mit Freunden, in der Schule, in der Freizeit) und wie häufig die Beeinträchtigung auftrat (0: „nie“, 1: „manchmal“, 2: „häufig“).

Für eine erste Analyse der psychometrischen Gütekriterien wurde eine Pilotierung an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters durchgeführt. In der Pilotstudie wurden Eltern von Kindern im Alter von 6 bis 18 Jahren befragt, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in ambulanter oder (teil-)stationärer Behandlung der Klinik befanden; als Kontrollgruppe wurden Eltern von sich nicht in Behandlung befindenden Kindern gebeten, die Fragebogen zu bearbeiten.

Ergebnisse der Pilotstudie für das Kinderscreening, Version 6 bis 18 Jahre

In der Altersgruppe der 6- bis 18-Jährigen nahmen insgesamt 66 Eltern an der Befragung teil, davon waren 44 Eltern von Patient:innen und 22 Eltern aus der Kontrollgruppe.

Es ergab sich ein signifikanter Altersunterschied zwischen der Patient:innen- und Kontrollgruppe (Alter: Gruppe Patient: MW=12,81 vs. Gruppe Kontrolle: MW=10,14; $t(62)=-3,33$, $p<0,001$). Zusätzlich zeigte sich eine ungleiche Verteilung der Geschlechter über die beiden Gruppen mit vergleichsweise weniger Mädchen in der Kontrollgruppe (Zusatzmaterial online: zusätzliche Tab. 1).

Um bei der Bestimmung der Sensitivität eine möglichst homogene Alters- und Geschlechterverteilung in den Gruppen zu erhalten, wurde eine nach Alter und Geschlecht gematchte Patient:innen- und Kontrollgruppe ($n=22/n=22$; Alter: MW=10,91/10,14 Jahre) mit jeweils 7 Mädchen und 15 Jungen gezogen, die sich nicht mehr signifikant im Alter

Tab. 1 Itemkennwerte des Kinderscreenings Version 6–18 für gematchte Gruppen

Items	n (n Kontrollgruppe)	Min	Max	Kontrollgruppe MW (± SD)	Patientengruppe MW (± SD)	Trennschärfe
Schmerzen	44 (22)	0	2	0,36 (± 0,49)	0,64 (± 0,79)	0,31
Viel/wenig essen	44 (22)	0	2	0,32 (± 0,57)	0,95 (± 0,79)	0,63
Einnässen, einkoten	44 (22)	0	2	0 (± 0)	0,27 (± 0,63)	0,33
Zu jung	44 (22)	0	2	0,14 (± 0,35)	0,86 (± 0,77)	0,54
Dinge wiederholen, Zwang	43 (22)	0	2	0,05 (± 0,21)	0,52 (± 0,75)	0,48
Nicht stillsitzen	44 (22)	0	2	0,36 (± 0,58)	0,77 (± 0,81)	0,54
Ungeduldig	44 (22)	0	2	0,32 (± 0,47)	1,05 (± 0,95)	0,68
Gefahren nicht abschätzen	44 (22)	0	2	0,09 (± 0,29)	0,68 (± 0,78)	0,63
Nicht lange konzentrieren	44 (22)	0	2	0,45 (± 0,51)	1,18 (± 0,80)	0,73
Vor anderen sprechen	44 (22)	0	2	0,36 (± 0,49)	0,86 (± 0,83)	0,40
Schlecht entspannen	44 (22)	0	2	0,45 (± 0,67)	0,91 (± 0,75)	0,63
Zu viele Schimpfwörter	44 (22)	0	2	0,09 (± 0,29)	0,68 (± 0,89)	0,59
Ängstlich	44 (22)	0	2	0,18 (± 0,40)	1,0 (± 0,76)	0,48
Traurig	44 (22)	0	2	0,18 (± 0,40)	0,77 (± 0,69)	0,58
Sich zurückziehen	43 (22)	0	2	0,23 (± 0,43)	0,86 (± 0,73)	0,53
Große Schuldgefühle	43 (22)	0	2	0 (± 0)	0,57 (± 0,75)	0,54
Schlafprobleme	43 (22)	0	2	0,18 (± 0,50)	0,95 (± 0,74)	0,62
Viele Sorgen	43 (22)	0	2	0,18 (± 0,50)	0,76 (± 0,70)	0,53
Impulsiv	43 (22)	0	2	0,45 (± 0,60)	1,0 (± 0,84)	0,54
Lügen zum eigenen Vorteil	43 (22)	0	2	0,27 (± 0,46)	0,76 (± 0,77)	0,68
Stimmen/Geräusche	43 (22)	0	1	0 (± 0)	0,19 (± 0,40)	0,41
Selbst verletzen; lebensmüde	43 (22)	0	2	0 (± 0)	0,29 (± 0,64)	0,50
Widersprechen; ungehorsam	43 (22)	0	2	0,36 (± 0,49)	0,90 (± 0,83)	0,61
Alkohol/Drogen	43 (22)	0	0	0 (± 0)	0 (± 0)	0,03
Stehlen, beschädigen	43 (22)	0	2	0 (± 0)	0,24 (± 0,54)	0,49
Schlagen oder verletzen	43 (22)	0	2	0 (± 0)	0,43 (± 0,75)	0,55
Freunde	44 (22)	0	2	1,82 (± 0,40)	1,32 (± 0,72)	0,44
Selbstständig	43 (22)	0	2	1,86 (± 0,35)	1,10 (± 0,70)	0,71
Gern in Schule	44 (22)	0	2	1,73 (± 0,46)	0,91 (± 0,81)	0,28
Hobbys	44 (22)	0	2	1,82 (± 0,40)	0,82 (± 0,91)	0,63

0 „nicht zutreffend“, 1 „manchmal zutreffend“, 2 „häufig zutreffend“
 Max Maximum, Min Minimum, MW Mittelwert, SD Standardabweichung

unterschieden ($t[42] = -0,80$, n.s.). Die Itemstatistiken sind in **Tab. 1** dargestellt.

Die Daten wurden darüber hinaus in deskriptiven Analysen, Reliabilitätsanalysen und „receiver operating curves“ (ROC) in Bezug auf Reliabilität, Sensitivität und Spezifität untersucht (Michel et al. 2014). Zur deskriptiven Auswertung des Fragebogens wurden die Häufigkeitsangaben zu allen Items aufsummiert, zunächst nur die Angaben aus den 26 Symptomitems, dann zusätzlich mit den Ressourcenitems, die vorher entsprechend umkodiert wurden. Die Skalenmittelwerte der Symptom- und Ressourcenitems sind in **Abb. 1** dargestellt. Die Mittelwerte der insgesamt 26 Symptomitems ($t(25,55) = -5,39$, $p < 0,001$), der 4 rekodierten Ressourcen-

items ($t(32,18) = 6,82$, $p < 0,001$), der 30 Items der Gesamtskala ($t(25,77) = -6,01$, $p < 0,001$) sowie der 4 Items zur Beeinträchtigung ($t(40) = -7,46$, $p < 0,001$) unterschieden sich in den Gruppen signifikant voneinander.

In einer ROC-Analyse (Zusatzmaterial online: zusätzliche Tab. 2) wurden erste Werte für 2 vorläufige „Cut offs“ bestimmt: „Grenzwertige Hinweise“ entsprechen der „Ampel Gelb“ ab einem Summenwert von 8 (Sensitivität 95,5%, Spezifität 68,2%; positiver Likelihood-Quotient [LR+] 3), und „deutliche Hinweise auf psychische Auffälligkeiten“ entsprechen der „Ampel Rot“ ab einem Summenwert von 12 (Sensitivität 77,3%, Spezifität 90,9%; LR+ 8). Bei der Festlegung der vorläufigen Cut offs

wurde der Wert für „grenzwertige Hinweise“ bei einer möglichst hohen Sensitivität festgelegt, und der Wert für „deutliche Hinweise“ bei einer möglichst hohen Spezifität entsprechend den Empfehlungen für vergleichbare Screeninginstrumente (Michel et al. 2014). Das Gesamtmodell zeigte eine gute Vorhersagegüte in der ROC-Analyse („area under the curve“ [AUC] = 0,91, 95%-Konfidenzintervall [95%-KI] = 0,82–1,0; $p < 0,001$). Die dargestellte Kurve weicht statistisch signifikant von einer Zufallsvorhersage ab, zeigt jedoch ein Plateau in der Vorhersagegüte ab einer Sensitivität von 95,5% (Zusatzmaterial online: zusätzliche Abb. 1). Die Reliabilität der Gesamtskala, bestehend aus 26 Symptom- und 4 Ressourcenitems,

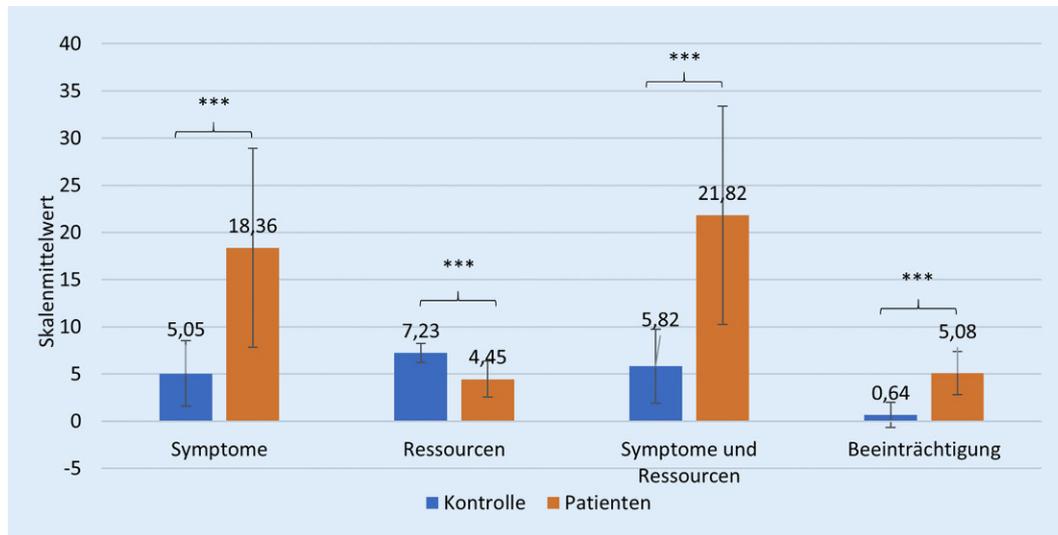


Abb. 1 ◀ Mittelwerte der Skalen für das Kinderscreening Version 6–18 und Gruppenunterschiede, Fehlerbalken = SD; Kontrollgruppe $n = 22$, Patientengruppe $n = 22$; *** $p < 0,001$

ist als sehr gut (Cronbachs $\alpha = 0,93$) zu bewerten.

Für die Festlegung eines vorläufigen Cut off im Bereich der Beeinträchtigung wurde ebenfalls eine ROC-Analyse (AUC = 0,92; 95 %-KI 0,83–1,0; LR+ > 6; $p < 0,001$) durchgeführt, die als optimalen Cut off einen Summenwert von 3 ergab (Zusatzmaterial online: zusätzliche Tab. 3), der in der Auswertungsumpel zusätzlich berücksichtigt werden kann. Diese wurde basierend auf den vorläufigen, berechneten Cut-off-Werten entwickelt, was bei der Anwendung eine schnelle, zusammenfassende Auswertung der psychischen Belastung und Beeinträchtigung des Kindes möglich machen soll. Je nach Ampelfarbe ergibt sich die (dringende) Notwendigkeit weiterer diagnostischer und unterstützender Maßnahmen für die Kinder.

Familiencreening – Screening auf psychosozialen Unterstützungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen psychisch erkrankter Eltern

Entwicklung und Pilotierung des Familiencreenings

Neben dem Screening auf psychische Auffälligkeiten wurde ein Screening auf psychosozialen Unterstützungsbedarf entwickelt, um einen Hilfebedarf aufgrund von (drohender) Kindeswohlgefährdung zu identifizieren. Dabei wurde in der Fragebogenentwicklung auf Forschung zur frühen Traumatisierung und zur Erfassung von Misshandlungs- und Ver-

nachlässigungserfahrungen (ACE: Barnett et al. 1993) sowie auf klinische Expertise zurückgegriffen. Wie in bisherigen Untersuchungen aufgezeigt wurde, stehen diese belastenden Erfahrungen in der Kindheit in einem graduellen Zusammenhang mit einem stark erhöhten Risiko für spätere Erkrankungen bzw. Einschränkungen sowohl im affektiven und somatischen Bereich als auch auf neurobiologischer Ebene (Felitti et al. 1998; Jaffe 2017). Im Familiencreening werden folglich familiäre Risikofaktoren (8 Items) in Orientierung u. a. an den „Babylotsen-Fragebogen“ (Fisch et al. 2016) sowie Hinweise auf Misshandlung und Vernachlässigung (9 Items), orientiert an der deutschen Übersetzung und Validierung (Horlich et al. 2014) des semistrukturierten MICM von Cicchetti et al. (2003), erfasst. Insbesondere im Familiencreening wurde auf eine ressourcenorientierte, entstigmatisierende und besonders wertschätzende Formulierung der Instruktion und Items geachtet. So sollten mögliche Vorbehalte betroffener Eltern adressiert und die Offenheit gegenüber der Erfassung familiärer Belastungen und intrafamiliärer Gewalt gefördert werden (Kühnis et al. 2016).

Auswertung der Pilotstudie zum Familiencreening

Die erste Pilotierung erfolgte in der Kinderschutzambulanz der Charité-Universitätsmedizin Berlin im Zeitraum von März 2020 bis Mai 2021. In dieser Stichprobe gaben

34 Elternteile Auskunft zu ihren Kindern, die zwischen einem Jahr und 14 Jahre alt waren (MW = 6,5 Jahre; SD $\pm 3,5$ Jahre), davon waren 16 der Kinder weiblich. Die Antworten im Familiencreening sind im Zusatzmaterial online (zusätzliche Tab. 4) dargestellt.

Bisher gibt es erste, vorläufige Hinweise für eine gute Augenscheinvalidität im qualitativen Experten- und Laienurteil; weitere quantitative Untersuchungen anhand von externen Kriterien (Standarddiagnostik) und klinischem Urteil von Experten für Kinderschutz sind geplant. In Bezug auf die Inhaltsvalidität entsprechen die Iteminhalte den empfohlenen Kriterien zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung nach § 1666 (Kindler et al. 2006).

Die Auswertungsseite enthält Handlungsanweisungen in Form eines Ampelschemas, welche Schritte bei Hinweisen auf (dringenden) Unterstützungsbedarf bzw. Kindeswohlgefährdung eingeleitet werden sollen. Dabei ergibt sich die Dringlichkeit entsprechend den Ampelfarben aus den jeweiligen Antworten der Eltern im Screening, wobei auch Signalitems zu körperlichem oder sexuellem Missbrauch gesondert bewertet werden. Bei der Einschätzung der Dringlichkeit wurden einerseits die Klassifikation des Maltreatment Classification System (MCS; Horlich et al. 2014) und andererseits das Expertenurteil von Fachkräften für Kinderschutz berücksichtigt. Im Rahmen der Auswertung wird die Notwendigkeit betont, dass im Fall von Auffälligkeiten eine weitere

Klärung und Beratung gemeinsam mit den Erziehungsberechtigten erfolgen müssen und eine transdisziplinäre Kooperation im lokalen Netzwerk unabdinglich ist.

Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Entwicklung und erste Pilotierung spezifischer Screenings vorzustellen, die es ermöglichen, einen evtl. Unterstützungsbedarf bei Kindern psychisch erkrankter Eltern frühzeitig zu identifizieren. Es wurden 2 Screeningverfahren, das „Kinderscreening“ und das „Familienscreening“ für Kinder psychisch erkrankter Eltern entwickelt, die im Sinne einer primären und sekundären Prävention eine systematische Abfrage des psychosozialen Behandlungs- und Unterstützungsbedarfs der betroffenen Kinder auf ökonomische und zugleich valide Art erlauben (Maybery und Reupert 2009). Die Screenings sind als jeweils einseitige Elternfragebögen entwickelt. Dies ermöglicht, erste Informationen über minderjährige Kinder und ihren Unterstützungsbedarf auf sehr zeiteffiziente Weise zu erhalten, ohne dass Behandelnde in der Psychiatrie direkten Kontakt zu den Kindern herstellen müssen, was sich in der Vergangenheit als schwierig gezeigt hatte (Wlodarczyk et al. 2017). Zudem erhalten Behandelnde bei beiden Screenings eine Empfehlung, inwieweit und mit welcher Dringlichkeit Maßnahmen eingeleitet werden sollten. Damit soll den bestehenden, systematischen Barrieren begegnet werden, die eine effektive und frühzeitige Identifizierung von belasteten Kindern psychisch erkrankter Eltern und deren Behandlungsbedarf im Rahmen der psychiatrischen Versorgungssituation erschweren (Franz et al. 2012). Eine frühzeitige Identifizierung des Unterstützungsbedarfes betroffener Kinder erscheint besonders relevant, da präventive Interventionen das Risiko für die Entwicklung eigener psychischer Probleme bei betroffenen Kindern um bis zu 40% verringern könnten (Leijdesdorff et al. 2017).

Die Ergebnisse der vorliegenden Pilotstudie ergeben zusammenfassend für das Kinderscreening in der Version für die 6- bis 18-jährigen Kinder in der untersuchten Stichprobe eine gute Sensitivität im ersten Cut off („gelbe Ampel“) und eine gute

Spezifität für den zweiten Cut off („rote Ampel“), entsprechend den Empfehlungen für Screeninginstrumente (Michel et al. 2014). Da es sich jedoch um erste, vorläufige Ergebnisse aus einer kleinen Stichprobe ($n = 22/n = 22$) handelt, muss die Güte des Screenings in einer größeren, möglichst repräsentativen Stichprobe überprüft werden. Aktuell wird der Fragebogen innerhalb der Studie CHIMPS-NET eingesetzt, im Verlauf mit externen Kriterien validiert und ggf. überarbeitet. Zusätzlich wird eine Version für den Altersbereich 3 bis 5 Jahre entwickelt.

Für das Familienscreening erfolgt aktuell in CHIMPS-NET eine externe Validierung sowohl durch die Angaben der Eltern zu Misshandlung und traumatischen Lebensereignissen ihrer Kinder als auch durch eine Experteneinschätzung der Familientherapeut:innen zum Vorhandensein einer Kindeswohlgefährdung. Bisher liegen nur erste, vorläufige Pilotdaten vor, die im Rahmen der Fragebogenentwicklung in einer kleinen Risikostichprobe in der Kinderschutzambulanz der Charité-Universitätsmedizin erhoben wurden und noch nicht quantitativ berücksichtigt werden können.

Im Vergleich zu bisherigen Screeninginstrumenten (u.a. Döpfner et al. 2014; Deegener et al. 2009) wurde aufgrund der hochbelasteten Zielgruppe in der Entwicklung beider Screenings auf eine möglichst ökonomische und übersichtliche Form Wert gelegt, wobei trotzdem alle im Kindes- und Jugendalter klinisch relevanten Problembereiche erfragt werden. Weiterhin wurde in den Formulierungen auf eine verständliche und entstigmatisierende Sprache geachtet, um betroffenen Eltern den Zugang zu Hilfsangeboten zu erleichtern. Außerdem wurde versucht, die elterliche Akzeptanz des Screenings durch den Fokus auf die Ressourcen zu unterstützen. Zusätzlich wird im Kinderscreening der Wunsch nach Unterstützung der Eltern erfragt, weil sich psychisch erkrankte Eltern häufiger Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten wünschen, als sie diese in ihrer Behandlung erhalten (Kühnis et al. 2016). Dadurch erhalten die Behandelnden eine erste, wertschätzende Möglichkeit, mit dem Elternteil ins Gespräch zu kommen.

In Bezug auf das Familienscreening wurde angestrebt, angelehnt an ver-

gleichbare klinische Interviews durch eine wertschätzende Einleitung möglichen Ängsten der Eltern vor einer Diskriminierung frühzeitig zu begegnen. Der Vorteil beider Screenings besteht darin, dass Behandelnde der Psychiatrie auf ökonomische Weise eine erste Einschätzung zum Behandlungs- und Unterstützungsbedarf der Familien ihrer Patient:innen erhalten.

Als Limitation ist zu nennen, dass die hier beschriebenen Screenings sich noch im Prozess der Validierung befinden, und aus diesem Grund eine abschließende Beurteilung bezüglich der Gütekriterien und der praktischen Nützlichkeit erst nach deren Abschluss vorgenommen werden kann. So steht auch der Vergleich mit bereits etablierten Screeningverfahren sowie mit Verfahren zur Erfassung von Misshandlung und Vernachlässigung noch aus. In der weiteren Validierung in größeren Stichproben sind auch mögliche Subskalen genauer zu überprüfen. Weiterhin beruhen die berechneten Cut offs auf kleinen Stichproben und sind somit noch als vorläufig zu betrachten. Hier muss einschränkend auch die niedrigere Sensitivität zum auffälligen Bereich im Kinderscreening beachtet werden. Dieser steht eine hohe Sensitivität für den grenzwertigen Bereich (Ampelstufe „gelb“) entgegen, sodass Fälle mit Handlungsbedarf trotzdem früh identifiziert werden. Dennoch sollten die Cut-off-Scores in größeren Stichproben überprüft werden. Außerdem muss der Aspekt der sozialen Erwünschtheit kritisch diskutiert werden. Es hat sich in verschiedenen Untersuchungen gezeigt, dass hochbelastete Eltern nicht alle Vorfälle von Misshandlung oder Vernachlässigung gegenüber ihren Kindern offenlegen (z. B. Albermann, Wiegand-Greife und Winter 2019). Dies kann aus verschiedenen Gründen geschehen, z. B. aus Angst vor weiteren Konsequenzen und evtl. auch aus fehlender Bewusstheit gegenüber dem eigenen, elterlichen Verhalten. Ob trotzdem eine ausreichende Sensitivität, v.a. im Familienscreening, erreicht werden kann, muss im weiteren Verlauf mithilfe externer Kriterien überprüft werden. Hierbei muss auch weiter untersucht werden, ob möglicherweise weitere familiäre Risikofaktoren wie z. B. Stresserleben der Eltern, Konflikte in der Partnerschaft oder Wechsel von Bezugs-

personen bedeutsam für die Vorhersage eines Unterstützungsbedarfs sind.

Im weiteren Verlauf ist geplant, die Screenings nach abschließender Validierung systematisch in der psychiatrischen Versorgung erkrankter Erwachsener einzusetzen. Dadurch kann eine wichtige Versorgungslücke geschlossen werden, indem bei Behandlungs- und Unterstützungsbedarf möglichst frühzeitig Maßnahmen für betroffene Familien eingeleitet werden. Dafür sind Netzwerkarbeit sowie inter- und transdisziplinäre Kooperationen von enormer Wichtigkeit. Für die Versorgung der Kinder psychisch kranker Eltern besteht daher verstärkt die Notwendigkeit eines sektorenübergreifenden Austausches zwischen Fachpersonal der Psychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendhilfe. Bewährte Netzwerke können genutzt und neue Kooperationen etabliert werden, um Familien möglichst frühzeitig präventive Unterstützung zukommen zu lassen. Diese sektorenübergreifende Kooperation wird als ein wesentliches Ziel neuer Formen in der medizinischen Versorgung gesehen. Dafür sind jedoch auch zusätzliche Ressourcen notwendig, sowohl zur Koordinierung der interdisziplinären Netzwerkarbeit als auch aufseiten des Fachpersonals (Wlodarczyk et al. 2017).

Fazit für die Praxis

- Eine frühzeitige Identifizierung von belasteten Kindern schwer psychisch kranker Eltern kann über Screenings unterstützt werden.
- Das Kinder- und das Familienscreening sind zeitökonomische, gut verständliche Screenings zur Identifizierung des Behandlungs- und Unterstützungsbedarfs der Familie, die sich noch in der Validierung befinden.
- Wenn die Screenings Unterstützungsbedarf für die Familie anzeigen, sind die Handelnden der Eltern aufgefordert, das Netzwerk zu aktivieren, um der gesamten Familie entsprechende Hilfen anzubieten.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Sibylle M. Winter

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Deutschland
sibylle.winter@charite.de

Danksagung. Wir danken allen Mitarbeitenden der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, die uns bei der Pilotierung der Screenings unterstützt und somit einen entscheidenden Beitrag zur Entwicklung geleistet haben. Ein besonderer Dank geht an unsere Kolleginnen Anja Timme und Katja Bödeker.

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A.K. Holl-Etten steht als wissenschaftliche Mitarbeiterin in einem Beschäftigungsverhältnis innerhalb des Verbundprojektes CHIMPS-NET, das über den Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) finanziert wird. Darüber hinaus bestehen keine Interessenkonflikte. L. Bentz, C. Calvano und S.M. Winter geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethikkommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

Verwendete Literatur

- Albermann K, Wiegand-Grefe S, Winter S (2019) Kinderschutz in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 68:6–26. <https://doi.org/10.13109/prkk.2019.68.1.6>
- Barnett D, Manly JT, Cicchetti D (1993) Defining child maltreatment: The interface between policy and research. In: Cicchetti D, Toth SL (Hrsg) *Child abuse, child development, and social policy*. Ablex, Norwood
- Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W (2003) Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse Negl* 27:169–190
- Calvano C, Engelke L, Di Bella J, Kindermann J, Renneberg B, Winter SM (2021) Familien in the COVID-19 pandemic: parental stress, parental mental health and the occurrence of adverse childhood experiences—results of a representative survey in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01739-0>
- Christiansen H, Anding J, Schrott B, Röhrle B (2015) Children of mentally ill parents—A pilot study of a group intervention program. *Front Psychol* 6:1–8
- Cicchetti D, Toth S, Manly JT (2003) Maternal interview child maltreatment (Unpublished Manuscript)
- Deegener G, Spangler G, Körner W, Becker N (2009) EBSK: Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung. Hogrefe, Göttingen
- Döpfner M, Plücker J, Kinnen C (2014) Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach. Hogrefe, Göttingen
- Eich L (2021) Entwicklung und Pilotierung einer Elternversion des Childhood Trauma Questionnaire (Unveröffentlichtes Manuskript einer Masterarbeit)
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med* 14:245–258
- Fisch S, Keller T, Nazmy N, Stasun U, Keil T, Klapp C (2016) Evaluation des Babylosse-Plus-Screeningbogens. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 59:1300–1309
- Franz M, Kettmann B, Jäger K, Hanewald B, Gallhofer B (2012) Was wissen Psychiater über die Kinder ihrer Patienten? *Psychiatr Prax* 39:211–216
- Hamby SL, Finkelhor D, Ormrod R, Turner H (2005) The juvenile victimization questionnaire (JVQ): administration and scoring manual. *Crimes Against Children Research Center*, Durham
- Horlich J, Dehmel S, Sierau S, White LO, von Klitzing K (2014) Das Maltreatment Classification System (MCS) in Theorie und Praxis – ein wissenschaftlich fundiertes Modell zur Kategorisierung von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, Teil 2. *Soziale Arb* 7:242–249
- Isele D, Teicher MH, Ruf-Leuschner M, Elbert T, Kolassa IT, Schury K, Schauer M (2014) KERF – Ein Instrument zur umfassenden Ermittlung belastender Kindheitserfahrungen: Erstellung und psychometrische Beurteilung der deutsch-

sprachigen MACE (Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure) Scale. *Z Klin Psychol Psychother* 43:121–130

- Jaffe SR (2017) Child maltreatment and risk for psychopathology in childhood and adulthood. *Annu Rev Clin Psychol* 13:525–551
- Kindler H, Lillig S, Blüml H, Meysen T, Werner A (2006) Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)
- Klasen H, Woerner W, Rothenberger A, Goodman R (2003) Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 52:491–502
- Kühnis R, Müller-Luzi S, Schröder M, Schmid M (2016) Zwischen Stuhl und Bank – Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 65:249–265
- Leijdesdorff S, Doesum K van, Popma A, Klaassen R, Amelvoort T van (2017) Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: an up to date narrative review. *Curr Opin Psychiatry* 30(4):312–317. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000341>
- Maybery D, Reupert A (2009) Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 16:784–791
- Michel C, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG (2014) Screening instruments in child and adolescent psychiatry: general and methodological considerations. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 23:725–727
- Reedtz C, Lauritzen C, Stover YV, Freili JL, Rognum K (2019) Identification of children of parents with mental illness: a necessity to provide relevant support. *Front Psychiatry* 9:728–742
- Schmid M, Schielke A, Becker T, Fegert JM, Köchl M (2008) Versorgungssituation von Kindern während einer stationären psychiatrischen Behandlung ihrer Eltern. *Nervenheilkunde* 27:533–539
- Thorup AAE et al (2018) Incidence of child and adolescent mental disorders in children aged 0–17 with familial high risk for severe mental illness—A Danish register study. *Schizophr Res* 197:298–304
- Tröster H (2010) Eltern-Belastungs-Inventar – Deutsche Version des Parenting Stress Index von R.R.Abidin. Hogrefe, Göttingen
- White LO et al (2021) Erfassung von Misshandlung im Kindes- und Jugendalter. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 70:24–40
- Wiegand-Grefe S, Filter B, Busmann M, Kilian R, Kronmüller KT, Lambert M, Norra C, von Klitzing K, Albermann K, Winter SM, Daubmann A, Wegscheider K, Plass-Christl A (2021) Evaluation of a family-based intervention program for children of mentally ill parents: study protocol for a randomized controlled multicenter trial. *Front Psychiatry* 11:1–13
- Wiegand-Grefe S, Halverscheid S, Plass A (2011) Kinder und ihre psychisch kranken Eltern: familienorientierte Prävention – der CHIMPS-Beratungsansatz. Hogrefe, Göttingen
- Wiegand-Grefe S, Taczkowski J, Branzke A, Leidger A, Adema B, Meyer AK, Hot A, Daubmann A, Zapf A, Kilian R, Becker T, Gallinat J, Karow A, Zeidler J, von der Schulenburg M, Dirmaier J, Pawils S, Taubner S, Willms G, Goerres B, Decarli J, Sekler J, Bender S, Jessen F, Siniatchkin M, Drießen M, Köchl M, Winter SM, BERPohl F,

Screening for early identification of the need for psychosocial support for children of mentally ill parents

Background: Children of mentally ill parents have an increased risk for mental disorders themselves, which is increased once again by the experience of abuse and neglect.

Objective: The aim of this study is to present the development and preliminary piloting of a specific screening procedure that enables an early identification of a possible need for support in children with mentally ill parents.

Material and methods: For children of mentally ill parents, two screening procedures were developed. In the parent questionnaire of the “children screening” mental abnormalities of the children and adolescents (6–18 years old) as well as resources are collated in an abbreviated form (mental abnormalities: 26 items, available resources: 4 items). In the “family screening” familial risk and stress factors (8 items) are also enquired about in a self-report of the parents as well as indications for abuse and neglect in the family (9 items).

Results: Both screening procedures are easy to evaluate with the help of a traffic light system. The responsible psychiatrist receives a preliminary estimation and definite indications on the current need for psychosocial treatment and support of the whole family and particularly the children. Subsequently, they can initiate further steps for the integrated care of the family.

Conclusion: The children and family screening procedures are economical in time and easily understandable screening procedures for identification of the need for treatment and support of the family. Subsequently, after the final validation it is planned to systematically implement the screening procedures in the psychiatric care of mentally ill parents. In this way the far-reaching negative consequences for these children can be prevented.

Keywords

Child maltreatment · Child neglect · Family stress · Resources · Risk factors

Heinz A, Flechtner H, Frodl T, Englert E, Schlöber R, Becker K, Kircher T, Reif A, Leibing E, Reich G, Kis B, Fleischhaker C, Domschke K, Noterdaeme M, Schmauß M, Schulte-Körne G, Weber B, Renner T, Fallgatter A, Möhler E, In-Albon T, Brünger M, Claus S, Heinze M, Burkhard R, Klein F, Kronmüller KT, Holtmann M, Rummel-Kluge C, Haase C, Brooks A, Born S, Baumeister H (in prep) Evaluation of four tailored, need-adapted interventions for Children and adolescents of mentally ill parents—research network (CHIMPS-NET): Study protocol for a randomized controlled multicenter trial

Włodarczyk O, Metzner F, Pawils S (2017) Bundesweite Befragung zur Versorgungssituation und -hindernissen von Kindern psychisch kranker Eltern aus Sicht der Erwachsenenpsychiatrie. *Psychiatr Prax* 44:393–399

Weiterführende Literatur

Wingenfeld K, Schäfer I, Terfehr K, Grabski H, Driessen M, Grabe H, Löwe B, Spitzer C (2011) Reliable, valide und ökonomische Erfassung früherer Traumatisierung: Erste psychometrische Charakterisierung der deutschen Version des Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE). *Psychother Psychosom Med Psychol* 61:e10–e14