

**Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil:  
Eine Untersuchung zu beziehungsorientierten Merkmalen sowie  
kindlicher und elterlicher Emotionsregulation**

**Dissertation**

zur Erlangung des akademischen Grades  
eines Doktors der Naturwissenschaften (Dr. rer. nat.)  
an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft  
der Universität Bielefeld

vorgelegt von

**Dipl.-Psych. Julia Griepenstroh**

Bielefeld, April 2018

Gutachter der Dissertation :

1. Prof. Dr. Frank Neuner
2. Prof. Dr. Nina Heinrichs

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbstständig unter ausschließlicher Verwendung der von mir angegebenen Quellen verfasst habe. Wörtliche oder sinngemäß aus der Literatur entnommene Textstellen sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit hat in der gegenwärtigen oder in einer anderen Fassung keiner anderen Fakultät oder Universität vorgelegen.

---

(Julia Griepenstroh)

Teilergebnisse der vorliegenden Arbeit wurden in folgenden Beiträgen vorab präsentiert:

Griepenstroh, J., Neuhäuser, P.C., Beblo, T., Heinrichs, N. (2011). Expressed Emotion in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Vortrag auf dem 7. Workshopkongress für klinische Psychologie und Psychotherapie, Berlin.

Griepenstroh, J., Beblo, T., Bauer, U., Driessen, M. & Heinrichs, N. (2013). Erziehungsverhalten psychisch erkrankter Eltern: Welche Unterstützung ist notwendig? *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 34 (3), 276–290.

Dabei habe ich die statistischen Analysen durchgeführt, die Ergebnisse interpretiert sowie das Manuskript als Erstautorin verfasst.

## **Danksagung**

Mein erster herzlicher Dank gilt Prof. Dr. Nina Heinrichs, insbesondere für ihre Ideen, mit denen sie mich immer wieder inspiriert hat, ihre fortwährende Unterstützung und ihre Geduld bei der Fertigstellung dieser Arbeit.

Ich danke Prof. Dr. Frank Neuner für seine sofortige Bereitschaft die Begutachtung dieser Arbeit zu übernehmen.

An Prof. Dr. Martin Driessen und Prof. Dr. Thomas Beblo sowie das gesamte Kanu-Team geht ein großer Dank für die Ermöglichung, diese Arbeit im Rahmen des Kanu-Projekts durchzuführen und die gute und kollegiale Zusammenarbeit. Einen großen Dank möchte ich natürlich auch den teilnehmenden Familien aussprechen, ohne die diese Studie nicht möglich gewesen wäre.

Vielen Dank an alle Personen, die an der Datenerhebung mitgewirkt haben oder mit fachlichem Rat bzw. aktiv an der Auswertung des FMSS beteiligt waren, vor allem Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Pia Neuhäuser Marina Holste und Janine Thome.

Ein großer Dank geht an Dr. Kristian Kleinke, der immer bereit war, statistische Fragestellungen mit mir zu diskutieren und mir wichtige Tipps geben konnte.

Dr. Linda Pruss und Evelyn Fast danke ich herzlich für die sorgsame Durchsicht dieser Arbeit.

Meinen Eltern möchte ich einen großen Dank dafür aussprechen, dass sie mich immer unterstützen, egal in welche Richtung die Reise geht.

Ein unermesslicher Dank geht an Tobias, der mich sowohl im Leben als auch bei der Anfertigung dieser Arbeit bei allen Höhen und Tiefen mit Ruhe und Kraft begleitet und unterstützt.



## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>XI</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis der wichtigsten Instrumente und Begrifflichkeiten .....</b>	<b>XIII</b>
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Kinder psychisch erkrankter Eltern.....</b>	<b>5</b>
2.1 Entwicklung der Forschung zum Thema Kinder psychisch erkrankter Eltern .....	5
2.2 Häufigkeit des Zusammenlebens mit einem psychisch erkrankten Elternteil .....	6
2.3 Psychische Erkrankungen bei Kindern psychisch kranker Eltern .....	6
2.4 Modelle zur Transmission psychischer Erkrankungen .....	9
<b>3. Beziehungsorientierte Merkmale .....</b>	<b>13</b>
3.1 Familiäres Klima.....	13
3.2 Erziehungsverhalten.....	19
3.3 Parentifizierung.....	27
3.4 Überforderung mit der elterlichen Rolle.....	32
<b>4. Emotionsregulation .....</b>	<b>35</b>
<b>5. Zusammenhänge zwischen den Konstrukten und Implikationen für die vorliegende Arbeit .....</b>	<b>41</b>
<b>6. Ableitung der Fragestellungen und Hypothesen .....</b>	<b>47</b>
<b>7. Methodik .....</b>	<b>53</b>
7.1 Kanu – Gemeinsam weiterkommen.....	53
7.2 Rekrutierung der Familien .....	55
7.3 Ablauf der Datenerhebung.....	55
7.4 Stichprobenbeschreibung.....	57
7.5 Erhebungsverfahren .....	59
7.5.1 Expressed Emotion – Five Minute Speech Sample .....	59
7.5.1.1 Auswertung und Gütekriterien des FMSS.....	62
7.5.2 FMSS: Kodierung von Parentifizierung und Rollenüberforderung .....	63
7.5.2.1 Gütekriterien der Kodierung von Parentifizierung und Rollenüberforderung anhand des FMSS .....	64
7.5.3 Deutsche erweiterte Version des Alabama Parenting Questionnaire für GrundschulKinder (DEQPQ-EL-GS) .....	65
7.5.4 Fragebogen zur Eltern-Kind-Beziehung für Kinder (FEB-K) .....	66

7.5.5 Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (FEEL-KJ) .....	66
7.5.6 Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation der Eltern (FEEL) .....	67
7.5.7 Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I) .....	67
7.5.8 Beck Depressions-Inventar II (BDI-II).....	68
7.5.9 Brief Symptom Inventory (BSI) .....	68
7.5.10 Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-deu) .....	69
7.5.11 Eltern- und Kinderversion von eingesetzten Fragebögen.....	70
7.6 Datenaufbereitung und -analyse .....	71
7.6.1 Datenaufbereitung .....	71
7.6.2 Datenanalyse.....	72
7.6.2.1 Darstellung der Analysen zur Prüfung der Unterschiedshypothesen .....	72
7.6.2.2 Darstellung der Analysen zur Prüfung der Zusammenhangs- und Mediationshypothesen .....	75
<b>8. Ergebnisse.....</b>	<b>79</b>
8.1 Vergleich des Auftretens psychopathologischer Symptome bei Kindern psychisch erkrankter Eltern und psychisch gesunder Eltern (Fragestellung 1, Hypothese 1) .....	79
8.1.1 Zusammenfassung .....	81
8.2 Expressed Emotion in Familien mit psychisch gesunden und psychisch erkrankten Eltern .....	81
8.2.1 Expressed Emotion von psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern im Vergleich (Fragestellung 2, Hypothese 2).....	81
8.2.2 Expressed Emotion bei Kindern von psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern (Fragestellung 2, Hypothese 3).....	83
8.2.3 Zusammenhang zwischen elterlicher und kindlicher EE Kritik (Fragestellung 2, Hypothese 4).....	84
8.2.4 Zusammenfassung .....	84
8.3 Parentifizierung und Rollenüberforderung bei psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern .....	84
8.3.1 Parentifizierung von psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern im Vergleich (Fragestellung 2, Ungerichtete Analyse 1) .....	85
8.3.2 Zusammenhänge zwischen Parentifizierung und elterlichem und kindlichem Geschlecht (Fragestellung 2, Ungerichtete Analysen 2a–b) .....	85



8.3.3 Rollenüberforderung bei psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern (Fragestellung 2, Hypothese 5) .....	87
8.3.4 Zusammenfassung.....	88
8.4 Erziehungsstrategien bei psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern ..	88
8.4.1 Vergleich der Erziehungsstrategien von psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern in Elterneinschätzung (Fragestellung 2, Hypothesen 6–7).....	88
8.4.2 Vergleich der Erziehungsstrategien von psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern in der Kindereinschätzung (Fragestellung 2, Hypothesen 6–7) ....	90
8.4.3 Zusammenfassung.....	90
8.5 ER-Strategien in Familien mit psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern.....	91
8.5.1 Vergleich der ER-Strategien von psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern sowie ihren Kindern (Fragestellung 3, Hypothesen 8a–b, 9a–b) ..	91
8.5.2 Zusammenfassung.....	92
8.6 Zusammenhänge zwischen verschiedenen beziehungsorientierten Merkmalen, kindlichen psychopathologischen Symptomen und kindlicher ER .....	93
8.6.1 Zusammenhänge zwischen Parentifizierung, Rollenüberforderung und kindlichen psychopathologischen Symptomen (Fragestellung 4, Hypothesen 10a–b, 11) .....	94
8.6.2 Zusammenhänge zwischen EE Kritik, kindlichen psychopathologischen Symptomen und kindlicher ER (Fragestellung 4, Hypothesen 12a–b, 13).....	94
8.6.3 Zusammenhang zwischen kindlicher Expressed Emotion und elterlichen psychopathologischen Symptomen (Ungerichtete Analyse 3) .....	99
8.6.4 Zusammenhänge zwischen elterlichem Erziehungsverhalten, kindlichen psychopathologischen Symptomen und kindlicher ER (Fragestellung 4, Hypothesen 14a–b, 15).....	99
8.6.5 Zusammenfassung.....	102
8.7. Zusammenhänge zwischen elterlicher ER, kindlicher ER und kindlichen psychopathologischen Symptomen (Fragestellung 5, Hypothesen 16a–b, 17a–b, 18).....	103
8.7.1 Zusammenfassung.....	106
<b>9. Diskussion.....</b>	<b>107</b>
9.1. Divergenzen in den Einschätzungen von Eltern und Kindern.....	107
9.2 Psychopathologische Symptome bei Kindern aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil (Fragestellung 1) .....	111

9.3. Unterschiede in beziehungsorientierten Merkmalen zwischen Familien mit und ohne psychisch erkranktem Elternteil (Fragestellung 2).....	114
9.3.1 Familiäres Klima (EE Kritik) .....	114
9.3.1.1 Elterliche EE Kritik.....	114
9.3.1.2 Kindliche EE Kritik .....	117
9.3.1.3 Zusammenhänge zwischen elterlicher und kindlicher EE Kritik .....	117
9.3.2 Erziehungsverhalten .....	119
9.3.3 Familiäre Rollen: Parentifizierung und Rollenüberforderung.....	123
9.4 Unterschiede in der elterlichen und kindlichen ER zwischen Familien mit und ohne psychisch erkranktem Elternteil (Fragestellung 3).....	125
9.5 Die Rolle beziehungsorientierter Merkmale in Zusammenhang mit psychopathologischen Symptomen und kindlicher ER bei Kindern psychisch erkrankter Eltern (Fragestellung 4) .....	126
9.5.1 Parentifizierung, Rollenüberforderung und kindliche psychopathologische Symptome.....	126
9.5.2 EE Kritik, kindliche psychopathologische Symptome und kindliche ER....	129
9.5.3 Elterliches Erziehungsverhalten, kindliche psychopathologische Symptome und kindliche ER .....	130
9.6 Die Rolle der elterlichen und kindlichen ER in Zusammenhang mit psychopathologischen Symptomen bei Kindern psychisch erkrankter Eltern (Fragestellung 5) .....	133
9.7 Zusammenfassende Diskussion .....	135
9.7.1. Limitationen und Stärken der vorliegenden Arbeit .....	135
9.7.2 Zusammenfassende Diskussion der Hauptergebnisse und Schlussfolgerungen für die zukünftige Forschung.....	139
9.7.3 Schlussfolgerungen für die Praxis .....	142
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>147</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>173</b>

## Zusammenfassung

Erkrankt ein Elternteil an einer psychischen Störung, ändert sich das Lebensumfeld von Kindern häufig gravierend. Zudem weisen die betroffenen Kinder ein erhöhtes Risiko auf, selbst psychisch zu erkranken. Während der Befund der erhöhten Prävalenzraten bei Kindern psychisch erkrankter Eltern als gesichert gilt, besteht noch viel Unklarheit über zugrundeliegende Mechanismen. An dieser Stelle ansetzend, wurden beziehungsorientierte Merkmale sowie kindliche und elterliche Emotionsregulation (ER) in betroffenen Familien sowie Familien mit psychisch gesunden Eltern untersucht.

Die Erhebung der Daten für die Analysen fand im Rahmen des Kanu-Projekts statt, einem Interventionsprojekt für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Ferner wurde eine Kontrollgruppe mit psychisch gesunden Eltern rekrutiert, sodass insgesamt 118 Eltern-Kind-Dyaden in die Studie eingeschlossen werden konnten. Es wurden dabei zwei Hauptziele verfolgt:

1. der Vergleich von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil und Familien mit psychisch gesunden Eltern hinsichtlich kindlicher psychopathologischer Symptome, beziehungsorientierter Merkmale (familiäres Klima, Erziehungsverhalten, Parentifizierung, Rollenüberforderung) sowie kindlicher und elterlicher Strategien zur Regulation von Traurigkeit und Angst
2. die Untersuchung von kindlicher ER als vermittelndem Mechanismus zwischen elterlicher ER/beziehungsorientierten Merkmalen (familiäres Klima, Erziehungsstrategien) und kindlichen psychopathologischen Symptomen (in Anlehnung an das Tripartite-Modell von Morris, Silk, Steinberg, Myers & Robinson, 2007)

Die Untersuchung des zweiten Ziels erfolgte ausschließlich in der Stichprobe der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil, um spezifische Aussagen hinsichtlich dieser Stichprobe treffen zu können. Als Instrumente zur Erhebung der Konstrukte wurden das Five Minute Speech Sample (FMSS) sowie Fragebögen eingesetzt. Dabei wurde in der Regel sowohl die Elterneinschätzung als auch die Kindereinschätzung erhoben.

Die Analysen zeigten übergreifend nur aus Elternsicht, nicht jedoch aus Kindersicht, deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen. Im Elternbericht wiesen die Kinder der psychisch erkrankten Eltern vermehrte psychopathologische Symptome auf. Ferner wurde in diesen Familien häufiger ein negatives familiäres Klima festgestellt und psy-

chisch erkrankte Eltern gaben an, eine Reihe ungünstiger Erziehungsstrategien in häufigerem Ausmaß als psychisch gesunde Eltern anzuwenden. In Bezug auf günstige Erziehungsstrategien ergaben sich weniger eindeutige Ergebnisse. Des Weiteren berichteten psychisch erkrankte Eltern über mehr Rollenüberforderung, während sich im Hinblick auf Parentifizierung zwischen den Gruppen keine Unterschiede ergaben.

Neben diesen Unterschieden in den beziehungsorientierten Merkmalen zeigte sich eine geringere Anwendung adaptiver und häufigere Anwendung maladaptiver Strategien zur Regulation von Emotionen bei psychisch erkrankten Eltern und ihren Kindern.

Die Untersuchung von kindlicher ER als Mediator zwischen beziehungsorientierten Merkmalen/elterlicher ER und kindlichen psychopathologischen Symptomen erbrachte lediglich in wenigen Teilaspekten eine Bestätigung des angenommenen Modells. Nur maladaptive (und nicht adaptive) kindliche ER-Strategien fungierten als vermittelnder Mechanismus. Eine Mediation des Zusammenhangs zwischen beziehungsorientierten Merkmalen und kindlichen psychopathologischen Symptomen konnte des Weiteren nur für stark bindungsorientierte Merkmale gefunden werden. In Bezug auf elterliche ER-Strategien wurde lediglich der Zusammenhang zu kindlichen emotionalen Symptomen (nicht jedoch zum Gesamtwert psychopathologischer Symptome oder Verhaltensproblemen) durch kindliche maladaptive ER-Strategien mediiert.

Insgesamt unterstreichen die Ergebnisse die Notwendigkeit, Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil zu unterstützen, um die Lebensbedingungen von Kindern aus betroffenen Familien zu verbessern und der Entwicklung psychischer Erkrankungen vorzubeugen. In Interventionen sollten dabei sowohl beziehungsorientierte Aspekte wie das familiäre Klima und Erziehungsstrategien als auch die kindliche und elterliche ER berücksichtigt werden.

## Abkürzungsverzeichnis der wichtigsten Instrumente und Begrifflichkeiten

<b>FMSS</b>	Five Minute Speech Sample
<b>FEB-K</b>	Fragebogen zur Eltern-Kind-Beziehung für Kinder
<b>DEAPQ-EL-GS</b>	Deutsche erweiterte Version des Alabama Parenting Questionnaire für Grundschul Kinder
<b>SDQ-S/SDQ-F</b>	Fragebogen zu Stärken und Schwächen; Selbsteinschätzung der Kinder (S) und Elterneinschätzung (F)
<b>FEEL-KJ</b>	Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen
<b>FEEL</b>	Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Erwachsenen
<b>EE EOI</b>	Expressed Emotion Überinvolviertheit
<b>EE Kritik</b>	Expressed Emotion Kritik
<b>HEE</b>	Hoch-Expressed Emotion
<b>NEE</b>	Niedrig-Expressed Emotion
<b>ER</b>	Emotionsregulation
<b>ER-Strategien</b>	Emotionsregulationsstrategien



## 1. Einleitung

Psychische Erkrankungen sind keine Seltenheit und betreffen mit einer 12-Monats-Prävalenzrate von 27,8 % (Jacobi et al., 2014) einen großen Teil der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass ca. 15–23 % der betroffenen Erwachsenen Eltern von minderjährigen Kindern sind (Leijdesdorff, van Doesum, Popma, Klaassen & van Amelsvoort, 2017; Plass-Christl et al., 2017).

Psychische Störungen gehen häufig mit einer Vielzahl an Beeinträchtigungen einher und können zu deutlichen Veränderungen in Wahrnehmung, Kognitionen, Emotionen und Verhalten führen. Aufgrund dessen stellen sie häufig nicht nur eine Herausforderung für den Betroffenen dar, sondern wirken sich ebenso auf das Lebensumfeld von Partner, Eltern, Kindern oder anderen nahestehenden Personen aus. Gerade Kinder sind in der Regel in hohem Maße von ihren Eltern abhängig. Die Lebenssituation von Kindern kann sich deshalb gravierend verändern, wenn ein Elternteil psychisch erkrankt. Ferner weisen Kinder psychisch erkrankter Eltern störungsübergreifend ein deutlich erhöhtes Risiko auf, selbst eine psychische Störung auszubilden (z. B. Bohus et al., 1998; Downey & Coyne, 1990; Plass-Christl et al., 2017; van Santvoort et al., 2015; Weissman et al., 2005). Während dieser Befund als gesichert gilt, besteht viel Unklarheit darüber, welche Faktoren zu der erhöhten Prävalenzrate beitragen (Silk, Shaw, Skuban, Oland & Kovacs, 2006a). Hammen (2009) betont die Schwierigkeit, aufgrund der enormen Komplexität und zu berücksichtigender Aspekte, adäquate Transmissionsmodelle zu entwickeln und zu testen und formuliert die Notwendigkeit weiterer Spezifizierung von Mechanismen und Modellen. Zwar ist insgesamt ein Anstieg der Untersuchungen von möglichen Mechanismen zu verzeichnen, jedoch besteht weiterhin eine Fülle an offenen Fragen (Goodman & Tully, 2006). An dieser Stelle setzt die vorliegende Arbeit an. Übergreifendes Ziel war es, einen Beitrag zur Erforschung der Lebensbedingungen von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil und in der Ermittlung und Spezifikation möglicher Einflussgrößen auf kindliche Auffälligkeiten bei Kindern psychisch erkrankter Eltern zu leisten. Die Identifikation und Spezifizierung von relevanten Aspekten ist dabei Grundlage für die (Weiter-)Entwicklung notwendiger Präventions-/Interventionsprogramme.

Aus der Literatur und Erfahrungen zu Beginn des Projekts heraus, im Rahmen dessen die vorliegende Arbeit entstand, wurden potenziell relevante Aspekte identifiziert, die unter dem Oberbegriff der beziehungsorientierten Merkmale zusammengefasst werden

können und die in der vorliegenden Arbeit Berücksichtigung fanden. Darunter fallen das familiäre Klima, die elterlichen Erziehungsstrategien sowie familiäre Rollenaspekte: emotionale und instrumentelle Parentifizierung der Kinder sowie Rollenüberforderung der Eltern.

Als Indikator für das familiäre Klima wurde Expressed Emotion erhoben. Studien weisen auf eine erhöhte Expressed Emotion bei psychisch erkrankten Eltern hin (Nelson, Hammen, Brennan & Ullman, 2003; Schwartz, Dorer, Beardslee, Lavori & Keller, 1990), was als Hinweis auf eine belastete emotionale Atmosphäre interpretiert werden kann. Ferner weist es Zusammenhänge mit kindlichen psychopathologischen Symptomen auf (z. B. Nelson et al., 2003; Silk et al., 2009). Untersuchungen zu Expressed Emotion mit psychisch erkrankten Eltern im deutschsprachigen Raum, liegen nach Wissen der Autorin jedoch nicht vor. Des Weiteren wurden anhand von Expressed Emotion bisher nur die psychisch erkrankten Eltern bezüglich ihrer Kinder befragt. Gerade bei Familien bzw. psychisch erkrankten Eltern und ihren Kindern stellt sich jedoch auch immer die Frage nach reziproken Prozessen. Ein beidseitig wahrgenommenes negatives Familienklima (erfasst anhand von Expressed Emotion) könnte möglicherweise elterliche und kindliche Krankheitsverläufe ungünstig beeinflussen. Expressed Emotion bei Kindern wurde bisher nur in zwei Studien erhoben (Marshall, Longwell, Goldstein & Swanson, 1990; Przeworski et al., 2012); keine davon hatte als Zielgruppe psychisch erkrankte Eltern. Aus diesem Grund wurden in der vorliegenden Untersuchung auch die Kinder anhand des Five Minute Speech Sample (FMSS) befragt.

Des Weiteren sind für eine Reihe von Erziehungsverhaltensweisen ungünstige Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern belegt. Dazu zählen bspw. die Anwendung harter Strafen, inkonsistentes Erziehungsverhalten oder geringes Monitoring der Eltern (Berg-Nielsen, Vikan & Dahl, 2002; Gershoff, 2002; Johnson, Cohen, Kasen, Smailes & Brook, 2001; Lovejoy, Graczyk, O'Hare & Neuman, 2000). Einige dieser ungünstigen Erziehungsstrategien scheinen gerade in Familien mit psychisch erkrankten Eltern vermehrt aufzutreten (Foster, Garber & Durlak, 2008; Johnson et al., 2001). Ein Großteil der bisherigen diesbezüglichen Studien wurde jedoch mit Eltern aus nicht-klinischen Stichproben oder Eltern mit einer depressiven Episode in der Vergangenheit befragt. Die Studien, die akut psychisch erkrankte Eltern untersuchten, sind dabei in der Minderheit. Dazu wird häufig die kindliche Perspektive auf elterliches Erziehungsver-



halten nicht berücksichtigt. In der vorliegenden Studie konnte jedoch auch die Erhebung der kindlichen Einschätzung in einer Stichprobe schwer psychisch erkrankter Elternteile sowie einer Stichprobe psychisch gesunder Elternteile realisiert werden.

Ferner wurden mit Parentifizierung und der Überforderung mit der elterlichen Rolle zwei Aspekte des familiären Rollengefüges untersucht. Überforderungsgefühle der Eltern in Bezug auf die Versorgung und Erziehung ihrer Kinder wurden bislang selten bei psychisch erkrankten Eltern erforscht, jedoch ergaben sich im Vorfeld Hinweise auf eine potenzielle Relevanz dieses Konstrukts. In Bezug auf kindliche Parentifizierung hingegen wird in der Literatur und in Fachkreisen über ein gehäuftes Auftreten in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil hingewiesen, die diesbezügliche Evidenzbasierung ist jedoch gering (Champion et al., 2009; Chase, Deming & Wells, 1998; Ohntrup, Pollak, Plass & Wiegand-Grefe, 2011). Parentifizierung wird mit aktuellen kindlichen sowie späteren inter- und intrapsychischen Problemen in Verbindung gebracht (Hooper, 2008; Hooper, Decoster, White & Voltz, 2011; van Loon, van de Ven, van Doesum, Hosman & Witteman, 2017).

Neben den beziehungsorientierten Merkmalen wurde die elterliche und kindliche Emotionsregulation (ER) in Familien mit psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern untersucht. Für Kinder stellt die Entwicklung von Strategien zur adäquaten Regulation von Emotionen eine entscheidende Entwicklungsaufgabe dar (Lohaus & Vierhaus, 2013). Es wird angenommen, dass sie sich in der Entwicklung von Emotionsregulationsstrategien (ER-Strategien) unter anderem an den Eltern orientieren, welche häufig als Modell fungieren (Morris et al., 2007; Parke, 1994). Personen mit psychischen Erkrankungen wenden jedoch vermehrt maladaptive Strategien zur ER an (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010; Svaldi, Griepenstroh, Tuschen-Caffier & Ehring, 2012). Bei Kindern könnte sich demnach durch das „Erlernen“ ungünstiger Strategien zur ER das Risiko für die Entwicklung eigener psychopathologischer Symptome deutlich erhöhen. Entsprechend integrieren sowohl einige allgemeine Modelle zur Entstehung psychischer Störungen (z. B. Morris et al., 2007) sowie spezifische Transmissionsmodelle (z. B. Goodman & Gotlib, 1999) kindliche ER als einen entscheidenden Mechanismus. Bisher sind jedoch nur wenige Studien zum Zusammenhang von elterlichen und kindlichen ER-Strategien durchgeführt worden. Ebenso existieren generell kaum Studien zur ER von Kindern psychisch erkrankter Eltern. Der Autorin sind ferner keine Studien bekannt, die bisher den Zusammenhang zwischen kindlicher und

elterlichen ER in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil untersucht haben. Morris et al. (2007) weisen ferner darauf hin, dass die kindlichen ER-Strategien auch einen vermittelnden Mechanismus zwischen beziehungsorientierten Merkmalen und kindlichen Auffälligkeiten darstellen könnten.

In der vorliegenden Arbeit wurde daher als erster Schwerpunkt zunächst ein Vergleich der dargelegten beziehungsorientierten Merkmale (Familienklima, Erziehungsstrategien, Parentifizierung, Rollenüberforderung) sowie der kindlichen und elterlichen ER-Strategien in Familien mit psychisch gesunden und psychisch erkrankten Eltern vorgenommen. Als zweiter Schwerpunkt der Studie wurden, in der Stichprobe der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil, kindliche ER-Strategien als medierender Faktor zwischen elterlicher ER/beziehungsorientierten Merkmalen und kindlichen Auffälligkeiten untersucht.

Die Datenerhebung für die vorliegende Studie fand im Rahmen des Kanu-Projekts statt. Das Kanu-Projekt ist ein Interventionsprojekt für Familien mit Kindern im Alter von 6–14 Jahren, bei denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist. Im Zeitraum der Datenerhebung wurden Familien eingeschlossen, bei denen ein Elternteil entweder an einer affektiven Störung oder einer Schizophrenie/psychotischen Störung erkrankt war. Aufgrund des präventiven Charakters der Interventionsstudie nahmen keine Familien teil, bei denen sich ein Kind bereits in psychotherapeutischer Behandlung befand.

## **2. Kinder psychisch erkrankter Eltern**

### **2.1 Entwicklung der Forschung zum Thema Kinder psychisch erkrankter Eltern**

Erste Anfänge in der Forschung zur Lebenssituation von Kindern psychisch erkrankter Eltern lassen sich bis in die 20er und 30er Jahre zurückverfolgen (z. B. Janet, 1925; Preston & Antin, 1932). Prägend erwiesen sich im darauffolgenden Zeitraum die Untersuchungen von Rutter (1966; zitiert nach Mattejat, Lenz & Wiegand-Grefe, 2011), der als Grundlage seiner Dissertationsschrift „Children of sick parents“, Kinder körperlich und psychisch erkrankter Eltern mit Kindern gesunder Eltern verglich. In den 70er und 80er Jahren stieg das Interesse an der Thematik an, und es wurden zunehmend Studien zu Beeinträchtigungen bei Kindern psychisch erkrankter Eltern durchgeführt (Beardslee, Versage & Gladstone, 1998; Laucht, Esser & Schmidt, 1992; Mattejat, 2001).

In Deutschland ging in den 70ern die erste Forschung zu dem Thema vor allem von Remschmidt und Kollegen aus, die in einem Forschungsprojekt Kinder depressiv oder schizophren erkrankter Eltern im Hinblick auf Verhaltensstörungen, Persönlichkeitsstruktur, Intelligenz und Identifikationsverhalten (der Kinder in Bezug auf die Eltern) untersuchten (Remschmidt, Strunk, Methner & Tegeler, 1973). Die Untersuchungen erbrachten erhöhte Prävalenzraten für Kinder psychisch erkrankter Eltern und vermehrt standen auch mögliche Transmissionsmechanismen im Fokus. In ihrem Artikel von 1992 konstatieren Laucht et al. dass, neben genetischen Einflüssen, in jüngster Zeit Interaktionsprozesse zwischen Eltern und Kind als potenziell wichtige Mechanismen der Vermittlung von Auffälligkeiten, immer mehr ins Blickfeld geraten. Untersuchungen wurden dabei zunächst vor allem an depressiven Müttern mit jungen Kindern durchgeführt (Beardslee et al., 1998). Seit dieser Zeit ist das Thema international sowie national, in Deutschland vor allem seit der Jahrtausendwende, immer mehr in das Interesse der Fachöffentlichkeit gerückt (Lenz, 2014). Dies zeigt sich unter anderem an einer Reihe von Fachkongressen, einer steigenden Anzahl von Publikationen zu diesem Thema sowie aktuellen Forschungsprojekten (z. B. BMBF-gefördertes Verbundprojekt COMPARE), welche die Aktualität und Wichtigkeit der Thematik untermauern.

## **2.2 Häufigkeit des Zusammenlebens mit einem psychisch erkrankten Elternteil**

Es gibt kaum Zahlen über die Anzahl von Kindern, die (in Deutschland) mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil zusammenleben, da es an diesbezüglichen epidemiologischen Untersuchungen mangelt. Röhrle und Christiansen (2009) legten Daten des Statistischen Bundesamtes und des Bundes-Gesundheitssurveys zugrunde und ermittelten auf diese Weise rund 3,8 Millionen betroffene Kinder. In der nationalen BELLA-Studie berichteten 18,6 % der untersuchten Eltern über eigene psychische Probleme (Plass-Christl et al., 2017). Leijdesdorff et al. (2017) schlussfolgern auf der Grundlage verschiedener nationaler Erhebungen in Europa, den USA und Australien, dass insgesamt bei ca. 15–23 % der Kinder ein Elternteil unter einer psychischen Erkrankung leidet.

Eine besondere Herausforderung für alle Familienangehörigen stellt häufig auch eine stationäre Aufnahme eines psychisch erkrankten Elternteils dar. Die Angaben zur Häufigkeit darüber, wie viele der Personen, die sich stationär behandeln lassen, Eltern von minderjährigen Kindern sind, schwanken je nach Studie von ca. 18 % (Bohus et al., 1998; Schone & Wagenblast, 2006) bis ca. 27 %/28 % (Grube & Dorn, 2007; Östman & Hansson, 2002). Bezüglich einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung von Eltern, ergab sich in einer Erhebung von Lexow, Wiese und Hahlweg (2008), dass 29 % der behandelten Patienten Eltern waren, die gemeinsam mit ihren Kindern im eigenen Haushalt lebten.

## **2.3 Psychische Erkrankungen bei Kindern psychisch kranker Eltern**

Auch wenn keine definitiven Angaben dazu gemacht werden können, wie viele Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil zusammenleben, so wurde mittlerweile mehrfach belegt, dass ein deutlich erhöhtes Risiko für diese Kinder besteht, selbst zu erkranken. Die Ergebnisse der nationalen BELLA-Studie zeigen, dass das Risiko für psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen, deren Eltern über psychische Probleme berichteten, etwa doppelt so hoch ist wie bei Kindern und Jugendlichen von Eltern ohne psychische Probleme (Plass-Christl et al., 2017). Ausgehend von den Kindern, die zu einer Erstuntersuchung hinsichtlich einer psychischen Störung vorstellig

wurden, fanden sich in der Studie von Middeldorp et al. (2016) bei 25 % der Eltern dieser Kinder zumindest subklinische Werte einer psychischen Erkrankung.

In einem aktuellen, systematischen Review von van Santvoort et al. (2015) untersuchten die Autoren unter anderem den Zusammenhang zwischen verschiedenen elterlichen und kindlichen psychischen Erkrankungen. Für den Zusammenhang zwischen elterlicher und kindlicher unipolarer Depression, ergab sich für Kinder von Eltern mit einer unipolaren Depression (im Vergleich mit Kindern einer Kontrollgruppe), im Mittel eine um 768 % erhöhte Chance, ebenfalls eine Depression aufzuweisen (Mittlere *OR*: 8.68; *OR*-Range der eingeschlossenen Studien: 1.91–42.13). Des Weiteren scheint eine elterliche depressive Erkrankung zusätzlich mit einem früheren Beginn der Erkrankung auf Seiten der Kinder und einem schwierigeren Verlauf (z. B. häufigere Episoden, längere Dauer der Episoden) assoziiert zu sein (Lieb, Isensee, Hofler, Pfister & Wittchen, 2002). Besonders hohe Prävalenzraten wurden ferner bei Kindern gefunden, bei denen neben den Eltern auch die Großeltern an einer Depression erkrankt waren (Weissman et al., 2005).

Für Kinder von Eltern mit einer bipolaren Störung werden je nach Studie Prävalenzraten von ca. 5–50 % für die Entwicklung einer Erkrankung aus dem bipolaren Spektrum angegeben (Hillegers et al., 2005). Das Review von van Santvoort et al. (2015) erbrachte diesbezüglich ein um 1272 % erhöhtes Risiko im Vergleich mit Kindern einer Kontrollgruppe (Mittlere *OR*: 13.72, *OR*-Range: .38–68.93). Das Risiko scheint dabei zusätzlich erhöht, wenn beide Elternteile unter einer bipolaren Störung leiden (Birmaher et al., 2009).

Ist ein Elternteil an Schizophrenie erkrankt, finden sich kumulative Inzidenzen von ca. 7 % (Gottesman, Laursen, Bertelsen & Mortensen, 2010; Niemi, Suvisaari, Haukka, Wrede & Lönnqvist, 2004) bis 16,2 % (Parnas et al., 1993). Sind beide Elternteile erkrankt, werden Risiken von 28 %–58 % für die Entwicklung einer Schizophrenie angegeben (Gottesman et al., 2010). Erhöhte kindliche Prävalenzraten fanden sich auch für eine Reihe weiterer elterlicher psychischer Erkrankungen, unter anderem Substanzabhängigkeit (Clark, Cornelius, Wood & Vanyukov, 2004; Kelley & Fals-Stewart, 2004) oder Angststörungen (Beidel, 1997; van Santvoort et al., 2015).

Neben einem erhöhten Risiko für die Entwicklung derselben Erkrankung wie das Elternteil, wird auch über erhöhte Risiken für andere psychische Erkrankungen berichtet

(Gottesman et al., 2010; Niemi et al., 2004). Van Santvoort et al. (2015) nahmen anhand eines Reviews diesbezüglich eine genauere Betrachtung bei Eltern mit einer unipolaren Depression, einer bipolaren Störung oder einer Angsterkrankung vor. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich besonders starke Assoziationen zwischen elterlicher und kindlicher Diagnose zeigen, wenn beide dieselbe Störung aufweisen (Transgenerationale Spezifität). Kinder von Eltern mit einer Depression oder einer bipolaren Störung weisen jedoch auch ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung weiterer Symptome auf (Transgenerationale Multifinalität), wohingegen sich bei Eltern mit Angsterkrankungen auch bei den Kindern vor allem Angsterkrankungen zeigen (Konkordanz). Die Autoren weisen ferner darauf hin, dass das Risiko für von psychischer Erkrankung der Eltern betroffene Kinder, unabhängig von der Diagnose der Eltern, gerade für kindliche Angsterkrankungen besonders erhöht scheint (Transgenerationale Equifinalität).

Ein Großteil der Forschung zu Kindern psychisch erkrankter Eltern und Einflüssen auf die kindliche Entwicklung wurde mit Müttern durchgeführt, auch wenn immer häufiger der Einfluss des Vaters berücksichtigt wird (Connell & Goodman, 2002). Bisherige Befunde bezüglich des väterlichen Einflusses auf die kindliche Psychopathologie sind uneindeutig. Kane und Garber (2004) berichten über signifikante Verbindungen zwischen väterlicher Depression und internalisierenden sowie externalisierenden Störungen, dessen Effekt-Stärken sich nicht von denen unterscheiden, die in einer Meta-Analyse zu mütterlicher Depression und kindlicher Psychopathologie gefunden wurden. Auch Middeldorp et al. (2016) fanden in einer aktuellen Studie keinen Unterschied in der Stärke der Assoziationen zwischen mütterlicher und väterlicher Psychopathologie und kindlichen Auffälligkeiten. In der Meta-Analyse von Connell und Goodman (2002) zeigten sich bei internalisierenden, jedoch nicht bei externalisierenden kindlichen Problemen, stärkere Zusammenhänge zur mütterlichen (im Ggs. zur väterlichen) Psychopathologie. In einer aktuellen Studie erwiesen sich mütterliche postpartale Depressionswerte prädiktiver in Bezug auf spätere kindliche Verhaltensprobleme als väterliche Depressionswerte in dieser kindlichen Entwicklungsphase. Eine Zunahme väterlicher Symptome zeigte sich jedoch verbunden mit späteren aggressiven Symptomen der Kinder (Narayanan & Naerde, 2016).

## 2.4 Modelle zur Transmission psychischer Erkrankungen

Die Frage nach möglichen Mechanismen, die zur Entwicklung psychischer Störungen bei Kindern psychisch erkrankter Eltern beitragen, beinhaltet implizit auch die generelle Frage nach Entstehungsmechanismen psychischer Störungen. Dabei wird von einigen Autoren besonders der Einfluss der Genetik bei der Entwicklung bestimmter psychischer Erkrankungen betont (z. B. Sullivan, Neale & Kendler, 2000), während andere deutliche Belege für die Bedeutung sozialer Faktoren fanden (z. B. Gillespie et al., 2005). Generell wird heute jedoch von einem Zusammenspiel von Genetik und Umwelt bei der Entstehung psychischer Erkrankungen ausgegangen (Caspi et al., 2003; Schosser, Kindler, Mossaheb & Aschauer, 2006; Tienari et al., 2004).

Entsprechend des verhältnismäßig „jungen“ Forschungszweiges (Goodman & Tully, 2006) sind bisher wenig globale Transmissionsmodelle entwickelt worden, die eine Heuristik für die Entstehung von psychischen Erkrankungen bei Kindern psychisch erkrankter Eltern liefern. Im Folgenden sollen zwei Modelle vorgestellt werden, die verschiedene Mechanismen im Einfluss elterlicher Psychopathologie auf kindliche psychopathologische Symptome fokussieren. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass sich die vorliegende Studie an keinem dieser Modelle explizit orientierte, jedoch Überschneidungen zu den untersuchten Aspekten vorhanden sind (zur Modellgrundlage der vorliegenden Studie siehe Kapitel 5). Da jedoch gerade das Modell von Goodman und Gotlib (1999) von Bedeutung für die weitergehende Forschung war und das im Modell von Mattejat, Wüthrich und Remschmidt (2000) an prominenter Stelle verortete Konstrukt der Krankheitsbewältigung, gerade bei Forschung, welche in Deutschland mit Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil durchgeführt wurde, Beachtung fand (z. B. Wiegand-Grefe, Halverscheid, Geers, Petermann & Plaß, 2010), soll an dieser Stelle eine kurze Darstellung erfolgen.

Mattejat et al. (2000) entwickelten ein Modell, in dem sie besonders die Wichtigkeit zweier psychosozialer Faktorenkomplexe betonen: die Art und Angemessenheit der Krankheitsbewältigung sowie Umfang und Qualität interpersoneller Beziehungen (siehe Abbildung 1). Im Beziehungs-Komplex sind explizit alle relevanten Beziehungen berücksichtigt, d. h. neben den Beziehungen der einzelnen Familienmitglieder (die Beziehung der Eltern sowie die jeweiligen Beziehungen der Elternteile zum Kind) untereinander, sind auch die Beziehungen jedes Familienmitglieds zu wichtigen anderen Bezugspersonen eingeschlossen. Unter dem Aspekt der Krankheitsbewältigung fassen

die Autoren den Umgang mit der Erkrankung, familiäre Organisation und die Nutzung von formellen und informellen Hilfsmöglichkeiten. Diese beiden zentralen Komplexe interagieren mit einem weiteren Komplex, den die Autoren mit „Weitere Entwicklungsbedingungen“ betiteln und unter den Elternvariablen, Kindvariablen und Umfeldvariablen subsummiert werden.

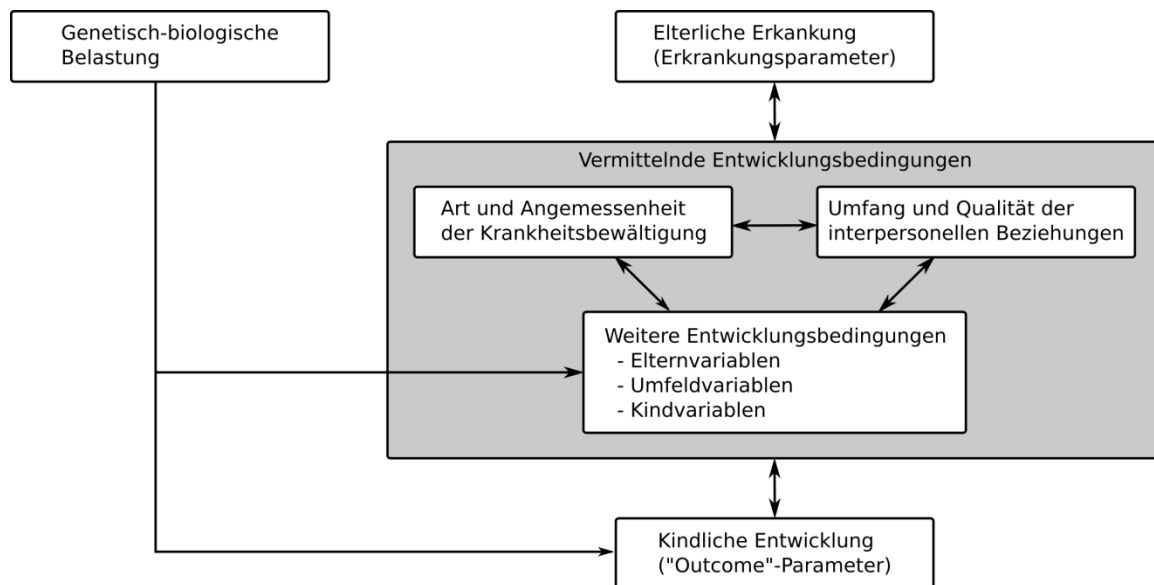


Abbildung 1. Modell zum Einfluss einer elterlichen Erkrankung auf die kindliche Entwicklung von Mattejat et al. (2000)

Ein weiteres wichtiges Rahmenmodell in Bezug auf Kinder, deren Mütter an einer depressiven Erkrankung leiden, entwickelten Goodman und Gotlib (1999) (siehe Abbildung 2). Die Autoren nehmen vier verschiedene „Klassen“ von Mechanismen an, durch die sich bei einem Kind mit einer depressiven Mutter eigene psychopathologische Symptome oder zumindest Defizite in wichtigen Lebensbereichen entwickeln können: Vererbung (Mechanismus 1); dysfunktionale neuroregulatorische Mechanismen (Mechanismus 2); Konfrontation mit mütterlichen negativen und/oder maladaptiven Kognitionen, Verhaltensweisen und Affekten (Mechanismus 3) sowie Konfrontation mit einer stressreichen Umgebung (Mechanismus 4). Es wird davon ausgegangen, dass diese zu einer erhöhten Vulnerabilität beim Kind führen und so die Entwicklung psychischer Störungen bedingen können. Zu einer erhöhten Vulnerabilität zählen die Autoren unter anderem psychobiologische Dysfunktionen (im ZNS, speziell bei der HPA-Achse). Ferner gehen sie von Defiziten bzw. maladaptiven Verhaltensweisen als Vulnerabilitätsfaktor aus. Dazu zählen kognitive Aspekte wie bspw. ein geringes Selbstwertgefühl



oder dysfunktionale Kognitionen, affektive Aspekte wie bspw. Schwierigkeiten in der ER und eine geringe Stressresistenz sowie verhaltensbezogene/interpersonale Aspekte wie bspw. mangelhafte soziale Fähigkeiten oder geringe Impulskontrolle. Goodman und Gotlib gehen dabei sowohl auf der Ebene der Mechanismen als auch auf der Ebene der Vulnerabilitäten von Interaktionseffekten aus. Ferner werden drei potenzielle Moderatoren formuliert: Involviertheit und psychische Gesundheit des Vaters, Zeitpunkt und Verlauf der mütterlichen Depression sowie Charakteristika des Kindes (Temperament, Geschlecht, intellektuelle sowie sozial-kognitive Fähigkeiten).

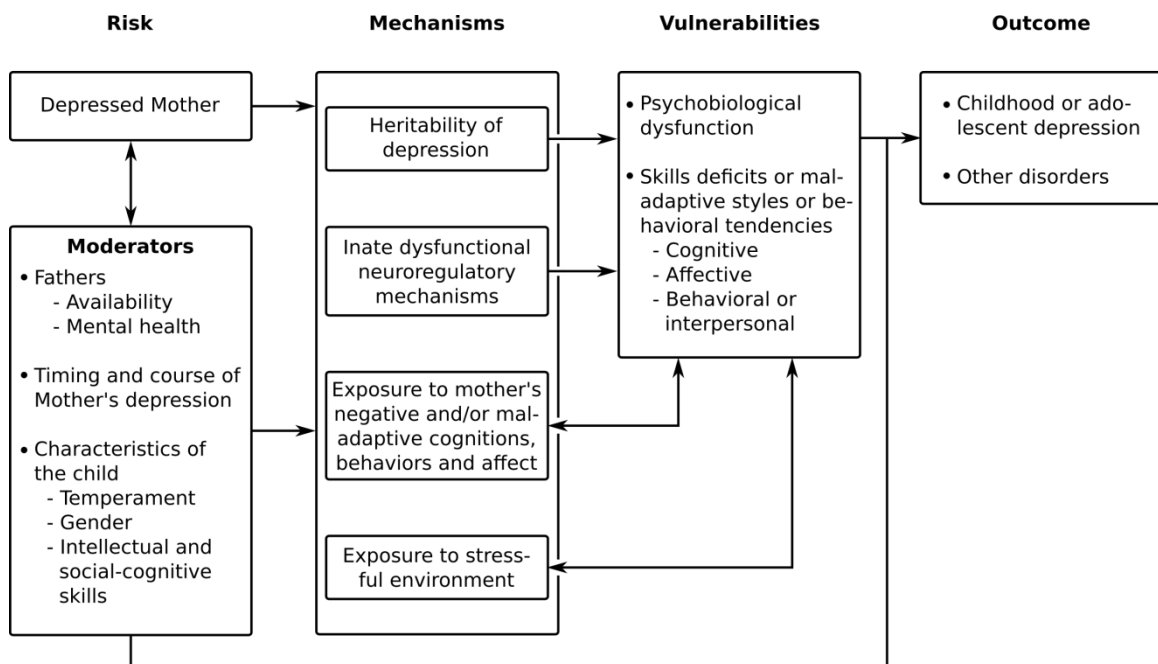


Abbildung 2. Modell zum Einfluss mütterlicher Depression auf die Entwicklung einer kindlichen psychischen Erkrankung von Goodman und Gotlib (1999)

Obwohl jedes Modell unterschiedliche Schwerpunkte setzt, lassen sich einige Gemeinsamkeiten erkennen. In beiden Modellen wird interpersonellen bzw. beziehungsorientierten Merkmalen eine wichtige Rolle beigemessen. Ferner wird angenommen, dass die Zusammenhänge bzw. Wirkungen beeinflusst werden durch Charakteristika des Kindes (z. B. Geschlecht, Alter, Temperament). Neben Gemeinsamkeiten lassen sich jedoch auch deutliche Unterschiede erkennen. Goodman und Gotlib stellen ein sehr ausdifferenziertes Modell unter Integration neurobiologischer Aspekte vor, während Mattejat et al. der Art und Angemessenheit der Krankheitsbewältigung eine tragende Rolle zuweisen. Gerade die Unterschiede reflektieren die Notwendigkeit weiterer For-

schung auf diesem Gebiet, vor allem um betroffene Familien in den entscheidenden Aspekten besser unterstützen zu können und ungünstige Entwicklungsverläufe von Kindern zu verhindern.

### **3. Beziehungsorientierte Merkmale**

Die familiären Beziehungen nehmen in Modellen zur Entstehung psychopathologischer Symptome häufig eine entscheidende Rolle ein (George, Herman & Ostrander, 2006). Nicht alle möglichen Facetten, die sich potenziell darunter fassen lassen, konnten in der vorliegenden Arbeit erhoben werden. Es erfolgte daher eine Konzentration auf die Untersuchung des familiären Klimas, Erziehungsverhalten, Parentifizierung und Rollenüberforderung. Dabei trugen verschiedene und z. T. unterschiedliche Gesichtspunkte dazu bei, gerade diese Aspekte in die Studie miteinzubeziehen. Expressed Emotion als Marker für das emotionale Klima einer Familie sowie Erziehungsstrategien wurden wiederholt mit kindlichen psychopathologischen Symptomen in Verbindung gebracht. Für beide existieren ferner Hinweise auf Beeinträchtigungen in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Eine eher dünne empirische Grundlage findet sich hinsichtlich der Aspekte, die auf die Untersuchung des familiären Rollengefüges abzielen: Parentifizierung und Rollenüberforderung. Hier ergaben sich jedoch im Vorfeld der Untersuchungen, aus dem Kontakt mit den betroffenen Familien heraus, Hinweise auf die Wichtigkeit dieser Aspekte. Nähere Ausführungen zur Begründung der Integration der jeweiligen Aspekte finden sich in den folgenden Kapiteln.

#### **3.1 Familiäres Klima**

Das familiäre Klima bzw. das emotionale Klima einer Familie, welches sich u. a. in der Qualität der familiären Beziehungen und ausgedrückten positiven und negativen Emotionen widerspiegelt, kann einen entscheidenden Einfluss auf die kindliche Entwicklung ausüben (Darling & Steinberg, 1993; Morris et al., 2007). Das Konstrukt der Expressed Emotion wurde wiederholt als Indikator des emotionalen Klimas bzw. der emotionalen Atmosphäre einer Familie angeführt (Hooley, 2007; Miklowitz, 2004; Nelson et al., 2003) und in der vorliegenden Studie als Maß für das familiäre Klima verwandt.

Anhand von Expressed Emotion kann erfasst werden, ob ein Angehöriger an einer Indexperson besonders viel Kritik übt oder eine verstärkte emotionale Überinvolviertheit zeigt (Brown, Birley & Wing, 1972). Ursprünglich anhand des halbstandardisierten Camberwell Family Interviews (CFI; Brown et al., 1972) erhoben, wurden im weiteren Verlauf ökonomischere Verfahren zur Erfassung von Expressed Emotion entwickelt,

wobei in der vorliegenden Untersuchung das FMSS zum Einsatz kam. Hierbei wird ein Angehöriger gebeten, für fünf Minuten zu beschreiben, „was für ein Mensch“ die Indexperson ist und „wie sie miteinander zurechtkommen“ (siehe 7.5.1 für eine ausführliche Darstellung der Erhebungsmethode). Anschließend erfolgt die dichotome Klassifizierung der Person als Hoch-Expressed Emotion (HEE) oder Niedrig-Expressed Emotion (NEE). Dabei kann der Status HEE aufgrund verstärkter emotionaler Überbeteiligung (HEE EOI) oder übermäßiger Kritik (HEE Kritik) vergeben werden. Es wird angenommen, dass die Art und Weise, wie sich ein Angehöriger gegenüber einem Untersuchungsleiter über die entsprechende Person äußert, auch die generelle Umgangsweise mit dieser Person widerspiegelt.

Entwickelt wurde das Konstrukt der Expressed Emotion in den 1960er Jahren von Brown im Rahmen der Schizophrenieforschung, der es gemeinsam mit Rutter in den darauffolgenden Jahren weiter spezifizierte (Brown & Rutter, 1966; Brown et al., 1972; Leff et al., 1987; Rutter & Brown, 1966). Wiederholt konnte ein Zusammenhang zwischen dem Expressed Emotion-Status von Angehörigen und einer erhöhten Rückfallrate bei Patienten mit Schizophrenie demonstriert werden (Butzlaff & Hooley, 1998). Dieser Befund wurde in der Folge auch für viele andere psychische Erkrankungen beobachtet, unter anderem affektive Störungen, Essstörungen oder Substanzabhängigkeit (Hooley, 2007; Hooley & Gotlib, 2000). Ferner existieren Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Expressed Emotion und körperlichen Erkrankungen (z. B. Asthma und Epilepsie) (Wearden, Tarrrier, Barrowclough, Zastowny & Rahill, 2000).

Zunächst wurde in der Expressed Emotion-Forschung die Einstellung gegenüber erwachsenen Patienten erhoben, in der Folge jedoch auch auf die Einstellung gegenüber erkrankten Kindern und Jugendlichen ausgeweitet. Auch hier zeigte sich Expressed Emotion sowohl assoziiert mit als auch prädiktiv für die Entwicklung psychischer Störungen (Nelson et al., 2003; Peris & Miklowitz, 2015; Silk et al., 2009). Unter anderem weisen Peris und Miklowitz (2015) in ihrem Review auf Zusammenhänge von Expressed Emotion mit dem Verlauf von depressiven und bipolaren Störungen sowie Angsterkrankungen hin. Insgesamt ergaben sich über die Studien hinweg jedoch unterschiedliche Befunde bezüglich der Frage, ob erhöhte elterliche Expressed Emotion mit einer bestimmten psychischen Erkrankung bei Kindern assoziiert ist oder ein unspezifisches Korrelat kindlicher Psychopathologie darstellt (Asarnow et al., 1994). Während einige Autoren ausschließlich eine Assoziation zwischen Expressed Emotion und ex-

ternalisierenden Symptomen fanden (McCarty & Weisz, 2002; Nelson et al., 2003), beobachteten andere auch einen Zusammenhang mit internalisierenden Symptomen (Silk et al., 2009). Asarnow et al. (1994) verglichen Expressed Emotion in Familien mit Kindern, die an einer depressiven Störung litten, mit Familien, deren Kinder an einer Störung aus dem schizophrenen Spektrum litten und Familien mit Kindern ohne psychische Erkrankung. In Familien mit Kindern, die an einer depressiven Störung litten, wurden die höchsten Expressed Emotion-Werte beobachtet.

Neben der Untersuchung der Assoziation von Expressed Emotion mit psychischen Störungen wurden auch Zusammenhänge mit weiteren familiären Aspekten beobachtet. Expressed Emotion zeigte sich positiv assoziiert mit ungünstigem elterlichen Verhalten, wie bspw. einem koersiven Erziehungsstil (Narayan, Herbers, Plowman, Gewirtz & Masten, 2012), geringer Responsivität/Feinfühligkeit oder strengem, ablehnendem Verhalten (McCarty, Lau, Valeri & Weisz, 2004). Keine Assoziationen zeigten sich hingegen zwischen Expressed Emotion und dem sozioökonomischen Status einer Familie, z. B. dem Familienstand, elterlicher Bildung, beruflicher Stellung oder dem Armutsstatus (Baker, Heller & Henker, 2000; Boger, Tompson, Briggs-Gowan, Pavlis & Carter, 2008; Hibbs et al., 1991; McCleary & Sanford, 2002; Parker, Johnston & Johnson, 1987; Stubbe, Zahner, Goldstein & Leckman, 1993). Auch bezüglich kindlichem Alter oder Geschlecht wurden keine spezifischen Verbindungen beobachtet (Boger et al., 2008; Hibbs et al., 1991; McCarty & Weisz, 2002; McCleary & Sanford, 2002).

In der Regel wurde in den bisherigen Studien Expressed Emotion bei Müttern erhoben. Die wenigen Studien, die auch Väter miteinbezogen, beobachteten geringere Kritik als bei Müttern (Marshall, Longwell, Goldstein & Swanson, 1990; Szmukler, Berkowitz, Eisler, Leff & Dare, 1987).

Wichtige Studien im englischen Sprachraum ergaben Assoziationen zwischen mütterlichen depressiven Symptomen und erhöhter Expressed Emotion (Frye & Garber, 2005; Nelson et al., 2003; Schwartz et al., 1990; Tompson et al., 2010), obwohl auch gegenteilige Befunde existieren (Stubbe et al., 1993). Tompson et al. (2010) untersuchten in einer Querschnittsstudie Mütter mit ihren Kindern im Alter von 8–12 Jahren mittels des FMSS. Mütterliche Depression (aufgetreten zu einem Zeitpunkt nach Geburt des Kindes) zeigte sich verbunden mit erhöhter Expressed Emotion. Dabei wurden Mütter, die zu irgendeinem Zeitpunkt nach Geburt des Kindes eine Depression aufwiesen, in 37.68 % als HEE kodiert, wohingegen Mütter ohne eine Depression in der Vorge-

schichte in 17.64 % der Fälle als HEE kodiert wurden. Über die gesamte Stichprobe hinweg wurden 25 % der Mütter als HEE klassifiziert; 16 % aufgrund von Expressed Emotion Kritik (EE Kritik) und 9 % aufgrund von Expressed Emotion Überinvolviertheit (EE EOI). Bei der Analyse der spezifischen Zusammenhänge zwischen EE gesamt, EE Kritik, EE EOI und mütterlicher Depression zeigte sich ein heterogenes Bild. Mütterliche EE Kritik, jedoch nicht EE gesamt, war positiv assoziiert mit aktuellen mütterlichen depressiven Symptomen. EE EOI zeigte sich überraschenderweise negativ verbunden mit aktuellen depressiven Symptomen der Mütter, jedoch positiv mit einer Depression in der Vergangenheit. Als Erklärung für die negative Assoziation mit aktuellen depressiven Werten, vermuten die Autoren den mit einer Depression häufig einhergehenden sozialen Rückzug. Die Kombination beider Faktoren (Depression und HEE) zeigte sich mit selbsteingeschätzten kindlichen depressiven Werten verbunden. Mütterliche Expressed Emotion zeigte sich nicht assoziiert mit internalisierenden, jedoch externalisierenden Symptomen des Kindes.

In der Studie von Frye und Garber (2005) zeigten sich sowohl mütterliche Expressed Emotion als auch mütterliche aktuelle/vergangene Depression unabhängig voneinander verbunden mit internalisierenden und externalisierenden Symptomen der Jugendlichen (Durchschnittsalter knapp zwölf Jahre). Insgesamt wurden in der Stichprobe von Frye und Garber (2005) 27 % der Mütter als HEE klassifiziert (wobei keine Zahlen zu den Unterschieden zwischen Müttern mit und ohne Depression angegeben werden).

Nelson et al. (2003) befragten Mütter mit aktueller Depression, Depression in der Vergangenheit sowie nichtdepressive Mütter und ihre 15-jährigen Kinder. Die Autoren berichten lediglich die Gesamtzahlen (nicht unterteilt nach Gruppen), anhand derer sich ablesen lässt, dass insgesamt 20.21 % der Mütter als HEE klassifiziert wurden (12.94 % aufgrund EE Kritik, 7.28 % aufgrund EE EOI). EE Kritik zeigte sich verbunden mit externalisierenden (jedoch nicht internalisierenden) Symptomen der Jugendlichen. EE EOI zeigte weder Zusammenhänge zu mütterlicher Depression, noch zu kindlichen Auffälligkeiten. Während in der Studie von Nelson et al. (2003) EE Kritik als mediierende Variable zwischen mütterlicher Depression und kindlichen externalisierenden Symptomen fungierte, konnte dieser Effekt von Frye und Garber (2005) nicht repliziert werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich Expressed Emotion, als Indikator für das emotionale Klima in einer Familie, verbunden zeigt mit mütterlicher Depression

(Väter wurden in keine der Untersuchungen eingeschlossen). Dabei scheinen die Zusammenhänge jedoch vor allem über EE Kritik (und weniger über EE EOI) vermittelt.

Prozentuale Unterschiede bei der Klassifikation von HEE getrennt nach Gruppen, lassen sich lediglich aus den Daten der Studie von Tompson et al. ableiten (s. o.). Insgesamt wurden in den oben genannten Studien ca. 20 % (Nelson et al., 2003) bis 27 % (Frye & Garber, 2005) der Mütter als HEE klassifiziert. Ferner wird über Zusammenhänge zwischen Expressed Emotion und kindlichen Auffälligkeiten berichtet. Dabei wird in bisherigen Studien über deutliche Zusammenhänge mit externalisierenden Symptomen berichtet, wohingegen der Zusammenhang mit internalisierenden Symptomen subtiler und weniger eindeutig erscheint. Des Weiteren existieren Hinweise darauf, dass Expressed Emotion einen potenziellen Mechanismus in der Vermittlung zwischen elterlicher und kindlicher Psychopathologie darstellen könnte.

Bisher wurde nach Wissen der Autorin erst in zwei Studien das FMSS auch bei Kindern eingesetzt (Marshall et al., 1990; Przeworski et al., 2012). Übergreifendes Ziel der Studie von Marshall et al. (1990), in die 29 Familien eingeschlossen wurden, war die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem Familienklima sowie den Eltern-Kind-Interaktionen und kindlichen aggressiven Symptomen in einer Stichprobe von Jungen mit ADHS. Dabei wurde das FMSS jeweils von Kind, Mutter und Vater erhoben. Bei den Kindern wurden separate Sprechproben bezüglich Mutter und Vater erhoben, wobei eine Kürzung der Dauer des FMSS auf drei Minuten stattfand (TMSS). Dabei wurde ein Kind als HEE klassifiziert, wenn eine der Sprechproben (hinsichtlich Mutter oder Vater) als HEE kodiert wurde. Dies war bei 51.72 % der befragten Kinder der Fall. Hinsichtlich einer potenziellen psychischen Erkrankung wurden die Eltern nicht untersucht. Weder elterliche noch kindliche Expressed Emotion zeigte sich verbunden mit einer aggressiven Symptomatik der Kinder. Elterliche und kindliche Expressed Emotion zeigten sich hingegen signifikant assoziiert.

Przeworski et al. (2012) beschäftigten sich in ihrer Studie mit Kindern, die an einer Zwangserkrankung litten. Anhand von 62 Mutter-Kind-Dyaden untersuchten sie die Assoziationen zwischen mütterlicher und kindlicher Expressed Emotion, dem Schweregrad der Zwangserkrankung und mit der Zwangserkrankung assoziierten Beeinträchtigungen vor und nach einer Intervention. Die Mütter gaben eine Sprechprobe sowohl bezüglich des erkrankten Kindes und (falls vorhanden) auch bezüglich eines Geschwisterkindes ab. Die Kinder wurden sowohl mit dem Vater als auch der Mutter als Index-

person anhand der Sprechprobe befragt. Diese wurde für die Kinder auf zwei Minuten reduziert (TMSS). Wurden die Kinder mit der Mutter als Indexperson befragt, wurde in 12.1 % eine Klassifikation als HEE vergeben. Mit dem Vater als Indexperson erfolgte eine Kodierung als HEE in 10.3 % der Fälle. Dabei wurde HEE vor allem aufgrund von EE Kritik und kaum aufgrund von EE EOI vergeben (EE EOI wurde mit dem gesunden Geschwisterkind als Indexperson gar nicht und mit dem erkrankten Kind als Indexperson nur in 4.8 % der Fälle vergeben). Informationen über eine potenzielle psychische Erkrankung der Eltern wurden nicht erhoben. Mütterliche Expressed Emotion und kindliche Expressed Emotion zeigten sich signifikant assoziiert (Väter wurden nicht anhand des FMSS befragt), ebenso wie die kindliche Expressed Emotion in Bezug auf Mutter und Vater. Bei den Müttern hingegen zeigte sich ein etwas anderes Bild. Wurde das FMSS mit dem gesunden Geschwisterkind als Indexperson erhoben, wurden deutlich weniger Mütter als HEE kodiert, als wenn das zwangserkrankte Kind die Indexperson darstellte.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass die bisherigen zwei Studien, die Kinder anhand des FMSS befragten, deutliche Unterschiede in der Häufigkeit erbrachten, mit der Kinder als HEE klassifiziert wurden. Auch unter Berücksichtigung, dass in der Studie von Marshall et al. (1990) entweder die Sprechprobe über Mutter oder Vater als HEE kodiert werden musste, damit ein Kind die endgültige Kodierung HEE erhielt, wurde hier deutlich häufiger eine Klassifikation als HEE vergeben. Dies könnte darauf hinweisen, dass sich in der Wahrnehmung der Kinder, das familiäre Klima einer Familie in Abhängigkeit von der psychischen Erkrankung, an der ein Kind leidet, deutlich unterscheidet.

Die Ergebnisse der Studien liefern ferner sowohl Argumente für als auch Argumente gegen das Konstrukt Expressed Emotion als Indikator für das familiäre Klima. Während der Zusammenhang zwischen elterlicher und kindlicher Expressed Emotion dies bestärkt, weisen die unterschiedlichen Raten mütterlicher HEE in der Studie von Przeworski et al. (2012) (je nachdem ob das erkrankte Kind oder das Geschwisterkind die Indexperson darstellte), darauf hin, dass sich in der Expressed Emotion noch andere Aspekte abbilden, die über das gesamtfamiliäre emotionale Klima hinausgehen.

Abschließend sei bemerkt, dass Expressed Emotion bei Kindern psychisch erkrankter Eltern bisher noch nicht erhoben wurde. Ein besonders hoher Zusammenhang zwischen der Expressed Emotion von Kindern und Eltern könnte möglicherweise auf ein beson-



ders negatives Familienklima hindeuten, was langfristig Krankheitsverläufe der erkrankten Eltern als auch die potenzielle Symptomatik der Kinder ungünstig beeinflussen könnte.

### **3.2 Erziehungsverhalten**

Erziehungsverhalten lässt sich definieren als „anything the parent does, or fails to do, that may affect the child“ (Kendziora & O'Leary, 1993, S. 177). Die Wichtigkeit des Einflusses elterlichen Erziehungsverhaltens auf die kindliche Entwicklung wurde vielfach belegt (für Reviews/Meta-Analysen siehe Campbell, 1995; McKee et al., 2008; McLeod, Weisz & Wood, 2007; Rothbaum & Weisz, 1994) und findet sich an prominenter Stelle in Modellen zur kindlichen Entwicklung bzw. zu problematischem kindlichen Verhalten (z. B. Belsky, 1984; Patterson, DeBaryshe & Ramsey, 1989) wieder.

Geprägt wurde die Forschung zu Erziehungsverhalten bzw. Erziehungsstilen in den letzten Jahrzehnten durch die Bestrebungen, entwicklungsförderliche elterliche Erziehungsmuster zu identifizieren (Fuhrer, 2009). Dabei wurden häufig dimensionale Klassifikationen von Erziehungsverhalten vorgenommen. Prominenz erlangte vor allem eine zweidimensionale Klassifikation von Erziehungsverhalten mit den Dimensionen elterliche Wärme/Zuneigung und elterliche Kontrolle (Maccoby & Martin, 1983). Aus dieser Klassifikation lassen sich in einem Vierfelderschema verschiedene Erziehungsstile ableiten: autoritativ, autoritär, permissiv und ablehnend/vernachlässigend (Baumrind, 1971; Maccoby & Martin, 1983). Ein autoritativer Erziehungsstil, gekennzeichnet durch ein hohes Maß an Wärme/Zuneigung sowie altersentsprechende Anforderungen und das Setzen klarer Grenzen, wurde dabei als der für die Entwicklung der Kinder förderlichste identifiziert.

Es gibt jedoch auch Autoren, die weniger für die Untersuchung komplexer elterlicher Verhaltensmuster plädieren, sondern vielmehr die Wichtigkeit der Untersuchung spezifischer Erziehungsstrategien herausstellen (Gruhn et al., 2016). Entsprechend dieser unterschiedlichen Konzeptualisierungen fanden einige Autoren stärkere Zusammenhänge zwischen elterlichem Erziehungsverhalten und kindlichen Verhaltensstörungen, wenn nicht einzelne Erziehungsverhaltensweisen sondern Erziehungsmuster betrachtet wurden (Rothbaum & Weisz, 1994), während andere über spezifische Zusammenhänge zwischen bestimmten Erziehungsstrategien und kindlichen Störungen berichten

(McLeod, Weisz et al., 2007). Konkrete elterliche Verhaltensweisen, welche sich in der bisherigen Forschung als ungünstig bzgl. einer gesunden Entwicklung der Kinder erwiesen, sind unter anderem strenge und strafende Erziehungspraktiken (z. B. körperliche Bestrafungen), inkonsistentes Belohnungs- und Bestrafungsverhalten, zu viele/nicht gut begründete und/oder widersprüchliche Anweisungen, mangelnde Wärme, geringes Einfühlungsvermögen der Eltern, Feinseligkeit, mangelnde Involviertheit und geringes Monitoring, d. h. Wissen um Aufenthaltsort/Tätigkeiten der Kinder (Berg-Nielsen et al., 2002; McKee et al., 2008; Petermann & Petermann, 2006; Sanders & Prinz, 2008). Als positives Elternverhalten wird bspw. die gezeigte Wärme/Zuneigung dem Kind gegenüber und positive Involviertheit herausgestellt (Maccoby & Martin, 1983; Russell, 1997). Es ist jedoch zu beachten, dass unter dem Begriff des positiven Elternverhaltens, je nach Autor einer Studie, unterschiedliche Aspekte gefasst werden. In der vorliegenden Arbeit wurde das Erziehungsverhalten aus Elternsicht anhand der deutschen, erweiterten Version des Alabama Parenting Questionnaire (DEAPQ-EL-GS; Reichle & Franiek, 2009) erfasst. Hier wird unterschieden zwischen positivem Elternverhalten (welches v. a. Lob und Zuwendung umschließt), verantwortungsbewusstem Elternverhalten (bewusste Umsetzung reflektierter Erziehungsstrategien) sowie Involviertheit (Engagement und Teilnahme an Aktivitäten des Kindes). Die kindliche Einschätzung elterlichen Erziehungsverhaltens wurde anhand des Fragebogens zur Eltern-Kind-Beziehung (FEB-K; Schacht, Richter-Appelt & Schimmelmann, 2007) erhoben. Positives Elternverhalten wird hier anhand der Skalen Zuwendung (liebvolle Zuwendung und Unterstützung), Lenkung (Vorhandensein und Einhaltung familiärer Regeln) und Zutrauen (Möglichkeiten der Kinder zur selbständigen Entwicklung) erfasst.

Zu der Frage, ob bestimmte Erziehungsstrategien jeweils mit spezifischen Auffälligkeiten der Kinder assoziiert sind, bestehen unterschiedliche Befunde. In dem Review von Berg-Nielsen et al. (2002) kommen die Autoren zu dem Schluss, dass inkonsistentes Erziehungsverhalten und geringes Monitoring tendenziell eher mit Verhaltensauffälligkeiten verbunden zu sein scheinen, depressive oder ängstliche Symptome bei Kindern hingegen eine stärkere Assoziation mit starker Kontrolle und negativer Affektivität aufweisen. McKee et al. (2008) hingegen weisen in ihrem Review sowohl bezüglich internalisierender als auch externalisierender Probleme auf einen Zusammenhang mit geringen Leveln elterlicher Wärme, hohen Leveln von Feindseligkeit sowie geringen Leveln von (positiver) Verhaltenskontrolle hin. Foster et al. (2008) fanden ein nied-

riges Ausmaß an positiven Verhaltensweisen während einer Interaktionsaufgabe verbunden mit externalisierenden (jedoch nicht internalisierenden) Symptomen der Kinder. In einer Meta-Analyse von McLeod, Wood und Weisz (2007) zum Zusammenhang von Erziehungsverhalten (untersucht wurden Ablehnung und Kontrolle) und kindlicher Ängstlichkeit zeigten sich insgesamt kleine Effekte mit einer aufgeklärten Varianz von 4–6 %. Wurden jedoch Facetten der breiteren Kategorien von Ablehnung und Kontrolle betrachtet, zeigte sich eine große Variabilität. Hier variierte der prozentuale Anteil aufgeklärter Varianz von weniger als 1 % (elterliche Wärme) bis 18 % (Gewährung von Autonomie).

Ähnliche Ergebnisse zeigten sich in der Meta-Analyse von McLeod und Weisz et al. (2007), in der dieselben Erziehungsstrategien (Ablehnung und Kontrolle) in Hinblick auf kindliche Depression untersucht wurden. Auch hier variierte der prozentuale Anteil aufgeklärter Varianz von 5 % (Kontrolle) bis 8 % (Ablehnung), wobei bei einer stärkeren Aufgliederung der Dimensionen, elterliche Feindseligkeit die stärksten Assoziationen mit kindlicher Depression aufwies.

Yap und Jorm (2015) führten eine qualitative und quantitative (Meta-)Analyse zu verschiedenen Aspekten elterlichen Verhaltens/elterlicher Faktoren und dem Zusammenhang zu kindlicher Depression, Angst und internalisierenden Problemen durch. Dabei wurden 141 Studien in die qualitative und 50 Studien in die quantitative Synthese integriert. Zusammenfassend schließen die Autoren daraus, dass die meisten der eingeschlossenen Aspekte unspezifische Assoziationen mit den untersuchten kindlichen Symptomen aufweisen. Vor allem elterliche Feindseligkeit, Konflikte der Eltern und elterliche Überinvolviertheit zeigten robuste Zusammenhänge mit kindlicher Depression, Angst und internalisierenden Problemen. Insgesamt wurden jedoch nur weniger als 2 % bis 9 % der Varianz hinsichtlich kindlicher Auffälligkeiten durch elterliche Faktoren aufgeklärt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass einige Autoren über spezifische Zusammenhänge zwischen elterlichen Verhaltensweisen und bestimmten kindlichen Auffälligkeiten berichten, während andere vorwiegend Belege für unspezifische Assoziationen fanden. Insgesamt wurden in diesen Studien häufig unterschiedliche Aspekte von Erziehungsverhalten und/oder kindlichen Symptomatiken untersucht. Dies könnte darauf hinweisen, dass einige elterliche Verhaltensweisen unspezifische Assoziationen

aufweisen, während andere nur mit bestimmten kindlichen psychopathologischen Symptomen zusammenhängen.

Generell sind die Effekte elterlichen Verhaltens auf kindliche Auffälligkeiten eher als klein einzuordnen. Dies sollte jedoch nicht als Hinweis für ihre Bedeutungslosigkeit aufgefasst werden. Yap und Jorm (2015) führen mehrere Aspekte an, die bei einer diesbezüglichen Schlussfolgerung zu bedenken sind: u. a. könnten verschiedene elterliche Faktoren additive oder multiplikative Effekte nach sich ziehen, bidirektionale Prozesse könnten langfristig in immer ungünstigeren Entwicklungsverläufen münden und es könnte eine indirekte Beeinflussung der kindlichen Entwicklung bspw. durch Assoziationen mit der kindlichen ER erfolgen. Ferner könnten die kleinen Effekte auch reflektieren, dass ungünstiges Erziehungsverhalten bei einigen Kindern deutliche Auswirkungen hat und entscheidend zur Entwicklung psychopathologischer Symptome beiträgt, während dies bei anderen Kindern nicht der Fall ist. Dieser Hypothese entsprechend, fanden Hankin et al. (2011) eine Interaktion zwischen dem 5-HTTLPR (Serotonin-Transporter-Promoter-Polymorphismus)-Genotyp und positivem/supportivem Elternverhalten. Wiesen die Jugendlichen hinsichtlich von 5-HTTLPR zwei kurze Allele auf, zeigten sich deutlich stärkere Auswirkungen eines positiven und supportiven Elternverhaltens auf den positiven Affekt von Jugendlichen, als wenn diese Träger eines langen Allels waren. Generell wird 5-HTTLPR mit einer Reihe von psychischen Symptomen in Verbindung gebracht.

Bereits seit einigen Jahrzehnten wird auf mögliche Beeinträchtigungen elterlichen Erziehungsverhaltens durch eine psychische Erkrankung hingewiesen (Beardslee et al., 1998; Downey & Coyne, 1990). Bei der bisherigen Untersuchung des Erziehungsverhaltens von psychisch erkrankten Eltern (meist mütterlicher Depression), fanden sich Hinweise auf eine negativere Affektivität im Umgang mit dem Kind, geringere Responsivität (Lovejoy et al., 2000; Muzik et al., 2017), geringeren positiven Affekt (Downey & Coyne, 1990) stärkere psychologische Kontrolle (Cummings et al., 2005; Foster, Garber & Durlak, 2008; Johnson et al., 2001), geringeres elterliches Engagement (Kötter, Stemmler, Bühler & Lösel, 2010), inkonsistenteres Erziehungsverhalten und die vermehrte Nutzung von harten Strafen (Downey & Coyne, 1990; Johnson et al., 2001; Kavanaugh et al., 2006; Leung & Slep, 2006). In einer Meta-Analyse zu mütterlicher Depression und Elternverhalten von Lovejoy et al. (2000), zeigten sich Effektstärken in der Höhe von  $r = .20$  für negatives Erziehungsverhalten,  $r = .14$  für geringe

Responsivität/Uninvolviertheit und  $r = .08$  für positives Erziehungsverhalten. Die Meta-Analyse beschränkte sich jedoch ausschließlich auf Beobachtungsstudien und mit wenigen Ausnahmen lag das Alter der Kinder unter sechs Jahren. In einer jüngeren Befragung zeigten sich interessanterweise keine Unterschiede in der Einschätzung des Erziehungsverhaltens, jedoch in der Einschätzung des subjektiven Hilfebedarfs in Erziehungsfragen zwischen psychisch erkrankten Eltern und einer Kontrollgruppe (Markwort, Schmitz-Buhl, Christiansen & Gouzoulis-Mayfrank, 2016). Die fehlenden Unterschiede hinsichtlich des Erziehungsverhaltens beschreiben die Autoren jedoch selbst als konträr zu bisherigen Vorbefunden und argumentieren, dass möglicherweise aus Sorge um potenzielle Folgen oder Scham, Schwierigkeiten bagatellisiert wurden. Dem widerspricht jedoch, dass die Befragung anonym durchgeführt wurde. Als weitere mögliche Erklärung führen sie an, dass möglicherweise aufgrund besonderer Beeinträchtigungen der aktuell stationär behandelten Eltern, diese ihr Erziehungsverhalten weniger kritisch beurteilen könnten.

Eyden, Winsper, Wolke, Broome und MacCallum (2016) beschäftigten sich in ihrem Review mit dem Erziehungsverhalten von Müttern mit Symptomen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) und beschreiben dieses als häufig weniger sensibel und feindseliger, jedoch ebenso als überprotektiver und intrusiver als das Verhalten von Müttern ohne BPS-Symptome. Park, Hudec und Johnston (2017) fanden in einem ersten meta-analytischen Review bezüglich elterlicher ADHS-Symptomatik und Erziehungsverhalten, erhöhte elterliche ADHS-Werte sowohl verbunden mit harschem ( $r = .17, p < .001$ ; 2.9 % Varianzaufklärung) als auch laxem ( $r = .18, p < .001$ , 3.2 % Varianzaufklärung) Erziehungsverhalten. Für beide Aspekte des untersuchten Erziehungsverhaltens weisen die Effektstärken damit eine Höhe auf, bei der von einem kleinen Effekt gesprochen werden kann.

Es existieren verschiedene Theorien, warum psychisch erkrankte Eltern in ihrem Erziehungsverhalten beeinträchtigt sein könnten. Die Erklärungen beziehen sich dabei häufig auf Eltern mit einer depressiven Erkrankung, da hierzu die meiste Forschung durchgeführt wurde. Angeführt werden eine negative Sichtweise auf sich selbst als Elternteil und das Kind sowie die eigenen Erziehungs Kompetenzen, damit einhergehend negative Emotionen und wenig einfühlsames Verhalten, eine reduzierte Toleranz gegenüber negativem kindlichen Verhalten mit der Folge von härteren Strafen/Vermeidung des Kindes oder eine reduzierte Anstrengung (v. a. aufgrund mangelnder Ressourcen) in Inter-

aktionen mit ihrem Kind (Dix & Meunier, 2009). Das beobachtete inkonsistente Elternverhalten könnte ferner den Phasenverlauf reflektieren, den psychische Erkrankungen häufig nehmen. Es liegt nahe, dass es den betroffenen Eltern gerade in „schlechten“ Phasen besonders schwerfällt, sich an selbst aufgestellte Regeln zu halten und dies auch von den Kindern einzufordern. Gerade bei Personen, die an einer depressiven Störung leiden, mit Antriebslosigkeit als einem Hauptsymptom, erfordert es für diese Eltern mutmaßlich eine enorme Kraft, die täglichen Interaktionen mit ihren Kindern zu meistern.

Dafür, dass elterliche psychische Erkrankung und Erziehungsverhalten in ihrem Einfluss auf kindliche Auffälligkeiten möglicherweise entsprechend eines Diathese-Stress-Modells zusammenwirken könnten, sprechen die Ergebnisse von Gluschkoff et al. (2017). Die Autoren fanden den Zusammenhang zwischen elterlicher Intoleranz und kindlichen depressiven Werten besonders stark ausgeprägt bei Kindern, deren Eltern in der Vergangenheit an einer psychischen Störung gelitten hatten.

Eine divergierende Befundlage existiert bzgl. der Frage, ob psychisch erkrankte Eltern auch positives Elternverhalten in geringerem Maße zeigen. Cummings, Keller und Davies (2005) fanden keinen Zusammenhang zwischen elterlichen dysphorischen Symptomen und positivem Elternverhalten, und auch Kötter, Stemmler, Bühler und Lösel (2010) konnten keinen Unterschied zwischen emotional belasteten Müttern und einer Kontrollstichprobe bezüglich positiven Elternverhaltens finden. Foster et al. (2008) hingegen beobachteten Mütter während einer Interaktionsaufgabe mit ihrem Kind und fanden bei Müttern mit schwerer Depression in der Vergangenheit oder aktuellen depressiven Symptomen weniger positive Verhaltensweisen in Interaktion mit ihrem Kind als bei Müttern ohne depressive Erkrankung seit Geburt des Kindes. In der Meta-Analyse von Park et al. (2017) fanden sich ebenfalls nur geringe Zusammenhänge zwischen einer elterlichen ADHS-Symptomatik und positivem Elternverhalten, deren Höhe unter der lag, ab dem von einem kleinen Effekt gesprochen werden kann ( $r = -.07, p < .001$ ).

Bei einer Gesamtbetrachtung der Studien zu positivem Elternverhalten fällt auf, dass sich vor allem bei subklinischen Stichproben keine Zusammenhänge zur psychischen Symptomatik eines Elternteils zeigen. Möglicherweise tritt eine Beeinträchtigung positiven Elternverhaltens also erst bei einem gewissen Schweregrad psychischer Belastung auf.

Obwohl die meiste Forschung mit erkrankten Müttern durchgeführt wurde, weisen die Ergebnisse der Meta-Analyse von Wilson und Durbin (2010) darauf hin, dass väterliches Erziehungsverhalten in ähnlichem Maße durch die Erkrankung beeinträchtigt wird wie mütterliches. Für den Zusammenhang zwischen väterlicher Depression und negativem Erziehungsverhalten zeigten sich Effektstärken von  $r = .16$ ,  $p < .001$  und zwischen väterlicher Depression und positivem Erziehungsverhalten Effektstärken von  $r = -.19$ ,  $p < .001$ .

Die Relevanz der Untersuchung elterlichen Erziehungsverhaltens bei psychisch erkrankten Eltern wird durch Studien untermauert, die Aspekte elterlichen Erziehungsverhaltens als Mediator zwischen elterlichen und kindlichen Symptomen identifizierten. In der Studie von Johnson et al. (2001) medierte ein Index für maladaptives elterliches Verhalten den Zusammenhang zwischen elterlichen und kindlichen psychischen Erkrankungen in einer Stichprobe der Allgemeinbevölkerung. Der Index wurde gebildet aufgrund einer Vielzahl potenziell negativer elterlicher Verhaltensweisen. Insgesamt identifizierten die Autoren 14 mütterliche und neun väterliche Verhaltensweisen (z. B. harte Strafen, wenig positives Verhalten ggü. dem Kind, wenig Kommunikation/gemeinsam verbrachte Zeit), die sich assoziiert zeigten mit einer elterlichen psychischen Störung. Auch Elgar, Mills, McGrath, Waschbusch und Brownridge (2007) fanden bei der Untersuchung einer nicht-klinischen Stichprobe verschiedene Aspekte elterlichen Erziehungsverhaltens (Ablehnung, Fürsorge, Monitoring) als Mediatoren zwischen elterlichen depressiven Symptomen und kindlichem Verhalten. Generell zeigten in der Untersuchung alle untersuchten Erziehungsverhaltensweisen Zusammenhänge mit externalisierenden und internalisierenden kindlichen Symptomen. Ferner medierte elterliche Fürsorge die Verbindung zu kindlichen externalisierenden Symptomen und prosozialem Verhalten, elterliche Ablehnung zu externalisierenden und internalisierenden Symptomen und Monitoring zu internalisierenden Symptomen sowie prosozialem Verhalten. Cummings et al. (2005) konnten die medierende Rolle elterlichen Erziehungsverhaltens (untersucht wurden psychologische Kontrolle und emotionale Verfügbarkeit) in einer Stichprobe der Allgemeinbevölkerung hingegen nicht bestätigen. Möglicherweise liegt eine Erklärung für die divergierenden Ergebnisse in der Unterschiedlichkeit der untersuchten Erziehungsverhaltensweisen. Auch ist der Zusammenhang in Stichproben der Allgemeinbevölkerung potenziell weniger ausgeprägt, sodass Studien, die auf einer relativ großen Anzahl an eingeschlossenen Personen fußen (Elgar et al.,

2007; Johnson et al., 2001) eher zu signifikanten Ergebnissen kommen, als Studien mit einer vergleichsweise geringeren Personenanzahl (Cummings et al., 2005). Zudem rekrutierten Cummings et al. (2005) die Kinder im Kindergarten, während die Kinder der beiden anderen referierten Studien sich bereits im Schulalter befanden.

Dass generell in vielen Studien auch bei Eltern mit subklinischen Werten oder einer Depression in der Vergangenheit Probleme im Erziehungsverhalten beobachtet wurden, spricht dafür, dass diese nicht nur Ausdruck einer akuten negativen Stimmung im Rahmen einer aktuellen depressiven Episode sind, sondern ein länger andauerndes Problem darstellen. Dass eine negative Stimmung jedoch auch einen Einfluss nehmen könnte, zeigen die Ergebnisse einer Studie von Jouriles, Murphy und O'Leary (1989), die Mütter und ihre ca. vier bis sechs Jahre alten Söhne untersuchten. Nach einer negativen (im Ggs. zur positiven) Stimmungsinduktion, zeigte sich insgesamt eine geringere verbale Interaktion und eine Reduktion positiver Bemerkungen, die Mütter an ihre Söhne richteten.

Generell könnte es einen Einfluss auf die Erziehungsstrategien von psychisch erkrankten Eltern (sowie auch psychisch gesunden Eltern) genommen haben, welche Erziehungsverhaltensweisen die Eltern selber in ihrer Kindheit erlebt haben. Es scheint insgesamt eine intergenerationale Weitergabe von Erziehungsstrategien stattzufinden (Belsky, Conger & Capaldi, 2009). Ihle, Jahnke, Heerwagen und Neuperdt (2005) befragten bspw. Erwachsene zu dem Erziehungsverhalten ihrer Eltern. Hier zeigten sich unter anderem Zusammenhänge zwischen mangelnder emotionaler Wärme durch den Vater sowie Ablehnung/Strafe durch die Mutter in der Kindheit und aktuellen depressiven Symptomen. Möglicherweise wenden die psychisch erkrankten Eltern also Erziehungsstrategien an, die sie selber in der Kindheit durch ihre (möglicherweise ebenfalls psychisch erkrankten) Eltern erfahren haben.

Ein weiterer Einflussfaktor, der im Zusammenhang mit Erziehungsverhalten untersucht wurde, ist der sozioökonomische Status. Hoff, Laursen und Tardif (2002) beschreiben zusammenfassend die Assoziation zwischen beiden Aspekten und schließen daraus, dass bestimmte Aspekte von Erziehungsverhalten offensichtlich mehr durch den sozioökonomischen Status beeinflusst werden als andere. Dabei scheinen gerade Unterschiede bei Verhalten zu bestehen, das auf verbaler Interaktion basiert, während sich deutlich weniger Unterschiede bezüglich nonverbalem Verhalten finden. Ferner scheinen Eltern mit niedrigerem sozioökonomischen Status häufiger körperliche Strafen anzuwen-



den und sich kontrollierender und restriktiver zu zeigen als Eltern mit hohem sozioökonomischen Status (Hoff et al., 2002; Pinderhughes, Dodge, Bates, Pettit & Zelli, 2000). Demgegenüber scheint der sozioökonomische Status weniger verbunden mit dem elterlichen Monitoring. Bezüglich des Zusammenhangs zwischen dem Familienstand und elterlichem Verhalten kam Brown (2010) in ihrem Review zu dem Schluss, dass alleinerziehende Eltern häufig weniger Kontrolle ausüben und weniger Zeit mit ihren Kindern verbringen als Eltern, die gemeinsam mit einem Partner Kinder großziehen.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass unterschiedliche Konzeptualisierungen in Bezug auf Erziehungsverhalten bestehen, unter anderem zurückzuführen auf unterschiedliche theoretische Modelle und divergierende Messmethoden. Auf der Ebene einzelner Erziehungsverhaltensweisen konnte eine Reihe von Strategien identifiziert werden, die sich verbunden zeigen mit kindlichen psychopathologischen Symptomen, wobei diesbezüglich von kleinen Effekten ausgegangen werden kann. Bisherige Untersuchungen weisen auf eine Häufung ungünstiger Erziehungsverhaltensweisen bei psychisch erkrankten Eltern und deren Relevanz bei der Erklärung des Zusammenhangs zwischen elterlichen und kindlichen Symptomen hin. Bezüglich positiven Elternverhaltens bei psychisch erkrankten Eltern besteht eine divergierende Befundlage. Möglicherweise zeigen sich Beeinträchtigungen hier erst bei zunehmendem Schweregrad der Erkrankung.

### **3.3 Parentifizierung**

Das Konzept der Parentifizierung lässt sich aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten (intrapsychisch, interpersonal, historisch, gesellschaftlich), was zu einer Vielzahl von Theorien, Konzepten, Begrifflichkeiten und Definitionen geführt hat. Übergreifend wird mit dem Phänomen jedoch eine Rollenumkehr verbunden, in der das Kind, um emotionale Bedürfnisse des Elternteils zu befriedigen oder instrumentelle Hilfe zu leisten, eigene Bedürfnisse zurückstellt (Chase, 1999). Boszormenyi-Nagy und Spark (1973) bezeichnen Parentifizierung in ihrer viel zitierten Definition als „the subjective distortion of a relationship as if one’s partner or even children were one’s own parent” (S. 151).

Aus psychologischer Sicht gab es Beschreibungen bzw. Beobachtungen von Kindern, die mit einer altersinadäquaten Rolle im Familiensystem überfordert sind, bereits in den

40er/50er Jahren (Jurkovic, 1997). Wissenschaftliche Beachtung erlangte das Phänomen unter anderem durch Minuchin, Montalvo, Guernsey, Rosman und Schumer (1967), die bei ihrer Arbeit mit Familien, aus denen mehrere delinquente Kinder hervorgingen, beobachteten, dass hier ältere Geschwister häufig mit der Erziehung jüngerer Geschwister oder anderen altersinadäquaten Familienaufgaben betraut wurden. Jurkovic und Kollegen (Jurkovic, Jessee & Goglia, 1991; Jurkovic, 1997) nahmen eine Klassifikation dieser altersinadäquaten Aufgaben vor und unterscheiden emotionale (oder expressive) und instrumentelle Parentifizierung. Emotionale Parentifizierung bezieht sich darauf, sozioemotionale Bedürfnisse der Familienmitglieder zu befriedigen. Dies umfasst bspw. als Konfliktlöser zu fungieren oder Vertrauter eines Elternteils zu sein. Instrumentelle Parentifizierung bezieht sich auf das physische Wohlergehen der Familie. Hierzu zählt zum Beispiel, in altersinadäquater Weise in Haushaltstätigkeiten involviert zu sein oder zum Familieneinkommen beizutragen. Die Unterscheidung in emotionale und instrumentelle Parentifizierung wurde nach der ersten Formulierung durch Jurkovic und Kollegen (Jurkovic et al., 1991; Jurkovic, 1997) von vielen Wissenschaftlern aufgegriffen und auch in der vorliegenden Studie zugrunde gelegt. Dabei geht Jurkovic (1997) davon aus, dass die Übernahme von Verantwortung im Familiensystem nicht prinzipiell negative Folgen haben muss und beschreibt vier Prototypen von Fürsorgeverhalten der Kinder in Familien:

1. Destruktive Parentifizierung (deutliche, altersunangemessene emotionale und/oder instrumentelle Parentifizierung)
2. Adaptive Parentifizierung (umfasst dieselben Merkmale wie destruktive Parentifizierung, ist im Gegensatz dazu jedoch geprägt dadurch, dass diese Kinder Unterstützung und eine faire Behandlung von der Familie und dem weiteren soziokulturellen Umfeld erfahren und nicht vollkommen eingenommen von ihrer Rolle sind.)
3. Gesunde Nicht-Parentifizierung (moderate Verantwortung für emotionale und instrumentelle Aufgaben)
4. Infantilisierung/Bevormundung (wenig bis keine Verantwortungsübernahme bzgl. emotionaler oder instrumenteller Aufgaben, Unterforderung)

Auch Chase (1999) weist darauf hin, dass das kindliche Erfüllen elterlicher Bedürfnisse nicht per se als etwas Negatives charakterisiert werden sollte, sondern auch Sensibilität und Reziprozität in Bezug auf andere fördern kann. Entscheidend dabei seien vor allem

der Umfang und die Altersangemessenheit. In Übereinstimmung damit gibt es empirische Hinweise auf positive Auswirkungen moderater Parentifizierung (Hetherington, 1999). Neben diesen Hinweisen auf mögliche positive Auswirkungen wurde aber vor allem der Zusammenhang zwischen Parentifizierung und inter- und intrapsychischen Problemen wiederholt belegt (Hooper, 2008; Hooper et al., 2011), auch wenn Studien existieren, die weniger eindeutige Zusammenhänge fanden (Fitzgerald et al., 2008; McMahon & Luthar, 2007). In einer Meta-Analyse von Hooper et al. (2011) ergab sich ein kleiner Effekt ( $r = .14, p < .001$ ) für den Zusammenhang zwischen Parentifizierung in der Kindheit/Jugend und psychopathologischen Symptomen im Erwachsenenalter.

Bisherige Untersuchungen weisen auf Assoziationen von Parentifizierung mit kindlichen depressiven Symptomen (Jacobvitz, Hazen, Curran & Hitchens, 2004), kindlichen internalisierenden und externalisierenden Symptomen (van Loon, et al., 2017) sowie späteren Problemen im Erwachsenenalter hin. Unter anderem wurden in Bezug auf die Auswirkungen im Erwachsenenalter Zusammenhänge zwischen kindlicher Parentifizierung und Depressionen (Schier et al., 2011), narzisstischen und masochistischen Persönlichkeitszügen/Persönlichkeitsstörungen (Hooper et al., 2011; Jones & Wells, 2004), Substanzmissbrauch (Bekir, McLellan, Childress & Gariti, 1993) sowie Essstörungen und Angststörungen (Hooper et al., 2011) beobachtet. Es zeigten sich ferner Assoziationen zwischen Parentifizierung und einem geringeren akademischen Status (Chase et al., 1998), dem Impostor-Phänomen (Castro, Jones & Mirsalimi, 2004) und co-abhängigem Verhalten (Wells, Glickauf-Hughes & Jones, 1999). Bei einem großen Teil der berichteten Studien wurde Parentifizierung retrospektiv anhand von Fragebögen erfasst (Castro et al., 2004; Chase et al., 1998; Fitzgerald et al., 2008; Hooper, Marotta & Lanthier, 2008; Schier et al., 2011; Wells, Glickauf-Hughes & Jones, 1999). Wenige Studien erfassten Parentifizierung bereits in der Kindheit mittels Fragebögen (McMahon & Luthar, 2007; van Loon et al., 2017), auf Interviewgrundlage (Bekir et al., 1993) oder anhand von Beobachtungen (Jacobvitz et al., 2004).

Hinsichtlich potenziell unterschiedlicher Assoziationen von emotionaler und instrumenteller Parentifizierung mit kindlichen Symptomen identifizierte Hooper et al. (2008) emotionale, jedoch nicht instrumentelle, Parentifizierung als eigenständigen Prädiktor für die Entwicklung psychopathologischer Symptome. In der Meta-Analyse von Hooper et al. (2011) konnte jedoch kein entscheidender Unterschied zwischen emotio-

nalener und instrumenteller Parentifizierung und dem Zusammenhang zu psychopathologischen Symptomen gefunden werden.

Nicht selten wird das Konstrukt der Parentifizierung auch in Zusammenhang mit psychischen Störungen von Eltern genannt. Ist ein Elternteil psychisch erkrankt, hat dies häufig großen Einfluss auf das Zusammenleben mit Partner und Kindern. Als Reaktion auf eine psychische Belastung des Elternteils sind beim Kind verschiedene Reaktionen denkbar. Das Kind könnte sowohl eine verstärkte Vermeidung/Ablehnung dem Elternteil gegenüber zeigen als auch dem Elternteil eine verstärkte Unterstützung zukommen lassen (Radke-Yarrow, Zahn-Waxler, Richardson, Susman & Martinez, 1994). Letzteres könnte in einer emotionalen (expressiven) oder instrumentellen Parentifizierung münden. Der Häufigkeit, mit der die Assoziation zwischen elterlicher psychischer Erkrankung und Parentifizierung in der Literatur postuliert wird, steht jedoch nur eine sehr kleine Anzahl von wissenschaftlichen Studien gegenüber, die eine uneindeutige Datenlage zeigen. Champion et al. (2009), die Parentifizierung anhand einer Interaktionsaufgabe kodierten, und Ohntrup, Pollak, Plass und Wiegand-Grefe (2011), die das Ausmaß von Parentifizierung anhand eines selbst entwickelten Fragebogens erfassten, fanden keinen Zusammenhang zwischen psychischer Symptomatik der Eltern und emotionaler oder instrumenteller Parentifizierung. In der Studie von Radke-Yarrow et al. (1994) zeigte sich mütterliche Depression nur dann eindeutig mit erhöhtem kindlichem Fürsorgeverhalten assoziiert, wenn gleichzeitig eine sichere Bindung bestand sowie das Kind Probleme in der Affektregulation und/oder Impulskontrolle aufwies. Hingegen berichteten erwachsene Kinder von alkoholabhängigen Eltern in der Untersuchung von Chase, Deming und Wells (1998) retrospektiv über mehr kindliches Fürsorgeverhalten als erwachsene Kinder von Eltern mit unauffälligem Trinkverhalten.

Im Allgemeinen wird von einer erhöhten Parentifizierung bei Mädchen ausgegangen (Hooper et al., 2011). Die Studienlage dazu ist jedoch heterogen. Radke-Yarrow et al. (1994) und Maysless, Bartholomew, Henderson und Trinke (2004) fanden mehr Fürsorgeverhalten bei Mädchen als bei Jungen und auch Hetherington (1999) beobachtete bei der Untersuchung von Familien mit geschiedenen/nicht geschiedenen Eltern die höchsten Werte für emotionale Parentifizierung bei Mädchen. Stein, Riedel und Rotheram-Borus (1999) konnten dagegen keine signifikante Assoziation zwischen Parentifizierung und Geschlecht beobachten. Dieser Befund ergab sich auch in der Meta-Analyse von Hooper et al. (2011). Bezüglich des Geschlechtes der Eltern gibt es Hin-

weise darauf, dass es bei Müttern häufiger zur Parentifizierung kommt als bei Vätern (Mayseless et al., 2004).

McMahon und Luthar (2007) untersuchten den Zusammenhang zwischen verschiedenen Aspekten von Parentifizierung (Verantwortung für die Mutter/Verantwortung für den Haushalt/Verantwortung für jüngere Geschwister) und Charakteristika des Kindes, der Mutter und der Familie. Hier zeigte sich Verantwortung für die Mutter verbunden mit dem Geschlecht des Kindes (Mädchen), dem Bildungsstatus der Mutter (geringerer Bildungsgrad) sowie Vorhandensein von Geschwistern (Einzelkind). Interessanterweise zeigten sich bei den psychopathologischen Symptomen lediglich eine exzentrische Persönlichkeit der Mutter verbunden mit Verantwortung für die Mutter, nicht jedoch depressive oder ängstliche Symptome oder Substanzmissbrauch. Keinerlei Assoziation gab es zwischen der Verantwortung für den Haushalt und psychopathologischen Symptomen. Bezüglich der Verantwortung für die Geschwister ergab sich lediglich eine Assoziation mit mütterlichen ängstlichen Symptomen.

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Parentifizierung und soziodemografischen Aspekten beobachtete Dawson (1980; zitiert nach Chase, 1999) mehr Parentifizierung bei Alleinerziehenden als in Zwei-Eltern-Familien, und auch Johnston (1990), Hetherington (1999) und Jurkovic, Thirkield und Morrell (2001) weisen darauf hin, dass eine Scheidung die Wahrscheinlichkeit einer Parentifizierung erhöhen könnte. Nach Chase (1999) ist vermutlich die Unterstützung, die ein Elternteil unabhängig vom Kind erhält, ein entscheidender Aspekt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass emotionale und instrumentelle Parentifizierung mit psychopathologischen Symptomen bei Kindern verbunden zu sein scheinen, wobei eine divergierende Befundlage bezüglich der Frage besteht, ob dies für beide Aspekte der Parentifizierung zutrifft. Insgesamt ist dabei von kleinen Effekten auszugehen. Ferner ist auf möglicherweise positive Auswirkungen moderater Parentifizierung hinzuweisen. In der Literatur wird die Parentifizierung von Kindern psychisch erkrankter Eltern häufig thematisiert. Dem gegenüber stehen jedoch nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen mit uneindeutiger Befundlage. Es ist ferner eine Tendenz zu erkennen, dass Untersuchungen eher signifikante Zusammenhänge zwischen Parentifizierung und psychopathologischen Symptomen sowie signifikante Unterschiede zwischen Eltern mit und ohne psychische Erkrankung (befragt wurden erwachsene Kinder von Eltern mit Alkoholabhängigkeit) erbringen, wenn die Erhebung in der Re-

trospektive anhand eines Fragebogens durchgeführt wurde. Möglicherweise kommen erwachsene Kinder zu eindeutigeren Einschätzungen, wenn sie im weiteren Lebensverlauf und mit zunehmender Kenntnis anderer familiärer Strukturen, ihr Familienmodell mit dem anderer Familien vergleichen. Es ist aber auch denkbar, dass Personen bei Vorliegen von psychischen Symptomen dazu tendieren, Erklärungen dafür in der Kindheit zu suchen und familiäre Strukturen retrospektiv anders (negativer) bewerten, als dies Personen ohne eine psychische Erkrankung tun.

#### **3.4 Überforderung mit der elterlichen Rolle**

Elternschaft kann im Leben eine große Herausforderung darstellen und zeitweise oder langfristig Gefühle der Überforderung hervorrufen. Das Konzept der Rollenüberforderung ist vor allem in der soziologischen Forschung verankert und wird häufig in Zusammenhang mit dem Konzept der Rollenüberlastung an der Schnittstelle zwischen Arbeit und Familie untersucht (Duxbury, Higgins & Lyons, 2010; Goode & Goode, 1960). Aber auch bei Betrachtung der elterlichen Rolle aus psychologischer Sicht finden sich in der Literatur Hinweise auf die Wichtigkeit dieses Aspekts und Überlappungen mit inhaltlich ähnlichen Konstrukten. Deutliche Überschneidungen von Rollenüberforderung gibt es mit dem Konstrukt des elterlichen Kompetenzgefühls. Bei letzterem werden neben dem Aspekt der Überforderung in gängigen Messinstrumenten jedoch noch weitere Aspekte erfasst, wie bspw. ob Eltern bestimmte Aspekte in ihrer Rolle als Eltern manchmal schwer fallen oder schwieriger ausfallen als sie vorher angenommen haben, wie bspw. beim Eltern-Belastungs-Inventar (EBI; Tröster, 2010). Dass bestimmte Aspekte schwer fallen, muss jedoch nicht zwangsläufig etwas darüber aussagen, ob sich Eltern mit diesen Aspekten auch überfordert fühlen. Oder es werden neben Versagensgefühlen und Kompetenz auch Frustration, Motivation, Problemlösefähigkeiten und Erfolg abgefragt wie bei der Parenting Sense of Competence (PSOC) Scale (Johnston & Mash, 1989). Studien weisen darauf hin, dass sich psychisch beeinträchtigte Mütter offensichtlich als weniger kompetent wahrnehmen und geringere elterliche Selbstwirksamkeit aufweisen als psychisch gesunde Mütter (Downey & Coyne, 1990; Karp, Lutenbacher & Wallston, 2015; Kohlhoff et al., 2016). Elterliches Kompetenzgefühl scheint ferner verbunden mit kindlichen externalisierenden sowie internalisierenden Symptomen (Jones & Prinz, 2005; Miller, 2001).

Das Erfüllen einer Rolle oder einer Anforderung hat ferner einen großen Einfluss auf die eigene Zufriedenheit. Die Elternrolle nicht adäquat ausfüllen zu können oder sich damit überfordert zu fühlen, führt demzufolge höchstwahrscheinlich zu einem geringeren Zufriedenheitsgefühl (Coleman & Karraker, 1998). Dieser Aspekt erscheint besonders in der Beschäftigung mit psychisch erkrankten Eltern relevant, die, vor allem bei depressiven Erkrankungen, neben einer generell negativen Stimmung häufig mit einem geringen Selbstwertgefühl zu kämpfen haben.

Verbunden sind Überforderungsgefühle auch mit dem Eindruck, nicht ausreichend Kontrolle über eine Situation ausüben zu können. Mangelnde Kontrolle über eine Situation hinterlässt häufig das Gefühl von Hilflosigkeit und Überforderung. Elterliche Kontrollüberzeugungen, gemessen anhand der Parental Locus of Control Scale (PLOC; Campis, Lyman & Prentice-Dunn, 1986), zeigten in Studien einen Zusammenhang mit elterlichem Stress sowie depressiven und ängstlichen Symptomen von Müttern (Dunn, Burbine, Bowers & Tantleff-Dunn, 2001; Lloyd & Hastings, 2009). Mouton und Tuma (1988) untersuchten elterliche Kontrollüberzeugungen, Zufriedenheit mit der elterlichen Rolle und elterlichen Stress in einer Stichprobe von Müttern mit zwei bis zehn Jahre alten Kindern, in der eine Teilstichprobe der Kinder Verhaltensprobleme aufwies. Die Mütter dieser Kinder berichteten über mehr elterlichen Stress, geringere Zufriedenheit mit ihrer Elternrolle und dem Gefühl geringerer Kontrolle über Verhaltensweisen des Kindes.

Spezifische theoretische und empirische Arbeiten, die sich mit den Zusammenhängen der elterlichen Überforderung und kindlicher Psychopathologie in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil befassen, fehlen bisher allerdings. Die Relevanz der Untersuchung dieses Konstrukts ergab sich aber neben den o. g. konstruktnahen Befunden aus den vielen Elternkontakten in Vorbereitung der Studie. Zudem weist eine aktuelle Studie ebenfalls darauf hin, dass psychisch erkrankte Eltern einen erhöhten Hilfebedarf in Erziehungsfragen angeben, was als Hinweis auf Überforderungsgefühle interpretiert werden kann (Markwort et al., 2016).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass trotz geringen theoretischen Unterbaus, das Gefühl der Überforderung mit der elterlichen Rolle ein wichtiger Aspekt bei der Untersuchung von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil sein könnte. Verwandte Konzepte, wie das elterliche Kompetenzgefühl oder elterliche Kontroll-

überzeugungen, weisen sowohl Assoziationen mit elterlicher als auch kindlicher Psychopathologie auf.



## 4. Emotionsregulation

Die Entwicklung einer funktionalen und effektiven ER ist eine zentrale Entwicklungsaufgabe für Kinder. Das Umfeld, in dem ein Kind aufwächst, hat dabei einen entscheidenden Einfluss darauf, mit welchem Erfolg ein Kind diese Aufgabe bewältigt (Southam-Gerow & Kendall, 2002). Im Folgenden werden zunächst Grundlagen der Forschungsgeschichte zur ER, definitorische Aspekte sowie Zusammenhänge zu psychopathologischen Symptomen betrachtet. Anschließend wird darauf eingegangen, warum die kindliche Regulierung als ein möglicher Mechanismus in der Transmission psychischer Erkrankungen immer mehr in den Fokus der Aufmerksamkeit rückt (Morris et al., 2007; Silk et al., 2006a).

Beeinflusst wurde die derzeitige Forschung zur Regulation von Emotionen durch verschiedene Forschungsrichtungen: Freuds Studien über Abwehrmechanismen, Bowlbys Bindungstheorie, die Emotionstheorie von Frijda sowie Lazarus Forschung zu Stress und Coping (Gross & Thompson, 2007). Was in der Literatur unter ER verstanden wird, ist jedoch zum Teil sehr verschieden. So findet sich auch keine einheitliche oder allgemein anerkannte Definition der Regulation von Emotionen (Cole, Martin & Dennis, 2004). Definitionen unterscheiden sich unter anderem dadurch, welche Regulationsprozesse (z. B. kognitive oder behaviorale Regulation) und Komponenten einer Emotion generell berücksichtigt werden, ob die Regulationsprozesse als implizit oder explizit angesehen werden und ob externale Prozesse (z. B. Regulation durch eine andere Person) miteingeschlossen werden (Kring & Werner, 2004). Zwei prominente Definitionen mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen formulierten Gross (1998): „Emotion Regulation refers to the processes by which we influence which emotions we have, when we have them and how we experience them” (S. 275) und Thompson (1994): „Emotion Regulation consists of extrinsic and intrinsic processes responsible for monitoring, evaluating, and modifying emotional reaction, especially their intensive and temporal features, to accomplish one’s goal” (S. 27–28).

Entsprechend der verschiedenen Schwerpunktsetzungen in der Definition von ER, gibt es auch unterschiedliche Operationalisierungen in der Erfassung. In der vorliegenden Studie erfolgte die Konzentration auf die Oberkategorien von maladaptiver und adaptiver Regulation von Emotionen, welche bezüglich der Häufigkeit ihrer Anwendung eingeschätzt wurden. Als adaptiv werden unter anderem Strategien klassifiziert, die auf die Umbewertung, problemorientiertes Handeln oder Zerstreung abzielen. Zu den mal-

adaptiven Strategien werden unter anderem Rückzug, Selbstabwertung, Perseveration oder aggressives Verhalten gezählt. Die Klassifizierung dieser Strategien als maladaptiv oder adaptiv wird durch bisherige Befunde unterstützt (z. B. Garnefski & Kraaij, 2006; Grolnick, Bridges & Connell, 1996; Legerstee, Garnefski, Jellesma, Verhulst & Utens, 2010).

Rivers et al. (2006) berichtet über eine unterschiedliche Nutzung von ER-Strategien in Abhängigkeit von der Emotion, welche reguliert werden muss (Ärger vs. Traurigkeit), was dafür spricht, die Regulation internalisierender und externalisierender Emotionen getrennt zu betrachten. Ferner findet sich substanzielle Forschung zur Regulation von Ärger, während nur begrenzt Untersuchungen zur Regulation von Emotionen wie Traurigkeit, Scham oder Schuld bestehen (Zeman, Cassano, Perry-Parrish & Stegall, 2006).

Bisherige Studien weisen auf Beeinträchtigungen der ER bei psychisch auffälligen Kindern hin (McLaughlin, Hatzenbuehler, Mennin & Nolen-Hoeksema, 2011; Siener & Kerns, 2012; Southam-Gerow & Kendall, 2002). Dieser Befund zeigt sich störungsübergreifend unter anderem in Bezug auf depressive Symptome (Siener & Kerns, 2012; Yap et al., 2011), Angststörungen (Asbrand, Svaldi, Krämer, Breuninger & Tuschen-Caffier, 2016; Carthy, Horesh, Apter & Gross, 2010; Hannesdottir & Ollendick, 2007; Suveg & Zeman, 2004), ADHS (Seymour et al., 2012) und Essstörungen (Sim & Zeman, 2005). Ebenso wurde ein Zusammenhang mit kindlicher Aggression gefunden (Röll, Koglin & Petermann, 2012). Dass eine maladaptive ER dabei möglicherweise mehr einen Risikofaktor für die Entwicklung psychopathologischer Symptome als lediglich ein Symptom von Psychopathologie darstellt, zeigen die Ergebnisse von McLaughlin et al. (2011). In der Längsschnittstudie zeigten sich Defizite in der ER als Prädiktoren adoleszenter Psychopathologie. Umgekehrt zeigte sich adoleszente Psychopathologie jedoch nicht als Prädiktor für Defizite in der ER.

Auch auf der elterlichen Seite zeigen sich psychische Erkrankungen mit einer deutlich vermehrten Nutzung maladaptiver Strategien verbunden (Beblo et al., 2012; Campbell-Sills, Barlow, Brown & Hofmann, 2006; Svaldi et al., 2012) und werden in der Diskussion um aufrechterhaltende oder zur Entstehung beitragende Faktoren immer häufiger angeführt (z. B. Linehan, Bohus & Lynch, 2007; Mennin, Heimberg, Turk & Fresco, 2005). Beeinträchtigungen in der ER scheinen dabei weniger störungsspezifisch zu sein, sondern vielmehr einen störungsübergreifenden Marker darzustellen (Svaldi et al., 2012). Die Ergebnisse einer Meta-Analyse von Aldao et al. (2010), in die sowohl Stu-

dien mit Kindern als auch mit Erwachsenen einfließen, weisen jedoch darauf hin, dass die Stärke der Assoziation zwischen psychopathologischen Symptomen und ER-Strategien je nach Erkrankung variieren kann. Dabei scheinen Depression und Angststörungen stärkere Assoziationen mit ER-Strategien aufzuweisen als bspw. Substanzmissbrauch oder Essstörungen. Ferner legen die Ergebnisse nahe, dass eine maladaptive ER stärker mit psychopathologischen Symptomen zusammenhängt als eine adaptive ER. In Übereinstimmung damit stehen die Ergebnisse einer Studie von Job et al. (2016), in der Familien der Allgemeinbevölkerung und Pflegefamilien bzgl. der kindlichen ER sowie externalisierenden und internalisierenden Symptomen von zwei- bis siebenjährigen Kindern befragt wurden. Hier zeigte sich in beiden Stichproben nur eine maladaptive kindliche ER (nicht jedoch adaptive kindliche ER) verbunden mit kindlichen psychopathologischen Symptomen.

Die Eltern als primäre Bezugspersonen stehen in einem ständigen emotional regulatorischen Austausch mit ihrem Kind. Dieser wird als Vorläufer der kindlichen Fähigkeiten angesehen, später eigene Emotionen angemessen zu regulieren (Cole et al., 2004). Studien zum elterlichen Einfluss auf die ER von älteren Kindern liegen bislang nur in geringer Anzahl vor (John & Gross, 2004; Muralidharan, Yoo, Ritschel, Simeonova & Craighead, 2010; Zeman et al., 2006). Es kann aber davon ausgegangen werden, dass in ungewohnten Situationen eine Hinwendung zu den Eltern erfolgt, um Informationen über angemessene emotionale Reaktionen zu erhalten und dass Kinder auf diese Weise in Interaktion mit den Eltern und durch Beobachtung dieser beeinflusst werden (Morris et al., 2007; Parke, 1994). Mehrere Autoren weisen ferner darauf hin, dass eine Beeinflussung der kindlichen ER auch dadurch erfolgen könnte, dass Eltern ihren Kindern im Umgang mit negativen Emotionen direkte Anweisungen oder Hilfestellungen geben (z. B. „Denk einfach an etwas anderes“, „Das Problem könnte man auch von einer anderen Seite betrachten“) (Morris et al., 2007; Parke, 1994).

Generell ist es eine Herausforderung für alle Eltern, ein emotional erregtes oder dysreguliertes Kind in der Regulation seiner Emotionen zu unterstützen und dabei den eigenen regulierten Zustand aufrechtzuerhalten (Rutherford, Wallace, Laurent & Mayes, 2015). Eltern, denen bereits die Regulation der eigenen Emotionen schwerfällt, könnte dies jedoch besondere Probleme bereiten, was wiederum zu Regulationsschwierigkeiten beim Kind beitragen könnte.

Bedeutsam für die vorliegende Arbeit ist ferner der Befund von Rude und McCarthy (2003), die beobachteten, dass rezidivierend depressiv erkrankte Personen auch in Phasen der Gesundung weiterhin maladaptive Strategien zur Regulierung ihrer Emotionen anwenden.

Dass elterliche Schwierigkeiten in der ER einen bedeutenden Einfluss auf die ER ihrer Kinder nehmen könnten, liegt also nahe. In jüngeren Arbeiten wird auf die Notwendigkeit von weiterer Forschung zur intergenerationalen Transmission von Strategien zur Emotionsregulierung (Morris et al., 2007) unter Einbezug elterlicher ER-Strategien (Bariola et al., 2011; Yap, Allen & Sheeber, 2007) hingewiesen. In einer der ersten Studien bezüglich dieser Thematik von Bariola, Hughes und Gullone (2012) zeigte sich eine Assoziation zwischen der Unterdrückung des Ausdrucks von Emotionen bei Müttern und ihren Kindern. Gunzenhauser, Fäsche, Friedlmeier und Suchodoletz (2014) fanden bei einer Gruppe von Vorschulkindern und ihren Eltern neben der Unterdrückung des Emotionsausdrucks zusätzlich einen Zusammenhang zwischen elterlichen und kindlichen Strategien hinsichtlich der Strategie Neubewertung. Daughters, Gorka, Rutherford und Mayes (2014) fanden die Toleranz des durch eine Frustrationsaufgabe erzeugten Distresses bei Müttern und Töchtern assoziiert.

In einer aktuellen Studie von Thomsen, Lessing und Greve (2017) zeigten sich maladaptive und adaptive Regulationsstrategien bezüglich der Emotion Traurigkeit bei drei- bis sechsjährigen Kindern und ihren Eltern ebenfalls assoziiert. Und auch Are und Shaffer (2016) fanden mütterliche emotionale Dysregulation verbunden mit geringen kindlichen adaptiven Regulationsfähigkeiten sowie kindlicher Negativität/Labilität als Indikator für eine kindliche Dysregulation. In Anbetracht dieser Befunde erscheint es plausibel, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern besonders gefährdet sind, maladaptive ER-Strategien in einem verstärkten Ausmaß und adaptive ER-Strategien in geringerem Umfang zu entwickeln.

Bisher haben erst wenige Studien Kinder von psychisch erkrankten Eltern hinsichtlich ihrer ER-Strategien untersucht. Garber, Braafladt und Zeman (1991) interviewten 33 Mütter (17 Mütter mit einer depressiven Erkrankung/16 Mütter ohne psychiatrische Erkrankung) und ihre Kinder im Alter von acht bis 13 Jahren bezüglich verwendeter ER-Strategien. Bei den depressiven Müttern sowie deren Kindern war sowohl ein geringeres Repertoire an ER-Strategien als auch eine häufigere Nutzung wenig effektiver ER-Strategien zu verzeichnen. Silk et al. (2006a) beobachteten während Stimmungsin-

duktion im Labor bei vier- bis siebenjährigen Kindern von Müttern, bei denen als Jugendliche eine depressive Erkrankung diagnostiziert wurde, eine häufigere Anwendung der als maladaptiv kategorisierten Strategie Fokussierung auf ein nicht zugängliches Objekt. Die Töchter (jedoch nicht die Söhne) der erkrankten Mütter unterschieden sich ferner von den Töchtern gesunder Mütter dahingehend, dass sie seltener die aktive Ablenkung nutzten und mehr passives Abwarten zu beobachten war. Feng et al. (2008) hingegen fanden bei Kindern von Müttern mit aktueller Depression/Depression in der Vergangenheit im Vergleich mit Kindern von Müttern ohne aktuelle/vergangene depressive Erkrankung nur einen Unterschied bzgl. der Nutzung aktiver Selbstregulation, nicht jedoch bzgl. passiver Regulation. Ferner konnten hier keine Geschlechtsunterschiede beobachtet werden. Für geschlechtsspezifische Unterschiede sprechen wiederum die Ergebnisse von Radke-Yarrow, Nottelmann, Belmont und Welsh (1993), die eine spezifische Verbindung zwischen negativem Affekt von depressiven Müttern und ihren anderthalb- bis dreieinhalbjährigen Töchtern fanden.

Bosquet Enlow et al. (2011) fanden einen Zusammenhang zwischen mütterlichen PTSD-Symptomen und der emotionalen Regulierung ihrer Kinder im Alter von sechs Monaten. Dieser Zusammenhang blieb auch nach der Kontrolle mütterlicher depressiver Symptome bestehen. Bezüglich kindlicher ER-Strategien als möglichem Transmissionsmechanismus fanden Kaufman et al. (2017) den Zusammenhang zwischen Symptomen einer elterlichen BPS sowie Symptomen einer antisozialen Persönlichkeitsstörung und kindlichen psychopathologischen Symptomen partiell mediiert durch kindliche Emotionsregulationsschwierigkeiten. Elterliche Dysregulation als möglichen Mechanismus untersuchten Han et al. (2016). Die Autoren fanden in Familien mit Kindern im Alter von sieben bis zwölf Jahren elterliche Dysregulation als Mediator zwischen elterlicher Psychopathologie und kindlichen internalisierenden Symptomen sowie Trennungsangst. Kein Mediatoreffekt wurde jedoch für externalisierende kindliche Symptome beobachtet.

Insgesamt wurde erst in wenigen Studien der Zusammenhang zwischen elterlichen ER-Strategien und kindlichen psychopathologischen Symptomen untersucht. Dabei weisen einige Studien auf einen stärkeren Zusammenhang zwischen elterlichen ER-Strategien und kindlichen internalisierenden Symptomen hin (Han & Shaffer, 2013; Kliewer et al., 2004), wobei sich in der Studie von Davis, Suveg und Shaffer (2015) signifikante Zu-

sammenhänge zwischen elterlicher ER und internalisierenden sowie externalisierenden Symptomen zeigen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich eine maladaptive Regulation von Emotionen sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern mit psychopathologischen Symptomen verbunden zeigt. Auch bezüglich einer adaptiven ER zeigen sich Assoziationen, jedoch deuten die Ergebnisse darauf hin, dass der Zusammenhang weniger stark zu sein scheint. Durch o. g. Prozesse (z. B. Modelllernen, direkte Anweisungen der Eltern) könnte eine maladaptive Regulation von psychisch erkrankten Eltern demzufolge zu ungünstigen Regulationsstrategien bei deren Kindern beitragen und das Risiko für die Entwicklung psychopathologischer Symptome erhöhen. Bisher existieren erst wenige Befunde zur ER von Kindern psychisch erkrankter Eltern, die jedoch auf Beeinträchtigungen in diesem Bereich hinweisen.

## **5. Zusammenhänge zwischen den Konstrukten und Implikationen für die vorliegende Arbeit**

In den vorangegangenen Kapiteln wurden die theoretischen Aspekte zu den untersuchten beziehungsorientierten Merkmalen und zu ER-Strategien, sowohl historisch, hinsichtlich von Besonderheiten in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil, als auch bezüglich der Assoziationen mit kindlicher Psychopathologie, zunächst getrennt betrachtet. Immer häufiger werden jedoch auch die Zusammenhänge zwischen beziehungsorientierten Merkmalen und elterlicher sowie kindlicher ER in Studien untersucht.

Bezüglich elterlicher ER zeigte sich in der Studie von Mazursky-Horowitz et al. (2015) maladaptive mütterliche ER positiv assoziiert mit ungünstigem Elternverhalten (in Reaktion auf negative Emotionen ihrer adoleszenten Kinder) sowie negativ mit positivem Elternverhalten. Des Weiteren medierte eine maladaptive mütterliche ER den Zusammenhang zwischen elterlichen ADHS-Symptomen und ungünstigem, harschen Verhalten bezüglich negativer Emotionen ihrer Kinder. Kohlhoff et al. (2016) fanden spezifische Zusammenhänge zwischen elterlichen ER-Strategien und Erziehungsverhalten in Abhängigkeit von elterlichen depressiven Symptomen. Während sich bspw. der Zusammenhang zwischen kognitiver Neubewertung und Loben des Kindes nur bei Eltern mit niedrigen Depressionswerten zeigte, konnte eine negative Assoziation zwischen kognitiver Neubewertung und feindseligem Elternverhalten nur bei Personen mit hohen Depressionswerten gefunden werden. Unabhängig vom Erziehungsverhalten fanden auch Aldao et al. (2010) den Zusammenhang zwischen ER-Strategien und psychopathologischen Symptomen stärker in klinischen als in nicht-klinischen Gruppen. Es kann also vermutet werden, dass der Zusammenhang zwischen elterlichen ER-Strategien und Erziehungsverhalten oder psychopathologischen Symptomen beeinflusst wird durch psychische Beeinträchtigungen der Eltern.

Einen Zusammenhang mit kindlicher ER fanden Autoren unter anderem für elterliche Reaktionen auf kindliche Emotionen (z. B. Eisenberg et al., 1999; Otterpohl, Imort, Lohaus & Heinrichs, 2012; Yap, Allen & Ladouceur, 2008), elterliche Wärme/positive Expressivität (Eisenberg et al., 2005), elterliche Feindseligkeit (Morris et al., 2002), elterliche Passivität (Grolnick et al., 1996) sowie die gefühlte elterliche Akzeptanz (Kliewer et al., 2004). Darüber hinaus wird der kindlichen ER von einigen Autoren eine

Mediatorfunktion zwischen familiären bzw. elterlichen Aspekten (z. B. elterlichem Temperament, mütterlicher Negativität, Erziehungsverhalten, elterlicher ER) und kindlichen psychopathologischen Symptomen zugeschrieben (Morris et al., 2007; Yap et al., 2007; Yap, Schwartz, Byrne, Simmons & Allen, 2010). Morris et al. (2007) stellten bspw. explizit heraus, dass eine gestörte kindliche ER einen plausiblen Mechanismus in der Verbindung zwischen elterlicher Expressed Emotion und kindlichen Symptomen darstellen könnte. Untersucht wurde dieser Zusammenhang in einer jüngeren Studie von Han und Shaffer (2014) mit einer Stichprobe von Müttern und Kindern der Allgemeinbevölkerung. Die Autoren fanden den Zusammenhang zwischen EE Kritik und kindlichen externalisierenden Symptomen mediiert durch kindliche emotionale Dysregulation. Keine Mediatorfunktion von kindlicher emotionaler Dysregulation zeigte sich hingegen für internalisierende Störungen.

In der Studie von Job et al. (2016) zeigte sich ein Zusammenhang zwischen elterlichem Erziehungsverhalten und kindlichen adaptiven (nicht jedoch maladaptiven) ER-Strategien. Maladaptive Strategien, jedoch nicht adaptive Strategien zeigten sich wiederum verbunden mit kindlichen externalisierenden und internalisierenden Symptomen.

Rueth, Otterpohl und Wild (2017) fanden in einer nicht-klinischen Stichprobe eine maladaptive adoleszente Regulation von Ärger als (zumindest partiell) mediiierenden Faktor zwischen elterlicher psychologischer Kontrolle und internalisierenden und externalisierenden Problemen. Eine adaptive adoleszente Regulation von Ärger nahm diesbezüglich keine mediiierende Rolle ein, vermittelte jedoch den Zusammenhang zwischen elterlicher Autonomieunterstützung und externalisierenden Problemen.

Insgesamt kann konstatiert werden, dass gerade in den letzten Jahren immer mehr Untersuchungen durchgeführt wurden, die elterliche und kindliche ER-Strategien, beziehungsorientierte Merkmale sowie kindliche und elterliche psychopathologische Symptome in Beziehung zueinander setzen. Es findet sich jedoch eine große Heterogenität bezüglich der Operationalisierungen der Konstrukte. Ferner wird von divergierenden Mediationsmodellen ausgegangen (bspw. elterliche oder kindliche ER als Mediator) und die untersuchte Altersspanne der Kinder unterscheidet sich stark, was eine zusammenfassende Bewertung der bisherigen Forschungsergebnisse erschwert.

Als prominentes Beispiel für ein Modell, dass die kindliche ER als entscheidendes Merkmal in der kindlichen Anpassung propagiert, kann das Tripartite-Modell von



Morris et al. (2007) angeführt werden. In dem Modell wird davon ausgegangen, dass Auffälligkeiten in der Regulation von Emotionen kindlichen Anpassungsproblemen zugrunde liegen. Im Modell werden unter dem Begriff der Anpassung („adjustment“) sowohl externalisierende und internalisierende Symptome als auch soziale Kompetenz gefasst. Die Entwicklung der kindlichen ER wird wiederum durch drei Aspekte des familiären Umfelds beeinflusst: Elternverhalten (v. a. in Bezug auf die Sozialisation von Emotionen), das emotionale Klima einer Familie und die Beobachtungen des Kindes. Hierbei wird von bidirektionalen Prozessen ausgegangen. Elterlichen und kindlichen Charakteristika werden dabei zusätzlich beeinflussende bzw. moderierende Wirkungen zugeschrieben.

Ferner führten Yap et al. (2007) ein Modell ein, in der die ER von Jugendlichen den Zusammenhang zwischen familiären Prozessen (worunter elterliche ER, der elterliche Ansatz zur Sozialisierung kindlichen emotionalen Verhaltens und elterliches Temperament gefasst werden) und depressiven Symptomen der Jugendlichen mediiert.

Und auch in dem womöglich bekanntesten Transmissionsmodell zur Entstehung psychischer Erkrankungen bei Kindern psychisch erkrankter Eltern von Goodman und Gotlib (1999) werden Schwierigkeiten in der Regulation von Emotionen als eine Form affektiver Verletzlichkeit (neben psychobiologischen, kognitiven, behavioralen und interpersonalen Vulnerabilitäten) genannt, die beeinflusst u. a. von Mechanismen wie mütterlichem negativem Verhalten und Affekt oder einer stressreichen Umgebung, zur Entstehung kindlicher Depression und anderer Störungen führen können.

Aufgrund dieser theoretischen Grundlage (eingeschlossen der Ausführungen unter 3. und 4.) und in primärer Anlehnung an das Modell von Morris et al. (2007) erfolgten in der vorliegenden Studie folgende Untersuchungen:

1. Der Vergleich von Familien mit psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern hinsichtlich kindlicher psychopathologischer Symptome, des familiären Klimas, Erziehungsverhalten, Parentifizierung, Rollenüberforderung sowie kindlicher und elterlicher ER-Strategien.

2. Die Untersuchung von kindlicher ER als vermittelnden Mechanismus zwischen elterlicher ER sowie wichtigen beziehungsorientierten Merkmalen (dem familiären Klima, Erziehungsstrategien) und kindlichen psychopathologischen Symptomen. Die Untersuchung dieses Punkts erfolgte ausschließlich in der Stichprobe der Familien mit einem

psychisch erkrankten Elternteil, um spezifische Aussagen hinsichtlich dieser Stichprobe treffen zu können.

Die untersuchten Konstrukte sind in Anlehnung an das Modell von Morris et al. (2007) in Abbildung 3 festgehalten.

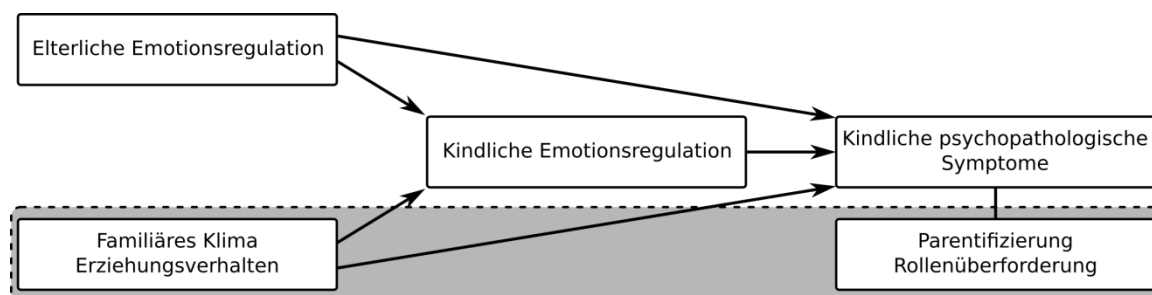


Abbildung 3. Grafische Darstellung der in der Studie untersuchten Variablen. Die beziehungsorientierten Merkmale sind grau hinterlegt.

In dem Tripartite-Modell von Morris et al. (2007) wird die kindliche ER ebenfalls als vermittelnder Mechanismus zwischen familienbezogenen Merkmalen und kindlichen psychopathologischen Symptomen dargestellt. Erziehungsverhalten, in dem Modell von Morris et al. (2007) unter dem Oberbegriff des emotionalen Klimas eingeordnet, wird hier jedoch separat gefasst. Leichte Abweichungen finden sich ferner bezüglich der Verortung elterlicher ER. Während Morris et al. (2007) den Einfluss elterlicher ER primär vermittelt über Beobachtungslernen und den Einfluss auf andere familiäre Merkmale sehen, wurde die elterliche ER im obigen Modell aufgrund neuerer Befunde als eigenständiger Einflussfaktor auf die kindliche ER konzipiert. Ein weiterer von Morris et al. (2007) propagierter Einflussfaktor auf die kindliche ER (Elternverhalten spezifisch bezogen auf die kindliche Emotionssozialisation) wurde in der vorliegenden Studie nicht untersucht.

Die für psychisch erkrankte Eltern potenziell relevanten Konstrukte der Parentifizierung und Rollenüberforderung sind dem Modell hinzugefügt. Das Konstrukt der Parentifizierung wird in dem obigen Modell nicht explizit als Einflussfaktor auf kindliche ER-Strategien dargestellt. Zwar sind auch hier Zusammenhänge mit der kindlichen ER vorstellbar, ein konkreter theoretischer Hintergrund liegt jedoch bislang nicht vor. Möglicherweise könnte es auch selbst als eine Art Regulationsstrategie betrachtet werden. Eine klare Verortung im Modell wurde deshalb nicht vorgenommen, sondern lediglich der angenommene Zusammenhang mit kindlichen psychopathologischen Symp-

tomen dargestellt. In Hinblick auf Rollenüberforderung liefert die bisherige Literatur ebenfalls keine konkreten Hinweise auf einen Zusammenhang mit kindlichen ER-Strategien. Generell scheinen Zusammenhänge zwischen Rollenüberforderung und dem familiären Klima, elterlichem Erziehungsverhalten und elterlicher ER durchaus plausibel. Da eine Überprüfung dieser Zusammenhänge jedoch nicht Gegenstand der vorliegenden Studie war, wurde (wie bei Parentifizierung) ebenfalls nur der angenommene Zusammenhang zu kindlichen psychopathologischen Symptomen grafisch dargestellt. Auch wurde auf eine Visualisierung bezüglich potenzieller Zusammenhänge zwischen den beziehungsorientierten Merkmalen/elterlicher ER aus Gründen der Übersichtlichkeit und weil diese nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung waren, verzichtet.

Ferner ist anzumerken, dass in der vorliegenden Arbeit der Schwerpunkt, ausgehend von der psychischen Erkrankung der Eltern, Fragestellungen primär in Richtung der Beeinflussung der kindlichen ER (und der kindlichen psychopathologischen Symptome) durch Beeinträchtigungen in familiären beziehungsorientierten Merkmalen sowie der elterlichen ER formuliert wurden, weshalb die Pfeile im Modell dementsprechend gesetzt wurden. Bidirektionale Prozesse könnten jedoch natürlich ebenfalls eine Rolle spielen.



## 6. Ableitung der Fragestellungen und Hypothesen

Untersuchungen bei Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil wurden bezüglich einiger in der vorliegenden Arbeit integrierter Aspekte gar nicht bzw. nur sehr selten und/oder mit divergierenden Befunden durchgeführt. Ließen sich aufgrund bisheriger theoretischer Überlegungen und empirischer Befunde gerichtete Hypothesen formulieren, so wurde dies im Folgenden vorgenommen. Lag dies nicht in ausreichender Form vor, so sind die entsprechenden Analysen als ungerichtet ausgewiesen.

Die folgenden Fragestellungen/Hypothesen lassen sich in zwei große Blöcke unterteilen. Der erste Block (Fragestellungen 1 bis 3) beschäftigt sich mit dem Vergleich von Familien mit und ohne psychische Erkrankung hinsichtlich kindlicher psychopathologischer Symptome, beziehungsorientierter Merkmale und kindlicher/elterlicher ER. Der zweite Block (Fragestellungen 4 und 5) beschäftigt sich mit kindlicher ER als Mediator zwischen beziehungsorientierten Merkmalen/elterlicher ER und kindlichen psychopathologischen Symptomen in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil.

### **Fragestellung 1: Finden sich bei bisher nicht in psychotherapeutischer Behandlung befindlichen Kindern psychisch erkrankter Eltern erhöhte psychopathologische Symptome?**

In einer Vielzahl von Studien konnte nachgewiesen werden, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern ein erhöhtes Risiko aufweisen, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln (z. B. Beardslee et al., 1998; Lieb et al., 2002; van Santvoort et al., 2015; Weissman et al., 2005). In der vorliegenden Studie wurden (aufgrund des präventiven Charakters des Kanu-Projekts, im Rahmen dessen die Datenerhebung stattfand) Kinder explizit ausgeschlossen, die bereits psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass einige dieser Kinder trotzdem erhöhte psychopathologische Werte aufweisen, bspw. weil die Auffälligkeiten noch nicht sehr drastisch sind, die Eltern noch keine Hilfe aufgesucht haben oder die Eltern die Probleme der Kinder möglicherweise nicht erkennen oder Schwierigkeiten damit haben, diese korrekt einzuordnen.

**Hypothese 1:** Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil weisen höhere psychopathologische Werte auf als Kinder psychisch gesunder Eltern.

**Fragestellung 2: In welchen beziehungsorientierten Merkmalen unterscheiden sich Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil von Familien mit psychisch gesunden Eltern?**

Unter dem Oberbegriff der beziehungsorientierten Merkmale wurden in der vorliegenden Studie elterliche und kindliche Expressed Emotion, emotionale und instrumentelle Parentifizierung, Rollenüberforderung sowie Erziehungsverhalten untersucht. Im Folgenden sind für jeden dieser Aspekte kurz wichtige theoretische Eckpunkte mit den darauf folgenden Hypothesen dargelegt.

In Bezug auf elterliches Expressed Emotion wurde in einigen Studien ein erhöhtes Ausmaß bei psychisch erkrankten Eltern beobachtet (Frye & Garber, 2005; Nelson et al., 2003; Schwartz et al., 1990). Bei Kindern psychisch erkrankter Eltern wurde Expressed Emotion nach Wissen der Autorin bisher noch nicht erhoben. Der Autorin sind jedoch zwei Studien bekannt, in denen Expressed Emotion ebenfalls bei Kindern (anhand des FMSS) erhoben wurde. Beide Studien berichten über einen positiven Zusammenhang zwischen kindlicher und elterlicher Expressed Emotion (Marshall et al., 1990; Przeworski et al., 2012).

**Hypothese 2:** Psychisch erkrankte Eltern werden häufiger als HEE eingestuft als psychisch gesunde Eltern.

**Hypothese 3:** Kinder psychisch erkrankter Eltern werden häufiger als HEE eingestuft als Kinder psychisch gesunder Eltern.

**Hypothese 4:** Es zeigt sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Expressed Emotion von Kindern und Eltern.

Obwohl Familien mit psychisch erkrankten Eltern häufig mit Prozessen der Parentifizierung in Zusammenhang gebracht werden, existieren hierzu nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen mit divergierenden Befunden (Champion et al., 2009; Chase et al., 1998; Ohntrup et al., 2011; Radke-Yarrow et al., 1994). Auch bezüglich der Frage, ob das kindliche oder elterliche Geschlecht eine Rolle spielt, liegen bislang nur wenige bzw. divergierende Ergebnisse vor (Hooper et al., 2011; Mayseless et al., 2004), weshalb eine diesbezügliche Analyse ebenfalls durchgeführt wurde.

**Ungerichtete Analyse 1:** Unterscheiden sich Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil im Ausmaß der Parentifizierung von Familien mit psychisch gesunden Eltern?

**Ungerichtete Analysen 2a–b:** Spielt das elterliche (2a) oder das kindliche (2b) Geschlecht beim Vorkommen von Parentifizierung eine Rolle?

Die Bewältigung einer psychischen Erkrankung bindet viele verfügbare Ressourcen, welche jedoch häufig ebenfalls für ein zufriedenstellendes Ausfüllen der elterlichen Rolle benötigt würden. Ferner scheinen psychisch erkrankte Eltern sich als weniger kompetent wahrzunehmen als psychisch gesunde Eltern (z. B. Downey & Coyne, 1990; Karp et al., 2015) und wünschen sich mehr Hilfe in Erziehungsfragen (Markwort et al., 2016). In Anbetracht dieser Befunde ist anzunehmen, dass bei psychisch erkrankten Eltern auch vermehrt Gefühle von Überforderung mit der Elternrolle auftreten.

**Hypothese 5:** Psychisch erkrankte Eltern schildern mehr Rollenüberforderung als psychisch gesunde Eltern.

Die Mehrzahl der bisherigen Untersuchungen weist auf eine häufigere Nutzung ungünstiger Erziehungsstrategien durch psychisch erkrankte Eltern hin (Downey & Coyne, 1990; Johnson et al., 2001; Kötter et al., 2010; Leung & Slep, 2006; Lovejoy et al., 2000; Muzik et al., 2017), obwohl auch gegenteilige Befunde existieren (Markwort et al., 2016). Bezüglich positiven Erziehungsverhaltens existieren ebenfalls divergierende Befunde (Cummings et al., 2005; Foster et al., 2008; Kötter et al., 2010), ohne dass jedoch eine klare Tendenz zu verzeichnen wäre. Die Studien, in denen die Autoren keinen Zusammenhang beobachteten, wurden jedoch v. a. an subklinischen Stichproben durchgeführt.

**Hypothese 6:** Psychisch erkrankte Eltern wenden als negativ eingeschätzte Erziehungsstrategien in einem stärkeren Ausmaß an als psychisch gesunde Eltern.

**Hypothese 7:** Psychisch erkrankte Eltern wenden als positiv kategorisierte Erziehungsstrategien in einem geringeren Ausmaß an als psychisch gesunde Eltern.

**Fragestellung 3: Unterscheidet sich die ER von Kindern und Eltern aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil von der ER von Kindern und Eltern aus Familien mit psychisch gesunden Eltern?**

Die häufigere Anwendung maladaptiver Strategien sowie die geringere Anwendung adaptiver Strategien zur Regulation von Emotionen bei Personen mit einer psychischen Erkrankung konnte in verschiedenen Studien beobachtet werden (Beblo et al., 2012;

Campbell-Sills et al., 2006; Svaldi et al., 2012). Ausgehend von der Annahme, dass Eltern in der Entwicklung kindlicher ER-Strategien als Modell fungieren und ferner Hilfestellung beim Umgang mit negativen Emotionen liefern (Morris et al., 2007; Parke, 1994), ist auch bei Kindern psychisch erkrankter Eltern eine geringere Anwendung adaptiver sowie eine häufigere Anwendung maladaptiver Strategien zu erwarten. Die wenigen Studien, die psychisch erkrankte Kinder bezüglich ihrer ER-Strategien untersuchten, fanden ein geringeres Repertoire an ER-Strategien (Garber et al., 1991), eine häufigere Nutzung maladaptiver Strategien (Garber et al., 1991; Silk et al., 2006a) sowie die geringere Nutzung adaptiver Strategien (Feng et al., 2008).

**Hypothesen 8a–b:** Psychisch erkrankte Eltern wenden in stärkerem Maße maladaptive (8a) und in geringerem Maße adaptive (8b) Strategien zur Regulation von Emotionen an als psychisch gesunde Eltern.

**Hypothesen 9a–b:** Kinder psychisch erkrankter Eltern wenden in stärkerem Maße maladaptive (9a) und in geringerem Maße adaptive (9b) Strategien zur Regulation von Emotionen an als Kinder psychisch gesunder Eltern.

### **Fragestellung 4: Welche Rolle spielen verschiedene beziehungsorientierte Merkmale bei der Entwicklung psychopathologischer Symptome bei Kindern psychisch erkrankter Eltern**

Beziehungsorientierten Merkmalen, wie dem elterlichen Erziehungsverhalten oder dem familiären Klima, wird sowohl in allgemeinen Modellen zur kindlichen Entwicklung als auch in spezifischen Transmissionsmodellen eine wichtige Rolle bei der Entstehung kindlicher psychopathologischer Probleme zugewiesen. Dies wird durch bisherige empirische Befunde bestätigt (z. B. Berg-Nielsen et al., 2002; McKee et al., 2008). Ferner gibt es Hinweise darauf, dass die kindliche ER ein Mediator zwischen elterlicher Expressed Emotion/Erziehungsstrategien und kindlichen psychopathologischen Auffälligkeiten darstellen könnte (z. B. Han & Shaffer, 2014; Morris et al., 2007; Yap et al., 2007).

Bezüglich Parentifizierung und Rollenüberforderung liegen bislang wenig empirische Untersuchungen vor und es findet sich bezüglich der Zusammenhänge mit kindlichen ER-Strategien keine theoretische Grundlage. Aus diesem Grund wurden zwar die Zu-



sammenhänge zwischen diesen beiden Konstrukten und kindlichen psychopathologischen Symptomen geprüft, auf Hypothesen zur Mediation jedoch verzichtet.

Die folgenden Fragestellungen mit den dazugehörigen Hypothesen/ungerichteten Analysen sollen explizit nur in der Stichprobe der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil getestet werden, um spezifische Aussagen über diese spezielle Stichprobe treffen zu können.

**Hypothesen 10a–b:** Parentifizierung und kindliche psychopathologische Symptome zeigen sich assoziiert (10a). Dabei wird davon ausgegangen, dass sich ein stärkerer Zusammenhang zu emotionaler Parentifizierung im Vergleich zu instrumenteller Parentifizierung zeigen wird (10b).

**Hypothese 11:** Elterliche Rollenüberforderung zeigt sich verbunden mit kindlichen psychopathologischen Symptomen.

**Hypothesen 12a–b:** Expressed Emotion zeigt sich verbunden mit kindlichen psychopathologischen Symptomen (12a), wobei eine stärkere Assoziation mit externalisierenden als mit internalisierenden Problemen (12b) erwartet wird.

**Hypothese 13:** Ausgehend von einem positiven Zusammenhang zwischen Expressed Emotion und kindlichen psychopathologischen Symptomen wird angenommen, dass dieser Zusammenhang zumindest partiell durch kindliche ER-Strategien mediiert wird.

**Ungerichtete Analyse 3:** Zeigt sich kindliche Expressed Emotion verbunden mit elterlicher Psychopathologie?

**Hypothesen 14a–14b:** Ungünstige elterliche Erziehungsstrategien zeigen sich positiv (14a) und günstige elterliche Erziehungsstrategien negativ assoziiert (14b) mit kindlichen psychopathologischen Symptomen.

**Hypothese 15:** Ausgehend von einem positiven Zusammenhang zwischen kindlichen psychopathologischen Symptomen und ungünstigem Erziehungsverhalten sowie einem negativen Zusammenhang zwischen kindlichen psychopathologischen Symptomen und günstigen Erziehungsstrategien (siehe Hypothesen 14a–14b) wird davon ausgegangen, dass dieser Zusammenhang zumindest partiell durch kindliche ER-Strategien mediiert wird.

**Fragestellung 5: Welche Rolle spielen kindliche und elterliche ER-Strategien bei der Entstehung psychopathologischer Symptome bei Kindern psychisch erkrankter Eltern**

Die Autoren verschiedener Studien berichten über eine beeinträchtigte ER bei psychisch erkrankten Kindern (McLaughlin et al., 2011; Siener & Kerns, 2012; Southam-Gerow & Kendall, 2002). Ferner zeigten sich Defizite in der ER als Prädiktoren adoleszenter Psychopathologie (McLaughlin et al., 2011). Ausgehend von diesen und den unter Fragestellung 3 erläuterten Befunden ergeben sich unten stehende Hypothesen.

**Hypothesen 16a–b:** Kindliche ER-Strategien und kindliche psychopathologische Symptome zeigen sich assoziiert. Konkret wird ein positiver Zusammenhang zwischen kindlichen maladaptiven ER-Strategien und kindlichen psychopathologischen Symptomen (16a) und ein negativer Zusammenhang zwischen kindlichen adaptiven ER-Strategien und kindlichen psychopathologischen Symptomen (16b) der Kinder erwartet.

**Hypothesen 17a–b:** Elterliche ER-Strategien und kindliche psychopathologische Symptome zeigen sich assoziiert. Konkret wird ein positiver Zusammenhang zwischen elterlichen maladaptiven ER-Strategien und kindlichen psychopathologischen Symptomen (17a) und ein negativer Zusammenhang zwischen elterlichen adaptiven ER-Strategien und kindlichen psychopathologischen Symptomen (17b) der Kinder erwartet.

**Hypothese 18:** Ausgehend von einem positiven Zusammenhang zwischen kindlichen psychopathologischen Symptomen und elterlichen ER-Strategien wird erwartet, dass dieser Zusammenhang zumindest partiell durch kindliche ER-Strategien mediiert wird.

## **7. Methodik**

Die dieser Arbeit zugrundeliegenden Daten wurden im Rahmen eines größeren Interventionsprojekts, dem Kanu-Projekt, gewonnen. An dieser Stelle erfolgt zunächst eine kurze Beschreibung des Projekts, bevor im Anschluss weitere Informationen zur Stichprobe, dem Ablauf der Datenerhebung, Erhebungsverfahren sowie Datenaufbereitung und -analyse folgen.

### **7.1 Kanu – Gemeinsam weiterkommen**

Das Kanu-Projekt ist ein Präventionsprojekt zur Prävention psychischer Erkrankungen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Von Oktober 2008 bis Juni 2012 wurde die Entwicklung, Durchführung und Evaluation des Kanu-Projekts im Rahmen der Präventionsforschung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. Projektträger war das Deutsche Zentrum für Luft- und Raumfahrt (DLR). [BMBF AZA Nr.: 17MbVT5u; Förderkennzeichen: 01EL0814]. Durchgeführt wurde das Kanu-Projekt von der Fakultät für Bildungswissenschaften Duisburg-Essen (Projektleiter Prof. Dr. Ullrich Bauer, aktuell Universität Bielefeld, Fakultät für Erziehungswissenschaft) und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel (Chefarzt Prof. Dr. med. Martin Driessen) des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld in Kooperation mit dem Jugendamt der Stadt Bielefeld (Leiter Georg Epp) und der LWL-Klinik Gütersloh (Chefarzt Prof. Dr. med. Klaus-Thomas Kronmüller). Seit April 2012 wird es unter paritätischer Finanzierung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel und des Jugendamts Bielefeld von Mitarbeitern der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel sowie des Kinderschutzbundes Bielefeld in abgewandelter Form weitergeführt. Die folgende Beschreibung des Kanu-Projekts bezieht sich auf die Durchführung während der BMBF-geförderten Projektphase. Für die Teilnahme am Interventionsprojekt musste ein Elternteil unter einer affektiven Erkrankung (depressive oder bipolare Störung) oder einer Schizophrenie/psychotischen Störung leiden und ein Kind/Kinder im Alter von sechs bis 14 Jahren haben, das/die sich weder aktuell noch in der Vergangenheit in psychotherapeutischer Behandlung befunden hat/haben.

Das Kanu-Projekt bestand aus verschiedenen Modulen: Eltern-, Kind- und Familiengesprächen, einem Kanu-Gruppenprogramm für Kinder und Jugendliche, einem Kanu-Elterntraining sowie Patenschaften für die Kinder der erkrankten Eltern. Das einzig

verpflichtende Modul bei der Teilnahme am Interventionsprojekt stellten die Eltern-, Kind- und Familiengespräche dar. Im Rahmen der Gespräche wurden zunächst Termine mit Eltern und Kindern getrennt wahrgenommen, bevor anschließend gemeinsam Familiengespräche geführt wurden. Ziele der Gespräche waren unter anderem die Verbesserung der familiären Krankheitskommunikation, Reduzierung möglicher Schuldgefühle bei den Kindern, Sensibilisierung der Eltern für die Bedürfnisse des Kindes, die Stärkung der familiären Bewältigungsmöglichkeiten sowie die Erstellung eines Notfallplans. Ferner wurden individuelle familienspezifische Problematiken thematisiert. Das Kanu-Gruppenprogramm für Kinder und Jugendliche umfasste zehn Termine und wurde jeweils in einer geschlossenen Gruppe durchgeführt. Ziele waren unter anderem Kontakt und Austausch mit gleichaltrigen Betroffenen zu schaffen, eine Stärkung des Selbstvertrauens, Hilfestellungen beim Umgang mit Gefühlen und belastenden Situationen, aber auch Raum zum „Kind sein“ zu schaffen. Das Elterntaining wurde in Anlehnung an das Elterntrainingsprogramm STEP (Dinkmeyer & McKay, 1989) bzw. der Variante für psychisch erkrankte Eltern STEP-DUO entwickelt, wobei zielgruppenspezifische Modifizierungen vorgenommen wurden. Es wurde ebenfalls geschlossen an zehn Terminen durchgeführt und hatte die Stärkung der Eltern in ihrer Elternrolle und die Erweiterung der Erziehungskompetenzen als übergeordnetes Ziel. Themen waren bspw. Erziehungsstile und unangemessenes Verhalten, einfühlsames Zuhören, Ich-Botschaften oder Verantwortung und Fürsorge. Da es nicht möglich war, Patenschaften an alle teilnehmenden Kinder zu vermitteln, wurde individuell nach Bedarfslage entschieden, ob den Familien ein diesbezügliches Angebot gemacht werden konnte. Die Dauer der Patenschaften ging dabei über die Teilnahme der Familien an den anderen Modulen hinaus. Das Ziel der Patenschaften war es, den Kindern eine langfristige und kontinuierliche Unterstützung durch einen erwachsenen Ansprechpartner sowie Hilfestellungen bei sozialen oder schulischen Problemen zu bieten und das Kind bei evtl. notwendiger Fremdunterbringung aufgrund eines stationären Aufenthalts des erkrankten Elternteils kontinuierlich zu begleiten. Durchgeführt wurde die Intervention von geschulten Mitarbeitern der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel. Die Vermittlung der Patenschaften erfolgte in Kooperation mit dem Kinderschutzbund Bielefeld, der auch die Betreuung der Paten übernahm und gemeinsame Termine mit allen Patenfamilien und ihren Paten initiierte. Die Finanzierung des Patenschaftsmoduls übernahm während der Projektlaufzeit das Jugendamt Bielefeld. Weiterführende Hin-

weise zur inhaltlichen Konzeption der einzelnen Module sind nachzulesen bei Reinisch und Schmuhl (2012).

## **7.2 Rekrutierung der Familien**

Die teilnehmenden Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil wurden entweder während eines stationären Aufenthalts der Eltern in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Bielefeld oder der LWL-Klinik Gütersloh angesprochen oder durch einen ambulanten Psychotherapeuten/Betreuungsdienst an das Interventionsprojekt verwiesen. Die Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil, welche in Bielefeld rekrutiert werden konnten, nahmen anschließend am Interventionsprojekt teil. Die Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil, welche in Gütersloh gewonnen werden konnten, erhielten keine Intervention und bildeten die psychisch erkrankte Kontrollgruppe für die Evaluation der Intervention. Die Kontrollstichprobe mit psychisch gesunden Eltern war nicht Teil des Kanu-Projekts und wurde speziell für die vorliegende Arbeit rekrutiert. Dies geschah einerseits durch private Ansprache, andererseits wurden Familien über eine Grundschule sowie eine Realschule gewonnen. Dabei wurde eine Reihe von Grund- und Realschulen angesprochen, wobei letztlich zwei die Teilnahme zusagten. Über die Schüler wurden Informationsblätter an die Familien verteilt und bei Zusage der Eltern zur Teilnahme, die Fragebogenpakete ausgehändigt und das FMSS mit Eltern und Kindern durchgeführt. Da sich abzeichnete, dass viele der teilnehmenden Familien über einen vergleichsweise hohen soziodemografischen Status verfügten, wurden weitere Familien über eine Einrichtung der sozialen Brennpunktarbeit, welche stadtteilorientierte Angebote für Familien in einem eher strukturschwachen Stadtteil Bielefelds anbietet, erhoben. Im Rahmen dort stattfindender Angebote konnten die Eltern angesprochen und für die Teilnahme am Projekt gewonnen werden.

## **7.3 Ablauf der Datenerhebung**

Die Rekrutierung der Familien mit einer psychischen Erkrankung erstreckte sich über den Zeitraum von Februar 2010 bis März 2012. Es wurden zu drei Messzeitpunkten Daten erhoben: vor der eigentlichen Intervention (prä), direkt nach Abschluss der Intervention (post) sowie sechs Monate nach Abschluss der Intervention (follow-up). In der vorliegenden Arbeit wurden ausschließlich Daten des prä-Zeitpunkts verwendet. Das

Vorgehen bei Erhebung der prä-Daten bei den psychisch erkrankten Eltern gestaltete sich folgendermaßen: Nachdem die Elternteile die Einverständniserklärung zur Teilnahme am Projekt für sich und ihre Kinder unterschrieben hatten, wurde zunächst die Diagnostik anhand des SKID-I durchgeführt. Im Anschluss wurden die Elternteile mittels des FMSS befragt. Zuletzt wurde das Fragebogenpaket ausgehändigt. Die Untersuchungen fanden in Räumlichkeiten der Klinik für Psychotherapie und Psychiatrie Bethel bzw. der LWL-Klinik Gütersloh statt und wurden von der Verfasserin der vorliegenden Arbeit sowie einer weiteren Diplom-Psychologin und zwei Psychologiestudentinnen durchgeführt. Die Kinder der psychisch erkrankten Eltern wurden ebenfalls zunächst mittels des FMSS befragt, bevor ihnen das Fragebogenpaket ausgehändigt wurde, welches neben den unten vorgestellten Instrumenten noch weitere Fragebögen umfasste, die jedoch nicht Gegenstand der vorliegenden Studie waren. Generell ist anzumerken, dass von den in der vorliegenden Studie verwandten Fragebögen, die Instrumente zur Erfassung der Erziehungsfähigkeit und der elterlichen sowie kindlichen Psychopathologie bereits originär innerhalb des Kanu-Projekts vorgesehen waren. Die Instrumente zur Erfassung der kindlichen und elterlichen ER sowie das FMSS wurden in Absprache mit Prof. Dr. Nina Heinrichs speziell für die vorliegende Arbeit in das Projekt eingebracht.

Die Kinder wurden entweder ebenfalls in den Räumlichkeiten der Klinik oder bei sich zuhause befragt. Mit den älteren Kindern wurden zunächst zwei Interviews/Fragebögen gemeinsam ausgefüllt, welche nicht Gegenstand der vorliegenden Studie sind (SPPC-D – Self-Perception Profile for Children/Harter-Skalen; Inventory of Supportive Figures für Kinder); anschließend wurde ihnen das Fragebogenpaket zum selbständigen Ausfüllen ausgehändigt. Kinder und Eltern wurden instruiert, dass Eltern keinesfalls beim Ausfüllen der Fragebögen helfen dürfen. Vielmehr wurden die Kinder aufgefordert, unklare Fragen zu markieren, sodass diese später mit einer Versuchsleiterin geklärt werden konnten. Wenn nötig, erhielten auch die älteren Kinder Assistenz beim Ausfüllen der Fragebögen. Jüngere Kinder, die noch nicht/nicht so gut lesen konnten, wurden generell beim Ausfüllen der Fragebögen von einer Versuchsleiterin begleitet. Hierzu war in der Regel eine Aufteilung des Fragebogenpakets auf mehrere Termine nötig.

Die Erhebung der gesunden Kontrollstichprobe fand im Rahmen der Diplomarbeit von Pia Neuhäuser, der BSc-Arbeit von Marina Holste sowie eines BSc-Seminars (WS 2011/2012) statt. Für die Durchführung der Erhebung wurden Termine mit den Fami-

lien zuhause bzw. in einer Einrichtung der sozialen Brennpunktarbeit verabredet. Bei der Kontrollstichprobe wurde kein SKID-I durchgeführt und es wurde ein reduziertes Fragebogenpaket ausgegeben, ansonsten gestaltete sich das Vorgehen analog den Erhebungen bei der Stichprobe der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Die Eltern gaben per Selbstauskunft an, weder aktuell noch in der Vergangenheit an einer psychischen Erkrankung gelitten zu haben. Kontrollpersonen mit einem BDI-II-Wert größer 14 wurden nachträglich ausgeschlossen, da Gesamtwerte ab 14 Punkten auf milde depressive Symptome hinweisen (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006). Ferner wurde anhand der Brief Symptom Inventory (Derogatis & Melisaratos, 1983) überprüft, dass die Werte der Kontrollstichprobe sich auch diesbezüglich im unauffälligen Bereich befanden.

#### **7.4 Stichprobenbeschreibung**

In die vorliegende Studie wurden 118 Eltern-Kind-Dyaden (jeweils ein teilnehmendes Elternteil/Mutter oder Vater) eingeschlossen, davon 81 Eltern-Kind-Dyaden, bei denen das Elternteil an einer psychischen Erkrankung litt. Diese Elternteile litten entweder an einer depressiven Störung (69 Personen/85.2 %), einer bipolaren Störung (sechs Personen/7.4 %) oder einer Schizophrenie/anderen psychotischen Störung (sechs Personen/7.4 %). Bei fünf Personen wurde die Depression als nicht mehr akut klassifiziert, die Kriterien waren jedoch zu einem früheren Zeitpunkt erfüllt. Von den 81 psychisch erkrankten Personen litten 47 Personen (58,03 %) zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens an einer komorbiden Störung. Bei Familien, bei denen mehr als ein Kind am Kanu-Projekt teilnahm, wurde jeweils das älteste teilnehmende Kind in die vorliegende Studie eingeschlossen. Einige der eingesetzten Fragebögen wurden erst für Kinder ab zehn Jahren in der Selbstauskunft verwandt. Mit dem Einschluss des ältesten Kindes sollte gewährleistet werden, dass für möglichst viele Familien auch eine kindliche Einschätzung der untersuchten Konstrukte vorlag. Die Eltern bezüglich aller teilnehmenden Kinder die Fragebögen zur ER ausfüllen zu lassen und eine mehrfache Erhebung des FMSS (im Hinblick auf jedes einzelne Kind), hätte den Rahmen der Untersuchung überstiegen.

Psychisch erkrankte und psychisch gesunde Elternteile unterschieden sich im Hinblick auf die Schulbildung ( $\chi^2 = 17.46, p < .001$ ), Einkommen ( $\chi^2 = 6.35, p < .05$ ), Partner-

schaft ( $\chi^2 = 12.12, p < .001$ ) und Alter des Elternteils ( $t = -2.83, p < .01$ ), wobei sich in der klinischen Stichprobe mehr Eltern ohne Partner, mit geringer Bildung und jüngerem Alter befanden. Unterschiede in diesen Variablen wurden bei den folgenden Analysen statistisch kontrolliert. Die klinischen Dyaden und die Kontrolldyaden unterschieden sich nicht bezüglich des Geschlechts der Kinder ( $\chi^2 = 0.02, p = .90$ ), Geschlechts des Elternteils ( $\chi^2 = 1.20, p = .27$ ) oder Alter des Kindes ( $t = -0.25, p = .81$ ) (siehe Tabelle 1).

Der durchschnittliche Wert im Beck Depressions-Inventar II (BDI-II, siehe 7.5.8) betrug in der Gruppe der psychisch erkrankten Eltern  $M = 27.16$  ( $SD = 13.84$ ) und in der Gruppe der psychisch gesunden Eltern  $M = 1.36$  ( $SD = 2.73$ ). Der durchschnittliche Wert im Brief Symptom Inventory (BSI, siehe 7.5.9) betrug in der Gruppe der psychisch erkrankten Eltern  $M = 1.36$  ( $SD = .73$ ), was einem T-Wert von 74–80 entspricht. In der Gruppe der psychisch gesunden Eltern ergab sich ein mittlerer BSI-Wert von  $M = .15$  ( $SD = .12$ ), was auf der T-Skala einem Wert von 42–45 entspricht. Im T-Wertebereich zwischen 40 und 60 befinden sich 2/3 der Normgruppe, weshalb hier von klinisch unauffälligen Werten auszugehen ist (Franke, 2000).



Tabelle 1

*Soziodemografische Daten der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil und der Familien mit psychisch gesunden Eltern*

	Psychisch erkrankte Eltern	Psychisch gesunde Eltern	Gesamt	<i>t</i>	$\chi^2$
	<i>N (%)</i> oder <i>M (SD)</i>	<i>N (%)</i> oder <i>M (SD)</i>	<i>N (%)</i> oder <i>M (SD)</i>		
Alter Kind (Range: 6–14 Jahre)	10.52 (2.44)	10.41(2.05)	10.48 (2.32)	-0.25	
Geschlecht Kind (männlich/weiblich)	34 (42 %)/ 47 (58 %)	16 (43.2 %)/ 21 (65.8 %)	50 (42.2 %)/ 68 (57.6 %)		0.02
Alter Eltern (Range: 24–63 Jahre)	39.72 (6.44)	43.27 (6.07)	40.83 (6.51)	2.83**	
Geschlecht Eltern (männlich/weiblich)	23 (28.4 %)/ 58 (71.6 %)	7 (18.9 %)/ 30 (81.1 %)	30(25.4 %)/ 88 (74.6 %)		1.20
Bildung					17.46***
Gering	25 (30.9 %)	6 (16.2 %)	31 (26.3 %)		
Mittel	34 (42 %)	6 (16.2 %)	40 (33.9 %)		
Hoch	22 (27.2 %)	25 (67.6 %)	47 (39.8 %)		
Einkommen <sup>bc</sup>					6.35*
Gering	34 (42.5 %)	8 (22.2 %)	42 (36.2 %)		
Mittel	22 (27.5 %)	9 (25 %)	31 (26.7 %)		
Hoch	24 (30 %)	19 (52.8 %)	43 (37.1 %)		
Partnerschaft					12.12***
Vorhanden	52 (64.2 %)	35 (94.6 %)	87 (73.7 %)		
Nicht vorhanden	29 (35.8 %)	2 (5.4 %)	31 (26.3 %)		

*Anmerkungen.* <sup>a</sup>Als hohe Bildung galt das Vorhandensein von Abitur/Fachhochschulreife, als mittlere Bildung das Vorhandensein der mittleren Reife und als geringe Bildung das Vorhandensein eines Volksschul-/Hauptschulabschlusses oder keines Abschlusses; <sup>b</sup>Als hoch wurde ein Einkommen von mehr als 30.000 Euro pro Jahr klassifiziert, als mittel ein Einkommen von 18.000 bis 30.000 Euro pro Jahr und als gering ein Einkommen von weniger als 18.000 Euro im Jahr; <sup>c</sup>Angaben zum Einkommen fehlen bei zwei Personen; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ ;  $N = 118$ .

## 7.5 Erhebungsverfahren

Im Folgenden werden zunächst die Erhebungsverfahren vorgestellt, die zur Erfassung der beziehungsorientierten Merkmale (Familiäres Klima/Expressed Emotion, Parentifizierung, Rollenüberforderung, Erziehungsverhalten) in der vorliegenden Studie verwendet wurden. Anschließend erfolgt die Präsentation der Messinstrumente zur Erfassung der Regulation von Emotionen, bevor die Verfahren zur Erfassung von elterlicher und kindlicher Psychopathologie dargestellt werden.

### 7.5.1 Expressed Emotion – Five Minute Speech Sample

Das Konstrukt Expressed Emotion wurde in der vorliegenden Studie anhand des Five Minute Speech Sample (FMSS, Magana et al., 1986) erhoben. Das FMSS stellt eine

häufig genutzte und ökonomische Alternative zum CFI (Brown et al., 1972) dar, welches ursprünglich zur Erfassung von Expressed Emotion verwendet wurde. Beim FMSS werden die Angehörigen einer Person in einer genau festgelegten Instruktion gebeten, in fünf Minuten zu beschreiben, „was für ein Mensch der Angehörige ist“ und „wie sie miteinander zurechtkommen“ (siehe Anhang B). Während der Aufnahme der Sprechprobe auf Tonband werden die Angehörigen vom Versuchsleiter nicht unterbrochen. In der vorliegenden Untersuchung wurden sowohl das psychisch erkrankte Elternteil als auch das jeweils älteste an der Kanu-Intervention teilnehmende Kind einer Familie mittels des FMSS befragt. Für die Kinder wurde eine sprachliche Vereinfachung der Originalinstruktion vorgenommen (siehe Anhang B). Im Anschluss an die Erhebung der Sprechprobe auf Tonband erfolgt die Auswertung anhand eines von Magana et al. (1986) entwickelten Kodierungssystems. In der vorliegenden Arbeit erfolgte zusätzlich eine weitere Kodierung nach dem von Leeb (1993) weiterentwickelten Index. Im Folgenden wird zunächst die Auswertung anhand des von Magana et al. (1986) entwickelten Kodierungssystems beschrieben. An diese Erläuterungen schließen sich die Erklärungen zum erweiterten Index von Leeb (1993) an.

Zur Auswertung der Sprechprobe bzgl. des Konstrukts Expressed Emotion werden drei Kategorien kodiert:

1. Qualität der Beziehung: Zur Einschätzung der Beziehung werden alle Aussagen, die während der Tonbandaufnahme gemacht werden und die die Beziehung betreffen, herangezogen. Es erfolgt eine Bewertung der Beziehung als neutral, negativ oder positiv.
2. Kritik: Kodiert wird aufgrund des Inhalts oder des Tonfalls einer Aussage. Die befragte Person muss eindeutig äußern, dass sie Eigenschaften oder Verhaltensweisen des Angehörigen nicht mag/missbilligt/ihm übel nimmt oder sich davon deutlich gestört fühlt.
3. Emotionale Überbeteiligung: Hier werden zwei Unterkategorien kodiert: Aufopferung/Überbehütung (Gesamteinschätzung) sowie nonverbal gezeigte Überbeteiligung (Häufigkeitszählung).

Aufgrund dieser Kategorien wird eine Einschätzung des Expressed Emotion-Status der befragten Person vorgenommen, wobei zwischen Hoch-Expressed Emotion/HEE und Niedrig-Expressed Emotion/NEE unterschieden wird. Der Status HEE wird dabei entweder aufgrund von Emotionaler Überbeteiligung (HEE EOI) oder übermäßiger Kritik

(HEE Kritik) vergeben. Zur Vergabe von HEE Kritik muss entweder eine negative Beziehung vorliegen oder übermäßige Kritik in Anzahl oder Tonfall geäußert werden. Sind sowohl die Kriterien für den Status HEE Kritik als auch für HEE EOI erfüllt, wird die Sprechprobe als HEE Kritik und EOI kodiert. Es gibt ferner die Option, Grenzfälle zu kodieren (aufgrund grenzwertigem Tonfall, grenzwertiger Überbeteiligung oder grenzwertiger Beziehungsqualität). Lagen Grenzfälle vor, so wurden diese jedoch in der vorliegenden Studie entsprechend der traditionellen Vorgehensweise (Leeb, 1993; Tompson et al., 2010) der Kategorie NEE zugerechnet.

Ursprünglich beinhaltete das Manual von Magana noch eine weitere Kategorie zur Bestimmung von Kritik („initial state“) sowie drei Unterkategorien zur Einschätzung der Emotionalen Überbeteiligung („positive remarks“, „statement of attitude“, excessive detail“). Da sich in Folgestudien jedoch eine mangelnde Validität dieser Aspekte zeigte, wurden diese in Anlehnung an Leeb (1993) nicht in die Auswertung mit einbezogen.

Von Leeb (1993) wurde eine Erweiterung des Expressed Emotion-Index von Magana et al. (1986) vorgenommen, nachdem diese beobachtete, dass Angehörige depressiver Patienten selten offene Kritik übten, jedoch häufig den Eindruck von verdeckter oder zurückgehaltener Kritik hinterließen, der anhand der Originalkriterien aber nicht kodiert werden konnte. Der Original-Index wurde daher von Leeb (1993) dahingehend modifiziert, dass auch verdeckt kritische Aussagen berücksichtigt werden können und in die Festlegung des Expressed Emotion-Status einfließen. Dies bedeutet, dass Kritik auch kodiert werden kann, wenn Verhaltensweisen oder Eigenschaften als störend beschrieben werden oder der Wunsch nach Veränderung bestimmter Eigenschaften oder Verhaltensweisen geäußert wird. Abgesehen von diesem Zusatz bei der Kodierung von Kritik, erfolgt die Auswertung der Sprechprobe nach demselben Schema wie beim Original-Index von Magana et al. (1986).

In der vorliegenden Studie wurden sowohl die Eltern als auch die Kinder anhand des FMSS befragt. Ein Großteil der psychisch erkrankten Eltern litt dabei unter einer depressiven Störung. Aus verschiedenen Studien ist bekannt, dass Personen mit einer depressiven Erkrankung dazu neigen, den Emotionsausdruck zu unterdrücken (Beblo et al., 2012; Svaldi et al., 2012). Dies wurde als weiteres Argument für die zusätzliche Anwendung des modifizierten Index angesehen.

Ferner wurde in der vorliegenden Studie zunächst noch eine weitere Kategorie „Kritik an Vergangenen“ hinzugefügt, da bei ersten FMSS-Aufnahmen auffiel, dass sich einige Eltern negativ über Verhaltensweisen ihrer Kinder äußerten, die nicht mehr aktuell waren und schon Jahre zurücklagen. Da dies jedoch letztlich in der Gesamtstichprobe kaum vorkam und keinen weiteren Erkenntnisgewinn brachte, fand die Kategorie in den nachfolgenden Analysen keine Berücksichtigung.

### *7.5.1.1 Auswertung und Gütekriterien des FMSS*

Die FMSS-Tonbänder wurden von trainierten Personen geratet, denen in der Mehrzahl der Fälle keine diagnostischen Informationen über die Person vorlagen. Dabei wurde so vorgegangen, dass zwei Personen jeweils unabhängig voneinander ein Tonband kodierten. Stimmt die Klassifikation der beiden Rater überein, wurde die Kodierung übernommen. Stimmt die Kodierungen nicht überein, so wurde mit einer weiteren Person (der Autorin der vorliegenden Studie) in einem Konsensurating das entsprechende Band noch einmal gemeinsam angehört, differierende Kodierungen diskutiert und schließlich gemeinsam eine Entscheidung bzgl. der Kodierung getroffen. Die Interrater-Reliabilität (basierend auf allen gerateten Bändern) lag bei  $\kappa = .81$  für die Kinderbänder, sowohl für den Magana-Index als auch für den Leeb-Index. Für die Elternbänder ergab sich ein  $\kappa = .52$  für den Magana-Index und  $\kappa = .75$  für den Leeb-Index. Nach Landis und Koch (1977) weisen Werte von  $.4 < \kappa \leq .6$  auf moderate Übereinstimmung und ein  $\kappa > .6$  auf gute Übereinstimmung hin.

Das Original-FMSS erwies sich in früheren Studien als valides Messinstrument, sowohl wenn Angehörige in Bezug auf erwachsene Personen als auch bzgl. Kinder befragt wurden (Kaugars, Moody, Dennis & Klinnert, 2007; Magana et al., 1986). Weiterführende Analysen von Fiedler, Backenstrass, Kronmüller und Mundt (1998) zur Konstruktvalidität des erweiterten EE-Index fielen ebenfalls positiv aus. Studien zur konkurrenten Validität von CFI-FMSS zeigten, dass anhand des FMSS weniger Personen als High-EE klassifiziert werden als anhand des CFI (Leeb et al., 1991). Dies kann als weiteres Argument für die Nutzung des erweiterten Index angesehen werden.

Die Validität des FMSS mit Kindern wurde bisher nicht untersucht. In der vorliegenden Studie erfolgte daher eine Untersuchung der Assoziation kindlicher Expressed Emotion mit drei inhaltlich überlappenden Skalen des FEB-K (Schacht et al., 2007) (siehe 7.5.4

für weitergehende Ausführungen zum Fragebogen). Hier zeigten sich signifikante Assoziationen zwischen Expressed Emotion (kodiert nach dem Leeb-Index) und den Skalen Zuwendung ( $r = -.28, p < .05$ ) und Zutrauen ( $r = -.24, p < .05$ ) sowie eine nicht signifikante Assoziation mit Ablehnung in der erwarteten Richtung ( $r = .16, p = .12$ ). Diese Ergebnisse können als erste Hinweise auf Validität des FMSS bei Kindern interpretiert werden. Nichtsdestotrotz sind weitere Untersuchungen vonnöten und in dieser Studie dargestellte Ergebnisse sollten mit Vorsicht interpretiert werden.

### **7.5.2 FMSS: Kodierung von Parentifizierung und Rollenüberforderung**

Im Vorfeld der Studie zeigte sich in zahlreichen Kontakten mit psychisch erkrankten Eltern, dass diese häufig über Überforderungsgefühle im Umgang mit ihren Kindern berichteten. In ersten FMSS-Aufnahmen zu Beginn der Studie wurde zudem deutlich, dass auch auf die Frage danach, wie ein Elternteil mit seinem Kind zurechtkommt, die psychisch erkrankten Elternteile immer wieder über Schwierigkeiten mit der Elternrolle berichteten und Aussagen trafen, die auf eine Umkehr von Eltern- und Kindrolle schließen ließen. Es wurde daher beschlossen, zusätzliche Auswertungskriterien zu entwickeln, nach denen anhand des FMSS Aussagen kodiert werden können, die entweder auf emotionale/instrumentelle Parentifizierung oder Rollenüberforderung schließen lassen. Ferner wurde deutlich, dass primär „negative“ Äußerungen kodiert wurden, Eltern jedoch häufig auch sehr wertschätzend über ihre Kinder berichteten. Aus diesem Grund wurde zunächst beschlossen, eine weitere Kategorie hinzuzufügen, mit der auch positive Attribute, mit der Eltern ihre Kinder beschrieben, kodiert werden können. Diese Kategorie wurde in den vorliegenden Analysen jedoch nicht berücksichtigt. Emotionale und instrumentelle Parentifizierung sowie Rollenüberforderung wurden dabei nur anhand der Elternbänder kodiert.

Bei der Klassifikation von Parentifizierung wurde in Anlehnung an frühere Arbeiten (Jurkovic, 1997) zwischen Äußerungen zur emotionalen Parentifizierung und zur instrumentellen Parentifizierung unterschieden. Emotionale Parentifizierung wurde in der vorliegenden Studie definiert als kindliche Übernahme alters-, entwicklungs- und rollenunangemessener „emotionaler“ Aufgaben, die eher einer erwachsenen Freundin oder einem Partner zukommen würden (z. B.: Das Kind schläft auf Wunsch des Elternteils mit im Bett; das Elternteil bespricht Themen mit dem Kind, die nicht altersangemessen

sind und in die das Kind nicht direkt involviert ist, z. B. finanzielle Probleme, Eheschwierigkeiten). Instrumentelle Parentifizierung wurde definiert als kindliche Übernahme von alters- und entwicklungsunangemessenen Aufgaben auf instrumenteller Ebene (z. B.: Regelmäßig die Mutter wecken, Essen für die Geschwister kochen, etc.). Sowohl für emotionale Parentifizierung als auch instrumentelle Parentifizierung erfolgte eine dichotome Kodierung (0 = *es finden sich keine Hinweise auf eine emotionale/instrumentelle Parentifizierung*, 1 = *mindestens eine Aussage weist auf eine deutliche emotionale/instrumentelle Parentifizierung hin*). Ein entscheidendes Merkmal bei Parentifizierung stellt die Altersunangemessenheit der Aufgabe dar (Jurkovic, 1997), weshalb bei der Kodierung das jeweilige Alter des Kindes berücksichtigt wurde (siehe Anhang C für weitergehende Kodierungshinweise).

Hinweise auf das Vorliegen von Rollenüberforderung lieferten Aussagen, dass sich die Mutter/der Vater mit der Erziehung und den Bedürfnissen und Anforderungen, die das heranwachsende Kind an sie stellt, zumindest zeitweise überfordert fühlt („Ich weiß häufig nicht, wie ich reagieren soll“/„Ich weiß absolut nicht weiter“). Es erfolgte eine dichotome Kodierung (0 = *es finden sich keine Hinweise auf eine Rollenüberforderung*, 1 = *mindestens eine Aussage weist auf eine deutliche Rollenüberforderung hin*).

#### **7.5.2.1 Gütekriterien der Kodierung von Parentifizierung und Rollenüberforderung anhand des FMSS**

Die Auswertung des FMSS anhand der neu entwickelten Kriterien erfolgte nach demselben Schema wie die Auswertung des FMSS bzgl. Expressed Emotion. Bezüglich der Interraterreliabilität ergab sich  $\kappa = .72$  für Rollenüberforderung sowie  $\kappa = .52$  für EP und  $\kappa = .65$  für IP. Nach Landis und Koch (1977) weisen Werte von  $.4 < \kappa \leq .6$  auf moderate Übereinstimmung und ein  $\kappa > .6$  auf gute Übereinstimmung hin. Es kann also vorläufig festgestellt werden, dass sich sowohl Rollenüberforderung als auch instrumentelle Parentifizierung reliabel anhand des FMSS erfassen lassen, wobei angemerkt sei, dass instrumentelle Parentifizierung nur in zwei Fällen kodiert wurde. Die Erfassung von emotionaler Parentifizierung anhand des FMSS kann als moderat reliabel beurteilt werden. Es ist darauf hinzuweisen, dass in Bezug auf emotionale und instrumentelle Parentifizierung in der vorliegenden Studie keine Skalen erhoben wurden, die eine Überprüfung der Validität der Konstrukte zulassen würden. Die Ergebnisse des FMSS hinsichtlich dieser Konstrukte sollten daher mit Vorsicht interpretiert werden. Nach

Wissen der Autorin liegt bisher jedoch kein validiertes Instrument zur Erfassung von Parentifizierung im deutschen Sprachraum vor. Zur Überprüfung der konvergenten Validität des Konstrukts Rollenüberforderung wurde in dieser Studie der Zusammenhang mit der Skala „Elterliche Kompetenz“ des Eltern-Belastungs-Inventars (EBI, Tröster, 2010) überprüft. Hierbei ergab sich eine Assoziation von  $r = .41$ ,  $p < .001$ . Eine Korrelation in dieser Höhe kann als erster Hinweis interpretiert werden, dass Rollenüberforderung anhand des FMSS valide erfasst werden kann.

### **7.5.3 Deutsche erweiterte Version des Alabama Parenting Questionnaire für Grundschulkinder (DEQPQ-EL-GS)**

Zur Erfassung des Erziehungsverhaltens aus Elternsicht wurde in der vorliegenden Studie der DEQPQ-EL-GS (Reichle & Franiek, 2009) eingesetzt. Anhand einer 5-stufigen Likert-Skala (*fast nie/selten/manchmal/oft/fast immer*) erfolgt die Erfassung von sieben Dimensionen (Cronbachs  $\alpha$  der gegenwärtigen Stichprobe nachfolgend in Klammern) elterlichen Erziehungsverhaltens. Anhand der Skala Positives Elternverhalten wird Lob und Zuwendung erfasst, die Eltern ihrem Kind entgegenbringen ( $\alpha = .88$ ). Verantwortungsbewusstes Elternverhalten bezieht sich auf eine bewusste erzieherische Haltung dem Kind gegenüber. Dies beinhaltet vor allem, dass Eltern nicht impulsiv reagieren, sondern reflektierte Erziehungsstrategien bewusst umsetzen ( $\alpha = .75$ ). Mit der Skala Machtvolle Durchsetzung werden Aspekte erfasst, die einer autoritären Erziehung zugerechnet werden, wie bspw. die harsche Durchsetzung von Regeln und Machtausübung ( $\alpha = .66$ ). Anhand der Skala Involviertheit wird elterliches Engagement und Teilnahme an Aktivitäten des Kindes erfasst ( $\alpha = .75$ ). Die Skala Inkonsistentes Elternverhalten enthält Items, die auf elterliche Inkonsistenz in der Einhaltung von Regeln und wechselnde Stärke von Bestrafung schließen lassen ( $\alpha = .74$ ). Anhand der Skala Geringes Monitoring wird Unwissenheit mit Hinblick auf Freunde und Freizeitaktivitäten des Kindes sowie mangelnde Festlegung von zeitlichen Regeln, z. B. wann ein Kind wieder zuhause sein sollte, erfasst ( $\alpha = .62$ ). Mit der Skala Körperliche Strafen wird erfasst, ob Eltern körperliche Bestrafungen wie Schütteln oder leichte Schläge zur Disziplinierung anwenden ( $\alpha = .59$ ).

Die Stabilitätskoeffizienten des erweiterten deutschen Fragebogens erwiesen sich in einer vorherigen Untersuchung als gut und zufriedenstellend. Ferner zeigten sich zu erwartende Zusammenhänge zwischen einzelnen Skalen und Verhaltensauffälligkeiten

sowie sozialen Kompetenzen, was die Autoren als Hinweis auf die Validität des Messinstruments werten (Reichle & Franiek, 2009).

### **7.5.4 Fragebogen zur Eltern-Kind-Beziehung für Kinder (FEB-K)**

Zur Erfassung des Erziehungsverhaltens aus Kindersicht wurde der FEB-K von Schacht, Richter-Appelt und Graf-Schimmelmann (2007) verwendet. Anhand einer vierstufigen Likert-Skala (*stimmt gar nicht/stimmt wenig/stimmt ziemlich/stimmt total*) müssen die Kinder Items zu verschiedenen Verhaltensweisen ihrer Eltern beantworten, welche anschließend einer von fünf Skalen (Cronbachs  $\alpha$  der gegenwärtigen Stichprobe nachfolgend in Klammern) zugeordnet werden. Anhand der Skala Zuwendung ( $\alpha = .83$ ) wird eine liebevolle Zuwendung und Unterstützung des Kindes erfasst. Mit der Skala Lenkung ( $\alpha = .71$ ) wird die Existenz und Einhaltung von familiären Regeln erfasst. Die Skala Fehlende Grenzsetzung ( $\alpha = .71$ ) zielt darauf ab, das Ausbleiben korrigierender elterlicher Reaktionen auf kindliches Verhalten zu erfassen. Anhand der Skala Zutrauen ( $\alpha = .58$ ) wird erhoben, ob Eltern den Kindern Raum zur selbständigen Entwicklung bieten. Die Skala Ablehnung ( $\alpha = .66$ ) bezieht sich darauf, ob das Kind häufig Beschimpfungen ausgesetzt ist und eine geringe Akzeptanz der Person des Kindes vorherrscht.

Erste Untersuchungen zur Validität des eingesetzten Instruments weisen darauf hin, dass Erziehungsverhalten als eine Dimension der Eltern-Kind-Beziehung anhand des vorliegenden Instruments valide erfasst werden kann (Schacht et al., 2007).

### **7.5.5 Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (FEEL-KJ)**

Anhand des FEEL-KJ (Grob & Smolenski, 2005) können habituelle Strategien der ER im Hinblick auf internalisierende Emotionen (Angst und Traurigkeit) untersucht werden. Der Fragebogen erhält auch einen Teil, in der Kinder zur Regulation von Wut befragt werden, der in der vorliegenden Studie jedoch nicht zum Einsatz kam. Basierend auf einer fünfstufigen Likert-Skala (*fast nie/selten/ab und zu/oft/fast immer*) wird die Häufigkeit des Gebrauchs verschiedener ER-Strategien erhoben. Die verschiedenen Strategien werden den Oberkategorien von adaptiver (Akzeptanz, Zerstreung, Problem-orientiertes Handeln, kognitives Problemlösen, Umbewertung, Vergessen, Stim-



mung anheben) und maladaptiver (Perseveration, Rückzug, Aufgeben, Selbst-Abwertung, aggressives Verhalten) ER zugeordnet. Zur Erfassung der kindlichen ER-Strategien wurde sowohl eine Version zur Selbsteinschätzung (für Kinder ab zehn Jahren) als auch eine Version zur Einschätzung der kindlichen Strategien durch die Eltern eingesetzt. Der Fragebogen wurde an einer großen Schweizer Stichprobe validiert und hat sich als reliabel zur Messung von ER-Strategien erwiesen. Cronbachs' Alpha betrug in der vorliegenden Stichprobe  $\alpha = .95$  für adaptive und  $\alpha = .81$  für maladaptive Strategien im Elternreport. In der Einschätzung der Kinder zeigte sich eine interne Konsistenz von  $\alpha = .93$  für adaptive Strategien und  $\alpha = .86$  für maladaptive Strategien.

#### **7.5.6 Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation der Eltern (FEEL)**

Um elterliche ER zu erheben, wurde in Anlehnung an Smolenski (2006) eine Vorläuferversion des FEEL-E von Grob und Horowitz (2014) eingesetzt. Auch hier werden Eltern bezüglich der Häufigkeit der Nutzung von adaptiven und maladaptiven ER-Strategien (entsprechend dem FEEL-KJ) in Anbetracht internalisierender Emotionen (Angst und Traurigkeit) befragt. Dadurch war eine Vergleichbarkeit elterlicher und kindlicher Strategien gegeben. In einer Studie von Asbrand et al. (2016) zeigten sich für elterliche adaptive Strategien signifikante Zusammenhänge mit der Strategie Neubewertung des etablierten Emotion Regulation Questionnaire (ERQ; Gross & John, 2003) sowie signifikante Zusammenhänge zwischen elterlichen maladaptiven Strategien und der Unterdrückung des Emotionsausdrucks, ebenfalls erhoben anhand des ERQ.

Die interne Konsistenz betrug in der vorliegenden Studie  $\alpha = .93$  für adaptive Strategien und  $\alpha = .89$  für maladaptive Strategien.

#### **7.5.7 Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I)**

Zur Erfassung der psychischen Störungen in der Patientenstichprobe wurde die deutsche Version des SKID-I (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) eingesetzt, anhand dessen sich Achse I-Störungen des DSM-IV klassifizieren lassen. Bezüglich der Interrater-Reliabilität des SKID-I werden je nach Skala moderate bis exzellente Werte berichtet (Lobbestael, Leurgans & Arntz, 2011).

### 7.5.8 Beck Depressions-Inventar II (BDI-II)

Zur Erfassung elterlicher Depressivität wurde das BDI-II (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006), die deutsche Version des Beck Depression Inventory von Beck, Steer und Brown (1996) eingesetzt. Das BDI-II ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Schwere einer Depression. Zu 21 Symptomen der Depression werden vier verschiedene Aussagen vorgeschlagen, von denen die ausgewählt werden muss, die den persönlichen Zustand in den letzten zwei Wochen am exaktesten beschreibt. Den Aussagen werden Punktwerte von 0 bis 3 zugeordnet. Es wird ein Gesamtwert gebildet, der in eine von fünf Kategorien (keine Depression/minimale Depression/leichte Depression/mittelschwere Depression/schwere Depression) eingeordnet werden kann. Punktwerte  $\leq 13$  weisen dabei auf keine/minimale Depression hin. Der BDI-II hat sich im englischsprachigen Sprachraum als auch in deutschen Studien als reliables und valides Instrument erwiesen (Kühner, Burger, Keller & Hautzinger, 2007). In der vorliegenden Studie wurde für Cronbachs  $\alpha$  ein Wert von .97 ermittelt.

### 7.5.9 Brief Symptom Inventory (BSI)

Das BSI (Derogatis & Melisaratos, 1983) ist eine Kurzform der SCL-90-R und ein Instrument zur Erfassung der subjektiven Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome in den letzten sieben Tagen. In der vorliegenden Studie kam die deutsche Version von Franke (2000) zum Einsatz. Anhand einer fünfstufigen Likertskala (*überhaupt nicht/ein wenig/ziemlich/stark/sehr stark*) müssen die Probanden Items beantworten, die einer von neun Skalen (Somatisierung; Zwanghaftigkeit; Unsicherheit im Sozialkontakt; Depressivität; Ängstlichkeit; Aggressivität/Feindseligkeit; Phobische Angst; Paranoides Denken; Psychotizismus) zugeordnet sind. Ferner können drei globale Kennwerte (GSI: grundsätzliche psychische Belastung; PSDI: Intensität der Antworten; PST: Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt) berechnet werden. Aufgrund von psychometrischen Analysen im deutschsprachigen Raum kann die Validität des BSI als gut bis zufriedenstellend beurteilt werden (Franke, 1997; Geisheim et al., 2002). In der vorliegenden Stichprobe ergab sich für den Gesamtwert ein Cronbachs  $\alpha$  von .98.

### 7.5.10 Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-deu)

Zur Erfassung der kindlichen Psychopathologie wurde der SDQ-deu, die deutsche Version des Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997) eingesetzt. Es wurden sowohl die Fremdberichtsform durch die Eltern (SDQ-F) als auch die Selbstberichtsform (SDQ-S) eingesetzt. Letztere wurde in der vorliegenden Studie bei Kindern  $\geq 10$  eingesetzt. Der SDQ ist ein 25 Items umfassendes Screening-Instrument, in dem jedes Item auf einer dreistufigen Skala (*nicht zutreffend/teilweise zutreffend/eindeutig zutreffend*) eingeschätzt wird. Jedes Item wird einer der folgenden Skalen zugordnet: Emotionale Symptome (1), Verhaltensauffälligkeiten (2), Hyperaktivität/Unaufmerksamkeit (3), Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen (4), prosoziales Verhalten (5). Ferner wird ein Gesamtwert aus dem Mittelwert der ersten vier Skalen gebildet. Der Vergleich von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil und Familien mit psychisch gesunden Eltern wurden bezüglich aller Skalen durchgeführt. Zur Überprüfung der Zusammenhangshypothesen wurden neben dem Gesamtwert die Skala Emotionale Probleme (als Indikator für internalisierende Symptome) und die Skala Verhaltensauffälligkeiten (als Indikator für externalisierende Symptome) herangezogen. Anhand des Gesamtmittelwerts kann ferner eine Klassifikation in eine von drei Kategorien (unauffällig/grenzwertig/auffällig) vorgenommen werden. In Feldstudien zeigte sich, dass innerhalb der festgesetzten Kategoriengrenzen ca. 80 % der Kinder als unauffällig, ca. 10 % der Kinder als grenzwertig und ca. 10 % der Kinder als auffällig kategorisiert werden (Woerner et al., 2002). Bisherige Studien zur englischsprachigen Originalversion als auch zur deutschen Übersetzung bestätigen die Validität des Instruments (Goodman & Scott, 1999; Klasen et al., 2000; Woerner et al., 2002). In der vorliegenden Studie ergaben sich in der Selbsteinschätzung der Kinder für die Subskalen ein Cronbachs  $\alpha$  von .73 für emotionale Probleme,  $\alpha = .47$  für Verhaltensprobleme,  $\alpha = .51$  für Hyperaktivität,  $\alpha = .58$  für Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen,  $\alpha = .64$  für prosoziales Verhalten sowie  $\alpha = .79$  für den Gesamtproblemwert.

In der Einschätzung durch die Eltern ergaben sich Werte für Cronbachs  $\alpha$  von .78 für emotionale Probleme,  $\alpha = .65$  für Verhaltensprobleme,  $\alpha = .74$  für Hyperaktivität,  $\alpha = .62$  für Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen,  $\alpha = .66$  für prosoziales Verhalten sowie  $\alpha = .86$  für den Gesamtproblemwert.

### 7.5.11 Eltern- und Kinderversion von eingesetzten Fragebögen

Wie in der Beschreibung der Fragebögen ersichtlich, wurden in vielen Fällen sowohl Eltern als auch Kinder bezüglich der untersuchten Aspekte befragt. Dies erfolgte teilweise anhand unterschiedlicher Instrumente (DEAPQ-EL-GS bzw. FEB-K zur Einschätzung des elterlichen Erziehungsverhaltens), in einigen Fällen wurden jedoch sowohl Elterneinschätzung als auch Kindereinschätzung anhand desselben Instruments erhoben (SDQ zur Erfassung kindlicher Psychopathologie und FEEL-KJ zur Erfassung kindlicher ER). Als diesbezüglicher Nachteil ist anzumerken, dass auf diese Weise mehrere Aspekte „doppelt“ getestet wurden. Hier lässt sich der Vorwurf erheben, dass so das Auftreten signifikanter Ergebnisse erhöht wird. Ferner schlägt es sich in umfangreicheren Analysen nieder und lässt die Interpretation bei unterschiedlicher Ergebnislage schwieriger werden. Für dieses Vorgehen sprachen jedoch verschiedene Punkte: Zum einen sind Diskrepanzen in der Einschätzung zwischen Eltern und Kindern ein weit bekanntes Phänomen (Laird & Los Reyes, 2013), was bspw. auch für die Einschätzung kindlicher Emotionsregulationsfähigkeiten gilt (Hourigan, Goodman & Southam-Gerow, 2011; Otterpohl et al., 2012). Esbjørn, Bender, Reinholdt-Dunne, Munck und Ollendick (2012) weisen des Weiteren darauf hin, dass Kinder möglicherweise noch nicht das Bewusstsein für die Einschätzung der eigenen ER-Strategien entwickelt haben.

Andererseits wird ein Negativbias in der Einschätzung kindlicher psychopathologischer Symptome durch psychisch erkrankte Eltern in der Literatur immer wieder und kontrovers diskutiert, was wiederum für die Berücksichtigung der kindlichen Perspektive spricht. Aus diesen Gründen wurde unter Berücksichtigung der Vor- und Nachteile entschieden, sowohl die elterliche als auch die kindliche Perspektive zu berücksichtigen. Zur graphischen Verdeutlichung ist das der Untersuchung zugrundeliegende Modell unten stehend noch einmal mit den entsprechenden Erhebungsinstrumenten sowie unter Angabe, ob das Merkmal aus Elternsicht/Kindersicht erfasst wurde, dargestellt (siehe Abbildung 4).

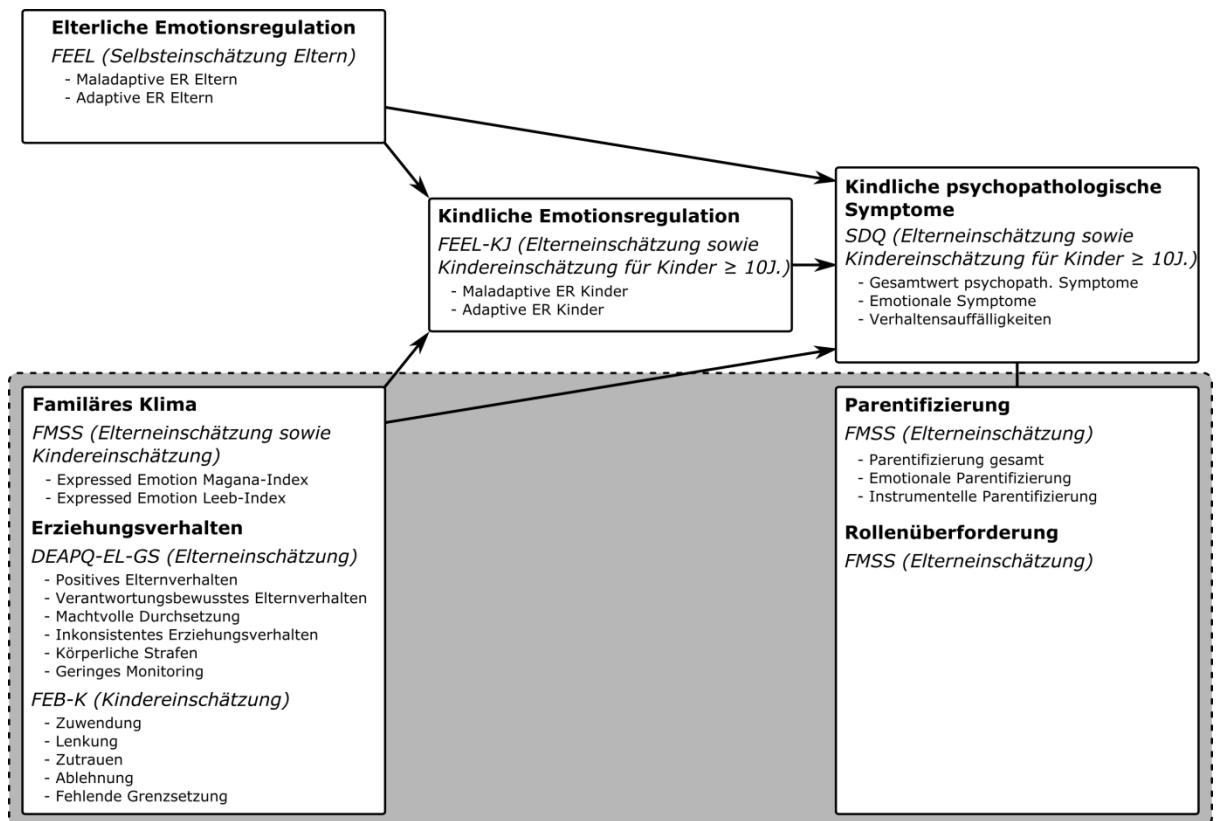


Abbildung 4. Grafische Darstellung der in der Studie untersuchten Variablen einschließlich der Erhebungsinstrumente. Die beziehungsorientierten Merkmale sind grau hinterlegt.

## 7.6 Datenaufbereitung und -analyse

Im Folgenden wird zunächst auf die Aufbereitung der Daten und im Anschluss auf die in der Studie durchgeführten Analysen eingegangen.

### 7.6.1 Datenaufbereitung

Mithilfe der Software IBM SPSS Statistics wurde vor Beginn der Berechnungen eine Prüfung der Plausibilität der Werte durchgeführt. Im Anschluss wurden die fehlenden Werte analysiert. Dies wurde anhand des Little-Tests mit der SPSS-Prozedur MVA realisiert. Die Analyse ergab die Bestätigung der MCAR-Bedingung, d. h. die fehlenden Werte fehlten vollkommen zufällig und folgten keinem Muster. Aufgrund der Altersbeschränkung bei einigen Fragebögen der Kinder wurden die Stichprobe geteilt und der Little-Test jeweils in den Dyaden der Kinder von sechs bis sieben Jahren ( $p = .83$ ), acht bis neun Jahren ( $p = 1.0$ ) und zehn bis 14 Jahren ( $p = .74$ ) durchgeführt. Ferner wurde der prozentuale Anteil fehlender Werte bei den eingesetzten Fragebögen ermittelt. Bei den durch die Eltern ausgefüllten Fragebögen zeigten sich nicht mehr als 5 %

der Werte fehlend (BSI: 0,8 %, BDI: 1,7 %, DEAPQ-EL-GS: 0,8 %, SDQ-F: 4,2 %, FEEL: 0,8 %). Bei einigen von den Kindern ausgefüllten Fragebögen zeigte sich eine leichte Überschreitung dieser Grenze: FEB-K (5,9 %), SDQ-S (5,1 %), FEEL-KJ (6,3 %). Aufgrund dessen wurde entschieden, eine Imputation fehlender Werte anhand des Expectation-Maximization-Algorithmus vorzunehmen, da von unverzerrten Parameterschätzungen ausgegangen werden kann und so die statistische Power der Analysen erhöht wird (Enders, 2001; Schafer & Graham, 2002). Ferner werden bei erfüllter MCAR-Bedingung die vorhandenen Informationen besser genutzt als beim fallweisen Ausschluss (Baltès-Götz, 2013).

Für das FMSS lagen die Daten in 20,3 % der Fälle für die Erwachsenen und in 33,1 % der Fälle für die Kinder nicht vor. Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass einige Eltern und Kinder nicht in die Aufnahme der Sprechprobe einwilligten und zum anderen, dass die Erhebung des FMSS an dem Erhebungsstandort Gütersloh früher eingestellt wurde, wenngleich Fragebogendaten hier noch erhoben wurden. Da der verwendete EM-Algorithmus von einer multivariaten Normalverteilung ausgeht, erfolgte in der vorliegenden Arbeit keine Ersetzung der kategorialen Werte und diesbezügliche Berechnungen erfolgten auf der Grundlage der reduzierten Stichprobe.

### **7.6.2 Datenanalyse**

Im Folgenden wird zunächst die statistische Vorgehensweise zur Beantwortung der Fragestellungen/Hypothesen erläutert, die sich auf die Prüfung der Unterschiedshypothesen beziehen. Im Anschluss erfolgen Ausführungen zur Analyse der Zusammenhangs- und Mediationshypothesen.

#### ***7.6.2.1 Darstellung der Analysen zur Prüfung der Unterschiedshypothesen***

Generell wurde bei der Beantwortung der Unterschiedshypothesen bezüglich des Vergleichs der Stichproben der Familien von Eltern mit und ohne psychische Erkrankung so vorgegangen, dass diese zunächst mittels der angezeigten Tests (Pearson Chi-Quadrat-Tests bzw. *t*-Test/Mann-Whitney-*U*-Test, je nach Skalierung der Variable) überprüft wurden. Ergaben sich Unterschiede, so wurde anhand einer Regression (logistische Regression oder multiple Regression, je nach Skalierung der abhängigen Variable) sichergestellt, dass beobachtete Unterschiede zwischen den Gruppen nicht auf

vorliegende Unterschiede in den soziodemografischen Daten (Einkommen, Bildung, Partnerschaft und Alter des Elternteils) zurückzuführen sind. Diese Vorgehensweise (zunächst Vergleich, dann Kontrolle der soziodemografischen Daten per Regression) wurde gewählt, da der Schwerpunkt der Arbeit auf einem Vergleich von Familien mit und ohne psychische Erkrankung lag und eine detaillierte Darstellung des Einflusses zusätzlicher Aspekte den Rahmen der vorliegenden Arbeit überstiegen hätte. Deshalb und aus Gründen der Übersichtlichkeit sind die Ergebnisse des Vergleichs prominenter und in Tabellen dargestellt, während die Ergebnisse (der kontrollierenden) Regression lediglich kurz im Text dargestellt werden. Im Folgenden wird das jeweilige Vorgehen in Abhängigkeit von der Skalierung der Variablen detailliert beschrieben.

Zur Beantwortung der Unterschiedshypothesen wurden bei dichotomer Ausprägung der abhängigen Variablen (Hypothesen 2, 3 und 5; Ungerichtete Analysen 1 und 2a–b) zunächst Pearson Chi-Quadrat-Tests (Kontingenzanalysen) angewandt. Hierbei erfolgt ein Vergleich beobachteter und erwarteter Häufigkeiten. Ist die erwartete Häufigkeit pro Zelle kleiner fünf, wird jedoch empfohlen, anstatt des Chi-Quadrat-Tests den exakten Test nach Fisher zu verwenden (Bortz, 2005). Dies fand in einigen Fällen Anwendung und ist jeweils entsprechend gekennzeichnet.

Zeigte sich anhand dieser Analysen ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen, wurde im Anschluss eine hierarchische, logistische Regression durchgeführt. Als Referenzkategorien wurden „hohe Bildung“, „hohes Einkommen“, „männliches Geschlecht“, „aktuell existierende Partnerschaft“ sowie „psychisch nicht erkrankt“ festgelegt. Ferner wurden einfache Kontraste als Kontrastmethode gewählt. Bei dieser Methode wird jede Kategorie einer Variablen, mit Ausnahme der Referenzkategorie, mit der Referenzkategorie der Variablen verglichen. Bei der Durchführung einer logistischen Regressionsanalyse sollte zwischen den Prädiktoren keine Multikollinearität vorliegen, um erhöhte Standardfehler und verzerrte Schätzungen zu vermeiden. Multikollinearität kann anhand von Toleranz und Varianzinflationsfaktor (VIF) bestimmt werden. Nach Urban und Mayerl (2011) weist ein VIF größer fünf auf das Vorhandensein von Multikollinearität hin. Ferner sollte der Toleranzwert nicht unter 0.25 liegen. In der vorliegenden Studie konnte keine Multikollinearität beobachtet werden.

Zur Beantwortung der Unterschiedshypothesen wurde bei intervallskalierten Fragebogenskalen (Hypothesen 1, 6, 7, 8a–b und 9a–b) der *t*-Test oder der Mann-Whitney-*U*-Test angewandt. Dabei wurde beim Vergleich von Familien mit einem psychisch er-

krankten Elternteil und Familien mit psychisch gesunden Eltern innerhalb jedes Fragebogens Bonferroni-korrigiert. Als Voraussetzungen für den  $t$ -Test werden die Unabhängigkeit der Stichproben, Intervallskalenniveau der Variablen, Normalverteilung des Merkmals in beiden Stichproben sowie Varianzhomogenität genannt. Der  $t$ -Test hat sich als robust gegenüber Verletzungen der Normalverteilungsannahme erwiesen. Sind jedoch Stichprobenumfänge verschieden und liegt gleichzeitig Varianzungleichheit vor, ist mit einem höheren Prozentsatz an Fehlentscheidungen zu rechnen (Bortz, 2005; S.141). Da in der vorliegenden Studie unterschiedliche Stichprobenumfänge bestanden, wurde bei Verletzung der Varianzgleichheit der Mann-Whitney- $U$ -Test angewandt. Zur Berechnung der Effektstärke wurde auf eine freie Software zurückgegriffen (Lenhard & Lenhard, 2014).

Vor der Durchführung der  $t$ -Tests wurde anhand von Boxplots auf Ausreißer geprüft. Lagen Ausreißer vor, so wurde die entsprechende Analyse jeweils mit und ohne Ausreißer durchgeführt. Ergaben sich durch Ausschluss der Ausreißer Veränderungen der Ergebnisse, so werden diese in einer Fußnote berichtet.

Zur Kontrolle, dass anhand des  $t$ -Tests oder des Mann-Whitney- $U$ -Tests gefundene Unterschiede zwischen den Gruppen nicht auf vorliegende Unterschiede in den soziodemografischen Daten zurückzuführen sind, wurden im Anschluss multiple Regressionsanalysen durchgeführt. Da die multiple Regression sensitiv auf Ausreißer reagiert, wurde vorab eine Analyse bezüglich Ausreißer bzw. einflussreichen Werten durchgeführt. Hinweise darauf, dass ein Ausreißer auf der abhängigen Variable vorliegen könnte, kann die Inspektion der Residuen liefern. Weist das ausgelassen-studentisierte Residuum Werte größer  $+3/-3$  auf, sollte der Datenpunkt näher betrachtet werden. Ein Maß zur Beurteilung, ob ein einflussreicher Fall vorliegt, bietet das Distanzmaß nach Cook. Dabei existiert die Faustregel, Cook-Abstände größer eins als einflussreich zu betrachten (Cohen, Cohen, West & Aiken, 2003). Anhand dieser Regel konnten keine einflussreichen Werte identifiziert werden. In einigen Fällen wurden jedoch anhand der Residuen Ausreißer identifiziert, woraufhin die entsprechenden Analysen sowohl unter Ein- als auch Ausschluss der Ausreißer durchgeführt wurden. Wurden unter Ausschluss der Ausreißer grundlegende Unterschiede in den Ergebnissen beobachtet, sind die entsprechenden Ergebnisse in einer Fußnote berichtet.

Eine Voraussetzung für die multiple lineare Regression sind die Linearität und Homoskedastizität der Residuen. Hierzu bietet die, in der vorliegenden Studie verwendete,



Software IBM SPSS Statistics Streudiagramme an, die eine visuelle Überprüfung möglich machen. In einigen Fällen lag keine Homoskedastizität der Residuen, sprich Heteroskedastizität vor. Eine mögliche Vorgehensweise in diesem Fall ist eine Berechnung des Regressionsmodells mit Bootstrapping (Baltes-Götz, 2016), was in der vorliegenden Studie Anwendung fand. Die Überprüfung der Normalverteilung der Residuen erfolgte ebenfalls per visueller Inspektion. Es konnten keine groben Verletzungen der Annahme festgestellt werden. Wie bereits in den Ausführungen zur logistischen Regression dargestellt, konnten keine besonders starken Korrelationen der Prädiktoren untereinander, d. h. keine Multikollinearität, beobachtet werden.

In der vorliegenden Arbeit wurden beim SDQ und beim FEEL-KJ jeweils Eltern- und Kinderversion eingesetzt. Da die jeweilige Version für die Kinder jedoch jeweils erst ab einem Alter von zehn Jahren eingesetzt wurde, ist die Vergleichbarkeit zur jeweiligen Elternversion gemindert, da sich Unterschiede bzw. Zusammenhänge nur auf die Stichprobe der Kinder beziehen, die zehn Jahre oder älter sind. Aus diesem Grund wurde im Anschluss jeder Analyse überprüft, ob sich die berichteten Ergebnisse für die Elternversion ändern würden, wenn auch hier nur die Stichprobe der Kinder berücksichtigt würde, die zehn Jahre oder älter sind. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden jedoch nur dann darauf hingewiesen, wenn sich Veränderungen der Ergebnisse ergaben.

#### ***7.6.2.2 Darstellung der Analysen zur Prüfung der Zusammenhangs- und Mediationshypothesen***

Zur Prüfung von Zusammenhängen zwischen psychopathologischen Auffälligkeiten des Kindes, beziehungsorientierten Merkmalen, kindlichen ER-Strategien und elterlichen ER-Strategien (Hypothesen 4, 10a–b, 11, 12a–b, 14a–b, 16a–b und 17a–b, Ungerichtete Analyse 3) wurden Korrelationen berechnet (zweiseitige Testung). In der Literatur gibt es Hinweise auf alters- und geschlechtsspezifische Effekte in Bezug auf kindliche psychopathologische Auffälligkeiten und kindliche ER (Ge, Conger & Elder, 2001; Silk et al., 2006a; Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002). Ferner ist möglicherweise auch die Parentifizierung von Kindern und Erziehungsverhalten von Eltern unterschiedlich in Abhängigkeit von Alter oder Geschlecht des Kindes (z. B. Frick et al., 1999; Hooper et al., 2011; Rothbaum & Weisz, 1994). Aus diesem Grund wurden die Korrelationen jeweils als Partialkorrelationen unter Kontrolle von Alter und Geschlecht des

Kindes durchgeführt. Keine Kontrolle fand lediglich bei den Variablen statt, die nur die Eltern betreffen und für die sich keine theoretische Grundlage zur Kontrolle findet (Elterliche ER-Strategien und Schwere der psychischen Symptomatik der Eltern). Ferner konnte keine Kontrolle bei der Korrelation von zwei dichotomen Variablen (Phi-Koeffizient) durchgeführt werden, da hier die Voraussetzungen zur Durchführung einer Partialkorrelation fehlen.

Bezüglich der Hypothesen von der kindlichen ER als vermittelndem Mechanismus zwischen beziehungsorientierten Merkmalen/elterlicher ER und kindlichen psychopathologischen Symptomen wäre bevorzugt eine Testung des Gesamtmodells erfolgt. Letztlich wurde jedoch aufgrund folgender methodischer Argumente sowohl nach Teilaspekten getrennt als auch Elternmodell (Variablen nur in der Elterneinschätzung) und Kindmodell (Variablen nur in der Kindereinschätzung) separat untersucht:

- die doppelte Erfassung vieler Variablen (aus Eltern- und Kinderperspektive),
- die kindliche Einschätzung des SDQ und des FEEL-KJ erst ab dem Alter  $\geq 10$  Jahren,
- die reduzierte Stichprobe beim FMSS (Expressed Emotion),
- die geringen bzw. nicht vorhandenen Assoziationen bei Kombination von Eltern- und Kindereinschätzung,
- die zu dem im Vergleich der zu untersuchenden Indikatoren zu geringe Stichprobenanzahl,
- der Versuch, zumindest Teilaspekte zu einem Gesamtwert zusammenzufassen, um Einzeltestungen zu reduzieren, erwies sich als statistisch nicht angezeigt.

Aus diesem Grund wurden eine Reihe separater Mediationsanalysen durchgeführt (Hypothesen 13, 15, 18), die sich am klassischen Ansatz von Baron und Kenny (1986) orientierten. Um von einer Mediation zu sprechen, müssen verschiedene Annahmen erfüllt sein, die anhand von Regressionsanalysen überprüft werden (siehe Abbildung 5):

1. Prädiktor und abhängige Variable zeigen sich assoziiert (Pfad c im Mediationsmodell ist signifikant von 0 verschieden).
2. Prädiktor und Mediator zeigen sich assoziiert (Pfad a im Mediationsmodell ist signifikant von 0 verschieden).
3. Die vorhandene Assoziation zwischen dem Prädiktor und der abhängigen Variable wird nicht mehr signifikant (vollständige Mediation) bzw. verringert sich (partielle Me-

diation), wenn der Mediator als zusätzlicher Prädiktor aufgenommen wird, welcher sich jedoch wiederum als signifikant erweist (Pfad b ist signifikant von 0 verschieden,  $c'$  ist nicht signifikant von 0 verschieden (vollständige Mediation) bzw.  $|c'| < |c|$  (partielle Mediation)).

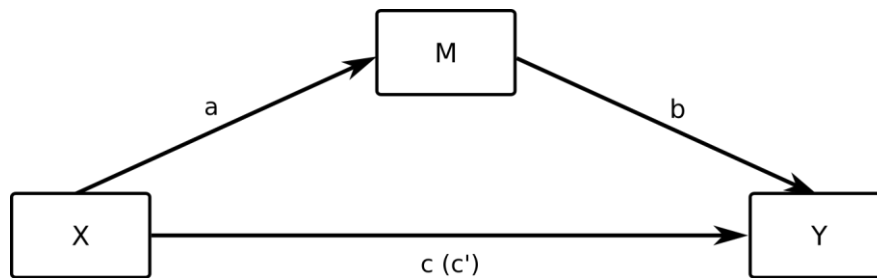


Abbildung 5. Allgemeines Mediationsmodell

Die abschließende Überprüfung der Signifikanz des Mediatoreffekts wurde in der vorliegenden Arbeit mittels Bootstrapping durchgeführt. Zur Berechnung der Mediationsanalysen wurde das Macro PROCESS von Hayes (2013) verwendet. Alle Berechnungen wurden mit der Software IBM SPSS Statistics 23 durchgeführt.

Zugunsten einer besseren Lesbarkeit und Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse sind im Folgenden *Elterneinschätzung* und *Selbsteinschätzung durch die Kinder* sowie *kindliche* und *elterliche* EE Kritik/ER-Strategien/Psychopathologie jeweils kursiv hervorgehoben.



## 8. Ergebnisse

Im Folgenden werden entsprechend der Fragestellungen zunächst die Ergebnisse zum Vergleich der Kinder psychisch erkrankter Eltern und psychisch gesunder Eltern hinsichtlich des Auftretens von psychopathologischen Symptomen dargestellt.

Im Anschluss erfolgt die Darstellung des Vergleichs von beziehungsorientierten Merkmalen, elterlicher ER und kindlicher ER zwischen Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil und Familien mit psychisch gesunden Eltern.

Zuletzt werden die Ergebnisse der Mediationsanalysen mit kindlicher ER als potenziell vermittelndem Mechanismus zwischen beziehungsorientierten Merkmalen/elterlicher ER und kindlichen psychopathologischen Symptomen präsentiert. Für letztgenannte Analysen wurde nur die Stichprobe der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil verwendet.

### 8.1 Vergleich des Auftretens psychopathologischer Symptome bei Kindern psychisch erkrankter Eltern und psychisch gesunder Eltern (Fragestellung 1, Hypothese 1)

In der *Elterneinschätzung* unterschieden sich die Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil von den Kindern psychisch gesunder Eltern hinsichtlich psychopathologischer Symptome (Hypothese 1) signifikant bezüglich der SDQ-Skalen Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen und bezüglich des Gesamtproblemwerts. Keine signifikanten Unterschiede zeigten sich hinsichtlich der Skalen Hyperaktivität und Prosoziales Verhalten (siehe Tabelle 2).

Im Anschluss wurden multiple Regressionsanalysen durchgeführt, um sicherzustellen, dass beobachtete Unterschiede zwischen den Gruppen nicht auf Unterschiede in den soziodemografischen Daten zurückzuführen sind. Die psychische Erkrankung eines Elternteils erwies sich auch unter Kontrolle der soziodemografischen Daten als signifikanter Prädiktor hinsichtlich der Skalen Emotionale Probleme<sup>1</sup> ( $\beta = .47, p < .01$ ), Verhaltensprobleme<sup>1</sup> ( $\beta = .37, p < .01$ ); Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen<sup>1</sup> ( $\beta = .33, p < .01$ ) und des Gesamtproblemwerts<sup>1</sup> ( $\beta = .40, p < .01$ ).

---

<sup>1</sup> Aufgrund von Heteroskedastizität wurde bei der Berechnung der multiplen Regression bzgl. der Skalen Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen und dem Gesamtproblemwert des SDQ-F auf Bootstrapping zurückgegriffen. Die angegebenen  $\beta$ -Gewichte entstammen der Regression.

Tabelle 2

*Psychopathologische Symptome bei Kindern psychisch erkrankter und psychisch gesunder Eltern*

Elterneinschätzung SDQ-F <sup>ac</sup>	Kinder psychisch erkrankter Eltern	Kinder psychisch gesunder Eltern	<i>t</i>	<i>z</i>	<i>p</i> <sup>*</sup>	Cohen's <i>d</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>				
Emotionale Probleme	3.86 (2.51)	1.16 (1.26)		-5.46 <sup>d</sup>	<.008	-1.23
Verhaltensprobleme	2.59 (1.90)	1.08 (1.06)		-4.53 <sup>d</sup>	<.008	-0.90
Hyperaktivität	3.65 (2.48)	2.43 (2.01)	-2.62		.01	-0.52
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	2.24 (1.89)	1.03 (1.34)		-3.49 <sup>d</sup>	<.008	-0.70
Prosoziales Verhalten	7.74 (1.86)	8.32 (1.80)	1.61		.11	0.32
Gesamtproblemwert	12.35 (6.70)	5.71 (3.83)		-5.21 <sup>d</sup>	<.008	-1.11
Selbsteinschätzung Kinder SDQ-S <sup>bc</sup>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>z</i>	<i>p</i> <sup>*</sup>	Cohen's <i>d</i>
Emotionale Probleme	3.40 (2.48)	2.47 (2.25)	-1.55		.13	-0.39
Verhaltensprobleme	2.08 (1.55)	1.56 (1.58)	-1.36		.18	-0.33
Hyperaktivität	3.85 (2.14)	3.56 (2.04)	-0.57		.57	-0.14
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	2.51 (2.04)	2.23 (1.59)	-0.61		.54	-0.15
Prosoziales Verhalten	8.21 (1.68)	8.24 (1.68)	0.08		.94	0.02
Gesamtproblemwert	11.86 (5.85)	9.80 (5.65)	-1.46		.15	-0.36

*Anmerkungen.* SDQ-F: Fragebogen zu Stärken und Schwächen – Fremdeinschätzung durch die Eltern; SDQ-S: Fragebogen zur Stärken und Schwächen – Selbsteinschätzung durch die Kinder; <sup>a</sup> *N* = 118; <sup>b</sup> *n* = 79 (Kinder ≥10 Jahre); <sup>c</sup> Itemskalierung von 0 (nicht zutreffend) bis 2 (eindeutig zutreffend); <sup>d</sup> Aufgrund von Ungleichheit in den Varianzen ist hier der *z*-Wert des Mann-Whitney-*U*-Tests angegeben; <sup>\*</sup> *p* < .008 (adjustiert nach Bonferroni).

Anhand der *Elterneinschätzung* ergab sich in der Stichprobe der psychisch gesunden Eltern eine kategoriale Klassifikation von 94.6 % der Kinder als normal und 5.4 % als grenzwertig. In der Stichprobe der psychisch erkrankten Eltern wurden aufgrund der *Elterneinschätzung* 59.3 % der Kinder als normal, 11.1 % als grenzwertig und 29.6 % der Kinder als auffällig eingestuft.

In der *Selbsteinschätzung der Kinder* zeigten sich auf keiner der Skalen des SDQ signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (siehe Tabelle 2).

Von den Kindern psychisch gesunder Eltern wurden aufgrund der *Selbsteinschätzung* 79.2 % der Kinder als normal, 16.6 % als grenzwertig und 4.2 % als auffällig klassifiziert. Von den Kindern psychisch erkrankter Eltern erfolgt aufgrund der *Selbsteinschätzung*

*schätzung* eine Klassifikation von 72.7 % der Kinder als normal, 12.8 % als grenzwertig und 14.5 % als auffällig.

### **8.1.1 Zusammenfassung**

Werden die psychopathologischen Auffälligkeiten der Kinder *durch die Eltern* eingeschätzt, so ergeben sich deutliche Unterschiede zwischen den Kindern psychisch erkrankter und psychisch gesunder Eltern. Lediglich hinsichtlich der Skalen Hyperaktivität und Prosoziales Verhalten finden sich keine Unterschiede. Erfolgt die Einschätzung der psychopathologischen Symptome hingegen *durch die Kinder* selbst, ergeben sich keinerlei signifikante Gruppenunterschiede. Es fällt jedoch trotz mangelnder Signifikanz auf, dass sich 14.5 % der Kinder psychisch erkrankter Eltern als auffällig einschätzen, während dies nur 4.2 % der Kinder psychisch gesunder Eltern tun.

Des Weiteren zeigt ein Vergleich der Einschätzung der psychopathologischen Werte in den Familien mit einem gesunden Elternteil, dass die psychisch gesunden Eltern ihre Kinder offensichtlich als psychisch gesunder einschätzen, als es die Kinder selbst tun.

## **8.2 Expressed Emotion in Familien mit psychisch gesunden und psychisch erkrankten Eltern**

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse zur *elterlichen* Expressed Emotion präsentiert, bevor im Anschluss die Resultate zur *kindlichen* Expressed Emotion und Zusammenhänge zwischen *elterlicher* und *kindlicher* Expressed Emotion dargestellt sind. Bei der Auswertung des FMSS wurden sowohl die Kriterien zur Bildung des Magana-Index, als auch die Kriterien zur Bildung des erweiterten Leeb-Index angewandt.

### **8.2.1 Expressed Emotion von psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern im Vergleich (Fragestellung 2, Hypothese 2)**

Nach dem Magana-Index wurden in der vorliegenden Studie 27.5 % der psychisch erkrankten Eltern und 11.1 % der psychisch gesunden Eltern als HEE klassifiziert, wobei bei den psychisch erkrankten Eltern 22.4 % anhand von EE Kritik, 1.7 % anhand von EE EOI und 3.4 % anhand von EE Kritik und EOI als HEE eingeordnet wurden. Bei

den psychisch gesunden Eltern trat eine Kategorisierung als HEE nur aufgrund von EE Kritik auf.

Nach dem erweiterten Leeb-Index wurden 55.2 % der psychisch erkrankten Eltern und 30.6 % der psychisch gesunden Eltern als HEE klassifiziert, wobei bei den psychisch erkrankten Eltern 50 % anhand von EE Kritik und 5.2 % anhand von EE Kritik und EOI als HEE eingeordnet wurden. Bei den psychisch gesunden Eltern trat eine Kategorisierung als HEE nur aufgrund von EE Kritik auf. Aufgrund des geringen Vorkommens von EE EOI in der vorliegenden Studie wurde entschieden, sich bei allen weiteren Analysen lediglich auf die Kategorie EE Kritik zu konzentrieren, wobei hier auch jene Klassifizierungen zu EE Kritik hinzugezählt wurden, die als HEE aufgrund von EE Kritik und EOI klassifiziert wurden (siehe Tabelle 3). Entsprechend beruhen die folgenden diesbezüglichen Tests lediglich auf der Unterscheidung der Gruppen bezüglich EE Kritik.

Bei einem Vergleich der Gruppen (Hypothese 2) zeigte sich nach dem Magana-Index eine Tendenz bezüglich mehr EE Kritik in der Gruppe der psychisch erkrankten Eltern (siehe Tabelle 3). Ein Vergleich der Gruppen unter Nutzung des erweiterten Leeb-Index ergab signifikant mehr EE Kritik bei den psychisch erkrankten Eltern.

Im Anschluss an die Kontingenzanalyse wurde eine logistische Regression durchgeführt um zu überprüfen, ob sich EE Kritik und psychische Erkrankung auch dann verbunden zeigen, wenn soziodemografische Unterschiede zwischen psychisch erkrankten und psychisch gesunden Elternteilen berücksichtigt werden. Dies wurde nur mit EE Kritik nach dem Leeb-Index als abhängige Variable durchgeführt, da sich für den Magana-Index lediglich ein Trend bzgl. mehr Kritik in der Gruppe der psychisch erkrankten Eltern zeigte.

Die Überprüfung der Signifikanz der Regressionskoeffizienten anhand des Wald-Tests ergab, dass der Erkrankungsstatus eines Elternteils, das Geschlecht des Elternteils sowie eine niedrige Schulbildung im Vergleich mit einer hohen Schulbildung signifikant zur Vorhersage von EE Kritik beitrugen. Die Chance, als HEE Kritik klassifiziert zu werden, erhöhte sich bei niedriger im Vergleich zu hoher Bildung um 313 %, wenn die befragte Person weiblich war um 437 % und wenn eine psychische Erkrankung vorlag um 293 %.



Tabelle 3

*HEE Kritik und NEE Kritik bei psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern sowie ihren Kindern*

			Psychisch erkrankte Eltern	Psychisch gesunde Eltern	Total		Fisher-Test
			<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	$\chi^2$	
Eltern EE Kritik <sup>b</sup>	EE Index Magana	HEE Kritik	15 (25.9 %)	4 (11.1 %)	19 (20.2 %)	3.0, $p = .08$	
		NEE Kritik	43 (74.1 %)	32 (88.9 %)	75 (79.8 %)		
		Gesamt	58 (100 %)	36 (100 %)	94 (100 %)		
EE Index Leeb	EE Index Leeb	HEE Kritik	32 (55.2 %)	11 (30.6 %)	43 (45.7 %)	5.42, $p < .05$	
		NEE Kritik	26 (44.8 %)	25 (69.4 %)	51 (54.3 %)		
		Gesamt	58 (100 %)	36 (100 %)	94 (100 %)		
Kinder EE Kritik <sup>c</sup>	EE Index Magana	HEE Kritik	3 (6.4 %)	5 (15.6 %)	8 (10.1 %)		$p = .26^a$
		NEE Kritik	44 (93.6 %)	27 (84.4 %)	71 (89.9 %)		
		Gesamt	47 (100 %)	32 (100 %)	79 (100 %)		
EE Index Leeb	EE Index Leeb	HEE Kritik	10 (21.3 %)	6 (18.8 %)	16 (20.3 %)	0.08, $p = .78$	
		NEE Kritik	37 (78.7 %)	26 (81.3 %)	63 (79.7 %)		
		Gesamt	47 (100 %)	32 (100 %)	79 (100 %)		

Anmerkungen. EE: Expressed Emotion; HEE: Hoch-EE; NEE: Niedrig-EE; <sup>a</sup> Aufgrund einer erwarteten Zellenhäufigkeit kleiner fünf wurde hier anstatt des Chi-Quadrat-Tests der exakte Test nach Fisher angewandt; <sup>b</sup>  $n = 94$ ; <sup>c</sup>  $n = 79$ .

### 8.2.2 Expressed Emotion bei Kindern von psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern (Fragestellung 2, Hypothese 3)

Nach dem Magana-Index wurden in der vorliegenden Studie 6.4 % der *Kinder* von psychisch erkrankten Eltern und 15.6 % der *Kinder* von psychisch gesunden Eltern als HEE klassifiziert, wobei HEE in allen Fällen aufgrund von EE Kritik vergeben wurde.

Nach dem erweiterten Leeb-Index wurden 21.3 % der *Kinder* von psychisch erkrankten Eltern und 18.8 % der *Kinder* von psychisch gesunden Eltern als HEE klassifiziert, wobei auch hier HEE in allen Fällen aufgrund von EE Kritik vergeben wurde.

Bei der Prüfung von Gruppenunterschieden (Hypothese 3) anhand des Pearson Chi-Quadrat-Tests bzw. anhand des Exakten Tests nach Fisher zeigte sich bezüglich beider EE-Indexe (Magana und Leeb) kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen (siehe Tabelle 3).

### **8.2.3 Zusammenhang zwischen elterlicher und kindlicher EE Kritik (Fragestellung 2, Hypothese 4)**

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen *elterlicher* und *kindlicher* EE Kritik (Hypothese 4), weder anhand des Magana-Index ( $\Phi = .05, p = .69$ ), noch anhand des Leeb-Index ( $\Phi = .03, p = .79$ ).

### **8.2.4 Zusammenfassung**

Bei dem Vergleich der EE Kritik von psychisch erkrankten und psychisch gesunden *Eltern* ergab sich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich EE Kritik (Leeb-Index), der in der nachfolgenden logistischen Regressionsanalyse bestätigt wurde. Als weitere wichtige Prädiktoren für EE Kritik zeigten sich hier ferner niedrige Bildung im Vergleich zu hoher Bildung und weibliches Geschlecht. Hinsichtlich des Magana-Index zeigte sich ein Trend in die Richtung einer erhöhten EE Kritik von psychisch erkrankten *Eltern*.

Bei dem Vergleich der EE Kritik der *Kinder* psychisch erkrankter und psychisch gesunder Eltern zeigten sich entgegen der Hypothese keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Ferner zeigten sich *kindliche* und *elterliche* EE Kritik nicht assoziiert.

## **8.3 Parentifizierung und Rollenüberforderung bei psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern**

Nachstehend werden zunächst die Ergebnisse zur Parentifizierung präsentiert. Nach dem Vergleich von psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern finden sich die Resultate der Analysen zu Unterschieden zwischen Müttern und Vätern bzw. Mädchen und Jungen. Die Ergebnisse zu Rollenüberforderung werden im letzten Abschnitt dargestellt. Teilergebnisse wurden bereits vorab publiziert (siehe Griepenstroh, Beblo, Bauer, Driessen & Heinrichs, 2013). Leichte Veränderungen der Werte sind auf den nachträglichen Ausschluss einer Versuchsperson zurückzuführen.

### 8.3.1 Parentifizierung von psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern im Vergleich (Fragestellung 2, Ungerichtete Analyse 1)

Bei dem Vergleich von psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern bezüglich des Vorliegens von Parentifizierung (Ungerichtete Analyse 1) zeigte sich kein Unterschied hinsichtlich Parentifizierung gesamt (emotionale und instrumentelle Parentifizierung), instrumenteller Parentifizierung oder emotionaler Parentifizierung (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4

*Parentifizierung und Rollenüberforderung bei psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern*

		Psychisch erkrankte Eltern	Psychisch gesunde Eltern	Total	$\chi^2$	Fisher-Test
		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		
Parentifizierung Gesamt	Liegt vor	11 (19.0 %)	3 (8.3 %)	14 (14.9 %)	1.98, $p = .16$	
	Liegt nicht vor	47 (81.0 %)	33 (91.7 %)	80 (85.1 %)		
	Gesamt	58 (100 %)	36 (100 %)	94 (100 %)		
Emotionale Parentifizierung	Liegt vor	11 (19.0 %)	2 (5.6 %)	13 (13.8 %)	$p = .12^a$	
	Liegt nicht vor	47 (81.0 %)	34 (94.4 %)	81 (86.2 %)		
	Gesamt	58 (100 %)	36 (100 %)	94 (100 %)		
Instrumentelle Parentifizierung	Liegt vor	1 (1.7 %)	1 (2.8 %)	2 (2.1 %)	$p = 1.0^a$	
	Liegt nicht vor	57 (98.3 %)	35 (97.2 %)	92 (97.9 %)		
	Gesamt	58 (100 %)	36 (100 %)	94 (100 %)		
Rollenüberforderung	Liegt vor	14 (24.1 %)	0 (0 %)	14 (14.6 %)	10.21, $p < .001$	
	Liegt nicht vor	44 (75.9 %)	36 (100 %)	81 (85.3 %)		
	Gesamt	58 (100 %)	36 (100 %)	94 (100 %)		

*Anmerkung.* Parentifizierung und Rollenüberforderung wurden anhand des Five Minute Speech Sample (FMSS) kodiert; die Häufigkeitsangaben bezüglich Parentifizierung gesamt und emotionaler Parentifizierung sind bezüglich der Stichprobe der psychisch erkrankten Eltern identisch, da instrumentelle Parentifizierung in einem Fall vergeben wurde, bei dem ebenfalls emotionale Parentifizierung vorlag; <sup>a</sup> Aufgrund einer erwarteten Zellenhäufigkeit kleiner fünf wurde hier anstatt des Chi-Quadrat-Tests der exakte Test nach Fisher angewandt.

### 8.3.2 Zusammenhänge zwischen Parentifizierung und elterlichem und kindlichem Geschlecht (Fragestellung 2, Ungerichtete Analysen 2a–b)

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Parentifizierung und dem Geschlecht des Elternteils (Ungerichtete Analyse 2a) zeigte sich kein Unterschied zwischen Müttern

und Vätern hinsichtlich Parentifizierung gesamt, instrumenteller Parentifizierung oder emotionaler Parentifizierung (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5  
Parentifizierung bei Müttern und Vätern

		Mütter	Väter	Total	
		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	Fisher-Test
Parentifizierung Gesamt	Liegt vor	12 (17.1 %)	2 (8.3 %)	14 (13.8 %)	$p = .51^a$
	Liegt nicht vor	58 (81.1 %)	22 (92.7 %)	80 (86.2 %)	
	Gesamt	70 (100 %)	24 (100 %)	94 (100 %)	
Emotionale Parentifizierung	Liegt vor	11 (15.7 %)	2 (8.3 %)	13 (13.8 %)	$p = .50^a$
	Liegt nicht vor	59 (84.3 %)	22 (91.7 %)	81 (86.2 %)	
	Gesamt	70 (100 %)	24 (100 %)	94 (100 %)	
Instrumentelle Parentifizierung	Liegt vor	2 (2.9 %)	0 (0.0 %)	2 (2.1 %)	$p = 1.0^a$
	Liegt nicht vor	68 (97.1 %)	24 (100 %)	92 (97.9 %)	
	Gesamt	70 (100 %)	24 (100 %)	94 (100 %)	

*Anmerkung.* Parentifizierung wurde anhand des Five Minute Speech Sample (FMSS) kodiert; <sup>a</sup> Aufgrund einer erwarteten Zellenhäufigkeit kleiner fünf wurde hier anstatt des Chi-Quadrat-Tests der exakte Test nach Fisher angewandt;  $n = 94$ .

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Parentifizierung und dem Geschlecht des Kindes (Ungerichtete Analyse 2b) zeigte sich ein Trend in Bezug auf Parentifizierung gesamt in die Richtung, dass Mädchen stärker parentifiziert werden als Jungen. Eine getrennte Betrachtung der beiden Arten von Parentifizierung ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen Mädchen und Jungen, weder bezüglich emotionaler Parentifizierung noch instrumenteller Parentifizierung (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6  
*Parentifizierung von Mädchen und Jungen*

		Mädchen	Jungen	Total		
		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	$\chi^2$	Fisher-Test
Parentifizierung Gesamt	Liegt vor	11 (20.8 %)	3 (7.3 %)	14 (14.9 %)	3.29, $p = .07$	
	Liegt nicht vor	42 (79.2 %)	38 (92.7 %)	80 (85.1 %)		
	Gesamt	53 (100 %)	41 (100 %)	94 (100 %)		
Emotionale Parentifizierung	Liegt vor	10 (18.9 %)	3 (7.3 %)	13 (13.8 %)	2.59, $p = .11$	
	Liegt nicht vor	43 (81.1 %)	38 (92.7 %)	81 (86.2 %)		
	Gesamt	53 (100 %)	41 (100 %)	94 (100 %)		
Instrumentelle Parentifizierung	Liegt vor	2 (3.8 %)	0 (0.0 %)	2 (2.1 %)		$p = .50^a$
	Liegt nicht vor	51 (96.2 %)	41 (100 %)	92 (97.9 %)		
	Gesamt	53 (100 %)	41 (100 %)	94 (100 %)		

*Anmerkung.* Parentifizierung wurde anhand des Five Minute Speech Sample (FMSS) kodiert; <sup>a</sup> Aufgrund einer erwarteten Zellenhäufigkeit kleiner fünf wurde hier anstatt des Chi-Quadrat-Tests der exakte Test nach Fisher angewandt;  $n = 94$ .

### 8.3.3 Rollenüberforderung bei psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern (Fragestellung 2, Hypothese 5)

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied bezüglich Rollenüberforderung zwischen psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern (Hypothese 5) in die Richtung, dass psychisch erkrankte Eltern über mehr Rollenüberforderung berichten als psychisch gesunde Eltern (siehe Tabelle 4). Hinweise auf Rollenüberforderung wurden nur in der Gruppe der psychisch Erkrankten kodiert, während sich bei keiner Sprechprobe der psychisch gesunden Eltern Hinweise auf Rollenüberforderung fanden. Aus diesem Grund konnte ein logistisches Regressionsmodell zur Überprüfung, dass Unterschiede zwischen den Gruppen nicht auf Unterschiede in den soziodemografischen Variablen zurückzuführen sind, nicht geschätzt werden. Stattdessen wurden mögliche Assoziationen zwischen den Variablen untersucht. Es zeigten sich keinerlei Zusammenhänge zwischen Rollenüberforderung und Schulbildung ( $p = .17$ )<sup>2</sup>, Einkommen ( $p = .26$ )<sup>2</sup>, Partnerschaftsstatus ( $\Phi = .12$ ,  $p = .25$ ) oder Alter des Elternteils ( $r = -.08$ ,  $p = .43$ ).

<sup>2</sup> Die hier erforderliche biseriale Rangkorrelation konnte mit SPSS nicht durchgeführt werden. Äquivalent ist jedoch der Mann-Whitney-*U*-Test, der stattdessen durchgeführt wurde. Da dieser auf Unterschiede statt auf Zusammenhänge prüft (Finden sich Unterschiede bzgl. Rollenüberforderung in Abhängigkeit von Bildung/ Einkommen?), ist lediglich der  $p$ -Wert angegeben. Dieser entspricht jedoch dem, der sich auch bei der punktbiserialen Korrelation ergeben würde.

### 8.3.4 Zusammenfassung

Es zeigte sich kein Unterschied zwischen Eltern mit einer psychischen Erkrankung im Vergleich mit psychisch gesunden Eltern im Ausmaß von Parentifizierung gesamt, emotionaler Parentifizierung oder instrumenteller Parentifizierung. Väter und Mütter unterschieden sich nicht im Ausmaß der Parentifizierung. Es zeigte sich ein Trend in die Richtung einer stärkeren Parentifizierung von Mädchen im Vergleich zu Jungen.

Psychisch erkrankte Eltern berichteten über deutlich stärkere Rollenüberforderung als psychisch gesunde Eltern. Dieser Zusammenhang ist nicht auf Unterschiede in den soziodemografischen Daten zurückzuführen.

## 8.4 Erziehungsstrategien bei psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern

Im folgenden Kapitel sind zunächst die Erziehungsstrategien der Eltern aus Elternsicht und daran anschließend aus Kindersicht dargestellt. Teilergebnisse wurden bereits vorab publiziert (siehe Griepenstroh et al., 2013). Leichte Veränderungen der Werte ergeben sich aus dem nachträglichen Ausschluss einer Versuchsperson sowie der nachträglich durchgeführten Ersetzung fehlender Werte.

### 8.4.1 Vergleich der Erziehungsstrategien von psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern in Elterneinschätzung (Fragestellung 2, Hypothesen 6–7)

Bei dem Vergleich der Erziehungsstrategien psychisch erkrankter Eltern mit denen psychisch gesunder Eltern (Hypothesen 6 und 7) zeigten sich in der *Einschätzung der Eltern* anhand des DEAPQ-EL-GS (siehe Tabelle 7) signifikante Unterschiede bezüglich der Skalen Inkonsistentes Elternverhalten, Involviertheit, Körperliche Strafen und Geringes Monitoring. Keine signifikanten Unterschiede zeigten für die Skalen Positives Elternverhalten, Verantwortungsbewusstes Elternverhalten und Machtvolle Durchsetzung. Tabelle 7 sind die Mittelwerte sowie die Effektstärken zu entnehmen. Nach Cohen (1988) können bei dem Effektstärkemaß  $d$  Werte im Bereich  $0.2 \leq d \leq 0.4$  als kleiner Effekt, Werte im Bereich  $0.5 \leq d \leq 0.7$  als mittlerer Effekt und Werte ab 0.8 als großer Effekt eingestuft werden. Nach dieser Regel kann hinsichtlich der Unterschiede bezüglich der Skalen Involviertheit, Körperliche Strafen und Geringes Monitoring von

einem mittleren Effekt und bezüglich der Skala Inkonsistentes Elternverhalten von einem großen Effekt gesprochen werden.

Tabelle 7

*Erziehungsverhalten von psychisch erkrankten Eltern und psychisch gesunden Eltern aus Sicht der Eltern*

	Psychisch erkrankte Eltern	Psychisch gesunde Eltern				Cohen's <i>d</i>
DEQPQ-EL-GS	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>z</i>	<i>p</i> *	
Positives Elternverhalten	4.15 (.63)	4.41 (.48)		-2.30 <sup>a</sup>	.02	0.44
Verantwortungsbewusstes Elternverhalten	3.47 (.62)	3.69 (.77)	1.63		.11	0.33
Machtvolle Durchsetzung	3.02 (.54)	2.77 (.68)	-2.19		.03	-0.43
Inkonsistentes Elternverhalten	2.86 (.58)	2.24 (.60)	-5.29		<.007	-1.06
Involviertheit	3.58 (.72)	3.95 (.56)	2.81		<.007	0.55
Körperliche Strafen	1.57 (.59)	1.27 (.36)		-2.98 <sup>a</sup>	<.007	-0.57
Geringes Monitoring	1.42 (.45)	1.20 (.27)		-2.81 <sup>a</sup>	<.007	-0.55

*Anmerkungen.* DEAPQ-EL-GS: Deutsche erweiterte Version des Alabama Parenting Questionnaire für Grundschul Kinder; Itemskalisierung von 1 (*fast nie*) bis 5 (*fast immer*); <sup>a</sup> Aufgrund von Ungleichheit in den Varianzen ist hier der *z*-Wert des Mann-Whitney-*U*-Tests angegeben; \* Signifikanzniveau (adjustiert nach Bonferroni)  $p < .007$ .

Im Anschluss wurden multiple Regressionsanalysen durchgeführt, um zu überprüfen, dass Unterschiede bezüglich der Skalen nicht auf Unterschiede in den soziodemografischen Daten zurückzuführen sind. Die psychische Erkrankung erwies sich dabei in allen Fällen weiterhin als signifikanter Prädiktor: Inkonsistentes Elternverhalten ( $\beta = .42, p < .001$ ); Involviertheit<sup>3</sup> ( $\beta = -.23, p = .03$ ); Körperliche Strafen<sup>3</sup> ( $\beta = .34, p < .01$ ); Geringes Monitoring<sup>3</sup> ( $\beta = .27, p < .01$ ).

Hinsichtlich der Kontrollvariablen zeigte sich lediglich bei der Skala Geringes Monitoring ein geringer Schulabschluss im Vergleich zu einem hohen Schulabschluss ebenfalls als signifikanter Prädiktor ( $\beta = .23, p < .05$ ).

<sup>3</sup>Aufgrund von Heteroskedastizität wurde bei Berechnung der multiplen Regression bzgl. der Skalen Involviertheit, Körperliche Strafen und Geringes Monitoring auf Bootstrapping zurückgegriffen. Die angegebenen  $\beta$ -Gewichte entstammen der Regression.

### 8.4.2 Vergleich der Erziehungsstrategien von psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern in der Kindereinschätzung (Fragestellung 2, Hypothesen 6–7)

Ein Vergleich der Erziehungsstrategien der Eltern in der *Einschätzung durch die Kinder* anhand des FEB-K (Hypothesen 6 und 7; siehe Tabelle 8) erbrachte auf keiner Skala einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen.

Tabelle 8

*Erziehungsverhalten von psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern aus Sicht der Kinder*

FEB-K	Psychisch erkrankte Eltern	Psychisch gesunde Eltern	<i>t</i>	<i>z</i>	<i>p</i> *	Cohen's <i>d</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>				
Zuwendung	3.56 (.51)	3.67 (.32)	1.26		.21	0.24
Lenkung	2.92 (.72)	2.82 (.58)	-0.73		.47	-0.15
Zutrauen	3.32 (.41)	3.42 (.29)		-1.14 <sup>a</sup>	.26	0.27
Ablehnung	1.72 (.62)	1.62 (.58)	-0.81		.42	-0.17
Fehlende Grenzsetzung	2.23 (.59)	2.34 (.39)		-1.17 <sup>a</sup>	.24	0.21

*Anmerkungen.* FEB-K: Fragebogen zur Eltern-Kind-Beziehung für Kinder; Itemskalierung von 1 (*stimmt gar nicht*) bis 4 (*stimmt total*); <sup>a</sup> Aufgrund von Ungleichheit in den Varianzen ist hier der *z*-Wert des Mann-Whitney-*U*-Tests angegeben; \* Signifikanzniveau (adjustiert nach Bonferroni)  $p < .001$ ;  $n = 118$ .

### 8.4.3 Zusammenfassung

In der Einschätzung der Erziehungsstrategien *durch die Eltern* zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich einiger ungünstiger Erziehungsverhaltensweisen (Skalen Inkonsistente Erziehung, Körperliche Strafen, Geringes Monitoring). Lediglich bezüglich der Skala Machtvolle Durchsetzung zeigte sich kein Unterschied. Im Hinblick auf günstige Erziehungsverhaltensweisen zeigten sich nur für die Skala Involviertheit, nicht jedoch für die Skalen Positives Elternverhalten und Verantwortungsvolles Elternverhalten, Unterschiede zwischen psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern. Es ist jedoch anzumerken, dass sich auch für die Skalen, bezüglich derer sich die Unterschiede als nicht signifikant erwiesen, bei Zugrundelegung des Effektstärkemaßes Cohen's *d* jeweils ein kleiner Effekt ergab.

In der Einschätzung der Erziehungsstrategien *durch die Kinder* ergaben sich keinerlei Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.



## 8.5 ER-Strategien in Familien mit psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse zum Vergleich der *kindlichen* und *elterlichen* ER-Strategien (zur Regulation von Angst und Traurigkeit) in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil und psychisch gesunden Eltern präsentiert (Fragestellung 3).

### 8.5.1 Vergleich der ER-Strategien von psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern sowie ihren Kindern (Fragestellung 3, Hypothesen 8a–b, 9a–b)

Psychisch erkrankte Eltern unterschieden sich in ihren ER-Strategien von psychisch gesunden Eltern sowohl hinsichtlich maladaptiver (Hypothese 8a) als auch adaptiver (Hypothese 8b) ER-Strategien (siehe Tabelle 9).

Ein Vergleich der ER-Strategien von Kindern psychisch erkrankter und psychisch gesunder Eltern (Hypothesen 9a–b) erbrachte in der *Einschätzung durch die Eltern* signifikante Unterschiede bezüglich adaptiver<sup>4</sup> und maladaptiver Strategien (siehe Tabelle 9).

In im Anschluss durchgeführten multiplen Regressionsanalysen zur Sicherstellung, dass Unterschiede zwischen den Gruppen nicht auf Unterschiede in den soziodemografischen Variablen zurückzuführen sind, zeigte sich die psychische Erkrankung in der *Elterneinschätzung* auch unter Kontrolle der soziodemografischen Variablen als signifikanter Prädiktor hinsichtlich *kindlicher* adaptiver Strategien ( $\beta = -.28, p < .01$ ) und *kindlicher* maladaptiver Strategien ( $\beta = .38, p < .001$ ). Auch bezüglich der *elterlichen* ER-Strategien erwies sich die *elterliche* psychische Erkrankung weiterhin als signifikanter Prädiktor bezüglich adaptiver ( $\beta = -.52, p < .001$ ) und maladaptiver ( $\beta = .61, p < .001$ ) Strategien.

Neben der psychischen Erkrankung, zeigten sich bei den *kindlichen* adaptiven Strategien eine niedrige Bildung im Vergleich mit einer hohen Bildung ( $\beta = .32, p < .01$ ) und eine mittlere Bildung im Vergleich mit einer hohen Bildung ( $\beta = .23, p < .05$ ) als signifikante Prädiktoren. Auch bei den *elterlichen* ER-Strategien zeigte sich eine niedrige

<sup>4</sup> Bei der Einschätzung der *kindlichen* ER-Strategien durch die Eltern wurden drei Ausreißer bezüglich der Skala Adaptive Strategien des FEEL-KJ identifiziert. Bei der nachfolgenden Analyse unter Ausschluss der Fälle ergab sich ein Signifikanzniveau von  $p = .035$ , was nach der Bonferroni-Korrektur ( $p < .025$ ) als nicht mehr als signifikant beurteilt werden muss.

Bildung im Vergleich mit einer hohen Bildung als signifikanter Prädiktor bezüglich adaptiver ( $\beta = -.23, p < .05$ ) und maladaptiver ( $\beta = -.22, p < .05$ ) Strategien.

Tabelle 9

*Adaptive und maladaptive ER-Strategien (zur Regulation von Angst und Traurigkeit) bei psychisch erkrankten Eltern und psychisch gesunden Eltern sowie ihren Kindern*

	Psychisch erkrankte Eltern	Psychisch gesunde Eltern				
Elterneinschätzung FEEL/FEEL-KJ <sup>b</sup>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>z</i>	<i>p</i> *	Cohen's <i>d</i>
Adaptive ER-Strategien (Kinder)	84.69 (15.15)	92.30 (15.37)	2.52		< .025 <sup>d</sup>	0.5
Maladaptive ER-Strategien (Kinder)	55.87 (7.87)	50.74 (6.47)	-3.46		< .025	-0.69
Adaptive ER-Strategien (Eltern)	80.62 (15.03)	100.19 (14.73)	6.60		< .001	1.31
Maladaptive ER-Strategien (Eltern)	64.15 (9.83)	50.44 (6.81)	-7.68		< .001	-1.52
Selbsteinschätzung Kinder FEEL-KJ <sup>c</sup>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>z</i>	<i>p</i> *	Cohen's <i>d</i>
Adaptive ER-Strategien (Kinder)	96.32 (18.00)	103.31 (17.67)	1.60		.12	0.39
Maladaptive ER-Strategien (Kinder)	48.76 (11.60)	45.13 (6.87)		-1.65 <sup>a</sup>	.10	-0.35

*Anmerkungen.* FEEL-KJ: Fragebogen zur Emotionsregulation von Kinder und Jugendlichen; FEEL: Fragebogen zur Emotionsregulation; ER: Emotionsregulation; Itemskalierung von 1 (*fast nie*) bis 5 (*fast immer*); <sup>a</sup> Aufgrund von Ungleichheit in den Varianzen ist hier der *z*-Wert des Mann-Whitney-*U*-Tests angegeben; <sup>b</sup> *N* = 118; <sup>c</sup> *n* = 79 (Kinder  $\geq$  10 Jahre).

<sup>d</sup> Bei der Einschätzung der kindlichen ER-Strategien durch die Eltern wurden drei Ausreißer bezüglich der Skala Adaptive Strategien des FEEL-KJ identifiziert. Bei der nachfolgenden Analyse unter Ausschluss der Fälle ergab sich ein Signifikanzniveau von  $p = .035$ , was nach der Bonferroni-Korrektur ( $p < .025$ ) nicht mehr als signifikant beurteilt werden kann.

\* Signifikanzniveau (adjustiert nach Bonferroni), jeweils für Eltern- und Kindereinschätzungen getrennt:  $p < .025$ .

In der *Selbsteinschätzung durch die Kinder* unterschieden sich die beiden Gruppen weder hinsichtlich adaptiver noch maladaptiver *kindlicher* ER-Strategien (siehe Tabelle 9).

### 8.5.2 Zusammenfassung

Psychisch erkrankte Eltern berichteten über eine signifikant häufigere Nutzung maladaptiver und signifikant geringere Nutzung adaptiver ER-Strategien als psychisch gesunde Eltern.

In der *elterlichen Einschätzung der kindlichen* ER-Strategien zeigten sich signifikante Gruppenunterschiede in die Richtung einer häufigeren Nutzung maladaptiver und geringeren Nutzung adaptiver ER-Strategien der Kinder psychisch erkrankter Eltern. Be-

züglich adaptiver Strategien wurde der Zusammenhang nach Ausschluss von drei Ausreißern nicht mehr signifikant.

In der *Einschätzung durch die Kinder* zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede bzgl. maladaptiver und adaptiver *kindlicher* ER-Strategien. Bei der Betrachtung der Effektstärken (Cohen's *d*) zeigt sich jedoch ein kleiner Effekt in die Richtung einer vermehrten Nutzung maladaptiver und verringerten Nutzung adaptiver ER-Strategien durch die Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil.

### **8.6 Zusammenhänge zwischen verschiedenen beziehungsorientierten Merkmalen, kindlichen psychopathologischen Symptomen und kindlicher ER**

Im Folgenden werden zunächst die Zusammenhänge zwischen Parentifizierung/Rollenüberforderung und kindlichen psychopathologischen Symptomen berichtet. Im Anschluss erfolgt eine Überprüfung der Mediationshypothesen bezüglich kindlicher ER als Mediator zwischen beziehungsorientierten Merkmalen (Erziehungsverhalten/familiäres Klima) und kindlichen psychopathologischen Symptomen. Dabei werden zunächst die jeweiligen Zusammenhänge untereinander berichtet, bevor die Ergebnisse der Mediationsanalysen dargestellt werden. Aufgrund der im Methodenteil dargelegten Argumente erfolgte die Testung getrennt nach Eltern- und Kindmodell, d. h. die vermuteten Zusammenhänge wurden getrennt in der Einschätzung der Konstrukte durch die Kinder oder die Eltern überprüft<sup>5</sup>. Um spezifische Aussagen über die Assoziationen in der Stichprobe von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil treffen zu können, wurden die folgenden Berechnungen ohne die Kontrollgruppe durchgeführt.

Da das FMSS nicht von allen Eltern und Kindern vorlag und der SDQ-S sowie der FEEL-KJ in der Selbsteinschätzung nur für Kinder  $\leq 10$  Jahre, konnte bei diesbezüglichen Berechnungen nur auf eine reduzierte Stichprobengröße zurückgegriffen werden. Das *elterliche* FMSS zur Messung von Expressed Emotion lag in der Stichprobe der psychisch erkrankten Eltern für  $n = 58$  vor. Das FMSS konnte bei den *Kindern* in  $n = 47$  Fällen erhoben werden. Die Fragebögen SDQ-S/FEEL-KJ lagen für  $n = 55$  vor.

<sup>5</sup> Korrelationstabellen, in der die Ergebnisse zur Kombination von Eltern- und Kindereinschätzung dargestellt sind, werden im Anhang A (Tabellen a und b) präsentiert.

### 8.6.1 Zusammenhänge zwischen Parentifizierung, Rollenüberforderung und kindlichen psychopathologischen Symptomen (Fragestellung 4, Hypothesen 10a–b, 11)

Es konnten keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Parentifizierung und *kindlichen* psychopathologischen Auffälligkeiten beobachtet werden (Hypothesen 10a–b). Dies betraf sowohl Parentifizierung gesamt, emotionale Parentifizierung als auch instrumentelle Parentifizierung (siehe Tabelle 10).

In Bezug auf Rollenüberforderung konnte lediglich ein signifikanter Zusammenhang mit emotionalen Problemen beobachtet werden (Hypothese 11).

Tabelle 10  
Korrelationen von Parentifizierung und Rollenüberforderung mit kindlichen psychopathologischen Symptomen

	1	2	3	4	5	6
Einschätzung Eltern						
1. Parentifizierung gesamt	—					
2. Emotionale Parentifizierung	1.0***	—				
3. Instrumentelle Parentifizierung	.27*	.27*	—			
4. Rollenüberforderung	.24 <sup>†</sup>	.24 <sup>†</sup>	-.08	—		
5. Gesamtproblemwert (SDQ-F)	-.12	-.12	-.16	.21	—	
6. Emotionale Probleme (SDQ-F)	-.08	-.08	-.13	.27*	.79***	
7. Verhaltensprobleme (SDQ-F)	-.06	-.06	-.12	.11	.79***	.44***

Anmerkungen. SDQ-F: Fragebogen zu Stärken und Schwächen – Fremdeinschätzung durch die Eltern; Parentifizierung und Rollenüberforderung wurden anhand des Five Minute Speech Sample (FMSS) erfasst; \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ , <sup>†</sup>  $p < .1$ ;  $n = 58 - 81$  (FMSS liegt vor für 58 Elternteile).

### 8.6.2 Zusammenhänge zwischen EE Kritik, kindlichen psychopathologischen Symptomen und kindlicher ER (Fragestellung 4, Hypothesen 12a–b, 13)

#### Elternmodell

Im Elternmodell zeigten sich bezüglich des Zusammenhangs zwischen *elterlicher* EE Kritik und *kindlichen* psychopathologischen Symptomen signifikant positive Zusammenhänge zwischen dem Magana-Index und dem Gesamtwert für *kindliche* psychopathologische Symptome (Hypothese 12a) sowie *kindlichen* Verhaltensproblemen (siehe Tabelle 11). EE Kritik nach dem Leeb-Index zeigte einen Trend bezüglich der Assoziation mit dem Gesamtwert für *kindliche* psychopathologische Symptome sowie einen signifikanten Zusammenhang mit *kindlichen* Verhaltensproblemen.

Tabelle 11

Korrelationen zwischen Indikatoren des familiären Klimas, elterlichen ER-Strategien, kindlichen ER-Strategien, kindlichen allgemeinen psychopathologischen Symptomen, emotionalen Symptomen sowie Verhaltensproblemen in der Stichprobe der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil (Elternmodell)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
FMSS														
1. EE Kritik – Index Magana	–													
2. EE Kritik – Index Leeb	.53***	–												
DEAPQ-EL-GS														
3. Positives Elternverhalten	-.22	-.04	–											
4. Verantwortungsbew. Elternverh.	-.19	-.01	.43***	–										
5. Machtvolle Durchsetzung	-.15	-.04	.04	.28*	–									
6. Inkonsistentes Elternverhalten	.03	.03	-.26*	-.15	-.08	–								
7. Involviertheit	-.33*	-.13	.62***	.34**	.18	-.21	–							
8. Körperliche Strafen	.11	.18	-.46***	-.26*	.01	.36**	-.27*	–						
9. Geringes Monitoring	.39**	.30*	-.36**	-.22*	.04	.16	-.37**	.33**	–					
SDQ-F														
10. Gesamtproblemwert	.27*	.25†	-.25*	.03	.03	.29*	-.07	.23*	.12	–				
11. Emotionale Probleme	.19	.06	-.12	.08	.09	.16	.02	.08	-.13	.79***	–			
12. Verhaltensprobleme	.28*	.33*	-.30**	.02	.02	.33**	-.16	.30**	.32**	.79***	.44***	–		
FEEL-KJ														
13. Maladaptive ER Kind	.41**	.40**	-.02	.03	.15	.16	-.09	.09	.13	.35**	.45***	.22†	–	
14. Adaptive ER Kind	.02	-.23†	.22†	.09	.08	-.28*	.13	-.17	.04	-.23*	-.30**	-.16	-.37**	–

Anmerkungen. FMSS: Five Minute Speech Sample; EE: Expressed Emotion; DEAPQ-EL-GS: Deutsche erweiterte Version des Alabama Parenting Questionnaire für Grundschul Kinder; SDQ-F: Fragebogen zu Stärken und Schwächen – Fremdeinschätzung durch die Eltern; FEEL-KJ: Fragebogen zur Emotionsregulation von Kinder und Jugendlichen – Fremdeinschätzung durch die Eltern;  $n = 58 - 81$  (Elterliches FMSS liegt nur für 58 Personen vor); \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ , †  $p < .1$ .

Es zeigten sich keine Assoziationen zwischen EE Kritik (Indexe Magana und Leeb) und kindlichen emotionalen Problemen (Hypothese 12b)<sup>6</sup>.

Elterliche EE Kritik (EE-Indexe Magana und Leeb) zeigte sich überdies signifikant verbunden mit *kindlichen* maladaptiven ER-Strategien, nicht jedoch mit *kindlichen* adaptiven ER-Strategien (siehe Tabelle 11).

In einem nächsten Schritt wurde überprüft, ob der Zusammenhang zwischen *elterlicher* EE Kritik und *kindlichen* psychopathologischen Symptomen partiell durch *kindliche* ER-Strategien mediiert wird (Hypothese 13). Hierbei konnte das Modell nur bezüglich maladaptiver *kindlicher* Strategien getestet werden, da hinsichtlich adaptiver *kindlicher* Strategien die Voraussetzungen nicht erfüllt waren.

Entsprechend der Voraussetzungen von Baron und Kenny (1986) zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen 1) *elterlicher* EE Kritik (Magana) und dem Gesamtwert *kindlicher* psychopathologischer Symptome ( $\beta = .27, p < .05$ ) sowie 2) *elterlicher* EE Kritik (Magana) und *kindlichen* maladaptiven ER-Strategien ( $\beta = .39, p < .01$ ). 3) Unter gleichzeitiger Berücksichtigung von *elterlicher* EE Kritik (Magana) und *kindlichen* maladaptiven ER-Strategien zeigte sich *elterliche* EE Kritik (Magana) nicht mehr als signifikanter Prädiktor ( $\beta = .17, p = .23$ ). Gleichzeitig konnte jedoch nur ein Trend hinsichtlich *kindlicher* maladaptiver ER-Strategien als signifikanter Prädiktor in Bezug auf den Gesamtwert *kindlicher* psychopathologischer Symptome ( $\beta = .26, p = .09$ ) beobachtet werden. Aufgrund dessen konnte das Mediationsmodell nicht vollständig bestätigt werden (siehe Abbildung 6).

---

<sup>6</sup> Um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen *Elternmodell* und *Kindmodell* zu gewährleisten, wurden im Anschluss die Zusammenhänge auch in der *Elterneinschätzung* nur für Kinder über zehn Jahre untersucht. Die vorher gefundenen Zusammenhänge zwischen *elterlicher* EE Kritik und *kindlichen* psychopathologischen Symptomen zeigten sich dabei nicht mehr signifikant (Magana-Index: Gesamtproblemwert:  $r = .18, p = .28$ ; Verhaltensprobleme:  $r = .14, p = .40$ ; Leeb-Index: Gesamtproblemwert:  $r = .15, p = .37$ ; Verhaltensprobleme:  $r = .22, p = .18$ ). Zur weitergehenden Untersuchung dieser Beobachtung wurden die Zusammenhänge nur für die Stichprobe der Kinder unter zehn Jahren analysiert ( $n = 29$ ). Hier zeigten sich hohe, signifikante Zusammenhänge zwischen *kindlichen* psychopathologischen Symptomen und dem Magana-Index (Gesamtproblemwert:  $r = .50, p < .05$ ; Verhaltensprobleme:  $r = .68, p < .01$ ) sowie dem Leeb-Index (Gesamtproblemwert:  $r = .45, p = .07$ , Verhaltensprobleme:  $r = .55, p < .05$ ). Die gefundenen Zusammenhänge sind daher vor allem auf eine hohe Assoziation zwischen *elterlicher* EE Kritik und dem Gesamtwert *kindlicher* psychopathologischer Symptome sowie Verhaltensprobleme in der Stichprobe der unter Zehnjährigen zurückzuführen. Entsprechend ergab sich im Elternmodell auch keine Bestätigung für das Mediationsmodell, wenn nur die Kinder  $\geq 10$  Jahre berücksichtigt wurden.

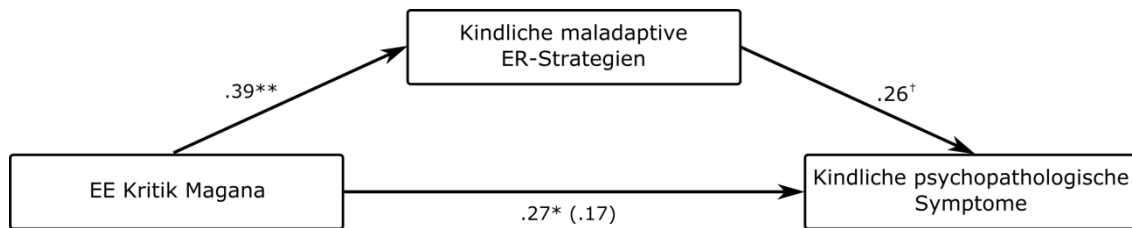


Abbildung 6. Mediationsmodell zu kindlichen maladaptiven ER-Strategien als vermittelndem Mechanismus zwischen elterlicher EE Kritik (Magana) und kindlichen psychopathologischen Symptomen; In Klammern c';  $^{**} p < .01$ ,  $^* p < .05$ ,  $^{\dagger} p < .1$

EE Kritik nach dem Leeb-Index wies ebenfalls eine deutliche Assoziation mit kindlichen maladaptiven Strategien auf (siehe Tabelle 11), es zeigte sich jedoch nur ein Trend hinsichtlich der Assoziation mit *kindlichen* psychopathologischen Symptomen, womit die Voraussetzungen für eine Mediationsanalyse nicht erfüllt waren.

Hinsichtlich *kindlicher* Verhaltensprobleme zeigte sich *elterliche* EE Kritik (Indexe Magana und Leeb) jeweils signifikant verbunden mit kindlichen Verhaltensproblemen sowie *kindlichen* maladaptiven ER-Strategien. Es konnte jedoch keine Mediation des Zusammenhangs zwischen *elterlicher* EE Kritik und *kindlichen* Verhaltensproblemen durch *kindliche* ER-Strategien beobachtet werden.

### Kindmodell

Im Kindmodell zeigten sich hinsichtlich *kindlicher* EE Kritik (Indexe Magana und Leeb) keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Gesamtwert *kindlicher* psychopathologischer Symptome, emotionalen Symptomen oder Verhaltensproblemen (Hypothesen 12a–b, siehe Tabelle 12).

In Bezug auf die *kindlichen* ER-Strategien zeigte sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen dem EE-Index von Leeb und *kindlicher* maladaptiver ER.

Aufgrund der fehlenden Zusammenhänge zwischen *kindlicher* EE Kritik und *kindlichen* psychopathologischen Symptomen muss jedoch die Hypothese einer möglichen Mediation des Zusammenhangs durch *kindliche* ER-Strategien im Kindmodell verworfen werden (Hypothese 13).

Tabelle 12

Korrelationen zwischen Indikatoren des familiären Klimas, elterlichen ER-Strategien, kindlichen ER-Strategien, kindlichen allgemeinen psychopathologischen Symptomen, emotionalen Symptomen sowie Verhaltensproblemen in der Stichprobe der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil (Kindmodell)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
FMSS												
1. EE Kritik – Index Magana	–											
2. EE Kritik – Index Leeb	.43**	–										
FEB-K												
3. Zuwendung	-.39**	-.34*	–									
4. Lenkung	-.09	-.12	.12	–								
5. Zutrauen	-.18	-.42**	.50***	.16	–							
6. Ablehnung	.29†	.24	-.56***	.30**	-.21†	–						
7. Fehlende Grenzsetzung	-.15	-.11	.32**	-.16	.05	-.33**	–					
SDQ-S												
8. Gesamtproblemwert	.20	.26	-.30*	.04	.15	.28*	-.08	–				
9. Emotionale Probleme	.14	.18	-.13	-.04	.15	.17	-.11	.75***	–			
10. Verhaltensprobleme	.17	.09	-.25†	.26†	.07	.21	.07	.73***	.38**	–		
FEEL-KJ												
11. Maladaptive ER Kind	.17	.39*	-.35**	.15	.03	.48***	-.24†	.64***	.56***	.41**	–	
12. Adaptive ER Kind	-.16	-.10	.28*	.32*	.20	-.01	-.02	-.34*	-.32*	-.18	-.28*	–

Anmerkungen. FMSS: Five Minute Speech Sample; EE: Expressed Emotion; SDQ-S: Fragebogen zur Stärken und Schwächen – Selbstestimation der Kinder; FEB-K: Fragebogen zur Eltern-Kind-Beziehung für Kinder; FEEL-KJ: Fragebogen zur Emotionsregulation von Kinder und Jugendlichen – Selbstestimation der Kinder, \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ , †  $p < .1$ ;  $n = 34 - 81$  (Kindliches FMSS liegt vor für 47 Kinder, SDQ-S/FEEL-KJ liegen vor für 55 Kinder).



### 8.6.3 Zusammenhang zwischen kindlicher Expressed Emotion und elterlichen psychopathologischen Symptomen (Ungerichtete Analyse 3)

Es zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen *kindlicher* EE Kritik (Indexe Magana und Leeb) und *elterlichen* psychopathologischen Symptomen (erhoben anhand des BSI), (Magana:  $r = -.07$ ,  $p = .65$ ; Leeb:  $r = .09$ ,  $p = .56$ ). Auch hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen *kindlicher* EE Kritik und *elterlichen* depressiven Symptomen (erhoben anhand des BDI) konnten keine signifikanten Zusammenhänge festgestellt werden (Magana:  $r = -.15$ ,  $p = .30$ ; Leeb:  $r = .08$ ,  $p = .60$ ) (Ungerichtete Analyse 3).

### 8.6.4 Zusammenhänge zwischen elterlichem Erziehungsverhalten, kindlichen psychopathologischen Symptomen und kindlicher ER (Fragestellung 4, Hypothesen 14a–b, 15)

#### Elternmodell

Im Elternmodell zeigten sich von den Skalen zur Messung von Erziehungsverhalten lediglich Positives Elternverhalten<sup>7</sup> signifikant negativ sowie Inkonsistentes Elternverhalten und Körperliche Strafen signifikant positiv verbunden mit dem Gesamtwert *kindlicher* psychopathologischer Symptome und *kindlichen* Verhaltensproblemen (siehe Tabelle 11). Verhaltensprobleme wiesen ferner einen signifikanten Zusammenhang zu der Skala Geringes Monitoring auf. *Kindliche* emotionale Probleme zeigten keine signifikanten Assoziationen mit elterlichem Erziehungsverhalten (siehe Tabelle 11, Hypothesen 14a–b)<sup>8</sup>.

Es zeigten sich des Weiteren keine signifikanten Assoziationen zwischen elterlichem Erziehungsverhalten und *kindlicher* maladaptiver ER. Adaptive *kindliche* ER-Strategien zeigten lediglich signifikant negativ mit der Skala Inkonsistentes Elternverhalten<sup>9</sup> verbunden. Da sich dieser Zusammenhang aber unter Ausschluss von Ausreißern als nicht mehr signifikant erwies, wurde von weitergehenden Analysen abgesehen.

<sup>7</sup> Nach Ausschluss eines Ausreißers erwies sich der Zusammenhang zwischen positivem Elternverhalten und kindlichen psychopathologischen Symptomen als nicht mehr signifikant ( $r = -.16$ ,  $p = .16$ ).

<sup>8</sup> Um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit dem Kindmodell zu gewährleisten, wurden im Anschluss die Zusammenhänge auch im Elternmodell nur für Kinder über zehn Jahre untersucht. Die gefundenen Zusammenhänge zwischen dem Gesamtwert *kindlicher* psychopathologischer Symptome und körperlichen Strafen ( $r = .19$ ,  $p = .16$ ) wurden dabei in der reduzierten Stichprobe nicht mehr signifikant. Ferner zeigten sich inkonsistentes Elternverhalten und emotionale Symptome signifikant verbunden ( $r = .41$ ,  $p < .01$ ). Ansonsten ergaben sich keine grundlegenden Veränderungen der Ergebnisse.

<sup>9</sup> Nach Ausschluss von drei Ausreißern erwies sich der Zusammenhang zwischen inkonsistentem Elternverhalten und kindlicher adaptiver ER als nicht mehr signifikant ( $r = -.12$ ,  $p = .30$ ).

Damit muss die Hypothese von *kindlichen* maladaptiven/adaptiven ER-Strategien als Mediator zwischen elterlichem Erziehungsverhalten und *kindlichen* psychopathologischen Symptomen im Elternmodell verworfen werden (Hypothese 15).

### **Kindmodell**

Im Kindmodell zeigten sich von den Skalen zur Messung von Erziehungsverhalten lediglich Zuwendung signifikant negativ sowie Ablehnung signifikant positiv verbunden mit dem Gesamtwert *kindlicher* psychopathologischer Werte (siehe Tabelle 12). Bei einer differenzierteren Betrachtung der psychopathologischen Symptome zeigte sich bezüglich *kindlicher* Verhaltensprobleme lediglich ein Trend hinsichtlich einer negativen Assoziation mit der Skala Zuwendung sowie ein Trend hinsichtlich einer positiven Assoziation mit der Skala Lenkung<sup>10</sup>. Wie im Elternmodell wies auch im Kindmodell elterliches Erziehungsverhalten keine signifikanten Zusammenhänge mit *kindlichen* emotionalen Symptomen auf (Hypothesen 14a–b).

In Bezug auf die *kindlichen* ER-Strategien wiesen Zuwendung und fehlende Grenzsetzung<sup>11</sup> signifikant negative Zusammenhänge sowie Ablehnung eine signifikant positive Assoziation mit maladaptiven *kindlichen* ER-Strategien auf (siehe Tabelle 12). Hinsichtlich adaptiver *kindlicher* ER-Strategien zeigten sich signifikant positive Assoziationen mit Zuwendung sowie Lenkung.

Aufgrund dieser Ergebnisse konnte auf mögliche Mediationen des Zusammenhangs zwischen Zuwendung sowie Ablehnung und dem Gesamtwert *kindlicher* psychopathologischer Symptome durch *kindliche* ER-Strategien getestet werden (Hypothese 15).

Da sowohl *kindliche* maladaptive und adaptive ER-Strategien Zusammenhänge zu *kindlichen* psychopathologischen Symptomen (Gesamtwert) und der Skala Zuwendung aufwiesen, wurde diesbezüglich ein Mediationsmodell berechnet, indem beide Aspekte simultan als Mediatoren berücksichtigt wurden. Bei der Prüfung einer möglichen Mediation des Zusammenhangs zwischen Zuwendung und *kindlichen* psychopathologischen Symptomen durch *kindliche* maladaptive und adaptive ER-Strategien (siehe Abbildung 7) zeigten sich die Voraussetzungen für eine Mediation nach Baron und Kenny (1986) erfüllt durch Zusammenhänge zwischen 1) Zuwendung und dem Gesamtwert *kindlicher* psychopathologischer Symptome ( $\beta = -.37, p < .01$ ) sowie 2) Zuwendung und *kindli-*

---

<sup>10</sup> Nach Ausschluss von zwei Ausreißern erwies sich der Zusammenhang zwischen *kindlichen* Verhaltensproblemen und Lenkung als nicht mehr signifikant ( $r = .16, p = .28$ ).

<sup>11</sup> Nach Ausschluss von zwei Ausreißern erwies sich der Zusammenhang zwischen *kindlicher* maladaptiver ER und fehlender Grenzsetzung als nicht mehr signifikant ( $r = -.22, p = .13$ ).

chen maladaptiven ER-Strategien ( $\beta = -.32, p < .01$ )/Zuwendung und *kindlichen* adaptiven ER-Strategien ( $\beta = .25, p < .05$ ). 3) Der Effekt von Zuwendung auf *kindliche* psychopathologische Symptome (Gesamtwert) wurde bei gleichzeitiger Berücksichtigung der *kindlichen* ER-Strategien nicht mehr signifikant ( $\beta = -.06, p = .64$ ), was für eine vollständige Mediation spricht. Ferner erwies sich bei simultaner Berücksichtigung beider Mediatoren nur *kindliche* maladaptive ER als signifikanter Mediator ( $\beta = .56, p < .001$ ), während sich adaptive *kindliche* ER-Strategien nicht als signifikanter Mediator zeigten ( $\beta = -.19, p = .15$ ). Mittels Bootstrap konnte ermittelt werden, dass der indirekte Effekt signifikant von null verschieden ist und das Mediationsmodell damit als bestätigt angesehen werden kann, KI [-5.07, -0.69].

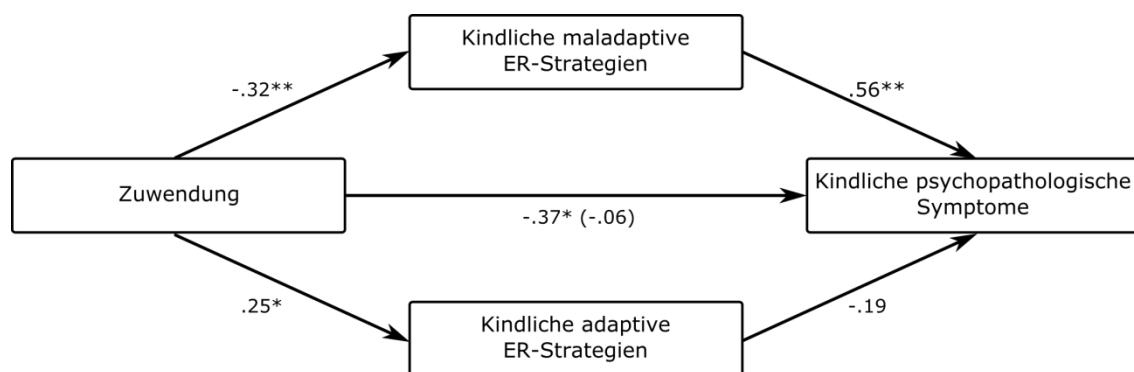


Abbildung 7. Mediationsmodell zu kindlichen maladaptiven und adaptiven ER-Strategien als vermittelnde Mechanismen zwischen Zuwendung und kindlichen psychopathologischen Symptomen; In Klammern c'; \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ .

Bei der Überprüfung der Mediation des Zusammenhangs zwischen elterlicher Ablehnung und *kindlichen* psychopathologischen Symptomen durch *kindliche* maladaptive ER-Strategien (siehe Abbildung 8), zeigten sich entsprechend der Voraussetzungen Zusammenhänge zwischen 1) Ablehnung und dem Gesamtwert *kindlicher* psychopathologischer Symptome ( $\beta = .29, p < .05$ ) sowie 2) Ablehnung und *kindlichen* maladaptiven ER-Strategien ( $\beta = .50, p < .001$ ). 3) Der Effekt von Ablehnung auf *kindliche* psychopathologische Symptome (Gesamtwert) ( $\beta = -.03, p = .82$ ) wurde bei gleichzeitiger Berücksichtigung der *kindlichen* maladaptiven ER-Strategien ( $\beta = .64, p < .001$ ) nicht mehr signifikant, was für eine vollständige Mediation spricht. Mittels Bootstrap konnte bestätigt werden, dass der indirekte Effekt signifikant von null verschieden ist, KI [1.43, 5.56].

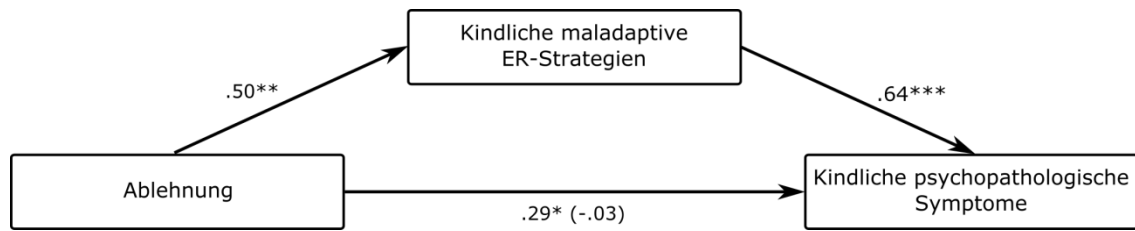


Abbildung 8. Mediationsmodell zu kindlichen maladaptiven ER-Strategien als vermittelndem Mechanismus zwischen Ablehnung und kindlichen psychopathologischen Symptomen; In Klammern c'; \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ .

### 8.6.5 Zusammenfassung

Es zeigten sich keine Zusammenhänge zwischen Parentifizierung und kindlichen psychopathologischen Symptomen. In Bezug auf Rollenüberforderung zeigte sich lediglich ein signifikanter Zusammenhang zu *kindlichen* emotionalen Symptomen.

Im Elternmodell zeigte sich *elterliche* EE Kritik signifikant verbunden mit dem Gesamtwert *kindlicher* psychopathologischer Symptome sowie *kindlichen* Verhaltensproblemen, wobei sich einschränkend bezüglich der Assoziation zwischen dem Leeb-Index und dem Gesamtwert für *kindliche* psychopathologische Symptome lediglich ein Trend zeigte. Ferner zeigten sich hohe signifikante Assoziationen zwischen *kindlicher* maladaptiver ER und *elterlicher* EE Kritik (Indexe Magana und Leeb). Es zeigte sich jedoch lediglich ein Trend hinsichtlich einer Mediation des Zusammenhangs zwischen *elterlicher* EE Kritik und *kindlichen* psychopathologischen Symptomen durch *kindliche* maladaptive ER. Elterliche Erziehungsstrategien zeigten sich im Elternmodell nicht verbunden mit *kindlicher* ER, weshalb keine Mediationsanalysen vorgenommen werden konnten.

Im Kindmodell zeigte sich *kindliche* EE Kritik weder mit *kindlichen* noch mit *elterlichen* psychopathologischen Symptomen verbunden, weshalb keine diesbezüglichen Mediationsanalysen vorgenommen werden konnten. In Bezug auf elterliche Erziehungsstrategien ergab sich jedoch eine komplette Mediation des Zusammenhangs zwischen Zuwendung und Ablehnung und *kindlichen* psychopathologischen Symptomen durch *kindliche* maladaptive ER-Strategien.

Insgesamt erbrachten die Analysen nur wenig Bestätigung für die Annahme von *kindlichen* ER-Strategien als Mediator zwischen beziehungsorientierten Merkmalen und kindlichen psychopathologischen Symptomen. Als Ausnahmen zeigte sich im Kindmodell, dass maladaptive *kindliche* ER-Strategien den Zusammenhang zwischen Zuwen-

dung sowie Ablehnung und kindlichen psychopathologischen Symptomen voll mediierten. Ferner zeigte sich ein Trend hinsichtlich einer partiellen Mediation des Zusammenhangs zwischen *elterlicher* EE Kritik und *kindlichen* psychopathologischen Symptomen durch *kindliche* maladaptive ER.

### **8.7. Zusammenhänge zwischen elterlicher ER, kindlicher ER und kindlichen psychopathologischen Symptomen (Fragestellung 5, Hypothesen 16a–b, 17a–b, 18)**

#### **Elternmodell**

Im Elternmodell zeigten sich signifikante Zusammenhänge in der erwarteten Richtung zwischen *kindlichen* adaptiven und maladaptiven ER-Strategien sowie dem Gesamtwert *kindlicher* psychopathologischer Symptome und emotionalen Symptomen (siehe Tabelle 13, Hypothesen 16a–b). Bezüglich der Assoziationen mit *kindlichen* Verhaltensproblemen zeigte sich lediglich ein Trend mit maladaptiven *kindlichen* ER-Strategien.

Ferner ergab sich eine signifikante Assoziation zwischen maladaptiver *elterlicher* ER und *kindlichen* emotionalen Problemen, nicht jedoch Verhaltensproblemen oder dem Gesamtwert psychopathologischer Symptome (Hypothese 17a). Zwischen adaptiver *elterlicher* ER und *kindlichen* psychopathologischen Symptomen (Gesamtwert, emotionale Symptome, Verhaltensprobleme) (Hypothese 17b) zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge.

Des Weiteren zeigten sich maladaptive *elterliche* ER-Strategien signifikant positiv mit maladaptiven *kindlichen* ER-Strategien sowie signifikant negativ mit adaptiven *kindlichen* ER-Strategien verbunden. Adaptive *elterliche* ER-Strategien zeigten sich signifikant positiv mit adaptiven *kindlichen* ER-Strategien (siehe Tabelle 13), nicht jedoch mit maladaptiven *kindlichen* ER-Strategien verbunden.

Tabelle 13  
*Korrelationen von elterlichen ER-Strategien, kindlichen ER-Strategien, kindlichen allgemeinen psychopathologischen Symptomen, emotionalen Symptomen sowie Verhaltensproblemen in der Stichprobe der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Einschätzung Eltern<sup>a</sup></b>												
<b>FEEL/-KJ</b>												
1. Maladaptive ER Kind	—											
2. Adaptive ER Kind	-.37**	—										
3. Maladaptive ER Eltern	.45***	-.32**	—									
4. Adaptive ER Eltern	-.02	.44***	-.45***	—								
<b>SDQ-F</b>												
5. Gesamtproblemwert	.35**	-.23*	.14	-.05	—							
6. Emotionale Probleme	.45***	-.30*	.27*	-.15	.79***	—						
7. Verhaltensprobleme	.22†	-.16	.08	.01	.79***	.44***	—					
<b>Einschätzung Kind<sup>b</sup></b>												
<b>FEEL-KJ</b>												
8. Maladaptive ER Kind	.21	-.46**	.12	-.15	.26†	.25†	.16	—				
9. Adaptive ER Kind	-.29*	.33*	-.18	.06	.05	-.08	.10	-.28*	—			
<b>SDQ-S</b>												
10. Gesamtproblemwert	.39**	-.26†	.08	.10	.39**	.38**	.23†	.64***	-.34*	—		
11. Emotionale Probleme	.26†	-.24†	.05	.02	.21	.25†	.12	.56***	-.32*	.75***	—	
12. Verhaltensprobleme	.13	-.09	-.07	.06	.23	.17	.30*	.41**	-.18	.73***	.38**	—

*Anmerkungen.* ER: Emotionsregulation; FEEL-KJ: Fragebogen zur Emotionsregulation von Kinder und Jugendlichen; SDQ-F: Fragebogen zu Stärken und Schwächen – Fremdeinschätzung durch die Eltern; SDQ-S: Fragebogen zur Stärken und Schwächen – Selbsteinschätzung der Kinder; \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ , †  $p < .1$ ; <sup>a</sup>  $n = 81$ ; <sup>b</sup>  $n = 55$  (Kinder  $\geq 10$  Jahre).

Die Überprüfung der Mediation des Zusammenhangs zwischen *elterlichen* ER-Strategien und *kindlichen* psychopathologischen Symptomen durch *kindliche* ER-Strategien (Hypothese 18) konnte aufgrund der oben berichteten Ergebnisse nur bezüglich maladaptiver *elterlicher* ER und *kindlicher* emotionaler Probleme vorgenommen werden (siehe Abbildung 9).

Entsprechend der Voraussetzungen zeigten sich Zusammenhänge zwischen 1) *Elterlichen* maladaptiven ER-Strategien und *kindlichen* emotionalen Problemen ( $\beta = .27$ ,  $p < .05$ ) sowie 2) *Elterlichen* maladaptiven ER-Strategien und *kindlichen* maladaptiven ER-Strategien ( $\beta = .45$ ,  $p < .001$ ). 3) Der Effekt von *elterlichen* maladaptiven ER-Strategien auf *kindliche* emotionale Probleme ( $\beta = .09$ ,  $p = .43$ ) wurde bei gleichzeitiger Berücksichtigung der *kindlichen* maladaptiven ER-Strategien ( $\beta = .42$ ,  $p < .01$ ) nicht mehr signifikant, was für eine vollständige Mediation spricht. Mittels Bootstrap konnte bestätigt werden, dass der indirekte Effekt signifikant von null verschieden ist, KI [0.02, 0.09].

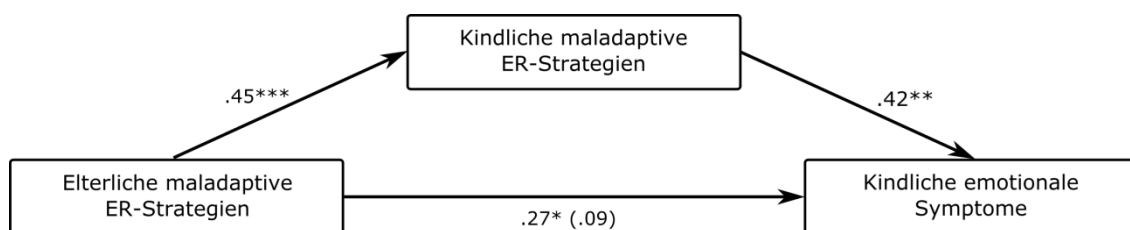


Abbildung 9. Mediationsmodell zu kindlichen maladaptiven ER-Strategien als vermittelndem Mechanismus zwischen elterlichen maladaptiven ER-Strategien und kindlichen emotionalen Symptomen; In Klammern c'; \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ .

## Kindmodell

Im Kindmodell zeigten sich signifikante Zusammenhänge in der erwarteten Richtung zwischen *kindlichen* adaptiven und maladaptiven ER-Strategien sowie dem Gesamtwert *kindlicher* psychopathologischer Symptome und emotionalen Symptomen (siehe Tabelle 13, Hypothesen 16 a–b). *Kindliche* Verhaltensprobleme zeigten sich lediglich signifikant mit maladaptiven *kindlichen* ER-Strategien verbunden.

Darüber hinaus waren die Voraussetzungen im Kindmodell für die Durchführung einer Mediationsanalyse nicht erfüllt, da weder *kindliche* psychopathologische Symptome noch *kindliche* ER-Strategien eine Assoziation mit *elterlichen* ER-Strategien (diese wurden lediglich in der Elterneinschätzung erhoben) aufwiesen (Hypothesen 17a–b, 18).

### 8.7.1 Zusammenfassung

Sowohl im Elternmodell als auch im Kindmodell zeigten sich *kindliche* ER-Strategien und *kindliche* psychopathologische Symptome assoziiert. *Elterliche* ER-Strategien wiesen im Elternmodell (nicht jedoch im Kindmodell) einen signifikanten Zusammenhang mit *kindlichen* emotionalen Problemen auf. Dieser Zusammenhang zeigte sich voll mediiert durch *kindliche* maladaptive ER-Strategien. Damit ergab sich im Elternmodell (nicht jedoch im Kindmodell) eine teilweise Bestätigung (teilweise aufgrund der Einschränkung auf emotionale Symptome und maladaptive ER-Strategien) der Hypothese, dass *kindliche* ER-Strategien einen Mechanismus in der Vermittlung des Zusammenhangs zwischen *elterlichen* ER-Strategien und *kindlichen* psychopathologischen Auffälligkeiten darstellen könnten.



## **9. Diskussion**

In der vorliegenden Studie wurden Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil und Familien mit psychisch gesunden Eltern hinsichtlich beziehungsorientierter Merkmale (familiäres Klima, Erziehungsverhalten, Parentifizierung, Rollenüberforderung), kindlicher Psychopathologie sowie kindlicher und elterlicher ER untersucht. Dabei wurden zwei Zielsetzungen verfolgt: Der erste Schwerpunkt der Studie lag auf dem Vergleich von Familien mit und ohne elterliche psychische Erkrankung hinsichtlich der genannten Konstrukte. Dadurch sollten potenzielle Beeinträchtigungen identifiziert werden, um weitere Erkenntnisse, v. a. auch in Hinblick auf notwendige Interventionen zu gewinnen.

Der zweite Schwerpunkt der Arbeit lag, in Anlehnung an das Tripartite-Modell von Morris et al. (2007), auf der Untersuchung von kindlicher ER als potenziellem Mediator zwischen beziehungsorientierten Merkmalen/elterlicher ER und kindlichen psychopathologischen Symptomen in der Gruppe der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Im Folgenden werden die Ergebnisse getrennt nach Fragestellungen diskutiert. Dabei wird der Schwerpunkt auf die Einordnung der Ergebnisse in den Forschungskontext gelegt. Auf daraus folgende Implikationen für Interventionen wird in der zusammenfassenden Diskussion in Kapitel 9.7 näher eingegangen. Da sich jedoch bezüglich aller Konstrukte eher geringe Beurteilerübereinstimmungen bzw. unterschiedliche Ergebnisse zeigten, je nachdem ob die Einschätzung durch Eltern oder Kinder erfolgte, soll zunächst diese Problematik gebündelt diskutiert werden.

### **9.1. Divergenzen in den Einschätzungen von Eltern und Kindern**

Über alle Maße hinweg (zur Erfassung kindlicher Psychopathologie, kindlicher ER-Strategien, elterlicher Erziehungsstrategien, Expressed Emotion) zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil und Familien mit psychisch gesunden Eltern, wenn die Elternbeurteilung zugrunde gelegt wurde. Keine Unterschiede zeigten sich hingegen bei Betrachtung der Kindereinschätzungen. Ferner waren geringe bzw. nicht-signifikante Zusammenhänge zu beobachten, wenn Eltern- und Kindereinschätzung zur Überprüfung der Assoziation zweier Aspekte kombiniert wurden, wohingegen sich durchaus hohe Korrelationen ergaben, wenn die Einschätzung durch denselben Beurteiler erfolgte. Die Schlussfolgerungen, die aus den

Ergebnissen gezogen werden, unterscheiden sich folgerichtig deutlich dahingehend, ob Eltern- oder Kinderbeurteilung betrachtet wird.

Geringe Konkordanzen in der Beurteilung kindlicher Psychopathologie sowie damit verbundener Konstrukte (z. B. elterliches Erziehungsverhalten, familiäre Konflikte) durch verschiedene Informanten (z. B. Eltern, Kinder, Lehrer, Kliniker) sind ein weit verbreitetes und wohl bekanntes Problem (z. B. Los Reyes, 2013). Als Gründe für die Nicht-Übereinstimmung werden verschiedene Erklärungen angeführt: 1. Die Eltern erleben ihre Kinder in weniger Kontexten, als diese selbst das tun. Kinder können jedoch in Abhängigkeit vom Kontext unterschiedliche Verhaltensweisen zeigen, sodass bestimmte Facetten Eltern verborgen bleiben könnten. 2. Internalisierende Symptome sind oft weniger gut für die Eltern zu erkennen als externalisierende Symptome. Bei letzterem kann ferner eine Überschätzung durch die Eltern erfolgen, da sie von diesen häufig als störend wahrgenommen werden. 3. Die Einschätzungen können durch Urteilstendenzen beeinflusst sein. So besteht bspw. die Gefahr von sozial erwünschten Antworten, wenn Kinder nicht negativ auffallen wollen. Andererseits könnten Symptome auch hervorgehoben werden, wenn z. B. Eltern sich erhoffen, dadurch die Chancen auf eine Therapie für ihr Kind zu erhöhen (Heinrichs & Lohaus, 2011). Ferner wird immer wieder eine negativ verzerrte Sichtweise psychisch erkrankter Eltern auf ihre Kinder kontrovers diskutiert (z. B. Chi & Hinshaw, 2002; Gartstein, Bridgett, Dishion & Kaufman, 2009; Irlbauer-Müller, Eichler, Stemmler, Moll & Kratz, 2017; Najman et al., 2000; Richters, 1992). Ein solcher Negativ-Bias könnte schlussendlich zu einer geringeren Übereinstimmung zwischen Eltern und Kindern beitragen. Auch wenn sich die Studien mehren, die auf einen diesbezüglichen Einfluss hinweisen, scheinen die Effekte insgesamt eher gering (Birmaher et al., 2010; Youngstrom, Loeber & Stouthamer-Loeber, 2000). Letztlich scheint dies auch in der vorliegenden Studie nicht der entscheidende Punkt zur Erklärung der geringen Übereinstimmung zu sein. Ein Vergleich der Eltern-Kind-Übereinstimmungen getrennt nach den beiden Gruppen (Familien mit/ohne psychisch erkranktes Elternteil) ergab, dass sich hinsichtlich der Einschätzung kindlicher Psychopathologie ähnliche Eltern-Kind-Übereinstimmungen in beiden Gruppen ( $r = .39$ ) finden. Bezüglich kindlicher ER-Strategien finden sich sogar deutlich höhere Übereinstimmungen in den Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil (maladaptive Strategien:  $r = .21$ ; adaptive Strategien  $r = .33$ ) als in den Familien mit

psychisch gesunden Eltern (maladaptive Strategien:  $r = -.01$ ; adaptive Strategien:  $r = .12$ ).

In einer aktuellen Meta-Analyse von Los Reyes et al. (2015) untersuchten die Autoren die Übereinstimmung verschiedener Informanten in der Beurteilung kindlicher Psychopathologie. Für die Eltern-Kind-Übereinstimmung ergaben sich durchschnittliche Werte von  $r = .26$  für internalisierende Störungen und  $r = .32$  für externalisierende Störungen. Die in der vorliegenden Stichprobe gefundenen Übereinstimmungen von psychisch erkrankten Eltern und Kindern hinsichtlich kindlicher Psychopathologie und kindlicher ER, liegen damit in dem Rahmen, wie es laut Meta-Analyse auch zu erwarten war.

Häufig lag der Fokus der Untersuchungen zur Eltern-Kind-Übereinstimmung auf der kindlichen Psychopathologie. Korelitz und Garber (2016) führten eine erste Meta-Analyse zur Eltern-Kind-Übereinstimmung bezüglich elterlicher Erziehungsstrategien durch. Dabei wurden drei Aspekte elterlichen Erziehungsverhaltens berücksichtigt: Akzeptanz, psychologische Kontrolle und Verhaltenskontrolle. Für alle drei ergaben sich geringe Übereinstimmungslevel. Korelitz und Garber (2016) fanden des Weiteren, dass Eltern ihr Verhalten tendenziell positiver einschätzen als ihre Kinder das tun. Bei den Kindern aus klinischen Stichproben zeigten sich im Vergleich mit Kindern aus nicht-klinischen Stichproben größere Differenzen in der Eltern-Kind-Einschätzung nur bezüglich Akzeptanz. Die elterliche psychische Erkrankung wurde nicht als Moderator einbezogen, sodass die Meta-Analyse keine Aussage darüber liefert, ob sich die Eltern-Kind-Übereinstimmung bezüglich Erziehungsverhalten bei psychisch erkrankten Eltern und ihren Kindern von denen psychisch gesunder Eltern und ihrer Kinder unterscheidet.

Hinsichtlich kindlicher ER-Strategien existieren, nach derzeitigem Wissen der Autorin, keine Überblicksarbeiten. Doch auch hier finden sich in Studien geringe Übereinstimmungen zwischen Eltern und Kind (Hourigan et al., 2011; Otterpohl et al., 2012).

Dazu, welche Rolle das Alter des Kindes in der Beurteilerübereinstimmung hinsichtlich der verschiedenen Aspekte spielt, existieren unterschiedliche Befunde. Eine frühe Meta-Analyse von Achenbach, McConaughy und Howell (1987) erbrachte einen Einfluss des kindlichen Alters auf die Beurteilerübereinstimmung in Bezug auf kindliche Psychopathologie. Dabei zeigte sich eine höhere Übereinstimmung, wenn die Kinder noch jünger waren. In einer jüngeren Meta-Analyse von Los Reyes et al. (2015) konnte hin-

gegen kein Effekt des Alters nachgewiesen werden. Bezüglich elterlicher Verhaltensweisen, weisen sowohl Taber (2010) als auch Korelitz und Garber (2016) auf höhere Übereinstimmungen mit zunehmendem Alter der Kinder hin. Taber (2010) kommen letztlich zu dem Schluss, dass vermutlich verschiedene Faktoren wie das kindliche Alter, Antwortformat, Interviewtechnik oder Komplexität von zu beantwortenden Fragen einen entscheidenden Einfluss auf die Beurteilerübereinstimmung zwischen Eltern und Kindern nehmen. Bezüglich der letztgenannten Faktoren wird in den vergangenen Jahren vermehrt auf die Notwendigkeit verbesserter Instrumente und Methoden hingewiesen. Wie oben angesprochen, variiert bspw. das kindliche Verhalten in verschiedenen Kontexten. Diese Variabilität in Abhängigkeit vom Kontext in Erhebungen mehr zu berücksichtigen, könnte zu konvergierenderen Einschätzungen führen. Auch würde ein Training der Informanten (z. B. wie bestimmte Häufigkeitsangaben [selten, oft] zu verstehen sind), die Genauigkeit von Verhaltensberichten potentiell verbessern (Los Reyes, 2013).

Korelitz und Garber (2016) gehen in ihrem Artikel der Frage nach, wie Wissenschaftler nun aktuell mit dem Phänomen umgehen sollten. Als eine Möglichkeit schlagen die Autoren vor, getrennte Analysen für jeden Beurteiler zu erstellen und diese miteinander zu vergleichen. Die Autoren berufen sich dabei auf Tein, Roosa und Michaels (1994): „replicating tests of theoretical relationships within a study and finding similar results across reporters would provide strong arguments for the theory being tested without possibly compromising measurement integrity“ (p. 352). So wurde letztlich auch in der vorliegenden Studie vorgegangen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die in der vorliegenden Studie gefundenen Divergenzen ein Spiegelbild dessen darstellen, was sich auch in anderen Untersuchungen zeigt, die Eltern- und Kindereinschätzung miteinbeziehen. Dabei scheint es keine einzelne Erklärung zu geben und mögliche Einflussfaktoren auf Eltern- und Kindereinschätzung sollten jeweils berücksichtigt werden. Spezifische Schlussfolgerungen bezüglich der einzelnen Konstrukte, die bisher noch nicht diskutiert wurden und sich primär aufgrund der jeweils eingesetzten Messinstrumente ergaben, werden im Folgenden an den entsprechenden Stellen dargelegt.

## 9.2 Psychopathologische Symptome bei Kindern aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil (Fragestellung 1)

In der vorliegenden Studie zeigten sich (trotz des Ausschlusses von bereits psychotherapeutisch behandelten Kindern) anhand der Elterneinschätzung erhöhte Werte bezüglich emotionaler Probleme, Verhaltensprobleme, Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen und dem Gesamtproblemwert bei Kindern psychisch erkrankter Eltern im Vergleich mit Kindern psychisch gesunder Eltern. Dies steht im Einklang sowohl mit internationalen (z. B. Weissman et al., 2005) als auch aktuellen nationalen Untersuchungen (Christiansen, Anding, Schrott & Röhrle, 2015; Markwort et al., 2016). Andere Studien, die ebenfalls Kinder psychisch erkrankter Eltern mittels der SDQ-Elternversion untersuchten, fanden für den Gesamtproblemwert des SDQ Werte, die ähnlich hoch wie der Mittelwert der vorliegenden Untersuchung ( $M = 12.35$ ) oder noch höher lagen. Die Studie von Markwort et al. (2016) ergab einen fast identischen Wert ( $M = 12.3$ ), wohingegen die Studien von Maybery, Reupert, Patrick, Goodyear und Crase (2009) ( $M = 14.94$ ) und Mathai et al. (2008) ( $M = 15.72$ ) höhere Mittelwerte bezüglich der kindlichen psychopathologischen Symptome ermittelten. In allen genannten Studien wurden Kinder in einem ähnlichen Altersrange untersucht und die Eltern litten an verschiedenen psychischen Erkrankungen. Dass sich die Werte der vorliegenden Studie eher im unteren Durchschnittsbereich der anderen Studien befinden, scheint plausibel darauf zurückzuführen, dass in der vorliegenden Studie Kinder ausgeschlossen wurden, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befanden. Bei Einschluss dieser Kinder in die Studie wäre im Mittel ein höherer Gesamtproblemwert zu erwarten gewesen.

Eine genauere Betrachtung der Werte zeigt, dass die Kinder psychisch erkrankter Eltern in der vorliegenden Studie mit einem Gesamtproblemwert von  $M = 12.35$  im Mittel noch im unauffälligen Bereich, jedoch deutlich über dem Mittelwert der Kinder der psychisch gesunden Eltern ( $M = 5.71$ ) liegen. Generell werden bis zu einem Grenzwert von 13 Punkten auf dem SDQ-Gesamtproblemwert Kinder als unauffällig eingestuft. Bei der Betrachtung der kategorialen Einteilung des SDQ in normal, auffällig und grenzwertig bestätigt sich das Bild, dass die psychisch erkrankten Eltern ihre Kinder, trotz eines mittleren Gesamtproblemwerts im unauffälligen Bereich, insgesamt als symptombelasteter einschätzten. Geht man davon aus, dass in der Allgemeinbevölkerung ca. 80 % der Kinder als normal, 10 % als auffällig und 10 % als grenzwertig klassifiziert werden (siehe 7.5.10), so schätzten die psychisch erkrankten Eltern der vorlie-

genden Studie ihre Kinder deutlich auffälliger (59.3 % normal/11.1 % grenzwertig/29.6 % auffällig) ein. Die psychisch gesunden Eltern der vorliegenden Stichprobe schätzten ihre Kinder jedoch psychisch gesünder als die Allgemeinbevölkerung ein (94.6 % normal/5.4 % grenzwertig). Da davon auszugehen ist, dass bei Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung auch ein gewisser Prozentsatz an einer psychischen Erkrankung leidet (und dementsprechend auch mehr Symptome bei den Kindern zu erwarten sind), während in der vorliegenden Untersuchung darauf geachtet wurde, psychisch gesunde Eltern zu rekrutieren, könnte dies darauf zurückzuführen sein.

Bei alleiniger Betrachtung der Elternversion lässt sich also schließen, dass trotz des Ausschlusses von Familien, bei denen das Kind bereits psychotherapeutisch behandelt wird, die Kinder psychisch erkrankter Eltern unter vermehrten psychopathologischen Symptomen leiden.

Als generelle Anmerkung sei noch angefügt, dass aufgrund dessen, dass das Kanu-Projekt als Präventionsprojekt angelegt war, Kinder ausgeschlossen wurden, die sich bereits in therapeutischer Behandlung befanden. In Anbetracht dessen, dass aber ca. 40 % der Kinder von ihren Eltern trotzdem noch als grenzwertig auffällig/auffällig eingeschätzt wurden, erscheint es fraglich, Ausschlusskriterien dieser Art bei Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil anzuwenden. Würden nur psychisch vollkommen unauffällige Kinder eingeschlossen, würde ein Großteil der Familien in derartige Projekte nicht eingeschlossen werden können.

Die oben referierten Studien berufen sich durchgängig auf die Elterneinschätzung kindlicher psychopathologischer Symptome. In der vorliegenden Studie wurde auch die kindliche Einschätzung berücksichtigt. Hier zeigte sich bei keiner Skala des SDQ ein Unterschied zwischen Kindern psychisch erkrankter und psychisch gesunder Eltern. Die Befunde von Wiegand-Grefe, Cronemeyer, Plass, Schulte-Markwort und Petermann (2013), in deren Studie ebenfalls Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil (mit unterschiedlichen Diagnosen) untersucht wurden, zeigen in eine ähnliche Richtung. Die Autoren führten zwar keinen Vergleich mit einer gesunden Kontrollgruppe durch, erhoben jedoch Eltern-, Partner- und Kindereinschätzung psychopathologischer Symptome. Dabei lag das Durchschnittsalter bei 11 Jahren, wobei Kindern in einem Range von vier bis 21 Jahren eingeschlossen wurden. Ein Vergleich der im Artikel angegebenen T-Werte der Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991) der verschiedenen Informanten zeigt, dass die psychisch erkrankten Eltern und auch deren

Lebenspartner ihre Kinder als auffälliger einschätzten, als sie selbst das taten. Deutlich andere Ergebnisse zeigten sich hingegen in der Studie von Plass-Christl et al. (2017). Hier ergaben sich unter Anwendung der Kinderversion des SDQ signifikante Unterschiede zwischen Familien mit einem psychisch belasteten Elternteil und Familien mit psychisch unbelasteten Eltern bezüglich kindlicher psychopathologischer Symptome (19.1 % der Kinder von psychisch belasteten Eltern berichteten im Vergleich mit 7.7 % der Kinder von psychisch nicht belasteten Eltern über eigene psychopathologische Symptome). Es ist anzumerken, dass es sich bei den Teilnehmern der Studie von Plass-Christl et al. (2017) um psychisch belastete Eltern aus der Allgemeinbevölkerung handelte. Bei der Stichprobe der vorliegenden Studie kann daher im Vergleich von einem höheren Schweregrad der elterlichen psychischen Erkrankung und damit einer eher größeren Belastung für die Kinder ausgegangen werden, was den Ergebnissen entgegensteht. Aufgrund dessen, dass das Durchschnittsalter bei der SDQ-Selbsteinschätzung in der vorliegenden Studie 11.91 Jahre betrug, während das Durchschnittsalter in der Studie von Plass-Christl et al. (2017) bei 14.8 Jahren lag, liegt (in Anbetracht auch durch strukturierte Interviews bestätigte erhöhte Prävalenzraten von Kindern psychisch erkrankter Eltern) die Vermutung nahe, dass Kinder mit zunehmendem Alter zu einer korrekteren Einschätzung ihrer Symptome anhand des SDQ kommen. Allerdings erwies sich das Alter, wie bereits oben angesprochen, in einer aktuellen Meta-Analyse (Los Reyes et al., 2015) bzgl. Eltern-Kind-Übereinstimmung als nicht relevant. Weitere Erklärungsansätze ergeben sich, wenn parallel die kindlichen psychopathologischen Symptome in den Familien mit einem psychisch gesunden Elternteil betrachtet werden. Hier zeigt sich ein gänzlich anderes Bild: Die Kinder berichteten über deutlich mehr psychopathologische Symptome als dies die Eltern taten. Gerade anhand der kategorialen Werte ist das eindrucklich zu erkennen (siehe Kapitel 8.1). Diese Beobachtung steht im Einklang mit einer Reihe von Studien, in denen Kinder und Jugendliche (der Allgemeinbevölkerung) ebenfalls über mehr Symptome berichten als ihre Eltern (Koskelainen, Sourander & Kaljonen, 2000; Seiffge-Krenke & Kollmar, 1998; Stanger & Lewis, 2010; Verhulst & van der Ende, 1992). Welche Schlüsse lassen sich also daraus ziehen, dass dies sowohl bei der vorliegenden Studie und auch bei der Studie von Wiegand-Grefe et al. (2013) nicht der Fall war? Die teilnehmenden Familien der Studie von Wiegand-Grefe et al. (2013) wurden über eine Sprechstunde für Kinder psychisch erkrankter Eltern rekrutiert. Ähnlich wie in der vorliegenden Studie lag also der Grund der Kontaktaufnahme (im Gegensatz zu den oben

genannten Studien, bei denen der Gesundheitsstatus der Eltern nicht ausschlaggebend war) in der psychischen Erkrankung des Elternteils. Dies könnte möglicherweise einen Einfluss auf das Antwortverhalten der Kinder genommen haben. Bei vielen Kindern in der vorliegenden Studie war ein Elternteil bereits für eine längere Zeit stationär aufgenommen. Die Kinder waren dadurch häufig bereits mit wechselnder Betreuung bzw. unterschiedlichen Betreuungsformen konfrontiert. Möglicherweise könnten Ängste auf Seiten der Kinder entstanden sein (z. B. selber in eine Klinik zu müssen, nicht bei dem Elternteil bleiben zu können), die dazu beigetragen haben, eigene Symptome eher zu bagatellisieren. Dies sollte in zukünftigen Studien, z. B. durch die Kombination von Elterneinschätzung, Kindereinschätzung und diagnostischen Interviews überprüft werden.

### **9.3. Unterschiede in beziehungsorientierten Merkmalen zwischen Familien mit und ohne psychisch erkranktem Elternteil (Fragestellung 2)**

In den folgenden Kapiteln werden die gefundenen Unterschiede zwischen Familien mit und ohne psychisch erkranktem Elternteil im Hinblick auf die verschiedenen beziehungsorientierten Merkmale (Familiäres Klima, Erziehungsverhalten, Parentifizierung, Rollenüberforderung) beleuchtet und in den Forschungskontext eingeordnet.

#### **9.3.1 Familiäres Klima (EE Kritik)**

Nachstehend werden zunächst die Ergebnisse zum familiären Klima aus Elternsicht und danach aus Kindersicht diskutiert. Abschließend wird die mangelnde Übereinstimmung zwischen elterlicher und kindlicher EE Kritik thematisiert.

##### ***9.3.1.1 Elterliche EE Kritik***

Bei einem Vergleich der EE Kritik von psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern, als Indikator für das familiäre Klima, zeigte sich ein signifikanter Unterschied bzgl. des Leeb-Index sowie eine Tendenz bzgl. des Magana-Index. Psychisch erkrankte Eltern wurden dabei häufiger anhand von EE Kritik als HEE klassifiziert, als die psychisch gesunden Eltern. Dies steht in Übereinstimmung mit internationalen Studien, die



HEE und depressive Erkrankungen verbunden fanden (Frye & Garber, 2005; Nelson et al., 2003; Schwartz et al., 1990).

Insgesamt lag die Rate der nach dem Magana-Index innerhalb der gesamten Stichprobe als HEE (inklusive HEE EOI) klassifizierten Eltern mit 21.3 % im unteren Bereich der Werte vergleichbarer Studien, die Mütter mit depressiven Erkrankungen untersuchten. Dabei fällt auf, dass bspw. in der Studie von Tompson et al. (2010), welche Kinder in einem ähnlichen Altersrange untersuchten, HEE EOI deutlich häufiger kodiert wurde als in der vorliegenden Studie, was zu den höheren HEE-Werten beigetragen haben könnte. Die häufigere Klassifizierung von Eltern als HEE EOI ist möglicherweise unter anderem darauf zurückzuführen, dass für die Kodierung von Expressed Emotion Überinvolviertheit über verschiedene Studien hinweg z. T. leicht unterschiedliche Kriterien angelegt wurden. In Anlehnung an Leeb (1993) wurden in der vorliegenden Arbeit mehrere Unterkategorien zur Einschätzung von Expressed Emotion Überinvolviertheit („positive remarks“, „statement of attitude“, „excessive detail“) aufgrund einer mangelnden Validität der Aspekte nicht einbezogen. Bei Tompson et al. (2010) fanden diese jedoch Berücksichtigung. Dass in der Studie von Frye und Garber (2005), die ihre Untersuchung ebenfalls auf EE Kritik beschränkten, jedoch trotzdem 27 % der erkrankten Eltern als HEE kodiert wurden, weist auf das Vorhandensein weiterer Einflussfaktoren hin. Alle beschriebenen Studien zu Expressed Emotion bei psychisch erkrankten Eltern wurden in den USA durchgeführt. Möglicherweise spielen auch kulturspezifische Aspekte eine Rolle, die in höheren Expressed Emotion-Raten im US-amerikanischen Raum münden. In Übereinstimmung damit fanden Leff und Vaughn (1985, zitiert nach Bhugra & McKenzie, 2003) bei einem Vergleich einer US-amerikanischen Stichprobe und einer britischen Stichprobe, höhere Werte für Expressed Emotion in der US-amerikanischen Stichprobe bei Angehörigen von Patienten mit Schizophrenie oder Depression, als bei den Angehörigen der britischen Stichprobe. Auch eine Studie von Zimmermann, Baucom, Irvin und Heinrichs (2015) weist, allerdings in Bezug auf Paarverhalten, auf unterschiedlich emotionales Verhalten in Abhängigkeit von der Herkunft hin. Die Autoren verglichen das Unterstützungsverhalten nach einer Brustkrebsdiagnose bei Paaren aus den USA und Deutschland. Bei Paaren aus den USA wurde sowohl mehr positives als auch negatives Unterstützungsverhalten kodiert, während deutsche Paare „neutraler“ agierten.

Dem entsprechend und wie zu erwarten, zeigten sich in der vorliegenden Studie insgesamt deutlich höhere Prozentzahlen für HEE (45.8 %, inklusive HEE EOI), wenn auch verdeckte Kritik (Leeb-Index) berücksichtigt wurde. Der Autorin sind keine weiteren Studien mit psychisch erkrankten Eltern bekannt, die ebenfalls zusätzlich den Leeb-Index anwandten, weshalb hier keine Vergleiche gezogen werden können. Generell zeigte sich jedoch nur ein signifikanter Unterschied zwischen Eltern mit und ohne psychische Erkrankung, wenn auch verdeckte Kritik (Leeb-Index) berücksichtigt wurde, wohingegen lediglich ein Trend bei der alleinigen Berücksichtigung von offener Kritik (Magana-Index) zu beobachten war. Wenn angenommen wird, dass sich das in der Studie von Zimmermann et al. (2015) gefundene „neutralere“ Verhalten nicht nur bei Paaren, sondern auch zwischen Eltern und Kindern zeigt, scheint der Einbezug von verdeckter Kritik bei der Erhebung von Expressed Emotion, gerade bei psychisch erkrankten Eltern in Deutschland, ein zusätzlicher Gewinn.

Als zusätzliche Prädiktoren neben der psychischen Erkrankung zeigten sich eine geringe Bildung (im Vergleich mit einer hohen Bildung) sowie weibliches Geschlecht. Der beobachtete positive Zusammenhang zwischen einer niedrigen Bildung und EE Kritik steht im Widerspruch zu einer Reihe von Studien, die keinen Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status einer Person und EE Kritik fanden (Baker et al., 2000; Boger et al., 2008; Hibbs et al., 1991; Parker et al., 1987; Stubbe et al., 1993). Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass in vielen der angeführten Studien verschiedene Aspekte des sozioökonomischen Status in einen Index integriert wurden (z. B. Bildung, Partnerschaftsstatus, Berufstätigkeit). So könnte ein Zusammenhang zwischen Bildung und EE Kritik nicht offenbar geworden sein, da gleichzeitig auch andere Aspekte eingeschlossen wurden, die jedoch keine Assoziation mit dem EE-Status aufweisen. Diese Hypothese steht auch in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie und früheren Studien (Boger et al., 2008; McCleary & Sanford, 2002), in denen sich Einkommen und Familienstruktur (z. B. bestehende Partnerschaft) nicht als signifikante Prädiktoren bzgl. EE Kritik zeigten.

Des Weiteren äußerten Mütter mehr Kritik bzgl. ihrer Kinder als Väter. Dieses Ergebnis zeigte sich auch in den wenigen anderen Studien, die das elterliche Geschlecht in ihren Analysen berücksichtigten (Marshall et al., 1990; Szmukler, Berkowitz, Eisler, Leff & Dare, 1987). Es kann vermutet werden, dass Mütter in vielen Fällen die primären Bezugspersonen ihrer Kinder sind bzw. zumindest mehr Zeit mit ihren Kindern

verbringen als Väter. Damit sind sie vermutlich häufiger mit herausforderndem kindlichen Verhalten und Auseinandersetzungen konfrontiert als Väter. Aufgrund dessen nehmen sie das emotionale Klima womöglich ambivalenter wahr, als dies einige Väter tun.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass niedrige Bildung und weibliches Geschlecht ein stärkeres Gewicht bezüglich der Vorhersage von EE Kritik einnahmen als die psychische Erkrankung eines Elternteils. Dies zeigt, dass auf das Konstrukt der Expressed Emotion offensichtlich viele Faktoren einwirken und ein erhöhter EE-Status kein Alleinstellungsmerkmal von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil ist.

### ***9.3.1.2 Kindliche EE Kritik***

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf kindliche EE Kritik bei dem Vergleich von Kindern psychisch erkrankter und psychisch gesunder Eltern. Nichtsdestotrotz soll an dieser Stelle auf eine Beobachtung hingewiesen werden: Anhand des Magana-Index, der lediglich auf offener Kritik beruht, wurden deutlich mehr Kinder gesunder Eltern als HEE klassifiziert (15.6 % vs. 6.4 %). Bei Zugrundelegung des Leeb-Index, der auch verdeckte Kritik berücksichtigt, wurden jedoch mehr Kinder psychisch erkrankter Eltern als HEE klassifiziert (21.3 % vs. 18.8 %). Möglicherweise sind die Kinder der psychisch erkrankten Eltern also deutlich zurückhaltender mit offener Kritik, weil sie ihre Eltern schützen wollen. Das sollte jedoch aufgrund mangelnder Signifikanz nur mit Vorsicht interpretiert und eher als Hinweis für weitere Studien aufgefasst werden.

### ***9.3.1.3 Zusammenhänge zwischen elterlicher und kindlicher EE Kritik***

Im Gegensatz zu den beiden bisherigen Studien, die ebenfalls FMSS bei den Kindern erhoben (Marshall et al., 1990; Przeworski et al., 2012), zeigte sich in der vorliegenden Studie kein Zusammenhang zwischen elterlicher und kindlicher EE Kritik. Eine nachträglich durchgeführte Analyse ergab, dass sich auch keine Zusammenhänge zwischen elterlicher und kindlicher EE Kritik zeigen, wenn lediglich die Familien mit psychisch gesunden Eltern betrachtet werden. Hiermit kann die elterliche psychische Erkrankung als Grund für die mangelnde Konkordanz ausgeschlossen werden.

Die Betrachtung des Altersranges der drei Studien, die bisher kindliche Expressed Emotion untersuchten, ergibt, dass sich die Kinder diesbezüglich nur leicht unterscheiden, sodass das Alter der Kinder die Unterschiede ebenfalls nicht erklären kann. Zudem lag die Rate der Kinder, die als HEE geratet wurden, in der Studie von Przeworski et al. ähnlich hoch (10–12 % bzgl. Mutter oder Vater nach dem Magana-Index). Ein entscheidender Unterschied zu den beiden anderen Studien besteht hingegen darin, dass jeweils nicht die Eltern, sondern die Kinder psychisch erkrankt waren. Möglicherweise beeinflusst dies das familiäre Klima auf eine Art und Weise, die sowohl von Eltern als auch von Kindern deutlicher und identischer wahrgenommen wird und sich in übereinstimmender Expressed Emotion äußert.

In der vorliegenden Studie wurde HEE bei Kindern nur aufgrund von EE Kritik (und in keinem Fall aufgrund von EE EOI) vergeben. Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich auch in der Studie von Przeworski et al. (2012). Es kann daher vorläufig geschlossen werden, dass die Kategorie HEE EOI für die Erhebung des FMSS bei Kindern nicht passend ist und keinerlei Erkenntnisgewinn bringt (Marshall et al., 1990 liefern keine Informationen, ob das Kind aufgrund EE EOI oder EE Kritik als HEE klassifiziert wurde).

Ferner soll darauf hingewiesen werden, dass in den beiden früheren Studien, die das FMSS bei Kindern einsetzten, eine Kürzung der Dauer des FMSS stattfand. In der vorliegenden Studie wurde es bei fünf Minuten belassen, da sich zu Beginn zeigte, dass einige Kinder nach einer Pause doch noch relevante Inhalte äußerten. Insgesamt ergab sich jedoch im Verlauf, dass die Dauer für einige Kinder eine große Herausforderung darstellte. Es entstand der Eindruck, dass gerade das Fehlen von Nachfragen/Rückfragen (was ja explizit im FMSS unterlassen werden soll) für einige Kinder sehr schwierig war. Möglicherweise wäre es sinnvoll, hier zukünftig leichte Abwandlungen vorzunehmen. Insgesamt wurden auch recht wenige Kinder als HEE klassifiziert. Gerade unter den gegebenen Voraussetzungen, dass die Versuchsleiter den Kindern unbekannt waren, was zu zusätzlicher Zurückhaltung, gerade beim Äußern von Kritik, geführt haben könnte, würden zusätzliche „Hilfestellungen“ möglicherweise zu expliziteren kindlichen Aussagen führen.

Zusammenfassend soll an dieser Stelle noch darauf hingewiesen werden, dass einige Ergebnisse aus der vorliegenden und früheren Studien implizieren, dass sich in dem Konstrukt der Expressed Emotion noch andere Aspekte als „nur“ das gesamtfamiliäre

emotionale Klima widerspiegeln. Die in den Studien von Przeworski et al. (2012) und Marshall et al. (1990) gefundenen Zusammenhänge zwischen elterlicher und kindlicher Expressed Emotion, die das Konstrukt Expressed Emotion als Indikator für das familiäre Klima unterstützen, konnten in der vorliegenden Studie nicht beobachtet werden. Ferner scheint das elterliche Geschlecht eine entscheidende Rolle einzunehmen. Zusätzlich ergaben sich in einer Studie (Przeworski et al., 2012) Unterschiede bzgl. der Klassifikation von Müttern als HEE, je nachdem ob das FMSS mit dem psychisch erkrankten Kind oder dem gesunden Geschwisterkind als Indexperson durchgeführt wurde. Es scheinen also auch Anteile der individuellen Beziehung zwischen Indexperson und befragtem Angehörigen in die Klassifikation als HEE oder NEE einzufließen. Ferner muss das emotionale Klima bzw. die individuelle Beziehung offensichtlich nicht von beiden Beteiligten gleich wahrgenommen werden. Welche Aspekte jedoch letztlich die Korrespondenz der Wahrnehmung des familiären Klimas durch Eltern und Kind beeinflussen, lässt sich nur in Folgestudien klären.

### **9.3.2 Erziehungsverhalten**

Psychisch erkrankte Eltern berichteten im Vergleich mit psychisch gesunden Eltern hypothesenkonform über eine häufigere Anwendung ungünstiger Erziehungsverhaltensweisen. Dies umfasste sowohl inkonsistentes Elternverhalten, vermehrte körperliche Strafen als auch ein geringeres Monitoring. Dies steht im Einklang mit früheren Studien, die ebenfalls diesbezügliche Beeinträchtigungen zeigten (Downey & Coyne, 1990; Johnson et al., 2001; Kötter et al., 2010; Leung & Slep, 2006). Der mit Abstand größte Effekt zeigte sich dabei für inkonsistentes Elternverhalten. Wie bereits im Theorieteil angesprochen, spiegeln sich darin möglicherweise vor allem die schwankenden Beeinträchtigungen durch eine psychische Erkrankung wider. So könnten Eltern es an „guten“ Tagen schaffen, auf die Einhaltung von Regeln zu bestehen, an „schlechten“ Tagen dazu jedoch nicht in der Lage sein.

Im Einklang mit der Annahme deutlich eingeschränkter Ressourcen bei psychisch erkrankten Eltern, zeigten sich mittlere Effekte in Bezug auf ein geringeres Monitoring und geringere Involviertheit der Eltern. Es liegt nahe, dass es den Eltern aufgrund der Symptomatik nicht möglich ist, dasselbe Engagement zu zeigen wie psychisch gesunde

Eltern. Der stationäre Aufenthalt eines Großteils der untersuchten Eltern könnte sich hier ebenfalls negativ ausgewirkt haben.

Potenziell trägt das geringere Vorhandensein von Kapazitäten auch zur verstärkten Anwendung körperlicher Strafen bei, für die sich ebenfalls ein mittlerer Effekt ergab. Möglicherweise erscheinen diese „einfacher“ und weniger aufreibend als längere verbale Auseinandersetzungen mit dem Kind. Auch könnten sich aus einer negativeren Affektivität sowie einer häufiger zu beobachtenden erhöhten Reizbarkeit, impulsiveren und weniger überlegte Reaktionen ergeben (Maliken & Katz, 2013).

Im Hinblick auf machtvoll durchgesetzte Regeln zeigten sich die Unterschiede nicht signifikant, weisen jedoch in Richtung eines kleinen Effekts. Dass sich hier kein eindeutiger Effekt zeigt, überrascht zunächst. Vor allem, wenn man den Einsatz harter Strafen (für den sich eindeutige Effekte ergaben) als eine besonders harsche Durchsetzung von Regeln und Machtausübung ansieht. Denn genau dies wird unter machtvoller Durchsetzung im eingesetzten Fragebogen verstanden. Möglicherweise spielt die parallel beobachtete Inkonsistenz eine entscheidende Rolle und psychisch erkrankte Eltern verneinen die Frage nach klarer Durchsetzung der Regeln, weil sie sich dazu häufig eben nicht in der Lage fühlen.

Mit Ausnahme der oben angesprochenen eingeschränkten Involviertheit, zeigten sich hinsichtlich der anderen Aspekte positiven Elternverhaltens weniger eindeutige Ergebnisse. Bezüglich der Skalen Positives Erziehungsverhalten und Verantwortungsbewusstes Erziehungsverhalten ergaben sich in der vorliegenden Untersuchung keine signifikanten Unterschiede, jedoch Effektstärken, die als kleiner Effekt interpretiert werden können. Dies steht in Übereinstimmung mit der derzeitigen Studienlage, die ebenfalls uneindeutig ist. Kötter et al. (2010) verglichen Erziehungsstrategien einer Stichprobe von subklinisch depressiven Müttern, mit denen von Müttern einer unausgewählten Kindergartenstichprobe. Beide Gruppen unterschieden sich nicht bezüglich der APQ-Skala Positives Erziehungsverhalten und wiesen einen fast identischen Mittelwert auf. Auch Cummings et al. (2005) fanden positives Elternverhalten (ebenfalls gemessen anhand des APQ) nicht verbunden mit elterlicher Dysphorie. Im Gegensatz zu diesen beiden Studien, die subklinische Stichproben untersuchten, fanden sich in einer Untersuchung von Foster et al. (2008) bei Müttern mit schwerer Depression in der Vergangenheit oder einer aktuellen Depression deutlich weniger positive Verhaltensweisen gegenüber ihrem Kind als bei Müttern, die bisher an keiner depressiven

Erkrankung gelitten hatten. Im Theorieteil wurde daher die Überlegung angestellt, dass sich Beeinträchtigungen positiven Erziehungsverhaltens (im Ggs. zu ungünstigem Elternverhalten, welches bereits häufiger auch in subklinischen Stichproben beobachtet werden konnte) möglicherweise noch nicht bei subklinischer Beeinträchtigung finden, sondern erst mit zunehmendem Schweregrad einer Erkrankung zu beobachten sind. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie stimmen mit dieser Hypothese nur teilweise überein, da sich nur bezüglich Involviertheit eindeutige Hinweise darauf fanden. Letztlich kann aufgrund der bisherigen Studien vermutet werden, dass durchaus ein erhöhtes Risiko zur geringeren Anwendung positiver Erziehungsverhaltensweisen bei psychisch erkrankten Eltern besteht, möglicherweise jedoch noch andere Aspekte hinzukommen müssen, damit auch diesbezüglich Beeinträchtigungen auftreten. Neben elterlichen Merkmalen könnten auch kindliche Charakteristika oder Verhaltensweisen eine Rolle spielen. So weisen bspw. aktuelle Studien gerade bezüglich kindlichen externalisierenden Symptomen darauf hin, dass diese eine Reduzierung positiven Elternverhaltens nach sich ziehen können (Serbin, Kingdon, Ruttle & Stack, 2015; Te Brinke, Deković, Stoltz & Cillessen, 2017).

Generell liefert bei der Gesamtbeurteilung des Erziehungsverhaltens von psychisch erkrankten Eltern die Divergenz bezüglich günstigem/ungünstigem Erziehungsverhalten (deutliche Ergebnisse für ungünstiges/weniger deutliche für günstiges Erziehungsverhalten) einen wichtigen Interpretationsrahmen. Dabei sind vor allem auch die Ergebnisse zum verantwortungsbewussten Elternverhalten (als einem Aspekt günstigen Elternverhaltens) heranzuziehen. Unter verantwortungsbewusstem Elternverhalten wird im DEAPQ-EL-GS die bewusste und reflektierte erzieherische Haltung dem Kind gegenüber gefasst. Dies beinhaltet auch den partnerschaftlichen Austausch über angemessenes Erziehungsverhalten. Dass sich hier kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen findet, zeigt, dass es psychisch erkrankten Eltern durchaus wichtig ist, ihre Elternrolle angemessen wahrzunehmen und die Entwicklung des Kindes positiv zu beeinflussen. Das verstärkte Vorkommen ungünstiger Erziehungsstrategien weist jedoch darauf hin, dass es den betroffenen Eltern entweder an ausreichendem Wissen um angemessenes Erziehungsverhalten mangelt, oder sie nicht in der Lage sind, positive Erziehungsziele entsprechend umzusetzen. Damit übereinstimmend kommen Eyden et al. (2016) in ihrem Review bezüglich des Zusammenhangs zwischen elterlichen Symptomen einer BPS und Elternverhalten zu dem Schluss, dass diese Gruppe von Eltern

durchaus ein großes Interesse daran hat, die Elternrolle positiv auszufüllen, dass es jedoch häufig an entsprechenden Fertigkeiten mangelt. Diese Sichtweise ebenfalls unterstützend, wünschten sich psychisch erkrankte Eltern in der Studie von Markwort et al. (2016) verstärkt Unterstützung in Erziehungsfragen. Defizite in Erziehungsstrategien dürfen also nicht gleichgesetzt werden mit einer mangelnden Bereitschaft zu günstigem Erziehungsverhalten.

Zu bedenken ist ferner, dass sich die psychisch erkrankten Eltern dieser Defizite womöglich sogar bewusst sind. Dies könnte das bei psychisch Erkrankten häufig vorliegende Inkompetenz-/Insuffizienzerleben bestärken und zur Verschlechterung der psychischen Symptomatik beitragen.

Ein gänzlich anderes Bild zeigt sich bei der Betrachtung der Erziehungsstrategien aus Sicht der Kinder. Hier fanden sich bezüglich keiner der erfassten Strategien signifikante Unterschiede. Neben der allgemeinen Divergenz bezüglich Kinder- und Eltern-einschätzung, die bereits in Kapitel 9.1 genauer diskutiert wurde, soll bezüglich der Erfassung der Erziehungsstrategien auf einen zusätzlichen, möglicherweise entscheidenden Punkt hingewiesen werden. Im DEQPQ-EL-GS, welcher bei den Eltern eingesetzt wurde, werden die Erziehungsstrategien eines einzelnen Elternteils abgefragt. Bei dem FEB-K hingegen, welcher bei den Kindern zur Erfassung der Erziehungsstrategien eingesetzt wurde, sind die Fragen hingegen in Bezug auf die gesamte Familie formuliert (z. B.: „Ich werde in meiner Familie oft beschimpft“). Dies hat möglicherweise dazu geführt, dass durch positive Verhaltensweisen anderer Familienmitglieder (anderes Elternteil, Geschwister, Großeltern) ungünstiges Verhalten des psychisch erkrankten Elternteils „abgepuffert“ wird und sich so in der Beantwortung der Items weniger zeigt. Diese Hypothese leicht einschränkend sei auf Studien hingewiesen, die psychische Symptome eines Elternteils und das (Erziehungs-)Verhalten des anderen Elternteils verbunden fanden (Kopala-Sibley et al., 2017; Paulson, Dauber & Leiferman, 2006). Wenn ein Ehepartner psychisch erkrankt ist, steigt zudem die Wahrscheinlichkeit einen ebenfalls psychisch erkrankten Ehepartner zu haben (Nordsletten et al., 2016). In diesen Fällen könnten beide Ehepartner gegenüber ihren Kindern verstärkt ungünstige Erziehungsstrategien anwenden.



### 9.3.3 Familiäre Rollen: Parentifizierung und Rollenüberforderung

Psychisch erkrankte Eltern berichteten in der vorliegenden Untersuchung über deutlich mehr Überforderung mit der elterlichen Rolle als psychisch gesunde Eltern. Dies steht in Übereinstimmung mit Studien, die verwandte Aspekte wie elterliche Selbstwirksamkeit oder Kompetenzerleben untersuchten (z. B. Karp et al., 2015; Kohlhoff et al., 2016; Kötter et al., 2010). Treten psychische Erkrankung und Überforderungsgefühle mit der Elternrolle parallel auf, scheint eine gegenseitige negative Beeinflussung wahrscheinlich. Wie bereits im Theorieteil dargelegt, führt ein ständiges Überforderungsgefühl mutmaßlich zu einer geringeren Zufriedenheit (Coleman & Karraker, 1998). Diese könnte zu verstärkten psychischen Symptomen beitragen, die dann wiederum Ressourcen binden, die nicht für Erziehungsfragen zur Verfügung stehen. Als Reaktion darauf liegt die Entwicklung verstärkter Überforderungsgefühle nahe. Auch wenn nicht explizit abgefragt, kann des Weiteren angenommen werden, dass zumindest einige Eltern, die sich der Elternrolle nicht gewachsen fühlen, Schuldgefühle gegenüber ihren Kindern entwickeln. Gefühle von Schuld spielen z. B. bei affektiven Erkrankungen häufig eine Rolle und könnten in einem Teufelskreis wiederum depressive Symptome verstärken.

Zusammengenommen kann also die Hypothese aufgestellt werden, dass sich Rollenüberforderung und elterliche Psychopathologie langfristig gegenseitig verstärken und dies zu einem negativen Krankheitsverlauf bei den Eltern beitragen könnte. Zur Überprüfung dieser Vermutung ist jedoch eine längsschnittliche Untersuchung unabdingbar.

Es sei noch angemerkt, dass sich anhand der vorliegenden Untersuchung nur schwer abschätzen lässt, inwieweit die erhobene Rollenüberforderung Ausdruck eines generellen Überforderungserlebens im Rahmen der psychischen Erkrankung und in welchem Maße sie von den Aufgaben und Anforderungen als Eltern determiniert ist.

Es ergaben sich keine Hinweise auf Unterschiede hinsichtlich Parentifizierung beim Vergleich von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil und Familien mit psychisch gesunden Eltern. Auch wenn in der Literatur immer wieder über eine erhöhte Parentifizierung in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil berichtet wird, stehen die Ergebnisse jedoch insgesamt im Einklang mit den wenigen empirischen Studien, die in der Mehrzahl ebenfalls keinen Zusammenhang zwischen elterlicher Psychopathologie und Parentifizierung fanden (Champion et al., 2009; McMahon &

Luthar, 2007; Ohntrup et al., 2011). Insgesamt scheint, wie bereits im Theorieteil angedeutet, ein Einfluss des Erhebungsinstruments zu bestehen, in der Hinsicht, dass sich generell stärkere Effekte bei der retrospektiven Erfassung von Parentifizierung zeigen (z. B. Hooper et al., 2011). Dies erklärt jedoch nicht die beschriebene Divergenz, dass sich in der Fachwelt hartnäckig der Eindruck von häufig vorhandener Parentifizierung bei psychisch erkrankten Eltern hält, während sich dies bei der empirischen Erfassung (weder per Fragebogen, Sprechprobe noch Interaktionsaufgabe) in der Gegenwart, nicht oder nur in geringem Umfang abbilden lässt. Es erscheint naheliegend, dass noch andere wichtige Einflussfaktoren auf Parentifizierung eine Rolle spielen, die in der vorliegenden Studie keine Berücksichtigung fanden. Hier wären bspw. das generelle soziale Netz der Familie, die psychische Gesundheit des Partners, die Anzahl der Geschwister oder der Platz in der Geschwisterreihenfolge zu nennen. Entsprechend finden sich in der Literatur Hinweise darauf, dass Parentifizierung verstärkt bei Einzelkindern oder dem ältesten Kind zu beobachten ist (McMahon & Luthar, 2007), obwohl auch entgegenstehende empirische Befunde vorliegen (Hooper et al., 2011). In die vorliegende Untersuchung wurden nur Kinder bis zu einem Alter von 14 Jahren eingeschlossen. Dadurch könnte eine möglicherweise vorliegende Parentifizierung bei älteren (nicht am Kanu-Projekt/der vorliegenden Untersuchung teilnehmenden) Geschwistern nicht erfasst worden sein. Zukünftige Studien mit Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil sollten also sowohl unterscheiden, ob Geschwister vorhanden sind und welchen Platz das Kind in der Geschwisterreihenfolge einnimmt als auch weitere familiäre Strukturmerkmale berücksichtigen.

Abschließend soll noch auf eine weitere Möglichkeit hingewiesen werden, warum subjektiver Eindruck und empirische Erfassung nicht korrespondieren könnten. Parentifizierung kann, wenn sie in Familien anzutreffen ist, auf Beobachter sehr dramatisch wirken. In Fallberichten oder qualitativen Studien (z. B. Aldridge, 2006) und sogar bei quantitativen Studien (z. B. Champion et al., 2009; Stein et al., 1999) werden häufiger eindruckliche Beispiele von Parentifizierung untersuchter Personen geschildert. Auch in der vorliegenden Studie zeigten sich einige deutliche Beispiele von Parentifizierung. So äußerte ein psychisch erkranktes Elternteil bspw., dass das Kind bei dem Elternteil mit im Bett schläft, wenn es dem Elternteil schlecht geht. Eine andere Mutter berichtete über ein gerade eingeschultes Kind, dass jeden Morgen selbständig aufstehen und sich eigens das Frühstück zubereiten muss. Möglicherweise sind es eben diese Eindrücke

von einzelnen Familien, die besonders im Gedächtnis bleiben und für die betroffenen Familien sicher auch von größter Relevanz sind, die sich jedoch nicht auf die gesamte Gruppe von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil übertragen lassen.

Bei der Untersuchung des Geschlechts zeigten sich in der vorliegenden Studie keine Unterschiede zwischen Müttern und Vätern im Ausmaß der Parentifizierung und ein Trend hinsichtlich einer stärkeren Parentifizierung von Mädchen. Insgesamt liegen bezüglich geschlechtsspezifischer Einflüsse heterogene Befunde vor (z. B. Mayseless et al., 2004; Stein et al., 1999). Auch hier erscheint es also plausibel, dass weitere, bereits oben angesprochene, in der Familienstruktur zu findende Einflüsse (z. B. Anzahl der Kinder, Platz in der Geschwisterreihenfolge), einen wichtigen Einfluss nehmen.

#### **9.4 Unterschiede in der elterlichen und kindlichen ER zwischen Familien mit und ohne psychisch erkranktem Elternteil (Fragestellung 3)**

Die bisherige Literatur (z. B. Campbell-Sills et al., 2006; Svaldi et al., 2012) bestätigend, zeigten sich deutliche Unterschiede in den ER-Strategien psychisch erkrankter und psychisch gesunder Eltern. Psychisch erkrankte Eltern gaben an, deutlich häufiger maladaptive und seltener adaptive Strategien zur Regulation ihrer Emotionen anzuwenden.

Anhand der Elterneinschätzung zeigten sich ferner deutliche Unterschiede in der Anwendung maladaptiver und adaptiver ER-Strategien durch die Kinder der psychisch erkrankten Eltern. Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass nach Abschluss von Ausreißern bzgl. adaptiver Strategien lediglich von einem Trend gesprochen werden kann. Die gefundenen Unterschiede bestätigen und erweitern die bisherigen Ergebnisse, die ebenfalls auf Beeinträchtigungen hinweisen (z. B. Garber et al., 1991; Silk et al., 2006a), jedoch deutlich jüngere Stichproben und Eltern mit einer Depression in der Vergangenheit (Silk et al., 2006a) untersuchten oder nur geringe Stichprobengrößen umfassten (Garber et al., 1991).

Wie angesprochen, fallen die Unterschiedsbefunde für die vermehrte Anwendung maladaptiver Strategien deutlicher aus, als für die verminderte Anwendung adaptiver Strategien. Ein ähnliches Bild zeigt sich bezüglich der elterlichen ER. Auch wenn sich hier bzgl. adaptiver Strategien immer noch sehr deutliche Unterschiede zwischen psychisch erkrankten und psychisch gesunden Eltern finden, fällt der Effekt kleiner aus, als für

maladaptive Strategien. Möglicherweise verfügen psychisch erkrankte Eltern (und deren Kinder) also durchaus über ein Repertoire an funktionalen ER-Strategien, wenden diese jedoch weniger häufig an.

In der Selbsteinschätzung der Kinder zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich maladaptiver und adaptiver Strategien. Die Betrachtung der Effektstärken weist jedoch auf einen kleinen Effekt hin. Die vorliegenden Ergebnisse sollten daher in einer größeren Stichprobe überprüft werden, um eindeutigere Aussagen treffen zu können.

Die Ergebnisse von Eltern- und Kindereinschätzung zusammengenommen, kann jedoch von einer Beeinträchtigung kindlicher Emotionsregulationsfähigkeiten bei Kindern psychisch erkrankter Eltern ausgegangen werden.

### **9.5 Die Rolle beziehungsorientierter Merkmale in Zusammenhang mit psychopathologischen Symptomen und kindlicher ER bei Kindern psychisch erkrankter Eltern (Fragestellung 4)**

Zunächst werden die Assoziationen zwischen den beiden Aspekten des Eltern-Kind-Rollengefüges (Parentifizierung/Rollenüberforderung) und den kindlichen psychopathologischen Symptomen betrachtet. Im Anschluss wird auf den Zusammenhang der kindlichen Symptomatik mit dem familiären Klima und Erziehungsverhalten sowie auf die angenommene partielle Mediation des Zusammenhangs durch kindliche ER-Strategien eingegangen.

#### **9.5.1 Parentifizierung, Rollenüberforderung und kindliche psychopathologische Symptome**

Es konnten wider Erwarten keine Zusammenhänge zwischen Parentifizierung und kindlichen psychopathologischen Symptomen gefunden werden. Dies steht im Widerspruch zu Studien, die beide Aspekte assoziiert fanden (Jacobvitz et al., 2004; van Loon, et al., 2017). Das Alter der Kinder in den referierten Studien unterschied sich deutlich, sodass ungünstige Auswirkungen von Parentifizierung nicht auf eine bestimmte Altersspanne begrenzt scheinen und das kindliche Alter als Erklärung für den nicht vorhandenen Zusammenhang ausscheidet. Möglicherweise könnte jedoch die Dauer von Parentifizie-

rung einen Einfluss auf den Zusammenhang zu kindlichen psychopathologischen Symptomen nehmen. Gerade in Anbetracht dessen, dass moderate Parentifizierung von einigen Autoren (z. B. Hetherington, 1999) auch mit positiven Folgen in Verbindung gebracht wird, erscheint es durchaus denkbar, dass negative Auswirkungen von Parentifizierung erst bei längerer Dauer deutlicher sichtbar werden. Mit dieser Hypothese übereinstimmend, wurde kindliche Parentifizierung vermehrt mit psychopathologischen Symptomen im Erwachsenenalter in Zusammenhang gebracht (Hooper et al., 2011; z. B. Schier et al., 2011). Zur Überprüfung dieser Hypothese müsste jedoch eine Einschätzung vorgenommen werden, wie lange ein Kind bereits Parentifizierung ausgesetzt ist. Die Dauer von Parentifizierung kann anhand des FMSS nicht eindeutig kodiert, sollte jedoch in zukünftigen Erhebungen berücksichtigt werden.

Ein Aspekt, den Jurkovic (1997) bei Parentifizierung noch hervorhebt, ist der der empfundenen Fairness. Danach können ungünstige Folgen von Parentifizierung abgewendet werden, wenn Kinder sich trotz Parentifizierung von ihrem Umfeld wertgeschätzt fühlen und den Eindruck haben, dass Bemühungen nicht einseitig sind. Dieser, in der vorliegenden Untersuchung nicht erhobene Aspekt, könnte ebenfalls Einfluss genommen haben.

Ferner muss angemerkt werden, dass in der vorliegenden Studie kein validiertes Maß zur Erhebung von Parentifizierung eingesetzt wurde. Möglicherweise wurden mit der Erhebung von Parentifizierung anhand des FMSS auch nicht alle Familien erkannt, bei denen Parentifizierung vorlag. Dadurch könnten Zusammenhänge zwischen Parentifizierung und psychopathologischen Symptomen unterschätzt worden sein. Allerdings ist diesbezüglich anzumerken, dass bei insgesamt ca. 19 % der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil Parentifizierung kodiert wurde, sodass prinzipiell von ausreichend Varianz ausgegangen werden kann. Denkbar ist jedoch, dass die Erfassung von Parentifizierung anhand einer dichotomen Skala (vorhanden/nicht vorhanden) nicht differenziert genug war um spezifische Verbindungen zu kindlicher Psychopathologie aufzuzeigen.

Ferner könnte auch die Erfassung kindlicher Symptome anhand des SDQ zu wenig differenziert gewesen sein. Hooper et al. (2011) untersuchten in einer Meta-Analyse Parentifizierung in der Kindheit und psychopathologische Symptome im Erwachsenenalter. Hier ergaben sich (allerdings aufgrund nur weniger Studien) Hinweise auf stärkere Zusammenhänge mit Parentifizierung und Essstörungen sowie Angststörungen, als

mit Depression oder Alkoholmissbrauch. Übertragen auf die vorliegende Studie und psychopathologische Symptome im Kindesalter, ist es möglich, dass die Erfassung kindlicher Symptome anhand des SDQ zu global war, um spezifische Zusammenhänge aufzudecken.

Die Untersuchung der Assoziation zwischen Rollenüberforderung und kindlichen psychopathologischen Symptomen in der klinischen Stichprobe, erbrachte (lediglich) einen Zusammenhang mit kindlichen emotionalen Problemen. Aufgrund der Querschnitterhebung lassen sich keine Aussagen über kausale Zusammenhänge treffen. Gerade bei diesen beiden Aspekten erscheinen bidirektionale Prozesse aber höchst plausibel. Psychopathologische Symptome der Kinder stellen mit Sicherheit größere Anforderungen an die Eltern und könnten dementsprechend zu vermehrten Gefühlen der Rollenüberforderung beitragen. Es überrascht jedoch, dass sich Verbindungen zu emotionalen Problemen, nicht jedoch Verhaltensproblemen zeigen. Bei nahestehenden Konstrukten, wie bspw. dem elterlichen Kompetenzgefühl, der Belastung durch die Versorgung der Kinder oder auch elterlichem Stress finden sich häufig sowohl Zusammenhänge mit externalisierenden als auch mit internalisierenden kindlichen Symptomen (z. B. Costa, Weems, Pellerin & Dalton, 2006; Miller, 2001; Vaughan, Feinn, Bernard, Brereton & Kaufman, 2013). Möglicherweise führen die kindlichen emotionalen Symptome, in der spezifischen Altersspanne der untersuchten Kinder, für psychisch erkrankte Eltern aber zu einem stärkeren Überforderungserleben als Verhaltensprobleme. Auch könnten Ängste und Sorgen eine Rolle spielen, dass das Kind selbst erkranken könnte. In einer Studie von Vaughan et al. (2013) zeigte sich elterliche externalisierende Belastung (beinhaltet u.a. Gefühle von Ärger oder Abneigung gegenüber dem Kind) nur mit externalisierenden kindlichen Symptomen verbunden. Internalisierendes Belastungserleben (z. B. Sorgen, Traurigkeit in Verbindung mit dem Kind) jedoch stärker mit internalisierenden kindlichen Symptomen und. Möglicherweise spiegelt sich auch gerade letzteres in der erhobenen Rollenüberforderung wider.

Es sei darauf hingewiesen, dass (wie bei Parentifizierung) auch hier methodische Gesichtspunkte eine Rolle gespielt haben könnten. Mit ca. 24 % wurde bei einer Reihe der psychisch erkrankten Elternteile Rollenüberforderung festgestellt, jedoch nur anhand einer dichotomen Skala (vorhanden/nicht vorhanden). Möglicherweise würden sich bei einer stärker abgestuften Einschätzung von Rollenüberforderung auch Zusammenhänge zu externalisierenden Symptomen zeigen.

### 9.5.2 EE Kritik, kindliche psychopathologische Symptome und kindliche ER

Ausgehend von den Elterneinschätzungen stehen die Ergebnisse der vorliegenden Studie zu den Zusammenhängen zwischen Expressed Emotion und kindlichen Auffälligkeiten insgesamt im Einklang mit der bisherigen Literatur (z. B. Nelson et al., 2003). Während sich eindeutige Assoziationen mit dem Gesamtwert kindlicher Psychopathologie sowie kindlichen Verhaltensproblemen ergaben, zeigte sich jedoch nicht der angenommene geringere, sondern kein Zusammenhang mit emotionalen Problemen, auch wenn sich eine substantielle Korrelation in der erwarteten Richtung ergab. Möglicherweise ist dies auf die verhältnismäßig geringe Stichprobengröße zurückzuführen, so dass sich der angenommene kleine Effekt erst in einer größeren Stichprobe zeigen würde. Interessanterweise war der Zusammenhang zwischen elterlicher EE Kritik und dem Gesamtwert psychopathologischer Symptome/Verhaltensproblemen vor allem auf starke Assoziationen zwischen den Variablen in der Gruppe der unter Zehnjährigen zurückzuführen. Aufgrund der Querschnittserhebung kann hier kein kausaler Schluss gezogen werden. Es kann jedoch die Hypothese aufgestellt werden, dass der Zusammenhang mit der Symptomatik älterer Kinder, möglicherweise durch verstärkte außerfamiliäre Aktivitäten und zunehmenden Einfluss von Gleichaltrigen, weniger deutlich ausgefallen ist, als bei jüngeren Kindern. Da jüngere Kinder in der Regel das Elternhaus noch nicht selbständig verlassen können, sind sie der elterlichen Kritik bzw. einem negativen familiären Klima womöglich mehr ausgesetzt, was zu einer verstärkten Assoziation von EE Kritik und kindlichen Symptomen beigetragen haben könnte. Auch sei auf mögliche bidirektionale Prozesse hingewiesen, in dem Sinne, dass auch primäre kindliche externalisierende Symptome zu einer verstärkten elterlichen Kritik beigetragen haben könnten (siehe Frye & Garber, 2005).

Entgegen dem der vorliegenden Studie zugrundeliegenden Modell, und im Gegensatz zu den Ergebnissen der Studie von Han und Shaffer (2014), nahm die kindliche ER keine eindeutige Mediatorfunktion zwischen EE Kritik und kindlichen psychopathologischen Symptomen ein. Es zeigte sich lediglich ein Trend hinsichtlich maladaptiver kindlicher ER als vermittelnder Variable, obwohl EE Kritik generell hohe Zusammenhänge mit der kindlichen ER aufwies. Das familiäre Klima scheint also primär direkt mit kindlicher Psychopathologie verbunden oder es spielen weitere, nicht-untersuchte Prozesse in der Vermittlung des Zusammenhangs eine Rolle. Eine Erklärung für das Ergebnis könnte auch sein, dass in der vorliegenden Studie die Regulation internalisie-

render Emotionen betrachtet wurde. Aufgrund dessen, dass EE Kritik primär Zusammenhänge mit externalisierenden Symptomen aufweist, spielt an dieser Stelle womöglich auch eine Vermittlung des Zusammenhangs über die Regulation externalisierender Emotionen eine größere Rolle.

Kindliche EE Kritik zeigte sich in der vorliegenden Studie weder mit kindlichen noch mit elterlichen psychopathologischen Symptomen verbunden. Es findet sich schlussfolgernd keine Unterstützung für die Überlegung, dass ein beidseitig wahrgenommenes negatives Familienklima möglicherweise zu einer wechselseitigen Verstärkung elterlicher und kindlicher Symptomatik führen könnte.

### **9.5.3 Elterliches Erziehungsverhalten, kindliche psychopathologische Symptome und kindliche ER**

In Anbetracht der Reihe von Studien, die einen Zusammenhang zwischen elterlichem Erziehungsverhalten und kindlichen Auffälligkeiten aufzeigten (z. B. Elgar et al., 2007; Yap & Jorm, 2015), fanden sich in der vorliegenden Studie verhältnismäßig wenige Assoziationen zwischen beiden Konstrukten. In der Elterneinschätzung zeigten sich lediglich inkonsistentes Elternverhalten, körperliche Strafen und positives Elternverhalten signifikant mit den psychopathologischen Symptomen der Kinder verbunden. Ferner zeigten sich bei einer weiteren Auffächerung der kindlichen Symptomatik nur signifikante Zusammenhänge mit Verhaltensproblemen, nicht jedoch den emotionalen Problemen der Kinder. Dies steht im Widerspruch zu Studien (z. B. McKee et al., 2008; McLeod, Weisz et al., 2007), die durchaus Zusammenhänge mit internalisierenden Symptomen fanden, auch wenn diese in der Regel als klein einzuordnen sind. Nicht auszuschließen ist, dass sich im Entwicklungsverlauf auch zu weiteren Aspekten elterlichen Erziehungsverhaltens verstärkte Assoziationen zeigen würden. Ausgehend von der Wirkrichtung der Beeinflussung kindlicher Symptome durch elterliches Verhalten ist es denkbar, dass die Anwendung körperlicher Strafen oder inkonsistenten Verhaltens eine „schnellere“ Wirkung auf die Symptomatik der Kinder nehmen könnte, als bspw. eine geringe Involviertheit oder geringes Monitoring. Möglicherweise werden diesbezügliche Effekte erst auf lange Sicht und/oder mit steigendem Alter für die Kinder deutlicher spürbar.



In Anlehnung an das Modell von Morris et al. (2007) wurde angenommen, dass der Zusammenhang zwischen elterlichen Erziehungsstrategien und kindlichen Auffälligkeiten partiell durch die kindliche Regulation von Emotionen vermittelt wird. Dies konnte anhand des Elternmodells nicht bestätigt werden. Unter anderem zeigten sich, als eine der Vorbedingungen, keine Assoziationen zwischen elterlichen Erziehungsstrategien und kindlichen maladaptiven ER-Strategien. Für adaptive kindliche ER-Strategien ergab sich zunächst ein Zusammenhang zu inkonsistentem Elternverhalten, der sich jedoch nach Ausschluss von Ausreißern als nicht mehr signifikant erwies. Auch Job et al. (2016) berichteten über Zusammenhänge zwischen adaptiven, nicht jedoch maladaptiven, kindlichen ER-Strategien und elterlichem Erziehungsverhalten. Otterpohl et al. (2012) hingegen fanden durchaus Zusammenhänge zwischen dem elterlichen Erziehungsverhalten und kindlichen maladaptiven ER-Strategien. In beiden Stichproben wurden Kinder untersucht, die deutlich jünger waren als die Kinder der vorliegenden Studie. Dass die Kinder in der Studie von Job et al. (2016) dabei ein noch geringeres Alter aufwiesen als die Kinder in der Studie von Otterpohl et al. (2012), spricht dagegen, dass das Alter der Kinder hier die entscheidende Rolle spielt. Auch die Betrachtung der unterschiedlichen Stichproben (bei Job und Kollegen befanden sich die oben berichteten Zusammenhänge in einer Stichprobe der Allgemeinbevölkerung, nicht jedoch in Familien mit Pflegekindern; in der Studie von Otterpohl und Kollegen wurden die Familien aus verschiedenen Quellen [Kindergärten/Grundschulen/pädagogisch-psychologische Beratungsstelle/Hochschulambulanz für Kinder und Jugendliche] rekrutiert), liefert keinen Anhaltspunkt zur Erklärung der divergierenden Ergebnisse. Ein entscheidender Unterschied liegt jedoch darin, in Bezug auf welche Emotionen die Regulationsstrategien untersucht wurden. Otterpohl et al. (2012) konzentrierten sich auf die Regulation von Wut, Job et al. (2016) erfassten Regulationsstrategien emotionsübergreifend und in der vorliegenden Studie wurde die Regulation von Angst und Traurigkeit erhoben. Nicht beantwortet werden kann daher die Frage, ob sich ebenfalls deutlichere Zusammenhänge zu elterlichem Erziehungsverhalten gezeigt hätten, wenn isoliert die Regulation externalisierender Emotionen untersucht worden wäre. Hinweise darauf finden sich in der Studie von Cui, Morris, Criss, Houlberg und Silk (2014), die zehn- bis 18-jährige Kinder/Jugendliche untersuchten und deren Regulation von Wut, nicht jedoch die Regulation von Traurigkeit, assoziiert fanden mit elterlicher psychologischer Kontrolle.

Ein gänzlich anderes Bild zeigte sich jedoch im Kindmodell. Hier fand sich Bestätigung für die Mediation des Zusammenhangs zwischen Erziehungsverhalten und kindlichen psychopathologischen Symptomen durch kindliche maladaptive ER-Strategien. Kindliche psychopathologische Symptome zeigten sich verbunden mit Ablehnung und Zuwendung der Eltern. Ferner zeigte sich sowohl der Zusammenhang zwischen Ablehnung und psychopathologischen Symptomen als auch Zuwendung und psychopathologischen Symptomen mediiert durch kindliche maladaptive ER-Strategien. Dies steht zunächst im Widerspruch zu den Ergebnissen des Elternmodells. Interessanterweise wiesen allerdings bei den Kindern vor allem die Strategien einen eindeutigen Zusammenhang mit der kindlichen Regulation auf, die einen sehr starken Fokus auf die persönliche Beziehung haben und in die Aspekte einfließen, ob sich ein Kind angenommen und akzeptiert fühlt. Dies wurde im Fragebogen der Eltern nur in geringem Ausmaß (am ehesten noch im positiven Elternverhalten) erfasst. Möglicherweise ist also weniger das Erziehungsverhalten, bei dem es um Regeln bzw. deren konsistente Umsetzung und Durchsetzung in der Erziehung geht, mit kindlicher Regulation internalisierender Emotionen verbunden, sondern die kindliche Wahrnehmung von Zugewandtheit und Akzeptanz durch die Eltern. Studien, welche bisher Zusammenhänge zwischen den beiden Konstrukten gefunden haben, untersuchten mit elterlicher Wärme/positiver Expressivität, elterlicher Feindseligkeit oder gefühlter elterlicher Akzeptanz (Eisenberg et al., 2005; Kliewer et al., 2004; Morris et al., 2002) ähnliche Aspekte, was die Hypothese stützt. Und auch in der vorliegenden Untersuchung zeigte sich, in Übereinstimmung damit, dass womöglich eher klimatische Aspekte zwischen Eltern und Kind entscheidend sind, im Elternmodell zumindest ein Trend in Bezug auf kindliche maladaptive ER als Mediator zwischen elterlicher EE Kritik als Indikator für das familiäre Klima und kindlichen psychopathologischen Werten (siehe 8.6.2). Diese Hypothese sei jedoch, mit Hinblick auf oben referierte Befunde, dass sich Assoziationen zwischen Elternverhalten und kindlichen ER-Strategien je nach zu regulierender Emotion unterscheiden können, eingeschränkt auf die Regulation internalisierender Emotionen.

Letztlich sind weitere Studien nötig, um zu ermitteln, welche Unterschiede es im Zusammenhang zwischen elterlichem Erziehungsverhalten und kindlichen ER-Strategien in Abhängigkeit von der Art des Elternverhaltens und der zu regulierenden Emotion gibt. Ferner könnten sich Zusammenhänge auch erst im weiteren Entwicklungsverlauf zeigen, weshalb eine längsschnittliche Prüfung empfehlenswert wäre. Dabei unterstrei-

chen die vorliegenden Ergebnisse die Wichtigkeit der Erhebung von Eltern- und Kindereinschätzung.

### **9.6 Die Rolle der elterlichen und kindlichen ER in Zusammenhang mit psychopathologischen Symptomen bei Kindern psychisch erkrankter Eltern (Fragestellung 5)**

Neben den oben diskutierten beziehungsorientierten Merkmalen wurde auch für elterliche ER-Strategien geprüft, ob ein Zusammenhang zu kindlichen psychopathologischen Symptomen durch kindliche ER-Strategien mediiert wird. Als notwendige Voraussetzung für eine diesbezügliche Prüfung zeigten sich in der vorliegenden Studie elterliche und kindliche maladaptive (resp. adaptive) Regulationsstrategien im Elternmodell verbunden. Dieser Befund stimmt überein mit den im Theorieteil referierten Möglichkeiten (z. B. Beobachtungslernen, direkte Anweisungen), wie adaptive und maladaptive ER-Strategien von Eltern an ihre Kinder weitergegeben werden könnten. Häufig wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass gerade in den ersten Lebensjahren des Kindes, der diesbezügliche elterliche Einfluss eine wichtige Rolle spielt (z. B. Zalewski, Lengua, Wilson, Trancik & Bazinet, 2011), während in der Folge von einer Abnahme des Einflusses auszugehen ist. Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass Beeinflussung durch andere Personen, die mit zunehmendem Alter des Kindes hinzukommen, zumindest nicht so weit geht, dass elterliche Einflüsse nicht mehr zum Tragen kommen. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass anhand der Studie mögliche Transmissionswege hypothetisch beleuchtet, jedoch nicht aufgeklärt werden können. So ist bspw. nicht auszuschließen, dass auch genetische oder neurobiologische Aspekte (Goodman et al., 2011) eine Rolle beim Zusammenhang zwischen elterlicher und kindlicher ER spielen. Ferner sei angemerkt, dass sich im Kindmodell keine Zusammenhänge zwischen elterlichen und kindlichen ER-Strategien fanden, sodass hier keine weitergehenden Analysen vorgenommen wurden.

In Bezug auf die Assoziation zwischen elterlicher ER und kindlichen psychopathologischen Symptomen, zeigte sich erstere im Elternmodell nur verbunden mit kindlichen emotionalen Problemen, nicht jedoch bei dem Gesamtwert psychopathologischer Symptome oder kindlichen Verhaltensproblemen. Möglicherweise ist dieser Befund mit der Fokussierung auf die Regulation internalisierender Emotionen zu erklären. Diesbe-

zügliche Schwierigkeiten könnten primär mit emotionalen Problemen zusammenhängen. Wäre die Regulation externalisierender Emotionen (z. B. Wut) erfasst worden, hätte sich möglicherweise ein anderes Bild ergeben. Es sollte aufgrund der Ergebnisse daher nicht geschlossen werden, dass generell nur ein Zusammenhang zwischen elterlichen maladaptiven ER-Strategien und kindlichen emotionalen Symptomen besteht. Allerdings zeigte sich auch bei Han und Shaffer (2013) nur ein Zusammenhang zwischen elterlicher ER und internalisierenden (und nicht externalisierenden) kindlichen Symptomen, obwohl bei dem von den Autoren eingesetzten Maß zur elterlichen ER die übergreifende Regulation negativer Emotionen erfragt wurde und nicht (wie in der vorliegenden Studie) speziell eine Fokussierung der Regulation internalisierender Emotionen stattfand. Und auch Kliewer et al. (2004) fanden die elterliche Regulation von Traurigkeit verbunden mit internalisierenden (nicht jedoch externalisierenden Symptomen), während die elterliche Regulation von Wut weder Zusammenhänge mit internalisierenden noch externalisierenden kindlichen Symptomen aufwies. Davis et al. (2015) fanden hingegen signifikante Verbindungen zwischen elterlicher ER und internalisierenden und externalisierenden Symptomen. Stärkere Assoziationen zeigten sich jedoch auch hier zwischen elterlicher ER und internalisierenden Symptomen. Während Davis et al. (2015) in ihrer Stichprobe Vorschulkinder untersuchten ( $M = 3.52$  Jahre), hatten die Kinder in den Studien von Han und Shaffer (2013) sowie Kliewer et al. (2004) ein ähnliches Alter ( $M = 9.45$  Jahre resp.  $M = 11.15$  Jahre), wie die Kinder der vorliegenden Studie ( $M = 10.52$  Jahre). Möglicherweise verändert sich der Zusammenhang zwischen elterlicher ER und kindlichen Symptomen über den Entwicklungsverlauf. Dabei weisen die bisherigen Ergebnisse auf einen eher konstanten Zusammenhang zwischen elterlicher ER und kindlichen internalisierenden Symptomen hin, wohingegen der Zusammenhang mit externalisierenden Symptomen möglicherweise besonders in der Vorschulzeit ausgeprägter ist. Aufgrund der geringen Anzahl diesbezüglicher bisheriger Studien ist jedoch weitere Klärung notwendig.

Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen adaptiver elterlicher ER und kindlichen psychopathologischen Symptomen. Unter der Annahme, dass sich die im Querschnitt gefundenen Zusammenhänge auch längsschnittlich zeigen würden, scheinen adaptive elterliche ER-Strategien (zumindest nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie) keinen abschwächenden Effekt auf die Entwicklung kindlicher psychopathologischer Symptome zu haben. In Übereinstimmung damit fanden sich auch deutlich geringere

Zusammenhänge zwischen kindlichen adaptiven Strategien und kindlichen psychopathologischen Symptomen als zwischen kindlichen maladaptiven Strategien und kindlichen psychopathologischen Symptomen. Dies steht in Übereinstimmung mit der Meta-Analyse von Aldao et al. (2010), die ebenfalls eine stärkere Assoziation zwischen maladaptiven ER-Strategien (im Vergleich mit adaptiven ER-Strategien) und psychopathologischen Symptomatiken erbrachte.

Hypothesenkonform zeigte sich der Zusammenhang zwischen elterlichen maladaptiven ER-Strategien und kindlichen emotionalen Symptomen im Elternmodell vollständig mediiert durch kindliche maladaptive ER-Strategien. Auch wenn aufgrund der Querschnittserhebung keine kausalen Schlüsse gezogen werden können, unterstützen diese Ergebnisse die Hypothese, dass elterliche maladaptive ER-Strategien zur Entwicklung kindlicher maladaptiver ER-Strategien und damit zur Entwicklung emotionaler Symptome bei den Kindern beitragen.

## **9.7 Zusammenfassende Diskussion**

Im Folgenden wird eine Gesamtbewertung der Ergebnisse der einzelnen Fragestellungen vorgenommen. Dabei wird dargestellt, welche Schlussfolgerungen und offenen Fragen sich für die (zukünftige) Forschung ergeben. Ferner werden die sich ergebenden Implikationen im Hinblick auf Interventionen für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil dargelegt. Zunächst wird jedoch auf einige Limitationen der vorliegenden Arbeit hingewiesen, die generell bei den Schlussfolgerungen zu bedenken sind.

### **9.7.1. Limitationen und Stärken der vorliegenden Arbeit**

Zunächst soll diesbezüglich auf einige Stichprobencharakteristika eingegangen werden. Aufgrund dessen, dass Eltern mit verschiedenen Erkrankungsbildern in die Studie eingeschlossen wurden, können keine Aussagen über Spezifika einer bestimmten psychischen Erkrankung getroffen werden. Gegen eine Begrenzung auf die größte Störungsgruppe (Personen mit einer depressiven Erkrankung) sprachen sowohl die damit einhergehende Reduktion der Stichprobengröße als auch der hohe Anteil an komorbiden Erkrankungen der Personen mit einer depressiven Erkrankung. Diesbezügliche Einflüsse auf das Verhalten der Eltern hätten nur schwer spezifiziert werden können. Es wurde

daher entschieden, die Berechnungen auf Grundlage der gesamten Stichprobe durchzuführen, die jedoch als klinisch stark beeinträchtigt klassifiziert werden kann.

Hinsichtlich der Stichprobe ist ferner anzuführen, dass es sich nicht um eine Zufallsstichprobe handelt, sondern um Familien, bei denen sich mehr als die Hälfte zur Teilnahme an einem Interventionsprojekt entschlossen hatte. Hierdurch könnte eine Selektion der Familien stattgefunden haben. Dabei sind jedoch zwei unterschiedliche Richtungen der Beeinflussung denkbar. Es könnten primär Familien teilgenommen haben, bei denen die Eltern einen besonders hohen Hilfebedarf aufweisen und deshalb einer Teilnahme zugestimmt haben. Auf der anderen Seite könnten sich aber auch gerade die Eltern angesprochen fühlen, die sich verstärkt Gedanken um den Entwicklungsverlauf ihrer Kinder machen, bereits Aspekte wie das eigene Erziehungsverhalten oder den Umgang mit Gefühlen reflektieren. Dies würde eher für eine „überdurchschnittliche“ Gruppe sprechen.

In Bezug auf die gesunde Kontrollgruppe ist anzumerken, dass es sich im Laufe der Erhebungen als äußerst schwierig erwies, Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status zur Teilnahme an der Studie zu gewinnen, von denen weder die Eltern noch die Kinder an einer psychischen Störung litten. Dies führte dazu, dass sich die Gruppen der eingeschlossenen Familien hinsichtlich sozioökonomischer Variablen, Partnerschaftsstatus und Alter der Eltern unterschieden. In den Analysen wurde das jedoch berücksichtigt bzw. um potenzielle Einflüsse kontrolliert. Insgesamt scheint dies ein generelles Phänomen zu sein, ebenfalls zu beobachten in den Studien von Plass-Christl et al. (2017) und Markwort et al. (2016), bei denen die psychisch erkrankten Eltern ebenfalls über ein geringeres Einkommen oder einen geringeren Schulabschluss verfügten sowie häufiger alleinstehend waren und ein jüngeres Alter aufwiesen, als die Eltern ohne psychische Erkrankung. In der Studie von Kötter et al. (2010) wurde kein Gruppenvergleich hinsichtlich der soziodemografischen Daten vorgenommen, jedoch wiesen die von den Autoren als „depressiv gestimmt“ klassifizierten Mütter in 39,5 % der Fälle keine Erwerbstätigkeit auf und waren zu 35 % allein erziehend. Dies kann ebenfalls als deutlich über dem Durchschnitt eingeordnet werden.

Es kann als Stärke der Studie hervorgehoben werden, dass sowohl psychisch erkrankte Eltern als auch deren Kinder befragt wurden. Nichtsdestotrotz muss darauf hingewiesen werden, dass weitere, potenziell wichtige Informationsquellen und Einflussfaktoren keine Berücksichtigung fanden. Zuallererst sei hier der Partner der in die Studie einge-

schlossenen Personen sowie die partnerschaftliche Beziehung zu benennen. Hier wären jeweils protektive als auch zusätzlich belastende Aspekte (bei einem ebenfalls psychisch erkrankten Partner) denkbar, die Einfluss auf die untersuchten Aspekte genommen haben könnten. Es sei jedoch hinzugefügt, dass die Untersuchung aller möglicher Variablen und Interaktionen sowohl inhaltlich als auch methodisch den Rahmen dieser Studie überstiegen hätte und dieser Anspruch auch nicht erhoben wurde. Vielmehr sollte ein Beitrag geleistet werden, um weitere Informationen über potenziell relevante Faktoren sowie das komplexe Zusammenspiel dieser Faktoren hinsichtlich der Entwicklung kindlicher Auffälligkeiten bei Kindern psychisch erkrankter Eltern zu gewinnen.

Die Gesundheit der Kinder der psychisch erkrankten Personen stand klar im Fokus der vorliegenden Untersuchung. Es sind jedoch auch immer bidirektionale Beziehungen zu bedenken, z. B. in dem Sinne, dass Kinder mit einem „schwierigen“ Temperament für psychisch erkrankte Eltern eine zusätzliche Herausforderung darstellen und zu Belastungen führen können, die den Verlauf elterlicher psychischer Erkrankungen in negativem Sinne beeinflussen (Pardini, 2008). Als ein diesbezüglicher Aspekt wurde kindliche Expressed Emotion in Zusammenhang mit elterlicher Expressed Emotion und elterlicher Psychopathologie untersucht. Es sind jedoch eine Reihe weiterer Wechselwirkungen denkbar, die nicht im Zentrum der Untersuchung standen.

Bezüglich der eingesetzten Methoden ist anzumerken, dass elterliche und kindliche ER anhand desselben Fragebogens (Eltern- und Kinderversion, jedoch identische Items) erfasst wurden. Dies bot den Vorteil einer großen Vergleichbarkeit der Regulation elterlicher und kindlicher internalisierender Emotionen. Gefundene Zusammenhänge könnten so jedoch artifiziell erhöht worden sein.

Abschließend ist als einer der entscheidendsten Kritikpunkte hervorzuheben, dass es sich bei der vorliegenden Studie um Daten einer Querschnittserhebung handelt, was kausale Schlussfolgerungen nicht zulässt. Gerade bezüglich der Mediationsanalysen muss also darauf hingewiesen werden, dass die Ergebnisse lediglich dahingehend interpretiert werden können, ob sie prinzipiell kompatibel bzw. nicht kompatibel mit der angenommenen Wirkrichtung sind. Die tatsächliche Kausalität müsste jedoch im längsschnittlichen Design überprüft werden. Zwar wurden im Rahmen des Kanu-Projekts noch zu zwei weiteren Zeitpunkten Daten erhoben, da jedoch im Rahmen der Intervention auch Module zur Verbesserung der kindlichen ER und elterlicher Erziehungsfähig-

keiten integriert waren, wären bei einer Nutzung dieser Daten die Ergebnisse nur schwer interpretierbar gewesen.

Neben den angesprochenen Limitationen sei auf einige Stärken der vorliegenden Studie hingewiesen. Die Familien wurden hinsichtlich einer ganzen Reihe von beziehungsorientierten Merkmalen sowie der kindlichen und elterlichen ER verglichen. Dabei wurden verschiedene Instrumente (Fragebogenmaße sowie Sprechprobe) zur Erhebung eingesetzt. Durch die gleichzeitige Erfassung der verschiedenen Aspekte, liefert die vorliegende Studie einen wichtigen Überblick, in welchen Bereichen betroffene Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil besondere Defizite aufweisen und potenziell Hilfestellung benötigen. Daraus lassen sich wichtige Implikationen für Spezifikationen von Interventionsprogrammen für Familien mit psychisch erkrankten Eltern ableiten (siehe 9.7.3). Hervorgehoben sei hier neben der Untersuchung einer ganzen Reihe von beziehungsrelevanten Merkmalen, vor allem die Erhebung der kindlichen und elterlichen ER. Nachdem die Relevanz der kindlichen ER in Zusammenhang mit kindlichen psychopathologischen Symptomen schon seit längerem propagiert wird, rückt in den letzten Jahren auch die elterliche ER als potenziell entscheidender Einflussfaktor immer mehr ins Blickfeld. Bisher liegen erst wenige Untersuchungen zur ER von Kindern psychisch erkrankter Eltern vor, die jedoch entweder deutlich jüngere Kinder und Eltern mit einer Depression in der Vergangenheit untersuchten (Silk et al., 2006a) oder nur über eine sehr geringe Stichprobengröße verfügten (Garber et al., 1991). Die vorliegende Studie ist nach Wissen der Autorin ferner die Erste, die Zusammenhänge zwischen elterlicher ER/kindlicher ER und kindlichen psychopathologischen Symptomen in einer Stichprobe von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil untersucht hat.

Ferner erfolgte bezüglich fast aller untersuchten Konstrukte die Erhebung von Eltern-einschätzung und Kindereinschätzung. Dies sei besonders hervorgehoben. Gerade bei stark belasteten Eltern, die sich in stationärer Behandlung befinden, ist die Einschätzung der untersuchten Konstrukte durch die Kinder selten. Aufgrund dessen war es möglich, kindliche und elterliche Perspektive zu vergleichen.



### **9.7.2 Zusammenfassende Diskussion der Hauptergebnisse und Schlussfolgerungen für die zukünftige Forschung**

Übergehend zur zusammenfassenden Diskussion der Ergebnisse, erbrachte der Vergleich von Eltern- und Kinderperspektive erhebliche Unterschiede. In der Einschätzung durch die Kinder unterschieden sich die Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil in keinem der untersuchten Aspekte von Familien mit gesunden Elternteilen. In der Einschätzung durch die Eltern zeigte sich hingegen eine Reihe von Unterschieden (siehe auch 9.1 zur ausführlichen Diskussion der geringen Beurteilerübereinstimmung).

Generell zeigen die Ergebnisse in der Elterneinschätzung, dass Unterschiede zwischen Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil und psychisch gesunden Eltern (erster Schwerpunkt in der Studie) besonders präsent bei ungünstigem Verhalten sind, während sich bezüglich günstigem Verhalten weniger Unterschiede finden. Dies gilt sowohl für beziehungsorientierte Merkmale (z. B. günstiges vs. ungünstiges Erziehungsverhalten) als auch für die elterliche und kindliche ER (adaptive vs. maladaptive ER-Strategien).

Konkret zeigten sich aus Elternsicht Unterschiede bzgl. EE Kritik, inkonsistentem Elternverhalten, Involviertheit, körperlichen Strafen und geringem Monitoring. Ebenso ließen die Aussagen der psychisch erkrankten Eltern auf eine stärkere Rollenüberforderung schließen und sie berichteten über mehr maladaptive und weniger adaptive Strategien zur Regulation von Angst und Traurigkeit bei sich und bei ihren Kindern. Keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zeigten sich hinsichtlich positivem Elternverhalten, verantwortungsbewusstem Elternverhalten und machtvoller Durchsetzung. Auch konnte kein erhöhtes Vorkommen von Parentifizierung festgestellt werden.

Bei der weitergehenden Betrachtung der Zusammenhänge zwischen den untersuchten beziehungsorientierten Merkmalen und kindlichen psychopathologischen Symptomen in der Gruppe der psychisch erkrankten Eltern, zeigten sich unterschiedliche Muster. Rollenüberforderung und die elterliche ER wiesen einen Zusammenhang mit emotionalen Problemen auf. Elterliches Erziehungsverhalten und das familiäre Klima zeigten sich hingegen verbunden mit dem Gesamtproblemwert bzw. kindlichen Verhaltensproblemen. Es scheinen also spezifische Zusammenhänge zwischen elterlichem Verhalten bzw. elterlicher ER und kindlichen Auffälligkeiten in der Gruppe der psychisch erkrankten Eltern zu bestehen.

Neben dem Vergleich von Familien mit und ohne psychisch erkranktem Elternteil lag der zweite Schwerpunkt der Studie (in Anlehnung an das Modell von Morris et al., 2007, siehe auch Abbildung 3) auf der Untersuchung von kindlicher ER als vermittelndem Mechanismus zwischen beziehungsorientierten Merkmalen/elterlicher ER und kindlichen psychopathologischen Symptomen in der Gruppe der psychisch erkrankten Eltern. Die diesbezüglich aufgestellten Hypothesen konnten dabei nur in Teilen bestätigt werden.

Ausgehend von der Annahme der Verbindung zwischen beziehungsorientierten Merkmalen und kindlicher ER, wiesen nur einige stark bindungsorientierte bzw. klimatische Aspekte einen Zusammenhang mit der kindlichen ER auf (Elternmodell: elterliche EE Kritik; Kindmodell: kindliche EE Kritik, Zuwendung sowie Ablehnung). Bezüglich dieser Aspekte (mit Ausnahme kindlicher EE Kritik, welches keinen signifikanten Zusammenhang zu den kindlichen psychopathologischen Werten aufwies) zeigte sich dann in weiteren Analysen auch eine Mediation des Zusammenhangs zu kindlichen psychopathologischen Symptomen durch die kindliche ER, wobei sich einschränkend bzgl. elterlicher EE Kritik nur ein Trend zeigte. Lediglich maladaptive kindliche ER-Strategien nahmen dabei eine Mediatorfunktion ein, während sich dies für adaptive ER-Strategien nicht zeigte. Dies steht in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Meta-Analyse von Aldao et al. (2010), die maladaptive, stärker als adaptive ER-Strategien, mit Psychopathologie verbunden fanden. Die im Elternmodell beobachteten Zusammenhänge zwischen elterlichem Erziehungsverhalten und kindlichen psychopathologischen Symptomen (v. a. Verhaltensproblemen) scheinen nicht über die kindliche ER vermittelt. Sie könnten einen direkten Einfluss ausüben oder über andere, in der vorliegenden Studie nicht untersuchte, Aspekte vermittelt werden. Hierbei muss jedoch in Anbetracht der querschnittlichen Untersuchung darauf hingewiesen werden, dass sich potenzielle Zusammenhänge auch erst im weiteren Entwicklungsverlauf zeigen könnten.

Der Zusammenhang zwischen elterlicher ER und kindlichen emotionalen Symptomen zeigte sich hypothesenkonform vermittelt über die kindlichen maladaptiven ER-Strategien. Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass die Ergebnisse der vorliegenden Studie darauf hinweisen, dass sich keine pauschale Bestätigung für das an Morris et al. (2007) angelehnte Modell findet, jedoch Hinweise auf spezifische Verbindun-

gen zwischen elterlicher ER/beziehungsorientierten Merkmalen und kindlichen Symptomen, die (partiell) über die kindliche ER vermittelt scheinen.

Insgesamt kann geschlossen werden, dass durch die vorliegende Untersuchung ein Beitrag zum besseren Verständnis der Lebensbedingungen von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil geleistet werden konnte. An einigen Stellen ergaben sich jedoch Erkenntnisse und Fragestellungen für die Forschung, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht geklärt werden oder in Folgestudien überprüft werden sollten. Durch die insgesamt sehr breit angelegte Untersuchung, bezieht dies verschiedene Forschungskontexte mit ein. Die diesbezüglich wichtigsten offenen Fragen werden hier noch einmal gebündelt dargestellt:

- Neigen Kinder, die im Verlauf von Interventionen für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil rekrutiert wurden, in der Selbsteinschätzung dazu, eigene psychopathologische Symptome zu bagatellisieren?
- Welche Aspekte beeinflussen die Korrespondenz der Wahrnehmung des familiären Klimas (Expressed Emotion) durch Eltern und Kinder? Von welchen Facetten wird Expressed Emotion hauptsächlich beeinflusst?
- Auch wenn Parentifizierung in Familien mit psychisch erkrankten Eltern nicht generell häufiger vorzukommen scheint: lassen sich bestimmte Kinder innerhalb der Familien mit psychisch erkrankten Eltern identifizieren, die besonders gefährdet sind?
- Welche spezifischen Zusammenhänge existieren zwischen verschiedenen beziehungsorientierten Merkmalen (familiäres Klima, Erziehungsverhalten, Rollenüberforderung, Parentifizierung) und kindlichen psychopathologischen Symptomen (internalisierenden vs. externalisierenden)?
- Welche langfristigen Wechselspiele ergeben sich zwischen diesen Konstrukten?
- Wie unterscheidet sich der Zusammenhang zwischen Erziehungsverhalten und kindlicher ER in Abhängigkeit von der zu regulierenden Emotion und der Art des untersuchten Erziehungsverhaltens?
- Besteht eine spezifische Verbindung zwischen der elterlichen ER und internalisierenden Symptomen?
- Bestehen zwischen beziehungsorientierten Merkmalen/elterlicher ER/kindlichen psychopathologischen Symptomen tatsächlich stärkere Zusammenhänge mit maladaptiven als mit adaptiven ER-Strategien?

- Nach der Validierung der Ergebnisse der vorliegenden Studie (im Längsschnitt): Welche Einschränkungen/Veränderungen/Spezifikationen sollten in Bezug auf das Modell von Morris et al. (2007) vorgenommen werden (z. B. Vermittlung primär über maladaptive kindliche ER; Mediation durch kindliche ER nur für spezifische Zusammenhänge, s.o.)?

### **9.7.3 Schlussfolgerungen für die Praxis**

Auch wenn eine Reihe von offenen Fragen besteht, lassen sich im Hinblick auf Implikationen für Interventionen aufgrund der Ergebnisse folgende, wichtige Schlussfolgerungen ziehen: Zumindest aus Elternsicht weisen psychisch erkrankte Eltern deutliche Beeinträchtigungen sowohl bei beziehungsorientierten Merkmalen als auch bei der elterlichen ER auf. Dies weist auf die Notwendigkeit von Angeboten zur Unterstützung hin, was unterstrichen wird durch die erhöhten psychopathologischen Werte ihrer Kinder, von denen keines zum Zeitpunkt der Erhebung therapeutische Unterstützung erhielt. Die Ergebnisse zugrunde legend lassen sich verschiedene Bereiche identifizieren, deren Fokussierung in Interventionen empfehlenswert wäre. Zunächst scheint häufiger eine Beeinträchtigung des familiären Klimas (gemessen anhand von EE Kritik) vorzuliegen. Dies zeigte sich vor allem, wenn verdeckte Kritik mit berücksichtigt wurde. Es sollte also im Kontakt mit von psychischer Krankheit betroffenen Familien bedacht werden, dass im Hinblick auf das familiäre Klima auch unterschwellig Dynamiken vorhanden sein könnten, die sich zunächst nicht offen zeigen. EE Kritik zeigte sich wiederum verbunden mit dem Gesamtwert kindlicher Probleme sowie Verhaltensproblemen. Eine Verbesserung des familiären Klimas in den betroffenen Familien wäre also wünschenswert. Garcia-Lopez, Díaz-Castela, Muela-Martinez und Espinosa-Fernandez (2014) integrierten ein Elternmodul zur Verbesserung von elterlicher Expressed Emotion in eine Intervention für Jugendliche mit sozialen Ängsten. Dieses Elternmodul zielte unter anderem auf eine Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten ab, war aber auch spezifisch auf Eltern von Jugendlichen mit sozialer Ängstlichkeit zugeschnitten. Bei Integration dieses Elternmoduls ergaben sich deutlichere Verbesserungen in Bezug auf die Symptomatik der Jugendlichen, als bei der Intervention ohne integriertes Elternmodul. Möglicherweise könnten die Kinder psychisch erkrankter Eltern von ähnlichem ebenfalls profitieren.

Herausstechend in der Reihe der verschiedenen Erziehungsaspekte zeigte sich in der vorliegenden Studie das inkonsistente Erziehungsverhalten. Zum einen wies es in der Gruppe der psychisch erkrankten Eltern die stärksten Assoziationen mit der kindlichen Symptomatik auf, zum anderen zeigten sich hier die deutlichsten Unterschiede im Vergleich mit der gesunden Kontrollstichprobe (siehe 8.4.1). Dies spricht dafür, es in Interventionen spezifisch zu berücksichtigen. Durch gemeinsame Reflektion, welche Regeln umsetzbar sind oder wie mit Situationen umgegangen werden kann, wenn das Kind besonders herausforderndes Verhalten in Momenten zeigt, in denen die elterliche psychische Verfassung schlecht ist, könnten Eltern unterstützt werden, konsequenter und konsistenter zu agieren. Generell könnten Eltern von einer Edukation über ungünstiges Erziehungsverhalten profitieren, gerade auch in Anbetracht der vermehrten Verwendung körperlicher Strafen bei den von psychischer Erkrankung betroffenen Eltern.

Ferner weisen die Ergebnisse der vorliegenden Studie darauf hin, dass es wichtig ist, die Überforderung mit der elterlichen Rolle bei psychisch erkrankten Eltern zu thematisieren. Dies könnte auch bei offensichtlich günstigem Erziehungsverhalten hilfreich sein. Nach Lazarus transaktionaler Stresstheorie (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984) ist für die Entstehung von Stress v. a. auch die kognitive Bewertung einer Situation ausschlaggebend. Auch bei Eltern mit objektiv angemessenem Erziehungsverhalten kann Unterstützung nötig sein, wenn ein subjektives Gefühl der Überforderung besteht. Darauf weisen auch die Ergebnisse von Markwort et al. (2016) hin, in deren Studie sich entgegen den Erwartungen keine Beeinträchtigung des Erziehungsverhaltens bei psychisch erkrankten Eltern fanden, diese jedoch einen erhöhten diesbezüglichen Hilfebedarf angaben.

Mit Hinblick auf Parentifizierung zeigten sich in der vorliegenden und anderen empirischen Untersuchungen keine Unterschiede zwischen den Familien mit und ohne psychische Erkrankung. Wie bereits unter 9.3.3 diskutiert, betrifft es möglicherweise nicht den Großteil der Kinder, sondern nur einige spezifische und sollte eher individuell in Familien betrachtet, als bspw. in einer Gruppenintervention thematisiert werden.

In Bezug auf eine geringe Involviertheit oder ein geringes Monitoring ist zu eruieren, ob konkrete Handlungsoptionen bestehen, oder die Eltern hierfür aufgrund der Erkrankung nicht in der Lage sind. Möglicherweise wäre es dann eine Option, das soziale Umfeld stärker mit einzubeziehen und diesbezügliche Aufgaben zu delegieren.

Neben diesen beziehungsorientierten Merkmalen sollte auch die elterliche und kindliche Regulation von Emotionen Berücksichtigung finden. Die Integration eines Moduls zur Verbesserung der elterlichen ER könnte neben dem zu erwartenden Einfluss auf die kindliche ER dabei möglicherweise auch Vorteile in Bezug auf die Verbesserung der Erziehungsfähigkeiten erbringen. Maliken und Katz (2013) weisen in ihrem Review darauf hin, dass die Wirksamkeit von Programmen zur Stärkung der Erziehungsfähigkeit bei Eltern mit psychischen Erkrankungen häufig eingeschränkt ist. Dabei identifizieren die Autoren drei Aspekte auf die diese Beobachtung potentiell zurückzuführen sein könnte: 1. Eine sporadischere Teilnahme, eine höhere Drop-Out-Rate sowie geringeres Engagement von psychisch erkrankten Eltern. 2. Einschränkungen im Erwerb und der Konsolidierung gelernter Inhalte bei einer psychischer Erkrankung sowie 3. Schwierigkeiten in der (dauerhaften) Umsetzung des Gelernten im häuslichen Umfeld (z. B. aufgrund gesteigerter elterlicher negativer Affektivität, welche potenziell verbunden mit impulsiveren und emotional negativeren Reaktionen, gerade in herausfordernden Situationen zum Rückgriff auf „altbekannte“ Erziehungsstrategien führen kann). Die Autoren verfolgen einen transdiagnostischen Ansatz und weisen auf die elterliche ER als Merkmal hin, welches sich bei vielen psychischen Erkrankungen beeinträchtigt zeigt und dessen Fokussierung in Interventionen möglicherweise zu Verbesserungen im Outcome (z. B. der kindlichen Symptomatik) führen könnte. Eltern, die fähig sind, ihre eigenen Emotionen zu regulieren, sind mutmaßlich auch eher in der Lage, in herausfordernden Situationen mit ihren Kindern günstige Erziehungsverhaltensweisen umzusetzen. Es gibt erste positive Hinweise, die diese Sichtweise unterstützen, jedoch ist die Integration von elterlicher ER in Elternprogrammen bisher sehr sparsam und es bedarf weiterer Forschung zur Untermauerung des positiven Nutzens (Maliken & Katz, 2013; Rutherford et al., 2015). Unabhängig von der elterlichen ER bietet es sich an, spezifisch die Kinder dabei zu unterstützen, günstige ER-Strategien zu entwickeln. Es ist dabei jedoch noch ungeklärt, inwieweit dies mit einem Gruppenprogramm vermittelt werden kann. Die Durchführung eines Emotionsregulationstrainings (Emotionsregulationstraining für Kinder im Grundschulalter; Heinrichs, Maxwell & Lohaus, 2017) erbrachte in einer Stichprobe der Allgemeinbevölkerung zwar aus Kindersicht Verbesserungen im Emotionsverständnis und der Emotionsregulation (gemessen anhand von Subtests der Intelligence and Development Scales; Grob, Meyer & Hagmann von Arx, 2009), jedoch nicht aus Elternsicht (erhoben anhand des FEEL-KJ) (Greuel & Heinrichs, 2016). Möglicherweise würden sich jedoch bei Kindern psychisch erkrankter

Eltern, welche nach der vorliegenden Studie deutliche Beeinträchtigungen in der Emotionsregulation aufweisen, stärkere Auswirkungen der Intervention zeigen als bei einer Stichprobe der Allgemeinbevölkerung, bei der im Vergleich generell von geringeren diesbezüglichen Defiziten auszugehen ist.

Abschließend sei angemerkt, dass anhand der Interventionsempfehlungen nicht geschlossen werden sollte, es bestünden bereits etablierte (therapeutische) Strukturen zur Unterstützung von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Im gesamten Bundesgebiet sind gerade im letzten Jahrzehnt immer mehr Projekte entstanden, die sich dieser Familien annehmen. Häufig besteht jedoch eine prekäre Finanzierungslage oder Angebote können aufgrund des Engagements einzelner Akteure (z. B. Mischfinanzierung des Kanu-Projekts durch das Evangelische Krankenhaus Bielefeld und das Jugendamt Bielefeld) aufrechterhalten werden. Auch mehren sich die Möglichkeiten, in einzelnen Bundesländern als Mitglied bestimmter Krankenkassen, Beratungstermine als Familie bei einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anspruch zu nehmen (z. B. Saarland, Baden-Württemberg, Bayern). Da diese Angebote jedoch häufig nur für Mitglieder einer einzelnen Krankenkasse gelten, bleiben viele Betroffene unversorgt. 2014 schlossen sich Fachleute zusammen und forderten in der „Neuköllner Erklärung“ (abgedruckt in: Kölch, Ziegenhain & Fegert, 2014) u. a. Standards für die interdisziplinäre Versorgung von betroffenen Kindern zu definieren und die Etablierung von Angeboten in der Regelfinanzierung. Im Juni 2017 befürwortete nun der Deutsche Bundestag den Antrag auf eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe, um die Situation von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil auf verschiedenen Ebenen zu verbessern. In Anbetracht der Notwendigkeit der Unterstützung der betroffenen Kinder und deren Eltern, welche auch in der vorliegenden Studie deutlich wird, bleibt auf eine positive Entwicklung im Sinne weiterer notwendiger Forschung und regelfinanzierter Angebote zu hoffen.





## Literaturverzeichnis

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 and 1991 Profile. Deutsche Version*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.213>
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, *101* (2), 213–232. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.213>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *30* (2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Aldridge, J. (2006). The experiences of children living with and caring for parents with mental illness. *Child Abuse Review*, *15* (2), 79–88. <https://doi.org/10.1002/car.904>
- Are, F. & Shaffer, A. (2016). Family emotion expressiveness mediates the relations between maternal emotion regulation and child emotion regulation. *Child Psychiatry & Human Development*, *47* (5), 708–715. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0605-4>
- Asarnow, J. R., Tompson, M., Hamilton, E. B., Goldstein, M. J., Guthrie, D., Asarnow, J. R. et al. (1994). Family-expressed emotion, childhood-onset depression, and childhood-onset schizophrenia spectrum disorders: Is expressed emotion a nonspecific correlate of child psychopathology or a specific risk factor for depression? *Journal of Abnormal Child Psychology*, *22* (2), 129–146. <https://doi.org/10.1007/BF02167896>
- Asbrand, J., Svaldi, J., Krämer, M., Breuninger, C. & Tuschen-Caffier, B. (2016). Familial accumulation of social anxiety symptoms and maladaptive emotion regulation. *PloS one*, *11* (4), e0153153. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153153>
- Baker, B. L., Heller, T. L. & Henker, B. (2000). Expressed emotion, parenting stress, and adjustment in mothers of young children with behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *41* (7), 907–915. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00678>
- Baltes-Götz, B. (2013). *Behandlung fehlender Werte in SPSS und Amos*. Universität Trier. Zentrum für Informations-, Medien-, und Kommunikationstechnologie (ZIMK).
- Baltes-Götz, B. (2016). *Lineare Regressionsanalyse mit SPSS*. Universität Trier. Zentrum für Informations-, Medien-, und Kommunikationstechnologie (ZIMK).
- Bariola, E., Gullone, E., Hughes, E. K., Bariola, E., Gullone, E. & Hughes, E. K. (2011). Child and adolescent emotion regulation: The role of parental emotion regulation and expression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *14* (2), 198–212.  
<https://doi.org/10.1007/s10567-011-0092-5>

- Bariola, E., Hughes, E. K. & Gullone, E. (2012). Relationships between parent and child emotion regulation strategy use: A brief report. *Journal of Child and Family Studies*, 21 (3), 443–448. <https://doi.org/10.1007/s10826-011-9497-5>
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.51.6.1173>
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4 (1, Pt.2), 1–103. <https://doi.org/10.1037/h0030372>
- Beardslee, W. R., Versage, E. M. & Gladstone, T. R. G. (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (11), 906–914. <https://doi.org/10.1097/00004583-199811000-00012>
- Beblo, T., Fernando, S., Klocke, S., Gripenstroh, J., Aschenbrenner, S. & Driessen, M. (2012). Increased suppression of negative and positive emotions in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 141 (2-3), 474–479. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.019>
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory. BDI-II* (2nd edn. Manual). San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beidel, D. C. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (7), 918–924. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00013>
- Bekir, P., McLellan, T., Childress, A. R. & Gariti, P. (1993). Role reversals in families of substance misusers: A transgenerational phenomenon. *The International Journal of the Addictions*, 28 (7), 613–630. <https://doi.org/10.3109/10826089309039652>
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55 (1), 83–96. <https://doi.org/10.2307/1129836>
- Belsky, J., Conger, R. & Capaldi, D. M. (2009). The intergenerational transmission of parenting. Introduction to the special section. *Development and Psychopathology*, 45 (5), 1201–1204. <https://doi.org/10.1037/a0016245>
- Berg-Nielsen, T. S., Vikan, A. & Dahl, A. A. (2002). Parenting related to child and parental psychopathology: A descriptive review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7 (4), 529–552. <https://doi.org/10.1177/1359104502007004006>
- Bhugra, D. & McKenzie, K. (2003). Expressed emotion across cultures. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9 (05), 342–348. <https://doi.org/10.1192/apt.9.5.342>
- Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B., Monk, K., Kalas, C., Obreja, M. et al. (2010). Psychiatric disorders in preschool offspring of parents with bipolar disorder: The Pittsburgh Bip-

- lar Offspring Study (BIOS). *American Journal of Psychiatry*, 167 (3), 321–330.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09070977>
- Birmaher, B., Axelson, D. A., Monk, K., Kalas, C., Goldstein, B., Hickey, M. B. et al. (2009). Lifetime psychiatric disorders in school-aged offspring of parents with bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 66 (3), 287–296.  
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.546>
- Boger, K. D., Tompson, M. C., Briggs-Gowan, M. J., Pavlis, L. E. & Carter, A. S. (2008). Parental expressed emotion toward children: Prediction from early family functioning. *Journal of Family Psychology*, 22 (5), 784–788. <https://doi.org/10.1037/a0013251>
- Bohus, M., Schehr, K., Berger-Sallawitz, F., Novelli-Fischer, U., Stieglitz, R. D. & Berger, M. (1998). Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Untersuchung zum Problembewusstsein im klinischen Alltag. *Psychiatrische Praxis*, 25 (3), 134–138.
- Bortz, J. (2005). *Statistik* (Bd. 6). Heidelberg: Springer.
- Bosquet Enlow, M., Kitts, R. L., Blood, E., Bizarro, A., Hofmeister, M. & Wright, R. J. (2011). Maternal posttraumatic stress symptoms and infant emotional reactivity and emotion regulation. *Infant Behavior & Development*, 34 (4), 487–503.  
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.07.007>.
- Brown, G. W., Birley, J. L. & Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121 (562), 241–258.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.121.3.241>
- Brown, G. W. & Rutter, M. (1966). The measurement of family activities and relationships: A methodological study. *Human Relations*, 19 (3), 241–263.  
<https://doi.org/10.1177/001872676601900301>
- Brown, S. L. (2010). Marriage and child well-being: Research and policy perspectives. *Journal of Marriage and Family*, 72 (5), 1059–1077. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00750.x>.
- Campbell, S. B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36 (113-149). <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1995.tb01657.x>
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (9), 1251–1263.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.001>
- Campis, L. K., Lyman, R. D. & Prentice-Dunn, S. (1986). The Parental Locus of Control Scale. Development and validation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15 (3), 260–267.  
[https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1503\\_10](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1503_10)

- Carthy, T., Horesh, N., Apter, A. & Gross, J. J. (2010). Patterns of emotional reactivity and regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32 (1), 23–36. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9167-8>
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H. et al. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301, 386–389. <https://doi.org/10.1126/science.1083968>
- Castro, D. M., Jones, R. A. & Mirsalimi, H. (2004). Parentification and the impostor phenomenon: an empirical investigation. *American Journal of Family Therapy*, 32 (205-216). <https://doi.org/10.1080/01926180490425676>
- Champion, J. E., Jaser, S. S., Reeslund, K. L., Simmons, L., Potts, J. E., Shears, A. R. et al. (2009). Caretaking behaviors by adolescent children of mothers with and without a history of depression. *Journal of Family Psychology*, 23 (2), 156–166. <https://doi.org/10.1037/a0014978>
- Chase, N. D. (1999). Parentification. An overview of theory, research, and societal issues. In N. D. Chase (Hrsg.), *Burdened children: Theory, research, and treatment of parentification* (S. 3–33). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Chase, N. D., Deming, M. P. & Wells, M. C. (1998). Parentification, parental alcoholism, and academic status among young adults. *American Journal of Family Therapy*, 26 (2), 105–114. <https://doi.org/10.1080/01926189808251091>
- Chi, T. C. & Hinshaw, S. P. (2002). Mother-child relationships of children with ADHD: The role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (4), 387–400. <https://doi.org/10.1023/A:1015770025043>
- Christiansen, H., Anding, J., Schrott, B. & Röhrle, B. (2015). Children of mentally ill parents—a pilot study of a group intervention program. *Frontiers in Psychology*, 6, Art. 1494. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01494>
- Clark, D. B., Cornelius, J., Wood, D. S. & Vanyukov, M. (2004). Psychopathology risk transmission in children of parents with substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 685–691. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.4.685>
- Cohen, J., Cohen, P., West, S.G. & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression, correlation analysis for the behavioral sciences* (3. ed.). Mahwah, NJ [u.a.]: Erlbaum.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. ed.) [Hillsdale, NJ u.a.]: Erlbaum.
- Cole, P. M., Martin, S. E. & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for children development research. *Child Development*, 75 (2), 317–333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x>

- Coleman, P. K. & Karraker, K. H. (1998). Self-efficacy and parenting quality. Findings and future applications. *Developmental Review, 18* (1), 47–85.  
<https://doi.org/10.1006/drev.1997.0448>
- Connell, A. M. & Goodman, S. H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 128* (5), 746–773. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.746>
- Costa, N. M., Weems, C. F., Pellerin, K. & Dalton, R. (2006). Parenting stress and childhood psychopathology. An examination of specificity to internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 28* (2), 113–122.  
<https://doi.org/10.1007/s10862-006-7489-3>
- Cui, L., Morris, A. S., Criss, M. M., Houlberg, B. J. & Silk, J. S. (2014). Parental psychological control and adolescent adjustment. The role of adolescent emotion regulation. *Parenting, 14* (1), 47–67. <https://doi.org/10.1080/15295192.2014.880018>
- Cummings, E. M., Keller, P. S. & Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46* (5), 479–489.  
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00368.x>
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin, 113* (3), 487–496. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.3.487>
- Daughters, S. B., Gorka, S. M., Rutherford, H. J. V. & Mayes, L. C. (2014). Maternal and adolescent distress tolerance: The moderating role of gender. *Emotion, 14* (2), 416–424.  
<https://doi.org/10.1037/a0034991>
- Davis, M., Suveg, C. & Shaffer, A. (2015). The value of a smile. Child positive affect moderates relations between maternal emotion dysregulation and child adjustment problems. *Journal of Child and Family Studies, 24* (8), 2441–2452. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0047-9>
- Dawson, F. (1980). *The parental child in single and dual parent families*. Unpublished master's thesis. Georgia State University, Atlanta, GA.
- Derogatis, L. R. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory. An introductory report. *Psychological Medicine, 13* (03), 595. <https://doi.org/10.1017/S0033291700048017>
- Dinkmeyer, D. C. & McKay, G. D. (1989). *STEP. Systematic training for effective parenting*. Circle Pines, Minn.: American Guidance Service.
- Dix, T. & Meunier, L. N. (2009). Depressive symptoms and parenting competence: An analysis of 13 regulatory processes. *Developmental Review, 29*, 45–68.  
<https://doi.org/10.1016/j.dr.2008.11.002>

- Downey, G. & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108 (1), 50–76. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.1.50>
- Dunn, M. E., Burbine, T., Bowers, C. A. & Tantleff-Dunn, S. (2001). Moderators of stress in parents of children with autism. *Community Mental Health Journal*, 37 (1), 39–52. <https://doi.org/10.1023/A:1026592305436>
- Duxbury, L. E., Higgins, C. A. & Lyons, S. (2010). *The etiology and reduction of role overload in canada's health care sector*. Verfügbar unter <http://www.mtpinnacle.com/pdfs/executive-summary.pdf>
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Guthrie, I. K., Murphy, B. C. & Reiser, M. (1999). Parental reactions to children's negative emotions: Longitudinal relations to quality of children's social functioning. *Child Development*, 70 (2), 513–534. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00037>
- Eisenberg, N., Zhou, Q., Spinrad, T. L., Valiente, C., Fabes, R. A. & Liew, J. (2005). Relations among positive parenting, children's effortful control, and externalizing problems: A three-wave longitudinal study. *Child Development*, 76 (5), 1055–1071. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2005.00897.x>
- Elgar, F. J., Mills, R. S., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A. & Brownridge, D. A. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: The mediating role of parental behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35 (6), 943–955. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9145-0>
- Enders, C. K. (2001). A primer on maximum likelihood algorithms available for use with missing data. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 8 (1), 128–141. [https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0801\\_7](https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0801_7)
- Esbjörn, B. H., Bender, P. K., Reinholdt-Dunne, M. L., Munck, L. A. & Ollendick, T. H. (2012). The development of anxiety disorders: Considering the contributions of attachment and emotion regulation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15 (2), 129–143. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0105-4>
- Eyden, J., Winsper, C., Wolke, D., Broome, M. R. & MacCallum, F. (2016). A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: Potential mechanisms and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 47, 85–105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.002>
- Feng, X., Shaw, D. S., Kovacs, M., Lane, T., O'Rourke, F.E. & Alarcon, J. H. (2008). Emotion regulation in preschoolers: The roles of behavioral inhibition, maternal affective behavior, and maternal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 49 (2), 132–141. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01828.x>

- Fiedler, P., Backenstrass, M., Kronmüller, K. T. & Mundt, C. (1998). "Expressed Emotion" (EE), Ehequalität und das Rückfallrisiko depressiver Patienten. *Nervenarzt*, 69 (7), 600–608. <https://doi.org/10.1007/s001150050317>
- Fitzgerald, M. M., Schneider, R. A., Salstrom, S., Zinzow, H. M., Jackson, J. & Fossel, R. V. (2008). Child sexual abuse, early family risk, and childhood parentification: Pathways to current psychosocial adjustment. *Journal of Family Psychology*, 22 (2), 320–324. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.2.320>
- Foster, C. J., Garber, J. & Durlak, J. A. (2008). Current and past maternal depression, maternal interaction behaviors, and children's externalizing and internalizing symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36 (4), 527–537. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9197-1>
- Franke, G. H. (1997). Erste Studien zur Güte des Brief Symptom Inventory (BSI). *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 3-4, 195.
- Franke, G. H. (2000). *BSI. Brief Symptom Inventory – Deutsche Version. Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Frick, P. J., Christian, R. E., Wootton, J. M., Frick, P. J., Christian, R. E. & Wootton, J. M. (1999). Age trends in the association between parenting practices and conduct problems. *Behavior Modification*, 23 (1), 106–128. <https://doi.org/10.1177/0145445599231005>
- Frye, A. A. & Garber, J. (2005). The relations among maternal depression, maternal criticism, and adolescents' externalizing and internalizing symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s10802-005-0929-9>
- Fuhrer, U. (2009). *Lehrbuch Erziehungspsychologie* (2., überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Garber, J., Braafladt, N. & Zeman, J. (1991). The regulation of sad affect: An information-processing perspective. In J. Garber & K. A. Dodge (Hrsg.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (S. 208–240). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511663963.011>
- Garcia-Lopez, L. J., Díaz-Castela, M. d. M., Muela-Martinez, J. A. & Espinosa-Fernandez, L. (2014). Can parent training for parents with high levels of expressed emotion have a positive effect on their child's social anxiety improvement? *Journal of Anxiety Disorders*, 28 (8), 812–822. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.09.001>
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40 (8), 1659–1669. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>
- Gartstein, M. A., Bridgett, D. J., Dishion, T. J. & Kaufman, N. K. (2009). Depressed mood and maternal report of child behavior problems: Another look at the depression-distortion hypothesis. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30 (2), 149–160. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2008.12.001>

- Ge, X., Conger, R. D. & Elder, G. H. (2001). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental Psychology*, 37 (3), 404–417. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.3.404>
- Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schröder, B. & Witzleben, I. von. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica*, 48 (1), 28–36. <https://doi.org/10.1026//0012-1924.48.1.28>
- George, C., Herman, K. C. & Ostrander, R. (2006). The family environment and developmental psychopathology: The unique and interactive effects of depression, attention, and conduct problems. *Child Psychiatry & Human Development*, 37 (2), 163–177. <https://doi.org/10.1007/s10578-006-0026-5>
- Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128 (4), 539–579. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.4.539>
- Gillespie, N. A., Whitfield, J. B., Williams, B., Heath, A. C., Martin, N. G., Gillespie, N. A. et al. (2005). The relationship between stressful life events, the serotonin transporter (5-HTTLPR) genotype and major depression. *Psychological Medicine*, 35 (1), 101–111. <https://doi.org/10.1017/S0033291704002727>
- Gluschkoff, K., Keltikangas-Järvinen, L., Pulkki-Råback, L., Jokela, M., Viikari, J., Raitakari, O. et al. (2017). Hostile parenting, parental psychopathology, and depressive symptoms in the offspring: A 32-year follow-up in the Young Finns study. *Journal of Affective Disorders*, 208, 436–442. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.002>
- Goode, W. J. & Goode, W. J. (1960). A theory of role strain. *American Sociological Review*, 25 (4), 483–496. <https://doi.org/10.2307/2092933>
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38 (5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Goodman, R. & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27 (1), 17–24. <https://doi.org/10.1023/A:1022658222914>
- Goodman, S. H. & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106 (3), 458–490. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.106.3.458>
- Goodman, S. H. & Tully, E. (2006). Depression in women who are mothers. In C. L. M. Keyes & S. H. Goodman (Hrsg.), *Women and depression. A handbook for the social, behavioral, and biomedical sciences* (S. 241–280). New York: Cambridge University Press.
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M. & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical*



- Child and Family Psychology Review*, 14 (1), 1–27. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1>
- Gottesman, I. I., Laursen, T. H., Bertelsen, A. & Mortensen, P. B. (2010). Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parents. *Archives of General Psychiatry*, 67 (3), 252–257. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.1>
- Greuel, J. F. & Heinrichs, N. (2016). Evaluation eines universell-präventiv eingesetzten Emotionsregulationstrainings für Kinder im Grundschulalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 45 (3), 184–197. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000372>
- Griepenstroh, J., Beblo, T., Bauer, U., Driessen, M. & Heinrichs, N. (2013). Erziehungsverhalten psychisch erkrankter Eltern: Welche Unterstützung ist notwendig? *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 34 (3), 276–290.
- Grob, A., Meyer, C. S. & Hagmann von Arx, P. (2009). *Intelligence and Development Scales*. Bern: Huber.
- Grob, A. & Smolenski, C. (2005). *Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (FEEL-KJ)*. Bern: Huber.
- Grob, A. & Horowitz, D. (2014). *Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Erwachsenen. FEEL-E; Manual*. Bern: Huber.
- Grolnick, W. S., Bridges, L. J. & Connell, J. P. (1996). Emotion regulation in two-year-olds: Strategies and emotional expression in four contexts. *Child Development*, 67 (3), 928–941. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01774.x>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Hrsg.), *Handbook of emotion regulation* (S. 348–362). New York: Guilford Press.
- Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85 (2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Grube, M. & Dorn, A. (2007). Elternschaft bei psychisch Kranken. *Psychiatrische Praxis*, 34 (2), 66–71. <https://doi.org/10.1055/s-2005-915394>
- Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., Watson, K. H., Reising, M. M., McKee, L., Forehand, R. et al. (2016). Testing specificity among parents' depressive symptoms, parenting, and child internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Family Psychology*, 30 (3), 309–319. <https://doi.org/10.1037/fam0000183>
- Gunzenhauser, C., Fäsche, A., Friedlmeier, W. & Suchodoletz, A. von. (2014). Face it or hide it: Parental socialization of reappraisal and response suppression. *Frontiers in Psychology*, 4, Art. 992. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00992>

- Hammen, C. L. (2009). Children of depressed parents. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Hrsg.), *Handbook of depression* (2nd, S. 275–297). New York: The Guilford Press.
- Han, Z. R., Lei, X., Qian, J., Li, P., Wang, H. & Zhang, X. (2016). Parent and child psychopathological symptoms. The mediating role of parental emotion dysregulation. *Child and Adolescent Mental Health*, 21 (3), 161–168. <https://doi.org/10.1111/camh.12169>
- Han, Z. R. & Shaffer, A. (2013). The relation of parental emotion dysregulation to children's psychopathology symptoms: The moderating role of child emotion dysregulation. *Child Psychiatry & Human Development*, 44 (5), 591–601. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0353-7>
- Han, Z. R. & Shaffer, A. (2014). Maternal expressed emotion in relation to child behavior problems. Differential and mediating effects. *Journal of Child and Family Studies*, 23 (8), 1491–1500. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9923-6>
- Hankin, B. L., Nederhof, E., Oppenheimer, C. W., Jenness, J., Young, J. F., Abela, J. R. Z. et al. (2011). Differential susceptibility in youth. Evidence that 5-HTTLPR x positive parenting is associated with positive affect 'for better and worse'. *Translational Psychiatry*, 1, e44. <https://doi.org/10.1038/tp.2011.44>
- Hannesdottir, D. K. & Ollendick, T. H. (2007). The role of emotion regulation in the treatment of child anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10 (3), 275–293. <https://doi.org/10.1007/s10567-007-0024-6>
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *BDI II – Beck Depressions-Inventar – Manual*. Frankfurt am Main: Harcourt Test Services GmbH.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis. A Regression-Based Approach*. New York: The Guilford Press.
- Heinrichs, N. & Lohaus, A. (2011). *Klinische Entwicklungspsychologie kompakt. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter* (1. Auflage). Weinheim [u.a.]: Beltz.
- Heinrichs, N., Maxwill, J. & Lohaus, A. (2017). *Emotionsregulationstraining (ERT) für Kinder im Grundschulalter* (Therapeutische Praxis, 1. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Hetherington, E. M. (1999). Should we stay together for the sake of the children. In E. M. Hetherington (Hrsg.), *Coping with divorce, single parenting, and remarriage. A risk and resiliency perspective*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hibbs, E. D., Hamburger, S. D., Lenane, M., Rapoport, J. L., Kruesi, M. J., Keysor, C. S. et al. (1991). Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32 (5), 757–770. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1991.tb01900.x>
- Hillegers, M. H. J., Reichart, C. G., Wais, M., Verhulst, F. C., Omel, J. & Nolen, W. A. (2005). Five-year prospective outcome of psychopathology in the adolescent offspring of bipolar

- parents. *Bipolar Disorders*, 7 (4), 344–350. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00215.x>
- Hoff, E., Laursen, B. & Tardif, T. (2002). Socioeconomic status and parenting. In M. H. Bornstein (Hrsg.), *Handbook of parenting. Biology and Ecology of parenting* (Bd. 2, S. 231–252). Mahwah, New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.
- Hooley, J. M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 329–352. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095236>
- Hooper, L. M. (2008). Defining and understanding parentification: Implications for all counselors. *The Alabama Counseling Association Journal*, 34 (1), 34–43.
- Hooper, L. M., Marotta, S. A. & Lanthier, R. P. (2008). Predictors of growth and distress following parentification among college students. A retrospective exploratory study. *Journal of Child and Family Studies*, 17 (5), 693–705. <https://doi.org/10.1007/s10826-007-9184-8>
- Hooper, L. M., Decoster, J., White, N. & Voltz, M. L. (2011). Characterizing the magnitude of the relation between self-reported childhood parentification and adult psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 67 (10), 1028–1043. <https://doi.org/10.1002/jclp.20807>
- Hourigan, S. E., Goodman, K. L. & Southam-Gerow, M. A. (2011). Discrepancies in parents' and children's reports of child emotion regulation. *Journal of Experimental Child Psychology*, 110 (2), 198–212. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2011.03.002>
- Ihle, W., Jahnke, D., Heerwagen, A. & Neuperdt, C. (2005). Depression, Angst und Essstörungssymptomatik und erinnertes elterliches Erziehungsverhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 30–38. <https://doi.org/10.1026/0942-5403.14.1.30>
- Irlbauer-Müller, V., Eichler, A., Stemmler, M., Moll, G. H. & Kratz, O. (2017). Elterliche Belastung und die Zuverlässigkeit von Elternangaben in der Diagnostik psychisch und verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlicher. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 45 (4), 303–309. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000467>
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85 (1), 77–87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>
- Jacobvitz, D., Hazen, N., Curran, M. & Hitchens, K. (2004). Observations of early triadic family interactions: Boundary disturbances in the family predict symptoms of depression, anxiety, and attention-deficit/hyperactivity disorder in middle childhood. *Development and Psychopathology*, 16 (3), 577–592. <https://doi.org/10.1017/S0954579404004675>
- Janet, P. (1925). *Psychological healing*. London: Allen & Unwin.
- Job, A.-K., Lohaus, A., Konrad, K., Scharke, W., Reindl, V. & Heinrichs, N. (2016). Die Rolle von adaptiver und maladaptiver Emotionsregulation bei Pflegekindern mit Misshandlungser-

- fahrung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 45 (4), 267–278.  
<https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000385>
- John, O. P. & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72 (6), 1301–1333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Smailes, E. & Brook, J. S. (2001). Association of maladaptive parental behavior with psychiatric disorder among parents and their offspring. *Archives of General Psychiatry*, 58 (5), 453–460. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.5.453>
- Johnston, C. & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18 (2), 167–175. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1802\\_8](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1802_8)
- Johnston, J. R. (1990). Role diffusion and role reversal: Structural variations in divorced families and children's functioning. *Family Relations*, 39 (4), 405–413.  
<https://doi.org/10.2307/585220>
- Jones, R. A. & Wells, M. (2004). An empirical study of parentification and personality. *American Journal of Family Therapy*, 24 (2), 145–152.  
<https://doi.org/10.1080/01926180490425676>
- Jones, T. L. & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment. A review. *Clinical Psychology Review*, 25 (3), 341–363.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.12.004>
- Jouriles, E. N., Murphy, C. M. & O'Leary, K. D. (1989). Effects of maternal mood on mother-son interaction patterns. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17 (5), 513–525.  
<https://doi.org/10.1007/BF00916510>
- Jurkovic, G. J. (1997). *Lost Childhoods: The Plight of the Parentified Child*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Jurkovic, G. J., Jessee, E. H. & Goglia, L. R. (1991). Treatment of parental children and their families: Conceptual and technical issues. *American Journal of Family Therapy*, 19 (4), 302–314. <https://doi.org/10.1080/01926189108250862>
- Jurkovic, G. J., Thirkield, A. & Morrell, R. (2001). *Journal of Youth and Adolescence*, 30 (2), 245–257. <https://doi.org/10.1023/A:1010349925974>
- Kane, P. & Garber, J. (2004). The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 24 (3), 339–360. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.03.004>
- Karp, S. M., Lutenbacher, M. & Wallston, K. A. (2015). Evaluation of the Parenting Sense of Competence Scale in mothers of infants. *Journal of Child and Family Studies*, 24 (11), 3474–3481. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0149-z>
- Kaufman, E. A., Puzia, M. E., Mead, H. K., Crowell, S. E., McEachern, A. & Beauchaine, T. P. (2017). Children's emotion regulation difficulties mediate the association between maternal

- borderline and antisocial symptoms and youth behavior problems over 1 year. *Journal of Personality Disorders*, 31 (2), 170–192. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2016\\_30\\_244](https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_244)
- Kaugars, A. S., Moody, E. J., Dennis, C. & Klinnert, M. D. (2007). Validity of the Five Minute Speech Sample in families with infants from low-income backgrounds. *Infant Behavior & Development*, 30 (4), 690–696. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2007.04.003>
- Kavanaugh, M., Halterman, J. S., Montes, G., Epstein, M., Hightower, A. D. & Weitzman, M. (2006). Maternal depressive symptoms are adversely associated with prevention practices and parenting behaviors for preschool children. *Ambulatory Pediatrics*, 6 (1), 32–37. <https://doi.org/10.1016/j.ambp.2005.09.002>
- Kelley, M. L. & Fals-Stewart, W. (2004). Psychiatric disorders of children living with drug-abusing, alcohol-abusing, and non-substance-abusing fathers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (5), 621–628. <https://doi.org/10.1097/00004583-200405000-00016>
- Kendziora, K. T. & O'Leary, S. G. (1993). Dysfunctional parenting as a focus for prevention and treatment of child behavior problems. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Hrsg.), *Advances in clinical child psychology* (Bd. 15, S. 175–206). New York: Plenum Press.
- Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D., Meyer, R., Overmeyer, S., Kaschnitz, W. et al. (2000). Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9 (4), 271–276. <https://doi.org/10.1007/s007870070030>
- Kliwer, W., Cunningham, J. N., Diehl, R., Parrish, K. A., Walker, J. M., Atiyeh, C. et al. (2004). Violence exposure and adjustment in inner-city youth. Child and caregiver emotion regulation skill, caregiver-child relationship quality, and neighborhood cohesion as protective factor. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33 (3), 477–487. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3303\\_5](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3303_5)
- Kohlhoff, J., Hawes, D. J., Mence, M., Russell, A. M. T., Wedgwood, L. & Morgan, S. (2016). Emotion regulation strategies and parenting practices among parents of children with clinic-referred conduct problems. *Parenting*, 16 (4), 302–319. <https://doi.org/10.1080/15295192.2016.1184942>
- Kölch, M., Ziegenhain, U. & Fegert, J. M. (Hrsg.). (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kopala-Sibley, D. C., Jelinek, C., Kessel, E. M., Frost, A., Allmann, A. E. S. & Klein, D. N. (2017). Parental depressive history, parenting styles, and child psychopathology over 6 years. The contribution of each parent's depressive history to the other's parenting styles. *Development and Psychopathology*, 29 (4), 1469–1482. <https://doi.org/10.1017/S0954579417000396>

- Korelitz, K. E. & Garber, J. (2016). Congruence of parents' and children's perceptions of parenting. A meta-analysis. *Journal of youth and adolescence*, 45 (10), 1973–1995. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0524-0>
- Koskelainen, M., Sourander, A. & Kaljonen, A. (2000). The Strengths and Difficulties Questionnaire among Finnish school-aged children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9 (4), 277–284. <https://doi.org/10.1007/s007870070031>
- Kötter, C., Stemmler, M., Bühler, A. & Lösel, F. (2010). Mütterliche Depressivität, Erziehung und kindliche Erlebens- und Verhaltensprobleme. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 109–118. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000006>
- Kring, A. M. & Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. In P. Philippot & R. S. Feldman (Hrsg.), *The regulation of emotion*. Mahwah, New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.
- Kuhner, C., Burger, C., Keller, F. & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II). Befunde aus deutschsprachigen Stichproben. *Nervenarzt*, 78 (6), 651–656. <https://doi.org/10.1007/s00115-006-2098-7>
- Laird, R. D. & Los Reyes, A. d. (2013). Testing informant discrepancies as predictors of early adolescent psychopathology: Why difference scores cannot tell you what you want to know and how polynomial regression may. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41 (1), 1–14. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9659-y>
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (1992). Psychisch auffällige Eltern. Risiken für die kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter? *Zeitschrift für Familienforschung*, 4, 22–48.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leeb, B. (1993). *Manual zur Kodierung der "Expressed Emotion" aus der Fünf-Minuten-Sprechprobe (FMSS)*, Heidelberg.
- Leeb, B., Hahlweg, K., Goldstein, M. J., Feinstein, E., Mueller, U., Dose, M. et al. (1991). Cross-national reliability, concurrent validity, and stability of a brief method for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*, 39 (1), 25–31. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(91\)90005-A](https://doi.org/10.1016/0165-1781(91)90005-A)
- Leff, J., Wig, N. N., Ghosh, A., Bedi, H., Menon, D. K., Kuipers, L. et al. (1987). Expressed emotion and schizophrenia in north india. III. Influence of relatives' expressed emotion on the course of schizophrenia in chandigarh. *British Journal of Psychiatry*, 151, 166–173. <https://doi.org/10.1192/bjp.151.2.166>
- Legerstee, J. S., Garnefski, N., Jellesma, F. C., Verhulst, F. C. & Utens, E. M. (2010). Cognitive coping and childhood anxiety disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19 (2), 143–150. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0051-6>

- Leijdesdorff, S., van Doesum, K., Popma, A., Klaassen, R. & van Amelsvoort, T. (2017). Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: An up to date narrative review. *Current Opinion in Psychiatry*, 30 (4), 312–317. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000341>
- Lenhard, W. & Lenhard, A. 2014, 1. January. *Computation of Effect Sizes*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3478.4245>
- Lenz, A. (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern* (2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Leung, D. W. & Slep, A. M. S. (2006). Predicting inept discipline: The role of parental depressive symptoms, anger, and attributions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (3), 524–534. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.524>
- Lexow, A., Wiese, M. & Hahlweg, K. (2008). Kinder psychisch kranker Eltern: Ihre Chancen, im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie der Eltern zu profitieren. In A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Lieb, R., Isensee, B., Hofler, M., Pfister, H. & Wittchen, H. U. (2002). Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: A prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 59 (4), 365–374. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.4.365>
- Linehan, M. M., Bohus, M. & Lynch, T. R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: Theoretical and practical underpinnings. In J. J. Gross (Hrsg.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Lloyd, T. & Hastings, R. P. (2009). Parental locus of control and psychological well-being in mothers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 34 (2), 104–115. <https://doi.org/10.1080/13668250902862074>
- Lobbestael, J., Leurgans, M. & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18 (1), 75–79. <https://doi.org/10.1002/cpp.693>
- Lohaus, A. & Vierhaus, M. (2013). *Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters* (2. überarbeitete Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Los Reyes, A. de. (2013). Strategic objectives for improving understanding of informant discrepancies in developmental psychopathology research. *Development and Psychopathology*, 25 (3), 669–682. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000096>
- Los Reyes, A. de, Augenstein, T. M., Wang, M., Thomas, S. A., Drabick, D. A. G., Burgers, D. E. et al. (2015). The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychological Bulletin*, 141 (4), 858–900. <https://doi.org/10.1037/a0038498>

- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E. & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20 (5), 561–592. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00100-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00100-7)
- Maccoby, E. E. & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In E. M. Hetherington & P. H. Mussen (Hrsg.), *Handbook of child psychology: Vol. IV. Socialization, personality, and social development* (4. Aufl.). New York: Wiley.
- Magana, A. B., Goldstein, J. M., Karno, M., Miklowitz, D. J., Jenkins, J. & Falloon, I. R. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 17 (3), 203–212. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(86\)90049-1](https://doi.org/10.1016/0165-1781(86)90049-1)
- Maliken, A. C. & Katz, L. F. (2013). Exploring the impact of parental psychopathology and emotion regulation on evidence-based parenting interventions. A transdiagnostic approach to improving treatment effectiveness. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16 (2), 173–186. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0132-4>
- Markwort, I., Schmitz-Buhl, M., Christiansen, H. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2016). Psychisch kranke Eltern in stationärer Behandlung. *Psychiatrische Praxis*, 43 (6), 318–323. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387564>
- Marshall, V. G., Longwell, L., Goldstein, M. J. & Swanson, J. M. (1990). Family factors associated with aggressive symptomatology in boys with attention deficit hyperactivity disorder: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31 (4), 629–636. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1990.tb00802.x>
- Mathai, J., Jespersen, S., Bourne, A., Donegan, T., Akinbiyi, A. & Gray, K. (2008). Use of the Strengths and Difficulties Questionnaire in identifying emotional and behavioural problems in children of parents with a mental illness in Australia. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 7 (3), 1–7. <https://doi.org/10.5172/jamh.7.3.200>
- Mattejat, F. (2001). Kinder psychisch kranker Eltern im Bewußtsein der Fachöffentlichkeit - eine Einführung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50, 491–497.
- Mattejat, F., Lenz, A. & Wiegand-Greffe, S. (2011). Kinder psychisch kranker Eltern – Eine Einführung in die Thematik. In S. Wiegand-Greffe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 13–27). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mattejat, F., Wüthrich, C. & Remschmidt, H. (2000). Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. *Nervenarzt*, 71 (3), 164–172. <https://doi.org/10.1007/s001150050025>
- Maybery, D. J., Reupert, A. E., Patrick, K., Goodyear, M. & Crase, L. (2009). Prevalence of parental mental illness in Australian families. *Psychiatric Bulletin*, 33 (1), 22–26. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.107.018861>



- Mayseless, O., Bartholomew, K., Henderson, A. & Trinke, S. (2004). "I was more her mom than she was mine". Role reversal in a community sample. *Family Relations*, 53 (1), 78–86. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2004.00011.x>
- Mazursky-Horowitz, H., Felton, J. W., MacPherson, L., Ehrlich, K. B., Cassidy, J., Lejuez, C. W. et al. (2015). Maternal emotion regulation mediates the association between adult attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43 (1), 121–131. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9894-5>
- McCarty, C. A., Lau, A. S., Valeri, S. M. & Weisz, J. R. (2004). Parent-child interactions in relation to critical and emotionally overinvolved expressed emotion (EE): Is EE a proxy for behavior? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32 (1), 83–93. <https://doi.org/10.1023/B:JACP.0000007582.61879.6f>
- McCarty, C. A. & Weisz, J. R. (2002). Correlates of expressed emotion in mothers of clinically-referred youth: An examination of the five-minute speech sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (6), 759–768. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00090>
- McCleary, L. & Sanford, M. (2002). Parental expressed emotion in depressed adolescents: Prediction of clinical course and relationship to comorbid disorders and social functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (5), 587–595. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00048>
- McKee, L., Forehand, R., Rakow, A., Reeslund, K., Roland, E., Hardcastle, E. et al. (2008). Parenting specificity: An examination of the relation between three parenting behaviors and child problem behaviors in the context of a history of caregiver depression. *Behavior Modification*, 32 (5), 638–658. <https://doi.org/10.1177/0145445508316550>
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S. & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49 (9), 544–554. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.003>
- McLeod, B. D., Weisz, J. R. & Wood, J. J. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27 (8), 986–1003. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.03.001>
- McLeod, B. D., Wood, J. J. & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety. A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27 (2), 155–172. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.002>
- McMahon, T. J. & Luthar, S. S. (2007). Defining characteristics and potential consequences of caretaking burden among children living in urban poverty. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77 (2), 267–281. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.2.267>
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L. & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (10), 1281–1310. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008>

- Middeldorp, C. M., Wesseldijk, L. W., Hudziak, J. J., Verhulst, F. C., Lindauer, R. J. L. & Dieleman, G. C. (2016). Parents of children with psychopathology. Psychiatric problems and the association with their child's problems. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25 (8), 919–927. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0813-2>
- Miklowitz, D. J. (2004). The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorders. A developmental psychopathology view. *Development and Psychopathology*, 16 (3), 667–688. <https://doi.org/10.1017/S0954579404004729>
- Miller, Y. (2001). *Erziehung von Kindern im Kindergartenalter. Erziehungsverhalten und Kompetenzüberzeugungen von Eltern und der Zusammenhang zu kindlichen Verhaltensstörungen*. Technische Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig, Braunschweig.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B. G., Rosman, B. L. & Schumer, F. (1967). *Families of the slums*. New York: Basic.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S. & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16 (2), 361–388. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x>
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Sessa, F. M., Avenevoli, S. & Essex, M. J. (2002). Temperamental vulnerability and negative parenting as interacting predictors of child adjustment. *Journal of Marriage and Family*, 64 (2), 461–471. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00461.x>
- Mouton, P. Y. & Tuma, J. M. (1988). Stress, locus of control, and role satisfaction in clinic and control mothers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17 (3), 217–224. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1703\\_4](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1703_4)
- Muralidharan, A., Yoo, D., Ritschel, L. A., Simeonova, D. I. & Craighead, W. E. (2010). Development of emotion regulation in children of bipolar parents: Putative contributions of socioemotional and familial risk factors. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17 (3), 169–186. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01209.x>
- Muzik, M., Morelen, D., Hruschak, J., Rosenblum, K. L., Bocknek, E. & Beeghly, M. (2017). Psychopathology and parenting: An examination of perceived and observed parenting in mothers with depression and PTSD. *Journal of Affective Disorders*, 207, 242–250. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.035>
- Najman, J. M., Williams, G. M., Nikles, J., Spence, S., Bor, W., O'Callaghan, M. et al. (2000). Mothers' mental illness and child behavior problems: Cause-effect association or observation bias? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (5), 592–602. <https://doi.org/10.1097/00004583-200005000-00013>
- Narayan, A. J., Herbers, J. E., Plowman, E. J., Gewirtz, A. H. & Masten, A. S. (2012). Expressed emotion in homeless families: A methodological study of the five-minute speech sample. *Journal of Family Psychology*, 26 (4), 648–653. <https://doi.org/10.1037/a0028968>

- Narayanan, M. K. & Naerde, A. (2016). Associations between maternal and paternal depressive symptoms and early child behavior problems: Testing a mutually adjusted prospective longitudinal model. *Journal of Affective Disorders, 196*, 181–189.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.020>
- Nelson, D. R., Hammen, C., Brennan, P. A. & Ullman, J. B. (2003). The impact of maternal depression on adolescent adjustment: The role of expressed emotion. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71* (5), 935–944. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.5.935>
- Niemi, L. T., Suvisaari, J. M., Haukka, J. K., Wrede, G. & Lönnqvist, J. K. (2004). Cumulative incidence of mental disorders among offspring of mothers with psychotic disorder: Results from the Helsinki High-Risk Study. *The British Journal of Psychiatry, 185* (1), 11–17.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.185.1.11>
- Nordsletten, A. E., Larsson, H., Crowley, J. J., Almqvist, C., Lichtenstein, P. & Mataix-Cols, D. (2016). Patterns of nonrandom mating within and across 11 major psychiatric disorders. *JAMA psychiatry, 73* (4), 354–361. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.3192>
- Ohntrup, J., Pollak, E., Plass, A. & Wiegand-Grefe, S. (2011). Parentifizierung – Elternbefragung zur destruktiven Parentifizierung von Kindern psychisch kranker Eltern. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Östman, M. & Hansson, L. (2002). Children in families with a severely mentally ill member. Prevalence and needs for support. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37* (5), 243–248. <https://doi.org/10.1007/s00127-002-0540-0>
- Otterpohl, N., Imort, S., Lohaus, A. & Heinrichs, N. (2012). Kindliche Regulation von Wut. Effekte familiärer Kontextfaktoren. *Kindheit und Entwicklung, 21*, 47–56.  
<https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000069>
- Pardini, D. A. (2008). Novel insights into longstanding theories of bidirectional parent-child influences. Introduction to the special section. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36* (5), 627–631. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9231-y>
- Park, J. L., Hudec, K. L. & Johnston, C. (2017). Parental ADHD symptoms and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 56*, 25–39.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.003>
- Parke, R. D. (1994). Progress, paradigms, and unresolved problems: A commentary on recent advances in our understanding of children's emotions. *Merrill Palmer Quarterly, 40*, 157–169.
- Parker, G., Johnston, P. & Johnson, P. (1987). Parenting and schizophrenia: An Australian study of expressed emotion. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 21* (1), 60–66.  
<https://doi.org/10.3109/00048678709160900>

- Parnas, J., Cannon, T. D., Jacobsen, B., Schulsinger, H., Schulsinger, F. & Mednick, S. A. (1993). Lifetime DSM-III-R diagnostic outcomes in the offspring of schizophrenic mothers. *Archives of General Psychiatry*, 50 (9), 707–714. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820210041005>
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D. & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on anti-social behavior. *American Psychologist*, 44 (2), 329–335. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.2.329>
- Paulson, J. F., Dauber, S. & Leiferman, J. A. (2006). Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics*, 118 (2), 659–668. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2948>
- Peris, T. S. & Miklowitz, D. J. (2015). Parental expressed emotion and youth psychopathology: New directions for an old construct. *Child Psychiatry & Human Development*, 46 (6), 863–873. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0526-7>
- Petermann, U. & Petermann, F. (2006). Erziehungskompetenz. *Kindheit und Entwicklung*, 15 (1), 1–8. <https://doi.org/10.1026/0942-5403.15.1.1>
- Pinderhughes, E. E., Dodge, K. A., Bates, J. E., Pettit, G. S. & Zelli, A. (2000). Discipline responses: influences of parents' socioeconomic status, ethnicity, beliefs about parenting, stress, and cognitive-emotional processes. *Journal of Family Psychology*, 14 (3), 380–400. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.14.3.380>
- Plass-Christl, A., Haller, A.-C., Otto, C., Barkmann, C., Wiegand-Grefe, S., Hölling, H. et al. (2017). Parents with mental health problems and their children in a German population based sample: Results of the BELLA study. *PloS one*, 12 (7), e0180410. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180410>
- Preston, G. H. & Antin, R. (1932). A study of children of psychotic parents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2 (3), 231–241. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1932.tb05181.x>
- Przeworski, A., Zoellner, L. A., Franklin, M. E., Garcia, A., Freeman, J., March, J. S. et al. (2012). Maternal and child expressed emotion as predictors of treatment response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, 43 (3), 337–353. <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0268-8>
- Radke-Yarrow, M., Nottelmann, E., Belmont, B. & Welsh, J. D. (1993). Affective interactions of depressed and nondepressed mothers and their children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21 (6), 683–695. <https://doi.org/10.1007/BF00916450>
- Radke-Yarrow, M., Zahn-Waxler, C., Richardson, D. T., Susman, A. & Martinez, P. (1994). Caring behavior in children of clinically depressed and well mothers. *Child Development*, 65 (5), 1405–1414. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1994.tb00825.x>
- Reichle, B. & Franiek, S. (2009). Erziehungsstil aus Elternsicht – Deutsche erweiterte Version des Alabama Parenting Questionnaire für Grundschul Kinder (DEAPQ-EL-GS). *Zeitschrift*

- für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 41 (1), 12–25.  
<https://doi.org/10.1026/0049-8637.41.1.12>
- Reinisch, A. & Schmuhl, M. (2012). Das Präventionsprojekt für Kinder psychisch erkrankter Eltern "Kanu – Gemeinsam weiterkommen". In U. Bauer, A. Reinisch & M. Schmuhl (Hrsg.), *Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Bedarf, Koordination, Praxiserfahrungen* (S. 119–138). Wiesbaden: Springer VS.
- Remschmidt, H., Strunk, P., Methner, C. & Tegeler, E. (1973). Kinder endogen-depressiver Eltern – Untersuchungen zur Häufigkeit von Verhaltensstörungen und zur Persönlichkeitsstruktur. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 41, 326–340.
- Richters, J. E. (1992). Depressed mothers as informants about their children: A critical review of the evidence for distortion. *Psychological Bulletin*, 112 (3), 485–499.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.3.485>
- Rivers, S. E., Brackett, M. A., Katulak, N. A., Salovey, P., Rivers, S. E., Brackett, M. A. et al. (2006). Regulating anger and sadness. An exploration of discrete emotions in emotion regulation. *Journal of Happiness Studies*, 8 (3), 393–427. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9017-2>
- Röhrle, B. & Christiansen, H. (2009). Psychische Erkrankungen eines Elternteils. In A. Lohaus & H. Domsch (Hrsg.), *Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter* (S. 259–269). Berlin: Springer.
- Röll, J., Koglin, U. & Petermann, F. (2012). Emotion regulation and childhood aggression: Longitudinal associations. *Child Psychiatry & Human Development*, 43 (6), 909–923.  
<https://doi.org/10.1007/s10578-012-0303-4>
- Rothbaum, F. & Weisz, J. R. (1994). Parental caregiving and child externalizing behavior in nonclinical samples: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 116 (1), 55–74.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.1.55>
- Rude, S. S. & McCarthy, C. T. (2003). Emotional functioning in depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition and Emotion*, 17 (5), 799–806.  
<https://doi.org/10.1080/02699930302283>
- Rueth, J. E., Otterpohl, N. & Wild, E. (2017). Influence of parenting behavior on psychosocial adjustment in early adolescence. Mediated by anger regulation and moderated by gender. *Social Development*, 26 (1), 40–58. <https://doi.org/10.1111/sode.12180>
- Russell, A. (1997). Individual and family factors contributing to the mothers' and fathers' positive parenting. *Journal of Behavioral Development*, 21 (1), 111–132.
- Rutherford, H. J. V., Wallace, N. S., Laurent, H. K. & Mayes, L. C. (2015). Emotion regulation in parenthood. *Developmental Review*, 36, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2014.12.008>.
- Rutter, M. (1966). *Children of sick parents. An environmental and psychiatric study*. London: Oxford University Press.

- Rutter, M. & Brown, G. W. (1966). The reliability and validity of measures of family life and relationships in families containing a psychiatric patient. *Social Psychiatry, 1* (1), 38–53. <https://doi.org/10.1007/BF00583828>
- Sanders, M. R. & Prinz, R. J. (2008). Using the mass media as a population level strategy to strengthen parenting skills. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37* (3), 609–621. <https://doi.org/10.1080/15374410802148103>
- Schacht, M., Richter-Appelt, H. & Schimmelmann, B. G. (2007). Der Fragebogen zur Eltern–Kind–Beziehung für Kinder: Grundlagen und erste Ergebnisse. *Psychiatrie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 57* (3-4), 136–144. <https://doi.org/10.1055/s-2006-951960>
- Schafer, J. L. & Graham, J. W. (2002). Missing data. Our view of the state of the art. *Psychological Methods, 7* (2), 147–177. <https://doi.org/10.1037//1082-989X.7.2.147>
- Schier, K., Egle, U., Nickel, R., Kappis, B., Herke, M. & Hardt, J. (2011). Parentifizierung in der Kindheit und psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 61*, 364–371. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1277188>
- Schone, R. & Wagenblass, S. (Hrsg.). (2006). *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie* (Bd. 21). Weinheim: Juventa Verlag.
- Schosser, A., Kindler, J., Mossaheb, N. & Aschauer, H. (2006). Genetische Aspekte affektiver Erkrankungen und der Schizophrenie. *Zeitschrift für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 7* (4), 19–24.
- Schwartz, C. E., Dorer, D. J., Beardslee, W. R., Lavori, P. W. & Keller, M. B. (1990). Maternal expressed emotion and parental affective disorder: Risk for childhood depressive disorder, substance abuse, or conduct disorder. *Journal of Psychiatric Research, 24* (3), 231–250. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(90\)90013-G](https://doi.org/10.1016/0022-3956(90)90013-G)
- Seiffge-Krenke, I. & Kollmar, F. (1998). Discrepancies between mothers' and fathers' perceptions of sons' and daughters' problem behaviour. A longitudinal analysis of parent-adolescent agreement on internalising and externalising problem behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 39* (5), 687–697.
- Serbin, L. A., Kingdon, D., Ruttle, P. L. & Stack, D. M. (2015). The impact of children's internalizing and externalizing problems on parenting. Transactional processes and reciprocal change over time. *Development and Psychopathology, 27* (4 Pt 1), 969–986. <https://doi.org/10.1017/S0954579415000632>
- Seymour, K. E., Chronis-Tuscano, A., Halldorsdottir, T., Stupica, B., Owens, K. & Sacks, T. (2012). Emotion regulation mediates the relationship between ADHD and depressive symptoms in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40* (4), 595–606. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9593-4>

- Siener, S. & Kerns, K. A. (2012). Emotion regulation and depressive symptoms in preadolescence. *Child Psychiatry & Human Development*, 43 (3), 414–430.  
<https://doi.org/10.1007/s10578-011-0274-x>
- Silk, J. S., Shaw, D. S., Skuban, E. M., Oland, A. A. & Kovacs, M. (2006a). Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (1), 69–78. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01440.x>
- Silk, J. S., Ziegler, M. L., Whalen, D. J., Dahl, R. E., Ryan, N. D., Dietz, L. J. et al. (2009). Expressed emotion in mothers of currently depressed, remitted, high-risk, and low-risk youth: Links to child depression status and longitudinal course. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38 (1), 36–47. <https://doi.org/10.1080/15374410802575339>
- Sim, L. & Zeman, J. (2005). Emotion regulation factors as mediators between body dissatisfaction and bulimic symptoms in early adolescent girls. *The Journal of Early Adolescence*, 25 (4), 478–496. <https://doi.org/10.1177/0272431605279838>
- Smolenski, C. (2006). *Emotionsregulation und subjektives Wohlbefinden im Jugendalter. Studien zur Kindheits- und Jugendforschung*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Southam-Gerow, M. A. & Kendall, P. C. (2002). Emotion regulation and understanding. Implications for child psychopathology and therapy. *Clinical Psychology Review*, 22 (2), 189–222. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00087-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00087-3)
- Stanger, C. & Lewis, M. (2010). Agreement among parents, teachers, and children on internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22 (1), 107–116. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2201\\_11](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2201_11)
- Stein, J. A., Riedel, M. & Rotheram-Borus, M. J. (1999). Parentification and its impact on adolescent children of parents with AIDS. *Family Process*, 38 (2), 193–208.  
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1999.00193.x>
- Stubbe, D. E., Zahner, G. E. P., Goldstein, M. J. & Leckman, J. F. (1993). Diagnostic specificity of a brief measure of expressed emotion: A community study of children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34 (2), 139–154. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1993.tb00976.x>
- Sullivan, P. F., Neale, M. C. & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157 (10), 1552–1562.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552>
- Suveg, C. & Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33 (4), 750–759.  
[https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3304\\_10](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3304_10)

- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B. & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research*, *197*, 103–111. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.11.009>
- Szmukler, G. I., Berkowitz, R., Eisler, I., Leff, J. & Dare, C. (1987). Expressed emotion in individual and family settings: A comparative study. *British Journal of Psychiatry*, *151*, 174–178. <https://doi.org/10.1192/bjp.151.2.174>
- Taber, S. M. (2010). The veridicality of children's reports of parenting: A review of factors contributing to parent-child discrepancies. *Clinical Psychology Review*, *30* (8), 999–1010. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.014>
- Te Brinke, L. W., Deković, M., Stoltz, S. E. M. J. & Cillessen, A. H. N. (2017). Bidirectional effects between parenting and aggressive child behavior in the context of a preventive intervention. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *45* (5), 921–934. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0211-3>
- Tein, J.-Y., Roosa, M. W. & Michaels, M. (1994). Agreement between parent and child reports on parental behaviors. *Journal of Marriage and Family*, *56* (2), 341–355. <https://doi.org/10.2307/353104>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation. A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *59* (2-3), 25–52. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>
- Thomsen, T., Lessing, N. & Greve, W. (2017). Transgenerationale Emotionsregulation. *Kindheit und Entwicklung*, *26* (1), 7–18. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000211>
- Tienari, P., Wynne, L. C., Sorri, A., Lahti, I., Lasky, K., Moring, J., Naarala, M. et al. (2004). Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Long-term follow-up study of finnish adoptees. *British Journal of Psychiatry*, *184* (03), 216–222. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.3.216>
- Tompson, M. C., Pierre, C. B., Boger, K. D., McKowen, J. W., Chan, P. T. & Freed, R. D. (2010). Maternal depression, maternal expressed emotion, and youth psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *38* (1), 105–117. <https://doi.org/10.1007/s10802-009-9349-6>
- Tröster, H. (2010). *Eltern-Belastungs-Inventar. Deutsche Version des Parenting Stress Index (PSI) von R. R. Abidin*. Göttingen: Hogrefe.
- Twenge, J. M. & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the children's depression inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, *111* (4), 578–588. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.4.578>
- Urban, D. & Mayerl, J. (2011). *Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Anwendung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.



- Van Loon, L. M. A., van de Ven, M. O. M., van Doesum, K. T. M., Hosman, C. M. H. & Witteman, C. L. M. (2017). Parentification, stress, and problem behavior of adolescents who have a parent with mental health problems. *Family Process*, 56 (1), 141–153. <https://doi.org/10.1111/famp.12165>
- Van Santvoort, F., Hosman, C. M. H., Janssens, J. M. A. M., van Doesum, K. T. M., Reupert, A. & van Loon, L. M. A. (2015). The impact of various parental mental disorders on children's diagnoses. A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18 (4), 281–299. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0191-9>
- Vaughan, E. L., Feinn, R., Bernard, S., Brereton, M. & Kaufman, J. S. (2013). Relationships between child emotional and behavioral symptoms and caregiver strain and parenting stress. *Journal of Family Issues*, 34 (4), 534–556. <https://doi.org/10.1177/0192513X12440949>
- Verhulst, F. C. & van der Ende, J. (1992). Agreement between parents' reports and adolescents' self-reports of problem behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33 (6), 1011–1023. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1992.tb00922.x>
- Wearden, A. J., TARRIER, N., Barrowclough, C., Zastowny, T. R. & Rahill, A. A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*, 20 (5), 633–666. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00008-2](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00008-2)
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Verdeli, H., Pilowsky, D. J. et al. (2005). Families at high and low risk for depression: A 3-generation study. *Archives of General Psychiatry*, 62 (1), 29–36. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.1.29>
- Wells, M., Glickauf-Hughes, C. & Jones, R. (1999). Codependency: A grass roots construct's relationship to shame-proneness, low self-esteem, and childhood parentification. *American Journal of Family Therapy*, 27 (1), 63–71. <https://doi.org/10.1080/019261899262104>
- Wiegand-Grefe, S., Cronmeyer, B., Plass, A., Schulte-Markwort, M. & Petermann, F. (2013). Psychische Auffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern im Perspektivenvergleich. *Kindheit und Entwicklung*, 22 (1), 31–40. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000096>
- Wiegand-Grefe, S., Halverscheid, S., Geers, P., Petermann, F. & Plaß, A. (2010). Kinder psychisch kranker Eltern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39 (1), 13–23. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000005>
- Wilson, S. & Durbin, C. E. (2010). Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30 (2), 167–180. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.10.007>
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R. & Rothenberger, A. (2002). Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für*

- Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30 (2), 105–112.  
<https://doi.org/10.1024//1422-4917.30.2.105>
- Yap, M. B., Allen, N. B. & Ladouceur, C. D. (2008). Maternal socialization of positive affect: The impact of invalidation on adolescent emotion regulation and depressive symptomatology. *Child Development*, 79 (5), 1415–1431. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01196.x>
- Yap, M. B., Allen, N. B., O'Shea, M., Di Parsia, P., Simmons, J. G. & Sheeber, L. (2011). Early adolescents' temperament, emotion regulation during mother-child interactions, and depressive symptomatology. *Development and Psychopathology*, 23 (1), 267–282.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579410000787>
- Yap, M. B., Allen, N. B. & Sheeber, L. (2007). Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes in risk for adolescent depressive disorders. *Clinical Child and Family Psychology*, 10 (2), 180–193.  
<https://doi.org/10.1007/s10567-006-0014-0>
- Yap, M. B. H., Schwartz, O. S., Byrne, M. L., Simmons, J. G. & Allen, N. B. (2010). Maternal positive and negative interaction behaviors and early adolescents' depressive symptoms. Adolescent emotion regulation as a mediator. *Journal of Research on Adolescence*, 20 (4), 1014–1043. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00665.x>
- Yap, M. B. H. & Jorm, A. F. (2015). Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175, 424–440. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.050>
- Youngstrom, E., Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher, and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (6), 1038–1050.  
<https://doi.org/10.1037//0022-006X.68.6.1038>
- Zalewski, M., Lengua, L. J., Wilson, A. C., Trancik, A. & Bazinet, A. (2011). Emotion regulation profiles, temperament, and adjustment problems in preadolescents. *Child Development*, 82 (3), 951–966. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01575.x>
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C. & Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27 (2), 155–168.  
<https://doi.org/10.1097/00004703-200604000-00014>
- Zimmermann, T., Baucom, D. H., Irvin, J. T. & Heinrichs, N. (2015). Cross-country perspectives on social support in couples coping with breast cancer. *Frontiers in Psychological and Behavioral Science*, 4 (4), 52–61.

## **Anhang**

**Anhang A:** Korrelationstabellen a und b zur Kombination von Eltern- und Kindereinschätzung

**Anhang B:** Anleitung zur Durchführung der Fünf-Minuten-Sprechprobe

**Anhang C:** Kodierbögen und Kodierungshinweise

Kodierungsbogen für das FMSS (Kodierung von Expressed Emotion)

Kodierungsbogen für das FMSS (Kodierung von Parentifizierung und Rollenüberforderung/ESURF)

Kodierungshinweise für die Kodierung von Parentifizierung und Rollenüberforderung (ESURF)

**Anhang D:** Flyer und Informationsblätter der Studie

Kanu-Flyer für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil

Informationsblatt für Eltern ohne eine psychische Erkrankung

Informationsblatt für Kinder/Jugendliche von Eltern ohne eine psychische Erkrankung

## Anhang A

Tabelle a  
 Korrelationen zwischen Indikatoren des familiären Klima, Erziehungsverhalten (jeweils Elterneinschätzung), kindlichen ER-Strategien, kindlichen allgemeinen psychopathologischen Symptomen, emotionalen Symptomen sowie Verhaltensproblemen (jeweils Kindereinschätzung) in der Stichprobe der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
FMSS (Elterneinschätzung)														
1. EE Kritik – Index Magana	–													
2. EE Kritik – Index Leeb	.53***	–												
DEAPQ-EL-GS (Elterneinsch.)														
3. Positives Elternverhalten	-.22	-.04	–											
4. Verantwortungsbew. Elternverh.	-.19	-.01	.43***	–										
5. Machtvolle Durchsetzung	-.15	-.04	.04	.28*	–									
6. Inkonsistentes Elternverhalten	.03	.03	-.26*	-.15	-.08	–								
7. Involviertheit	-.33*	-.13	.62***	.34**	.18	-.21	–							
8. Körperliche Strafen	.11	.18	-.46***	-.26*	.01	.36**	-.27*	–						
9. Geringes Monitoring	.39**	.30*	-.36**	-.22*	.04	.16	-.37**	.33**	–					
SDQ-S (Kindereinschätzung)														
10. Gesamtproblemwert	-.03	.06	-.20 <sup>†</sup>	-.12	.13	.28*	-.03	.01	.19 <sup>†</sup>	–				
11. Emotionale Probleme	-.10	-.00	-.17	-.12	-.04	.25*	-.07	.01	.07	.75***	–			
12. Verhaltensprobleme	-.03	.09	.02	-.14	.06	.21 <sup>†</sup>	-.03	-.08	.17	.73***	.38**	–		
FEEL-KJ (Kindereinschätzung)														
13. Maladaptive ER Kind	-.17	-.09	-.26 <sup>†</sup>	-.19	.11	.30*	-.05	.09	.20	.64***	.56***	.41**	–	
14. Adaptive ER Kind	-.05	.01	.15	.13	-.04	.02	.25 <sup>†</sup>	.02	.08	-.34*	-.32*	-.18	-.28*	–

Anmerkungen. FMSS: Five Minute Speech Sample; EE: Expressed Emotion; DEAPQ-EL-GS: Deutsche erweiterte Version des Alabama Parenting Questionnaire für Grundschul Kinder; SDQ-S: Fragebogen zu Stärken und Schwächen – Selbsteinschätzung durch die Kinder; FEEL-KJ: Fragebogen zur Emotionsregulation von Kinder und Jugendlichen – Selbsteinschätzung durch die Kinder,  $n = 39-81$  (Elterliches FMSS liegt für 58 Personen vor, FEEL-KJ und SDQ-S liegen für 55 Kinder vor), \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ , <sup>†</sup>  $p < .1$ .

**Tabelle b**  
*Korrelationen zwischen Indikatoren des familiären Klimas, Erziehungsverhalten (jeweils Kindereinschätzung), kindlichen ER-Strategien, kindlichen allgemeinen psychopathologischen Symptomen, emotionalen Symptomen sowie Verhaltensproblemen (jeweils Elterneinschätzung) in der Stichprobe der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
FMSS (Einschätzung Kind)												
1. EE Kritik – Index Magana	–											
2. EE Kritik – Index Leeb	.43**	–										
FEB-K (Einschätzung Kind)												
3. Zuwendung	-.39**	-.34*	–									
4. Lenkung	-.09	-.12	.12	–								
5. Zutrauen	-.18	-.42**	.50***	.16	–							
6. Ablehnung	.29†	.24	-.56***	.30**	-.21†	–						
7. Fehlende Grenzsetzung	-.15	-.11	.32**	-.16	.05	-.33**	–					
SDQ-F (Einschätzung Elternteil)												
8. Gesamtproblemwert	.02	.11	.02	.12	.01	.14	.17	–				
9. Emotionale Probleme	.08	-.01	-.05	.06	-.03	.06	.18	.79***	–			
10. Verhaltensprobleme	-.14	.11	-.02	.18	-.05	.19	.11	.79***	.44***	–		
FEEL-KJ (Einschätzung Elternteil)												
11. Maladaptive ER Kind	.06	-.03	-.32**	-.08	-.03	.19†	.04	.35**	.45***	.22†	–	
12. Adaptive ER Kind	.02	.07	.22*	.02	.04	-.18	.19†	-.23*	-.30*	-.16	-.37**	–

*Anmerkungen.* FMSS: Five Minute Speech Sample; EE: Expressed Emotion; SDQ-F: Fragebogen zur Stärken und Schwächen – Fremdeinschätzung durch die Eltern; FEB-K: Fragebogen zur Eltern-Kind-Beziehung für Kinder; FEEL-KJ: Fragebogen zur Emotionsregulation von Kinder und Jugendlichen – Fremdeinschätzung durch die Eltern; \*\* $p < .001$ , \* $p < .01$ , † $p < .05$ , † $p < .05$ , † $p < .1$ ;  $n = 47-81$  (Kindliches FMSS liegt für 47 Kinder vor).

## Anhang B

### Anleitung zur Durchführung der Fünf-Minuten-Sprechstichprobe (FMSS)

#### **Ziel:**

Die befragte Person soll in freier Rede und ohne Unterbrechung jeglicher Art von Seiten des Interviewers ihre Eindrücke und Meinung über eine bestimmte Zielperson abgeben. Der Interviewer darf diese freie Rede auf keine Fall beeinflussen – weder durch Nachfragen noch durch Kommentare verbaler oder nonverbaler Art (z. B. zustimmendes Kopfnicken)

#### **Instruktion für Erwachsene**

Wir würden nun gerne einmal Ihre ganz persönlichen, eigenen Gedanken hören, ohne dass sie durch Fragen oder Kommentare von mir unterbrochen werden. Ich werde sie also jetzt bitten, mal für fünf Minuten zu beschreiben, was für ein Mensch..... (Patient/ Kind) ist und wie sie miteinander zurechtkommen. Nachdem Sie begonnen haben, werde ich Sie nicht unterbrechen, bis die fünf Minuten vorüber sind. Haben Sie noch Fragen bevor wir anfangen?.

#### **Instruktion für Kinder**

Ich würde nun gerne einmal deine ganz persönlichen, eigenen Gedanken hören, ohne dass du durch Fragen von mir unterbrochen wirst oder ich irgendetwas zu dem sage, was du mir erzählst. Ich möchte dich bitten, mal fünf Minuten zu beschreiben, was für ein Mensch.... (dein Vater/ deine Mutter) ist und wie ihr so miteinander zurechtkommt. Nachdem du angefangen hast, werde ich dich nicht unterbrechen, bis die fünf Minuten vorbei sind. Hast du noch Fragen, bevor wir anfangen?

#### **Bereits vor der Instruktion den Rekorder einschalten.**

#### **Nach exakt fünf Minuten abschalten.**

#### **Verhaltensweisen, die der Interviewer nicht zeigen soll:**

- Sagen Sie nichts, während die befragte Person redet – nicht einmal „mhm“. Auch ein Kopfnicken könnte eine Beeinflussung bedeuten. (Am Besten zeigt sich der Interviewer während der ganzen fünf Minuten als konzentrierter Zuhörer, ohne aber Blickkontakt mit der befragten Person aufzunehmen.)
- Stellen sie keine lenkenden Fragen wie z. B. „Könnten Sie mir ein bisschen mehr darüber erzählen, wie Sie und Ihre Tochter miteinander zurechtkommen?“. Oder „Könnten Sie mir ein bisschen mehr darüber erzählen, was für ein Mensch ihr Sohn ist?“

#### **Probleme die während des Interviews auftreten können:**

- Die befragte Person hat Fragen zum Interview, z. B.

- „Was soll ich erzählen, wo soll ich anfangen, interessiert Sie mehr dies oder jenes?“
- Oder während des Interviews:
  - „Ist es das, was sie hören wollen, was soll ich sonst noch erzählen?“
- Auf alle diese Fragen immer mit dem stereotypen Satz antworten: „Alles, was Sie für wichtig halten, damit wir ... (Patient) verstehen können und wie Sie miteinander zurecht kommen“.
- Oder: „Mache ich alles richtig?“
  - Antwort: „Ja, sehr gut.“
- Oder: Wie viel Zeit habe ich noch?
  - Antwort: „Noch ein paar Minuten.“ oder „ Ungefähr eine Minute“
  
- Kommen Fragen die sich nicht auf das Erfragte beziehen, auf später verweisen.
- **Die befragte Person hört vor Ablauf der fünf Minuten auf zu sprechen:**
  - Nach 20 Sekunden: „Sie haben noch ungefähr ...Minuten Zeit.“
  - Nach weiteren 20 Sekunden oder auf eine Rückfrage wieder die allg. Anleitung: „Alles was Sie für wichtig halten, damit wir...“
  
- **Die befragte Person spricht weiter, nachdem die fünf Minuten vorüber sind:**
  - Schalten sie den Rekorder pünktlich ab und lassen Sie die Person ihren Gedanken zu Ende bringen.
  -
- **Die befragte Person fängt an zu weinen:**
  - Bitte nicht unterbrechen. Geben Sie ihr Zeit, sich alleine wieder zu fangen; eventuell mit der Standardformulierung „Bitte erzählen Sie mir alles, was Sie für wichtig halten...“ zum Thema zurückzubringen.
  
- Falls **während des Interviews starke emotionale Beteiligung** auftrat (z. B. Tränen in den Augen), ist es wichtig, dies zu vermerken (E+). Emotionale Beteiligung ist ein bedeutsamer Punkt für die spätere Auswertung, und es ist unmöglich, vom Band her zu beurteilen, ob z. B. Stocken im Redefluss auf Überlegung oder auf Kämpfen mit den Tränen zurückzuführen ist.





**Five Minute Speech Sample – ESURF: Kanu- Kinder psychisch kranker Eltern**

Datum: \_\_\_\_\_ Code: \_\_\_\_\_ Kodierer: \_\_\_\_\_  
 Sprecher: Elternteil Kind Geschlecht: weiblich männlich Alter: \_\_\_\_\_  
 Geschprochen wird über: Elternteil Kind Geschlecht: weiblich männlich Alter: \_\_\_\_\_

Zeit*	Role functioning		Rollenüberfor- derung	Wertschätzung	
	Rollenverschiebung 1 (instrumentelle Parentifizierung)	Rollenverschiebung 2 (emotionale Paren- tizierung)			
	A	b	c	d	
	A	b	c	d	
	A	b	c	d	
	A	b	c	d	
	A	b	c	d	
	A	b	c	d	
	A	b	c	d	
	A	b	c	d	
	A	b	c	d	
	A	b	c	d	
	A	b	c	d	
	A	b	c	d	
	A	b	c	d	
	A	b	c	d	
	A	b	c	d	
	A	b	c	d	
	A	b	c	d	
	0	1	0	1	2

\*Zeit am Ende der Aussage

## ESURF- Kodierungshinweise

### Wertschätzung:

→ Fähigkeit des Elternteils positive Eigenschaften/ Merkmale des Kindes oder seines Verhaltens zu identifizieren und zu benennen

### Hinweise zur Kodierung:

- Eine **0** wird vergeben, wenn keine Wertschätzung geäußert wird oder nur ein Attribut genannt wird
- Eine **1** wird vergeben, wenn 2 oder 3 positive Attribute genannt werden
- Eine **2** wird bei mehr als 3 positiven Attributen gegeben

### Als Wertschätzung wird kodiert:

- tolle Tochter,
- nett, hilfsbereit, intelligent...

### Als Wertschätzung wird nicht kodiert:

- nur Beschreibung eines Hobbys, z. B. „für Musik interessiert“
- viele Freunde: zu unspezifisch; zu kodieren wäre allerdings: kann gut Freundschaften schließen

### Weitere Kodierungshinweise:

- folgt auf die Zuschreibung ein *aber*, muss festgestellt werden, ob darauf Folgendes sich auf die geäußerte Eigenschaften/ Verhalten bezieht
  - Falls ja, Einschränkung mit einbeziehen
  - Falls nein, Attribut uneingeschränkt gelten lassen
    - z. B. er ist hilfsbereit und ein toller Junge, aber er streitet sich oft

## Rollenverschiebung 1 : instrumentelle Fürsorge (Parentifizierung)

→ Das Kind übernimmt Aufgaben, die eigentlich Vater oder Mutter zukommen oder zeigt elterliche Verhaltensweisen die entwicklungsunangemessen sind. Diese Kategorie bezieht sich auf instrumentelle Aspekte:

### Es wird kodiert:

- das Kind übernimmt alters- und rollenunangemessene instrumentelle Aufgaben in der Familie, z. B. mütterliche/ väterliche Aufgaben im Haushalt wie kochen, wecken
- das Kind versorgt sich selbst
- das Kind kümmert sich in starkem Maße um seine Geschwister

### Hinweise zur Kodierung

- es erfolgt eine **dichotome Kodierung**: vorhanden/ nicht vorhanden
-

## **Rollenverschiebung 2: emotionale Fürsorge (Parentifizierung)**

→ Das Kind übernimmt das Kind übernimmt alters- und rollenunangemessene „emotionale“ Aufgaben, die eher einer erwachsenen Freundin oder einem Partner zukommen.

### **Als Rollenerweiterung wird kodiert:**

- das Elternteil bespricht Dinge mit dem Kind, die nicht altersangemessen sind (z. B. Probleme/ Sorgen)
- das Kind schläft, weil das Elternteil es wünscht, mit im „Ehebett“ – Rolle des Vermittlers
- das Elternteil möchte, dass das Kind zu Hause bleibt, damit es nicht alleine ist
- Kind ist Ersatz für andere freundschaftliche Kontakte („ist wie eine Freundin/ ein Freund für mich)

### **Hinweise zur Kodierung**

- es erfolgt eine **dichotome Kodierung**: vorhanden/ nicht vorhanden

## **Rollenüberforderung:**

→ Sich mit der Erziehung und dem Heranwachsen des Kindes zumindest zeitweise überfordert fühlen

- es fällt mir sehr schwer...
- ich weiß nicht, wie ich reagieren soll/ ich weiß nicht weiter
- ich reagiere dann zickig...
- Ich komme an meine Grenzen

### **Hinweise zur Kodierung**

es erfolgt eine **dichotome Kodierung**: vorhanden/ nicht vorhanden

## Anhang D

**Wie sieht die wissenschaftliche Begleitung aus?**

Um zu überprüfen, ob unser Angebot den Familien tatsächlich hilft und was wir vielleicht noch verbessern können, wird das Kanu-Projekt wissenschaftlich begleitet. Das heißt, die Familien werden gebeten zu Beginn und zum Ende des Projekts einige Fragen zu beantworten und Fragebögen auszufüllen. Hier gilt, wie auch bei dem gesamten Projekt, dass alle Daten vertraulich behandelt und nicht an dritte Personen weitergegeben werden.

**Wer kann an dem Projekt teilnehmen?**

Teilnehmen können Familien,

- bei denen ein oder beide Elternteil/e an einer Depression/Manie oder einer schizophrenen Erkrankung leidet/leiden. Es können weitere Begleiterkrankungen vorliegen.
- die Kinder im Alter von 6-14 Jahren haben.
- bei denen die Kinder noch psychisch unauffällig sind (sich z.B. noch nicht in psychotherapeutischer Behandlung befinden).

**Unsere Kontaktdaten:**

Riki van den Broek

Michael Leggemann (EvKB)

0521/ 772 78498 (Telefon-Sprechstunde

montags 09:30 – 10:30 Uhr oder

Arrufbeantworter)

kanu@evkb.de

Julia Griepenstroh (EvKB)

0521/ 772 78522

julia.griepenstroh@evkb.de

Dieter Heitmann (Universität Bielefeld)

0521/ 106 4570

dieter.heitmann@uni-bielefeld.de

# Das KANU-Projekt

## Ein Präventionsangebot für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil



# Kanu

**Gemeinsam weiterkommen**



Fakultät für Gesundheitswissenschaften



Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

### Was ist das Kanu-Projekt?

Das Kanu-Projekt ist ein Angebot für Familien mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteil/en und Kindern im Alter von sechs bis vierzehn Jahren. Es umfasst verschiedene Bausteine (Eltern-, Kind- und Familiengespräche, Elterntraining, Kindergruppe, Patenschaften), die individuell, je nach Bedarf der Familie, zusammengestellt werden können.

### Warum führen wir das Kanu-Projekt durch?

Die psychische Erkrankung eines Elternteils oder beider Eltern hat Auswirkungen auf die gesamte Familie. Auch die Kinder befinden sich dadurch häufig in einer schwierigen und belastenden Lebenssituation. Mit dem Projekt soll ein Gesprächs- und Beratungsangebot für betroffene Familien geschaffen werden, um diese bei der Bewältigung ihrer Situation zu unterstützen.

### Wie genau sieht der Ablauf bei Kanu aus?

Das Kanu-Projekt besteht aus verschiedenen Bausteinen, die jedoch individuell zusammengestellt werden können, je nachdem welche Unterstützung die Familie benötigt. Im Folgenden werden kurz alle möglichen Angebote aufgeführt.

**Eltern- Kind- und Familiengespräche:** Wir führen mit den Eltern allein, mit den Kindern allein und auch mit der gesamten Familie zusammen, Gespräche. Dabei geht es vor allem um die Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf die Familie, insbesondere auf die Kinder. Wir schauen mit der Familie gemeinsam was gut läuft und wo diese vielleicht noch Unterstützung benötigt und bekommen kann. Insgesamt umfasst das etwa sechs Termine. Dies ist der einzige Baustein im Projekt, an dem alle Familien teilnehmen müssen.

**Kindergruppe:** Auch für die Kinder wird eine Gruppe angeboten, in der es darum geht, etwas über psychische Erkrankungen und den Umgang mit Gefühlen zu lernen. Die Kinder bekommen die Gelegenheit, sich mit anderen Kindern, deren Eltern ebenfalls psychisch erkrankt sind, auszutauschen sowie gemeinsam zu spielen und Neues zu erleben. Die Gruppe findet wöchentlich an 10 Terminen statt.

**Elterntraining:** Eltern mit einer psychischen Erkrankung machen sich häufig besonders viele Gedanken um die Erziehung und Entwicklung ihrer Kinder. Dabei können Zweifel und Unsicherheiten im Umgang mit den Kindern entstehen. Durch das Elterntraining sollen sie die Gelegenheit bekommen, voneinander zu lernen und sich mit anderen Eltern auszutauschen. Die Teilnehmer können dabei, wenn gewünscht, von einer Vertrauensperson begleitet (z.B. Partner, Freundin) werden. Das Elterntraining findet wöchentlich an 10 Terminen statt.

**Patenschaften:** Gerade Alleinerziehende haben z. T. wenig Unterstützung und Hilfe bei der Betreuung und Erziehung ihrer Kinder und geraten leicht in eine Überforderungssituation. Dies wurde uns auch häufig in den Interviews berichtet, die wir in der Vorbereitungsphase mit betroffenen Familien geführt haben. In Zusammenarbeit mit dem Kinderschutzbund in Bielefeld vermitteln wir Patinnen für Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil. Patenschaften sehen so aus, dass die Patinnen etwas mit dem Kindunternehmen (meist 1-2 mal pro Woche) und es in einigen Fällen sogar betreuen, wenn die Mutter oder der Vater für eine gewisse Zeit ins Krankenhaus muss. Natürlich lernen sich Familie und Patin vorher kennen und entscheiden dann gemeinsam, ob sie die Patenschaft eingehen wollen. Dies ist ein Angebot, das nur wenigen, die hier einen besonderen Bedarf haben, zukommen kann.

Der zeitliche Ablauf sieht vor, dass wir mit den Eltern zunächst ein Vorgespräch führen. Anschließend können sich die Familien entscheiden, ob sie an der Intervention teilnehmen wollen. Im Falle einer stationären Behandlung finden erste Gespräche zum Ende der Behandlungszeit statt und werden nach der Entlassung fortgesetzt.

## Eltern und Kinder für Teil- nahme an einem For- schungsprojekt gesucht! (Infoblatt für Eltern)

### Wer sind wir?

Wir sind ein Team der Universität Bielefeld und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, die gemeinsam in Bielefeld ein Projekt für Familien durchführen, bei denen ein Elternteil an einer depressiven oder schizophrenen Erkrankung leidet.

### Warum führen wir das Kanu-Projekt durch?

Die psychische Erkrankung eines Elternteils oder beider Eltern hat Auswirkungen auf die gesamte Familie. Auch die Kinder befinden sich dadurch häufig in einer schwierigen und belastenden Lebenssituation. Mit dem Projekt soll ein Gesprächs- und Beratungsangebot für betroffene Familien in Bielefeld geschaffen werden, um diese bei der Bewältigung ihrer Situation zu unterstützen.

### Wie können Sie in uns unter- stützen?

Um zu überprüfen wie gut das Angebot hilft und was wir vielleicht noch verbessern können, wird das Kanu-Projekt wissenschaftlich begleitet. Außerdem möchten wir verschiedene Aspekte wie z.B. das Familienklima oder den Umgang mit Gefühlen in diesen Familien vergleichen mit Fa-

milien, in denen die Eltern psychisch gesund sind. An dieser Stelle könnten Sie uns unterstützen, indem Sie (Vater oder Mutter) uns einige Fragen (anonym) beantworten (ca. 5 Minuten), welche wir auf Tonband aufnehmen und **Fragebögen ausfüllen**. Um ihr Fragebogenpaket abzuholen, kommen wir gerne bei Ihnen vorbei. Wenn Ihnen das nicht recht ist, kön-

nen Sie natürlich auch gerne bei uns vorbeikommen.

Wir garantieren Ihnen, dass alle Daten vertraulich behandelt werden. **Als Dankeschön für ihre Unterstützung erhalten Sie als Familie 10 Euro.**

Wenn Sie sich entscheiden, uns zu unterstützen, benötigen wir von Ihnen eine schriftliche Einwilligung. Sie (bzw. ihr Kind) können aber selbstverständlich auch nach der schriftlichen Einwilligung jederzeit die vollkommen freie Teilnahme ohne irgendwelche Nachteile abbrechen.

**Falls Sie noch Fragen haben, können Sie uns gerne unter der angegebenen Nummer kontaktieren:**

Julia Griepenstroh (EvKB)  
0521/ 772 78522  
julia.griepenstroh@evkb.de



## Teilnehmer für ein Forschungsprojekt gesucht! (Infoblatt für Kinder und Jugendliche)

### Wer sind wir?

Wir sind ein Team aus der Uni Bielefeld und dem Evangelischen Krankenhaus in Bielefeld. Wir alle kümmern uns um die Gesundheit von Menschen. Im Moment machen wir für Kinder, deren Eltern zur Behandlung in Gütersloh und Bielefeld sind ein Projekt.

### Warum machen wir das Projekt?

Die Eltern dieser Kinder sind manchmal krank und nicht gut drauf. Deswegen machen wir für sie ein Projekt. Um herauszufinden ob Ihnen das hilft, stellen wir ihnen vorher und nachher einige Fragen. Ihre Antworten vergleichen wir dann mit denen von Kindern, bei denen die Eltern nicht krank sind. Dafür brauchen wir dich.

### Was genau wollen wir von dir?

Wenn du bei uns mitmachst, werden wir dir einige Fragen stellen, die wir auf Tonband aufnehmen (5 Minuten) und du müsstest einige Fragebögen ausfüllen. Wenn du dabei Fragen nicht beantworten möchtest, egal warum, ist das für uns völlig o.k.

### Wie kann ich bei der Befragung mitmachen?

Deine Eltern müssen sich dann schriftlich mit deiner Befragung einverstanden erklären. Auch wenn du und deine Eltern mit der Befragung einverstanden seid, kannst du jederzeit, ohne einen Grund zu nennen, die Befragung ablehnen oder abbrechen. Nachteile entstehen dir dadurch nicht, auch nicht deinen



Eltern.

### Unsere Kontaktdaten:

Julia Griepenstroh (EvKB)  
 0521/ 772 78522  
[julia.griepenstroh@evkb.de](mailto:julia.griepenstroh@evkb.de)

Janine Thome (EvKB)  
 0521/ 772 78513  
[janine.thome@evkb.de](mailto:janine.thome@evkb.de)

