



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Zwischen den Polen pendeln“

Leben mit einem psychisch kranken Elternteil

Verfasserin

Katharina Ortner

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin / Betreuer: Jun.-Prof. Dr. Sabine Metzing

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere,

- dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.
- dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im Inland noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.
- dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum

Unterschrift



Der Künstler René Magritte (1898-1967) hatte eine psychisch kranke Mutter. Er schuf das Bild mit dem Originaltitel „L'Esprit de géométrie“ in den 1930er Jahren.

*When evening falls so hard
I will comfort you
When darkness comes
And pain is all around
Like a bridge over troubled water
I will lay me down*

*Sail on Silver Girl,
Sail on by
Your time has come to shine
All your dreams are on their way*

*See how they shine
If you need a friend
I'm sailing right behind
Like a bridge over troubled water
I will ease your mind*

aus Bridge Over Troubled Water (Simon & Garfunkel)

Danksagung

Ein aufrichtiges Danke allen Interviewteilnehmern, dass ihr mir euer Vertrauen geschenkt und eure persönlichsten Gedanken mit mir geteilt habt.

All jenen, die die Wichtigkeit des Themas erkannt haben und mich bei der Suche nach betroffenen Jugendlichen unterstützt haben. Ohne euch hätte ich es nicht geschafft!

Frau Dr. Sabine Metzling möchte ich Danke sagen, für Ihren guten Zuspruch, Ihre konstruktive Kritik und dafür, dass Sie mir in den letzten Semestern ein wahrlicher Mentor waren.

Mein Dank gilt Frau Dr. Hanna Mayer, da Sie während dem Studium stets bemüht waren eine angenehme und persönliche Atmosphäre für die Studenten zu schaffen.

Von ganzem Herzen dankbar bin ich für meine Familie.

Danke Mama und Papa, dass ihr mir das Studium ermöglicht habt, mich unterstützt und für mich da seid.

Meinen lieben Schwestern – Christina und Anna – danke, für's Zusammenhalten, auch wenn es im „Dreimäderlhaus“ öfters rund geht.

Danke auch an meine Omas, für die langen Gespräche und dafür, dass ihr mir viel beigebracht habt.

Danke an meine Freunde, die mich während der Diplomarbeit begleitet haben. Für die erholsamen Kaffeepausen, das gemeinsame Wieder-Mut-Finden und das offene Ohr nach arbeitsreichen Tagen.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	13
Abstract	14
1. Einleitung	15
2. Relevante Literatur.....	16
2.1 Literaturrecherche	16
2.2 Steigende Zahl wissenschaftlicher Publikationen	17
2.3 Ergebnisse der Literaturstudie	17
2.3.1 Die Bedeutung pflegender Angehöriger	18
2.3.2 Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige	19
2.3.3 Zahlen zu Elternschaft und psychischer Krankheit	21
2.3.4 Einfluss auf Kinder	24
2.3.5 Kindliche Lebenswelt	30
2.3.6 Kommunikation und Wissen über Krankheit und Psychiatrie	36
2.3.7 Kindliche Bewältigung	38
2.3.8 Zusammenfassung.....	38
3. Darstellung des Problems	40
3.1 Motivation und Ziele der Studie	40
3.2 Forschungsfragen	41
4. Forschungsprozess	43
4.1 Studiendesign.....	43
4.1.1 Grounded Theory	43
4.2 Stichprobe	46
4.2.1 Einschlusskriterien.....	46
4.2.2 Feldzugang	47
4.2.3 Ethische Überlegungen	53
4.3 Darstellung der Interviewteilnehmer	55
4.4 Datenerhebung	56
4.5 Datenanalyse	59
4.6 Gütekriterien.....	60
5. Ergebnisse	62
5.1 Die Phänomene.....	62
5.1.1 Phänomen „Zwischen den Polen pendeln“	62

5.1.2 Phänomen „Krankheit im Zaum halten – Eskalation verhindern“	84
5.2. Beantwortung der Forschungsfragen.....	93
6. Diskussion	101
6.1 Implikationen für die Praxis.....	106
6.2. Grenzen der Arbeit.....	107
7. Literaturverzeichnis.....	109
8. Abbildungsverzeichnis.....	115
9. Tabellenverzeichnis.....	116
10. Anhang.....	117
10.1 Einverständniserklärung	117
10.2 Aushang.....	118
10.3 Informationsblatt.....	119
10.4 Interviewleitfaden.....	120
10.5 Curriculum vitae.....	123

Zusammenfassung

Ziel Das Ziel dieser Diplomarbeit ist es, in Erfahrung zu bringen, wie Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil leben und welche Rolle die Kommunikation über die Krankheit in der Familie spielt.

Methoden Es wurden neun qualitative Interviews mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 13 bis 24 Jahren geführt, die zum Zeitpunkt des Interviews zumindest einen psychisch kranken Elternteil hatten. Die aufgenommenen Interviews wurden im Anschluss transkribiert und im Datenanalyse-Programm MAXQDA anhand der Methode der Grounded Theory ausgewertet.

Ergebnisse Die Ergebnisse zeigen, dass das Leben von Kindern psychisch kranker Eltern in hohem Maße von der Krankheit des Elternteils bestimmt wird. Die Jugendlichen „pendeln zwischen den Polen“, denn sie opfern sich einerseits für die Familie und den kranken Elternteil auf, andererseits zwingt sie das Verhalten des Elternteils auch dazu, sich selbst zu schützen. Sie beobachten die kranke Mutter oder den kranken Vater genau und versuchen eine mögliche Eskalation von Konflikten oder die Verschlechterung der Symptome zu verhindern. In vielen Familien wird nie oder nur wenig über die Krankheit gesprochen, manchmal verhängen Eltern sogar Kommunikationsverbote. Die Kinder haben dennoch ein großes Bedürfnis nach Information und Austausch mit Anderen. Sie kümmern sich eigenständig darum, mehr über die Krankheit zu erfahren und teilen ihr Wissen mit den Geschwistern.

Praktische Implikationen Jenen Berufsgruppen, die mit Kindern psychisch kranker Eltern in Kontakt kommen, wird empfohlen, sich ein Basiswissen über das kindliche Erleben der Krankheit anzueignen. Pflegepersonen sollen den Kindern wertschätzend begegnen, ihnen möglichst früh ärztliche Aufklärungsgespräche anbieten und auf weiterführende Unterstützungsmöglichkeiten hinweisen .

Abstract

Objective The aim of this thesis is to learn about the children's perspective of living with a mentally ill parent and the role of communication about the illness within the family.

Methods Nine adolescents and young adults aged 13 to 24 years with a currently mentally ill parent were interviewed. The recorded qualitative interviews were transcribed and subsequently analyzed in MADQDA program according to Grounded Theory respects.

Results Results show, children's lives are highly determined by the parent's mental illness. The children oscillate between two poles, as they on one hand devote themselves to the family and the ill parent, and on the other hand are forced to protect themselves. Children monitor the ill father or mother and try to avoid possible escalation or deterioration of symptoms. A lot of families don't talk about the parental illness, sometimes they even forbid children to speak about the situation with others. Nevertheless children feel the urge to be informed about the illness and long for communication with others. This is why they autonomously acquire knowledge and share it with their siblings.

Practice implications When coming into contact with children basic knowledge of children's experience over parental mental illness is required. Nurses are recommended to have an accepting attitude towards children, offer early medical education and point out additional support.

1. Einleitung

Die Aussage „Immer mehr Menschen sind psychisch krank!“ findet man häufig in Tageszeitungs- oder Zeitschriftenartikeln. Die Erkenntnis, dass psychisch kranke Menschen keine vernachlässigbar kleine Gruppe sind, scheint inzwischen auch die breite Öffentlichkeit erreicht zu haben.

Wie psychisch Kranke in ihrer Familie – mit ihrem Partner¹ und ihren Kindern – leben, wurde bisher jedoch selten thematisiert. Auch in der medizinischen und psychologischen Behandlung beschäftigt man sich hauptsächlich mit dem Patient und geht, obwohl mittlerweile ein großer Teil der Genesung und Betreuung zuhause stattfindet, nur selten auf die Angehörigen ein.

Die vorliegende Diplomarbeit möchte sich mit den Kindern² auseinandersetzen, die in einer Familie mit einem psychisch kranken Elternteil leben und aufwachsen.

Die internationale Forschung hat bereits erkannt, dass Kinder und Jugendliche einen wichtigen Beitrag in der Pflege des kranken Elternteils übernehmen (siehe „Young Carers Research Group“). Auch in der deutschsprachigen Literatur findet man zunehmend mehr Publikationen, die sich mit der Situation pflegender Kinder befassen (siehe Metzing, 2007).

Für die Forscherin stellt sich also die Frage, wie Kinder die psychische Krankheit des Elternteils erleben und welche Rolle sie in der Familie übernehmen. Da eine psychische Störung ein Stigma für den Betroffenen und seine Familie darstellen kann, soll die Bedeutung der Krankheit und die Reaktionen des sozialen Umfelds beschrieben werden. Außerdem soll herausgearbeitet werden, was Kinder über die elterliche Krankheit wissen und woher sie ihre Informationen beziehen.

Ziel der Arbeit ist es, die Situation von Kindern und Jugendlichen die mit einem psychisch kranken Elternteil leben, zu verstehen. Die Bedürfnisse dieser Zielgruppe sollen thematisiert und ein möglicher Unterstützungsbedarf soll ermittelt werden.

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Es soll festgehalten werden, dass die männliche Form sowohl Frauen als auch Männer einschließt.

² Wenn von „Kindern“ gesprochen wird, ist nicht nur die Altersgruppe bis 12 Jahren gemeint, sondern sind generell Söhne und Töchter von psychisch kranken Eltern eingeschlossen. Sofern nicht eine bestimmte Altersgruppe angegeben ist, wird also von Kindern gesprochen.

2. Relevante Literatur

In diesem Kapitel wird sowohl der Zugang zur Literatur und die Suche beschrieben, als auch die Auswahl relevanter Artikel begründet.

Der Ergebnisteil gibt einen guten Überblick über die gefundene Literatur zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern.

Am Ende des Literaturteils werden die wichtigsten Ergebnisse in einer Zusammenfassung festgehalten.

2.1 Literaturrecherche

Die Suche nach relevanter Literatur wurde zu mehreren Zeitpunkten im Forschungsprozess durchgeführt. In die Literaturrecherche wurden englisch- und deutschsprachige – bevorzugt peer-reviewed – Artikel eingeschlossen.

Unter Zuhilfenahme der Datenbanken „Cinahl“, „PsychInfo“ und „PubMed“ wurden wissenschaftliche Publikationen zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ und „Leben mit einem psychisch kranken Elternteil“ recherchiert. Zusätzlich wurde noch mittels „Schneeballprinzip“ nach interessanten Arbeiten aus vorhandener Literatur gesucht.

Die zentrale Fragestellung „Wie gestaltet sich das Leben mit einem psychisch kranken Elternteil?“ wurde an die Literatur gestellt. Die Suche nach Risiko-, Resilienz- und Vulnerabilitätsstudien wurde jedoch nicht vertieft, da jene nicht dem inhaltlichen Schwerpunkt der Arbeit entsprechen.

In den Ergebnisteil der Literaturarbeit wurden hauptsächlich aktuelle Quellen aus den Disziplinen der Pflegewissenschaft, Psychologie und Medizin (Psychiatrie) eingearbeitet.

2.2 Steigende Zahl wissenschaftlicher Publikationen

Mattejat, Lenz und Wiegand-Grefe (2011) ermitteln über die Literaturdatenbank „PsychInfo“ die Anzahl der Publikationen über Kinder psychisch kranker Eltern im Zeitraum 1960 bis 2009 (Abbildung 1). Es zeigt sich, dass die Veröffentlichungen internationaler wissenschaftlicher Arbeiten über die Zeit stetig zunahm. Eine eigene Recherche mit denselben Suchkriterien ergab 511 Publikationen (Recherche am 23. Juli 2012; Filter: [all years]).

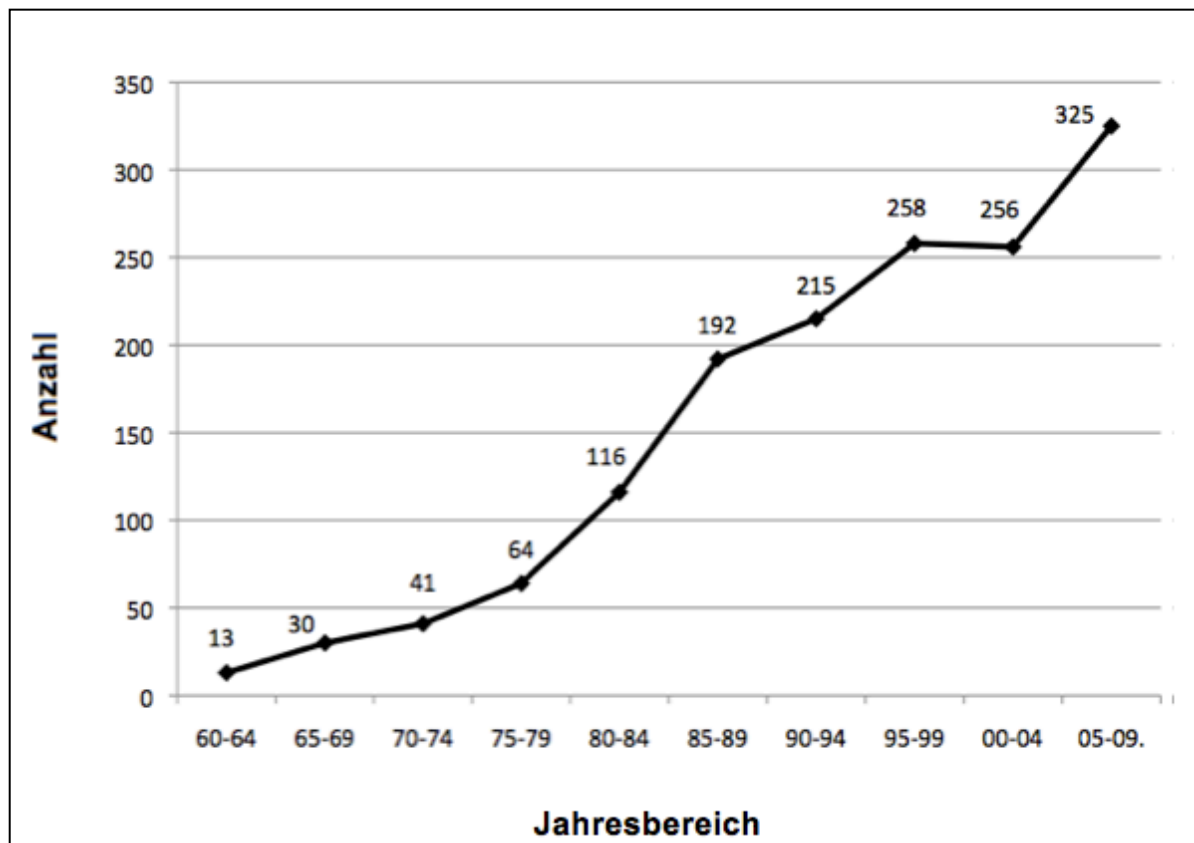


Abbildung 1 Absolute Anzahl der Veröffentlichungen über Kinder psychisch kranker Eltern in der Literaturdatenbank "PSYCHINFO", aufgeschlüsselt nach 5-Jahres-Zeiträumen 1960-2009; (Mattejat, Lenz & Wiegand-Grefe, 2011).

2.3 Ergebnisse der Literaturstudie

Das folgende Kapitel gliedert sich in acht Abschnitte. Die Forscherin versucht einen Überblick bisheriger wissenschaftlicher Forschung über pflegende Angehörige zu geben und legt anschließend den Fokus auf Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige.

Im dritten Kapitel werden Statistiken über Elternschaft und psychische Krankheit vorgestellt, um eine Vorstellung zu bekommen, wie viele stationär-behandelten Patienten Kinder haben.

Weiters werden allgemeine Faktoren, die Kinder beeinflussen, erläutert und der Bogen zur Risiko- Resilienz- und Vulnerabilitätsforschung gespannt.

Hauptteile des Literaturbestands finden sich im Unterkapitel „Kindliche Lebenswelt“ und „Kommunikation und Wissen über Krankheit und Psychiatrie“ wieder. Die Forschungsfragen ergaben sich in erster Linie aus der hier angeführten Literatur.

Inhaltlicher Abschluss des Literaturkapitels ist die Auseinandersetzung mit dem Thema „Kindliche Bewältigung“.

In der Zusammenfassung werden noch einmal wichtige Ergebnisse aus dem Datenbestand wiedergegeben und Schlussfolgerungen für die Empirie gezogen.

2.3.1 Die Bedeutung pflegender Angehöriger

Die Bedeutung der Angehörigen als wichtige Ressource für psychisch Kranke wurde erst mit der Psychiatriereform Ende der 1970er-Jahre und dem Auf- und Ausbau der gemeindenahen Versorgung erkannt. Die Anzahl der Betten in psychiatrischen Abteilungen wurde im Zuge der Reform drastisch verringert, und die Psychosozialen Dienste bilden seither ein unerlässliches Netzwerk sozialpsychiatrischer Versorgung.

Psychiatrische Patienten werden zudem immer früher aus der stationären Behandlung entlassen. 1990 waren Patienten mit einer psychischen Erkrankung durchschnittlich 38,4 Tage im Krankenhaus. Die Zahl sank bis zum Jahr 2000 auf durchschnittlich 16 Tage und bis 2008 auf 15,7 Tage (Statistik Austria, 2011a). Auch für Deutschland lässt sich ein ähnlicher Trend feststellen. Laut dem statistischen Jahrbuch für das Bundesland Nordrhein-Westfalen betrug die Verweildauer auf psychiatrischen Stationen in Allgemeinkrankenhäusern 1995 noch 44 Tage, fünf Jahre später bereits 27 Tage (Wagenblass, 2004a).

Die frühzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus führt dazu, dass der weitere Genesungs- und Betreuungsprozess in der Familie fortgesetzt werden muss. Der Versorgungstransfer vom stationären in den familiären Bereich bindet die Angehörigen vermehrt ein und stellt sie gleichzeitig vor enorme Herausforderungen.

Simon (1994) spricht sogar von den pflegenden Angehörigen als „große Verlierer“ der Psychiatriereform: „Ungefragt, uninformatiert, ungeschult und unbezahlt sind sie die wahren Kostenträger der Psychiatriereform“ (Simon, 1994, S. 232-233).

Aus dem Österreichischen Psychiatriebericht (Katschnig, Denk & Scherer, 2004) geht hervor, dass die Angehörigen eine wichtige Rolle in der (häuslichen) Versorgung des Patienten übernehmen, ohne die diese zumeist auf sich alleine gestellt wären. In der wissenschaftlichen Literatur werden psychische Erkrankungen durchwegs als Familienerkrankungen bezeichnet (z.B. Gehrman & Sumargo, 2009; Wagenblass, 2004a). Das ganze System Familie, mit allen Mitgliedern, ist betroffen und muss versuchen, den neuen Aufgaben gerecht zu werden.

In Bezug auf die Behandlung psychisch Kranker gibt es Evidenz, dass sich familiengestützte Interventionen positiv auf Patient und Familie auswirken. Pharoah, Mari, Rathbone und Wong (2010) zeigen in einer Metaanalyse von 53 randomisiert-kontrollierten Studien, dass bei Schizophrenie-Patienten mit psychosozialen Familieninterventionen die Rückfallrate im Vergleich zu Patienten, die eine Standardbehandlung erhielten, signifikant reduziert werden konnte. Durch die Behandlung wurde außerdem eine verbesserte Compliance der Medikamenteneinnahme, eine geringere Anzahl der Rehospitalisierungen und eine gemäßigte Belastung der Familien nachgewiesen.

Die Bedeutung der Familie für die Versorgung und die Genesung des Kranken ist demgemäß in der Wissenschaft sowie in der klinischen Praxis bekannt und mittlerweile zu einem wichtigen Bestandteil moderner psychiatrischer Versorgung geworden.

2.3.2 Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige

Ab Mitte der 1990er Jahre wurde zunehmend die spezielle Situation von Kindern psychisch kranker Eltern thematisiert, zuvor war der Fokus hauptsächlich auf die gesamte Familie und die erwachsenen Angehörigen (z. B. den Partner) gerichtet.

Aufgrund der schwierigen Erreichbarkeit minderjähriger Kinder wurden häufig retrospektiv erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern befragt. Murphy und Kollegen geben in einer systematischen Übersichtsarbeit aus qualitativen Studien

eine Zusammenfassung der Perspektiven erwachsener Kinder psychisch kranker Eltern (Murphy, Peters, Jackson & Wilkes, 2011). Rückblickend können Erwachsene die genauen Umstände ihrer damaligen Situation schlechter erinnern und es kann zu Verzerrungen und Überlagerungen kommen. Erwachsene bringen ihre Erfahrungen anders zum Ausdruck und können kindliche Erlebnisse relativieren (Lenz, 2005).

An der Loughborough University in Großbritannien gründete der Sozialwissenschaftler Saul Becker Anfang der 1990er Jahre die „Young Carers Research Group“. Die Publikationen, die bisher daraus entstanden, sind sowohl auf nationaler als auch internationaler Ebene angesehen und haben den Diskurs über pflegende Kinder und Jugendliche maßgeblich gefördert. Die Studien beschäftigen sich mit der Situation von Kindern kranker Eltern, es wurden jedoch auch zahlreiche Artikel über die spezielle Situation von Kindern psychisch kranker Eltern publiziert.

Das Buch „... nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker“ von Fritz Mattejat und Beate Lisofsky, war das erste, das im deutschen Sprachraum zum Thema verlegt wurde (1998). Außerdem waren im Jahr 2002 die Veröffentlichung des Buches „Wenn Eltern psychisch krank sind ...“ von Reinhold Schone und Sabine Wagenblass, sowie Albert Lenz' „Kinder psychisch kranker Eltern“ (2005) und „Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen“ (2008) bedeutsam für weitere Forschungsarbeiten und Präventionsprojekte (Mattejat, Lenz & Wiegand-Grefe, 2011).

Die Publikationen der Pflegewissenschaftlerin Sabine Metzging beleuchten erstmals die Perspektiven der Kinder und Jugendlichen als *pflegende* Angehörige in Deutschland. Im Rahmen des Forschungsprojektes „Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Eine Untersuchung zu Bedeutung und Konstruktion familialer Pflege, welche von Kindern und Jugendlichen erbracht wird“ wurden 41 Kinder und Jugendliche sowie 41 Eltern (davon 2 Großeltern) interviewt.

Ziel der Untersuchung war es, einen detaillierten Einblick in die Familie und die persönliche Situation der Kinder und Jugendlichen zu bekommen. Aus den Interviews konnten zwei zentrale Phänomene abgeleitet werden, die das Zusammenleben in der Familie und die Situation als pflegende Angehörige darstellen. Das Phänomen „die Familie zusammenhalten“ beschreibt, wie Kinder versuchen, den familiären Alltag aufrecht zu halten und einen möglichen Zerfall der Familie zu verhindern. „Die Lücken füllen und in Bereitschaft sein“ sowie „nicht darüber reden“ spiegeln die Notwendigkeit und Kompromisslosigkeit ihrer Hilfe wider.

Das zweite Phänomen „normal weiterleben können“ zeigt einerseits die Hoffnung, trotz der elterlichen Erkrankung normal zu leben und andererseits die Erwartung, den Alltag durch Unterstützung von außen besser bewältigen zu können (Metzing, 2007).

Die Stichprobe für die Studie von Metzing enthielt sowohl Kinder körperlich kranker Eltern, als auch Kinder psychisch kranker Eltern. Die beiden Gruppen wurden jedoch nicht getrennt voneinander in der Analyse dargestellt.

2.3.3 Zahlen zu Elternschaft und psychischer Krankheit

Bisher gibt es noch wenige verlässliche Angaben über Elternschaft und psychische Erkrankungen. Mattejat et al. (2000) sprechen von einer Mutterlastigkeit in den bisherigen Untersuchungen, psychisch kranke Väter wurden bislang kaum untersucht. Fegert (2004) schätzt die Zahl der Mütter, die in einer Psychiatrie behandelt werden, auf mehr als ein Drittel. Diese Gruppe wird nicht spezifisch wahrgenommen und folglich gibt es kaum passende Angebote zur Unterstützung.

Grube und Dorn befragten 2005 in einer Frankfurter Klinik alle ambulanten, tagesklinisch oder stationär behandelten Frauen und Männer über Elternschaft und Anzahl der Kinder. Die 438 Personen waren bis zu 60 Jahre alt und die Anzahl der Männer und Frauen war in etwa gleich. Die Hauptdiagnosen waren Schizophrenie (43,6%), affektive Störungen (19,4%), Persönlichkeitsstörungen, Reaktionen, Neurosen (16,4%), Suchterkrankungen (15,3%) und 5,3% der Befragten litten an hirnnorganischen Störungen.

	n	%		n	%
Untersuchte Gruppe gesamt	438				
Alter in Jahren:			Hauptdiagnosen:		
Mittelwert	39,6		Schizophrenie		43,6%
Standardabweichung	10,8		affektive Störungen		19,4%
Range	18-60		Persönlichkeitsstörungen, Reaktionen, Neurosen		16,4%
			Suchterkrankungen		15,3%
Behandlung:			hirnnorganische Störungen		5,3%
stationär oder teilstationär		54,6%			

ambulant		45,4%	Familienstand:		
			primär allein lebend		40,2%
Geschlecht:			verheiratet oder in fester Beziehung		33,3%
Frauen	216	49,3%	getrennt oder geschieden		23,1%
Männer	222	50,7%	verwitwet		3,4%

Tabelle 1 Angaben zur untersuchten Gruppe (Grube & Dorn, 2007)

	n	%
Eltern:		
Elternschaft insgesamt	193	44,1%
Mütter insgesamt	118	54,6%
Väter insgesamt	75	33,8%
Elternschaft bei minderjährigen Kindern	116	26,5%
Mütter von minderjährigen Kindern	72	34,3%
Väter von minderjährigen Kindern	44	20,6%
Zusammenleben:		
Eltern, die mit ihren Kindern zusammenleben		23,5%
Mütter, die mit ihren Kindern zusammenleben		14,8%
Väter, die mit ihren Kindern zusammenleben		8,7%
Zusammenleben mit minderjährigem Kind: Partner psychisch erkrankt	11/103	10,7%
Kinder:		
Anzahl insgesamt	375	
Anzahl minderjähriger Kinder	197	
Anzahl der mit den Eltern zusammenlebenden Kinder	184	
Anzahl der mit den Eltern zusammenlebenden minderjährigen Kinder	119	
Anzahl der selbstständig lebenden Kinder	114	
Anzahl der in anderen Institutionen lebenden Kinder	77	
Diagnosen:		
Elternschaftsrate bei schizophrenen Erkrankten ³		31,9%
Mütter		22,0%

³ In der Originaltabelle von Grube und Dorn (2007) wurde mit einem falschen Nenner (Anzahl der Schizophrenie Hauptdiagnosen) gerechnet. In der Tabelle wurden die Werte korrigiert.

Väter		9,9%
Elternschaftsrate bei affektiv Erkrankten		69,4%
Mütter		41,2%
Väter		28,2%
Elternschaftsrate bei Suchterkrankten		55,2%
Mütter		23,9%
Väter		31,3%
Elternschaftsrate bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, Reaktionen und Neurosen		44,4%
Mütter		33,3%
Väter		11,1%
Elternschaftsrate bei hirnorganischen Erkrankten		17,4%
Mütter		8,7%
Väter		8,7%

Tabelle 2 Deskriptive Beschreibung von Elternvariablen, Elternschaftsrate und Kindern (Grube & Dorn, 2007)

193 befragte Personen (44,1%) waren Eltern von insgesamt 375 Kinder, wobei mehr als ein Viertel der Gesamtgruppe minderjährige Kinder hatte. Etwa die Hälfte aller Kinder lebten mit einem psychisch kranken Elternteil zusammen, und 11 von 103 Kindern mit zwei kranken Eltern.

Die häufigsten Diagnosen bei erkrankten Eltern sind affektive Störungen (69,4%) und Suchterkrankungen (55,2%). Zu den affektiven Störungen zählen u.a. manische und depressive Episoden, bipolare affektive Störungen und depressive Störungen.

Die beschriebene „Mutterlastigkeit“ zeigte sich bei Grube und Dorn sowohl in den Zahlen über Elternschaft (118 Mütter, 75 Väter), als auch in den einzelnen Diagnosen. Mit Ausnahme der Suchterkrankungen und der hirnorganischen Störungen, litten Frauen deutlich öfter an Schizophrenien, affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Reaktionen und Neurosen.

Die angeführten Statistiken zeigen, dass Elternschaft bei psychischen Krankheiten keine Seltenheit ist. Es handelt sich hierbei jedoch ausschließlich um diejenigen, die im Zuge ihrer Erkrankung stationär oder ambulant betreut wurden. Schwer erfassbar sind jene Eltern, die sich nicht krankheitseinsichtig zeigen und demzufolge nicht im Krankenhaus vorstellig werden, weder Fach- noch Hausarzt aufsuchen und keine

Hilfs- und Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen. Die Dunkelziffer dürfte folglich bedeutend höher sein und demgemäß die Zahl der Kinder.

2.3.4 Einfluss auf Kinder

Allgemeine psychosoziale Risikofaktoren

Die Mediziner Gehrmann und Sumargo (2009, S. 385) fassen nach einer Literaturanalyse allgemeine, psychosoziale, elterliche und familiäre Merkmale zusammen, die nachteilige Auswirkungen auf Kinder haben können:

1. Psychische Erkrankung eines oder beider Elternteile
2. Suchterkrankungen der Eltern
3. Junge Mutter (<20 Jahre), rasche Geschwisterfolge
4. Eltern stammen selber aus „broken-home“-Familien, Heimerziehung, eigene Misshandlungserfahrungen
5. Chronischer Streit bzw. Gewalt in der Partnerschaft
6. Armut, unzureichende Wohnverhältnisse
7. Isolation, mangelnder Familienzusammenhalt, Migration ohne Integration
8. Niedriger Bildungs- bzw. Berufsstatus der Eltern und Arbeitslosigkeit
9. Verlust von wichtigen Bezugspersonen des Kindes, insbesondere eines Elternteils

Risikofaktoren beeinflussen sich wechselseitig. Ist ein Faktor vorhanden, ist auch die Wahrscheinlichkeit weiterer psychosozialer Risikofaktoren erhöht („Multiproblem-Milieus“, Lenz & Kuhn, 2011). Statistiken aus dem Österreichischen Integrationsbericht 2011 verdeutlichen den Zusammenhang: Personen mit Migrationshintergrund wohnen in kleineren Wohnungen als österreichische Staatsbürger und sind unabhängig von ihrem Bildungsniveau stärker von Arbeitslosigkeit betroffen. Durchschnittlich sind in den Jahren 2007 bis 2009 11% der

österreichischen Bevölkerung armutsgefährdet⁴ und 24% der Nicht-Österreicher. 5% österreichische und 15% ausländische Staatsangehörige sind manifest arm⁵. Gesundheitsbezogene Erhebungen zeigen, dass Migranten häufiger an chronischen Angstzuständen oder Depressionen leiden als Österreicher (Statistik Austria, 2011b).

Ergebnisse aus Risiko-, Resilienz- und Vulnerabilitätsstudien

Laut Lenz (2005) gibt es drei wesentliche Forschungsrichtungen, die sich mit der Thematik der Kinder psychisch kranker Eltern befassen: die Risikoforschung, die Resilienz- und Bewältigungsforschung und die Vulnerabilitätsforschung.

Wichtige Ergebnisse der Untersuchungen zum kindlichen Risiko sind, dass zirka ein Drittel der Kinder eines psychisch kranken Elternteils selbst psychiatrische Störungen aufweist, ein weiteres Drittel vorübergehende Auffälligkeiten und ein Drittel keinerlei Beeinträchtigungen zeigt. Diese Ergebnisse beziehen sich hauptsächlich auf Kinder, deren Eltern an schizophrener Psychose oder affektiver Psychose erkrankt sind. Kinder depressiver Eltern zeigen gehäuft depressive Symptome während Kinder schizophrener Patienten andere psychische Störungen entwickeln. Es konnte zudem festgestellt werden, dass eine bipolare Störung eine größere Heredität aufweist als unipolare Depressionen (Lenz, 2005).

Das Risiko für Kinder an einer psychischen Störung zu erkranken, ist bei psychisch kranken Eltern, im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung, deutlich erhöht. Auffälligkeiten der Kinder manifestieren sich im emotionalen Bereich, in der kognitiven Entwicklung und im Umgang mit Anderen (Lenz, 2005; Remschmidt & Mattejat, 1994). Kindliche Störungsbilder umfassen depressive Störungen, aggressive, dissoziale und hyperkinetische Verhaltensstörungen. Mädchen tendieren häufiger zu internalisierenden (z.B. depressive Symptomatik), Jungen zu externalisierenden Auffälligkeiten (z.B. Hyperaktivität, dissoziales Verhalten) (Überblick bei Plass, Ohntrup & Wiegand-Grefe, 2011).

⁴ „Armutsgefährdet sind jene Personen, deren jährliches Äquivalenzeinkommen (= pro Kopf gewichtetes Haushaltseinkommen) unterhalb von 60% des Medians aller Einkommen (= Armutsgefährdungsschwelle) liegt.“ (ebd, S.110).

⁵ „Von manifester (sichtbarer) Armut betroffen sind Personen, die angeben, sich zwei oder mehr essenzielle Dinge des täglichen Lebens nicht leisten zu können (angemessene Beheizung, regelmäßige Begleichung von Miete und Betriebskosten, notwendige Arzt- und Zahnarztbesuche, Begleichung unerwarteter Ausgaben (z.B. Reparaturen), neue Kleidung, Lebensmittel)“ (ebd, S.110)

Das Ausmaß der möglichen psychischen Folgen wurde in zahlreichen Publikationen thematisiert. Romer, Möller und Wiegand-Grefe (2011, S. 37) fassen mehrere Publikationen zusammen, die davon ausgehen, dass die Auswirkungen auf die Kinder umso gravierender sind,

1. je stärker die Kinder in die Symptomatik des kranken Elternteils einbezogen sind (z.B. in Wahnvorstellungen);
2. je jünger sie sind, wenn die elterliche Erkrankung auftritt;
3. wenn gravierende, ungelöste elterliche Konflikte bestehen;
4. wenn die Familie isoliert ist;
5. wenn die Erkrankung zum Auseinanderbrechen der Familie führt.

Die Resilienz- und Bewältigungsforschung stellt sich die Frage, warum trotz widriger Lebensumstände immerhin zwei Drittel der Kinder keine bzw. vorübergehende Auffälligkeiten zeigen. Das Konzept der „Resilienz beschreibt einen dynamischen oder kompensatorischen Prozess positiver Anpassung angesichts bedeutender Belastungen. Es gelingt resilienten Kindern, relativ unbeschadet mit den Folgen herausfordernder bzw. belastender Lebensumstände umzugehen und dafür Bewältigungskompetenzen zu entwickeln“ (Lenz & Kuhn, 2011, S. 273).

Resilienz ist kein zeitlich stabiles, situationsübergreifendes Merkmal und bedeutet auch nicht eine generelle Abwesenheit von Störungen (Masten & Powell, 2003, zitiert nach Lenz & Kuhn, 2011).

Protektive Faktoren haben einen „schützenden“ Einfluss auf die kindliche Entwicklung und tragen zur Resilienz der Kinder bei. Protektivfaktoren werden in generelle und spezielle Schutzfaktoren unterteilt und gehen vom Kind, der Familie und der sozialen Umwelt aus (Lenz, 2008; Lenz, 2005; Mattejat, Wüthrich & Remschmidt, 2000) (Tabelle 3).

Generelle Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern	
Kindzentrierte Schutzfaktoren	• Temperament (Flexibilität, Anpassungsvermögen, Kontaktfreudigkeit, Robustheit, Aktivität, überwiegend positive Stimmungslage) • Soziale Empathie und Ausdrucksfähigkeit (Wahrnehmung eigener Gefühle und sozialer Signale, Verbalisierung und Regulierung eigener Emotionen, Wahrnehmung und Verstehen sozialer Regeln, Handlungsausrichtung nach sozialen Regeln, konstruktiver Umgang mit Konflikten) • Problemlösefähigkeit und realistische Selbsteinschätzung • Gute bzw. überdurchschnittliche Intelligenz und positive Schulleistungen • Positives Selbstkonzept (Selbstwert, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, interne Kontrollüberzeugung) • Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl
Familienzentrierte Schutzfaktoren	• Emotional sichere und stabile Beziehung zu mindestens einem Elternteil oder einer anderen Bezugsperson • Emotional positive, zugewandte und akzeptierende sowie zugleich normorientierte, angemessen fordernde und kontrollierende Erziehung • Gute Paarbeziehung der Eltern, offene und produktive Austragung von Konflikten • Familiäre Beziehungsstrukturen, die sich durch emotionale Bindung und Anpassungsvermögen an Veränderungen bzw. Entwicklungen auszeichnen
Soziale Schutzfaktoren	• Soziale Unterstützung und sozialer Rückhalt durch Personen außerhalb der Familie • Einbindung in ein Peer-Netzwerk • Soziale Integration in Gemeinde, Vereine, Kirche etc.
Spezielle Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern	
	• Alters- und entwicklungsadäquate Informationsvermittlung und Aufklärung über die Krankheit der Eltern • Adäquate individuelle und familiäre Krankheitsbewältigung in der Familie

Tabelle 3 Generelle und spezielle Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern (Lenz, 2008, S. 61; Lenz, 2005; Mattejat, Wüthrich & Remschmidt, 2000)

Künftige Forschung sollte die Gewichtung und das Ausmaß auf einzelne Risiko- und Protektivfaktoren bestimmen. Ferner stellt sich die Frage, wie sich mehrere Risikofaktoren auf die kindliche Entwicklung auswirken. Über Wechselwirkungen der verschiedenen Faktoren liegen darüber hinaus noch wenige Ergebnisse vor, Mattejat geht jedoch von einem multiplikativen Zusammenhang der psychosozialen Belastungsfaktoren aus (Mattejat, Wüthrich & Remschmidt, 2000; Mattejat & Lisofsky, 2008).

Die Vulnerabilität eines Kindes zeigt seine Verletzbarkeit gegenüber ungünstigen Einflussfaktoren (Bender & Lösel, 1998, zitiert nach Lenz & Kuhn, 2011). Die Auswirkungen von elterlichen Auffälligkeiten auf die Entwicklung des Kindes werden in Vulnerabilitätsstudien untersucht. Weiterer Forschungsbedarf besteht darin zu klären, auf welche psychosozialen Belastungsfaktoren die erhöhten Auffälligkeiten der Kinder zurückzuführen sind. Außerdem stellt sich die Frage, ob die elterliche Erkrankung eine direkte Ursache für psychische Auffälligkeiten bei Kindern darstellt, oder ob sich andere moderierende Variablen festmachen lassen (Mattejat et al., 2000).

Aldridge (2006) diskutiert, dass Kinder nicht notwendigerweise alleine durch die psychische Krankheit der Eltern ein größeres Risiko für Vernachlässigung und Entwicklungsverzögerung haben und keine negativen Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Beziehung die Folge sein müssen. Bisherige Ergebnisse betonen die Wechselwirkungen zwischen Familienmitgliedern und stützen die Annahmen, dass pflegerische Fürsorge einen stärkenden Effekt auf die Eltern-Kind-Beziehung haben kann.

Göpfert et al. (1996, zitiert nach Aldridge, 2006) resümiert:

It may be easy to lose sight of the fact that any child will at times worry about his/her parents. In the case of mentally ill parents it is the right of children to deal with such worries by caring for their parent (S. 282).

Die Entwicklung und das Wohlbefinden des Kindes ist folglich dann in Gefahr, wenn das Ausmaß der Pflege dem Alter und Verständnis des Kindes nicht mehr angemessen ist und über eine längere Dauer anhält (Aldridge, 2006).

Mutter-Kind-Interaktion

Deneke und Lüders (2003) stellen fest, dass unterschiedliche Psychopathologien einige Muster in der Eltern-Kind-Interaktion zeigen und die Kinder lernen, darauf zu reagieren. Die elterliche Feinfühligkeit – laut Ainsworth und Kollegen (1978) bedeutsam für gelungene Bindung – kann durch die Krankheit eingeschränkt sein.

Das Interaktionsverhalten kann in zwei Kategorien eingeteilt werden:

1. emotionale Unerreichbarkeit und Unterstimulation:

Die Eltern zeigen mangelnde Responsivität, die kindlichen Signale werden wenig oder nicht wahrgenommen und nicht adäquat beantwortet. Das Kind zieht sich mit der Zeit selbst vermehrt zurück, wirkt „depressiv“, passiv und „pflegeleicht“. Das Verhalten zeigt sich auch im Säuglings- und Kleinkindalter und kommt häufig bei depressiven Episoden, Suchterkrankungen und schweren körperlichen und psychischen Erschöpfungszuständen der Eltern vor.

2. emotionale Überstimulation:

Das Kind wird kontinuierlich angeregt und muss auf Reize reagieren. Das Verhalten wird weniger von den kindlichen Signalen, als von den elterlichen Bedürfnissen gesteuert. Eine Überstimulation, bedingt durch die Störungssymptomatik, zeigt sich vor allem bei Schizophrenie, bipolaren Störungen und emotional instabiler Persönlichkeitsstörung (Gehrmann & Sumargo, 2009; Deneke, 2005; Deneke & Lüders, 2003).

In Tabelle 4 werden Einschränkungen des elterlichen Verhaltens anhand unterschiedlicher Altersbereiche der Kinder (Gehrmann & Sumargo, 2009) in einer eigenen Darstellung präsentiert.

Schizophrene Mütter sind – aufgrund der ausgeprägten Symptome – in der Interaktion mit ihren Kindern stärker beeinträchtigt als bipolar Erkrankte und diese wiederum stärker als unipolar depressive Mütter (Hipwell & Kumar, 1996, zitiert nach Lenz, 2005). Verhaltensweisen und Kommunikationsstile der erkrankten Eltern und die kindlichen Reaktionen darauf, können sich schon früh zu dysfunktionalen Beziehungsmustern verhärten, die als Hinweise kindlicher Störungen eingeschätzt werden müssen (Deneke & Lüders, 2003).

Altersbereich der Kinder	Einschränkung	Verhalten der Eltern	(-) (+)
Säuglings- und Kleinkindalter	Empathie Verfügbarkeit Feinfühligkeit	Blickkontakt Lächeln Sprechen Imitieren Streicheln Interaktionsspiele	(-) (-) (-) (-) (-) (-)
Kindergarten- und Grundschulalter	Wahrnehmung Erziehung Austausch	Kinder schwierig wahrnehmen permissiv / kontrollierend Angst Kind loben	(+) (+) (+) (-)
Adoleszenz	Konflikte Vorbild Unterstützung	Einbeziehen in Konflikte Grenzen setzen Vorbildwirkung Überforderung Unterstützung bei Entwicklungsaufgaben	(+) (-) (-) (+) (-)

Tabelle 4 Einschränkungen im elterlichen Verhalten (Gehrmann & Sumargo, 2009). (+) = häufig, (-) = reduziert. (eigene Darstellung)

2.3.5 Kindliche Lebenswelt

Die im vorigen Kapitel diskutierten wissenschaftlichen Artikel über Risiko- und Schutzfaktoren bieten wichtiges Grundlagewissen über die Heredität einer psychischen Krankheit und Auswirkungen der Eltern-Kind-Interaktion. Risikoforschung kann aber keine Informationen darüber geben, wie Kinder die Krankheit des Elternteils erleben und damit umgehen. Ein erhöhtes Risiko zu haben,

selbst krank zu werden mag zwar einen Einfluss auf das Befinden der Kinder haben, die Wahrnehmung der eigenen Situation kann aber damit nicht gänzlich beschrieben werden.

Dieses Kapitel beschäftigt sich aus diesem Grund mit der Lebenswelt von Kindern psychisch kranker Eltern.

Wahrnehmung der Erkrankung

Lenz (2005) führte 22 Interviews mit Kindern psychisch kranker Eltern und kam zu dem Ergebnis, dass die meisten den Beginn der Erkrankung der Mutter oder des Vaters nicht benennen konnten. Zumeist bezogen sich ihre Erinnerungen auf Veränderungen des elterlichen Verhaltens, stationäre Aufnahmen im Krankenhaus oder damit verbundene Ereignisse.

Lenz schließt aus seinen Studien, dass Kinder gute und schlechte Phasen der Krankheit differenzieren können und Warnsignale, bevor es zur Krise kommt, erkennen. Sie sind demnach gute Beobachter ihrer kranken Eltern. Frühe Hinweise auf eine (wiederkehrende) Erkrankung sind für Kinder das Verhalten (z.B. Affekt, Stimmung, Rückzug) und erkennbare Veränderungen in Familie und Haushalt (z.B. Mutter kocht nicht mehr, schafft es nicht mehr morgens aufzustehen). Kinder reagieren auf die wahrgenommenen Veränderungen unverzüglich mit Unterstützung der Eltern, Zurückhaltung eigener Interessen und Bedürfnisse. Sie versuchen den kranken Elternteil möglichst zu schonen und zu entlasten (Lenz, 2005).

Die psychische Krankheit eines Elternteils kann bedrohlich sein, manche Kinder nehmen sie als „Makel“ wahr und versuchen sich so gut es geht davon zu distanzieren. Im Zuge dessen achten Jugendliche besonders darauf, dass ihr Verhalten, ihre Mimik und Gestik nicht dem kranken Elternteil ähnelt. Abgrenzungsversuche können auch zu offener, heftiger Ablehnung des kranken Vaters oder der kranken Mutter führen (Lenz, 2005).

Leben mit einem psychisch kranken Elternteil

Eine psychische Erkrankung stellt ein großes Trennungsrisiko sowohl vom Kind als auch vom Partner dar (Schone & Wagenblass, 2002). Dennoch leben viele Kinder

und Jugendliche mit einer psychisch kranken Mutter oder einem Vater im selben Haushalt.

Die Krankheit und die veränderten Lebensumstände stellen Kinder – unabhängig vom Alter – vor zahlreiche Herausforderungen. Vor allem minderjährige Kinder sind auf die Familie angewiesen und können dem Alltag wenig entfliehen. Obwohl sich Kinder und Jugendlichen oft nicht bewusst für die Pflege ihres Elternteils entscheiden, wird die Aufgabe dennoch akzeptiert. Aldridge und Becker (1993) benennen die Annahme der Pflegerolle als „half-way house between choice and drift“ (S. 3).

Folgende Faktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit pflegerische Tätigkeiten zu übernehmen (Aldridge, 2006):

- das Geschlecht des Kindes (weiblich)
- eine kranke Mutter
- eine alleinerziehende Mutter
- Arbeitslosigkeit

Aufgaben, die Kinder übernehmen

Kinder psychisch kranker Eltern gehen ihren regulären Aufgaben (z.B. Schule, Hausaufgaben, Ausbildung) nach und erledigen zusätzlich Arbeiten im Haushalt und in der Familie. So kümmern sie sich um das Essen, putzen die Wohnung, räumen auf, waschen und bügeln die Wäsche und versorgen jüngere Geschwister. Ist die kranke Mutter oder der Vater bettlägerig, leisten sie Gesellschaft, helfen beim An- und Ausziehen, der Körperpflege oder beim Toilettengang. Kinder erinnern den erkrankten Elternteil daran, Medikamente einzunehmen und unterstützen ihn auch dabei (Lenz, 2005; Aldridge, 2006).

Die Aufgaben und das Ausmaß sind von Art und Schweregrad der elterlichen Erkrankung und der Erreichbarkeit formeller und informeller Unterstützungen abhängig. In Familien mit einem psychisch kranken Elternteil wird häufiger emotionale Unterstützung gegeben, während in Familien in denen Vater oder Mutter körperlich (chronisch) krank sind, eher die Intimpflege übernommen wird (Aldridge, 2006; Dearden & Becker, 1995, 1998, 2004 zitiert nach Metzger, 2007).

Nicht nur die Art und der Schweregrad der Erkrankung haben einen Einfluss auf die übernommenen Tätigkeiten, Dearden und Becker (1998) konnten zeigen, dass je älter die Kinder sind, desto mehr Aufgaben übernehmen sie. Mädchen übernehmen häufiger Tätigkeiten im Haushalt und helfen bei der Intimpflege (Dearden & Becker, 2004). Neben Unterstützung im Haushalt und in der Familie leisten Young Carers ebenso entscheidenden Beistand im Krisenfall (z.B. bei selbstverletzendem Verhalten oder in einer akuten Psychose) (Aldridge, 2006).

Eley (2004) führte eine Untersuchung mit einer kleinen Stichprobe von elf Young Carers im Alter von 10-17 Jahren in Schottland durch. Die Kinder und Jugendlichen gaben Auskunft über pflegerische Tätigkeiten, die sie in ihrer Familie leisten und welchen Einfluss diese auf ihren schulischen Alltag haben. Die Pflege des erkrankten Elternteils übernehmen sie größtenteils freiwillig und sind mit dieser Aufgabe durchaus zufrieden.

Die Interviews zeigen, dass unvorhersehbare gesundheitliche Veränderungen der Eltern oder ein plötzlicher Mehraufwand an Pflege für Young Carers schwierig mit der Schule zu vereinbaren sind:

One young man, spoke of his feelings of anger about the rigidity of deadlines for coursework that he had personally experienced at his secondary school. He argued that if he had a broken arm then he would be able to have a medical certificate and pursue a extension while if he had had a 'run of bad nights' caring for his mother while his father had been out working, then he would be unable to produce the quality of coursework that he would like to (ebd., S. 73)

Die Kinder bemerken, dass manche Lehrer kein Verständnis haben, wenn sie zu spät in der Schule erscheinen, müde im Unterricht sitzen oder Abgaben versäumen. Es wird von einem „Balanceakt“ zwischen Schule und Pflege gesprochen, für den Lehrer wenig Bewusstsein zu haben scheinen. Young Carers wünschen sich mehr Flexibilität seitens der Schule und Verständnis für akute Entwicklungen in der Familie (Eley, 2004).

Gefühle der Kinder

Die erlebte Situation der Kinder ist aufgrund des Spektrums psychischer Erkrankungen unterschiedlich, weist aber trotzdem einige Gemeinsamkeiten auf. Laut Fischer und Gerster (2005) fehlt es Kindern an Orientierungsmöglichkeiten im Zusammenleben mit dem erkrankten Elternteil. Die krankheitsspezifischen Charakteristika (z.B. Wahnvorstellungen, Übergang von einer depressiven Episode in eine manische Episode) sind große Belastungen und führen zu vermehrter Unsicherheit im Umgang mit der Mutter oder dem Vater.

Klinikaufenthalte können Verlustängste hervorrufen. Kinder, die eine Zwangseinweisung miterleben mussten, sind oft traumatisiert (Heitmann & Bauer, 2007) und zeigen auch trauma-typische psychische und körperliche Folgeerscheinungen (Fischer & Gerster, 2005).

Die Kinder werden von der Verantwortung, den Aufgaben und den Eltern oft sehr eingenommen und es bleibt kaum Möglichkeit für Freizeit, die sie persönlich gestalten können. Das Eingebundensein weckt vor allem bei Jugendlichen Distanzierungswünsche und den Versuch, sich dem eigenen Leben zu widmen. Lenz spricht sogar von „aggressiven Abgrenzungsversuchen“ der Kinder (Lenz, 2005, S.96).

Die unzureichende Versorgung kann gleichwohl auch beim Elternteil Schuldgefühle und großen Druck auslösen, den infolgedessen auch die Kinder wahrnehmen. Steht ein gesunder Partner zur Verfügung kann er den Druck des kranken Elternteils verringern und den Bedürfnissen der Kinder nachkommen (Lenz, 2005).

Kinder beschreiben die Pflege der Eltern auch positiv und schätzen die Erfahrungen. Auswirkungen sind ein gesteigertes Selbstwertgefühl, höhere Empathiefähigkeit der Kinder, das Gefühl, gebraucht zu werden, Gefühle von Dankbarkeit, Liebe und Reife. Kinder sind stolz auf Verantwortungen, die sie übernehmen und die Möglichkeit, den familiären Alltag mit zu gestalten (Überblick bei Metzing, 2007, S. 38).

Parentifizierung

Die langanhaltende Übernahme elterlicher Funktionen und Verantwortungen wird Parentifizierung genannt (Mattejat, 1998). Frühere Studien diskutieren, dass kindliche Pflege kranker Eltern ein Zeichen von Parentifizierung und Rollenumkehr in

der Familie ist. Aldridge (2006) hält entgegen, dass Young Caring eine Anpassung an veränderte Rollen darstellt, eine vollständige Rollenaufgabe bzw. -umkehr dennoch nicht die Folge daraus sein muss.

Klinikaufenthalt, Besuche und das Leben zuhause

Vor einer Einweisung in das Krankenhaus spitzt sich die Situation in der Familie – ausgelöst durch die krisenhaften Veränderungen des kranken Elternteils – zu. Es kann zu heftigen (elterlichen) Auseinandersetzungen, Suiziddrohungen und Suizidversuchen, Gewalt und Verwahrlosung kommen. Den Kindern fehlt eine Bezugsperson, der sie sich anvertrauen können und die ihre Bedürfnisse in der krisenhaften Zeit adäquat wahrnimmt. Die Kinder sind auf sich gestellt und fühlen sich alleingelassen (Lenz, 2005).

In der Zeit des Klinikaufenthalts passt sich das Familienleben an die gegebenen Umstände an. Kinder und Jugendliche übernehmen Aufgaben, um den gesunden Elternteil zu unterstützen und die Aufrechterhaltung des Alltag zu gewährleisten (Lenz, 2005).

Das Befinden des erkrankten Elternteils wird in den Familien häufig nicht thematisiert oder sogar bewusst geheim gehalten, eine Einweisung kann den Kindern jedoch nicht mehr vorenthalten werden.

Lenz (2005) legte 808 Patienten auf allgemeinpsychiatrischen und psychotherapeutischen Stationen (56% Frauen und 44% Männer) einen Fragebogen vor. Die Themen umfassten neben anderen auch die Versorgung der Kinder während dem stationären Aufenthalt der Eltern und die Besuche der Kinder in der Klinik. Laut Angaben der Eltern werden die Mehrheit der Kinder zur Zeit des Klinikaufenthalts von anderen Familienmitgliedern oder Personen aus dem näheren Verwandtenkreis versorgt und betreut. Von 75% der Patienten konnte in Erfahrung gebracht werden, dass die Kinder selten bzw. gelegentlich im Krankenhaus zu Besuch waren.

Regelmäßiger Kontakt zwischen Elternteil und Kind kann einen positiven Effekt auf den Patienten haben, besonders bei erkrankten Müttern kann ein regelmäßiger Besuch Schuld- und Versagensgefühle in Bezug auf die Kinder verringern (Lenz,

2005). Richter (1997) meint, dass einerseits Vorurteile gegenüber der psychiatrischen Einrichtung relativiert werden können, es jedoch zu neuen Irritationen im Kontakt zum pflegerischen und medizinischen Personal kommen kann. Begegnungen mit anderen Patienten können Kinder auch ängstigen (Lenz, 2005).

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wird von Eltern erwartet, dass sie wieder Verantwortung für ihr Kind übernehmen, obwohl es sich für sie schwierig gestaltet, den eigenen Bedürfnissen nachzukommen (Mordoch & Hall, 2008).

Die psychische Erkrankung des Elternteils kann demnach auch nach einem Krankenhausaufenthalt zu Engpässen in der Versorgung und Erziehung der Kinder führen. Nach der Entlassung versuchen Kinder die Eltern noch so gut es geht zu schonen, um einen drohenden Rückfall zu vermeiden. Sie fühlen sich verpflichtet mitzuarbeiten und Verantwortung zu übernehmen. Die Angst, die Krankheit könnte wieder akut und die Mutter oder der Vater rückfällig werden, ist allgegenwärtig (Lenz, 2005).

2.3.6 Kommunikation und Wissen über Krankheit und Psychiatrie

Fehlende familiäre Kommunikation

In vielen Familien mit einem psychisch kranken Elternteil wird das Kind kaum in Gespräche über die Krankheit einbezogen. Eltern wollen ihre Kinder nicht belasten oder meinen, dass vor allem kleine Kinder das Verhalten der Eltern nicht einer Erkrankung zuordnen können oder davon ohnehin nichts mitbekommen.

Die Eltern oder die engere Familie wollen oft generell nicht über die psychische Erkrankung sprechen und vermitteln den Kindern ausdrücklich ein Kommunikationsverbot. Tabuisierung führt dazu, dass sich Kinder zurückziehen, sich keinem anderen Menschen anvertrauen können (Fischer & Gerster, 2005), und dass sie von professioneller Unterstützung erst spät erreicht werden (Gehrmann & Sumargo, 2009).

Kinder – unabhängig vom Alter – nehmen Veränderungen der Eltern dennoch wahr. Die fehlende Information führt folglich dazu, dass Kinder in ihrem Verhalten unsicher werden und die Leidenszustände der Eltern auf sich beziehen. Phantasien und

magisches Denken – für jüngere Kinder charakteristisch – lassen Kinder glauben, dass sie durch ihr eigenes Verhalten den Eltern helfen können und sich die Situation so verbessern lasse. Beispielsweise glauben Kinder, wenn sie besonders brav seien, würde es Mutter oder Vater besser gehen (Fischer & Gerster, 2005; Deneke, 2005).

Fehlende Aufklärung der Kinder

Kinder werden – wie bereits erwähnt – häufig nicht über die Erkrankung ihrer Eltern informiert, aufkommende Fragen werden nicht oder nicht ausreichend beantwortet und der tatsächliche Zustand der Eltern wird verschwiegen (Lenz, 2005).

Lenz (2005) zeigte, dass 63% der befragten Patienten ihre Kinder über die Erkrankung und Behandlung selbst informierten, die verbleibenden 37% meinten, ihre Kinder nicht oder nicht genügend informiert zu haben.

Gründe für die Nichtinformation: Die Eltern fürchteten eine große Belastung der Kinder durch die Information, außerdem gaben sie an unsicher zu sein, das richtige Maß an Wissen weiterzugeben. Kinder depressiver Eltern waren im Vergleich zu anderen Diagnosegruppen besser informiert.

Wahrnehmung der Psychiatrie

Die ersten Kontakte mit der psychiatrischen Einrichtung und dem Personal ist vielen Kindern – wenn auch vage – noch in Erinnerung. Informationen beziehen sie aus eigenen ersten Besuchen und elterlichen Informationen. Richter (1997) schreibt darüber:

Die Begegnung der Familie mit einer psychiatrischen Einrichtung und deren Fachpersonal ist schon im Vorfeld durch Hörensagen, spektakuläre Medienberichte, vage eigene Ansichten und nebulöse Vorstellungen, durch allerlei Vermutungen und Annahmen vorbelastet, so daß ein vorurteilsfreier Umgang miteinander nicht zu erwarten ist. Den psychiatrischen Institutionen geht ein Ruf voraus, der sich mit der Anstaltsrealität nicht oder nur vereinzelt deckt. [...] Das bedeutet, daß die Familien, bevor sie überhaupt eigene Erfahrungen mit einem psychiatrisch ausgerichteten Krankenhaus machen, über viele Vorannahmen verfügen (Richter, 1997, S. 160-161).

2.3.7 Kindliche Bewältigung

Die kindliche Bewältigung der elterlichen Erkrankung kann durch zwei Faktoren maßgeblich beeinflusst werden: (a) eine stabile, sichere und vertrauensvolle Eltern-Kind-Beziehung oder die Möglichkeit einer außerfamiliären Bezugsperson und (b) die familiäre Krankheitsbewältigung. Kinder nehmen vor allem den elterlichen Umgang mit der psychischen Krankheit wahr und ebenso, wie gut die Familie im Alltag mit dieser zurecht kommt (Mattejat, Wüthrich & Remschmidt, 2000; Wiegand-Grefe, 2007). Mattejat resümiert bisherige Erkenntnisse zur Bewältigung Kinder psychisch kranker Eltern:

„Kinder psychisch kranker Eltern haben dann gute Entwicklungschancen, wenn Eltern, Angehörige und Fachleute lernen, in sinnvoller und angemessener Weise mit der Erkrankung umzugehen, und wenn sich die erkrankten Eltern und ihre Kinder auf tragfähige Beziehungen stützen können“ (2008, S.87).

2.3.8 Zusammenfassung

Zahlreiche Studien befassen sich mit dem Störungsrisiko der Kinder bei elterlicher psychischer Erkrankung. Vergleichsweise wenig wurde bisher über das Leben und *Erleben* Kinder psychisch kranker Eltern publiziert.

Für den empirischen Teil der Arbeit ergibt sich daraus, dass die Interviews die subjektive Sicht der Jugendlichen über das Leben und Zusammenleben mit dem Elternteil widerspiegeln sollen. Die Krankheit soll aus der kindlichen Wahrnehmung heraus beschrieben werden und sich weniger an medizinischen Diagnosen oder ärztlichen Beurteilungen orientieren.

Die Kinder sollen auch über aktuelle Entwicklungen in der Familie erzählen können und nicht ausschließlich retrospektiv berichten, wie es bisher bei Studien mit erwachsenen Kindern der Fall war. Es wird demzufolge keine Stichprobe angestrebt, die lediglich über Erlebnisse aus der Vergangenheit berichten kann.

In anderen Interviews konnte gezeigt werden, dass Kinder bereits früh Verantwortung übernehmen und sich zur Pflege und Unterstützung der Eltern verpflichtet fühlen und diese größtenteils gerne erledigen. Neben Aufgaben im Haushalt und der Familie übernehmen Kinder körperliche Pflegetätigkeiten, geben emotionale Unterstützung und Beistand in Krisensituationen (Lenz, 2005; Aldridge, 2006; Dearden & Becker, 1995, 1998, 2004, zitiert nach Metzging, 2007).

In den Interviews sollen die Unterstützungsformen der Kinder konkreter formuliert werden. Es stellt sich für die Forscherin die Frage, wovon die Hilfestellungen für die Eltern abhängig sind und in welchen Situationen diese gegeben werden.

Die Literatur beschreibt, die Übernahme von Verantwortung und Pflege über längere Zeit sei oftmals gleichzusetzen mit einer Partentifizierung. Aus diesem Grund sollen die Interviews die Frage beleuchten, ob und in welcher Form „Kind-sein“ in einer Familie mit einem psychisch kranken Elternteil überhaupt möglich ist.

Wenn es keinen gesunden Elternteil oder eine enge Bezugsperson für die Kinder gibt, übernehmen die Kinder oft Eltern- und Partnerrollen und versuchen so die Familie zusammenzuhalten. Die Rolle des gesunden Elternteils sollte in den Gesprächen mit den Jugendlichen auch thematisiert werden. Es soll herausgefunden werden, ob der andere Elternteil in seiner Rolle eher „Mediator“ zwischen dem Erkrankten und dem Kind ist, oder ob auch eine direkte Beziehung zum Kind besteht und wie sich diese Beziehung auf den Jugendlichen auswirkt (z.B.: guten Zuhörer haben, gemeinsam Freizeitaktivitäten unternehmen können).

Informationen über den Gesundheitszustand und die elterliche Erkrankung werden dem Kind oft vorenthalten und Verbote untersagen den notwendigen Austausch mit anderen. Die fehlende Kommunikation führt beim Kind zu Schuldgefühlen, Isolation und Verunsicherung. Das ist jene einseitige Darstellung von Kommunikation in Familien mit psychisch kranken Eltern. Elterliche Verbote, das Fehlen jedweder Gespräche über die Krankheit und den kranken Elternteil, dominieren viele Publikationen. Die Forscherin ist darüberhinaus interessiert, auch Formen „geglückter“ Kommunikation in Familien zu beschreiben und zu erfahren, was es für Jugendliche bedeutet über die Krankheit der Eltern zu sprechen.

3. Darstellung des Problems

Psychische Krankheiten und Störungen sind für die betroffene Person eine große Belastung und oftmals mit einem gesellschaftlichen Stigma behaftet. Manifest werden Krankheiten nicht nur im subjektiven Erleben der Betroffenen, sondern auch auf der Verhaltensebene und in der Interaktion.

Es ist sinnvoll, die Aufmerksamkeit auf das ganze System, in dem sich ein psychisch Kranker befindet zu legen, und nicht alleine auf den psychisch Kranken. Dieses System ist beispielsweise die Familie, aber auch das weitere soziale Umfeld der Person. Betrachtet man die Krankheit in diesem systemischen Blickwinkel, wird deutlich, dass nicht nur die kranke Person, sondern die ganze Familie direkt oder indirekt davon betroffen sind.

Pflegende Angehörige sind vermehrt Teil öffentlicher Aufmerksamkeit, es ist jedoch hauptsächlich der Partner oder ein Erwachsener, der sich zur familiären Situation und dem Umgang mit der Krankheit äußert. Dass Kinder – egal welchen Alters – auch Teil dieses Systems sind, dieses auch selbst beeinflussen und von ihm beeinflusst werden, wird häufig vergessen.

Kinder, die ihre psychisch kranken Eltern pflegen, vereinen zwei Sichtweisen: einerseits ist das Kind selbst noch abhängig von seinen Eltern und muss sich noch mit wesentlichen Entwicklungsschritten auseinander setzen (vgl. Erikson, 1966), andererseits übernimmt es pflegerische Tätigkeiten und Verantwortung für den kranken Elternteil und die Familie.

In der vorliegenden Arbeit werden relevante Publikationen vorgestellt. Der empirische Teil zielt darauf ab, die subjektiven Lebenswelten und Bedeutungszusammenhänge von Kindern psychisch kranker Eltern zu begreifen.

3.1 Motivation und Ziele der Studie

Motivation, sich mit dem Thema auf wissenschaftlicher Basis auseinanderzusetzen, sind meine Erfahrungen aus der eigenen Verwandtschaft. Eine nunmehr langjährige psychische Krankheit einer Tante und die Auswirkungen auf das soziale Umfeld, bündeln meine Betroffenheit und meine Neugier für dieses komplexe Thema.

Psychische Krankheiten scheinen in der Öffentlichkeit das Prädikat „endgültig“ oder auch „hoffnungslos“ zu tragen. Gemeint ist damit, dass psychische Erkrankungen sehr „hartnäckig“ seien, eine Behandlung schwierig und eine Heilung beinahe unmöglich sei. Es scheint, als wären jedwede Versuche ohnehin erfolglos und somit nicht notwendig oder – extrem formuliert – überflüssig. Obwohl diese Beurteilung auf manche Krankheiten und erkrankte Personen zutreffen mag, ist jedoch nicht grundsätzlich davon auszugehen.

Die Haltung der Forscherin ist dieser passiven und problemfokussierenden Einstellung sehr gegensätzlich. Ihr persönlicher Zugang ist vielmehr handlungsorientiert und präventiv. Anders ausgedrückt, man sollte sich nicht nur den erkrankten Personen unterstützend zuwenden, sondern auch dem familiären, gesunden Umfeld. Es gibt mehrere Möglichkeiten, „aktiv“ zu werden. Einer dieser Zugänge sind Kinder und Jugendliche.

Um diesem präventiven Ansatz gerecht zu werden, ist es notwendig, die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern besser zu kennenzulernen und zu erfahren, wie sie leben, was sie tun und von welchen Hilfestellungen sie tatsächlich profitieren können.

3.2 Forschungsfragen

Aus der Literatur und dem persönlichen Forschungsinteresse ergeben sich folgende Forschungsfragen:

- 1. Wie gestaltet sich das Zusammenleben mit einem psychisch erkrankten Elternteil?**
- 2. Welche Informationen bekommt das Kind über die Erkrankung des Elternteils und die Situation der Familie vor dem Krankenhausaufenthalt?**
- 3. Wie gestaltete sich das Familienleben vor dem Krankenhausaufenthalt des Elternteils?**
- 4. Wie wurde die Aufnahme des Elternteils in das Krankenhaus erlebt?**
 - a. Worüber wusste das Kind zu diesem Zeitpunkt Bescheid?

- b. Welchen Kontakt gab es zwischen erkranktem Elternteil und dem Kind während des stationären Aufenthalts?

5. Wie wird während der Abwesenheit des Elternteils die Situation zuhause erlebt?

- a. Wie gehen die Kinder damit um, zuhause zurückgelassen worden zu sein?
- b. Gibt es Gespräche innerhalb der Familie, in denen das Befinden der Kinder thematisiert wird?

6. Welche Informationen bekam das Kind in der Zeit des stationären Aufenthalts der Mutter/des Vaters?

- a. Inwiefern waren externe Personen (Verwandte, Bekannte, Gesundheits- und Krankenpfleger, Psychologen, Ärzte) für das Kind in dieser Zeit relevant?
- b. Wurde dem Kind im Krankenhaus professionelle Hilfe oder Unterstützung angeboten?
- c. Wird professionelle Hilfe für die Aufklärung zu Rate gezogen?

7. Welche Vorstellungen hat das Kind über das weitere Zusammenleben mit dem erkrankten Elternteil?

- a. Wie wird die Mutter/der Vater nach dem stationären Aufenthalt gesehen?
- b. Was weiß das Kind über den Gesundheitszustand des Elternteils?
- c. Welche Hoffnungen hat das Kind für die Zukunft?

Die Interviews zeigten, dass sich manche Forschungsfragen nicht in der Weise beantworten lassen, wie die Forscherin zu Beginn gehofft hatte. Da bei acht von neun Kindern der Elternteil schon seit langer Zeit krank ist, konnten sie ihr Wissen und den Informationsverlauf kaum an Zeitpunkten festmachen. Die Ergebnisse des empirischen Teils beantworten aus diesem Grund die Fragen zum Zusammenleben in der Familie und dem Krankenhausaufenthalt. In einem zusätzlichen Kapitel (5.2.) werden Ergebnisse über familiäre Kommunikation, Informationsbeschaffung, Wissen über die Krankheit, Besuche im Krankenhaus und die Rolle des Pflegepersonals zusammengefasst, die nicht im Rahmen der Hauptergebnisse (Phänomene) beschrieben sind.

4. Forschungsprozess

Das Kapitel „Forschungsprozess“ wurde in sechs Unterkapitel gegliedert.

Es wird sowohl ein qualitativer Forschungsansatz, die Methode der Grounded Theory, als auch Einschlusskriterien für die Auswahl geeigneter Interviewteilnehmer vorgestellt und der Feldzugang beschrieben.

Detaillierte ethische Überlegungen wurden im nächsten Unterkapitel diskutiert.

Die Interviewteilnehmer werden im dritten Unterkapitel anhand wichtiger Merkmale dargestellt. Weiters folgt eine Beschreibung der Datenerhebung und der Analyse des Materials. Abschließend werden noch wichtige Gütekriterien für die qualitative Forschung angeführt.

4.1 Studiendesign

Der qualitative Ansatz bietet sich für die Fragestellungen rund um das Leben mit einem psychisch kranken Elternteil und Erleben der Krankheit an. Er betrachtet das Individuum ganzheitlich und versucht direkt ins Forschungsfeld zu gehen.

Vor allem für Bereiche, die noch nicht ausreichend wissenschaftlich erschlossen sind, eignet sich der qualitative Forschungsansatz. Wissenschaft hat hier vorrangig „explorierenden Charakter“ (vgl. Bortz & Döring, 2006).

In der vorliegenden Arbeit wurde nach der Methode der Grounded Theory (vgl. Strauss & Corbin, 1996) gearbeitet.

4.1.1 Grounded Theory

Die Grounded Theory (= gegenstandsverankerte Theorie) ist eine Methode aus der qualitativen Forschung und baut auf dem symbolischen Interaktionismus auf. Das Generieren neuer Theorien über soziale Wirklichkeiten ist Ziel der Methode.

Die Datenerhebung, Datenanalyse und Theoriegewinnung werden in der Grounded Theory nicht nacheinander durchgeführt, sondern wechseln sich immer wieder ab (Strauss & Corbin, 1996) (Abbildung 2).

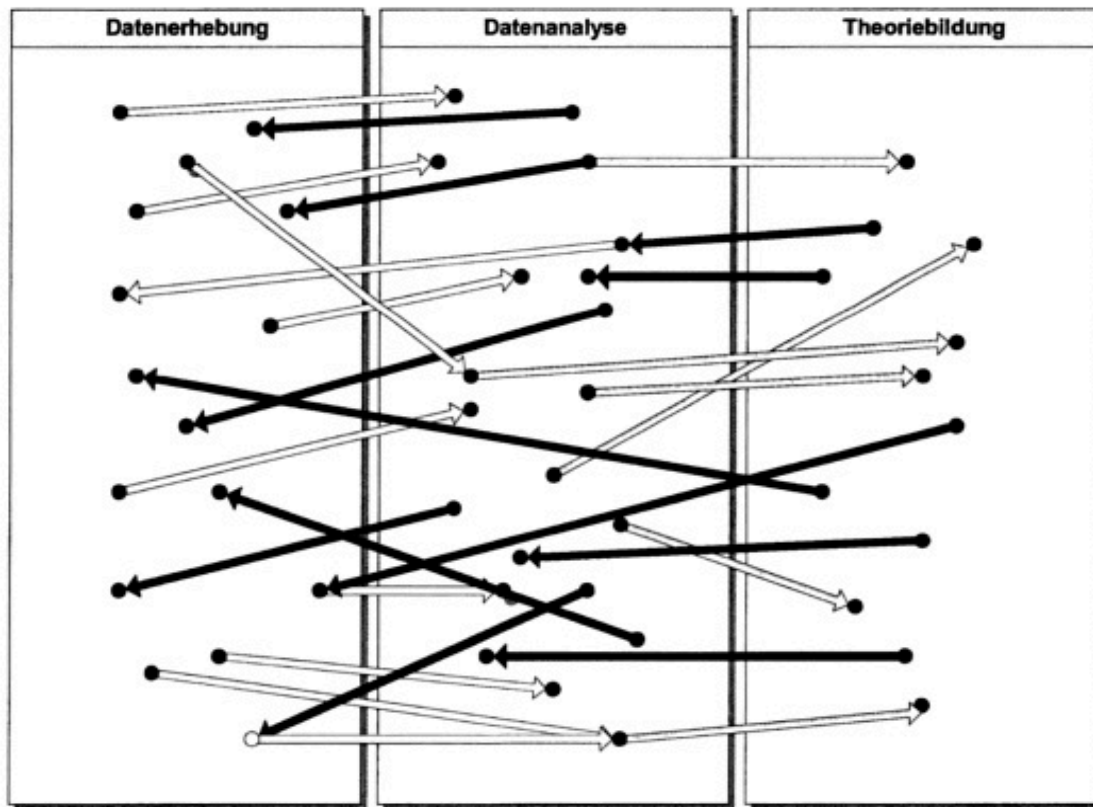


Abbildung 2 Parallelität der Arbeitsschritte im Verfahren der Grounded Theory (nach Strauss 1991:46) (Strübing, 2008, S. 15)

In der Grounded Theory bedeutet Kodieren das systematische Auswählen und das Stellen von Fragen an ein Wort, einen Satz oder einen Textabschnitt, das für bedeutsam gehalten wird. Das Textstück wird mit einem treffenden Begriff versehen. Ähnliche Codes werden zu Kategorien zusammengefasst. Weiters werden Dimensionen (Ausprägungen) der Kategorien notiert (Abbildung 3).

Strauss und Corbin (1996) bezeichnen die Schritte des Analyseprozesses folgendermaßen:

Das offene Kodieren ist ein „Prozess des Aufbrechens, Untersuchens, Vergleichens, Konzeptualisierens und Kategorisierens von Daten“ (S.43).

Axiales Kodieren versucht Verknüpfungen zwischen den einzelnen Kategorien zu erkennen. Die Kategorien werden im Rahmen eines Kodierparadigmas neu miteinander in Verbindung gebracht und dargestellt.

Der letzte Schritt des selektiven Kodierens – das Identifizieren einer Kernkategorie – wurde in der vorliegenden Arbeit nicht mehr erreicht. Dafür bedarf es einer größeren Stichprobe, die den Rahmen einer Diplomarbeit gesprengt hätte.

Interviewauszug	Kodierung	Dimension	Kategorie
A: Und irgendwo denkt sie sich dann sie kann sich eh alles erlauben . und wenn sie was tut dann tut auch keiner was	keine Grenzen haben keiner tut etwas		„Narrenfreiheit“ haben
I: Was hast du da so gemacht? A: Ja das Kochen das Putzen alles mögliche was halt die Mama macht I: Was die Mama macht? A: Ja I: Und wie die Mama dann wieder daheim war? A: Ja da ist dann eh die Hilfe gekommen und dann . habe ich das nicht mehr machen gebraucht	wo das Kind hilft	so lange keine Hilfe da war	Aufgaben im Haushalt

Abbildung 3 Beispiel für offenes Kodieren (eigene Darstellung)

Nach einem Interview wird ein Postskript verfasst, um Informationen, die nicht aufgezeichnet wurden, zu dokumentieren.

Informationen aus der bisherigen Datenanalyse werden in die weitere Datenerhebung einbezogen.

Wesentliche Idee in der Grounded Theory ist die Methode des ständigen Vergleichens (= constant comparative method). Laut Glaser und Strauss führt dieses Vorgehen „ [...] sehr bald zur Generierung von theoretischen Eigenschaften der Kategorien“ (1998, zitiert nach Strübing, 2008, S.18).

Im Zentrum der Analyse steht das Phänomen, das folgendermaßen beschrieben wird: „Ein von uns begrifflich gefasstes – und insofern theoretisiertes – Vorkommnis in den Daten, dessen Kontext es in diesem Analyseschritt aufzuarbeiten gilt“ (Strübing, 2008, S. 27).

Um Zusammenhänge zu erforschen, werden konkrete Fragen nach Ursache, Phänomen, Kontext, intervenierender Bedingungen, Strategien und Konsequenzen gestellt (Abbildung 4).

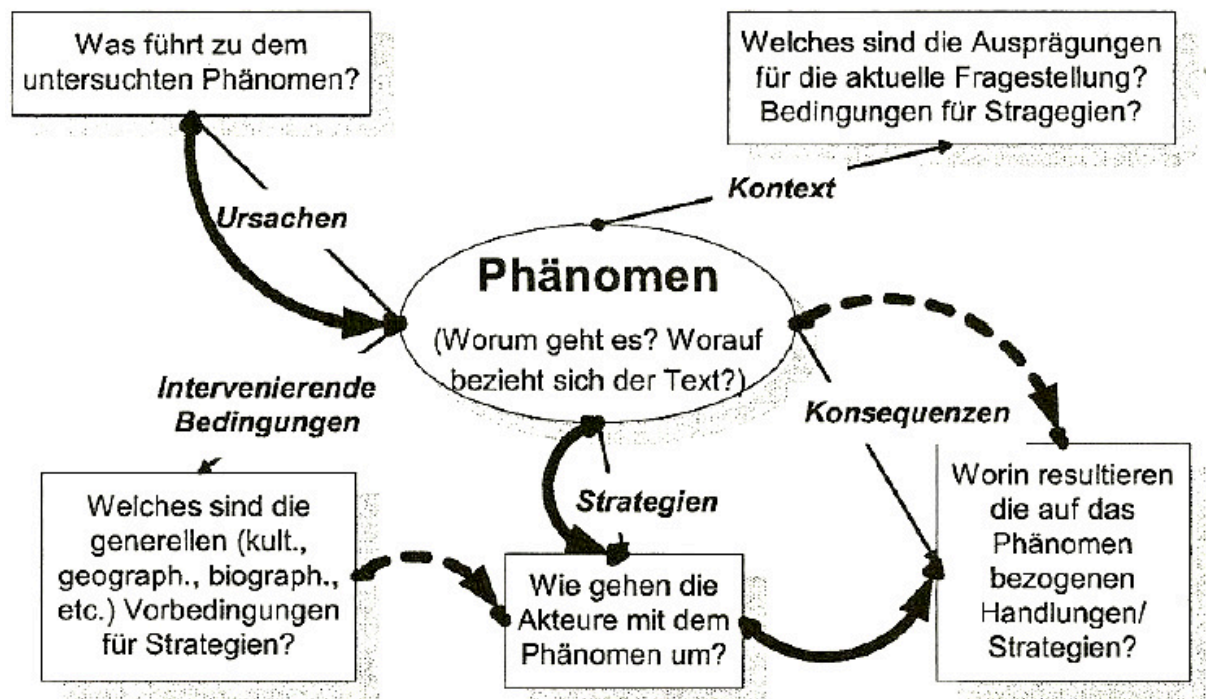


Abbildung 4 Kodierparadigma nach Strauss (Strübing, 2008, S. 28)

4.2 Stichprobe

4.2.1 Einschlusskriterien

In die Stichprobe wurden Jugendliche eingeschlossen, die zum Zeitpunkt des Interviews zumindest einen psychisch kranken Elternteil hatten und bereit waren, über das (gemeinsame) Leben mit der Mutter oder dem Vater und über das Erleben der Krankheit Auskunft zu geben.

Das Alter der Interviewteilnehmer war zu Beginn begrenzt auf 12 bis 18 Jahre. Dieser Bereich deckt das Jugendalter großzügig ab und sollte einen guten Einblick in

das Erleben der Jugendlichen möglich machen. Im Laufe der Teilnehmersuche musste jedoch der Altersbereich nach oben erweitert werden, da auch bereits junge Erwachsene Interesse an einem Interview zeigten. Abschließend ergab sich ein Altersbereich von 13 bis 24 Jahren.

Um eine balancierte Geschlechterverteilung anzustreben, wurde sowohl nach weiblichen als auch männlichen Interviewteilnehmern gesucht. Aufgrund einiger Absagen möglicher männlicher Teilnehmer, wurden sechs Mädchen und drei Jungen interviewt.

Die psychische Erkrankung des Elternteils musste weder von ärztlicher Seite diagnostiziert worden sein, noch war es für das Infragekommen als Interviewteilnehmer notwendig, dass die Mutter oder der Vater bereits in ambulanter oder stationärer psychiatrischer Behandlung waren. Ein Argument gegen dieses Einschlusskriterium ist vermutlich die Gefahr, Jugendliche auszuschließen, die zwar einen psychisch kranken Elternteil haben, dieser jedoch nicht in medizinisch-psychiatrischen oder psychosozialen Einrichtungen aufscheint. Es wäre ein großer Verlust für die vorliegende Arbeit, nur jene Jugendlichen einzuschließen, deren Eltern sich ihrer Erkrankung bewusst sind und selbst professionelle Hilfe in Anspruch nehmen.

Zu Beginn wurden Suchterkrankungen und Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (Vgl. ICD-10-GM, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2010) ausgeschlossen, da – vor allem die zweite – eine besonders sensible und heikle Gruppe psychischer Erkrankungen darstellt. Weitere Überlegungen hierzu werden im nächsten Unterpunkt genauer erläutert.

4.2.2 Feldzugang

Der Feldzugang war in dieser Arbeit ein sehr wichtiger Punkt und musste von Beginn an gut durchdacht sein. Das Thema psychische Erkrankungen stößt auch heutzutage noch auf viel Unsicherheit im Umgang mit den Betroffenen und Angehörigen und auf generelles Unbehagen. Die Kombination Mutter- oder Vater-Sein und selbst an einer psychischen Erkrankung zu leiden, sprengt für Viele die Grenzen des Vorstellbaren.

Folgende Beobachtung wurde hierzu passend gemacht: Nachdem ich das grobe Thema meiner Arbeit – Kinder psychisch kranker Eltern – vorgestellt hatte, war die erste Reaktion der Ärzte, Psychotherapeuten, Psychologen, Krankenpfleger, Professoren, Direktoren, Lehrer, Schüler, Studenten und Freunde mit denen ich gesprochen hatte, ausschließlich dieselbe: Die meisten wiederholten langsam, Wort für Wort, das Thema: „Kinder – psychisch – kranker – Eltern“. Beinahe jeder wirkte von dieser Kombination kurzfristig etwas irritiert. Manche fragten mehrmals nach oder nahmen an, es ginge um erkrankte Kinder und deren Eltern.

Diese Beobachtung macht deutlich, dass die Vorstellung eines erkrankten Kindes und der pflegenden Eltern natürlicher ist, als die umgekehrte der kranken Eltern und der Kinder als wesentliche pflegende Angehörige.

Es war demnach anzunehmen, dass sich das Auffinden und Gewinnen geeigneter Jugendlicher für ein Interview sehr schwierig gestalten wird, da ...

1. die Vorstellung über pflegende Kinder und Jugendlichen in der Gesellschaft weniger verankert ist, als es umgekehrt bei pflegenden Eltern der Fall ist,
2. die erkrankten Eltern sich ihrer Krankheit nicht bewusst sind oder sie – krankheitsbedingt – nicht eingestehen können,
3. psychische Erkrankungen oftmals ein erhebliches Stigma für die ganze Familie bedeuten,
4. die Familie alles daran setzt, ihre Situation für sich zu behalten und nicht für andere sichtbar zu machen oder bewusst nach außen zu tragen,
5. Schule und Ausbildungseinrichtungen über die privaten Verhältnisse der Kinder oftmals nicht genau Bescheid wissen, und
6. die Kinder und Jugendlichen keine öffentliche Lobby haben, die ihre Bedürfnisse aufzeigt und vertritt.

Die Suche nach Interviewteilnehmern wurde in Folge sehr umfangreich gestaltet und verschiedene Zugänge zum Feld wurden gewählt, um keine Gruppe Jugendlicher in der Auswahl zu benachteiligen.

Im Anschluss werden die verfolgten Strategien, Jugendliche mit einem psychisch kranken Elternteil für ein Interview zu gewinnen, beschrieben.

Niederschwellige Informationsmöglichkeit und Kontaktaufnahme durch das Internet

Das Internet wurde für verschiedene Zwecke genutzt. Der Vorteil liegt klar in der niederschweligen Informationsmöglichkeit und direkten, aber anonymen Kontaktmöglichkeit mit der Forscherin (z.B. per E-Mail), jedoch auch in der wenig aufwändigen Erreichbarkeit vieler Nutzer.

Die Forscherin gab in verschiedenen kostenlosen Jobbörsen Inserate mit dem Titel „Interview-TeilnehmerInnen (österreichweit) für Diplomarbeit gesucht“ auf. Außerdem wurde durch Einträge in diversen einschlägigen Foren versucht, aktive Nutzer auf das Anliegen aufmerksam zu machen.

Auch die Präsenz im Social-Network Facebook wurde genutzt um einerseits über die Diplomarbeit und ihren Arbeitsfortschritt zu informieren, als auch Teilnehmer für die Interviews zu rekrutieren („Interviews mit Kindern psychisch kranker Eltern“). Die Facebook-Seite wurde außerdem in den Foren, Jobbörsen und Internetauftritten psychosozialer Einrichtungen beworben.

Die Resonanz aus dem Feldzugang Internet zeigte sich unmittelbar nach Schaltung eines Inserats, eines Eintrags im Forum oder nach einer Aktivität im Sozialen Netzwerk. Insgesamt fünf Personen meldeten sich per E-Mail und nahmen jeweils Bezug auf ein gelesenes Inserat oder einen Forumeintrag.

Aus den erhaltenen E-Mails kamen letztlich keine Interviews zustande, da es sich um betroffene Freunde eines psychisch Erkrankten, bereits ältere erwachsene Kinder oder generell interessierte Personen ohne privaten Bezug handelte. Ein 20-jähriger Betroffener bekundete bereits bei der ersten Kontaktaufnahme sein Interesse und die Bereitschaft für ein Interview, war jedoch für eine weitere Terminvereinbarung nicht mehr erreichbar.

Feldzugang Familienhelfer

Über einen niederösterreichischen gemeinnützigen Verein wurden der Forscherin – mit Zustimmung der Familien – Adressen von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil übermittelt. Diese Familien nahmen „Familienhilfe“ über den Verein in Anspruch.

Familienhilfe wird definiert als „Angebote zur häuslichen Unterstützung von Familien, in denen die Betreuungsperson von noch nicht selbstständigen Kindern vorübergehend ausfällt (z.B. wegen Krankheit)“

(<http://www.sozialinfo.noel.gv.at/content/de/9/Institutions.do?senseid=74>; Online-Zugriff am 22.10.2012).

Betroffene Familien wurden zuvor telefonisch von einer Mitarbeiterin des Vereins über die Möglichkeit eines Interviews informiert. Sechs von den geschätzten 20 Familien waren einverstanden, von der Forscherin angerufen zu werden. Jene Familien wurden folglich durch die Forscherin persönlich kontaktiert, um weiterführende Informationen zu geben und einen Termin für ein Interview zu vereinbaren.

Aus einem Kontakt ergab sich ein Interview das in Niederösterreich stattfand. Die restlichen Familien waren nicht mehr telefonisch zu erreichen und die Kinder zweier Familien entsprachen aufgrund des Alters nicht der angedachten Stichprobe. Die elfjährige Tochter einer depressiven Mutter war beim ersten persönlichen Telefonat noch unsicher über ihre Teilnahme. Die Forscherin versuchte detaillierte Informationen zu geben und etwaigen Unsicherheiten entgegenzuwirken. Nach einem weiteren Telefonat ließ die Tochter ausrichten, dass sie nicht für ein Gespräch bereit sei und verweigerte auch das persönliche Telefongespräch mit der Forscherin.

Feldzugang Krankenhaus

Im Allgemeinen Krankenhaus Wien und einem Therapiezentrum in Wien Liesing wurden Handzettel und Informationsblätter aufgelegt und ausgehängt. Die interne Plattform des Landeskrankenhauses Salzburg wurde – im Rahmen eines Praktikums – dafür genutzt, verschiedene Berufsgruppen im Krankenhaus zu erreichen. Aus den Versuchen ergaben sich jedoch keine Kontakte.

Feldzugang Schule

Der Feldzugang über die Schule lag nahe, da vermutlich in der Pflichtschule Kinder mit einem familiär belasteten Hintergrund sind und diese – in Bezug auf andere soziodemographische Variablen – eine heterogene Gruppe bilden. Die Pflichtschule besuchen demnach Kinder aus unterschiedlichen sozialen Milieus und mit

Migrationshintergrund. Außerdem erreicht man – im Vergleich zu höheren Schulen – auch diejenigen Kinder, die nach dem 9. Schuljahr die Schule nicht weiter besuchen werden. Ein weiterer Vorteil ist, dass der Zugang nicht über die Eltern stattfinden muss.

Die Kontaktaufnahme über E-Mail mit zahlreichen Wiener Schulen erbrachte jedoch keine zufriedenstellenden Rückmeldungen seitens der Schulleitung. Der überwiegende Anteil reagierte nicht auf das Ansuchen und Informationsschreiben. Manche verwiesen auf den Wiener Stadtschulrat (diese Möglichkeit verfolgte die Forscherin nicht weiter) und andere Schulleiter antworteten sofort mit einer Absage. Um ein besseres Verständnis zu gewinnen, hier exemplarisch Antworten aus Gymnasiums- und Hauptschuldirektionen:

„Dieses Thema ist mir zu heikel, um es in diesem Rahmen in der Schule zu erörtern.“

„Wir sind uns des von Ihnen angesprochenen Themas hier durchaus bewusst.“

„Als Gesprächspartnerin nehme ich mir gerne Zeit, die SchülerInnen möchte ich dazu aber nicht heranziehen.“

Einen guten Zugang dank persönlicher Kontakte hatte die Forscherin zu oberösterreichischen höheren Schulen. Aufgrund des großen persönlichen Engagements einer Professorin ergaben sich die ersten zwei Interviews. Für ein Gespräch wurden auch Schulräumlichkeiten zur Verfügung gestellt.

In einem Oberstufenrealgymnasium wurde der Forscherin sogar in jeder Schulklasse eine Unterrichtseinheit zur Verfügung gestellt, um über das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ kurz zu informieren und den Schülern die Interviewmöglichkeit persönlich vorzustellen. Die Zeit mit den Schülern wurde intensiv genutzt um Mythen über psychische Erkrankungen aufzuklären, das Familienleben mit einem erkrankten Elternteil und die Rolle der Kinder zu thematisieren.

Um jedoch die Privatsphäre der Jugendlichen zu schützen, wurden die Schüler während des Unterrichts nicht aufgefordert, eigene Erfahrungen im Plenum vorzubringen. Jedem Schüler wurde lediglich am Ende der Einheit ein Handzettel mit den Kontakten der Forscherin ausgehändigt.

Interesse und Aufmerksamkeit der Schüler war in allen Klassen hoch. Aus den insgesamt neun einstündigen Vorträgen in den Klassen kamen im Anschluss sehr viele positive Rückmeldungen und erfreulicherweise drei Interviews zustande. Die Teilnehmer meldeten sich über SMS oder Anruf bei der Forscherin. Für ein Interview stellte die Direktion einen geeigneten Raum außerhalb der regulären Schulzeiten zur Verfügung. Ein weiteres Interview ergab sich über den Vater einer Schülerin, der als Psychotherapeut arbeitet.

Feldzugang Selbsthilfegruppen

Es wurden zirka 20 Selbsthilfegruppen in Wien und Umgebung per E-Mail und Telefon kontaktiert. Die Mehrheit meldete sich auf das Ansuchen der Forscherin, Kontakte mit betroffenen Familien herzustellen. Interviews mit betroffenen Jugendlichen waren jedoch nicht möglich. Gründe dafür waren z.B. dass in manchen Runden die familiären Hintergründe der Teilnehmer nicht bekannt sind, die Gruppe nicht für Außenstehende zugänglich ist oder Kontakte der Mitglieder nicht weitergegeben werden dürfen. Viele Selbsthilfegruppen werden außerdem hauptsächlich von erwachsenen Kindern oder Bekannten von psychisch Kranken besucht. Viele Teilnehmer hatten zudem keine Kinder unter 24 Jahre.

Obwohl keine Interviews durch die Unterstützung der Gruppen geführt wurden, erhielt die Forscherin nützliche Hinweise und Literaturempfehlungen für die weitere Arbeit.

Feldzugang Sozialarbeit

Zwei Jugendliche konnten durch den Kontakt zu einem Sozialarbeiter für das Interview gewonnen werden. Der Gatekeeper betreute die Jugendlichen bereits über einen längeren Zeitraum und kennt den familiären Hintergrund recht gut. Ein Interview fand in einem Jugendzentrum in Oberösterreich statt, für das zweite kam die Forscherin in die Privatwohnung der Klientin.

Kontaktaufnahme mit der Forscherin

Im Laufe der Interviewpartner-Suche stand die Forscherin Interessierten, Gatekeepern und Jugendlichen für Auskünfte, Informationsgespräche oder

Terminvereinbarungen zur Verfügung. Sowohl eine E-Mail-Adresse, als auch Handynummer und der Name der Facebook-Seite waren auf den Informationsblättern, Handzetteln und Inseraten vermerkt. Die Forscherin wollte verschiedene, möglichst niederschwellige und einfache Kontaktmöglichkeit bieten, um eine größtmögliche Rückmeldung der Jugendlichen zu erreichen.

Die Interviewpartner meldeten sich entweder aus eigener Initiative bei der Forscherin (drei Interviews), waren über den Gatekeeper zu erreichen (drei Interviews) oder wurden von der Forscherin nach Erhalt der Telefonnummer kontaktiert (drei Interviews).

4.2.3 Ethische Überlegungen

Das Konzept über die Durchführung der Studie wurde dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien vorgelegt und genehmigt. Es wurden keine Bedenken oder Einschränkungen formuliert.

Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil stellen – nicht nur aufgrund ihrer Minderjährigkeit – eine vulnerable Gruppe dar, deren Schutz und Achtung der Integrität höchste Priorität im Forschungsprozess hat.

Im Belmont Report (1978) werden drei Prinzipien für den Umgang mit Probanden in der wissenschaftlichen Praxis formuliert, an denen sich die vorliegende Arbeit orientiert.

Achtung der Person

Ein wichtiger Grundsatz bezieht sich auf die Achtung der Person. Dies umfasst die Auffassung, jeden Forschungsteilnehmer als autonomen Menschen zu verstehen und Respekt vor dessen Selbstbestimmung zu haben.

Der Teilnehmer wird in einem ausführlichen persönlichen Gespräch über seine Rechte, die Pflichten des Forschers und über Zweck und Ablauf der Erhebung informiert. Es soll dem Teilnehmer möglich sein, eine Entscheidung auf Basis der nötigen Informationen zu treffen.

Die Selbstbestimmung wird gewährleistet durch die Freiwilligkeit der Teilnahme und das Recht, ein Interview abubrechen oder Fragen nicht zu beantworten. Zusammengefasst werden die Informationen in Form einer Einverständniserklärung, die sowohl der Teilnehmer als auch der Forscher unterzeichnet. Ein verweigertes Interview oder ein Abbruch darf keine negativen Konsequenzen für den Jugendlichen zur Folge haben.

Bei Kindern unter 14 Jahren muss der Forscher zusätzlich das schriftliche Einverständnis der Eltern einholen. In dieser Arbeit war nur ein Kind unter dieser Altersgrenze.

Wohltätigkeit

Ein wichtiges Prinzip muss sich der Forscher stets vor Augen halten: „Above all, do no harm“ (Polit & Hunger, 1999). In der Interviewführung ist besonders auf Informationen und Signale der Kinder und Jugendlichen zu achten, um mögliche schmerzhaft Themen zu erkennen und sich behutsam weiterzutasten oder gegebenenfalls auch jene auszulassen, die für das Kind zu belastend scheinen. Sofern das Kind deutlich und erkennbar zu verstehen gibt, dass es sich mit den gestellten Fragen unbehaglich fühlt, muss der Forscher unverzüglich darauf reagieren. Obwohl die gesamte Tragweite und Reaktion auf ein Interview vom Forscher nie im Vorhinein abgeschätzt werden kann, ist es sehrwohl möglich, auf Signale der Kinder zu achten. So wären das abgekürzte Antworten auf Fragen oder Veränderungen der Mimik und Gestik deutliche Zeichen im Interview.

Der Risikominimierung steht die Maximierung potentieller Nutzen für den Interviewteilnehmer gegenüber. Die meisten Kinder und Jugendlichen hatten zu Beginn des Interview einen großen Rededrang und schienen interessiert zu sein. Das Prinzip der Nutzenmaximierung lässt sich hier gut ableiten. Nicht nur dem Forscher sollen die Gespräche von Nutzen sein, sondern auch das Kind soll von dem Gespräch profitieren. So kann das Interview entlastend wirken und wertschätzend empfunden werden.

Gerechtigkeit

Das dritte Prinzip aus dem Belmont Report beschreibt den fairen Umgang mit den Interviewteilnehmern. Die Privatsphäre gilt es unbedingt zu wahren. Transkripte müssen anonymisiert werden, sodass für andere kein Rückschluss auf die Person möglich ist. Es ist ferner darauf zu achten, dass bei der Auswahl und Durchführung der Interviews kein Teilnehmer benachteiligt oder bevorzugt wird.

Der Forscher hat dafür Sorge zu tragen, dass sämtliche personenbezogenen Daten vertraulich behandelt und geschützt werden.

Die Kinder und Jugendlichen haben das Recht, den Ort für das Interview selbstständig zu wählen. Es ist besonders wichtig, darauf zu achten, dass die Gesprächsumgebung für den Teilnehmer angenehm und vertraut ist. Störungen und Unterbrechungen des Interviews sollen in jedem Fall vermieden werden.

4.3 Darstellung der Interviewteilnehmer

Es wurden insgesamt neun Jugendliche, davon drei Jungen und sechs Mädchen, interviewt. Die Teilnehmer waren zwischen 13 und 24 Jahren alt und hatten zumindest einen psychisch kranken Elternteil. Meistens war die Mutter erkrankt. Bei drei Jugendlichen wurde im Laufe des Interviews bekannt, dass auch der Vater psychisch krank ist.

Die Interviews geben einen guten Querschnitt durch häufige psychische Erkrankungen. Die Jugendlichen berichten – je nach Krankheit – häufig von einer Plus- oder Minussymptomatik. Das Ausmaß an Hilfsbedürftigkeit des Elternteils variiert sehr stark und somit auch die Belastung und das Eingebunden-Sein der Jugendlichen.

Die überwiegende Mehrheit der leiblichen Eltern (in sieben Interviews) ist geschieden beziehungsweise getrennt lebend, nur zwei Elternpaare sind verheiratet.

Die Hälfte der Interviewteilnehmer lebt mit dem psychisch kranken Elternteil zusammen, die andere Hälfte lebt entweder bereits in einer eigenen Wohnung oder gemeinsam mit dem gesunden Elternteil.

Regelmäßigen Kontakt zum erkrankten Elternteil haben acht der neun Jugendlichen, einer hat zum Zeitpunkt des Interviews keinen Kontakt oder Kontaktwunsch zur

kranken Mutter (Interview 9). Ein Jugendlicher ist bei einer SOS-Kinderdorf-Mutter aufgewachsen und hat seit einigen Jahren den Kontakt zu seinen leiblichen Eltern (beide erkrankt) hergestellt (Interview 8).

Die Interviews gestalteten sich sehr unterschiedlich. Manche Jugendliche waren sehr offen und der Einstieg ins Thema fiel ihnen nicht schwer, andere konnten nur langsam Vertrauen aufbauen und fanden es schwer, ihre Situation zu beschreiben. Somit variierten die Dauer der Interviews zwischen 1 Stunde 34 Minuten und 3 Stunden 14 Minuten.

Die folgende Tabelle (Tabelle 5) zeigt das Geschlecht und das Alter der Teilnehmer, die Familienkonstellation, die erkrankte Person, die Krankheit und die Dauer der einzelnen Interviews.

Nr.	Geschlecht	Alter	Eltern	Geschwister	Erkrankter Elternteil	Krankheit	Dauer
(1)	männlich	17	geschieden, getrennt lebend	Jüngster von vier	Mutter (Vater)	Bipolare Störung (Alkoholabhängigkeit)	03:14
(2)	weiblich	24	geschieden, getrennt lebend	Älteste von vier	Mutter (Vater)	Bipolare Störung (Alkoholabhängigkeit)	02:39
(3)	weiblich	19	geschieden, getrennt lebend	Älteste von zwei	Vater	Alkoholabhängigkeit	01:56
(4)	weiblich	15	verheiratet	Älteste von zwei	Mutter	Angst- und Panikstörung	01:34
(5)	weiblich	17	verheiratet	Einzelkind	Vater	Burnout	01:35
(6)	männlich	16	getrennt lebend	Älteste von zwei	Mutter	Depressionen (Trauma?)	02:22
(7)	weiblich	13	getrennt lebend, Mutter ist wiederverheiratet und hat zwei Kinder aus neuer Beziehung	Älteste, drei Halbgeschwister	Mutter	Burnout Depressionen Magersucht	02:07
(8)	männlich	20	geschieden, getrennt lebend	(Halb-) Geschwister	Mutter (Vater)	Schizophrenie (Alkoholabhängigkeit)	01:51
(9)	weiblich	16	geschieden, teilweise zusammenlebend	Älteste von zwei	Mutter	Alkoholabhängigkeit	02:52

Tabelle 5 Darstellung der Interviewteilnehmer (eigene Darstellung)

4.4 Datenerhebung

Die Interviews fanden im Zeitraum von Juni 2011 bis Juli 2012 statt und wurden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet (Philips Voice Tracer).

Vier Gespräche konnten bei den Jugendlichen zuhause bzw. in der eigenen Wohnung geführt werden. Für vier Interviews wurde ein ruhiger Raum in der Schule, im Internat oder in einem Jugendzentrum zur Verfügung gestellt. Die Möglichkeiten

diese Räumlichkeiten zu nutzen, wurde von den jeweiligen Gatekeepern gegeben. Ein Interview fand bei der Forscherin zuhause statt, da es der Teilnehmerin unangenehm war das Gespräch zuhause zu führen.

Den Ort des Interviews sollte der Jugendliche wählen. Das Gespräch sollte in einer angenehmen, ungestörten und vertrauten Umgebung stattfinden. Gegebenenfalls machte auch die Forscherin Vorschläge. Öffentliche Plätze wie z.B. Kaffeehäuser wurden gemieden.

Vier der neun Teilnehmer informierten auch den (kranken) Elternteil über das Interview. Eine erkrankte Mütter erklärte sich sogar bereit, nach dem Interview selbst für Fragen zur Verfügung zu stehen. Das Angebot wurde von der Forscherin dankbar angenommen, die Inhalte aus den Gesprächen mit den Eltern fließen jedoch nicht in die hier vorliegende Arbeit mit ein.

Die Interviews stützten sich auf einen ausgearbeiteten Leitfaden und waren halbstruktuiert. Der Leitfaden wurde anhand der wichtigsten Forschungsfragen erstellt und gliederte sich in verschiedene Thematiken. Die Themenblöcke waren variabel im Gespräch einzubringen und folgten nicht einem chronologischen Aufbau.

Der Beginn wurde genutzt um eine vertrauensvolle Gesprächsbasis mit dem Jugendlichen aufzubauen. Manche Gesprächspartner schienen etwas mehr Zeit zu brauchen als andere und waren anfangs verhaltener. Als „Eisbrecher“ wurden sponante, situationsbezogene Fragen gestellt oder es wurde gemeinsam ein Kaffee getrunken. Um die Angst vor dem Diktiergerät und der Aufzeichnung zu nehmen, sprach die Forscherin kurz eine lustige Frage auf das Gerät und bat den Jugendlichen zu antworten. Die Aufzeichnung wurde angehört und meist wurde gemeinsam über die seltsam anmutende Stimme gelacht.

Die Forscherin beobachtete, dass die Nervosität und Unsicherheit bei den Jugendlichen nachließ, sobald sie diese ermutigte, von ihren persönlichen Erfahrungen zu erzählen und deutlich machte, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gäbe.

Der Verlauf des Interviews war vorrangig von dem Jugendlichen abhängig.

Am Ende des Gesprächs wurde noch über Wünsche für die Zukunft gesprochen und kurz Resümee gezogen, um zu einem guten Abschluss zu kommen. Es war immer noch Zeit Fragen, die die Jugendlichen hatten, zu beantworten.

Bei manchen Interviews hatte die Forscherin den Eindruck, die Jugendlichen würden von weiteren Kontakten zu Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen profitieren. Jedem Interviewteilnehmer wurde aus diesem Grund ein kurzes Infoblatt angeboten, die meisten hielten diese Möglichkeit allerdings nicht für notwendig. Für die Nachsorge der Gesprächsteilnehmer stand die Forscherin telefonisch zur Verfügung. Das Angebot wurde von keinem Jugendlichen genutzt.

Gleich im Anschluss an das Interview wurden Postskripte verfasst, die zumeist direkt auf das Diktiergerät gesprochen wurden und im Anschluss transkribiert wurden. Zweck dieser Protokolle ist es, Eindrücke, Stimmungen und Beobachtungen, die nicht am Tonband festgehalten wurden, zu dokumentieren. Postskripte sind zusätzliches Datenmaterial, das gegebenenfalls in der Auswertung wichtige Informationen über den Kontext des Interviews liefert.

Das folgende Beispiel für ein Postskriptum zeigt, wie das Interview mit einer 19-Jährigen abgelaufen ist und welche Herausforderungen sich der Forscherin stellten:

„Sie schien mir sehr offen, locker und nicht nervös zu sein, bemüht mir helfen zu wollen, eine freundliche und nette Person. Das Eis schien sehr schnell gebrochen (oder war gar nicht erst da!), wir konnten gut in die Thematik einsteigen.

Ich merkte, dass sie relativ schnell mitten im Thema war und viele verschiedene Dinge aufgriff, obwohl ich ihr nur mal die erste Frage stellte: „Wer gehört zu deiner Familie“. Ich überlegte ob ich sie unterbrechen oder erstmal fertig reden lassen sollte. Entschied mich für Letzteres. Offensichtlich wollte sie viele Dinge rauslassen, die Gelegenheit habe ich ihr glaube ich gegeben. Ich hatte – im Anbetracht dessen, dass ich das Interview nicht ausufern lassen wollte – immer damit zu tun, dem Interview SANFT Struktur zu geben um Zusammenhänge besser verstehen zu können, keine Informationen zu verlieren oder vergessen nachzufragen. Hatte das Gefühl sie

kam schnell von einem Thema zum nächsten und ich musste mich sehr bemühen die Themenkomplexe nicht aus der Übersicht zu verlieren. Wollte in unklaren Situationen nachfragen, aber nicht vom Hundertsten ins Tausendste kommen (auch wegen der Zeit). Mal schauen, wie es mir gelungen ist ... Ich habe das Gefühl, wir hatten einen recht guten Draht zueinander. Die Interviewführung meinerseits war eher zurückhaltend, habe mich bemüht „gute Fragen“ zu stellen und „schöne Sätze“ zu formulieren.

Gerade gegen Ende hatte ich auch sehr das Gefühl, dass sie sich sehr verletztlich und ehrlich zeigte. Übte dann auch Kritik an der Mutter, zuvor war die Mutter eher die „Gute“.

Ich wollte ihr dann nach (!) dem Interview noch ein paar persönliche (vielleicht auch psychoedukative?) Informationen geben. Mir war es wichtig, dass ich ihr meinen positiven Eindruck den ich von ihr hatte, auch mitteilte. Sie hat sich sehr gefreut und auch gesagt: „Das ist das einzig Positive, das ich seit langer Zeit von jemandem gehört habe!“. Ich denke, diese Aussage spricht für sich. Super Gespräch, nicht so intensiv wie (2) und (1), aber ich denke für die Zeit (Aufnahme ca. 2 Stunden) gut gelaufen.“

4.5 Datenanalyse

Alle Interviews und Postskripte wurden mit dem Diktiergerät aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Zuerst wurden die ausgedruckten Interviews per Hand grob offen kodiert oder Auszüge im Diplomanden-Kolloquium analysiert.

Das Programm MAXQDA (Version 10) ermöglichte im Anschluss ein übersichtliches und ökonomisches Kodieren der eingelesenen Transkripte. Die Gespräche wurden – angelehnt an die Forschungsfragen – Zeile für Zeile analysiert.

Mit zunehmendem Fortschritt bildeten sich Kategorien, die wiederum im Programm geordnet wurden und zu denen teilweise Memos verfasst wurden.

Weiters wurden Kategorien in einen strukturellen Zusammenhang gebracht (axiales Kodieren) und in Form eines Kodierparadigmas dargestellt (siehe Ergebnisse). Zentrales Element eines Kodierparadigmas bildet das Phänomen.

4.6 Gütekriterien

Die Gütekriterien der qualitativen Forschung unterscheiden sich von jenen der quantitativen. Während sich letztere Arbeiten an Objektivität, Reliabilität, und Validität messen, hat Mayring (2002) folgende Kriterien für die qualitative Forschung formuliert.

Regelgeleitetheit

Das Vorgehen im Forschungsprozess, was sowohl die Datenerhebung als die Analyse miteinschließt, muss systematisch geschehen und nach bestimmten Regeln ablaufen. Die Methode der „Grounded Theory“ erfordert einerseits ein gewisses Maß an Flexibilität im Umgang mit den Daten, nichtsdestoweniger wurden die Kodierschritte und das Kodierparadigma im Forschungsprozess beachtet.

Nähe zum Gegenstand

Ein wichtiger Punkt ist die Nähe zum Alltag der Zielgruppe. Da die Interviews in einer vertrauten Umgebung stattfanden und immer die Jugendlichen selbst im Mittelpunkt des Interesses standen, kann dieses Gütekriterium als erfüllt betrachtet werden.

Verfahrensdokumentation

Die Nachvollziehbarkeit des Vorgehens war insofern gewährleistet, als von Beginn an jeder Schritt im Forschungsprozess, vor allem sämtliche Kommunikation mit den Interviewpartnern, schriftlich festgehalten wurde. Neben Postskripten führte die Forscherin ein detailliertes Telefonprotokoll. Kode-Memos und Interview-Memos wurden auch angefertigt.

Argumentative Interpretationsabsicherung

Argumentative Interpretationsabsicherung bedeutet, dass sich zwar einerseits die Interpretationen nicht im klassisch naturwissenschaftlichen Sinne beweisen lassen, für die Leser jedoch verständlich und „intersubjektiv nachvollziehbar“ sein müssen. Zitate aus den Interviews können Schlüsse der Forscherin begründen und die Richtigkeit der Daten veranschaulichen.

Kommunikative Validierung

Das Prinzip besagt, dass Interpretationen geprüft werden können, indem man Ergebnisse den Interviewpartnern vorlegt und Rückmeldung einholt. Das „Sich wiederfinden“ in den Ergebnissen zeugt von kommunikativer Validierung.

In der vorliegenden Arbeit wurden Zwischenergebnisse mit manchen Jugendlichen am Telefon besprochen. Außerdem hat die Forscherin die Phänomene einer betroffenen jungen Erwachsenen vorgelegt, die jedoch nicht selbst an Interviews teilgenommen hatte.

Triangulation

„Triangulation meint immer, dass man versucht, für die Fragestellung unterschiedliche Lösungswege zu finden und die Ergebnisse zu vergleichen. Ziel der Triangulation ist dabei nie, eine völlige Übereinstimmung zu erreichen“ (Mayring, 2002, S. 147f).

Das Gütekriterium der Triangulation wurde durch die unterschiedliche Zusammensetzung der Stichprobe und durch das Heranziehen verschiedener Datenquellen (Interviews, Memos, Beobachtungen) für die Analyse erreicht.

Darüber hinaus wurde noch eine konsensuelle Validierung angestrebt (vgl. Bortz & Döring, 2006). Konsensuelle Validierung beschreibt die gemeinsame oder ähnliche Auffassung unterschiedlicher Personen und stützt die Glaubhaftigkeit der Ergebnisse. Dieses Gütekriterium wurde durch den Austausch vorläufiger Ergebnisse mit der Betreuerin, mit Kollegen im Diplomanden-Kolloquium und anderen einschlägigen Berufsgruppen erreicht.

5. Ergebnisse

5.1 Die Phänomene

Aus den Interviews haben sich zwei bedeutende Phänomene ergeben, die das Leben mit einem psychisch kranken Elternteil aus der Sicht der Kinder beschreiben: „Zwischen den Polen pendeln“ und die „Krankheit im Zaum halten – Eskalation verhindern“. Auf diese Phänomene wirken verschiedene Konzepte ein oder ergeben sich daraus.

In den folgenden Kapiteln werden, anhand kurzer Interviewpassagen die Phänomene und Konzepte erläutert und durch das Kodierparadigma grafisch dargestellt.

5.1.1 Phänomen „Zwischen den Polen pendeln“

Das Phänomen „Zwischen den Polen pendeln“ beschreibt das Erleben und Leben Kinder psychisch kranker Eltern. Die Metapher wird genutzt, die gegensätzlichen Positionen einzelner Jugendlicher zu verdeutlichen.

Dabei handelt es sich nicht um eine Gruppe Jugendlicher, der einem anderen genau gegenüber steht, sondern vielmehr um den Zwiespalt, in dem sich die Kinder befinden.

Auf der nächsten Seite ist das Kodierparadigma mit dem Phänomen „Zwischen den Polen pendeln“ abgebildet (Abbildung 5).

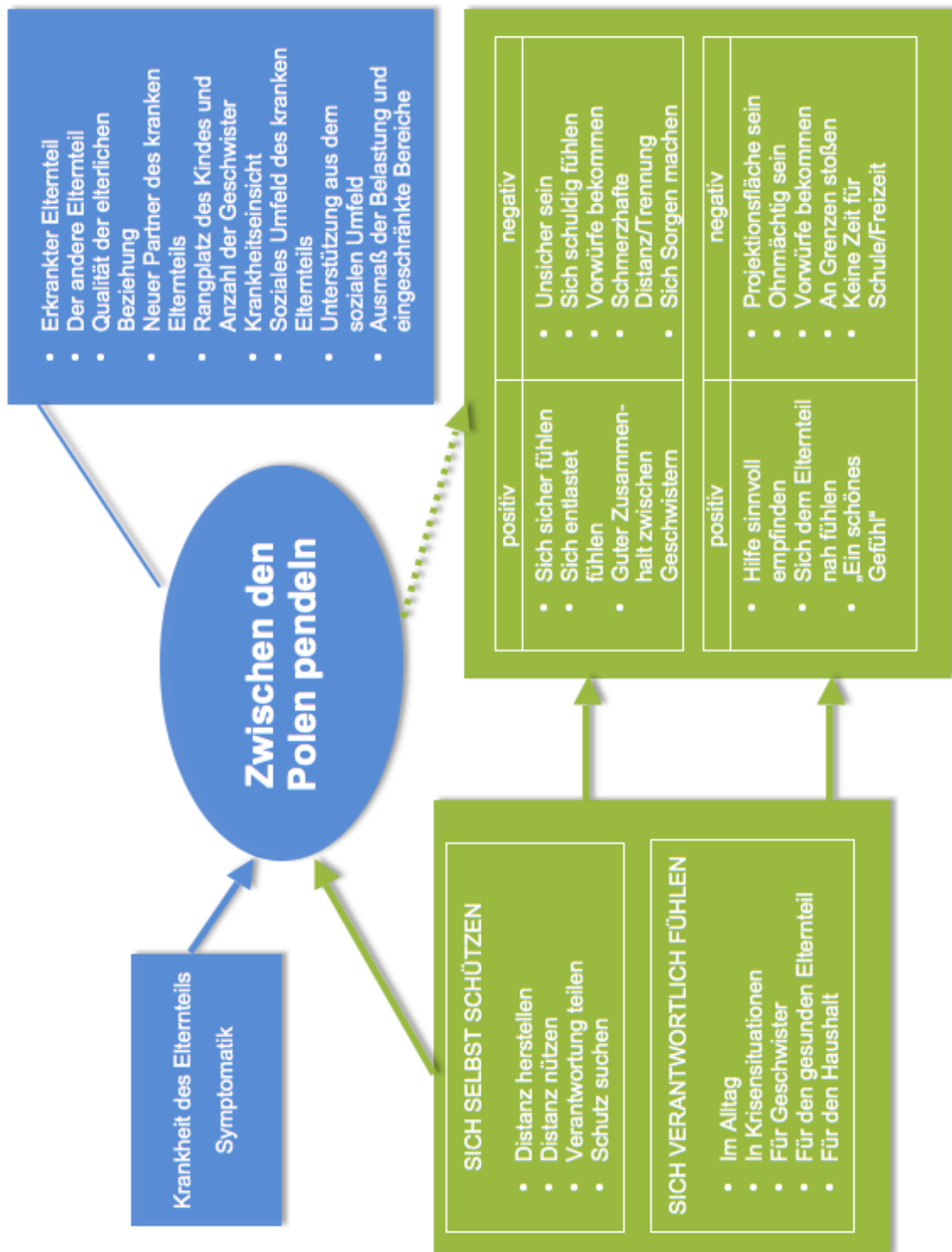


Abbildung 5 Phänomen "Zwischen den Polen pendeln" (eigene Darstellung)

Ursache

Die ursächliche Bedingung des Phänomens ist die psychische Krankheit des Elternteils. Die Krankheiten sind nicht näher eingegrenzt, sondern umfassen sämtliche psychischen Störungen und Verhaltensstörungen (Vgl. ICD-10-GM, 2011).

Die Symptomatik schlägt sich sowohl im Affekt des kranken Elternteils, in seinem Verhalten, als auch in kognitiven Prozessen nieder. Das Phänomen ist von der Symptomatik des Elternteils abhängig. In den Interviews werden sowohl eine floride als auch eine ausgeprägte Negativ-Symptomatik beschrieben, die dazu führen, dass Jugendliche verschiedene, teils gegensätzliche Positionen einnehmen.

Kontext und intervenierende Bedingungen

Erkrankter Elternteil

Eine kranke Mutter oder ein kranker Vater beeinflussen die Situation der Jugendlichen unterschiedlich. Die Mutter übernimmt andere Aufgaben in der Familie, als der Vater, demzufolge sind beide Elternteile für verschiedene Bereiche verantwortlich.

Der Mutter obliegt im Alltag der Kinder eine wichtige Schlüsselfunktion. Sie ist scheinbar überwiegend für hauswirtschaftliche Angelegenheiten zuständig und zumeist wichtigste Bezugsperson für die Kinder. Wenn diese Tätigkeiten aufgrund einer massiven psychischen Beeinträchtigung nicht mehr ausgeführt werden können, werden die restlichen Familienmitglieder vermehrt in die Verantwortung gezogen. Ist die Mutter also erkrankt, können Aufgaben wie kochen, Wäsche waschen, die Wohnung putzen und in Ordnung halten, sich um die Kinder kümmern und diese zur Schule bringen nicht mehr oder nur teilweise erledigt werden.

Der Vater ist häufig vollbeschäftigt und ist seltener zuhause, als die Mutter. Ist der Vater krank, ist das für den Alltag unmittelbar weniger problematisch, wie folgender Ausschnitt zeigt:

„Nein also mir ist es auch nicht aufgefallen dass etwas gefehlt hätte von der Arbeit her (...) nein da ist es weitergegangen so wie es vorher war.“ (T5)

Besteht die Krankheit über längere Zeit, kann es jedoch zu finanziellen Engpässen in der Familie führen, die andere Probleme nach sich ziehen können.

Der andere Elternteil

In vielen Familien springt bei einer psychischen Krankheit des einen Elternteils der andere Elternteil ein und versucht den Ausfall zu kompensieren. Dem muss entgegengehalten werden, dass nicht in jeder Familie beide Elternteile zur Verfügung stehen. Der gesunde Elternteil muss häufig arbeiten und für den Verdienst sorgen. In Familien mit nur einem Elternteil ist es nicht unmittelbar möglich, auf den zweiten als Ressource für die Familie zurückzugreifen. Darüberhinaus gibt es auch Familien, in denen sowohl die Mutter als auch der Vater aufgrund einer psychischen Krankheit nicht belastbar sind. In diesen Familien fehlt einerseits der kompensatorische, gesunde Elternteil und andererseits sind die Kinder mit zwei psychisch Kranken konfrontiert.

Wie sehr der andere Elternteil das Phänomen beeinflusst, hängt von verschiedenen Bedingungen, die er erfüllt, ab (Abbildung 6).

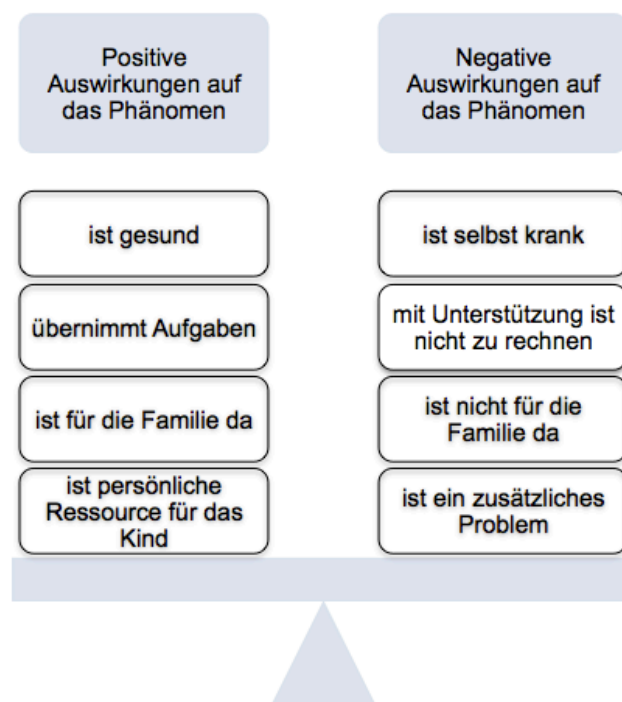


Abbildung 6 Der andere Elternteil (eigene Darstellung)

Positiv wirkt sich ein gesunder Elternteil aus, der zumindest teilweise anwesend ist und selbst in der Lage ist, Aufgaben in der Familie zu übernehmen sowie für die Familie da zu sein. Zusätzlich kann der Elternteil auch für das Kind eine wichtige persönliche Ressource darstellen. Verschiedene Rollen, die der gesunde Elternteil übernimmt, werden in den Interviews deutlich:

„Ja das ist einfach die Mama weil die ist einfach immer da und mit der kann ich auch immer reden und das ist schon wichtig.“ (T5)

„Meine Mama hat immer nur geschaut (...) dass sie ihn [den erkrankten Vater] irgendwie wegbringt dass sie wenigstens für die Kinder ein relativ schönes Weihnachtsfest gestalten kann (...) also für uns (...) also schon sehr bestrebt.“ (T3)

Negativ wirken sich fehlende Unterstützung im Haushalt und in der Familie auf das Phänomen aus. Eine psychische Erkrankung des anderen Elternteils kann zusätzliche Probleme nach sich ziehen: Arbeitslosigkeit, unkontrolliertes Trinkverhalten, problematische Sozialkontakte, verschwenderischer Umgang mit Geld, Aggressionen und Gewaltbereitschaft.

Eine 24-jährige Interviewteilnehmerin beschreibt das Verhalten des (ebenfalls kranken) Vaters und die Auswirkungen auf sich und die Geschwister folgendermaßen:

„Mein Vater hat das Geld verspielt (...) wir haben nicht viel Geld gehabt (...) jetzt hast du das Gefühl gehabt du bist der größte Sandler überhaupt.“ (T2)

„Mein Vater ist so einer er will alles haben (...) wenn er mal kein Geld nicht hat oder so dann geht er halt auf die Schwächsten (...) und das waren halt seine Kinder damals.“ (T2)

Für Kinder ist es auch schwierig, wenn der andere Elternteil die Bedürfnisse der Kinder nicht wahrnimmt und ihre Grenzen nicht respektiert werden:

„Die Mama [gesunder Elternteil] hat uns damals oft zum Papa [kranker Elternteil] geschickt weil sie hatte zu der Zeit irgendwie neue Bekanntschaften gehabt und hat uns dann auch immer gezwungen dass wir hingehen obwohl wir nicht wollten.“ (T3)

Je ausgeprägter die negativen Einflüsse sind, desto eher verschärft sich die unstete Situation der Kinder „zwischen den Polen zu pendeln“.

Qualität der elterlichen Beziehung

Die Beziehung der Eltern kann sich stützend oder nachteilig auf die Situation der Kinder auswirken. Ein respektvoller Umgang miteinander zieht die Kinder weniger in die Verantwortung, während Streitereien und anhaltende Konflikte zwischen den Eltern den Alltag in der Familie erschweren, wie der folgende Ausschnitt zeigt:

„Sie streiten wie die Pest miteinander (...) weil das war das Schlimmste im Winter (...) das haben wir immer gehasst wenn er daheim ist weil in der Früh wirst du munter durch Geschrei (...) da haben sie wirklich in einer Tour gestritten (...) du wirst munter du kannst dich nicht normal anziehen und in die Schule gehen (...) du wirst wirklich psychisch fertig gemacht.“ (T2)

Problematisch ist für die Kinder außerdem, wenn sie in den Streit der Eltern einbezogen werden und die Eltern sich gegenseitig schlecht machen. Die Kinder können in diesen Situationen nicht mit dem Schutz der Eltern rechnen.

„Zuerst ist es mal komisch weil zuerst ist man Zuschauer und dann wird man auf einmal reingeholt in das Boot.“ (T9)

Die Beziehung der Eltern ist freilich nicht konstant, sondern verändert sich durch verschiedene Vorkommnisse. Die psychische Krankheit eines Elternteils ist für den gesunden Elternteil sehr belastend, im äußersten Fall entwickelt der andere Elternteil selbst eine psychische Störung oder Verhaltensstörung (z.B. eine Depression oder eine Alkoholabhängigkeit). Je schwerwiegender und langanhaltender die Probleme sind, desto eher kommt es zu Auseinandersetzungen zwischen den Eltern oder zur Resignation des anderen Elternteils.

Das kann für Kinder bedeuten, dass sie den anderen Elternteil nicht mehr als unterstützend erleben, sondern als „Störfaktor“ im Alltag sehen und sich eine Trennung der Eltern wünschen.

Eine 19-jährige Schülerin beschreibt, wie sie die Trennung der Eltern empfunden hatte:

„Ich wollte dann eigentlich auch schon die Scheidung irgendwann (...) weil ich das gesehen habe wie das abläuft und dass das einfach immer katastrophaler wird (...) mein Papa ist früher teilweise ich sage jetzt mal fast gewalttätig geworden (...) er hat immer jemanden gebraucht den er ein wenig (...) unterdrücken runtermachen kann.“ (T3)

Neuer Partner des kranken Elternteils

Der neue Partner des kranken Elternteils kann den Kindern sowohl eine Stütze im Alltag sein sowie auch als störend empfunden werden.

In manchen Interviews wird beschrieben, dass sich der neue Partner vor allem um den kranken Partner kümmert, ihn verwöhnt und Zeit mit ihm verbringt. Ist ein neuer Partner verfügbar, regelt dieser zumeist die Aufnahme im Krankenhaus und die spätere Entlassung. Außerdem organisiert der Partner die Besuche beim kranken Elternteil und spricht mit Ärzten und Pflegepersonal vor Ort.

Der neue Partner ist für die Kinder dann eine persönliche Ressource, wenn er auch für sie da ist und sich ihren Bedürfnissen zuwendet.

Für die Kinder bedeutet das engagierte Verhalten des Partners eine zeitweise Entlastung und die Möglichkeit, sich auf andere Dinge zu konzentrieren (Schule, Freizeit etc.).

Rangplatz des Kindes und Anzahl der Geschwister

Der Rangplatz und die Anzahl der Kinder ist ein wichtiger Faktor für die Strategien, mit denen Kinder auf das Phänomen reagieren.

Die Situation eines ältesten Kindes ist nicht dieselbe wie die, eines jüngsten Kindes in einer Familie. Aus dem Rangplatz ergeben sich unterschiedliche Aufgaben und Verantwortungen, die das Kind übernimmt. So wird das Älteste stärker in die Verantwortung gezogen als das zweite oder dritte Kind.

Eine Interviewteilnehmerin beschreibt ihre Position als älteste Tochter wie folgt:

*„Sicher viel Verantwortung für die Geschwister (...) und so wenn sie zum Beispiel was angestellt haben (...) ich war schuld ich habe nicht geschaut.“
(T2)*

Ältere Kinder kümmern sich um jüngere Geschwister und erledigen Aufgaben, die der kranke Elternteil nicht mehr übernehmen kann.

„Im Endeffekt war ich halt immer die Älteste ja und sicher jetzt musst du auf die drei kleinen Geschwister aufpassen jetzt musst du was zum Essen machen.“ (T2)

Jüngere Geschwister erleben den älteren Bruder oder die ältere Schwester eher als Elternersatz und helfen (dem Ältesten) wo es notwendig scheint. Das jüngste Kind von vier Geschwistern erzählt, mit welchen erzieherischen Maßnahmen ihn seine älteste Schwester zur Vernunft bringen wollte, als er die Schule schwänzen wollte:

„Dann hat sie gesagt entweder du stehst jetzt auf und gehst in die Schule und kommst halt eine Stunde zu spät oder du bleibst da (...) dafür musst du das und das dann erledigen (...) und dann habe ich angefangen das ganze Wohnzimmer zu putzen und das ganze Bad und den Garten zwei Stunden Rasenmähen und das habe ich dann alles tun müssen wenn ich geschwänzt habe.“ (T1)

Einzelkinder müssen sich einerseits nicht um jüngere Geschwister sorgen, andererseits werden sie auch nicht von Geschwistern unterstützt und können die Verantwortung in der Familie weniger gut aufteilen.

Krankheitseinsicht

Ob sich der Elternteil seiner psychischen Krankheit und der daraus folgenden Hilfsbedürftigkeit bewusst ist oder nicht, hat massive Auswirkungen auf die Situation der Kinder. Eine Interviewteilnehmerin reflektiert die Notwendigkeit der Krankheitseinsicht für die Behandlung:

„Besser kann es ihr eigentlich nur gehen wenn sie sich selbst hilft (...) weil sie hat sich von anderen nicht helfen lassen (...) auch nicht im Krankenhaus und ich glaube der erste Schritt den sie hätte machen müssen ist mal eingestehen dass sie überhaupt krank ist (...) genau das war das Problem (...) ich glaube sobald sie sich irgendwann mal eingesteht dass sie krank ist kann man ihr helfen (...) von außerhalb, aber so kann dir glaube ich keiner helfen wenn du es dir selbst nicht eingestehen willst.“ (T2)

Nimmt der Elternteil seine eigenen psychischen Beeinträchtigungen wahr und kann er akzeptieren, dass er professionelle Hilfe in Anspruch nehmen muss, übernimmt er selbst Verantwortung für seine Situation. Ist das der Fall, sind die Kinder erleichtert, den Elternteil nicht von der Krankheit überzeugen zu müssen. Ihm sind seine Symptome weitgehend bewusst und er versucht, die Kontrolle durch geeignete Behandlung wiederzuerlangen.

Im anderen Fall sind die Kinder zumeist bestrebt, den Elternteil auf seine Krankheit und die damit verbundene Symptomatik aufmerksam zu machen. Die Kinder verfolgen das Ziel, dass der Elternteil einer Behandlung zustimmt oder selbst versucht, die Symptome in den Griff zu bekommen.

Die Kinder beschreiben in den Interviews, was passiert, wenn der Elternteil die Diagnose leugnet, und – wie es ein Kind beschreibt – „tief in den Kopf verbannt wird“:

„Wenn du sie ansprichst auf die Krankheit dann fängt sie gleich zu schreien an: ‚Ich bin nicht psychisch krank lasst mich in Ruhe!‘ (...) und dann läuft sie weg und dann weißt du jetzt ist es vorbei.“ (T1)

Manche Kinder haben die Hoffnung, der Elternteil zeige sich krankheitseinsichtig und würde sich seines Verhaltens bewusst werden, schon beinahe aufgegeben. Eine Interviewteilnehmerin bringt die Aussichtslosigkeit folgendermaßen zum Ausdruck:

„Vielleicht dass sie es irgendwann mal einsieht aber ich glaube nicht ich glaube wenn sie dann 80 oder so ist (...) und im Sterbebett liegt (...) ich glaube dass sie dann mal sagt: ‚Es tut mir Leid!‘ (...) aber das war’s dann.“ (T2)

Soziales Umfeld des kranken Elternteils

Das soziale Umfeld des kranken Elternteils ist insofern relevant, da es den Kindern ermöglicht, Aufgaben abzugeben. Sind beispielsweise Freunde des kranken Elternteils regelmäßig verfügbar, hat der kranke Elternteil die Möglichkeit, sich auszutauschen und abzulenken. Ist der Elternteil vom sozialen Umfeld zurückgezogen, versuchen die Kinder mehr für den Elternteil da zu sein.

Eine 16-jährige Interviewteilnehmerin beschreibt ihre veränderte Situation nach dem Umzug der Familie:

*„I: Das heißt ihr ward du und dein Bruder ward so eine Art Ansprechperson? –
IP: Ja also gezwungenermaßen weil sie einfach (...) sehr allein war sie hat dann nicht wirklich wen gehabt (...) die ganzen Freunde waren halt in den vorigen Wohnorten.“ (T9)*

Unterstützung aus dem sozialen Umfeld

Die Möglichkeit auf Unterstützung aus dem sozialen Umfeld zurückzugreifen, bedingt die Situation der Kinder „zwischen den Polen zu pendeln“ maßgeblich. Als soziales Umfeld können sowohl die eigenen Verwandten, Bekannte, Nachbarn, Freunde und weitere Angehörige der Familie bezeichnet werden.

Wird Hilfe und Unterstützung angeboten und angenommen, hat diese eine positive Auswirkung auf das Phänomen. Kinder profitieren vor allem von unverzüglicher Hilfe, wo sie notwendig ist. Bleibt die Unterstützung jedoch aus oder wird der Kontakt zum Umfeld negativ erlebt, führt das dazu, dass die Kinder auf sich alleine gestellt sind.

Ist die Situation der Familie und die Hilfsbedürftigkeit bekannt, ist es dem Umfeld möglich, zu helfen. Neben instrumenteller Hilfe (Haushalt, auf Kinder aufpassen, Behördenwege, Kontakt zu professioneller Hilfe herstellen etc.), kann den Kindern auch emotionaler Beistand (Gespräche, Trost, Schutz etc.) angeboten werden.

In den Interviews werden häufig die Großeltern der Kinder genannt. „Die Oma und der Opa“ unterstützen die Familie kompromisslos, prompt und direkt vor Ort.

„Dann ist meine Oma gekommen (...) die ist dann hergekommen und hat halt für die Kinder gesorgt und geputzt.“ (T7)

Oftmals ist die Ernsthaftigkeit der familiären Situation außenstehenden Personen nicht bekannt. Bedingt wird dieser Umstand unter anderem durch mangelnde Kommunikation der Familienmitglieder mit dem Umfeld. Eine drohende Stigmatisierung bewirkt, dass versucht wird, die psychische Krankheit des Elternteils geheim zu halten und nicht darüber zu sprechen.

Andere Angehörige leugnen das Ausmaß der Belastung und zeigen kein Verständnis für die Situation der Kinder.

„Bei der Verwandtschaft war es früher so dass sie es ziemlich ignoriert haben und so (...) sie haben so getan als ob nichts wäre und dass es sie nicht betrifft (...) die haben halt gehofft dass es von alleine weggeht und dass sie nichts hat.“ (T2)

Kinder haben dennoch die Erwartung an Anghörige, dass sie Kontakt mit ihnen aufnehmen und Hilfe initiieren. Die Kinder sehnen sich nach der Möglichkeit, mit nahestehenden Verwandten und Freunden über die Eltern zu sprechen. Wird dieser

Erwartung nicht nachgekommen, ziehen sich die Kinder meist zurück und versuchen, alleine damit zurecht zu kommen. Zwei Interviewteilnehmer sagen hierzu:

„Ich bin nie darauf angesprochen worden.“ (T6)

„Sicher hat es mir weh getan als Kind aber für mich war das so ein Mechanismus sie reden nicht darüber jetzt redest du auch nicht darüber (...) denk nicht dran und dann war es auch nicht so.“ (T2)

In manchen Interviews wurde die fehlende Hilfe seitens des sozialen Umfelds drastisch verurteilt. Eine Interviewteilnehmerin macht den Verwandten Vorwürfe, da diese einen Urlaub der Kinder zusammen mit der manischen, gewalttätigen Mutter nicht verhinderten und die Kinder im Stich ließen.

„Ich bin heimgekommen und es wollte keiner mit mir reden darüber es war irgendwie allen egal (...) und ich war böse weil du als Kind glaub ich angefressen bist weil du dir denkst: ‚Wo ward ihr? (...) Wo ward ihr wie es passiert ist im Endeffekt?‘ Weil es war wirklich keiner nicht da (...) und ich meine sie hätten es wissen müssen wie ihr Geisteszustand ist (...) aber durch das dass sie es halt alle ignoriert haben haben sie uns trotzdem zu viert mitgehen lassen.“ (T2)

Ausmaß der Belastung und eingeschränkte Bereiche

Es ist schwierig, den Schweregrad einer psychischen Krankheiten und das Ausmaß der familiären Belastung zu bestimmen.

Dennoch kann bei einer psychischen Krankheit generell von einer großen Belastung für die gesamte Familie ausgegangen werden. Für das Phänomen ist entscheidend, ob die bisher genannten intervenierenden Bedingungen vorhanden sind und in welchem Ausmaß diese zutreffen.

Entscheidend ist außerdem, welche Bereiche durch die psychische Krankheit beeinträchtigt sind. Bei manchen erkrankten Elternteilen kann vorrangig die Hausarbeit nicht mehr erledigt werden. Die Kinder versuchen hier „einzuspringen“ um den Alltag aufrechtzuhalten. Manche Aufgaben können auch von dem anderen Elternteil oder von außenstehenden Personen (Verwandte, Familienhelfer etc.) übernommen werden, sofern diese zur Verfügung stehen.

Lässt eine psychische Erkrankung die Erfüllung der kindlichen Bedürfnisse nach Zuneigung und Schutz nicht zu, wird das von den Kindern sehr belastend erlebt. Der andere Elternteil kann hier bestenfalls kompensatorisch wirken. Werden über längere Zeit die Bedürfnisse der Kinder vernachlässigt, müssen sie selbst für den eigenen Schutz sorgen.

Strategien

Kinder reagieren auf das Phänomen „Zwischen den Polen pendeln“ mit verschiedenen Strategien, die sich abwechseln. Es gibt also nicht eine Gruppe Kinder, die ausschließlich eine Strategie anwendet, sondern alle Kinder versuchen unter gegebenen Umständen (siehe Kontext und intervenierende Bedingungen) sich selbst zu schützen oder fühlen sich wiederum für die Familie verantwortlich.

Charakteristisch ist, dass Kinder psychisch kranker Eltern beide Strategien auch zeitlich überlappend einsetzen.

„Sich selbst schützen“ durch Distanz herstellen

Kinder versuchen, sich selbst zu schützen, indem sie zwischen sich und dem kranken Elternteil Distanz herstellen.

Sich vom Elternteil zu distanzieren kann durch passive (notwendiger Krankenhausaufenthalt des Elternteils) und aktive Ortsveränderungen (jüngere Kinder: Freunde besuchen; ältere Kinder: eigene Wohnung nehmen, in eine andere Stadt umziehen, reisen) passieren.

Außerdem kann die Distanz auch auf emotionaler Basis hergestellt werden. Kinder können zum Beispiel ihre persönlichen Grenzen aufzeigen. Das kann bedeuten, dass sich die Kinder absolut („du kannst nicht mehr mit uns rechnen“) oder teilweise vom Elternteil distanzieren:

„Wenn er mal über das reden möchte dann ist das in Ordnung (...) und dann hör ich ihm auch zu (...) aber es geht mich eigentlich nichts an und das ist etwas ganz Wichtiges.“ (T9)

Sich auf die natürliche Rollenverteilung von Mutter und Kind zu berufen, hilft den Kindern auch sich selbst zu schützen.

„Hallo ich bin nicht die Mama ich bin das Kind“ (T2)

Im Gegensatz dazu bekräftigen andere Jugendliche die Rollenaufgabe und wollen „nicht mehr zurück“. Sie wehren sich, wenn sich der kranke Elternteil – nach langer Zeit der unerfüllten Bedürfnisse – plötzlich den Kindern zuwendet und seine Mutter- oder Vaterrolle einnimmt. Die Kinder sind gekränkt und fühlen sich beinahe für fremde Zwecke „missbraucht“. Ein ausführliches Zitat veranschaulicht diese Strategie:

„IP: Das ist etwas mit dem ich überhaupt nicht klar komme (...) also weil mich das einfach das verletzt mich (...) ich empfinde es als Verlächerlichung von dem weil sie das nie war weil sie das nie getan hat und (...) wenn sie jetzt in der Situation wo ich jetzt bin nachdem was alles passiert ist wenn sie da jetzt sagt: ‚Ich bin aber deine Mutter und du bist mein Kind und das ist mein Recht!‘ (...) dann kommt mir so richtig die Galle hoch das halte ich überhaupt nicht gut aus da werde ich teilweise auch böse. – I: Was ist das was man da überhaupt nicht aushält? – IP: Ja weil das nie so war sie es aber jetzt so von mir in Anspruch nimmt (...) also dass ich quasi das Kind bin und ich jetzt quasi so Sachen zu tun habe was sie sagt (...) das funktioniert jetzt aber nicht mehr das ist schon zu spät (...) und sie versucht dann eine Rolle in meinem Leben zu spielen die sie aber nicht mehr spielt (...) und wenn sie dann in die Rolle reinschlüpft das ist dann ein irrsinnig komisches Gefühl das passt nicht (...) das ist so wie wenn man einen zu kleinen Schuh anzieht das passt nicht.“ (T9)

„Sich selbst schützen“ durch Distanz nützen

Das „Aufatmen können“ ist für die Kinder der Hauptnutzen der Distanz. Die Distanz zum Elternteil wird von den Kindern auch intensiv für Freizeitaktivitäten, Erholung und persönliche Angelegenheiten (Schule und Studium) genutzt.

Der Krankenhausaufenthalt des Elternteils wird in mehreren Familien weniger als belastend, sondern vielmehr als erleichternd und Möglichkeit „zur Ruhe zu kommen“ beschrieben. Zusätzlich wissen die Kinder den Elternteil im Krankenhaus gut untergebracht und müssen sich nicht um sein Wohl sorgen.

„Weil du besser schlafen kannst wenn du weißt sie ist im Krankenhaus und leischt [treibt sich] nicht irgendwo in der Nacht herum.“ (T1)

„Es war natürlich auch irgendwie eine Erleichterung (...) wenn er nicht so gut drauf ist oder im Wohnzimmer herumhängt überträgt sich das auch auf die anderen ein wenig und so (...) und die Mama und ich verstehen uns voll gut und haben da auch voll die klasse Zeit gehabt.“ (T5)

„Sich selbst schützen“ durch Verantwortung teilen

Eine weitere Strategie ist der Versuch, die Verantwortungen, die Kinder übernehmen, teilweise abzugeben. Das kann bedeuten, dass Kinder Aufgaben an das soziale Umfeld übertragen um es aktiv einzubinden, sich selbst von der anhaltenden Verantwortung zu befreien und sich trotzdem der Erledigung der Aufgabe sicher zu sein.

Ein Kind beschreibt, dass er anderen auftrage, sie sollen die Polizei verständigen sobald die Mutter auffällig werde. Er begründet seine Strategie folgendermaßen:

„Weil ja im Endeffekt wenn keiner etwas tut bleibt es dann wieder an uns hängen dann müssen wir wieder sie wieder einweisen.“ (T1)

„Sich selbst schützen“ durch Schutz suchen

Eine weitere Möglichkeit, sich selbst zu schützen ist das Aufsuchen von sicheren Umgebungen und vertrauensvollen Personen. Die Kinder versuchen eine gewisse Zeit der Situation zuhause zu entkommen und wenden sich an Großeltern, nahestehende Verwandte oder Freunde.

Der Zusammenhalt zwischen den Geschwistern wird auch als „beschützend“ erlebt. Sie haben nicht nur ähnliche Bedürfnisse, sondern können die eigenen Gefühle auch selbst gut nachvollziehen.

„Wie wir älter geworden sind haben wir uns öfter zusammengesetzt (...) und geredet und geredet und das hat auch viel geholfen weil sicher (...) sie verstehen dich von allen am besten.“ (T2)

Kinder psychisch kranker Eltern probieren auf unterschiedliche Weise, sich selbst zu schützen. Sie tun dies, sobald sie selbst zu viel Verantwortung tragen, damit überfordert sind und in Folge dessen einen massiven, persönlichen Schaden erwarten.

Dem Selbstschutz steht der Pol „Sich verantwortlich fühlen“ gegenüber, der hier nachstehend beschrieben wird.

„sich verantwortlich fühlen“ im Alltag

Kinder übernehmen im familiären Alltag eine Vielzahl an praktischen Aufgaben und geben emotionale Unterstützung.

Wurden dem kranken Elternteil Medikamente verordnet, tragen die Kinder eine große Verantwortung. Sie richten die Tabletten und helfen bei der Einnahme. Häufig müssen die Kinder den Elternteil erinnern, da er die Tabletten vergessen würde. In einem Interview beschreibt eine Tochter, wie sie die Vielzahl unterschiedlicher Tabletten täglich vorsortiert und den Überblick behält. Sie meint, die Mutter würde es in der Depression nicht schaffen, selbst Ordnung zu halten und die richtigen Tabletten rechtzeitig einzunehmen.

Obwohl das Verhalten des Elternteils manchmal seltsam und bizarr empfunden wird, scheuen die Kinder den Kontakt nicht und gehen sehr geduldig und einfühlsam mit der Mutter oder dem Vater um. Sie spenden Trost und lassen dem Elternteil ihre Zuneigung spüren.

„Zwei drei Umarmungen und ein bisschen darüber reden und dann passt das.“ (T1)

Für die Kinder ist es wichtig gemeinsam mit dem Elternteil Freizeitaktivitäten zu unternehmen. Sie tun dies aus verschiedenen Gründen: um den Elternteil fröhlich zu erleben, um ihm etwas Gutes zu tun und ihn zu verwöhnen, um ihn von der Krankheit abzulenken, um die Symptome positiv zu beeinflussen, oder, um „einfach wiedermal raus zu kommen“.

„Wir sind dann auf einen Berg gefahren und dort eine Runde spazieren gegangen einfach mal einen Ausflug so gemacht (...) wir haben viel Spaß gehabt (...) da hast du es wirklich dann das erste Mal richtig gesehen wie sie

loslassen hat können von allem (...) sie hat einfach in dem Moment ihre ganzen Sorgen unten lassen und immer höher wir rauf sind mit der Gondel war sie dann immer ruhiger und ruhiger.“ (T8)

Kinder bieten sich nicht nur als Gesprächspartner an, sondern sehen es auch als wichtige Aufgabe, den Elternteil über seine Krankheit zu informieren. Das wird vor allem dann gemacht, wenn die Eltern keine Krankheitseinsicht haben.

Die Kinder versuchen die Krankheit zu verstehen, die Ursachen zu klären und einen besseren Umgang mit dem Elternteil zu fördern. Sie geben dieses Wissen auch an ihre Familie weiter.

Um den Elternteil zur Einsicht zu bringen, weisen sie den Elternteil auf die Symptome der Krankheit hin, machen deutlich, dass mehrere Leute von derselben psychischen Krankheit betroffen sind und versuchen zu beruhigen, dass die Eltern selbst keine Schuld an der Erkrankung trifft.

„Sich verantwortlich fühlen“ in Krisensituationen

Neben den Verantwortungen, die Kinder im Alltag übernehmen, kann es immer wieder zu akuten Krisen kommen. Krisenhafte Situationen sind zum Beispiel eine plötzliche Verschlechterung der psychischen Verfassung ausgelöst durch äußere Umstände (Streit, Vorfälle im sozialen Umfeld, Alkohol, Tabletten wurden eigenständig abgesetzt oder vergessen) oder intrapsychische Veränderungen (Wechsel von der Depression in die Manie, Gefühl der Bedrohung, Angst, Sorgen).

In diesen Situationen versuchen die Kinder den Elternteil zu beruhigen und geben ihm die Möglichkeit, sich zu erholen und „runterzukommen“ (siehe Phänomen „Krankheit im Zaum halten – Eskalation verhindern“).

Ist die Eskalation jedoch nicht mehr aufzuhalten, kann es zu einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung kommen. Ist diese Situation der Fall, ist eine Einweisung in ein Krankenhaus unumgänglich.

Es sind häufig die Kinder, die einen Krankenhausaufenthalt einleiten. Sie setzen sich mit dem Krankenhaus in Verbindung, benachrichtigen den Rettungsdienst und/oder die Polizei und versuchen den Elternteil zu überzeugen, freiwillig ins Krankenhaus mitzufahren. Bis die Rettungskräfte eintreffen, wird der Elternteil mit verschiedenen „Tricks“ abgelenkt, um nicht zu riskieren, dass er wegläuft.

Bereits sehr junge Kinder sehen die Einweisung des Elternteils nicht nur mit an, sondern versuchen aktiv so gut wie möglich zwischen den professionellen Helfern und dem kranken Elternteil zu vermitteln. Sie sind bemüht, ihn zur Einsicht zu bringen und eine gewaltsame, entwürdigende Zwangseinweisung zu umgehen.

„Sich verantwortlich fühlen“ für Geschwister

Gibt es in der Familie mehr als ein Kind, sind diese füreinander da und kümmern sich um die anderen Geschwister. Dem ältesten Kind kommt eine große Bedeutung in der Familie zu (siehe intervenierende Bedingungen „Rangplatz des Kindes und Anzahl der Geschwister“), aber selbst die jüngeren Geschwister versuchen, so gut es geht, mitzuhelfen.

Neben erzieherischen Aufgaben, die das jeweils ältere Kind gegenüber dem jüngeren übernimmt, versuchen die Geschwister sich auch gegenseitig zu schützen und achten aufeinander. Besonders in zerrütteten Familienverhältnissen und in Familien, wo die Kinder nicht mit dem Schutz der Eltern rechnen können, übernehmen diese zentrale Aufgabe die Geschwister. Sie nehmen in Konflikten alle Schuld auf sich, um nicht die jüngste Schwester dem Streit auszusetzen, verteidigen einander sowohl in verbalen Auseinandersetzungen, als auch bei einem körperlichen Angriff des akut psychotischen, aggressiven oder betrunkenen Elternteils.

Eine 19-jährige Interviewteilnehmerin erzählt Folgendes:

„Da wollte er meine Schwester anschnauzen und in dem Moment war mir das egal was ich bei ihm nicht darf da habe ich dann zurückgeschnauzt dass er dann auf mich losgeht und nicht auf sie (...) damit er sie in Ruhe lässt.“ (T3)

„Sich verantwortlich fühlen“ für den anderen Elternteil

Kinder wenden sich nicht nur dem kranken Elternteil und den Geschwistern zu, sie kümmern sich auch um den anderen Elternteil und versuchen, ihn so gut es geht zu unterstützen. Ist der Elternteil mit den Aufgaben in der Familie überfordert, springen die Kinder ein.

Sie fungieren als Gesprächspartner im Alltag und in Krisensituationen. Sie sprechen über die aktuelle Situation des kranken Elternteils und geben die Möglichkeit, seine

eigenen Gefühle mitzuteilen und sich darüber auszutauschen („*Ich war so ihre Anvertraute*“).

„Sich verantwortlich fühlen“ für den Haushalt

Die Übernahme des Haushalts und hauswirtschaftlicher Angelegenheiten ist ein zentrales Thema für Kinder psychisch kranker Eltern. Abhängig davon, welcher Elternteil erkrankt ist und ob der andere Elternteil für Aufgaben verfügbar ist, fühlen sich die Kinder mehr oder weniger verantwortlich.

Diejenigen Kinder, die kaum Aufgaben im Haushalt übernehmen, haben entweder einen psychisch kranken Vater, ein unterstützendes soziales Umfeld im Hintergrund, oder der kranke Elternteil kann selbst noch mitarbeiten. Oft ist es die Großmutter, die den Haushalt führt oder vorübergehend sogar in die Wohnung einzieht. In den meisten dieser Familien ist auch der gesunde Elternteil stark in die Hilfe involviert.

Diese Kinder fühlen sich häufiger für andere Bereiche verantwortlich (z.B. den kranken Elternteil, den gesunden Elternteil oder Geschwister), da die elterliche Krankheit kaum die Vernachlässigung hauswirtschaftlicher Pflichten nach sich zieht.

Dem gegenüber stehen jene Familien, deren Haushalt nicht erfüllt wird und die nicht mit Hilfe von Erwachsenen rechnen können („*es hat sich keiner darum gekümmert*“). Die Kinder müssen infolgedessen einspringen, um einen möglichst reibungslosen Alltag in der Familie zu garantieren. Die älteste Tochter einer Familie beschreibt ihre Eindrücke als Zehnjährige:

„Wenn sie halt nicht daheim war wer soll denn kochen? Weil ich war keine super Köchin nicht mit zehn Jahren (...) aber das was wir zusammenbekommen haben war eh super (...) den Einfallsreichtum den wir als Kinder gehabt haben war eh Hammer (...) auf einen Toast einen Käse und in die Mikrowelle ((lacht)) guten Appetit.“ (T2)

Kinder psychisch kranker Eltern fühlen sich neben dem Haushalt auch für die einzelnen Familienmitglieder verantwortlich und reagieren – je nach gegenwärtiger Situation – auf Veränderungen der psychischen und körperlichen Verfassung des Elternteils. Abhängig von den Konsequenzen, die auf die jeweiligen Strategien folgen, überwiegt entweder die Verantwortung gegenüber der Familie, oder der Schutz der eigenen Person. Der folgende Teil beschreibt die möglichen

Konsequenzen des Phänomens „Zwischen den Polen pendeln“ nach Strategien geordnet.

Konsequenzen von „Sich selbst schützen“

Positiv

Das Herstellen von Distanz und das Aufsuchen von Schutz kann – zumindest vorübergehend – für ein Sicherheitsgefühl bei den Kindern sorgen. Da sie sich von der instabilen Situation zuhause zurückgezogen haben und die Distanz gut nützen können, fühlen sie sich selbst wohl und sicher.

Sofern Kinder erfolgreich andere Personen in familiäre Verantwortungen eingebunden haben, sind sie selbst (teilweise) entlastet und können sich anderen Angelegenheiten widmen.

Haben sich die Kinder mit ihren Geschwistern vom Elternteil distanziert, erleben sie ein stärkendes Gefühl des Zusammenhalts. Dieses „Bündnis“ kann den Kindern Sicherheit und Schutz bieten.

„Ab und zu haben wir uns schon alle gestritten und so aber wenn irgendwer irgendwas gebraucht hat wenn irgendwas war hat man sich immer auf alle [Geschwister] verlassen können.“ (T1)

Negativ

Obwohl manche Kinder wissen, dass es notwendig ist, sich selbst zu schützen, fühlen sie sich deswegen schuldig und sind verunsichert, ob sie sich nicht besser dem kranken Elternteil zuwenden sollten.

Eine Interviewteilnehmerin erzählt, sie habe nach einem heftigen Streit zwischen der alkoholisierten Mutter und dem Vater die Polizei gerufen, da sie sich selbst nicht mehr zu helfen wusste und Angst hatte. Sie beschreibt das Verständigen der Polizei als einzige Möglichkeit, in der Situation Schutz für sich und den Bruder zu finden. Sobald sie die Polizei gerufen hatte, habe sie sich jedoch schuldig gefühlt „die kranke Mutter zu verraten“:

„In der Situation wo das passiert ist habe ich mir nur gedacht: ‚Boah ich pack es nicht ich brauche Hilfe weil wenn das noch mal passiert dann schaffe ich das nicht mehr!‘ (...) das war von mir eine totale Kurzschlussreaktion (...) ich bin dann draufgekommen ich habe die Polizei angerufen aber jetzt stehen lauter Alkoholflaschen herum (...) und ich wollte natürlich nicht dass die Mama ich meine das ist eh völlig wurscht gewesen weil die Mama war so im Öl [betrunken] die Fahne hast du wahrscheinlich in drei Metern auch noch gerochen aber es ist darum gegangen ich habe mir einfach in dem Moment gedacht: ‚Verrate ich jetzt die Mama wenn ich da jetzt die Flaschen stehenlasse?‘ (...) und quasi sage: ‚Schauts so ist es!‘ (...) und ich habe dann in meiner Panik alles also ich habe jede Flasche die ich gefunden habe ins Abstellkammerl reingestellt und habe gebetet dass die Türe zugeht.“ (T9)

Die Schuldgefühle der Kinder sind umso größer, je mehr sie sich für den Elternteil und die Familie verantwortlich fühlen und je geringer die Unterstützung von anderen Personen ist. Wenn Kinder glauben, dass das psychische Befinden des kranken Elternteils maßgeblich von ihrem persönlichen Einsatz in der Familie abhängig ist, dann fühlen sie sich schuldig, sobald sie erste Schritte unternehmen um sich vom Elternteil zu distanzieren.

Sind Kinder für den Elternteil nicht verfügbar und verfolgen eigene Ziele, müssen sie dennoch häufig an den kranken Elternteil und die Familie denken und machen sich Sorgen. Es ist für Kinder demnach schwierig, die eigene Zeit zu genießen und sie – frei von Schuldgefühlen – für sich zu beanspruchen. Ein Jugendlicher erzählt, wie kurz die Ablenkung von der familiären Situation anhalten kann:

„[Mit Freunden] da redest du einfach über andere Geschichten da hast du dann schon ein bisschen Spaß und so ist eh ganz gemütlich (...) aber wenn du dann heimkommst ist es halt dann blöd (...) dann bist du daheim und willst dich niederlegen und dann fängst du zu denken an und dann ist es schon vorbei.“ (T1)

Haben Kinder Distanz zum Elternteil geschaffen, bedeutet das genauso, dass ihre Bedürfnisse teilweise nicht erfüllt werden können. Ist es zum Beispiel notwendig, aus der gemeinsamen Wohnung auszuziehen, kann das für das Kind einerseits Schutz bedeuten, andererseits auch Verzicht auf Zuneigung vom Elternteil.

Neben den eigenen Schuldgefühlen und Sorgen kann es auch vorkommen, dass den Kindern der Vorwurf gemacht wird, sie würden sich nicht (ausreichend) um den kranken Elternteil kümmern. Für Kinder ist dieser Vorwurf sehr kränkend und schmerzhaft, da sie unentwegt ihr Bestes versuchen und es scheinbar trotzdem „niemandem recht machen können“.

Konsequenzen von „Sich verantwortlich fühlen“

Positiv

Kinder empfinden die Zeit, die sie für die Familie aufbringen, befriedigend und hilfreich. Sie können einen Sinn in ihrem Tun sehen und bekräftigen wiederum ihr Handeln.

Da die Aufgaben immer das Wohl des kranken Elternteils bezwecken, fühlen sich die Kinder dem Elternteil besonders nahe. Ein gutes Gespräch mit dem kranken Elternteil kann also dem Bedürfnis nach Aufmerksamkeit und Nähe des Kindes nachkommen.

Spüren die Kinder eine positive Veränderung beim Kranken (z.B. ein Lächeln, Ruhe, Zufriedenheit etc.), ist das für sie „ein schönes Gefühl“.

Negativ

Kinder empfinden die Verantwortung dem kranken Elternteil und der Familie gegenüber auch als belastend. Sind die Kinder auf sich alleine gestellt und können nicht mit Hilfe rechnen, stoßen sie an ihre persönlichen Grenzen.

Die fehlende Krankheitseinsicht des Elternteils kann dazu führen, dass die Unterstützung der Kinder nicht angenommen wird, oder Ratschläge nicht befolgt werden. Die Kinder sind frustriert, wenn sich aus diesen Gründen die psychische Verfassung des kranken Elternteils – trotz ihrer ausdauernden Bemühungen – verschlechtert.

Sich für den Elternteil verantwortlich fühlen, hat zur Folge, dass die Kinder für die Symptome der psychischen Krankheit eine Projektionsfläche sein können. Kinder müssen für Gespräche „herhalten“ oder werden aktiv in Wahnvorstellungen einbezogen. Vor allem jüngere Kinder sind noch mehr auf den Elternteil angewiesen,

und somit auch seinem Verhalten „ausgeliefert“. Eine Interviewteilnehmerin schildert ihre Erfahrungen als älteste Tochter:

„Boah da hat sie wirklich das weiß ich noch da ist sie nur auf mich gegangen (...) ich war halt die ganze Zeit mit ihr unterwegs (...) ich glaube da hat es schon angefangen mit ihrem Wahn oder so (...) ich glaube da hat sie schon wen gebraucht der bei ihr ist (...) und ich ich weiß nicht irgendwas hat sie erfunden (...) ich ziehe mich an wie eine Hure oder so mit sieben acht Jahren bin eine kleine Nutte und weiß Gott was (...) und halt hergeschlagen hat sie mich (...) und sie ist dann wenn sie in dem Wahn ist so gottgläubig da ist sie richtig Jesus-vernarrt und dann waren wir in der Kirche und dann hat sie uns gezwungen dass wir knien.“ (T2)

Fühlen sich Kinder verantwortlich, kann das bedeuten, dass sie Probleme mit dem sozialen Umfeld bekommen können. Ärgern sich andere über das absurde Verhalten des kranken Elternteils, machen sie den Partner und die Kinder dafür verantwortlich. Sie machen ihnen nicht nur Vorwürfe, sondern kritisieren auch ihr Handeln.

„Die Leute kommen immer zu uns und meinen wir sollen etwas gegen die Mutter tun. Sage ich: ‚Hey was soll ich denn tun?‘ (...) Freiwillig geht die nirgendwohin!“ (T1)

Für die Familie heißt das nicht nur, dass sie nicht mit Hilfe aus dem Umfeld rechnen können, sondern, dass die Krankheit ein Stigma für die ganze Familie bedeutet.

Kinder verbringen viel Zeit damit, sich um den kranken Elternteil und die restliche Familie zu kümmern. Haben die Kinder wenig Zeit für sich selbst, führt das auch zu Einbußen im schulischen Bereich und in der Freizeit.

Viele Kinder erklären, dass sie einfach keine Zeit für die Schule hätten und die Freunde kaum sehen würden. Die meisten berichten von Problemen in verschiedenen Fächern.

Zusammenfassung

Die ausführliche Beschreibung des Phänomens „Zwischen den Polen pendeln“ gibt einen Einblick in die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern.

Sie zeigt, dass die Kinder nicht eine Position ihren Eltern und der Familie gegenüber vertreten, sondern, je nach eigener Verfassung und äußeren Umständen, sich eher zu- oder abwenden. Es wird deutlich, dass beide „Pole“ angestrebt werden, da beide ihre Berechtigung und Notwendigkeit für das Kind haben. Das Hin- und Herpendeln zwischen den Polen stellt allerdings für die Kinder einen andauernden „Balanceakt“ dar, der sie nicht zur Ruhe kommen lässt.

Aus dem Phänomen können die Schlussfolgerungen gezogen werden, dass die Situation der Kinder sehr komplex ist, von vielen Faktoren abhängig ist und sich immer wieder verändert.

Durch die Metapher „zwischen den Polen pendeln“ wird einerseits veranschaulicht, dass die Kinder nicht zur Ruhe kommen und andererseits, dass sie sowohl die eine Position („sich selbst schützen“), als auch die andere („sich verantwortlich fühlen“) einnehmen.

5.1.2 Phänomen „Krankheit im Zaum halten – Eskalation verhindern“

Das zweite zentrale Phänomen legt den Schwerpunkt auf sämtliche Maßnahmen, die Kinder psychisch kranker Eltern unternehmen, um ein Fortschreiten der Krankheit oder eine Eskalation zu verhindern. Dieses Phänomen zeigt sich ausnahmslos in allen Interviews. Das Phänomen ist für Kinder mit psychisch kranken Eltern allgegenwärtig.

Eskalation bedeutet für jeden Jugendlichen etwas anderes. Häufig ist damit die Zuspitzung sozialer Konflikte oder die dramatische Verschlechterung der psychischen Krankheit gemeint. Sie ist immer eine Bedrohung für die Kinder und die Familie, da die Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt sind und die Situation unkontrollierbar wahrgenommen wird. Eine Teilnehmerin beschreibt, wie sie die Eskalation in ihrer Familie wahrgenommen hat:

„Im Nachhinein kann man immer besser und objektiver zurückschauen (...) wenn man in dem ganzen Strudel drinnen ist dann rafft man eigentlich sowieso gar nicht mehr was rundherum passiert (...) man ist quasi nur mehr in dem engen Raum quasi wo sich alles abspielt und sieht eigentlich gar nicht mehr was rundherum passiert.“ (T9)

Im Folgenden wird das Phänomen „Krankheit im Zaum halten – Eskalation verhindern“ anhand des Kodierparadigmas dargestellt (Abbildung 7) und ausführlich beschrieben.

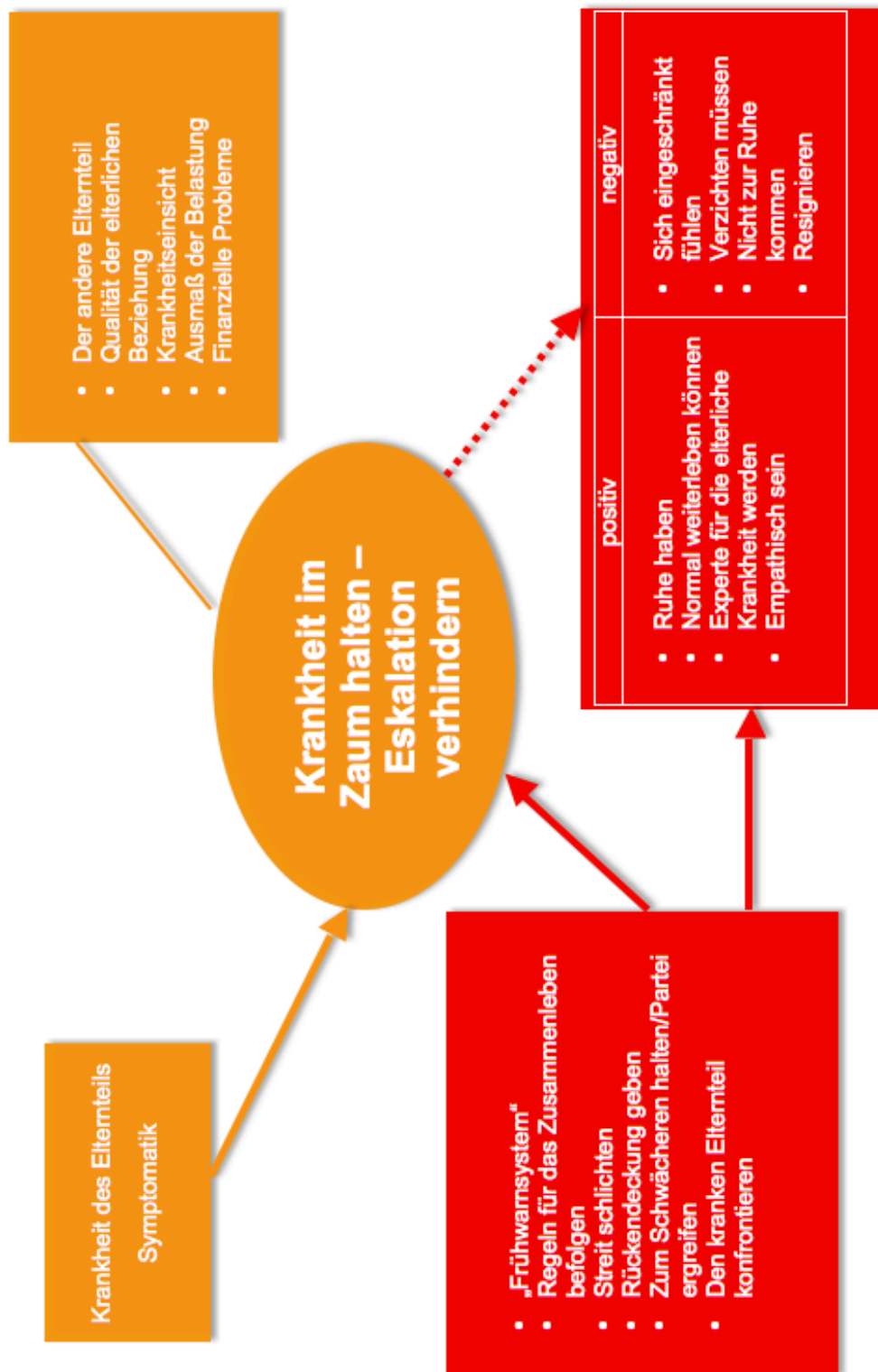


Abbildung 7 Phänomen "Krankheit im Zaum halten - Eskalation verhindern" (eigene Darstellung)

Ursache

Die ursächlichen Bedingungen „Krankheit des Elternteils“ und „Symptomatik“ sind dieselben wie im ersten Phänomen. Sie werden aus diesem Grund nicht nochmal vorgestellt.

Kontext und intervenierende Bedingungen

Je nach Kontext und Bedingungen werden von Kindern andere Strategien angewandt. Für das Phänomen sind der andere Elternteil, die Qualität der elterlichen Beziehung, das Ausmaß der Belastung, die Krankheitseinsicht und finanzielle Probleme entscheidend.

Ausführliche Beschreibungen der intervenierenden Bedingungen sind im Kapitel 5.1.1 nachzulesen.

Strategien

„Frühwarnsystem“

Kinder beobachten das Verhalten des kranken Elternteils sehr genau um auf mögliche Veränderungen unmittelbar reagieren zu können. Sie halten sich aus diesem Grund in der Nähe des Elternteils auf und erkundigen sich immer wieder nach seinem Befinden.

Manche Kinder leben nicht mehr im selben Haushalt wie der Kranke, versuchen aber durch regelmäßige Anrufe das Befinden des Elternteils „auszuhorchen“.

Kinder nehmen schon die kleinsten Veränderungen beim kranken Elternteil wahr und prüfen, ob sie zu einer progredienten Entwicklung führen können, oder die Veränderungen harmlos sind.

Kinder achten dabei sowohl auf die Mimik des Elternteils, den Blickkontakt, seine Gestik, die Verwendung bestimmter Wörter (z.B. Schimpfwörter, Wortneuschöpfungen), als auch auf Satzbau- und -länge (z.B. einsilbiges Antworten versus ausgeschmückte Erzählungen). Ein vermehrtes oder reduziertes Ruhe- und Schlafbedürfnis ist für sie genauso ein Hinweis wie die Grundstimmung des Elternteils, seine Geduld und sein Umgang mit anderen.

Eine Teilnehmerin beschreibt, welche Veränderungen sich bei der Mutter zeigen, wenn sie von der Depression in die Manie kommt:

„Am Anfang hat sie ihren komischen Blick das merkt man ihr sofort an da hat sie voll den komischen Blick also wirklich so einen Psycho-Blick da kennt man das schon (...) und sie redet dann so komisch und dann fängt sie mit einem Thema an hört auf und fängt gleich mit einem anderen an also sie redet nicht wirklich aus.“ (T2)

Haben Kinder bereits über längere Zeit die Krankheit der Eltern miterlebt, können sie die Entwicklung des Elternteils präzise – teilweise auf den Tag genau – vorhersagen. Sie wissen genau, wenn der Elternteil ein gewisses Verhalten zeigt, erreicht die Krankheit innerhalb von wenigen Tagen ihren Höhepunkt. In einigen Familien bedeutet das eine Aufnahme im Krankenhaus.

„Zu Weihnachten das ist immer die Zeit gewesen da hagelts ihr immer aus [durchdrehen] das hast du schon gewusst (...) am 24. spätestens 25. (...) und wenn der 25. dann um zwei Uhr in der Früh (...) wir haben gewusst wann sie wieder austickt.“ (T1)

Regeln (für das Zusammenleben) befolgen

Kinder beobachten den kranken Elternteil genau und können gut einschätzen, wie ihr eigenes Verhalten den Vater oder die Mutter beeinflusst. Sie lernen im Laufe der Zeit, wie sie den Elternteil beruhigen und welches Verhalten sie vermeiden sollen.

Um die „Krankheit im Zaum zu halten“ und keinen Streit zu provozieren, halten sich die Kinder sehr zurück und weichen Diskussionen und Meinungsverschiedenheiten großzügig aus. Sie geben eher nach und fügen sich der Meinung des Elternteils.

Sie stellen keine Forderungen, sondern passen sich an die Situation an und versuchen dem Elternteil nicht unangenehm aufzufallen.

In einem Interview verwendete eine Teilnehmerin die Formulierung „mit dem Vater harmonisch leben können“. Auf die Frage, wie sie „harmonisch“ mit dem Papa leben könne, antwortet sie:

„Ja einfach bestimmte Regeln befolgen was er sagt das ist so er hat immer recht er macht keine Fehler (...) und das ist eh schon nicht so leicht wenn man

ein individuell denkender Mensch ist (...) aber dadurch dass wir dann ihm sozusagen zustimmen in seinen Meinungen und einfach schauen dass wir jeden Konflikt vermeiden ist er zu uns auch freundlicher.“ (T3)

Regeln dieser Art werden von den Kindern insbesondere dann befolgt, wenn mit einer nicht angemessenen, aggressiven oder sogar gewalttätigen Reaktion des Elternteils zu rechnen ist („Explosion“). Von einem solchen Verhalten berichteten vor allem Kinder alkoholabhängiger und manischer Eltern.

„Wir bekommen das sehr wohl mit wie wir mit ihm umzugehen haben damit wir harmonisch auskommen (...) auch wenn wir nicht zu unserer Meinung stehen sondern einfach seiner zustimmen müssen dann tun wir es trotzdem damit wir einfach eine Ruhe haben weil wir wissen dass er sonst ausbricht.“ (T3)

„Du darfst sie darauf [Krankheit] auf keinen Fall ansprechen weil wenn du sie darauf ansprichst dann bekommt sie gleich einen Hysterischen.“ (T1)

Kinder müssen demzufolge in Gegenwart des kranken Elternteils sehr bedacht auf ihr eigenes Verhalten sein. Aus diesem Grund tauschen sich Geschwister, wenn der Elternteil anwesend ist, nicht im Gespräch aus, sondern verständigen sich anders:

„Das haben wir eigentlich mit Blicken schon gewusst: ‚Uh der ist lästig (...) sind wir besser beide still!‘ (...) das haben wir uns schon so sagen können.“ (T3)

Den kranken Elternteil konfrontieren

Manche Kinder berichten, dass sie, sobald sie beim Elternteil erste Warnhinweise wahrnehmen, ihn mit den Veränderungen konfrontieren. Sie weisen auf das veränderte Verhalten hin und „appellieren“ an die Vernunft des Elternteils, „sich zusammenzureißen“. Durch die Konfrontation soll dem Kranken sein verändertes Verhalten bewusst werden und er soll selbst versuchen, seine Symptome in den Griff zu bekommen.

Kinder bezwecken damit, dass sie möglichst früh die Entwicklung der Krankheit beeinflussen können und eine Eskalation verhindern.

„Wir sagen gleich am Anfang wenn wir es merken (...) sagen wir gleich stop (...) weil wir ja wissen dass es eskaliert.“ (T2)

Streit schlichten

Diese Strategie ist abhängig von der elterlichen Beziehung. Kommen die Eltern, trotz der psychischen Krankheit, grundsätzlich gut miteinander aus, kommt es seltener zu einem offenen Streit.

Ist die Beziehung jedoch problematisch und wird gegebenenfalls von anderen Faktoren belastet (z.B. finanzielle Probleme), können Auseinandersetzungen für die Kinder an der Tagesordnung stehen.

Gibt es Streit zwischen den Eltern oder auch mit einer außenstehenden Person (z.B. einem Nachbarn), schreiten Kinder häufig ein um den Konflikt zu beruhigen. Sie versuchen zu verhindern, dass sich die psychische Verfassung des kranken Elternteils verschlimmert und der Konflikt eskaliert.

Zum Schwächeren halten/Partei ergreifen

Manchmal wird ein Streit von den Kindern nicht geschlichtet, sondern es wird für einen Elternteil Partei ergriffen. Kinder halten in Konflikten meist zum Schwächeren und meinen damit den kranken Elternteil. Wenn es nötig wird, einzuschreiten, geben sie dem kranken Elternteil Rückendeckung. Sie versuchen dann anstelle des Kranken den Streit auszutragen.

„Man hat dann schon das Gefühl es sind beide da aber man ergreift immer irgendwie Partei (...) also wenn man bei einem Streit zuhört ergreift man schlussendlich dann doch Partei (...) also wir haben meistens zur Mama gehalten [kranker Elternteil].“ (T9)

Konsequenzen

Positiv

Halten sich die Kinder an die Regeln für ein „harmonisches“ Zusammenleben, bedeutet das für sie, Ruhe zu haben. Manche sehen diese Konsequenz auch als einzigen Nutzen, wenn sie sich den Vorstellungen des kranken Elternteils fügen.

Es gibt nur wenige Möglichkeiten für das Kind eines psychisch kranken Elternteils Ruhe zu finden (siehe „sich selbst schützen“), da sie andauernd wachsam sind („Frühwarnsystem“) und auf Veränderungen reagieren müssen.

Lässt sich die „Krankheit im Zaum halten“ und können die Kinder „Eskalation verhindern“, können sie ihren Aufgaben nachgehen und den gewohnten Alltag aufrechterhalten („normal weiterleben“).

Durch die eingehende Beobachtung des Elternteils entwickeln sich Kinder mit der Zeit zu einem Experten für die Krankheit. Sie können gute von schlechten Tagen unterscheiden, wissen, wie der Elternteil auf Einfluss von außen reagiert und kennen den Verlauf der Krankheit. Sie nützen dieses wertvolle Wissen wiederum dafür, „die Krankheit im Zaum zu halten“.

Kinder entwickeln durch ihre familiäre Situation die Fähigkeit, sich in andere gut hineinzusetzen. Diese Empathiefähigkeit, ist ihnen nicht nur im familiären Kontext von Nutzen, sondern kann auch in der beruflichen Zukunft hilfreich sein. Einige der interviewten Jugendlichen streben eine Ausbildung im sozialen Bereich an.

Negativ

Die Krankheit des Elternteils und die veränderte Situation für die Familie fordern von den Kindern, sich entsprechend an die gegebenen Umstände anzugleichen. Um keine Eskalation zu riskieren, müssen die Kinder auch ihre Verhaltensweisen anpassen.

Für viele ist es jedoch schwierig, sich dauerhaft in ihren Meinungen und Bedürfnissen zurückzuhalten und sich der elterlichen Krankheit unterzuordnen. Aus diesem Grund fühlen sich die Kinder eingeschränkt.

Die Situation verlangt von den Kindern, dass sie sich ständig „zusammenreißen“ und sich immer „nach der Krankheit richten müssen“. Sie investieren viel Zeit, auf den kranken Elternteil einzugehen um die „Krankheit im Zaum zu halten“.

Eine Teilnehmerin erzählt, sie habe in der Zeit der heftigen Streitereien zwischen den Eltern „einfach keine Zeit zum Essen gehabt“ und in späterer Folge „einfach darauf vergessen“ (T9).

In einem anderen Interview wird deutlich, welche Gefühle das Kind ihrem kranken Vater gegenüber nicht zeigen darf.

„Mir war es zu viel weil ich mich nicht recht beherrschen kann wenn mich jemand anschreit (...) und wenn ich dann einfach eine Wut in mir habe und die will ich heraus lassen und ich darf sie aber nicht herauslassen und dann staut es sich so an dass es in Tränen rauskommt.“ (T3)

Der Alltag der Familie ist bestimmt durch die elterliche Erkrankung. Manchmal lässt es das aktuelle Befinden des Elternteils zu, den Tagesablauf für die Kinder interessant zu gestalten. Eine Teilnehmerin beschreibt ein schönes Erlebnis mit ihrer alkoholabhängigen Mutter und zeigt gleichzeitig auf, welche Einschränkungen ihr gewöhnlicher Alltag mit sich bringt.

„Sie hat nie wirklich was getan also es ist zum Beispiel nie vorgekommen dass meine Mama zu uns gesagt hat wir gehen jetzt gemeinsam baden weil es heute schön ist (...) das hat es bei uns nicht gegeben meine Mama hat quasi immer ihre eigenes Ding durchgezogen (...) wenn meine Mama gesagt hat ‚Wir gehen in die Stadt!‘ (...) weil wenn meine Mama gesagt hat wir gehen ins Kaffeehaus das war ein Ausflug (...) bei den anderen Kindern sind die Eltern irgendwohin gefahren und haben alles mögliche gemacht und für mich war das schon wenn meine Mama gesagt hat wir gehen jetzt ins Kaffeehaus das war boah!“ (T9)

Manche Kinder müssen aufgrund der Krankheit auch auf Freizeitaktivitäten verzichten oder dürfen ihre Freizeit nicht so gestalten, wie sie es gerne tun würden. In einem Interview wird erzählt, dass die Jugendliche nicht ohne Weiteres eine Freundin mit nach Hause nehmen durfte. Ihre Mutter argumentiert folgendermaßen:

„Nein an dem Tag darfst du nicht deine Freundin mit nach Hause bringen da ist der Papa da und der mag das nicht.“ (T3)

Obwohl die Kinder sämtliche Strategien mit dem Ziel verfolgen, zur Ruhe zu kommen, ist genau jenes am schwierigsten zu erreichen. Alle Maßnahmen, die Kinder setzen, um die „Krankheit im Zaum zu halten“ und „Eskalation zu verhindern“, fordern viel Kraft und lassen sie nicht zur Ruhe kommen.

Kommt es trotz ihrer Bemühungen dazu, dass die Situation zuhause eskaliert oder sich das Befinden des kranken Elternteils verschlechtert, fühlen sich die Kinder hilflos und resignieren. Sie müssen dann feststellen, „nichts machen zu können“.

Kinder ziehen aus diesen Erfahrungen auch häufig den Schluss „mit der Hoffnung sparsam zu sein“, da sich die Krankheit des Elternteils wieder verschlechtern oder es zu Eskalationen kommen kann. Eine Teilnehmerin beschreibt den Moment, wenn sie nach einem Entzug der Mutter versteckte Alkoholflaschen findet und erneut feststellen muss, dass sie nichts machen kann:

„Wenn man im Kasten eine Wodkaflasche gefunden hat dann hat sich das erledigt nicht? Das ist so ein bisschen Versteckenspielen (...) wenn du wieder irgendwo einen Kasten aufgemacht hast dann ist dir eine Wodkaflasche entgegengeflogen und dann (seufzt) war es wieder vorbei.“ (T9)

5.2. Beantwortung der Forschungsfragen

Die Phänomene „Zwischen den Polen pendeln“ und „Krankheit im Zaum halten – Eskalation verhindern“ beantworten die Forschungsfragen zum Leben mit einem psychisch kranken Elternteil recht ausführlich.

Zu den Fragen über die familiäre Kommunikation und die Informationen, die Kinder bekommen, wird nachstehend Stellung genommen.

Kommunikation über die Krankheit in der Familie

Zwei der insgesamt neun Interviewteilnehmer berichten, dass sie mit dem kranken Elternteil über seine psychische Krankheit sprechen und sich sowohl über das Befinden des Jugendlichen, als auch über den aktuellen Zustand des Elternteils austauschen.

Eine dieser Teilnehmerinnen bat die Forscherin zuerst das Interview nicht zuhause zu führen. Sie sprach zum Zeitpunkt der ersten Kontaktaufnahme kaum über die Krankheit mit der Mutter und befürchtete, dass diese nicht mit dem Interview einverstanden sein würde. Sie entschied aus diesem Grund den Termin geheimzuhalten und sich an einem anderen Ort mit der Forscherin zu treffen. Kurze

Zeit später teilte die Jugendliche mit, dass es doch kein Problem sei, das Interview zuhause zu führen, da sie mit der Mutter darüber gesprochen hatte und diese einverstanden sei.

Die Tochter vermutete bisher, dass es der Mutter unangenehm sei, über ihre Krankheit zu sprechen, weil sie nie offen mit den Kindern darüber sprach. Im Interview erzählte sie dann, dass die Mutter zufällig das Telefongespräch mitgehört hatte und die Tochter darauf angesprochen hatte. Die Tochter erzählte von ihrer Unsicherheit über die Krankheit sprechen zu dürfen (*„Ich habe mir gedacht sie will nicht dass man darüber redet und ja dass sie böse wird“*), die Mutter zeigte sich jedoch verständnisvoll und bot ihr an, die Forscherin nach Hause einzuladen.

Dieses Ereignis war für die Tochter der Anstoß für weitere Kommunikation mit der Mutter. Die Mutter lernte, dass ihr Kind viele Fragen hatte und bisher immer Angst hatte, diese zu stellen. Die Tochter erkannte, dass sie mit ihrer Mutter offen über die Krankheit und ihr Befinden sprechen konnte, und Antwort auf wichtige Fragen tatsächlich bekam.

Die Entwicklung ist ein Beispiel dafür, wie sich Missverständnisse in der Familie hartnäckig halten können und welchen positiven Beitrag offene Kommunikation hierzu liefern kann („geglückte Kommunikation“).

Die beiden Familien, die über die Krankheit offen sprechen, unterscheiden sich von den anderen in mehreren Punkten. Der erkrankte Elternteil zeigt sich krankheitseinsichtig, außerdem herrscht in beiden Familien ein guter Zusammenhalt und liebevoller Umgang miteinander.

Interessant ist, dass die leiblichen Eltern nur in diesen beiden Familien nach wie vor verheiratet sind, die restlichen sieben Elternpaare sind geschieden. Obwohl die Scheidung der Eltern selbst nicht notwendigerweise von den Kindern problematisch erlebt wird, ist eine Scheidung oder Trennung dennoch ein Hinweis, dass es unlösbare Konflikte in der Familie gab.

Diese Konflikte verhärten die Fronten in einer Familie und verhindern die Kommunikation über die psychische Krankheit und den Austausch über das Befinden der Familienmitglieder. Es kommt auch vor, dass ein Elternteil ein Kommunikationsverbot verlangt. Das kann bedeuten, dass entweder grundsätzlich nicht über die Krankheit gesprochen werden darf („generelles Verbot“), oder sich die

Kinder nicht mit Außenstehenden (z.B. geschiedener Elternteil, Verwandte, Freunde) austauschen dürfen („außerfamiliäres Verbot“).

Weitere Gründe für „Nicht-Kommunikation“ können sowohl der Elternteil, als auch das Kind haben.

Kinder haben häufig Angst vor Eskalation oder Progredienz der Symptome, wenn sie den Elternteil direkt auf die Krankheit oder sein Befinden ansprechen. Sie halten sich deshalb mit ihren Fragen zurück und versuchen den Elternteil nicht aufzuregen (siehe zweites Phänomen). Unsicherheit im Umgang mit dem kranken Elternteil erschwert es den Kindern, ein Gespräch zu initiieren.

Der kranke Elternteil ist generell sehr von seiner Krankheit eingenommen und bringt häufig nicht die Kraft dazu auf, mit dem Kind über seine Krankheit zu sprechen (z.B. bei einer schweren Depression). Er will sein Kind von der Krankheit möglichst abschirmen und es nicht mit Informationen belasten. Der Elternteil schämt sich oft auch, seine Krankheit offen zu zeigen und zieht sich deshalb zurück. Ein Jugendlicher erzählt, wie er von einem Elternteil zum anderen geschickt wurde:

„Ihr ist es halt peinlich dass sie es mir sagt (...) ich habe dann halt gesagt: ‚Mama (...) du kannst es mir ruhig sagen!‘ (...) aber sie hat gesagt nein sie möchte das nicht und bei dem habe ich es dann auch belassen (seufzt) wenn sie sich aufregt wird das [Befinden der Mutter] halt dann immer schlimmer und schlimmer und so habe ich es dann auch belassen und bin zum Papa gegangen und habe gefragt: ‚Papa warum hat das die Mama?‘ (...) und er hat gesagt: ‚Ja musst du die Mama fragen!‘ (T8)

Wie bereits erörtert, kann der andere Elternteil eine Vertrauensperson sein, mit der sich die Kinder über den kranken Elternteil austauschen. Im Gegensatz dazu kann der andere Elternteil auch für Gespräche nicht zur Verfügung stehen oder selbst „ein Problem für sich“ sein, was wiederum keine vertrauensvolle Basis für ein Gespräch darstellt (siehe „der andere Elternteil“).

Nichtsdestotrotz haben Kinder das Bedürfnis nach Information und Austausch mit einer Bezugsperson. Die Frage nach dem „Warum“ beschäftigt außnahmslos alle Jugendlichen in den Interviews. Sie möchten verstehen, wie es zu der psychischen Krankheit des Elternteils gekommen ist, was die Krankheit bedeutet, und wie sie am besten mit der kranken Mutter oder dem Vater umgehen sollen.

„I: Was wäre dir wichtig gewesen dass du erfährst? – IP: Ja also dass ich halt über den Zustand von der Mama erfahre (...) warum das jetzt zustande gekommen ist warum sie jetzt da reingekommen ist und was sie jetzt genau hat (...) ich weiß ja nicht mal warum das alles warum ich das [verschiedene Aufgaben] jetzt machen muss“ (T7)

Für manche Kinder sind Antworten auf ihre Fragen auch wichtig, um mit ihrem eigenen Leben „weiterzumachen“. Sie beschreiben, dass diese Unwissenheit sie daran hindert, ihr eigenes Leben „auf die Reihe zu bekommen“.

Informationsbeschaffung

Die meisten Informationen über die Krankheit sammeln Kinder durch das Zusammenleben und die Interaktion mit dem kranken Elternteil. Sie machen Erfahrungen und entwickeln sich zu einem Experten für die elterliche Erkrankung (siehe zweites Phänomen).

Manche Kinder geben an, dass sie im Unterricht in der Schule über bestimmte Krankheiten gelernt hatten oder darüber „einfach so Bescheid wissen“.

Die Kinder nutzen das Internet genauso wie empfohlene Literatur, um mehr über die psychische Krankheit zu erfahren.

„Ich habe selber irrsinnig viel gelesen also alles was mir irgendwie zwischen die Finger gekommen ist was irgendwie empfohlen worden ist von irgendwem (...) Psychologen oder so (...) alles was man lesen sollte habe ich gelesen über die Krankheit.“ (T9)

In den Interview berichten sie außerdem, dass sie selbst Diagnosen zu den Symptomen finden.

„Gesagt haben sie [Ärzte im Krankenhaus] dass sie an bipolarer Störung leidet ähm ja wir glauben aber dass sie schizophren auch ist (...) sie haben aber gesagt dass sie es nicht ist. (T2)

„Vielleicht ist es ja eine manische Depression (...) weil sie hat die Symptome dafür sie ist von einer Sekunde auf die andere alles super alles passt tanzt und so weiter (...) und dann schreit sie die Leute an und würde sie am liebsten alle schlagen.“ (T1)

Die Geschwister tauschen sich untereinander über das Gelesene und ihre persönlichen Erfahrungen aus. Das hat zur Folge, dass sowohl der Wissenstransfer innerhalb der Familie gefördert wird, als auch der Zusammenhalt zwischen den Geschwistern („sie verstehen dich von allen am Besten“).

„I: Hast du dich informiert was das ist? – IP: Ja und das nicht nur einmal sondern immer (...) also wir haben uns da zusammengesetzt und wir haben die Krankheit besprochen wir haben auch nachgeschlagen (...) in Bücher haben wir darüber gelesen.“ (T1)

Wissen über die psychische Krankheit und die Sichtweise der Kinder

Jeder Interviewteilnehmer wurde gefragt, wie die psychische Krankheit des Elternteils genannt wird und was er sich darunter vorstelle.

Es zeigte sich, dass die Kinder recht gut über die Symptome und die Diagnose selbst Auskunft geben können, manche Krankheitsbilder jedoch falsch interpretiert werden.

Schwierig einzuschätzen ist für Kinder allerdings der Grund oder der Auslöser für die Krankheit. Kinder entwickeln hierzu eigene Krankheitstheorien, die es ihnen erleichtern, den Elternteil besser zu verstehen. Die meisten Kinder gehen von nur einem Grund oder Problem aus, das der Elternteil – zumeist in seiner frühen Vergangenheit – gehabt hat und in späterer Folge zu der psychischen Krankheit geführt hat. „Den Grund“ für die Krankheit zu kennen, hilft ihnen, das Verhalten des Elternteils nachzuvollziehen.

In den Interviews war zu beobachten, dass Kinder entweder den kranken Elternteil selbst für sein Verhalten und seine Situation verantwortlich machen, oder die „Schuld“ anderen Personen geben.

Ersteres ist dann der Fall, wenn die Kinder den Standpunkt vertreten, dass sich der Elternteil selbst für oder gegen das Kranksein entscheiden kann. Er habe also selbst die Wahl und könne sich „zusammenreißen, wenn er nur wolle“. In einem Interview wird diese Auffassung recht treffend beschrieben:

„Bei ihr ist das wirklich so sie hat den Punkt wo sie sich fallen lassen kann (...) entweder ins Schwarze rein und dann sich total vergessen und herum randalieren und weiß Gott was oder sie stellt sich ihrem Problem und reißt sich einfach am Riemen (...) redet mit wem darüber und nimmt ihre Tabletten

(...) sie hat diese Punkte wo es ihr dann endgültig wurscht ist wo es ihr dann zu viel ist und sie kann damit nicht umgehen oder sie w i l l nicht dann lässt sie sich einfach fallen.“ (T2)

Dem gegenüber steht die Meinung, der Elternteil „sei das Opfer seines sozialen Umfelds“ und andere seien Schuld an der psychischen Krankheit des Elternteils. Kinder reagieren darauf einerseits mit Mitleid gegenüber dem Elternteil und andererseits mit Wut gegenüber dem sozialen Umfeld.

„Wenn ich so überlege tut er mir eigentlich Leid (...) weil er hatte wirklich eine traurige Vergangenheit (...) das liegt ziemlich sicher an Papas Vorgeschichte also an seiner Vergangenheit.“ (T3)

Schreiben Kinder dem Elternteil selbst die Verantwortung für einen schmerzhaften Vorfall (z.B. einer Beleidigung der Kinder) zu, fällt es ihnen besonder schwer, damit umzugehen. Sie gehen davon aus, der Elternteil habe absichtlich verletzend gehandelt und nehme keine Rücksicht auf die Kinder.

„Also sie hat schon Macht darüber [über ihr Verhalten] sie kann sich schon selber einstellen und so (...) das war auch oft das wo wir wirklich angefressen waren auf sie (...) wo wir uns gedacht haben: ‚Warum tut sie es wenn sie auch anders könnte?‘“ (T2)

Erleben des elterlichen Krankenhausaufenthalts und Besuche

Ist die Belastung durch den kranken Elternteil recht groß und werden die Kinder im Alltag sehr gefordert, steht das Bedürfnis nach Ruhe für die Kinder im Vordergrund. Der Krankenhausaufenthalt des Elternteils ist dann eine Erleichterung und die Zeit wird genützt, um zur Ruhe zu kommen (siehe „sich selbst schützen durch Distanz nützen“).

Wird der Alltag durch die psychische Krankheit jedoch nur gering beeinträchtigt und fühlen sich Kinder dafür wenig verantwortlich, wird die Abwesenheit eher negativ bewertet. Die Kinder vermissen ihren kranken Elternteil und wünschen sich eine rasche Entlassung aus dem Krankenhaus.

„Ja es gibt schon Momente wo du gerne hättest dass der Papa da ist (...) zum Beispiel hatte ich da eine Aufführung da war er zum Beispiel nicht da oder ich

habe wo gesungen und da war er auch nicht da und da denkt man sich halt da hätte ich ihn gerne dabei.“ (T5)

„I: Wo ist dir denn die Mama am meisten abgegangen? – IP: Am Abend zum Bettgehen wo sie mir dann immer Gute Nacht gesagt hätte (...) da war sie halt dann nicht da.“ (T4)

Die Besuche im Krankenhaus werden sehr unterschiedlich erlebt. Je nach Transportmöglichkeit und Länge des Aufenthalts, besuchen die Kinder den Elternteil einmal oder regelmäßig. Die interviewten Kinder würden „sobald es geht“ zum Krankenhaus fahren und wären auch bereit öfter zu kommen.

Kinder, die ihren Elternteil vermissen, freuen sich besonders auf den Besuch und die Zeit gemeinsam zu verbringen. Bei ihnen steht die Freude auf ein Wiedersehen im Vordergrund. Zusammen schmiedet die Familie Pläne, wie es für die Familie nach der Entlassung weitergehen soll.

Vor dem Besuch sind Kinder manchmal unsicher über das Zusammentreffen mit dem kranken Elternteil.

„Am Anfang ist man auch ein wenig befangen keine Ahnung weil man nicht wirklich weiß was man tun soll.“ (T5)

Kinder glauben, dass ihre Besuche dem Elternteil helfen können, gesund zu werden. Die Interviewteilnehmer, deren Elternteil jedoch sehr häufig in der Psychiatrie aufgenommen wird, nahmen in den Interviews auch eine andere Haltung ein:

„Zum Schluss wollte ich nicht mehr (...) ich habe mir gedacht: ‚Für was sollen wir sie besuchen?‘ (...) weil es ist eh immer wieder das Gleiche (...) sie ist voll Medikamente und sitzt da und weint (...) und will heim und wir können sie aber nicht mit nach Hause nehmen (...) es hat wirklich keinen Sinn gemacht (...) meine Tanten haben gesagt: ‚Da freut sie sich wenn sie euch sieht!‘ (...) dann denk ich mir: ‚Warum soll sie sich freuen?‘ (...) sie hockt da wieder drinnen und ihre Kinder müssen sich das anschauen (...) warum soll sie das freuen? Im Endeffekt (...) muss sie sich wieder eingestehen dass sie schon wieder reingekommen ist obwohl sie gesagt hat sie geht nicht mehr rein.“ (T2)

Rolle des Pflege- und medizinischen Personals

Während des Krankenhausaufenthalts des Elternteils kommen Kinder auch in Kontakt mit Pflegepersonal, Ärzten oder Psychologen.

In jedem Interview wurde gefragt, ob den Kindern vor Ort Auskunft über die Krankheit des Elternteils gegeben wird, oder ob sie bei Gesprächen mit dem Arzt dabei sein können. Die meisten Jugendlichen werden nicht direkt vom Personal angesprochen, sondern bekommen Informationen über den anderen Elternteil, der mit dem Personal spricht. Nur eine Teilnehmerin erzählte, dass Ärzte auch mit ihr und dem jüngeren Bruder gesprochen hatten.

„I: Hat da jemand mit euch gesprochen? – IP: Ja in den speziellen Entzugskliniken schon da haben sie schon mit uns geredet und auch mit uns Kindern vor allem (...) das tun sie normalerweise nicht.“ (T9)

Fast alle Kinder würden sich Information über die Krankheit, den Verlauf und die Symptomatik von Ärzten und Pflegepersonen wünschen. *„Es wäre wichtig für mich gewesen“*, ist der Tenor aus den Interviews.

In manchen Interviews wird erzählt, dass immer wieder im Krankenhaus um ein Gespräch mit dem Arzt gebeten wurde:

„[Es ist] viel Zeit vergangen ist bis wir da endlich mal zusammengesessen sind (...) aber wir haben nicht aufgegeben.“ (T1)

Acht der neun Jugendlichen wurde keine professionelle Unterstützung angeboten. Den Jugendlichen wurden weder Angehörigengruppen vermittelt, noch psychologische oder psychotherapeutische Begleitung empfohlen obwohl manche Elternteile bereits mehrfach aufgenommen wurden. Die Mütter von sechs der neun Jugendlichen waren mehr als einmal stationär im Krankenhaus aufgenommen, eine Mutter ist pro Jahr etwa vier Mal in der psychiatrischen Abteilung untergebracht.

Die Bereitschaft der Jugendlichen, Unterstützung anzunehmen, ist da. In den Interviews wird jedoch deutlich, dass sie möglichst früh im Krankheitsverlauf einsetzen muss.

6. Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde versucht zu begreifen, was es bedeutet, das Kind eines psychisch kranken Elternteils zu sein. Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden Jugendliche gebeten über ihre Situation in einem Interview zu berichten.

Das Interview enthielt einerseits feststehende Fragen, andererseits hatten die Jugendlichen ausreichend Gelegenheit, über ihre aktuelle Situation zu erzählen und selbst die Entwicklung des Interviews zu steuern. In Österreich ist der Forscherin keine ähnliche Vorgehensweise zum Thema bekannt. In Deutschland führte Sabine Metzing (2007) eine ähnliche Studie über pflegende Kinder und Jugendliche durch. Ihre Ergebnisse decken sich teilweise mit jenen dieser Arbeit. Da die vorliegende Arbeit jedoch ausschließlich das Leben mit einem *psychisch* kranken Elternteil thematisiert, konnten vertiefende und ergänzende Ergebnisse zu Metzing ausgearbeitet werden.

Die im fünften Kapitel beschriebenen Ergebnisse spiegeln die Onnipotenz einer elterlichen psychischen Krankheit im Leben der Kinder wider. Sie bestimmt sämtliche Lebensbereiche und beeinflusst, welche Maßnahmen zu verschiedenen Zeitpunkten von den Kindern getroffen werden.

Es konnte verdeutlicht werden, dass sich die Kinder andauernd zwischen den Polen der Verantwortung für andere und dem eigenen Schutz bewegen. Sobald sie in der Familie Verantwortung übernehmen und dem kranken Elternteil nah sein möchten, haben sie kaum Rückzugs- oder Schutzmöglichkeiten („ausgeliefert sein“). So erleben sie die akute Phase der psychischen Krankheit direkt mit und können überdies zu einer Projektionsfläche der elterlichen Wahnvorstellungen, Wut und Aggressionen werden.

Die Konsequenzen von „sich verantwortlich fühlen“ können sowohl positiv (z.B. „sich der Mutter nah fühlen“), als auch negativ (z.B. „an Grenzen stoßen“) sein. Überwiegen die negativen Folgen, sind diese wiederum Anlass, sich in Richtung des anderen Pols zu bewegen. Ist beispielsweise das Kind aufgrund der krisenhaften Situation sehr eingespannt, verstärkt sich das Bedürfnis nach Distanz und

Selbstschutz. Die Kinder schützen sich selbst, sobald die Bedrohung durch die Nähe zum Elternteil zu groß wird.

Während in der bisherigen Literatur (Fischer & Gerster, 2005; Heitmann & Bauer, 2007) der Klinikaufenthalt hauptsächlich mit Verlustängsten und Zwangseinweisungen mit Trauma-typischen Folgen assoziiert werden, erzählen die Jugendlichen von unterschiedlichen Reaktionen.

Unabhängig davon, wie oft Kinder Zwangseinweisungen des Elternteils miterlebt haben, ist die Erfahrung für das Kind dennoch schmerzhaft und möglicherweise traumatisierend. Jugendliche berichten, wie die Mutter oder der Vater gegen mehrere Rettungs- oder Polizeibedienstete ankämpft, sich wehrt, dabei verletzt wird, nach Hilfe brüllt und letztendlich überwältigt wird. Umso erstaunlicher ist also, dass manche Kinder eine Zwangseinweisung in Kauf nehmen um den Elternteil versorgt zu wissen und selbst zur Ruhe zu kommen. Ist für Kinder also eine Zwangseinweisung die „bessere Alternative“, kann man daraus schlussfolgern, dass die Kinder unter extremen, grenzwertigen Bedingungen leben.

Wird der kranke Elternteil im Krankenhaus aufgenommen, nutzen Kinder die Zeit, selbst aufzuatmen und zur Ruhe zu kommen. Kinder sind darüber erleichtert und erklären: *„Weil du besser schlafen kannst wenn du weißt sie ist im Krankenhaus und leicht [treibt sich] nicht irgendwo in der Nacht herum.“* Ist die Belastung durch die psychische Krankheit für Kinder geringer, überwiegt das Bedürfnis, den Elternteil bald wieder zuhause haben zu wollen. Sie sehnen sich nach ihm und freuen sich auf seine Entlassung.

Konzentrieren sich Kinder hauptsächlich auf ihre Angelegenheiten, widmen sich weniger der Familie oder dem kranken Elternteil, dann sind sie häufig verunsichert, ob sie sich auch „der Situation entsprechend“ verhalten. Sie können die Distanz und die Erleichterung nicht lange genießen, da sie sich gleichzeitig schuldig fühlen, den Elternteil im Stich zu lassen. Verstärkt werden diese Schuldgefühle, wenn ihnen andere vorwerfen, sie würden sich nicht um den kranken Vater oder die Mutter kümmern. Diese Dynamik führt dazu, dass die Kinder glauben, es niemandem recht machen zu können, obwohl sie sich im Dauereinsatz befinden.

Mehrere Forscher (Lenz, 2005; Aldridge, 2006; Metzing, 2007) konnten bereits zeigen, dass Kinder jüngere Geschwister versorgen, Essen zubereiten, die Wohnung putzen und den kranken Elternteil bei der Körperpflege unterstützen. Während laut Dearden und Becker (1995, 1998, 2004, zitiert nach Metzing, 2007) vor allem Art und Schweregrad der elterlichen Erkrankung sowie das Alter der Kinder einen Einfluss auf Aufgaben und Ausmaß haben, konnten in dieser Arbeit mehrere intervenierende Bedingungen ausgearbeitet werden.

Entscheidenden Einfluss auf das Phänomen hat der andere Elternteil, der von den Kindern entweder unterstützend und als persönliche Ressource wahrgenommen wird, oder als „zusätzliches Problem“. Kinder können dann nicht mit Hilfe rechnen, sind stärker eingebunden und übernehmen mehr Aufgaben. Die bisherige Forschung berücksichtigte, ob der andere Elternteil anwesend oder der kranke Elternteil alleinerziehend ist (Metzing, 2007). Die Ergebnisse dieser Arbeit differenzieren die Rollen des anderen Elternteils noch genauer. Es wurde deutlich, dass sich der Gesundheitszustand des anderen Elternteils aufgrund der großen, langandauernden Belastung durch den kranken Partner erheblich verschlechtern kann. Im äußersten Fall erkrankt der zuvor gesunde Elternteil selbst. Die Beobachtung der Forscherin zeigt, dass der andere Elternteil häufig eine Depression oder Suchterkrankung (vor allem Alkoholabhängigkeit) entwickelt.

Die Bedeutung der Rangreihe der Kinder entscheidet auch darüber, wie sehr sie sich für die Familie verantwortlich fühlen. Sind mehrere Geschwister da, kann die Verantwortung aufgeteilt werden, gleichzeitig ergeben sich auch mehr Aufgaben auf für die älteren Kinder.

Eine weitere intervenierende Bedingung ist die Qualität der elterlichen Beziehung, die durch eine psychische Krankheit sehr belastet sein kann. Unlösbare Konflikte zwischen Eltern können entstehen und führen häufig zu einer Trennung (Schone & Wagenblass, 2002). An den Familien fällt auf, dass nur zwei Elternpaare verheiratet sind, die anderen Paare geschieden oder getrennt sind. Die meisten machen die Konflikte der Eltern in den Interviews zum Thema und stellen einen Zusammenhang mit der psychischen Krankheit her.

Die elterlichen Konflikte sind auch für das Phänomen die „Krankheit im Zaum halten – Eskalation verhindern“ maßgeblich. Kommt es zu heftigen Auseinandersetzungen,

fühlen sich Kinder verantwortlich, einzugreifen und den Streit zu schlichten oder für den kranken Elternteil Partei zu ergreifen.

Die „gute Paarbeziehung der Eltern“ stellt ebenso in der Resilienz- und Bewältigungsforschung einen wesentlichen Schutzfaktor für Kinder dar (Lenz, 2008; Lenz, 2005; Mattejat, Wüthrich & Remschmidt, 2000). In den Interviews schienen jene Kinder weniger stark belastet, die von einer guten Beziehung der Eltern und von gelösten Konflikten berichteten.

Fehlende Einsicht ist für manche psychischen Krankheiten charakteristisch. So leugnet ein Alkoholabhängiger seine Krankheit, eine manische Person behauptet, ihr sei es noch nie besser gegangen und Menschen mit einer psychotischen Störung sind sich ihrer Wahnvorstellungen nicht bewusst.

Zeigt sich der Elternteil krankheitseinsichtig, so hat das Auswirkungen auf seinen Umgang mit der Krankheit. Mattejat, Wüthrich, Remschmidt (2000) und Wiegand-Grefe (2007) erkannten bereits, dass Kinder den elterlichen Umgang mit der Krankheit wahrnehmen und schließen daraus, dass die kindliche Bewältigung davon abhängt. In den Interviews ist die Krankheitseinsicht ein wichtiges Thema für die Jugendlichen und hat massiven Einfluss auf ihre Situation als pflegende Angehörige. Ist dem kranken Elternteil seine Krankheit und Hilfsbedürftigkeit nicht bewusst, bedeutet das für den Jugendlichen, dass er verantwortlich ist, die „Krankheit im Zaum zu halten“ und mögliche „Eskalation zu verhindern“. Sein „Frühwarnsystem“ reagiert sensibler, da der Elternteil keine oder nur geringe Kontrolle über seine Krankheit besitzt und die Stimmung sehr schnell umschlagen kann. Die „Regeln für das Zusammenleben“ sind bei einem krankheitsuneinsichtigen Elternteil mehr von Bedeutung.

Aufgrund des mangelnden Krankheitsbewusstseins ist der Elternteil auch nicht bereit, mit den Kindern über seine Krankheit zu sprechen. Versuche von Seiten der Kinder, den Elternteil mit seinem absurden Verhalten zu konfrontieren, scheitern. Die Kommunikation in der Familie missglückt wegen der fehlenden Bereitschaft des Elternteils, zu reden.

Obwohl die fehlende Krankheitseinsicht in Publikationen immer wieder vorkommt, sind die Auswirkungen auf die Situation der pflegenden Kinder noch nicht in dem Ausmaß diskutiert worden.

Das Phänomen „Krankheit im Zaum halten – Eskalation verhindern“ zeigt, dass Kinder unmittelbar auf Warnhinweise reagieren, um eine problematische Entwicklung rechtzeitig abzufangen. Dieses Ergebnis stützt jenes von Lenz (2005), dass Kinder Warnsignale wahrnehmen, bevor sich eine Krise entwickelt und ihr Verhalten anpassen. Er erklärt, sie würden Aufgaben übernehmen um den Elternteil zu schonen und zu entlasten. Aus den Interviews geht jedoch hervor, dass Kinder auf Veränderungen mit unterschiedlichen Strategien reagieren und damit nicht nur die Entlastung des Elternteils bezwecken.

Spitzt sich die Situation mit dem psychisch kranken Elternteil trotz ihrer Bemühungen zu, werden sie anders aktiv. Kinder sind dann bestrebt, den Schaden zu begrenzen und unterstützen die schwächere Person (meist den kranken Elternteil) in Konflikten. Sie ergreifen Partei, geben Rückendeckung oder schlichten den Streit zwischen den Eltern. Sie tun dies mit dem Ziel, auch selbst endlich Ruhe zu haben. Paradox ist, dass Kinder viel Zeit und Kraft investieren um zur Ruhe zu kommen, obwohl das andauernde Beobachten des Elternteils und das unmittelbare Handeln genau das Gegenteil bewirken.

Die von Mattejat, Wüthrich und Remschmidt (2000) beschriebene „Mutterlastigkeit“ in bisherigen Untersuchungen zeigte sich auch in den Interviews (sieben Mütter). In der Studie von Grube und Dorn (2007) waren die häufigsten Diagnosen bei erkrankten Eltern affektive Störungen und Suchterkrankungen. Diese Verteilung entspricht auch jener der Interviews. Es fällt auf, dass Alkoholabhängigkeit sowohl als einzige Erkrankung in der Familie vorkommt (zwei Interviews), als auch zusätzlich zu einer bestehenden psychischen Erkrankung des Partners (vier Interviews). Eine Erklärung dafür könnte sein, dass Alkohol häufig als Möglichkeit zur „Selbstmedikation“ verwendet wird. Der andere Elternteil ist durch die psychische Krankheit sehr belastet und versucht, seine Gefühle durch den Konsum von Alkohol zu betäuben.

Dieser Zusammenhang wird deshalb verdeutlicht, da er die Wechselwirkung zwischen der kranken Person und ihrem Umfeld veranschaulicht.

Stellungnahme zur Parentifizierung

In der Literatur gibt es sowohl Studien, die behaupten, dass die Pflege eines kranken Elternteils auf Parentifizierung hinweist (Mattejat, 1998), als auch jene, die weniger eine vollständige Rollenaufgabe bzw. -umkehr feststellen, sondern eher eine Anpassung an veränderte Rollen (Aldridge, 2006).

In den Interviews wird der Eindruck gewonnen, dass beide Möglichkeiten vorkommen können. Bedingungen dafür sind die Krankheit des Elternteils, die Krankheitseinsicht, das Ausmaß der Belastung und die Verfügbarkeit informeller und formeller Unterstützungen.

Eine interessante Dynamik zeigt sich in Bezug auf die Rollenaufgabe. In der Literatur geht man wohl automatisch davon aus, dass die Kinder die Wiederherstellung der natürlichen Eltern-Kind-Beziehung anstreben. In den Interviews kann gezeigt werden, dass sich manche Jugendliche mit der Rollenaufgabe abfinden und auch nicht mehr „zurück“ in die ursprüngliche Beziehung wollen. Sie tun dies, um sich selbst zu schützen und fühlen sich „missbraucht“, wenn sie der kranke Vater oder die Mutter in die natürliche Rollenverteilung drängen will.

Das Thema Parentifizierung wirft die Frage auf, wo Jugendliche „Kind sein“ können. Je nach Ausprägung der intervenierenden Bedingungen sind mehr oder weniger Möglichkeiten vorhanden, die es den Jugendlichen gestatten, sich altersgemäß zu beschäftigen und sorglos die Freizeit zu genießen.

6.1 Implikationen für die Praxis

Die Ergebnisse dieser Arbeit sind sowohl für Pflegepersonal, als auch für Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter relevant.

Durch den detaillierten Einblick in das subjektive Erleben einer elterlichen psychischen Krankheit, können wichtige Schlussfolgerungen für die Arbeit mit psychisch kranken Patienten und ihren Angehörigen gezogen werden.

Die Forscherin empfiehlt, auf Kinder psychisch kranker Eltern grundsätzlich wertschätzend und akzeptierend zuzugehen. Nur eine offene, nicht wertende Haltung gegenüber den Kindern ermöglicht es ihnen, Vertrauen zu der Pflegeperson (in

kurzer Zeit) aufzubauen, und Hilfestellungen anzunehmen. Auch wenn sich diese Empfehlung hoffentlich „von selbst“ versteht, ist zu bedenken, dass die Pflegeperson die Kinder womöglich in der Zeit kennenlernt, in der sie sich vom Elternteil distanzieren um selbst zur Ruhe kommen zu können. Sind Pflegepersonen unzureichend geschult, könnten Missverständnisse entstehen und den Kindern könnte mangelndes Interesse an dem eigenen Elternteil unterstellt werden.

Es ist besonders wichtig, dass die Pflegeperson die schwierige Situation der Kinder erkennt und möglichst früh den ersten Kontakt initiiert.

Pflegepersonen, die in Kontakt mit betroffenen Familien kommen, sollen ihr Wissen über das Zusammenleben mit einem psychisch kranken Elternteil in ihre praktische Tätigkeit integrieren. Dem Bedürfnis nach *Aufklärung* und *Erklärung* sollte möglichst früh nachgekommen werden. Das kann bedeuten, dass die Pflegeperson die Kinder explizit auf die Möglichkeit eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs hinweist und sie ermutigt, Fragen zu stellen und Bedürfnisse auszudrücken.

Pflegepersonen können auch als „Berater“ fungieren, da sie über Unterstützungsmöglichkeiten (z.B. Pflegegeld), Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen besser Bescheid wissen als Kinder.

Den Angehörigen können freilich nur Unterstützungsangebote gemacht werden, ob und wann sie die Empfehlungen für sich nützen, liegt im Ermessen der Kinder.

Trotz der enormen Belastung und kritischen familiären Situation wollen Kinder nicht „bemitleidet“ werden. Sie sind vielmehr über ehrliches Interesse und konkrete Unterstützung dankbar:

„Wir haben oft Mitleid gekriegt (...) das haben wir am meisten gehasst weil wir uns gedacht haben: ‚Wir brauchen kein Mitleid wir brauchen Hilfe!‘ (...) was bringt uns ihr Mitleid?“

6.2. Grenzen der Arbeit

Obwohl zur Gewinnung der Stichprobe viele Maßnahmen ergriffen wurden, erklärten sich nur neun Jugendliche bereit, an dem Interview teilzunehmen. Die Methode der Grounded Theory würde prinzipiell eine größere Stichprobe erfordern, um die

Interviews selektiv zu kodieren und im Idealfall eine theoretische Sättigung der Ergebnisse zu erreichen.

Aufgrund der schwierigen Teilnehmergeinnung, wurde der ursprüngliche Altersbereich von 12 bis 18 Jahren auf 24 Jahre erweitert. So konnten drei Interessierte trotzdem in die Stichprobe aufgenommen werden.

Streng genommen handelt es sich bis zu einem Alter von 17 Jahren um Jugendliche, bis 24 Jahre kann von „jungen Erwachsenen“ gesprochen werden. Die Informationen die aus den drei Interviews gezogen wurden, waren dennoch von Bedeutung für die Phänomene und konnten die Arbeit bereichern.

Die meisten der interviewten Jugendlichen sind das älteste Kind der Familie. Das kann bedeuten, dass sich die Ergebnisse hauptsächlich für diese Kinder generalisieren lassen.

Die Diagnosen über die psychischen Krankheiten oder Verhaltensstörungen wurden nicht abgeklärt, sondern wurden den Aussagen und Einschätzungen der Jugendlichen entnommen. Manche Eltern wurden fachärztlich diagnostiziert, andere wurden bisher nicht bei einem Arzt vorstellig.

7. Literaturverzeichnis

- Aldridge, J. (2006). The Experiences of Children Living with an Caring for Parents with Mental Illness. *Child Abuse Review*. 15, 79-88.
- Aldridge, J., Becker, S. (1993). Children who care – inside the world of young carers. Leicester: Department of Social Sciences, Loughborough University.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., Wall, S. (1978). Patterns of attachment. A psychological study of the Strange Situation. Hillsdale: Erlbaum.
- Bender, D., Lösel, F. (1998). Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen. Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto-versus pathogenetische Ansätze. In Margraf, J., Siegrist, J. & Neumer, S. (Hrsg.), Gesundheits- oder Krankheitstheorie? (S.119-145). Berlin: Springer.
- Bortz, J., Döring, N. (2006). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer.
- Dearden, C., Becker, S. (1995). Young Carers – The Facts. Leicester: Reed Business Publishing.
- Dearden, C., Becker, S. (1998). Young Carers in the UK. London: Carers National Association.
- Dearden, C., Becker, S. (2004). Young Carers in the UK. The 2004 Report. London: Carers UK.
- Deneke, C. (2005). Kinder psychisch kranker Eltern: Entwicklungsrisiken und Ansätze zur Prävention. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (3), 61-81.
- Deneke, C., Lüders, B. (2003). Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 3, 172-181.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2010).

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification.

Eley, S. (2004). „If they don't recognize it, you've got to deal with it yourself“: gender, young caring and educational support. *Gender and Education*, 16 (1), 65-75.

Erikson, E. (1966). Identität und Lebenszyklus. Frankfurt: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.

Fegert, J. (2004). Der Blick aus der Psychiatrie. Dokumentation der Fachtagung Kinder psychisch kranker Eltern: „Einer ist krank – alle leiden“ in Köln.

Fischer, M., Gerster, S. (2005). Vergessen und überfordert: Kind von psychisch Erkrankten. *Neuropsychiatrie*, 19 (4), 162-167.

Gehrmann, J., Sumargo, S. (2009). Kinder psychisch kranker Eltern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 157, 383-394.

Glaser, B., Strauss, A. (1998). Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber.

Göpfert, M., Webster, J., Seeman, M. (1996). Parental Psychiatric Disorder, Distressed Parents and their Families. Cambridge: Cambridge University Press.

Grube, M., Dorn, A. (2007). Elternschaft bei psychisch Kranken. *Psychiatrische Praxis* 34, 66-71.

Heigh, T. (2004). The health needs of young carers. London: NCH Children's Charities.

Heitmann, D., Bauer, U. (2007). Kinder psychisch erkrankter Eltern – Forschungsdesiderata und psychiatrischer Interventionsbedarf. *Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit*, 2007, 1(1), 5-16.

- Hipwell, A., Kumar, R. (1996). Maternal psychopathology and prediction of outcome based on mother-infant interaction ratings (BMIS). *British Journal of Psychiatry*, 169, 655-661.
- Lenz, A. (2005). Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, A. (2008). Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, A., Kuhn, J. (2011). Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über die Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In Wiegand-Grefe, S., Mattejat, F., Lenz, A. (Hrsg.), Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. (S. 269-298). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Masten, A., Powell, J. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. In Luthar, S. (Hrsg.), Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities. (S. 1-25). New York: Cambridge University Press.
- Mattejat, F. (1998). Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen, und was zu tun ist. In Mattejat, F., Lisofsky, B. (Hrsg.), ... nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. (S. 66-78). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Mattejat, F., Lisofsky, B. (Hrsg.) (1998). ... nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Mattejat, F., Lisofsky, B. (Hrsg.) (2008). ... nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: Balance Buch und Medien Verlag.
- Mattejat, F., Lenz, A., Wiegand-Grefe, S. (2011). Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Mattejat, F., Wüthrich, C., & Remschmidt, H. (2000). Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. *Nervenarzt*, 71, 164-172.
- Mayer, H. (2002). Einführung in die Pflegeforschung. Wien: UTB Facultas.
- Mayring, P. (2002). Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Metzing, S. (2007). Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Erleben und Gestalten familialer Pflege. Bern: Verlag Hans Huber.
- Mordoch, E., Hall, W. (2008). Children's perceptions of living with a parent with a mental illness: finding the rhythm and maintaining the frame. *Qualitative Health Research*, 18 (8), 1127-1144.
- Murphy, G., Peters, K., Jackson, D., Wilkes, L. (2011). A qualitative meta-synthesis of adult children of parents with a mental illness. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3430-3442.
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1978). Belmont Report: Ethical principles and guidelines for research involving human subjects. Washington DC: U.S. Government Printing Office.
- Katschnig, H., Denk, P., Scherer, M. (2004). Österreichischer Psychiatriebericht 2004. Analysen und Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Pharaoh, F., Mari J., Rathbone, J., Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 12, DOI: 10.1002/14651858.CD000088.pub3.

- Plass, A., Ohntrup, J., Wiegand-Grefe, S. (2011). Die Genderperspektive: Psychische Auffälligkeiten von Jungen und Mädchen. In Wiegand-Grefe, S., Mattejat, F., Lenz, A. (Hrsg.), Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. (S. 235-253). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Polit, D., Hungler, B. (1999). Nursing Research. Principles and Methods. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Remschmidt, H., Mattejat, F. (1994). Kinder psychotischer Eltern. Göttingen: Hogrefe.
- Richter, T. (1997). Leben mit einem psychisch Kranken. Formen des Umgangs und der Bewältigung. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Romer, G., Möller, B., Wiegand-Grefe, S. (2011). „Wenn Eltern zerstörbar werden ...“ – Kinder kranker Eltern als Zielgruppe seelischer Gesundheitsvorsorge: Eine Zukunftsherausforderung für die Medizin. In Wiegand-Grefe, S., Mattejat, F., Lenz, A. (Hrsg.), Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. (S. 27-43). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schone, R., Wagenblass, S. (2002). Wenn Eltern psychisch krank sind... – Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Münster: Beltz Juventa.
- Simon (1994). Psychiatriereform und die Lebensqualität von Angehörigen von Schizophreniekranken. In Katschnig, H., König (Hrsg.), Schizophrenie und Lebensqualität, Wien: Springer.
- Statistik Austria (2011a). Statistisches Jahrbuch 2011. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2011b). Migration & Integration. Zahlen, Daten, Indikatoren. Wien: Statistik Austria.
- Strauss, A., Corbin, J. (1996). Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Strübing, J. (2008). Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wagenblass, S. (2004a). Forschungsergebnisse und aktuelle Trends. Dokumentation der Fachtagung Kinder psychisch kranker Eltern: „Einer ist krank – alle leiden“ in Köln.
- Wagenblass, S. (2004b). Kinder psychisch kranker Eltern: Einer ist krank - alle leiden. Perspektiven gegen Angst und Überforderung. Dokumentation der Fachtagung LVR Köln.
- Wiegand-Grefe, S. (2007). Kinder psychisch kranker Eltern. Eine psychoanalytisch familienorientierte Prävention für Familien mit psychisch kranken Eltern. In Springer, A., Münch, K., Munz, D. (Hrsg.), Psychoanalyse heute? (S. 439-459). Gießen: Psychosozial Verlag.

Internetadressen

Definition Familienhilfe (Online-Zugriff am 22.10.2012)

<http://www.sozialinfo.noel.gv.at/content/de/9/Institutions.do?senseid=74>

Titelbild

René Magritte, L'Esprit de géométrie (Online-Zugriff am 13.12.2012)

http://www.albertina.at/jart/prj3/albertina/main.jart?rel=de&reserve-mode=active&content-id=1202307119260&ausstellungen_id=1287026238720&images_id=1305878102345

Liedtext

Aus Simon & Garfunkel, Bridge over troubled water

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Absolute Anzahl der Veröffentlichungen über Kinder psychisch kranker Eltern in der Literaturdatenbank "PSYCHINFO"	17
Abbildung 2 Parallelität der Arbeitsschritte im Verfahren der Grounded Theory	44
Abbildung 3 Beispiel für offenes Kodieren	45
Abbildung 4 Kodierparadigma nach Strauss	46
Abbildung 5 Phänomen "Zwischen den Polen pendeln".....	63
Abbildung 6 Der andere Elternteil	65
Abbildung 7 Phänomen "Krankheit im Zaum halten - Eskalation verhindern"	86

„Ich habe mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.“

9. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Angaben zur untersuchten Gruppe	22
Tabelle 2 Deskriptive Beschreibung von Elternvariablen, Elternschaftsrate und Kindern	23
Tabelle 3 Generelle und spezielle Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern	27
Tabelle 4 Einschränkungen im elterlichen Verhalten	30
Tabelle 5 Darstellung der Interviewteilnehmer	56

10. Anhang

10.1 Einverständniserklärung

 kpke@gmx.at	EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG	 universität wien
Thema der Studie: Kinder psychisch kranker Eltern	Name der Diplomandin: Katharina Ortner	
Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich zur Teilnahme an einem Interview an der oben genannten Studie einverstanden. Ich wurde schriftlich und mündlich über die Studie und den Ablauf des Interviews informiert. Meine Teilnahme an dem Interview ist freiwillig. Ich bin nicht verpflichtet auf jede Frage zu antworten. Ich kann außerdem jederzeit um eine Pause bitten oder das Gespräch abbrechen, ohne dass sich daraus Konsequenzen für mich ergeben. Ich bin darüber informiert, dass das Interview mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet und später verschriftlicht wird. Zugang zu den Tonbandaufzeichnungen haben nur die Diplomandin (Katharina Ortner) und die wissenschaftliche Betreuerin der Diplomarbeit (Dr. Sabine Metzger-Blau). Namen und Ortsangaben werden in der Verschriftlichung anonymisiert. Ein Rückschluss auf meine Person ist damit nicht möglich.		
_____ Unterschrift des Teilnehmers / der Teilnehmerin	_____ Unterschrift der Diplomandin	
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Sohn / meine Tochter an der Studie „Kinder psychisch kranker Eltern“ teilnimmt.		
_____ Unterschrift der Eltern	_____ Datum	
Für weitere Fragen (auch nach dem Interview) bin ich gerne unter 0650/3116883 oder unter kpke@gmx.at zu erreichen!		

10.2 Aushang



kpke@gmx.at

SUCHE INTERVIEW-TEILNEHMER
österreichweit für Diplomarbeit



universität
wien

Für meine Diplomarbeit am Institut für Pflegewissenschaft suche ich

KINDER UND JUGENDLICHE ZWISCHEN 10 UND 18 JAHREN,

**DIE IN EINER FAMILIE MIT EINER PSYCHISCH KRANKEN MUTTER ODER
EINEM ERKRANKTEN VATER LEBEN.**

Um mehr über ihre Situation zu erfahren, möchte ich mit den betroffenen Kindern ein Gespräch führen. Der Ort für das Interview kann frei gewählt werden. Die Teilnahme ist absolut **freiwillig** und jegliche Informationen werden **vertraulich** behandelt und **anonymisiert**.

Kennst du Betroffene?

Oder bist du selbst interessiert?

Hast du noch weitere Fragen?

Dann melde dich bei mir! ☺

Interviewteilnahme
kpke@gmx.at
0650/3116883
(Katharina)

Interviewteilnahme
kpke@gmx.at
0650/3116883
(Katharina)

Interviewteilnahme
kpke@gmx.at
0650/3116883
(Katharina)

Interviewteilnahme
kpke@gmx.at
0650/3116883
(Katharina)

Interviewteilnahme
kpke@gmx.at
0650/3116883
(Katharina)

Interviewteilnahme
kpke@gmx.at
0650/3116883
(Katharina)

Interviewteilnahme
kpke@gmx.at
0650/3116883
(Katharina)

Interviewteilnahme
kpke@gmx.at
0650/3116883
(Katharina)

Interviewteilnahme
kpke@gmx.at
0650/3116883
(Katharina)

Interviewteilnahme
kpke@gmx.at
0650/3116883
(Katharina)

Interviewteilnahme
kpke@gmx.at
0650/3116883
(Katharina)



kpke@gmx.at

INFORMATIONSBLETT

für mögliche Interviewteilnehmer



universität
wien

Das Interview

- Mein Name ist **Katharina Ortner** und ich studiere im 9. Semester Pflegewissenschaft an der Universität Wien. Im Rahmen meiner Diplomarbeit beschäftige ich mich mit dem Thema
- „Kinder psychisch kranker Eltern“.*
- Es gibt viele Familien in denen die Mutter oder der Vater an einer psychischen Erkrankung leidet. Ich interessiere mich in meiner Arbeit für die Rolle der **Kinder und Jugendlichen**, die in einer solchen Familie aufwachsen und leben.
- Ich suche daher **Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 22 Jahren, die in einer Familie leben in der die Mutter und/oder der Vater psychisch krank sind**, die sich für ein persönliches, vertrauliches Gespräch mit mir Zeit nehmen.
- Voraussetzung für die Teilnahme ist ein schriftliches **Einverständnis deiner Eltern** falls du noch *unter 14 Jahre* bist!
 - Die Teilnahme erfolgt **freiwillig** und kann jederzeit **ohne Begründung** abgebrochen werden.
 - Das Interview wird mit einem **Tonbandgerät** aufgezeichnet, um es danach zu verschriftlichen und bearbeiten zu können.
 - Der **Schutz der InterviewteilnehmerInnen** steht im Vordergrund. Damit deine Identität nicht nachvollziehbar ist, werden jegliche Namen und zB. Ortsangaben anonymisiert.
 - Die **Dauer** des Interviews ist unterschiedlich und abhängig vom Gesprächsverlauf. Als Richtlinie können ungefähr 30-60 Minuten angesehen werden.
 - Der **Ort** des Interviews soll von dir selbst ausgesucht werden. Das Interview sollte in vertrauter und ruhiger Umgebung stattfinden, in der du dich wohlfühlst.

Hast du Fragen oder Interesse an einem Gespräch?
Dann melde dich bei mir per Telefon oder E-Mail!
Gerne erzähle ich dir mehr und beantworte deine Fragen!
Ich freue mich von dir zu hören!

Wissenschaftliche Betreuung
 Dr. Sabine Metzging
 Universität Witten/Herdecke
 Deutschland

Verfasserin der Diplomarbeit
 Katharina Ortner
 Tel.: 0650/3116883
 kpke@gmx.at

10.4 Interviewleitfaden

Thema/ Forschungsfrage	Fragestellung
Person	<i>Wie alt bist du?</i> <i>In welcher Schule bist du? Welche Ausbildung machst du gerade?</i> <i>Wie kommst du in der Schule/mit deiner Ausbildung zurecht?</i>
Familie	<i>Wer gehört alles zu deiner Familie?</i> <i>Wie wohnt ihr?</i> <i>Wie würdest du deine Eltern/Geschwister beschreiben?</i> <i>Welchen Beruf/welche Ausbildung haben deine Eltern/deine Geschwister?</i> <i>Welche Beziehung hast du zu deinen Eltern/deinen Geschwistern?</i> <i>Ist in deiner Familie etwas anders als in anderen Familien? Wenn ja, was denn?</i>
Information	<i>Welche Erkrankung hat deine Mutter/dein Vater?</i> <i>Was weißt du über die Krankheit deiner Mutter/deines Vaters?</i> <i>Was gehört deiner Meinung nach zur Krankheit deiner Mutter/deines Vaters?</i> <i>Woher hast du diese Informationen?</i> <i>Hast du dich selbst/eigenständig über die Erkrankung informiert?</i> <i>Woran erkennst du wie es deiner Mutter/deinem Vater geht?</i>
Information VOR	<i>Was wusstest du vor der Aufnahme im Krankenhaus über die Situation deiner Mutter/deines Vaters bzw. ihre/seine Krankheit?</i> <i>Hat dir zuvor jemand von der Krankheit deiner Mutter/deines Vaters erzählt?</i>
Kommunikation	<i>War die Krankheit deiner Mutter/deines Vaters Thema bei euch in der Familie bevor sie/er ins Krankenhaus kam? Wurde darüber gesprochen?</i> <i>Wer hat dich über den Zustand deiner Mutter informiert?</i>
Zustand AKTUELL	<i>Wie geht es dir gerade?</i> <i>Wie ist derzeit die Stimmung bei dir zuhause?</i> <i>Wie geht es deiner Mutter/deinem Vater zur Zeit?</i> <i>Wie gehen deine Geschwister/dein Vater/deine Mutter (gesunder Elternteil) mit der Erkrankung deiner Mutter/deines Vaters um?</i> <i>Wie geht deine Mutter/dein Vater (kranker Elternteil) mit der Krankheit um?</i> <i>Wie geht es deiner restlichen Familie damit?</i>

Tagesablauf	Beschreib mir doch bitte deinen derzeitigen Tagesablauf!
	Welche Aufgaben übernimmst du?
	Übernimmst du Aufgaben im Haushalt?
	Was übernehmen deine Eltern/deine Geschwister?
	Gibt es eine fixe Einteilung oder einen Plan für die Aufgaben die zu erledigen sind (zB. im Haushalt)?
Zustand VOR	Wie war die Situation in eurer Familie vor der Aufnahme im Krankenhaus?
	Wie war die Zeit vor dem ersten Krankenhausaufenthalt für dich?
	Gab es besonders kritische Zeiten vor dem Aufenthalt an die du dich erinnern kannst?
Aufnahme	Wie lange bzw. wie oft war deine Mutter/dein Vater bisher im Krankenhaus?
	Weißt du noch, wann deine Mutter/dein Vater das erste Mal ins Krankenhaus gekommen ist?
	War die Aufnahme ins Krankenhaus für dich überraschend?
	Wie hast du diesen Tag erlebt? Wie war das damals für dich?
	Hast du die Aufnahme im Krankenhaus miterlebt?
	Wer begleitete deine Mutter/deinen Vater mit ins Krankenhaus zur Aufnahme/Einweisung?
Besuch	Hast du deine Mutter/deinen Vater im Krankenhaus besucht? (Auch bei kürzeren Aufenthalten?)
	Haben deine Geschwister die Mutter/den Vater im Krankenhaus besucht?
	Wie oft ward ihr/warst du zu Besuch?
	Wie sind die Besuche im Krankenhaus abgelaufen?
	Wie war es für dich deine Mutter/deinen Vater im Krankenhaus zu besuchen?
Information WÄHREND	Was wurde dir über die Aufnahme im Krankenhaus erzählt?
	Was hast du aus dem Krankenhaus mitbekommen?
	Hat dir jemand der Ärzte oder des Pflegepersonals mehr über die Krankheit deiner Mutter/deines Vaters erzählt?
	Hat euch jemand aus dem Krankenhaus Hilfe angeboten?
	Warst du oder deine Geschwister bei Gesprächen mit einem Arzt dabei?
Zustand WÄHREND	Was hättest du/deine Familie dir/euch in der Zeit gewünscht?
	Welche Unterstützung hättest du/hättet ihr gebraucht?
	Wie war die Situation bei euch zuhause als deine Mutter/dein Vater im Krankenhaus war?
	Was hat sich in der Zeit für dich verändert? (vielleicht zu abstrakt, altersabhängig)
	Welche Erinnerung hast du an diese Zeit? (vielleicht zu abstrakt, altersabhängig)
	Was war in dieser Zeit besonders schwer für dich?
	Wie war die Beziehung zu deinen Geschwistern und deinem Vater/deiner Mutter (gesunder Elternteil) in dieser Zeit?
	Gab es jemanden der in dieser Zeit besonders wichtig für dich war?
Zustand NACH	In welcher Verfassung war deine Mutter/dein Vater als sie/er aus dem Krankenhaus entlassen wurde?

	Wie war die Situation als deine Mutter/dein Vater wieder nach Hause kam?
	Hattest du das Gefühl deine Mutter/dein Vater habe sich verändert?
	Hat sich die Situation nach dem Krankenhausaufenthalt für dich verändert?
	Was war besonders schwierig für dich als deine Mutter/dein Vater wieder zuhause war?
	Wie hat deine Mutter/dein Vater nach dem Krankenhausaufenthalt auf dich gewirkt?
	Glaubst du ihr/ihm hat der Aufenthalt im Krankenhaus geholfen?
Tagesablauf	Habt ihr nach der Rückkehr eurer Mutter/eures Vaters weiterhin Aufgaben zuhause übernommen?
Kommunikation	Worüber habt ihr zuhause gesprochen? Sprecht ihr in der Familie über die Krankheit?
	Habt ihr darüber gesprochen wie es bei euch zuhause weitergeht?
Kommunikation/ EXTERN	Wer wusste von eurer familiären Situation und der Erkrankung deiner Mutter/deines Vaters?
Ressourcen/ Kommunikation	Kannst du dich jemandem anvertrauen? Mit wem kannst du gut reden?
Kommunikation/ EXTERN	Erzählst du Freunden von deiner Situation zuhause?
Kommunikation	Kennst du jemanden aus deinem Freundes- oder Bekanntenkreis der in einer ähnlichen Situation ist?
Kommunikation/ PHANTASIE	Was würdest du einem Freund raten, der in einer ähnlichen Situation wäre wie du?
Ressourcen	Was machst du gerne in deiner Freizeit?
	Was oder wer ist dir eine wichtige Stütze? Was tut dir gut?
PHANTASIE	Was wäre anders, wenn die Krankheit nicht mehr da wäre?
	Wenn du drei Wünsche frei hättest – egal welche – wie würden sie lauten?

10.5 Curriculum vitae

Name: Katharina Ortner

Anschrift: Oberthalheim 27
4850 Timelkam

E-Mail: katharinaortner@hotmail.com

Geburtsdatum: 24. November 1986

Geburtsort: Vöcklabruck

Familienstand: ledig

Ausbildung

2006-2012 Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft, Universität Wien

2007- Diplomstudium Psychologie, Universität Wien

2005 Matura, Oberstufenrealgymnasium Vöcklabruck

Praktische Erfahrung

2012- Lehrbeauftragte für Suchtprävention, Wiener Jugendrotkreuz

2011- Lehrbeauftragte für Erste Hilfe, Wiener Jugendrotkreuz

2011 Juli-September Praktikum Kinder- und Jugendpsychosomatik, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Salzburg

2009 Februar Gerontopsychologisches Praktikum, Pflegeheim Salzburg

2005-2006 Au-Pair, London