

Kuhn, Julian und Lenz, Albert

## **Coping bei Kindern schizophren erkrankter Eltern – eine täuschend gute Bewältigung**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57 (2008) 10, S. 735-756*

urn:nbn:de:bsz-psydok-48486

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## **Coping bei Kindern schizophren erkrankter Eltern – eine täuschend gute Bewältigung**

Juliane Kuhn und Albert Lenz

### **Summary**

*Coping in Children of Parents With Schizophrenia – Strikingly Deceptive Strategies*

Our study collected qualitative and quantitative data about the illness-related experience of burden and about the coping strategies of children aged 8 to 13, who live with parents suffering from schizophrenia. Using the method of triangulation, we compare the content of script-based interviews conducted with 10 children to data concerning cross-situational coping strategies of these children, which we collected using a standardized method (SVF-KJ). Children in this population are exposed to a special kind of burden which is characterized by an high number of situations they find beyond their control, by a lack of stable family structures and by episodes of abrupt separation from parents because of hospitalisation, which, in some cases, the children remember as traumatizing. We observed coping attempts of children who live with a heavy burden in the shape of increased instrumental problem solving approaches, while the same children simultaneously exhibiting a reduced ability to share responsibility or to avoid situations which they cannot cope with through their problem solving attempts. In cases where favourable emotion regulation fails, these children quickly exhibit higher levels of aggressive behaviour. Their great need for social support stands in opposition to difficulties to accept help or recognize help as being available, which were reported by the children. The presence of a healthy parent and an age-adequate information on the illness of their parents have proven to be beneficial to the children's coping. Our findings confirm the necessity of increased social support to children of parents with mental disorder by extending the cooperation between institutions and by supporting social networks.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 57/2008, 735-756*

### **Keywords**

Mentally ill parents – schizophrenia – children – burden – coping – relatives

### **Zusammenfassung**

Das erkrankungsbedingte Belastungserleben und die Bewältigungsstrategien bei Kindern im Alter von 8 bis 13 Jahren, die mit schizophren erkrankten Eltern zusammenleben, werden qua-

litativ sowie quantitativ erhoben. Unter Verwendung des Designs der Triangulation werden inhaltsanalytisch ausgewertete leitfadengestützte Interviews den standardisiert erhobenen Daten zu situationsübergreifenden Copingstrategien für 10 Kinder gegenübergestellt. Kinder dieser Population sind besonderen Belastungen ausgesetzt, die sich durch erhöhte Unkontrollierbarkeit der Situationen, einen Mangel an stabilen Familienstrukturen und abrupte, teils als traumatisierend erinnerte Trennungen von den Eltern durch Krankenhausaufenthalte kennzeichnen. Bewältigungsversuche stark belasteter Kinder sind in Form von erhöhtem instrumentellen Problemlösen zu beobachten mit einer geringen Fähigkeit, Verantwortung abzugeben oder Situationen zu vermeiden, die sie nicht problemlösend bewältigen können. Gelingt eine günstige Emotionsregulation nicht, weisen sie schnell erhöhte Werte der Aggression auf. Einem sehr hohen Bedarf an sozialer Unterstützung stehen berichtete Schwierigkeiten der Kinder gegenüber, Hilfe in Anspruch zu nehmen oder als verfügbar zu erkennen. Günstigen Einfluss auf das Coping der Kinder haben die Anwesenheit eines gesunden Elternteils und altersadäquate Aufklärung über die Erkrankung der Eltern. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit verstärkter sozialer Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern durch Ausbau der Kooperation von Einrichtungen und durch Förderung sozialer Netzwerke.

## **Schlagwörter**

Psychisch kranke Eltern – Schizophrenie – Kinder – Belastung – Bewältigung – Angehörige

## **1 Einleitung**

### **1.1 Belastung bei Kindern von Eltern mit Schizophrenie**

Das Zusammenleben mit einem psychisch erkrankten Elternteil bedeutet für die Kinder eine einschneidende und häufig bis ins Erwachsenenalter hineinreichende Belastungssituation, welche als kritisches Lebensereignis aufgefasst werden kann (Lenz, 2005). Unter einem Belastungsthema, das als Makrostressor betrachtet wird, wirkt die elterliche Erkrankung direkt und indirekt auf die Kinder ein, indem es zur Verkettung einzelner Belastungsereignisse über mittlere oder längere Zeiträume kommt (Perez et al., 1998). Kinder mit psychisch erkrankten Eltern sind einer bekannten Fülle von Belastungen ausgesetzt: Schuldgefühle und Trennungsängste, Angst vor eigener Erkrankung, anklammerndes Verhalten des kranken Elternteils, Verantwortungsübernahme für jüngere Geschwister und Haushaltsführung, Rollenzuweisung als Schlichter und Bündnispartner in den elterlichen Auseinandersetzungen, Erfahrungen der Ausgrenzung und Stigmatisierung im sozialen Umfeld (Lenz, 2005), Störung der Eltern-Kind-Beziehung, einer sozialen Isolation und einer eingeschränkten objektiven Lebensqualität (Mowbray et al., 2006). Welchen weiteren und besonderen Belastungen die Kinder von schizophren erkrankten Eltern aufgrund der Vielfältigkeit und Spezifität der Erkrankung Schizophrenie ausgeliefert sind, gilt es zu untersuchen. Das mögliche Auftreten von Positiv- und Negativsymp-

tomatiken mit Wahn, Halluzination, Katatonie, inadäquaten Affekten und affektiven Verflachung stellt im Gegensatz zu denen anderer psychischer Erkrankungen die Besonderheit der Schizophrenie dar. Vor allem das Denken und die Handlungen, die von der gesellschaftlich herrschenden Annahme über Realität und Normalität abweichen und auch im Widerspruch zur allgemeinen Realität der anderen Familienmitglieder stehen, lässt eine besondere Belastungssituation für die Kinder vermuten. Auszugehen ist auch von einer erhöhten Aggression in den Familien, da das aggressive Potential der Erkrankten gegenüber der Normalbevölkerung erhöht ist (Pretis u. Dimova, 2004). Die große Gefahr erneuter Episoden in der Remissionsphase, auch ausgelöst durch das häufige Absetzen der Medikation, stellt für die Familien eine weitere Belastung dar. Versuche der Angehörigen, Äußerungen und Handlungen des Erkrankten durch realitätsbezogene Argumente zu korrigieren, bleiben meist erfolglos, da die Realität des Betroffenen grundlegend verändert ist. Bekannte Reaktionen der erwachsenen Angehörigen (Partner oder Großeltern) sind dann Hilflosigkeit, Verzweiflung, Wut und Aggression. Die Familiensituation stellt sich oft als besonders schwierig heraus, da es überdurchschnittlich häufig zu Eskalationen bei Auseinandersetzungen kommt. Hinzu kommt, dass in der Regel mit dem kritischen Familienereignis noch weitere Familienbelastungen verbunden sind. So geht die psychische Erkrankung eines Elternteils häufig einher mit erhöhter Unsicherheit in den inner- und außerfamiliären Rollenbeziehungen, sozialer Ausgrenzung und Stigmatisierung oder finanzieller Belastungen und Arbeitsplatzverlust.

Meist handelt es sich um einen chronischen Verlauf der Erkrankung, so dass es bei längerem Krankheitsverlauf, akuten Krankheitsphasen oder immer wiederkehrenden Klinikeinweisungen der Eltern zu einer bedrohlichen Stressanhäufung kommt. Vor allem Krankenhauseinweisungen des Elternteils, oft sehr überstürzt und abrupt, bringen gravierende Belastungen für die Kinder mit sich (Shachnow, 1987).

Da sich erste Auffälligkeiten der Kinder meistens in der Schule oder dem Kindergarten zeigen und somit weitere alltägliche Mikrostressoren wie Streit mit Klassenkameraden oder Probleme in der Schule hinzukommen, kann von einer schleichenden Destabilisierung ausgegangen werden. Die individuelle Stresstoleranzschwelle entscheidet schließlich darüber, zu welchem Zeitpunkt die belastenden Erfahrungen zu einer Überforderung führen.

In vorangegangenen Studien kamen bisher inzwischen erwachsene Kinder zu Wort (Dunn, 1993), deren retrospektive Einschätzungen der Belastungen jedoch durch Rückschaufehler immer einer Abweichung vom momentanen Befinden der Kinder unterliegt, bzw. wurden Kinder psychisch kranker Eltern generell befragt, ohne die spezifische Belastungssituation der Familien mit schizophran erkrankten Eltern zu betrachten (Lenz, 2005). Zwar beträgt die Erblichkeit der Erkrankung für diese Kinder aufgrund der genetischen Determiniertheit 10-13 % (Tienari et al., 1987), jedoch ist das Risiko unspezifischer Störungen für Kinder, die mit ihren psychisch kranken Eltern zusammenleben, weitaus größer (Lenz, 2005). Einfluss nehmen dabei vor allem die psychosozialen Bedingungen, die in Folge der Erkrankung in den Familien herr-

schen, sowie Chronizität und Schweregrad der Erkrankung (Sameroff et al., 1987). Faktoren, die das Risiko einer eigenen Erkrankung minimieren sollen, werden in der Resilienzforschung beleuchtet, wobei der Fokus seit (Bleuler, 1974) auf jene Kinder gelenkt wird, die sich günstig entwickeln. Ein wichtiger Schutzfaktor ist die Art des Umgangs mit der Belastung (Coping), der das bestehende Risiko für Kinder psychisch kranker Eltern erheblich senken kann.

## 1.2 Stressbewältigung bei Kindern mit schizophren erkrankten Eltern

Ausgehend vom transaktionalen Stressmodell stellt Stress eine Wechselwirkung zwischen dem Kind und seiner Umwelt dar, die in spezifischer Weise wahrgenommen und interpretiert wird und äußert sich in bestimmten subjektiv erlebten Anforderungen (Lazarus, 1991). Vor dem Hintergrund stresstheoretischer Modelle gilt es zuerst die subjektive Belastung der Kinder über die Wahrnehmung des Zusammenlebens mit dem erkrankten Elternteil zu erfragen, um einschätzen zu können, ob diese sich negativ auf ihr psychisches Wohlbefinden auswirkt (Noh u. Turner, 1987).

Die objektive Belastung für die Kinder steht in Relation zu ihrem subjektiven Belastungserleben, welches bestimmt wird durch das Einwirken verschiedener Variablen, wie beispielsweise die erlebte soziale Unterstützung und die Selbstwirksamkeitserwartung, welche bei der Untersuchung an Angehörigen psychisch Kranker in den Fokus gerückt wird vgl. (Sollberger et al., 2008). Eine erfolgreiche Bewältigung der Kinder wird auch hier maßgeblich davon abhängen, welche Ressourcen ihnen in den stressreichen Lebensumständen zur Verfügung stehen, um konstruktive Aktivitäten und Handlungen in Gang zu setzen oder sich vor den Stressoren zu schützen (Lenz, 2008).

Die Unterscheidung sowohl in Copingstrategien mit instrumenteller bzw. problemlösender Funktion und Bewältigungsstrategien mit palliativer bzw. emotionsorientierter Funktion (Lazarus u. Folman, 1984), als auch in direkte Bewältigungsstrategien („Annäherungsstrategien“) und indirekte Strategien („Vermeidungsstrategien“) (Roth u. Cohen, 1986) lässt sich nach einer Übersicht zu empirischen Untersuchungen für das Copingverhalten im Kindes- und Jugendalter (Beyer u. Lohaus, 2007) ebenfalls anwenden. Die Existenz instrumentellen und palliativen Copings bei Kindern – Seiffge-Krenke (1995) unterscheidet zwischen aktivem und internalem Coping sowie dysfunktionalem Rückzug – und die Relevanz des Faktors „soziale Unterstützung“ erlauben jedoch noch keine Schlussfolgerungen über die Effizienz dieser Strategien. Entscheidend ist neben einem breiten Repertoire an Bewältigungsmöglichkeiten nämlich die Passung zwischen Merkmalen der Situation und dem Bewältigungsverhalten, wobei sowohl subjektive Einschätzungen als auch objektive Merkmale eine Rolle spielen (Seiffge-Krenke u. von Irmer, 2007). Situational angemessenes Bewältigen, das mit erhöhtem Wohlbefinden und positivem Gesundheitsverhalten einhergeht, bedeutet,

dass problemfokussierende Strategien in Situationen, die durch eigenes Handeln kontrollierbar sind, eingesetzt werden sollten, während in unkontrollierbaren Situationen eher emotionsregulierende Bewältigungsstrategien, Problemmeidung oder die Suche nach sozialer Unterstützung wirksamer sind (Klein-Heßling u. Lohaus, 2002). Diese Passung wird in Belastungssituationen, denen Kinder mit schizophren erkrankten Eltern ausgesetzt sind, sehr entscheidend sein, da diese Kinder oftmals unkontrollierbare Situationen im Zusammenhang mit psychotischem Verhalten ihrer Eltern erleben und eine instabile und teilweise unberechenbare Alltagsstruktur erfahren. Dies alles verlangt situationsangemessenes Coping, damit die Kinder den Stress erfolgreich bewältigen und sich dem bestehenden Risiko, eine eigene psychische Störung zu entwickeln, nicht vollständig aussetzen. Es dürfte kein Zufall sein, dass sich das Bedingungsgefüge dieser Kinder für die Resilienzforschung als interessant erwiesen hat und man feststellen konnte, dass besonders unter Kindern schizophren erkrankter Eltern gehäuft „unverletzbare Kinder“ vorkommen. Gehäufte als bei Kindern mit Eltern, die an anderen (psychischen) Krankheiten leiden, scheint bei ihnen das Phänomen der Parentifizierung aufzutreten, das sich durch ein Vorhandensein konstruktiver Kompetenzen auszeichnet, mit denen Kinder vorhandene Defizite im Familienalltag auszugleichen versuchen (Anthony, 1987).

## 2 Fragestellung

In diesem Beitrag<sup>1</sup> wird das erkrankungsspezifische Belastungserleben von Kindern mit schizophren erkrankten Eltern dargestellt. Das in qualitativen Interviews berichtete Bewältigungsverhalten der Kinder in Belastungssituationen wird in Zusammenfügung mit standardisiert getesteten situationsübergreifenden Copingstrategien bewertet.

## 3 Methode

Die Querschnittsstudie zielt durch die Kombination aus quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden darauf ab, standardisierte Bewältigungsstrategien der Kinder von schizophren erkrankten Eltern zu erfassen und mit den qualitativen Daten entweder zu untermauern oder in ihrer vermeintlichen Effektivität in Frage zu stellen.

---

<sup>1</sup> Der Beitrag stellt erste Ergebnisse des Forschungsprojektes „Schizophrenie und Elternschaft – Belastungen und Bewältigungsstrategien in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil“ vor, das durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG, Projekt LE 2232/1-1) gefördert wird.

### 3.1 Datenerhebung

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine multizentrische Studie. Rekrutiert wurden die teilnehmenden Kinder über Institutionen der Region Paderborn, Dortmund, Leipzig und Heidelberg, wobei psychiatrische Kliniken (Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie) und Einrichtungen des komplementärpsychiatrischen Sektors (Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, sozialpsychiatrische Dienste, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten etc.) einbezogen wurden.<sup>2</sup> Die spezifische Belastungssituation der Kinder mit an Schizophrenie und an schizoaffektiven Störungen erkrankten Eltern sowie die Bewertung und Bewältigung der Situation durch alle Familienmitglieder wurden mittels standardisierter und qualitativer psychologischer Verfahren untersucht.

Die Durchführung der Studie unterliegt den Auflagen der Ethikkommission und wurde unter Einhaltung des Datenschutzes, der Wahrung der Integrität der einzelnen Teilnehmer und unter freiwilliger, widerrufbarer Teilnahme der Eltern und ihrer Kinder durchgeführt.

### 3.2 Studienstichprobe

Auf der methodologischen Grundlage des „theoretical sampling“ wurden minderjährige Kinder von Patientinnen und Patienten mit der Diagnose F.2 bzw. F.25 (nach ICD-10) im Alter zwischen 8 und 13 Jahren für die Befragung ausgewählt. Die Kinder bilden eine Auswahl aus den an der laufenden Untersuchung teilnehmenden 25 Familien mit schizophren erkrankten Eltern, wobei zehn Kinder aus einer Gesamtzahl von 30 untersuchten Kindern und Jugendlichen ausgewählt wurden, da sie zum einen das geeignete Alter aufweisen und zum anderen am leitfadengestützten Interview teilgenommen haben. Es handelt sich um vier Mädchen (Alter: 8; 9; 13; 13) und sechs Jungen (Alter: 9; 9; 10; 10; 12; 13), wobei nur ein Junge (9 Jahre) und ein Mädchen (9 Jahre) nicht bei dem erkrankten Elternteil leben, das Mädchen allerdings sehr intensiven Kontakt zu seiner Mutter pflegt. Die Befragung fand meist bei den betroffenen Familien zu Hause statt, nur in einigen Fällen in den Räumlichkeiten der den Kontakt vermittelnden Institution.

### 3.3 Erhebungsinstrumente

Die Teilnahme an diesem Teil der Studie beinhaltete für die Kinder das Ausfüllen des Stressverarbeitungsfragebogens für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ) (Hampel et al., 2001) und die Teilnahme an einem problemzentrierten leitfadengestützten

---

<sup>2</sup> Wir bedanken uns bei den beteiligten Kindern und Familien für ihre Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen und das Vertrauen, das sie uns geschenkt haben, sowie bei den kooperierenden Kliniken und Einrichtungen für ihr Engagement und die gute Zusammenarbeit.

Interview (Lamnek, 2005). Der SVF-KJ erhebt mehrdimensional die dispositionelle Stressverarbeitung. Mit 36 Items werden neun Stressverarbeitungsstrategien in Bezug auf eine individuelle und eine schulische Belastungssituation erfasst und in situationsübergreifende Itemwerte zusammengefasst, welche in ihrem Mittel auf einer 5-stufigen Skala (0 = „auf keinen Fall“ bis 4 = „auf jeden Fall“) dargestellt werden (vgl. Abb. 1-4).

Im Interview zur Belastungssituation und den Stressbewältigungsmechanismen der Kinder auf individueller und familiärer Ebene wurden folgende Themenbereiche angesprochen:

- familiäre Situation
- erkrankungsbedingtes Belastungserleben in der Familie
- Stresskommunikation in der Familie
- individuelles Coping (Bewältigungsstrategien) der Kinder und Eltern
- personale und soziale Ressourcen

Die Vertiefung der einzelnen Themen konnten die Kinder individuell selbst regulieren, um sicherzugehen, dass es nicht zu einer destabilisierenden Aufdeckung von einzelnen Bereichen kam. Jedes Interview wurde digital mit einem Audiogerät aufgezeichnet und im Anschluss vollständig von den Mitarbeitern des Forschungsteams transkribiert.

### 3.4 Datenauswertung

Bei der Datenauswertung werden in diesem Projekt qualitative und quantitative Ergebnisse systematisch im Sinne einer methodischen Triangulation zueinander in Beziehung gesetzt (Flick, 2004). Das qualitative Datenmaterial wurde einer strukturierenden Inhaltsanalyse (Mayring, 2007) unterzogen, wobei die Datenanalyse computergestützt unter Zuhilfenahme des Datenverarbeitungsprogramms MAXQDA2007 (Kuckartz et al., 2007) erfolgte.

## 4 Ergebnisse

In Abgrenzung zu den Jugendlichen mit ihren eigenen Entwicklungsaufgaben (Stelling et al., 2008) haben wir in die vorliegende Betrachtung die Kinder zwischen 8 und 13 Jahren einbezogen. Acht von zehn der untersuchten Kinder leben bei ihren erkrankten Eltern, wobei nur in einem Fall ein gesundes Elternteil mit in der Familie lebt (KD2\_K1 (m)) und in einem anderen Fall die erkrankte Mutter einen stabilen Partner hat, der nicht der Vater der Tochter ist (L1\_K (w)). Beide Kinder, die nicht mit ihren erkrankten Eltern zusammenleben, haben zu ihnen weiterhin Kontakt, wobei B14\_K (w) fast täglich ihre erkrankte Mutter sieht und A2\_K (m) seinen Vater nur gelegentlich trifft und nicht von seiner Erkrankung in Kenntnis gesetzt ist.



Dies ist auch der einzige hier aufgeführte Fall, in dem ein erkrankter Vater Teil der Familie ist, in allen anderen vorgestellten Fällen sind die Mütter an Schizophrenie erkrankt. Aufgrund der Fülle an Datenmaterial fokussieren wir auf familiäre Belastungssituationen, die unmittelbar an die Erkrankung des Elternteiles geknüpft sind.

#### 4.1 Subjektives Belastungserleben der Kinder von Eltern mit Schizophrenie

In den meisten Erzählungen der Kinder über akute Krankheitsepisoden ihrer Eltern zeichnet sich ein Erleben von hoher Verunsicherung, Angst, Überforderung, Unruhe, Ratlosigkeit und Verzweiflung aufgrund des Verhaltens der erkrankten Eltern ab. Es spiegelt sich die wahrgenommene Unkontrollierbarkeit der Situation aufgrund der Unberechenbarkeit und Wesensveränderung der Eltern in den Berichten wider, sowie der gelegentliche Versuch einer Übernahme der Verantwortung für die Eltern:

Sie hat gesagt: „Ich schmeiß mich vor den Bus. Morgen kommt der nächste Bus und dann schmeiß ich mich davor.“ *Und was hast du denn da gesagt dazu?* Das geht nicht, Mama. *Warst du dabei, als sie das gesagt hat?* (Bestätigend) Mhm. *Ja?* *Was hast du da gefühlt, als sie gesagt hat:* „Ich schmeiß mich vor den nächsten Bus.“ Da hab ich mich traurig gefühlt. *Hast du da auch Angst gehabt?* (Bestätigend) Mhm. ... *dass die das wirklich macht?* (Bestätigend) Mhm. (B14\_K/ 9-jährige Tochter; nicht bei erkrankter Mutter lebend)

... wo ich ein kleines Kind war, war meine Mutti im Krankenhaus. Da hat die mich auf den Balkon ausgesperrt und der Papa war da nicht da. *Wie alt warst du da?* Vier. Da war ich auf den Balkon ausgesperrt. Mich hat dann die Feuerwehr reingeholt. Und die Polizei hatten meine Mama. *Warum hat sie das gemacht?* Weil die krank war. (AU2\_K/ 10-jähriger Sohn bei erkrankter Mutter lebend, Mutter alleinerziehend)

Viele Kinder erleben die Reaktionen der Umwelt als unangenehm und peinlich:

...und dann äh war da hier war Mamas (...) ähm Krise (...) ähm dann hab ich halt draußen gespielt und dann, also mit so ein paar anderen. Und dann war Mama, ist Mama raus gekommen und hat dann so komisch gezittert und so und hat so geschrien, immer so und dann...hat sie halt auch die Socken und auch die Schuhe ausgezogen, Socken ausgezogen [...] und dann ist Mama mit der Polizei gekommen. Und- dann...ähm hat sie halt so gesagt, also dann musste sie da nach Ablabeck [Krankenhaus]. Und dann hat, also der, also dann, es war der Nachbar und der Nachbar und dann halt noch mein Freund und dann noch so ein paar andere Leute, mit denen hab ich dann draußen Fangreif gespielt. Und die haben dann mich, (stammelt) also, also geärgert und mich auf meine Mutter so angesprochen, dass die ja verrückt sei und so. Tja. Ja, da war ich total traurig und so. Ja, weil ich da, weil ich da auch ähm ziemlich drunter gelitten habe, weil die mich halt so geärgert haben und so. Und dass ich damit halt noch nicht so richtig umgehen konnte. (KD2\_K1/ 13-jährige Tochter bei erkrankter Mutter lebend)

Oft erinnern sich die Kinder an die sehr langen Krankenhausaufenthalte der Eltern, in denen sie entweder fremduntergebracht oder oft von älteren Geschwistern betreut werden, die dann die Versorgungsfunktion übernehmen und dadurch eine Parentifizierung erleben. Die Kinder berichten oft von sehr abrupten Krankenhauseinweisungen und ungewohnten Aufenthaltsorten und Kontaktpersonen, was sie neben einer langen Trennung von den Eltern und der Ungewissheit über die Dauer der Abwesenheit zusätzlich belastet:

Vor ein paar Monaten. Da war (...) war es nicht schön. Da musste ich schon um acht ins Bett. Da war ich im Kindernotdienst. Straße 4. Da gehe ich nie wieder hin. Haben uns schlecht behandelt. Und da will ich nie wieder hin. Und da musste ich in so eine WG und da hab ich mich geweigert und da haben die mich ins Zwergenland gebracht. (AU2\_K/ 10-jähriger Sohn bei erkrankter (alleinerziehenden) Mutter lebend)

Die größtenteils vorhandene Zersplitterung der Familienstrukturen unserer Untersuchungsteilnehmer führt für die Kinder zu häufigen Verlusten wichtiger Bezugspersonen. Sie berichten vermehrt von konflikthaften Auseinandersetzungen, Trennung der Eltern und das Wegfallen des nicht erkrankten Elternteils sowie damit verbundene Ortswechsel, Umzüge und Veränderungen im sozialen Umfeld. Außerdem sind vielen Kindern die Familienverhältnisse oder der Verbleib von näheren Angehörigen nicht bekannt. Die hohe Verunsicherung und Destabilisierung findet in den Interviews häufig Erwähnung, auch wenn sie nicht unmittelbar mit der Erkrankung assoziiert wird:

„... Mama ist krank geworden. Da war ich sieben Jahre alt. Und dann sind wir umgezogen. Und deine Mutter? Wo war die zu der Zeit? Im Krankenhaus. Kannst du dich daran noch erinnern, als deine Mutter krank war? Ja. Wie ist das passiert? Ich weiß nur. Meine Mutter hat mir erzählt, sie haben sich gestritten abends vorm Schlafengehen. Dann irgendwann ist mein Vater ein Weilchen nicht nach Hause gekommen. Und irgendwann ist sie dann halt krank geworden.“[...] Wie lang war deine Mutter da [im Krankenhaus]? Ungefähr drei Monate. Und dann hat sie den Christian kennen gelernt, meinen Stiefvater. Und dann ist sie dahin gezogen. Aber du hast erst einmal weiter bei deinem Vater gewohnt? Ja. Als meine Mutter im Krankenhaus war, da musste mein Vater abends lange arbeiten und morgens. Und dann sind wir zu meiner Oma gegangen und da hab ich da gewohnt. Drei Monate. Bis mein Vater dann die Sachen alle eingepackt hat und gesagt hat: „Ja, wir fahren jetzt nach Dortmund.“ [...] und dann wurde ich ins Auto gepackt und dann sind wir nach Dortmund gefahren. Und da waren dann diese Kinder und die Frau und die hat gesagt: „Du musst hier bleiben.“ Und dann ist mein Papa arbeiten gegangen. Und die kannte ich gar nicht. (L1\_K/ 13-jährige Tochter bei erkrankter Mutter lebend)

Du hast gesagt, zwei sind nicht da. Ja! Wer ist nicht da? Die zwei Jungs. Wer ist denn das, die zwei Jungs? Die Namen kenne ich nicht. Ach so. Und wer ist das, die

*zwei Jungs? Meine Brüder. Deine Brüder. Mhh. Wo sind die denn? Im Himmel. (A1\_K/8-jährige Tochter bei erkrankter (alleinerziehender) Mutter lebend)*

Das Familienklima wird oft im Zusammenhang mit dem Zustand des erkrankten Elternteils beschrieben und scheint stark von den Krankheitsphasen abzuhängen. Das alltägliche Leben mit der Erkrankung bringt eine erhöhte Sensibilität der Kinder für die Stimmungslage der Eltern mit sich; sie lernen Frühwarnzeichen zu erkennen und als Krankheitszeichen zu interpretieren. Oftmals wird von eskalierenden Konfliktsituationen und Aggressionsausbrüchen berichtet. Die Kommunikationskultur in den Familien lässt sich in den meisten Fällen mit „high expressed emotion“ beschreiben.

Nein, das ist dann halt schon so hysterisch aja- und manchmal solche Phasen, also...so jetzt nicht solche Phasen, sondern so nen paar Minuten, oder macht sie dann, ist sie so hysterisch und-...ja und so schnell sauer oder so. Wenn man dann nur ganz normal mit ihr reden will, dann...schreit sie schon rum oder so und fühlt sich total angegriffen. *Würdest du sagen, dass ist aufgrund der Erkrankung so? Ja, eigentlich schon. (KD2\_K1/13-jährige Tochter bei erkrankter Mutter lebend)*

Meine Mutter wird dann immer ganz traurig. Da hat sie dann immer so den Mund unten die meiste Zeit. Und redet auch nicht viel und lacht auch nicht mehr so viel. In letzter Zeit denke ich, das ist die Krankheit. Es kann aber auch sein, weil...wenn die von der Arbeit kommt, dann hat die immer so...Und wenn sie dann nicht arbeiten ist am Wochenende oder so, dann weiß ich genau, dass die Krankheit da ist. *Und wer merkt das zuerst bei euch in der Familie? Ich. Ja. [...] Na ja. Dann werde ich manchmal traurig oder enttäuscht. Aber manchmal ist es auch ganz normal, ich habe mich daran gewöhnt. (L1\_K/ 13-jährige Tochter bei erkrankter Mutter lebend)*

Außerdem kann man davon ausgehen, dass nicht nur bei den berichteten krankheitsbedingten kritischen Lebensereignissen eine Kontrollierbarkeit der Situation abhanden kommt, sondern die Kinder es in ihrem Alltag immer wieder mit unkontrollierbaren Situationen zu tun haben und die Kinder dadurch im Umgang mit ihren Eltern häufig hilflos sind. In Fällen, in denen ein gesundes Elternteil vorhanden ist, kann die Erkrankung zwar auch eine Integration in das Denken der Kinder finden; sie geben an, trotzdem eine Normalität zu leben. Allerdings kommt eine latente Angst, dass es wieder zu einer Episode und damit zu Krankenhausaufenthalten kommt, auch hier wieder zum Ausdruck:

...Ähm...ja ich weiß nicht, eigentlich ganz normal alles. *Ja? Also, bis auf Mamas Krankheit, also dass Mama dann so bisschen, also manchmal dann in der Klinik ist(..) (KD2\_K1/ 13-jährige Tochter bei erkrankter Mutter lebend)*

Bei Kindern, die bei ihrer erkrankten alleinerziehenden Mutter leben, ist die Sehnsucht nach Normalität, einem geregelten Familienalltag und festen Strukturen sehr deutlich. Meistens wird das Vorhandensein der Erkrankung und die Belastung ne-

giert oder verschwiegen. Die Kinder sind dem befremdlichen Verhalten ihrer Eltern (z. B. Reaktion auf Halluzinationen) allein ausgesetzt und einer täglichen Bedrohung oftmals so schon mangelhafter Alltagsstrukturen ausgesetzt, die sie entweder verdrängen wollen oder sie nicht erwähnen, weil sie gelernt haben, die kleine Familie vor sozialen Diensten zu „schützen“ und damit instand zu halten:

Die soll eine ganz normale Familie sein. *Was ist eine normale Familie?* Dass alle zusammen sind und abends alle zusammen essen, und – und dass man nicht sofort (...) Dass man nicht sofort von der Familie böse ist. *Sind manchmal welche sofort böse?* (Pause) *Wer ist böse?* Ne, aber ich meine das so, dass die nicht sofort böse sind, wenn jemand mal ein neues Spiel runter geholt hat, aber das nicht sofort kaputt ist, soll man nicht sofort böse sein. (A1\_K/8-jährige Tochter mit erkrankter (alleinerziehender) Mutter lebend)

#### 4.2 Bewältigungsstrategien der Kinder mit schizopren erkrankten Eltern

Orientierend an den theoretischen Grundlagen des SVF-KJ (Hampel et al., 2001) werden die Dimensionen Bagatellisieren, Ablenkung/Erholung, Resignation und Aggression als die emotionsregulierenden Bewältigungsstrategien betrachtet, wobei nur die ersten beiden als günstig beurteilt werden, während aggressives oder resignatives Verhalten als stressinduzierend und ungünstig betrachtet werden. Die instrumentellen Strategien wie Situationskontrolle, positive Selbstinstruktion und soziales Unterstützungsbedürfnis werden ebenfalls positiv konnotiert; Vermeidung und gedankliche Weiterbeschäftigung werden als ungünstig eingestuft.

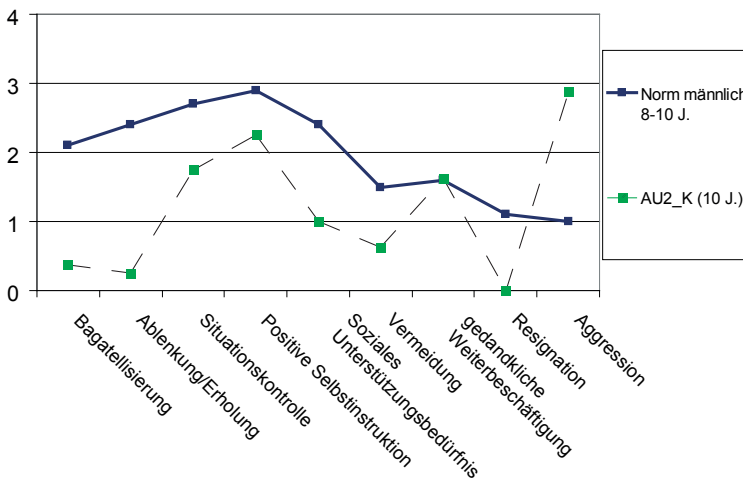
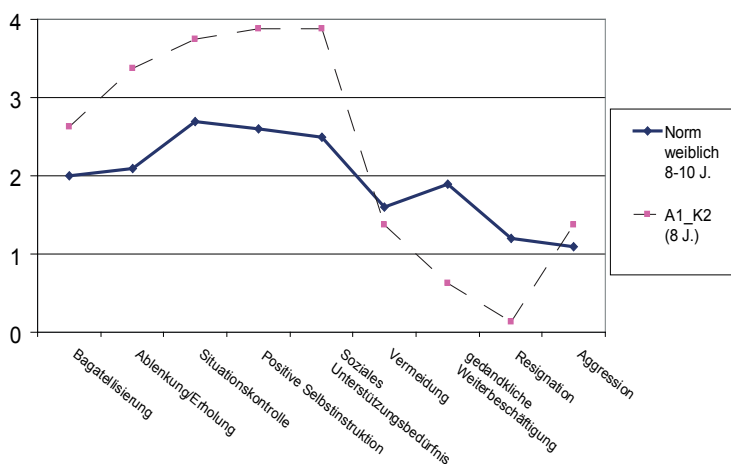
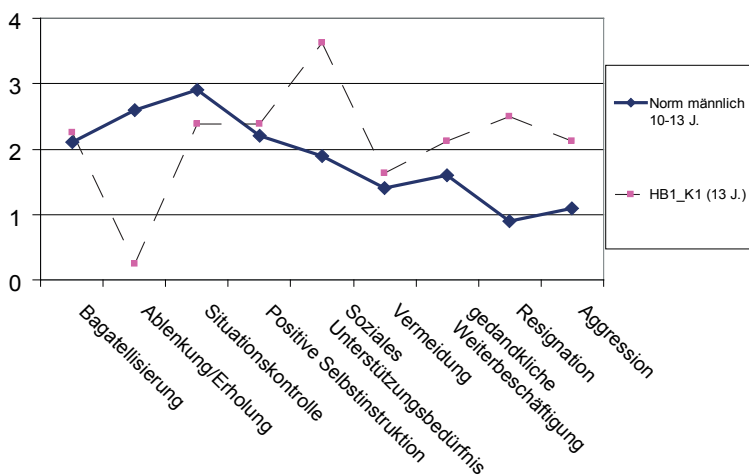


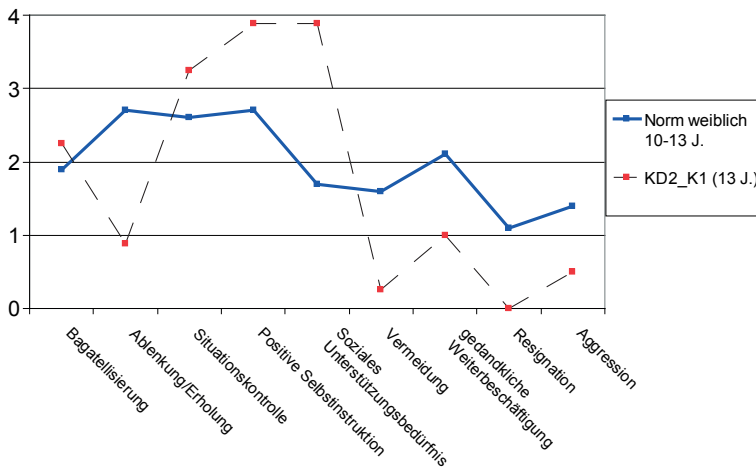
Abbildung 1: Ergebnisprofil des SVF-KJ der Untersuchungsperson AU2\_K/10-jähriger Sohn bei erkrankter (alleinerziehender) Mutter lebend, im Vergleich zum Profil der Norm (Hampel et al., 2001)



**Abbildung 2:** Ergebnisprofil des SVF-KJ der Untersuchungsperson A1\_K/8-jährige Tochter bei erkrankter (alleinerziehender) Mutter lebend, im Vergleich zum Profil der Norm (Hampel et al., 2001)



**Abbildung 3:** Ergebnisprofil des SVF-KJ der Untersuchungsperson HB1\_K1/13-jähriger Sohn bei erkrankter (alleinerziehender) Mutter lebend, im Vergleich zum Profil der Norm (Hampel et al., 2001)



**Abbildung 4:** Ergebnisprofil des SVF-KJ der Untersuchungsperson KD2\_K1/13-jährige Tochter bei erkrankter Mutter lebend, im Vergleich zum Profil der Norm (Hampel et al., 2001)

#### 4.2.1 Problemlösendes Verhalten

Die untersuchten Kinder, welche bei ihren erkrankten Eltern leben, haben zwar meistens ein sehr hohes Bedürfnis nach sozialer Unterstützung, das auch die Ergebnisse des SVF-KJ zum Ausdruck bringen (s. Abb. 2-4) und was generell als positive instrumentelle Bewältigungsstrategie in unkontrollierbaren Situationen gilt. Jedoch zeigen die Interviewausschnitte, dass sie meist nur in „neutralen Bereichen“ soziale Unterstützung wirklich in Anspruch nehmen, um Probleme wie Schulaufgaben, Haushaltsdinge etc. zu lösen, aber nicht bei Problemen, die die Erkrankung ihrer Eltern betreffen. Dafür stehen in den seltensten Fällen erwachsene Ansprechpartner zur Verfügung:

*Wann war denn das das letzte Mal, wo du jemanden um Hilfe gebeten hast?*  
 Och! Schon lange her. *Ja?* Ja. *Schaffst du alles so alleine?* (Zögerlich) Mhm. (Pause) Außer meine Hausaufgaben. Also so Schulsachen oder so. Oder so helfen oder putzen oder so. [...] Und das ist ja schon ein ganz schönes Problem [betrifft Erkrankung der Mutter]. *Hast du schon mal mit jemanden darüber geredet?* Nö. *Mit wem kannst du da drüber reden?* Mit fast gar keinem. (bedrücktes Lachen) *Nee?* Nö. *Und mit deiner Mutter?* Doch, aber (..) Die wird dann immer so komisch. (Lachen) Ja. (L1\_K/ 13-jährige Tochter bei erkrankter Mutter lebend)

Die Profile des SVF-KJ vieler Kinder stellen sich im Vergleich zur Norm zwar als überdurchschnittlich gut dar, jedoch vor dem Hintergrund der unkontrollierbaren Situationen sind gerade jene instrumentellen Strategien zu hoch ausgeprägt, die sich als ungünstig erweisen: „Situationskontrolle“ und „positive Selbstinstruktion“ (s. Abb. 2

und 4). Günstige Strategien wie „Vermeidung“ sind in diesen Kombinationen wiederum oft besonders gering ausgeprägt (Abb. 2), obwohl sie sich situationsangemessen als günstig erweisen (Klein-Heßling u. Lohaus, 2002). In den Interviews fällt ebenso die erhöhte Tendenz der Kinder schizophren erkrankter Mütter auf, auch jene Probleme allein lösen zu wollen, für die Hilfe zur Verfügung steht (vgl. Abb. 2):

Da haben Andrea und ich uns gestritten. *Ahh, wie ist das ausgegangen?* Schlecht. Also Andrea hat mich in der großen Pause getreten und dann hat sie ihren Bruder als Schutz genommen, Drittklässler, und ähm Mohamed ähm, und Mohamed ähm (..) die wollten mir helfen, aber das wollte ich nicht, aber ich wollte einfach alles allein klären. (A1\_K/8-jährige Tochter bei erkrankter (allein-erziehender) Mutter lebend)

Anzeichen auf Parentifizierung der Kinder sind in Bereichen zu erkennen, in denen eine hohe Verantwortungsübernahme durch die Kinder erfolgt. Dabei erfolgt eine Überforderung v. a. bei der Einbeziehung der Kinder in individuelle Probleme der Eltern oder Partner, so dass die Trennung zwischen Kinder- und Elternebene im Familiensystem aufgehoben wird:

*Wann fragst dich deine Mutter um Hilfe?* Ähm wenn die viel zu tun hat und die das nicht schafft, dann fragt die mich manchmal..., wenn sie traurig ist. *Warum ist deine Mutter manchmal traurig?* Mhm, weil sie viel arbeiten muss. Die geht nicht so gerne arbeiten. Und weil sie manchmal auch denkt, dass der Christian sie im Stich lässt so wie mein Vater. *Und was sagst du ihr dann?* (Pause) Was soll ich da schon...? Dass das halt nicht so ist. Dass er sie nicht im Stich lässt. Und so. *Wie ist denn dann das Gefühl so, wenn deine Mutter dich das fragt?* Komisch. *Ja?* Mhm. *Willst du das denn, dass dich deine Mutter solche Sachen fragt?* (Lachen) Na ja, das finde ich irgendwie ein bisschen komisch. (L1\_K/ 13-jährige Tochter bei erkrankter Mutter lebend)

#### 4.2.2 Emotionsregulation

Findet sich bei den untersuchten Kindern eine geringe Ausprägung auf den Dimensionen der positiven Emotionsregulation („Bagatellisierung“, „Ablenkung/Erholung“), dann erfolgt die Emotionsregulation oft über aggressives Verhalten (vgl. Abb. 1 und 3), das sich auch in den Erzählungen der jeweiligen Kinder bestätigen lässt:

*Und wie reagierst du dann, wenn sie schreit?* Dann motze ich die [Lehrerin] voll. *Du motzt die voll?* (Schmunzelnd) Ja. *Wie machst du das?* Heute haben wir Diktat geschrieben... Also so: „Mich kotzt das an, dass Sie immer so schreien.“ Hab ich zu der Lehrerin gesagt. (AU2\_K/10-jähriger Sohn bei erkrankter (allein-erziehenden) Mutter lebend)

Anders ist es bei den Kindern, die in Familien mit gesunden Elternteilen leben. Hier sind die Bewältigungsstrategien unauffällig und der Norm entsprechend, sie verfügen über

ein gesundes Maß an geeigneter Emotionsregulation, sowie ihrerseits eine normale Ausprägung auf den problemzentrierten Bewältigungsdimensionen. Die Situationsangemessenheit der Bewältigung ist hier meist gegeben (Angemessenheit der Vermeidung):

[Thema: Streitsituation mit älteren Jungs] *Und du bist dann mehr so der Typ, der weggeht? Ja, dann- dann gehe ich einfach weg. (A2\_K/ 9-jähriger Sohn eines erkrankten Vaters, bei gesunder Mutter lebend)*

Andererseits liegen bei den Kindern, die bei alleinerziehenden erkrankten Müttern leben und sehr hohe Ausprägungen der Skalen des instrumentellen Copings haben, auch oft gute emotionale Regulationsstrategien („Bagatellisierung“, „Ablenkung/Erholung“) vor, die die Kinder befähigen, sich abzulenken oder problemlösend vorzugehen (vgl. Abb.2):

*Was machst du denn, wenn es zu Hause ganz doof ist? Ich gehe in mein Zimmer. Du gehst in dein Zimmer? Ja. Machst die Tür zu? Ja. Oder du lässt sie offen? Zu. Und dann, was tut ihr dann? Hüpf ich auf mein Bett rum. Spiele. Mach mal ÄTSCHE. (laut). Und dann ist es wieder gut. (A1\_K/8-jährige Tochter bei erkrankter (alleinerziehender) Mutter lebend)*

Bei den meisten Kindern zeigt sich ein sehr hoher Bedarf an sozialer Unterstützung. In den Interviews wird deutlich, dass diese Unterstützung vor allem der Emotionsregulierung dienen soll. Allerdings ist nur in seltenen Fällen jemand verfügbar, der den Redebedarf über die Erkrankung decken kann. Die Kinder suchen das Gespräch aufgrund vieler Vorbehalte und Ängste (vor Stigmatisierung, aufgrund von Tabuisierung etc.) nicht selbständig. Wenn sie aber jemanden haben, der die Problematik ihrer Familie kennt und mit dem sie auch die Krankheit besprechen können, empfinden es als große Erleichterung:

*Und gibt es Freunde, mit denen du darüber reden könntest? Ja. Mit wem würdest du darüber reden, wenn du wolltest? Mit Esther. Den Rest nicht. Versteht die Esther das? Ja. Und wen gibt's da noch so aus der Familie? Ja, meiner Oma könnte ich das auch erzählen. Die hört mir da zu und dann sagt die dann dazu so etwas, wie sie das findet und so. Und (..) Ja, tröstet sie dich? Wie kann sie dich trösten? In den Arm nehmen. (Lachen) (L1\_K/13-jährige Tochter bei erkrankter Mutter lebend)*

Vor allem Kinder, die bei alleinerziehenden kranken Eltern leben, sind oft sehr wenig oder schlecht über die Erkrankung aufgeklärt. Sie erkennen die Erkrankung nicht als Belastung oder können sie nicht als solche akzeptieren. Sie berichten von einer Vermeidung des Nachdenkens über die Erkrankung bzw. zeigen auch in den Interviews eine deutliche Abwehr (vgl. Abb. 3):

*Würdest du gerne mehr wissen darüber? Mm (verneinend). Ist das ausreichend, was du weißt? Also über so was denke ich halt noch nicht nach. (HB1\_K1/13-jähriger Sohn bei erkrankter (alleinerziehender) Mutter lebend)*



Der Informationsstand über die Erkrankung hängt sehr davon ab, ob gesunde Eltern in der Familie leben und wie offen mit der Erkrankung umgegangen wird. Es stellt sich heraus, dass die erkrankten Eltern selbst ihre eigene Erkrankung den Kindern oft nicht so gut erklären wie gesunde Angehörige oder professionelle Helfer und viele Kinder falsche oder unzureichende Aufklärung erfahren.

*Woran kannst du dich erinnern? An nichts. Ich habe es nur gehört. Du weißt nur, dass sie nicht da war? Ja. Weißt du warum? Ja, weil sie, glaube ich, psychisch erkrankt war (leise und langsam). Hat dir das mal jemand erzählt? Weiß ich nicht (leise). Wer hat dir das erzählt, dass sie psychisch erkrankt ist? Meine Mutter. (HB1\_K2/9-jähriger Sohn bei erkrankter (alleinerziehender) Mutter lebend)*

[auf die Frage, weshalb die Mutter im Krankenhaus war] Weil sie...erstens hatte sie mir gesagt, sie hätte Bauchweh, aber da hatte sie Zucker. Ähm...und sie war und ist ganz krank immer. (B14\_K/8-jährige Tochter getrennt von erkrankter Mutter lebend)

Erfolgt eine altersadäquate Aufklärung, werden auch der Umgang mit der Krankheit und die Bewältigung der krankheitsbedingten Belastungen als leichter empfunden.

Ja, das weiß ich ja jetzt ein bisschen schon von Papa her. *Wann hat er dir das erzählt?* Mhm, jetzt äh also bei dem letzten Mal, als Mama eingeliefert wurde. Dann hat Papa irgendwie geredet, weil der war da gerade auf ner, halt mit der Arbeit ist er weg gefahren in den Skiurlaub und dann musste er wieder kommen. Und dann mhm hab ich halt (...) und so ja dann hat er mir das gesagt und dann hat er mir das auch erklärt. Also vorher schon, aber...dann hab ich das halt so richtig, also...dann haben wir es halt so richtig geklärt, so. Richtig, richtig. (KD2\_K1/13-jährige Tochter mit erkrankter Mutter lebend)

Es berichten vor allem die Kinder von einem guten emotionalen Wohlbefinden, die in Haushalten leben, in denen auch ein gesundes Elternteil wohnt, oder die nicht unmittelbar mit ihren erkrankten Eltern leben. Besonders belastet erscheinen Kinder, die mit ihren alleinerziehenden erkrankten Eltern zusammenwohnen. Bei Ihnen zeigt sich, dass es ihnen auch aufgrund von ungeeigneten Bewältigungsmechanismen (vgl. Abb. 2: geringe Ablenkung/Erholung; erhöhte gedankliche Weiterbeschäftigung, hohe Resignations- und Aggressionswerte und sehr hohes Bedürfnis nach sozialer Unterstützung) schwer fällt, ihre Lebenssituation erfolgreich zu bewältigen (vgl. Abb. 3):

Na, ich weiß nicht. So richtige Höhen gab es in meinem Leben bisher nicht so. *Also so ganz glückliche Zeiten gab es nicht, meinst du.* Ja, schon. Aber ich würde jetzt nicht sagen, dass es so richtig glücklich war. Also, ich war schon glücklich, aber ich hatte es bis jetzt schon schwer. *Ja? So gesamt, dein Leben ist nicht so glücklich verlaufen, findest du.* Nein, eigentlich nicht so. Mhm. Na, ja. Na. So schlimm eigentlich jetzt auch wieder so nicht. Aber, na ja, es ist schwer bis jetzt gewesen. (HB1\_K1/13-jähriger Sohn mit erkrankter (alleinerziehenden) Mutter lebend)

Werden die Kinder nach ihren Wünschen gefragt, so wünschen sich Kinder, deren Eltern getrennt sind, meistens einen engeren Kontakt zu ihren gesunden Elternteilen. Fast alle Kinder wünschen sich viel Geld, bessere Noten in der Schule und dass ihre Familie gesund sei. Wenige Kinder geben an, dass sie wollen, dass die Krankheit ihrer Eltern verschwindet. Einprägsam sind Wünsche, die sich auf die eigene Kompetenz beziehen, ihre Situation besser zu bewältigen, besonders wenn es sich um Kinder handelt, die große Schwierigkeiten haben, mit den Alltagsbelastungen umzugehen (vgl. Abb. 1) und die sich eine höhere Selbstwirksamkeit und vermehrten Schutz zu wünschen scheinen:

Mein größter Wunsch wäre ganz viel Geld zu haben. Alles Geld der Welt zu haben. *Du hast drei Wünsche.* Oh!! Ein ... (...) ... ähm ... der stärkste Mann der Welt zu sein. Und der dritte Wunsch wäre, ein Tier zu sein. Also der zweite Wunsch nicht mehr so. Ein Tier würde ich sein und ich würde alles Spielzeug der Welt haben. *Aber welches Tier möchtest du gerne sein?* Fisch. *Ein Fisch. Warum?* Suma-Fisch. Dieser...dieser...dieser Fisch mit den ganz langen Flossen. Dieser Suma-Fisch. Also Kampffisch. *Mhm, mhm. (Verstehend) Und warum möchtest du kämpfen können?* Also das ist so ein Kampffisch, der kann so kämpfen und so. Und so ... *Und gegen wen möchtest du dann kämpfen?* Gegen andere Fische, die mich angreifen. Zur Selbstverteidigung. ... ich wünsche mir noch ... ich hätte ... ich hätte das größte Hirn der Welt, dass ich alles weiß. (AU2\_K/ 10-jähriger Sohn bei erkrankter (alleinerziehender) Mutter lebend)

Kinder, die keine Gelegenheit haben, mit Erwachsenen über die Erkrankung zu sprechen, wünschen sich oft eine Person ihres Vertrauens, die sie ziemlich gut beschreiben können:

So alt wie ich. Bisschen älter. *Wo müsste der wohnen?* Nicht so weit weg. *Und zu dem würdest du ab und zu gern mal gehen, wenn dir so danach ist?* Mhm. (Bestätigend) *In welchen Situationen?* Wenn ich traurig bin. Wenn ich mal jemanden zum Reden brauche. *Und der würde dann einfach da sein und jederzeit kannst du dahin?* Mhm. (Bestätigend) *Und was würde der dann machen?* Mich trösten. Keine Ahnung! Mit mir darüber reden. *Und wo müsste der dann stehen in deinem Kreissystem [begleitende Arbeit mit Netzwerkkarte (Lenz, 2005)]?* Mhm. Ich schätze mal ganz nah eigentlich. Ganz nah. Weil man dann alles erzählen kann und der zuhört und der nichts weiter erzählt. (L1\_K/13-jährige Tochter bei erkrankter Mutter lebend)

## 5 Diskussion

Wie bei den meisten Studien zu Schizophrenieerkrankten und ihren Kindern hat sich auch hier die Rekrutierung einer ausreichenden Anzahl von Versuchsteilnehmern als eine der größten Schwierigkeiten herausgestellt, so dass dem Anspruch der Repräsentativität nicht gerecht werden konnte. Zahlreiche behindernde Faktoren treffen bei der untersuchten Population aufeinander (vgl. Langegger, 2005; Sollberger, 2002; Könnecke

et al., 2006) und erschweren damit den Zugang zu Kindern dieser Altersgruppe. Patienten mit Schizophrenie haben generell weniger Kinder (ca. 37 %) als andere psychiatrische Patienten, wobei Frauen doppelt so häufig Kinder haben wie Männer (Bassett et al., 1996), was die stark ungleiche Geschlechterverteilung der Eltern erklärt. Es wurden vorwiegend Kinder erreicht, deren Familien noch relativ intakt sind, d. h. Kinder, die mit mindestens einem Elternteil noch zusammenleben. Die kooperierenden Einrichtungen sprachen in der Regel vermehrt jene Patienten an, die in stabilen Verhältnissen leben und mit denen sich eine Zusammenarbeit als unproblematisch gestaltete. Familien, die in prekären Lagen sind, bei denen eine Krankheitseinsicht nicht vorhanden ist und bei denen die vermittelnden Instanzen vermuteten, dass sie durch die Befragung destabilisiert würden, wurden meist nicht angesprochen. Somit handelt es sich um eine hoch selektive Stichprobe, die günstigere Familienkonstellationen beinhaltet als in der Realität zu erwarten sind. Bei dem Krankheitsbild der Schizophrenie kommen außerdem noch eine Tendenz zu paranoidem Denken und eine vermehrte Vorsicht bei der Kommunikation der Erkrankung nach außen zum Tragen. Oft haben die Eltern, bestärkt durch die mediale Stigmatisierung der Schizophrenie und die verbreitete stereotype Annahme eines kriminellen Potenzials der Erkrankten, starke Vorbehalte gegenüber Befragungen.

Bei der Wahl des Methodendesigns der Triangulation (Flick, 2004) waren übereinstimmende Befunde aus den Fragebögen und den Interviews nicht zu erwarten (Lamnek, 2005). Vielmehr wurde eine Konvergenz im Sinne von Komplementarität erreicht (Flick, 2004), so dass die Ergebnisse aus den verschiedenen Methoden sich ergänzen und zu einer Vertiefung, Detaillierung und erweiternden Erklärung beitragen (Flick et al., 2007). Somit wurde es möglich, einen differenzierten Einblick in die subjektive Sicht der Kinder zu dem Forschungsgegenstand zu gewinnen (Bortz, 2006).

Natürlich ist davon auszugehen, dass sich der Einfluss der Schizophrenie-Erkrankung der Eltern auf das alltägliche Familienleben und die Kinder in Abhängigkeit von Chronizität und Verlauf, Phasen und Schweregrad der psychiatrischen Erkrankung gestaltet. Erste Anzeichen der Schizophrenie sind meist sehr diskret und werden von den Familienmitgliedern noch nicht als pathologisch erlebt. Später dann bekommen der familiäre Alltag, die Kindererziehung und Pflege einen geringeren Stellenwert für die erkrankten Eltern – existentielle Bedürfnisse der Kinder werden nicht mehr befriedigt. Auch die Aufmerksamkeit, die das Kind einfordert, wird vernachlässigt oder auf spätere Zeitpunkte verschoben (Pretis u. Dimova, 2004). Die Tatsache, dass Kinder oft mit dem betroffenen Elternteil allein leben, ist nicht selten der Symptomatik der Erkrankung geschuldet. Trotzdem es verschiedene Faktoren gibt, die hier den Grad der Belastung bestimmen, ist bei allen Kindern eine Beeinträchtigung durch die Erkrankung der Eltern zu erkennen, besonders wenn die Kinder mit ihnen zusammenleben oder in engem Kontakt zu ihnen stehen. Es kann eine spezifische Belastung der betroffenen Kinder angenommen werden, die sich von den Belastungen der Kinder psychisch kranker Eltern (Lenz, 2005) im Allgemeinen unterscheidet. Gründe sind der Wirklichkeitsverlust in den psychotischen Episoden und intensive temporäre Veränderungen der Persönlichkeit durch die Negativ- und

Positivsymptomatik der Erkrankung. In vorliegender Untersuchung, die sich weniger mit den psychischen Beeinträchtigungen und Auffälligkeiten als mit dem Belastungserleben und der Bewältigung der Kinder auseinandersetzt, wird deutlich, dass es sich bei dem Aufwachsen mit einem schizophren erkrankten Elternteil generell um ein kritisches Lebensereignis in der Erlebenswelt der Kinder handelt.

In den meisten der untersuchten Familien verändert sich in Folge der Erkrankung grundlegend die bestehende Familienstruktur und bedeuten die Episoden einen dramatischen Eingriff in das Meso- und Mikrosystem der Kinder. Dies geschieht besonders in der Prodromalphase der ersten schizophrenen Episode, in der oft weder eine Krankheit diagnostiziert wird, noch eine Krankheitseinsicht erfolgt oder eine Therapie begonnen wird und damit eine Destabilisierung der bestehenden Strukturen unkontrollierbar voranschreiten kann. Die Kinder erleben vor allem in Phasen der akuten Episoden eine hohe Verunsicherung, Angst, Überforderung, Unruhe, Ratlosigkeit und Verzweiflung. Das Verhalten der Eltern und die Folgen davon führen zu einer wahrgenommenen Unkontrollierbarkeit der Situation. Krankheitsspezifische Belastungen für die Kinder ergeben sich aus abrupten, immer wiederkehrenden Krankenhausaufenthalten mit vorangehenden – manchmal traumatisierenden – Erlebnissen durch die Krisen der Eltern. Die Trennung von den Eltern und Interimslösungen bei der Unterbringung lösen weitere Destabilisierungen der Kinder aus. Die meist zerrütteten Familienstrukturen, die vermehrt die Konstellation „alleinerziehende Mütter mit Kindern“ bilden, zeigen einen Familienalltag, der sich durch mangelnde Regelmäßigkeiten, erhöhte Verantwortungsbürde durch die Kinder und eine teilweise strittige und emotional instabile Kommunikationskultur („high expressed emotion“) auszeichnet. Auch in ihrem Alltag erleben die Kinder somit oft Situationen, die sich als unkontrollierbar erweisen und in denen sie in ihrem Alter hoch verunsichert werden. Die Wahrnehmung der Instabilität führt bei den Kindern zu einem besonderen Copingverhalten, das auf den ersten Blick als sehr vorteilhaft betrachtet werden kann, aber grundlegend zu einer Überforderung führt, deren Folgen sich wohl erst in späteren Jahren bemerkbar machen (Winnicott, 1978). Oft negieren sie den belastenden Einfluss, den die Erkrankung auf ihr Wohlbefinden hat oder sie idealisieren ihre Situation und bagatellisieren, was als ein Versuch verstanden werden kann, die Integrität der Familie und sich selbst vor einer Betrachtung der Realität zu schützen. Schon im Alter zwischen 8 und 13 zeigen sich bei diesen Kindern deutliche Tendenzen zu überhöhter Situationskontrolle und problemlösendem Verhalten, das sich auch in Situationen erstreckt, in denen sie Verantwortung abgeben und sich auf Strategien wie Vermeidung, Ablenkung und Annahme sozialer Unterstützung zurückziehen sollten. Die überdurchschnittlich starke Ausprägung auf den instrumentellen Dimensionen verspricht nur augenscheinlich eine erfolgreiche Bewältigung der Situation. Diese Anfänge der erkennbaren Parentifizierung können sich im Jugendalter noch verfestigen. Meist sind es die speziellen o. g. Bedingungen, die Kinder dazu veranlassen, diese Strategien in ihrer Not zu ergreifen. In Krisen sind sie bei alleinerziehenden Müttern auf sich selbst gestellt und können nicht auf gesunde Erwachsene als Ansprechpartner und Helfer in ihrem Mesosystem zählen. Selten stehen ihnen außerhalb der Familie Ver-

trauenspersonen zur Verfügung oder wagen sie, diese anzusprechen aus Angst, sich ihre Notlage eingestehen zu müssen oder vor Konsequenzen durch Sozialdienste/Jugendamt. Die Emotionsregulation der Kinder tendiert dann in Richtung aggressives Verhalten, wenn eine Entlastung in Form von Bagatellisierung und Ablenkung oder eine palliative Bewältigung unter Zuhilfenahme von sozialer Unterstützung in Form von Gesprächen, Trösten etc. nicht gelingen. Zwar ist die Bedürftigkeit nach sozialer Unterstützung bei allen Kindern mittels des SVF-KJ (Hampel et al., 2001) festzustellen. Der Test misst aber die erwartete soziale Unterstützung, die eine wichtige personale Ressource und damit Voraussetzung für die Inanspruchnahme der sozialen Unterstützung darstellt, gibt jedoch keine Auskunft über die tatsächliche Inanspruchnahme. Hier zeigen die Interviews, dass es real weniger zu aktiver Inanspruchnahme von Hilfe kommt, vermutlich weil die Kinder Barrieren überschreiten müssen oder keine geeigneten, sachverständigen und beratenden Erwachsenen zur Verfügung stehen. Welche Qualitäten die helfende Person besitzen sollte, können Kinder mit Bedarf meist gut formulieren. Einige der Kinder scheinen sich der Begrenztheit ihrer Bewältigungsmöglichkeiten bewusst zu sein und wünschen sich indirekt eine Förderung der Kompetenzen.

## **6 Konsequenzen für die Praxis**

Es sollte in jedem Fall unter Zuhilfenahme psychologischer Testverfahren und Gespräche geprüft werden, über welche Copingstrategien die Kinder verfügen (Lenz, 2008) und jene gefördert werden, die situationsangemessen zu einer erfolgreichen Bewältigung führen und die Kinder vor vermehrter Verantwortungsübernahme bewahren und sie entlasten. Emotionsregulierende Stressbewältigungs- und Therapieprogramme für Kinder enthalten Materialien und Anregungen, um mit Kindern situationsangemessene Copingstrategien gezielt einzuüben (Klein-Heßling, 1997). Um bestehende Ressourcen der Kinder zu erkennen und zu fördern und gezielt an Problemfeldern arbeiten zu können, empfiehlt es sich, die Lebenszufriedenheit zu explorieren (Mattejat u. Remschmidt, 2006) sowie Netzwerkzeichnungen und Netzwerkkarten anzuwenden (Lenz, 2005; Lenz, 2008). Die Netzwerkkonferenz stellt eine hilfreiche Strategie dar, gemeinsam mit der ganzen Familie, Bezugspersonen und anderen wichtigen Personen aus dem sozialen Umfeld emotionale und instrumentelle Unterstützungspotenziale wie z. B. Patenschaften im sozialen Netzwerk zu aktivieren (Lenz, 2008). Die Erstellung eines Krisenplans (Homeier, 2006/2007) fördert die Selbstwirksamkeit des Kindes und der Eltern und macht durch verbindliche Absprachen eine Krisensituation für alle Beteiligten kontrollierbarer. Auch durch altersadäquate und fachlich fundierte Information über die Erkrankung kann die Kontrollierbarkeit der Situationen gesteigert und damit Unsicherheit und Hilflosigkeit der Kinder minimiert werden. Darüber hinaus sollte den Familien professionelle Unterstützung wie z. B. eine engmaschige Familienberatung, altersadäquate Krankheitsaufklärung für die Kinder, Gruppen für Eltern und Kinder sowie sozialpädagogische Familienhilfe angeboten werden. Vor-

aussetzung dafür ist eine funktionale Kooperation zwischen Erwachsenenpsychiatrie bzw. dem Gesundheitssystem und der Jugendhilfe (vgl. Lenz, 2005).

## Literatur

- Anthony, E. J. (Hrsg.) (1987). *The invulnerable child* (The Guilford psychiatry series). New York: Guilford Press.
- Bassett, A. S., Bury, A., Hodgkinson, K. A., Honer, W. G. (1996). Reproductive fitness in familial schizophrenia. *Schizophrenia research*, 21, 151-160.
- Beck, N., Cäsar, S., Leonhardt, B. (2007). *Training sozialer Fertigkeiten von Kindern im Alter von 8 bis 12 Jahren. TSF (8-12) (2. Aufl.)*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Beyer, A., Lohaus, A. (2007). Konzepte zur Stressentstehung und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter. In I. Seiffge-Krenke, A. Lohaus (Hrsg.), *Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter (11-27)*. Göttingen: Hogrefe.
- Bleuler, M. (1974). The offspring of schizophrenics. *Schizophrenia bulletin*, 8, 93-107.
- Bortz, J. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Dunn, B. (1993). Growing up with a psychiatric mother. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 177-189.
- Flick, U. (2004). *Triangulation. Eine Einführung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwiss.
- Flick, U., Kardorff, E. von, Steinke, I. (2007). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch (5. Aufl.)*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Hampel, P., Petermann, F., Dickow, B. (2001). *Stressverarbeitungsfragebogen von Janke und Erdmann, angepasst für Kinder und Jugendliche. SVF-KJ*. Göttingen: Hogrefe.
- Homeier, S. (2006/2007). *Sonnige Traurigtage (2. Aufl.)*. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Klein-Heßling, J., Lohaus, A. (2002). Zur situationalen Angemessenheit der Bewältigung von Alltagsbelastungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 11, 29-37.
- Klein-Heßling, J. (1997). *Stressbewältigungstrainings für Kinder. Eine Evaluation*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Könnecke, R., Wening, U., Ropeter, D., Heiden, W. an der, Maurer, K., Häfner, H. (2006). Sozialer Entwicklungsstand und subjektiver Belastungserleben bei Nachkommen Schizophrenen. *Psychiatrische Praxis*, 33, 269-276.
- Kuckartz, U., Grunenberg, H., Dresing, T. (Hrsg.) (2007). *Qualitative Datenanalyse computergestützt. Methodische Hintergründe und Beispiele aus der Forschungspraxis (2., überarb. und erw. Aufl.)*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwiss.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Langegger, F. (2005). High-Risk-Kinder für Schizophrenie – eine Übersicht. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 156, 285.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaption*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S., Folman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Oxford University Press.
- 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.



- Mattejat, F., Remschmidt, H. (2006). ILK Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe.
- Mayring, P. (2007). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (9. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mowbray, C. T., Bybee, D., Oyserman, D., MacFarlane, P., Bowersox, N. (2006). Psychosocial outcomes for adult children of parents with severe mental illnesses: Demographic and clinical history predictors. *Health and Social Work*, 31, 99-108.
- Noh, S., Turner, R. J. (1987). Living with psychiatric patients: implications for the mental health of family members. *Social Science and Medicine*, 25, 263-702.
- Perrez, M., Berger, R., Wilhelm, P. (1998). Die Erfassung von Belastungserleben und Belastungsverarbeitung in der Familie. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 45, 19-35.
- Pretis, M., Dimova, A. (2004). Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern. München: Reinhardt.
- Roth, S., Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *The American psychologist*, 41, 813-819.
- Sameroff, A., Seifer, R., Zax, M., Barocas, R. (1987). Early indicators of developmental risk: Rochester Longitudinal Study. *Schizophrenia bulletin*, 13, 383-394.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). Stress, coping, and realtionships in adolescence. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Seiffge-Krenke, I., Irmer, J. von (2007). Zur Situationsabhängigkeit von Bewältigung. In I. Seiffge-Krenke, A. Lohaus (Hrsg.), *Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter* (69-80). Göttingen: Hogrefe.
- Shachnow, J. (1987). Preventive intervention with children of hospitalized psychiatric patients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 66-77.
- Sollberger, D. (2002). Kinder psychosekranker Eltern. *Psychiatrische Praxis*, 29, 119-124.
- Sollberger, D., Byland, M., Widmer, G. (2008). Erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern. Belastungen, Bewältigung und biografische Identität. In A. Lenz, J. Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte* (S. 157-194). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Stelling, K., Habers, I., Jungbauer, J. (2008). Zwischen Verantwortungsübernahme und Autonomieentwicklung: Jugendliche mit einem psychisch kranken Elternteil. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 757-773.
- Tienari, P., Sorri, A., Lahti, I., Naarala, M., Wahlberg, K. E., Moring, J., Pohjola, J., Wynne, L. C. (1987). Genetic and psychosocial factors in schizophrenia: the Finnish Adoptive Family Study. *Schizophrenia bulletin*, 13, 477-484.
- Winnicott, D. W. (1978). Familie und individuelle Entwicklung. The family and individual development. München: Kindler.

### Korrespondenzanschriften:

Dipl.-Psych. Juliane Kuhn, Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, Leostraße 19, 33098 Paderborn; E-Mail: j.kuhn@kfhnw.de  
 Prof. Dr. Albert Lenz, Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, Leostraße 19, 33098 Paderborn; E-Mail: a.lenz@kfhnw.de