

# **Sozialer Entwicklungsstand und subjektives Belastungserleben bei Kindern schizophrener PatientInnen<sup>1</sup>**

Regina Könnecke, Daniel Ropeter, Ursula Wening, Heinz Häfner

## **1. Einleitung**

Kinder eines schizophrenen Elternteils haben ein Risiko von 10-15% selbst an Schizophrenie zu erkranken (Riley et al. 2003; Propping 1989; Gottesman & Shields 1982). Die Entwicklung dieser Kinder ist darüber hinaus häufig durch reduzierte Zuwendungs- und Erziehungskapazität einer oder beider Eltern belastet (Remschmidt & Mattejat 1994). Die Abwesenheit des erkrankten Elternteils etwa aufgrund von Krankenhausaufenthalten und die Behinderung bei der Erfüllung familiärer und Haushaltsaufgaben zählen dabei zu den direkten Auswirkungen der Erkrankung, die sich von den eher indirekten Wirkungen (Instabilität der ehelichen Beziehung, Ehescheidung) auf die Kinder unterscheiden lassen (Mattejat 1998). Die einzelnen ungünstigen Faktoren interagieren häufig miteinander und haben in vielen Fällen ein insgesamt ungünstiges Erziehungsmilieu für die betroffenen Kinder zur Folge (Mattejat & Lisofsky 1998; Wagenblass & Schone 2001; Schone & Wagenblass 2002; Mattejat 2001). Studien zu den Auswirkungen der Schizophrenie eines Elternteils auf die Nachkommen befassen sich überwiegend mit dem genetisch erhöhten Erkrankungsrisiko der Kinder, ohne die übrigen Folgen und die jeweils wirksamen Faktoren im Detail zu beschreiben. Hierzu zählen High-Risk Studien, in denen Kinder mit einem oder zwei schizophren erkrankten Elternteil/en und/oder weiteren erkrankten Angehörigen prospektiv untersucht und mit geeigneten Kontrollen verglichen werden, um auf diese Weise Entwicklungsauffälligkeiten und Erkrankungsrisiken der Kinder zu einem möglichst frühen Zeitpunkt identifizieren zu können. So zeigten Johnstone et al. (2000) in der Edinburgh-High Risk Study, daß Kinder mit einem hohen genetischen Schizophrenie-Risiko (mind. 2 schizophren erkrankte enge Angehörige) nicht nur selbst häufiger an Schizophrenie erkranken, sondern auch generell mehr psychische Probleme und häufigere Kontakte mit sozialen Diensten

---

<sup>1</sup> Das diesem Bericht zugrundeliegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 01ER9801/2 gefördert.

aufweisen und einen niedrigeren Ausbildungs- und Einkommensstand erreichen als Kontrollpersonen. Niemi et al. (2003) berichteten in ihrem Review über High-Risk-Studien von Verzögerungen der motorischen und neurologischen Entwicklung, Aufmerksamkeitsdefiziten sowie Problemen des Kurzzeitgedächtnisses, wobei die Instabilität der frühen Lebensumwelt der Kinder einen negativen Einfluß ausübte. Caton et al. (1998) stellten in einer Studie von sozial stark benachteiligten Schizophrenen fest, daß nur 8 Prozent von 39 untersuchten Kindern keine Veränderungen der kindlichen Lebenssituation erlebten, wobei die Kinder im Mittel in 3 unterschiedlichen Lebensumwelten aufwuchsen. Kinder schizophrener Mütter werden mit großer Wahrscheinlichkeit von einer anderen Person als der leiblichen Mutter erzogen (Miller & Finnerty 1996). Familien mit einem psychisch kranken Elternteil unternehmen jedoch auch oft Anstrengungen, die krankheitsbedingten Defizite soweit wie möglich zu kompensieren, was bedeutet, daß auch risikomindernde Faktoren ins Spiel kommen. So können positive Eltern-Kind-Beziehungen als protektiver Faktor gewertet werden, wie Schiffman et al. (2002) im Rahmen der Copenhagen High-Risk Study (s.d.a. Carter et al. 2002; Burman et al. 1987) beschreiben. Auch die finnische Adoptionsstudie gibt dazu wichtige Hinweise, da sie den Einfluß eines positiven Familienklimas auf eine verminderte Erkrankungshäufigkeit von Kindern mit genetisch erhöhtem Risiko nachweist (Tienari et al. 2003; Tienari et al. 2004; Wahlberg et al. 1997). Günstige familiäre Entwicklungsbedingungen wirken sich protektiv, ungünstige möglicherweise Risiko erhöhend aus.

Die Kinder selbst sind jedoch nicht nur passiv den krankheitsbedingten Defiziten ihrer Eltern ausgesetzt, sondern unternehmen oft Anstrengungen zur Kompensation von Mängeln und zur Bewältigung ihrer Probleme, eine Leistung, die schon von Manfred Bleuler (1972) als besonders bemerkenswert hervorgehoben wurde (s.d.a. Sollberger 2000). Neben der genauen Identifizierung belastender und schützender Faktoren sind das subjektive Erleben des Kindes und seine Bewältigungsstrategien von Bedeutung (Sollberger 2002). Eine Beschreibung subjektiv erlebter Belastungsfaktoren findet sich in der Studie von Valiakalyail et al. (2002), die 13 Jugendliche mit mindestens einem schizophren erkrankten Elternteil interviewten und berichten, daß besonders die Übernahme von Haushaltspflichten und Verantwortung für den erkrankten Elternteil als Belastung erlebt wird.

Wir haben in der „Mannheimer Risikokinderstudie“ Kinder mit einem schizophren erkrankten Elternteil aus einer bei Erstaufnahme und im Verlauf von 12 Jahren untersuchten bevölkerungsbezogenen Stichprobe erster schizophrener Krankheitsepisoden befragt (Häfner &

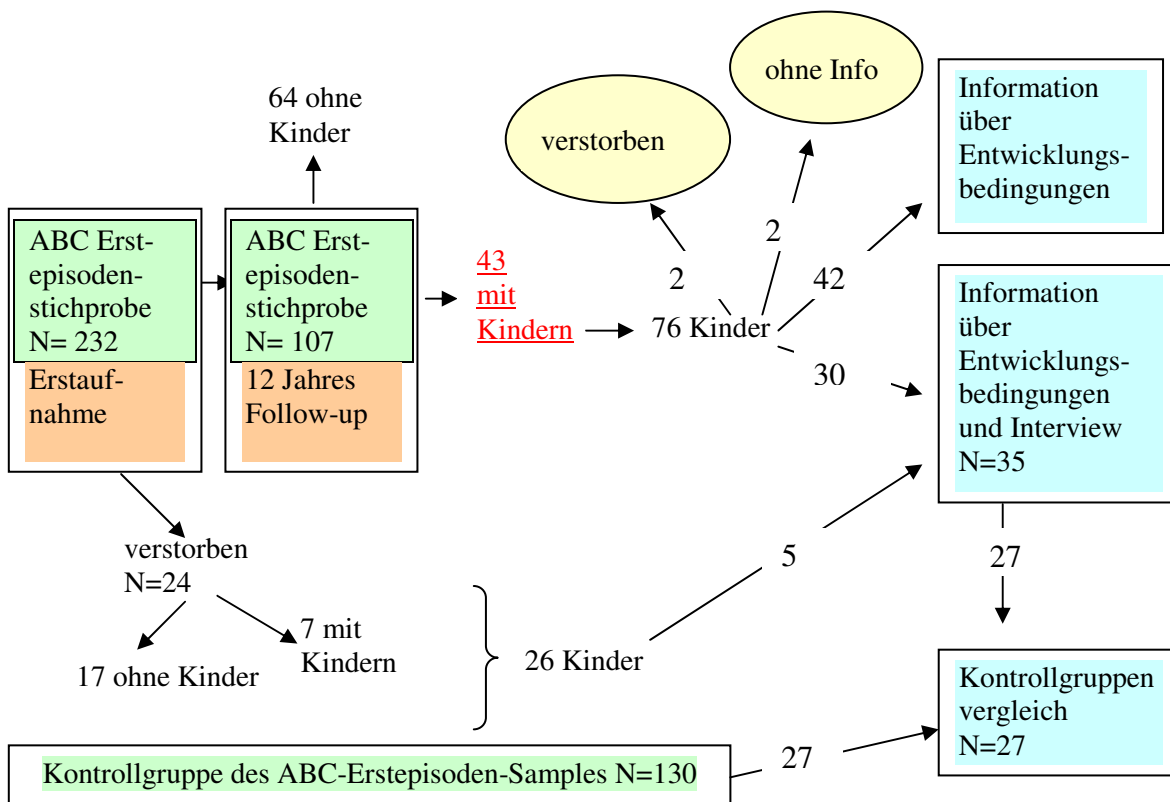
an der Heiden 2003). Zum Zeitpunkt des Interviews waren die insgesamt interviewten 35 Kinder zwischen 12 und 42 Jahre alt, was bedeutet, daß sie zum Zeitpunkt der Erstaufnahme des Elternteils vor im Mittel 12,3 Jahren bezogen auf den eigenen Entwicklungsstand zu unterschiedlichen Zeiten ihrer eigenen Entwicklung mit der schizophrenen Erkrankung des Elternteils konfrontiert gewesen waren. Ziel der Interviews war neben der Erfassung von Erkrankungsrisiken die Erhebung der sozialen und beruflichen Entwicklung sowie die Befragung im Hinblick auf Erlebnis-, Umgangs- und Bewältigungsformen unabhängig von der eigenen Inanspruchnahme medizinisch/psychiatrischer oder psychologischer Hilfen.

## 2. Material und Methoden

### 2.1 Stichprobe

Die Eltern der von uns befragten Kinder entstammen dem ABC-Schizophreniesample, einer bevölkerungsbezogenen Stichprobe von stationären Erstaufnahmen im Alter zwischen 12 und 59 Jahren mit einer weiten Schizophrenie-Diagnose (IDC-9 295, 297, 298.3, 298.4) aus einer deutschsprachigen halb ländlichen halb städtischen Bevölkerung von ca. 1,5 Mio. Einwohnern (Mannheim, Heidelberg, Ludwigshafen, Rhein-Neckar-Kreis, östliche Pfalz).

Abbildung 1: Stichprobenübersicht



Eine detaillierte Darstellung der ABC-Stichprobe findet sich bei Häfner et al. (1994; 2002). 232 (84%) der untersuchten 276 Erstaufnahmen befanden sich in ihrer ersten Krankheitsepisode. 107 dieser Erstepisoden-PatientInnen wurden nach im Mittel 12,3 Jahren erneut befragt (an der Heiden et al. 2005). Von den 107 im 12-Jahres-Follow-up interviewten PatientInnen hatten 40% Kinder (12 Männer/31 Frauen). Zwei der insgesamt 76 Kinder dieser PatientInnen verstarben kurz nach der Geburt, von zwei weiteren waren keine Informationen erhältlich. Ein Kriterium für die Durchführung von Interviews mit den Kindern der PatientInnen war ein Mindestalter von 12 Jahren. Dies erfüllten 49 der 72 Kinder der PatientInnen des 12-Jahres-Follow-ups. Von ihnen konnten 30 für ein Interview gewonnen werden. 24 PatientInnen (12 Männer/12 Frauen) aus dem Erstepisodensample verstarben in der Zeit bis zum 12-Jahres-Follow-up. Von ihnen hatten 7 zum Zeitpunkt des Interviews bei Erstaufnahme insgesamt 26 Kinder<sup>2</sup>, die somit alle zum Zeitpunkt der Durchführung des 12 Jahres-Follow-up mindestens 12 Jahre alt waren. Interviewt werden konnten jedoch nur 5 Kinder aus dieser Gruppe. Insgesamt konnten von den insgesamt möglichen 75 Kindern 35 für ein Interview gewonnen werden. Von insgesamt 77 Kindern liegen Informationen über die Entwicklungssituation in Kindheit/Jugend vor. Für 27 Risikokinder standen Interviews mit individuell nach Alter und Geschlecht zugeordneten Personen aus der Bevölkerung des Erhebungsgebiets als Kontrollen zur Verfügung (s. Abb. 1).

## 2.2 Erhebungsmethoden

### Interview for the Retrospective Assessment of Schizophrenia (IRAOS)

Das wichtigste Erhebungsinstrument war das für die ABC-Schizophreniestudie entwickelte *Instrument for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia / IRAOS* (Häfner et al. 1990; Häfner et al. 1999; Häfner et al. 2003). Es wird in der Studie für die Erhebung der prämorbid Entwicklung und zur Bestimmung von Ausbruch und Verlauf psychischer Erkrankungen auf den Ebenen der Symptomatik, funktionaler Beeinträchtigung und der psychischen und sozialen Behinderung sowie der objektiven sozialen Entwicklung und der Kontakte mit Beratungs- und Gesundheitsdiensten und der therapeutischen Maßnahmen eingesetzt.

### Erhebungsbogen zur subjektiven retrospektiven Einschätzung der eigenen Kindheit

Zur Erhebung der subjektiven Wahrnehmung der Krankheit des Elternteils, der Auswirkungen auf die Familie, auf die eigene Kindheit und Jugend und zur Erfassung der Bewältigung

---

<sup>2</sup> Diese verhältnismäßig große Zahl kommt dadurch zustande, daß eine Patientin 11 Kinder hatte

bestehender Defizite wurde der *Erhebungsbogen zur subjektiven retrospektiven Einschätzung der eigenen Kindheit* entwickelt, ein halbstrukturiertes Interview mit teils geschlossenen teils offenen Fragen.

## 2.3 Auswertungsmethoden

### Qualitative Verfahren

Zur Auswertung der offenen Fragen im *Erhebungsbogen zur subjektiven retrospektiven Einschätzung der eigenen Kindheit* haben wir uns am Vorgehen der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring (2003) orientiert. Zunächst wurden die Antworten auf die Fragen jeweils pro Frage zusammengestellt, um das ganze Spektrum der Antworten übersehen zu können. Die anschließende Reduktion der Daten geschah durch schrittweises Zusammenfassen der wesentlichen Inhalte, wobei Kategorien gebildet wurden. In einem nächsten Schritt wurde das gesamte Material nach diesen Kategorien von zwei Ratern (UW und RK) unabhängig voneinander erneut eingeschätzt. Nur die von beiden Ratern übereinstimmend vorgenommenen Einschätzungen (95% aller Kodierungen) werden vorgestellt (s.Tab.1).

Tab. 1: Vorgehen bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse

#### **Vorgehen bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse**

1. Die Antworten auf die Fragen wurden von den Interviewer/innen auf den Bögen handschriftlich notiert.
2. Die Notizen wurden eingegeben und alle Antworten pro Frage wurden zusammengestellt.
3. Die Daten wurden durch schrittweises Zusammenfassen der wesentlichen Inhalte reduziert.
4. Aus den Zusammenfassungen wurden inhaltstragende Kategorien gebildet.
5. Das Material wurde erneut durchgegangen und im Hinblick auf die jetzt vorliegenden Kategorien eingeschätzt. Dies geschah durch zwei voneinander unabhängig vorgehende Raterinnen.
6. Über alle Einschätzungen hinweg wurde eine Übereinstimmung von 95% gefunden. Nur die übereinstimmenden Kategorien werden vorgestellt.

### Quantitative Verfahren

Die Prüfung der Repräsentativität der Gruppe der Risikokinder in Bezug auf Ausbildungsstand und Krankheitsverlauf des schizophren erkrankten Elternteils geschah mithilfe des Mann-Whitney-U-Tests. Für den Vergleich der Risikokinder mit den individuell gematchten Kontrollen wurde als Prüfverfahren für abhängige Stichproben der McNemar-Test eingesetzt. Die Auswertungen wurden mit der Statistiksoftware SPSS und STATA durchgeführt.

### **3. Ergebnisse**

#### **3.1 Repräsentativität der Risikokinderstichprobe**

##### **Vergleich von interviewten mit nicht interviewten Risikokindern**

Bezogen auf die Schulbildung, die berufliche Ausbildung und die höchste jemals erreichte berufliche Position konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Eltern der beiden Gruppen von Risikokindern festgestellt werden. In beiden Gruppen war in der Mehrzahl der Fälle die Mutter schizophren erkrankt. In der Gruppe der Kinder, die nicht interviewt wurden, ist jedoch das Verhältnis erkrankter Vater zu erkrankter Mutter nur 1:2, bei den Kindern, die wir interviewen konnten dagegen 1:4,5. Statistisch signifikante Unterschiede fanden sich im Hinblick auf den Krankheitsverlauf der schizophren erkrankten Eltern. So waren PatientInnen, deren Kinder nicht interviewt wurden, öfter stationär aufgenommen worden (Median: 9 vs. 3;  $p=0.0057$ ), verbrachten mehr Tage in der Klinik (Median: 416,5 vs. 118;  $p=0.0117$ ) und hatten über mehr Monate Positivsymptomatik (Median: 32 vs. 4;  $p=0.0075$ ) als PatientInnen, deren Kinder interviewt wurden. Im Hinblick auf den Krankheitsverlauf haben wir es also bei den Eltern der interviewten Kinder mit einer leichter erkrankten PatientInnengruppe zu tun, was bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen ist.

##### **Vergleich der Risikokinder mit den Kontrollen**

Für 27 Risikokinder (14 Frauen, 13 Männer) liegen Angaben von Kontrollpersonen aus der Bevölkerung der Erhebungsregion für ein individuelles Matching nach Alter und Geschlecht vor. Die Personen sind zwischen 17 und 42 Jahre (Median: 29 J.) alt. Da wir die soziale Entwicklung der Risikokinder mit der der Kontrollen vergleichen, ist hier der Ausbildungsstand der Eltern von Bedeutung. Die Auswertungen der Angaben aus dem IRAOS zeigen, daß in der Gruppe der Kontrollen ein etwas größerer Anteil von Eltern Abitur hat (6 Mütter/6 Väter bei den Kontrollen gegenüber 1 Mutter/3 Väter bei den Risikokindern) als in der Gruppe der Risikokinder.

#### **3.2 Quantitative Vergleiche**

##### **Sozialer Entwicklungsstand**

Der maximal erreichte Ausbildungsstand und im Zusammenhang damit der berufliche Status der Risikokinder ist im Vergleich zu den Kontrollen eher auf mittlerem Niveau anzusiedeln. Die Zahl der Hauptschulabschlüsse zeigt keine signifikanten Unterschiede, auf dem Niveau der Realschulabschlüsse und der handwerklichen Ausbildungen überwiegen jedoch eindeutig die Risikokinder, während bei höheren (und unabgeschlossenen) Bildungsschritten wie Abitur und

Hochschule die Kontrollen stärker vertreten sind. Beim Familienstand finden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede, allerdings sind unter den Risikokindern etwas mehr Geschiedene (3:1) und weniger Verheiratete als unter den Kontrollen (6:9).

### **3.3 Qualitative Analysen**

Mit 18 Frauen/Mädchen (51,4%) und 17 Männern/Jungen (48,6%) im Alter zwischen 12 und 42 Jahren (Median 29,1) wurden Interviews geführt. 23 (65,7 %) der interviewten 35 Kinder waren zum Zeitpunkt der Erstaufnahme des Elternteils jünger als 18 Jahre und waren demnach in ihrer Kindheit oder Jugend mit der Krankenhausbehandlung eines Elternteils konfrontiert. Ebenfalls einbezogen wurden die Aussagen von 12 Kindern (34,3%), die zum Zeitpunkt der Erstaufnahme bereits erwachsen waren, da auch sie von (zum Teil erheblichen) Auffälligkeiten ihres erkrankten Elternteils während ihrer Kindheit und Jugend berichteten, obwohl die stationäre Aufnahme erst später erfolgte. Bei 29 (82,9%) der interviewten Kinder war die Mutter schizophren erkrankt, bei 6 (17,1%) der Vater. Damit unterscheidet sich das Geschlechterverhältnis hinsichtlich des erkrankten Elternteils etwas von der Gesamtstichprobe (27,9% Väter, 72,1% Mütter).

#### **Subjektive Einschätzung der eigenen Kindheit: Spezielle Auswirkungen der schizophrenen Erkrankung des Elternteils**

Die Antworten auf die Frage nach den Auswirkungen der Erkrankung des Elternteils auf die eigene Entwicklung lassen sich unter die Konzepte „Frühe Verselbständigung“, „Einschränkungen und Behinderungen“ und „Auswirkungen auf soziale Kontakte“ bündeln (Tab.2).

Am häufigsten wird die Kategorie „Übernahme von Verantwortung und Pflichten“, gefolgt von „Stigmatisierung“ genannt. Zusammen mit der Kategorie „auf sich allein gestellt sein“ und den erlebten Einschränkungen zeigen sich die speziellen Auswirkungen der Erkrankung v.a. darin, daß von den Kindern Aufgabenerfüllung, Anpassung und das Zurückstecken eigener Wünsche erwartet wird.

Tab. 2: Auswertungen zu „Welche speziellen Auswirkungen hat die Erkrankung Ihres Elternteils auf Ihre Kindheit gehabt?“<sup>1</sup>

| Kategorie/Konzept   | Beschreibung  |    |
|---|---|----|
| <b>Frühe Verselbständigung</b>                                    |   | N  |
| Übernahme von Verantwortung und Pflichten                         | verstärkte Übernahme von Haushaltspflichten/Versorgungsaufgaben in der Familie, z.B.:<br>„Essen selbst gekocht, sauber machen“ (Sohn, 10,5 J.)<br>„Haushalt war beeinträchtigt; Pb mußte ständig auf ihre jüngere Schwester aufpassen und diese mitversorgen“ (Tochter 17 J.) | 12 |
| auf sich allein gestellt sein                                     | sehr früh Verantwortung übernehmen, bei Problemen keine Hilfe von anderen z.B.:<br>„hat sowieso ‚sein Leben‘ geführt“ (Sohn, 7 J.)<br>„Teil der Kindheit hörte mit Beginn der Erkrankung des Vaters auf.“ (Sohn, 13 J.)   | 8  |
| <b>Einschränkungen/Behinderungen</b>                              |   |    |
| allgemeine Anpassung  | besonders angepaßtes Verhalten erwartet, verstärkt Rücksicht auf die Bedürfnisse des erkrankten Elternteils erwartet z.B.:<br>„sollte mehr Rücksicht nehmen, weniger mit der Schwester streiten...“ (Tochter, 14 J.)  | 5  |
| Ablösung vom Elternhaus   | nicht/nur mit schlechtem Gewissen möglich z.B.:<br>„Sorgen, wie es weitergeht. Was ist später mit meiner Mutter? Kann ich ausziehen oder braucht meine Mutter Pflege?“ (Tochter, 17 J.)   | 2  |
| Schule und Ausbildung   | Leistungseinbußen („schlechte Noten“), Nicht-Erreichen von beruflichen Zielen z.B.:<br>„hat Sekretärinnenausbildung beeinträchtigt“ (Tochter 23 J.).  | 3  |
| <b>Auswirkungen auf soziale Kontakte</b>                          |   |    |
| Stigmatisierung   | soziale Kontakte durch Ausgrenzung und Abwertung belastet, Erkrankung des Elternteils wird anderen gegenüber verschwiegen z.B.:<br>„hat es verheimlicht vor seinen Freunden“ (Sohn, 10 J.)<br>„Nachbarn gaben boshafte Kommentare über die Mutter ab.“ (Tochter, 11 J.)       | 9  |
| Verstärkung der Bedeutung sozialer Kontakte außerhalb der Familie | Bedeutung von Freundschaften außerhalb der Familie verstärkt sich, z.B. als „Gegenpol zum ‚familiären Chaos‘ zuhause<br>„Rückzug, Fixierung auf Freundin“ (Tochter, 14 J.)  | 2  |

<sup>1</sup>In Klammern: Alter des Kindes bei Erstaufnahme des erkrankten Elternteils

### **Subjektive Einschätzung der eigenen Kindheit: Am stärksten erlebte Belastungen**

Wie in Tabelle 3 zu sehen, betreffen die häufigsten Nennungen auf die Frage nach der stärksten Belastung den Verlust des emotionalen Kontakts zum erkrankten Elternteil sowie den Verlust des Elternteils in seiner Rolle als Vater bzw. Mutter. Beim Verlust des emotionalen Kontakts erleben die Kinder eine Störung und/oder den Abbruch der Kommunikation zum Elternteil. Sie erfahren, daß der Vater oder die Mutter emotional nicht mehr erreichbar ist.



Die ebenso oft als stärkste Belastung angegebene Erfahrung mangelnder elterlicher Fürsorge betrifft zum einen Versorgungsaufgaben des Elternteils, zum anderen aber auch die Funktion des Elternteils als Vorbild.

Tab.3: „Welche Aspekte der Erkrankung haben Sie rückblickend am stärksten belastet?“<sup>1</sup>

| Kategorie/Konzept                                      | Beschreibung  |   |
|--|---|---|
| <b>Verlust bzw. Verlustdrohungen</b>                   |   | N |
| Suizidversuch bzw. -drohung des erkrankten Elternteils | <i>Suizidversuch/-drohung des Elternteils, z.B.:<br/>„Mutter kam frühmorgens ins Zimmer, während er noch schlief:<br/>,Was hieltest Du davon, wenn ich mich umbringen würde?’“<br/>(Sohn, 21 J.)</i>  | 3 |
| Verlust des (emotionalen) Kontakts zum Elternteil      | Einschränkung oder Abbruch der Kommunikation. Elternteil ist nicht erreichbar und lebt „in seiner eigenen Welt“, z.B.:<br><i>„emotionale Leere“ (Tochter 15 J.)<br/>„man konnte nichts mit ihr anfangen, ‚wandelnder Zombie‘“<br/>(Sohn, 16 J.)</i>   | 8 |
| Verlust des erkrankten Elternteils als Mutter/Vater    | Verlust mütterlicher/väterlicher Fürsorge, Elternteil ist in seiner Rolle als Mutter bzw. Vater nicht mehr verfügbar, wird durch die Symptomatik in seiner Elternrolle „demontiert“, z.B.:<br><i>„Der Vater war eine starke Bezugsperson Das Bild vom Vater bekam ‚Macken‘. Von Eltern sei zu erwarten, daß sie logisch reagieren. Dies habe der Vater nicht mehr getan.“ (Sohn, 13 J.)</i> | 8 |
| Orientierungs-/Kontrollverlust                         | fehlende Erklärungen für unverständliche Verhaltensweisen des Elternteils, z.B.:<br><i>„Unerklärlichkeit einzelner (peinlicher) Vorfälle“ (Sohn, 14 J.)</i>   | 6 |
| Verlust physischer Sicherheit                          | erkrankter Elternteil wird als Bedrohung erlebt, körperlicher und sexueller Mißbrauch (in 2 Fällen), z.B.:<br><i>„manisches Verhalten: Wut, Gewalt“ (Tochter, 3 J.)</i>   | 4 |
| Verlust von Handlungskompetenz                         | Kind sieht sich Situationen gegenüber, für die es keine Handlungskompetenz hat, z.B.:<br><i>„sie (die Mutter) so leiden zu sehen, Hilflosigkeit“ (Tochter, 21 J.)</i>   | 4 |
| Verlust der gewohnten Lebensumwelt                     | durch erkrankungsbedingte Abwesenheit des Elternteils muß das Kind sein gewohntes Umfeld verlassen, z.B.:<br><i>„über längere Zeit nicht im vertrauten Umfeld; nach der Schule zur Tante (während Mutter im Krankenhaus war) (Sohn, 7 J.)</i>   | 1 |
| negativer Einfluß auf das Selbstbild                   | Kind erlebt sich selbst durch die Erkrankung des Elternteils als abweichend, „komisch“, z.B.:<br><i>„das ‚Anders-Sein‘ im negativen Sinn, daß andere meinen, mit ihr stimme etwas nicht“ (Tochter, 22 J.)</i>   | 2 |
| Verlust sozialer Kontakte                              | Erkrankung des Elternteils führt zu Einschränkung sozialer Kontakte, z.B.:<br><i>„da Mutter weg war, konnten nicht so viele Freundinnen kommen“ (Tochter, ungeboren)</i>  | 2 |

<sup>1</sup>In Klammern: Geschlecht und Alter des Kindes bei Erstaufnahme des erkrankten Elternteils

Weitere Belastungsfaktoren sind die Erfahrung mangelnder Kontrolle sowie das Erleben fehlender Handlungskompetenz. Die berichteten Situationen zeichnen sich durch ein hohes Maß an erlebter Hilflosigkeit aus. Es fehlt an kognitiven und/oder handlungsbezogenen Bewältigungsstrategien. Ein negativer Einfluß auf das eigene Selbstbild und einschränkende Auswirkungen auf die sozialen Beziehungen zu Gleichaltrigen werden ebenfalls angeführt.

#### **4. Diskussion**

Bezogen auf Kriterien sozialer Anpassung wie Schulabschluß oder Berufsausbildung scheinen die von uns befragten Kinder im Vergleich zur Kontrollgruppe in der Mehrzahl nicht gravierend schlechter dazustehen. Die qualitativen Interviews geben jedoch wichtige Hinweise darauf, wie die Kinder die Auseinandersetzung mit der schizophrenen Erkrankung erlebt haben und was daran für sie belastend war. Von den Kindern wurde oft ein besonders angepaßtes Verhalten erwartet, wobei sie Rücksicht auf den kranken Elternteil nehmen sollten, und es war wichtig, das Familienleben trotz Erkrankung des Elternteils aufrechtzuerhalten, auch durch verstärkte Mitarbeit im Haushalt. Unsere Ergebnisse decken sich z. T. mit den Beschreibungen anderer Autoren. So rekonstruiert Wagenblass (2001) in ihrer Interviewstudie relevante Lebensthemen aus den biographischen Erzählungen von Kindern psychisch kranker Eltern und unterscheidet dabei „Fürsorge und Unterstützung“, „Recht auf ein eigenes Leben“ und „Angst“. Diese Themen tauchen auch in den Interviews unserer Studie auf. Die in einigen Fällen sehr deutlichen Schwierigkeiten, aus dem Elternhaus auszuziehen und den psychisch kranken Elternteil allein zurückzulassen machen deutlich, mit welchen Problemen die Kinder ihr „Recht auf ein eigenes Leben“ abzuwägen haben. Zum Zeitpunkt des Interviews waren von den 10 Kindern (28,5%), die mit dem erkrankten Elternteil noch zusammenlebten, 5 älter als 18 Jahre. Auch zu den Ergebnissen der Studie von Valiakalyail et al. (2004) gibt es einzelne Parallelen. In dieser explorativ angelegten Interviewstudie ist u.a. die Belastung durch die Übernahme von Rollen im Haushalt und in der Familie für die Kinder im Jugendalter bedeutsam, insbesondere in Alleinerziehenden-Haushalten. Allerdings werden auch positive Aspekte der Beziehung angeführt, wie z.B. mehr Kommunikation mit dem Elternteil und ein tieferes Verständnis für die Probleme des Elternteils. Dies deckt sich mit Erfahrungen aus unseren Interviews, nach denen die befragten Kinder oft großen Wert darauf legten, daß der erkrankte Elternteil nicht in einem schlechten Licht gesehen wird. Entscheidend für das Ausmaß der Belastung scheint dabei die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung zu sein (Mattejat 1998). So erleben viele Kinder neben der

Erfahrung mangelnder elterlicher Fürsorge die krankheitsbedingte Störung der Kommunikation als stärkste Belastung.

Nicht dargestellt wurden die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Kinder. Es soll jedoch darauf hingewiesen werden, daß zum Zeitpunkt des Interviews nur ein kleiner Teil des Risikoalters durchlebt und bis dahin noch keines der Kinder an Schizophrenie erkrankt war. Auch hatte keines der Kinder angegeben, jemals psychotische Symptome erlebt zu haben. Die Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Interviews weisen jedoch auf die besonderen Belastungen hin, denen die Kinder in der Auseinandersetzung mit der schizophrenen Erkrankung des Elternteils ausgesetzt waren.

## Literatur

an der Heiden W., Könnecke R., Maurer K., Ropeter D. & Häfner H. (2005). Depression in the long-term course of schizophrenia. Eur Arch Psychiat Neurol Sci

Bleuler, M. (1972). Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart: Thieme.

Burman, B., Mednick, S.A., Machon, R.A., Parnas, J, Schulsinger, F. (1987). Children at high risk for schizophrenia: parent and offspring perceptions of family relationships. J Abn Psychol, 96, (4), 364-366.

Carter, J.W., Schulsinger, F., Parnas, J., Cannon, T., Mednick, S.A. (2002) A multivariate prediction model of schizophrenia. Schizophr Bull, 28(4), 649-77.

Caton, D.L.M., Cournos, F., Felix, A., Wyatt, R.J. (1998). Childhood experiences and current adjustment of offspring of indigent patients with schizophrenia. Psychiatric Services, 49, 86-90.

Gottesman, I.I., Shields, J. (1982). Schizophrenia, the epigenetic puzzle. Cambridge: University Press.

Häfner, H., Maurer, K., Löffler, W., Fätkenheuer, B., an der Heiden, W., Riecher-Rössler, A., Behrens, S., Gattaz, W.F. (1994). The epidemiology of early schizophrenia. Influence of age and gender on onset and early course. Br J Psychiatr; 164,(Suppl 23), 29-38.

Häfner, H., Löffler, W., Maurer, K., Riecher-Rössler, A., Stein, A. (1999). IRAOS - Interview für die retrospektive Erfassung des Krankheitsbeginns und -verlaufs bei Schizophrenie und anderen Psychosen. Bern-Göttingen-Toronto: Huber.

Häfner, H., Maurer, K., Löffler, W., an der Heiden, W., Könnecke, R. & Hambrecht, M. (2002). The early course of schizophrenia. In H. Häfner, W. an der Heiden, F. Resch & J. Schröder (Hg.) Risk and protective factors in schizophrenia – Towards a conceptual model of the disease process. (pp207-228), Darmstadt: Steinkopff Verlag.

Häfner, H., Löffler, W., Maurer, K., Riecher-Rössler, A., Stein, A. (2003). IRAOS interview for the retrospective assessment of the onset and course of schizophrenia and other psychoses. Göttingen-Cambridge-Toronto-Bern: Hogrefe & Huber Publishers.

Häfner, H., an der Heiden, W. (2003). Course and outcome of schizophrenia. In S.R. Hirsch & D.R. Weinberger (Hg), Schizophrenia. (pp101-141) Oxford: Blackwell Publishing.

Häfner, H., Riecher, A., Maurer, K., Meissner, S., Schmidtke, A., Fätkenheuer, B., Löffler, W., an der Heiden, W. (1990). Ein Instrument zur retrospektiven Einschätzung des Erkrankungsbeginns bei Schizophrenie (Instrument for the retrospective assessment of the onset of schizophrenia - „IRAOS“) Entwicklung und erste Ergebnisse. Z Klin Psychol, 9, 230-55.

Institut f. soziale Arbeit e.V. (Hg) Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie (Redaktion: R. Schöne & S. Wagenblass). Soziale Praxis, Heft 21. Münster: Votum Verlag, 2001

Johnstone, E.C., Abukmail, S.S., Byrne, M., Clafferty, R., Grant, E., Hodges, A., Lawrie, S.M., Owens, D.G. (2000) Edinburgh high risk study - findings after four years: demographic, attainment and psychopathological issues. Schizophr Res, 46 (1), 1-15.

Küchenhoff, B. (1997). Kinder psychisch kranker Eltern. Münch Med Wschr, 21, 331-333.

- Mattejat, F., Lisofsky, B. (1998). Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Mattejat, F. (1998). Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen, und was zu tun ist. In F. Mattejat & B. Lisofsky (Hg.), Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. S. 66-78) Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Mattejat, F. (2001). Kinder psychisch kranker Eltern im Bewußtsein der Fachöffentlichkeit - eine Einführung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50 (7), 491-497.
- Mayring, P. (2003). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim Basel: Beltz Verlag.
- Miller, L.J., Finnerty, M. (1996). Sexuality, pregnancy and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. Psychiatric Services, 47, 502-506.
- Niemi, L.T., Suvisaari, Tuulio-Henriksson, Lönqvist, J.K. (2003). Childhood developmental abnormalities in schizophrenia: Evidence from high-risk studies. Schizophrenia Research, 60, 239-58.
- Propping, P. Psychiatrische (1989). Genetik. Befunde und Konzepte. Berlin: Springer.
- Remschmidt, H., Mattejat, F. (1994). Kinder psychotischer Eltern. Göttingen: Hogefte.
- Riley, B., Acherson, P., McGuffin, P. (2003). Genetics and schizophrenia. In S.R. Hirsch, D.R. Weinberger, Schizophrenia (pp251-276). Malden Oxford Victoria Berlin: Blackwell.
- Schiffman, J., LaBrie, J., Carter, J., Cannon, T., Schulsinger, F., Parnas, J., Mednick, S. (2002). Perception of parent-child relationships in high-risk families, and adult schizophrenia outcome of offspring. Journal of Psychiatric Research, 36 (1), 41-47.
- Schone, R., Wagenblass, S. (2002). Wenn Eltern psychisch krank sind... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Münster: Votum Verlag.
- Sollberger, D. (2002). Kinder psychosekranker Eltern. Qualitative Biografieforschung als Forschungsdesiderat. Psychiat Prax, 29, 119-124.
- Sollberger, D. (2000) Psychotische Eltern – verletzte Kinder. Zu Identität und Biografie von Kindern psychisch kranker Eltern. Bonn: Edition Das Narrenschiff.
- Tienari, P., Wynne, L.C., Laksy, K., Moring, J., Nieminen, P., Sorri, A., Lahti, I., Wahlberg, K.E. (2003). Genetic boundaries of the schizophrenia spectrum: evidence from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia. Am J Psychiatr, 160 (9), 1587-1594.
- Tienari, P., Wynne, L.C., Sorri, A., Lahti, I., Laksy, K., Moring, J., Naarala, M., Nieminen, P., Wahlberg, K-E. (2004). Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Long-term follow-up study of Finnish adoptees. Br J Psychiatr, 184, 216-222.
- Valiakalyail, A., Paulson, L.A., Tibbo, P. (2004). Burden in adolescent children of parents with schizophrenia. The Edmonton High Risk Project. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 39, 528-535.
- Wagenblass, S., Schone, R.. (2001). Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe - Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50 (7), 580-589.
- Wagenblass, S. (2001). Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern. Prax

Kinderpsychol Kinderpsychiat, 50, 513-524.

Wahlberg, K.E., Wynne, L.C., Hannu, O., Keskitalo, P., Pykäläinen, L., Lahti, M.A., Moring, J., Naarala, M., Sorri, A., Seitamaa, M., Läksy, K., Kolassa, J., Tienari, P. (1997). Gene-environment interaction in vulnerability to schizophrenia: Findings from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia. Am J Psychiatr, 154 (3), 355-62.

### **Angaben zur Erstautorin**

**Könnecke, Regina**

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim in der Arbeitsgruppe für Schizophrenieforschung (Leitung: Prof. Dr. Heinz Häfner).

Zentralinstitut f. Seelische Gesundheit, Arbeitsgruppe f. Schizophrenieforschung, Mannheim

Weiters im Team: Ursula Wening, Daniel Ropeter, Heinz Häfner

e-mail: [koenne@zi-mannheim.de](mailto:koenne@zi-mannheim.de)