

Lenz, Albert

Vorstellungen der Kinder über die psychische Erkrankung ihrer Eltern - Eine explorative Studie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 54 (2005) 5, S. 382-398

urn:nbn:de:bsz-psydok-45680

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

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Buchholz, M. B.: Herausforderung Familie: Bedingungen adäquater Beratung (Family as challenge: Contexts of adequate counselling)	664
Pachaly, A.: Grundprinzipien der Krisenintervention im Kindes- und Jugendalter (Basic principles of crisis intervention in children and adolescents)	473
Sannwald, R.: Wie postmoderne Jugendliche ihren Weg ins Leben finden – Einblicke in die Katathym Imaginative Psychotherapie von Adoleszenten (How postmodern youths find their way into life – Views on imaginative psychotherapy of adolescents)	417
Stephan, G.: Vom Schiffbruch eines kleinen Bootes zur vollen Fahrt eines Luxusliners (Children's drawings: A case study of the psychotherapeutic treatment of a seven year old boy)	59
Stumptner, K.; Thomsen, C.: MusikSpielTherapie (MST) – Eine Eltern-Kind- Psychotherapie für Kinder im Alter bis zu vier Jahren (MusicPlayTherapy – A parent-child psychotherapy for children 0 – 4 years old)	684
Walter, J.; Hoffmann, S.; Romer, G.: Behandlung akuter Krisen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Treatment of acute crisis in child and adolescent psychiatry)	487
Welter, N.: Vom Rambo-Jesus zu einer gut integrierten Männlichkeit (From Rambo-Jesus to well integrated masculinity)	37

Originalarbeiten / Original Articles

Giovannini, S.; Haffner, J.; Parzer, P.; Steen, R.; Klett, M.; Resch, F.: Verhaltensauffälligkeiten bei Erstklässlern aus Sicht der Eltern und der Lehrerinnen (Parent- and teacher-reported behavior problems of first graders)	104
Gramel, S.: Die Darstellung von guten und schlechten Beziehungen in Kinderzeichnungen (How children show positive and negative relationships on their drawings)	3
Hampel, P.; Kümmel, U.; Meier, M.; Dickow, C.D.B.: Geschlechtseffekte und Entwicklungsverlauf im Stresserleben, der Stressverarbeitung, der körperlichen Beanspruchung und den psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Gender and developmental effects on perceived stress, coping, somatic symptoms and psychological disorders among children and adolescents)	87
Hessel, A.; Geyer, M.; Brähler, E.: Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Jugendliche wegen körperlicher Beschwerden (Occupation of health care system because of body complaints by young people – Results of a representative survey)	367
Horn, H.; Geiser-Elze, A.; Reck, C.; Hartmann, M.; Stefini, A.; Victor, D.; Winkelmann, K.; Kronmüller, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with depression)	578
Jordan, S.: www.drugcom.de – ein Informations- und Beratungsangebot zur Suchtprävention im Internet (www.drugcom.de – an internet based information and counselling project for the prevention of addiction)	742
Juen, F.; Benecke, C.; Wyl, A. v.; Schick, A.; Cierpka, M.: Repräsentanz, psychische Struktur und Verhaltensprobleme im Vorschulalter (Mental representation, psychic structure, and behaviour problems in preschool children)	191

Kienle, X.; Thumser, K.; Saile, H.; Karch, D.: Neuropsychologische Diagnostik von ADHS-Subgruppen (Neuropsychological assessment of ADHD subtypes)	159
Krischer, M.K.; Sevecke, K.; Lehmkuhl, G.; Steinmeyer, E.M.: Minderschwere sexuelle Kindesmisshandlung und ihre Folgen (Less severe sexual child abuse and its sequelae: Are there different psychic and psychosomatic symptoms in relation to various forms of sexual interaction?)	210
Kronmüller, K.; Postelnicu, I.; Hartmann, M.; Stefini, A.; Geiser-Elze, A.; Gerhold, M.; Horn, H.; Winkelmann, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with anxiety disorders)	559
Lenz, A.: Vorstellungen der Kinder über die psychische Erkrankung ihrer Eltern (Children's ideas about their parents' psychiatric illness – An explorative study)	382
Nagenborg, M.: Gewalt in Computerspielen: Das Internet als Ort der Distribution und Diskussion (Violent computergames: Distribution via and discussion on the internet)	755
Nedoschill, J.; Leiberich, P.; Popp, C.; Loew, T.: www.hungrig-online.de: Einige Ergebnisse einer Online-Befragung Jugendlicher in der größten deutschsprachigen Internet-Selbsthilfegruppe für Menschen mit Essstörungen (www.hungrig-online.de: Results from an online survey in the largest German-speaking internet self help community for eating disorders)	728
Nützel, J.; Schmid, M.; Goldbeck, L.; Fegert, J.M.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern (Psychiatric support for children and adolescents in residential care in a german sample)	627
Rosbach, M.; Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines Lehrergruppentrainings bei Kindern mit ADHS – eine Pilotstudie (Development and evaluation of an ADHD teacher group training – A pilot study)	645
Sevecke, K.; Krischer, M.K.; Schönberg, T.; Lehmkuhl, G.: Das Psychopathy-Konzept nach Hare als Persönlichkeitsdimension im Jugendalter? (The psychopathy-concept and its psychometric evaluation in childhood and adolescence)	173
Thomalla, G.; Barkmann, C.; Romer, G.: Psychosoziale Auffälligkeiten bei Kindern von Hämodialysepatienten (Psychosocial symptoms in children of hemodialysis patients)	399
Titze, K.; Wollenweber, S.; Nell, V.; Lehmkuhl, U.: Elternbeziehung aus Sicht von Kindern, Jugendlichen und Klinikern (Parental relationship from the perspectives of children, adolescents and clinicians. Development and clinical validation of the Parental-Representation-Screening-Questionnaire (PRSQ))	126
Winkel, S.; Groen, G.; Petermann, F.: Soziale Unterstützung in Suizidforen (Social support in suicide forums)	714
Winkelmann, K.; Stefini, A.; Hartmann, M.; Geiser-Elze, A.; Kronmüller, A.; Schenkenbach, C.; Horn, H.; Kronmüller, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with behavioral disorders)	598

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Bartels, V.: Krisenintervention bei sexualisierter Gewalt gegen Mädchen und Jungen (Crisis intervention in child sexual abuse)	442
Franz, M.: Wenn Mütter allein erziehen (When mothers take care alone)	817

Hagenah, U.; Vloet, T.: Psychoedukation für Eltern in der Behandlung essgestörter Jugendlicher (Parent psychoeducation groups in the treatment of adolescents with eating disorders)	303
Herpertz-Dahlmann, B.; Hagenah, U.; Vloet, T.; Holtkamp, K.: Essstörungen in der Adoleszenz (Adolescent eating disorders)	248
Ley, K.: Wenn sich eine neue Familie findet – Ressourcen und Konflikte in Patchwork- und Fortsetzungsfamilien (Finding the way in a new family – Resources and conflicts in patchwork and successive families)	802
Napp-Peters, A.: Mehrelternfamilien als „Normal“-familien – Ausgrenzung und Eltern-Kind-Entfremdung nach Trennung und Scheidung (Multi-parent families as “normal” families – Segregation and parent-child- alienation after separation and divorce)	792
Pfeiffer, E.; Hansen, B.; Korte, A.; Lehmkuhl, U.: Behandlung von Essstörungen bei Jugendlichen aus Sicht der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik (Treatment of eating disorders in adolescents – The view of a child and adolescence psychiatric hospital)	268
Reich, G.: Familienbeziehungen und Familientherapie bei Essstörungen (Family relationships and family therapy of eating disorders)	318
Reich, G.: Familiensysteme heute – Entwicklungen, Probleme und Möglichkeiten (Contemporary family systems – Developments, problems, and possibilities)	779
Retzlaff, R.: Malen und kreatives Gestalten in der Systemischen Familientherapie (Drawings and art work in systemic family therapy)	19
Ruhl, U.; Jacobi, C.: Kognitiv-behaviorale Psychotherapie bei Jugendlichen mit Essstörungen (Cognitive-behavioral psychotherapy for adolescents with eating disorders)	286
Schnell, M.: Suizidale Krisen im Kindes- und Jugendalter (Suicidal crises in children and adolescents)	457
Windaus, E.: Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: eine Übersicht (Efficacy studies in the field of psychotherapy – psychoanalytical and psychodynamic psychology – for children and adolescents: a survey)	530
Wittenberger, A.: Zur Psychodynamik einer jugendlichen Bulimie-Patientin (On the psychodynamics of an adolescent bulimia patient)	337

Buchbesprechungen / Book Reviews

Balloff, R. (2004): Kinder vor dem Familiengericht. (L. Unzner)	429
Beebe, B.; Lachmann, F.M. (2004): Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. (L. Unzner)	71
Ben-Aaron, M.; Harel, J.; Kaplan, H.; Patt, R. (2004): Beziehungsstörungen in der Kindheit. Eltern als Mediatoren: Ein Manual. (L. Unzner)	149
Brackmann, A. (2005): Jenseits der Norm – hochbegabt und hochsensibel? (D. Irblich)	768
Cierpka, M. (Hg.) (2005): Möglichkeiten der Gewaltprävention. (L. Unzner)	701
Deegener, G.; Körner, W. (Hg.) (2005): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. (L. Unzner)	837
Eckardt, J. (2005): Kinder und Trauma. (L. Unzner)	835
Eggers, C.; Fegert, J.M.; Resch, F. (Hg.) (2004): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. (D. Irblich)	428
Emerson, E.; Hatton, C.; Thompson, T.; Parmenter, T. (Hg.) (2004): The International Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities. (K. Sarimski)	231

Fegert, J.M.; Schrapper, C. (Hg.) (2004): Handbuch der Jugendhilfe –Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. (<i>U. Kießling</i>)	704
Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.L.; Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. (<i>L. Unzner</i>)	72
Gerlach, M.; Warnke, A.; Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Therapie. (<i>A. Zellner</i>)	146
Gerlach, M.; Warnke, A.; Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. (<i>J.M. Fegert</i>)	834
Grawe, K.: (2004): Neuropsychotherapie. (<i>O. Bilke</i>)	622
Grossmann, K.; Grossmann, K.E. (2004): Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. (<i>L. Unzner</i>)	355
Haas, W. (2004): Familienstellen – Therapie oder Okkultismus? Das Familienstellen nach Hellinger kritisch beleuchtet. (<i>P. Kleinfurchnner</i>)	619
Hawellek, C.; Schlippe, A. v. (Hg.) (2005): Entwicklung unterstützen – Unterstützung entwickeln. Systemisches Coaching nach dem Marte-Meo-Modell. (<i>B. Westermann</i>)	706
Hinz, H.L. (2004): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 49. (<i>M. Hirsch</i>)	76
Holling, H.; Preckel, F.; Vock, M. (2004): Intelligenzdiagnostik. (<i>A. Zellner</i>)	507
Hoppe, F.; Reichert, J. (Hg.) (2004): Verhaltenstherapie in der Frühförderung. (<i>D. Irblich</i>)	74
Immisch, P.F. (2004): Bindungsorientierte Verhaltenstherapie. Behandlung der Veränderungsresistenz bei Kindern und Jugendlichen. (<i>B. Koob</i>)	151
Jacobs, C.; Heubrock, D.; Muth, D.; Petermann, F. (2005): Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER. (<i>D. Irblich</i>)	769
König, O. (2004): Familienwelten. Theorie und Praxis von Familienaufstellungen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	617
Kollbrunner, J. (2004): Stottern ist wie Fieber. Ein Ratgeber für Eltern von kleinen Kindern, die nicht flüssig sprechen. (<i>L. Unzner</i>)	771
Kühl, J. (Hg.) (2004): Frühförderung und SGB IX. Rechtsgrundlagen und praktische Umsetzung. (<i>L. Unzner</i>)	506
Landolt, M.A. (2004): Psychotraumatologie des Kindesalters. (<i>D. Irblich</i>)	232
Lehmkuhl, U.; Lehmkuhl, G. (Hg.) (2004): Frühe psychische Störungen und ihre Behandlung. (<i>L. Unzner</i>)	359
Lenz, A. (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. (<i>L. Unzner</i>)	702
Möller, C. (Hg.) (2005): Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen. (<i>U. Knölker</i>)	621
Neuhäuser, G. (2004): Syndrome bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ursachen, Erscheinungsformen und Folgen. (<i>K. Sarimski</i>)	509
Pauls, H. (2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. (<i>K. Sarimski</i>)	234
Ruf-Bächtiger, L.; Baumann, T. (2004): Entwicklungsstörungen. ADS/ADHD/POS: Das diagnostische Inventar (Version 3.0). (<i>D. Irblich</i>)	147
Sachse, R. (2004): Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie. (<i>K. Mauthe</i>)	358
Sachsse, U. (2004): Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. (<i>D. Irblich</i>)	510
Salewski, C. (2004): Chronisch kranke Jugendliche. Belastung, Bewältigung und psychosoziale Hilfen. (<i>K. Sarimski</i>)	150

Scheuing, H.W. (2004): „... als Menschenleben gegen Sachwerte gewogen wurden“. Die Geschichte der Erziehungs- und Pflegeanstalt für Geistesschwache Mosbach/Schwarza-cher Hof und ihrer Bewohner 1933 bis 1945. (<i>M. Müller-Küppers</i>)	233
Schmela, M. (2004): Vom Zappeln und vom Philipp. ADHS: Integration von familien-, hypno- und verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen. (<i>D. Irblich</i>)	620
Seiffge-Krenke, I. (2004): Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Beziehungen: Herausforderung, Ressource, Risiko. (<i>M.B. Buchholz</i>)	228
Steiner, T.; Berg, I.K. (2005): Handbuch Lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern. (<i>B. Mikosz</i>)	769
Weinberg, D. (2005): Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie. (<i>D. Irblich</i>)	836
Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Zwänge bei Kindern und Jugendlichen. (<i>D. Irblich</i>)	357
Wilken, E. (2004): Menschen mit Down-Syndrom in Familie, Schule und Gesellschaft. (<i>K. Sarimski</i>)	508
Wüllenweber, E. (Hg.) (2004): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinde-rung. (<i>K. Sarimski</i>)	431
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2004): Handbuch Krisenintervention. Bd. 2: Pra-xis und Konzepte zur Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung. (<i>K. Sarimski</i>)	432

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Ahrens-Eipper, S.; Leplow, B. (2004): Mutig werden mit Til Tiger. Ein Trainingsprogramm für sozial unsichere Kinder. (<i>C. Kirchheim</i>)	513
Langfeldt, H.-P.; Prücher, F. (2004): BSSK. Bildertest zum sozialen Selbstkonzept. Ein Ver-fahren für Kinder der Klassenstufen 1 und 2. (<i>C. Kirchheim</i>)	237
Seitz, W.; Rausche, A. (2004): PFK 9 – 14. Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren (4., überarbeitete und neu normierte Auflage). (<i>C. Kirchheim</i>)	773

Editorial / Editorial	1, 247, 439, 527, 711, 777
Autoren und Autorinnen / Authors	70, 144, 226, 354, 427, 505, 615, 700, 767, 833
Tagungskalender / Congress Dates	84, 153, 240, 362, 434, 516, 623, 709, 776, 841
Mitteilungen / Announcements	157, 245, 519
Tagungsberichte / Congress Reports	78

Vorstellungen der Kinder über die psychische Erkrankung ihrer Eltern

Eine explorative Studie¹

Albert Lenz

Summary

Children's ideas about their parents' psychiatric illness – An explorative study

What are the explanations children have about the causes of their parents' psychiatric illness? What do they know about the illness and how do they express their needs of information? These questions were investigated within a research project. By interviewing children in a controlled qualitative way it became clear that most of them felt high insecurity. As a rule children are dependent on assumptions and prefer general models of explanation like stress as one reason for their parents illness. An immense need for concrete information about the appropriate way of how to behave towards the ill parent as well as the course of the disorder and its treatment was evident throughout the study.

Key words: children of parents with psychiatric illness – subjective concepts of illness – interventions

Zusammenfassung

Über welche Erklärungen für die Entstehung der psychischen Erkrankung ihrer Eltern verfügen die Kinder? Was wissen Kinder über die Erkrankung und welches Informationsbedürfnis äußern sie? Diesen Fragen wurde im Rahmen eines Forschungsprojektes nachgegangen. In den kontrollierten qualitativen Interviews wurde bei den meisten Kindern eine große Unsicherheit sichtbar. Kinder sind in aller Regel auf Vermutungen angewiesen und bevorzugen generelle Erklärungsmuster wie Stress als Auslöser für die elterliche Erkrankung. Durchgängig zeigte sich ein großes Bedürfnis nach konkreten Informationen über einen angemessenen und unterstützenden Umgang mit dem erkrankten Elternteil sowie Krankheitsverlauf und Behandlung.

Schlagwörter: Kinder psychisch kranker Eltern – subjektive Krankheitsvorstellungen – Interventionen

1 Einleitung

Wenn von Angehörigen psychisch Kranker die Rede ist, denken wir meist an Eltern, gelegentlich an Partner und Geschwister, selten an Kinder der Betroffenen. Aber psy-

¹ Das Forschungsprojekt „Kinder als Angehörige psychisch kranker Eltern“ wurde vom Ministerium für Schule, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen finanziert.

chisch Kranke haben Kinder und diese Kinder sind, insbesondere bei chronisch rezidivierendem Krankheitsverlauf, von der psychischen Erkrankung ihrer Mutter oder ihres Vaters in einschneidender Weise mit betroffen. So stehen Kinder, die in Familien aufwachsen, in denen ein Elternteil psychisch krank ist, unter erhöhtem Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Zahlreiche empirische Studien haben den Zusammenhang von psychischer Erkrankung der Eltern und Störungen der kindlichen Entwicklung bestätigen können (vgl. die Übersichten von Downey u. Coyne 1990; Glorisa 1990; Feldman et al. 1987). Es kann als gesichert angenommen werden, dass das kindliche Störungsrisiko bei psychischen Auffälligkeiten der Eltern um den Faktor 2–3 gegenüber einer Vergleichsgruppe erhöht ist. Rutter und Quinton (1984) ermittelten über einen Beobachtungszeitraum von vier Jahren bei einem Drittel der untersuchten Kinder keinerlei Beeinträchtigungen der Entwicklung und bei einem weiteren Drittel lediglich vorübergehende Auffälligkeiten. Bei dem verbleibenden Drittel zeigten sich persistente kinderpsychiatrische Störungen. Remschmidt und Mattejat (1994) haben in einer Studie festgestellt, dass ein Drittel der Kinder in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung einen psychisch kranken Elternteil haben. Die psychische Erkrankung von Eltern kann als eine belastende psychosoziale Entwicklungsbedingung beschrieben werden. Die Auffälligkeiten der Kinder betreffen vor allem die sozial-emotionale und in einem geringeren Maße auch die kognitive Entwicklung. Im Vordergrund stehen zum einen depressive Störungen und zum anderen aggressive, dissoziale und hyperkinetische Verhaltensstörungen.

Während zu den Auswirkungen psychischer Erkrankung eines Elternteils auf die Kinder, speziell zu dem damit verbundenen deutlich erhöhten Risiko im Verlauf der Entwicklung selbst psychisch zu erkranken oder andere Verhaltensauffälligkeiten zu zeigen, zahlreiche empirische Studien vorliegen, wurde dem Thema Elternschaft der Personen mit psychischen Störungen in der Forschung bislang relativ wenig Beachtung geschenkt. Bereits über die Prävalenz psychisch kranker Eltern lassen sich vorläufig noch keine verlässlichen Angaben machen. In den wenigen konsekutiven Studien, in denen sowohl Frauen und Männer getrennt als auch beide Gruppen erfasst wurden, sind je nach Klinik 9 % bis 30 % der aufgenommenen Patient(-innen) Eltern von minderjährigen Kindern. Bohus et al. (1998) haben an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Freiburg über einen Zeitraum von 12 Monaten konsekutiv alle stationären Patient(-innen) mit Kindern unter 18 Jahren zum Zeitpunkt der Entlassung erfasst. 18 % der entlassenen Patienten hatten Kinder unter 18 Jahren, davon waren 65 % Frauen und 35 % Männer. Gärtner (1999) und Pivorno (1999) führten eine Untersuchung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel durch. In einer konsekutiven Erhebung über einen Zeitraum von 5 Monaten wurden den Fragen nachgegangen, wie viele Patient(-innen) Kinder unter 18 Jahren haben, wie groß die Anzahl der Kinder unter 18 Jahren ist und wo diese Kinder aufwachsen. Es zeigte sich, dass 51 % der hospitalisierten Frauen und 36 % der Männer Kinder hatten. 23 % der Frauen und 20 % der Männer hatten dabei Kinder unter 18 Jahren mit denen sie zum überwiegenden Teil auch zusammenlebten (59 %). Sommer et al. (2001) haben an der Psychiatrischen Universitätsklinik Bern über einen Zeitraum von 5 Monaten alle aufgenommen Patient(-innen) erfasst. Insgesamt 16,5 % der Personen waren Eltern

von minderjährigen Kindern. Von den 16,5 % waren 54,5 % Frauen und 45,5 % Männer. In einer konsekutiven Erhebung auf 7 allgemeinspsychiatrischen Stationen in zwei psychiatrischen Kliniken, in die 808 Patient(-innen) einbezogen waren, zeigte sich, dass 27 % der befragten Patient(-innen) Kinder unter 18 Jahren hatten (Lenz 2005). Betrachtet man das Geschlecht der Patienten, so zeigte sich in dieser Studie, dass wesentlich mehr Frauen Kinder unter 18 Jahren haben (ca. 34 %) als Männer (ca. 18 %). Ca. 77 % der Patientinnen und ca. 60 % der befragten Patienten lebte mit ihren minderjährigen Kindern im selben Haushalt. Betrachtet man die Diagnosen der Eltern, so wird deutlich, dass unter den Patient(-innen) mit Kindern unter 18 Jahren alle großen Diagnosegruppen vertreten waren, am häufigsten die Depression (ca. 36 %) und die Persönlichkeitsstörung/Neurose (ca. 26 %). Die Psychose folgt mit ca. 23 % (Lenz 2005).

Bohus et al. (1998) haben auch den Informationsgrad der Kinder hinsichtlich der Erkrankung und der derzeitigen Behandlung ihrer Eltern erhoben. Ca. 80 % der Kinder wusste nach Aussagen der Patient(-innen), dass sich ihre Eltern in stationärer Behandlung befanden. Über den Grund der stationären Behandlung bzw. den Charakter der Erkrankung waren jedoch lediglich 35 % der Kinder informiert. Betrachtet man die Altersgruppen so waren 17 % der 3- bis 5-jährigen, 26 % der 6- bis 10-jährigen und 49 % der 11- bis 14-jährigen Kinder sowie 74 % der 15- bis 18-jährigen Kinder informiert. Am besten informiert waren Kinder von Eltern mit affektiven Störungen (76,5 %). Dagegen wussten zwar 78,6 % der Kinder schizophren erkrankter Eltern, dass diese klinisch behandelt werden, aber nur 25 % waren über die Erkrankung selbst informiert. In den übrigen Diagnosegruppen war ca. die Hälfte der Kinder über die Krankheit informiert. In der Studie von Lenz (2005) gaben ca. 63 % der Patient(-innen) an, dass ihre Kinder informiert sind, ca. 37 % meinten, dass ihre Kinder über kein ausreichendes Wissen über die Krankheit und Behandlung verfügen. Bezogen auf die Diagnosegruppen zeigte sich wiederum, dass Kinder von depressiv erkrankten Eltern am besten informiert waren (ca. 74 %). Ca. die Hälfte der befragten erkrankten Eltern wünschte sich für ihre Kinder Aufklärungs- und Informationsgespräche durch Ärzte bzw. Therapeuten. Als Grund für das Nichtinformieren der Kinder nannte ca. 53 % der Patient(-innen) die Befürchtung, die Kinder würden dadurch zu sehr belastet werden und ca. 24 % erklärten sich außerstande, ihren Kindern selber angemessen das entsprechende Wissen zu vermitteln. Diese Befunde deuten auf eine große Unsicherheit in der Frage der Aufklärung hin.

Da Ergebnisse aus der Resilienzforschung darauf hinweisen, dass ein ausreichendes Wissen der Kinder über die Erkrankung und Behandlung der Eltern – neben tragfähigen und Sicherheit vermittelnden sozialen Beziehungen sowie einer adäquaten Krankheitsbewältigung (Remschmidt u. Mattejat 1994; Wüthrich et al. 1997) – als ein zentraler protektiver Faktor einzuschätzen ist, erscheint eine alters- und entwicklungsadäquate Aufklärung der Kinder vor allem in präventiver Hinsicht von großer Bedeutung. Es stellt sich die Frage, wie präventive Hilfsangebote ausgerichtet werden sollen und wie Eltern dabei unterstützt werden können, um den Kindern das notwendige Wissen zu vermitteln. Die Perspektive der Kinder, ihre Vorstellungen über die elterliche Erkrankung, ihre Erfahrungen, Wissensbestände und Wünsche können hierzu wertvolle Erkenntnisse liefern.

2 Methode

Im Rahmen des zweijährigen Forschungsprojektes „Kinder als Angehörige psychisch kranker Eltern“ wurden Kinder auch über ihre Krankheitsvorstellungen befragt, wobei konkret ihre Problemdefinitionen, ihre Erklärungsmodelle und Wünsche nach Information und Aufklärung im Mittelpunkt standen. Ziel war es, die subjektive Lebenswirklichkeit der Kinder unmittelbar zu rekonstruieren, einen authentischen Einblick in ihre Erlebens- und Gefühlswelt, in ihre Vorstellungen, Sorgen und Nöte zu gewinnen (Lenz 2005). Die Rekrutierung der Kinder erfolgte über die beiden psychiatrischen Kliniken an denen die konsekutiven Erhebungen auf den Stationen durchgeführt wurden. Trotz ausführlicher Informationen über das Forschungsvorhaben und über die Themenbereiche, die im Interview behandelt werden sollten, weigerte sich ein großer Teil der angefragten Eltern, einer Teilnahme ihrer Kinder an der Studie zuzustimmen. Zumeist befürchteten sie zusätzliche Belastungen für die Kinder, da durch die Fragen „alte Wunden“ wieder aufbrechen, schmerzliche Erfahrungen und Ängste wieder auftauchen könnten. Eine Reihe von Kindern lehnte eine Teilnahme selbst ab.²

Die Untersuchungsgruppe umfasste 22 Kinder, 15 weibliche und 7 männliche. Das Altersspektrum der Kinder variierte zwischen 7 und 18 Jahren. Bis auf zwei weibliche Jugendliche, von denen eine vor kurzem in eine eigene Wohnung zog und die andere mittlerweile bei ihrem gesunden Vater ist, lebten alle Kinder zum Zeitpunkt der Befragung mit dem erkrankten Elternteil zusammen. Ca. ein Drittel der Befragten lebte in Einelternfamilien, das heißt hier in allen Fällen mit der erkrankten Mutter.

Als Instrument wurde ein leitfadengestütztes Interview gewählt. Kennzeichnend für diese semistrukturierte Interviewform ist, dass mehr oder minder offen formulierte Fragen in Form eines Gesprächsleitfadens gestellt werden, auf die der Befragte frei antworten soll. Der Weg zur Sicht des Subjekts soll dabei durch keinerlei restriktive Vorgaben, wann und in welcher Reihenfolge die Themen zu behandeln sind, verstellt werden. Wahl et al. (1982) bezeichnen diese Vorgehensweise als eine „gestaltete Offenheit“. Die Leitfadenfragen müssen bei dieser Interviewmethode zunächst wörtlich gestellt werden. Bei allen Fragen sind erzählgenerierende Nachfragen möglich, die Kinder zu Erzählungen anregen und damit ihre subjektiven Bedeutungs- und Relevanzsysteme sichtbar machen sollen (Heinzel 2000). Einige Vorschläge zum Weiterfragen, die im Fragebogen in Klammern gesetzt waren, sollten es der Interviewerin erleichtern, in der Situation den Gesprächsfluss aufrechtzuerhalten.

Die inhaltlichen Konkretisierungen des Leitfadens für die Kinderinterviews orientierten sich an folgenden zentralen Fragestellungen (s. Lenz 2005):

- Wie erleben und bewältigen Kinder die psychische Erkrankung ihrer Eltern?
- Wie nehmen sie die Auswirkungen der Erkrankung auf das Familienleben wahr?
- Wie erleben die Kinder den Klinikaufenthalt des erkrankten Elternteils?

² Vor allem auf Grund der schweren Erreichbarkeit wurden bislang fast ausschließlich Erwachsene bzw. junge Erwachsene ab 18 Jahren – also erwachsene Kinder – in die Untersuchungen einbezogen und retrospektiv über ihre Kindheit mit ihren psychisch kranken Eltern befragt (siehe beispielsweise Dunn 1993; Beardslee et al. 1998; Sollberger 2000).

- Wie sehen ihre Vorstellungen über die Ursachen der Erkrankung aus?
- Welche Formen der Unterstützung erhalten sie bzw. wünschen sie sich?

Die Leitfragen wurden aus diesen Fragestellungen entwickelt. Ähnlich wie bei den standardisierten Erhebungsmethoden müssen auch bei den qualitativen Verfahren Fragen formuliert werden, die in der Lage sind, möglichst klar und eindeutig das Vorliegen der theoretischen Variablen anzuzeigen. Das heißt also, auch ein Leitfaden basiert auf Indikatorenbildung und Operationalisierung der Sachverhalte, die erfasst werden sollen.

Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet. Ihre Dauer variierte von 30 bis 60 Minuten. Durch einen Fragebogen wurden darüber hinaus soziodemografische Daten der befragten Kinder und des erkrankten Elternteils sowie Angaben zur Diagnose, der Behandlungsdauer und zur Häufigkeit der Klinikaufenthalte erfasst.

Die Tonbandaufzeichnungen der Interviews wurden von angeleiteten studentischen Hilfskräften wörtlich und auf der Basis von Transkriptionsregeln (Dokumentation von verbalen und nonverbalen Äußerungen, Sprecherwechsel, Pausen etc.) verschriftet. Die Rohfassungen der Transkripte wurden einer sorgfältigen Gegenkontrolle durch die Interviewerin unterzogen. Grundlage für die weiteren Auswertungsschritte waren diese transkribierten und korrigierten Texte sowie die zusätzlich von der Interviewerin angefertigten Interviewprotokolle, in denen die äußeren Bedingungen, die Gesprächsatmosphäre und andere nonverbale Aspekte des Interviews festgehalten wurden. Die Auswertung erfolgte mit Hilfe des themenzentriert-komparativen Analyseverfahrens, in dem in fünf systematischen Arbeitsschritten aus dem empirischen Material theoretische Kategorien und Dimensionen gewonnen werden (vgl. Lenz 2001). Die gewonnenen Ergebnisse wurden in einem weiteren Arbeitsschritt durch eine begleitende Forschungsgruppe einer diskursiven Validierung unterzogen.

Die folgende Ergebnisdarstellung bezieht sich auf die subjektiven Krankheitstheorien der Kinder, ihre Suche nach Erklärungen, ihr Wissen über die Krankheit sowie ihre Wünsche nach zusätzlichen Informationen (ausführlich Lenz 2005). Die durch das Auswertungsverfahren gewonnenen theoretischen Generalisierungen werden durch „typische“ Interviewausschnitte belegt und veranschaulicht. Dadurch soll den Lesern die Möglichkeit gegeben werden, die durch die qualitative Analyse gewonnenen Befunde nachzuvollziehen und eigene Schlussfolgerungen für das praktische Handeln abzuleiten.

3 Ergebnisse

3.1 Die subjektiven Theorien der Kinder über die Ursachen der Erkrankung

Insbesondere die Jugendlichen stellen eine ganze Reihe genereller Vermutungen über die Ursache der Erkrankung ihrer Mutter oder ihres Vaters an, wenn sie sich mit den Ängsten vor einer möglichen eigenen Erkrankung auseinandersetzen. Wie sehen ihre Vermutungen und Vorstellungen über die Ursache der Krankheit im Einzelnen aus? Wie erklären sich die kleineren Kinder die Krankheit der Mutter oder

des Vaters. Den Fragen nach der subjektiven Krankheitstheorie der Kinder und Jugendlichen wird im folgenden Abschnitt nachgegangen.

Interessanterweise ist es allen befragten Kindern und Jugendlichen schwer gefallen, eine Antwort auf die Frage nach ihren konkreten Vorstellungen über die Ursache der Erkrankung zu geben. Insbesondere die kleineren Kinder haben zunächst gar keine Vorstellung über mögliche Ursachen. Sie antworten spontan, dass sie es nicht wissen würden, woher diese Krankheit käme. Einige Kinder betonen in diesem Zusammenhang zwar die großen Unterschiede zwischen der psychischen Erkrankung ihres Elternteils und „normalen“ somatischen Erkrankungen, die sie aber nicht verstehen und weiter erklären können:

[...] die haben schon versucht mir das zu erklären, aber ich kann's nicht im Kopf behalten, und ich weiß selbst nicht was das ist so [...]. Wenn einer krank ist, dann geht er zum Arzt und dann wird er wieder gesund. Und das es überhaupt so eine psychische Krankheit ist, das ist für mich unglaublich schwer zu verstehen, weil das ist ja nicht irgendwo wo man ein Spritze gibt und dann ist alles wieder gut, oder wo man sich ein paar Tage ins Bett legt. (w, 10 Jahre)

Auf die Nachfragen der Interviewerin findet schließlich auch die Mehrzahl der kleineren Kinder doch mögliche Gründe für das Auftreten der Krankheit. Vier Kinder beharren allerdings auf ihrem Nicht-Wissen und bleiben bei ihrer Antwort: *Ich weiß es nicht!*

Die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen ist der Auffassung, psychosoziale Belastungen stellen den zentralen Faktor bei der Entstehung der psychischen Erkrankung dar. Genannt werden dabei chronische Belastungen, also Phänomene andauernden oder wachsenden Mangels und belastender Lebensereignisse, die in Raum und in Zeit spezifiziert werden können. Verantwortlich gemacht werden dafür Stress und allgemeine Überlastung, Überforderung und Druck vor allem im familiären Kontext und vereinzelt auch im Arbeitsbereich.

Am häufigsten wird eine allgemeine Überforderung und Überlastung der Mutter durch die vielfältigen Aufgaben im Haushalt und in der Familie, durch die Versorgung der Kinder und durch die zusätzlichen Belastungen, die mit der Betreuung kleinerer Geschwister einher gehen, als Ursache für das Entstehen der Krankheit genannt:

Aber sie war ganz schön gestresst. Weil nämlich nachts ist mein Bruder wach geworden und hat mm immer geschrien. (m, 9 Jahre)

Die Überforderung und Überlastung der Mutter wird von allen Kindern mit einer persönlichen Schuldzuschreibung verknüpft. Sie fühlen sich schuldig als Mitverursacher der Erkrankung, weil sie und die Geschwister – obwohl sie die Belastungen wahrgenommen haben – die Mutter nicht bzw. nicht ausreichend unterstützt bzw. sich nicht in dem Ausmaß um sie gekümmert haben, wie es aus ihrer Sicht eigentlich notwendig gewesen wäre:

Ich glaube, es hat daher angefangen, weil wir uns vor Arbeiten gesträubt haben und wir wollten dann nie mitmachen und so [...]. Ja, genau. Oder einkaufen, das musste sie immer alleine machen, und dann tat mir Mama auch manchmal ein bisschen Leid, weil sie ja alles selbst machen musste. Dann ist sie daran ja erkrankt, aber ich denke nicht nur daran. Also, dass sie nicht nur daran erkrankt ist, sondern auch an was anderes [...]. Also, abends war sie immer ganz komisch. Gegen Morgen hat sie

noch richtig getan und da war sie ganz lieb zu uns und abends da wurde sie immer hektischer und da hat sie uns angeschrien und das fand ich dann auch komisch. Das habe ich ihr dann auch gesagt und da hat sie darauf gar nicht mehr geantwortet. (w, 13 Jahre)

Insbesondere bei den kleineren Kindern taucht die belastende Schuldfrage immer wieder auf, ob sie durch ihr schlechtes Benehmen, ihre Unfolgsamkeit oder ihr lautes Schreien und Herumtoben am Entstehen der Krankheit beteiligt sind. Sie sind teilweise davon überzeugt, die Mutter sei krank, weil sie selbst böse waren oder sich nicht „richtig“ verhalten haben. Diese kindliche Denkweise kann noch weiter verstärkt werden durch direkte Schuldzuweisungen des erkrankten Elternteils oder anderer Personen.

Als belastende Lebensereignisse, die für die Krankheit verantwortlich gemacht werden, nennen die Kinder Trennung und Scheidung, die damit verbundenen Konflikte und Auseinandersetzungen zwischen den Eltern, die die Mutter besonders verletzt und beunruhigt haben:

Also, am Anfang war das wirklich so eine Art Erlösung, also ganz am Anfang, ja klar da waren wir alle depressiv kann man sagen, weil es halt ein Riesenschock war, dass die Scheidung war und so. Aber dann, also dass wir unsere Wohnung hatten, dass wir wussten wo wir hingehören, dann es war total schön, es war ein halbes bis Jahr ungefähr [...]. Und da hat dann mein Vater auch Stress gemacht mit dem Jugendamt, wir hätten keine Aufsichtsperson, und das hat meine Mutter dann auch noch beunruhigt, dass keine Aufsichtsperson da war. (w, 18 Jahre)

Die Frage nach der Bedeutung der Vererbung stellt sich zumindest am Rande für alle Jugendlichen, die sich mit der Möglichkeit einer eigenen Erkrankung auseinandersetzen. Zwei weibliche Jugendliche beschäftigen sich sogar sehr intensiv mit dem Thema Erbeinflüsse als eine Ursache für eine psychische Erkrankung. Eine 18-jährige Jugendliche tastet sich zögernd und sich selbst fragend an dieses Thema heran:

Also, mm jetzt generell weswegen Depressionen entstehen können, weiß ich nicht, aber ich hab' mal gehört, dass es auch erblich bedingt sein kann. Dass Depressionen irgendwie in der Familie vorkommen, aber das wüsste ich bei meiner Familie jetzt nicht, ob das sein kann [...]. (w, 18 Jahre)

Auch ein 11-jähriger Junge setzt sich intensiver mit dieser Frage auseinander und sucht in seinem familiären Umfeld nach Hinweisen, die auf eine genetische Bedingtheit der Erkrankung der Mutter hindeuten werden könnten:

[...] also, meine Tante, die hat auch mal getrunken, also das lag da in der Familie mal. Da ihre Tante, ja von meiner Tante die Schwester hat auch getrunken. Also, das lag da in der Familie, und so hat sich das glaube ich auch weitervererbt da zu denen. Aber meine Tante ist drüber hinweg gekommen, sie trinkt nicht mehr. Sie ist's losgeworden. (m, 11 Jahre)

Drei Kinder waren der Meinung, dass biologisch-somatische Faktoren in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Erkrankung stehen würden. Dabei fällt auf, dass zwei Kinder – ein 8-jähriges Mädchen und ein 9-jähriger Junge – die gesundheitlichen Probleme ihrer Mütter überhaupt nicht als psychische Krankheit bewerten, sondern als rein somatische Beschwerden betrachten:

Ja, vielleicht weil ihr Fuß dicker wird [...]. Ja, sie muss ja auch jeden Tag den Pantoffel etwas lockerer stellen. (w, 8 Jahre)

Ja, ich meine ich die hinten hier am Rücken so, äh, äh, so, wie heißt das jetzt (überlegt) irgend so eine Verkrampfung oder so [...]. Ja, die kann sich nicht so tief bücken. Wenn sie nämlich bückt, dann mm tut das hinten in der Mitte weh. Da hinten, wo der Knöchel richtig, wo man das fühlt [...]. Ich meine sie hat da noch hinten. Weiß ich jetzt gar nicht, mm. Ich mein, die hat nur Rücken [...]. (m, 9 Jahre)

Trotz Nachfragens der Interviewerin und selbst nach langen Überlegungen bleiben die beiden Kinder bei ihrer Sichtweise. Ein 17-jähriger Jugendlicher führt die psychotische Erkrankung seines Vaters auf hirnorganische Prozesse zurück. Er geht davon aus, dass die Blockierung von Nervenbahnen im Gehirn die massiven Veränderungen in der Persönlichkeit des Vaters ausgelöst haben:

Ich denke mir irgendwie, dass es so mit so, ja, so ein paar Bahnen im Gehirn so, dass da irgendwas blockiert ist oder kaputt ist und das es nicht wieder heilbar ist. Man kann es ja nicht wieder ersetzen und das halt manche, ja, wie soll ich das sagen, manche für die normalen Menschen, kann man ja, gibt es ja Signale, dass es die nicht mehr gibt, dass man zum Beispiel nicht mehr richtig arbeiten kann, also dass es nicht mehr funktioniert. (m, 17 Jahre)

Psychologische Erklärungsmuster, wie belastende familiäre Erfahrungen und Traumata, werden von einigen Jugendlichen bei der Beschreibung der Ursache für die Erkrankung des Elternteils in den Mittelpunkt gestellt. So vermutet eine 17-jährige Jugendliche die Belastungen in der Kindheit durch die permanenten Konflikte im Elternhaus als Wurzel für die Erkrankung ihrer Mutter. Ausführlich schildert sie die mangelnde Zuwendung und Liebe sowie die strenge Erziehung, die ihre Mutter bis heute noch schwer zu schaffen machen würden:

[...] wenn sie in der Kindheit von ihrer Oma, also von ihrer Mutter irgendwie immer gezwungen wurde, das aufzuräumen und das aufzuräumen und kaum rausgegangen ist [...] Sie hat auch manchmal gesagt, „boah was hatte ich für ein Leben“ und so. „Ich will auch wie die anderen sein“ und so was, und dann hat sie auch gesagt, am besten irgendwie sterben wie so [...]. (w, 17 Jahre)

Die 17-jährige Jugendliche betont, dass sie ihre Mutter gut verstehen könne, weil sie in der Zwischenzeit ähnliche Probleme mit ihrer Großmutter habe, seitdem diese in der Familie mit lebe.

Persönlichkeitsmerkmale wie ein „ständiges Grübeln“, eine „Verschlossenheit“ und „Schwierigkeiten, Gefühle auszudrücken“ sowie einen „Hang zum Perfektionismus“ bringt eine andere 17-jährige Jugendliche in Verbindung mit der depressiven Erkrankung ihres Vaters:

Ich glaube, er kann seine Gefühle nicht gut ausdrücken. Er frisst das alles in sich hinein [...] Also, Genaues weiß ich nicht, ich weiß nur, dass er sich halt irgendwie total mies fühlt, total traurig ist, aus überhaupt keinem Grund. So hat er es mir auf jeden Fall gesagt. Einfach so plötzlich, und dass er nichts dagegen machen könnte. Mehr weiß ich darüber auch nicht. Und dass es halt 'ne psychische Krankheit ist, und dass die sehr schwer zu heilen ist. Vor allem muss er seine Einstellung ändern. Ich denke, das ist wichtig [...] er ist halt ein Perfektionist, und wenn es halt nicht so klappt, wie es klappen sollte, dann wird er halt depressiv. (w, 17 Jahre)

Auffällig ist, dass die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen immer nur einen einzigen Grund für das Entstehen der Erkrankung nennen. Selbst die Jugendlichen besitzen also eine relativ eindimensionale Vorstellung von der Verursachung einer psychischen Krankheit. Lediglich drei Jugendliche führen mehrere Ursachen an, die sie

auch miteinander in Beziehung setzen. So bringt die eben zitierte 17-jährige Jugendliche die „depressive“ Persönlichkeitsstruktur ihres Vaters und mit dem vermehrten Stress bei der Arbeit in einen Zusammenhang. Wenn die Belastungen am Arbeitsplatz zunehmen, er also „mehr gestresst“ sei, dann bestehe nach ihren Erfahrungen eine erhöhte Gefahr, dass ihr Vater wieder akut erkrankte:

[...] und als er wieder da war und als er wieder anfangen sollte zu arbeiten, da ging's sofort wieder rapide abwärts. Es liegt auf jeden Fall an der Arbeit. [...] Weil er hatte ja auch die ganze Zeit hat er seinen Körper eigentlich ausgeraubt, der war fast nur am Arbeiten, auch am Wochenende. Und auf Dauer macht das der Körper nicht mit. (w, 17 Jahre)

Eine 18-jährige Jugendliche bezeichnet das Zusammenspiel verschiedener psychosozialer Belastungsfaktoren als Auslöser für die Erkrankung ihrer Mutter. Auf der einen Seite standen die Belastungen aufgrund der Schichtarbeit in einer Fabrik und die Schuldgefühle gegenüber ihren beiden damals 8- und 10-jährigen Töchtern, die gerade bei den Frühschichten sich teilweise allein versorgen mussten. Hinzu kamen auf der anderen Seite die Belastungen im Zusammenhang mit der Scheidung und die Konflikte mit dem Vater der Kinder, der ihr vorwarf, die Kinder zu vernachlässigen und das Jugendamt einschaltete. Als schließlich die Mutter auch noch den Arbeitsplatz verlor, weil sie sich häufig krank gemeldet hatte, verschlechterte sich ihr psychischer Zustand derart, dass sie schließlich in die Klinik eingewiesen werden musste.

Ja, genau. Aber das hat sie alles total wahnsinnig gemacht, weil sie nicht wusste, was sie machen sollte. Arbeiten gehen oder bei den Kindern bleiben und so. Und da hat dann mein Vater auch Stress gemacht mit dem Jugendamt. Dann kam das halt so, dass sie sich immer öfter krank gemeldet und dann haben sie sie auch entlassen da [...]. (w, 18 Jahre)

Eine 17-jährige Jugendliche stellt eine Verbindung zwischen einer erblichen Belastung, traumatischen Erfahrungen der Mutter in ihrer Kindheit und psychosozialen Stressfaktoren her:

[...] weil ihre Mutter war wohl auch krank und ihre Schwester auch, also vielleicht ein bisschen erblich bedingt. Ja, die sind auch an Depressionen erkrankt und da waren auch mehrere Selbstmordversuche schon in der Familie und [...] hat sie auch den Tod ihres Vaters nicht ganz verkraftet [...] und ihre Mutter war auch sehr lange sehr stark krank und sie war wohl auch noch sehr jung als das alles [...]. (w, 17 Jahre)

Ursachen der Erkrankung aus der Sicht der Kinder und Jugendlichen

Psychosoziale Belastungen und Stress

- allgemeine Überforderung und Überlastung
- belastende Lebensereignisse

Vererbung

Biologisch-somatische Erklärungsmuster

- psychische Probleme werden als somatische Beschwerden wahrgenommen
- hirnnorganisch-physiologische Veränderungen

Psychologische Erklärungsmuster

- belastende Kindheitserfahrungen
- Persönlichkeitsmerkmale

3.2 Das Wissen und die Informationsbedürfnisse der Kinder

Es zeigt sich, dass hinter den psychosozialen Ursachenannahmen der Kinder meist ein diffuses Wissen über die psychische Krankheit steckt, das ihnen kein oder allenfalls wenig Verständnis für den Zustand ihrer Mutter oder ihres Vaters vermittelt. Kinder, die einzelne chronische Belastungsfaktoren wie Überforderung, Druck und Stress oder ein belastendes Lebensereignis wie Scheidung für die Krankheit ihrer Eltern verantwortlich machen, verfügen in aller Regel über kein weitergehendes Wissen, das ihnen das Wesen der Erkrankung in irgendeiner Weise verständlich machen kann. Die Kinder beschreiben in ihren Antworten einige Alltagsbeobachtungen, die sie im Zusammenhang mit der Erkrankung des Elternteils machen, wie *Mutter braucht jetzt viel Ruhe und Unterstützung* oder: *Ja, einen Teil habe ich behalten, dass sie [...] sie nimmt ja jeden Tag Tabletten [...] und wenn sie die Tabletten nicht nimmt, dann muss sie wieder zurück ins Krankenhaus. (m, 12 Jahre)*

Kinder, die die gesundheitlichen Probleme ihrer Eltern überhaupt nicht als psychische Krankheit, sondern als rein somatische Beschwerden betrachten, können trotz Nachfragen der Interviewerin keine weitere Antwort auf die Frage geben, was sie noch über die Krankheit ihrer Mutter wissen.

Ein differenzierteres Wissen besitzen diejenigen Jugendlichen, die bereits auf die Frage nach möglichen Ursachen spontan mehrere Faktoren dafür in Betracht gezogen haben. Sie skizzieren in ihrer Antwort auf die Frage nach ihrem weitergehenden Wissen eine Art multikausale Vorstellung von psychischer Krankheit, indem sie das Zusammenwirken von verschiedenen psychosozialen Belastungsfaktoren, ungünstigen Familienverhältnissen in der Kindheit sowie Persönlichkeitsmerkmalen und teilweise von Erbeeinflüssen in ihren Erklärungsmustern hervorheben. Ihr differenziertes Wissen führen diese Jugendlichen in erster Linie auf ihre Gespräche mit Experten zurück. Eine Jugendliche verweist in diesem Zusammenhang nochmals auf ihre regelmäßigen Gespräche mit den behandelnden Ärzten ihrer Mutter, und eine andere Jugendliche bezeichnet die kontinuierlichen Kontakte mit der Bezugsschwester des erkrankten Elternteils als sehr förderlich für das Verständnis der psychischen Erkrankung. Die dritte Jugendliche wurde von einem Therapeuten informiert, der ihre Mutter ambulant behandelt.

Für die Mehrzahl der Kinder bilden offensichtlich die Eltern, und zwar vor allem der erkrankte Elternteil, die entscheidende Informationsquelle. Es ist also in erster Linie die erkrankte Mutter oder der erkrankte Vater, die oder der den Kindern Faktoren wie Stress, Überlastung und Überanstrengung als Erklärungen für die Entstehung ihrer Erkrankung anbieten.

Ja, sie (Mutter, A. L.) hat mir nur gesagt, dass sie sich, dass sie soviel Stress hat und dass sie sich da manchmal so was vorstellt und dann. Und mehr hat sie mir nicht gesagt. (m, 11 Jahre)

Während der erkrankte Elternteil – vor allem die erkrankte Mutter – häufig das Gespräch mit den Kindern sucht und sich dabei bemüht, den Kindern eine Erklärung für ihren veränderten psychischen Zustand zu geben, neigt der gesunde Elternteil dazu, die psychische Erkrankung zu verschleiern. Er sucht nach Umdeutungen und Umschreibungen, indem er zum Beispiel das Problem als somatische Erkrankung darstellt:

Mein Vater hat mich dann von der Arbeit aus angerufen und das dann gesagt, mm, und dann hat der Sascha (neuer Lebensgefährte der Mutter, A. L.) gesagt, dass wir, dass die Nina (Mutter, A. L.) was hat am Rücken. Da habe ich gesagt, ja gut, dann besuche ich sie ganz oft. Ja, und dann fahr ich ganz oft hier hin. (m, 9 Jahre)

Der gesunde Elternteil – in aller Regel der Vater – versucht offensichtlich die Kinder zu schonen oder vor den befürchteten Vorurteilen und Ablehnung des sozialen Umfelds zu schützen. Eventuell steckt aber auch die Angst dahinter, dass die Kinder den erkrankten Elternteil verachten oder sich von ihnen vielleicht sogar zurückziehen könnten, wenn sie von der psychischen Erkrankung erfahren würden.

Die Aussagen der Kinder zeigen, dass die Mehrzahl von ihnen offensichtlich nur über ungenaue Informationen über die psychische Erkrankung des Elternteils verfügt. Sie sind daher stark auf eigene Vermutungen und Annahmen angewiesen, um eine Erklärung für den Zustand der Mutter oder des Vaters zu finden. Äußern Kinder Wünsche nach zusätzlichen Informationen, und wenn ja, wer sollte ihnen die Informationen vermitteln? Diese Fragen werden im Folgenden behandelt.

Die Jugendlichen, die bereits über ein differenzierteres Wissen über die Krankheit verfügen, betonen, dass sie momentan keine weiteren Informationen benötigen. Die Betonung liegt in ihrer Antwort aber eindeutig auf „momentan“, das heißt, sie sehen sich zur Zeit in der Lage, den Zustand des erkrankten Elternteils einzuschätzen, sie kennen seine wahrscheinlichen Verhaltensweisen in bestimmten Situationen, wissen, wie sie ihm am besten begegnen und wie sie ihn im Familienalltag unterstützen müssen:

Ich fühle mich eigentlich ganz gut informiert, aber das liegt glaube ich daran [...] ich weiß einfach wie ich mit meiner Mutter umgehen muss [...]. Also im Moment würde ich nicht sagen, dass ich noch mehr Informationen bräuchte. (w, 17 Jahre)

Einige Jugendliche vermitteln auf den ersten Blick den Eindruck, als ob sie überhaupt nichts Näheres über die Krankheit des Elternteils erfahren möchten. Sie lenken durch ihre Reaktionen das Gespräch auf andere Inhalte oder geben nur kurze Antworten ohne jegliche weitere Erläuterungen:

Nee, weil ich das gar nicht so wissen will [...]. Nee, ich will das einfach nicht wissen, weil das ist eine Sache von meiner Mutter, nicht von mir. (m, 15 Jahre)

Betrachtet man allerdings diese Aussagen im Kontext des gesamten Interviews, dann wird deutlich, dass sich dahinter nicht selten Unsicherheit, Angst und Trauer verbergen. Die Kinder sind hin und her gerissen zwischen dem Wunsch nach Normalität in der Familie bzw. in der Beziehung zur erkrankten Mutter oder dem erkrankten Vater und ihrem Bedürfnis nach Erklärung und Verständnis für die konkrete Situation. In dieser Ambivalenz versuchen sie sich schließlich äußerlich von der Familie bzw. dem erkrankten Elternteil zu distanzieren. An einer anderen Stelle im Interview bringt ein 15-jähriger Junge diese Ambivalenz deutlich zum Ausdruck:

Also ich wünsche mir, dass wir so eine ganz normale Familie sind, also dass Mama, dass Mama vielleicht geht noch arbeiten [...] und dass sie nach der Schule [...] so da ist einfach für uns [...] vielleicht anders als jetzt. (m, 15 Jahre)

Die Mehrzahl der Kinder äußert in dem Gespräch den Wunsch nach mehr und genaueren Informationen. Hervorzuheben ist dabei, dass die Kinder ihr Informationsbedürfnis bis auf wenige Ausnahmen konkret benennen: So möchten sie mehr erfahren über das „Wesen“ psychischer Krankheit, über Krankheitsursachen, über den Verlauf der Krankheit und über die Behandlung.

Insbesondere bei Erkrankungsbeginn, aber auch im Krankheitsverlauf, wenn nach einer vergleichsweise stabilen Phase eine akute Episode in den Vordergrund rückt, sind Kinder meist sehr verunsichert. Die teilweise massiven Veränderungen im Denken, Fühlen und Handeln, in der gesamten Persönlichkeit ihrer Mutter oder ihres Vaters fallen aus ihrem vertrauten Definitionsrahmen heraus und sind für sie fremd und ungewöhnlich. Vertraut sind ihnen somatische Krankheitssymptome wie Erkältung, Husten, Fieber und Halsschmerzen:

Über Husten, Schnupfen Bauchschmerzen, wenn es einem schlecht geht und so, aber nicht über diese Krankheit, da weiß ich nicht so viel. Das kennt man öfter, das hat man mehrmals. (w, 9 Jahre)

Erhalten die Kinder keine ausreichenden Antworten auf die Frage nach dem „Wesen“, der Besonderheit psychischer Krankheit, bleiben die Kinder allein und fühlen sich unverstanden in einem „definitionslosen Raum“, was zusätzlich eine schwere Belastung darstellen kann, wie die Aussagen zeigen. Kinder ziehen sich in einer solchen Situation zurück und stellen sich selber quälende Fragen wie:

Ja, was das ist, wie das dazu kommt, ob das wieder weg geht? (w, 12 Jahre)

In ihren Überlegungen und Schlussfolgerungen setzen sich die Kinder immer wieder mit der Frage nach der Ursache der Erkrankung auseinander, die für sie in aller Regel nur unzureichend geklärt ist. Dies löst bei ihnen vor allem Ängste vor der Krankheit und Befürchtungen in Bezug auf eine mögliche eigene Erkrankung aus. Bei ihrer immer wiederkehrenden Suche nach Erklärungen wünschen sich sowohl die Kinder als auch die Jugendlichen einen Gesprächspartner, der sie informiert und über verschiedene Zusammenhänge bei der Entstehung der psychischen Erkrankung aufklärt. Für Jugendliche besitzt dabei die Frage nach der Bedeutung der Vererbung einen hohen Stellenwert:

[...] mm wie das nun mit der Vererbung ist, weil irgendwo hab ich schon oft gehört, dass das vererbbar ist und da macht man sich dann auch Gedanken, hab ich das auch und wie ist es dann. Das wär schon mal interessant. (w, 15 Jahre)

Einen weiteren Bereich bilden der Krankheitsverlauf und die Behandlung. Die Kinder und Jugendlichen möchten zum einen mehr über Heilungsmöglichkeiten und über die Gefahr der Verschlimmerung der Krankheit wissen. Zum anderen wünschen sie sich Information über die Medikamente und deren Wirkung, warum so viele Tabletten eingenommen werden müssen und ob durch die Einnahme eine Heilung erreicht werden kann:

Ja, also, ich würde auch gerne wissen so jetzt, ob man da irgendwie so heilen kann, ob, was man da auch so gegen tun kann, ob sie jetzt da jedes Mal wieder ins Krankenhaus muss, oder ob man da auch irgendwo etwas tun kann. (w, 17 Jahre)

[...] ob die genau wissen, ob es nicht irgendein Medikament gäbe, wo meine Mutter wieder mit ganz gesund werden kann, dass das auch wirklich mal wirkt. Die haben das ja ausprobiert, dieses [...] ich weiß jetzt nicht so genau, aber das hat nicht gewirkt glaub ich. (w, 13 Jahre)

Eindeutig im Vordergrund steht bei allen Kindern und Jugendlichen aber die Suche nach Antworten auf die Fragen, wie sie sich dem erkrankten Elternteil gegenüber am besten verhalten sollen, wie sie auf seine bestimmte Äußerungen reagieren sollen und wie sie ihn in den gesunden wie auch in den akuten Phasen unterstützen können. Die Aussagen in den Interviews zeigen, dass sich die Kinder und Jugendlichen besonders intensiv mit den Problemen, die im alltäglichen Umgang mit der erkrankten Mutter oder dem erkrankten Vater in der Familie auftauchen sowie ihren Möglichkeiten zur Verbesserung des familiären Zusammenleben und der Gesundheit des erkrankten Elternteils beizutragen, beschäftigen. Alle Aussagen deuten darauf hin, dass gerade in diesem Bereich das Informationsbedürfnis der Kinder und Jugendlichen besonders stark ausgeprägt ist:

Wie ich am besten mit meiner Mama umgehen kann, wenn es ihr wieder schlecht geht [...] oder auch so eine Art Tipps, wie ich mit ihr umgehen muss, damit sie nicht wieder in das schwarze Loch fällt [...] soll ich sie aufmuntern und mit ihr etwas unternehmen oder ist das gerade falsch [...] darf ich in dieser Phase auch mal was dagegen sagen oder soll ich mich mehr zurückhalten [...] das sind so Fragen auf die gerne eine richtige Antwort hätte. (w, 18 Jahre).

Kinder und Jugendliche wünschen sich Informationen

- Wie sie sich dem kranken Elternteil gegenüber am besten verhalten sollten?
- Wie sie Mutter oder Vater unterstützen können?
- Über das „Wesen“ psychischer Erkrankung,
- über die Gefahren einer Verschlimmerung,
- über Heilungsmöglichkeiten,
- über Medikamente,
- über Erbeeinflüsse (vor allem Jugendliche).

Information und Aufklärung über die Krankheit betrachten die Kinder und Jugendlichen als eine besonders wichtige Form der Unterstützung. Hilfreich erleben sie dabei möglichst anschauliche Erklärungen für Verhaltensweisen und Reaktionen des erkrankten Elternteils oder plötzliche Veränderungen in seiner Persönlichkeit, mit denen sie im alltäglichen Zusammenleben in der Familie konfrontiert werden sowie konkrete Hilfen, wie sie in bestimmten Situationen damit umgehen können und wie sie sich der Mutter oder dem Vater gegenüber verhalten sollen. Verständliche Informationen, konkrete Erklärungen und Hilfestellungen könnten, insbesondere zeitnah nach Erkrankungsbeginn, Verunsicherungen und Sorgen mindern, Ängste, Resignation und die in dieser Phase oftmals auftauchende Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung abbauen helfen, wie eine Reihe von Jugendlichen überzeugt sind:

Ich hätte mir vielleicht weniger Sorgen gemacht und weiß ich nicht, wenn ich das verstanden hätte. Hätte ich vielleicht auch am Anfang gewusst, das ist halt so und da kann ich jetzt persönlich nichts großartig dran ändern, aber ich weiß wie ich damit umgehen muss. Und so wusste ich das so überhaupt nicht und war teilweise am Weinen und ich war traurig, und keiner konnte mir helfen und man wusste ja selber nicht was los ist. Ja, und ich denke, das hätte sich dann vermeiden lassen können. (w, 17 Jahre)

4 Diskussion

Die Kinder und Jugendlichen erhalten oftmals keine oder nur unzureichende Informationen über die Erkrankung ihrer Mutter oder ihres Vaters. Sie sind deshalb überwiegend auf eigene Überlegungen und Schlussfolgerungen angewiesen. Die Aussagen in den Interviews zeigen, dass sie in aller Regel relativ diffuse Vorstellungen über die Erkrankungen ihrer Eltern besitzen, was ihre Ängste und Hilflosigkeit weiter verstärkt. Durchgängig äußern die Kinder und Jugendlichen Wünsche nach konkreten Informationen über die psychische Erkrankung, deren Verlauf und über Behandlungsmöglichkeiten sowie Aufklärung darüber, wie sie sich dem erkrankten Elternteil gegenüber verhalten sollten und wie sie ihn unterstützen können.

Informationsvermittlung und Krankheitsaufklärung der Patient(-innen) und der Angehörigen spielt in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung zunehmend eine wichtigere Rolle und stellt in einigen Therapieprogrammen einen zentralen Baustein dar (vgl. Schramm 1998). In der Psychiatrie spricht man im Zusammenhang mit Aufklärung und Vermittlung von Wissensinhalten von Psychoedukation (Angenendt u. Stieglitz 2000). Befunde aus der Resilienzforschung zeigen, dass eine ausreichende alters- und entwicklungsgemäße Aufklärung der Kinder über die Erkrankung und Behandlung des Elternteils einen wichtigen Schutzfaktor bildet (Remschmidt u. Mattejat 1994; Wüthrich et al. 1997). Die Resilienzforschung liefert Antworten auf die Frage, warum und wie Kinder trotz der vielfältigen Belastungen und Risiken gesund bleiben bzw. mit den belastenden, widrigen und widersprüchlichen Lebenserfahrungen angemessen umgehen können. Als Resilienz wird sowohl der Prozess der bio-psycho-sozialen Adaption als auch das Ergebnis der Anpassung zusammengefasst (Bender u. Lösel 1998). Grundsätzlich geht es um keine absolute, sondern um eine relative Widerstandskraft gegenüber pathogenen Umständen und Ereignissen. Ziel der Resilienzforschung ist, die protektiven Effekte personaler und sozialer Ressourcen zu identifizieren. Von einem protektiven Faktor wird dann gesprochen, wenn die Ressource die pathogene Wirkung vorhandener Risiken vermindert, also den Zusammenhang zwischen Risikofaktor und Störung moderiert (Rutter 1985). Das heißt, der protektive Faktor muss zwischen Personen differenzieren, die ein vergleichbares Störungsrisiko aufweisen, jedoch im einen Fall gesund bleiben oder geworden sind und im anderen Fall nicht. Es konnten mittlerweile verschiedene protektive Faktoren ermittelt werden, die das Risiko von Kindern von psychisch kranken Eltern, selbst klinisch relevante Symptome zu entwickeln, verringern (z. B. Rutter 1990).

Ein ausreichender Informationsgrad der Kinder über die Erkrankung und Behandlung des erkrankten Elternteils ist offensichtlich in besonderer Weise in der Lage, die Widerstandsfähigkeit der Kinder gegenüber den Belastungen zu erhöhen, die sich aus dem familiären Zusammenleben mit dem kranken Elternteil ergeben. Der protektive Effekt der Informationsvermittlung dürfte auf kognitive Veränderungsprozesse zurückgehen. Informationen beeinflussen Wahrnehmungen und Bewertungen der Person und führen zu einer Veränderung im Belastungs- bzw. Entlastungserleben. Durch Informationen über die Entstehung und den Verlauf psychischer Erkrankungen können beispielsweise Schuldgefühle abgebaut werden. Die verbesserten Kenntnisse über

krankheitsbedingte Verhaltensweisen vermögen über eine Modifikation von Attributionsmustern Ärger- und Angstgefühle zu reduzieren (Lenz 2005).

Bereits Bühler (1967) oder Stern (1928, zit. nach Montada 1995) weisen aber darauf hin, dass Kinder schon im Vorschulalter unter bestimmten Bedingungen zu schlussfolgerndem Denken fähig seien. Je nach ihrem erworbenen Erfahrungsschatz und dem Abstraktionsniveau der vorgegebenen Aufgaben können Kinder demnach schon früh Zusammenhänge erschließen oder Konsequenzen ableiten. Spätestens mit dem Schulalter können sie sich in die Rolle anderer hineinversetzen, deren Bedürfnisse und Argumente verstehen und sich kritisch damit befassen. So sind auch jüngere Kinder in der Lage, beispielsweise Zusammenhänge zwischen dem Verhalten ihres erkrankten Elternteils und ihren Reaktionen herzustellen bzw. den psychischen Zustand mit bestimmten Belastungsfaktoren in Verbindung zu bringen.

Mit steigendem Alter können Kinder mehr Reize verarbeiten, zum Teil parallel oder auch in schneller Abfolge. Der verkraftbare Komplexitätsgrad in der Informationsverarbeitung hängt aber auch von der Möglichkeit ab, an gesichertes Wissen anknüpfen zu können (Donaldson 1982; Goswami 1992). Ausgangspunkt bei der Informationsvermittlung sollte daher immer das vorhandene Wissen der Kinder und ihre Vorstellungen über die Erkrankungen sein, so fragmentarisch und diffus dies im Einzelfall auch sein mag. Es ist also wichtig, sich zunächst einen Eindruck davon zu verschaffen, über welche inneren Bilder, Erklärungsmuster und Annahmen über die Entstehung der Erkrankung des Elternteils sie verfügen, sowie welche Verknüpfungen und Zusammenhänge sie bislang hergestellt haben. Die Aussagen in den Interviews weisen darauf hin, dass bereits jüngere Kinder in aller Regel genaue Beobachter sind. Neben den identifizierten Frühwarnzeichen bieten ihre verschiedenen Annahmen über die Entstehung der Erkrankung Anknüpfungspunkte für die Aufklärung und Informationsvermittlung.

Weder bei Erwachsenen noch bei Kindern gibt es einen kognitiven Prozess ohne emotionale Beteiligung (Ciompi 1982, 1997). In der Informationsvermittlung muss diese emotionale Seite der zunächst sachlich wirkenden Inhalte berücksichtigt werden. Oftmals verbergen sich hinter den scheinbar eindeutigen Sachfragen der Kinder nicht nur Wünsche nach „kognitiven“ Informationen, also nach Fakten und Erklärungen von Zuständen oder Zusammenhängen, sondern zugleich auch ein „emotionales“ Anliegen, das als solches wahrzunehmen und direkt anzusprechen ihnen schwer fällt. Mit der Frage, woher die Krankheit der Mutter (des Vaters) kommt, möchten die Kinder nicht etwa eine konkrete Erläuterung neuester Modellvorstellungen aus der Schizophrenieforschung als Antwort. Ihre Frage zielt vielmehr auf einen anderen, wahrscheinlich sogar zentraleren Inhalt, nämlich auf ihre große Verunsicherungen, Schuldgefühle und ihre Ängste ab. Sie lautet vielleicht insgeheim: Bin ich Schuld, dass Mama wieder in die Klinik muss? Habe ich etwas falsch gemacht? Habe ich der Mama zu wenig geholfen? Habe ich mich zu wenig um sie gekümmert (vgl. ausführlich Lenz 2005)?

Literatur

- Angenendt, J.; Stieglitz, R.-D. (2000): Psychoedukation, Patientenratgeber und Selbsthilfemanuale. In: Berger, M. (Hg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Urban & Fischer, S. 239–255.
- Beardslee, W. R.; Versage, E. M.; Gladstone, T. R. G. (1998): Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 37: 1134–1141.
- Bender, D.; Lösel, F. (1998): Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen. Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- versus pathogenetische Ansätze. In: Margraf, J.; Siegrist, J.; Neumer, S. (Hg.): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie?* Berlin: Springer, S. 119–145.
- Bohus, M.; Scher, K.; Berger-Sallwitz, F.; Novelli, U.; Stieglitz, R. D.; Berger, M. (1998): Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Untersuchung zum Problembewusstsein im klinischen Alltag. *Psychiatrische Praxis* 25: 134–138.
- Bühler, C. (1967): *Kindheit und Jugend. Genese des Bewußtseins*. Göttingen: Hogrefe.
- Ciampi, L. (1982): *Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ciampi, L. (1997): *Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Donaldson, M. (1982). *Wie Kinder denken*. Bern: Huber.
- Downey, G.; Coyne, J. C. (1990): Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50–76.
- Dunn, B. (1993). Growing up with a psychiatric mother: A retrospective study. *American Journal of Orthopsychiatry* 63: 177–189.
- Feldman, R. A.; Stiffman, A. R.; Jung, K. G. (1987): *Children at risk: In the web of parental mental illness*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Gärtner, M. (1999): *Kinder psychisch kranker Väter. Eine Erhebung über 221 konsekutiv aufgenommener Patienten der allgemeinpsychiatrischen Abteilungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel. Medizinische Dissertation an der Universität Basel*.
- Glorisa, J. (1990): Children of parents with psychiatric disorders in the community. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry* 29: 398–406.
- Goswami, U. (1992). *Analogical reasoning in children*. New York: Hove.
- Heinzel, F. (Hg.) (2000): *Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive*. Weinheim: Juventa.
- Lenz, A. (2001): *Partizipation von Kindern in Beratung und Therapie. Entwicklungen, Befunde und Handlungsperspektiven*. Weinheim: Juventa.
- Lenz, A. (2005): *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Montada, L. (1995): Die geistige Entwicklung aus der Sicht Jean Piagets. In: Oerter, R.; Montada, L. (Hg.): *Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 518–560.
- Pirovino, F. (1999): *Kinder psychisch kranker Mütter. Ergebnisse einer Erhebung bei 180 konsekutiv aufgenommenen Patientinnen einer psychiatrischen Versorgungsklinik. Medizinische Dissertation an der Universität Basel*.
- Remschmidt, H.; Mattejat, F. (1994). *Kinder psychotischer Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Rutter, M. (1985): Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatry disorders. *British Journal of Psychiatry* 147: 598–611.
- Rutter, M. (1990): Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: Rolf, J.; Masten, A.; Cicchetti, D.; Nuechterlein, K.; Weintraub, S. (Hg.): *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge: University Press, S. 181–214.
- Rutter, M.; Quinton, D. (1984): Parental psychiatric disorders: Effects on children. *Psychological Medicine* 14: 853–880.
- Schramm, E. (1998): *Interpersonelle Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Sollberger, D. (2000): *Psychotische Eltern – verletzte Kinder. Identität und Biografie von Kindern psychisch kranker Eltern*. Bonn: Psychiatrie Verlag

Sommer, R.; Zoller, P.; Felder, W. (2001): Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 50: 498–512.

Wahl, K.; Honig, M.-S.; Gravenhorst, L. (1982): *Wissenschaftlichkeit und Interessen. Zur Herstellung subjektorientierter Sozialforschung*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Wüthrich, C.; Mattejat, F.; Remschmidt, H. (1997): Kinder depressiver Eltern. *Kindheit und Entwicklung* 6: 141–146.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Albert Lenz, Kath. Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abt. Paderborn/Fachbereich Sozialwesen, Leostraße 19, 33098 Paderborn;
E-Mail: a.lenz@kfhnw.de