

LEIBNIZ UNIVERSITÄT HANNOVER

- Philosophische Fakultät -

Thema der Diplomarbeit:

Subjektives Erleben von Kindern psychisch kranker Eltern

- Eine qualitative Studie -

Nancy Müller

Themenstellerin/ Erstgutachterin:

Dr. phil., Dipl.-Päd. **Andrea Dlugosch**

Zweitgutachterin:

Prof. Dr. phil. **Bettina Lindmeier**

Abgabetermin: 26.01.2009

Hannover, den 17.09.2008

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung in das Thema.....	1
1.1 Definition „Psychische Krankheiten“	5
1.2 Psychische Krankheiten im Familiensystem	7
2. Kinder psychisch kranker Eltern	12
2.1 Überblick zum aktuellen Forschungsstand	12
2.1.1 High-Risk-Forschung.....	14
2.1.2 Genetische Studien.....	16
2.1.3 Sozialpsychiatrische und familienorientierte Untersuchungsansätze.....	16
2.1.4 Sozialpädagogische Ansätze	18
2.2 Folgeprobleme für Kinder psychisch kranker Eltern.....	19
2.2.1 Direkte Auswirkung der Erkrankung	20
2.2.2 Indirekte Auswirkungen der Erkrankung.....	23
2.2.3 Unmittelbare Probleme der Kinder	27
2.3 Protektive Faktoren für Kinder psychisch kranker Eltern	30
2.3.1 Hilfreiche Aspekte auf Seiten der Familie	31
2.3.2 Hilfreiche Aspekte auf Seiten der Eltern.....	33
2.3.3 Hilfreiche Aspekte auf Seiten der Kinder	34
2.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerung.....	37
3. Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit	39
4. Methodisches Vorgehen.....	41
4.1 Qualitativer Forschungsansatz	41
4.3 Erhebungsmethode.....	44
4.3.1 Problemzentriertes Interview	45
4.3.1.1 Instrumente des problemzentrierten Interviews	46
4.3.1.2 Gestaltung des problemzentrierten Interviews	49
4.3.1.3 Begründung der Methodenwahl	50
4.4 Sampling und Zugang zum Feld.....	52
4.5 Durchführung der Erhebung	55
4.6 Auswertungsverfahren	56
4.6.1 „Zirkuläre Dekonstruieren“ nach JAEGGI, FAAS & MRUCK	56
4.6.1.1 Globalauswertung	57
4.6.1.2 Systematischer Vergleich.....	59
4.6.1.3 Begründung der Wahl der Auswertungsmethode	60
5. Darstellung der Ergebnisse	62
5.1 Soziodemographische Daten der Interviewpartner.....	62

5.2 Einzelauswertung der Interviews.....	62
5.2.1 Interview mit Frida	63
5.2.2 Interview mit Sigrun	70
5.2.3 Interview mit Marcel.....	75
5.2.4 Interview mit Winfried.....	84
5.2.5 Interview mit Paula	91
5.3 Systematischer Vergleich der Interviews	99
5.3.1 Synopsis	99
5.3.2 Verdichtung.....	100
5.3.3 Komparative Paraphrasierung.....	100
(1) Konstrukt 1: Wahrnehmung und Erleben der Kinder.....	100
(2) Konstrukt 2: Gefühle und Gedanken der Kinder.....	103
(3) Konstrukt 3: Subjektive Krankheitstheorien	110
(4) Konstrukt 4: Wissen der Kinder	113
(5) Konstrukt 5: Auswirkungen auf das Familienleben	114
(6) Konstrukt 6: Bewältigung der Kinder	118
(7) Konstrukt 7: Unterstützung und Hilfe für die Kinder.....	119
(8) Konstrukt 8: Wünsche der Kinder.....	121
5.4 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	123
6. Diskussion und Ausblick.....	125
Bibliographie.....	130
Tabellenverzeichnis.....	138
Anhang	138
1. Themenkatalog.....	138
(1) Themenkatalog - Frida	138
(2) Themenkatalog - Sigrun	146
(3) Themenkatalog - Marcel	151
(4) Themenkatalog - Winfried	159
(5) Themenkatalog - Paula.....	168
2. Zentrale Kategorien	178
(1) Zentrale Kategorien - Frida	178
(2) Zentrale Kategorien - Sigrun	180
(3) Zentrale Kategorien - Marcel	181
(4) Zentrale Kategorien - Winfried	183
(5) Zentrale Kategorien - Paula.....	184
3. Transkriptionsregeln	185
4. Leitfaden	186
5. Material-CD	186
Erklärung.....	187

1. Einführung in das Thema

*„Manchmal, da scheint alles anders zu sein:
Völlig zurückgezogen erlebe ich sie - meine Mutter,
schwere Gardinen erdrücken die Helligkeit des Tages,
keiner aus der Familie getraut sich mehr ein Wort der Freude,
nach innen und nach außen,
doch wir leben weiter.
Ich bemerke es; dennoch nehme ich es hin, hin als meine Kindheit.“
(Anonym)*

Psychische Erkrankungen sind keine Seltenheit. Vielmehr betrifft es Millionen von Menschen, von denen unzählige Eltern sind, die mit den Umständen und Folgen dieser Krankheit leben müssen. So zeigen Ergebnisse einer Studie im Auftrag von European College of Neuropsychopharmacology (ECNP), dass 27 % der EU-Bevölkerung jedes Jahr mindestens an einer psychischen Störung erkranken.¹

Die Krankheit zieht dabei nicht nur für das Leben des Betroffenen selbst, sondern gleichsam für dessen gesamtes Umfeld, vor allem für die Familie, gravierende Veränderungen nach sich. Neben dem gesunden Partner, der oftmals dessen nicht mehr einzuschätzen weiß, sind es besonders die Kinder, welche die Auswirkungen der Krankheit unmittelbar miterleben. Sie sehen die Eltern in schwere Phasen der Traurigkeit, zurückgezogen und allein, leidend unter ihren Gedanken und Gefühlen. Dabei können sie sich oftmals noch nicht erklären, auf welche Ursachen all das zurückgeht. Was sie erdrückt, sind die Folgen der Krankheit, die sich unmittelbar auf die Eltern-Kind-Beziehung oder die gesamte Familiensituation auswirken. Tabuisierend und stigmatisierend scheint die Umwelt auf die Krankheit zu reagieren – und wirkt als Vorbild für die Kinder. Alleingelassen mit ihren Problemen und dem Bedürfnis nach Kommunikation leben viele Kinder still für sich unter den Auswirkungen der psychischen Krankheit.

¹ Vgl. Wittchen (2005): „Psychische Störungen in Deutschland und der EU.“ S.1.

Wie viele Kinder es betrifft, lässt sich nicht sicher sagen. Aus der Kombination von den Studienergebnisse über die Häufigkeit der Elternschaft bei psychisch kranken Menschen² und den Zahlen des statistischen Bundesamtes³ ergibt sich, dass es circa 200.000 bis 500.000 minderjährige Kinder gibt, die mit einem psychisch erkrankten Elternteil zusammenleben.⁴ Hierbei kann keine konkrete Aussage über weitere betroffene Kinder, bei denen die Eltern weder Krankheitseinsicht zeigten, noch Behandlungen anstrebten, gemacht werden. Diese Angaben verdeutlichen die Präsenz der so oft übersehenen Kindergruppe.

Und trotz systemischer Blickerweiterung im Zuge moderner Psychiatriereformen, welche die Familie als essentiellen Part im Prozess der Genesung des Kranken versteht, fallen Kinder lautlos durch das karge Netz an Hilfsangeboten. Entgegen den Eigeninitiativen erwachsener Angehöriger, z.B. stärkende Selbsthilfegruppen zu gründen, ist es den Kinder fast unmöglich, selbst auf sich aufmerksam zu machen. Erst in dem Moment, in dem einige Kinder selbst psychisch auffällig reagieren, beginnt man über die möglichen Einwirkungen einer elterlichen Krankheit auf die Entwicklung des Kindes nachzudenken. Hierbei dominierten medizinische Studien lange Zeit das Forschungsfeld, das die Kinder jedoch schon im Vorhinein als nächste Psychiatrie-Patienten verstanden.

Wie es ihnen jedoch im Alltag mit einem psychisch kranken Elternteil ergeht und welche Auswirkungen und Folgen das auf ihr eigenes Leben hat, scheint noch immer ein leeres Kapitel zu sein. So wie BOCK schon 1994 sagte: „Die Perspektive von Kindern psychoseerfahrener Eltern wird nach wie vor kaum wahrgenommen“⁵.

Obwohl sich erste sozialpädagogische Studien in den letzten Jahren in diese Richtung bewegten, besteht noch weiterhin ein Defizit an Wissen über die Komplexität der Lebenssituation dieser Kinder.

² Die Ergebnisse der Untersuchung von Bohus, welche in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Freiburg über 12 Monate alle 141 stationär aufgenommenen Patienten mit Kindern befragten, ergaben, dass 2/3 aller Befragten Mütter und nur 1/3 Väter waren. (Bohus/ Schehr/ Berger-Sallawitz (1998): Kinder psychisch kranker Eltern. S.136)

³ Das statistische Bundesamt weißt auf eine Zahl von 591.608 Patienten und Patientinnen zwischen 20 und 55 Jahren hin, die im Jahr 2002 eine stationäre Behandlung beendet haben.³ Gesamtgesellschaftlich betrachtet ergibt sich aus dem Gesundheitsbericht von 2006, dass 15% Frauen und 8% Männer innerhalb eines Jahres eine depressive Phase durchlaufen. (Statistisches Bundesamt 2002/ 2006: Gesundheitsbericht Deutschland. Bonn).

⁴ Renschmidt/ Matzejat (1994a): Kinder psychotischer Eltern. S.94.

⁵ Bock (1994): Im Strom der Ideen. S.83.

Doch gerade diese Forschungsrichtung, welche sich die subjektive Sichtweise der Kinder zum Inhalt macht, beinhaltet die Chance, schon vor einer möglichen Erkrankung den Kindern eine individuelle Hilfestellung im Alltag bieten zu können. Um solche Hilfen konzipieren zu können, macht es sich die vorliegende Arbeit zur Aufgabe, notwendige Informationen über das subjektive Erleben der Kinder zu erheben. Mit Hilfe offener Interviews werden verschiedene Kinder zu ihren Erlebnissen und Erfahrungen im Zusammenhang mit der psychischen Krankheit ihrer Eltern befragt. Anschließend erfolgt eine Auswertung, die sowohl den Einzelfall in seiner Komplexität als auch im Vergleich mit allen anderen aufgreift.

Im Folgenden soll kurz auf den Aufbau der Arbeit eingegangen werden.

Im *ersten Kapitel* dieser Arbeit wird die hier verwendete Definition der „psychischen Krankheit“ beschrieben. Damit sind nicht alle, sondern nur die sogenannten endogenen Psychosen gemeint. Um zu verdeutlichen, welche Auswirkungen die Krankheit für den Betroffenen und für die Kinder nach sich ziehen kann, werden sowohl die Symptomatik als auch Entstehungstheorien jener psychischen Krankheiten näher betrachtet. Dem Blick auf die Situation des Betroffenen schließt sich die der gesamten Familie an, zu der auch das Kind gehört. Hierbei werden auf die in der Familie ablaufenden Prozesse unter systemischen Blickpunkt ausführlicher eingegangen. In der gesamten Arbeit werden die Lebensumstände und die Aussagen der Kinder grundlegend in diesem Verständnis interpretiert.

Im *zweiten Kapitel* der Arbeit wird, ausgehend von den empirischen Befunden der High-Risk-, genetischen, sozialpsychiatrischen und sozialpädagogischen Forschung, ein Überblick über objektive Belastungsfaktoren der Kinder gegeben. Das grundlegende Verständnis dieser Arbeit verlangt, neben den Belastungen, welche durch die Krankheit entstehen, ebenso protektive Faktoren für die Situation der Kinder aufzuführen.

Auf der Grundlage dieser Theoriebausteine wird im *dritten Kapitel* die Fragestellung dieser Arbeit gegenüber anderen Bereiche abgegrenzt und formuliert.

Im *vierten Kapitel* folgen die Überlegungen zu den Möglichkeiten der methodischen Umsetzung der vorangegangenen Fragestellung.

Hierbei wird sich im Sinn des qualitativen Forschungsparadigma für das „problemzentrierte Interview“ nach WITZEL⁶ entschieden. Mit Hilfe der Methode des „theoretischen Samplings“ werden sechs Interviewpartner ausgewählt, die aufgrund ihrer ambivalenten Merkmale reichhaltige Kontraste für die im Forschungsprozess entstehenden Theoriebausteine vermuten lassen. Die erhobenen Interviews werden anschließend nach der Methode des „Zirkulären Dekonstruieren“ von JAEGGI, FAAS & MRUCK⁷ ausgewertet.

Im *fünften Kapitel* erfolgt die Darstellung der Ergebnisse in zwei Teilen. Im ersten Teil werden alle Interviews in ihrer Einzigartigkeit und Komplexität skizziert. Dem folgt im zweiten Teil der systematische Vergleich aller Interviews. Hierbei werden Konstrukte gebildet, welche die jeweils aufgefundenen Aspekte in ihrer facettenreichen Erscheinung beschreiben.

Das *sechste Kapitel* beinhaltet eine kurze Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse. Hierbei wird nochmals besonders auf den aktuellen Forschungsstand eingegangen und schlussendlich ein Ausblick in Bezug auf die Forschungsfrage und ihre Ziele gegeben. Mit diesem Punkt schließt die Arbeit.

Um im Verlauf der Arbeit aufkommende Missverständnisse zu vermeiden, folgt an dieser Stelle ein kurzer **Lesehinweise:**

- Aus Gründen der Übersichtlichkeit und besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifisch differenzierte Schreibweise verzichtet, sofern sie nicht beim Zitieren übernommen werden muss. Werden Personenbezeichnungen nur in der maskulinen beziehungsweise femininen Form verwendet, so ist die andere Form dabei stets mitgemeint.
- Die in der Arbeit verwendete Begrifflichkeit „des/ der Kindes/ Kinder“ meint dabei immer die fokussierte Gruppe der Kinder psychisch kranker Eltern.
- Der häufig verwendete Begriff der „psychischen Krankheit“ wird aus dem Grund der Vermeidung ständiger Wiederholung mehrfach nur als „Krankheit“ benannt, bezieht sich dabei jedoch immer die Ausgangsgruppe der psychischen Krankheiten.

⁶ Vgl. Witzel (2000): Das problemzentrierte Interview.

⁷ Jaeggi et al. (1998): Denverbote gibt es nicht!

1.1 Definition „Psychische Krankheiten“

Psychische Krankheiten treten in den verschiedensten Variationen auf, so dass eine einheitliche Definition ihrerseits kaum möglich erscheint. In diesem Sinn soll versucht werden, die wichtigsten Aspekte dieser Krankheiten in Bezug auf die fokussierten Kinder hervorzuheben.

Krankheit im lebensweltlichen Sinn definiert den Zustand eines Individuums, der sich in der Regel durch subjektives Leiden und objektive Funktionsstörungen bemerkbar macht und die Wahrnehmung von Lebensaufgaben merklich beeinträchtigt.⁸

Psychische Krankheiten beeinflussen die Lebensqualität des Betroffenen nicht nur in den akuten Phasen, vielmehr können weit darüber hinaus dauerhafte Folgeprobleme in den verschiedensten Lebensbereichen des Erkrankten entstehen. In ca. 40% der Fälle kommt es zu einer Chronizität der Krankheit, die das Leben des Kranken und dessen Umwelt von Beginn an bis zu ihrem Tod gravierend determiniert.⁹

In der vorliegenden Arbeit bezieht sich der Begriff „*psychische Krankheit*“ nicht auf alle klinischen Störungsbilder, sondern nur auf die sogenannten „*endogenen Psychosen*“, welche die körperlichen Psychosen ausschließen. Diese individuelle Eingrenzung wird anhand der Tatsache getroffen, dass vor allem psychotische Erkrankungen extreme gravierende Folgen für die Umwelt des Kranken mit sich bringen können. Und damit auch für die Kinder zur Belastung werden können. Hinzukommend weisen schizophrene, als auch affektive Störungen verschiedene analoge Merkmale in ihrer Symptomatik, ihrem Verlauf und ihren Auswirkungen auf, wie z.B. tief greifende Störung der Realitätswahrnehmung, auftretende produktive Symptome wie Wahnvorstellungen und Halluzination und einen „*intermittierenden*“¹⁰ Verlauf.¹¹ Damit erfüllen sie eine unerlässliche Bedingung für die angestrebte Vergleichbarkeit in dieser krankheitsübergreifende Studie.

Der Begriff der *Endogenen Psychosen* umfasst sowohl die Prototypen der affektiven, als auch der schizophrenen Psychosen.

⁸ Häfner (2005): Das Rätsel Schizophrenie. S.35.

⁹ Vgl. Wittchen (2005): S.1.

¹⁰ Def.: *Intermittierend*: zeitweilig aussetzend; unterbrechend (Vgl. Anger et al.(1992): Der Brockhaus. S.390).

¹¹ Vgl. Remschmidt/ Matthejat (1994a): S.11.

Zur Gruppe der affektiven Psychosen zählen manische und depressive Störungsbilder, jeweils in ihrer unterschiedlichen Ausprägung - unipolar und bipolar.¹² Im Vergleich zu anderen psychischen Krankheiten stellen affektive und schizophrene Erkrankungen mit einer Lebenszeitprävalenz von 1% die am häufigsten auftretenden Störungen in der Gesellschaft dar.¹³

Die *affektiven Psychosen* lassen sich vor allem über ihre Verstimmung depressiv-gehemmter oder manisch-erregter Art charakterisieren.¹⁴ Der Verlauf ist gekennzeichnet durch „zeitlich abgrenzbare Krankheitsphasen“¹⁵ im Wechsel mit symptomfreien Phasen. In der Übergangsphase kann es zu Mischzuständen der Stimmungen kommen. Neben der unipolaren Verlaufsform, bei der entweder depressive oder manische Phasen auftreten, zeichnet sich die bipolare Form durch wechselhafte Stimmungszustände aus. Depressive Phasen kennzeichnen sich durch Freudlosigkeit bis hin zur schweren Traurigkeit und Emotionslosigkeit. Hinzu können Symptome wie Denkverzögerungen und Gedankenkreisen, psychomotorischen Hemmungen wie Unentschlossenheit und Handlungsunfähigkeit, depressiv gefärbten Wahngedanken bis hin zu Suizidgedanken, körperlichen Schmerzen und vegetativen Störungen wie Schlaf- und Appetitstörungen kommen.

Im Gegensatz dazu treten in einer manischen Phase eine grundlos heitere Stimmung bis zu einer Gereiztheit, eine gesteigerte Motivation und kostspielige, größenwahnsinnigen Ideen auf. Der Kranke ist übertrieben selbstbewusst und fühlt sich extrem wohl in seinem Körper. Hinzu kommt eine psychomotorische Erregung, welche sich in einem unstillbaren Bewegungs- und Betätigungsdrang der Person niederschlägt. Diese wird durch positiv erhöhte körperlich-vegetative Symptome wie vermindertes Schlafbedürfnis und empfundene Luststeigerung verstärkt. In der Manie kann sich das Verhalten der betroffenen Person bis hin zur Selbst- und Fremdgefährdung verändern.¹⁶

Die Ursachen affektiver Störungen werden neben dem Einfluss genetischer Faktoren auch bei traumatischen Erfahrungen und psychosozialen Belastungen vermutet.¹⁷

¹² Vgl. Remschmidt/ Mattejat (1994a): S.11.

¹³ Vgl. ebd.

¹⁴ Vgl. Bosch (1994): Psychiatrie. S.45.

¹⁵ Remschmidt/ Mattejat (1994a): S.11.

¹⁶ Vgl. Bosch (1994): S.45-48; Finzen/ Hoffmann-Richter (2001): Die häufigsten psychischen Krankheiten. S.31-39.

¹⁷ Vgl. Remschmidt/ Mattejat (1994a): S.12.

In Bezug auf das Krankheitsbild der *schizophrenen Psychosen* weisen die Ergebnisse der Ätiologieforschung stärker auf eine familiäre Kausalität und deren Auswirkung auf das einzelne Individuum hin.

Um *Schizophrenie* und die daraus entstehende Belastung für den Erkrankten und seine Familie, speziell für die Kinder, in Ansätzen verständlich zu machen, ist es notwendig, näher auf ihre spezifische Symptomatik einzugehen.

FINZEN & HOFFMANN-RICHTER unterteilen ähnlich dem Diagnosesystem ICD-10¹⁸ auftretende Symptome in vier Gruppen:

Störungen des Denkens [Halluzinationen], Störungen des Gefühls, Störungen des Wollens, Handelns und Ich-Erlebens [wie z.B. Trägheit, Negativismus und Katatonie], [und] zusätzliche (akzessorische) Symptome [z.B. Störungen im Bereich der äußeren Wahrnehmung].¹⁹

Obwohl der Bereich des Bewusstseins oder der intellektuellen Fähigkeit bei dem schizophrenen Krankheitsbild keine defizitäre Wirkung erfährt,²⁰ so wird deutlich, dass der Betroffene in vielen Grundfunktionen, die einem normalen Menschen ein Gefühl von Individualität, Einzigartigkeit und Entscheidungsfreiheit geben, eingeschränkt ist. Der Grad der Beeinträchtigung der Lebensqualität hängt zusätzlich von Faktoren wie Stärke und Kombination der auftretenden Symptome sowie der Verlaufsform der Krankheit ab.

Schlussendlich zeigt sich, dass endogene Psychosen weitaus mehr als nur das Denken und Fühlen des Kranken verändern. Vielmehr haben sie einen wesentlichen Einfluss auf das gesamte Leben des Betroffenen und damit auch auf ihre unmittelbare Umwelt - wie die Familie.

1.2 Psychische Krankheiten im Familiensystem

Das erste Kapitel verdeutlicht, wie gravierend eine psychische Krankheit sowohl das innere Empfinden und die Wahrnehmung, als auch gleichzeitig das Verhalten des Betroffenen verändern kann.

¹⁸ Sowohl das *ICD-10* (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 1992) als auch das *DSM-IV* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 1996) sind Internationale Klassifikationssysteme der WHO, in denen psychische Krankheiten nach ihren Symptomen geordnet vorliegen. (Vgl. Finzen/ Hoffmann-Richter (2001): S.22)

¹⁹ Finzen/ Hoffmann-Richter (2001): S.24.

²⁰ Vgl. Bosch (1994): S.50.

Nicht nur die Symptomatik selbst, sondern ebenso deren Auswirkungen, wie z.B. weitgehende Isolation, Verlust des sozioökonomischen Status und gesellschaftliche Stigmatisierung, mindern das Wohlbefinden des Kranken.

Zugleich stellt die psychische Erkrankung eines Elternteils ein Ereignis dar, welches massive Folgen für das Familiensystem nach sich ziehen kann. Für alle darin lebenden Personen - besonders für die Kinder - können diese zu extremen Belastungs- und Stressfaktoren werden.²¹ In Anlehnung an MCCUBBIN & PATTERSON beschreibt SCHNEEWIND einen *Familienstressor*

als ein auf die Familie einwirkendes Lebensereignis oder Übergangsstadium, das im sozialen System der Familie Veränderung hervorruft beziehungsweise das Potential zur Veränderung in sich trägt. Diese Veränderung kann sich in verschiedenen Bereichen des Familienlebens äußern, wie z.B. Grenzen, Ziele, Interaktionsmustern, Rollen oder Werten.²²

An einen solchen Stressor sind meist weitere Belastungen geknüpft, die sich auf das Gleichgewicht einer Familie auswirken. Im Verständnis von WAGENBLASS & SCHONE zählt die psychische Erkrankung eines Elternteils zu solchen Lebensereignissen.²³ FINZEN geht in Bezug auf diese Tatsache so weit, von einer „Familienkatastrophe“²⁴ zu sprechen. Obgleich tatsächlich eine psychische Krankheit bei einem Elternteil zur völligen Katastrophe für das Familiensystem und demzufolge für das Kind wird, entscheidet die subjektive Wahrnehmung und Einschätzung des Einzelnen über den Stressor, in diesem Sinne des Kindes.

Bevor sich die vorliegende Arbeit dieser subjektiven Wahrnehmung der Kinder nähert, wird im nächsten Abschnitt detaillierter auf die Wirkungsmechanismen und Beziehungsgefüge im System Familie eingegangen. Diese Darstellung stellt die Grundlage zum Verständnis der subjektiven Aussagen der Kinder in den Interviews Empirie dar.

Jede Familie stellt für ihre Mitglieder eine lebenswichtige Basis für die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit dar. Hierzu gehören nicht allein nach dem klassischen Modell der Kleinfamilie die Mutter, der Vater und die Kinder, sondern vielmehr die im Verständnis eines sozialen Beziehungsnetzwerkes begriffenen Personen, welche sich „durch Intimität und intergenerationale Beziehungen“²⁵ miteinander verknüpfen.

²¹ Vgl. Schneewind (1991): Familienpsychologie. S.101; Klafki (1999): Meine Schutzengel. S.46 ff.

²² Schneewind (1991): S.120.

²³ Vgl. Wagenblass/ Schone (2002): S.12.

²⁴ Finzen (2001b): Schizophrenie. S.101-107.

²⁵ Petzold (1999): Entwicklung und Erziehung in der Familie. S.32.

Der Begriff der Familie wird in diesem Fall unter systemischen Gesichtspunkt betrachtet, um die Folgen der psychischen Krankheit eines Elternteils in Wechselwirkung mit anderen Familienmitgliedern - speziell den Kindern - nachvollziehbar zu machen.

So definiert BERTALANFFY (1968) ein System als „einen Komplex interagierender Elemente“²⁶, welches aus der Betrachtung von BAVELAS & SEGAL (1982) bezogen auf die Familie als

besondere Gruppe von Personen [bezeichnet werden kann], zwischen denen Beziehungen bestehen; diese Beziehungen werden durch die Familienmitglieder etabliert, aufrechterhalten und erkennbar gemacht, indem sie miteinander kommunizieren.²⁷

In Anlehnung an die Systemtheorie zeichnet sich eine Familie laut SCHNEEWIND durch wesentliche Komponenten wie Ganzheitlichkeit, Zielorientierung, Regelmäßigkeit, Rückkopplung, Homöostase, Wandel 1. und 2. Ordnung und Abgrenzung aus.²⁸

Der Aspekt der *Ganzheitlichkeit* versteht eine Familie mit ihren Mitgliedern als Einheit, die durch wechselseitige Interaktion und Kommunikation miteinander vernetzt sind. In diesem Sinn können auftretende Entwicklungsdefizite bei einzelnen Mitgliedern nicht nur als individuelle Probleme, sondern müssen in Bezug auf das gesamte System betrachtet werden.

Ein weiterer systemischer Ansatzpunkt zum Verständnis der Prozesse in einer Familie besteht in dem Aspekt der *Zielstrebigkeit*. Hierbei richtet die Familie ihr Zusammenleben nach gemeinsamen Zielen aus, die ihr Sinn und Kontinuität verleihen. Diese Ziele verändern sich je nach Lebens- und Entwicklungsphase der Familie und ihrer einzelnen Mitgliedern. In diesem Fall kann z.B. die Kindererziehung als gemeinsames Ziel der Eltern gesehen werden, welches durch den Eintritt einer psychischen Krankheit in seiner Kontinuität gestört wird.

Die Familie als System weist darüber hinaus eine *Regelmäßigkeit* in den Beziehungen zwischen den einzelnen Mitgliedern auf, welche die Stabilität und Funktionalität der Familie garantiert.

Nicht nur, dass sich die Familie - teils unbewusst - ein Regelwerk zum eigenen Fortbestehen kreiert, bewegt sich die Interaktion ihrer Mitglieder darüber hinaus in einer *zirkulären Kausalität*.

²⁶ Bertalanffy (1968): General systems theory. S.55.

²⁷ Bavelas/ Segal (1982): Familie systems theory. S.10 f.

²⁸ Vgl. Schneewind (1999): S.102-107.

Dabei beeinflusst nicht nur der Einzelne mit seinem Verhalten die anderen Mitglieder, sondern diese beeinflussen sich wechselseitig. So liegen die Ursachen von inadäquaten Erziehungsstilen im systemischen Verständnis nicht nur im ungeeigneten Verhalten der Mutter beziehungsweise des Vaters, sondern in deren wechselseitigen Interaktionen mit dem Kind.

Der Aspekt der *Rückkopplung* bezieht sich auf den Prozess im Familiensystem, der sich durch das regelwidrige Verhalten eines Mitgliedes ergibt. Hiermit gehen oftmals massive Belastungen für die restlichen Familienmitglieder einher, die wiederum Folgen für das regelwidrige Mitglied nach sich ziehen können. Dabei kann zwischen der *positiven* und der *negativen* Art der Rückkopplung unterschieden werden, die jeweils unterschiedliche Ziele verfolgen. Versucht ein Familiensystem den Ausgangszustand vor einem eintretenden Ereignis wieder herzustellen (negative Rückkopplung), wirkt dies stabilisierend auf ihre Struktur und ihre Regelhaftigkeit. Jedoch führt es nicht wie in Form einer positiven Rückkopplung zu Veränderungen der Ausgangslage im System und zu neuen Ansätzen, Probleme zu lösen.

Der Begriff der *Homöostase* schließt sich dem Prozess der negativen Rückkopplung an, wobei ein Familiensystem versucht, das wirkende Kräftegleichgewicht regelmäßig aufrechtzuerhalten. Je nach Starrheit des Regelsystems gelingt es einer Familie, sich an die neuen Anforderungen und die Entwicklungsstufen des Einzelnen anzupassen und damit ein elementares Gleichgewicht zu halten. Die Anpassung einer Familie an bestimmte Situationen kann in unterschiedlicher Weise ablaufen und zu verschiedenen Veränderung führen. So unterscheiden WATZLAWICK, WEAKLAND & FISCH (1974) zwischen dem *Wandel 1. und 2. Ordnung*.²⁹

Unter dem Wandel 1. Ordnung ist der „Wandel von einem internen Zustand zu einem anderen innerhalb eines selbst invariant bleibenden Systems“³⁰ zu verstehen. Das bedeutet, dass im Familiensystem Lösungsansätze für das Problem entstehen, die Veränderungen für den Einzelnen bewirken können, jedoch der Zustand der Familie im Gesamten unverändert bleibt. Hierbei ergibt sich, dass die „Lösung selbst das Problem ist“³¹. Im Gegensatz dazu erfasst der Wandel 2. Ordnung einen Prozess, in dem sich das gesamte System verändert, wie z.B. die Neudefinition bestehender Verhaltensregeln oder Rollenaufgaben.

²⁹ Vgl. Watzlawick/ Weakland/ Fisch (1974): Lösungen. S.29 f.

³⁰ Watzlawick/ Weakland/ Fisch (1974): S.29.

³¹ Ebd. S.51.

Ein weiteres Merkmal des Familiensystems stellt die *Abgrenzung* gegenüber anderen Systemen dar. Diese dient ebenfalls dazu, das Gleichgewicht der Familie in einer Balance zu halten. Die sogenannte Kleinfamilie aus Vater, Mutter und Kind wird dabei als System erfasst, welches seinerseits wieder in Suprasystemen wie beispielsweise Großfamilie, Nachbarschaft integriert ist. Innerhalb einer Familie lassen sich verschiedene Subsysteme ausmachen, z.B. die Elternbeziehung oder die Geschwisterbeziehung. Je nach Entwicklungsstand und Anforderungen an die Familie verschieben sich ihre Grenzen spezifisch und passen sich damit der veränderten Situation an. MICHUCHIN (1977) unterscheidet hierbei zwischen starren, diffusen und klaren Grenzen, worauf jedoch in dieser Ausführung nicht weiter eingegangen werden soll.³²

Dieser kurze Exkurs zum System Familie verdeutlicht, welche wirksamen Prozesse innerhalb einer Familie bestehen, die sich wiederum für die Betrachtung der subjektiven Wahrnehmung des Einzelnen als relevant ergeben.

Letztendlich lässt sich die Situation in einer Familie mit einem psychisch kranken Mitglied dahingehend beschreiben, dass neben der Unsicherheit und Überforderung des Erkrankten mit der Erziehung der Kinder auch Scham- und Schuldgefühle aufkommen, begleitet von der Angst, das Sorgerecht für die Kinder entzogen zu bekommen. Gleichzeitig muss der gesunde Elternteil neue zusätzliche Aufgaben wie die Pflege des Kranken, die alleinige Betreuung und Erziehung der Kinder und die Organisation des Familienalltags übernehmen, die zu einer starken Belastung werden kann. Fällt dabei der erkrankte Elternteil als Verdiener aus, kommen oftmals finanzielle Probleme für die Familie hinzu. Zusätzlich plagt alle Mitglieder die Angst, nicht angemessen mit der Situation umzugehen und dadurch eine Verschlechterung des Krankheitszustandes zu bewirken.

Vor allem für die Kinder kann die psychische Krankheit der Mutter oder/und des Vaters und die damit einhergehende Störungen verschiedener elterlicher Funktionen gravierende Folgen für die eigene Entwicklung mit sich bringen. Die meisten von ihnen erleben die Veränderungen des kranken Elternteils und Auswirkungen auf das Familienleben tagtäglich mit. Hierbei sind sie regelmäßig gezwungen, sich immer wieder neu an die Situation anzupassen. Doch welche Faktoren diese Situation genau bestimmen, wird im nächsten Kapitel eingehend beschrieben.

³² Vgl. Minuchin (1977): Familie und Familientherapie.

2. Kinder psychisch kranker Eltern

Im folgenden Kapitel soll die Betrachtung weniger auf alle in einem Familiensystem lebenden Mitglieder gerichtet werden, sondern sich nur den Kindern widmen. Diese werden hierbei jedoch in ihrem Wesen grundlegend im Sinne ihres Systems, d.h. in Beziehung zu ihrer Familie stehend, verstanden.

Zu Beginn beschäftigt sich das Kapitel mit den aktuellen Forschungsbemühungen zur Thematik „Kinder psychisch kranker Eltern“, um darauf folgend einen Überblick über die Situation der Kinder zu skizzieren und wesentliche Aspekte des Zusammenlebens mit dem kranken Elternteil zu beschreiben.

2.1 Überblick zum aktuellen Forschungsstand

Auf der Suche nach dem Ursprung der Forschungsbemühungen zum Thema *Kinder psychisch kranker Eltern* lassen sich bereits 1932 erste öffentliche Äußerungen anlässlich eines Vortrages auf einem Kongress der „American Orthopsychiatric Association“ finden. Auf diesem stellte MATTEJAT, Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg, seine Ergebnisse über eine empirische Erhebung mit 49 Kinder psychotischer Eltern vor.³³

Erst 30 Jahre später entwickelte sich in der Fachöffentlichkeit ein erstmaliges reges Interesse an Kindern psychisch kranker Eltern. Zu dieser Zeit begann einer der größten europäischen Kinder- und Jugendpsychiater, Sir Michael RUTTER, seine Aufmerksamkeit ganz diesem Forschungsgebiet zu widmen.³⁴

Neben den ersten deutschen Projekten und Dissertationen in den 1970er Jahren erschien 1994 die erste Monografie über Kinder psychisch kranker Eltern von REMSCHMIDT & MATTEJAT im deutschsprachigen Raum, welche bis heute eines der Grundlagenwerke zu diesem Thema darstellt.³⁵

Es folgten weitere Publikationen und Forschungen. Dennoch schien das Interesse an dieser Gruppe von Kindern noch zu gering, als dass von einem Aufschwung gesprochen werden konnte.³⁶

³³ Vgl. Mattejat (2001a): Kinder psychische kranker Eltern im Bewusstsein der Fachöffentlichkeit. S.494.

³⁴ Vgl. ebd.

³⁵ Vgl. Renschmidt/ Mattejat (1994a).

³⁶ Vgl. Küchenhoff (1997): Kinder psychisch kranker Eltern. S.331; Mattejat (2001a): S.491.

Erst Ende der 1990er Jahre kam das Forschungsinteresse an den Kindern psychisch kranker Eltern erneut auf. Mit dem 1996 stattgefundenen Kongress zu dem Thema *Hilfen für Kinder psychisch Kranker* weckte der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Zusammenarbeit mit dem Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen das Bewusstsein der Fachöffentlichkeit für die Problematik.³⁷

Und damit wuchs auch die Aufmerksamkeit für die Kinder. Auf dem im September 2004 stattgefundenen 5. Kinderschutz-Forum, einem der renommiertesten mehrtägigen Treffen deutscher Kinderschutzzentren, kamen mehr als 700 Teilnehmer zusammen, um sich zum Thema „Meine Eltern sind anders - Eltern mit psychischen Störungen und die Betroffenheit der Kinder“ auszutauschen.³⁸ Im Mai 2005 legte auch Albert LENZ, einer der bedeutendsten Professoren auf diesem Gebiet, eine gewinnbringende Studie über Kinder als Angehörige psychisch kranker Eltern vor, welche inhaltlich die Sicht der betroffenen Eltern, die subjektive Meinung der Kinder sowie der Professionellen im Hinblick auf die Entwicklung präventiver Maßnahmen erfragte.³⁹

Schon ab den 1990er Jahren wurden erste Versuche gestartet, erste Hilfsangebote wie z.B. das Modellprojekt AURYN⁴⁰ auf empirisch fundiertem Wissen über die Lebenslage der Kinder zu konzipieren. Jedoch zeichnet sich bis heute ein noch unzureichendes flächendeckendes Angebot von Präventions- und Interventionsprojekten für Kinder psychisch Kranker ab.

Die vorangegangenen Ausführungen zeigen, dass das Interesse an dieser Kindergruppe im Laufe der Jahre zunehmend mehr wurde, jedoch nicht notwendigerweise in ausreichenden Unterstützungs- und Hilfsangeboten für die Betroffenen und ihre Kinder mündete.⁴¹ Dazu kommt, wie KOCH-STOECKER betont, dass dieses Defizit auf weiteren Ursachen beruht:

Zum einen ist die Fragestellung nicht innerhalb einer einzigen, sondern mehreren Disziplinen psychosozialer Versorgung lokalisiert (zwischen Erwachsenenpsychiatrie, Kinderpsychiatrie und Jugendhilfe) und damit nur über interdisziplinäre Projekte zu erfassen. Zum anderen sind die Interaktionen und möglichen Einflussfaktoren so komplex, dass den Forschungsbemühungen stets der Charakter von Unvollständigkeit anhaftet.⁴²

³⁷ Vgl. Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (1996): Auch Kinder sind Angehörige.

³⁸ Vgl. Kinderschutz-Zentren (2004): 5. Kinderschutz-Forum; Kinderschutz-Zentren (2005): Risiko Kindheit.

³⁹ Vgl. Lenz (2005): Kinder psychisch kranker Eltern.

⁴⁰ Vgl. Leidner (2001): Das Schweigen brechen. S.144.

AURYN gründete sich 1993 aus einer Gruppe aus Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern der Universitätsklinik Freiburg, welche sich das Ziel setzte, das Risiko der Kinder, selbst eine psychopathologische Störung zu entwickeln, zu mindern.

⁴¹ Vgl. Wagenblast/ Schone (2001a): Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe. S.580.

⁴² Koch-Stoecker (2001): Zur Wirkung mütterlicher schizophrener Psychosen. S.48.

Es scheint noch verwunderlicher, wenn man sich nochmals die Zahl der betroffenen Kinder ins Gedächtnis zurückruft, bei der es sich nicht gerade um eine kleine, überschaubare Risikogruppe, sondern mit 500.000 um eine erhebliche Größe handelt.

Im nächsten Abschnitt soll ein kurzer Überblick über die verschiedenen Forschungsrichtungen und -ergebnisse zu diesem Thema gegeben werden, wobei der Schwerpunkt weniger auf psychiatrischen und medizinischen, sondern mehr auf den für diese Arbeit interessanten sozialpädagogischen Studien liegt. Die von MÜNDER dominierte juristische Forschung zu den Themen wie Sorgerechtsfragen bei psychisch kranken Eltern wird dabei nicht näher ausgeführt.⁴³

2.1.1 High-Risk-Forschung

Eine Vielzahl der Forschungen über die Auswirkungen psychischer Störungen der Eltern auf die Kinder lässt sich vorwiegend im medizinischen und psychiatrischen Bereich zu finden.

Die bekannteste Forschungsrichtung stellt die *High-Risk-Forschung* dar, welche von der grundlegenden Annahme ausgeht, Kinder psychisch kranker Eltern als Gruppe erhöhter Risikoverdichtung im Hinblick auf eine psychische Krankheit zu verstehen.⁴⁴

Zahlreiche Studien wie z.B. von DOWNEY & COYNE, RUTTER & QUINTON und REMSCHMIDT & MATTEJAT bestätigen in ihren Ausführungen den Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen der Eltern und auftretenden psychischen Auffälligkeiten der Kinder.⁴⁵ Letztere kamen in ihrer Studie zum Ergebnis, dass etwa ein Drittel aller Kinder, die sich in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung befanden, mindestens einen psychisch kranken Elternteil haben.⁴⁶

Das Ziel der High-Risk-Forschung kann darin verstanden werden, die betroffene Risikogruppe herauszufiltern, d.h. ihre Merkmale und Indikatoren zu ermitteln, die sie im Gegensatz zu einer Kontrollgruppe - die Kinder gesunder Eltern - aufweist.⁴⁷

⁴³ Vgl. Munder (1994): Probleme des Sorgerechts bei psychisch kranken und geistig behinderten Eltern.

⁴⁴ Vgl. Lenz (2005): S.11; Mattejat (2001b): Kinder mit psychisch kranken Eltern. S.66 f.; Sollberger (2000): Psychotische Eltern - verletzte Kinder. S.107 f.

⁴⁵ Vgl. Downey/ Coyne (1990): Children of depressed parents.; Rutter/ Quinton (1984): Parental psychiatric disorders.; Remschmidt/ Mattejat (1994a).

⁴⁶ Vgl. Remschmidt/ Mattejat (1994b): Kinder psychotischer Eltern. S.15.

⁴⁷ Vgl. Sollberger (2002): Kinder psychotischer Eltern. S.120; Wagenblaus/ Schone (2001c): Kinder psychisch kranker Eltern. S.11.

Diese Forschungsergebnisse finden ihren Nutzen darin, möglichst frühzeitig spezielle präventive Maßnahmen entwickeln zu können, um sie den betroffenen Kindern schnellstmöglich anzubieten.⁴⁸

Eine der klassischen Studien von REMSCHMIDT & MATTEJAT in Bezug auf das Erkrankungsrisiko der Kinder im Zusammenhang mit der elterlichen Störung bestätigt, dass bei Kindern von psychotischen Eltern gehäuft psychopathologische Auffälligkeiten vorzufinden waren. Vor allem im emotionalen und kognitiven Entwicklungsbereich, aber auch im Sozialverhalten ließen sich Defizite gegenüber der Kontrollgruppe wahrnehmen.⁴⁹

So bestätigen auch MATTEJAT, LAUCHT, ESSER & SCHMIDT und WAGENBLASS, dass das Risiko für Kinder, selbst psychisch zu erkranken, signifikant höher als bei Kindern gesunder Eltern ist.⁵⁰

Die Genese einer kindlichen psychischen Störung scheint aber von weitaus mehr Faktoren als nur der elterlichen Diagnose abhängig zu sein. So wurde in der Rochester Longitudinal Studie herausgefunden, dass besonders der Schweregrad, die Art und Chronizität der Symptomatik, das Geschlecht des Elternteils, die Komorbidität, die Rückfallhäufigkeit, symptomfreie Perioden der Krankheit sowie allgemeine familiäre und psychosoziale Bedingungen des Aufwachsens eine dominierende Rolle gegenüber der Diagnose spielen.⁵¹ Hinzu kommen Faktoren auf Seiten des Kindes wie die genetische Belastung, biologische Vulnerabilität⁵², schwierige Charakterzüge und geringe intellektuelle und soziale Kompetenzen, die eine psychische Krankheit begünstigen.

Trotz aller Versuche der High-Risk-Forschung in den letzten Jahren, alle relevanten Aspekte zu berücksichtigen,⁵³ muss sie sich der Kritik stellen, eine Blickverengung aufgrund ihrer Schwerpunktsetzung auf die psychopathologischen Merkmale der Kinder zu bewirken und das Problem damit nur unvollständig zu skizzieren.

⁴⁸ Vgl. Sollberger (2002): S.120; Mednick/ Schulsinger (1980): Kinder schizophrener Eltern. S.47.

⁴⁹ Vgl. Remschmidt/ Mattejat (1994b): S.295.

⁵⁰ Vgl. Mattejat (2001b): S.67; Laucht/ Esser/ Schmidt (1992): Psychisch auffällige Eltern. S.24 ff.; Wagenblass (2002): S.72.

⁵¹ Vgl. Deneke (2004): Kinder psychisch kranker Eltern. S.7.

⁵² *Vulnerabilität*: [dt.] Verletzlichkeit. (Vgl. Finzen (1995): S.85).

⁵³ Hierbei handelt es sich vor allem um „genetische, biochemische, neurophysiologische, lern- und interaktionstheoretische sowie entwicklungspsychologische Aspekte.“(Wagenblass/ Schone (2001c): S.11)

Dabei muss verdeutlicht werden, dass die High-Risk-Forschung die Kinder bereits als Patienten wahrnimmt, so wie SOLLBERGER über die Monografie von REMSCHMIDT & MATTEJAT betont:

Im Grunde handelt das Buch nicht so sehr von Kindern psychotischer Eltern als vielmehr (...) von Kindern psychotischer Eltern als „Population einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik.“⁵⁴

2.1.2 Genetische Studien

Neben der High-Risk-Forschung stellen genetische Studien über die Kinder psychisch kranker Eltern ein weiteres großes Forschungsgebiet dar. Ihr Untersuchungsziel ist es, herauszufinden, welche Rolle die Vererbung bei der Entstehung psychischer Erkrankungen spielt. Dabei konnte, bezogen auf Kinder schizophrener oder affektiv erkrankter Eltern, eine erhöhte Vulnerabilität festgestellt werden. So liegt das Vererbungsrisiko einer Schizophrenie auf Seiten des Kindes bei einem schizophrenen Elternteil zwischen 10-15%, was sich mit zwei kranken Elternteilen auf 35-50% erhöht. Im Gegensatz dazu liegt das genetische Risiko bei Kindern eines depressiven Elternteils, selbst depressiv auffällig zu reagieren, bei 23-38%, bei Betroffenheit beider Eltern bei 70%.⁵⁵

Doch diese einseitige Orientierung der Forschung auf die genetische Belastung als Ursache für die Entstehung psychischer Störungen bei den Kindern würde das Problem nur unzulänglich bewerten. DENEKE weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die genetische Veranlagung nur eine unter vielen Risikofaktoren ist, wobei sich die einzelnen Faktoren gegenseitig bedingen und verstärken.⁵⁶ Auf weitere Risikofaktoren für die Kinder wird im Verlauf des Textes ausführlicher eingegangen.

2.1.3 Sozialpsychiatrische und familienorientierte Untersuchungsansätze

Aus den bisher vorgestellten Ausführungen wird deutlich, dass der Aspekt der Familie keine unwesentliche Rolle für die Entwicklung psychopathologischer Auffälligkeiten bei Kindern psychisch kranker Eltern spielt.

⁵⁴ Sollberger (2002): S.121.

⁵⁵ Vgl. Wagenblass (2002): Kinder und Eltern zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe. S.72; Lenz (2005): S.12; Mattejat (2001b): S.67.

⁵⁶ Vgl. Deneke (1995): Psychosoziale Probleme. S.5 f.

Sozialpsychiatrische und familienorientierte Forschungsansätze gehen von einem psychoreaktiven Modell der Entstehung psychotischer Störungen aus, bei der der Familiendynamik eine große Bedeutung zukommt.⁵⁷

Einige Befunde in diesem Bereich zeigen, dass sich die Gefahr für eine psychotische Dekompensation⁵⁸ bei Kindern besonders durch belastende Lebensereignisse, sogenannte *Life Events* erhöht. Darunter zählen z.B. der Tod eines Angehörigen, die Scheidung der Eltern und der Wohnortwechsel.⁵⁹

Hinzukommend wird dem vorherrschenden emotionalen Interaktionsstil einer Familie eine wesentliche Rolle bei der Manifestation schizophrener Störungen zugeschrieben. Scheint der Umgang der Familienmitglieder miteinander durch ein hohes Maß an Feindseligkeiten oder an Überengagement gekennzeichnet (zusammenfassend wird von dem Begriff *Expressed Emotions* gesprochen), lässt dies auf eine ungünstige Konstellation schließen.⁶⁰

In Bezug auf die Familiendynamik beschreibt LAUCHT et al. ein weiteres wichtiges Phänomen: Die Beziehung zwischen der elterlichen Krankheit und einer möglichen Entwicklungsstörung bei dem Kind kann nicht als Einseitigkeit begriffen, sondern es muss von einer wechselseitigen Beeinflussung, von dem Kind auf die Mutter - von der Mutter auf das Kind - ausgegangen werden.⁶¹

In den jüngsten Forschungsbemühungen wird nicht mehr allein den negativen Aspekten aus dem Zusammenleben mit einem psychisch erkrankten Elternteil Beachtung geschenkt, sondern erstmals auch schützenden und unterstützenden Faktoren in diesem Zusammenhang Raum gegeben. Diese neuwertigen Ergebnisse können vor allem für die Entwicklung von Hilfsangeboten von großer Bedeutung sein. Eine nähere Betrachtung protektiver Faktoren für das Kind psychisch kranker Eltern finden sich im *Kapitel 2.3* wieder, doch vorerst folgen weitere Forschungsansätze.

⁵⁷ Vgl. Remschmidt/ Mattejat (1994b): S.296; Mattejat (2005): Was wir wissen. S.68.

⁵⁸ Dekompensation: [lat.] decompensatio: "Unausgeglichenheit" beziehungsweise "Entgleisung", meint im psychologischen Sinne eine akute Störung der Kompensation.

⁵⁹ Vgl. Remschmidt/ Mattejat (1994a): S.48; Mattejat (2005): S.68.

⁶⁰ Vgl. Mattejat (2005): S.68; Remschmidt/ Mattejat (1994a): S.45; Jungbauer et al. (2001): Belastungen von Angehörigen. S.107.

⁶¹ Vgl. Laucht et al. (1992): S.45.

2.1.4 Sozialpädagogische Ansätze

Bei diesem Forschungsansatz handelt es sich um eine historisch junge Bemühung zum vorliegenden Thema, welche ihren Schwerpunkt darin sieht, die Lebenswelt und existierenden Ressourcen der Kinder und ihrer Familien systematisch zu beschreiben und für präventive Unterstützung nutzbar zu machen.⁶²

Dabei scheint es nötig, verstärkt nach der subjektiven Sicht der Kinder im Zusammenleben mit ihren psychisch kranken Eltern zu fragen und dieses Erleben als Forschungsschwerpunkt zu begreifen.⁶³ Um diese Ziele zu erreichen, stellt die narrative Biografieforschung - mit Hilfe halbstrukturierter Interviews - nach SOLLBERGERS Meinung eine geeignete Methode dar, um sich der subjektiven Sicht der Kinder über ihre Lebenssituation anzunähern.⁶⁴ Diese Auffassung lässt sich auch bei anderen Autoren wiederfinden, welche die Erfassung subjektiver Erfahrungen und Erlebnisse als Chance erkennen, Informatives über die Kinder zu erfahren, um daraus hilfreiche und wertvolle Präventionsansätze entwickeln zu können.⁶⁵

In den letzten Jahren erschienen einige sozialpädagogische Studien mit Fokus auf das subjektive Erleben und Wahrnehmen von Kindern psychisch kranker Eltern. Bereits 1993 befragte DUNN, ein amerikanischer Forscher, neun bereits erwachsene Kinder über ihre Kindheit mit ihren psychotischen Eltern.⁶⁶ Der Traditionslinie von BLEULER und ANTHONY⁶⁷ getreu basierte die Arbeit von DUNN auf der Überzeugung, dass die Erkenntnis der Erfahrung betroffener Kinder aus der eigenen Perspektive für eine hilfreiche Prävention von zentraler Bedeutung ist.⁶⁸ Als Ergebnisse dieser Studie ergaben sich Aspekte auf Seiten der Kinder z.B.

- Probleme der Isolation und Entfremdung der Kinder,
- Formen des Missbrauchs und der Vernachlässigung der Kinder und
- Gefühle der Isolation durch Tabuisierung der Krankheit, fehlende Aufklärung und sozialer Ausstoß des kranken Elternteils durch das soziale Umfeld.

⁶² Vgl. Wagenblass/ Schone (2001c): S.12.

⁶³ Vgl. ebd. S.16.

⁶⁴ Vgl. Sollberger (2000): S.112.

⁶⁵ Vgl. Wagenblass (2001): Kinder psychisch kranker Eltern. S.1; Sollberger (2002): S.122; Anthony (1980) Kinder manisch-depressiver Eltern.S.14.

⁶⁶ Vgl. Dunn (1993): Growing up with a psychotic mother.

⁶⁷ Vgl. Bleuler (1972); Anthony (1980).

⁶⁸ Vgl. Sollberger (2002): S.122.

Auch im deutschsprachigen Raum entstanden einige Studien wie die von WÜTHRICH & HÄNNI (1992), SOLLBERGER & ROGGE (2000), LENZ (2005) und WAGENBLASS & SCHONE (2001), die die ersten Ergebnisse von DUNN bestätigten.⁶⁹

Zwar kann in hierbei ein positiver Aufschwung verzeichnet werden, doch bleibt weiterhin ein großer Mangel an informationsgewinnenden Studien bestehen, um die Grundsteine für eine Entwicklung individueller Interventionskonzepte zu gewährleisten, wie auch WAGENBLASS & SCHONE folglich untermauern:

Eine fokussierte Befassung mit den Lebenslagen von Kindern psychisch kranker Eltern und eine darauf aufbauende konzeptionelle Diskussion, wie vor dem Hintergrund dieser Lebenslage die Kompetenzen und Angebote der Jugendhilfe gestaltet sein müssten und mit welchen Kooperations- und Vernetzungsformen hier eine angemessene Hilfe und Unterstützung gewährleistet werden kann, steht bisher jedoch eher am Anfang.⁷⁰

2.2 Folgeprobleme für Kinder psychisch kranker Eltern

Über die aufgeführten Forschungsergebnisse kann zusammenfassend gesagt werden, dass Kinder, die in Familien aufwachsen, in denen ein oder beide Elternteile psychisch erkrankt sind, vielfältig durch eine elterliche Krankheit und deren Folgeprobleme belastet sind.

Diese Belastungen lassen sich in zwei Gruppen einteilen:⁷¹

- *Die genetische Belastung:* Hierbei wird davon ausgegangen, dass die Kinder psychisch kranker Eltern eine Vulnerabilität beziehungsweise ein Risiko für psychische Störungen aufweisen.⁷²
- *Die psychosoziale Belastung:* Diese begreifen vor allem die Belastungsfaktoren, die sowohl psychisch als auch sozial als Folge der Krankheit und deren Auswirkungen auf die Familie entstehen, wie z.B. der Wahneinbezug oder das aufkommende Betreuungsdefizit des Kindes.

Trotz des erhöhten Vererbungsrisikos liegt der Schwerpunkt dieser Arbeit weniger auf der genetischen Belastung als vielmehr auf den psychosozialen Faktoren.

⁶⁹ Vgl. Sollberger (2000); Rogge (2000): Die ungehörten Angehörigen; Wüthrich/ Hänni (1992): Was ist los mit meiner Mutter?; Lenz (2005); Wagenblass/ Schone (2001c).

⁷⁰ Wagenblass/ Schone (2001c): S.10.

⁷¹ Vgl. Mattejat (2001b): S.69.

⁷² Vgl. Lenz (2005): S.14.

Diese gewählte Abgrenzung gegenüber der genetischen Fragestellung basiert auf dem Interesse der Sozialarbeit, mit dem Wissen über psychosoziale Belastungen aus der subjektiven Sicht der Kinder geeignete Unterstützungsmöglichkeiten für diese Risikogruppe entwickeln zu können. Diese Überlegung wird in der aktuellen Literatur bestätigt.⁷³

Nach MATTEJAT und WAGENBLASS & SCHONE lassen sich die psychosozialen Folgen einer psychischen Krankheit eines Elternteils nach drei Merkmalen einteilen:⁷⁴

- *Direkte Auswirkung der Erkrankung*, die vom erkrankten Elternteil ausgehen wie z.B. Wahneinbezug oder Vernachlässigung,
- *Indirekte Auswirkungen der Erkrankung*, aus den sich Folgeprobleme für die Familie ergeben und damit auch Einfluss auf das Kind haben wie z.B. konfliktreiche Beziehungen innerhalb und außerhalb der Familie, soziale Isolation u.a. und
- *unmittelbare Probleme der Kinder*, welche die Kinder direkt durch das Auftreten der psychischen Krankheit erleben, wie z.B. Schuldgefühle oder Loyalitätskonflikte.

2.2.1 Direkte Auswirkung der Erkrankung

Diese Gruppe beinhaltet verschiedene Belastungen, die sich direkt aus der Krankheit und deren Symptomatik ergeben. Im Folgenden sollen diese detaillierter betrachtet werden.

Mangelnde Befriedigung kindlicher Bedürfnisse

Wird ein Elternteil psychisch krank, können damit oftmals Einschränkungen in Erziehungsfähigkeit einhergehen, was wiederum eine mangelnde Befriedigung kindlicher Bedürfnisse nach sich zieht. Unter Erziehungsfähigkeit kann

die Fähigkeit der Eltern [verstanden werden], Bedürfnisse des Kindes nach körperlicher Versorgung und Schutz zu erfüllen, die Fähigkeit, dem Kind als stabile und positive Vertrauensperson zu dienen, die Fähigkeit, dem Kind ein Mindestmaß an Regeln und Werten zu vermitteln sowie die Fähigkeit, einem Kind grundlegende Lernchance zu eröffnen.⁷⁵

⁷³ Vgl. Wagenblass (2001); Sollberger (2002).

⁷⁴ Vgl. Mattejat (2001b): S.22; Wagenblass/ Schone (2006): S.16 f.

⁷⁵ Lenz (2008): Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. S.17.

Die Kinder erleben, wie sich der Elternteil zunehmend zurückzieht und nur noch mit sich beschäftigt ist, so dass kaum Zeit und Aufmerksamkeit für ihre Belangen bleibt. Deutliche Einschränkungen lassen sich vor allem bei schizophren erkrankten Eltern in bindungsrelevanten Fähigkeiten, in der kognitiven Förderung der Kinder und in der Fähigkeit, Kindern adäquate Problemlösungsstrategien und soziale Kompetenzen zu vermitteln, feststellen. Im Gegensatz hierzu ist bekannt, dass es bei depressiv erkrankten Eltern außerhalb der Akutphasen nur zu geringen Einschränkungen kommt, während in der Mutter-Tochter-Beziehung häufig das Phänomen der Rollenumkehr zu beobachten ist.⁷⁶ DOWNEY & COYNE beschreiben depressive Mütter als selbstkritisch gegenüber ihrer Mutterrolle: Sie fühlen sich den Anforderungen der Erziehung nicht gewachsen, sehen jedoch die Gründe dafür nicht als Folgen ihrer Krankheit, sondern im Verhalten des Kindes.⁷⁷

Vernachlässigung und Missbrauch

Hinzukommend zu der Einschränkung der elterlichen Erziehungsfähigkeit können Formen der Vernachlässigung und des Missbrauchs des Kindes entstehen.⁷⁸ Viele psychisch kranke Eltern sind stark auf sich konzentriert oder in ihre Wahngedanken gefangen, dass es ihnen kaum mehr möglich ist, die alltägliche Grundversorgung ihrer Kinder zu gewährleisten. Fehlt in diesen Situationen ein kompensierender Gegenpart, wie z.B. der Lebenspartner, die Geschwister, die Großeltern oder eine außerfamiliäre Unterstützung, kann dies zur Folge haben, dass die Kinder keine altersgerechte Ernährung, keine angemessene Hygiene und keine gesicherte Unterbringung erfahren.⁷⁹ Neben einer mangelhaften physiologischen Versorgung kann es außerdem zu erzieherischen oder emotionalen Formen von Vernachlässigung kommen, die sich schädlich auf das Wohl des Kindes auswirken können. Eine Studie zur Qualität der Kinderversorgung befragte 141 Eltern mit Kindern unter 18 Jahren zum Zeitpunkt ihrer Entlassung aus der psychiatrischen Abteilung der Universität Freiburg nach ihrer Einschätzung der Betreuungssituation der Kinder.

⁷⁶ NICHD Early child care research network (1999): Chronicity of maternal depressive symptoms, zit. nach Lenz (2008), S.20.

⁷⁷ Vgl. Downey/ Coyne (1999): S.57.

⁷⁸ Vgl. Sollberger (2002): S.122.

⁷⁹ Vgl. Fischer/ Gerster (2005): Vergessen und überfordert. S.165.

Die Ergebnisse zeigen, dass nur knapp die Hälfte der Befragten die Betreuung als gut einschätzte, wohingegen 22% der Befragten in der Zeit des Klinikaufenthaltes die Qualität der Betreuung als unsicher und schlecht empfanden. Viele Eltern gaben an, dass sowohl die finanzielle Hilfe, als auch die Unterstützung durch Familienhilfen von Seiten des Staates unzureichend gestaltet waren.⁸⁰

Noch schwerwiegendere Folgen können Misshandlung jeglicher Art nach sich ziehen. Der Begriff *Misshandlung* meint ein wiederholtes Verhaltensmuster der Betreuungsperson, das den Kindern ein Gefühl von Wertlosigkeit, Gefährdung, Lieblosigkeit und Unnützlichkeit ihrerseits vermittelt.⁸¹ DENEKE unterscheidet dabei zwischen körperlichen Misshandlungen wie z.B. Gewaltakte am Kind und psychischen Misshandlungen (Erniedrigungen des Kindes). Hierbei kann angenommen werden, dass die körperlichen auch die psychischen Misshandlungen nach sich ziehen, die psychischen aber nicht gleich die körperlichen Misshandlungen bedingen.⁸²

In schweren Fällen der Kindeswohlgefährdung sieht das Bundesgesetzbuch Maßnahmen zur Abwendung der Gefahr nach § 1666 Abs.1 BGB⁸³ in Form von Ersetzung elterlicher Erklärung durch Sorgerechtsentziehungen oder Kindeswegnahme vor. Diese Form der rechtlichen Sicherung des Kindeswohles stellt in Akutsituationen eine Möglichkeit dar, dem Kind Schutz und Raum für eine sorgenfreie Entwicklung zu bieten. Dies kann jedoch den Verlust der elterlichen Nähe und Bindung, welche für die kindliche Entwicklung von großer Bedeutung ist, kaum kompensieren.

Elterlicher Wahneinbezug des Kindes

Viele der Kinder werden Zeugen der Wahnvorstellungen ihrer kranken Eltern. Kann sich das Kind das Verhalten des Erwachsenen nicht erklären, kann folgen, dass das Kind selbst nicht mehr zwischen Realität und Wahn unterscheiden kann. Dieses sogenannte „folie á deux“- Phänomen, d.h. die Ansteckung mit einer Psychose, zeichnet sich dann ab,

wenn ein seelisch und intellektuell abhängiger Mensch mit einem psychotischen Menschen eng zusammenlebt und keine Möglichkeit der Realitätsprüfung durch die Anwesenheit einer gesunden Person gegeben ist.⁸⁴

⁸⁰ Vgl. Bohus/ Schehr/ Berger-Sallawitz (1998): S.136.

⁸¹ Vgl. Lenz (2008): Interventionen bei Kinder psychisch kranker Eltern. S.22.

⁸² Vgl. Deneke (2005): Misshandlung und Vernachlässigung durch psychisch kranke Eltern. S.141-154.

⁸³ Vgl. Schönfelder (2008): Deutsche Gesetze. § 1666 Abs.1.

⁸⁴ Deneke (2004): S.6.

Unter diesem Phänomen können Kinder bis ins Erwachsenenalter leiden, wenn es ihnen nicht gelingt, ihre Erinnerungen an der Realität abzugleichen.

2.2.2 Indirekte Auswirkungen der Erkrankung

In diese Belastungsgruppe können jene Art der Probleme der Kinder eingeordnet werden, die sich aus den Folgen der Krankheit für das gesamte Familienleben ergibt.

Belastende Beziehung innerhalb und außerhalb der Familie

Mit einer psychischen Erkrankung können zahlreiche Konflikte innerhalb der Familie einhergehen, die im Zusammenhang mit dem veränderten Verhalten des Erkrankten und dessen Folgen für den Familienalltag entstehen.⁸⁵ So gestaltet es nicht nur für Erwachsene, sondern besonders für Kinder aufgrund der unvorhersehbaren Stimmungswechsel unwahrscheinlich schwierig, ihr Verhalten gegenüber dem Zustand des Kranken anzupassen. Dabei kann es häufig zu Diskrepanzen aufgrund fehlenden Verständnisses kommen und damit das Rückfallrisiko für den Kranken potentiell erhöhen.

Hinzukommend ist der kranke Elternteil in vielen Fällen nicht mehr in der Lage, seine Rollenaufgaben innerhalb des Familiensystems zu erfüllen. Er kann Aufgaben wie z.B. die Erziehung der Kinder, die Rolle des Partners, die Organisation des Haushaltes oder finanzielle Absicherung der Familie, nicht mehr wie gewohnt bewältigen. Im Gegenteil, meist braucht dieser selbst sehr viel Aufmerksamkeit für seinen Zustand, verlangt nach Bestätigung seiner selbst und ist auf Rücksichtnahme angewiesen. Folglich entstehen oft Rivalitäten zwischen Geschwisterkindern aufgrund fehlender Aufmerksamkeit, die der gesunde Elternteil dem Kranken widmet. Ebenso können Konflikte zwischen den Partnern aufgrund veränderter Intimität entstehen.⁸⁶ Hierbei enden diese nicht allzu selten in einer Scheidung oder in einer Trennung der Paare, was eine gravierende Belastung für die Entwicklung des Kindes darstellt.⁸⁷ Ein weiterer Aspekt ist darin zu sehen, dass der gesunde Elternteil neben der Pflege des Kranken und alleiniger Kindererziehung auch weiterhin seiner Berufstätigkeit nachgehen muss, um die Familie vor finanzieller Not zu bewahren. Daraus folgend kann es zu einer Dauerbelastung des gesunden Elternteils kommen, die sich wiederum auf das gesamte Familienleben auswirken kann.

⁸⁵ Vgl. Bräunig/ Krüger/ Rosbänder (2005): Kinder bipolarer Eltern. S.27 f.

⁸⁶ Vgl. Lenz (2008): S.12.

⁸⁷ Vgl. ebd.

Daneben kann es im weitreichenden Verwandtenkreis gleichermaßen zu Streitigkeiten und Abwertungen aufgrund des unangepassten Verhaltens des Kranken kommen. Dies kann zur Folge haben, dass sowohl die Familie als auch die Verwandten sich zunehmend nach außen isolieren, wobei die betroffene Familie mit ihren Problemen allein zurück bleibt.⁸⁸

Betreuungsdefizit

Sowohl der Ausfall des Kranken als Erziehungsinstanz und Familienmitglied bringen für den gesunden Teil unzählig neue Aufgaben mit sich, die er neben seinen eigenen Aufgaben bewältigen muss. Dieser Doppelbelastung lässt kaum Zeit für die intensive Auseinandersetzung mit den Kindern⁸⁹, vor allem während einer stationären Behandlung des kranken Elternteils. Ist der kranke Elternteil allein erziehend, drohen den Kindern im Fall einer Klinikenweisung die Inobhutnahme bei anderen Verwandten oder in institutionellen Unterbringungsmöglichkeiten.

Diese ständig wechselnde Wohn- und Betreuungssituation tragen weniger förderlich zu einem sicheren Bindungsaufbau in der Eltern-Kind-Beziehung bei, sondern führen zu Existenzängsten bei Kindern, besonders dann, wenn sie nicht über die Tatsachen aufgeklärt werden.

Stigmatisierung und Abwertungserlebnisse

Wie schon vorangegangen erwähnt erleben vielen betroffenen Familien oftmals Unverständnis als auch Ausgrenzung durch die Gesellschaft. Psychische Krankheiten werden auch heute noch oftmals als Mysterium verstanden, dessen Entstehung und Ursachen schwer zu erkennen und erklären sind. Das Verhalten des Erkrankten wirkt für Außenstehende so unberechenbar, dass es wiederum Angst hervorruft.

Diese fortwährend bestehende Meinung über psychische Krankheiten lässt kaum Platz für eine individuelle Betrachtung des Einzelfalls, sondern zieht eine leidvolle Stigmatisierung alle Erkrankten und deren Familien gleichermaßen nach sich.⁹⁰ Hierbei erfahren die betroffenen Familien nicht nur Ausgrenzung durch ihre außerfamiliäre Umwelt, sondern erleben in den eigenen familiären Reihen Unverständnis und Abwendung aufgrund der Krankheit des Familienmitgliedes.⁹¹

⁸⁸ Vgl. Creer/ Wing (1977): Das Alltag mit schizophrenen Patienten. S.132 ff.

⁸⁹ Vgl. Günther (2008): Wenn Eltern psychisch krank sind. S.59.

⁹⁰ Vgl. Wagenblass/ Schone (2001c): S.66 f.

⁹¹ Vgl. ebd. S.177 f.

STÖGER belegt in diesem Zusammenhang, dass besonders Kinder unter der Stigmatisierung ihrer Eltern leiden. Ihnen werden schon frühzeitig gesellschaftliche Normen und Werte von ihrer Umgebung vermittelt, an denen sie sich in ihrem Leben orientieren. Mit dem Auftreten anormalen Verhaltens eines Elternteils und der damit einhergehenden gesellschaftlichen Abwertung kann das Kind in seinem Normenverständnis erschüttert und diese Erfahrung zu einer schmerzvollen Angelegenheit werden.⁹²

Tabuisierung

Um dem Problem der Stigmatisierung und dem eigenen Unverständnis über die Krankheit aus dem Weg zu gehen, vermeiden viele gesunde Elternteile eine offene Auseinandersetzung mit der Krankheit. Ebenso leidet der Erkrankte unter Schuld- und Schamgefühlen aufgrund seiner Krankheit, wodurch es unmöglich scheint, die Krankheit zu einem offenen Thema zu machen.⁹³ Hierbei begreifen auch Kinder sehr schnell, dass die Krankheit ein Familiengeheimnis darstellt, was keinen Platz für ihr Bedürfnis nach Kommunikation lässt.⁹⁴

MATTEJAT versteht diese Art der Tabuisierung als Verbot, das bestehende Wissen über den kranken Elternteil durch eine offene Kommunikation der gesellschaftlichen Stigmatisierung auszusetzen. Erzählen Kinder aus der Not heraus von ihren Sorgen in Bezug auf den kranken Elternteil, plagt sie eine unwahrscheinliche Angst, ihre Eltern verraten zu haben.⁹⁵ Dieses Tabu verhindert zusätzlich die Chance auf Wissen und Austausch für die Kinder, wodurch ihre Unsicherheit reduziert werden könnte.⁹⁶ Bleibt die Wissenslücke der Kinder langfristig bestehen, kreieren sie eine Erklärung für das Phänomen, die oft schlimmer als die Realität ist und eine größere Belastung für das Kind zur Folge hat.

In den Studien von KÜCHENHOFF und LENZ, welche sich inhaltlich mit der elterlichen Tabuisierung beschäftigten, ergab sich, dass viele Kinder eine Tabuisierung ablehnten. Hierbei äußerten sie eher den Wunsch des offenen Umgangs und der Aufklärung über die Krankheit.⁹⁷

⁹² Vgl. Stöger (1999): S.24.

⁹³ Vgl. Lenz (2008): S.32.

⁹⁴ Vgl. Gerster/ Fischer (2005): S.164.

⁹⁵ Vgl. Lenz (2005): S.73.

⁹⁶ Vgl. Stöger/ Mückstein (1995): Die Kinder der Patienten. S.30.

⁹⁷ Vgl. Studie von Küchenhoff an der Universität Zürich (2004): S.105; Studie von Lenz (2003).

Isolation

Mit der Tabuisierung der Krankheit geht ferner eine Isolation der Familie gegenüber der Außenwelt einher. Indem sie sich aus dem gesellschaftlichen Leben zurückziehen, um die Gefahr der Stigmatisierung zu meiden, bleibt ihnen gleichzeitig die Möglichkeit außerfamiliärer Unterstützung und gesellschaftlicher Teilhabe versperrt.⁹⁸

Dieser Isolation folgt, dass viele Kinder versuchen, ihre Wirklichkeit in zwei Welten zu leben: in der der Familie und in der Welt außerhalb. Beide Welten bleiben einander unbekannt, so dass sich das Kind in der einen Welt gegenüber der anderen als fremd empfindet.⁹⁹

KOENNING weist in diesem Zusammenhang auf das Phänomen der zweifachen Isolation einer Familie hin. Damit ist gemeint, dass diese sich nicht nur nach außen hin isoliert, sondern sich auch innerhalb ihrer Grenzen alle Mitglieder von einander isolieren.¹⁰⁰ Damit wird den Kindern die Möglichkeit versperrt, kompensierende beziehungsweise korrigierende Erfahrungen außerhalb der Familie zu sammeln und andere Beziehungen aufzubauen.¹⁰¹ Dabei wissen sie oft nicht mehr, an wen sie sich mit ihren Probleme wenden können. Sie vertrauen daraufhin keinem mehr, empfinden in ihrer Isolation eine tiefe Sprachlosigkeit und bleiben letztendlich mit ihren Problemen allein.¹⁰² Diese Isolation kann so weit führen, dass Kinder auch in anderen sozialen Systemen wie Schule oder Vereinen zu Außenseitern werden und nur wenige freundschaftliche Beziehungen aufbauen.

Sozioökonomische Lebensbedingung

Mit der psychischen Krankheit eines Elternteils können zusätzlich finanzielle Probleme einhergehen. Tritt nur eine Krankheitsphase auf, gelingt es vielen Betroffenen, ihre Berufstätigkeit wieder aufzunehmen. Kehrt die Krankheit jedoch episodisch wieder, ist es ihnen oftmals nicht möglich, ihre Arbeit wieder aufzunehmen bzw. den Arbeitsplatz halten zu können. Dabei kommt es in nahezu 100% der Fälle zum Verlust des Arbeitsplatzes.¹⁰³

⁹⁸ Vgl. Creer/ Wing (1977): S.133; Vgl. Lidz/ Fleck (1979): Die Familienumwelt der Schizophrenen. S.228-231.

⁹⁹ Vgl. Sollberger (2002): S.122 f.

¹⁰⁰ Vgl. Koening (1991): Zur Lebenssituation der Familien psychisch Kranker. S. 28.

¹⁰¹ Vgl. Gerster/ Fischer (2005): S.164.

¹⁰² Vgl. Mattejat (2005): S.73.

¹⁰³ Vgl. Koening (1991): S.31.

Hinzukommend muss der gesunde Elternteil neben seiner eigenen emotionalen Belastungen und Pflegefunktion für die finanzielle Sicherung der Familie eintreten. Trotz dieser Tatsachen, welche die Angehörigen zu „Vollzeitpflegern“ und „Medikamentenzahlern“ macht und damit als Entlastung für das moderne Psychiatriewesen dient, erleben die voll beschäftigten Angehörigen keinerlei staatliche Unterstützung für ihre Leistung.¹⁰⁴

Vor allem für Ein-Eltern-Familien scheint diese finanzielle Abhängigkeit von Sozialbeträgen wie Frührente und Harzt IV der Beginn einer Armutskrise zu sein. Für die Kinder kann dies vielfach eine inadäquate Versorgung mit Nahrung, Kleidung oder Schulsachen bedeuten. In dieser Situation ist es für die Eltern kaum mehr möglich, ihren Lebensstandard zu halten.

Das hat zur Folge, dass sie in viel zu enge und zu schlechte Wohnungen ziehen müssen und kaum finanzielle Rücklagen für die Freizeitgestaltung besitzen.¹⁰⁵

2.2.3 Unmittelbare Probleme der Kinder

Diese letzte Gruppe erfasst die unmittelbaren Probleme, die sich direkt aus der Krankheit und aus der Vielzahl von vorangegangenen Belastungsmomenten für die Kinder ergeben.

Ängste und Desorientierung

In der Phase des sozialen Lernens ist das Verständnis für den Zusammenhang zwischen Wahrnehmung, Kognition und Affekt besonders wichtig. Dadurch können die Kinder ihr Handeln einschätzen lernen, was sie folglich mit ihrer Umwelt vertrauter werden lässt. Kommt es jedoch beim erkrankten Elternteil zu Reaktionen und Verhaltenweisen, die das Kind aufgrund seiner eingeschränkten Wahrnehmung nicht nachvollziehen kann, löst dies Angst und Verwirrung beim Kind aus.¹⁰⁶

Schuldgefühle und Verantwortungsgefühl

In der Verwirrung über das rätselhafte Verhalten des erkrankten Elternteils versucht das Kind immer wieder, für sich annehmbare Erklärungen für die Situation zu finden.

¹⁰⁴ Vgl. Seelhorst (1996): „Mit psychisch kranken Angehörigen leben.“ S.17.

¹⁰⁵ Vgl. Häfner (2005): S.231-238.

¹⁰⁶ Vgl. Stöger (1999): S.24; Mattejat (2005): S.72.

In seiner Phantasie entwickelt es Theorien über die Entstehung der elterlichen Krankheit, welche erst spät durch fundiertes Wissen abgelöst werden. Aufgrund des bis dahin noch bestehenden egozentrischen Weltbildes sieht das Kind die Ursachen für die Erkrankung hauptsächlich in seinem Verhalten gegenüber dem Elternteil.¹⁰⁷ Daraus können schwere Schuldgefühle gegenüber dem Zustand des kranken Elternteils entstehen, welche wiederum starke Verantwortungsgefühle nach sich ziehen.

Aufgrund ihrer Theorie fühlen die Kinder sich befähigt, das Leiden der Eltern durch Veränderung des eigenen Verhaltens mindern und koordinieren zu können. Wird den Kindern diese Vorstellung nicht genommen und eine altersgemäße Aufklärung angeboten, leiden sie bis ins Erwachsenenalter unter schweren Schuldgefühlen und dem Gefühl, für das Wohlergehen des Elternteils verantwortlich zu sein.¹⁰⁸

Bei älteren Kindern kommen zusätzlich Gefühle der Wut und des Zornes über das unangemessene Verhalten und Versagen der Eltern hinzu.¹⁰⁹ Diese Schuldgefühle verfolgen die Kinder bis ins Erwachsenenalter sowohl als „separation guilt“, eine Form von Schuld, die sich aus den Loslösungsprozessen der Kinder vom Elternhaus entsteht, und als Form der „survivor guilt“, welche aus der Idee entsteht, dass ein Ausbrechen des Einzelnen aus diesem System gleichsam Veränderungen mit sich bringt, die von den anderen Mitgliedern mitgetragen werden müssen.¹¹⁰

Schamgefühle und Loyalitätskonflikte

Kinder lernen schnell, welche Normen und Werte in der Gesellschaft als wichtig erachtet werden. Verhält sich der kranke Elternteil normwidrig, entstehen beim Kind Schamgefühle. Dabei versuchen viele Kinder, sich von dem kranken Elternteil in dieser Situation abzuwenden oder in beiden Welten, Familie und Umwelt, abgegrenzt von einander zu leben.

Diese Schamgefühle bedingen häufig Loyalitätskonflikte, welche die Kinder in Bezug zu ihren Eltern entwickeln. Besonders in Streitsituationen haben die Kinder das Gefühl, sich für einen Elternteil entscheiden zu müssen.¹¹¹

¹⁰⁷ Vgl. Mattejat (2005): S.72; Vgl. Stöger (1999): S.23.

¹⁰⁸ Vgl. Gerster/ Fischer (2005): S.164; Knuf (2000): S.1.

¹⁰⁹ Vgl. Stöger/ Mückstein (1995): S.30.

¹¹⁰ Vgl. Dunn (1993): S.186.

¹¹¹ Vgl. Mattejat (2005): S.73.

Diese Loyalitätskonflikte verstärken sich im Jugendalter, wenn es um die Ablösung aus dem Elternhaus und damit die Frage der Verantwortlichkeit für das Wohlergehen der Eltern geht. Besonders für Einzelkinder kann dieser Ablösungsprozess, bei dem keine andere Person ersetzend für die Pflege des Kranken zur Verfügung einspringt, in einem aussichtslosen Konflikt enden.¹¹²

Parentifizierung und Übernahme von elterlichen Aufgaben

Mit der psychischen Krankheit eines Elternteils kann eine besondere Art der Generationsstörung einhergehen. *Parentifizierung* meint dabei eine Rollenumkehr, bei der die Kinder eine Eltern- oder Partnerrolle übernehmen. Hierbei signalisieren die Eltern den Kindern ihre Bedürfnisse und bürden ihnen die Verantwortung für ihr Wohlbefinden auf. Sie werden zu Vertrauten und Ratgebern, wie zur primären Quelle von Unterstützung und Trost. Nicht nur der kranke Elternteil überträgt diese Verantwortung auf das Kind, sondern auch der gesunde Teil sucht im Kind einen stabilen Gegenpart, welchen der Kranke oftmals nicht mehr erfüllen kann.¹¹³ Aufgrund ihres Verantwortungsgefühls übernehmen die Kinder die erwartete Rolle: Sie sorgen für jüngere Geschwister vor allem während den elterlichen Klinikaufenthalten, versuchen, die Familie zusammenzuhalten und stabilisieren den psychisch kranken Elternteil. Diese weniger alters- und entwicklungsgerechten Erwartungen überfordern die meisten Kinder maßlos.¹¹⁴

DENEKE bezeichnet dieses Phänomen als eine Eltern-Kind-Beziehung, die „auf dem Kopf steht“¹¹⁵. In dieser muss das Kind in seiner Entwicklung auf seine Unbeschwertheit verzichten und ist frühzeitig gezwungen, selbstständig zu handeln und Entscheidungen zu treffen. Es zeigte sich jedoch, dass diese Familienreaktion sich nicht nur negativ auf das Wohl des Kindes auslegte, sondern die Kinder frühzeitig reifer im Vergleich zu Gleichaltrigen auftreten.¹¹⁶

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich zahlreiche Auswirkungen und Belastungen für das Kind aus der psychischen Krankheit eines Elternteils ergeben, die auf die Entwicklung des Kindes Einfluss nehmen. Ob diese jedoch tatsächlich schädlich auf das Kindeswohl wirken, entscheiden weitaus mehr Faktoren, welche im folgenden Kapitel näher betrachtet werden.

¹¹² Vgl. Gerster/ Fischer (2005): S.165.

¹¹³ Vgl. Boszormenyi-Nagy/ Spark (1981): Unsichtbare Bindungen. S.209.

¹¹⁴ Vgl. Mattejat (2005): S.73.

¹¹⁵ Vgl. Deneke (1995): Psychosoziale Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern. S.5.

¹¹⁶ Vgl. Gerster/ Fischer (2005): S.165.

2.3 Protektive Faktoren für Kinder psychisch kranker Eltern

Neben den vorangegangenen Belastungsfaktoren der Kinder im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils ist es erforderlich, sich auch mit der entgegengesetzten Perspektive, unter Einbeziehung der protektiven und kompensierenden Faktoren, mit dem Themenkomplex zu beschäftigen.

Der Blick sollte nicht einseitig auf die Faktoren gerichtet werden, die krank machen (Pathogenese), sondern darüber hinaus auch die Faktoren einbeziehen, die schützen und heilen (Salutogenese) oder bei der Bewältigung krankheitsrelevanter Aspekte schützend und hilfreich zur Seite stehen.

Auf der Suche nach expliziten Studien oder Fachartikeln zu dem Themenkomplex *Protektive und kompensierende Faktoren bei Kindern psychisch kranker Eltern* lassen sich nur einige wenige auffinden. Laut JUNGBAUER et al. besteht eine Ursache in dem defizitären Kontingent an adäquaten Messinstrumenten, dass sowohl im nationalen als auch internationalen Bereich besteht. Diese würden es ermöglichen, positive Aspekte im Bereich des Zusammenlebens mit psychisch kranken Personen zu erheben.¹¹⁷

Einzig bestehen allgemeingültige Aussagen, die zu dem Schluss kommen, dass „soziale und personale Ressourcen als protektiver Faktor für die psychische Gesundheit der Angehörigen aufgefasst werden“¹¹⁸, doch keinerlei Beschreibung über den Erhebungsprozess dieser Ergebnisse.

Im Gegensatz dazu lösten weitere Publizisten das Problem auf andere eine Art und Weise. Sie versuchten, protektive und schützende Faktoren von negativen und schädigenden Bedingungen abzuleiten. Ein Beispiel dafür liefert DENEKE, die aus gesicherten Risikofaktoren drei Gruppen der protektiven und schützenden Faktoren bildete:

1. *Krankheitsbezogene protektive und schützende Faktoren*

Hierzu zählen der Zeitpunkt des Beginns, die Schwere der Erkrankung sowie die Kompetenz der Beteiligten, das Kind aus dem Wahnsystem der psychischen Erkrankung herauszuhalten.

2. *Kindbezogene protektive und schützende Faktoren*

Damit sind Merkmale auf Seiten des Kindes, wie etwa eine gute Gesundheit und Attraktivität sowie hohe soziale und intellektuelle Kompetenzen gemeint.

¹¹⁷ Vgl. Jungbauer et al. (2001): S.108.

¹¹⁸ Jungbauer et al. (2001): S.107.

3. *Allgemeine protektive und schützende Faktoren*

In diese Gruppe fallen Aspekte, die im Zusammenhang mit stabilen innerfamiliären Beziehungen und Lebensbedingungen sowie stabilen und stützenden Beziehungen der Familienmitglieder außerhalb der eigenen Familie stehen.¹¹⁹

Im Anschluss an diese Einführung sollen einige dieser Faktoren näher betrachtet werden, wobei der Fokus dabei auf den Kindern liegt.

2.3.1 Hilfreiche Aspekte auf Seiten der Familie

Eine Reihe von Hinweisen über erlebte Schutzfaktoren für die gesamte Familie stammt vorwiegend aus Befragungen von Betroffenen- und Angehörigengruppen.

Als ein grundlegend günstiger Aspekt für die Situation der Familie wird das Vorhandensein von sozialen und ökonomischen Ressourcen von verschiedenen Autoren gesehen.¹²⁰

Diese können die Belastungen nicht immer vollständig kompensieren, zumindest aber können sie dazu beitragen, sie in ihren Auswirkungen zu mildern. Beispielsweise können die Sorgen der Familie verringert werden, wenn die Möglichkeit besteht, auf ein soziales Unterstützungsnetzwerk aus professionellen Helfern oder außerfamiliären Menschen zurückzugreifen zu können. Ökonomisches Kapital hingegen kann vorwiegend Unterstützungsmöglichkeiten bieten, die hauptsächlich der Familie und ihrer veränderten finanziellen Lage Entlastung gewähren.

Als weiterer Punkt wird in verschiedene Studien ein intaktes Verhältnis innerhalb der Familie als Protektor beschrieben.¹²¹ Auftretende krankheitsbedingte Konflikte bringen für alle Familienmitglieder eine Belastung mit sich, wohingegen ein warmes, herzliches Familienklima vor allem dem Kind das Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit in schwierigen Situationen verleiht.¹²²

¹¹⁹ Vgl. Deneke (1995): S.6.

¹²⁰ Vgl. Deneke (1995): S.6; Wagenblaus (2001): S.8.

¹²¹ Vgl. ebd.

¹²² Vgl. Bohus et al. (1998): S.135.

Hierzu belegen die Ergebnisse der Studie von KÜCHENHOFF, welche psychisch kranke Patienten, deren gesunde Partner sowie deren Kinder nach unterstützenden Aspekten befragte, dass ein intaktes Verhältnis in der Familie einen der wichtigsten Schutzfaktoren darstellt.¹²³ Zusätzlich geben Angehörige von psychisch Kranken häufig an, dass die Möglichkeit, sich mit anderen Menschen und Familien mit gleichem Schicksal zu treffen und auszutauschen, eine entlastende Wirkung mit sich bringt.¹²⁴ Gerade der Aspekt – das Leid und die Erfahrungen aufgrund der psychischen Krankheit mit anderen Betroffenen zu teilen und gleichzeitig das Familientabu brechen zu können, ohne eine Stigmatisierung zu erfahren - spielt dabei eine wichtige Rolle. Diese Erfahrung der Entlastung und der Kommunikation über ihre Probleme bietet sich in Gruppen für Angehörige psychisch kranker Menschen an.

Neben dieser Form des selbst organisierten Austausches der Beteiligten, benennen Betroffene und deren Familien häufig die professionellen Dienste und Angebote als eine weitere wichtige Hilfestellung. Explizit in Akutsituationen, in denen der psychisch Kranke auf Medikation und Therapie angewiesen ist und seinen Alltag nicht mehr allein zu Recht kommt, werden diese entsprechenden Dienste als unverzichtbare Hilfe empfunden.¹²⁵ In Fällen schwerer psychischer Erkrankung eines Elternteils gilt es als besonders förderlich, wenn die Möglichkeit der gemeinsamen stationären Aufnahme von Elternteil und Kind möglich gemacht wird, um beiden die Erfahrung mehrmaliger Trennung zu ersparen.¹²⁶

Abgesehen von einer adäquaten medizinischen beziehungsweise therapeutischen Versorgung der Familie durch die Psychiatrie, scheint die Frage der Wissens- und Informationsvermittlung einen großen Relevanzbereich einzunehmen. Mit dieser gehen Gefühle von Unsicherheit auf Seiten der Angehörigen und Professionellen einher, in welchem Maße der Betroffene über die Art und Weise der Krankheit, ihre Folge und den vorhersehbaren Verlauf detailliert informiert oder durch weniger Wissensbestand geschont werden sollte. Jede Studie zu diesem Thema stimmt darüber ein, dass sich die Betroffenen eine ehrliche und verständliche Wissensvermittlung wünschen und dies als eine relevante Komponente für ein besseres Verständnis der Krankheit und deren Folgen und damit entstehende Minderung des Leids für alle Beteiligten mit sich bringt.¹²⁷

¹²³ Vgl. Küchenhoff (1997): S.332.

¹²⁴ Vgl. ebd. S.332.

¹²⁵ Vgl. Bohus et al. (1998): S.137.

¹²⁶ Vgl. Brandes et al. (2001): Klinik? - Aber nicht ohne mein Kind! S.151.

¹²⁷ Vgl. Lenz (2005): S.131 ff.; Küchenhoff (1997): S.332; Jungbauer et al. (2001): S.110.

Als letzter bedeutender Aspekt hilfreicher Faktoren für die Familie mit einem psychisch kranken Elternteil ist die familiäre Kommunikation zu erwähnen, die verbessert werden muss, um positive Effekte zu erzielen und kompensierend wirken zu können. Der unter diesem Blickpunkt präventive Ansatz von GUNDELFINGER, der neben der Vermittlung von Wissen auch die Verbesserung der Kommunikation in der Familie zu einem großen Baustein macht, erzielte große Erfolge und wurde im Nachhinein als sehr hilfreich eingeschätzt.¹²⁸

2.3.2 Hilfreiche Aspekte auf Seiten der Eltern

Neben hilfreichen Faktoren für das ganze Familiensystem, bestehen einzelne Faktoren, die vorwiegend auf Seiten der Eltern als Protektor für Kinder wirken können.

Als einen wichtigen Faktor sieht DENEKE das Klima in der Partnerschaft der Eltern. Je stabiler und besser die Partnerschaft funktioniert, desto effektiver können die Belastungen für die Kinder abgefedert werden.¹²⁹ Hinzu kommt die schützende Funktion der aktiven Psychohygiene der Eltern: Sind diese zufrieden und fühlen sich psychisch und physisch gesund, können sie meist expliziter auf die Bedürfnisse der Kinder eingehen.

Dieses Wohlbefinden kann z.B. durch stattfindende Wissensvermittlung über die Krankheit gesteigert werden. Nicht nur die Betroffenen, sondern auch dessen Partner empfinden eine Aufklärung über krankheitsbedingte Verhaltensweisen und dessen Auswirkungen beziehungsweise Möglichkeiten der Behandlung u.a. als entlastend und selbst befähigend.¹³⁰ Diese Einstellung hilft den Eltern zusätzlich, künftig auftretende Überforderungssituation zunehmend adäquat zu meistern.¹³¹

Eine große Bedeutung in diesem Zusammenhang gewinnt die Anwesenheit und emotionale Verfügbarkeit des gesunden Elternteils.¹³² Dieser kann sowohl eine wichtige kompensatorische Funktion für die gesamte Familie übernehmen, als auch für die Kinder eine zuverlässige und stabile Bezugsperson darstellen und somit eine Schutzfunktion gegen andere Stressoren erfüllen.¹³³

¹²⁸ Vgl. Gundelfinger (2001): Die Widerstandskraft der Familie stärken. S.121 f.

¹²⁹ Vgl. Deneke (1995): S.6.

¹³⁰ Vgl. Küchenhoff (1997): S.332; Jungbauer et al. (2001): S.110.

¹³¹ Vgl. Mattejat (2001b): S.76.

¹³² Vgl. Deneke (1995): S.6; Stöger/ Mückstein (1995): S.29; Sollberger (2002): S.120; Wagenblaus (2001): S.7; Bohus et al. (1998): S.135; Remschmidt/ Mattejat (1994a): S.17.

¹³³ Vgl. Remschmidt/ Mattejat (1994a): S.17.

MATTEJAT fügt hinzu, dass, „wenn ein gesunder Elternteil zur Verfügung steht, der kompensierend wirken kann, (..) die Entwicklungschancen der Kinder relativ günstig [sind].“¹³⁴

Die Präsenz eines gesunden Elternteils bringt zusätzlich eine Entlastung in der Erfüllung der Elternfunktion für den kranken Elternteil mit sich. Hierbei erhöht sich ebenfalls die Chance auf eine ausreichende Befriedigung kindlicher Bedürfnisse.

Hinzu kommen weitere positive Aspekte durch das Vorhandensein eines gesunden Elternteils: Er kann weitgehend versuchen, das Kind aus den Wahndeeen des kranken Elternteils herauszuhalten und es von einer überfordernden Verantwortung für die Krankheit und die Familie freizuprechen.¹³⁵

REMSCHMIDT & MATTEJAT weisen vervollständigend auf den Aspekt der kompensatorischen Funktion des gesunden Elternteils bezüglich der Identifikation der Kinder mit den Eltern hin:

Wir gehen weiterhin davon aus, dass die Identifikation mit dem gesunden Elternteil in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil besonders wichtig ist; durch sie können wahrscheinlich Belastungen, die sich aus der psychischen Erkrankung eines Elternteils ergeben, zumindest teilweise kompensiert werden.¹³⁶

2.3.3 Hilfreiche Aspekte auf Seiten der Kinder

Für Kinder stellt die Anwesenheit anderer Kinder, wie etwa Geschwisterkinder, einen positiven und damit protektiven Faktor dar. Sie empfinden es trotz bestehender Altersunterschiede als entlastend, eine Art Gemeinschaftsgefühl mit anderen Kindern zu entwickeln beziehungsweise zu erleben.¹³⁷ Ähnliches gilt auch für Kinder gleichen Alters¹³⁸ sowie für Kontakte im Rahmen spezieller Gruppenangebote für Kinder psychisch kranker Eltern.¹³⁹ Diese stellen für das Kind ähnlich den Gruppen für erwachsene Angehörige die Chance auf einen Austausch mit Gleichgesinnten dar.

¹³⁴ Mattejat et al. (2000): S.167.

¹³⁵ Vgl. Wagenblaus (2001): S.7.

¹³⁶ Remschmidt/ Mattejat (1994a): S.171.

¹³⁷ Vgl. Koch-Stoecker (2001): S.60.

¹³⁸ Vgl. Mattejat (2001b): S.77; Koch-Stoecker (2001): S.60.

¹³⁹ Vgl. Küchenhoff (1997): S.332.

Die Qualität der Beziehungen sowie die Präsenz emotionaler und vertrauenswürdiger Außenstehender spielt ebenfalls eine bedeutsame Rolle.¹⁴⁰ Diesem Faktor wird vor allem in der Adoleszenz eine große Bedeutung zugeschrieben.

In dieser Zeit versucht der Jugendliche sich vom Elternhaus zu lösen, was sich aufgrund bestehender Schuld- und Loyalitätsgefühle gegenüber der Familie schwierig gestaltet. Besteht aber für den Jugendlichen in dieser Zeit außerhalb der Kernfamilie eine stabile und sichere Bezugsperson, kann dies den Ablösungsprozess vom Elternhaus erleichtern.¹⁴¹

MATTEJAT hat in diesem Zusammenhang nach den spezifischen Merkmalen eines außerfamiliären Netzwerks für das Kind gefragt. Dabei fand er heraus, dass

Kinder von psychisch kranken Eltern (haben) dann gute Entwicklungschancen [haben], wenn Eltern, Angehörige und Fachleute lernen, in sinnvoller und angemessener Weise mit der Erkrankung umzugehen und wenn sich die Patienten und ihre Kinder auf tragfähige Beziehungen stützen können.¹⁴²

Des Weiteren haben viele Studien gezeigt, dass es sich als wichtig ergibt, für Kinder individuelle Hilfsangebote zu schaffen. Die in der Säuglingsforschung entdeckte Einwirkung des kranken Elternteils auf den Säugling verdeutlicht, dass es schon ab diesem Alter notwendig ist, entwicklungsspezifische Angebote für die Kinder zu gewährleisten.¹⁴³

Die Studie von LENZ belegt allgemeingültig, dass 25% der befragten Patienten sich zusätzliche therapeutische Hilfe für ihre Kinder wünschen.¹⁴⁴

Diese Hilfsangebote werden als besonders unterstützend und entlastend empfunden, wenn sie inhaltlich ihren Schwerpunkt auf Wissensvermittlung setzen.¹⁴⁵ MÜCKSTEIN & STÖGER befragten 260 schizophrene Patienten und deren Kinder in diesem Kontext, wobei sie bestätigten, dass eine ehrliche und altersgerechte Information über die elterliche Erkrankung und Behandlung als sehr positiv angesehen wurde.¹⁴⁶

Viele der oben aufgeführten Autoren raten nicht nur dem Kind die Möglichkeit der Aufklärung anzubieten, sondern zusätzlich besonders auf die alters- und entwicklungs-spezifische Art und Weise der Informationsvermittlung Wert zu legen.

¹⁴⁰ Vgl. Deneke (1995): S.6.

¹⁴¹ Vgl. Bohus et al. (1998): S.135.

¹⁴² Mattejat (2001b): S.71.

¹⁴³ Vgl. Wagenblass/ Schone (2001c): S.11 f.

¹⁴⁴ Vgl. Lenz (2005): S.47.

¹⁴⁵ Vgl. Bohus et al. (1998): S.135; Mattejat (2001b): S.76; Sollberger (2002): S.120; Wagenblass (2001): S.7.

¹⁴⁶ Vgl. Stöger/ Mückstein (1995): S.30.

Ansonsten könnte die Gefahr entstehen, dass sich Fantasien, Ängste und Sorgen entwickeln, die aufgrund fehlenden Bezugs zur Realität eine zusätzliche Belastung darstellen könnten.

Ein weiterer schützender Faktor findet sich im Aspekt der Identifikation der Kinder mit ihren Eltern beziehungsweise dem psychisch kranken Elternteil. Besonders wirksam ist ein gesunder gleichgeschlechtlicher Elternteil.¹⁴⁷ Für Kinder in einem Ein-Eltern-Haushalt ist es dagegen besonders wichtig, stabile und zuverlässige Beziehungen außerhalb der Familie aufzubauen, um den Aufbau einer Identität adäquat meistern zu können.

Darüber hinaus werden in der Fachliteratur mehrfach die kindlichen Faktoren wie z.B. intellektuelle Kompetenzen, ausgeglichenes Temperament sowie eine hohe physische Attraktivität, als positives Merkmal benannt.¹⁴⁸ Bei einer Vielzahl von Kindern, die eines oder mehrere dieser Merkmale aufwiesen, konnte aufgrund dessen ein größeres Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl wahrgenommen werden, was ihnen wiederum bei der Bewältigung der Belastungen hilfreich sein kann.

Rückblickend lässt sich erkennen, dass es eine Vielzahl von protektiven Faktoren gibt, die dem Kind im Umgang und der Bewältigung der Probleme mit der elterlichen Krankheit hilfreich sein können. Je größer die Anzahl auftretender Schutzfaktoren ist, umso besser kann eine Adaption des Kindes an die Situation gelingen.

Im Gegensatz zur Hypothese, welche besagt, dass die elterliche psychische Krankheit eine grundlegende Belastung für die kindliche Entwicklung darstellt, sind viele Publizisten der Meinung, dass Kinder diese Lebenslage positiv bewältigen, also auch Stärken aus ihr entwickeln können.¹⁴⁹ Je nach Schwerpunkt der Autoren liegen die kindlichen Stärken in verschiedenen Bereichen. WAGENBLASS betont, dass diese Kinder aus ihrer Situation eine besondere Wahrnehmungsfähigkeit und Sensibilität für die elterlichen Stimmungslagen entwickeln.¹⁵⁰

KOCH-STÖCKER hingegen sieht die Vorteile der Kinder vorwiegend innerhalb der Autonomieentwicklung und des Verantwortungsbewusstseins.¹⁵¹

¹⁴⁷ Vgl. Remschmidt/ Matthejat (1994a): S.162 f.

¹⁴⁸ Vgl. Deneke (1995): S.6; Sollberger (2002): S.120; Bohus et al. (1998): S.135; Bräunig et al. (2005): Kinder bipolarer Eltern. S.133 f.

¹⁴⁹ Vgl. Koch-Stoecker (2001):S.61; Sollberger (2002): S.122; Lenz (2005): S.16 ff.; Anthony (1980): S.32.

¹⁵⁰ Vgl. Wagenblass (2001): S.7.

¹⁵¹ Vgl. Koch-Stoecker (2001):S.61 f.

Es sollte immer im Blickfeld behalten werden (wie BLEULER schon 1972 in seiner Langzeitstudie über Nachkommen schizophrener Elternteile feststellte), dass

... selbst langdauernde Erziehung durch zwei schizophrene Eltern (prädestinierte) ein Kind nicht dazu [prädestinierte], schizophren oder auch abnorm zu werden... normale Entwicklung kann auch angesichts totaler Vernachlässigung, ausgeprägter Vorbilder von Irrationalität, auch angesichts der totalen Verformung der Vorstellungswelt der Eltern stattfinden... trotz elender Kindheiten, trotz ihrer wahrscheinlich 'befleckten' Erbanlagen bringt es der größte Teil der Nachkommenschaft schizophrener Eltern fertig, ein normales, produktives Leben zu führen.¹⁵²

Auch weist MATTEJAT in diesem Zusammenhang Ergebnisse aus Studien auf, die davon ausgehen, dass ca. 90% aller Kinder psychotischer Eltern selbst keine Psychose in ihrer eigenen Lebensgeschichte entwickeln.¹⁵³ Letztendlich lässt sich mit den Worten von REMSCHMIDT & MATTEJAT zusammenfassen, dass

derartig schwerwiegende Erkrankungen von Kindern auch positiv bewältigt werden können (...). In diesem Sinne können Kinder in solche Familien auch an ihren Aufgaben wachsen.¹⁵⁴

Hinsichtlich notwendiger Hilfsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern lassen sich aus diesen Ausführungen einige Ansatzpunkte für eine präventive und intervenierende Sozialarbeit ableiten, um die Probleme der Kinder zu mildern.¹⁵⁵

2.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Die vorangegangenen theoretischen Ausführungen verdeutlichen, dass die Entstehung einer psychischen Krankheit nicht nur für den betroffenen Elternteil, sondern auch für dessen Familie und vor allem für die Kinder vielfältige Veränderungen und Belastungen mit sich bringt. Viele Kinder leben oftmals bis zu ihrem Auszug täglich mit ihren Eltern zusammen, wobei die Familie für die Entwicklung des Kindes eine entscheidende Rolle spielt. Tritt bei einem der beiden Eltern eine psychische Krankheit auf, verändert dies oftmals den Familienalltag und die innerfamiliären Prozesse, welche für ein Kind oftmals mit Einschränkung in der elterlichen Funktion für seine Entwicklung einhergeht und damit belastende Folgen haben kann.

¹⁵² Bleuler (1972), zit. nach Anthony (1980): Kinder manisch-depressiver Eltern. S.13.

¹⁵³ Vgl. Mattejat (2001): S.75.

¹⁵⁴ Remschmidt/ Mattejat (1994a): S.14.

¹⁵⁵ Vgl. Remschmidt/ Mattejat (1994b): Kinder psychotischer Eltern - Eine vernachlässigte Risikogruppe, S.297.

Die für ein Kind relevanten belastenden Faktoren lassen sich auf der einen Seite aus den direkten Auswirkung der Krankheit, die sich aus den Veränderungen in der Beziehung des kranken Elternteils zum Kind ergibt, und auf der anderen Seite aus den indirekten Auswirkungen der psychischen Krankheit eines Elternteils auf das Familiensystem und das darin lebende Kind, wobei dessen Strukturen und Regelmäßigkeiten, Rollenverteilung und Beziehungen zwischen Mitgliedern wesentlich gestört werden können, ableiten.

Hinzu kommen Probleme, die aufgrund der Krankheit und deren Folgeproblemen unmittelbar in dem Kind selbst entstehen, wie z.B. Scham- und Schuldgefühle und damit die größten Belastungen darstellt.

Im Blickpunkt bestehender Forschungen mit genetischen, neurobiologischen oder sozialpsychiatrischen Fragestellungen wird bewusst, dass hierbei das Kind aus medizinisch- psychopathologischer Sicht grundlegend als zukünftiger Patient der Psychiatrie verstanden wird. Auch wenn alles auf eine steigende Anzahl von Studien über die Thematik hindeutet, finden sich kaum welche, die sich entgegen dem medizinischen Interesse auf die Sicht der Kinder konzentrieren und damit die Lebenswirklichkeit der Kinder zunehmend vollständig abzubilden versuchen. Dieser Schritt hin zur Vervollständigung des Wissensbestandes über Kinder psychisch Kranker wäre im Prozess der Konzeption institutioneller Hilfsangebote von großer Bedeutung. Obwohl in der letzten Zeit einige sozialpädagogische Studien zum Vorschein kamen, welche vor allem nach dem subjektiven Erleben der Kinder fragten und damit den zuständigen Disziplinen erste Hinweise über die Lebenslage der Kinder lieferten, besteht weiterhin ein großer Mangel an gesichertem Wissen über das Empfinden der Kinder gegenüber ihrer Lebenssituation, um darauf hin spezifische Angebote entwickeln zu können. Vor allem der Jugendhilfe fehlt es an wesentlichen Fakten über das Empfinden und Erleben der Kinder, um adäquat reagieren zu können.¹⁵⁶

Um die Präsenz des Themas noch weiter zu verdeutlichen, ist an dieser Stelle nochmals zu erwähnen, dass es sich bei dieser belasteten Kindergruppe nicht um eine unwesentliche Anzahl von Betroffenen handelt, sondern weit aus von einer Größe von 500.000 Kindern in Deutschland gesprochen wird, wobei sämtliche Fälle, die sich noch nicht zu Erkennen gaben, in dieser Größe noch keine Beachtung finden.

¹⁵⁶ Vgl. Wagenblass/ Schone (2001b): S.128; Sollberger (2002): S.123.

3. Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit

Wie bereits deutlich skizziert beschränkt sich das Blickfeld der bestehenden Forschungsunternehmungen zum Thema *Kinder psychisch kranker Eltern* größtenteils auf eine psychiatrische Fragestellung, welche die Kinder in Kausalität mit einem erhöhten Krankheitsrisiko erforscht und sie gleichzeitig als potentielle Patienten versteht. Dabei findet die subjektive Sicht der betroffenen Kinder nur unzureichend oder gar keine Beachtung. Diese ist dabei besonders geeignet, neues Wissen über die Situation als Grundlage für die Entwicklung beziehungsweise Bereitstellung angemessener Hilfsangebote für die betroffenen Kinder zu erlangen.¹⁵⁷

Es erweist sich als notwendig, sich kontinuierlich der subjektiven Dimension der Biographie der Kinder anzunähern, ihr Erleben und ihre Erfahrung wahrzunehmen, um sie nicht als nächste Psychiatriegeneration zu deklarieren, sondern für sie als „gesunde Kinder“ ein Spektrum an vielfältigen Angeboten zu entwickeln. Schon die Anzahl der Kinder weist darauf hin, dass es sich um keine kleine Population, sondern um eine Vielzahl von Kindern handelt, die mit den Veränderungen in der Familie leben und für die es sich als nötig erweist, geeignete Alltagsunterstützungen zu liefern.

Um das Thema *Kinder psychisch kranker Eltern* in seiner Komplexität darzustellen, scheint es unabdingbar, mehr über die subjektive Sichtweise der Kinder, d.h. über die Integration solcher Lebenserfahrungen in die eigene Biographie herauszufinden.

Dieser defizitäre Punkt soll in der vorliegenden Arbeit aufgegriffen werden und mit Hilfe von Interviews mit betroffenen Kindern kompensiert werden. Ziel ist es, empirisch gesichertes Wissen über die kindliche Lebenslage zu erheben und damit einen wesentlichen Baustein im Verständnis über die Lebenswirklichkeit der Kinder psychisch kranker Eltern beizutragen. Es gestaltet sich aufgrund gegebener Ressourcen unmöglich im gleichen Zug ein Unterstützungskonzept zu erarbeiten. So kann in dieser Arbeit basierend auf ihren Ergebnissen nur eine Anregung für mögliche Ansätze in der Präventionsarbeit gegeben werden.

¹⁵⁷ Vgl. Lenz (2008): S.24.

Aus diesem Mangel an Wissen über die subjektive Sichtweise der Kinder über ihre Lebenslage mit einem psychisch kranken Elternteil lässt sich folgendes zentrales Forschungsinteresse entwickeln:

Wie erleben die Kinder die psychische Krankheit ihres Elternteils?

Die im ersten Teil dieser Arbeit aufgeführten Forschungstheoreme über die objektiven Belastungsmomente und Schutzfaktoren der Kinder psychisch kranker Eltern dienen im Forschungsprozess zur allgemeinen Orientierung im Feld und methodisch zur Entwicklung eines Leitfadens.

Aus diesen Überlegungen ergeben sich weitere zentrale Fragen, die sich als relevant für die Lebenswirklichkeit der Kinder in Bezug auf die elterliche Erkrankung ergeben:

- *Wie erleben und bewältigen Kinder die psychische Krankheit ihres Elternteils?*
- *Wie nehmen die Kinder die Auswirkungen der Krankheit auf das Familienleben wahr?*
- *Wie erleben die Kinder den Umgang der Familie und der Umwelt mit der Krankheit?*
- *Wie sehen ihre Vorstellungen über die Ursachen der Erkrankung aus?*
- *Welche Formen von Unterstützung und Hilfestellung erleben sie beziehungsweise wünschen sie sich?*

In welcher Art und Weise die Fragestellung eine angemessene methodische Umsetzung und schlussendlich eine Beantwortung erfährt, wird in den nächsten Abschnitten genauer beschrieben.

4. Methodisches Vorgehen

Um die für diese Untersuchung interessante Fragestellung über das Erleben der Kinder psychisch kranker Eltern empirisch beantworten zu können, muss zunächst ein angemessener Forschungsansatz gefunden werden. Die hier ausgewählte qualitative Herangehensweise wird im Folgenden in Abgrenzung zu quantitativen Methoden beschrieben.

4.1 Qualitativer Forschungsansatz

Der Ausgangspunkt für die Beantwortung dieser Fragestellung ist die subjektive Lebenswirklichkeit der Kinder. Um sich den unterschiedlichen Aspekten des Lebens der Kinder, welche mit einem psychisch kranken Elternteil aufgewachsen sind, zu nähern, bedient sich die vorliegende Arbeit eines qualitativen Forschungsansatzes.

Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten <<von innen heraus>> aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen.¹⁵⁸

Eines ihrer wesentlichen Ziele ist es dabei, den subjektiv gemeinten Sinn nachzuvollziehen, bei dem das Subjekt und seine Lebensumstände zum primären Bezugspunkt gewählt werden,¹⁵⁹ wohingegen die quantitative Forschung die Subjektivität des Forschers und des Erforschten als „Störvariable“ im Prozess versteht.¹⁶⁰

Im Verständnisparadigma des *Symbolischen Interaktionismus* liegt der zentrale Ansatzpunkt darin,

die unterschiedlichen Weisen, in denen Subjekte Gegenstände, Ereignisse und Erfahrungen mit Bedeutung [zu] verstehen, wobei die Rekonstruktion solcher subjektiven Sichtweisen zum Instrument der Analyse dieser sozialen Welt wird.¹⁶¹

¹⁵⁸ Flick/ Kardoff/ Steinke (2000): Qualitative Forschung. S.14.

¹⁵⁹ Vgl. Lamnek (1988): Qualitative Sozialforschung. S.33.

¹⁶⁰ Vgl. Flick (2007): Qualitative Sozialforschung. S.19/29.

¹⁶¹ Blumer (1973): Der methodologische Standort des Symbolischen Interaktionismus. S.81.

Die Wahl qualitativer Methoden bedeutet zunächst, dass sich die Planung und Durchführung der Untersuchung nicht am naturwissenschaftlichen-quantitativen Paradigma der deduktiven Geltungsbegründung anlehnt, sondern sich einem induktiv-interpretativen Paradigma verschreibt. Diese geht davon aus, „dass alle Interaktion ein interpretativer Prozess ist, in dem die Handelnden sich aufeinander beziehen durch sinngebende Deutung dessen, was der andere tut oder tun könnte.“¹⁶²

Der Forschungsbereich über Kinder psychisch kranker Eltern stellt sich als ein relativ junger dar, so dass an dieser Stelle ein deduktiver Ansatz, welcher die Fragestellung und Hypothesen aus einem bestehenden theoretischem Wissensbestand ableitet, nur ungenügend die Gesamtheit und Differenzierung der Gegenstandsbereiches erfassen könnte. Statt von einer theoriegeleiteten Hypothesenbildung und ihrer Überprüfung auszugehen, fordert dieser Gegenstandsbereich „sensibilisierende Konzepte“¹⁶³. Das bedeutet, dass Konzepte und Hypothesen erst im Verlauf des Forschungsprozesses entwickelt werden und wiederkehrend an neuwertigem Datenmaterial abgeglichen und gegebenenfalls modifiziert werden.¹⁶⁴ Unter diesem Aspekt wird die zentrale Fragestellung unter theoretischen Aspekten aus dem aktuellen Forschungsstand entwickelt, aber nicht im Sinne von zu überprüfenden Hypothesen herausgearbeitet.

Trotz des weit verbreiteten qualitativen Grundgedankens - „theoretisch unbefangen“¹⁶⁵ das Feld zu erkunden - scheint es hierbei ebenso notwendig, sich eines theoretischen Bezugsrahmens zur Eingrenzung des Forschungsbereiches zu bedienen, um eine spezielle Fragestellung entwickeln zu können. Zusätzlich wird das theoretische Wissen als Kontextwissen verstanden, um die Möglichkeit zu eröffnen, erhobenes Datenmaterial im Feld adäquat einordnen zu können und gleichzeitig neuwertiger Forschungsergebnisse über den Gegenstandsbereich zu identifizieren.¹⁶⁶ Doch letztendlich muss dieser Aspekt des qualitativen Forschungsansatzes immer als revisionsfähig begriffen werden, d.h. der angeeignete Wissensstand über das untersuchte Problem bleibt immer vorläufig, offen und veränderbar in Bezug auf empirisch entstehende Informationen.¹⁶⁷

¹⁶² Matthes (1973): Einführung in das Studium der Soziologie. S.201.

¹⁶³ Flick (2007): S.23; Glaser/ Strauss (1998): Grounded Theory. S.38.

¹⁶⁴ Vgl. Mayring (2002): Qualitative Sozialforschung. S.36.

¹⁶⁵ Hopf (1996): Hypothesenprüfung und qualitative Sozialforschung. S.10.

¹⁶⁶ Vgl. Flick (2007): S.74.

¹⁶⁷ Vgl. Glaser/ Strauss (1998): S.

Ein weiterer Punkt, welcher sich gegen die Plausibilität eines quantitativen Forschungsansatzes für die vorliegende Untersuchung anführen lässt, wird im Aspekt Gegenstandsangemessenheit der Methoden und Theorie deutlich. Wobei die quantitative Forschung eine hohe Anzahl repräsentativer Stichproben nach dem Zufallsprinzip fordert, können in diesem Fall aufgrund der Zugänglichkeit der Kinder psychisch kranker Eltern und der finanziellen und zeitlichen Ressourcen dieser Diplomarbeit nur ein geringer Anteil erhoben werden. Damit muss die vorliegende Forschung auf den Aspekt der Repräsentativität ihrer Ergebnisse verzichten.

Hinzu kommt, dass keine eindeutigen und isolierten Variablen identifiziert werden können, ohne die Komplexität der Realität und des Phänomen zu zerstören, wodurch kein experimentelles Forschungsdesign möglich wird und ein Qualitatives erforderlich wird. Nicht der Gegenstand passt sich dabei der Methode an, sondern die Methode wird dem Gegenstand angemessen angepasst, wodurch seine „Komplexität und Ganzheit in ihrem alltäglichen Kontext untersucht“¹⁶⁸ werden kann.

Um der Differenziertheit des Alltags der Kinder gerecht werden zu können, setzt ein qualitativer Forschungsansatz das Prinzip der Offenheit in der Datenerhebung und Datenauswertung voraus.¹⁶⁹ Das Ziel, die subjektive Lebenswirklichkeit der Kinder und ihre Perspektiven zu erfassen, kann im Gegensatz zu quantitativen Methoden, welche durch ihre standardisierten Verfahren dem Befragten die Antworten vorgeben, nur durch thematisch offene und halbstrukturierte Interviews mit den betroffenen Kindern erreicht werden. Hierbei sollen die Kinder zu Erzählungen über das Zusammenleben mit ihren Eltern angeregt werden, um darüber hinaus ihre subjektiven Erfahrungen und Sichtweisen sichtbar zu machen. Nur mit eine solchen Methode, die durch Offenheit gegenüber dem Gegenstand gekennzeichnet ist, können subjektive Wahrnehmung und Handlungsweisen der Kinder herausgearbeitet werden.

Der angestrebte qualitative Ansatz ist schließlich biographisch orientiert, da über Erzählungen und fokussierte Fragen das Erleben und die Sichtweisen der Kinder in einen biographischen Kontext gestellt werden. Durch eine erzählstimulierende Eingangsfrage wird das Thema explizit auf den Lebensverlauf bezogen.

¹⁶⁸ Flick (2007): S.27; Mayring (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. S.33.

¹⁶⁹ Vgl. Lamnek (1988): S.22 ff.; Flick (2007): S.27.

Zudem werden im Gesprächsverlauf immer wieder lebensgeschichtliche Themen und Zusammenhänge angesprochen.

Biographie wird hierbei als „Interpretation beziehungsweise Rekonstruktion des Lebensverlaufs“¹⁷⁰ verstanden, welcher wiederum als Folge faktischer Lebensereignisse definiert wird. Sie lässt sich „kaum näher (...) als durch die Erläuterung dessen, was der Ausdruck besagt: die Beschreibung (graphia) des Lebens (bios) eines Einzelnen durch diesen selbst (auto)“¹⁷¹ erklären. Dabei legt diese Arbeit ihren Schwerpunkt weniger auf die Art und Weise der Beschreibung dessen, was die Kinder erleben, sondern vielmehr auf den Inhalt, um daraus ihre subjektive Sicht auf die Dinge zu erfahren.

Das Ziel, die Lebenssituation der Kinder zu beschreiben, um damit zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit beizutragen, kann demzufolge nur mit Hilfe qualitativer Methoden erreicht werden.

In diesem Fall fällt die Wahl der Erhebungsmethode auf das problemzentrierte Interview nach WITZEL, welches einerseits die Narrationen des Befragten durch einen Stimulus anzuregen und andererseits durch Zwischenfragen und den Leitfaden das Interview zu lenken, ermöglicht.

4.3 Erhebungsmethode

Die vorliegende Studie bedient sich einer Form von Interview als Erhebungsmethode, die es ermöglicht, individuelle Themensetzung nachzuvollziehen und sich der subjektiven Sicht der Kinder anzunähern. Das Gespräch als verbaler Zugang ermöglicht die subjektiven Sinn- und Deutungsstrukturen der Kinder aufzudecken, wo hingegen Beobachtungen jeglicher Art schon längst an ihre Grenzen gestoßen wären. So erweist sich ebenfalls die Gruppendiskussion als unangemessene Methode für jenen Gegenstandsbereich, da sie vom Teilnehmer abverlangen, offen und angeregt seine subjektive Sichtweise zur elterlichen Krankheit darzulegen, was jedoch den Scham- und Loyalitätskonflikten der Kinder kaum gerecht werden würde.

¹⁷⁰ Lamnek (2005): Qualitative Sozialforschung. S.341.

¹⁷¹ Misch (1989): Geschichte der Autobiographie. S.7.

4.3.1 Problemzentriertes Interview

Die bei den vorliegenden Interviews angewandte Erhebungsmethode ist das problemzentrierte Interview nach WITZEL.¹⁷² Hierbei handelt es sich um ein theoriegenerierendes Verfahren, welches weitgehend an die von GLASER & STRAUSS (1998) entwickelte „Grounded Theory“ angelehnt ist.¹⁷³ Dem gegenüber wendet sich dieses Verfahren gegen die rein naiv-induktivistische Position des „soziologische[n] Naturalismus“¹⁷⁴, die davon ausgeht, dass sich der Forscher mit einer prinzipiellen Offenheit gegenüber der Empirie (tabula rasa)¹⁷⁵, d.h. unter Ausschluss theoretischen Vorwissens, verhält.

Vielmehr soll der Erkenntnisgewinn durch ein Wechselspiel von Induktion und Deduktion im ganzen Forschungsprozess konzipiert sein, so dass der vermeintliche Gegensatz zwischen Theoriegeleitetheit und Offenheit weitgehend aufgehoben wird.¹⁷⁶

Im Gegensatz zu der weit verbreiteten Annahme - theoretisches Vorwissen lasse sich vollständig aus der Untersuchung ausklammern - steht WITZELS Forderung, dieses unvermeidliche Vorwissen offenzulegen und in der Erhebungsphase „als heuristisch-analytischen Rahmen für Frageideen im Dialog zwischen Interviewern und Befragten“¹⁷⁷ einzusetzen. Diese Offenheit der Methode wird gewährleistet, indem „spezifische Relevanzsetzung der untersuchten Subjekte insbesondere durch Narrationen angeregt werden.“¹⁷⁸

Im Folgenden lassen sich drei Grundpositionen des problemzentrierten Interviews festhalten:¹⁷⁹

1. Die Problemzentrierung

Sie kennzeichnet die Orientierung des Forschers an einer wahrgenommenen gesellschaftlichen Problemstellung. Dies hat die Offenlegung und Systematisierung des Wissenshintergrundes des Forschers zur Folge. Während des Interviews können so am Problem orientierte Fragen beziehungsweise Nachfragen gestellt werden. Zusätzlich soll dem Befragten die Reflexion über eigene Lebensverhältnisse erleichtert werden.

¹⁷² Vgl. Witzel (1982); Witzel (1985).

¹⁷³ Vgl. Glaser/ Strauss (1998): Grounded Theory.

¹⁷⁴ Hoffmann-Riem (1980): Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie. S.345.

¹⁷⁵ Vgl. Witzel (1996): Auswertung problemzentrierter Interviews. S.52.

¹⁷⁶ Vgl. Witzel (2000): Das problemzentrierte Interview. Abs.1.

¹⁷⁷ Witzel (2000): Abs.3.

¹⁷⁸ Ebd.

¹⁷⁹ Vgl. Witzel (1985): S.72; Witzel (2000): Abs.4-6.

2. *Die Gegenstandorientierung*

Die konkrete Gestaltung der Interviewsituation und des Einsatzes der einzelnen Methodenteile soll sich am Gegenstand orientieren und dabei nicht auf vorgefertigte Instrumente zurückgreifen. Dabei besteht die Möglichkeit der Methodenkombination, bei der qualitatives Interview, biographische Methode, Fallanalyse und Gruppendiskussion kombiniert und integriert werden können.¹⁸⁰

3. *Die Prozessorientierung*

Diese bezieht sich auf die schrittweise Gewinnung und Prüfung von Daten, wobei sich der Zusammenhang und die Beschaffenheit der einzelnen Elemente sich erst langsam und in ständigem reflexiven Bezug auf die dabei verwandten Methoden herauschälen, worin eine Analogie zum gegenstandsbezogenen Ansatz von GLASER & STRAUSS gesehen wird.¹⁸¹ Der Gesprächsverlauf sollte die Möglichkeit bieten, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, innerhalb dessen die Befragten ihre Problemsicht in Kooperation mit dem Interviewer entfalten und im Laufe des Gespräches weiterentwickeln können.

4.3.1.1 Instrumente des problemzentrierten Interviews

Das problemzentrierte Interview setzt sich aus vier Elementen zusammen, die in ihrer Funktion den Interviewprozess unterstützen und kritische Lücken in der Datenerhebung schließen:

1. Der Kurzfragebogen
2. Der Interview-Leitfaden
3. Die Tonbandaufzeichnung
4. Das Postskript

Der **Kurzfragebogen** wird aufgrund der Unangemessenheit für den Gegenstandsbereich in dieser Untersuchung nicht angewendet. Die vorangegangenen Aussagen zeigen, dass es vielen Kindern schwer fällt, offen über die elterliche Krankheit zu erzählen.

¹⁸⁰ Vgl. Witzel (1985): S.232 ff.

¹⁸¹ Vgl. Glaser/ Strauss (1978).

Hierbei würde ein Kurzfragebogen, der keiner Art der natürlichen Kommunikation entspricht, die Situation und damit die Angst vor Stigmatisierung verstärkt. Ersatzweise wird ein kurzes Eingangsgespräch vor dem Interview geführt, in dem sich Forscher und die Probanden vorstellen können. Die daraus entstehenden soziodemographischen Informationen über die Interviewpartner werden später dem Ergebnisteil als kurze Personenbeschreibung hinzugefügt. (*siehe Kapitel 5.1*)

Der **Interview-Leitfaden** enthält die „Forschungsthemen als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen zur Sicherung der Vergleichbarkeit der Interviews“¹⁸². Weiterhin beinhaltet er Frageideen zur Einleitung einzelner Themenbereiche und eine vorformulierte, erzählstimulierende Frage zu Gesprächsbeginn. So kann der Leitfaden „den Kommunikationsprozess als eine Art Hintergrundfolie“¹⁸³ begleiten, die kontrolliert, in wie weit bestimmte Themen im Verlauf des Gesprächs schon angesprochen wurden beziehungsweise noch offen sind. Das Verständnis der Prozessorientierung ermöglicht, den Leitfaden zu modifizieren beziehungsweise Abweichungen vom Leitfaden im Interview vorzunehmen. Der Interview-Leitfaden für diese Befragung beinhaltet mehrere Themenkomplexe, die sich aus der Auseinandersetzung mit der bestehenden Theorie über Kinder psychisch kranker Eltern ergeben:

1. Wahrnehmung der Krankheit
2. Gefühle und Gedanken über die Krankheit
3. Wissen über die Krankheit
4. Veränderungen durch die Krankheit (vor allem in der Familie)
5. Umgang mit der Krankheit
6. Unterstützung und Hilfe

Der verwendete Leitfaden lässt sich im Anhang ab Seite finden.

Zu dem Leitfaden hinzu kommt der Einsatz einer **Tonbandaufzeichnung (Transkription)** während des Interviews. Dieser erlaubt im Gegensatz etwa zu Gesprächsprotokollen die authentische und präzise Erfassung der Kommunikation im Interview, wodurch es dem Interviewer möglich wird, sich voll und ganz auf das Gespräch einzulassen und gleichzeitig situative und nonverbale Äußerungen beobachten zu können.

¹⁸² Vgl. Witzel (2000): Abs.9.

¹⁸³ Vgl. ebd.

Die anschließende vollständige Transkription der erhobenen Interviews sieht WITZEL als Notwendigkeit einer adäquaten Analyse an.¹⁸⁴ Die Transkription ist dabei genau genommen bereits der Auswertung zuzuordnen, da durch sie erste Interpretationsschritte vorgenommen werden.

Die Verschriftlichung von Abläufen und Aussagen führt zumindest zu einer anderen Version des Geschehens. Jede Form der Dokumentation führt zu einer spezifischen Organisation des Dokumentierten. Jede Verschriftlichung sozialer Realitäten unterliegt technischen und textuellen Strukturierungen und Begrenzungen, die das Verschriftete in einer bestimmten Weise zugänglich machen.¹⁸⁵

In diesem Fall werden die Gespräche mit zwei MP3- Geräten aufgenommen, welche aufgrund ihrer Größe sich als geeignet gegenüber herkömmlichen Diktiergeräten erweisen. Die erhobenen Interviews werden anschließend alle vollständig nach den Transkriptionsregeln von HOFFMANN-RIEM - welche geringfügig für die vorliegende Erhebung modifiziert werden - in Textform umgewandelt.¹⁸⁶ Dabei wird weniger auf die Konnotation, wie die Kinder über ihr Leben erzählen, sondern vielmehr auf den Inhalt Bedeutung gelegt. Alle Personen- und Ortsnamen werden teilweise von den Interviewpartnern selbst umbenannt. Zur übersichtlichen Umwandlung der Interviews in Textform wird das Transkriptionsprogramm „f4“ herangezogen. Mit dieser Vorgehensweise kann eine vorschnelle Interpretation vermieden werden, wobei die Möglichkeit gegeben wird, den gesamten Gesprächsverlauf in seiner Dynamik weitestgehend nachzuvollziehen.

Als Ergänzung zu der Tonträgeraufnahme werden unmittelbar nach dem Gespräch Notizen, sogenannte **Postskripte**, erstellt. Diese beinhalten Anmerkungen zum Gesprächsverlauf, Hinweise zum nonverbalen und situativen Verhalten des Interviewten sowie weiteren Auffälligkeiten, die für die spätere Auswertung relevant erscheinen.¹⁸⁷ Hierzu zählen nicht nur Ereignisse nach dem Interview, sondern auch jene, die vor dem Interview stattfinden, wie z.B. die erste Begegnung, Gedanken zum Interviewverlauf und der Beziehung zwischen Forscher und Proband.

¹⁸⁴ Vgl. Witzel (1985): S.237.

¹⁸⁵ Flick (2005): S.255.

¹⁸⁶ Vgl. Hoffmann-Riem (1984): Das adoptierte Kind. S.331. Diese sind als Anhang an die Arbeit hinzugefügt.

¹⁸⁷ Vgl. Witzel (1985): S.238.

Zusätzlich werden erste spontane Interpretationsideen und Auffälligkeiten festgehalten, die in eine spätere Überlegung zur Kategorienbildung einfließen können. Sowohl die Transkriptionen als auch die zugehörige Postskripte sind auf der beiliegenden Material-CD zu finden.

4.3.1.2 Gestaltung des problemzentrierten Interviews

Der erste Schritt der Interviewdurchführung ist die unmittelbare Kontaktaufnahme mit den Interviewpartnern. Zu Beginn des Gesprächs ist es wichtig, dem Interviewpartner die genauen Ziele des Gesprächs, Verwendung der Daten und die Gesprächsstruktur zu beschreiben. Dabei ist es wichtig, dem Interviewpartner zu verdeutlichen, dass keine intellektuelle Leistung von ihm erwartet, sondern seine individuelle Meinung und Empfindungen von großem Interesse sind. Zusätzlich soll dem Probanden zugesichert werden, dass alle persönlichen Daten (Personen- und Ortsnamen) anonymisiert vorliegen.

Ein nächster Schritt der Gestaltung des Gesprächs erfolgt einerseits mit erzählungsgenerierenden Kommunikationsstrategien wie dem Gesprächseinstieg, die allgemeinen Sondierungen und die Ad-hoc-Fragen, andererseits mit spezifischen Sondierungen mit Elementen der Verständnisfragen, Zurückspiegelung und Konfrontation als verständnisgenerierende Strategien.¹⁸⁸ In welcher Reihenfolge diese Strategien im Gespräch eingesetzt werden, wird im Folgenden erklärt.

Im *Gesprächseinstieg* bedient sich das problemzentrierte Interview einer vorformulierten Einleitungsfrage als Erzählanstoß, durch die die narrative Gesprächsstruktur aufgebaut werden soll. Sie soll einerseits die Aufmerksamkeit des Befragten auf den Problembereich lenken und andererseits so offen gestaltet sein, dass sie für den Interviewten „wie eine leere Seite“¹⁸⁹ wirkt, die er individuell und kreativ füllen kann.

Allgemeine Sondierungen, die nach einer ersten Erzählphase einsetzen, dienen zur sukzessiven Offenlegung der subjektiven Problemsicht. Hierbei werden die in der ersten Erzählphase angebrachten Informationen aufgegriffen und dementsprechende Nachfragen formuliert, um Sachverhalte, die in Alltäglichkeiten verborgen liegen, näher zu spezifizieren und den Teilnehmer in einen gewissen Zugzwang der Detaillierung zu bringen. Gleichzeitig kann der Interviewer eigene Erzählbeispiele einbringen, um emotionale Vorbehalte bei dem Befragten abzubauen.

¹⁸⁸ Vgl. Witzel (2000): Abs.11.

¹⁸⁹ Witzel (2000): Abs.14.

Mit dieser Bemühung wird versucht, besondere Erfahrungsbeispiele oder biographische Episoden der Person zu entlocken, um Erinnerungen anzuregen, abstrakte und unklare Begriffe zu verdeutlichen und konkrete Bezüge zu Kontextbedingungen des Handelns herzustellen.¹⁹⁰

Durch *spezifischen Sondierungen* (Zurückspiegeln, Verständnisfragen und Konfrontation) wird eine Vertiefung des Verständnisses des Interviewers über den erzählten Kontext möglich und dabei eine Art Vorinterpretation eröffnet, welche einen ersten Schritt hin zur systematischen Auswertung der Daten darstellt. Hierbei wird es dem Interviewer ermöglicht, seine ersten Interpretationen in der Kommunikation mit dem Befragten abzugleichen und zu modifizieren (kommunikative Validierung).¹⁹¹

Ad-hoc-Fragen kommen zum Einsatz, wenn bestimmte zentrale Themenbereiche aus dem Leitfaden, die für die Vergleichbarkeit der Interviews notwendig sind und von dem Teilnehmer noch nicht angesprochen wurden. Sie können spontan oder aus den Stichworten im Leitfaden gebildet werden.¹⁹²

4.3.1.3 Begründung der Methodenwahl

Die von WITZEL beschriebene Interviewmethode bietet sich in vielerlei Hinsicht für die Erhebung der Sichtweisen von Kindern psychisch erkrankter Eltern an. Im Sinne der Problemzentrierung werden die Kinder zunehmend als nächste Psychiatriegeneration verstanden, so dass es notwendig ist, sie in ihren Biographien wahrzunehmen, um geeignete Präventionsansätze entwickeln zu können. Hierbei kann die vorliegende Fragestellung nach den subjektiven Empfindungen und Erlebnissen der Kinder als „gesellschaftliche Problemstellung“ im Sinne WITZELS eingeordnet werden.

Weiterhin lässt sich das Ziel dieser Arbeit, welches die Erhebung des subjektiven Erlebens und deren Beschreibung der Kinder beinhaltet, in dem wesentlichen Ziel - die „Erfassung individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmung und Verarbeitungsweisen“¹⁹³ - des problemzentrierten Interviews wieder finden. Der Aspekt der Gegenstandsorientierung ermöglicht, den Leitfaden individuell an das jeweilige Kind in der Interviewsituation anzupassen.

¹⁹⁰ Vgl. Witzel (2000): Abs.15.

¹⁹¹ Vgl. ebd. Abs.17.

¹⁹² Vgl. ebd. Abs.16.

¹⁹³ Witzel (2000): Abs.1.

Die wesentliche Grundposition des problemzentrierten Interviews - theoretisches Vorwissen über die Thematik nicht auszuschließen, sondern in die Erhebung mit einzubeziehen - zeigte sich als relevant für die vorliegende Arbeit. Die Hindeutung des Forschers auf ein theoretisches Vorwissen über die Lage der Kinder schaffte eine Vertrauensbasis bei den Befragten und zusätzlich einen grundlegenden Interpretationskontext der Aussagen im Interview und in der Auswertung.

Der Einsatz eines Leitfadens als „Gedächtnisstütze“ ermöglicht, eng an der Fragestellung zu erheben, dennoch eine offene Herangehensweise zu bewahren, um dem Befragten Freiraum für die individuelle Gestaltung seiner Erzählung zu gewährleisten. Den Probanden wird die Möglichkeit gegeben, ihre subjektive Sichtweise in narrativen Teilen des Interviews wiederzugeben. Durch die Möglichkeit der Nachfragen im Gespräch kann der Forscher zusätzlich gezielt auf bereits genannte Themen eingehen und sie in ihrer subjektiven Bedeutung für das Kind ausdifferenzieren oder das Gespräch auf die zentrale Fragestellung zurückführen. Hierbei stellen sich die von WITZEL angebotenen erzähl- und verständnisgenerierenden Kommunikationsstrategien als geeignete Anregung für den Gesprächsverlauf heraus.¹⁹⁴ Zusätzlich ermöglicht er eine bessere Vergleichbarkeit der Interviews aufgrund seiner festgelegten Themenkomplexe.

Im Verständnis des „narrativen Interviews“ nach SCHÜTZE¹⁹⁵ können Verständnisfragen nur in der Endphase des Gespräches gestellt werden. Hierbei ergab sich aus den theoretischen Vorkenntnissen, dass es den Kinder zunehmend schwer fiel, über diese Thema von sich aus zu erzählen und somit eine rein narrative Interviewform ausgeschlossen wurde. Ebenso erweist sich die Methode des Leitfadeninterviews aufgrund seines Frage- Antwort- Spiels als ungeeignet, um auf den latenten Sinn- und Deutungsgehalt der Kinder schließen zu können.¹⁹⁶

Die oben beschriebene Prozessorientierung des problemzentrierten Interviews entspricht dem methodischen Verständnis der ausgewählten Auswertungsmethode, die im weiteren Verlauf des Textes eingängig beschrieben wird.

¹⁹⁴ Vgl. Witzel (1985): S.244 ff.

¹⁹⁵ Vgl. Schütze (1983): Biographieforschung und narratives Interview.

¹⁹⁶ Vgl. Witzel (2000): Abs.6

4.4 Sampling und Zugang zum Feld

Der Begriff des *Samplings* begreift die Auswahl der erhobenen Fälle, des Materials sowie die Auswahl im Material.¹⁹⁷

In diesem Fall wurden, wie bereits in der Fragestellung verdeutlicht, Kinder mit psychisch kranken Eltern gesucht, um sie nach ihrer subjektiven Sichtweise in Bezug auf das Zusammenleben mit dem kranken Elternteil retrospektiv zu befragen.

Ein Hauptkriterium in der Auswahl der Interviewpartner bestand darin, dass diese mindestens mit einem psychisch erkrankten Elternteil zusammenleben beziehungsweise zusammenlebten. Ebenfalls war es von Bedeutung, dass die Kinder nicht adoptiert waren oder zur Pflege bei den Eltern wohnten, sondern, in Bezug auf den Aspekt der genetischen Vererbung, eine biologische Verwandtschaft aufzeigen können. Hinzu kommt, dass Kinder von Eltern mit verschiedenen psychotischen Krankheiten (Schizophrenie, bipolare Störungen, Depressionen) interviewt werden sollen, um auf die Vermutung, dass weniger die Auswirkungen der Diagnose, denn mehr die Folgen durch die Dauer und Schwere der Krankheit für die Kinder eine Belastung hervorbringen kann. Diese Überlegung beruht auch auf dem Gedanken, dass sich erste Präventionsprojekte nur auf ein weitreichendes Klientel beziehen würden, nicht auf betroffene Kinder von Eltern einer spezifischen Krankheit.

Die Auswahl der erhobenen Fälle lief nach dem Prinzip des „theoretischem Sampling“ nach GLASER & STRAUSS ab.¹⁹⁸ Hierbei wurde nicht wie beim Vor-ab-Sampling die explizite Fallauswahl vor dem Forschungsprozess festgelegt, sondern die Entscheidungen über Auswahl und Zusammensetzung des empirischen Materials erst im Prozess der Datenerhebung und Auswertung gefällt.¹⁹⁹

Theoretisches Sampling bezeichnet den Prozess der Datensammlung zur Generierung von Theorien, wobei der Forscher seine Daten gleichzeitig sammelt, kodiert und analysiert und dabei entscheidet, welche Daten als nächstes gesammelt werden sollten und wo sie zu finden sind, um seine Theorie zu entwickeln, während sie emergiert. Dieser Prozess der Datenerhebung wird durch die emergierende Theorie kontrolliert.²⁰⁰

¹⁹⁷ Vgl. Cropley (2005): Qualitative Forschungsmethoden. S.80.

¹⁹⁸ Vgl. Glaser/ Strauss (1998): S.53

¹⁹⁹ Vgl. Flick (2002): S.

²⁰⁰ Glaser/ Strauss (1998): S.45.

Die Auswahl der Kinder orientierte sich an dem zu erwartenden Gehalt an Neuen, die sie für die zu entwickelnde Theorie einbringen konnten. Die Kriterien, die entscheiden, welches Kind für die vorliegende Untersuchung als ergiebiger Fall angesehen wurde, ergaben sie einerseits aus der Bezugstheorie und der im Forschungsprozess entstehenden Theorie. Die Beendigung der Auswahl interessanter Fälle wurde unter dem Aspekt der „theoretischen Sättigung“ vollzogen, d.h. die Auswahl endete, wenn kein neuer Informationsgehalt mehr zu erwarten war, wobei diese zudem durch die finanziellen und zeitlichen Ressourcen dieser Diplomarbeit begrenzt wurde.

In Summe kamen 6 Interviews mit 5 erwachsenen Kindern (3w/2m) im Alter von 19-30 Jahren und 1 Kind (m) von 12 Jahren zustande. Hierbei hatten alle Kinder lediglich nur einen kranken Elternteil. Alle Kinder wuchsen mit einem psychisch kranken Elternteil auf, wobei lediglich nur ein Mädchen mit einem kranken Vater gefunden werden konnte, alle anderen Kinder mit einer kranken Mutter zusammenlebten. Einzig die Befragung des 12-jährigen Jungen wurde nicht in die spätere Auswertung mit einbezogen, da es dem Kind sehr schwer fiel, über die Krankheit seiner Mutter zu erzählen, ohne dass der Forscher permanent beeinflussende Nachfragen stellen musste. Damit deckt sich dieses Ergebnis mit den Erfahrungen der Kindheitsforschung, die darin bestehen, dass vor allem jüngere Kinder weniger über narrative Kompetenzen verfügen, welche jedoch notwendig wären, um ausführlich und detailliert über Sachverhalte berichten zu können.²⁰¹ Mit dieser Erfahrung schieden Kinder unter 14 Jahren als potentielle Interviewpartner aus, um einen narrativen Erzählteil und die Vergleichbarkeit der Interviews zu garantieren. Alle anderen Gespräche wurden aufgrund ihrer Fülle an Informationen vollständig transkribiert.

Der Zugang zum Feld und damit zu den 6 Interviewpartnern wurde auf verschiedene Weise geschaffen. Es gestaltete sich schwierig, eine von der Jugendhilfe weitgehend unberührte Klientengruppe und in der Psychiatrie als Patienten bekannte Gruppe für die Durchführung der Befragung zu gewinnen. Hinzu kam, dass viele Kinder ungern über das Thema redeten und damit nicht für ein Interview zu gewinnen waren.

Erste Überlegungen zielten darauf ab, Institutionen und Projekte ausfindig zu machen, welche sich bereits mit der Situation von Kindern psychisch kranker Eltern auseinandersetzen. Um eine persönliche Vorstellung des Themas zu ermöglichen, wurde die Suche nach diesen in der Stadt Dresden und im Umkreis angesetzt.

²⁰¹ Vgl. Lenz (2005): S.75.

Hierbei entstand der Kontakt zum Kinder- und Elternprojekt „KIELT“²⁰² des Psychosozialen Trägerverein Sachsen e.V. Nach einer kurzen Vorstellung des Anliegens der Studie in der monatlichen Kindergruppe kam kein Kontakt zu einem betroffenen Kind zustande. Diese stellten sich letztlich als noch sehr jung und unsicher gegenüber einer solchen Befragung heraus. Dieser erste Versuch des Zugangs zu den betroffenen Kindern endete erfolglos und forderte eine erneute Überlegung über die Zugangschancen zu dem gewählten Feld.

Ein zweiter Ansatzpunkt in der Gruppe der „Angehörige“, in die Kinder ebenfalls zählen. Das am 15.März 2008 stattgefundenen Landesverbandstreffen der Angehörigen psychisch Kranker ergab die Möglichkeit, vor vielen Menschen das Forschungsinteresse in einem kurzen Vortrag zu skizzieren. Dabei wurden erste Kontakte zu einer erkrankten Mutter mit zwei Kindern und einem erwachsenen Sohn einer schizophran kranken Mutter hergestellt. Ebenso wurde von Seiten der Teilnehmer des Treffens die Zusammenarbeit mit dem Kinderprojekt „AURYN“ in Leipzig, mit der Selbsthilfegruppe „TARUS“ für psychisch Kranken in Dresden und erneut mit dem Psychosozialen Trägervereins Dresden e.V. angeboten. Alle Kontakte wurden sorgfältig gesammelt, um später nach dem Verfahren des theoretischen Sampling, geeignete Interviewpartner nach den gegebenen Möglichkeiten zu finden. Hinzu kam noch ein Kontakt zur Selbsthilfegruppe „Bipolar erkrankte Menschen“ in Dresden. Während eines Besuch in dieser Gruppe wurde nochmals das Forschungsinteresse vorgestellt. Es entstand ein reges Interesse der erkrankten Mütter daran, ihre Kinder zu einem Gespräch zu ermutigen, woraus schließlich der Kontakt zu zwei Kindern entstand.

Zusätzlich kam es zu Hilfestellungen aus dem Bekanntenkreis des Forschers. Hierbei stellte sich die Frage, ob eine eventuelle Vertrautheit des Interviews mit dem Forscher von Nutzen wäre, wohingegen HILDEBRAND meint:

Während vielfach angenommen wird, der Zugang zum Feld würde dadurch erleichtert, dass man möglichst Bekannte untersucht (und entsprechende Fälle aus dem Bekanntenkreis ausfindig macht), ist genau das umgekehrte Verfahren richtig: Je fremder das Feld, desto eher können Forscher als Fremde auftreten, denen die Forschungssubjekte etwas zu erzählen haben, das für den Forscher neu ist.²⁰³

²⁰² KIELT: Projekt für Kinder und deren psychisch kranke Eltern von Psychosozialen Trägerverein Sachsen e.V.

²⁰³ Hildebrand (1995): S.258, zit. nach Flick (2007): S.148.

Letztendlich kam ein Kontakt mit zwei unbekanntem, erwachsenen Kindern zustande, welche später für ein Interview gewonnen werden konnten.

Trotz verschiedener Möglichkeiten gestaltete sich der Zugang zu einer benötigten Anzahl von bereitwilligen Kindern überaus schwierig. Um möglichst weitere Interviewpartner zur Auswahl zu haben, wurde ein Kontakt zu dem örtlichen Gesundheitsamt hergestellt. Dieser ermöglichte, Informationsblätter über das Vorhaben in allen Abteilungen des Psychosozialen Dienst der Stadt Dresden auszuhängen. Hinzukommend wurden die Aushänge in weiteren Institutionen wie z.B. in Wohnheimen für gesunde und behinderte Kinder und an der Universität Dresden, in denen potentielle Interviewinteressierte oder Kontaktvermittler vermutet wurden, angebracht. Hierbei entstand nur ein einziger Kontakt durch die Aushänge, der jedoch letztlich unzureichend für die Studie erschien. Die verwendeten Aushänge werden als Anhang an diese Arbeit hinzugefügt.

4.5 Durchführung der Erhebung

Der direkte Kontakt zu den Interviewpartnern fand entweder per Anschreiben in einer Email oder über ein Telefonat statt. Hierbei wurden die Interviewteilnehmer über das Forschungsinteresse und -Design informiert und versucht, ein erstes Vertrauen aufzubauen. Dabei wurde getestet, ob die Teilnehmer sich für eine Befragung offen zeigten und andererseits die Aussicht auf neuwertige Informationen bestand, um bestehende Kategorien noch weiter zu verdichten.

Um die Interviewsituation in einer für den Teilnehmer angenehmen und bekannten Umgebung durchzuführen und damit an das Konzept der alltäglichen Kommunikation anzuschließen, wurde es ihnen freigestellt, den Befragungsort selbst zu wählen. Zwei der Teilnehmer entschieden sich für öffentliche Orte wie z.B. ein Studentencafe, bei denen sich die Problematik der Tonbandaufnahme später kenntlich machte. Andere wiederum wünschten sich, das Interview in der Wohnung des Forschers zu führen, wohingegen zwei der Probanden zuließen, das Gespräch bei sich zu Hause zu führen.

Die Erhebung begann mit einem Vorgespräch, in dem der Forscher sich und sein Anliegen nochmals vorstellte, die Anonymisierung der Daten zusicherte und dem Interviewpartner die jederzeit geltende Möglichkeit, das Interview ab- oder unterbrechen zu können, zugesichert.

In dieser Phase wurde auch der Interviewpartner dazu aufgefordert, Informationen über sich zu erzählen, welche später als Teil der Auswertung verwendet wurden.

Das eigentliche Interview startete mit Einschalten des Tonbandgerätes und mit einer erzählstimulierenden Einleitungsfragen²⁰⁴, welche wie folgt lautete:

„Erzähle mir einfach mal etwas über das Zusammenleben in deiner Familie, z.B. was ihr an den Wochenenden gemacht habt?“

Das Gespräch verlief nach der Gestaltung des problemzentrierten Interviews von WITZEL. Dieses wurde abgeschlossen, wenn sich die Erzählung des Interviewpartners erschöpfte und alle im Leitfaden festgehaltenen Themen angesprochen waren. Es kam in zwei Fällen vor, dass die Probanden erst nach der eigentliche Interviewphase Themen preisgaben, die sie vorher vermieden hatten. Diese zusätzlichen Informationen werden im Postskript des jeweiligen Gesprächs festgehalten. Die Dauer betrug zwischen 45-90 min. Alle Interviews fanden zwischen März 2008 und Juni 2008 statt. Die Auswertungsphase setzte ein, wenn das jeweilige Interview vollständig transkribiert vorlag.

4.6 Auswertungsverfahren

Im nächsten Kapitel wird näher auf die in dieser Arbeit verwendete Auswertungsmethode eingegangen.

4.6.1 „Zirkuläre Dekonstruieren“ nach JAEGGI, FAAS & MRUCK

Das „Zirkuläre Dekonstruieren“ nach JAEGGI et al. ist eine Form der hermeneutischen Textinterpretation,²⁰⁵ die Elemente der Zusammenfassung, Strukturierung und der Kategoriebildung sowie deren Revision beinhaltet.

(..) Ausgangsmaterial ist ein Text, um den herum wir uns in kreativen Gedankenschleifen intuitions- und theoriegeleitet bewegen. Damit „dekonstruieren“ wir zirkulär und rekursiv den Text und setzen ihn anschließend so zusammen, dass implizite Sinngehalte sichtbar werden können. Auf diese Weise findet ein mehrfacher Perspektivenwechsel statt, durch den wir Bausteine für eine Theorie über unseren Forschungsgegenstand finden, die neuartige Erkenntnisse verspricht.²⁰⁶

²⁰⁴ Vgl. Witzel (2000): Abs.14.

²⁰⁵ *Hermeneutik*: [grch.]die, Kunst und Lehre der Auslegung von Schriften, Dokumenten, Kunstwerken. (Vgl. Anger et al. (1992): Der Brockhaus. S.359).

²⁰⁶ Jaeggi et al. (1998): S.5 f.

Die Autoren JAEGGI, FAAS & MRUCK schlagen bei dieser Methode vor, die Auswertung in einer Art „Wellenbewegung“ vorzunehmen, in der sich der Forscher zeitweilig auf seine Intuition verlässt, um sich anschließend wieder dem Text zu nähern und neuwertige Ideen an ihm zu überprüfen. Besonders bei der ersten Annäherung an den Text sollte spontanen Einfällen und kreativen Metaphern den Vorrang vor „vermeintlicher Exaktheit“ gegeben werden.²⁰⁷

Die Auswertung gliedert sich in zwei Phasen, deren erste eine Einzelauswertung jeder Erhebung zum Ziel hat, die sogenannte Globalauswertung. Bei der zweiten Phase handelt es sich um einen systematischen Vergleich der ausgewerteten Einzelinterviews. Dieser wird erst durchgeführt, wenn alle Interviews die erste Phase durchlaufen haben und damit vollständig ausgewertet vorliegen. Mit Hilfe des Programm MAX QDA konnte das umfassende Datenmaterial für die Einzelschritte übersicht dargestellt werden.

4.6.1.1 Globalauswertung

Diese Phase dient der anfänglichen Strukturierung des Materials in sechs Schritten:

1. Formulierung eines Mottos für den Text
2. Zusammenfassende Nacherzählung
3. Die Stichwortliste
4. Der Themenkatalog
5. Die Paraphrasierung
6. Die zentralen Kategorien (interviewspezifisch)

Eine Einzelauswertung beginnt immer mit einem **Motto**, das entweder ein subjektiv prägnanter Satz ist oder ein treffender Ausdruck aus dem Text, der den Gesamteindruck des Textes widerspiegelt. Dieser Schritt bietet eine Hilfestellung bei der emotionalen Auseinandersetzung mit dem Text an und erleichtert in der Erinnerung die Zuordnung der Texte zu den Interviewpartnern.²⁰⁸ Die in dieser Studie ausgewählten Mottos ergeben sich aus den Aussagen der interviewten Kinder, welche sich durch ihren subjektiven Charakter besser als Zuordnungstitel eignen.

²⁰⁷ Vgl. Jaeggi et al. (1998): S.7.

²⁰⁸ Vgl. ebd.

Bei der **zusammenfassenden Nacherzählung** handelt es sich um eine kurze Zusammenfassung, die wesentliche Aspekte des Gespräches beinhalten soll. Aufgrund der Kürzung des Textes werden bereits Interpretationsschwerpunkte gesetzt, die es wiederum zu reflektieren gilt. Die Kürzung bewirkt eine bessere Übersichtlichkeit des umfangreichen Materials.²⁰⁹

Die Erstellung einer **Stichwortliste** als dritter Schritt filtert chronologisch alle auffälligen und gehaltvollen Wörter aus dem Text heraus. Mit Hilfe dieses Arbeitsschrittes wird der Text weiter verkürzt und überschaubar gemacht, um so erste Interpretationsversuche zu ermöglichen. Trotz der Empfehlung von JAEGGI et al., lediglich einige Seiten des Textes der Stichwortsuche zu unterziehen, werden in dieser Arbeit die kompletten Transkripte nach wichtigen Begriffen durchsucht. Nur so kann sichergestellt werden, dass kein wesentlicher Zusammenhang verloren geht.

Des Weiteren erfolgt die Erstellung eines **Themenkatalogs**, in dem Oberbegriffe, die sich aus den Stichworten mit gleichen Sinnzusammenhängen und Aussprüchen extrahieren, festgehalten werden. So entstehen eine Art „Vor- Kategorien“, welche durch „sensibilisierende Konzepte“, wie (Vor-) Urteile, Erlebnisse, Meinungen und Theorien der auswertenden Person, beeinflusst werden.²¹⁰ Zur Beschreibung der einzelnen Themenbereiche werden verkürzte charakteristische Aussagen der Interviewpartner verwendet und mit Zeilennummern aus dem Text versehen, um bei Interesse nachgelesen werden zu können. Die spätere Auswertung weiterer Interviews brachte vielmals neue Themenideen mit sich, wodurch bestehende Themenkataloge durch fehlende Themen erweitert wurden.

Den nächsten Schritt stellt die **Paraphrasierung** dar, die im Gegensatz zur Nacherzählung eine ambivalente Interpretationsleistung darstellt. Subjektivität und Intuition sollen nun durch die gedankliche Vorstrukturierung aus dem Themenkatalog ergänzt werden.

So werden bestehende Themen zu Meta- Themen zusammengefasst oder bestimmte Themen ins Blickfeld gerückt und ausdifferenziert.²¹¹ Zusammengefasste Themen werden hierbei immer am Satzende mit der zugehörigen Nummer aus dem Katalog gekennzeichnet.

²⁰⁹ Vgl. Jaeggi et al.(1998): S.8.

²¹⁰ Vgl. ebd. S.10.

²¹¹ Vgl. ebd. S.12.

Mit der Bildung **zentraler Kategorien** werden die vorherigen Arbeitsschritte auf einem höheren Abstraktionsniveau integriert und die Phase der Globalauswertung der einzelnen Interviews beendet. Die zentralen Kategorien ergeben sich aus der Paraphrasierung und dienen dazu, die einzelnen Interviews für die nächsten Auswertungsschritte vergleichbar zu machen. Bereits jetzt soll versucht werden, kleine Theoriebestandteile auszuarbeiten.²¹²

4.6.1.2 Systematischer Vergleich

Diese zweite Auswertungsphase lässt sich in drei Schritte unterteilen:

1. Synopsis
2. Verdichtung
3. Die komparative Paraphrasierung

Die **Synopsis** stellt eine Art vergleichende Übersicht her, wobei alle in den jeweiligen Interviews vorkommenden Kategorien in eine Tabelle festgehalten werden. So wird deutlich, welche Kategorien besonders gehäuft vorkommen und welche einmalig auftreten. Entgegen dem Vorschlag von JAEGLI, werden in diesem Fall die Kategorien in den Zeilen und die Namen der Probanden in den Spalten der Tabelle eingezeichnet. Die in Klammern gesetzte Ziffer verweist auf die Nummerierung der Kategorie in den einzelnen Interviews. Im Rahmen qualitativer Forschung interessieren nicht nur die Häufungen einzelner Kategorien, sondern auch das einmalige Auftreten der Kategorien - sogenannte idiosynkratische Kategorien.²¹³

Der zweite Schritt dieser Auswertungsphase besteht in der **Verdichtung** der zentralen Kategorien zu einem neuen Konstrukt. Dies erfordert besonders „genuin psychologisches Denken“²¹⁴. Hierbei geht es weniger um das Finden eines logischen Oberbegriffes, als um die „Akzentuierung einer psychologischen Gestalt“. Dabei lässt sich der Forscher von bisherigen Arbeitsschritten inspirieren und intuitiv leiten. Damit die jetzt gewonnenen Ergebnisse nicht auf der Ebene der Intuition stehen bleiben, wird eine Rückkopplung (Zirkularität) zum Ausgangsmaterial notwendig, welches im nächsten Schritt vollzogen wird.²¹⁵

²¹² Vgl. Jaeggi et al. (1998): S.13.

²¹³ Vgl. ebd. S.14 f.

²¹⁴ Jaeggi et al. (1998): S.15.

²¹⁵ Vgl. Jaeggi et al. (1998): S.15.

In der **komparativen Paraphrasierung** werden sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten der interviewten Personen auf Grundlage der im vorherigen Arbeitsschritt entwickelten Konstrukte herausgearbeitet. Durch dieses Vorgehen entstehen innerhalb des Konstruktes Variationen, inhaltliche Kontraste, Abgrenzungen und Überlappungen. Auf diese Art und Weise lässt sich überprüfen, ob sich das Konstrukt dazu eignet, „die Komplexität der angesprochenen Phänomene sinnvoll und nachvollziehbar zu strukturieren und damit zu reduzieren“²¹⁶. Die einzelnen Konstrukte können schließlich als Baustein für eine umfangreiche Theorie dienen. So kann sich bei einer Gesamtbetrachtung der Konstrukte eine „psychologische Vernetzung“ abzeichnen, vor deren Hintergrund eine neue Gestalt entstehen kann.²¹⁷ In dieser Arbeit wurden die fünf inhaltvollen Interviews in dieser Form verglichen und ausgewertet. Mit diesem Schritt endet der systematische Vergleich. Nach JAEGGI et al. schließt sich an diese Phase die Darstellung der Ergebnisse an, welche die Transparenz des Auswertungsprozesses und den Bezug zum Ausgangsmaterial umfasst.

4.6.1.3 Begründung der Wahl der Auswertungsmethode

Die Methode des zirkulären Dekonstruierens bietet sich insofern für die Auswertung an, als es sich um eine entlang der Methodologie der Grounded Theory für den beschränkten Rahmen von Diplomarbeiten entwickelte, pragmatische Deutungsvariante handelt.

Aufgrund des Grundsatzes der Zirkularität in dieser Methode eignet sie sich hervorragend als Ergänzung zum problemzentrierten Interview, welches in seinem Aspekt der Prozessorientierung ebenfalls die kontinuierliche Rückkopplung zum Ausgangsmaterial fordert

Hierbei fordert JAEGGI auf, die übliche lineare Phasenfolge von Erhebung, Auswertung und Ergebnisdarstellung zu durchbrechen, um neuen Erkenntnismöglichkeiten Raum zu geben.²¹⁸

In den einzelnen Arbeitsschritten wird es dem Forscher erleichtert, theoretisches Vorwissen im Sinne von Themenbildung oder Kategorien einzusetzen und damit einen Bezug zur Theorie zu schlagen.

²¹⁶ Jaeggi et al. (1998): S.17.

²¹⁷ Vgl. Jaeggi et al. (1998): S.17.

²¹⁸ Vgl. ebd. S.16.

Weiterhin hebt die Methode des zirkulären Dekonstruierens die Wichtigkeit idiosynkratischer Elemente, die sich in ungewöhnlicher Wortwahl, Metaphern oder irritierenden Interaktionsformen darstellen können, hervor. Diese können einerseits „das Allgemeine noch mehr hervorheben oder zu dessen Revision und/oder Entfaltung zwingen“²¹⁹ oder andererseits auf die Biographie und den Sozialisationshintergrund einer Person verweisen. Es entspricht dem Ziel der vorliegenden Arbeit, besonders den subjektiven Sichtweisen und Deutungen der Kinder psychisch kranker Eltern Raum zu geben.

²¹⁹ Jaeggi et al. (1998): S.17 f.

5. Darstellung der Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse gliedert sich nach der beschriebenen Art und Weise (*siehe Kapitel 4.6*). Zuerst erfolgt die Darstellung der soziographischen Daten aus dem persönlichen Kennlerngespräch vor dem Interviewbeginn. Dem schließen die Einzelauswertung und der systematische Vergleich der Interviews an. Die gesamte Auswertung basiert auf den fünf erhobenen Befragungen, welche alle in transkribierter Form auf der Material-CD zu finden sind.

5.1 Soziodemographische Daten der Interviewpartner

	Frida	Sigrun	Marcel	Winfried	Paula
Alter/ Geschlecht	23/w	25/w	28/m	22/ m	19/w
Tätigkeit	Studentin	Studentin	Informatiker	Arbeits- Suchender	Abiturientin
Wohn- situation	Wohn- Gemeinschaft	Eigene Wohnung mit Freund	Eigene Wohnung	Elternhaus	Elternhaus
Erkrankte Person in der Familie	Vater/ manisch- depressiv, Alkoholsucht	Mutter/ manisch- depressiv	Mutter/ schizophren	Mutter/ manisch- depressiv	Mutter/ depressiv
Beginn der Krankheit der Mutter/ Vater	Grundschule von Frida	Studienzeiten der Mutter	Kein Wissen vorhanden	Studienzeiten der Mutter	Mit Geburt des Bruders
Kernfamilie	Vater, Mutter, gr. Bruder, kl. Schwester	Vater, Mutter, kl. Bruder	Mutter, kl. Bruder, Oma, Vater getrennt lebend	Vater, Mutter, gr. Schwester	Vater, Mutter, 3 kl. Geschwister

Tab.1: Soziodemographische Daten der Interviewpartner

5.2 Einzelauswertung der Interviews

In den folgenden Abschnitten dieses Kapitels werden die Ergebnisse in der Reihenfolge ihrer Durchführung dargestellt. Hierbei werden alle privaten Daten der Probanden anonymisiert verwendet. Die im Text benannten Personen und dazugehörige Beschreibung können zu Beginn der Transkripte nachgelesen werden.

5.2.1 Interview mit Frida

(1) Motto - Frida

„Jetzt wird's immer besser. Er gibt sich auch irrsinnig viel Mühe“ (Z.12)

Dieses Motto verwendet Frida wiederholt in ihrer Erzählung über das Zusammenleben mit ihrem manisch-depressiv erkrankten Vater. Es skizziert Fridas subjektive Wahrnehmung über die aktuelle Situation in ihrer Familie.

(2) Zusammenfassende Nacherzählung - Frida

Fridas Erzählung beginnt mit einer aktuellen Situationsbeschreibung. Sie beobachtet die Bemühungen ihres manisch-depressiv erkrankten Vaters, sich selbst wieder zu finden und sich zunehmend seiner Familie zu widmen versucht. Dabei erzählt sie von schönen Erlebnissen wie z.B. ein gemeinsames Frühstück mit dem Vater in der letzten Zeit. Nach einem längeren Aufenthalt in der Schweiz wohnte sie im letzten Sommer wieder im Elternhaus, wobei die Problematik mit dem Vater nochmals für ihr eigenes Leben brisant wurde und sie zum Nachdenken anregte. Hier bemerkt sie rückblickend, dass sich sowohl die Beziehung zu ihrem Vater als auch das familiäre Zusammenleben von Beginn der Krankheit an stark verändert haben. Früher fuhr die gesamte Familie gemeinsam in den Urlaub und die Tochter-Vater-Beziehung war intensiver. Sie beschreibt den Beginn der Krankheit mit Erinnerung an besondere Gefühle zu diesem Zeitpunkt und gravierenden Erlebnissen, bei denen sie die Krankheitssymptome des Vaters immer wieder wahrnahm. Z.B. erinnerte sie sich an manische Phasen, in den er spontan nach New York City geflogen ist. In Fridas Erzählungen stehen nicht die Stimmungsschwankungen des manisch-depressiven Vaters, sondern seine Probleme mit dem Alkohol im Vordergrund. Wiederholt sieht sie den Vater betrunken. Trotz Entzugsversuchen verfällt er immer wieder dem Alkohol und enttäuscht die ganze Familie damit. Im gesamten Interview beschreibt sie ihren Vater als sehr zurückgezogen und still, in einer Art „Cocoon“. Er lebt in seinem Keller und ist mit sich allein beschäftigt. Um ihn nicht ganz sich selbst zu überlassen, beschreibt Frida, wie sie über die Jahre einen guten Umgang mit ihm gefunden hat.

Eine Erklärung für die väterliche Erkrankung sieht sie in seiner Kindheit, in der er unter dem Leistungsdruck und Emotionslosigkeit seiner Familie gelitten hatte. Entgegen seinen Geschwistern zeigt sich der Vater als sensibler Einzelgänger, welcher den elterlichen Anforderungen nicht gewachsen war und nun auswirkend erkrankt ist. Viele der aktuellen Informationen über das Leben des Vaters erfährt Frida in Erzählungen der Mutter.

Diese lebt trotz vieler Streitereien mit dem Vater und der jüngeren Schwester Sophie weiterhin in einem Haushalt zusammen.

Ein sehr wichtiges Thema im Gespräch ist die derzeitige Entwicklung und Verbesserung der Situation. Frida beschreibt, wie sich der Vater „irrsinnig Mühe“ gibt. Er hat den Alkohol bekämpft und bemüht sich, bei der jüngeren Schwester viele Dinge anders zu machen und sich zunehmend auch für Fridas Leben zu interessieren.

Die Beziehung zu ihrer Mutter beschreibt sie als schwierig. Diese ist oftmals mit sich, ihrem Sport und der Schwester beschäftigt und interessiert sich dabei wenig für das Leben von Frida. In dem Alter zwischen 13-18 Jahren bezeichnet sie sich selbst als Einzelgänger. Für ihre Probleme mit der Familie findet sie bei ihrer derzeitigen Psychologin Rosi Rost die Möglichkeit, darüber zu reden. In der Schulzeit beschreibt sie die Zugehörigkeit und das Verständnis des Pfarrers in der Jungen Gemeinde als wertvoll.

(3) Themenkatalog - Frida

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit befindet sich die Übersicht der jeweiligen Themen und der ihnen zugeordneten Stichwörter im Anhang der Arbeit ab S.140. Hierbei werden den Zitaten die jeweiligen Textstellen in Klammern zugeordnet.

(4) Paraphrasierung - Frida

Gefühle

Die Krankheit des Vaters verändert auch Fridas Gefühle zu ihm (8). Sie äußert rückblickend, dass sie zum Zeitpunkt des Ausbruchs der Krankheit die Nähe zu ihrem Vater unangenehm empfand und zunehmend Angst bekam (3). Ab diesem Zeitpunkt erlebt sie den Vater als „Versager“, der sowohl die Rolle der leitenden Position im Betrieb und als Vater „nicht im Griff“ hat (1). Sie „hasst“ ihn, weil er in ihren Augen sein Leben nicht organisiert bekommt (21), ihr somit kein Vorbild sein kann und seine Probleme mit Alkohol kompensiert (1/24). Seine Versuche, eine Alkoholentgiftung durchzustehen, erlebt sie mehrmals als erfolglos (1/10). Frida ist sehr „enttäuscht“ von ihm, weil er die Familien und ihre frühere Vater-Tochter-Beziehung durch sein Verhalten kaputt macht. Hinzukommend erkennt sie keine Bemühungen seinerseits, ihren innigsten Wunsch nach einem „netten Vater“ über Jahre hin zu erfüllen (3/21). Sie erlebte wiederholt den Vater in seinen manisch-depressiven Phasen und im Alkoholkonsum, wie er sich nicht unter Kontrolle hat, woraus sie eine „Wut“ gegen ihn und sein Verhalten entwickelt (1/3).

Ihre Sehnsüchte nach einem „richtigen, durchgreifenden, coolen Vater“ verflachen über die Jahre zunehmend in Resignation über die unveränderte Lage (3/19). Doch die Erinnerungen an die enge Beziehung zu dem Vater in der Kindheit und die derzeitigen „Bemühungen“ des Vaters, erwecken in ihr eine erneute Hoffnung auf eine „kleine Beziehung“ (3/16/21). Sie erlebt den Vater im Umgang mit ihrer kleineren Schwester als „kuschelnden, besorgten Vater“ (17), worauf sie weniger Eifersucht, mehr aber eine Freude über seine Verbesserungen empfindet (16). Die Bemühungen der Mutter, die Familie zusammen zu halten und dem Vater zu helfen (15), drängen auch Frida zu einem „Verantwortungsgefühl“, wobei sie vielfach versucht, dem Vater in seiner Lage hilfreich zur Seite zu stehen. (4/22) Hierbei wäre Frida nicht in der Lage, trotz der Belastungen, die Familie zu verlassen (4). Letztendlich ist die Situation so, dass Frida sowohl von ihrem Vater sowie von ihrer „starken, viel beschäftigten“ Mutter (15) keine ausreichende Beachtung und Unterstützung für ihre Entwicklung erfährt und sich während ihrer Pubertät „allein“ fühlt und als „Einzelgänger“ selbstständig ihr Leben bewältigen muss (5).

Gedanken zur Situation

Frida entwickelt über die Jahre eine Vorstellung über die Ursachen der väterlichen Krankheit (11). Sie sieht diese besonders in der Kindheit des Vaters und macht „den Großvater und die Familie des Vaters“ für vieles verantwortlich. Ihre Theorie besagt, dass der Vater dem „ständigen Leistungs- und Erwartungsdruck“ der eigenen Eltern, besonders dem autoritären Vater, nicht gewachsen war, keine geeigneten Bewältigungsstrategien kannte, zusätzlich sehr sensibel war und daraus letztendlich erkrankte (11). Hierbei berichtet sie empört über die Bewältigungsstrategien der väterlichen Familie, welche mit „Phosphan“ und „Geld“ ihre Probleme lösten (11). Zum Vergleich zieht sie die Familie der Mutter heran, die stets „offen über ihre Probleme reden“ und gesund sind und zur anderen Seite die „Schwester des Vater und dessen Familie, welche auch ganz seltsam“ zu sein scheinen (11). Die „fehlende Geschwisterbeziehung in dieser Familie und die geringe Anzahl von Freunden“ ergeben für sie ebenfalls Faktoren, die dem Vater „keine Unterstützung bei seinen Problemen“ gaben (11). Sie sieht den Verbleib des Vaters in der Kernfamilie bis heute als ungenutzte Chance, um „einmal von außen auf die Probleme schauen und damit den Kreis verlassen zu können“ (11). Sie beschreibt die Folgen aller Auslöser mit dem Wort „Knacks“, gewissermaßen den Einbruch im Leben des Vaters (11).

Für sie ist klar, dass psychosoziale Faktoren die wesentliche Rolle für die Entstehung einer manisch-depressiven Krankheit spielen und von den Genen der Eltern keine Gefahr ausgeht (7/11). In Bezug auf ihr eigenes Erkrankungsrisiko hat sie sich schon mehrmals Gedanken gemacht. Sie kommt zu der Ansicht, dass auf Grundlage ihrer Entstehungstheorie bei ihr kein Risiko besteht, zu erkranken, da sie „schwer nach ihrer offenen Mutter komme“ (7). Trotzdem erzählt sie von einer schwierigen Lebensphase, in der sie sich in Gefahr gesehen hat, ebenfalls zu erkranken (7). Im Alltag nimmt sie eigene Stimmungsschwankungen wahr, sieht diese jedoch nicht im Zusammenhang mit der Erkrankung des Vaters und einem möglichen Erkrankungsrisiko (7).

Veränderung im Familienleben

Mit dem zunehmend distanzierten Verhalten des Vaters geht eine Veränderung im Familienalltag einher (14). Einen gemeinsamen Alltag erlebt Frida nur noch mit ihrer Mutter, dem Bruder und der Schwester, weniger mit dem Vater (14). Dieser wohnt seit einigen Jahren getrennt von dem Rest der Familie im Keller (14), wo er in seiner Welt lebt (2). Sie erlebt ihn tagsüber oft schlafend, weil er nachts nicht schlafen kann (14). Er übernimmt wie früher wenige Aufgabe in der Familie, was Frida weniger auf die Krankheit, als mehr auf sein sozialisiertes, konservatives Rollenverständnis zurückführt (13). Eine Gemeinsamkeit der Familie ist auch heute noch die Urlaubsreise, bei der im Vergleich zu früher, der Vater sich weitgehend von der Familie abkapselt (14). Seit seinen „Bemühungen“ (16) unternimmt die Familie wieder zunehmend mehr miteinander (13).

Frida erkennt in ihrer kleinen Schwester eine Art „Wiedergutmachung“ sowie ein „Verbindungsstück“ zwischen den Familienmitgliedern, wobei die Eltern versuchen, „alles besser“ als bei den ersten Kindern zu machen (17). Die Beziehung der Eltern ist seit Beginn der Krankheit von Streitigkeiten und Sticheleien geprägt, was für die Kinder eine große Belastung darstellt (12/23). Die „enttäuschte Mutter“ (12) kann den Vater nicht akzeptieren, wie er ist (12/15), aber empfindet auch ein Pflichtgefühl ihrem „Ehemann“ gegenüber, ihn aus „Liebe“ und aufgrund der gemeinsamen Existenz durch den Betrieb weiterhin zu unterstützen (12/13). Frida erlebt ihre Eltern als Bündnis, welche durch bestimmte Regeln noch miteinander leben können (13). Die Mutter regelt die Familie, kann in ihr jedoch keine Schwäche zeigen, wodurch sie sich die Kraft aus ihrem Sport zieht (12/13). Diese Tatsache macht es für Frida schwer, ihr wirklich emotional nah zu kommen (12).

Durch das Verhalten des Vaters muss die Familie nicht nur mit ansehen, wie die Firma langsam an Wert verliert (1/2), sondern muss Blamagen gegenüber der Öffentlichkeit unwillentlich hinnehmen (2/8/24). Trotzdem erfährt sie von Freunden und vorwiegend von der mütterlichen Familie weiterhin Akzeptanz und Unterstützung (6).

Wahrnehmung der Erkrankung des Vaters

Frida erlebt über die Jahre jede Phase der manisch-depressiven Erkrankung mit, die im Gegensatz zu früher seltener wechseln (9). Im letzten Sommer bemerkt sie die „Schwankungen“ extrem, da sie den Vater mit Abstand betrachten kann (9). Sie nimmt die Verhaltensweisen des Vaters genau wahr (2) und entwickelt eine Sensibilität für die spezifischen Symptome jeder Phase (9). Es zeigt sich, dass die Alkoholsucht des Vaters eine weit aus größere Rolle in ihrer Wahrnehmung einnimmt als die manisch-depressive Erkrankung (2). Gegenüber seinen manischen Verhaltensweisen, wie zum Beispiel „der Kauf des Cabrio“ und der „spontane Flug nach New York“, empfindet sie Unverständnis und Hass (3/9). Sie erlebt ihren Vater als schwache Person, die ihre Probleme mit Alkohol kompensiert und somit in den Augen seiner Familie „ein Versager“ ist (1/24). Sie belastet es, den Vater regelmäßig betrunken und „ohne Kontrolle über sich“ zu erleben (1/23). Frida kennt nur aus Erzählungen der Mutter Details über sein Verhalten in der Firma. Zu Hause erlebt sie ihn „sehr ruhig, zurückgezogen und in einer Art Cocoon“ befindend (2). Sie äußert, wenig über das wirkliche Wesen des Vaters zu kennen. Nur aus dem wie sie ihn erlebt und aus Erzählungen der Mutter kann sie sich ein ungefähres Bild von ihm machen (2). Sie beschreibt ihn als Menschen, der „erschlagen von sich selbst ist“, in „seinem dunklen Keller allein in seiner Welt lebt“, „sich nicht mehr pflegt“ und außerhalb der Familie den „großen Macker spielt“ (2). Trotzdem hat sie eine Vorstellung, wie der Vater ohne die Krankheit sein könnte: „Bemüht um seine Familie, interessiert an der Welt und sensibel“ (2).

Wissen über Krankheit

Durch erste Gespräch mit einem Psychologen erfuhr die Familie von der manisch-depressiven Erkrankung des Vaters (8). Über den tatsächlichen Beginn der Krankheit ist sich Frida nicht bewusst (8). Die meisten Informationen über die Krankheit erhält sie in Gesprächen mit der Mutter (15).

In eigener Initiative sucht sie in Bibliotheken nach Informationen (18). Sie weiß, dass der Vater mit Medikamenten behandelt wird, aber hat kein Wissen über die Art der Tabletten, die der Vater sich „irgendwo bestellt“ (10).

Ihr Wissen über die Krankheit geht über die eigenen familiären Erlebnisse hinaus und so erzählt sie von anderen Menschen, welche in ihrer manischen Phase „Arztpraxen eröffneten“, was sie weit aus schlimmer empfindet (18).

Umgang mit der Krankheit

Mit zunehmender Sensibilität für seine Stimmungslagen und ihrem Verantwortungsgefühl gegenüber dem Vater entwickelt Frida mehrere Ideen über den optimalen Umgang mit dem Vater (2/4/22). Wiederholt erlebt sie sich im Zwiespalt zwischen dem Ausmaß der notwendigen Fürsorge für den Vater und ihren Bestrebungen, ihm seine Freiheit zulassen (22). Sie bekommt ein genaues Gefühl dafür, wann es nötig ist, den Vater zur Teilhabe am Familienleben zu bewegen und wann es besser ist, keine Erwartungen an den Vater zu haben (22). Ihre ständigen Versuche eine Balance darin zu erlangen, zielen alle auf eine Genesung des Vaters hin (22). Damit einhergehend erhofft sich Frida sowohl eine positive Veränderungen im Familienleben und in ihrer Beziehung zum Vater (21). Hier wechseln häufig die Rollen in der Vater-Tochter-Beziehung, sodass Frida für ihren Vater die Vorbildfunktion übernimmt und sich um ihn sorgt (20/22). In Bezug auf das Verhalten ihrer Mutter kopiert sie sich Umgangsweisen ab, wie sie ebenfalls durch Sticheleien den Vater zu einem anderen Verhalten zu zwingen versucht (12).

Veränderungen und Belastungen für Fridas Leben

Die auftretenden Veränderungen mit Beginn der Krankheit sind für Frida weitgehend „belastend und überfordernd“ (23). Sie entwickelt eine Angst gegenüber ihm (3) und weiß ihn kaum mehr einschätzen (2/23). Die Momente wie das Betrunkensein des Vaters belasten sie so sehr, dass auch ihre Konzentration in der Schule darunter leidet (23). In ihrem größten Wunsch nach einem „richtigem Vater“ (1) spiegelt sich wider, wie sehr sie unter dem Verlust der engeren Beziehung zum Vater leidet (21). Sie muss akzeptieren, dass eine Genesung des Vaters nur möglich ist, wenn sie ihn in Ruhe lässt (22). Um dem Vater überhaupt nah zu sein und ihm helfen zu können, übernimmt Frida die Fürsorge und Vorbildfunktion für den ihn, was von ihr viel Selbstständigkeit abverlangt (22). Die Streitigkeiten zwischen den Eltern treiben die Familie immer weiter auseinander (12/13).

Frida betont, dass es vor allem in Gegenwart fremder Personen „unangenehm wäre, die Sticheleien der Mutter mitzubekommen“ (12/23). Für Frida wird es in letzter Zeit wieder angenehmer, mit beiden Eltern Zeit zu verbringen, da sich diese „zunehmend klarer über ihre Beziehung werden und somit auch der Streit abnehme.“ (14/23) Jedoch kann sie die Folgen der elterlichen Streitigkeiten nicht abschätzen, wodurch sie eine ständige Angst vor einer Trennung begleitet (13). Auch die getrennte Wohnsituation der Familie belastet Frida sehr (14). Besonders empört und angewidert erzählt sie von der Lebensweise des Vaters im Keller (1).

Bewältigung der Probleme

Nachdem sie sich lange Zeit sehr um das Verhältnis zum Vater sowie um die Familiensituation bemüht hat, bewältigt Frida ihre Probleme einerseits in einer defensiven Art und Weise. Sie versucht, vor der Situation wegzulaufen oder verdrängt manche Erlebnisse, um sich vor weiteren Problemen abzuschirmen (2/19). Andererseits neigt sie ebenfalls zu einem aktiven Bewältigungsverhalten (19), was sowohl ihre Reflektion über die Situation und ihre Rolle darin, als ihre Suche nach Austausch und Informationen ausmacht (19). Mit ihrer aktiven Hilfsbereitschaft für den Vater versucht sie, ihre Gefühle der Hoffnungslosigkeit und der Verantwortung zu bewältigen (19). Mit Abstand zu ihrer Familie erlebt sie die Möglichkeit, die Situation aus einem neuen Blickwinkel zu betrachten und damit besser verstehen zu können (19).

Unterstützung und Hilfe

Frida erlebt in ihrer Kindheit von vielen Seiten mehrfache Unterstützung (20). Neben dem Verlust der Beziehung zu ihrem Vater, leidet Frida unter der geringen Aufmerksamkeit der Mutter (20). Die Mutter kann sich nicht schwach zeigen, weil sie die Familie zusammenhalten muss. Sie redet viel über das Verhalten des Vaters und drängt damit Frida ein subjektives Bild des Vaters auf, welches ihren Umgang mit ihm entscheidend bestimmt (22). Die Mutter versucht, dieses Defizit mit einem Pferd für Frida zu kompensieren (5/20). Zusätzlich gab sie ihr Möglichkeiten, professionelle Hilfe von einer Psychologin zu nutzen (20). Die Gespräche mit der Psychologin Rosi Rost sieht Frida als sehr hilfreich an, da sie ihr einen neuen Blickwinkel über die Situation vermittelt (20). Von der Familie des Vaters erfährt sie nur wenig Unterstützung, wohingegen die Mutter ihrer Mutter sich immer offen für die Probleme von Frida zeigte (20).

Aus dieser fehlenden Unterstützung folgt, dass Frida jahrelang als „Einzelgängerin“ lebt und ihr Leben selbstständig meistern musste (5). Außerhalb der Familie, findet Frida in ihren Freunden, der Jungen Gemeinde und der Aktion Jugendclub großen Rückhalt.

Vor allem die Gespräche mit dem Freund Max helfen ihr „wahnsinnig, das klarer zu sehen.“ (20) Ebenfalls erlebt sie die Aufklärung über die Krankheit als wichtigen Aspekt für einen geeigneten Umgang mit der Situation (20/22).

Wünsche

Frida wünscht sich eine liebevolle, „kleine Beziehung“ zum Vater, wofür sie viel tun würde. Derzeit vernimmt sie im Verhalten des Vaters „kleine Schritte“ in Richtung Besserung (21/22). Ein weiterer Wunsch ihrerseits besteht in der Genesung des Vaters beziehungsweise in der Möglichkeit, dass er sein kann, wie er ist (21). Ihre Phantasie zeigt, dass sie gern einen anderen Vater hätte beziehungsweise sich vorstellen kann, dass er ohne die Krankheit „ein guter Vater wäre“ (3/21). Hinzukommend wünscht sie sich, mehr Unterstützung und Beachtung von ihrer Mutter zu erfahren (23).

(5) Zentrale Kategorien - Frida

Eine tabellarische Übersicht der zentralen Kategorien und der ihnen zugeordneten Themen kann aus Gründen der Übersichtlichkeit im Anhang auf S.180 nachgeschlagen werden.

5.2.2 Interview mit Sigrun

(1) Motto - Sigrun

„Ich habe mich ziemlich lange dagegen gewährt. Früher war es halt völlig normal irgendwie, die Eltern sind halt so oder so.“ (Z. 15/104)

Dieser Satz beschreibt deutlich, wie sich Sigruns Umgang mit der Krankheit der Mutter über die Zeit hinweg veränderte. Diese Veränderungen sind immer wieder Thema in ihrer Erzählung.

(2) Zusammenfassende Nacherzählung - Sigrun

Sigrun lebte bis vor einiger Zeit mit ihrem Bruder, der erkrankten Mutter und dem Vater in einem Haushalt. Doch seit Beginn ihres Studiums war es ihr Wunsch, das Elternhaus zu verlassen. Dies tat sie anfangs über ein längeres Praktikum in Schweden. Danach zog sie mit ihrem Freund zusammen. Über die Krankheit ihrer Mutter erzählt sie anfangs nur

zögerlich. Als Kind bekam sie wenig davon mit und erinnert sich nur teilweise an Momente wie die erste Klinikeinweisung der Mutter. Erst im Jugendalter verglich sie ihre Familie mit denen anderer Gleichaltrigen und wurde sich bewusst, dass das mütterlicher Verhalten als Krankheit verstanden werden konnte. Lange Zeit wehrte sie sich gegen diese Diagnose bei ihrer Mutter. Deutlich betont sie ihre Vorstellung von Krankheit. Ab diesem Zeitpunkt sieht sie das Verhalten der Mutter im Zusammenhang mit einer psychischen Krankheit. Hierbei äußerte sie Gedanken über das Risiko, selbst zu erkranken.

Innerhalb, aber auch außerhalb der Familie redete Sigrun ungern über die Krankheit der Mutter. Nur durch die Offenheit der Mutter wurde die Krankheit immer wieder zum Thema, auch im Bekanntenkreis.

Eine Verbundenheit der Familie sieht Sigrun in dem Leistungssport, den die Familie lange Zeit gemeinsam betrieben hat. Als weiteren Grund für Veränderungen im Familienleben sieht sie die Arbeitslosigkeit der Mutter. Für sie war es einer der Wendepunkte, an dem sie sich langsam von der Familie distanzierte und somit ihren Auszug plante.

Des Weiteren versuchte sie zu verdeutlichen, welche Belastungen für sie mit der Krankheit einhergingen. Eine sieht sie in ihrem geringen Selbstbewusstsein. Gegen Ende des Interviews schlägt sie erneut den Bogen zum Thema Auszug und schließt ihre Erzählung mit der Äußerung über ihr Wohlbefinden in Bezug auf ihr selbstständiges Wohnen.

(3) Themenkatalog - Sigrun

Wie bereits bei dem vorherigen Interview befindet sich der Themenkatalog im Anhang dieser Arbeit ab S.148.

(4) Paraphrasierung - Sigrun

Wahrnehmen und Erleben der Krankheit

Sigrun erlebt das mütterliche Verhalten erst mit 19 Jahren als Bestandteil einer manisch-depressiven Erkrankung (18). Als Kind sieht sie ihre Mutter als „völlig normal“ an und erlebt z.B. einen Klinikaufenthalt unter dem Aspekt, dass die Behandlung des Elternteils der Genesung dient und eine Rückkehr stattfindet (8/18). Ihre Erinnerungen an prägnante Situationen in ihrer Kindheit sind meist nur durch Erzählungen von Seiten der Mutter bestückt (18). Erst im Vergleich mit Familien gleichaltriger Jugendlicher erkennt sie bewusst die mütterlichen Verhaltensauffälligkeiten und beginnt, über ihre Mutter nachzudenken (18). Sie erlebt das „aufbrausende, übersprudelnde“ und redselige Verhalten

der Mutter nicht mehr als Normalzustand (9). Dadurch entwickelt sie zunehmend eine Sensibilität gegenüber den Stimmungszuständen der Mutter (19).

Gefühle und Gedanken im Zusammenhang mit der Krankheit

Mit Beginn der bewussten Wahrnehmung der Krankheit im Jugendalter empfindet sie ein Gefühl der „Abwehr“ gegen die Diagnose der Krankheit (2). Ihr Konstrukt der Krankheit macht es für sie „schwer“, die psychische Krankheit ihrer Mutter zu verstehen und die „Grenzen“ ihres Begriffes der „Krankheit“ neu zu formatieren (6). Ihre abwehrende Haltung gegenüber der Zuordnung des mütterlichen Verhaltens zu einer „geistigen Krankheit“ (1) entfacht zusätzlich Gefühle der Scham und der Peinigung (1/3). Sie empfindet es als unangenehm, wenn ihre „sensible“ (2/9), aber für sie gesunde Mutter, krankenspezifische Angebote wie zum Beispiel einen „Behindertenausweis“ nutzt (1).

Sie definiert eine Krankheit als ein Zustand, bei dem „etwas Körperliches verändert ist, was man optisch wahrnehmen kann (6). Im Gegensatz dazu steht ihre Wahrnehmung der mütterlichen Krankheit, welche sich durch ein „normales Aussehen“ (1) und „gefühlvolle, anstrengende und sensible“ Wesenszüge kennzeichnet (9), die sie jedoch einer Vielzahl von Menschen zuordnen würde (2). In Bezug auf die Vererbung der Krankheit auf die eigene Person erklärt sie sich für unwissend (7). Nach ihrer Theorie zu urteilen, ist die Krankheit „nicht genetisch übertragbar“, sondern kann durch das Zusammenleben mit einem kranken Menschen „abfärben“ (7). „Wenn nicht beide Eltern die Probleme haben“, so ist das Risiko der eigenen Erkrankung geringer (7).

Umgang mit der Krankheit

Auffällig ergibt sich, dass ihre Gefühle im Zusammenhang mit dem Umgang der Gesellschaft mit psychischen Krankheiten stehen (1/2). Sigrun äußert hierzu, dass im familiären Bereich, z.B. mit dem Bruder oder den Verwandten, eine Kommunikation über die Krankheit der Mutter „nie statt fand“ (21). Jedoch ist sie sich sicher, dass ihre Familie durch den offenen Umgang der Mutter (20) über die Krankheit „Bescheid weiß“, diese „akzeptieren“ und allzeit ein „riesiger familiärer Zusammenhalt“ besteht (21). Sie sieht die Probleme vor allem im Gespräch über die Krankheit gegenüber „weiter weg stehenden“ Menschen, wo es ihr „schwer fällt“ (1), über den Zustand ihrer Mutter zu sprechen. Sigrun kann es schwer einschätzen, wie andere Personen auf die Tatsache der psychischen Krankheit ihrer Mutter „reagieren“ (3). Um Nachfragen und Erklärungsnot zu vermeiden, beschreibt sie ihre Mutter „meistens“ über ihre Tätigkeit als „Hausfrau und Mutter“ (1).

Somit entgeht sie der Gefahr, die uneinschätzbaren Folgen ihrer Offenheit über das Thema zu erleben (1/3). Ihr Verhalten erweist sich als Schutz vor Stigmatisierung als Angehöriger eines psychisch erkrankten Menschen in der Gesellschaft (2/3). In diesem Zusammenhang erwähnt Sigrun indirekt eine Möglichkeit, die ihr den Umgang und die Kommunikation über die Krankheit ihrer Mutter erleichtert hätten: die Krankheit „benennen können“, also ein gesichertes Wissen darüber zu besitzen (2/17).

Wissen über die Krankheit

Trotz ihrer späten bewussten Auseinandersetzung mit der Krankheit ihrer Mutter, besitzt sie ein fundiertes Wissen über den Verlauf der Krankheit. Über den Beginn der Krankheit weiß sie viele Dinge nur aus Erzählungen der Mutter (4/18). Den Auslöser für den „Ausbruch“ (4) der Krankheit sieht sie in der großen Stressbelastung der Diplomphase im Studium der Mutter. Eine erneute „große Belastung“ (4/5) der Mutter erkennt sie in der stressigen Tätigkeit als Lehrerin, welche die Mutter nach dem Umzug nach Dossen wieder versuchte aufzunehmen, jedoch scheiterte (5). Ihrer Meinung nach muss es nicht zum „Absturz“ kommen, da „man sich nur darauf einstellen muss“ (5). Über die Behandlung dieser Krankheit ist wenig die Rede. In Erzählungen ihrer Mutter erfährt sie seltsame Dinge über frühere Behandlungsmethoden wie z.B. „Zwangseinweisung“ und Tablettenüberfluss, welche sie aber als Tatbestand abwehrt (8). Sie erinnert sich, dass die Mutter sowohl in der Kur als auch vor der Wende und nochmals 1998 in der Klinik war (8). An weitere Details der Behandlung erinnert sie sich nicht, was sich auch mit ihrer Abwehr gegen die Krankheit deckt (8).

Auswirkungen auf das Familienleben

Auch wenn Sigrun das Risiko einer eigenen Erkrankung gering schätzt, so verknüpft sie, dass die Erkrankung der Mutter Auswirkung auf ihr Leben und das gesamte Familienleben hat (7/10/16). Hier spielt die Arbeitslosigkeit der Mutter eine große Rolle (10). Sigrun sieht die Entscheidung der Mutter für eine frühzeitige Berentung als eine „gute Lösung“ an, welche der Mutter die Möglichkeit gibt, ihr Stresskontingent und somit ihren Krankheitsverlauf eigens mitzubestimmen (20). Für das Familienklima macht diese Veränderung eine neue „Belastung“ aus (10). Nicht nur von dem Vater, sondern auch für Sigrun selbst wird der Zustand, dass alle Familienmitglieder zu Hause sind, als „nervig“ empfunden (10/16).

Sie betont, dass sie sich durch die „ständige Beobachtung“ und „Aufgabenverteilung“ der Mutter in ihrer „freien Zeiteinteilung“ eingeschränkt und fremdbestimmt fühlt (10). In diesem Zusammenhang erwähnt sie auch die Streitigkeiten der Eltern, für die sie nur vage die Ursache in der Erkrankung der Mutter sieht, jedoch die Folgen der Berentung als legitimen Grund aufführt (16). Sie benennt die Möglichkeit der „Trennung der Eltern“, lässt aber durch ihre gedankliche Vorstrukturierung erkennen, dass sie sich schon eingehend mit dem Thema auseinandergesetzt und das Risiko bei ihren Eltern genauesten abgewogen hat (16). Sowohl die „Verankerung und der Besitz des Hauses in Dossen“, der „bestehende Wohnsitz des Bruder im elterlichen Haushalt“ und die „Fähigkeit des Vaters, seit Beginn mit der Krankheit umgehen zu müssen“, sind für sie Indizien, welche ihr Sicherheit vor der Gefahr des Zerfalls der Kernfamilie geben (16). Dass diese veränderte Familiensituation eine große Belastung für sie darstellt, lässt sich an ihrem dringlichen Wunsch des Auszuges aus dem Elternhaus erkennen (10/15).

Auswirkungen auf Sigruns Leben

Neben der Auswirkung der Krankheit auf das Familienleben wird Sigrun bewusst, dass auch ihre Entwicklung durch diese Lebenssituation mit der psychisch kranken Mutter beeinträchtigt wurde. Ihr fällt es sehr schwer, ihre Emotionen und Gedanken hier zu einem Konstrukt zu verknüpfen (11/12/13). Sie ist sich sicher, dass unzählige Gespräche mit ihrer Mutter über die Krankheit ihr „klar“ gemacht haben, dass sie von ihrer „seelisch instabilen“ und „mit sich beschäftigten“ Mutter weiterhin nur geringe Unterstützung für die Bewältigung ihrer Probleme erwarten kann (11).

Bewältigung der Situation

Mit den einhergehenden Veränderungen durch die Krankheit wird das Familienleben für Sigrun zur Belastung (10). Um diesen aus dem Weg zu gehen, beschließt sie ihren Auszug aus dem Elternhaus (15). Die langfristigen Praktika und regelmäßigen Aufenthalte bei ihrem Freund sieht sie als erste Versuche, Distanz zum Elternhaus aufzubauen. Ihr eigentlicher Umzug vollzog sich erst vor ein paar Monaten. In der jetzigen Situation empfindet sie eine große Entspannung, dem Stress von zu Hause aus dem Weg gegangen zu sein und damit auch ihre Freiheit wieder gewonnen zu haben (15). In ihrem Gefühl der erzwungenen Selbstständigkeit, beginnt sich mit Hilfe von „Tagebucheinträgen“ allein mit ihren Problemen fertig zu werden (22).

Hilfe und Unterstützung

Als große Hilfe benennt sie den Familiensport, bei dem sie geeignete Bewältigungsstrategien für ihre Probleme lernt (17). Sie zwingt sich, von ihrer Mutter keine Unterstützung zu erwarten – obwohl sie sich diese eher wünscht- da sie erlebt, wie stark die Mutter „mit sich selbst zu tun“ hat (11). Im Gegensatz erfährt sie von ihrem Vater vor allem Unterstützung in ihren sportlichen Aktivitäten (13). Schlussendlich drückt sie zögerlich aus, dass ihr in dieser Situation weitreichende Informationen und Aufklärung über die Krankheit „vielleicht geholfen“ hätten (17).

(5) Zentrale Kategorien - Sigrun

Eine tabellarische Übersicht der zentralen Kategorien und der ihnen zugeordneten Themen kann im Anhang auf S.182 nachgeschlagen werden.

5.2.3 Interview mit Marcel

(1) Motto - Marcel

„Lügen kann sie gut, doch mir gegenüber schafft sie es nicht mehr.“

Das gewählte Motto für Marcells Erzählung beschreibt das Verhältnis zwischen Marcel und seiner schizophren erkrankten Mutter treffend. Es zeichnet seinen langjährigen Kampf mit den Höhen und Tiefen der Krankheit der Mutter ab und verweist schließlich darauf, dass er über Jahre einen angemessenen Umgang mit den Verhaltensweisen seiner Mutter gefunden hat. Dies hilft ihm, seine eigenen Gefühle und sein Wohlbefinden in einer solchen Balance zu halten, die es ihm ermöglicht, sein eigenes Leben ohne schwerwiegende Belastungen zu gestalten.

(2) Zusammenfassende Nacherzählung - Marcel

Marcel gestaltet seine Erzählung über das Zusammenleben mit seiner schizophren erkrankten Mutter in Form einer Geschichte mit Anfang und Schluss. Anfangs zählt er einige Eckdaten zu seiner Person auf, um dem Interviewer ein gesamtes Bild zum Verständnis seiner Geschichten anzubieten. Seine Geschichte beginnt ab dem Zeitpunkt der Erinnerung an das Zusammenleben der Familie in der Großstadt, kurz bevor der Umzug in die ländliche Umgebung in das Haus der Großmutter stattfand. Den neuen Wohnort auf dem Dorf beschreibt er als den eigentlichen Ort seiner Kindheit.

Über eine kurze Beschreibung der Örtlichkeit kommt er sofort auf das Thema Familie zu sprechen. Er beschreibt die Beziehung und Position der einzelnen Familienmitglieder miteinander in seiner Familie, um das Beziehungsnetz in der Familie klar zu skizzieren. Anhand des Beispiels der „Kindesverwechslung“, beschreibt er die Verhaltensweisen der Mutter. Diese nimmt er erst später unter dem Blickpunkt einer Krankheit wahr. Er zählt zwei Situationen als prägnante Punkte in seiner Bewusstseinsveränderung auf. Zum einen den Klinikaufenthalt und zum anderen die beginnende Medikation seiner Mutter.

Seine Erzählung setzt er mit der Beschreibung des alltäglichen Lebens mit dem Schwerpunkt auf das Verhalten seiner Mutter fort. Als einen sehr traurigen Moment beschreibt er den Tod der Großmutter. Nach diesem wohnt er mit seiner Mutter und dem Bruder weiterhin auf dem Grundstück der Großmutter. Schließlich erkrankt der Bruder auch an Schizophrenie, was Marcel jedoch eher nüchtern beschreibt. Immer in Bezug zu seinem Leben erzählt er über das Leben der Mutter. Diese verliert nach der Wende ihre Arbeit und versucht vergebens, über Umschulungen wieder in die Arbeitswelt einzutreten. In diesem Zeitraum beginnt Marcel ein Studium in der nächsten Großstadt, wodurch er das Elternhaus verlässt. Trotzdem betont er, dass es ihn in seiner freien Zeit immer wieder nach Hause zurückzieht. Doch nach einer Weile gelingt ihm die Distanz zum Elternhaus und er beginnt zunehmend sein eigenes Leben aufzubauen. Der Kontakt zur Mutter besteht regelmäßig, da er zunehmend erkennt, wie sich ihr Krankheitszustand verschlechtert. Seine Angst, dass seine Mutter irgendwann nicht mehr mit der Krankheit umgehen kann, drängt ihn zum ersten Kontakt mit dem Hausarzt, um dort Hilfe zu erhalten. Als er die Auswirkungen des Verhaltens der Mutter nicht mehr abschätzen kann, lässt er sie zwangseinweisen. Nachdem er den Zustand seiner Mutter nach dem Klinikaufenthalt als stabil und entlastend empfindet, erlebt er nach ein paar Jahren erneut, dass die Mutter keinen Bezug zu ihrer Krankheit hat und ohne Medikamente in ihrer Welt der Halluzinationen weiterlebt. Erneute Versuche, Hilfe von Institutionen und Ärzten zu bekommen, gelingen nur wenig. Zunehmend entwickelt er eine Form des Umgangs mit der Mutter und ihrer Krankheit, die eine gewisse Regelmäßigkeit zulassen und nicht von ständigen kritischen Ereignissen erschüttert werden. Er hilft der Mutter in ihrer Lebensführung, wo es nur geht. Seine Suche nach Unterstützung und Hilfe für diese Lebenssituation führt er fort und baut sich ein Netz von Möglichkeiten auf z.B. die Selbsthilfegruppe oder Ansprechpartner der psychiatrischen Dienst, an die er sich mit Problemen wenden kann.

Seine chronologische Erzählung seines Lebens endet bei der Schilderung des aktuellen Zustandes. Er führt zunehmend sein eigenes Leben, besucht und hilft der Mutter regelmäßig an vereinbarten Tagen, an denen auch der Bruder am Familienleben teilnimmt. Er beschreibt den Zustand der Mutter „als stabil schlecht“, jedoch als gesichert in Bezug auf seine Angst vor den Folgen der Verschlechterung des Zustandes. Durch die klaren Umgangsformen mit der Mutter entspannt sich für alle die Lage. Damit schließt seine Erzählung und endet in der Gegenwart.

Im Nachfrageteil des Interviews sieht er das Risiko der Vererbung der Krankheit in Bezug auf sein eigenes Leben sehr entspannt und akzeptiert das Leben, wie es ist. Der Versuch einer Definition der Krankheit „Schizophrenie“ verlangt von ihm, seine Sicht auf die Krankheit der Mutter nochmals kurz zusammen zu fassen. Über den Beginn und Auslöser der Krankheit weiß er wenig und stellt nur vage Vermutungen auf. Auffällig im ganzen Interview ist, dass der Umgang der Umwelt mit der Krankheit kaum ein Thema für ihn darstellt. Letztendlich schließt das Interview mit einem Exkurs über den Verlauf seines Lebens ohne eine kranke Mutter. Hier findet er Raum für seine Wünsche und Träume, die er jedoch realistisch in Bezug zur eigentlichen Situation als utopisch verwirft.

(3) Themenkatalog - Marcel

Der Themenkatalog und die zugehörigen Stichwörter können im Anhang auf S.153 nachgeschlagen werden.

(4) Paraphrasierung - Marcel

Wahrnehmen der mütterlichen Krankheit

Das Bewusstsein und „der Sprung zum Verständnis“ für die psychische Krankheit seiner Mutter erlangt Marcel „erst spät“ in seinem Leben (1). In seiner Kindheit erlebt er das Verhalten der Mutter als „unnormal“, „analysiert“ es jedoch nicht unter dem Aspekt einer Krankheit. Er vergleicht weder seine Mutter mit anderen Eltern oder macht sich „Gedanken“ über ihr Verhalten, sondern nimmt „das Leben so hin, wie es ist“ (1).

Einen besonderen Wendepunkt seines Bewusstseins erkennt er nicht, jedoch beschreibt er den Aufenthalt bei seinem Vater während des Klinikaufenthaltes der Mutter und die „monatliche Spritze“ als besonderes Erlebnis (1). Ab diesem Zeitpunkt erlebt Marcel die Verhaltensweisen seiner Mutter und die Symptome einer Schizophrenie bewusst mit (1/12/13) und entdeckt rückblickend „alle Anzeichen einer Schizophrenie“ (15).

Sowohl ihre Wahnideen, aber auch ihre Halluzination erlebt er gegen sich als auch gegen ihre Umwelt gerichtet (12/13). Mit der Zeit entwickelt er eine hohe Sensibilität für bestimmte Wahnvorstellung (1). Er erinnert sich meistens an Situationen, in denen die Mutter in Bezug auf seine Person wahnhaft reagierte, z.B. ihm „Haarsträhnchen zur Wiedererkennung“ ihres Kindes färbt (14). Doch bei diesen Erlebnissen muss er immer wieder miterleben, dass nur er die Wahnvorstellung als Phantasie erkennt und seine Mutter keine Krankheitseinsicht zeigt (3). Ihre Verhaltensweise, wie zum Beispiel ihre heimlichen „Beobachtungen“, machen ihm immer wieder bewusst (14), dass die Mutter „in ihrer eigenen Welt lebt“ (24). In ihrer Schizophrenie erlebt er die Mutter „neben der Spur“ und „ziemlich ausgeflippt“, die häufig „schreit, beleidigt, lügt, schimpft, viel Mist erzählt und rumphantasiert“ (14). Über die Jahre erlebt er verschiedene Phasen der Krankheit und beschreibt implizit die Zeit des „Abstiegs“ des Zustandes der Mutter nach der Wende (17). Diese Zeit erlebt er als „so schlimm“, dass er letztendlich die Notbremse zieht und die Mutter „zwangseinweisen“ lässt (17). Dies bringt für ihn erstmal eine deutliche Erleichterung mit sich (23). Er erlebt, wie die Mutter sich „verändert“ und danach noch besser „in der Lage ist, ihre Krankheit zu verstecken“ (23). Trotzdem erlebt er die durchgeführten Behandlungen als Möglichkeit, etwas an der Situation zu verändern (23). Obwohl er die Mutter als „selbstständig“ beschreibt, wird sie zunehmend abhängiger von seiner Hilfe und verwahrlost und vereinsamt in ihrem Haus (6/14). Trotzdem erlebt er zu Beginn seines Bewusstseins, dass die Mutter sich noch bemüht, eine neue Arbeit und einen Freund zu finden, jedoch vergebens scheitert (28).

Gefühle zur Lebenssituation mit der Krankheit

Die Abkapselung gegenüber der Umwelt und damit einhergehende Vereinsamung (28) seiner Mutter macht ihn zur „einzigen Bezugsperson“ für die Mutter (6). In dieser Rolle ist ihm bewusst, dass er nicht nur „der einzige Kontakt“ (6) ist, sondern dass nur er allein die Möglichkeit besitzt, bei seiner Mutter etwas zu „verändern“ (6). Aus diesem Kontext heraus entwickelt er ein Verantwortungsgefühl, was ihn immer wieder zum Handeln zwingt (5). Handelt er nicht, so verantwortet er damit eine Verschlechterung des Zustandes der Mutter, was wiederum tiefste Verlustängste auslöst (9). Diese Verlustängste entstehen, wenn die Mutter in ihrem Wahn äußert, dass sie sich „umbringen will“ (9). Es entsteht eine Existenzangst (29), seine Mutter als Bezugsperson zu verlieren, dass er alles tut, um die Gefahr eines Suizids abzuwenden (5).

Er ruft sie z.B. „täglich an, um zu erfahren, ob es ihr gut geht“ (5). Dabei ist er sich ständig bewusst, dass die Mutter ohne eine Krankheitseinsicht nicht selbst in der Lage wäre, ihre Situation einzuschätzen und eine notwendige Behandlung anzustreben (3). Die Gegebenheit, dass der Mutter jegliche Krankheitseinsicht fehlt, macht ihn wütend. Jedoch erkennt er klar, dass mit einer Krankheitseinsicht der Zustand der Mutter sich auch verschlechtern könnte (3), wovor er zeitlebens Angst hat (9). Die zunehmende Verwahrlosung des Hauses und der Mutter entfacht in ihm ein Gefühl des Scham, welches er mehrmals zum Ausdruck bringt (19/28/29). Um dem entgegen zu wirken, übernimmt er die „Führungsrolle“ (4/6) und versucht stets, die Mutter in ihrer Lebensführung zu unterstützen und ihr Leben zu regeln, damit es ihr nicht schlechter geht (30). Er greift soweit in die Gesundheit der Mutter ein, dass er sie im Notzustand „zwangseinweisen“ lässt (4). In dieser Situation fällt es ihm schwer, sich in die Mutter hineinzusetzen. Er empfindet tiefe Schuldgefühle für diese Handlung (4), die jedoch von einem Gefühl der Erleichterung begleitet werden (23). Er ist sich jedoch nie ganz „sicher“ über die Richtigkeit seiner Hilfsversuche (10). Er fühlt sich „hilflos“, weil er die Folgen seines Handelns nicht abschätzen kann (10). Somit befindet er sich immer wieder im Dilemma zwischen Handlungszwang und Unsicherheit im Handeln (4/5), welches ständig von seiner Verlustangst getrieben wird (9). Die Folge ist, dass er sein Verhalten und seine Emotion an die Situation anpasst (5). „Beschimpft“ (6) die Mutter ihn im Streit, wird er wütend und verlässt dann manchmal die Situation (27), „bereut es gleich wieder“ und entwickelt daraus keine langfristige Enttäuschung (4). Dieses tiefe Gefühl der Schuld entsteht ebenfalls, wenn sich etwas an der Situation der Mutter ändert und er nichts dagegen getan hat, auch wenn er keinen Einfluss gehabt hätte (4). Seine „furchtbaren Ängste“ (9) zwingen ihn immer wieder, wenigstens „etwas zu tun“ (27). Er sucht Ärzte und soziale Institutionen auf, um seine Unsicherheit im Verhalten zu verringern und somit seiner Verlustangst entgegenzuwirken (9/20). Hier erfährt er Unterstützung, die ihn zum einen entlastet und zum anderen teilweise seine Schuldgefühle abnimmt (23/27). Als er direkte Hilfe für sich sucht, fällt es ihm sehr schwer, seiner Mutter davon zu erzählen und ihr klar zu machen, dass er die Hilfe wegen ihr benötigt (4).

All seine Gefühle drehen sich immer wieder darum, alle Gefahren für die Verschlechterung des Krankheitszustandes der Mutter zu vermeiden und auszublenden, um seine Angst vor dem Verlust der Mutter erträglich zu machen (4/5/9).

Bezogen auf die Umwelt seiner Mutter entwickelt er ein Gefühl der Wut, wenn er erlebt, dass keine Sensibilität beziehungsweise kein angemessener Umgang mit der Mutter stattfindet (8). Ihm selbst war es lange Zeit „peinlich“, über die Krankheit seiner Mutter offen zu reden und erlangte erst vor ein bis zwei Jahren den Mut, offen mit anderen Menschen darüber zu erzählen (7). Jedoch äußert er im gleichen Zug noch eine Angst vor Stigmatisierung durch seine Umwelt (7). Letztendlich beschreibt er, dass er nie den „perfekten Umgang“ mit der Mutter gelernt hat und somit versagt hat (27).

Gedanken zur Krankheit

In Bezug auf seine eigene Person gibt er an, schon einmal über den Aspekt der Vererbung der mütterlichen Krankheit nachgedacht zu haben, jedoch sich weiterhin keine Gedanken dazu gemacht zu haben (16). Die schizophrene Erkrankung des Bruders zeigt ihm auf, dass das Risiko der Vererbung besteht, was ihn verunsichert, weil er selbst noch nicht erkrankt ist, es „vielleicht nicht merkt“ oder eben doch als Kind „vertauscht wurde“, so wie es die Mutter glaubt (12/16). Trotzdem betont er, dass er „noch keine Anzeichen an sich festgestellt“ hat und es „nicht ausschließen würde, dass es auch noch passieren kann“ (16). Er sieht in psychosozialen Faktoren, wie zum Beispiel seine sensible Art, die er sich aus dem Zusammenleben mit der Mutter herleitet, weniger eine Bedeutung für das eigene Erkrankungsrisiko (24). Eine Ursache für das Auftreten einer Schizophrenie sieht er in der Möglichkeit der Vererbung von kranken Genen, bezweifelt es jedoch für ihren Fall, weil ihm „nichts in der Familie bekannt“ ist (17). Als Möglichkeiten der Verbesserung des Zustandes der Mutter sieht er Aspekte wie „Ablenkung und Alltagsstrukturierung“ (17). Für die Zukunft sieht er keine Hoffnung auf Genesung der Mutter, da nach seiner Meinung, es „bei der Mutter so drin ist“ und „zur Einsicht“ der Krankheit „es Zeit ihres Lebens nicht kommen wird“ (27). Seine Vorstellungskraft geht nicht so weit, sich eine gesunde Mutter noch vorzustellen zu können (27).

Wissen über die Krankheit

In den letzten Jahren hat er viel zum Thema Schizophrenie gelesen und hat eine klare Definition für die Krankheit entwickelt (22). Er beschreibt es als Zustand, in dem man „nicht mehr man selbst ist“ und „in einer anderen, eigenen Welt lebt“, die „sich zum Teil mit der realen“ Welt und „zum Teil eben auch nicht“ deckt (24).

Er ist sich bewusst, dass Halluzinationen und Wahnvorstellungen, wie sie bei seiner Mutter auftreten, Symptome der Schizophrenie sind und deutet darauf hin (12/13), „alle Anzeichen einer Schizophrenie“ (15) zu kennen. Er kennt viele Wahnideen seiner Mutter (12). Ebenso kann er genau aufzählen, welche Art Halluzinationen seine Mutter aufweist (13). Eine „wirkliche Idee“ über die Auslöser der Krankheit hat er nicht, da es „schon vor seiner Zeit bestand“ (17). Er sieht es als Problem im Alter, das jemand „ein paar Macken kriegt“ (17). Als eine Ursache erwähnt er die „Scheidung der Mutter“, die für sie „stressig“ war und somit „das bio-chemische Gleichgewicht ins Wanken gebracht hat“ (17). Sein Wissen über die Entstehungsursachen erfährt er nur durch indirekte Interaktionen, jedoch wirkliche direkte Gespräche in der Familie oder mit dem Vater über die Krankheit erlebt er nicht (7/26).

Die Möglichkeit der Vererbung dieser Krankheit ist ihm bewusst, jedoch kann er sich nicht erklären, welche Faktoren für den Ausbruch eine Rolle spielen (16). Nach seiner Vererbungstheorie ist er selbst verwirrt darüber, wie es sein kann, dass sein Bruder ebenfalls erkrankt, er jedoch gesund ist (16/17). Von sich selbst ist er überzeugt, nicht zu erkranken, weil „er seinem Vater sehr ähnlich sehe“ (16). Über die Behandlung der Mutter ist ihm bewusst, dass sie „mindestens einmal zu DDR-Zeiten, nach der Wende“ und in gegenwärtiger Zeit in einer Klinik behandelt wurde (23). Er weiß, dass die Mutter mit Depotspritzen behandelt wurde, wofür ihr wiederum gegen die Nebenwirkung eine Spritze gegeben werden musste (23). Die Inhaltsstoffe sind ihm nicht bekannt, jedoch benennt er Nebenwirkung wie eine Gewichtszunahme (23). Nach der letzten Behandlung erlebt er, dass die Wirkung der Medikamente erst nach einem Jahr nachlassen (17). Er merkt, dass auch „Termine beim Psychiater“ außerhalb einer Klinik eine Möglichkeit der Behandlung sind (23). Er kennt mehrere Unterstützungsmöglichkeiten für seine Situation (5/20), z.B. der Notarzt für den Notfall (5), Haus- und Klinikärzte, die Sozialpsychiatrischen Dienste, die Möglichkeit des gesetzlichen Vormundes und die Möglichkeit auf Rente und Hartz IV (20/21/26).

Auswirkungen auf das Familienleben

Welche Auswirkung er durch die Krankheit in Bezug auf die Familie sieht, kommt nur indirekt zur Sprache (29). Er bemerkt, dass die Familie immer weiter durch das Verhalten der Mutter auseinander gebracht wird und nur durch seine Wochenendbesuche eine Verbindung zwischen allen Familienmitgliedern bestehen bleibt (29).

Der Kontakt mit entfernten Familienmitgliedern ging mit den Jahren zunehmend verloren, da sich z.B. Marcel gegenüber seinem Cousin über die fehlende Hygiene zu Hause schämte (29). Gemeinsame Ausflüge und Reisen der Familie fanden nicht mehr statt (29). Zusätzlich verursachten die Arbeitslosigkeit und das Single-Leben der Mutter, dass die Mutter in ihrem Haus weitgehend vereinsamt und verwahrloste (28) und auch der Bruder handlungsunfähig unter der ständigen Verlustangst der Mutter als seine Bezugsperson litt (29). Sein Gefühl der Scham über den Zustand des Hauses bringt er mehrmals zum Ausdruck (19/28/29). Die zunehmende Vereinsamung und Verwahrlosung der Mutter sieht er als Auswirkung der Krankheit an (14).

Belastungen für das Kind

Mit der Verschlechterung des Krankheitszustandes verändert sich auch seine Beziehung zu seiner Mutter, mit der er gegenwärtig oftmals in Streit gerät (6/14/29) und kaum gute Gespräche im Vergleich zu früher entstehen (29). Den Rollenwechsel zwischen ihm und seiner Mutter empfindet er belastend. Hierbei übernimmt er die Rolle der pflegenden und sorgenden Bezugsperson, wobei die Mutter hilflos, unselbstständig und abhängig von ihm wird (6). Jedoch sieht er dafür nicht die Schuld bei der Mutter, sondern mit seinem Handeln der Mutter die Selbstständigkeit genommen zu haben (4/30). In diesem Zusammenhang lässt sich aus dem Wunsch nach einer Vormundschaft für die Mutter durch eine fremde Person erkennen, dass Marcel eine starke Belastung durch sein Verantwortungsgefühl und die Schuldgefühle mit sich trägt (26). Durch die ständige Angst um seine Mutter ist er immer wieder gezwungen, seinen Alltag nach ihr zu richten und nie frei sein eigenes Leben zu planen (5). Seine ständige Unsicherheit, etwas falsche zu tun, verändert seinen Umgang mit seinen Emotionen und Reaktionen (27). Der tabuisierte Umgang der Gesellschaft und der Familie mit der Krankheit steigert diese Unsicherheit und vermitteln auch ihm die Krankheit als Geheimnis (7). Damit versperrt sich für ihn die Möglichkeit der Unterstützung durch die Familie, welche er sehr vermisst und gebraucht hätte (2).

Durch die Wahnideen seiner Mutter verliert er nicht nur seine Freunde und Kontakte zu Nachbarn (12/25), sondern lebt teilweise in zwei Welten und erkennt nur noch schwammig die Grenzen zwischen Realität und Phantasie (11).

Bewältigung

Im Laufe der Zeit bewältigt Marcel seine Belastungen auf verschiedene Weise. Als Kind fehlt ihm das Bewusstsein für die Krankheit, jedoch nimmt er das Verhalten der Mutter „hin, wie es ist“ (1). Vor ein paar Jahren beginnt er, über das Thema mit anderen Menschen zu reden und bricht somit das Tabu (7/27). Damit ist für ihn möglich, außerhalb der Familie Hilfe zu suchen (20) und das Problem zu schildern (21). Er beginnt nebenbei, sich viele Informationen anzulesen, die ihm helfen, die Krankheit besser zu verstehen (22). Den Wahnvorstellungen seiner Mutter begegnet er im Kindesalter „mit ausgedachten Geschichten, um seine Ruhe zu haben“ (10). Ebenso versucht er ständig, die Wahnideen seiner Mutter zu überprüfen, um nicht selbst der Phantasiewelt zu verfallen (11). Die Armeezeit nutzte er, um seine Sensibilität aufzuarbeiten und stärker Problemen entgegen zu treten (25). Seine Bewältigungsstrategie im Sinne einer „Schutzmauer“ half ihm, Belastungen fern zu halten und schlimme Erinnerungen zu verdrängen (18). Diese belastet auch heute seinen Umgang mit anderen Menschen (25). Trotz dass er, wie er selbst meint, „gut überlebt hat, was seine Mutter ihm angetan hat“ (25), zählt er verschiedene Belastung aus dem Zusammenleben mit seiner Mutter auf (18/25).

Über die Jahre versucht er seinen Umgang mit der Mutter kontrolliert zu verändern, um weniger Belastung dadurch zu erleben. Er verbringt weniger Zeit mit ihr (27), um etwas an seinem Verantwortungsgefühl zu verändern und hofft, in naher Zukunft eine Möglichkeit der Fremdbetreuung zu finden (26). Er versucht von Zeit zu Zeit, das Verhalten und die Provokation der Mutter zu ignorieren, doch dabei fühlt er sich nicht wohl (27). Sein klarer Zukunftsblick, in dem er keine Hoffnung auf Krankheitseinsicht und Genesung sieht, lässt ihn einfacher die Situation akzeptieren (27).

Unterstützung und Hilfe

Marcel verfügt über ein weniger ausgeprägtes Unterstützungsnetz innerhalb der Familie. Seit dem Tod der Großmutter besitzt er keinen klaren Gegenpol zur Mutter mehr, der ihm andere Sichtweisen auf Dinge im Leben vermittelt (2). Zu seinem Vater hatte er nur wenig Kontakt, somit stellt dieser keine Unterstützung für ihn dar (2).

Um die Situation ausreichend zu bewältigen, hätte er sich gewünscht, „einen Vater zu haben“ (2). Das Verhältnis zu seinem Bruder beschreibt er mit den Worten: „nicht so toll, anderer Vater, nur Halbbruder und 7,5 Jahre Altersunterschied“ (29), wodurch ihm der Austausch mit dem handlungsunfähigen Bruder über das Thema verwehrt bleibt (29).

Bei der Mutter erlebt er keine Offenheit über das Thema Schizophrenie, weder über ihre eigene Erkrankung oder die des Bruders (3/29). Der sporadische Kontakt zur Familie und das Schweigen über die Krankheit der Mutter sind für ihn keine Unterstützung (7/29). Ihm fehlen die Gespräche über die Mutter und die Probleme, die er letztendlich außerhalb der Familie findet (21). Die Ärzte und sozialen Einrichtung helfen ihm, mit der Situation besser umzugehen beziehungsweise Tipps zu erteilen (21). Hier bemerkt er jedoch schnell, dass diese mit dem Kontext der Probleme überfordert sind (21). In Zukunft sieht er den Besuch bei einem Psychologen als mögliche Chance, Unterstützung in seiner Situation zu bekommen (26). Die Wahnvorstellungen der Mutter führten während der letzten Jahre dazu, dass sich Marcel zunehmend von den alten Freunden distanzierte, um die Mutter aufgrund ihrer Wahnideen zu den Personen nicht zu hintergehen (25). Gegenwärtig besteht kaum Kontakt zu alten Bekannten, „so wie als kannte man sich kaum“ (25). Auch in Bezug auf das Dorf, in dem die Familie lebte, verbreitete die Mutter schreckliche Geschichten, dass es auch hier zu einem Bruch im Kontakt kam (14/25). Marcel wünscht sich, dass er seine Verantwortung an einen gesetzlichen Vertreter abgeben kann (26), mehr Gespräche über das Thema geführt werden (26), die Professionellen kompetenter sind (26), die Familie offen mit dem Thema umgeht (7) und seine Mutter vielleicht irgendwann zur Krankheitseinsicht gelangt (27).

(5) Zentrale Kategorien - Marcel

Die zentralen Kategorien und die ihnen zugeordneten Themen können im Anhang ab S.183 nachgeschlagen werden.

5.2.4 Interview mit Winfried

(1) Motto - Winfried

„*Wertungen sind keine Wahrheiten*“ (Z.221), (Z.139).

Dieser Ausspruch spiegelt deutlich Winfrieds Meinung zum Umgang der Gesellschaft mit psychisch kranken Menschen wieder, worin er gleichzeitig die Ursache der Erkrankung sieht.

(2) Zusammenfassende Nacherzählung - Winfried

Winfrieds Erzählung beginnt mit der Beschreibung der Veränderungen im Familienleben am Beispiel des gemeinsamen Orientierungslaufs. Den Grund für die wenige gemeinsame Zeit der Familie sieht er nicht in der manisch-depressiven Krankheit der Mutter, sondern in den aufkommenden „Spannungen“ zwischen den Eltern. Er sieht, dass der Vater „viel beschäftigt“ ist und „den Erwartungen der Gesellschaft entspricht“, wohingegen sich die Mutter sowohl in ihrem Beruf als Lehrerin sowie in dem Leistungssport überfordert fühlte und es aufgeben musste. Er beschreibt sie als „wundervolle Mutter“, die immer für die Kinder da ist und nicht in ihrer Rolle durch die „sogenannte Krankheit“ beeinflusst wird, sondern daraus durchaus noch Stärke zieht. Aufgrund der regelmäßigen Gespräche mit der Mutter erfährt er viel über die Entstehung der Krankheit. Er beschreibt die erlebten Schwankungen als Wechsel zwischen „Traurigkeit und überschwänglicher Freude und Wut“. Für ihn ist es keine Krankheit, sondern etwas „natürlich“. Er erklärt, dass der Unterschied zu anderen Menschen nur darin liegt, dass sie weniger sensibel auf ihre Umwelt reagieren und somit ihre Emotionen nicht so stark ausleben müssen. Das klischeehafte Verhalten des Vaters sieht er als Mühe, die gesellschaftlichen Erwartungen zu erfüllen, wohingegen er seine Mutter und sich selbst als verträumt definiert. Er äußert mehrmals, dass er sich nicht in den Vater hineinversetzen kann und nur das geerbte Haus als Verbindung zwischen den Eltern erkennt.

Ein großes Thema im Interview bleibt die Bewertung von einzelnen Menschen durch Andere. Er erlebte in der Schule und auch während seiner Ausbildung viele Situationen, in denen er nicht verstanden und „abgestempelt“ wurde, ähnlich wie seine Mutter. Die Angst, Erwartung nicht erfüllen zu können und damit zu versagen, begleitet ihn in allen Lebenslagen, doch er beschreibt sie als „natürlich“, da er wahrnimmt, dass alle Menschen Angst haben.

Des Weiteren beschreibt er, wie er als Kind die Behandlung der Mutter weniger wahrnahm, sich jedoch mit der Zeit mehr Gedanken über die Behandlung und die Wirkung der Medikamente machte. In seinen Augen müssen alle Menschen ein größeres Verständnis für einander entwickeln, um psychische Probleme zu verhindern, aber auch zu bewältigen. In seiner Mutter findet er immer wieder seine größte Unterstützung für sein Leben, wodurch er seine Überlegung bestätigt sieht. Das eigene Erkrankungsrisiko sieht er nur teilweise genetisch bedingt, mehr in den Gegebenheiten, die sein Leben prägen.

(3) Themenkatalog - Winfried

Dieser ist aus Gründen der Übersichtlichkeit im Anhang ab S.161 an die vorliegende Arbeit hinzugefügt.

(4) Paraphrasierung - Winfried

Gedanken zur Erkrankung der Mutter

Über die Jahre hinweg entwickelt Winfried eine eigene Theorie über die Entstehung der mütterlichen psychischen Erkrankung. Sie besagt, dass sowohl die hohen Erwartungen und der Leistungsdruck der Gesellschaft, als auch das daraus folgendes „Unverständnis“ der Menschen gegenüber nonkonformen Verhaltens, mögliche Faktoren sind, die eine Person psychisch erkranken lassen (2/3/4). Dem unpassenden Verhalten des Kranken folgt oftmals die Abwertung und Ausgrenzung durch die Gesellschaft, was für Winfried eine zusätzliche Belastung darstellt (4). Demnach liegen die Ursachen für eine psychische Erkrankung in den Folgen der Handlungen anderer Personen (1). Auch die Mutter litt zunehmend unter dem Erwartungs- und Leistungsdruck der Gesellschaft in ihrer Studienzeit, während des Kennenlernens des Vaters und in der Wendezeit, aber auch unter dem Unverständnis ihrer Mitmenschen (1/2/3). Vor allem das „Unverständnis“ des Vaters stellt eine große Belastung für die Mutter dar, wodurch es regelmäßig zu Spannungen zwischen den Eltern kommt (2/5). Im Gegensatz zur Mutter lebt dieser „wirklichkeitsnah“, erbringt die erwarteten Leistungen und fügt sich in das System der Gesellschaft ein (6/7). Sein Verhalten erklärt sich Winfried aus dessen Sozialisation, die ihn zu einem richtigen Mann, „der keine Gefühle zeigen darf“ gemacht hat (6). Weitere auslösende Situationen, wie die Anforderungen im Lehrerberuf, im Leistungssport und der Umzug nach Drösda, spitzen die Belastungen zu einem späteren Zeitpunkt nochmals extrem zu (1).

Doch seiner Ansicht nach ist es unangebracht, die Symptome der Mutter als „sogenannte Krankheit“ (12) zu definieren, weil eine Diagnose gleichzeitig eine Bewertung beziehungsweise „ein Stempel“ für den Einzelnen nach sich zieht (4). Dies beruht auf seiner Angst, seine Mutter als „größte Bezugsperson“ (17) in der Rolle der Kranken zu verlieren (12). Winfried plädiert dafür, dass durch die gesellschaftliche Bewertung psychischer Krankheiten kein Hemmnis entstehen darf, „auch mal traurig oder wütend sein zu dürfen“ (4/12). Er sieht in der Psychose eher eine Chance, „sich selbst besser kennen zu lernen“ (9).

Für ihn zeichnen sich die „Schwankungen zwischen Traurigkeit und überschwänglicher Freude oder Wut“ (13) als „Natürlichkeit“ ab, die verschieden stark „bei jedem Menschen“ auftreten (9). Eine psychische Krankheit definiert er „als Fehlen von etwas, was der Mensch braucht, um glücklich ist sein“ (9) und ist „ein Zustand, in dem ein Mensch sich nicht wohl fühlt und Hilfe braucht“ (9). Er weist auf die Reversibilität des Zustandes hin, welcher durch „die Ausschüttung von Glückshormone“ und „durch Verständnis der anderen“ (14) positiv verändert werden kann (9), jedoch nicht durch medikamentöse Behandlung (14).

Das Risiko der Vererbung einer psychischen Krankheit sieht Winfried sehr klar (11). Er erklärt, dass sowohl der familiäre Einfluss, d.h. „das, was man mitgegeben kriegt“, und die eigenen Lebensereignisse zusammenhängend den Menschen ausmachen (11). Die Ursache für seine psychischen Probleme begründet er nicht in der Möglichkeit der genetischen Vererbung oder Nachahmung von der Mutter (11), sondern anhand seiner Theorie der „Natürlichkeit“ (9). Trotz dieser Behauptung erwähnt er, dass er im Gegensatz zu seiner Schwester die sensible Art der Mutter übernommen hat. Seine von einem Arzt aufgestellte gleiche Diagnose wie die der Mutter wehrt er empört ab (11).

Gefühle im Zusammenhang mit der Krankheit

Winfried fühlt sich schuldig und mitverantwortlich für die Lage der Mutter (19). Seine Mutter stellt einerseits für ihn die größte Unterstützung dar, die immer vollstes „Verständnis“ in der Erziehung der Kinder aufbrachte (17), doch damit auch öfters überfordert wurde (6/22). Diese Tatsache rufen bei ihm Schuldgefühle hervor, die ihn bewegen, ab nun an ein unterstützender Partner für die Mutter werden zu wollen, um ihr „etwas zurückgeben“ zu können (19).

Zusätzlich bezeichnet er die Erwartungshaltung, die sowohl der eigene Vater als auch die gesamte Gesellschaft an den Einzelnen stellt, als „krass“ und unangenehm, weil sie einen permanenten Druck ausüben, dem Bild der Gesellschaft zu entsprechen und damit kaum Raum für Individualität geben (3). Er leidet nicht nur unter der Stigmatisierung der Mutter, sondern unter den eigenen Abwertungserlebnissen, als er den Erwartungen in der Schule und Ausbildung nicht gerecht werden kann (11). Er „findet es nicht gut“, dass die Menschen den Einzelnen abstempeln, weil sie ihn nicht verstehen und betont mehrmals, dass diese „Wertung keine Wahrheiten“ darstellen (4).

Er empfindet teilweise Wut auf den Vater, dass er kein Verständnis für die Lage der Mutter zeigt und weist ihm indirekt die Schuld an der Krankheit zu (5). Dies ist wiederum an die fehlende Beziehung zwischen Sohn und Vater gekoppelt. Hierfür sieht Winfried die Ursache schon ab dem Zeitpunkt seiner Geburt, wo der Vater schon oftmals nicht da war (5/18). Die Kommunikationsprobleme der Eltern führen häufig zu Streitigkeiten, in denen beide Kinder als Vermittler für einen jeweiligen Elternteil fungieren (5). Mit dem Auszug der Schwester entsteht eine neue Familienkonstellation, in der Winfried allein als Vermittler zurückbleibt, was bei ihm Überforderung und Versagensängste hervorruft (5).

Wahrnehmung der Krankheit

Erst im Erwachsenenalter entwickelt Winfried ein „differenziertes Bild von seinen Eltern“ (13). Ab diesem Zeitpunkt wird ihm bewusst, dass die Stimmungsschwankungen der Mutter „natürlich“ (9) sind, sie aber auch einem manisch-depressiven Störungsbild zugeordnet werden können (13). In der Kindheit sieht er das „sensible“ Verhalten der Mutter als ihre „Eigenart“ an, auf Dinge zu reagieren (13). Im Laufe der Zeit entwickelt er eine Sensibilität für den Zustand der Mutter (13). Er erlebt die Mutter zum einen in einer Fröhlichkeit, in der sie unbewusst leicht wie ein Kind auflebt, aber auch in tiefer Traurigkeit, die verbunden mit körperliche Schmerzen und Verwirrung einhergeht (13). Die extrem „schwierigen Phasen“ der Krankheit erlebt Winfried nicht, da sich die Mutter in diesen Zeiten meist in der Klinik befindet, aber auch anfangs über die Krankheit geschwiegen wird (13). Diesen kurzzeitigen Verlust der Mutter ist für ihn weniger tragisch, wobei die Schwester in dieser Zeit die fürsorgliche Rolle der Mutter übernahm (14).

In den Jahren beobachtet Winfried einen sehr offenen und bewussten Umgang der Mutter mit ihrer Krankheit (20), wohingegen der Vater kaum mit der Erkrankung umgehen kann (5). Durch unzählige Gespräche erfährt Winfried, dass die Krankheit „nichts Schlimmes“ für die Mutter darstellt, es jedoch notwendig ist, Gefahren und Belastungen für ihren Zustand selbstständig zu erkennen und zu vermeiden (20). Rückblickend sieht er im vermeidenden Verhalten der Mutter einen Schutz für die Kinder vor den gleichen Belastungen, unter denen die Mutter erkrankte (20).

Die Behandlung der Krankheit erlebt er weniger hilfreich, vielmehr als Maßnahme, durch welche mit Tabletten etwas ausgelöst oder verstärkt wird (14). Seiner Ansicht nach, kann diese Störung nicht medikamentös, sondern nur durch Gespräche, Verständnis und Zuwendung durch andere behandelt werden (14).

Wissen über die Krankheit

Sein Wissen über das Krankheitsbild einer manisch-depressiven Störung erlangt Winfried vorwiegend in Gesprächen mit der Mutter, die ihm sowohl Details von dem Beginn der Krankheit, ihren erlebten Symptomen und den Behandlungsmöglichkeiten erzählt (13/14/20). Zusätzlich nutzt er die Chance, sich „allgemeine“ Informationen über psychische Krankheiten in seiner Ausbildung zum Ergotherapeuten anzueignen (10). In Bezug auf eine Behandlung besitzt er Wissen über Medikamente und deren Wirkung auf, die er nicht für geeignet ansieht (14).

Auswirkungen auf das Familienleben

Die Streitigkeiten der Eltern bestimmten immer wieder die Harmonie in der Familie, teilen die Familie in Meinungsgruppen und verändern das alltägliche Zusammenleben bis hin zur „Zweckgemeinschaft“ (5/8). Der Auszug der Schwester schränkt die Lebensqualität von Winfried ein, wodurch er ebenfalls über das Verlassen des Elternhauses nachdenkt (8).

Winfried beschreibt die Familie zweigeteilt, d.h. dass einzelne Familienmitglieder in unterschiedlichen Welten leben, die sich durch die Erfüllung der Erwartungen der Gesellschaft unterscheiden (7). Der krankheitsbedingte Berufsabbruch der Mutter belastet die finanzielle Situation für die Familie, die mit ihrer Rente nur unzureichend verändert werden kann (1). Neben dem Beruf meidet die Mutter weitgehend belastende familiäre Aktivitäten und sucht sich neue eigene Aufgaben außerhalb der Familie (8), wodurch kaum noch eine gemeinsame Tätigkeit aller Familienmitglieder bleibt (8). In Zeiten der klinischen Behandlung der Krankheit muss die Familie ihren Alltag neu organisieren, wobei der Vater die Erziehung übernehmen muss (6/14).

Auswirkungen und Belastung für Winfried

Eine erste Belastung ergibt sich aus dem Dilemma zwischen Schuldgefühlen und eigenen Bedürfnissen (19). Winfried stellt seine Bedürfnisse nach Sicherheit zurück, um weitere Belastungen für die Mutter zu vermeiden (17/19). In diesem Zusammenhang quält es ihn, den Vater indirekt als Schuldigen für die Krankheit zu verurteilen (5). Er wünscht sich, dass der Vater mehr Verständnis für die Mutter zeigen würde (15), um somit eine Ursache der Krankheit zu bekämpfen (2) und die Spannungen zwischen den Eltern zu reduzieren (5). Die geringe Beziehung zu seinem Vater erschwert es, einen Gesprächspartner über die Krankheit und die Mutter in ihm zu finden (21).

Somit sind nicht nur der Umgang des Vaters, sondern auch der Gesellschaft mit psychischen Krankheiten eine große Belastung für Winfried (2/3/4/5). Er leidet sehr unter seiner eigenen Einstellung, niemanden bewerten zu wollen und doch von Anderen eine Bewertung zu erfahren (4). Auch wenn sich Winfried gegenüber der Krankheit überwiegend optimistisch äußert, so ist es für ihn nicht immer einfach, das Verhalten der Mutter kontinuierlich zu dulden und zu ertragen (13).

Bewältigung der Situation

Um all die einschneidenden Momente zu verarbeiten, bedient sich Winfried einer ähnlichen Technik wie seine Mutter. Er schreibt und zeichnet, um sich über seine Gefühle und Gedanken bewusst zu werden (16). Hinzu kommen die offenen Gespräche mit der Mutter, die ihm ermöglichen, seine Gefühle zu äußern und die Unwissenheit über die Krankheit zu reduzieren (16). Den stets liebevollen Umgang der Mutter mit den Kindern erlebt er als stabilisierend und unterstützend (22). Schlussendlich entwickelt er einen optimistischen Zukunftsblick, der besagt, dass es besser ist, lieber „jetzt zu lernen, um es später anders zu machen“ (16).

Unterstützung und Wünsche

Um etwas an der Lage der Familie zu verändern, ist es notwendig, die Ursachen der Krankheit zu bekämpfen (14). Winfried wünscht sich mehr Verständnis für die Lage der Mutter, vor allem von seinem Vater (15). Um aber überhaupt ein Verständnis für abweichendes Verhalten entwickeln zu können, sieht er die Enttabuisierung des Themas als wichtigste Voraussetzung an. Für sich selbst wünscht er sich in diesem Sinne einen Gesprächspartner, mit dem er über seine Probleme und Ängste mit der Mutter reden kann (15). Um dies zu gestalten, wäre der Aufbau einer bewussten und intensiven Beziehung zum Vater notwendig (18). Trotzdem betont er mehrmals, dass der offene Umgang der Mutter eine riesengroße Unterstützung darstellt (17), um mit den Veränderungen klar zu kommen (20).

(5) Zentrale Kategorien - Winfried

Die zentralen Kategorien mit den ihnen zugeordneten Themen können im Anhang ab S.185 nachgeschlagen werden.

5.2.5 Interview mit Paula

(1) Motto - Interview Paula

*„Das ist schon eine **Wahnsinnsleistung**, täglich, stündlich immer wieder damit zu kämpfen.“ (Paula, Z.140)*

Ähnliche Phrasen wie diese lassen sich mehrfach im Gespräch mit Paula finden. Diese drückt ihre Verwunderung über die Stärke ihrer Mutter mit der Krankheit zu leben, aus. Für sie ist es unfassbar, dass die Krankheit als Folge des guten Willens der Mutter, den Beruf für die Familie aufzugeben, entstand.

(2) Zusammenfassende Nacherzählung - Interview Paula

Die Interviewsituation mit Paula ist durchgehend von ihrer Unsicherheit geprägt, etwas Falsches oder Unangenehmes über die depressive Erkrankung ihrer Mutter preiszugeben. Diese Unsicherheit spiegelt sich in ihrer Wortwahl wider, die sie bedacht wählt und notfalls auch korrigiert, um ihre Grenzen der Offenheit nicht zu übertreten. Sie beschreibt ihre Mutter in der dritten Person und verwendet für diese keinen Namen, sondern nur die Bezeichnung „Sie“ und „die Person“. Zu dem Ende des Interviews hin spitzt sich die Anstrengung ihrer Erzählform deutlich zu, wodurch sie kurzzeitig zur normalen Umgangssprache wechselt.

Ihre Erzählung beginnt ab einem Zeitpunkt, als sie die Verhaltensweisen der Mutter zum ersten Mal als „schwerwiegend krank“ einordnet. Das Schweigen der Familie über die mütterliche Erkrankung gibt sie als einen Grund an, warum sie die Symptome erst spät als Krankheit erkennt. In ihrer Jugend wird ihr im Vergleich zu anderen Familien mit gleichem Schicksal deutliche Parallelen zu ihrer Familie bewusst.

Den Winter als „dunkle“ Jahreszeit erlebt sie immer als eine Phase, in der die Mutter zunehmend depressiv wird. Doch im Gegensatz zu vorherigen Jahren zeigt die Mutter auch in den letzten Sommermonaten auffällige extreme Stimmungsschwankungen. Paula erlebt ihre Mutter vielmals niedergeschlagen, ohne Kraft und nicht mehr in der Lage, „allein aus dem Loch heraus zu kommen“ und somit hilfebedürftig. Eine medizinische beziehungsweise klinische Behandlung für die Mutter wäre eine Möglichkeit, die Lebenssituation zu verändern. Sie definiert die Krankheit als Familienkrankheit, die sowohl in der Familie entsteht und besteht, aber auch mit der Familie behandelt werden sollte. Sie wünscht sich für die Zukunft, dass sich etwas an der Lage ändert, weil sie die Situation für die Mutter selbst und für ihr Umfeld als „Überforderung“ einschätzt.

Weiterhin beschreibt sie ihre Mutter als aufopfernde Person, die allzeit alles für die Familie tun würde, jedoch dafür nur wenig Dankbarkeit von den Kindern spürte. Aus dieser Tatsache heraus betont Paula ein Schuldgefühl, welches sie zwingt, stets für die Mutter da zu sein und ihr aus ihren Tiefs heraus zu helfen. Doch manchmal fällt es ihr schwer, über die Anschuldigungen der Mutter hinweg zu sehen und ihr gern helfen zu wollen. Die Bestätigung für ihre Leistung erfuhr die Mutter demnach immer in ihrem Beruf als Musikerin, den sie jedoch aufgrund zu hoher psychischer Belastung aufgeben musste. In der derzeitigen Rolle als Mutter und Hausfrau kann sie kein Selbstbewusstsein erfahren, welches sie nach Paulas Meinung zur Bewältigung ihrer Probleme benötigt. Der Berufsabbruch der Mutter brachte für die Familie und Paula positive Aspekte mit sich, da sich die Mutter so ganz der Familie widmen konnte. In Bezug auf ihren eigenen musikalischen Berufswunsch beschreibt Paula bestehende Parallelen zum Musikerleben der Mutter. In diesem Zusammenhang erwähnt Paula eine derzeit aufkommende Schwierigkeit und Veränderung für die Mutter mit dem „Ablösen der Kinder“ vom Elternhaus und damit dem Verlust ihrer einzigen Aufgabe. Paula sieht hierin die Möglichkeit, „die Sache zu bearbeiten“, aber hat keine Ideen, welche Behandlung für die Mutter geeignet wäre. So stellt sowohl der unsichere Umgang der Umwelt, besonders des Vaters, als auch die Angst der Mutter, durch eine Diagnose gesellschaftlich stigmatisiert zu werden, die Hemmschwelle für eine Behandlung dar.

Der Gedanke an eine zukünftige Behandlung beschäftigt Paula sehr und zwingt sie, sich immer intensiver mit der Thematik auseinander zu setzen. Sie überlegt, welche Faktoren sich verändern müssten, um eine Behandlung der Mutter möglich zu machen. Zum einen müsste der Vater und die Umwelt offener über das Thema reden können, um der Mutter ein Gefühl der Akzeptanz zu geben und zum anderen müsste die Mutter selbst eine Krankheitseinsicht gewinnen, um Hilfsangebote aufsuchen zu können. Paulas Möglichkeiten in diesem Fall sind, einerseits aus dem Elternhaus auszuziehen und andererseits das offene Gespräch mit dem Vater zu suchen, um das Tabu zu brechen. Diese Zukunftssicht stellt auch für die gesamte Umwelt der Erkrankten eine Chance auf Entspannung von den starken Belastungen dar.

(3) Themenkatalog - Interview Paula

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird der jeweilige Themenkatalog im Anhang der Arbeit ab S.170 dargestellt.

(4) Paraphrasierung - Paula

Gefühle zur Lebenssituation mit der Krankheit

Für Paula ist es schwer, der Mutter die alleinige Verantwortung für die Krankheit zu überlassen. Sie fühlt sich „schuldig“ (1) für die Situation, schließlich hat die Mutter ihre Leidenschaft in der Musik gänzlich für die Familie aufgegeben (9). Daraus entsteht ein „Verantwortungsgefühl“ für den Zustand der Mutter (1), was Paula zwingt, immer wieder über Unterstützungsmöglichkeiten für sie nachzudenken (3/5). Doch für die Mutter ist es schwer, Hilfe anzunehmen, da damit ein Eingeständnis der Krankheit notwendig wäre (5). Auf Versuche von außen reagiert sie mit Ablehnung (11), was die Unsicherheit im Umgang mit ihr, unter der alle Familienmitglieder leiden, noch größer macht (1/5). Paula fühlt sich „überfordert“ (1) und „hilflos“, den Bedürfnissen der Mutter gerecht zu werden und lebt in einer ständigen Angst, dass ihr Verhalten „falsch verstanden“ wird beziehungsweise die Mutter belastet (1). Diese Angst „lähmt“ sie zunehmend in ihrer Motivation und somit meidet sie teilweise die Kommunikation und Auseinandersetzung mit der Mutter (1). Das mütterliche Abwehrverhalten wie z.B. Kränkungen und Anschuldigungen gegenüber Gefahren sind für sie immer wieder eine schmerzhaft Erfahrung (1/11).

Wahrnehmung der Krankheit der Mutter

Paula erlebt das depressive Verhalten der Mutter noch „nicht all zu lange“ als „krankhaft“ (2). In früheren Zeiten bemerkt sie die Stimmungsschwankungen der Mutter nur in den Wintermonaten, die sie jedoch als „normal“ und „vom wenigen Licht im Winter ausgelöst“ sieht (11). Doch diese Erklärung passte nicht auf die Symptome, die sich im Sommer zeigten, wodurch sich Paulas Wahrnehmung veränderte (2). Auch der spätere „Vergleich zu anderen Familien mit gleichem Schicksal“ ermöglichte ihr eine „distanzierte Reflektion“, die ihr klar machte, dass die Mutter auch depressiv erkrankt sei (2). Als Grund ihrer „späten“ Krankheitswahrnehmung sieht sie die Tabuisierung (16) und damit einhergehenden seltenen Gespräche über die Symptome und ihre Eingebundenheit in das Familiensystem, was ihr einen distanzierten Blick über die Situation versagte (2).

Paula erlebt ihre Mutter als einen „sensiblen und verletzbaren“ Menschen, mit einer „feinen Empfindung und Wahrnehmung“ (9), aber auch als eine „immer stark gebende Person“ (8). Sie schätzt die Depression als „relativ schwerwiegend“ ein, die in „verschiedenen Schwierigkeitsgraden“ auftritt (11) und deshalb den Umgang damit sehr

schwierig macht (13). In ihren depressiven Phasen zeigt die Mutter extreme Stimmungsschwankungen, die zwischen „tollster Stimmung und tiefsten Chaos“ wechseln (11). Diese Schwankungen erlebt sie früher schon einmal, aber nicht so kontinuierlich (11). Sie erkennt, dass das psychische Problem den Zugang zur Kraft und Willensstärke der Person versperrt und dadurch die kranke Person unmotiviert, antriebslos, pessimistisch und freudlos ist (11). Vielmals bemerkt sie, wie die Mutter „neben sich steht, nur mit sich beschäftigt, bedingt zurechnungsfähig und von sich selbst gefangen ist“ (11). Auf die Reaktionen ihrer Umwelt reagiert die Mutter meist empfindlich und „verteidigt“ sich zum „Selbstschutz mit Beschimpfungen, Anschuldigungen und Kränkungen“ gegen andere, um ihr Selbstwertgefühl nicht vollkommen zu verlieren (11). Um erst gar nicht den Angriffen der Umwelt ausgesetzt zu sein, zieht sich die Mutter mehr und mehr aus dem gesellschaftlichen Leben zurück und tabuisiert das Thema (11/16). In ihren schwerwiegende Tiefphasen erkennt Paula in ihren „jammernden Äußerungen und hilflosen Beschwerden“ ihre „indirekten“ Hilfeschreie, welche sie jedoch in einem „schwierigen Ton“ vermittelt (11). Manchmal schafft sie es, „sich selbst in Ansätzen aus den Tiefpunkten zu ziehen“ und „ihr Verhalten zu reflektieren“, doch stellt dies „keine langfristige Lösung“ für die Probleme dar (3/4). Paula erkennt daraus eine Verantwortung, die sie zwingt, sich fortwährend Gedanken über eine effektive Behandlung und damit Veränderung der Lebenssituation zu machen (5/6).

Gedanken über die Krankheit

Paula hat eine Theorie über die Entstehung der Krankheit aus ihrem Wissen und ihrem Verständnis entwickelt. Sie denkt, dass die Grundlage für die Erkrankung der Mutter schon in ihrem „sensiblen“ Wesen gegeben ist (9) und durch schwerwiegende Lebensereignisse und Belastungen, wie zum Beispiel den Berufsabbruch (10), zum Ausbruch kommt. Die Mutter belastet die Entscheidung, den Beruf aufzugeben und sich voll und ganz der Familie hinzugeben, gravierend (8/9/10). Sie schafft es nicht, aus ihren neuen Aufgaben „Kraft und Selbstbewusstsein“ zu schöpfen, um ihr „Selbstwertgefühl“ aufrecht zu erhalten und wird somit „verletzlich für alle Angriffe von außen“ (9/10).

Paula sieht die Entscheidung der Mutter für die Familie und gegen den Beruf als „wahnsinnige Tat“ an und kann sie „gut nachvollziehen und verstehen“ (19). Für Paula ist es unverständlich, dass aus dieser Handlung etwas sehr Positives für den Rest der Familie folgt, jedoch für die Mutter ein wahnsinniges Leid entsteht.

Aufgrund ihrer Entstehungstheorie überdenkt sie das mögliche eigene Erkrankungsrisiko nur in Bezug auf ihren Berufswunsch, welcher der gleiche wie der der Mutter ist (18). Doch mit ihrem Wissen über die „schmerzhaften Seiten“ des Berufs und der Ermutigung der Mutter, den Beruf auszuüben, fühlt sie sich gewappnet, eine andere Lösung für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu finden (18), um nicht unter den Folgen zu erkranken (10).

In der Notwendigkeit der Verbesserung, die der Zustand verlangt, macht sich Paula immer wieder Gedanken, wie sie und die gesamte Familie, der Mutter aus der Situation helfen können (5). Für sie ergeben sich aus dem Opfer, welches die Mutter für die Familie gebracht hat, die Selbstverständlichkeit und die Verpflichtung, bewusst ihre Aufgabe als unterstützendes Familienmitglied wahrzunehmen (3). Sie erlebt die Versuche der Mutter, „sich selbst aus den Tiefpunkten zu helfen“, als „bewundernswert“, jedoch auf längere Sicht als nicht effektiv (4). Sie sieht, dass das Problem „ganz klar“ in der Beziehung zwischen der Familie und ihrem Berufsabbruch liegt (5), welches nicht „durch Buchtipps“ (4), sondern durch eine Behandlung tief greifend bearbeitet werden muss (5). Doch für solch eine Behandlung ist es notwendig, sich die Krankheit einzugestehen und offen darüber sprechen zu können (5/16). Dieser schwere Schritt der Enttabuisierung ist immer begleitet von der Angst, gesellschaftlich stigmatisiert zu werden und damit den letzten Rest Selbstwertgefühl zu verlieren (5/17). Paula macht sich Gedanken, welche Wege sie gehen muss, um eine solche Idee der Behandlung voran zutreiben (5/6). Zum einen sieht sie, dass die Mutter den „Hauptteil“ der Bewältigung des Problem tragen muss, jedoch der „Impuls“ und die Begleitung des Prozesses von der Familie nötig ist, um eine Behandlung zu bewältigen (5/6). Eine geeignete Chance für die Mutter zur Auseinandersetzung mit ihrer Entscheidung und deren Folgen sieht Paula in ihrem Vorhaben, aus dem Elternhaus ausziehen (15). Dabei kommt es abermals dazu, dass die Mutter ihre Identität und ihren „Lebensinhalt“ zu verlieren droht, doch dies nun mit einer Behandlung abgefedert werden kann und damit sowohl eine Entlastung für sie und ihr Umfeld, als auch einen „Rollenwechsel“ von der Kraftgebenden zur Kraftnehmenden Mutter stattfinden kann (5). Paula sieht eine kreative oder alternative Behandlung, die transparent für die Familie verläuft und den kranken Menschen nicht als lebensunfähig darstellt, sondern seine Selbstständigkeit fördert und wertschätzt, als eine effektive Art der Behandlung an (6).

Wissen über die Krankheit

Paula erfährt aus ihrer Umgebung, dass die depressive Krankheit der Mutter nach der Geburt des kleinen Bruders gleichzeitig mit der Aufgabe ihres Berufes als Musikerin aufkam. Diese Information war für Paula „ziemlich schmerzvoll“ (7), weil es sie mit Problemen konfrontierte, die sie später selbst im Berufsleben bewältigen müssen würde (18). Über die Möglichkeiten, die depressive Störung der Mutter zu behandeln, hat sie schon einiges gehört, aber hat sich selbstständig noch nicht darüber informiert (6). Allgemein definiert Paula eine Depression als eine Krankheit, bei der „das Gleichgewicht zwischen Körper und Seele außer Kontrolle“ geraten ist, die nicht den Körper, sondern die Person verändert (12). Diese verbreitet sich „zunehmend, vor allem unter Jugendlichen“, die dem Leistungsdruck der materialistischen Gesellschaft nicht mehr gewachsen sind und somit keine gesunde Grundlage zur Entwicklung eines Selbstbewusstseins haben (12).

Umgang und Bewältigung der Situation

Paula erlebt, dass eine psychische Krankheit in der Gesellschaft sowohl durch ihre unsichtbaren Symptome als auch aufgrund ihrer unsicheren Befunden über Entstehung und Ursachen, „große Unsicherheit im Umgang“ und geringe Akzeptanz hervorruft (17). Die Umwelt „meidet und übersieht“ lieber das unbekannte Phänomen, um dem Gefühl der Unsicherheit über das eigene Handeln und eventuellen Versagen aus dem Weg zu gehen (17). Da keine Ursachen erkennbar sind und es schwer ist, psychische Probleme überhaupt als Krankheit anzusehen, wird die ganze Schuld und Verantwortung beim Erkrankten selbst gesehen und verwährt ihm damit jegliche Legitimation auf medizinische Behandlung (17).

Auch in ihrer Familie erlebt sie die Unsicherheit im Umgang mit der kranken Mutter (13). Deren Stimmungsschwankungen machen es immer wieder schwierig, einen Verlauf zu erkennen, um sich angemessen darauf einstellen zu können (11). Sie erlebt, dass der kindliche, ehrliche Umgang ihrer Geschwister mit der Mutter, in schwere Phasen sehr positiv aufgenommen wird (13).

Auch Paulas Bemühungen, indirekt positiv auf die Mutter einzuwirken, sie von ihren negativen Gedanken abzulenken und sich ihr zu zuwenden, um ihr die wertvolle Rolle als Mutter und Mensch begreiflich zu machen (11), bringen Entlastung mit sich, die jedoch längerfristig zu zeitaufwendig und Kräfte zerrend sind (5). Sie versucht, verschiedene Belastungen für die Mutter zu vermeiden und sie zu schonen (13).

Ihr Wunsch ist es, dass die Mutter nicht über ihre Krankheit definiert wird, sondern als Person mit ihren Schwächen und daraus folgenden Krankheitsbild akzeptiert, nicht stigmatisiert wird und sich ihr gegenüber sensibel und mit Rücksicht verhalten wird (13). Um diese Punkte gesellschaftlich umzusetzen, ist es wichtig, über die „bestehende Weltanschauung nachzudenken“ und auch „diese Ebene des Menschen“ nicht außer Betracht zu lassen (17). Vielmals ist es wichtig, ihr verletzendes Verhalten nicht als Angriff, sondern als Botschaft verstehen zu lernen und damit die Initiative zu ergreifen, Hilfe anzubieten (17).

Auswirkungen auf das Familienleben

Trotz der ständigen Belastung wegen der depressiven Erkrankung der Mutter, beschreibt Paula das Familienleben als etwas sehr intensives und tolles, das im Vergleich zu anderen Familien intakt funktioniert und kein Familienmitglied missen möchte (20). Der Abbruch des Berufes der Mutter brachte für die Familie positive Folgen mit sich. Sie opferte immer viel Zeit und Kraft für die Familie und ermöglichte den Kindern, sich ebenfalls musisch zu entfalten (10). Für die Beziehung zwischen den Eltern ist jedoch der Berufsabbruch gleichfalls auch ein „Reibungspunkt“, wobei die Leidenschaft des Vaters für die Musik gleichfalls die Mutter immer an ihren Verlust erinnert und erschüttert (20).

Das Verhalten der Mutter allen Familienmitgliedern gegenüber stellt vor allem für die kleinsten eine große Belastung dar (20). Diese können „schwer“ zwischen krankheitsbedingten und mütterlichen Äußerungen unterscheiden und leiden somit unter den Kränkungen der Mutter massiv (20). Für den Vater stellt die Erkrankung seiner Frau eine „schmerzhafte“ Veränderung dar, die sich als ständiger Kampf und Geduldsübung abzeichnet (14). Die Beziehung erfüllt nicht mehr die eigentliche Funktion des Geben und Nehmens, sondern beruht auf Einseitigkeit, die ein aktives Miteinander nicht zulässt und somit eine „starke Dauerbelastung für die Beziehung“ darstellt (14). Offene Gespräche über die Krankheit der Mutter finden nicht statt (16). Vielmehr versucht Paula indirekt, ihre kleinen Geschwister auf Achtsamkeit und „Rücksicht“ zu erziehen und ihnen ein gutes Vorbild zu sein (20).

Die gesamte Familie empfindet durch die opfernde Rolle der Mutter für das Wohlergehen der Familie ein Schuldgefühl, aber auch ein Verantwortungsgefühl, etwas zur Verbesserung der Lage beizutragen (3/5).

Auswirkung auf Paula

Mit der mütterlichen Erkrankung verändert sich etwas in der Beziehung zwischen Mutter und Tochter. Paula schränkt ihre Bedürfnisse nach Aufmerksamkeit zunehmend ein, um die Mutter zu schonen, die sonst alles für die Kinder tun würde (13). Sie kann sich nicht immer sicher sein, wie sie mit der Mutter umgehen soll und zieht sich zurück aus der Kommunikation mit der Mutter (1/13). Ihr Schuld- und Verantwortungsgefühl (1/3) gegenüber ihrer Mutter zwingen sie immer wieder dazu, viel Zeit und Kraft in die Unterstützung der Mutter zu stecken (5/6), jedoch dann mit ihrer eigenen Lebensplanung im Zwiespalt zu stehen (5). Dieser Aspekt ist vor allem in der Phase der Berufswahl bedeutsam, wobei sie energisch versucht, neue Ansätze zur Unterstützung für die Mutter zu finden und einen Weg in eine Behandlung zu ebnen (5/18).

Unterstützung und Wünsche

Paula wünscht sich, dass alle Menschen ihren Umgang mit psychisch kranken Menschen überdenken und verändern (13). In ihrem Fall wäre es sehr wichtig, endlich das Tabuthema „Krankheit“ zu brechen, um offen damit umgehen zu können und der Mutter eine Behandlung zugestehen zu können (13/16).

Von ihrem Vater und ihrer Umgebung erwähnt sie keine Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Probleme basierend auf der mütterlichen Krankheit (5), was auf die Tabuisierung zurückzuführen ist (16).

(5) Zentrale Kategorien - Paula

Die zentralen Kategorien und die ihnen zugeordneten Themen können im Anhang ab S.186 nachgeschlagen werden.

5.3 Systematischer Vergleich der Interviews

Dieser Arbeitsschritt gliedert sich, wie bereits beschrieben, in drei Teile auf, die Schritt für Schritt einen Vergleich der Interviews bis hin zu einer Ganzheitlichkeit anstreben.

5.3.1 Synopsis

In diesem Auswertungsschritt wird deutlich, in welchen zentralen Kategorien der einzelnen Interviews Überschneidung vorzufinden sind. Hierbei liegt der Schwerpunkt nicht nur auf dem Bewusstsein kollektiver Kategorien, sondern auch auf der idiosynkratischen Ausprägung einzelner Kategorien über alle Interviews hinweg.

In der folgenden Ansicht kann anhand der Kreuzchen nachvollzogen werden, welche Kategorien in welchem Interview vorkamen, wobei die Nummer die einzelnen Kategorien zuweisen.

Interviewpartner	Frida	Sigrun	Marcel	Winfried	Paula
Zentrale Kategorien					
A: Wahrnehmung der Krankheit	X(4)	X(2)	X(1)	X(2)	X(2)
B: Gedanken im Zusammenhang mit Krankheit	X(2)	X(1)	X(3)	X(1)	X(3)
C: Gefühle im Zusammenhang mit der Krankheit	X(1)	X(1)	X(2)	X(1)	X(1)
D: Wissen über die Krankheit	X(5)	X(4)	X(4)	X(3)	X(4)
E: Umgang mit der Situation	X(6)	X(3)			X(5)
F: Auswirkungen auf das Familienleben	X(3)	X(5)	X(5)	X(4)	X(6)
G: Auswirkung auf das Kind	X(7)	X(6)	X(6)	X(5)	X(7)
H: Bewältigung der Situation	X(8)	X(7)	X(7)	X(6)	
I: Unterstützung und Hilfe für die Kinder	X(9)	X(8)	X(8)	X(7)	X(8)
J: Wünsche der Kinder	X(10)			X(7)	

Tab.2: Synopsis

5.3.2 Verdichtung

Die Verdichtung der zentralen Kategorien zu Konstrukten wird in der folgenden Darstellung aufgezeigt.

Konstrukte	Zentrale Kategorien
1. Wahrnehmung und Erleben der Kinder	A. Wahrnehmung der Krankheit E. Umgang mit der Situation
2. Gedanken und Gefühle der Kinder im Zusammenhang mit der Krankheit	B: Gedanken im Zusammenhang mit der Krankheit C: Gefühle im Zusammenhang mit der Krankheit
3. Subjektive Krankheitstheorien der Kinder	B: Gedanken im Zusammenhang mit der Krankheit
4. Wissen der Kinder	D: Wissen über die Krankheit
5. Auswirkungen auf das Familienleben	F: Auswirkungen auf das Familienleben
6. Bewältigung der Kinder	H: Bewältigung
7. Unterstützung und Hilfe für die Kinder	I: Unterstützung und Hilfe
8. Wünsche der Kinder	J: Wünsche der Kinder

Tab.3: Verdichtung der zentralen Kategorien

5.3.3 Komparative Paraphrasierung

Dieser Schritt der Auswertung ergibt acht Konstrukte, die aus dem Vergleich aller fünf Interviews entstanden sind.

(1) Konstrukt 1: Wahrnehmung und Erleben der Kinder

Alle Kinder beschreiben, das Verhalten des Elternteils in ihrer Kindheit als Normalität hingenommen zu haben und erst sehr spät als Krankheit bewusst wahrgenommen zu haben. Die Gründe dafür sehen einerseits in ihrer Unbeschwertheit als Kind, andererseits in den seltenen Gesprächen mit den Eltern über die Krankheit. Einige von ihnen nahmen die Stimmungsschwankungen der Eltern wahr, wohingegen andere sich über die Krankheitsschübe nicht bewusst waren und sich kaum an Klinikaufenthalte des Elternteils erinnerten.

So richtig habe ich das überhaupt noch nicht analysiert als Kind, ich habe das einfach hingenommen, wie es ist. Ich habe gewusst, dass es nicht normal ist, meine Mutter, aber [ich] habe jetzt nicht darüber nachgedacht: was hat sie jetzt anderes als andere Eltern oder was hat sie für eine Krankheit gar. (Marcel, Z.20)

Das Bewusstsein für die Krankheit kommt bei den meisten Kindern erst im Jugendalter im Vergleich zu anderen Eltern. Pflegen die Eltern einen offenen Umgang mit dem Thema, erfahren die Kinder meist zeitiger als andere in Gesprächen von der Krankheit. Ebenso erleben die Kinder in diesem Alter bewusst auftretende Stimmungsschwankungen der Eltern mit, wodurch ihnen Veränderungen stärker auffallen. Entsteht die Krankheit erst während der späten Kindheit, erleben sie die Symptome von Anbeginn der Krankheit mit.

[Ich habe die Stimmungsschwankungen] aber eher in distanzierter Reflektion [wahrgenommen], also wenn man einfach durch zunehmende Selbstständigkeit einfach bisschen aus dem engen Familienkreis rauskommt. Und dann aber auch einfach viel - habe ich, glaub ich - darüber mitgekriegt, dass das ja ein ganz häufiges Schicksal ist und auch im nächsten Umfeld etliche Familien betrifft. [Eben] über den Vergleich, wo es aber in anderen Familien vielleicht schon wirklich offensichtlich war oder auch [eine] klinische, medizinische Behandlung vorlag, dass mir das dann eigentlich wirklich klar geworden ist. (Paula, Z.136)

In Bezug auf die Ausprägung der Krankheit erleben die Kinder ab diesem Zeitpunkt verschiedenste Phasen der Krankheit bewusst mit und entwickeln daraus eine hohe Sensibilität für den Zustand des Elternteils. Alle Kinder beschreiben die Eltern über Merkmale, die sie beobachtet haben oder aus Erzählung kennen.

Sie stellen den Elternteil als eine Person dar, die in ihrer Welt, „gefangen von sich selbst“ (Paula, Z.109) lebt. Die Kinder zählen sowohl von Symptomen der Hochphasen als auch Tiefphasen. Letztere werden von den Kinder entweder selten erlebt, da sich die Eltern zurückzogen oder in eine Behandlung begaben oder sehr als belastend empfunden, weil sie die Eltern hilflos, ohne Kontrolle über ihre Situation, angreifbar und darauf hin wütend, aggressiv und verletzend, freudlos und kraftlos erlebten.

Ich [habe] aber trotzdem diesen Sommer auch gemerkt, dass es ganz starke Schwankungen gibt, weswegen auch so schwer damit umzugehen ist, auch - ich denke - ganz besonders im Blick auf Behandlungen. Dass es eben wirklich von tollster Stimmung zu tiefstem psychischen Chaos kommt. (Paula, Z.18)

Die Symptome der Hochphase erleben die Kinder besonders intensiv, wenn die Eltern sich normwidrig verhalten und z.B. größenwahnsinnige Ideen ausleben und damit der Familie schaden. Je schlimmer die Symptome auftreten, umso schlimmer empfinden die Kinder diese.

Vor allem Kinder schizophrener Eltern erleben häufig einen Wahneinbezug durch den Elternteil, wodurch sie nur noch schwer zwischen Realität und Phantasiewelt unterscheiden können, außer sie haben die Möglichkeit, es mit Hilfe eines gesunden Elternteils zu überprüfen.

Also, was real ist und was meine Mutter mir Wahres erzählt, was sie sich ausdenkt, das weiß ich nicht mehr. Obwohl es natürlich ein paar Sachen gibt, die dann logisch oder einfach sind. Fernsehen z.B. ist ausgefallen, dass wird dann schon stimmen. Aber andere Sachen kann ich nicht überprüfen. (Marcel, Z.133-137)

Ausgenommen von zwei Kindern, bei denen die Mutter offen mit der Krankheit umgeht, berichten alle Kinder von dem Rückzug der Eltern aus dem Familienleben und der Umwelt, aus Unsicherheit und Scham über ihre Situation und Angst, Ablehnung zu erfahren. Die Kinder empfinden es besonders schmerzlich, wenn der Elternteil aufgrund seines Rückzuges immer stärker vereinsamt und verwahrlost.

Die Kinder schätzen es sehr, wenn sie erleben, dass der kranke Elternteil sich mit seiner Krankheit auseinandersetzt und bemüht ist, etwas an seiner Lage zu ändern. Der offene Umgang des Kranken ermöglicht den Kindern die Kommunikation über ihre Probleme und Beantwortung ihrer Fragen zur Krankheit. Tabuisiert der kranke Elternteil seine Krankheit gegenüber seiner gesamten Umwelt, werden auch die Kinder unsicher in ihrem Verhalten oder schämen sich, offen über die Krankheit zu reden.

Der ignorante, verständnislose und tabuisierende Umgang der Umwelt mit der Krankheit macht ihnen bewusst, dass psychische Krankheiten noch lange keine Phänomene sind, die weitreichend bekannt sind und akzeptiert werden.

Aufgrund dieser Einstellung verlieren die Kinder eine Möglichkeit, ihre Probleme offen gegenüber anderen zu äußern, um darüber Hilfe angeboten zu bekommen.

Vor acht Jahren, da hat sie kurz Arbeit bekommen, bei Rudstadt. (...) zum anderen war das die Zeit, wo ich gelernt habe, Rudstadt zu hassen. Sie hat sich komisch verhalten auf Arbeit und da haben sie ihr noch am gleichen Tag, haben sie ihr ein Brief geschrieben, irgendwelchen totalen Mist, das war schon unmenschlich, und haben ihr noch den Brief in Form von Briefzustellung in Höhe von 50DM noch am gleichen Tag zu geschickt. Man hätte ja auch noch warten können. Das haben sie ihr in Rechnung gestellt und gleich noch abgezogen. (Marcel, Z.65 f.)

Noch schlimmer erleben es die Kinder, wenn der kranke Elternteil überhaupt keine Krankheitseinsicht zeigt und damit die Kommunikation und die Möglichkeit auf Hilfe immens eingeschränkt wird.

Die Kinder äußern die Variante der Krankheitseinsicht, bemerkten aber, dass auch diese für den Elternteil zur Bedrohung des Wohlbefindens werden kann.

Es kann passieren, wenn sie plötzlich Einsicht [über ihre Krankheit] hätte, dass sich ihre ganze Welt zerstört. Sie weiß ja auf einmal, ‚vielleicht war das gerade nicht echt, oder das war doch gerade echt‘. (Marcel, Z.169)

Zusätzlich zeigt sich, dass es für die Kinder sehr erleichternd ist, wenn sie wenigstens die Krankheit benennen zu können, um überhaupt eine Kommunikation über die Krankheit anzustreben.

Ebenso erleben die Kinder es belastend, wenn der gesunde Elternteil kein Verständnis für die Lage aufbringt, sondern mit seinem Verhalten die Situation verschlimmert.

Wiederum sind die Kinder empört, wenn der gesunde Elternteil den Kranken nur mit seiner Krankheit kennen gelernt hat und trotzdem kein Verständnis aufbringen kann. Hierbei empfinden die Kinder Wut und Enttäuschung gegenüber dem gesunden Elternteil und geraten zunehmend in einen Zwiespalt ihrer Gefühle zwischen dem kranken und gesunden Elternteil. Als weitaus weniger belastend empfinden die Kinder es, wenn der gesunde Elternteil die Krankheit anerkennt, aber aus seiner Unsicherheit heraus nicht darüber reden kann.

[Die Mutter stichelt], weil sie von ihm enttäuscht ist. Oder einfach so Sachen: ‚Was du, kannst das doch nicht‘ oder solche Sachen, die irrsinnig wehtun. Und so etwas mitzerleben, ist ganz unangenehm. Vor allem wenn (...) Freunde da sind, ist das ganz unangenehm. (Frida, Z.180)

(2) Konstrukt 2: Gefühle und Gedanken der Kinder

Im Mittelpunkt ihrer Erzählungen stehen Schuldgefühle gegenüber dem kranken Elternteil. Diese entwickeln sich meist aus der Tatsache, dass die Kinder erkennen, dass die Ursachen der Krankheit in Beziehung zu ihnen standen:

(...) [Dass] wir Kinder sehr musikalisch erzogen sind, dass sie sozusagen das, was sie für sich - erreicht hat, aufgegeben hat, aber gleichzeitig eben Grundlage dafür gibt, dass andere Menschen [Musizieren] erlernen dürfen. Und das ist schon eine wahnsinnige Tat. Und, das ist klar, dass das solche Belastungen und solche Wirkungen mit sich zieht. (Paula, Z.145)

Liegen die Ursachen der Krankheit nach Meinung der Kinder nicht bei ihnen, sondern größtenteils im Verhalten anderer Menschen, empfinden sie weniger Schuldgefühle, umso mehr aber Enttäuschung und Wut gegenüber der schuldigen Person.

Wenn dies den gesunden Elternteil betrifft, berichten die Kinder, in einen Zwiespalt ihrer Gefühle zu den beiden Eltern zu geraten.

Das Bewusstsein der Kinder über ihren Einfluss auf die Krankheit gibt ihnen gleichzeitig das Gefühl von Macht und Kontrolle, den Zustand selbst steuern zu können, indem sie ihr Verhalten ändern und damit eine Genesung des kranken Elternteils bewirken.

Mit den Schuldgefühlen der Kinder gehen ebenfalls tiefe Verantwortungsgefühle einher, wodurch ein Handlungszwang entsteht, alles Mögliche zu tun, um eine Genesung voranzutreiben oder wenigstens den Zustand des Elternteils zu stabilisieren.

Ja, wenigsten eine Verantwortung [für alle], ich rede nicht von einer Schuld, weil, dass ist blöd, wenn man eine Schuld gibt, die haben einfach alle. (Winfried, Z.192)

[Das es] wichtig ist, dass man sich der Aufgabe [der Pflege] bewusst ist und dass es durchaus viel an dem Umfeld liegt und dass gerade dadurch, dass sie sozusagen so viel geopfert und investiert hat, dass es selbstverständlich ist, dass man da versucht, einzugreifen oder halt zu helfen. Auf jeden Fall. (Paula, Z.54)

Die Kinder versuchen aufgrund ihrer Schuldgefühle, jede Chance zu nutzen, etwas an der Situation zu verbessern. Nutzen sie diese nicht und es folgt eine Verschlechterung des Zustandes, entwickelten sie extreme Schuldgefühle aufgrund ihrer unterlassenen Hilfeleistung.

Dadurch das man immer da ist, kriegt man [die Veränderungen bei der Mutter] ja nicht so mit, wie ein Außenstehender, der hätte das vielleicht zwischen den Jahren den Unterschied [in ihrer Persönlichkeit] extrem bemerkt. Ich habe eben immer noch eine zeitlang gedacht, es kann sich ja auch ändern und so. Ich habe es halt als normal angesehen, doch irgendwann war es zu viel. (Marcel, Z.118)

Diese Verantwortung wird zusätzlich sowohl durch Äußerungen und Verhalten des kranken als auch des gesunden Elternteils verstärkt, indem sie den Kindern ihre Verantwortung deutlich machen. Es zeigt sich, dass besonders bei Kindern allein erziehender Eltern das Gefühl der Pflicht und Verantwortung extrem stark ausgeprägt ist, da die Kinder vielmals die einzige Bezugsperson für den kranken Elternteil darstellen, die etwas an der Situation ändern kann.

Sie versuchen alles, um möglichst einen stabilen beziehungsweise gesunden Zustand des Elternteils zu erreichen beziehungsweise ihren Schuldgefühlen entgegen zu wirken.

5. Darstellung der Ergebnisse

Da hab ich mit [meinem Vater] im Garten gegessen und geredet und Cenny hat sich auch den Mund fusselig geredet. Die Mutti hat uns hinbestellt, damit wir mit ihm reden, damit er merkt, dass die Kinder ihn mögen. (Frida, Z.153)

Außer Fernsehen und Zeitung, was leider enorm Einfluss auf sie hat, das Fernsehen, einen schlechten, bin ich der einzige Kontakt nach draußen, der sie lenken kann. (Marcel, Z.126)

Kinder entwickeln zusätzlich starke Ängste, wenn der kranke Elternteil in seinen Wahnideen von Suizid spricht oder sich der Allgemeinzustand zunehmend verschlechtert. Diese Angst treibt die Kinder soweit, dass sie sich immer wieder im Zwiespalt mit ihren Emotionen und ihrem Verhalten befinden und es schließlich nur noch versuchen, sich an den Zustand des Elternteils anzupassen, um keine Verschlechterung zu riskieren.

Es kann sein, dass ich einfach mein Zeug nehme und abhaue, es danach aber gleich wieder bereue. Zum anderen probiere ich [ihr Verhalten] zu ignorieren. Und dann weiß ich nicht, was sie dann macht, ob sie auch tierisch rumschreit. (Marcel, Z.129 ff.)

Besonders bei Kindern ohne kompensierenden Elternteil wirken diese Ängste bis ins Erwachsenenalter nach, wohingegen Kinder mit einem gesunden Elternteil keine Ängste äußern. Ebenfalls lässt sich ein Unterschied zwischen den jeweiligen Diagnosen der Eltern feststellen. Hierbei lösen Wahnidee und Halluzinationen einer Schizophrenie besonders schwere Verlust- und Existenzängste aus:

Wir haben drei Nachbarn, zu den drei hat sie zu jedem Phantasien oder Sachen, die sie mit denen verbindet. Das sind alles Verbrecher. Teilweise kann ich die auch nicht leiden, das ist halt, aber sie hat dann immer gedacht, sie wollen sie umbringen oder so. Und da hab ich gedacht, wenn sie selbst unter Druck gerät und denkt, dass andere sie umbringen wollen, wird sie womöglich selber versuchen, dem ganzen ein Ende zu setzen. (Marcel, Z.89 f.)

Für Kinder ist es unumgänglich, nichts unversucht zu lassen, um die Kontrolle über die Situation nicht zu verlieren und verschiedene Ideen auszuprobieren, was dem Kranken helfen könnte. Sie versuchen einerseits, aktiv auf den Gesundheitszustand des Elternteils einzuwirken, andererseits passiv zu agieren, indem sie sich Gedanken über effektive Behandlungsmöglichkeiten und den Weg dahin machen.

Aktive Handlungsmöglichkeiten haben grundlegend das Ziel, Belastungen für den betreffenden Elternteil zu vermeiden. Die Kinder übernehmen die Fürsorge und Pflege des Kranken und dessen elterliche Aufgaben, versuchten ein Vorbild zu sein und wagen kleine Versuche, den Elternteil zu einer medizinischen Behandlung zu bewegen.

Ich hab mich ja auch verantwortlich gefühlt. Ich hab auch kein Alkohol getrunken bis 17 oder so, um mal meinem Vater zu zeigen, es geht auch ohne an irgendwelchen Silvestern oder so. (Frida, Z.324)

Um dies zu bewerkstelligen, stellen viele der Kinder ihre eigenen Bedürfnisse zurück und passen ihr Leben und Verhalten an die Situation des kranken Elternteils an:

Ja manchmal [fragt er nach mir], nicht so viel, aber ich sag ihm dann, dass er ja gar nicht erst fragen muss, ich weiß, dass es ihn interessiert, aber ihm schwer fällt, nachzufragen und na ja und er ist so in sich gekehrt. (Frida, Z.195)

Diesen kontinuierlichen Unterstützungszwang beschreiben die Kinder in Hinblick auf ihr eigenes Leben als mühsam und einschränkend. Besonders während des Ablösungsprozess vom Elternhaus berichten Kinder von starken Zwiespälten zwischen ihrem eigenen Leben und dem Verantwortungsgefühl für die Eltern. Sie leiden unter starken Schuldgefühlen, den Elternteil allein zurück zu lassen, wobei der Auszug zur Qual wird.

Einige Kinder begeben sich auf die Suche nach anderen Unterstützungsmöglichkeiten für den Kranken, damit sie die Kontrolle über den Zustand der Eltern gesichert wissen, aber gleichzeitig einen Großteil ihrer Verantwortung abgeben zu können, um sich leichter vom Elternhaus zu distanzieren und somit Freiraum für ihr eigenes Leben zu gewinnen.

Und einfach auch wirklich nicht so viel Zeit [für die Pflege der Mutter] da ist, und die Kraft eben [nicht], wie gesagt. Also, man will natürlich für diejenige da sein, aber dann auch, in gewissen Stellen hat man ja doch sein eigenes Leben. (Paula, Z.52 f.)

Mit ihren Unterstützungsversuchen geht häufig ein Rollentausch einher, bei dem die Kinder die Funktion der Eltern übernehmen und damit die Befriedigung ihrer Bedürfnisse größtenteils ausbleibt. Diese Konstellation nehmen die Kinder bewusst wahr und empfinden sie als sehr belastend.

Einige der Kinder berichten von Versuchen, das Rollenverhältnis wieder umzukehren:

Das will ich auch, [der Mutter] was zurückgeben. Ihr auch mal einen Rat zu geben. (Winfried, Z.266)

Das war mal so zwischendurch, wo du denkst: ‚He, ich bin nicht deine Mutti, du bist mein Vater‘. Da denkst du auch: ‚Halt Alter halt halt‘. (Frida, Z.356) Ich betrachte ihn eigentlich als Mitbewohner, natürlich ist es mein Vater, aber ein Vater ist eben einer, der mal sagt: ‚He geht’s eigentlich noch‘. (Frida, Z.353)

Eine weitere Strategie der Kinder besteht in dem Versuch, ihr eigenes Verhalten dahingehend zu verändern, um positiv auf den Kranken einzuwirken und ihn von seinen negativen Emotionen abzulenken beziehungsweise in das normale Leben wieder mit einzubeziehen.

Ja, auf jeden Fall gibt man sich große Mühe, versucht auch einfach indirekt dann immer positiv selber zu denken und auch die Person von negativen Gedanken abzulenken. (Paula, Z.36)

Zusätzlich kreisen die Gedanken der Kinder immer wieder um verschiedene medizinische Behandlungsmöglichkeiten sowie die Art und Weise, den Kranken hinzuführen. Hierbei zeigt sich, dass Kinder den Umgang des Elternteils mit seiner Krankheit und vergangenen Behandlungen genauestens reflektieren und daraus Ideen entwickeln, wie die Situation adäquater gemeistert werden kann.

Also, es gibt wirklich Situationen, wo sie selber sozusagen für sich, sei es in einem guten Buch oder irgendwie anders halt, wieder einen Anhaltspunkt findet, wo sie sich rauszieht, selber. Dieser Ansatz, dass sie sich da irgendwie schon selber durchkämpft (..) , einfach oft nicht weiter führt, um [ihre Depression] auch wirklich langfristig in den Griff zu bekommen. (Paula, Z.29 f.)

In Bezug auf Behandlungsmöglichkeiten haben die Kinder verschiedenste Meinungen, die sich je nach Wissensstand bemessen lassen. Dabei sind es vor allem Kinder, die aus Erzählungen der Eltern oder eigenen Erfahrungen etwas über verschiedene Methoden kennen, jene, welche eine Behandlung weniger positiv einschätzen und sogar ablehnen. Hingegen zeigen sich Kinder, die kaum mit dem Thema Behandlung konfrontiert werden, offen und interessiert.

Ich denke, es gibt auch schon viele gute Behandlungsmöglichkeiten, die ihr auch helfen, das selbstständig zu lösen und [wo sie] jetzt nicht in einer klinischen Behandlung als völlig unfähig, lebensunfähig (..) dargestellt wird. (Paula, Z.182)

Darüber hinaus machen sie sich Gedanken, welche Faktoren für eine effektive Behandlung von Nöten wären, wie z.B. eine Enttabuisierung der Krankheit, ein übersichtliche Behandlungsnetzwerk und der Wille zur Veränderung des Erkrankten selbst.

Sie entwickeln ein Gespür dafür, wie sich ebenfalls der Umgang der Umwelt mit dem Erkrankten ändern muss. Viele erleben eine gesellschaftliche Abwertung und Ausgrenzung des Elternteils mit und erfahren dabei eine psychische Krankheit als etwas Inakzeptables. Daraus folgend entwickeln die Kinder Schamgefühle gegenüber der Krankheit der Elternteils und beginnen in zwei Welten zu leben, wobei sie der einen nichts von der anderen erzählen wollen, aus Angst vor Stigmatisierung und Loyalität zum Elternteil.

Es war blöd, irgendetwas zu sagen, sie hat eine geistige Krankheit oder so irgendwas. (Sigrun Z.163) Ich weiß nicht, wie die Leute reagieren. (Sigrun, Z.163/160)

Ein Stück weit war es mir damals immer peinlich zu Hause. So als Kind war mir schon gewusst, dass das nicht in Ordnung ist. Bei uns sah es immer ziemlich dreckig aus. Die Küche sah furchtbar aus, auf dem Dorf natürlich mit dem Ungeziefer nicht so einfach. (Marcel, Z.35)

Das Verhalten der Umwelt entfacht in ihnen oftmals eine Wut und Enttäuschung. Aufgrund ihres Verantwortungsgefühls versuchen sie, verändernd auf die Umwelt einzuwirken, in dem sie mehr Verständnis und Akzeptanz für die Lage des Kranken und die Enttabuisierung der Krankheit in der Familie und in ihrer Umgebung fordern. Erleben sie keine Veränderung, ziehen sie sich zunehmend in ihre Welt zurück, fühlen sich einsam und bleiben mit ihren Problemen allein.

Aber ich finde es wirklich sehr wichtig, das [Problem] allgemein in der Gesellschaft zu sehen. Gerade Depressionen sind ja eine unvorstellbar verbreitete Krankheit, was sicherlich wenigen bewusst ist, und der Umgang damit einfach ganz schwierig ist. [Ich denke] aber auch, [dass diese Probleme ganz] einfach allgemein auf Auffassung von Gesellschaft, von Leben zurückzuführen ist. (Paula, Z.208)

All diese Bemühungen begleitet immer eine Unsicherheit über das eigene Verhalten. Es gestaltet sich für Kinder schwierig, genau zu erkennen, was dem Elternteil gut tut, um das eigene Verhalten darauf abzustimmen. Reagiert der Elternteil mit Abwertung, Zurückweisung und Undankbarkeit auf die Versuche der Kinder, ziehen sich diese immer weiter in ihre Welt zurück, vor Angst, etwas Falsches zu tun.

Der tabuisierende und stigmatisierende Umgang der Gesellschaft mit psychisch kranken Menschen verstärkt diese Unsicherheit und zeigt den Kindern deutlich, dass auch die Erwachsenenwelt mit dieser Art Problem schwer umzugehen weiß und es besser ist, darüber zu schweigen.

Ich bin immer sehr wenig zu Hause und wenn ich jetzt [aus dem Elternhaus] gehe, hinterlasse ich möglicherweise einen Trümmerhaufen. Ich könnte jetzt irgendwas bei meiner Mutter bewegen, weiß aber nicht, welche Folgen das hat. (Marcel, Z.192)

Erlangen die Kinder für ihre Bemühungen kaum positive Resonanz, tritt Hilflosigkeit und Überforderung mit der Situation ein. Viele Kinder fühlen sich der Situation ausgeliefert und machtlos, worunter sie stark leiden. Einige versuchen, Hilfe von außen heranzuziehen, um die Situation bewältigen zu können. Dabei treffen sie oftmals auf Familienmitglieder, die gleichsam wie sie Angst im Umgang mit dem kranken Menschen zeigen oder das Thema vollkommen meiden. Auch außerhalb der Familie berichten die Kinder von Ratlosigkeit von Ärzten und Institutionen. Einige von ihnen verzweifeln in ihrer Lage und entwickeln tiefe Schuldgefühle aufgrund ihres Versagens.

Ich hab es über die Zeit nicht perfekt geschafft, zu lernen, damit umzugehen. Es ist wirklich abhängig, manchmal sag ich mir, solche Dinge [in den Beschimpfungen] kann man sich nicht vor den Kopf werfen lassen. Manchmal nehme ich es einfach hin und fresse es in mich hinein. (Marcel, Z.129)

Im Zusammenhang mit ihrem Verantwortungsgefühl benennen die Kinder ebenfalls Gefühle der Enttäuschung und des Hasses, wenn sie erleben, dass die Eltern kaum noch in der Lage sind, selbst Verantwortung für ihre Situation zu tragen, keine Behandlung erfolgreich beenden oder zu keiner Krankheitseinsicht gelangen. Diese Gefühle äußern Kinder vor allem, wenn sie wahrnehmen, dass der Kranke nicht mehr fähig ist, seiner elterlichen Grundfunktion nachzukommen.

Vor allem Kindern, die regelmäßig Enttäuschung erfahren, nehmen noch so kleine Bemühungen der Eltern sensibel wahr und schöpfen Hoffnung auf Besserung aus ihnen. Wird diese Hoffnung jedoch wiederholt nicht erfüllt, macht sich bei den Kindern Resignation und Hoffnungslosigkeit breit, wodurch sie sich zunehmend vom betroffenen Elternteil distanzieren, um Enttäuschungen zu vermeiden.

Das ist eben die Mitbewohnerrolle, die fällt mir am einfachsten. Jedem die Freiheit lassen. Wenn er mit isst, isst er mit und wenn er rausgeht, dann macht er es halt. Das ist halt so wie in einer WG. Natürlich hat es mich mal belastet, aber das ist ok. Es bringt ja einfach nichts, wenn man sich wünscht, dass man gern einen anderen Vater hätte. (...) Wir haben nun mal das Los gezogen. (Frida, Z.356 ff.)

Dem entgegen begrüßen es andere Kinder sehr, dass sich ihre Eltern in der Lage befinden, ihre Situation selbst einzuschätzen, angemessen damit umzugehen und sich selbst vor Gefahren zu schützen. Dieses Phänomen beschreiben alle Kinder als entlastend:

Ich hab [sie] verstanden, als es nicht geklappt hat mit der Arbeit - als Lehrer ist es zu viel Stress - und da fande ich es gut, dass sie zu Hause geblieben ist. (Sigrun, Z.63)

(3) Konstrukt 3: Subjektive Krankheitstheorien

Alle Kinder entwickeln im Laufe der Zeit ihre eigene Theorie über die Krankheit und deren Entstehung. Manchen Kindern fällt eine Definition der Krankheit besonders schwer, da sie schon beim Begriff „Krankheit“ stocken und zeigen, dass sie darunter etwas anderes verstehen, als sie beim kranken Elternteil wahrnehmen:

Krankheit, da hab ich immer gedacht, dass ist etwas körperliches, was man dann sieht, dass man Ausschlag hat oder so, aber so ist es eben schwer zu fassen. (Sigrun, Z.107)

Hingegen wird die psychische Krankheit von den Kindern als ein natürlicher Zustand mit unsichtbaren Anzeichen beschrieben, den viele Menschen erleben, aber in ihren Emotionen unterschiedlich stark ausleben.

Kinder affektiv erkrankter Eltern beschreiben es als Störung des Gleichgewichts zwischen Körper und Seele, wobei nicht die physische, sondern die psychische Ebene und die Persönlichkeit angegriffen werden. Wenn ein Elternteil an einer Schizophrenie erkrankt ist, fällt es den Kindern leichter, eine Definition aufzustellen, da sich die Symptome weit mehr von der Realität abheben und damit als Krankheit verstanden werden können:

Das erste, was ich immer wahrnehme, sind ihre Halluzinationen. Sie lebt in einer anderen Welt, meine Mutter. Man könnte es ganz objektiv sagen, sie hat einfach ihre eigene Welt. Das deckt sich zum Teil mit der realen, die ich jetzt real nenne, und zum Teil eben auch nicht. So könnte ich für meine Mutter genauso schizophr sein. (Marcel, Z.218)

Im Zusammenhang mit ihren Definitionen äußern die Kinder eigene Theorien über den Entstehungsprozess der Krankheit:

Das irgendwie [etwas] durch Äußeres, durch andere Menschen und durch Unverständnis und durch nicht geachtet und geliebt werden und das dann im Körper [irgend]was ausgelöst wird. Und das genauso [umgekehrt] wieder im Körper Glückhormone erzeugt werden können. Krankheit ist ja eher ein Fehlen von was, was man halt braucht, um glücklich zu sein. (Winfried, Z.204 ff.)

Sie konstruieren, dass die psychische Krankheit des Elternteils vor allem aus einem Zusammenspiel von Stress, den Merkmalen der Persönlichkeit und fehlenden Bewältigungsmöglichkeiten des Elternteils entstanden ist. Als Stress definieren die Kinder den Zustand, der entsteht, wenn die Person den bestimmten Anforderungen einer Situation nicht mehr gewachsen ist. Stress kann ausgelöst werden, wenn der Leistungs- und Erwartungsdruck der Gesellschaft das Maß der Kompetenz der Person übersteigt oder wenn die Person in bestimmten Situationen wie bei Scheidungen oder Umzügen überfordert ist. Verfügt sie hierbei über ungeeignete Bewältigungsstrategien, kann es letztendlich zum Versagen gegenüber der Situation kommen. Die Kinder beschreiben, dass die Eltern die auftretenden Probleme aufgrund ihrer sensiblen Empfindung noch belastender und bedrohlicher wahrnehmen als andere Menschen und letztlich keinen Ausweg mehr aus ihren Problemen sehen.

Die Ursache der Krankheit wird von den Kindern weniger bei den Eltern selbst, sondern bei der Umwelt der Person gesehen. Die Krankheit der Eltern ist nur die Reaktion auf die Belastung, die von außen einwirkt. Hieraus schlussfolgern die Kinder, dass eine Veränderung der Belastungen aus der Umwelt eine Genesung der Krankheit bewirken würde. Eine andere Möglichkeit sehen sie darin, dass der Elternteil geeignete Bewältigungsstrategien erlernen muss, um mit dem Stress besser umgehen zu können.

Mir ging es in der Nacht nach den Endprüfungen am schlechtesten, da kam alles zusammen. Aber danach war es dann gut. Und ich denke, deswegen ging das ganz gut, weil ich mir gesagt habe: ‚Du weißt jetzt kommt der Absturz und dann geht es auch wieder hoch.‘ Man muss sich nur [auf Stresssituationen] einstellen, [eben auch meine Mutter]. (Sigrun, Z. 137 f.)

In Bezug auf das Vererbungsrisiko der elterlichen Krankheit haben die Kinder jeweils unterschiedliche Theorien, die sie in Bezug auf ihre Entstehungstheorie konstruieren.

Für alle Kinder ist der Gedanke über das eigene Erkrankungsrisiko nicht neu, doch verfolgen sie ihn nicht weiter. Erst in Situationen, in denen sie selbst ähnliche Erfahrungen machen, denken sie über eine mögliche genetische Vererbung nach, wobei sie Parallelen zu der elterlichen Krankheit negieren.

Ich hatte ja auch oft mal [nach der Vererbung] gefragt, aber ich hab es nicht ernsthaft [verfolgt]. Klar hat man Stimmungsschwankungen, aber ich denk da nicht drüber nach oder schieb es [auf die Krankheit meines Vaters]. Ich denke bei ihm, da hängt das einfach wirklich mit der Vergangenheit zusammen. (Frida, Z.299)

Die Theorie der Kinder über das Vererbungsrisiko variiert in ihren Schwerpunkten. Die meisten Kinder sehen das eigene Risiko einer Erkrankung nicht in der genetischen Übertragbarkeit, sondern in der aus dem Zusammenleben erlernten Art und Weise, mit Problemen umzugehen. Hierbei betonen sie, dass das Vorhandensein eines gesunden Elternteils das Risiko der Erkrankung minimiert:

Man lebt ja mit der Person zusammen, aber man lebt eben auch gleichzeitig mit der anderen Person zusammen. Wenn nicht beide die Probleme haben. Dann spielt das ja auch [in das eigene Erkrankungsrisiko] mit rein. (Sigrun, Z.117)

Andere wiederum erkennen, dass auch belastende Lebensereignisse eine Rolle für das eigene Erkrankungsrisiko spielen.

Das was man mitgegeben kriegt und was das Leben noch macht, und das zusammen macht einen eben dann aus. (Winfried, Z.209)

Es zeigt sich, dass vor allem Kinder, die den Beginn der Krankheit nicht miterlebten und keinen offenen Umgang damit in der Familie erleben, keine klare Vorstellung über die Ursachen der Krankheit und dem damit einhergehendes Risiko für das eigene Leben haben. Sie fixieren sich eher auf die Möglichkeit der Vererbung und versuchen krampfhaft, diese an der Realität zu prüfen. In ihrer Unsicherheit fangen sie an, die Angst vor der eigenen Krankheit durch andere Dinge, wie z.B. die Angst vor Stigmatisierung, zu überdecken.

Meine Mutter hat vielleicht Recht, [dass] ich wirklich vertauscht worden [bin]. Theoretisch kann es ja stimmen, wobei man wohl gesagt hätte, ich sehe meinem Vater sehr ähnlich. Ich weiß es nicht, ich habe an mir noch keine Anzeichen [einer Schizophrenie] festgestellt. Ich würde es nicht ausschließen, es kann ja auch noch passieren. Sonst in der Familie ist mir nichts [an psychischen Krankheiten] bekannt. (Marcel, Z. 207 f.)

Alle Kinder weisen in ihren Erzählungen darauf hin, trotz ihrer anfänglichen bagatellisierenden Aussagen, das eigene Risiko auf Grundlage ihrer Theorie an der Realität geprüft und jeweils für sich den Grad des Risikos abgesteckt zu haben.

Da steht das nicht zur Debatte, dass ich auch so [eine Krankheit] habe, ich komm da schwer nach meiner Mutter, das offene [Verhalten wie sie]. (Frida, Z.299)

(4) Konstrukt 4: Wissen der Kinder

Die meisten Details über die Krankheit erfahren Kinder aus den Erzählungen der Eltern. Hierbei zeigt sich, dass vor allem die Mütter, ob krank oder gesund, mit den Kindern über die Krankheit sprechen.

Viel habe ich [über die Krankheit] mitbekommen, weil meine Mutter selbst drüber spricht und sich engagiert und das macht vielleicht aufmerksam: ‚Ja jetzt ist sie wieder in der Stimmung und wieder in der Stimmung.‘ (Sigrun, Z.13)

Diese Offenheit empfinden die Kinder nicht immer nur hilfreich, sondern leiden unter übermäßigen Informationen über den kranken Elternteil, da diese für sie neue Enttäuschung beinhalten können.

Ich krieg es halt immer gesagt, wie [der Vater] sich gerade verhält, gerade letzten Donnerstag, hat [mir meine Mutter] erzählt, wie er gerade drauf ist und das er gerade total scheiße ist und das er blabla... und der er gerade eine blöde Phase schiebt und total gestresst ist. (Frida, Z.208)

Kinder aus Familien, in denen das Thema tabuisiert wird, geben an, sich anderweitig informiert zu haben. Sie erfahren einige Details über die Symptome und den Verlauf der Krankheit in anderen betroffenen Familien oder informieren sich selbstständig aus Büchern über die Krankheit, was jedoch nur schamhaft erzählt wird:

Ich habe mal eine zeitlang mir viel [über Schizophrenie] durchgelesen und versucht, zu verstehen. Das war in den letzten Jahren, als ich schlauer werden wollte über die Krankheit. (Marcel, Z.216)

Also im Unterricht [in der Ausbildung zum Ergotherapeuten]. Also ja, ein bisschen [habe ich dazu gelesen]. (Winfried, Z.75)

Das Wissen über die eigentliche Diagnose erfahren die Kinder entweder über den gesunden Elternteil oder durch Institutionen, wenn sie versuchen, den Kranken zu einer Behandlung zu bewegen.

Da bin ich zu einem Arzt hin, im Nachbarort und er meinte, dass meine Mutter so ein bisschen manisch-depressiv sein. Das war seine Diagnose. (Marcel, Z. 87)

Diese Möglichkeit wird von den Kindern jedoch meist zuletzt gewählt, da sie verlangt, sich erst zu offenbaren, bevor ein Zugang zu institutionellen und professionellen Hilfestellung möglich ist.

Demgegenüber stellen Großeltern immer eine Quelle dar, etwas über die Krankheit und den Verlauf zu erfahren.

Trotz einiger Möglichkeiten des Wissenserwerbs scheint es für die Kinder belastend zu sein, ungenügend über die Krankheit zu erfahren. Darauf folgt, dass sie sich eigene Theorien über Entstehung und Ursachen der Krankheit konstruieren, welche oft schlimmer als die Realität sein können und damit wiederum Leid erzeugen.

(5) Konstrukt 5: Auswirkungen auf das Familienleben

Die Krankheit verändert nicht nur das Leben des Erkrankten, sondern bringt gleichzeitig Veränderungen und Belastungen für das Familienleben mit sich. Die Kinder empfinden nicht nur das Verhalten des Erkrankten abstrus und seltsam, sondern erleben oftmals den zunehmenden Rückzug des Kranken aus dem Familienleben.

Er nimmt sich so raus [aus dem Familienleben]. Er räumt sein Geschirr nicht weg. Ich weiß nicht, was in diesem Menschen vorgeht. Er macht halt nie großartig was [mit der Familie]. Und es ist kein Familienleben, schon seit Jahren nicht mehr. Er ist halt unten in seinem Keller und wir sind halt oben. (Frida, Z.94)

Als eine Folge der Krankheit in Bezug zur Familie geben Kinder die eingeschränkte Berufsfähigkeit beziehungsweise den Berufsabbruch des Elternteils an. Die damit einhergehende Veränderung der finanziellen Sicherheit einer Familie wird von Kindern bemerkt, aber nicht als belastend beschrieben, solange der andere Elternteil noch etwas verdient.

Als Folge der Arbeitslosigkeit des kranken Elternteils erleben Kinder, dass die Familie in dieser Lage zur Neustrukturierung ihres Alltag und der Aufgabenverteilung gezwungen wird. Die Arbeitslosigkeit des Elternteils empfinden Kinder besonders gravierend, wenn sie die Stigmatisierung des Elternteils nach sich zieht. Dem entgegen wird der Berufsabbruch des Elternteils dann als positive Auswirkung der Krankheit empfunden, wenn dadurch mehr Zeit und Aufmerksamkeit für die Familie entsteht.

Das (...) [ihre Entscheidung] für uns ein unglaublicher Gewinn war, dass sie diesen Beruf aufgegeben hat. Das sie eben immer für uns war und dass das natürlich ganz schwierig geworden wäre, wenn sie halt den Beruf für sich weiter behalten hätte. (Paula, Z.71)

Die Beziehung zum Erkrankten beschreiben die Kinder nicht nur in Hinsicht auf die eigene Person verändert, sondern auch in Bezug auf andere Mitglieder. Sie erleben, dass sich sowohl ihre Geschwister als auch der gesunde Elternteil aufgrund seiner Unsicherheit im Umgang mit der Krankheit zurückzogen und den Kontakt zu dem Kranken meiden.

Mein Bruder kommt immer nur rüber [in die Wohnung der Mutter], wenn ich da bin. Ansonsten tut ihn meine Mutter (..) zu oft beleidigen, obwohl er teilweise bestimmt das auch zu ernst nimmt. Er ist dann auch aufbrausend, teilweise durch seine Krankheit [- ebenfalls Schizophrenie -] mit. Er reagiert dann halt sehr [wütend]. Ich kann es gut verstehen. (Marcel, Z.194 f.)

Lebt der kranken Elternteil allein, ist es für die Kinder besonders schlimm mit anzusehen, wie dieser ohne soziale Kontakte nach außen vereinsamt und verwahrlost:

Meine Mutter ist immer allein. Sie geht kaum raus, in die Stadt vielleicht, ganz selten mal zum Friseur. Sie sieht auch recht ungepflegt aus. Sie rennt immer mit schmutzigen Sachen herum, sie hält sie für sauber und wenn das irgendein Fleck darauf ist, dann hat den jemand hingemacht. (Marcel, Z.181)

Vor allem zwischen den Eltern beobachten die Kinder häufige Auseinandersetzungen, die sie nicht immer im direkten Bezug zur Krankheit, sondern mehr als Auswirkung aus den Folgen der Krankheit verstehen.

Mich hat es halt natürlich genervt, dass [die Mutter] nur zu Hause war. Was [wiederum] wahrscheinlich auch ein bisschen blöd für die Beziehung meiner Eltern [ist], [da] mein Vater auch zu Hause arbeitet. (Sigrun, Z.65 f.)

Als Ursache für die Streitigkeiten deuten die Kinder häufig die mit der Krankheit einhergehende Pflegebedürftigkeit und Kraftlosigkeit, sowie negative Äußerungen des Kranken, aber auch die Schwierigkeiten des gesunden Parts, das Verhalten als Krankheit zu akzeptieren.

Wir sind halt auch eine Zweckgemeinschaft, sie macht halt im Haushalt alles und er kann sich darauf verlassen und er bringt eben das Geld sozusagen an. (Winfried, Z.118)

Sie erleben, dass die Rollen sich innerhalb der Elternbeziehung verschieben, der kranke kaum auf den gesunden Partner eingehen kann und der Gesunde nur noch damit beschäftigt ist, sich um den Kranken zu kümmern und die Familie zusammen zu halten. In diesem Zusammenhang erfahren Kinder nur noch wenig Aufmerksamkeit vom gesunden Elternteil, wodurch sie sich zunehmend einsam und allein fühlen.

[Sie hat] wahnsinnig viel zu tun. Die gibt halt auch sehr viel der Sophie. Die [Mutter] merkt sich halt nicht viel. Was ich ihr von der Uni erzähle, geht zum einen Ohr rein, zum anderen raus. Man gewöhnt sich leider dran, schade, aber was sollst du denn machen. (Frida, Z.306 ff.)

In Bezug auf die Konflikte denken Kinder über eine mögliche Trennung nach, finden jedoch verschiedene Punkte und Konstrukte, die daraus entstehende Verlustangst besänftigen.

Viele Kinder erleben, dass die ganze Familie unter Schuld- und Verantwortungsgefühlen litten und jeder versucht, es dem Kranken recht zu machen. Die Unsicherheit und Angst vor Stigmatisierung treibt sie dazu, die Krankheit als Familiengeheimnis zu verstehen, wodurch die Kinder kaum die Möglichkeit finden, in der Familie über ihre Sorgen zu erzählen.

[Wir haben] eben zu wenig [über die Probleme der Mutter] gesprochen. [Ich habe] immer mal auch Gespräche zu meinem Vater gesucht. Aber auch allgemein im Umfeld [bestand] eine gewisse Hilflosigkeit (...). Man weiß [nicht], wie die Person selber darüber denkt. (Paula, Z.88)

Für kleine Kinder scheint es besonders schwierig, sich auf die rasanten Stimmungswechsel des kranken Elternteils einzustellen, um ihr Verhalten anpassen zu können und Beleidigungen der Mutter oder Vater nicht auf sich zu beziehen. Hierbei erzählen ältere Geschwisterkinder von ihren Bemühungen, den kleineren Kindern die nötige Rücksicht für die Lage des Kranken zu vermitteln, um den Zustand nicht gefährdet zu sehen.

Die Kinder erfahren, dass die Krankheit des Elternteils das ganze Familienleben durcheinander bringt und vor allem durch die Konflikte der Eltern der gemeinsame Alltag bis hin zur Zweckgemeinschaft zurückgefahren wird. Ebenfalls kommt es häufig vor, dass gemeinsame Aktivitäten vom kranken Familienmitglied gemieden werden und dieser sich außerhalb der Familie neue Interessen sucht.

Wochenende ist gut, dass verbringen wir nicht so oft zusammen, weil meine Mutter meistens, woanders was eigenes macht. Mittlerweile. [Früher haben wir gemeinsam] Sport [ge]macht und Wettkämpfe, [die] oft am Wochenende [sind], [die wir] zumindest mit dem Vater [erleben]. (Winfried, Z.7)

Die Kinder erleben, dass die Kontakte der Familie nach außen vor allem aufgrund des indiskreten Benehmens des Kranken gemieden werden. Aus Scham über das ‚komische‘ Verhalten des Elternteils bringen die Kinder keine Freunde mehr mit nach Hause und vermeiden, über die Krankheit in der Öffentlichkeit zu reden.

Im Sportverein wissen es einige und für die ist es kein Problem, aber wenn es dann weiter weg stehenden [Personen] sind, fällt es mir schwer, irgendwas zu sagen. (Sigrun, Z.156)

Der kranke Elternteil zieht sich aus Angst vor Reaktionen auf sein Verhalten immer stärker aus dem gesellschaftlichen Leben zurück und auch die Außenwelt meidet den Kontakt aus Unsicherheit und falschen stigmatisierenden Einstellungen zu psychisch Kranken.

Nach außen hin betrachtet [meidet sie] die Gesellschaft und viele Begegnungen mit Leuten. (Paula, Z.131)

Jedoch verneinen es die Kinder, Abwertung und Ausgrenzung durch die eigene Großfamilie zu erfahren, sondern nur zu erleben, dass auch Erwachsene ungern über das Thema reden.

Ich habe noch nie mit Verwandten darüber gesprochen, aber ich denke, die wissen jetzt alle, so die Großeltern und Tanten und Onkel angeht, das ist ein riesiger Zusammenhalt. (Sigrun, Z.147)

(6) Konstrukt 6: Bewältigung der Kinder

In ihren Erzählungen erwähnen die Kinder verschiedenste Möglichkeiten, mit ihren Sorgen und Gefühlen umzugehen und diese zu bewältigen. Einige von ihnen nutzen die Unterstützung ihrer Umgebung und zeigen sich sehr engagiert mit ihren Problemen, andere ziehen sich zurück und versuchen, ihre Probleme allein zu lösen.

Ich hatte eher nur Wut. Und hab mich abgekapselt. Dann eben in meinem Zimmer, dort oben hatte ich ja mein Reich, dann hab ich mir das ja auf dem Dachboden so gemacht [und] mein Leben geführt einfach. Gelesen, geschrieben. Ich hab ja viel [über die Probleme meines Vaters] nachgedacht, auch wenn ich ausgeritten bin. (Frida, Z.324 ff.)

Die Familien, welche einen offenen Umgang mit der Krankheit pflegen, bieten auch den Kindern die Möglichkeit, offen über ihre Probleme zu kommunizieren. Die Kinder nutzen die Chance, Fragen zu stellen und damit mehr Wissen über die Krankheit zu erlangen, um dabei ihre negativen Gefühle zum kranken Elternteil abzubauen.

Zusätzlich versuchen sie, ihr eigenes Verhalten besser an die Situation anzupassen und damit eventuelle negative Erfahrungen vorzubeugen. Besteht kein offener Umgang mit der Krankheit, versuchen die Kinder mit verschiedenen Strategien, eine Enttabuisierung anzustreben:

Ich habe (..) schon Anläufe gemacht, mit meinem Vater kurz zwischen Tür und Angel sozusagen das Gespräch zu suchen, wo einfach eine eher hilflose Reaktion [zurück]kommt. Sicherlich einfach auch dadurch, dass er das ja über viele Jahre selber mit trägt und garantiert nicht jetzt erst auf die Idee kommt, sich darüber Gedanken zu machen, wie man die Sache [der Mutter] behandeln könnte. Die spannendste Frage für mich ist, wie die Person selber darüber denkt und wie die Reaktion ist, wenn man wirklich das Gespräch mit ihr direkt sucht. (Paula, Z.179 f.)

Kinder schizophrener Eltern leiden besonders unter der Einbeziehung in die Wahnideen, wobei sie immer wieder versuchen, den Wahn mitzuspielen, um den Elternteil zu beruhigen und die Belastung für sich selbst zu minieren.

Irgendwann (..) hat sie mich nachts geweckt und wollte von mir (..) wissen, warum ich vertauscht bin oder so. Ich hab mir damals vor lauter Verzweiflung eine Geschichte ausgedacht, wo ich zufällig Stadtnamen aus Deutschland von jemanden aus dem Kindergarten gehört habe und da hab ich meiner Mutter irgendwann gesagt, dort hin wurde ich verschleppt oder so, damit ich Ruhe hatte. (Marcel, Z.16)

Als gegensätzliche Bewältigungsstrategie erwähnen die Kinder den Rückzug aus der Situation, um den Kontakt mit den Stressfaktoren zu vermeiden. Gerade in der Phase der Verselbstständigung nutzen sie die Möglichkeit des Auszuges, um Abstand von der Familiensituation zu gelangen.

Es war in den ersten zwei Jahren [in denen alle Familienmitglieder viel zu Hause waren], wo ich gedacht hab, es ist ganz schön nervig zu Hause, man muss raus. (Sigrun, Z.53)

Einige der Kinder erwähnen sogar, Erlebnisse im Zusammenhang mit der Krankheit aus ihrer Erinnerung verdrängt zu haben. Sie erleben eine ‚Schutzmauer‘, die sie gegen negative Erlebnisse aufbauen, welche sie bis heute noch als Belastung in ihrer Kommunikation mit anderen Menschen erleben.

Vielleicht hab ich es auch nur enorm verdrängt, was auch dazu führt, dass ich mich an viele Sachen teilweise nicht mehr erinnere, obwohl ich mich gern erinnern würde. Aus Selbstschutz hab ich das vielleicht so verdrängt und irgendeine Schutzmauer aufgebaut. Die Schutzmauer hab ich bis heute noch (..) [und] das ist natürlich auch Einfluss auf das Privatleben, man kapselt sich ab. (Marcel, Z.107 f.)

Viele der Kinder betonen in ihren Aussagen Gefühle der Resignation und Hoffnungslosigkeit gegenüber einer Verbesserung des Zustandes, um sich selbst vor Enttäuschungen zu schützen.

Und das [schizophrene Verhalten] ist auch bei meiner Mutter so drin, da ist kaum noch etwas zu machen. (Marcel, Z.220)

Es wird deutlich, dass es von großem Vorteil, wenn ein kompensierender, gesunder Elternteil vorhanden war.

(7) Konstrukt 7: Unterstützung und Hilfe für die Kinder

In ihrer Lebenssituation empfinden die Kinder das Vorhandensein eines kompensierenden Elternteils als besonders hilfreich, um andere Sichtweisen und Verhaltensmuster kennen zu lernen, mit der Krankheit umzugehen.

Ich hatte nie jemand richtig, der mir mal [eine andere Sicht auf die Dinge vermittelt hätte]. Mir hat der Vater schon gefehlt, jemand, der mir mal ein paar sachliche Hinweise gibt und mir mal sagt: ‚Junge, mach dies, mach jenes‘. Vielleicht bin ich deshalb auch bisschen weich - durch das Aufwachsen mit meiner Mutter. (Marcel, Z.104)

Dabei äußern die Kinder, dass auch andere Familienmitglieder, wie z.B. die Großeltern, diese Rolle übernehmen können. Fehlt jedoch der Gegenpart, beschreiben die Kinder dies als sehr belastend. Auch die Versuche der Eltern, fehlende Beachtung mit materiellen Dingen zu kompensieren, empfinden die Kinder als ungeeignet und unwirksam.

Der gesunde Elternteil wird besonders geschätzt, wenn er nicht nur die Möglichkeit der Kommunikation über die Krankheit bietet, sondern weitaus mehr Unterstützung für die Entwicklung der Kinder darstellt.

Empfinden die Kinder die Unterstützung aus der eigenen Familie als unzureichend, um die Situation zu bewältigen, zeigen sie sich auch in der Lage, Hilfe von außen zu mobilisieren beziehungsweise zu suchen.

Damals [habe ich] mit einer Ärztin (..) geredet und habe ihr auch viel erzählt von meiner Mutter. [Ich] habe ihr mein Herz ausgeschüttet, habe ihr erzählt, was mir alles als Kind passiert ist und viele Geschichten und das hat sie sich angehört. [Doch] ohne irgendeine Rückmeldung. (Marcel, Z.99 f.)

Dabei nutzen sie das Unterstützungsnetzwerk einerseits, um Entlastung für die Situation des Elternteils zu erreichen und eine Behandlung anzustreben oder andererseits, um direkte Unterstützung für ihre eigenen Sorgen zu erhalten. Hierbei erhalten sie Anregungen, wie sie mit der Situation besser umgehen können und erfahren mehr über die Krankheit, was ihr Verständnis für das Verhalten des Kranken sensibilisiert. Gerade die Möglichkeit der Aufklärung über die Krankheit verhindert, dass sich Kinder weitaus schlimmere Theorien ausdenken und Ängste entwickeln.

Das ist natürlich toll, wenn man das alles [über die Krankheit] richtig erklärt kriegt, was das alles so bedeutet, was Alkoholismus bedeutet, woraus das resultieren kann und was da für eine Krankheit dahinter steckt. Ich war enttäuscht, aber das muss ja nicht sein. (Frida, Z.391)

Für die Kinder stellt es sich als sehr hilfreich heraus, das Problem beim Namen zu nennen, um auch außerhalb der Familie über die Krankheit sprechen zu können.

Zusätzlich erleben die Kinder es als sehr entspannend, sich außerhalb der Familie auch mit anderen Kontexten zu beschäftigen und unbeschwert Zeit zu verbringen.

Ich bin dann auch in die Junge Gemeinde gegangen, wo ich 14 war, das hat mir viel gebracht. Einfach dieser Zusammenhalt. Ich hatte dem Pfarrer (..) auch erzählt von meinem Vater und er hat sich meiner einfach angenommen. Das ist eine große Unterstützung. (Frida, Z.321)

Ebenso stellt es für Kinder eine Sicherheit dar, zu wissen, wie sie den Zugang zu Hilfe und Unterstützung herstellen können. Erleben die Kinder die Hilfsangebote als unübersichtlich und verwirrend, fühlen sie sich schnell überfordert und hilflos.

Was ich bei Fachleuten mitbekommen habe, [dass] die meist selbst aufgeschmissen sind. Wenn ich Hilfe suche, wie ich meiner Mutter helfen kann, können alle nur passen: ‚Jetzt wird schwierig.‘ Es gibt scheinbar [nicht] den idealen Tipp. Aber andere hätten vielleicht eine neue Idee. Ich bin vielleicht schon zu vorbelastet. Ich habe so viele Optionen, dass ich gar nicht mehr weiß, welche in wählen kann und welche vielleicht hilft. (Marcel, Z.189 f.)

Letztendlich ergibt sich, dass ein stabiles und herzliches Familienklima von den Kindern als effektivste Unterstützung gesehen wird, vor allem wenn die Familie einen offenen und respektvollen Umgang mit der Krankheit pflegt, wenig Konflikte in der Elternbeziehung bestehen und auch die Umwelt offen und akzeptierend mit der Krankheit umgeht.

Wenn wir jetzt zusammen essen gehen, dann sticht die Mutti nicht mehr [mit meinem Vater]. Das ist viel angenehmer, mit ihnen [früher] zusammen, das ging gar nicht mehr. (Frida, Z.178)

(8) Konstrukt 8: Wünsche der Kinder

Die Wünsche der Kinder zu ihrer Lebenslage beziehen sich alle auf ihre gegenwärtige Situation. Kinder, die nur mit einem Elternteil zusammenleben oder nur eine gute Beziehung mit einem Elternteil haben, wünschen sich eine bessere Bindung zu dem anderen Elternteil, vor allem zum Gesunden, um einen nahe stehenden Gesprächspartner zu haben.

Ein Vater geht halt anders mit dir um und diese Art und Weise hab ich halt nie kennen gelernt. Und das hätte ich halt gern mal. (Marcel, Z.226)

Hinzu kommt der Wunsch nach Enttabuisierung der Krankheit sowohl in der Familie als auch in der Umwelt, um auch hier eine Kommunikation möglich zu machen.

Und ich denke, dass [es] ein wichtiger neuer Schritt jetzt ist, dass man wirklich auch mit der Person selber darüber spricht. Weil das einfach im Moment nicht stattfindet und ich auch wirklich merke, dass es nötig ist. [Vielmals ist es] nicht sonderlich positiv [zu schweigen], weil sich die Person dann (..) in vielen Momenten noch mehr alleine gelassen und überfordert mit der Situation fühlt. (Paula, Z. 75f.)

Vor allem von der Umwelt des Kranken wünschen sich die Kinder mehr Verständnis und Akzeptanz, um die Angst vor Stigmatisierung bekämpfen und die Last für den Elternteil mindern zu können.

Ebenfalls betonen die Kinder mehrmals, dass es sehr wichtig wäre, mehr über die Krankheit und ihre Symptome zu erfahren, um mehr Verständnis zu entwickeln, Enttäuschungen zu vermeiden und einen besseren Umgang mit der Situation zu erlernen.

Das ist wichtig, [die Störung] immer [zu erklären]. Wie man damit umgeht, wo das herkommt.

Das du nie denkst, dein Vater hat sich nicht im Griff, der hat sich nicht unter Kontrolle. (Frida, Z.395)

Zusätzlich erhoffen sie sich von den Eltern, die ihre Krankheit verleugnen, nichts sehnlicher als eine Krankheitseinsicht, wodurch sich die Möglichkeit der Gespräche, aber auch der Behandlung des Elternteils eröffnen würde.

In Bezug auf den Auszug aus dem Elternhaus ist es den Kindern sehr wichtig, geeignete Unterstützungsmöglichkeiten für den Kranken zu finden, um damit ein Teil der Verantwortung abgeben zu können und damit mehr Freiraum für die Gestaltung des eigenen Lebens zu erhalten.

Ich würde nicht mehr nach Hause fahren, wenn ich wüsste, dass sich da jemand kümmert. Ich habe auch schon mal überlegt, (..) [einen Vormund] anzuregen, aber da bin ich noch nicht darüber hinweg. Aber das würde bei ihr überhaupt nicht gehen, da muss man ja schon gar nicht mehr in der Lage sein, [sein Leben zu führen]. (Marcel, Z.145)

Letztendlich zielen alle Wünsche der Kinder auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Elternteils und der Bekämpfung ihrer Gefühle, die sie stark belasten, ab. In diesem Zusammenhang haben alle Kinder eine Phantasie, wie das Leben ohne die Krankheit und damit mit einem gesunden Elternteil wäre.

Vermutlich ist er ein sensibler Mensch, der viel liest und interessiert ist und sehr geschichtsinteressiert. Ich denke, er ist ein sehr guter Vater und er würde sich auch bemühen. Ich denke, dass das so wäre. Und das er auch viel mehr sehr gern mit uns in Urlaub fahren würde, wenn das so wäre. Ich wüsste nicht, ob er organisierter wäre, dass kann ich nicht sagen. Aber das würde ich mir wünschen, dass er ein organisierter Vater wäre. Und das er am Wochenende schon mal mit der Familie was macht. Natürlich würde ich mir das wünschen, wahrscheinlich wäre es auch so. (Frida, Z.374)

5.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der fünf geführten Interviews nochmals kurz zusammengefasst. Sie zeigen sowohl die Komplexität des Einzelfalls, als auch die im Vergleich hervorkommenden Gemeinsamkeiten und Unterschiede im subjektiven Erleben der Kinder auf. Es zeigte sich, dass jedes Kind seine Lebenslage individuell erlebte, sich jedoch, wie die entstandenen Konstrukte zeigen, weit aus viele Parallelen zwischen den Lebenslagen der Einzelinterviews ergaben.

Die folgenden Darstellungen geben nochmals kurz alle wichtigen Punkte der Auswertung wieder.

Wahrnehmung und Erleben der Kinder
<ul style="list-style-type: none">- Spätes Bewusstsein über die Krankheit- Symptome werden besonders stark wahrgenommen, wenn sie normwidrige oder einbindende Verhaltensweisen hervorrufen- Zunehmende Sensibilität für Stimmungswechsel- Stigmatisierung und Ablehnung aus der Umwelt- Wenig Beachtung für Klinikaufenthalte
Gefühle und Gedanken der Kinder
<ul style="list-style-type: none">- Schuld- und Verantwortungsgefühle für die Situation- Unsicherheit im Umgang mit dem Kranken- Hilflosigkeit und Überforderung mit der Situation- Enttäuschung und Hass über Verhalten des Elternteils- Verlustängste, Einsamkeit, Vernachlässigung- Schamgefühle und Angst vor Stigmatisierung- Wut und Abgrenzung gegenüber dem Verhalten der Umwelt
Subjektive Krankheitstheorien
<ul style="list-style-type: none">- Biologisch- somatische Erklärungen: Stoffwechselstörungen- Psychosoziale Belastungen und Stress: Überforderung und Überlastung, einschneidende Lebensereignisse, fehlende Bewältigungsstrategien- Psychologische Erklärungsmuster: Persönlichkeitsmerkmale, belastende Kindheitserlebnisse- Vererbung

Wissen über die Krankheit
<ul style="list-style-type: none">- Primäre Informationsquellen: vorwiegend gesunder Elternteil, kranker Elternteil- Sekundäre Informationsquellen: Verwandte, Ärzte, Bücher, Selbsthilfegruppen
Auswirkungen der Krankheit auf das Familienleben
<ul style="list-style-type: none">- Abnehmende Familienrituale und -aktivitäten- Konflikte innerhalb der Familie- Finanzielle Sorgen durch Arbeitslosigkeit, Verschlechterung der Wohnsituation- Isolation der Familie innerhalb und nach außen
Bewältigungsstrategien der Kinder
<p>Vorwiegend passiv- vermeidende Bewältigungsstrategien:</p> <ul style="list-style-type: none">- Rückzug/ Abgrenzung, Flucht in Phantasiewelten- Ablenkung- Resignation und Verdrängung der Gedanken und Gefühle <p>Aktiv- auseinandersetzen Bewältigungsstrategien:</p> <ul style="list-style-type: none">- Unterstützung suchen- Informationen über die Krankheit einfordern- Frontale Auseinandersetzung mit dem Kranken
Wichtige Unterstützungs- und Hilfsmöglichkeiten
<ul style="list-style-type: none">- Vorhandensein eines kompensierenden, gesunden Parts- Austausch und Kontakt außerhalb der Familie- Informationen und Aufklärung über die Krankheit- Belastungsfreie Zeiten außerhalb der Familie
Wünsche der Kinder zur Verbesserung der Situation
<ul style="list-style-type: none">- Aufklärung über die Krankheit- Informationen über: Umgang mit dem Kranken, Unterstützungsmöglichkeiten für den Kranken, Medikamente, Gefahren der Verschlimmerung des Zustandes, Behandlung, Vererbungsrisiko- Enttabuisierung und damit Austausch und Kontaktmöglichkeiten- Verständnis für psychische Krankheiten seitens der Gesellschaft

6. Diskussion und Ausblick

Ziel dieser retrospektiven Studie war es, sich dem subjektive Erleben der Kinder mit psychisch kranken Eltern anzunähern und dabei aufzuzeigen, in wieweit sie die psychische Krankheit der Eltern in ihrem eigenen Verständnis beurteilen und in ihrer Biografie verankern. Im Folgenden sollen die Resultate der Erhebung in Bezug auf die erläuterten theoretischen Ansätze diskutiert werden.

Es zeigte sich, dass die Kinder sowohl positive als auch negative Momente mit ihren kranken Eltern erlebten. Somit kann hier entgegen dem Verständnis der High-Risk-Forschung nicht von einer grundlegenden Belastung gesprochen werden (*siehe Kapitel 2.1.1*). In den vorliegenden Fällen wird nicht die Krankheit selbst, sondern deren Folgen, wie z.B. die Konflikte oder die Stigmatisierung der Familie, von den Kindern als Belastung empfunden. Doch ob solche Folgen letztendlich zu einer Gefahr für die kindliche Entwicklung werden, bestimmen eine Vielzahl weiterer Bedingungen wie z.B. protektiven Faktoren, der Umgang mit der Krankheit in der Familie u.a., mit.

In der vorliegenden Arbeit lassen sich viele der existierenden Forschungsergebnisse zu diesem Thema bestätigen. Hierbei kristallisiert sich heraus, dass die Kinder erst sehr spät auf die krankhaften Symptome des Elternteils aufmerksam wurden. Ab diesem Zeitpunkt setzten sie belastende Faktoren bewusst in Beziehung zu den Auswirkungen der Krankheit. Das Wissen um diesen, in der vorliegenden Studie herausgearbeiteten Fakt lässt es notwendig erscheinen, die Hilfsmaßnahmen von Jugendhilfe und Psychiatriewesen auszubauen, so dass beide alters- und entwicklungsgerechte Angebote – zugeschnitten auf die Bedürfnisse der Kinder – vorweisen können, in denen dem Zeitpunkt der bewussten Wahrnehmung eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird.

In Bezug auf den Aspekt der Befriedigung kindlicher Bedürfnisse wird klar, dass als eine Folge der elterlichen Krankheit die emotionale Vernachlässigung der Kinder gesehen werden kann. Die Aussagen von WÜTHRICH et al. lassen sich dahingehend bestätigen, dass nicht nur kranke, sondern auch gesunde Elternteile emotional unzugänglich von den Kindern erlebt werden.²²⁰ In dieser Situation wäre es wichtig, weitere Unterstützungsmöglichkeiten zu garantieren, um eine mögliche kindliche Entwicklungsstörung wie sie STÖGER erwähnt zu vermeiden.²²¹

²²⁰ Vgl. Wüthrich/ Mattejat/ Remschmidt (1997): S.143.

²²¹ Vgl. Stöger (1999): S.23.

Im Gegensatz zu den Studienergebnissen von GERSTER/ FISCHER kam es nur in einem Fall dieser Arbeit zur physischen Vernachlässigung eines Kindes.²²² Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass solche Vernachlässigungen nicht mehr in den Erinnerungen der Kinder vorhanden sind, da sie womöglich sehr frühzeitig erfolgten.²²³

Das Phänomen einer defizitären Betreuung der Kinder konnte ebenfalls in dieser Erhebung identifiziert werden. Entgegen den Aussagen von GÜNTHER²²⁴, erlebte keines der Kinder eine belastende Inobhutnahme, da im familiären Netzwerk auch während eines Klinikaufenthalts des kranken Elternteils die Möglichkeiten der Betreuung gegeben war.

In Bezug auf DENEKES Aussagen über die Möglichkeit des Wahneinbezuges der Kinder kann ergänzt werden, dass im Fall des tabuisierten Umgangs mit der Krankheit auch mit einem vorhandenen kompensierenden Part keine Möglichkeit der Realitätsprüfung für die Kinder gegeben ist.²²⁵

Als eine weitere Folge einer psychischen Krankheit können Konflikte im Familiensystem verstanden werden. Gleichsam der Studie von BRÄUNIG, KRÜGER & ROSBANDER mit Kindern bipolarer Eltern, erwähnte die Kinder auch in diesem Fall konfliktreiche Beziehungen zwischen den Eltern.²²⁶ Der Aspekt einer möglichen Trennung bedeutet für viele Kinder nicht nur eine Krise, sondern auch Entlastung, was sich in den Ergebnissen von LENZ nur ansatzweise wieder finden lässt.²²⁷ Jedoch erscheint es dabei zu gewagt, diese Partnerkonflikte nur als Folge der Krankheit zu sehen.

Entgegen dem aktuellen Forschungsstand schilderten die Kinder keine Auseinandersetzungen mit ihren Verwandten, was sich darauf zurückführen lässt, dass entweder das Thema vollkommen tabuisierend behandelt oder die Konflikte von den Kindern weniger wahrgenommen wurden. Ebenso beschrieben die Kinder vorhandene Geschwisterbeziehungen konträr zu LENZ als harmonisch.²²⁸

Einen weiteren Belastungsfaktor stellen die Stigmatisierungserlebnisse dar, welche die Kinder sowohl auf Seiten der Eltern als auch direkt gegen sich gerichtet erleben. Dabei empfanden sie es besonders unangenehm, wenn der gesunde Elternteil keine Toleranz und kein Verständnis dem Kranken gegenüber zeigte.

²²² Vgl. Gerster/ Fischer (2005):S.165.

²²³ Vgl. Sollberger (2002):S.122; Gerster/ Fischer (2005): S.165.

²²⁴ Vgl. Günther (2008): S.59.

²²⁵ Vgl. Deneke (2004): S.6.

²²⁶ Vgl. Bräunig/ Krüger/ Rosbänder (2005): S.27 f.

²²⁷ Vgl. Lenz (2008): S.12.

²²⁸ Vgl. ebd.

Oftmals entwickeln sie daraufhin extreme Loyalitätskonflikte gegenüber einem Eltern, die schon MATTEJAT in seiner Studie beschrieben wurden.²²⁹ Die Stigmatisierung der Gesellschaft verstärkte die Belastungen, so wie auch STÖGER feststellte.²³⁰ Konträr zu den Aussagen von WAGENBLASS & SCHONE erlebten die Kinder keine abwertenden Reaktionen aus ihrem unmittelbaren Umfeld wie der Schule oder im Verwandtenkreis.²³¹

Des Weiteren äußerten alle Kinder das Phänomen der Tabuisierung der Krankheit. Dieses erlebten sie sowohl auf Seiten des kranken und gesunden Elternteils, als auch im außerfamiliären Bereich. Die damit einhergehende Angst der Kinder vor dem offenen Gespräch über die Thematik, zeigte sich oftmals erst im Nachgespräch der Interviews, wie die anhängen Postskripte zeigen.²³² Hierbei ergab sich als ein neuer Aspekt, dass die Kinder aus Familien, in denen offen über die Krankheit gesprochen wurde, entspannter in die Interviewsituation hineingingen und gelöster darüber erzählen konnten.

Die Arbeit kam zu dem gleichen Ergebnis wie MÜCKSTEIN & STÖGER und KÜCHENHOFF, die herausfanden, dass sich die meisten Kinder die Enttabuisierung der Krankheit wünschten.²³³ Ebenfalls lässt sich die von SOLLBERGER beschriebene Isolation der Familien auch in den vorliegenden Fällen wiederfinden.²³⁴

Anders als in vergangenen Forschungen kann nicht bestätigt werden, dass die Verarmung der Familie eine Folge der Krankheit darstellt. Obwohl es in allen Fällen zur Arbeitslosigkeit des kranken Elternteils kam,²³⁵ berichteten nur Kinder aus Ein-Eltern-Familien von ihren Nöten, in schwierigen Zeiten der Krankheit die finanzielle Versorgung der Familie übernehmen zu müssen.

Dahingegen bestätigten sich die vorangegangenen Aussagen über die Gefühle und die Gedanken der Kinder im Zusammenhang mit ihrer Lebenssituation. Wie schon MATTEJAT und STÖGER beschrieben, konnten bei den Kindern Gefühle der Angst und Verwirrung entdeckt werden.²³⁶ Hinzukommend zeigt sich auch hier die Schuld- und Verantwortungsgefühle der Kinder für den Gesundheitszustand des Elternteils, wobei sich zusätzlich herausstellte, dass diese Gefühle letztendlich das gesamte Handeln der Kinder bestimmt.

²²⁹ Vgl. Mattejat (2005): S.73.

²³⁰ Vgl. Stöger (1999):S.24.

²³¹ Vgl. Wagenblass/ Schone (2002b): S.177 f.

²³² Vgl. Lenz (2008): S.32.

²³³ Vgl. Stöger/ Mückstein (1995):S.30; Küchenhoff (2004):S.105.

²³⁴ Vgl. Sollberger (2002): S.122 f.

²³⁵ Vgl. Koenning (1991): S.31.

²³⁶ Vgl. Mattejat (2005): S.72; Stöger (1999): S.24.

Auch die von MATTEJAT beschriebenen Schamgefühle gegenüber dem kranken Elternteil fanden sich bei diesen Kinder wieder. Es zeigte sich, dass diese Art von Gefühlen vor allem bei Kindern auftrat, deren Eltern offen mit dem Thema umgingen. Das Wissen der Kinder über das eigene Erkrankungsrisiko entpuppte sich als weniger bedeutsam für ihr Leben im Vergleich zu den belastenden Folgen der Krankheit.

Die Arbeit verdeutlicht, dass ein solches Forschungsinteresse seinen Schwerpunkt weniger auf den Aspekt der Diagnose, sondern vielmehr auf den Verlauf der Krankheit und die Schwere der Symptome legen muss. Hieraus ergibt sich für die Präventions- und Interventionsarbeit die Freiheit, krankheitsübergreifende Hilfsangebote für die Kinder entwickeln zu können.

Die Ergebnisse dieser und früherer Studien machen bewusst, welche Komplexität der ausgewählten Thematik zu Grunde liegt. Dabei können die vorliegenden Ergebnisse nur als ein weiterer neuwertiger Baustein im Verständnis der Lebenswelt von Kindern psychisch kranker Eltern verstanden werden können. Diese Erhebung kann als eine Momentaufnahme der Situation, in der sich die Kinder befinden, begriffen werden, welche einen Ausschnitt des Gesamten widerspiegelt und von Faktoren wie z.B. der Einflussnahme des Interviewers oder der Verzerrung der Erinnerung der Kinder aufgrund der Retrospektive, stark beeinflusst wird. Um die Situation der Kinder in ihrer Komplexität zu erheben, bedarf es Langzeitstudien, die sich dem subjektiven Erleben der Kinder periodisch zuwenden und damit ein stabiles Bild des Zustandes skizzieren könnten. Diese Überlegung konnte jedoch aufgrund zeitlicher Ressourcen in der Arbeit keine Umsetzung finden, doch kann als Idee für folgende Forschungsbemühungen verstanden werden.

Schlussendlich bleibt festzuhalten, dass die Ergebnisse in einer besonderen Weise geeignet sind, um daraus angemessene Angebote für die Kinder zu entwickeln. Die folgende Aufzählung stellt Ansätze möglicher Hilfsangebote dar – ein erster Schritt, aus dem weitere Bemühungen für Kinder psychisch Kranker hervorgehen können. Aus den Aussagen der Kinder lassen sich folgende Punkte für die Präventionsarbeit ableiten:

- **Allgemeine Hilfestellungen:**
 - Aufklärung und Information über die Krankheit bieten
 - Möglichkeiten zur Kommunikation und zum Austausch schaffen
 - Stärkung der Fähigkeiten und Ressourcen der Kinder
 - Handwerkszeug zur Enttabuisierung der Krankheit vermitteln

- **Hilfestellung für das gesamte Familiensystem:**
 - Gesprächsmöglichkeiten
 - Zeitrahmen für gemeinsame Erlebnisse
 - Aufklärungsarbeit auch über die Grenzen der Kernfamilie hinweg
- **Spezielle Hilfestellungen für jüngere Kinder:**
 - Möglichkeiten für die freie Entfaltung des Kindes schaffen (Kinderräume)
 - Beständige Ersatzbetreuung garantieren (Patenschaften)
- **Angebote für die Eltern im Hinblick auf ihre Kinder:**
 - Aufklärung über staatliche Hilfsangebote
 - Einbezugsmöglichkeiten in die Behandlung der Eltern

Es zeigt sich eine Vielzahl von Möglichkeiten, wie den Kindern in ihrem Alltag Unterstützung geboten werden kann, ohne sie gleich als nächste Patienten zu verstehen. Ferner liegt die Verantwortung in der gesamten Gesellschaft, an jeden Einzelnen von uns, sich den Menschen mit einer psychischen Erkrankung nicht zu verschließen, sondern ihnen in einer akzeptierenden und verständnisvollen Art und Weise zu begegnen – um damit schließlich auch die Belastungsmomente der Kinder zu minimieren.

Bibliographie

- Anger, E.; Schwachulla, W.; Theobald, I.; Wolf, K.H.** (1992): Der Brockhaus. Mannheim: Brockhaus GmbH.
- Anthony, E.J.** (1980): „Kinder manisch-depressiver Eltern“. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Psychopathologie der Familie und kinderpsychiatrische Erkrankungen. Bern- Stuttgart- Wien: Verlag Hans Huber. S.12-34.
- Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen** (Hg.)(1973): Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. (Bd.1: Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie). Reinbek bei Hamburg: Opladen.
- Bauer, M.; Lüders, C.** (1998): Psychotische Frauen und ihre Kinder. *Psychiatrische Praxis*, 25, S.191-195.
- Baumann, K.K.** (2000): „Ver-rückte Kindheit“. Probleme und Hilfemöglichkeiten bei Kindern psychisch erkrankter Eltern. Marburg: Tectum Verlag.
- Bavelas, J.B.; Segal, L.** (1982): Family systems theory: Background and implications. *Journal of Communication*, 32, S.99-107.
- Bertalanffy, L.v.** (1968): General systems theory. New York: Braziller.
- Bleuler, M.** (1972): Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart. (engl. Schizophrenic Disorders in the Lights of Long- Term Patient Observation. New Haven 1977).
- Blumer, H.** (1973): Der methodologische Standort des Symbolischen Interaktionismus. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.): Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. (Bd.1: Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie.) Reinbek bei Hamburg: Opladen. S.80-146.
- Bohus, M.; Schehr, K.; Berger-Sallawitz, F.** (1998): Kinder psychisch kranker Eltern- Eine Untersuchung zum Problembewusstsein im klinischen Alltag. *Psychiatrische Praxis*, 25, S.134-138.
- Bosch, W.** (1994): Psychiatrie: Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und andere professionelle Helfer. Wien: Orac.
- Boszormenyi-Nagy, I.; Spark, G.M.** (1981): Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. Stuttgart: Klett- Cotta.
- Brandes, U. et al.** (2001): Klinik? – Aber nicht ohne mein Kind! *Psychiatrische Praxis*, 28, S.147-151.

- Bräunig, P.; Krüger, St., Rosbänder, Y., (2005):** Kinder bipolarer Eltern. Wie sich die bipolare Erkrankung eines Elternteils auf die Kinder auswirkt. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. Norderstedt: Books ob Demand GmbH.
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hrsg.) (1996):** Auch Kinder sind Angehörige. Dokumentation einer Fachtagung. Bonn.
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hg.) (2001):** Mit psychisch Kranken leben - Rat und Hilfe für Angehörige. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Creer, C.; Wing, J. K. (1977):** Der Alltag mit schizophrenen Patienten. In: Katschnig, H. (Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie: Patienten zu Hause. (3.erweiterte Auflage, 1989). München: Psychologie-Verl.-Union, S.97-164.
- Deegener, G.; Körner, W. (Hrsg.) (2005):** Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe.
- Deneke, C. (1995):** Psychosoziale Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern. *Pro familia magazin*, 4, S.5-7.
- Deneke, C. (2004):** Kinder psychisch kranker Eltern. *ProJugend*, 1, S.4-9.
- Deneke, C. (2005):** Misshandlung und Vernachlässigung durch psychisch kranke Eltern. In: Deegener, G./ Körner, W. (Hrsg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe, S.141-154.
- Downey, G.; Coyne, J.C. (1990):** Children of depressed parents: An Integrative Review. *Psychological Bulletin*, 108, S.50-76.
- Dörner, K.; Egetmeyer, A.; Koening, K. (1991):** Freispruch der Familie. Angehörige, Patienten und die Psychiatrie. (3.Auflage). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dunn, B. (1993):** Growing up with a psychotic mother. A retrospective study. *Am. J. Orthopsychiatric*, 63(2), S.177-189.
- Finzen, A. (1995):** Schizophrenie. Die Krankheit behandeln. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Finzen, A. (2001a):** Psychose und Stigma: Stigmabewältigung – zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisung. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Finzen, A. (2001b):** Schizophrenie. Die Krankheit behandeln. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Finzen, A.; Hoffmann-Richter, U.** (2001): Die häufigsten psychischen Krankheiten. In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hg.): Mit psychisch Kranken leben- Rat und Hilfe für Angehörige. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S.20-46.
- Flick, U.** (2005): Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Flick, U.** (2007): Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung. (3.Auflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Flick, U., Kardoff, E.v., Steinke, I.** (Hrsg.) (2000): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Gerster, S.; Fischer, M** (2005): Vergessen und überfordert: Kinder von psychisch Erkrankten. *Neuropsychiatrie*, Band 19, 4, S.162-167.
- Glaser, B. G.; Strauss, A. L.** (1998). Grounded Theory – Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber.
- Gundelfinger, R.** (1995): Wie erleben Kinder die psychische Erkrankung eines Elternteils? *Pro juventute*, 1, S.4-7.
- Gundelfinger, R.** (2001): Die Widerstandskraft der Familien stärken. In: Mattejat, F.; Lisofsky, B. (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. (3.Auflage). Bonn: Psychiatrie-Verlag, S.120-124.
- Günther, J.** (2008): Wenn Eltern psychisch krank sind. *Ärzteblatt Sachsen*, 2, S.59-60.
- Häfner, H.** (2005): Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt. (3.Auflage). München: Verlag C. H. Beck oHG.
- Heim, S.** (2001) Unermüdlich und allzeit bereit- Wie hilfreich sind selbstlose Angehörige? In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hg.): Mit psychisch Kranken leben- Rat und Hilfe für Angehörige. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S.9-19.
- Heim, S.** (2001): ...und (k)einen Platz für Kinder? Ein „blinder Fleck“ der Angehörigenarbeit in der Psychiatrie. In: Wagenblass, S.; Schone, R.; Institut für soziale Arbeit (Hg.): Kinder psychisch kranker zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Münster: Votum Verlag GmbH.
- Hoffmann-Riem, Ch.** (1980): Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie- Der Datengewinn. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 32, S.339-372.
- Hoffmann-Riem, Ch.** (1984): Das adoptierte Kind. Familienleben mit doppelter Elternschaft. München: Fink.

- Hopf, Christel** (1996): Hypothesenprüfung und qualitative Sozialforschung. In: Strobl, R.; Böttger, A. (Hrsg.): *Wahre Geschichten? Zu Theorie und Praxis qualitativer Interviews*. Nomos: Baden-Baden, S. 9-21.
- Hurrelmann, Kl.** (1994): *Familien-, Schul- und Freizeitstress: Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche*. (2.Auflage). Basel: Beltz.
- Institut für soziale Arbeit e.V.** (Hrsg.) (2001): *ISA-Jahrbuch zur Sozialen Arbeit*. Münster: Votum.
- Jaeggi, E.; Faas, A.; Mruck, K.** (1998). Denkverbote gibt es nicht! Vorschlag zur interpretativen Auswertung kommunikativ gewonnener Daten (2.überarbeitete Fassung). Forschungsbericht aus der Abteilung Psychologie im Institut für Sozialwissenschaften der Technischen Universität Berlin, Nr. 98-2.
- Jungbauer, J.; Bischkopf, J.; Angermeyer, M.C.** (2001): Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, 28, S.105-114.
- Jüttemann, G.** (Hrsg.) (1989): *Qualitative Forschung in der Psychologie*. Weinheim: Beltz.
- Katschnig, H.** (Hrsg.) (1989): *Die andere Seite der Schizophrenie: Patienten zu Hause*. (3.erweiterte Auflage). München: Psychologie-Verlag-Union.
- Klafki H.** (1999): Meine Schutzengel, meine Quälgeister. In: Stratenwerth I.; Bock T. (Hrsg.): *Stimmen hören. Botschaften aus der inneren Welt*. München, Zürich: Pieper, S.46-58.
- KIELT: Hilfe für Kinder und Eltern. Psychosozialer Trägerverein Sachsen e.V.**
Verfügbar über: <http://www.ptv-sachsen.de/kielt.html> [Stand 1. Juli 2008].
- Kinderschutz-Zentren** (2004): 5. Kinderschutz-Forum: Risiko Kindheit: Meine Eltern sind anders – Eltern mit psychischen Störungen und die Betroffenheit von Kindern. Verfügbar über: <http://www.kinderschutz-zentren.org/kinderschutzforum/index.html> [Stand 5. August 2008].
- Kinderschutz-Zentren** (2005) (Hrsg.): *Risiko Kindheit: Meine Eltern sind anders. Eltern mit psychischen Störungen und die Betroffenheit der Kinder*. Köln: Die Kinderschutz-Zentren.
- Knuf, Andreas** (2000): „Mit meiner Mutter stimmt was nicht“- Die vergessenen Kinder seelisch kranker Eltern. *Psychologie Heute*, 6, S.34-39.
- Koch-Stoecker, S.** (2001): Zur Wirkung mütterlicher schizophrener Psychosen auf die Entwicklungspotenziale ihrer Kinder. In: Wagenblass, S.; Schone, R.; Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.): *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie*. Münster: Votum, S.48-64.

- Koenning, K.** (1991): Zur Lebenssituation der Familien psychisch Kranker. In: Dörner, K.; Egetmeyer, A.; Koenning, K.: Freispruch der Familie. Angehörige, Patienten und die Psychiatrie. (3.Auflage). Bonn: Psychiatrie-Verlag, S.24-32.
- Küchenhoff, B.** (1997): Kinder psychisch kranker Eltern. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 139, S.331-333.
- Lamnek, S.** (1988): Qualitative Sozialforschung. (Bd.1: Methodologie). München-Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Lamnek, S.** (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. (4.vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz Verlag.
- Laucht, M.; Esser, G.; Schmidt, M.** (1992): Psychisch auffällige Eltern. Risiken für die kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter. *Zeitschrift für Familienforschung*, 4, S.22-48.
- Leidner, M.** (2001): Das Schweigen brechen. Die Kindergruppe des Modellprojektes Auryn. In: Mattejat, F.; Lisofsky, B. (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. (3.Auflage). Bonn: Psychiatrie-Verlag, S.144-147.
- Lenz, A.** (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, A.** (2008): Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Göttingen- Bern- Wien: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Lidz, Th.; Fleck, St.** (1979): Die Familienumwelt der Schizophrenen. Stuttgart: Klett-Verlag.
- Marsh, D.T.; Dickens, R.M.**(1997): *Troubled Journey*. New York: Penguin Putnam.
- Mattejat, F.** (2001a): Kinder psychisch kranker Eltern im Bewusstsein der Fachöffentlichkeit – Eine Einführung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50, S.491-497.
- Mattejat, F.** (2001b): Kinder mit psychisch kranken Eltern. In: Mattejat, F.; Lisofsky, B. (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. (3.Auflage). Bonn: Psychiatrie-Verlag, S.66-78.
- Mattejat, F.; Lisofsky, B.** (Hrsg.) (2001): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. (3.Auflage). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Mattejat, F.** (2005): Was wir wissen, und was zu tun ist. In: Mattejat/ Lisofsky: ...nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker. (5.Auflage). Bonn: Psychiatrie-Verlag, S.66-78.
- Matthes, J.** (1973): Einführung in das Studium der Soziologie. (2.Auflage). Reinbek: Westdeutscher Verlag.

- Mayring, P.** (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim: Beltz. (5.Auflage)
- Mednick, S.A.; Schulsinger, F.** (1980): Kinder schizophrener Eltern. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Psychopathologie der Familie und kinderpsychiatrische Erkrankung. Bern: Verlag Hans Huber, S.35-49.
- Minuchin, S.** (1977): Familie und Familientherapie. Freiburg: Lambertus.
- Misch, Georg** (1989): Geschichte der Autobiographien. Bern- Frankfurt/ M.: Schulte-Bumke. (Bd.1).
- Münder, J.** (1994): Probleme des Sorgerechts bei psychisch kranken und geistig behinderten Eltern. Berlin: Bundesministerium der Justiz.
- Petzold, M.** (1999): Entwicklung und Erziehung in der Familie: Familienentwicklungspsychologie im Überblick. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
- Remschmidt, H.** (Hrsg.) (1980): Psychopathologie der Familie und kinderpsychiatrische Erkrankungen. Bern- Stuttgart- Wien: Verlag Hans Huber.
- Remschmidt H.; Mattejat, F.** (1994a): Kinder psychotischer Eltern. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Remschmidt, H.; Mattejat, F.** (1994b): Kinder psychotischer Eltern – Eine vernachlässigte Risikogruppe. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 43, S.295-299.
- Rogge, N.** (2000): Die ungehörten Angehörigen. Eine Analyse fokussierter Interviews zur Alltagsbewältigung und Lebensgestaltung von Kindern Psychosekranker. Basel: unveröffn. Diss.
- Rollet, B.; Werneck, H.** (2002): Klinische Entwicklungspsychologie der Familie. Göttingen- Bern- Toronto- Seattle: Hogrefe-Verlag.
- Romer, G.; Haagen, M.** (2007) : Kinder körperlich kranker Eltern. Göttingen- Bern- Wien: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Rutter, M; Quinton, D.** (1984): Parental psychiatric disorders: Effects on children. *Psychological Medicine*, 14, S.853-880.
- Schneewind, K.A.** (1999): Familienpsychologie. (2.Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schopper, Chr.** (1989): Kinder schizophrener Eltern und Kinder depressiver Eltern im Krankengut der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen- Eine vergleichende Untersuchung. Tübingen: Druck & Reprografie.

- Schönfelder, H.** (2008): Deutsche Gesetze. München: Verlag C.H. Beck. (Stand: 1.Juli 2008).
- Seelhorst, R.** (1996): „Mit psychisch kranken Angehörigen leben“. *Kerbe*, 1, S.16-17.
- Sollberger, D.** (2000): Psychotische Eltern – verletzte Kinder. Identität und Biografie von Kindern psychisch kranker Eltern. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sollberger, D.** (2001): Ich-Identität und Ich-Störung: Zu Identitätsproblemen von Kindern psychotischer Eltern. *Psychiatrische Praxis*, 28, S.128-132.
- Sollberger, D.** (2002): Kinder psychotischer Eltern. *Psychiatrische Praxis*, 29, S.119-124.
- Sommer, R.; Zoller, P.; Felder, W.** (2001): Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 7, S.498-512.
- Statistisches Bundesamt** (Hrsg.) (2002): Gesundheitsbericht für Deutschland. Bonn.
- Statistisches Bundesamt** (Hrsg.) (2006): Gesundheitsbericht für Deutschland. Bonn.
- Stöger, P.; Mückstein, E.** (1995): Die Kinder der Patienten - Versuch einer Prävention. *Sozialpsychiatrische Information*, 2, S.27-31.
- Stöger, P.** (1996): Übersehen und vernachlässigt: Kinder psychisch kranker Eltern. Ihre Einbeziehung sollte zum Alltag sozialpsychiatrischer Arbeit gehören. *Psychosoziale Umschau*, 2, S.8-10.
- Stöger, P.** (1999): Die Kinder psychisch kranker Eltern. *Psychopraxis*, 5, S.22-28.
- Stratenwerth I.; Bock T.** (Hrsg.) (1999): Stimmen hören. Botschaften aus der inneren Welt. München, Zürich: Pieper.
- Strobl, R.; Böttger, A.** (Hrsg.) (1996): Wahre Geschichten? Zur Theorie und Praxis qualitativer Interviews. Baden- Baden: Nomos.
- Wagenblass, S.** (2001): Kinder psychisch kranker Eltern. Unveröff. Manuskript eines Workshops im Rahmen einer Fachtagung des Caritasverbandes Frankfurt am 21.11.2001. Frankfurt, S.1-9.
- Wagenblass, S.** (2002): Kinder und Eltern zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe. Forschungsnotiz. *Forum Erziehungshilfen*, 6 Jg., 2, S.103-105.

- Wagenblass, S.; Schone, R.** (2001a): Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe. Hilfe und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50, S.580-592.
- Wagenblass, S.; Schone, R.** (2001b): Unbekannte Welten – die Entdeckung der Kinder psychisch kranker Eltern als betroffene Angehörige. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.): ISA-Jahrbuch zur Sozialen Arbeit. Münster: Votum, S.128-138.
- Wagenblass S.; Schone, R.** (Hrsg.) (2001c): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Münster: Votum Verlag GmbH.
- Wagenblass, S.; Schone, R.** (2002): „...wenn Kinder psychisch kranke Eltern haben“. In: Institut für soziale Arbeit (Hrsg.): Hauptsache gesund? *Soziale Praxis*, 23, Münster, S.1. Verfügbar über http://www.isa-muenster.de/pdf/hauptsache_gesund.pdf [Stand: 30.08.2008]
- Wagenblass, S.; Schone, R.** (2006): Wenn Eltern psychisch krank sind. Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. (2.unveränderte Auflage) Weinheim: Juventa Verlag.
- Watzlawick, P.; Weakland, J.H.; Fisch, R.** (1974): Lösungen. Bern: Huber.
- Wittchen, H.-U.** (2005): „Psychische Störungen in Deutschland und der EU“. Größenordnung und Belastung. Verfügbar über: http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/materialien/ECNP-Pressmitteilung%2001_12_05.pdf [Stand 03.09.2008]
- Witzel, A.** (1985). Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G. (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie*. Weinheim: Beltz, S.227-255.
- Witzel, A.** (1996): Auswertung problemzentrierter Interviews. In: Strobl, R.; Böttger, A. (Hrsg.): *Wahre Geschichten? Zur Theorie und Praxis qualitativer Interviews*. Baden Baden: Nomos, S.49-76.
- Witzel, A.** (2000). Das problemzentrierte Interview [26 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal]*, 1(1). Verfügbar über: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00witzel-d.htm> [Stand: 14.08.2008].
- Wüthrich, M.; Hänni, Y.** (1992): Was ist los mit meiner Mutter? Diplomarbeit an der Schule für Soziale Arbeit Zürich.
- Wüthrich, C.; Mattejat, F.; Renschmidt, M.** (1997): Kinder depressiver Eltern. *Kindheit und Entwicklung*, 6, S.141-146.

Tabellenverzeichnis

Tab.1: Soziodemographische Daten der Interviewpartner	64
Tab.2: Synopsis	101
Tab.3: Verdichtung der zentralen Kategorien	102
Tab.4: Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse	125

Anhang

1. Themenkatalog

(1) Themenkatalog - Frida

Thema	Zugeordnete Stichwörter
1. Vater als Versager	<ul style="list-style-type: none"> - „ein Versager“ (60) Chefposition: - “von betriebswirtschaftlichen Sachverhalte hat er auch keine Peilung und so“ (64),(62),(66),(131),(210),(214) Vater: - „kein richtiger Vater“ (161), „der mal sagt: „He, geht’s eigentlich noch“ (353) - „nicht im Griff, der hat sich nicht unter Kontrolle“ (395)
2. Den Vater erleben	<ul style="list-style-type: none"> - „ich weiß nicht, was ihm diesem Menschen vorgeht“ (94) Verhalten des Vaters: - „durchgedreht“ (26), „explodiert“ (106), „gestresst“ (12), „in Rage“ (18), „mit Alkohol kompensieren“ (119) - seine Worte: „alles total scheiße“ (208),(213); „er war immer so, die anderen sind alle Schuld“ (376) - Aggressionen: „mich angefixt“ (144); „Mutter geschlagen“ (108); auf Arbeit (210)- zu Hause: ruhig (212) - „manchmal wird es ihm schon gut gehen; sehr gut Laune“ (255),(361)

	<ul style="list-style-type: none"> - „unsicher“ (250), „spielt Rolle“: „es strengt ihn ja auch an“ z.B. auf Familienfesten (224) - Trotzreaktionen: "ich brauch das, das ich meine freie Zeit und ich will das und ich mach es" (216) <p>Ich-Bezogenheit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „allein mit sich“; „mit sich selbst zu tun“ (257),(195),(255),(70),(161) - „in seiner Welt“ (12), „immer in dieser Glasblase, Art Cocoon“ (86), „nicht ansprechbar“ (210) <p>Lebensweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „seinem Zimmer ist es total "pann“ (67), „so sieht es auch in seinem Kopf aus, so schlimm“ (77) - „pflegt sich nicht“ (216),(77) - lebt im Keller mit 3 Bildschirme, seine Zigarettenkreise, seine Kaffeemaschine und sein Feldbett, wo er drauf schläft (70),(69) <p>Exkurs über einen gesunden Vater:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „vermutlich ein sensibler Mensch, der viel liest, interessiert ist“, „ein guter Vater, der sich bemühen würde“ (374)
<p>3. Emotionen für den Vater</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „in meiner Jugend habe ich ihn ja gehasst“ (57), „das er so ein Versager ist“ (60) - „Wut“ (324); „enttäuscht“ (59) <p>„gefühlte“ Veränderungen (53):</p> <ul style="list-style-type: none"> - „früher waren wir uns auch schon sehr nah, da hat er mich auf die Schulter genommen, aber seit dem habe ich Angst, ganz komisch“ (55),(337) - „Mitbewohnerrolle, die fällt mir am einfachsten“ (356)
<p>4. Verantwortungsgefühl</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „verantwortlich gefühlt“ (324) - die Aufforderungen der Mutter: „ich höre ja immer: man muss ihm Bescheid geben und mit ihm reden, damit er merkt, dass wir ihn mögen“ (90),(153) - „sie kann die Familie nicht verlassen“ (322)

<p>5. Einzelgängerin</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „Einzelgänger“: zwischen 13 und 18 Jahren allein gegangen (310) - „Freiheit haben, ich konnte machen, was ich wollte“ (311)
<p>6. Krankheit- ein offenes Thema</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Anfangs: „wusste noch gar nicht alle Bescheid, nur die engsten Freunde“ (126) - Heute: die wissen viele Bescheid (224),(230) - „immer darüber gesprochen und es war alles sehr offen“ (246) - „Mutter erzählt immer viel“ (26) - Familie meiner Mutter: „sehr offen, reden über alles“ (280) - Familie des Vaters: „so intrigant; jeder redet über jeden“ (280) - „alle ganz gut zu uns gehalten“ (319)
<p>7. Vererbungsrisiko</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „schon oft mal gefragt/ nachgedacht, aber nicht ernsthaft verfolgt: Stimmungsschwankungen bestehen, aber ich schieb es nicht darauf“ (299) - „steht das nicht zur Debatte, dass ich auch so etwas habe, ich komm da schwer nach meiner offenen Mutter“ (299) - „nicht in den Genen“ (296)
<p>8. Beginn der Krankheit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „Weiß nicht, ob es schon eher da war, wir haben früher schon gedacht“ (49), „doch habe ich irgendwas gefühlt“ (53) - „später beim Psychologen kam alles raus, was das alles richtig ist“ (33) - „als ich so neun geworden bin, da hab ich mich auch nicht mehr wohl gefühlt, mich von ihm umarmen zu lassen“ (51)
<p>9. Manie und Depression</p>	<p>Phasenwechsel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Schwankungen extrem wieder gemerkt“ (12),(42) - „ein paar Tage war er halt total aktiv und dann wieder ein zwei Wochen wieder total down“ (47) - Früher: „schlimmer aufgedreht“ (36) - Auswirkung der Phasen: Schlafstörung- „schläft am Tag“ (251),(253)

	<p>Manie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Dinge kaufen“ (361), „sehr gute Laune“ (361), „aufgedreht“ (39) - „einfach mal nach New York und Cabrio gekauft (34), „Zimmer einfach fließen lassen“ (69); „ein Tag zum Skifahren nach Österreich“ (36)
<p>10. Wissen über Behandlung</p>	<p>Medikamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Tabletten weiß ich nicht genau, mal was vom Psychiater mal ab und zu was bekommen hat“ (16) - „irgendwo irgendwas bestellt und irgendwelches hartes Zeug, um sich halt runterzukriegen“ (16) <p>Behandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Psychologen“ (33), „Psychiater“ (16) <p>Klinik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Entgiftung eine Woche, aber noch einmal rückfällig geworden“ (131); „Entzug mit Therapiemöglichkeit“ (137) <p>Fridas Einstellung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „damals war die Medikation nicht so phantastisch“ (42) - „Entgiftung bringt ja nichts“ (132), „Behandlung abgebrochen“ (242)
<p>11. Ursache: Kindheit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „es hängt mit der Vergangenheit zusammen“ (299)- „von seinem Vater, von seiner Familie“ (260),(269) <p>Leistungsdruck in der Vater-Familie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Ständiger Konkurrenzkampf unter den Kindern“ - „ständige Erwartungen des Großvaters“ (263) - „es geht nur ums Geld“ (286) <p>Problembewältigung in der Vater-Familie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „mit dem Stock auf die Finger geschlagen“ (274) - „Phospan einwerfen“ (264) - „es ist halt anstrengender, jemandem Gefühle zu zeigen, als ihm Geld in die Hand zu geben oder sich zu entschuldigen“ <p>fehlende Unterstützung:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - „kaum feste Freunde“ (276) - „keine Geschwisterbeziehung“ (278) <p>Auswirkungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „man Vater war der sensibelste und den hat es getroffen“ (295)
<p>12. Umgang der Mutter mit der Situation</p>	<p>Sticheleien: (96)</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Was du, kannst das doch nicht“ (100),(250) - Vater wird „krass verletzt“ (113) <p>Gründe der Sticheleien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sie ist von ihm enttäuscht (180),“verletzt“ (113), <p>Einstellung der Mutter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - es ist eine Krankheit, „sie sagt immer, das es eine Krankheit ist, nicht das er so ist“, „denn wenn man sagt, der ist krank, dann kann er wieder gesund werden. Nicht wenn man sagt, der ist so“ (342)
<p>13. Beziehung der Eltern</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „immer wieder mal Streit“, „Sticheleien“, „Vorwürfe der Mutter“ (100) - „in den Arm nehmen, hab ich noch nie gesehen, kann ich mich nicht mehr dran erinnern“ (102) <p>Verhältnis der Eltern:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Mutter hat den Plan macht, der Vater lebt im Keller und macht halt mit (106) - „ganz viel kaputt gegangen“ (235) <p>Verbindung der Eltern:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vor der Krankheit: 10 Jahre eine glückliche Zeit miteinander, dann gingen die Probleme los (112),(104) - „sie sieht es als ihre Aufgabe, ihm zu helfen“ (184) - „gemeinsames Ding: der Betrieb“ (184) <p>Veränderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „streiten sich nicht mehr so viel, sind sich klarer geworden“ (175),(178),(182)

<p>14. Familienleben</p>	<p>Alltag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „richtigen Alltag haste nicht“ (28) - „es ist kein Familienleben, schon seit Jahren nicht mehr“ (94) - „keine gemeinsamen Mahlzeiten mehr“ (27) <p>Wohnsituation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „er ist halt unten in seinem Keller und wir sind halt oben“ (94) <p>Aktivitäten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wochenende: „er macht Gartenarbeit oder ist im Betrieb, für sich allein“ (66) - „Winterurlaube manchmal noch zusammen“ (98),(100)
<p>15. Mutter- kompensierender Gegenpol</p>	<p>Rolle der Mutter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familie zusammenhalten: „immer stark sein und keine Schwäche zeigen“ (406), kann sich dadurch für Frida nicht öffnen - Zieht Kraft aus ihrem Joga: „Ja, die lieben mich.“ <p>Gespräche und Erzählungen über den Vater:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „ich krieg es halt immer gesagt“ (208);(246)
<p>16. Bemühungen des Vaters</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „zu hause ...wird es jetzt immer besser“ (12), „irrsinnig viel Mühe“ (12),(84),(158),(161),(345),(402),(27) - „das sind Welten“ zwischen heute und früher (347) - „es gibt halt keine Spritze dagegen, aber es sind kleine Schritte, die er macht, aber es geht aufwärts“ (401) <p>Familienleben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „macht das Frühstück, das ist total lieb“ (90),(347),(84),(158) <p>Vater- Tochter- Beziehung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „ruft mich jetzt auch ab und zu auch wieder an“ (12);(195),(197) <p>Sucht:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „trinken wird er lassen, der Alkohol überhaupt nicht mehr“ (206),(345),(377),(380)

	<p>Gründe für seine Bemühungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „will es uns ja recht machen“ (106),(156),(12)
<p>17. Die Schwester als Wiedergutmachung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „Silvesterknaller“ (115) - „bei ihr wird vieles besser gemacht“ (339), „weil er daraus gelernt hat“ - „sie kommt damit klar“ (385) <p>Vergleich zur eignen Beziehung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „wenn die Zeit haben, kuscheln die miteinander – ich habe nie gekuschelt mit ihm“ (337),(339)
<p>18. Wissen über die Krankheit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „viel schlimmere Fälle, die halt eine Arztpraxis eröffnen“ (41) - „in der Bücherei mal so geguckt habe, was das so bedeutet“ (393)
<p>19. Bewältigung</p>	<p>aktives Verhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Runde Fahrrad fahren, gelesen, geschrieben“ (144), - Abstand gewinnen: „die Familie verlassen, um von draußen darauf zu blicken“ und „andere Familien kennen lernen“ (388) - „Abkapselung“ (324): „mein Leben auf dem Dachboden geführt“ (326) - Gespräche führen (246),(317),(321),(327),(329) - Wissen aneignen (393) - psychologische Hilfe aufsuchen(203) <p>Resignation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „irgendwann gewöhnt man sich den Gedanken an einen richtigen Vater ab“ (161),(358),(372) - „eher als Teil, als Mitbewohner, wie wenn du einen Freund um was fragst“ (353); „es ist ok, ist halt so“ (354)

<p>20. Unterstützung und Hilfe</p>	<p>Außerfamiliäre Hilfe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gesprächsmöglichkeiten: Psychologin (203), Max (204), Pfarrer (329), Freunde (329), Hömopathin (395) <p>Familie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Mutter: Gespräche über den Vater, weniger um Frida (246) - Gespräche mit Oma (317), wenig Unterstützung durch die Familie des Vaters - „Pferd als Ausgleich“ (311)
<p>21. Wünsche</p>	<ul style="list-style-type: none"> - eine kleine Beziehung aufbauen (391), Aktivitäten mit dem Vater (369) - „er soll nichts darstellen, er soll einfach so sein, wie er ist und gute Laune kriegen und das es ihm gut geht“ - „einen anderen Vater“ (391): „organisierter“ (374) <p>Aufklärung über die Krankheit: (395)</p> <ul style="list-style-type: none"> - „das ist wichtig, das sie so was immer klären, wo das herkommt, wie man damit umgeht, damit du nie denkst, dein Vater hat sich nicht im Griff, der hat sich nicht unter Kontrolle“ (395) - „Aufklärung, was Alkohol ist“ (391)
<p>22. Umgang mit dem Vater</p>	<p>keine Erwartung an ihn haben, in Ruhe lassen, akzeptieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „ist halt schwierig, aber man darf ihn einfach nicht so fordern“ (12), „jedem die Freiheit lassen“ (356); (255),(359),(382) <p>Fürsorge und Verantwortung übernehmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „ihn oben halten“ (79), „mit ihm darüber reden“ (153); (195), zu Taten auffordern (382) - „ihm zeigen, dass wir ihn mögen“ (153) <p>Teil haben lassen und mit einbinden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „man muss ihm zeigen, dass man Spaß miteinander haben kann“ (84);(28),(80),(82),(90),(197) <p>Vorbild sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „keinen Alkohol getrunken bis 17 Jahre“ (324)

<p>23. Belastungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Schulzeit: „doch damals war alles im Kopf drin, konnte nicht richtig lernen, jetzt fällt mir alles leichter“ (321) - „ich war schön überfordert mit dem ganzen Scheiß, das zu begreifen“ (388) - „Ich hab auch schon viel mit mir einfach zu tun“ (171) - Rollentausch: „ich bin nicht deine Mutti, du bist mein Vater“ (356) - Streitigkeiten der Eltern (96): "so etwas mitzerleben, ist ganz unangenehm“ (180) - Suff des Vaters: „das war mir dann zu viel“ (124) - Fehlende Unterstützung der Mutter (306) - Distanzierte Beziehung zum Vater (377),(161)
<p>24. Der Alkoholiker</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ich war „dreizehn, in der 7. Klasse“ (31), „da war klar, dass er Alkoholiker ist“ (33) - „total besoffen und hat eine übelste beschissene Ansprache gehalten“ (126) und alle blamiert“ (129), „glasiger Blick“ (121) - „Entgiftung bringt ja nichts“ - „noch mal rückfällig geworden“ (131),(149),(132) - „wenn ich in die Schule bin, da habe ich draußen die erste Dose aufmachen gehört“ (121)

(2) Themenkatalog - Sigrun

Thema	Zugeordnete Stichwörter
<p>1. Unangenehmes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „Ich sage meistens, sie ist Hausfrau, um aus dem Weg zu gehen, irgendwas zu erklären“ (157),(155); „fällt es mir schwer, weiter weg stehenden Personen, irgendwas zu sagen“ (156); (160), „weiß nicht, wie die Leute reagieren“ (160) - unangenehm: „Behindertenausweis“ (169) hat „Vorteile, aber ich würde die nicht nutzen wollen, dass wäre zu

	peinlich für mich“ (174), „wenn jemand normal aussieht, ist das komisch“ (171)
2. Abwehr der Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> - „immer ziemlich lange dagegen gewährt“ (104) - „wusste halt lange nicht, wie ich das nennen soll, was sie hat“ (162) - „anscheinend schon irgendwas dran“ (105) - „immer eingebildet, sie ist ein bisschen sensibler“ (105) - „Es gibt so viele, die sind anstrengend“ (109) - „alles Blödsinn, das gibt es doch gar nicht“ (167) - „es war blöd, zu sagen, eine geistige Krankheit“ (163)
3. Angst vor Stigmatisierung	<ul style="list-style-type: none"> - „zu meiner Mutter haben sie nie etwas gesagt“ (20) - „weiß nicht, wie die Leute reagieren“ (160)
4. Erinnerungen an den Beginn der Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> - „ersten Sachen war bei ihrem Studium, am Anfang der Beziehung auch, mit Krankenhaus“ (36) - Beschreibung: „Ausbruch“ (135) - „es muss ja schon irgendwie da gewesen sein“ (135)
5. Vorstellung über die Auslöser der Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> - Umzug, neue Arbeitsstelle: „die Belastung zu groß war“ (25) - „als Lehrer zu viel Stress“ (63) - „mit dem Stress der Diplomarbeit“ (135) <p>Parallele zur eigener Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „man merkt es ja in den Prüfungen, dieses auf und ab“ (137) - „jetzt kommt der Absturz und dann geht es auch wieder hoch, muss sich nur darauf einstellen“ (138)
6. Kindliche Krankheitsdefinition	<ul style="list-style-type: none"> - Begriff Krankheit: „da hab ich immer gedacht, dass ist etwas körperliches, was man dann sieht, dass man Ausschlag hat oder so“ (107),(170) - geistige Krankheit der Mutter (163): „schwer zu fassen“ (107), „es gibt so viele, die anstrengend sind“ (109), nicht

	<p>sichtbar(170)</p> <ul style="list-style-type: none"> - „wo soll man die Grenze ziehen“ (108)
<p>7. Vorstellung über die Vererbbarkeit der Krankheit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „irgendwie abfährt“ (111) - „man lebt ja mit der Person zusammen, aber man lebt eben auch gleichzeitig mit der anderen Person zusammen, wenn nicht beide die Probleme haben“ (117) - kranker Bruder: „er ist ein bisschen wie meine Mutter. Der ist sensibler“ (178)
<p>8. Erinnerungen an Klinik- Behandlung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „für das Kind ist ja wichtig, wird der Elternteil operiert oder irgendwas, aber es kommt ja wieder und es wird besser“ (12) - „in DDR- Zeiten“ (23), „nochmals nach der Wende“ (23),(237),(11), - „es irgendwie ging an mir vorbei“ (23) - „mal zur Kur war, vielleicht auch wegen anderen Gründen“ (23) - Vorstellung: „einfach ins Krankenhaus gesteckt wurde und mit Tabletten vorgestopft“ (104) - Währendessen: „zu dritt leben“ (239), „war nicht unangenehm“ (241) - Zeitgefühl: „nur tageweise“ (243), „1-2 Wochen“ (237)
<p>9. Erlebte Krankheits- anzeichen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „Anfälle mit Eingebungen“ (10) - „aufbrausende, übersprudelnd“ (21) - „sensibel“, „gefühlvoll“ (109) - „mit sich selbst viel zu tun“ (209) - „ganz fröhlich“ (120) - „redet ganz schön viel“ (121),(120) <p>Stimmungstiefs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „weniger tief“ erlebt (122),(125) - „nicht das sie nicht aufstehen will“ (125) - „wütend auf meinen Vater“ (125)

<p>10. Veränderte Situation durch Arbeitslosigkeit der Mutter</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „belastend“, wenn jeder zuhause ist (70) - „man ist immer beobachtet“ (84), „keine freie Zeiteinteilung“ (85) - „ganz schön nervig zu Hause, man muss raus“ (53)
<p>11. Geforderte Selbstständigkeit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „sie hat viel mit sich selbst zu tun“ (209) - „teilweise hat ich das Gefühl, ich muss es selbst können“ (205) - Bruder ist sehr unselbstständig: „ich habe mir gedacht, bei mir ist das anders“ (208) - „meine Mutter wird mich nicht weiter unterstützen“, also unterstützen können, ich mach das jetzt selber“ (208)
<p>12. Geringes Selbstbewusstsein</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „weniger Selbstbewusstsein mitbekommen“ (204) - Vergleich an Freunden: „treten anders auf“ und „gehen anders in der Familie miteinander um“ (218)
<p>13. Unterstützung durch die Eltern</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „Unterstützung war ja immer da“ (205) - Vater erfordert Leistung, „Mutter ist völlig unwichtig, ob man halt gut war oder nicht, nur, ob es allen gut geht“ (188),(211),(212)
<p>14. Bewältigungsstrategien</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „Tagebuch schreiben“ (223) - Auszug: „entspannend, allein zu wohnen, kein Stress mehr“ (248)
<p>15. Distanzierung von zu Hause- Auszug</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „bin ich jetzt schon eine Weile ausgezogen“ (8),(54) - „ganz schön nervig zu Hause, man muss raus“ (53) - „Spurschmierer“ (91): „sie möchte gern mein Zimmer haben“ (90) - „Ich bin lieber im Ausland oder übernachtete bei meinem Freund“ (127), „sehr angenehm“ (87)
<p>16. Elternbeziehung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „es gibt schon Streit, wie in vielen Beziehungen“ (33) - eventuelle Trennung der Eltern passiert nicht aufgrund der Krankheit, sondern auch „bei funktionierenden Familien“ (39) - Gründe gegen eine Trennung: „Bruder wohnt noch

	<p>zu Hause“ (43), der Besitz des „Hauses“ (49): „deshalb werden sie hier bleiben“ (44)</p> <ul style="list-style-type: none"> - „blöd für die Beziehung meiner Eltern“, dass beide zu Hause arbeiten (66) - Ausgeglichenheit: „Bruder als Gegenpol zu den Eltern“ (220)
17. Unterstützung/ Hilfe	<ul style="list-style-type: none"> - „die Sportgemeinschaft, wie eine große Familie“ (196) - mehr darüber wissen: „hätte mir vielleicht geholfen“ (202)
18. Wendepunkt: Verhalten ist eine Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> - „als Kind bekommt man das ja eben nicht richtig mit“ (10) - „erst mit den Jahren, früher war das völlig normal irgendwie, die Eltern sind halt so oder so“ (15) <p>Wendepunkt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vergleich an Freunden (18), Erzählungen der Mutter (13),(10) - „in den letzten Jahren habe ich es schon mitbekommen, dass unsere Mutter anders wäre“; „so mit 19-20 Jahren“ (18)
19. Sensibilität für Zustand	<ul style="list-style-type: none"> - aufmerksam: "Ja jetzt ist sie wieder in der Stimmung und wieder in der Stimmung.“ (13),(120)
20. Umgang der Mutter mit ihrer Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> - Offenheit: „Mutter erzählt viel darüber“ (10),(13),(104),(151) - „sie macht sehr viel mit ihrem Ganzen, ihrer Krankheit und dem Gedichte schreiben“ (99): Selbsthilfegruppe(95), Malgruppe(95), Frauenhaus (96), Schreibzirkel(96) - Verständnis für das Handeln der Mutter(63) <p>Selbstschutz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsabbruch: "Ok, ich beziehe meine Rente“ (26), „Stress besser aussuchen“ (29), kein Familiensport mehr
21. Umgang mit der Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> - Schamgefühle: „habe noch nie mit Verwandten darüber gesprochen“ (147), „nicht mit Bruder“ (179) - „die wissen jetzt alle“ (147),(156) - Beginn ist gleichzeitig Beginn der Krankheit: „mein Vater muss damit umgehen können“ (37)

	- „Verwandte nicht von uns abgewendet haben“ (145), „ein riesigen Zusammenhalt“ (147), „akzeptiert“ (151)
--	---

(3) Themenkatalog - Marcel

Thema	Zugeordnete Stichwörter
1. Bewusstsein für die Krankheit	<p>Wahrnehmung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Das hab ich als Kind überhaupt nicht wahrgenommen“ (14),(15),(16) - „nie Gedanken gemacht als Kind“ (19) - „ich hab gewusst, dass es nicht normal ist, meine Mutter, doch nicht darüber nachgedacht, was hat sie jetzt anders ist als anderen Eltern oder was hat sie für eine Krankheit gar“ (20), „nicht in Ordnung ist“ (35) - Normalität (23): „hingenommen, wie es ist“ (20), „so aufgewachsen, mit diesem Leben“ (21) - Auffälligkeiten: Unterbringung beim Vater während des Klinikaufenthaltes der Mutter (26), „jeden Monat eine Spritze“ (27) - „Schübe nicht bewusst gewesen“ (212), Klinikaufenthalt „nicht mitbekommen“ (26),(228) <p>Wandel im Bewusstsein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „viel später bewusst geworden“ (21), „Sprung, dass man kapiert, was da alles so abgeht“ (107); „ganz schön spät, bis ich mal geschnallt habe“ (87)
2. Der gesunde Gegenpart	<p>Die Großmutter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „um das Haus gekümmert, hat alles gemacht“ (37); Ritual: jeden Morgen eine Tasse Kakao (45) - Tod der Großmutter: „hat mich so mitgenommen“ (42) <p>Defizit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „hatte nie jemand richtig“, „Vater gefehlt“ (104) - „durch einen Vater das Leben durch anderen Blickwinkel

	betrachten“ (223),(226)
3. Fehlende Krankheitseinsicht	<p>Keine Krankheitseinsicht:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Bruder weiß wenigstens, dass er schizopren ist, gegenüber der Mutter“ (54) - „verneint, dass etwas ist“ (105), „erinnert sich nicht an Klinik“ (175) - „absolut nicht in der Lage“ (164) - Sicht der Mutter: glücklich (92), gesund (146) - „Sie kann vielen weiß machen, das merken viele nicht, dass sie krank ist“ (113); „Lügen hat sie perfekt drauf“ (113) <p>Folgen fehlender Krankheitseinsicht:</p> <ul style="list-style-type: none"> - keine Arztbesuche möglich (115) <p>Exkurs Einsicht:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „ihre ganze Welt zerstört, sie weiß ja auf einmal, vielleicht war das gerade nicht echt, oder das war doch gerade echt“ (169)
4. Verhalten gegenüber der Mutter	<p>Verantwortungsgefühl:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „ich könnte irgendwas bei meiner Mutter bewegen, weiß aber nicht, welche Folgen das hat“ (192) - „bin der einzige Kontakt, der Einfluss hat“ (126) - „wenn ich jetzt gehe, hinterlasse ich womöglich einen Trümmerhaufen“ (192) - „totale Angst, dass meine Mutter sich was antut“ (81); „weiß nicht, was sie macht, ob sie auch tierisch rumschreit“ (131) <p>Kontrolle über Situation behalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Zwangseinweisung“ (91), „mit ständigen Anrufen genervt, ob es ihr gut geht“ (80),(81),(82),(132) - Beantragung von Rente (146), Hartz IV(148) - „besser als gar nichts machen“ (183) - Führungskraft spielen (142) - Hilflosigkeit: „was soll ich da machen“ (142)

	<p>Schuldgefühle:</p> <ul style="list-style-type: none"> - eigenes Verhalten: „gleich wieder bereue“ (129) - Zwangseinweisung: „für sie bestimmt auch sehr schlimm“ (96) - „Führungskraft für sie spielen“, doch damit zum Zustand beitragen (142) - Selbsthilfegruppe: „ein Messer, was ich ihr reinramme“. "Du ist der einzige Grund, warum ich dort hingeh" (161) - Schuldgefühle durch versäumte Zustandsverschlechterung durch (103): „ein Außenstehender hätte den Unterschied vielleicht extrem bemerkt“ (118)
<p>6. Beziehung zwischen Mutter und Sohn</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „Einzige Bezugsperson“, „Kontakt nach draußen“ für die Mutter (126),(200),(202),(114); „ihr die Führungskraft spielen“ (142) - Streitigkeiten: „tierisch sauer“ (91), Beleidigungen am Telefon (131),(126) - Geringe niveauvolle Gespräche (131),(199)
<p>7. Tabuisierung der Krankheit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „Richtiges offenes Verhältnis, wo man über so etwas redet, gab es bei uns in der Familie nicht“ (210) - Großmutter: „ich schätze mal, sie hat gewusst“, aber „einfach nicht darüber geredet“ (210) - Vater: „ich habe nicht mit ihm und es wurde nicht mit mir darüber gesprochen“ (228) - Verwandte: „Thema einfach ignorieren“ (32); Arbeitskollegen wussten teilweise davon(30) - Unsicherheit: „ich weiß nicht, ob ich denen das erzählen kann“ (152),(186) <p>Enttabuisierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - erst vor 1-2 Jahren angefangen, anderen Leuten überhaupt von den Thematiken zu erzählen, vorher war es mir peinlich (153)

<p>8. Akzeptanz der Krankheit aus der Umwelt</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „DDR-Zeiten war anders, die haben sich darum gekümmert“ (30), „wurde respektiert“ (31) - heute: „nimmt man hin, fällt nicht auf, viele habe einen Tick“ (114), „unmenschliche“ Arbeitswelt (66) - Mutter wurde ausgenutzt, „schwer sie zu ertragen“ (196)
<p>9. Gefühl der Angst</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „übelste Angst um meine Mutter“, dass sie sich was antut (80),(81) - Angst durch ihre Geschichten (91) und Aussagen: "Ich muss mal aus dem Fenster springen, ich halt das nicht mehr aus“ (88)
<p>10. Ausweglosigkeit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „was soll ich machen“ (142); „man nicht mehr weiter weiß“ (179) - „aus lauter Verzweiflung eine Geschichte ausgedacht, damit ich Ruhe habe“ (16)
<p>11. Dilemma- Wahn oder Realität</p>	<p>Zugeständnis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „natürlich kann es sein, dass es wirklich nicht ist“ (47),(116),(89) - „was real ist und was meine Mutter mir Wahres erzählt, was sie sich ausdenkt, das weiß ich nicht“ (133) - „Grenzen nicht so richtig zu erkennen“ (136) <p>Überprüfung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „schwierig“ (135), „manche Dinge logisch oder einfach sind, manche nicht überprüfbar“ (137)
<p>12. Wahnideen der Mutter</p>	<p>Theorien über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vertauschte Verwandtschaft (47),(14); - Theorien über Nachbarn: alles Verbrecher, sie wollen sie umbringen (89) - Alle sind Terror, Terroristen, Nazis (126) - Handlung gegen sie: „jemand beklaut sie“, andere machen Dreck im Haus (177), ständiges Abhören von außen

	<p>Ursprung der Wahnvorstellung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aus dem Fernsehen und Zeitung(126)
13. Halluzination	<ul style="list-style-type: none"> - Halluzination: akustisch, optisch, mit dem Geruchssinn, fühlen: „Stichen in allen möglichen Körperregionen“, „mein Gesicht im Fenstern des Nachbarn“, „Stimmen hören“, „in Blicke interpretieren“ (127),(170)
14. Erlebtes Verhalten der Mutter	<ul style="list-style-type: none"> - Erlebte Situationen: „als Kind so Strähnchen gefärbt“ aufgrund der Vermutung des Kindesaustausch (14), „meine Größe im Bad immer abgezeichnet“ (15) - Verhalten: „komisch, neben der Spur, ziemlich ausgeflippt“ (50) - Verhaltensweisen: „schreien“ (55), „rumphantasiert“ (80), „immer mehr Mist erzählt“ (86), „Beschimpfung“, „Beleidigungen“ (86), „Lügen“ (113),(127) - „versteckt und unterdrückt ihre Krankheit“ nach außen (113) - Beobachtung und Spionage anderer Menschen (139),(150),(199) - Verständigung: „kann kaum noch Klartext reden“ (143) - Verwahrlosung: „vereinsamt“, „ungepflegt“ (181), „läuft alles schief zu Hause“ (181), „viel auf dem Bett gelegen“, „nicht viel gemacht“ (76), „geht kaum raus“ (181)
15. Weitere Symptome	<ul style="list-style-type: none"> - „ganzen Anzeichen von Schizophrenie gezeigt“ (86) - Persönlichkeitsveränderung: „Wesen ändert sich“ (103),(108)
16. Vererbungsrisiko der Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> - „schon einmal nachgedacht“ (207), „noch keine Anzeichen festgestellt“, aber „nicht ausschließen, kann ja auch noch passieren“ (208) - „mach mir da um mich überhaupt keine Gedanken, vielleicht merke ich gar nicht, dass ich schon krank bin“ (214) - „in der Familie ist mir nichts bekannt“, außer schizophrener Bruder (208), „sehe meinem Vater sehr

	ähnlich“ (207)
17. Wissen und Gedanken über die Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> - „der Zustand meiner Mutter ist zwar, so schlimm er ist, nach außen hin stabil schlecht“ (179) <p>Auslöser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „liegt vielleicht an ihrer Lebensgeschichte: Scheidung und Stress“ (220), Arbeitslosigkeit(60), sozialer Abstieg(60) <p>Beginn der Krankheit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „schon länger vor meiner Zeit“ (212),(220) - „Ende der 90er“ (81) „ging es rapide bergab“ (84) <p>Ideen zur Veränderung der Situation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Arbeit als Ablenkung, festen Tagesablauf“ (205)
18. Verdrängung	<ul style="list-style-type: none"> - „vieles enorm verdrängt, was dazu für, dass ich mich nicht mehr erinnern kann“ (61),(107),(230) - Verdrängung „aus Selbstschutz“: „Schutzmauer aufgebaut und die Schutzmauer hab ich bis heute noch immer“ (107)
19. Schamgefühle	<ul style="list-style-type: none"> - „immer peinlich zu Hause, immer ziemlich dreckig, keine Ordnung“ (35)
20. Hilfe aufsuchen	<ul style="list-style-type: none"> - Hilfe für die Mutter suchen: Ärzte, Kontakt mit dem SPDI (87),(105),(111),(120) - Selbsthilfe(125) - Sicht der Mutter auf die Hilfeversuche: „versteh nicht, warum ich mit ihr ein Problem habe“ (125)
21. Unterstützung	<p>Hilfestellung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gespräche mit der Ärzten: „reden und viel erzählen von der Mutter“, „Herz ausschütten“ (99) - Bürokratische Hilfe vom SPDI (146) - Selbsthilfegruppe: „hat mir schon geholfen“ (158), „letztendlich helfe ich mir damit erstmal nur selbst“ (189) <p>Reaktionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „ohne Rückmeldung“ (99), „Fachleuten selbst aufgeschmissen“ (189)

	<ul style="list-style-type: none"> - Verwirrung: „so viele Optionen, dass ich gar nicht mehr weiß, welche in wählen kann und welche vielleicht hilft“ (190)
22. Wissen über die Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> - „viel darüber durchgelesen und versucht, zu verstehen“ (216)
23. Behandlung der Mutter	<ul style="list-style-type: none"> - „jeden Monat eine Spritze bekommen und hat dann irgendwelche Gegenmittel gegen die Nebenwirkung genommen“ (27) <p>Wissen über die Medikamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „halbwegs gewirkt“ (29) - „was drin war, weiß ich nicht“ (29), - Nebenwirkung: „dicker geworden“, „hart“ (102) <p>Behandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durch „Psychiaterin“ (101): „3 Jahre, dann Abbruch“ (103),(116) - „Klinik“ (70),(97),(230) - Ergebnisse der Behandlung: „irgendwie verändert“ (95),(131); „kann die Krankheit besser verstecken“ (131) <p>Behandlung bedeutet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erleichterung: „riesiger Stein vom Herzen“, „erstmal froh, dass wieder alles ging“ (93),(102)
24. Seine Definition über Schizophrenie	<ul style="list-style-type: none"> - „nicht mehr selbst sein“ (216), „lebt in einer anderen, eigenen Welt“ (218)
25. Beeinträchtigung im Leben	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilität: „vielleicht bin ich deshalb auch bisschen weich oder so, durch das Aufwachsen mit meiner Mutter“, „durch die Armee kompensiert“ (104) - „Schutzmauer bis heute noch“ (107), „man kapselt sich ab“ (108) - Erlebnisse „erstaunlicherweise gut überlebt“ (107) - „erheblicher Einfluss auf mein Verhältnis zu meinem ganzen Freundeskreis“, „Trennung“ (138) - „immer im Zwiespalt zwischen Mutter und Freunden“

	(139)
26. Wünsche	<ul style="list-style-type: none"> - „Ich würde nicht mehr nach Hause fahren, wenn ich wüsste, dass sich da jemand kümmert“ (145) - Gesundung der Mutter (167),(224),(225) - Hinführung zum Psychologen (185) - Übersichtliche Hilfestellung und Tipps von außen (190) - „eine stinknormale, behütete Kindheit, mit Mutter und Vater, gewünscht“ (222)
27. Rückblick: Veränderungen in der Einstellung und Umgang mit der Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> - Umgang ist „abhängig“: „ignorieren“, „manchmal nehme ich es einfach hin und fresse es in mich hinein“ (129),(168),(183),(184) - „Ich hab es über die Zeit nicht perfekt geschafft zu lernen, damit umzugehen“ (129) <p>Veränderungen(187):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abkapselung: „Früher war ich mal länger da und bin jetzt nicht mehr so lange da“ (194) - „ich kann mir nicht erklären, warum ich das alles so gemacht habe“ (21) - Schuldgefühle: „man für die Lage nichts kann, darüber bin ich hinweg“ (159) - Akzeptanz der Krankheit (167),(220) - „vor 1-2 Jahren habe das erste Mal davon erzählt“ (153)
28. Auswirkungen auf die Familienbeziehungen	<ul style="list-style-type: none"> - abnehmende Kontakte zum Rest der Familie(35) - kaum Besuche:„es war mir immer peinlich zu Hause“ (35) - Mutter- Bruder- Beziehung: „Zusammenleben natürlich besonders schwer“ (177), treffen sich nur, wenn ich da bin(194) „tierisch gestritten“ (91)
29. Unterstützung der Mutter	<ul style="list-style-type: none"> - Haushalt führen und besuchen (76),(126),(142),(194)

(4) Themenkatalog - Winfried

Thema	Zugeordnete Stichwörter
<p>1. Auslöser der Krankheit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „es ist verständlich, woraus es entsteht“ (49) „sehr auffällige Zeiten und Situationen“ (49): - „Kennen lernen der Eltern“: frisch verliebt- aufregende Zeiten, gerade mit meinem Vater neu zusammen (50) - „Wendezeit“ (51) - „Studium“ (50) Überforderung mit: - Umzug nach Drösda (51): „nicht ganz leicht“ (161) - neuer Lehreranstellung (52) - „Familiensport“ (32)
<p>2. Unverständnis</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Unverständnis von anderen löst Störung aus/ stürzt sie in Gedanken (189),(79),(140),(141),(44),(215),(269) - durch nicht geachtet und geliebt werden (204) - sie hat vieles früher schon angezweifelt hat und das es heute dann so gesehen wird, wie sie es früher schon sah, aber da haben es die anderen noch nicht so gesehen (215) - Unverständnis über ihre Ansicht im Studium (216)
<p>3. Erwartungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gesellschaft: immer Leistung erbringen, Erwartungen erfüllen (95),(169) - Erwartung des Vaters: Mutter soll beim Sport dabei bleiben (9) Leistung von den Kindern (171)
<p>4. Stigmatisierung</p>	<p>Wertung ablehnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wertungen sind keine Wahrheiten (221) - Vermeiden: kein Künstler sein wollen (168) - finde ich nicht gut, es führt zu psychischen Krankheiten (44) - alles wird gestempelt (168) - Eltern als Eltern sehen und nicht irgendwie Menschen, die von anderen irgendwie gesehen werden (173)
<p>5. Kommunikations-</p>	<p>Elterbeziehung:</p>

<p>probleme der Eltern</p>	<ul style="list-style-type: none"> - oft Spannungen zwischen den Eltern, die nicht auf der Krankheit basieren (16), sondern auf den Kommunikationsproblemen des Vaters (18) <p>Probleme in der Kommunikation (17):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vater: hat Probleme mit ihr zu reden, hört nicht zu (114), versteht es nicht, kann nicht zeigen, dass er es versteht oder will es nicht verstehen (84), ihm ist es egal, weil es ihm nicht wichtig ist (87) - Verhalten der Mutter: sie redet viel redet, lässt ihn kaum zu Wort kommen oder denken überhaupt (18), will sich verständlich machen oder erklärt ihre Meinung (114), sie will das lieber klären, was zwischen ihnen liegt (87) - Folgen: sie wird durch ihn wütend, aber er zeigt keine Emotion (84),(85) <p>Verständnis für die Mutter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ich kann sie gut verstehen, weil ich auch nicht so richtig mit ihm klar komme (94) <p>Gefühl gegenüber dem Vater:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ihm nichts vorwerfen, ihm keine Schuld geben, nichts auf ihn schieben (18), wie als ist er der Betroffene (95) <p>Kind als Vermittler:</p> <ul style="list-style-type: none"> - schwierig (114),(19) - Unsicherheit, ob er ohne die Schwester den Ausgleich erfüllt (112) <p>Theorie über Zusammenbleiben der Eltern:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mutter braucht jemanden (261): würde wahrscheinlich nicht davongehen, egal, wie es ihr geht (119) - Verbindung: ein Haus geerbt (120) - Kompromiss: reden nicht so viel miteinander (261)
<p>6. Der Vater als Gegenpart</p>	<p>Charakterisierung des Vaters:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wahnsinnig fleißig, weiß viel, kann viel, sehr strebsam, sehr viel zu tun (21),(23),(27) - wirklichkeitsnah (98): erbringt immer Leistung und erfüllt

	<p>Erwartungen der Gesellschaft (95)</p> <ul style="list-style-type: none"> - macht einfach seine Arbeit, es muss halt sein und man muss ja von irgendetwas leben und Geld verdienen (98) <p>Sozialisierte Emotionslosigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gefühle nicht zeigen (251), er war in seiner Kindheit so (20) - Verallgemeinerung: viele Männer können ihre Gefühle nicht wahrnehmen (238), unnahbar (284) - Fehlende Empathie: wie halt Männer so oft sind eine Art Klischee (18),(88) - Unverständnis über Emotionslosigkeit: keine Idee, wie er die Gefühle verarbeitet (115),(294) <p>Familienvater:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kein Familienmensch (21): übernimmt kaum die Erziehung der Kinder (279),(290) - Umgang mit Kindern: unsicher (282), unfähig (290), kann das Reden der Kinder nicht so lange aushalten wie Mutter (260),(294), rauer Ton von der Armee (283)
<p>7. Unterschiedliche Welten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - er hat sehr viel zu tun (27), Mutti schreibt, aber das ist ja auch was (36) - Vater - wirklichkeitsnah (98), wir - träumerisch für eine friedlichere Welt (99) - Vater ist von etwas überzeugt und da passen unsere Ansichten nicht (299)
<p>8. Familienleben</p>	<p>Veränderung der gemeinsamen Aktivitäten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wochenende ist nicht oft zusammen (7) - sie möchte eben keine großen Reisen mehr mitmachen (123) - zu Hause: Gespräche führen (231) - Mutter hat neue eigene Aktivitäten für sich gefunden (7),(35): Malen, Gedichte, Selbsthilfegruppe - Familiensport: früher immer am Wochenende gemeinsam, Mutter seit unserer Geburt nicht mehr dabei (7),(9)

	<p>Veränderung im Alltag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mahlzeiten manchmal mit Mutter, selten mit dem Vater (296),(298) - viel mit Mutter in der Woche allein, Vater viel unterwegs (295) <p>Veränderung der Elternbeziehung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - oft Spannungen zwischen meinen Eltern (16), sie haben sich auseinander gelebt und eigene Interessen, eigene Wege gefunden (17) <p>Veränderung der Familienstruktur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auszug der Schwester (111) - Zweckgemeinschaft (118), ich wohne noch zu Hause (19) - Fühle mich nicht wohl, Gedanken über Auszug (130)
<p>9. Definition der Krankheit</p>	<p>Definition:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krankheit: nichts Negatives, was gegen die Mutterrolle steht (41) - Etwas Natürliches (61),(62),(259) - nichts Angsterregendes, sich selbst darin nicht mehr zu verstehen, sondern eine Chance (59) - Krankheit ist ein Fehlen von was, was man halt braucht, um glücklich zu sein (206) - Manie = heitere Fröhlichkeit (81) - Stoffwechselstörung, die messbar ist (203) - durch Unverständnis/ Lieblosigkeit/ Missachtung kann im Körper etwas ausgelöst werden, doch können auch wieder Glückhormone ausgeschüttet werden (204) - nur ein Zustand, in dem jemand Probleme hat, sich nicht wohl fühlt, Hilfe braucht (43) - Massenphänomen: bei manchen Menschen sind Schwankungen mehr, bei manche weniger ausgeprägt (76),(77); alle Menschen haben Angst (172)
<p>10. Wissen über die Krankheit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - aus der Ausbildung, aus Büchern (75),(90) - nicht sehr speziell, nur allgemein mal (201)

<p>11. Gedanken über Vererbung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - eine Art Veranlagung (206) - was man mitgegeben kriegt und was das Leben noch macht = zusammen macht einen eben dann aus (207),(209),(208) - die Sensibilität durch die Sozialisation erfährt (210) <p>seine psychischen Probleme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meine Schwester kommt nach meinem Vater, ich nach meiner Mutter (63) - nicht vererbt oder abgeguckt, sondern auch als natürlich (62) - schon mitgegeben: Wut auf Medizinerärzte auf mich und meine Schwester übertragen hat (245) - Diagnose wie die Mutter: beziehungsgestört oder anpassungsgestört (152), sehr sensibel und viel Angst (172) - Abwehr/ Empörung über Diagnose: auch krank, geht nicht (153) - Kein Vertrauen in Behandlung durch Erzählungen der Mutter (153),(154) - Probleme: in der Schule (159), beim Zivildienst (152), in einer nicht so menschlichen und achtungsvollen Umgebung (158), Umzug nach Drösda (161), Erwartung des Vaters (171), aktuelle Perspektivlosigkeit (162)
<p>12. Gedanken zur Krankheit</p>	<p>Abwehr der Diagnose:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sogenannte psychische Krankheit, dieses manisch-depressive (16),(41),(75),(44) - Zweifel, das überhaupt als Krankheit zu sehen (43) - ich bin ja selber kein Arzt, der eine Krankheit sehen will (65) - Mutter als meine Mutter zu sehen und nicht als einen kranken Menschen (172) <p>Legitimation/ Verständnis für Verhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wenn sie traurig ist, dann ist es auch mal in Ordnung, für eine Weile, wenn man dann wieder rauskommt (60)

	<ul style="list-style-type: none"> - man muss auch mal traurig oder wütend sein zu dürfen (249), als Kind nicht getraut, weil Emotionslosigkeit anerzogen wurde (250),(252)
<p>13. Wahrnehmung der Krankheit</p>	<p>Wandel des Bewusstseins:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in der Kindheit: Vater redet nicht darüber, Mutter ist in schlechten Phasen zur Kur (175) - Entwicklung eines differenziertes Bild von seinen Eltern erst im Erwachsenenalter (275),(277) - Jetzt: Phasen können als manisch oder depressiv betrachtet werden (229) - als Eigenart (65) <p>Symptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bisschen sensibler (63),(78) - dreimal die Phasen, wo es stärker war (47) - 1.Phase: vor unserer Geburt, 1990 (48) - Schwankung zwischen Traurigkeit und überschwänglicher Freude und Wut (57) - fröhlichen Phasen: wie ein Kind fühlen, unbewusster, leichter leben (60) - erlebte Symptome: viel redet (65),(259), unwohl gefühlt und körperliche Schmerzen und viel Rückenprobleme (72), mit Gedanken kämpfen (141)
<p>14. Wissen über die Behandlung</p>	<p>Behandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mehrere Kuren (175), Nervenklinik (218) - sind Probleme, die man mit Gesprächen und Zuwendung ändern kann, nicht durch Mittel, die das verschleiern (197) - Veränderung durch Verständnis der anderen (189) - Klinikzeit: meine große Schwester war meine zweite Mutter (292), haben Mutter nicht unbedingt vermisst (180) - beim ersten Mal, im Studium (218), haben nicht mit ihr geredet, nichts verstanden, nur Medikamente gegeben (154) - Ärzte meinten, sie kann keine Kinder bekommen (243)

	<p>Medikamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - einmal Licium (183), Beruhigungstabletten (185), was Leichtes, sehr homöopathisch, sehr natürlich und etwas verträgliches (187) - es gibt bestimmt gute Mittel: in der Nahrung sind Stoffe drin, die auch helfen (198) <p>Einnahme der Medikamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Im Gefühl, nicht verstanden zu werden, nimmt sie Medikamente (189) <p>Wirkung der Medikamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in irgendeiner Behandlung geht's ihr noch schlechter (44) - Medikamente tun ihr nicht gut (181) - auf Dauer: gesundheitsschädigend, unterdrückend, nicht wirklich klärend (196) - benebelnd, Erinnerungslücken (219) - Beruhigungstabletten: nicht gut (185) - Lösen was aus oder regen noch an (199)
<p>15. Wünsche</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mehr Verständnis für ihre Lage von anderen (189),(269); aufeinander achten (193) - Offenheit über das Thema (268) - Gesprächspartner: von ihr erzählen können (274) - bewusste Beziehung zum Vater (289),(302)
<p>16. Bewältigung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - schreiben und zeichnen (102), Gedichte oder Geschichten, um einiges selber sich klar zu machen (104),(167) - Gespräche mit Mutter: Gefühle wahrnehmen zu lernen, zu bereden zu können (238), über die Krankheit reden (233),(49),(59) - Liebevoller Umgang (241) - Positiv denken: daraus lernen, später anders machen (303)
<p>17. Beziehung zur Mutter</p>	<p>Unterstützung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mit meiner Mutter konnte ich immer sehr gut reden (19), Ansprechpartner (172), Vorbildsfunktion (238), Partner (262)

	<ul style="list-style-type: none"> - größte Bezugsperson in meinem Leben (106) - riesengroßes Verständnis und Akzeptanz seiner Person und seines Handelns (108),(269),(271) - Veränderung in der Beziehung: beschränkt sich auf interessante Gespräche (233), der Mutter Rat geben wollen, was zurück geben (266), weil sie jemand braucht (261), es wird ausgeglichener, so sollte es sein (265), mittlerweile (264)
18. Beziehung zum Vater	<ul style="list-style-type: none"> - Gespräche: kaum so richtig (19), nicht über die Krankheit (93), ein bisschen miteinander reden, über fachliche Themen (299) - fehlende Bindung, weil er nicht da war (281) - schlecht war er nie, hat uns nicht unbedingt bewusst gut getan (286), er war da (287) - bis heute ein komisches angespanntes Verhältnis (293)
19. Schuldgefühle für die Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> - Verständnis zeigen: ich habe den Kopf auch nicht immer frei (190) - Schuld haben einfach alle (192) - Gespräche mit der Mutter: ein bisschen viel, aber für sie genauso, wenn ich erzähle (236) - Partnerersatz: sie braucht auch jemanden (261),(265)
20. Umgang der Mutter mit der Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> - Bewältigung: schreibt gern (36), neue Aufgaben suchen (228),(53) - Reflektion der Krankheit: sie hat das Gefühl, dass ist nicht nur etwas Schlimmer (59) - Prävention: Mutterrolle, die sie sehr wichtig genommen hat und ausgefüllt hat (66) - Übertragung der Angst: kein Sport mehr mit den Kindern, um Überbelastung zu vermeiden (33) - Es ist wichtig, dass sie ihren Zustand einschätzt und sich schützt (9),(72),(228),(237) - Offener Umgang: mit anderen reden (238), mit den Kindern erst später, um Angst zu vermeiden (176)

<p>21. Belastungen für Winfried</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vermittler zwischen den Eltern: schwierig (19) - Verhalten der Mutter: redet viel (236),(254) - Tabuisierung des Themas nach außen und zum Vater (301) - Schlechtes Verhältnis zum Vater (302)
<p>22. Die Mutterrolle</p>	<p>wunderbare Mutter (40):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krankheit wirkt nicht negativ auf Mutterrolle (41) - Hat den Kindern Belastungen abgenommen (39) - Redseligkeit der Kinder zulassen: natürlich und tut den Kindern gut (259), zuhören (66), sie hat eine Engelsgeduld (255) - ein Verständnis für die Kinder (270), weil sie es selbst brauchte, hat sie es gegeben (269) <p>Belastung durch die Mutterrolle:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rolle manchmal zu viel (70), kann ihm nicht immer zuhören (237), Überbelastung musste sie sich selbst klar machen (72) - Keine Unterstützung durch den Vater in der Erziehung (279)

(5) Themenkatalog - Paula

Thema	Zugeordnete Stichwörter
1. Gefühls- äußerungen	<ul style="list-style-type: none"> - Verletzt sein: „Verhalten weniger positiv anzunehmen“ (172), „schmerzhaft“, „Kränkungen“ (196), „Anschuldigungen“ (198) - Schuldgefühl für die Lebenssituation (190) - „verantwortlich fühlen“ (54),(55),(190) - Unsicherheit im Umgang mit der Mutter und ihrer Krankheit (169),(202),(208), „lieber Rückzug“ (175) - „Angst, dass die Mutter das eigene Verhalten falsch versteht“ (202) - Hilflosigkeit, „Lähmung gegenüber der Situation“ (101),(163),(191),(196),(200) - Überforderung mit dem Verhalten und Symptomen der Mutter (18),(33),(34),(45)
2. Das Verhalten als Krankheit wahrnehmen	<ul style="list-style-type: none"> - Zeitpunkt: „nicht so lange her“ (8); „erst sehr spät“ (9),(12), „rückblickend“ (133) - Früher: „noch zu klein, um etwas mitzukriegen“ (133) - Gründe für Unbewusstsein: „seltene Gespräche über Krankheit“ (9), „nicht sichtbar, wenn man direkt daneben steht“ (134) - Aktuelles Bewusstsein: „krankhaft“ (8), „Schwankung sind psychisch abzuzeichnen“ (8) - Beweis: Physische Kraft und Wille für Sport zeigt, dass die Störung psychisch sein muss (62) <p>Wendepunkt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verändertes Auftreten der Symptome: „plötzlich im Sommer“ (18), „nicht nur im Winter“ (13) - Abstand zur Familie: „distanzierte Reflexion“ (136) - Vergleich: „zu anderen Familie mit ähnlichem Schicksal“ (136),(137)

<p>3. Verantwortung der Familie</p>	<p>Unterstützung der Mutter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „selbstverständlich, auf jeden Fall“ (54), Versuch der Situationsverbesserung (109), „gewillt und verpflichtet“ (190) - Bewusstsein für die Aufgabe: „sie hat soviel geopfert, jetzt wird ihr geholfen“ (54), „war immer für Familie da“ (71) - „kann keine Kraft aus sich ziehen“, Umwelt muss Kraft spenden (17),(27) - „Einsicht, dass Selbsthilfe langfristig nichts bringt“, schürt Verantwortung für die Lage im Umfeld (55) - „Mutter kommt nicht mehr allein raus“ (27): „Probleme sitzt tiefer“, „muss behandelt werden“ (52),(185),(30), „passive Hilfe und Selbsthilfe („Dankbarkeit zeigen“, „Kämpfen lassen“ und „Rücksicht nehmen“) langfristig keine Lösung“ (52), „nur von außen hilfreich“ (55)
<p>4. Selbsthilfe der Mutter</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vorraussetzung zur Handlung und Veränderung ist Kraft und Willen, den sie meist nicht hat (29) - „Keine langfristige Lösung“ (30) - „sich selbst rausziehen“: „in Büchern Ansätze finden“ (29),(120), „mit Sport“ (62), „gibt sich Mühe“ (116), teilweise „Selbstreflexion über ihre Lage“ und ihre Kraft, „sich zu helfen“ (120),(121) - Kraft für Selbsthilfe ist „sehr bewundernswert“ (121)
<p>5. Veränderung der Situation</p>	<p>Ideen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - direkte Hilfe „erzwingt Offenlegung der Krankheit“ (156),(163) - Tabu brechen: „erste Versuche mit Vater zu reden“ (179), „Gespräche mit der Mutter über Krankheit führen“ (75) - der Person die Legitimation auf Hilfe zugestehen (110) - Vorschläge (104) bringen über Behandlungsmöglichkeiten (109) <p>Gefühle:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „sehr spannend“ (181), „sehr hoffnungsvoll“ (189),

	<p>„Unsicherheit, ob eigene Hilfe noch mehr Probleme auslöst“ (38)</p> <p>Durchführung:</p> <ul style="list-style-type: none">- „Anfängliche Impulse durch die Umwelt“ (100),(104), „Hauptteil muss von Person selbst kommen“ (100),(104),(207)- „Ideen noch nicht umgesetzt“ (150)- Ursprung der Krankheit, die klare Beziehung zwischen der Geburt des kleinen Bruders und ihrem Berufsabbruch (65), „muss bekämpft werden“ (210)- „Auseinandersetzung mit ihren Entscheidung ist wichtig“ (69), um das in Griff zu kriegen (77) <p>Notwendigkeit der Veränderung:</p> <ul style="list-style-type: none">- Verbesserung für das gesamte Umfeld (190)- keine Resignation: „nicht auf Dauer hinnehmen“ (169), „auf keinen Fall ein Zustand, der auf länger anzunehmen ist“- Ständige Zumutung dieses Zustandes: „für die Person“ (139), „für die Umwelt“ (169),(138), „langfristig nicht so viel Zeit und Kraft da ist“ (52),(158)- Rollen müssen sich wieder tauschen: „Person muss auch Kraft empfangen können“ (139)- Tabu brechen gegen die Einsamkeit und Abgrenzung der Mutter, damit sie ihr Verhalten ändert (77) <p>Probleme der Durchführung:</p> <ul style="list-style-type: none">- Reaktionen der Mutter: „Abwehr der Hilfe“ (169), „Eingriff von außen in vielen Situation unmöglich“ (147), „keine Krankheitsakzeptanz von ihr und der Umwelt“ (158)- „keine Zeit“ (41),(53),(175), „keine Kraft“ (42), „keine Motivation durch Verhalten der Mutter“ (158),(172),(175)- „Vater ist hilflos“ (179)- schwieriger Zugang, „über die Krankheit wird nicht
--	---

	<p>gesprochen“ (88),(152)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abwehr der Mutter: „gesteht sich durch geschwächtes Selbstbewusstsein keine Hilfe ein“, „keine Krankheitseingeständnis“ (113), keine Abhängigkeit von anderen aufzeigen, „stellt sich selbst in den Schatten“ (110), „Schmerz, das Leben selbstständig nicht hinzubekommen“ (126)
<p>6. Behandlungsmöglichkeiten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Erlebte Behandlung: keine klinische (103), nur psychologische Hilfe (24) - Voraussetzung für Erfolg: Überzeugung, Hoffnung, Wille (104), Motivation, Glaube, Kraft der Mutter, was aber bei der Krankheit angegriffen ist (29) - Klinische Behandlung: „nicht immer gute Auswirkungen“ (32),(104), „offensive Art der Behandlung“ (89) - Wissen über Behandlung: „wenig Erfahrungen und Information“, „Ohren offen halten“ (87),(88),(107),(108) <p>Standpunkt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „viele gute Behandlung“, die ihre helfen, das selbstständig zu lösen (182) - schlechte Behandlungen, die den psychisch Kranken als unfähig, lebensunfähig darstellt (182) - Behandlung muss transparent für die Familie sein (187) - vielleicht alternativ oder künstlerisch (184) - bei psychischen Krankheiten: individuelle Einzelentscheidung über Behandlung (104) - es gibt viele Behandlungsmöglichkeiten, bei denen sie dankbarer Dinge tun kann, die sie - täglich bewältigen kann, Zeit für sich hat (183)
<p>7. Beginn der Krankheit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Familienwachstum: zur Zeit, als sie den Beruf aufgegeben hat, kurz nach der Geburt des kleinen Bruders (64) - Information: ziemlich schmerzvoll, vor kurzer Zeit (64)

<p>8. Ursache: Aufopferung für andere Menschen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - immer eine stark gebende Person, die wenig zurückbekommt (51) - wenig Aufmerksamkeit für sich in Anspruch nimmt (51) - immer Hinwendung und Investition für andere (51), 1000 Sachen für die Mitmenschen tun (191) - Mittelpunkt ist die Familie (83),(85)
<p>9. Wesen der Mutter</p>	<ul style="list-style-type: none"> - sensibel in ihrer Wahrnehmung, Empfindung, feine Wahrnehmung (144), sehr verletzlich (80) - Wesen stellt Risiko für Erkrankung dar: „Sensibilität biete große Angriffsfläche für Belastung“, „Einsamkeit“, „wenig Aufmerksamkeit von außen“ (144), „nicht abschalten zu können“, „keine Abwehr gegen bestimmte Reize besitzen“ (144)
<p>10. Entscheidung: Berufsabbruch</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Beruf bedeutet: Identität (145), Emotionalität (145), toll (145), viel Investition (145), Leidenschaft (145), Selbstbewusstsein (68), Erfolg (145), schmerzhaft Seite: wenig Zeit für Familie (67) - beides verbinden: Familie und Beruf, sehr schwierig (71) - Entscheidung: Berufsabbruch für die Familie (143) - Starke Kausalität zwischen Geburt des Bruders und Berufsaufgabe als Entstehungsfaktoren für die Depression (65) <p>Negative Auswirkungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ganz starke Belastung für sie (48), leidet sehr darunter (69), kämpft bis heut noch mit der Entscheidung (50), psychisch stark belastet (8) - zurückgehendes Selbstwertgefühl durch fehlende Aufgabe (27), aus Hausarbeit Selbstbewusstsein ziehen wäre Wahnsinn (68) - neues eigenes Arbeitsleben (59): Tagesmutter, für andere Kinder da sein– gibt ihnen sehr viel, wahnsinnig belastend, starke Anstrengung (57), aber positiv, dass sie wieder arbeitet (59), starke Belastung, nur für andere da zu sein

	<p>(48)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ihr Beruf ist die Familie: keine Trennung mehr und somit keine Legitimation für Freizeit (183) <p>Positive Auswirkungen für die Familie (69):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familie: Grundlage für musikalische Bildung der Kinder geschaffen (145) - Unglaublicher Gewinn: immer für die Familie da (71), sie hat für die Familie was ganz tolles aufgebaut (51), wahnsinnig dankbar dafür (51) - viel Zeit für das Familienleben (83)
<p>11. Depression und Symptome</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Depression: relativ schwerwiegend (8), in verschiedenen Schwierigkeitsgraden (24) - Stimmungsschwankungen: stark (18), extrem (8),(22), von der tollsten Stimmung zum tiefsten psychischen Chaos (18), euphorisch (18), unglücklich (210), vom Wetter und Licht abhängig, weil von da die Kraft kommt (15),(18), Schwankungen, bei denen der Verlauf nicht abzusehen ist (37) <p>Zeitpunkt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - früher schon einmal aufgetreten, aber nicht kontinuierlich (12) - extreme Schwankungen in den Wintermonaten (12), diesmal auch im Sommer (18) - psychisches Problem versperrt den Zugang zur eigenen Kraft und Willensstärke (17),(27),(29),(62): keine Motivation (60), Willenlosigkeit (147), Antriebslosigkeit (147), Pessimismus (126), Freudlosigkeit (192), kraftlos (17),(27),(60),(147) - neben sich stehen (204), mit sich beschäftigt (109), von sich selbst gefangen (109), bedingt zurechnungsfähig (199), gestörte Wahrnehmung (204) <p>Verhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - im Tiefpunkt: verschiedene Äußerungen wie jammern

	<p>(171), hilfloses Beschweren (171), indirekt um Hilfe schreiend (171), Aufmerksamkeit für ihre Lage erlangen (172), in schwierigen Ton (172)</p> <ul style="list-style-type: none"> - fehlende Reflektion über eigenes Verhalten möglich, in Gedanken und Gefühlen verlieren und somit unangemessen reagieren (204) <p>Verletzlichkeit zwingt sie zum Selbstschutz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verteidigung vor Angriffen (77) und Gefahren (80): Anschuldigungen (198), an andere Kritik üben, um sich dadurch selbst zu entschuldigen (198),(199), Kränkung (196), Abwehr von Hilfe (169) - Meidung und Rückzug aus der Gesellschaft als Selbstschutz (129),(132),(206) - Tabuisierung des Themas (94) <p>Erklärung für ihr Verhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reaktion der Hilflosigkeit (80) - Kritik an anderen, um sein Selbstwertgefühl noch zu steigern (198)
<p>12. Definition der Depression</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gleichgewicht zwischen Körper und Seele außer Kontrolle (211) - Unvorstellbar verbreitete Krankheit (208): ansteigend unter Jugendlichen (212) - Ursache: Materialismus, der nur auf Leistung aus ist (210) - Leistungsdruck und Versagen sind schlechte Voraussetzung für den Aufbau eines Selbstbewusstseins (212) - färbt nicht auf den Körper, sondern auf die Person ab (97)
<p>13. Umgang mit der Mutter</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „Sehr schwierig damit umzugehen“: Schwankungen sind unberechenbar (18),(37), Hilflosigkeit, „weil man nicht weiß, wie die Person selbst über das Thema denkt“ (88) - Dilemma: Bedürfnisbefriedigende Hilfe der Mutter ablehnen, „um sie zu schonen“ (191), „weil das Geben und Nehmen in beiden Richtungen gestört“ (191)

	<p>Geeigneter Umgang:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verständnis zeigen: Person auch mit Schwächen akzeptieren (141), Legitimation für die Krankheit zugestehen (141) - Die Mutter „als Person zu sehen, nicht als krank“ (158) - Gespräch eröffnen und es gemeinsam bearbeiten (161) - „Ehrlicher, kindlicher Umgang hilft ihr aus ihren Tiefs“ (168) - Ihr Verhalten „nicht persönlich nehmen“ (169),(199), sondern „die Botschaft verstehen lernen“ (172) und „respektieren“ (175) - Initiative als Außenstehender ergreifen und Hilfe anbieten (176),(183) - „Sensibel sein“, „Rücksicht nehmen“ (207) - Gesellschaft muss über Lebensanschauung nachdenken (212) - Hilfe auf indirekten Weg (154): „große Mühe geben“ (36), „selbst positiv denken“ (36), „die Person von negativen Gedanken ablenken“ (36) - „Zuwendung zeigen, um ihr Selbstwertgefühl zu stärken“ (40): „aktive Dinge unternehmen, sich mit ihr unterhalten“ (41), „ihr ein wertvolles Gefühl geben“ (41)
<p>14. Belastung für den Vater</p>	<ul style="list-style-type: none"> - starke Dauerbelastung für die Beziehung (147), Hilflosigkeit (148),(179), schmerzhaft (148), ständiger Kampf und Geduldsübung (148) - keine ausgewogene stützende Beziehung für beide Partner (148) - aktives Beziehungsleben verlieren (147),(148)
<p>15. Wendepunkt: Ablösung der Kinder</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „nur eine Lebensveränderung beziehungsweise Umstellung“ (194), „kein Verlust der Beziehung zu den Kindern“ (194) - Negative Wirkung: Belastung für Mutter, „wenn ihr Lebensinhalt weg bricht“ (192),(193)

	<ul style="list-style-type: none"> - „ein Stück Identität geht verloren“ (194), „schwierig, dies mit sich klar zu kriegen“ (194) - Positive Wirkung (178): „Chance, die die Bearbeitung der Probleme verlangt“ (85) - „Veränderung in der Beziehung zur Mutter“ (178)
<p>16. Tabuisierung des Themas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gespräche über Krankheit: selten (9),(10),(88), sehr wenig direkt mit der Person (10), nicht mit dem Vater (179) <p>Positive Seite des Schweigens:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schutzfunktion, um Mutter als Person und nicht als krank wahrzunehmen (91),(11) <p>Tabuisierung durch die Mutter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - spricht wenig darüber (152) - Selbstschutz (93), um keine Schwäche zu zeigen, von anderen abhängig zu werden (hilfebedürftig) und damit angreifbar zu werden (94) - Umwelt vor Belastung durch das Wissen schützen wollen (93) - Wissen, „das man krank ist, kann sehr belastet sein“ (89),(113) - Risiko, auf Unwissenheit und falsche Einschätzung von außen zu stoßen, stellt eine große Barriere dar (157) - Angst vor gesellschaftliches Manko/ Stigma (129),(206): minderwertig zu wirken (97) und unfähig, seine Psyche in den Griff zu bekommen (98), - Keine sichtbaren Merkmale für die Krankheit, somit keine Legitimation der Behandlung (97),(127) - kann Reaktion der Außenwelt auf ihre Krankheit nicht einschätzen (206) - wahnsinnige Überwindung (127), krasser Schritt (94), keine Kraft, Auswirkungen abzufedern (156) <p>Notwendigkeit für den offenen Umgangs mit der Krankheit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anhaltspunkte für Kinder, „um zu wissen, wie man damit umgeht“ (10)

	<ul style="list-style-type: none"> - „um ihr helfen zu können“ (88),(163) - „um zu wissen, wie die Person selbst darüber denkt“ (88) - „die Mutter aus ihrer Einsamkeit und Abgrenzung zu holen“ (77)
<p>17. Verständnis für psychische Krankheiten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - psychische Krankheiten sind nicht sichtbar und somit haben sie weniger eine Legitimation auf Behandlung (97) beziehungsweise nicht mehr zu behandeln ist (100), wenig Akzeptanz (129) - Die Person ist nicht fähig, das Psychische selbst in den Griff zu bekommen (98) - Ursache und Verantwortung für eine psychische Krankheit liegt bei der Person selbst (98),(100) <p>Umgang mit einem Kranken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vermeidung des Themas (160) - Unwissenheit (209) und Hilflosigkeit im Umgang (100) - nicht damit zu tun haben wollen (161) - absichtlich übersehen, Ignoranz (158) - wenig Einfühlungsvermögen ruft Reibung hervor (200),(201) - wenig Verständnis: Konzentration auf Materialismus drängt diese Ebene des Menschen in den Hintergrund (101),(201),(210)
<p>18. Parallelen zu Paulas Leben</p>	<p>eigene Berufswahl:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wird von der Krankheit der Mutter tangiert (65) - schmerzvoll, Erkenntnis über Beruf zu erfahren (64) - Ermutigung der Mutter, den Beruf auszuüben, bedeutet ihr viel (68) - Angst vor gleichem Schicksal im Beruf schüren: vergleicht sich mit Mutter (67), andere Zeit bringt andere Möglichkeiten (68) - Dankbarkeit gegenüber der Mutter, die schmerzhaften Seiten des Berufs zu kennen (67)

<p>19. Worte zur Entscheidung der Mutter</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „wahnsinnige Tat“ (145), „Wahnsinnsleistung, so lange zu kämpfen“ (140) - „Reaktion ist sehr gut nachvollziehbar und verständlich“ (140),(145) - „Wahnsinn, aus Hausarbeit Selbstbewusstsein ziehen zu wollen“ (68) - „Wahnsinn, dass die Person so darunter leidet“ (69)
<p>20. Familienbelastungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - „für kleine Geschwister noch schwerer, nicht persönlich zu nehmen“ (45) - „sehr tolles und intensives Familienleben“ (82),(54) - „Rücksicht betonen“ (47)

2. Zentrale Kategorien

(1) Zentrale Kategorien - Frida

Zentrale Kategorien	Zugeordnete Themen
<p>1. Gefühle im Zusammenhang mit der Situation</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Vater als Versager 3. Emotionen für den Vater 4. Verantwortungsgefühl 5. Einzelgänger 8. Beginn der Krankheit 10. Wissen über Behandlung 15. Mutter- kompensierender Gegenpol 16. Bemühungen des Vaters 17. Die Schwester als Wiedergutmachung 19. Bewältigung 21. Wünsche 22. Umgang mit dem Vater 24. Der Alkoholiker
<p>2. Gedanken über die Situation</p>	<ul style="list-style-type: none"> 7. Vererbungsrisiko 11. Kindheit als Ursache
<p>3. Veränderung im Familienleben</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Vater als Versager 2. den Vater erleben 6. Krankheit- ein offenes Thema 8. Beginn der Krankheit 12. Umgang der Mutter mit der Situation 13. Beziehung der Eltern 14. Familienleben 15. Mutter- kompensierender Gegenpol 16. Bemühungen des Vaters

	17. Die Schwester als Wiedergutmachung 23. Belastungen 24. Der Alkoholiker
4. Wahrnehmung der väterlichen Erkrankung	1. Vater als Versager 2. den Vater erleben 3. Emotionen für den Vater 9. Manie und Depression 23. Belastungen 24. Der Alkoholiker
5. Wissen über die Krankheit	3. Emotionen für den Vater 8. Beginn der Krankheit 10. Wissen über Behandlung 15. Mutter- kompensierender Gegenpol 18. Wissen über die Krankheit
6. Umgang mit der Krankheit	2. den Vater erleben 4. Verantwortungsgefühl 12. Umgang der Mutter mit der Situation 20. Unterstützung und Hilfe 21. Wünsche 22. Umgang mit dem Vater
7. Veränderungen und Belastungen für Fridas Leben	1. Vater als Versager 2. den Vater erleben 3. Emotionen für den Vater 5. Einzelgänger 7. Vererbungsrisiko 12. Umgang der Mutter mit der Situation 13. Beziehung der Eltern 14. Familienleben 20. Unterstützung und Hilfe 21. Wünsche 22. Umgang mit dem Vater 23. Belastungen
8. Bewältigung der Probleme	2. den Vater erleben 3. Emotionen für den Vater 19. Bewältigung
9. Unterstützung und Hilfe	5. Einzelgänger 20. Unterstützung und Hilfe 22. Umgang mit dem Vater
10. Wünsche	3. Emotionen für den Vater 5. Einzelgänger 21. Wünsche 22. Umgang mit dem Vater 23. Belastungen

(2) Zentrale Kategorien - Sigrun

Zentrale Kategorien	Zugeordnete Themen
1. Gefühle und Gedanken im Zusammenhang mit der Krankheit	1. Unangenehmes 2. Abwehr der Krankheit 3. Angst vor Stigmatisierung 6. Kindliche Krankheitsdefinition 7. Vorstellung über Vererbbarkeit der Krankheit 9. Erlebte Krankheitsanzeichen
2. Wahrnehmung und Erleben	8. Erinnerung an Klinik/ Behandlungen 9. Erlebte Krankheitsanzeichen 18. Wendepunkt: Verhalten als Krankheit sehen 19. Sensibilität für den Zustand
3. Umgang mit der Krankheit	1. Unangenehmes 2. Abwehr der Krankheit 3. Angst vor Stigmatisierung 17. Unterstützung/ Hilfe 20. Umgang der Mutter mit ihrer Krankheit 21. Umgang mit der Krankheit
4. Wissen über die Krankheit	4. Erinnerungen an den Beginn der Krankheit 5. Vorstellung über Auslöser der Krankheit 8. Erinnerung an Klinik/ Behandlungen 18. Wendepunkt: Verhalten ist eine Krankheit
5. Auswirkungen auf das Familienleben	7. Vorstellungen über die Vererbbarkeit der Krankheit 10. Veränderte Situation durch Arbeitslosigkeit der Mutter 15. Distanzierung von zu Hause- Auszug 16. Elternbeziehung 20. Umgang der Mutter mit ihrer Krankheit
6. Auswirkungen auf Sigrun	11. Geforderte Selbstständigkeit 12. Geringes Selbstbewusstsein 13. Unterstützung durch die Eltern
7. Bewältigung der Situation	10. Veränderte Situation durch die Arbeitslosigkeit der Mutter 15. Distanzierung von zu Hause- Auszug 20. Umgang der Mutter mit ihrer Krankheit
8. Hilfe und Unterstützung	11. Geforderte Selbstständigkeit 13. Unterstützung durch die Eltern 17. Unterstützung/ Hilfe

(3) Zentrale Kategorien - Marcel

Zentrale Kategorien	Zugeordnete Themen
1. Wahrnehmung der Krankheit	1. Bewusstsein 3. Fehlende Krankheitseinsicht 12. Wahnideen der Mutter 13. Halluzinationen 14. Verhalten der Mutter 15. Weitere Symptome 17. Gedanken über die Krankheit 23. Behandlung der Mutter 24. Definition der Krankheit
2. Gefühle im Zusammenhang mit der Krankheit	3. Fehlende Krankheitseinsicht 4. Verhalten gegenüber der Mutter 8. Akzeptanz der Krankheit von der Umwelt 9. Gefühle der Angst 19. Schamgefühle 20. Hilfe aufsuchen 23. Behandlung der Mutter 28. Unterstützung der Mutter
3. Gedanken zur Krankheit	5. Veränderung in der Einstellung und Umgang mit der Krankheit 12. Wahnideen der Mutter 16. Gedanken über Vererbung der Krankheit 17. Gedanken über die Krankheit 24. Definition der Krankheit
4. Wissen über die Krankheit	4. Verhalten gegenüber der Mutter 5. Veränderung in der Einstellung und Umgang mit der Krankheit 7. Tabuisierung der Krankheit 12. Wahnideen der Mutter 13. Halluzinationen 15. Weitere Symptome 16. Gedanken über Vererbung der Krankheit 17. Gedanken über die Krankheit 20. Hilfe aufsuchen 21. Unterstützung 22. Wissen über die Krankheit 23. Behandlung der Mutter 24. Definition der Krankheit 26. Wünsche
5. Auswirkungen auf das Familienleben	5. Veränderung in der Einstellung und Umgang mit der Krankheit 14. Wissen über die Behandlung 19. Schamgefühle 20. Familienbelastung 27. Auswirkung auf die Familienbeziehungen

<p>6. Belastungen für Marcel</p>	<p>2. Der gesunde Gegenpart 4. Verhalten gegenüber der Mutter 5. Veränderung in der Einstellung und Umgang mit der Krankheit 6. Beziehung zwischen Mutter und Sohn 7. Tabuisierung der Krankheit 11. Dilemma- Wahn oder Realität 12. Wahnideen der Mutter 14. Wissen über die Behandlung 18. Verdrängung 25. Beeinträchtigung im Leben 26. Wünsche 27. Auswirkung auf die Familienbeziehungen 28. Unterstützung der Mutter</p>
<p>7. Bewältigung</p>	<p>1. Bewusstsein 5. Veränderung in der Einstellung und Umgang mit der Krankheit 7. Tabuisierung der Krankheit 10. Ausweglosigkeit 11. Dilemma- Wahn oder Realität 18. Verdrängung 20. Hilfe aufsuchen 21. Unterstützung 22. Wissen über die Krankheit 25. Beeinträchtigung im Leben 26. Wünsche</p>
<p>8. Unterstützung und Hilfe</p>	<p>2. Der gesunde Gegenpart 3. Fehlende Krankheitseinsicht 5. Veränderung in der Einstellung und Umgang mit der Krankheit 7. Tabuisierung der Krankheit 14. Wissen über die Behandlung 21. Unterstützung 25. Beeinträchtigung im Leben 26. Wünsche 27. Aufwirkung auf die Familienbeziehung</p>

(4) Zentrale Kategorien - Winfried

Zentrale Kategorien	Zugeordnete Themen
1. Gedanken und Gefühle im Zusammenhang mit der Krankheit	1. Auslöser der Krankheit 2. Unverständnis als Ursache 3. Erwartungen als Ursache 4. Folge: Stigmatisierung 5. Kommunikationsprobleme der Eltern 6. Der Vater als Gegenpol 7. Unterschiedliche Welten 9. Definition der Krankheit 11. Gedanken über Vererbung 12. Gedanken zur Krankheit 13. Wahrnehmung der Krankheit 14. Wissen über die Behandlung 17. Beziehung zur Mutter 18. Beziehung zum Vater 19. Schuldgefühle für die Krankheit 22. Die Mutterrolle
2. Wahrnehmung der Krankheit	5. Kommunikationsprobleme der Eltern 9. Definition der Krankheit 13. Wahrnehmung der Krankheit 14. Wissen über die Behandlung 20. Umgang der Mutter mit der Krankheit
3. Wissen über die Krankheit	10. Wissen über die Krankheit 13. Wahrnehmung der Krankheit 14. Wissen über die Behandlung 20. Umgang der Mutter mit der Krankheit
4. Auswirkung auf das Familienleben	1. Auslöser der Krankheit 5. Kommunikationsprobleme der Eltern 6. Der Vater als Gegenpol 8. Familienleben
5. Belastung für Winfried	2. Unverständnis als Ursache 3. Erwartung als Ursache 4. Folge: Stigmatisierung 5. Kommunikationsprobleme der Eltern 13. Wahrnehmung der Krankheit 15. Wünsche 17. Beziehung zur Mutter 19. Schuldgefühle für die Krankheit 21. Belastung für Winfried
6. Bewältigung der Situation	16. Bewältigung 22. Die Mutterrolle
7. Unterstützung und Wünsche	14. Wissen über die Behandlung 15. Wünsche 17. Beziehung zur Mutter 18. Beziehung zum Vater 20. Umgang der Mutter mit der Krankheit

(5) Zentrale Kategorien - Paula

Zentrale Kategorien	Zugeordnete Themen
1. Gefühle im Zusammenhang mit der Krankheit	1. Gefühlsäußerungen 3. Verantwortung der Familie 5. Veränderung der Situation 9. Wesen der Mutter 11. Depression und Symptome
2. Wahrnehmung der Krankheit	2. Das Verhalten als Krankheit wahrnehmen 3. Verantwortung der Familie 4. Selbsthilfe der Mutter 5. Veränderung der Situation 6. Behandlungsmöglichkeiten 8. Ursache: Aufopferung für andere Menschen 9. Wesen der Mutter 11. Depression und Symptome 13. Umgang mit der Mutter 16. Tabuisierung des Themas
3. Gedanken über die Krankheit	3. Verantwortung der Familie 4. Selbsthilfe der Mutter 5. Veränderung der Situation 6. Behandlungsmöglichkeiten 8. Ursache: Aufopferung für andere Menschen 9. Wesen der Mutter 10. Entscheidung: Berufsabbruch 15. Wendepunkt: Ablösung der Kinder 16. Tabuisierung des Themas 17. Verständnis für psychische Krankheiten 18. Parallelen zu Paulas Leben 19. Worte über Entscheidung der Mutter
4. Wissen über die Krankheit	6. Behandlungsmöglichkeiten 7. Beginn der Krankheit 12. Gedanken zur Depression 18. Parallelen zu Paulas Leben
5. Umgang mit der Situation	5. Veränderung der Situation 11. Depression und Symptome 13. Umgang mit der Mutter 17. Verständnis für psychische Krankheiten
6. Auswirkungen auf das Familienleben	3. Verantwortung der Familie 5. Veränderung der Situation 10. Entscheidung: Berufsabbruch 14. Belastungen für den Vater 16. Tabuisierung des Themas 20. Familienbelastung

7. Belastungen für Paula	1. Gefühlsäußerungen 3. Verantwortung der Familie 5. Veränderung der Situation 6. Behandlungsmöglichkeiten 13. Umgang mit der Mutter 18. Parallelen zu Paulas Leben
8. Unterstützung und Hilfe	5. Veränderung der Situation 13. Umgang mit der Mutter 16. Tabuisierung des Themas

3. Transkriptionsregeln

<i>Zeichen</i>	<i>Bedeutung</i>
..	kurze Pause
...	mittlere Pause
ehm	Planungspause
((Ereignis))	nicht- sprachliche Handlung z.B. ((Schweigen))
((lacht))	Begleiterscheinung des Sprechens (die Charakterisierung steht nach den entsprechenden Stellen)
(unverständlich)	nicht verständliche Äußerung

Abb. : Modifizierte Transkriptionsregeln nach Hoffmann-Riem

4. Leitfaden

A. Erzählstimulus:	
Kannst du mir einfach etwas über das Zusammenleben in deiner Familie erzählen?	
B. Fragekomplexe:	
1. Familienalltag	<ul style="list-style-type: none"> • Welche gemeinsamen Aktivitäten habt ihr? • Hast sich etwas verändert?
2. Beginn der Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> • Hast du irgendwann bemerkt, dass sich bei deiner Mutter/Vater etwas verändert? • Hast du erlebt, dass deine Mutter/Vater etwas gegen ihren Zustand unternommen hat? Arztbesuche/ Medikamente/ Gespräche?
3. Wissen über die Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> • Hast du verschiedene Stimmungen wahrgenommen? • Muss deiner Mutter/Vater Medikamente nehmen? • Kannst du dir vorstellen, was das für eine Krankheit ist? • Hast du eine Idee, woher die Krankheit kommt? • Denkst du, du kannst sie später auch kriegen?
4. Auswirkungen der Krankheit	<p>4.1 Auf die anderen Familienmitglieder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutter/Vater, Geschwister, Großeltern, Geschwister deiner Eltern • Was meinst du, wie die anderen damit zurechtkommen? <p>4.2 Im Zusammenleben in der Familie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Streit, finanzielle Sorgen, neue Aufgaben für die Mitglieder?
5. Tabu-Thema	<ul style="list-style-type: none"> • Redet ihr über die Krankheit von Mutter/Vater? • Mit wem redest du über die Krankheit und deine Gedanken und Gefühle?
6. Unterstützung/Hilfe	<ul style="list-style-type: none"> • Was hättest du dir manchmal in deiner Situation gewünscht?

5. Material-CD

Diese Material-CD ist der Arbeit beigelegt und enthält sowohl alle Interviewtranskripte, Postskripte sowie die für die Arbeit erstellten Aushänge.

Erklärung

„Ich versichere, dass ich meine Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.“

Hannover, 2008

Nancy Müller