

# ***KINDER PSYCHISCH KRANKER ELTERN***

*Bedürfnisse und Probleme aus Sicht von MitarbeiterInnen  
psychosozialer Zentren*

# **MASTERARBEIT**

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts

an der Karl-Franzens-Universität Graz

vorgelegt von

**MARA EGGEL, BAKK.<sup>a</sup> PHIL.**

Matrikelnummer: 0912006

am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaften

Begutachterin: Frau Ao.Univ.-Prof. Mag. Dr.rer.nat. Hannelore Reicher

Graz, September 2015

## **Eidesstattliche Erklärung**

Die Unterzeichnende versichert, dass sie die vorliegende Masterarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die von ihr angegebenen Hilfsmittel benützt hat. Die Stellen der Arbeit, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinne nach entnommen sind, wurden in jedem Fall unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungskommission vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Graz, September 2015

Mara Eggel, Bakk.<sup>a</sup> phil.

## Danksagung

Mit der Fertigstellung dieser Masterarbeit und der anschließenden Abschlussprüfung ist meine Studienzeit an der Karl-Franzens-Universität zu Ende. Es war eine aufregende Zeit mit Höhen und Tiefen, Erfahrungen, die mein Leben bereicherten, und Erinnerungen, die ich niemals vergessen werde. Möglich gemacht wurde mir das in erster Linie durch die Unterstützung meiner Eltern – Rosi & Franz – und deshalb möchte ich mich von ganzem Herzen bei euch bedanken.

Der allergrößte Dank gilt meinem Freund Gernot. Er begleitete mich durch den Großteil meiner Studienzeit und fand in jeder Lage die passenden Worte. Ich danke dir für deine unglaubliche Geduld, die emotionale Unterstützung und die Motivation. Du warst stets an meiner Seite und ich konnte mich in jeder Situation auf dich verlassen.

Geschwister und Freunde haben in meinem Leben einen wichtigen Stellenwert. Danke für euer Zuhören, die aufmunternden Worte und den Glauben an mich.

An dieser Stelle möchte ich mich natürlich auch bei meiner Betreuerin, Frau Ao.Univ.-Prof. Mag. Dr.rer.nat. Hannelore Reicher, für ihre Unterstützung und die immer neuen wegweisenden und konstruktiven Vorschläge bei der Erstellung meiner Masterarbeit bedanken.

Last but not least bedanke ich mich bei den ExpertInnen, die sich für Interviews zur Verfügung stellten und ihr Wissen und ihre Erfahrungen mit mir teilten.

**DANKE!**

## **Kurzfassung**

Die vorliegende Masterarbeit befasst sich mit der Thematik „Kinder psychisch kranker Eltern“.

Lange Zeit galten Kinder psychisch kranker Eltern als die „kleinen vergessenen Angehörigen“. Ziel dieser Arbeit ist es, diesem so wichtigen Thema mehr Gewicht zu verleihen und den Kindern vermehrte Aufmerksamkeit zu schenken. Aufgrund der elterlichen Krankheit gehen für Kinder erhebliche Belastungen und Probleme einher.

Kinder psychisch kranker Eltern sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, selbst im Laufe ihres Lebens eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Die kindliche Entwicklung wird maßgeblich von Risiko- und Schutzfaktoren mitbestimmt welche auch in dieser Arbeit berücksichtigt werden. Einfluss darauf nimmt das Konzept der Resilienz, also die Widerstandsfähigkeit eines Kindes sich trotz schwierigen Situationen weitgehend gesund zu entfalten.

Ein Aspekt, der oftmals vergessen bzw. vernachlässigt wird, ist die kindgerechte Aufklärung. Für Kinder und Jugendliche wäre es von Bedeutung, über die Krankheit und den weiteren Behandlungsverlauf der Eltern aufgeklärt zu werden.

Im Rahmen einer qualitativen Interviewforschung wird der Frage nachgegangen, wie Bedürfnisse und Probleme der Kinder psychisch kranker Eltern von MitarbeiterInnen psychosozialer Zentren wahrgenommen werden. Als Erhebungsinstrument wurde das leitfadengestützte Interview eingesetzt. Grundsätzlich kann aufgezeigt werden, dass bei der Auswertung der einzelnen Interviews ein bemerkenswerter Zusammenhang zwischen Theorie und Empirie besteht. Die Antworten der sechs ExpertInnen waren größtenteils übereinstimmend und somit kann festgehalten werden, dass sie in ihrer Arbeit mit den Kindern ähnliche Erfahrungen machen. Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder das Bedürfnis verspüren über die elterliche Krankheit aufgeklärt zu werden. Aus den Interviews wurde ersichtlich, dass das Vorhandensein von Bezugspersonen für Kinder ganz wesentlich ist. Dabei ist wichtig, dass sie die Erlaubnis der Eltern bekommen mit den Vertrauenspersonen offen über die familiäre Situation zu sprechen. Wie in der Theorie beschrieben, konnte in dieser Forschung bestätigt werden, dass Parentifizierung und Tabuisierung für betroffene Kinder große Probleme darstellen.

Am Ende der vorliegenden Forschungsarbeit werden die erzielten Ergebnisse eingehend dargelegt und beschrieben.

## **Abstract**

This master thesis deals with the topic “Children of Mentally Ill Parents” and is divided into two parts. The first part describes the theoretical aspects and the second section presents the empirical research.

For a long time, children of mentally ill parents were presumed to be the small forgotten relatives. The purpose of this study is to give more attention to these kids. Due to the parental illness the children have a lot of serious stress and problems.

Preferably, children are exposed to an increased risk of developing a mental illness themselves in the course of their lives. The child’s development is significantly influenced by risk and protective factors, which are also be considered in this paper. The resilience, that is to say the resistance of a child to develop widely healthy despite the difficult situation, has influence on that.

One fact that is often forgotten or even neglected is the appropriate clearing up for children. It would be important for kids and teenagers to be aware of their parents’ illness and the further therapy process as well.

This study examines children of mentally ill parents and how they are perceived by the employees of psychosocial centres. Interviews were used to collect data about kids’ problems and needs. The preliminary results of the research show that there is a remarkable correlation between theory and empirical findings. The responses of the six experts were mostly consistent in that they have had similar experiences with the children in light of their work. The results show that children feel the need to be informed about the parental illness. It became obvious from the interviews that the presence of attachment figures is essential for children. Although the permission from their parents to talk about the domestic situation with the attachment figures is important. As described in theory, it could be confirmed in this research that parentification and taboo caused major problems for children affected.

At the end of the present master thesis, the obtained results get exposed and described in detail.

## **Inhaltsverzeichnis**

Teil I Theoretischer Teil.....	1
Einleitung .....	2
1. Einführung in das Thema .....	5
2. Überblick über psychische Krankheiten.....	8
2.1. Schizophrene Störungen.....	8
2.2. Depressionen .....	9
2.3. Bipolare Störungen.....	9
2.4. Persönlichkeitsstörungen.....	10
2.5. Angststörungen.....	11
3. Kinder psychisch kranker Eltern .....	14
3.1. Erkrankungsrisiken.....	14
3.2. Erb- und Umweltfaktoren.....	16
3.3. Belastungsfolgen und Entwicklungsrisiken .....	18
3.4. Kindgerechte Aufklärung .....	22
3.5. Psychoedukation.....	24
4. Problematische Lebenssituation der Kinder.....	26
4.1. Parentifizierung .....	27
4.2. Tabuisierung und Stigmatisierung.....	29
4.3. Ängste.....	30
4.4. Isolation .....	31
4.5. Misshandlung und Vernachlässigung.....	32
4.6. Kindeswohlgefährdung .....	33
5. Resilienz .....	37
5.1. Definition und Merkmale .....	37
5.2. Vulnerabilität.....	39

5.3. Risiko- und Schutzfaktoren .....	39
5.3.1. Risikofaktoren .....	39
5.3.2. Schutzfaktoren.....	41
5.4. Coping .....	44
6. Hilfsangebote.....	46
6.1. Familienorientierte Interventionen .....	47
6.2. Patenschaften.....	49
6.3. Angehörigenarbeit .....	51
6.4. Prävention.....	52
6.5. Bestehende Projekte .....	54
Teil II Empirischer Teil.....	58
7. Empirische Untersuchung .....	59
7.1. Methodisches Vorgehen .....	60
7.1.1. Qualitatives Interview .....	60
7.1.2. Leitfadengestütztes Interview .....	61
7.1.3. Interviewleitfaden.....	64
7.1.4. Auswahl der InterviewpartnerInnen.....	70
7.1.5. Kritische Betrachtung.....	71
7.2. Auswertung der Interviews .....	72
7.2.1. Transkription der Interviews .....	72
7.2.2. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	73
7.2.3. MAXQDA – Software für die qualitative Datenanalyse .....	76
7.2.4. Codesystem .....	77
7.3. Ergebnisse .....	81
7.3.1. Probleme und Belastungen.....	81
7.3.2. Bedürfnisse der Kinder.....	85
7.3.3. Alltag der Kinder.....	90

7.3.4.	Gefühlswelt der Kinder .....	93
7.3.5.	Beratung und Betreuung.....	95
7.3.6.	KooperationspartnerInnen.....	96
7.3.7.	Psychisch kranke Eltern .....	98
7.3.8.	Zukunftswünsche der InterviewpartnerInnen.....	99
7.4.	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse.....	101
7.4.1.	Bedürfnisse.....	101
7.4.2.	Probleme.....	103
7.4.3.	Beratung und Betreuung.....	105
8.	Ausblick.....	107
9.	Fazit.....	109
	Literaturverzeichnis .....	X



## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Eingetragene Veröffentlichungen.....	6
Abbildung 2: Häufigkeiten psychischer Krankheiten .....	12
Abbildung 3: Unterschied in Bezug auf die Erkrankungshäufigkeit Männer und Frauen ..	13
Abbildung 4: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell nach Mayring .....	75
Abbildung 5: Codebaum.....	80

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Interviewleitfaden..... 66

TEIL I  
THEORETISCHER TEIL

## Einleitung

*„Ich bin dazu da, damit es Mama wieder besser geht“ (Geis, o.A.).*

Wie viel Wahrheit steckt in diesem Zitat? Müssen wirklich Kinder darauf schauen, dass es ihren Eltern gut geht? Dieses Zitat beschreibt die Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern. Weiters stellen sich beispielsweise Fragen wie: Welche Beeinträchtigungen erleben Kinder durch die Erkrankung der Eltern? Inwieweit ist die kindliche Entwicklung gefährdet? Wie kann ihnen und ihrer Familie geholfen werden? Diesen Fragen widmet sich die vorliegende Masterarbeit, und es wird versucht diese basierend auf der Fachliteratur und einer eigenen Forschungsstudie zu beantworten.

Als mit der Literaturrecherche für das Thema begonnen wurde, bin ich immer wieder auf die Aussage gestoßen, dass Kinder von psychisch kranken Eltern lange Zeit als die „kleinen vergessenen Angehörigen“ galten. Gerade durch diese Wörter wurde das Interesse für diese Thematik noch größer. Dies bestärkte mich in dem Vorhaben, meine Masterarbeit über dieses Thema zu schreiben. Dieser Thematik und den betroffenen Kindern und Jugendlichen muss gezielt noch mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Ziel sollte es sein, diesem Problem vermehrtes Interesse entgegenzubringen.

Um einen Einblick in dieses Themengebiet zu erhalten, wurden in der empirischen Untersuchung explizit nur ExpertInnen aus diesem Umfeld befragt. Aufgrund des beschriebenen Forschungsziels und dieser speziellen Auswahl der InterviewpartnerInnen konnte für die Untersuchung eine Forschungsfrage definiert werden, die wie folgt lautet:

**Wie nehmen MitarbeiterInnen von psychosozialen Zentren die Bedürfnisse und Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern wahr und wie sieht in diesem Zusammenhang die weitere Beratung und Betreuung aus?**

Das Ziel ist es, mit Hilfe der ausgewerteten Interviewdaten diese Forschungsfrage zu beantworten.

Die psychische Krankheit eines Elternteils beeinflusst auch immer das gesamte Familiennetzwerk. Die Beziehungen untereinander werden dadurch eingeschränkt. Mit der elterlichen Krankheit hängen Belastungen und Schwierigkeiten zusammen, die sich durchaus ungünstig auf den Alltag innerhalb einer Familie auswirken. Gerade Kinder befinden sich

deshalb in einer schwierigen Lebenssituation und müssen viele komplexe Bewältigungsanforderungen in ihrem jungen Leben meistern (vgl. Ziegenhain/Deneke 2014, S. 14). Die Erlebnisse und Erfahrungen, im Zusammenleben mit einem psychisch kranken Elternteil, sind für jedes Kind einzigartig. Der familiäre Alltag kann aufgrund der Krankheit verwirrend, einsam und beängstigend sein (vgl. Sherman 2007, o.S.).

Diese Masterarbeit gliedert sich in zwei spezielle Bereiche, den theoretischen Teil und den empirischen Teil.

Abschnitt I befasst sich mit dem theoretischen Hintergrund dieser Thematik. Als Einstieg folgt ein historischer Rückblick, wie sich die Aufmerksamkeit gegenüber Kindern psychisch kranker Eltern verändert hat. Kapitel zwei beschäftigt sich mit den einzelnen Krankheitstypen, welche kurz erklärt werden. Abschluss dieses Kapitels bildet eine Studie aus Deutschland, wie häufig psychische Krankheiten in der Gesamtbevölkerung auftreten. Das Risiko für Kinder selbst eine psychische Störung zu entwickeln ist deutlich erhöht. Das Erkrankungsrisiko wird von zwei wesentlichen Faktoren mitbedingt. Besondere Bedeutung haben demzufolge die beiden Aspekte Genetik und Umwelteinflüsse. Damit beschäftigt sich das dritte Kapitel. Der letzte Abschnitt dieses Kapitels beschäftigt sich mit der kindlichen Aufklärung und welcher wesentlichen Gesichtspunkt dies für Kinder darstellt. Stigmatisierung, Tabuisierung und Isolation sind Probleme, die Kinder aufgrund der elterlichen Erkrankung durchleben. Diese werden eingehender in Kapitel vier erläutert. Bei der Recherche über Kinder psychisch kranker Eltern kommt man nicht über den Begriff der Resilienz hinweg. Resilienz beschäftigt sich damit, wie widerstandsfähig Kinder gegenüber Entwicklungsrisiken sind. Hauptaugenmerk wird darauf gelegt, wie erfolgreich Kinder mit belastenden Lebenssituationen umgehen und diese bestmöglich bewältigen können. Für Kinder ist es besonders wertvoll, die positiven Ressourcen zu schützen bzw. zu stärken und negative fernzuhalten. In diesem Kontext wird von Schutz- und Risikofaktoren gesprochen. Im Resilienzkonzept wird diesen Faktoren ein besonderer Aspekt zugeschrieben. Aus diesem Grund befasst sich das fünfte Kapitel eingehender mit dieser Thematik. Im letzten Teil der Arbeit werden Hilfsangebote und bereits bestehende Projekte für betroffene Kinder und ihre Familien vorgestellt.

Nach Beendigung des theoretischen Abschnittes wird zur empirischen Forschung übergeleitet. Im Fokus der Untersuchung steht die Beantwortung der obengenannten Forschungsfrage.

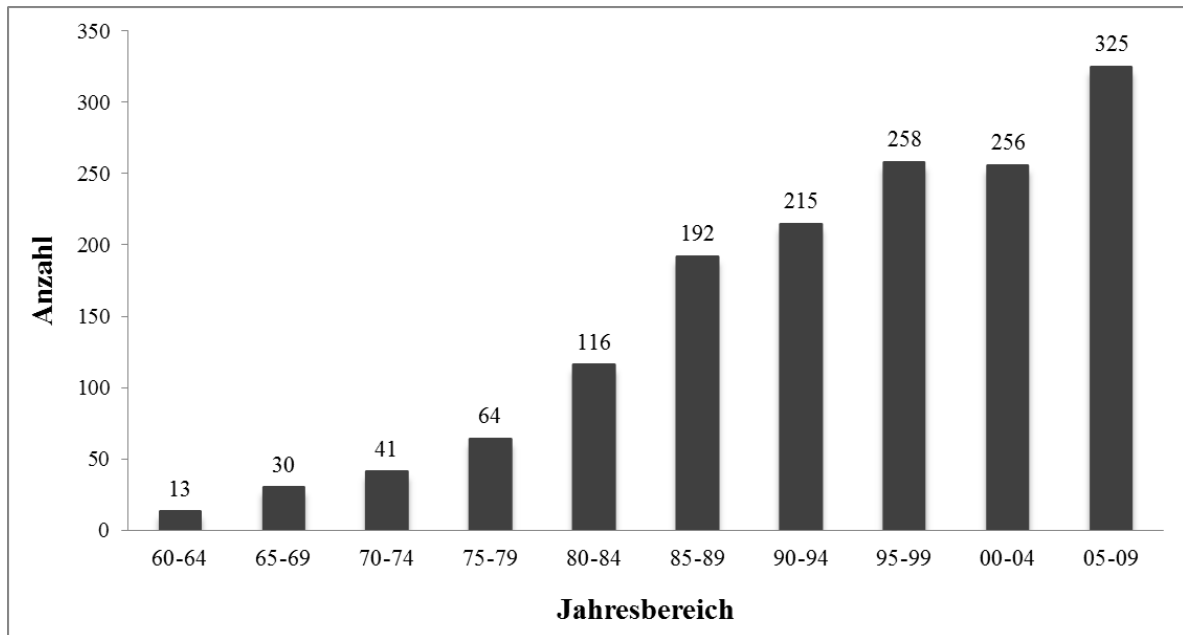
Für die Studie wurden insgesamt sechs ExpertInneninterviews mit SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogInnen durchgeführt. Weiters wird im ersten Teil des empirischen Abschnittes das methodische Vorgehen erläutert, welches Forschungsinstrument eingesetzt wurde, und der verwendete Interviewleitfaden wird vorgestellt. Im Anschluss daran wird die Auswertung der erhobenen Daten vorgestellt. Den Abschluss bildet die Interpretation und Diskussion der ausgewerteten Ergebnisse. Ebenso wird ein Resümee über die gesamte Arbeit gezogen.

## 1. Einführung in das Thema

In vielen Artikeln, Büchern oder Fachzeitschriften wird explizit betont, dass Kinder psychisch kranker Eltern als die „kleinen vergessenen Angehörigen“ gelten. In den letzten Jahren wurde diese Thematik insbesondere in der Öffentlichkeit stark diskutiert und bekam mehr Aufmerksamkeit. Um aufzuzeigen, wie sich das verändert hat, folgt nun ein kurzer Einblick in die historische Entwicklung dieses Themas.

Bereits in den 1930er Jahren beschäftigte man sich mit dieser Thematik (vgl. Mattejat/Lenz/Wiegand-Grefe 2012, S. 13). Der englische Kinder- und Jugendpsychiater Michael Rutter forschte bereits in den 1950er Jahren zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“. Die Ergebnisse seiner Untersuchungen zeigen, dass Kinder aufgrund der elterlichen Krankheit deutlichen Entwicklungsrisiken ausgesetzt sind. Im deutschsprachigen Raum befasst sich vor allem Helmut Remschmidt in den Anfängen der 1970er Jahren eingehend mit dieser Thematik. International nahmen die wissenschaftlichen Untersuchungen und Veröffentlichungen in den späten 1970er Jahren und 1980er Jahren deutlich zu. Weit- aus später machten Helmut Remschmidt und Fritz Mattejat darauf aufmerksam, dass dem Thema Kinder psychisch kranker Eltern zu wenig Interesse entgegengebracht wird. Mittlerweile gibt es immer mehr Fachtagungen, Kongresse etc., die Kinder als Angehörige psychisch kranker Personen im Fokus haben. Mit diesen Maßnahmen wurde die Entwicklung der Thematik in eine positive Richtung gelenkt (vgl. Lenz 2014, S. 5f.).

Abbildung 1 zeigt, wie sich die Veröffentlichungen angefangen von 1960 bis ins Jahr 2009 verändert haben. Diese Veröffentlichungen beziehen sich auf die Literaturdatenbank „PSYCHIFNO“ und wurden im Jahr 2010 ausgewertet. Generell kann jedoch ein starker Zuwachs festgestellt werden. Deutlich wird dies speziell in den 1980er Jahren. In den frühen 1980er Jahren gab es noch 116 Eintragungen, diese Anzahl hat sich aber bis zum Ende der 1980er Jahren beinahe verdoppelt, auf sagenhafte 192. Eine offensichtliche Steigerung gab es ebenfalls Mitte der 1990er Jahre. In der Zeit von 2005-2009 ist nochmal ein deutlicher Zuwachs an eingetragenen Veröffentlichungen sichtbar (vgl. Mattejat/Lenz/Wiegand-Grefe 2012, S. 15f.).



**Abbildung 1: Eingetragene Veröffentlichungen**  
(Mattejat/Lenz/Wiegand-Grefe 2012, S. 16)

Wie bereits erwähnt, stellt die Krankheit der Eltern für Kinder ein durchaus erhöhtes Risiko in Bezug auf ihre weitere gesundheitliche Entwicklung dar. Im Gegensatz zu Kindern mit gesunden Eltern zeigten Ergebnisse aus Untersuchungen deutlich, dass das Risiko für Kinder kranker Eltern, selbst eine psychiatrische Störung zu erleiden, um das Dreifache höher ist (vgl. Klein/Jungbauer 2010, S. 161). Aufgrund von verschiedenen Symptomen und Problemen lässt sich kein definitiver Zusammenhang zwischen der elterlichen Krankheit und dem Störungsbild des Kindes festlegen. Auf lange Sicht gesehen, entwickelt sich der Großteil der Kinder von psychisch kranken Eltern normal bzw. unauffällig. Trotzdem sind diese Kinder eine sogenannte Hochrisikogruppe in Bezug auf gesundheitliche und psychosoziale Probleme (vgl. Klein/Jungbauer 2010, S. 161). Aufgrund von individuellen Bewältigungsstrategien, vorhandenen Ressourcen und Schutzfaktoren innerhalb der Familie haben Kinder die Chance, keine eigenen psychischen Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln (vgl. Griepenstroh/Schmuhl 2010, S. 127). In Österreich gibt es ungefähr 50.000 bis 70.000 Kinder und Jugendliche, die mindestens einen psychisch kranken Elternteil haben (vgl. JoJo-Kindheit im Schatten, o.A.).

Augenmerk muss darauf gelegt werden, dass Kinder psychisch kranker Eltern immer mit Defiziten im elterlichen Verhalten und deren Problemen konfrontiert werden, dies wiederum gefährdet ihre emotionale Entwicklung (vgl. Kölch 2009, S. 3).



Kinder psychisch kranker Eltern sind in vielen Situationen erheblichen Belastungen ausgesetzt und diesbezüglich haben sie ebenso ein Recht auf angemessene Förderung ihrer Entwicklung und Erziehung zu einer selbstständigen Persönlichkeit (vgl. Trepte 2008, S. 82).

Bereits in frühen Jahren müssen Kinder lernen, mit Beziehungsabbrüchen umzugehen. Wegen der elterlichen Erkrankung erleben sie zudem eine Art Realitätsverzerrung und Isolation. Insbesondere ältere Kinder wissen oft nicht, wie sie mit der Krankheit umgehen sollen, und stehen den Belastungen seitens der Eltern hilflos gegenüber (vgl. Gehrman/Sumargo 2009, S. 385). Es zeigte sich, dass es in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil sehr häufig zu Trennungen vom Partner bzw. von der Partnerin kommt. Somit lebt jeder zweite Kranke mit Kind vom anderen Elternteil getrennt. Die Kinder bleiben meist jedoch bei der Mutter. Da die Vererbung der Krankheit einen besonderen Stellenwert einnimmt, wird deutlich, dass bei jedem fünften Kind zusätzlich zu der elterlichen Erkrankung auch noch die Großeltern psychisch krank sind (vgl. Gehrman/Sumargo 2009, S. 384).

Um betroffenen Familien gezielt Unterstützung zukommen zu lassen, hat Deutschland das Projekt „Patenschaften“ gegründet. Kinder sind aufgrund der psychischen Störung besonderen Belastungen und Problemen ausgesetzt. Diesbezüglich ist von Schuldgefühlen, Parentifizierung, Abwertungen, Isolation, Tabuisierung der Krankheit etc. die Rede. Diese Probleme können von einer sogenannten Patenfamilie verringert werden. Kindern psychisch Kranker wird eine Möglichkeit geboten, regelmäßige Entlastung und Schutz zu erfahren. Kinder können sich mit jemandem austauschen, der über die elterliche Krankheit Bescheid weiß, und müssen sich für die familiäre Situation nicht schämen bzw. in irgendeiner Form verstellen. Somit können Kinder auf ein zusätzliches Beziehungsangebot zurückgreifen (vgl. Szylowicki 2006, S. 112). In Kapitel sechs wird das Projekt eingehender erläutert.

## 2. Überblick über psychische Krankheiten

In diesem Kapitel werden ausschließlich psychische Erkrankungen, die sich aufgrund der empirischen Untersuchung ergeben haben, vorgestellt. In den Interviews wurden vornehmlich schizophrene Störungen, Depressionen, bipolare Störungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Angststörungen erwähnt.

Bereits in der Antike sind Beschreibungen bezüglich psychischer Krankheiten zu finden. Die vier Aspekte Wahrnehmung, Denken, Emotionen und Verhalten beeinflussen den menschlichen Alltag in Bezug auf unsere psychische und soziale Umwelt maßgeblich. Ein Zusammenhang dieser Punkte mit psychischen Krankheiten besteht darin, dass diese einzeln oder gegebenenfalls auch alle bei einer Erkrankung aus der Balance geraten. (vgl. Griepentrost/Heitmann/Hermeling 2012, S. 24).

Die am häufigsten vorkommenden psychischen Erkrankungen sind: Schizophrenie, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen. In manchen Fällen sind diese auch noch mit einer Suchterkrankung kombiniert (vgl. Gehrman/Sumargo 2009, S. 387).

Eine psychische Krankheit alleine sagt noch nichts über die Situation innerhalb einer Familie und über die elterliche Erziehungskompetenz aus. Denn aufgrund von verschiedenen psychischen Krankheiten variieren auch der Krankheitsverlauf und die dazugehörigen Symptome. Haben Betroffene dieselbe Krankheit, dann bedingt das nicht zwangsläufig dieselbe Krankheitsgeschichte. Denn alle Kranken leiden und verhalten sich sehr unterschiedlich (vgl. Wagenblaus 2012, S. 71).

### 2.1. Schizophrene Störungen

Eine schizophrene Erkrankung gilt als eine schwere psychische Krankheit und stammt aus der Kategorie der Psychosen. Schizophrenie bedeutet so viel wie „Spaltungsirresein“. Durch diese Erklärung kam es vielfach zu der falschen Annahme, dass Personen mit dieser Erkrankung eine gespaltene Persönlichkeit aufweisen. Generell werden Menschen mit dieser Krankheit als „verrückt“ angesehen und weiters als „gefährlich“, „unberechenbar“ oder „geistig behindert“ eingestuft. Betroffene zeigen auffallende Krankheitszeichen, diese äußern sich unter anderem durch Störungen im Denken und der Ich-Funktion. Zusätzlich treten Fremdbeeinflussungserlebnisse, wahnhaftige Vorstellungen oder aber auch eingebildete, durch Sinnestäuschung (Halluzinationen) hervorgerufene Wahrnehmung auf (vgl. Akti-

onsbündnis Seelische Gesundheit, o.A.). In welcher Form die Krankheit auftreten kann ist unterschiedlich. Sie kann einerseits sehr plötzlich auftauchen und andererseits langsam fortschreiten. Die ersten Zeichen treten oftmals bereits im pubertären Alter bzw. im jungen Erwachsenenalter auf und verlaufen episodenhaft. Die Symptome einer Schizophrenie können durchaus variieren. Im Laufe der Zeit können sie sich bessern, oder im schlimmsten Fall chronisch werden (vgl. Alanen 2001, S. 41). Statistisch gesehen ist in etwa 1% der Allgemeinbevölkerung von einer Erkrankung aus dem schizophrenen Bereich betroffen (vgl. Kinzel-Senkbeil/Jungbauer 2010, S. 50).

## **2.2. Depressionen**

Zu den Symptomen einer Depression zählt unter anderem der Verlust von Begeisterung und bisherigem Interesse, niedergeschlagener Gemütszustand sowie das Fehlen bzw. der Verlust des eigenen Antriebs. Den Erkrankten gelingt es nur schwer, Kraft für Tätigkeiten aufzubringen, die sie vor dem Ausbruch der Krankheit mit Interesse verfolgten. Weitere Symptome einer Depression sind mitunter Reuegefühl, Gedanken an suizidale Handlungen, Probleme sich zu konzentrieren oder zu schlafen. Eine Depression gilt dann als diagnostiziert, wenn über einen Zeitraum von geringstenfalls zwei Wochen zwei Hauptsymptome und weitere zwei zusätzliche Merkmale auftreten (vgl. Wittchen/Jacobi/Klose/Ryl 2010, S. 9f.).

In welche Richtung sich eine Depression entwickelt, ist verschieden. Einerseits besteht die Möglichkeit, dass ein depressiver Schub nur ein einziges Mal vorkommt, andererseits kann diese Krankheit auch in längeren Verläufen auftreten. Mittlerweile gibt es bei depressiven Erkrankungen relativ gute Behandlungsmöglichkeiten (vgl. Aktionsbündnis Seelische Gesundheit, o.A.).

## **2.3. Bipolare Störungen**

Bei einer bipolaren Erkrankung wechseln sich die Phasen einer Depression und einer Manie ab. Wie lange und in welchem Ausmaß eine solche Krankheitsphase andauert, ist sehr verschieden. Dies kann von Tagen bis über Wochen und im schlimmsten Fall bis hin zu Monaten dauern. In der Regel dauert die depressive Phase im Durchschnitt zwei- bis dreimal länger an. Ein wesentlicher Anteil an der Entstehung einer bipolaren Störung wird der genetischen Vererbung und dem ausgesetzten Stress zugeschrieben. Insbesondere die

Genetik ist bei dieser speziellen Form einer psychischen Krankheit deutlich ausgeprägt (vgl. Geislinger/Grunze 2005, S. 7ff.).

Menschen, die an einer bipolaren Störung erkrankt sind, können ohne weiteres in die Gesellschaft integriert werden. Eine ganzheitliche Genesung wird allerdings eher ausgeschlossen. Bipolare Erkrankungen sind bezüglich ihrer Bekanntheit bzw. Aufgeklärtheit in der Gesellschaft noch eher in einem anfänglichen Stadium (vgl. Aktionsbündnis Seelische Gesundheit, o.A.).

## **2.4. Persönlichkeitsstörungen**

*„Eine Persönlichkeitsstörung ist ein umfassendes, überdauerndes unflexibles Erlebens- und Verhaltensmuster, das deutlich von den Erwartungen der Kultur des Betroffenen abweicht... Die enge Bandbreite der kognitiven, emotionalen und interpersonalen Reaktion der Betroffenen ruft häufig psychisches Leid und soziale und berufliche Schwierigkeiten hervor“* (Comer 1995, S. 601 zit.n. Stemmer-Lück 2009, S. 202).

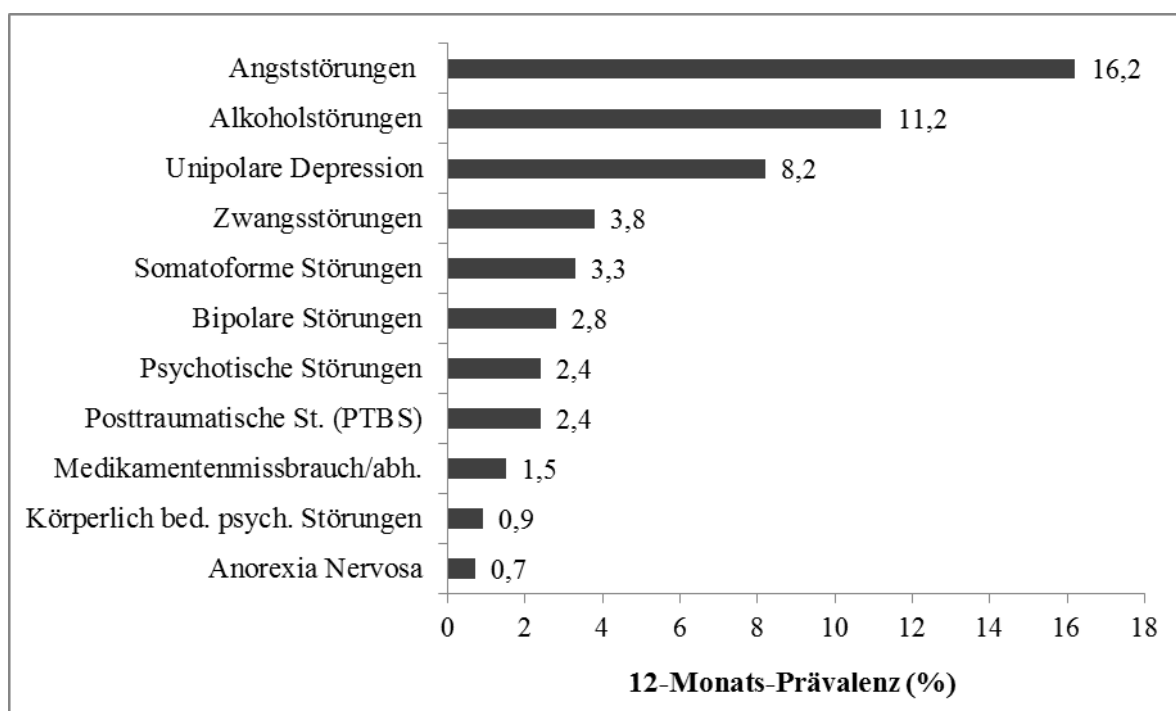
Bei vielen entwickelt sich die Krankheit meist schon im Kindes- bzw. Jugendalter oder im frühen Erwachsenenalter. Bei einer Persönlichkeitsstörung zeigen die Betroffenen keine typische Symptomatik. Es handelt sich hingegen um eine Entwicklungsstörung. Stemmer-Lück (2009) betont, dass die Form der Persönlichkeitsstörung zu der am schwersten zu behandelnden psychischen Störungen zählt. Sie begründet dies dadurch, dass Erkrankte sich in vielen Fällen ihrer Krankheit nicht bewusst sind. Weiters führt sie an, dass die Erkrankung die Mitmenschen deutlich mehr belastet, als die Betroffenen selbst. Insgesamt gibt es eine Vielzahl von verschiedenen Formen der Persönlichkeitsstörung (vgl. Stemmer-Lück 2009, S. 202).

Im Verlauf der Interviews wurde vor allem die Form der Borderline-Persönlichkeitsstörungen erwähnt. Gekennzeichnet ist diese Krankheit insbesondere dadurch, dass Betroffene große Ängste verspüren. Dies zeigt sich unter anderem, dass Erkrankte oft schwerwiegende depressive Phasen durchleben oder sich vor Einsamkeit fürchten. Personen mit Borderline haben Probleme, ihren Körper richtig wahrzunehmen. Deshalb verletzen sie sich in der Regel, etwa mit Einritzen der Haut, selbst. Auslöser für diese Krankheit sind oftmals Anwendungen von sexueller oder psychischer Gewalt ihnen gegenüber (vgl. Aktionsbündnis Seelische Gesundheit, o.A.).

## 2.5. Angststörungen

Ängste gelten insbesondere dann als krankhaft, wenn sie über das normale oder erträgliche Maß hinausgehen und zwar ohne dass eine wirkliche Notlage oder Bedrohung vorliegt. Die Beschwerden von Betroffenen sind vielschichtig. Dies reicht von Angstattacken mit Beklemmungs- und Erstickungsgefühlen, Schweißausbrüchen bis hin zu Schwindelanfällen. Zu den am meisten auftretenden Angststörungen zählen einerseits die Panikstörungen und andererseits Phobien. Eine Panikattacke löst bei den Betroffenen eine große Angst aus und ist mit körperlichen Beschwerden, wie Herzrasen und Atemnot, in Verbindung zu bringen. Phobien treten in unterschiedlichsten Gegebenheiten auf und zeigen sich in Form von panischen Verhaltensweisen. Dies drückt sich beispielsweise in Angst vor bestimmten Situationen oder Tieren aus. Europaweit gesehen gelten Angststörungen als eine am häufigsten auftretende psychische Störung. Es besteht durchaus die Möglichkeit, dass Erkrankte über einen Zeitraum von Wochen oder Monaten im Inneren sehr unruhig und angespannt sind. Dies führt soweit, dass sie nur schwer in der Lage sind ihren alltäglichen Anforderungen nachzukommen (vgl. Aktionsbündnis Seelische Gesundheit, o.A.).

Abbildung 2 stellt einen kurzen Überblick dar, wie häufig psychische Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung sind. Für die Studie wurden Personen untersucht, die in den 12 Monaten vor der Erhebung an einer bzw. mehreren psychischen Krankheiten litten. Diese Daten stammen aus dem Jahr 2012 und beziehen sich auf Deutschland.



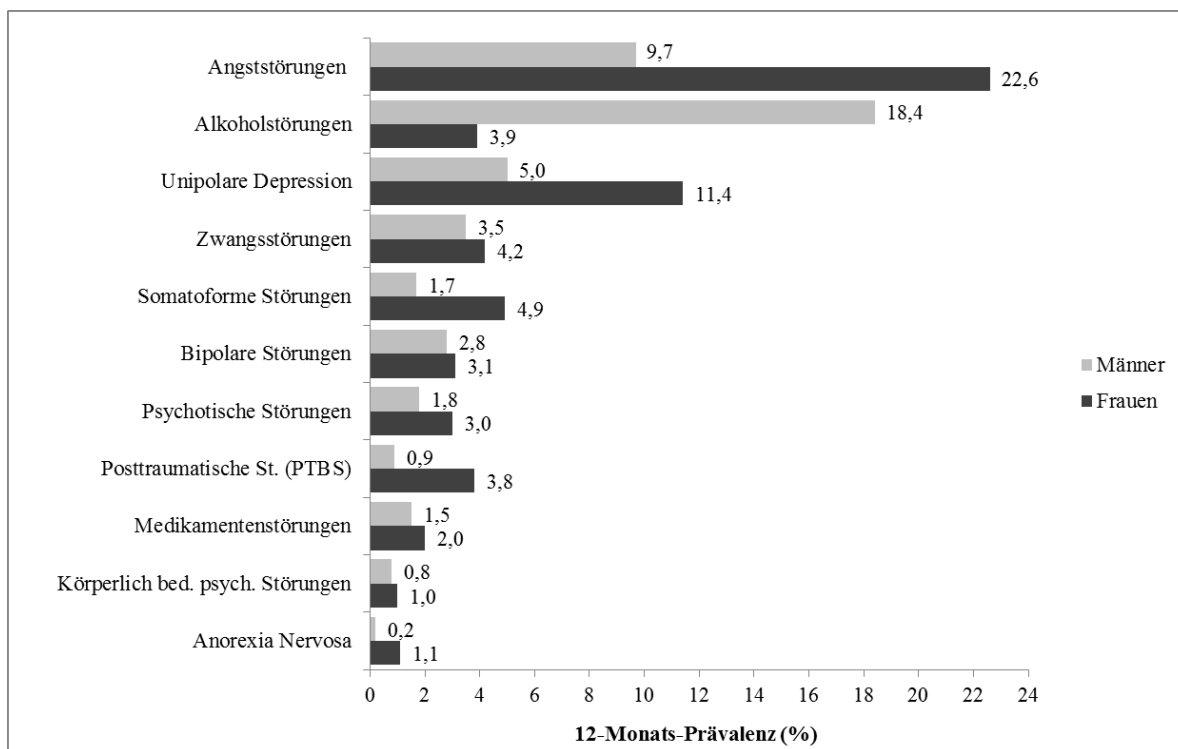
**Abbildung 2: Häufigkeiten psychischer Krankheiten**

(Wittchen/Jacobi 2012, S. 8)

Insgesamt kann nun festgestellt werden, dass jedes Jahr 33,3% der Befragten an mindestens einer psychischen Störung erkrankt ist. Die Grafik macht deutlich ersichtlich, dass Angststörungen mit 16,2% die häufigste psychische Krankheit darstellen, gefolgt von Alkoholmissbrauch und unipolaren Depressionen. Zwangsstörungen liegen mit 3,8% schon deutlich hinter den drei häufigsten Erkrankungsarten.

Abbildung 3 stellt einen Unterschied in der Häufigkeiten psychischer Störungen bei Männern und Frauen dar. Die Ergebnisse zeigen, dass zwischen den beiden Geschlechtern einige Unterschiede bestehen. Frauen sind mit 35,9% etwas häufiger von psychischen Krankheiten betroffen als Männer. Bei Männern hingegen treten seelische Störungen mit 30,7% auf.

Frauen erkranken vermehrt an Angststörungen, unipolaren Depressionen und somatoformen Störungen. Männliche Betroffene leiden mehr an Alkoholmissbrauch, Depressionen und Angststörungen (vgl. Wittchen/Jacobi 2012, S. 12ff.).



**Abbildung 3: Unterschied in Bezug auf die Erkrankungshäufigkeit Männer und Frauen**  
(Wittchen/Jacobi 2012, S. 10)

Psychische Krankheiten sind immer noch sehr mit Vorurteilen behaftet. Betroffenen wird zum Beispiel unterstellt, verrückt zu sein oder dass sie selbst die Verantwortung für ihre Erkrankung tragen. Die Voreingenommenheit entwickelt sich speziell dadurch, dass es in der Öffentlichkeit wenig Wissen darüber gibt oder Ängste überwiegen. In der Allgemeinheit wird diese Thematik sehr wenig diskutiert, und deshalb besteht auch wenig Wissen darüber, mit welchen Schwierigkeiten psychisch kranke Menschen umgehen müssen. Mittlerweile gibt es aber eine Vielzahl von Menschen, die in irgendeiner Form von psychischen Krankheiten betroffen sind, sprich entweder aufgrund einer Selbsterkrankung oder durch die Erkrankung einer nahestehenden Person. Im Jahr 2009 wurden alleine österreichweit etwa 90.000 Personen aufgrund von einer psychischen Störung betreut (vgl. Kinder- und Jugendanwaltschaft (kija) Salzburg 2012, S. 10).

### **3. Kinder psychisch kranker Eltern**

Insgesamt wird davon ausgegangen, dass psychische Erkrankungen relativ häufig vorkommen. Psychische Erkrankungen zählen zu den am häufigsten auftretenden Krankheiten. Forschungsarbeiten in der Bundesrepublik Deutschland kamen zu dem Ergebnis, dass etwa 30% der gesamten Bevölkerung im Verlauf ihres Lebens eine Art von psychischen Krankheiten entwickelt (vgl. Mattejat 2008, S. 69f.).

Mehrere Studien belegten, dass psychisch kranke Menschen im Vergleich zu psychisch gesunden Menschen ungefähr gleich viele Kinder haben. Im Hinblick auf die Kinderanzahl besteht somit kein Unterschied. Eine in Amerika durchgeführte Studie mit psychisch kranken Müttern konnte zeigen, dass etwa die Hälfte von ihnen Kinder hat. Aufgrund dessen kann festgehalten werden, dass eine große Anzahl von Kindern von ihren psychisch kranken Eltern betreut bzw. versorgt wird. Mehrere empirische Untersuchungen zeigten in diesem Zusammenhang, dass etwa 10 bis 20% der Frauen, die in stationärer Behandlung sind, minderjährige Kinder haben (vgl. Mattejat 2008, S. 74f.).

Aus Sicht der Kinder bedeutet das Zusammenleben mit ihren psychisch kranken Eltern eine besondere Herausforderung und stellt ein längerfristig kritisches Lebensereignis dar (vgl. Lenz 2008, S. 96). Deshalb zeigt sich, dass Kinder psychisch kranker Eltern vielen Belastungen und Beeinträchtigungen ausgesetzt werden bzw. sind (vgl. Mattejat/Remerschmidt 2008, S. 312). Die Krankheit der Eltern bedingt eine zusätzliche Zunahme von alltäglichen Anforderungen und Problemen. Für Kinder wird das einerseits innerhalb der Familie und andererseits im nahen sozialen Umfeld deutlich (vgl. Lenz 2008, S. 96). *„Es kommt also zu einer Anhäufung von belastenden Situationen, die in Dauer, Intensität und zeitlicher Abfolge unterschiedlich verlaufen, sich wechselseitig beeinflussen und verstärken können“* (Lenz 2008, S. 96).

#### **3.1. Erkrankungsrisiken**

Eltern machen sich darüber Gedanken, ob sie ihre Krankheit an die Kinder übertragen bzw. vererben können. Kinder von psychisch kranken Eltern haben tatsächlich ein deutlich erhöhtes Risiko im Verlauf ihres Lebens dieselbe Krankheit zu entwickeln (vgl. Mattejat



2008, S. 76). Ergebnisse aus unterschiedlichen Studien konnten zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen der psychischen Erkrankung eines Elternteils und Störungen in der kindlichen Entwicklung gibt (vgl. Lenz/Kuhn 2011, S. 269).

Aufgrund des Erkrankungsrisikos stellen Kinder psychisch kranker Eltern insbesondere eine gefährdete Gruppe dar. Grundsätzlich werden folgende zwei Arten unterschieden:

- **Allgemeines Erkrankungsrisiko:**  
60% der betroffenen Kinder entwickeln irgendeine Form von psychischen Auffälligkeiten oder Störungen. Somit ist das allgemeine Erkrankungsrisiko für diese Kinder besonders hoch.
- **Spezifisches Erkrankungsrisiko:**  
Ebenfalls deutlich erhöht ist das Risiko an derselben Krankheit zu erkranken. Eine beträchtliche Anzahl von ca. 90% der Kinder mit schizophren und depressiv erkrankten Eltern entwickelt nicht dieselbe Krankheit (vgl. Mattejat 2008, S. 78f.).  
*„Das heißt, das spezielle Erkrankungsrisiko ist absolut noch relativ gering (rund 10%), obwohl es relativ gesehen – im Vergleich zur Gesamtbevölkerung – deutlich erhöht ist“* (Mattejat 2008, S. 79).

Hinsichtlich des Erkrankungsrisikos muss zwischen den verschiedenen Krankheitsarten differenziert werden. Leiden Eltern an Schizophrenie, dann erkrankt etwa ein Drittel der Kinder nicht an dieser Krankheit. Im Gegensatz dazu steigt die Häufigkeit selbst zu erkranken, bei depressiven Eltern um mindestens das Dreifache. Bei Suizidalität ist die Gefahr am größten, denn hier steigt das Erkrankungsrisiko auf das Vierfache (vgl. Schaub/Frank 2010, S. 860). Sind hingegen beide Elternteile von einer Depression betroffen, dann erhöht sich die Wahrscheinlichkeit der Kinder selbst zu erkranken auf beträchtliche 70% (vgl. Griepenstroh/Heitmann/Hermeling 2012, S. 30). Insbesondere Kinder mit depressiven Eltern haben ein höheres Risiko an einer zusätzlichen Krankheit – wie zum Beispiel Angststörung oder Substanzabhängigkeit – zu erkranken (vgl. Griepenstroh/Schmuhl 2010, S. 125).

Das Risiko für Kinder selbst zu erkranken ist dann weitaus höher, wenn folgende drei Faktoren zutreffen. Ausschlaggebend sind unter anderem der Erkrankungstyp, der Schweregrad der Krankheit und auch das Ersterkrankungsalter (vgl. Mattejat/Remschmidt 2008, S. 313).

Insgesamt kann darauf hingewiesen werden, dass neben der elterlichen Erkrankung auch die gesamte familiäre Krankheitsgeschichte für das Erkrankungsrisiko der Kinder

eine entscheidende Rolle spielt (vgl. Griepenstroh/Heitmann/Hermeling 2012, S. 30). Im Gegensatz dazu zeigte sich, dass das Geschlecht des erkrankten Elternteils keinen Einfluss auf den kindlichen Entwicklungsverlauf nimmt (vgl. Griepenstroh/Schmuhl 2010, S. 125).

Schon in den 1920er Jahren wurde ein Zusammenhang zwischen der psychischen Erkrankung eines Elternteils und dem damit einhergehenden erhöhten Erkrankungsrisiko für Kinder festgestellt. Familieninteraktionen wurden beobachtet und diesbezüglich wurde deutlich, dass die Weitergabe von psychischen Störungen hauptsächlich auf das durch die Krankheit negativ veränderte Familienklima zurückzuführen ist (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 19).

Damit das erhöhte Erkrankungsrisiko bei Kindern begründet werden kann, wurden vielschichtige Einflussfaktoren untersucht. Dabei wird zwischen genetischen, psychosozialen und familiären Faktoren unterschieden. Vor allem Letzteren werden zweierlei Bedeutungen zugemessen. Einerseits stellen die familiären Einflüsse einen wesentlichen Schutzfaktor für Kinder dar und andererseits kann beispielsweise das Erziehungsverhalten oder die Beziehung zwischen Eltern und Kind ein Belastungsfaktor sein (vgl. Lenz 2014, S. 38).

Auch wenn sich betroffene Kinder weitgehend gesund entwickeln, sind sie durchaus anderweitigen Belastungen ausgesetzt. Zentral sind in diesem Kontext die Einsamkeit und die Tatsache dass sie auftretende Probleme alleine lösen müssen und dabei wenig soziale Unterstützung erfahren. Kinder haben wenig Möglichkeiten ihre eigene Persönlichkeit zu entwickeln und zusätzlich treten Schwierigkeiten in der Identitätsentwicklung auf (vgl. Lenz 2014, S. 83).

In Anbetracht der erläuterten Erkrankungsrisiken dürfen die beiden Aspekte Vererbung bzw. Genetik und Umwelteinflüsse nicht außer Acht gelassen werden, denn diese haben einen entscheidenden Anteil an den Erkrankungsrisiken von Kindern psychisch Kranker und werden im Folgenden eingehender erläutert.

### **3.2. Erb- und Umweltfaktoren**

Die Vererbung ist dafür verantwortlich, ob eine Person eine hohe oder geringe Verwundbarkeit hat. Die Entwicklung von psychischen Krankheiten hängt allerdings sehr stark mit den umgebenden Umweltfaktoren zusammen.

Erb- und Umweltfaktoren beeinflussen die Entstehung von psychischen Krankheiten maßgeblich. In Bezug auf die Vererbung der Krankheit ist zu sagen, dass nicht die Krank-

heit an sich vererbt wird, sondern rein die Verletzlichkeit, die sogenannte Vulnerabilität. Seitens der Wissenschaft können jedoch nur Wahrscheinlichkeitsaussagen getroffen werden (vgl. Mattejat 2008, S. 83). Die Vulnerabilität wird letztlich von den genetischen Faktoren bestimmt. Für Kinder psychisch kranker Eltern haben Umwelteinflüsse einen zentralen Stellenwert. Umweltbedingungen werden zweierlei Bedeutungen zugeschrieben. Einerseits können sie für Kinder belastend wirken, und demzufolge erhöht sich auch das Erkrankungsrisiko. Aber andererseits können Umweltbedingungen auch dazu beitragen, dass das Kind keine bzw. wenige Auffälligkeiten entwickelt. Wesentlich in diesem Zusammenhang ist auch, ob das Kind gelernt hat, mit den durchaus belastenden Umwelteinflüssen umzugehen (vgl. Lenz 2014, S. 42f.).

Die genetische Übertragung von psychischen Krankheiten lässt sich nicht auf einen bestimmten Krankheitstyp festlegen. Sie betrifft somit alle psychischen Störungen (vgl. Mattejat/Remschmidt 2008, S. 313).

Aufgrund der psychischen Erkrankung sind Eltern in ihrem Handeln eingeschränkt, und dies bezieht sich auch auf den Umgang mit ihrem Kind. Konkret bedeutet dies, dass die Interaktion zwischen dem kranken Elternteil – in erster Linie bei depressiven Müttern – und dem Kind eingeschränkt ist. Bei diesen sogenannten krankheitsbedingten Einschränkungen wird nach drei verschiedenen Altersgruppen bei Kindern unterschieden. Nicht in jeder Altersklasse äußern sich diese Einschränkungen gleich. Im Folgenden soll nun kurz auf die Unterschiede eingegangen werden.

#### **SÄUGLINGS- UND KLEINKINDALTER**

Wegen der Krankheit fehlt es dem Elternteil an Empathie, sie sind nicht emotional verfügbar. Die kindlichen Signale können angesichts mangelnder Feinfühligkeit nicht immer richtig wahrgenommen werden. Aspekte wie Blickkontakt, Lächeln und oder Sprechen sind oft sehr reduziert.

#### **KINDERGARTEN- UND GRUNDSCHULALTER**

In dieser Altersgruppe werden die Kinder verstärkt als durchaus schwierig wahrgenommen. Dem kranken Elternteil fällt es schwer, sich gegenüber dem Kind durchzusetzen und klare Grenzen zu setzen. In dieser Phase erleben die Kinder kaum positive Rückmeldungen, die das Selbstwertgefühl positiv stärken könnten.

## **MITTLERE KINDHEIT UND JUGENDALTER**

Kinder in diesem Alter müssen schon erwachsenentypische Aufgaben übernehmen. Außerdem werden ihnen oft elternhafte Verantwortungen auferlegt. Zusätzlich werden diese Kinder bereits in elterliche Auseinandersetzungen und Probleme miteinbezogen.

Aufgrund dieser krankheitsbedingten Einschränkungen leiden die insgesamt so wichtige Eltern-Kind-Interaktion und der Umgang zwischen Eltern und Kind. Daraus folgt, dass der gesamte Entwicklungsverlauf eines Kindes negativ beeinflusst ist (vgl. Mattejat/Remschmidt 2008, S. 313f.). Darüber wurde eine Studie mit 350 Kindern erhoben, die das durchaus bestätigen kann. Der Erhebungszeitraum war von Geburt an bis zum Erwachsenwerden der Beteiligten. Die Ergebnisse zeigten deutlich, dass eine positive Eltern-Kind-Beziehung den Grundstein für die kindliche Entwicklung legt (vgl. Lenz 2014, S. 30).

Die kindliche Entwicklung ist aufgrund der elterlichen Krankheit stark beeinflusst. Treten in diesem Kontext jedoch mehrere Belastungsfaktoren auf, dann wirkt sich das schwerwiegend auf betroffene Kinder aus. Denn die einzelnen Faktoren beeinflussen und verstärken sich gegenseitig (vgl. Lenz 2014, S. 43). Der nachfolgende Abschnitt befasst sich eingehender mit dieser Thematik.

### **3.3. Belastungsfolgen und Entwicklungsrisiken**

In Bezug auf den Entwicklungsverlauf eines Kindes sind der Schweregrad der Krankheit und der Verlauf der psychischen Erkrankung von erheblicher Bedeutung (vgl. Gripenstroh/Schmuhl 2010, S. 124).

Kinder psychisch kranker Eltern sind einem erhöhten Entwicklungsrisiko ausgesetzt. Dies ist auf ein Zusammenspiel von genetischen, sozialen und psychischen Belastungsfaktoren zurückzuführen (vgl. Reininghaus/Jungbauer 2010, S. 94). Wissenschaftliche Untersuchungen konnten die Bedeutung genetischer und psychosozialer Faktoren bezüglich der Entwicklung von psychischen Störungen bei Kindern belegen (vgl. Lenz 2014, S. 42). Darüber hinaus tragen die Belastungen im familiären Alltag einen wesentlichen Beitrag dazu bei (vgl. Reininghaus/Jungbauer 2010, S. 94).

Diese Belastungen wirken sich stark und dauerhaft auf das Wohlergehen des Kindes aus. Daraus lässt sich schließen, dass Kinder unter Anpassungs- und Entwicklungsproblemen leiden können. Werden krankheitsbedingte Umstände und individuelle Konstitution

mitbedacht, dann ergibt es dabei ein großes Repertoire an möglichen Symptomen. Als Beispiel können Verzögerungen in der Entwicklung, diverse Verhaltensauffälligkeiten, psychosomatische Erkrankungen, psychische Störungen oder Probleme in der Schule aufgezählt werden (vgl. Jungbauer 2010, S. 20). Besonders Letzteres kann die Entwicklung des Kindes negativ beeinflussen. Im außerfamiliären Bereich wird der Schule ein bedeutender Stellenwert zugeschrieben. Treten schulische Probleme auf, erhöht sich das Risiko für die Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten maßgeblich (vgl. Lenz 2014, S. 41).

Weiteres Augenmerk muss darauf gelegt werden, dass sich im sozialen Nahraum der Kinder psychosoziale Belastungen befinden (vgl. Griepenstroh/Heitmann/Hermeling 2012, S. 23).

Wie diese Belastungen jedoch verarbeitet werden, hängt einerseits von personalen und andererseits von sozialen Ressourcen ab, über die das Kind verfügt. Treten Fehlpassungen bereits früh auf, dann erhöht sich das Entwicklungsrisiko und die Folge davon ist, dass frühe Entwicklungsstandards nicht erfüllt werden können und damit auch weitere Entwicklungsprobleme entstehen. Passungsprobleme treten dann auf, wenn

- psychisch kranke Eltern die körperlichen und psychischen Grundbedürfnisse – wie Nähe, Sicherheit und Wertschätzung – des Kindes nicht ausreichend befriedigen können. Als Beispiel kann hier die Vernachlässigung angeführt werden.
- dem Kind nicht die Möglichkeiten gewährt werden, unterschiedliche Erfahrungen machen zu dürfen.
- das Kind aufgrund der elterlichen Krankheit mit den Anforderungen und Belastungen überfordert ist.
- Kinder wegen der Erkrankung die eigenen Wünsche und Ziele zurückstecken müssen.

Damit sich ein Kind gesund entwickeln kann, ist es erforderlich, dass die beiden Aspekte „Umwelt“ und „Kind“ ausreichend harmonieren (vgl. Reininghaus/Jungbauer 2010, S. 96ff.).

Ein weiterer Blickpunkt, der die kindliche Entwicklung negativ beeinflussen kann, sind die Erziehungsschwierigkeiten von psychisch kranken Eltern. *„Im Einzelnen werden unter Erziehungsunfähigkeit die Fähigkeit der Eltern, 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 Werte zu vermitteln, sowie die Fähigkeit, einem Kind grundlegende Lernchancen zu eröffnen, verstanden“* (Lenz/Kuhn 2011, S. 270). Diese Erziehungsunfähigkeit verläuft meistens episodenhaft, das heißt, die einzelnen Episoden können kürzer bzw. länger ausfallen und in diesem Zusammenhang treten die Symptome dementsprechend leichter oder schwerer auf. Befindet sich der erkrankte Elternteil in einer stabilen Lage braucht dieser in Sachen Kinderbetreuung bzw. Kindererziehung wenig bis gar keine Unterstützung von außen. Im Gegensatz dazu können psychisch kranke Eltern in Situationen sein, in denen sie ihre Kinder nicht ausreichend versorgen können. Dies kann unter anderem dann sein, wenn sie in Kliniken behandelt werden oder in einem krisenhaften Zustand sind. Aufgrund dessen kann es bei diesen Familien zu verschiedenen Unterstützungsformen kommen. Entweder brauchen sie geringe Hilfe oder aber auch eine Rund-Um-Versorgung für ihre Kinder (vgl. Wagenblass 2012, S. 72).

Da psychisch kranke Eltern in ihrer Erziehung nicht immer konsequent bleiben, nutzen Kinder dieses Verhalten zu ihren Gunsten. Dies zeigt sich speziell dann, wenn Kinder Druck auf ihre kranken Eltern ausüben und die sich in Folge dessen nicht an Regeln halten können und Sanktionen nur selten durchsetzen. Aufgrund der Krankheit ist es insbesondere für sie schwierig, konsequent zu bleiben und gewisse Erziehungssituationen auszuhalten. Für Kinder ist das damit verbunden, dass sie keine Grenzssetzungen ernst nehmen und sich nicht an vorgegebene Regeln halten müssen (vgl. Griepenstroh/Heitmann/Hermeling 2012, S. 39).

In Zusammenhang mit Erziehungsunfähigkeit sind insbesondere depressive und schizophrene erkrankte Eltern gemeint. Dies äußert sich in Form von kognitiven und emotionalen Störungen. Bemerkbar macht sich das unter anderem in der eingeschränkten Mimik und Gestik. Gegenüber den Kindern reagieren sie oft ablehnend und ebenso feindselig (vgl. Griepenstroh/Schmuhl 2010, S. 125).

Es gibt fünf Dimensionen der Erziehungsfähigkeit, welche kurz erläutert werden:

- Die Eltern müssen bereit sein, für ihr Kind als Bindungsperson zu dienen.
- Es ist bedeutend, die Bedürfnisse und Signale des Kindes richtig zu erkennen und dementsprechend zu reagieren.
- Kinder brauchen Werte und Regeln und deshalb müssen Eltern versuchen diese angemessen zu vermitteln.
- Eltern müssen versuchen ihrem Kind Wertschätzung entgegenzubringen.

- Der betroffene Elternteil muss Kontinuität in Erziehung, Beziehung und auch im Umfeld herstellen.

In Bezug auf Erziehungsunfähigkeit muss unbedingt mitbedacht werden, dass dieses Verhalten immer nur im Einzelfall betrachtet werden kann. Das heißt, im Verhältnis eines bestimmten Erziehenden zu einem bestimmten Kind. Um eine zuverlässige Einschätzung zu erlangen, müssen mehrere und unterschiedliche Indikatoren und Zeitpunkte berücksichtigt werden. Besonders wichtig ist die Entwicklungsperspektive, das bedeutet, immer wieder zu hinterfragen, ob die Chance besteht, die Erziehungsfähigkeit (wieder-) herzustellen. Für Eltern gibt es drei Verhaltensdispositionen:

- Der kranke Elternteil muss einsehen, dass die vorhandenen Kompetenzen und Fürsorglichkeit nicht ausreichen und damit das Kindeswohl auch nicht gefährdet wird.
- Weiters muss die Bezugsperson ihr Verhalten einsehen und gegebenenfalls auch in der Lage sein, dies zu ändern.
- Außerdem soll Kooperationsbereitschaft gezeigt werden. Mit Unterstützungssystemen wie beispielsweise mit der Kinder- und Jugendhilfe bzw. der Psychiatrie zusammenzuarbeiten (vgl. Wagenblast 2012, S. 72f.).

Ein weiterer belastender Faktor für Kinder ist die Einweisung der kranken Eltern in eine Klinik. Für Kinder ist das oftmals mit traumatischen Erlebnissen verbunden. In dieser Zeit entwickeln sie das Gefühl, alleine gelassen worden zu sein. In diesen Momenten ziehen sie sich emotional zurück und wirken nach außen hin teilnahmslos. Nach einer langen Krankheitsphase kann die Einweisung der Eltern in eine Klinik für Kinder eine Entlastung darstellen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 24).

Aufgrund dieser vielzähligen Belastungen, die Kinder erleben, sind sie verängstigt und desorientiert und können die Probleme der kranken Eltern oftmals nicht richtig verstehen bzw. einschätzen. Zusätzlich empfinden Kinder vermehrt, dass sie an der Krankheit ihrer Eltern eine Mitschuld tragen (vgl. Wiegand-Grefe 2012, S. 203). Diesbezüglich wird von einer Selbstzuschreibung der Kinder gesprochen. Sie stellen Zusammenhänge zwischen ihrem eigenen Verhalten und den elterlichen Problemen her. Mit dieser Schuldzuschreibung entstehen für Kinder Belastungen und diese zeigen sich unter anderem dadurch, dass sie sich selbst entwerten bzw. minderwertig fühlen (vgl. Griepentrost/Heitmann/Hermeling 2012, S. 37).

Wird der kranke Elternteil stationär behandelt, kommt es im familiären Alltag zu erheblichen Veränderungen. Insbesondere Kinder bürden sich weitere Aufgaben auf. Nach

der Klinikrückkehr versuchen Kinder den kranken Elternteil zu schonen, weil sie ein erneutes Auftreten der Krankheit verhindern wollen (vgl. Kinzel-Senkbeil/Jungbauer 2010, S. 55). Deshalb ist auch der Krankheitsrückfall der Eltern ein weiterer Belastungsfaktor für Kinder. Denn Kinder glauben, dass die psychische Erkrankung komplett verheilt, und werden dann somit bei akuten Rückfällen völlig überrascht, und das belastet sie maßgeblich (vgl. Griepenstroh/Heitmann/Hermeling 2012, S. 40).

Um Kindern von psychisch kranken Eltern gute Entwicklungsbedingungen zu gewährleisten, müssen verschiedene Aspekte beachtet werden. So sollen Eltern, Angehörige und ExpertInnen versuchen mit der Krankheit sinnvoll und in angemessener Weise umzugehen. Für Kinder und auch für die psychisch Kranken wäre es wesentlich, sich auf stabile Beziehungen verlassen zu können (vgl. Mattejat 2008, S. 87).

### **3.4. Kindgerechte Aufklärung**

Für Kinder ist es von großer Bedeutung, dass sie über die Krankheit der Eltern informiert werden. Wenn sie nicht verstehen, was um sie herum passiert, dann sind sie ausnahmslos überfordert. Eine psychische Erkrankung beeinflusst einerseits den familiären Alltag und andererseits auch das innere Erleben des Kindes. Erhalten Kinder keine ausführliche Erklärung, dann bilden sie sich eigene Fantasien und diese entsprechen meist nicht der realen Situation. Das Alter der Kinder ist ein entscheidender Faktor hinsichtlich der Aufklärung. Sind sie noch relativ jung, dann sind sie meist schwerer von der psychischen Erkrankung betroffen und brauchen aus diesem Grund eine einfache und nachvollziehbare Erklärung (vgl. Wunderer 2008, S. 123f.).

Mehrere Studien kamen zu dem Ergebnis, dass ca. 30% der Kinder keine richtige Aufklärung über die elterliche Krankheit erhalten (vgl. Wiegand-Grefe 2012, S. 203). Dies kann einerseits mit begründet werden, dass Eltern glauben, sie haben nicht die Fähigkeiten, es ihren Kindern kindgerecht zu erklären. Andererseits kann das auch daran liegen, dass Eltern glauben, jüngere Kinder würden die Erklärung über die Krankheit sowieso nicht verstehen, und probieren es deshalb gleich gar nicht (vgl. Griepenstroh/Heitmann/Hermeling 2012, S. 37).

Wenn Kinder bei ihren psychisch kranken Eltern keine Nähe und Geborgenheit finden können, dann suchen sie sich andere Möglichkeiten. Sie brauchen Vertrauenspersonen, zu denen sie eine Bindung aufbauen können, um sich sicher zu fühlen. Dies können einerseits Verwandte und NachbarInnen oder andererseits auch KindergartenpädagogInnen und Leh-



rerInnen sein. Für Kinder ist es von entscheidender Bedeutung, dass sie mit jemandem über ihre Sorgen und Ängste sprechen können (vgl. Albermann 2008, S. 2). Eine Vertrauensperson bedeutet eine zusätzliche Stütze, denn sie trägt maßgeblich zur Entlastung und Stabilisierung der Familie bei (vgl. Staets 2008, S. 175).

#### **WER SOLL MIT DEM KIND SPRECHEN?**

Generell ist es wichtig, dass eine Vertrauensperson mit dem Kind über die Erkrankung des Elternteils spricht. Dies kann unter anderem der betroffene Elternteil selbst übernehmen, wenn er sich in einem gesundheitlich stabilen Zustand befindet oder aber auch der/die PartnerIn, mit dem das Kind zusammenlebt. Hierbei ist zu beachten, dass dem Kind keine Informationen weitergegeben werden, die nicht mit dem erkrankten Elternteil im Detail besprochen worden sind.

#### **AB WELCHEM ALTER SOLL MIT DEM KIND GESPROCHEN WERDEN?**

Ab wann ein Kind für die Informationen bereit ist, kann nicht genau festgelegt werden. Denn bereits Kleinkinder, die noch nicht sprechen können, deuten bereits emotionale Botschaften. Die Krankheit soll beim Namen genannt werden, denn dann verlieren Kinder ihre Scheu davor.

#### **WIE KANN MIT DEM KIND GESPROCHEN WERDEN?**

Oft braucht es nicht sehr lange, um mit dem Kind darüber zu sprechen. Ein Zeitraum von 15 bis 20 Minuten reicht in den meisten Fällen aus. Zentral dabei ist, dass das Gespräch nicht unterbrochen und gestört wird. Um dem Kind zu zeigen, dass es mit der schwierigen Situation nicht alleine fertig werden muss, sollen unbedingt Fragen des Kindes miteinbezogen werden. Kinder müssen verstehen lernen, dass sie nicht an der Krankheit der Eltern schuld sind (vgl. Wunderer 2008, S. 125ff.).

In Bezug auf Kommunikation und Aufklärung zur elterlichen Krankheit werden zwei verschiedene Familientypen unterschieden. Ersterer bezieht Kinder in die familiären Geschehnisse mit ein und innerhalb der Familie herrscht ein offener Gesprächsstil. In diesem Familientyp wird deutlich, dass sich Kinder auch Personen außerhalb der Familie anvertrauen und deshalb auch entsprechende Unterstützung erfahren. Der größte Anteil von Familien mit mindestens einem Elternteil, der an psychischen Störungen leidet, gehört dem zweiten Familientyp an. Im Gegensatz zum ersten Typ wird die Kommunikation und Aufklärung innerhalb der Familie und mit den Kindern gemieden. Somit wird der Zugang zu

möglichen Unterstützungsleistungen deutlich erschwert (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 26).

### **3.5. Psychoedukation**

Die Aufklärung und entwicklungsadäquate Vermittlung von Informationen ist ein weiterer Schutzfaktor für Kinder. Die Hilfsmaßnahme der Psychoedukation stellt einen wertvollen Faktor dar. Hierbei werden Kinder über die psychische Erkrankung ihrer Eltern aufgeklärt und ordnungsgemäß beraten. Hauptaugenmerk wird dabei auf die gezielte Entlastung und Unterstützung von betroffenen Kindern gelegt. *„Psychoedukative Ansätze gehen von der Annahme aus, dass Kinder durch die Vermittlung von sachgerechten Informationen und Wissen über die psychische Erkrankung verbesserte Möglichkeiten zur Steuerung der eigenen Belastungen, Ängste und Schuldgefühle erhalten“* (Trepte 2008, S. 86). Erst wenn die Erklärung für Kinder ausreichend ist, können sie mit der Gestaltung ihrer eigenen Lebensbedürfnisse beginnen. Diesbezüglich zeigen sie unter anderem Stärke, Phantasie und Energie (vgl. Trepte 2008, S. 86).

Mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils gehen für Kinder besondere Entwicklungsdefizite einher. Aufgrund von Aufklärung und Beratung können diese verringert werden. Die größten Defizite sind Mängel an entsprechender Versorgung, wenig Zuwendung und keine gezielte Förderung der jungen Menschen. Gerade bei Kindern ist eine Aufklärung mit emotionalen Befindlichkeiten verbunden. Sie wollen vielleicht auch nicht alles ganz genau wissen, denn dann können sie sich eine Art Selbstschutzfunktion bewahren. Meist wollen sie aber Informationen wie beispielsweise über Gefahren einer Verschlimmerung der elterlichen Krankheit, mögliche Heilungschancen, Medikamenteneinnahme und auch über Erbeinflüsse. Es zeigte sich, dass eine entsprechende Aufklärung und Beratung eine Veränderung im gesamten Familiensystem bewirken kann (vgl. Trepte 2008, S. 86f.).

Lenz (2009) unterscheidet in Bezug auf Krankheitsinformationen zwischen folgenden Altersstufen:

- Kinder bis zum 3. Lebensjahr:

In diesem Alter sollen Kinder lediglich erfahren, dass Mutter oder Vater krank ist und sie daran keine Mitschuld tragen.

- Kinder vom 3. bis zum 6. Lebensjahr:  
Es sollte nochmal explizit erwähnt werden, dass die Eltern krank sind, und die Krankheit sollte beim Namen genannt werden. Den Kindern soll erklärt werden, dass es zu Veränderungen innerhalb des Familienlebens kommen wird.
- Kinder vom 7. bis zum 12. Lebensjahr:  
In dieser Altersstufe muss den Kindern nochmal verdeutlicht werden, dass sie an der elterlichen Erkrankung keine Schuld tragen.
- Jugendliche vom 13. bis zum 18. Lebensjahr:  
Jugendliche sind in dieser Altersgruppe bereits in der Lage, die aktuelle familiäre Situation und die damit verbundenen Ereignisse zu verstehen. In diesem Zusammenhang fällt es ihnen aber besonders schwer, mit ihren Gefühlen zurechtzukommen. Speziell in dieser krisenhaften Situation besteht oftmals die Möglichkeit, dass sie überschätzt werden (vgl. Lenz 2009, S. 99ff.).

Mit Psychoedukation können Ziele, wie ein besseres Verständnis für die psychische Erkrankung, mehr Selbstbewusstsein in Bezug auf den Umgang mit der Krankheit, die Verringerung von negativen Gefühlen und die Erkenntnis, die eigenen Bedürfnisse nicht hintenanzustellen, verfolgt werden (vgl. Schaub/Frank 2010, S. 858).

## 4. Problematische Lebenssituation der Kinder

Fritz Mattejat (1996) hat sich eingehender mit den problematischen Lebenssituationen von Kindern psychisch erkrankten Müttern und Vätern beschäftigt. Aufgrund seiner Beobachtungen differenziert er zwischen zwei Arten von Problemen. Er unterscheidet unmittelbare Probleme und sogenannte Folgeprobleme. Können Probleme unvermittelt aus dem Erfahren der Krankheit der Erziehungsberechtigten abgeleitet werden, handelt es sich um unmittelbare Probleme. Beispiele hierfür sind: Reuegefühle, Abkapselung und Tabuisierung. Diese aufgezählten Schwierigkeiten resultieren vor allem daraus, dass Kinder die mit der psychischen Erkrankung ihrer Eltern eingehenden Probleme nur schwer verstehen und zuordnen können. Im Gegensatz dazu gibt es noch Folgeprobleme, die speziell durch die von der elterlichen Krankheit ausgelösten Veränderungen im sozialen und familiären Kontext entstehen. Parentifizierung, Defizite in der Betreuung und zusätzliche Belastungen für die Kinder sind in diesem Kontext zu nennen (vgl. Wagenblass 2001, S. 515).

Die elterliche Erziehung und Beziehung hat einen maßgeblichen Anteil an den Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen. Seitens der Kinder gibt es gar keinen Zweifel daran, dass Eltern die wichtigsten Bezugspersonen für sie sind, denn sie vermitteln ihnen ein Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit. Weiters haben Eltern die Aufgabe, richtige Entscheidung im Sinne des kindlichen Wohls zu treffen und sich somit um ihre emotionalen, psychischen und physischen Bedürfnisse zu kümmern. Auch für psychisch kranke Mütter und Väter sind ihre Kinder wichtig. Psychisch kranke Eltern versuchen so gut es geht für ihre Kinder zu sorgen, sie zu unterstützen und gegebenenfalls auch vor Negativem zu schützen (vgl. Griepenstroh/Heitmann/Hermeling 2012, S. 35). Bei der Form der Unterstützung kann zwischen emotionaler und alltagspraktischer Unterstützung unterschieden werden. Mit emotionaler Unterstützung sind Gefühle wie Zuwendung, Verständnis, aber auch das Zuhören gemeint. Alltagspraktische Unterstützung richtet sich dagegen auf bestimmte Zuwendungen seitens der Eltern. Dies umfasst beispielsweise Hilfe bei schulischen Aufgaben (vgl. Wagenblass 2001, S. 517).

In einer Familie wird der Eltern-Kind-Beziehung eine besondere Bedeutung zugeschrieben. Diese ist aber insbesondere in vielen Familien mit einem psychisch kranken Elternteil verändert bzw. beeinträchtigt. Zusätzlich müssen viele Kinder dieser Familien in ungünstigen familiären und sozialen Umfeldbedingungen aufwachsen. Diese können aufgrund von folgenden Aspekten auftreten. Kinder von psychisch kranken Eltern sind etwa

von Einschränkungen wie Armut, sozial niedriger Schicht, Isolation sowie Stigmatisierung betroffen. Gerade in diesen Familien herrscht oft ein zerrüttetes Verhältnis. Dies hängt für Kinder meist mit einem Verlust einer bedeutenden Bezugsperson zusammen. In Familien mit einem psychisch kranken Elternteil gibt es häufiger Konflikte, die bis zur Trennung vom Partner bzw. von der Partnerin führen können. Besonders schwierig für Kinder ist es dann, wenn der erkrankte Elternteil eine akute Krise bzw. einen psychotischen Zwischenfall durchlebt. In gewissen Situationen sind psychisch kranke Eltern mit der Erziehung und Betreuung ihrer Kinder überfordert, und deswegen kann es zu einem Entzug bzw. zur Einschränkung des Sorgerechts kommen (vgl. Jungbauer 2010, S. 15ff.). Somit wird deutlich, dass die Erkrankung einen erheblichen Stressfaktor für die Eltern darstellt und zu einer Überforderung führen kann. Viele der kranken Eltern machen sich selber Vorwürfe, sich nicht ausreichend um ihre Kinder zu kümmern und ihnen kein intaktes Familienleben bieten zu können (vgl. Lenz 2014, S. 65).

Für Kinder ist die Erkrankung von Mutter oder Vater auch damit verbunden, dass sie in ein soziales Abseits geraten können. Meist zieht sich der psychisch kranke Elternteil aus dem bestehenden sozialen Umfeld zurück und in weiterer Folge bedeutet das oft auch für Kinder und Jugendliche, dass sie ihre Freunde verlieren können (vgl. Griepentroh/Heitmann/Hermeling 2012, S. 39f.).

Die folgenden Abschnitte beschäftigen sich damit, wie sich erkrankungsbezogene Belastungsfaktoren auf das kindliche Wohlbefinden auswirken (vgl. Jungbauer 2010, S. 16f.). Die subjektive Sichtweise ermöglicht in Bezug auf kindliche Belastungen einen Einblick in die Gefühlswelt und den Umgang mit alltäglichen Anforderungen der Kinder (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 21).

#### **4.1. Parentifizierung**

Parentifizierung bedeutet so viel wie Verantwortungsverschiebung. Diese kommt in erster Linie in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil vermehrt vor. Der Alltag der Kinder wird von der Übernahme der elterlichen Aufgaben und Verantwortungen bestimmt. Es entsteht somit eine Rollenumverteilung, die bis zur Auflösung des Generationenverhältnisses führen kann. Speziell hierbei ist, dass diese Kinder ihre eigenen Bedürfnisse hintenanstellen und sich komplett um die Familie bzw. den kranken Elternteil kümmern. Aufgrund dieser Parentifizierung müssen Kinder auf alterstypische und kindgerechte

Beschäftigungen weitgehend verzichten. In ihrem Tun sind sie ungewöhnlich vernünftig und ebenso ernst. Diese Rollenumkehrung ist damit verbunden, dass diese Kinder ein gutes Gespür für Stimmungen und Stimmungsschwankungen entwickeln. Bemerkenswert bei diesen Kindern ist, dass sie gewisse Entscheidungen selbstständig treffen und sie sich oft nur auf sich selbst verlassen können. Für die Familie ist das mit Entlastungen verbunden und den Kindern wird das Gefühl vermittelt, anerkannt zu werden (vgl. Wagenblaus 2012, S. 76). Es gibt unterschiedliche Aufgaben, die diese Kinder übernehmen. Zu diesen zählen unter anderem die Betreuung von jüngeren Geschwistern, die Kontrolle der Medikamenteneinnahme des kranken Elternteils, aber auch die Strukturierung des Tagesablaufes (vgl. Trepte 2008, S. 82). Aufgrund dieses Parentifizierungsprozesses wird die Entwicklung eines Kindes maßgeblich beeinflusst und dies wiederum führt zu einem höheren Risiko selbst zu erkranken (vgl. Lenz 2014, S. 67).

Es ist nicht ausgeschlossen, dass Kinder neben dem Prozess der Parentifizierung auch andere Verhaltensstrategien entwickeln. Einerseits kann sich das dadurch zeigen, dass sie wieder in frühkindliche Entwicklungsstufen zurückfallen oder dass sich andererseits durch störendes und nicht angebrachtes Verhalten auf sich und ihre Probleme aufmerksam machen wollen. Jedes Kind nimmt Belastungen unterschiedlich wahr und es ist wesentlich, dass gezielt auf die einzelnen Bedürfnisse der betroffenen Kinder eingegangen wird (vgl. Wagenblaus 2012, S. 77).

Parentifizierung kann für Kinder nicht nur negative Faktoren mit sich bringen. Aufgrund der Verantwortungsübernahme entwickeln Kinder bestimmte soziale Fähigkeiten, wie zum Beispiel Fürsorglichkeit oder Einfühlungsvermögen. Ihre Persönlichkeit und Identität kann dadurch auch an Stärke und Kraft gewinnen. In diesem Zusammenhang müssen aber Aspekte erfüllt werden. So dürfen die Kinder von der Rollenverteilung innerhalb der Familie nicht komplett eingenommen werden. Sie brauchen trotzdem noch die Möglichkeit, sich frei zu entfalten und ihren eigenen Bedürfnissen und Interessen nachzugehen. Das Alter und die Kenntnisse des Kindes, mit dieser familiären Situation entsprechend umzugehen, spielt natürlich eine entscheidende Rolle (vgl. Lenz 2014, S. 67f.).

## 4.2. Tabuisierung und Stigmatisierung

In unserer Gesellschaft sind psychische Krankheiten tabuisierte und stigmatisierte Erkrankungen (vgl. Wagenblass 2012, S. 77). Es gibt immer noch genug psychisch kranke Menschen, die keine oder nur wenige Hilfeleistungen in Bezug auf angemessene Beratung, Behandlung bzw. Betreuung annehmen. Für die Nichtinanspruchnahme wird als entscheidender Faktor gesehen, dass sich die Betroffenen für ihre Krankheit schämen. Mit diesem Problem werden die beiden Begriffe Tabuisierung und Stigmatisierung in Verbindung gebracht (vgl. Mattejat 2008, S. 70f.). Unter Stigmatisierung wird Folgendes verstanden: *„Stigmatisierung bedeutet, dass Menschen mit psychischen Krankheiten in abwertender Weise betrachtet oder wegen ihrer Krankheit diskriminiert werden“* (Mattejat 2008, S. 71). Im Zuge dessen fürchten sich Menschen wegen ihrer psychischen Erkrankung vor zusätzlichen negativen Belastungen. Diese können sich unter anderem durch Stigmatisierungen äußern. Aufgrund von Stigmatisierungen werden psychisch kranke Menschen tabuisiert. Das geht für Menschen mit dem Gefühl einher, sich für ihre Krankheit zu schämen und Angst davor zu haben, mit jemandem über die Erkrankung zu sprechen (vgl. Mattejat 2008, S. 71). Oftmals wird die Krankheit auch dann noch tabuisiert, wenn sich der Betroffene/die Betroffene bereits in einer Akutkrise befindet. Um nicht über das wahre Problem sprechen zu müssen, werden Abwehrmechanismen entwickelt. Kinder von psychisch kranken Eltern sind in jeglicher Situation mit der Krankheit konfrontiert, werden aber aufgrund der Tabuisierung nicht immer richtig aufgeklärt (vgl. Wagenblass 2012, S. 77). Sprechen kranke Eltern sehr wenig mit ihren Kindern über die Erkrankung, dann wird von einer sogenannten Kommunikationsvermeidung gesprochen, die sich einerseits innerhalb der Familie abspielt und andererseits auch nach außen hin. Eltern befürchten, von anderen Menschen aufgrund ihrer Krankheit stigmatisiert zu werden, und genau deshalb bitten sie ihre Kinder, nicht über die Erkrankung zu sprechen. Vorwiegend Kinder werden von Gleichaltrigen wegen den elterlichen Störungen diskriminiert und erleben deshalb Abwertungen und Ausgrenzungen. Insbesondere Familien mit niedrigem sozialem Status sind davon betroffen. Diese Abwertungen und Diskriminierungen, die Kinder ausgesetzt sind, belasten sie schwer (vgl. Griepentroph/Heitmann/Hermeling 2012, S. 36f.).

Oftmals sind psychisch kranke Eltern der Meinung, nicht mit ihren Kindern über die Krankheit zu sprechen, um sie zu schützen. Kinder nehmen aber die Veränderung innerhalb der Familie wahr, und dies wirkt auf sie irritierend. Werden die Probleme nicht thematisiert, dann können sich Kinder mit der psychischen Erkrankung auch nicht entspre-

chend auseinandersetzen. Im Folgenden werden vier verschiedene Kategorien der Tabuisierung beschrieben.

1. In dieser Kategorie der Tabuisierung wird die Krankheit vor den Kindern verschwiegen. Während der kranke Elternteil sich in stationärer Behandlung befindet, wird ihnen erzählt, dass dieser beispielsweise aufgrund von beruflichen Verpflichtungen verreist ist.
2. Bei der zweiten Variante werden Kinder über die elterliche Krankheit informiert, der weitere Verlauf wird jedoch nicht thematisiert.
3. Eine Möglichkeit der Tabuisierung ist, dass Kinder nicht wissen, dass Mutter und/oder Vater aufgrund einer psychischen Störung behandelt werden.
4. In Variante vier wird vom Verstecken bzw. Verleugnen von Emotionen gesprochen.

Es gibt mehrere Gründe für die Tabuisierung der elterlichen Krankheit. Dies kann unter anderem die gegenseitige Schonung bzw. Rücksichtnahme, Angst, Stigmatisierungen durch andere ausgesetzt zu sein, oder aber auch das Entwickeln von Schuld- und Schamgefühlen bedeuten (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 25f.).

### **4.3. Ängste**

Wie bereits erwähnt gehen mit der elterlichen Erkrankung für Kinder Belastungen einher. Aufgrund dessen sind sie oftmals verunsichert, verwirrt, leben im Ungewissen und empfinden Ängste. Generell kann für Kinder zwischen vier verschiedenen Arten von Angst differenziert werden:

1. Furcht vor dem Erkrankten: Kinder können das Verhalten ihrer psychisch erkrankten Eltern nicht immer nachvollziehen und sind dementsprechend häufig verwirrt. Die Welt der Eltern besteht oftmals aus wahnhaften Vorstellungen und dies wirkt für Kinder besonders belastend, wenn sie der Elternteil miteinbindet.
2. Furcht um den Erkrankten: Psychisch erkrankte Menschen haben vermehrt suizidale Handlungen bzw. Gedanken. Diese Handlungen können bei den Leidtragenden traumatische Ängste auslösen, die zusätzlich Reuegefühle und Parentifizierung mit sich bringen.
3. Angst, das eigene Leben nicht zu meistern: Eine psychische Erkrankung ist sehr oft mit Beziehungsabbrüchen oder Scheidung der Eltern verbunden. Innerhalb einer



Familie kommt es deshalb zu Veränderungen. Bei den Kindern löst dies Existenzängste aus.

4. Angst, ebenfalls krank zu werden: Aufgrund von zu wenig genauer Aufklärung über die elterliche Krankheit beschäftigt sie die Frage, ob sie ebenfalls erkranken. Sie entwickeln oftmals ihre eigenen Vorstellungen (vgl. Wagenblast 2001, S. 522).

Ein Teil der Kinder gibt sich die Schuld an der Erkrankung ihrer Eltern. Deswegen versuchen sie ihre persönlichen Bedürfnisse gering zu halten und nur wenig Emotionen zu zeigen. Ebenso probieren sie ihre psychisch kranken Eltern zu schützen. Kinder merken oft schnell, wenn irgendetwas nicht stimmt, und so spüren sie auch die Verunsicherung und Ängste ihrer Eltern. Viele Eltern sprechen nicht viel mit ihren Kindern und daraus schlussfolgern sie, dass das Stellen von Fragen nicht erwünscht ist. Es läuft nun darauf hinaus, dass diese Kinder mit ihren Ängsten alleine gelassen werden (vgl. Wunderer 2008, S. 124). Ein weiterer Grund, warum Kinder Angst davor haben, mit ihren Eltern über die Krankheit zu sprechen, könnte damit zusammenhängen, dass sie glauben, dass das Thematisieren eine Krankheitsverschlechterung nach sich zieht. Wenn Kinder mit anderen Menschen außerhalb der Familie über die Krankheit sprechen würden, befürchten sie Sanktionen seitens der Eltern (vgl. Griepenstroh/Heitmann/Hermeling 2012, S. 37).

#### **4.4. Isolation**

Kinder erleben durch die elterliche Erkrankung das Gefühl des Alleinseins, und dies wiederum führt zur Isolation. Begründet kann dies dadurch werden, dass die psychische Erkrankung mit einem Tabu behaftet ist, Kinder oftmals nicht aufgeklärt und Familien aus ihrem bisherigen sozialen Umfeld ausgegrenzt werden (vgl. Lenz 2014, S. 83f.). Die Isolation einer Familie ist häufig mit einem sozialen Abstieg in Verbindung zu bringen. In diesen Familien fehlt es an ausreichender Kommunikation und die elterliche Erkrankung wird weitgehend tabuisiert. Von Isolation sind demzufolge auch Kinder psychisch kranker Eltern betroffen. In dieser Situation ist es für Kinder schwierig, weil sie nicht wissen, mit wem sie über ihre Probleme sprechen und von wem sie Unterstützung erfahren können. Deshalb fühlen sie sich mit ihrer Lebenssituation oft alleine gelassen (vgl. Plass/Wiegand-Greife 2012, S. 26). Dies alles führt dazu, dass Kinder parallel in zwei verschiedenen Welten leben. Die eine spielt sich innerhalb der Familie ab und die zweite Welt ist ihre Außenwelt. Es gibt generell eine strikte Trennung der beiden Welten. Mit der Isolation gehen aber auch Gefühlszustände wie Schuld- und Schamgefühle einher. Für Kinder ist das be-

sonders schwer, denn einerseits empfinden sie gegenüber dem erkrankten Elternteil Scham und andererseits glauben sie, dass sie für die Erkrankung mitverantwortlich sind (vgl. Lenz 2014, S. 84). Unter den Erwachsenen herrscht oftmals Schweigen und Kinder nehmen diese Situation als gegeben hin. Schon die kleinen Kinder spüren, dass es von den Eltern nicht erwünscht wird, mit anderen über den familiären Zustand zu sprechen. Auch dies kann für betroffene Kinder zu einer sozialen Isolation führen. Dies zeigt sich zum Beispiel auch daran, dass Kinder keine FreundInnen nach Hause einladen und Ausreden als Begründung erfinden (vgl. Vasak 2012, S. 29).

#### **4.5. Misshandlung und Vernachlässigung**

*„Kindesmisshandlung beinhaltet eine akute Gefährdung für Gesundheit und Leben von Kindern, aber auch mittel- und langfristige Gefahren für eine positive kindliche Verhaltens- und Persönlichkeitsentwicklung“* (Lenz 2014, S. 48).

Kinder psychisch kranker Eltern haben ein deutlich erhöhtes Risiko Misshandlungen und Vernachlässigung zu erfahren. Psychisch kranke Mütter, die ihre Kinder misshandeln oder vernachlässigen, haben meist Krankheiten, wie Depressionen, Angststörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder Schizophrenie. Väter hingegen leiden insbesondere an antisozialen Persönlichkeitsstörungen. Bei diesem Aspekt muss jedoch mitbedacht werden, dass es einen Zusammenhang zwischen verschiedenen Risikofaktoren und der Misshandlung durch psychisch kranke Eltern gibt. Das Risiko, ihren Kindern so etwas anzutun, steigt, wenn sie selbst traumatische Kindheitserfahrungen machen mussten, an einer Suchterkrankung leiden oder sich derzeit in schwierigen Lebenssituationen befinden. Psychische Misshandlungen sind die häufigste Form der Kindesmisshandlung. Dazu zählen unter anderem das Zurückweisen, Ausnutzen oder mangelnde bzw. unzureichende Förderung seitens der Eltern. Für Kinder ist es schlimm, wenn ihre kranken Eltern phasenweise oder dauerhaft emotional nicht erreichbar sind.

Schwere körperliche Misshandlungen sind in diesem Fall eher selten, aber Kinder psychisch Kranker sind einem hohen Risiko für emotionale Misshandlungen bzw. Vernachlässigung ausgesetzt (vgl. Klein/Jungbauer 2010, S. 163f.). In Zahlen bedeutet das, dass sich das Risiko in Bezug auf Vernachlässigung, körperliche oder seelische Misshandlung bis hin zu sexuellem Missbrauch bei Kindern psychisch kranker Eltern um das Zwei- bis Fünffache erhöht (vgl. Griepenstroh/Schmuhl 2010, S. 125). Das Risiko erhöht sich zusätzlich, wenn beide Elternteile an einer psychischen Störung leiden und die Familie von psychoso-

zialen und negativen ökonomischen Lebensbedingungen betroffen ist. In erster Linie fehlt es an einer ausreichenden sozialen Unterstützung für Betroffene (vgl. Lenz 2014, S. 51).

Waren Kinder einer Misshandlung ausgesetzt, dann ist es durchaus denkbar, dass sie diesbezüglich Auffälligkeiten zeigen. Es können aber keine typischen Symptome aufgezeigt werden, die auf eine Misshandlung bzw. einen Missbrauch hindeuten. Im schlimmsten Fall können Misshandlungen an Kindern so gravierend für sie sein, dass sie an den Folgen sterben. Es wurde festgestellt, dass das Alter des Kindes einen entscheidenden Anteil daran trägt. Je jünger die misshandelten Kinder sind, desto größer ist leider auch ihre Todesrate (vgl. Lenz 2014, S. 48).

Die psychische Erkrankung eines Elternteils – in welcher Form auch immer – ist bezüglich einer Kindesmisshandlung ein bedeutungsvoller Faktor. Vor allem die psychische Misshandlung stellt für Kinder die schwerwiegendste Form dar (vgl. Deneke 2005, S. 145). Sind Kinder einer Misshandlung ausgesetzt, ist auch eine Kindeswohlgefährdung nicht auszuschließen. Diese wird nun im Folgenden genauer erläutert.

#### **4.6. Kindeswohlgefährdung**

*„Kindeswohlgefährdendes Elternverhalten beinhaltet sowohl Gefahren für die psychische und physische Gesundheit und das Leben von Kindern als auch Belastungen für ihre soziale und emotionale Entwicklung“* (Lenz 2014, S. 44). Psychisch kranke Eltern gehören einer Gruppe mit deutlich erhöhtem Risiko an, die das Wohl des Kindes gefährdet (vgl. Lenz 2014, S. 51). Unter dem Begriff des Kindeswohls ist das Recht eines jeden einzelnen Kindes auf eine entsprechende Förderung seiner Entwicklung zu verstehen. Weiters hat das Kind ein Recht auf eine angemessene Erziehung zu einem eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Menschen. Damit sich ein Kind gut entwickeln kann, müssen die Grundbedürfnisse ausreichend befriedigt werden. Denn auch das Kindeswohl orientiert sich an diesen. Zu den Grundbedürfnissen können unter anderem die physiologischen Bedürfnisse, das Bedürfnis nach Bindung und Wertschätzung gezählt werden. Ersteres meint beispielsweise Bedürfnisse der Kinder wie Nahrung und Hygiene. Für Kinder ist es von besonderer Wichtigkeit, wenn sie kognitive, emotionale, ethische und soziale Anregungen erhalten. Aber auch die Vermittlung von Kulturtechniken und das Erlernen von Ge- und Verboten sind ein zentraler Bestandteil der kindlichen Grundbedürfnisse. Kindeswohlgefährdung tritt dann ein, wenn das Verhalten der Eltern in einem Widerspruch zu den kör-

perlichen, geistigen, seelischen und erzieherischen Bedürfnissen der Kinder steht. Folglich kann dies für Kinder mit Beeinträchtigungen oder bis hin zu Schädigungen ihrer Entwicklung einhergehen (vgl. Lenz 2014, S. 44f.).

Aufgrund der elterlichen Erkrankung und der teilweise eingeschränkte Erziehungskompetenz darf die Frage der Kindeswohlgefährdung nicht außer Acht gelassen werden. Im Zusammenhang mit Kindeswohlgefährdung muss es eine Abklärung bezüglich der elterlichen Sorge geben. Es obliegt ausschließlich dem Gericht, einzugreifen und nur dann, wenn

- das Kindeswohl tatsächlich gefährdet ist und
- den psychisch kranken Eltern es nicht möglich ist, Gefahren von ihrem Kind abzuwenden (vgl. Gehrman/Sumargo 2009, S. 388).

Ein Großteil der Eltern, die das Wohl ihres Kindes gefährden, war in der eigenen Kindheit selbst belastenden Situationen ausgesetzt. Sie erlebten ebenfalls Misshandlungen, wurden missbraucht und vernachlässigt. Negative Erfahrungen, die in der Kindheit gemacht wurden, beeinflussen die Erziehungsfähigkeit von Eltern maßgeblich. Bei psychisch kranken Eltern wurden Persönlichkeitsmerkmale aufgezeigt, die mit zusätzlichen Belastungen durchaus zu einer Kindeswohlgefährdung führen können. Dies äußert sich beispielsweise durch eine negative Emotionalität, Eltern sind deutlich ängstlicher, fühlen sich oft unglücklich und haben eine weitaus herabgesetzte Frustrationstoleranz (vgl. Lenz 2014, S. 51f.).

Ob das Wohl eines Kindes aufgrund der elterlichen Erkrankung wirklich gefährdet ist, muss anhand von Aspekten untersucht werden. Dies meint beispielsweise das Vorhandensein von zusätzlichen Risikoeinflüssen, ob Eltern überhaupt alle kindlichen Bedürfnisse erfüllen können und ob betroffene Familien die Chance haben, mehr Ressourcen in Anspruch zu nehmen. Es wurden bereits elterliche Merkmale herausgearbeitet, die sich auf das Wohl eines Kindes durchaus negativ auswirken (vgl. Seckinger 2012, S. 85). Eltern, die das Wohl ihrer Kinder aufgrund von Misshandlungen oder Vernachlässigungen gefährden, haben in Bezug auf die Versorgung und Erziehung eine differenzierte Vorstellung von Erwartungen, Gedanken oder Gefühlen. Lenz (2014) führt diesbezüglich mehrere Aspekte an. Unter anderem haben Eltern Erwartungen an ihre Kinder, die sie aber aufgrund ihres Alters nicht erfüllen können. Weiters können sie die Bedürfnisse des Kindes nicht richtig wahrnehmen und fühlen sich hilflos bzw. sind sie mit dem Kind überfordert. Oftmals reagieren Eltern auf Probleme der Kinder feindselig und können Auswirkungen, die das Kin-

deswohl negativ beeinflussen, nicht einschätzen. Zusätzlich fällt es diesen Eltern schwer, ihre eigenen Bedürfnisse für die Bedürfnisse ihrer Kinder zurückzustecken. Es gibt drei Faktoren seitens der Kinder, die das Risiko für eine Gefährdung des Wohls, ausgelöst durch Misshandlungen, Vernachlässigung oder Missbrauch, erhöht. Zu diesen drei Blickpunkten zählen unter anderem das Alter und Geschlecht des Kindes, mögliche Entwicklungsverzögerungen und Behinderung oder aber auch auftretende Störungen im Regulations- und Verhaltensbereich. Beim Alter der Kinder wurde festgestellt, je älter die Kinder werden, desto geringer wird das Risiko, einer Gefährdung ausgesetzt zu sein. Dies lässt sich daraus begründen, dass jüngere Kinder einer größeren Abhängigkeit seitens der Eltern ausgesetzt sind. In Bezug auf die Geschlechtsverteilung wurde anhand von Studien deutlich, dass Mädchen häufiger sexuellen Missbrauch erleiden, wohingegen Jungen mehr körperlichen Misshandlungen ausgesetzt sind. Bei Vernachlässigungen und psychischer Misshandlung konnte kein aussagekräftiger Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern ermittelt werden. Regulations- und Verhaltensstörungen der Kinder stellen für Eltern eine zusätzliche Belastung dar und sind oft mit Gefühlen wie Hilflosigkeit, Angst oder Überforderung verbunden. Aus diesem Grund ist diese Gruppe der Kinder einer deutlichen Kindeswohlgefährdung ausgesetzt (vgl. Lenz 2014, S. 52ff.).

Ein weiterer Aspekt, der die Gefährdung des kindlichen Wohls erhöht, sind Stressbelastungen innerhalb der Familie. Die psychische Erkrankung eines Elternteils ist mit vielen internen und externen Belastungen verbunden. Unter internen Stressoren werden beispielsweise Konflikte in der Partnerschaft, Erziehungsunfähigkeit oder Verhaltensauffälligkeiten der Kinder verstanden. Externe Stressoren belasten die Familie von außen, sprich durch Arbeitslosigkeit und das oft damit verbundene Auftreten von finanziellen Schwierigkeiten. In solchen Situationen sind Eltern besonders bei ihren elterlichen Aufgaben überfordert. Empirische Untersuchungen konnten zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von internen und externen Belastungen in der Familie und Gewaltanwendungen bzw. Misshandlungen besteht (vgl. Lenz 2014, S. 55f.).

Um Kindesmisshandlungen und die damit einhergehende Gefährdung des Kindeswohls zu verringern, brauchen betroffene Familien mehr Unterstützung von außerhalb. Bedeutend wäre es, wenn die Überforderung seitens der Eltern abnimmt und diese mehr auf notwendige Bedürfnisse der Kinder eingehen könnten. Aufgrund einer zusätzlichen Unterstützung in Form von Beratung und Betreuung kann das Verhältnis innerhalb der Familie entspannt werden. An einer psychischen Krankheit zu leiden ist immer noch ein Tabuthema und dies hindert Familie oftmals daran, sich außenstehende Hilfe zu holen. Um

Vorurteile und Tabus abzubauen, bedarf es noch vermehrter Aufklärung (vgl. Deneke 2005, S. 152).

Zusammenfassend kann nun festgestellt werden, dass die problematische Lebenssituation für Kinder durchaus mit großen Belastungen verbunden ist. Aufgrund der elterlichen Erkrankung nehmen in der kindlichen Welt Empfindungen wie Ärger, Trauer oder Angst einen besonderen Stellenwert ein. In vielen Situationen fühlen sich Kinder alleine gelassen, würden von ihren Eltern mehr Unterstützung brauchen oder sind mit den familiären Umständen schlichtweg überfordert. Deshalb wird deutlich, wie wichtig es für Kinder in diesen Momenten wäre, mindestens eine Bezugsperson zu haben (vgl. Wagenblass 2001, S. 523f.).

Das Modell der Resilienz gibt Aufschlüsse über Kinder, die sich trotz mehrfacher Belastungen und negativer Erlebnissen gesund entwickelt haben. Im Zuge der Resilienzforschung wurden Prozesse entdeckt, die Differenzierungen im kindlichen Entwicklungsverlauf beschreiben (vgl. Lenz 2014, S. 150).

Im folgenden Kapitel wird das Konzept der Resilienz eingehender erläutert.

## 5. Resilienz

Wie bereits oben erwähnt gibt es Faktoren, die das Risiko für Kinder psychisch kranker Eltern erhöhen, selbst an einer psychischen Störung oder Verhaltensauffälligkeiten zu erkranken. Im Gegensatz dazu gibt es aber auch Schutzfaktoren und Ressourcen, die eine gesunde Entwicklung fördern können. In diesem Zusammenhang wird von Resilienz gesprochen (vgl. Griepenstroh/Schmuhl 2010, S. 127).

### 5.1. Definition und Merkmale

Für den Begriff Resilienz gibt es in der Literatur eine große Anzahl von verschiedenen Definitionen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 9). Resilienz wird aus dem englischen Wort „resilience“ abgeleitet und bedeutet so viel wie Spannkraft, Widerstandsfähigkeit oder Elastizität. Damit ist die Fähigkeit einer Person oder eines sozialen Systems gemeint, erfolgreich mit belastenden Lebenssituationen umzugehen und dabei nicht daran zu zerbrechen. Corinna Wustmann definiert Resilienz wie folgt: „*Resilienz meint die psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken*“ (Wustmann 2011, S. 18). Wenn von Resilienz und ihrer Bedeutung gesprochen wird, dann sind daran zwei zentrale Bestimmungen geknüpft. Einerseits die Bedrohung für die Entwicklung des Kindes und andererseits die erfolgreiche Bewältigung kritischer und belastender Lebensereignisse (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 10).

In der anfänglichen Resilienzforschung wurde davon ausgegangen, dass Fertigkeiten der Resilienz von Geburt an vorhanden sind. Es entsteht aber durch das Zusammenspiel von Mensch und sozialem Kontext. Aufgrund überstandener Erlebnisse und der daraus resultierenden Erfahrungen eines Menschen kann sich Resilienz durchaus ändern. Resilienz bedeutet jedoch nicht, dass Kinder anhaltend von dieser Unverwundbarkeit betroffen sind. Gewisse Situationen in ihrem Leben werden sie ohne Probleme meistern. Es kann aber auch Zeiten geben, in denen Kinder Widerstände nur sehr schwer überwinden können und vulnerabel sind. Deshalb ist Resilienz nicht automatisch auf alle Bereiche des Lebens anwendbar. Ist ein Kind beispielsweise in der Lage, schulische Angelegenheiten bestmöglich zu erfüllen, bedeutet das nicht, dass es problemlos soziale Beziehungen zu anderen aufbauen kann (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 10f.). Es besteht somit ein

Zusammenhang zwischen Resilienz und der Art, dem Ausmaß und der Beständigkeit der belastenden Situation. Erfahren Kinder von Bezugspersonen Unterstützung und werden sie gefördert, dann stellt das einen positiven Beitrag dar. Haben Kinder die Möglichkeit, von Erlebnissen geprägt zu werden, die sie stärken und stützen, dann beeinflusst das die Entwicklung einer charakteristischen Resilienz (vgl. Lenz 2014, S. 151).

Kinder werden dann als resilient bezeichnet, wenn sie sich gegenüber anderen Kindern, die den gleichen Risikofaktoren ausgesetzt sind und bereits psychische Auffälligkeiten aufweisen, positiv entwickeln. Ist ein Kind widerstandsfähig, dann kann es in Hinblick auf mögliche Entwicklungsrisiken gut entgegenwirken und sich weitgehend gesundheitsförderliche Kompetenzen aneignen (vgl. Wustmann 2011, S. 18). Die weitere Entwicklung eines Kindes ist maßgeblich davon beeinflusst, wie es schwierige Ereignisse und Risikobedingungen erfolgreich meistern kann (vgl. Trepte 2008, S. 82).

In Zusammenhang mit Resilienz darf nicht außer Acht gelassen werden, dass sie sich nicht ausschließlich auf die Abwesenheit psychischer Störungen bezieht. Vielmehr schließt Resilienz den Erwerb bzw. auch den Erhalt altersadäquater Fähigkeiten und Kompetenzen der kindlichen Entwicklung mit ein. Wie Entwicklungsaufgaben von den Kindern bewältigt werden, zeigt sich auch daran, wie spätere Aufgaben von ihnen gemeistert werden. Das Kind kann sich Fähigkeiten und Kompetenzen aneignen, die für eine positive Entwicklung maßgeblich sind. Die Persönlichkeit wird durch die Bewältigung diverser Entwicklungsaufgaben deutlich gestärkt. Kann das Kind diese Aufgaben jedoch nur schwer bewältigen dann besteht durchaus die Möglichkeit, dass psychische Fehlentwicklungen oder Entwicklungsdefizite auftreten (vgl. Wustmann 2011, S. 20).

Zusammenfassend lässt sich nun sagen, dass von Resilienz gesprochen wird, wenn eine risikoreiche Situation deutlich besser gemeistert wird als angenommen. (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 12). *„Charakteristisch für Resilienz sind außerdem ihre variable Größe, das situationspezifische [sic!] Auftreten und die damit verbundene Multidimensionalität“* (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 13).



## 5.2. Vulnerabilität

Inwieweit Risikofaktoren einen entscheidenden Anteil an der kindlichen Entwicklung tragen, hängt maßgeblich mit der Entwicklungsphase zusammen, in der sich das Kind gerade befindet. Kinder haben Phasen in ihrem Leben, in denen sie „anfälliger“ für risikoe erhöhende Faktoren sind. In diesem Kontext wird von einer sogenannten Vulnerabilität gesprochen. Konkret bedeutet das, dass Kinder in dieser Zeit verwundbarer sind. Als Beispiel für eine vulnerable Phase kann der Übergang vom Kindergarten in die Schule genannt werden. Kinder müssen aufgrund der zahlreichen Veränderungen und Anforderungen alles gleichzeitig bewältigen. Treten in einer vulnerablen Phase zusätzlich risikoe erhöhende Faktoren auf, dann steigt die Wahrscheinlichkeit für kindliche Entwicklungsschwierigkeiten (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 24).

Die menschliche Genetik spielt in Bezug auf Vulnerabilität eine zentrale Rolle, denn diese trägt einen wesentlichen Beitrag dazu, ob jemand über eine geringe oder eine hohe Verletzlichkeit verfügt (vgl. Lenz 2014, S. 43). Liegt bei einem Menschen eine Verletzlichkeit vor, dann ist es wichtig, einerseits möglichst viele negative Umwelteinflüsse fern zu halten und andererseits die positiven Faktoren zu stärken (vgl. Mattejat 2008, S. 84). Aufgrund dessen wird zwischen Risikofaktoren und Schutzfaktoren unterschieden, welche nun eingehender erläutert werden.

## 5.3. Risiko- und Schutzfaktoren

In Bezug auf die Resilienzforschung dürfen Risiko- und Schutzfaktorenkonzepte nicht außer Acht gelassen werden, denn sie sind stark miteinander verbunden (vgl. Wustmann 2011, S. 36).

### 5.3.1. Risikofaktoren

Es gibt eine Vielzahl von Umweltfaktoren, die die psychische Entwicklung von Kindern negativ beeinflussen können. Durch diese erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit für eine Entstehung einer psychischen Erkrankung. Zu familiären Risikofaktoren gehören unter anderem:

- hohe Arbeitslosenrate innerhalb der Familie
- wenig Wohnfläche
- Armutsgefährdung

- Anwendung von Gewalt
- Unstimmigkeiten zwischen den Erziehungsberechtigten
- Fürsorge durch nur einen Elternteil
- Trennungserlebnisse
- Verlust einer Vertrauensperson (vgl. Mattejat 2008, S. 84f.)

Ebenfalls einen Risikofaktor stellt die Krankheitsdauer der Eltern dar. Für Kinder ist es gefährlich, wenn die Dauer der psychischen Krankheit das Alter des Kindes überschreitet, die Krankheit also bereits vor der Geburt aufgetreten ist (vgl. Stelzig-Schöler/Hasselbring/Yazdi/Thun-Hohenstein/Stuppäck/Aichhorn 2011, S. 197). Ebenfalls schwerwiegend für Kinder ist es, wenn sie langanhaltenden und immer wiederkehrenden negativen Einflüssen ausgesetzt sind. Für Kinder kann dies durchaus eine längerfristige Veränderung bezüglich ihres psychosozialen Wohlbefindens bedeuten (vgl. Wustmann 2011, S. 43).

Als weiterer Risikofaktor wird die Geschlechtszugehörigkeit gesehen. Es gibt einen deutlichen Unterschied zwischen Jungen und Mädchen. Jungen sind in den ersten zehn Lebensjahren anfälliger für risikoerhöhende Belastungen, wie beispielsweise niedriger sozialer Status oder Defizite innerhalb der Familie. Wohingegen Mädchen dies erst in der Adoleszenz durchleben (vgl. Wustmann 2011, S. 43). Insbesondere in der Pubertät sind weibliche Jugendliche anfälliger für vermehrte Belastungen. Begründet wird dies vor allem dadurch, dass Mädchen mehr Feingefühl für die Probleme innerhalb der Familie entwickeln und sensibler reagieren (vgl. Lenz 2014, S. 32).

Die Autorin Silke Wiegand-Grefe geht auf zusätzliche Risikofaktoren für Kinder ein. Sie sieht einige Fähigkeiten, Eigenschaften und Kompetenzen der Kinder und im Gegensatz dazu auch das Nicht-Vorhandensein dieser Aspekte als Risikofaktor. Ferner sind damit einerseits geringe soziale Kompetenzen, verminderte Kommunikationsfähigkeit und andererseits kein oder nur wenig positives Selbstwertgefühl gemeint (vgl. Wiegand-Grefe 2012, S. 203).

In vielen Familien mit einem psychisch kranken Elternteil kommen die genannten Faktoren vermehrt vor. Speziell für Kinder bedeutet dies, dass sie oft mit ungünstigen Bedingungen und belastenden Umwelteinflüssen aufwachsen müssen. Die elterliche Krankheit stellt einen Risikofaktor für die seelische Gesundheit des Kindes dar und hat belastende Auswirkungen zur Folge (vgl. Mattejat 2008, S. 85).

Abschließend lässt sich sagen, dass jedes Kind die Umwelt unterschiedlich wahrnimmt und im Gegensatz zu anderen Kindern in der durchaus vergleichbaren familiären Situation verschiedene Erfahrungen macht. Dies bedeutet, dass ein und derselbe Risikofaktor einen differenzierten Effekt darstellt. Aufgrund der Unterschiedlichkeit jedes Menschen kann nur an jedem Einzelnen festgestellt werden, wie die Situation bewältigt wird bzw. werden kann (vgl. Wustmann 2011, S. 44).

### **5.3.2. Schutzfaktoren**

Schutzfaktoren haben die Eigenschaft, die Auftretenswahrscheinlichkeit von psychischen Störungen zu senken. Zusätzlich können schützende Bedingungen die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten positiver Ereignisse maßgeblich erhöhen (vgl. Wustmann 2011, S. 44).

Im Gegensatz zu den oben genannten Risikofaktoren gibt es natürlich auch Faktoren, die zu einer positiven Entwicklung des Kindes beitragen. Förderliche Faktoren sind unter anderem:

- dass Kinder wissen, dass sie an der elterlichen Erkrankung keine Schuld haben
- eine sichere und stabile häusliche Umgebung
- Liebe auch vom kranken Elternteil zu erfahren
- mindestens eine Bezugspersonen
- Kontakt zu Gleichaltrigen
- schulischer Erfolg
- kindliche Interessen auch außerhalb der Familie
- außerfamiliäre Hilfe (vgl. Mattejat 2008, S. 86)

Schutzfaktoren lassen sich in zwei wesentliche Bereiche unterteilen. Auf der einen Seite gibt es die sogenannten personalen Ressourcen, die speziell auf Eigenschaften des Kindes bezogen sind, und auf der anderen Seite gibt es familiäre und soziale Ressourcen. Die wiederum beziehen sich auf die Umwelt des Kindes (vgl. Lenz 2008, S. 97). Diese schützenden Bedingungen können den nachfolgenden drei Ebenen zugeteilt werden: dem Kind, der Familie und dem außerfamiliären sozialen Umfeld. Es ist wichtig, dass die drei Ebenen nicht voneinander isoliert betrachtet werden, denn sie beeinflussen sich auch gegenseitig. Eigenschaften und Merkmale einer Person, in diesem Fall der des Kindes, entstehen aus der direkten Interaktion mit seiner Umwelt (vgl. Wustmann 2011, S. 46).

Die Aufgabe von Schutzfaktoren ist es, die psychische Widerstandskraft von Kindern zu stärken. Schutzfaktoren sind für Kinder deshalb von Bedeutung, weil sie verursachte Belastungen aufgrund von stressreichen Situationen verringern können, weitere negative Folgereaktionen reduzieren und Selbstbewusstsein aufbauen bzw. festigen. Zwei zusätzliche Funktionen von Schutzfaktoren sind einerseits das Senken von möglichen Erkrankungsrisiken und andererseits die Förderung der kindlichen Gesundheit.

Es ist deutlich geworden, welchen zentralen Stellenwert Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern haben. Deshalb müssten sie auch in den Mittelpunkt von Unterstützungsangeboten für Kinder rücken (vgl. Lenz 2008, S. 97f.).

Die bereits oben kurz erwähnten verschiedenen Schutzfaktoren werden nun im Folgenden genauer erläutert.

### **PERSONALE SCHUTZFAKTOREN**

Personale Ressourcen beziehen sich auf persönliche Fähigkeiten und Fertigkeiten eines Menschen und dessen Handlungsmuster. Als Beispiele können etwa Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit, aber auch das Gefühl, Kontrolle über die Umwelt ausüben zu können, genannt werden. Gerade für Kinder psychisch kranker Eltern spielt die Stärkung des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeit eine bedeutende Rolle. In erster Linie helfen positive Selbstwertkonzepte bei der Bewältigung von kritischen Ereignissen. Eine Möglichkeit das Selbstwertgefühl eines Kindes zu stärken, besteht darin, seine Fähigkeiten und Begabungen anzusprechen (vgl. Lenz 2008, S. 97f.). Kinder entwickeln zudem eine Reihe von Kompetenzen, wie etwa gesellschaftliche, kommunikative und kognitive. Sie können ihr Verhalten auch den entsprechenden Situationen anpassen (vgl. Griepentstroh/Heitmann/Hermeling 2012, S. 33).

Kinder, die über eine höhere Resilienz verfügen, besitzen mehr Selbstständigkeit, haben ein selbstbewussteres Auftreten und wollen nicht abhängig sein. Zusätzlich versuchen resiliente Kinder die aufgetretenen Schwierigkeiten alleine zu lösen. Sie sind in ihrem Wesen gegenüber nicht resilienten Kindern viel offener und interessierter (vgl. Lenz 2014, S. 153).

### **FAMILIÄRE UND SOZIALE SCHUTZFAKTOREN**

Bei Familien mit einem psychisch kranken Elternteil ist die Erziehungskompetenz des Erkrankten stark eingeschränkt. Aus diesem Grunde müsste die Familienressource gestärkt werden. Psychisch kranke Eltern sehen sich selbst als erziehungsincompetent und denken,

ihre Kinder somit nicht genügend fördern bzw. versorgen zu können (vgl. Lenz 2008, S. 102). „*Soziale Schutzfaktoren sind die Gesamtheit der einer Person zur Verfügung stehenden, von ihr genutzten oder beeinflussten Merkmale des sozialen Handlungsraums*“ (Lenz 2008, S. 103). Konkret bezieht sich das auf die sozialen Beziehungen zu Verwandten oder FreundInnen des Kindes. Diese sozialen Schutzfaktoren sollen dann in Aktion treten, wenn die familiäre oder anderweitige Bezugsperson des Kindes die notwendigen Bindungs- und Kontaktbedürfnisse nicht erfüllen kann (vgl. Lenz 2008, S. 103).

Als familiäre Schutzfaktoren können folgende Gesichtspunkte genannt werden:

- Für Kinder wäre ein positives Klima innerhalb der Familie wünschenswert.
- Ebenfalls wertvoll ist eine intakte Beziehung zwischen den beiden Elternteilen (vgl. Griepentrost/Heitmann/Hermeling 2012, S. 33f.).

Erleben Kinder von psychisch Kranken ein stabiles und gesichertes Familiennetzwerk, dann kommen sie durchaus mit problematischen und belastenden Situationen besser zurecht. Dadurch können sie verschiedenen Erlebnissen widerstandsfähiger gegenüberstehen. Aufgrund dieses positiven Klimas innerhalb einer Familie sinkt für Kinder die Wahrscheinlichkeit, selbst eine psychische Störung zu entwickeln (vgl. Lenz 2014, S. 156f.).

Soziale Ressourcen können dazu beitragen, Ereignisse, die Kinder belasten, zu vermindern. Weiters verringert sich dadurch auch das Risiko für mögliche Entwicklungsstörungen.

- Eine beständige Eltern-Kind-Beziehung ist ein wesentlicher Schutzfaktor für Kinder.
- Zusätzlich brauchen Kinder eine bindende Beziehung zu Vertrauenspersonen, dies können durchaus Verwandte oder LehrerInnen sein.
- Möglichst dauerhafte Beziehungen zu Personen in ihrem Alter.
- Eine weitere soziale Ressource besteht in der Eingliederung von Kindern und Jugendlichen in Vereine etc. (vgl. Lenz 2014, S. 288).

Es gibt natürlich auch Kinder, die sich trotz erhöhter Risikoaussetzung positiv und weitgehend gesund entwickeln. Dies lässt sich aufgrund von folgenden drei Faktoren begründen: (1) Wesentliche Bedeutung wird den Schutzfaktoren zugeschrieben, denn diese können negative Einflüsse vermindern. (2) Insbesondere Risikokinder zeigen eine differenzierte Wahrnehmung in Bezug auf Risikobelastungen. (3) Kinder entwickeln in diesem

Zusammenhang für sie angemessene und wichtige Coping-Strategien bzw. Kompetenzen (vgl. Wustmann 2011, S. 54).

## 5.4. Coping

Coping kann wie folgt definiert werden: „(...) jene verhaltensorientierten und intrapsychischen Anstrengungen, mit umweltbedingten und internen Anforderungen fertig zu werden, das heißt, sie zu meistern, zu tolerieren, zu reduzieren oder zu minimieren“ (Lazarus/Launier 1981, S. 244 zit.n. Wustmann 2011, S. 76). Dem Bewältigungsverhalten werden wesentliche Gesichtspunkte zugeschrieben. Hauptaufgaben bestehen einerseits darin, den Einfluss von negativen Umweltaspekten zu reduzieren und andererseits den Kontakt zu sozialen Beziehungen aufrecht zu erhalten. Weiters brauchen Kinder die Möglichkeiten, sich von schwierigen Lebenssituationen zu erholen, und deshalb müssen die Umstände für eine wirksame Regeneration verbessert werden (vgl. Wustmann 2011, S. 76).

Menschen können gewisse Situationen auf unterschiedliche Weise beurteilen. Auf der einen Seite nehmen sie die Gegebenheit als Herausforderung wahr und auf der anderen Seite als beängstigend. Ausschlaggebend ist die Einstellung jedes Einzelnen, ob die Situation gemeistert werden kann oder nicht. Wird der Situation ängstlich gegenübergetreten, dann ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sie gemieden wird. Eine positive Einstellung kann zu einer erfolgreicherer Bewältigung der Situation beitragen (vgl. Wustmann 2011, S. 77).

Im Gegensatz zu erwachsenen Menschen besitzen Kinder eine geringere Verfügbarkeit an Copingstrategien. Dies lässt sich dadurch begründen, dass sie weniger Lebenserfahrungen haben und gewisse Situationen in ihrer Nähe nicht so gut kontrollieren können. Das Alter und der Entwicklungsstand der Kinder sind dafür entscheidend, welche Strategien zur Auswahl stehen. Inwieweit Kinder Copingstrategien entwickeln und entsprechend anwenden können, hängt zum Teil mit der Förderung seitens der Eltern zusammen. Kinder, die zu ihren Eltern eine emotionale Bindung aufgebaut haben, können in belastenden Situationen entsprechende Strategien besser benützen. Zusätzlich fällt es ihnen leichter, Unterstützungsleistungen verfügbar zu machen. Wohingegen Kinder mit geringer Bindung in stressreichen Umständen nicht flexibel darauf reagieren können und diesen Schwierigkeiten bewusst ausweichen. Diese Kinder können das aufgetretene Problem nicht nutzbringend lösen (vgl. Lenz 2014, S. 172f.).

Aufgrund empirischer Untersuchungen konnte bei Kindern mit einer höheren Vulnerabilität festgestellt werden, dass psychosoziale Einflussfaktoren sowohl eine positive als auch eine negative Rolle spielen können. Hauptaugenmerk soll darauf gelegt werden, dass Situationen, die belastend sind und ungünstige durch die Umwelt bestimmte Gegebenheit frühzeitig vermindert werden. Weiters soll versucht werden, die für die kindliche Weiterentwicklung vorteilhaften Aspekte zu stärken. Wie zentral präventive Maßnahmen für Betroffene sind, macht das Zusammenspiel von psychosozialen und genetischen Gesichtspunkten sichtbar (vgl. Lenz 2014, S. 43).

Deshalb befasst sich das nächste Kapitel nun eingehender mit diesen, speziell für Kinder psychisch kranker Eltern, präventiven Hilfen und Interventionen. Ebenso werden bereits bestehende Projekte genauer erläutert.

## 6. Hilfsangebote

Obwohl Entwicklungsrisiken von Kindern psychisch kranker Eltern bekannt waren, galten sie bislang immer noch als die „kleinen vergessenen Angehörigen“, die auch in der Kinder- und Jugendhilfe bzw. der Erwachsenenpsychiatrie nicht immer richtig wahrgenommen wurden (vgl. Lenz 2009, S. 26).

Aufgrund ihrer Erkrankung und ihrer Isolation können Eltern eine emotionale und physische Versorgung ihrer Kinder nicht immer gewährleisten. Dies kann zu einem dazu führen, dass Kinder anderweitige Betreuungspersonen benötigen. Oftmals erfahren psychisch kranke Eltern erst dann eine Unterstützung, wenn ihre Überforderung so weit fortgeschritten ist, dass Kinder bereits Verhaltensauffälligkeiten zeigen und eine Trennung nicht vermieden werden kann. Kinder psychisch kranker Eltern bekommen leider zu spät die für sie wichtige Aufmerksamkeit und somit ist eine Fremdunterbringung in manchen Fällen unabdingbar. Wenn Hilfen jedoch früher ansetzen, dann würde dies für viele Familien eine maßgebliche Unterstützung darstellen (vgl. Szylowicki 2006, S. 104).

Mittlerweile gibt es für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil ein vielfältiges Hilfsangebot. Sie brauchen fachliche Betreuung und eine angepasste Hilfeplanung. Dieser genaue Hilfebedarf muss einerseits von den Eltern und andererseits von den ExpertInnen erkannt werden. Aufgabe der HelferInnen ist es, dabei verschiedene Aspekte aus dem nahen Umfeld der betroffenen Familie miteinzubeziehen. Dies sollen unter anderem der Kindergarten, die Schule oder Freizeitangebote für die Kinder, aber auch sozialpsychiatrische Institutionen und die Kinder- und Jugendpsychiatrie sein. Kinder haben die Fähigkeit, dass sie sich schnell an eine bestehende Situation gewöhnen, auch wenn diese ungesund für sie ist. Aufgrund dessen ist es für Kinder psychisch kranker Eltern besonders zentral, ihnen zeitnahe und möglichst ambulante Hilfe zukommen zu lassen. Bei vielen Kindern fehlt es überhaupt an einem niederschweligen Zugang, und damit kann eine schnelle Erfassung und Koordination von Hilfsleistungen nicht gewährleistet werden. Diesbezüglich kann es entweder zu einer Unterversorgung des Kindes oder zu einer Überintervention kommen (vgl. Franz 2008, S. 108f.). Ein Großteil der Eltern weiß über angebotene Hilfsleistungen kaum Bescheid und welche Institutionen wofür zuständig sind. Das Wissen über professionelle Unterstützungsmaßnahmen hat zum Ziel, dass der Zugang zu vorhandenen Angeboten und Möglichkeiten erleichtert wird. Darüber hinaus können Vor-



urteile oder Ängste gegenüber Hilfsleistungen und Einrichtungen verringert werden (vgl. Brockmann/Lenz 2010, S. 689).

Einen entscheidenden Beitrag in Bezug auf Hilfsangebote liefert der Gedanke, ob psychisch kranke Eltern überhaupt über die Probleme ihrer Kinder Bescheid wissen. Denn aufgrund der Krankheit ist die Wahrnehmung seitens der Eltern auf die kindlichen Bedürfnisse stark eingeschränkt. Es muss erkannt werden, dass Kinder ein Recht darauf haben, ein ihrem Alter entsprechendes Umfeld zu haben und dass gewisse Lebensbedingungen vorhanden sind, die ein kindgerechtes Aufwachsen ermöglichen (vgl. Kölch 2009, S. 5f.).

Wie bereits oben erwähnt beeinflusst die psychische Krankheit der Eltern die kindliche Entwicklung und aufgrund dieses Zusammenhanges ist es von großer Bedeutung, die Kinder in den Behandlungsverlauf ihrer Eltern miteinzubeziehen. Umgesetzt werden kann das einerseits etwa in Form von Mutter-Kind-Behandlungen oder Gesprächen innerhalb der Familie und andererseits auch durch Kinderseminare in Fachkliniken (vgl. Lenz 2009, S. 39).

Um mit betroffenen Familien bestmöglich arbeiten zu können, muss Vertrauen zwischen ExpertInnen und den Eltern bzw. den Kindern aufgebaut werden. Erst dadurch werden Ängste abgebaut und Unsicherheiten gegenüber den professionellen Helfern reduziert (vgl. Staets 2008, S. 177).

## **6.1. Familienorientierte Interventionen**

Die Erkenntnisse aus der Resilienz- und Copingforschung bringen wesentliche Gesichtspunkte für die Anwendung von gezielt eingesetzten präventiven Hilfsleistungen mit sich. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen von psychisch kranken Eltern sollen diese Ergebnisse zu folgenden beiden Punkten beitragen:

- Für Kinder ist das Zusammenwohnen mit einem kranken Elternteil mit vielen Schwierigkeiten und Beeinträchtigungen verbunden. Deshalb wäre es wesentlich, die Strategien, wie Kinder diese Situationen bestmöglich lösen könnten, zu stärken.
- Für das gesamte Familiennetzwerk wäre es ebenfalls von Bedeutung, bereits vorhandene soziale Ressourcen zu stärken bzw. weitere aufzubauen. Hauptaugenmerk soll darauf gelegt werden, den Kindern und Jugendlichen eine Vertrauensperson zur Seite zu stellen. Dies verfolgt für Kinder das Ziel, in schwierigen familiären Zeiten Schutz und Halt zu finden. Erst wenn soziale Ressourcen einer Familie entsprechend gestärkt werden, können Unterstützungsleistungen garantiert werden.

Damit diese Ziele bestmöglich erreicht werden können, bedarf es einiger Bedingungen. Einerseits ist vermehrte Kommunikation innerhalb der Familie nötig und andererseits brauchen Kinder eine ihrem Entwicklungsstand angepasste Aufklärung über die elterliche Krankheit. Als Basis für die Bewältigung von Problemen und für die Suche nach Hilfe dienen eine offene Gesprächskultur und ein Einblick in die Erkrankung. Außerdem sind diese Faktoren auch Voraussetzung für das Erfahren von Verbundenheit, enger Beziehung und wechselseitigem Einfühlungsvermögen im familiären Umfeld (vgl. Lenz 2014, S. 279).

Der familiäre Alltag mit psychisch gesunden Eltern ist für die Kinder durchaus gekennzeichnet von einer Abwechslung zwischen belastenden Erlebnissen und entspannenden Phasen. Dieser Ausgleich ist bei Kindern mit einem kranken Elternteil hingegen deutlich gestört. Aufgrund der Belastungen, die eine psychische Krankheit mit sich bringt, ist der kindliche Alltag andauernd mit Nöten und Ängsten verbunden. Erfährt das Kind in dieser Zeit ein weiteres verletzendes Erlebnis, wird es somit emotional total aus der Bahn geworfen und die Situation überfordert das Kind zur Gänze (vgl. Lenz 2014, S. 281).

#### **ERSTELLEN EINES KRISENPLANS**

Eine Intervention, die vor allem bei der Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern einen wesentlichen Beitrag leistet, ist das Erstellen eines sogenannten Krisenplans. Dieser ist dafür da, dass Kinder in plötzlich auftretenden Krankheitsschüben der Eltern und problematischen Situationen Hilfe und Sicherheit erfahren. Für Kinder hat ein Krisenplan auch die Wirkung zu wissen, sich in Krisenzeiten auf eine nahe stehende Bezugsperson verlassen zu können. Kinder entwickeln gegenüber einer Bezugsperson weniger Selbstvorwürfe und Ängste. Die Erstellung eines Krisenplans ist für kranke Eltern ebenfalls von großer Wichtigkeit und wirkt zudem als Entlastung. Denn Eltern wissen, in einer Krisensituation ist ihr Kind gut versorgt.

Falls es in einer Familie zu einer akuten Krisensituation kommt, dann müssen im Plan folgende Details enthalten sein: Es muss natürlich vereinbart werden, wer die Vertrauensperson bzw. eventuell mehrere Vertrauenspersonen sind. Die Wohnadresse inklusive Telefonnummer der Bezugsperson und eine Abmachung, wie das Kind diese kontaktieren kann. Zusätzlich werden unter allen Familienangehörigen die Art und das Ausmaß der Unterstützungslösungen, welche durch eine Bezugsperson erbracht werden, abgestimmt.

Abmachungen im Krisenplan sollen so vereinbart werden, dass sie dem Alter und den Kompetenzen des Kindes entsprechen. So müssen beispielsweise Fragen geklärt werden wie: Ist das Kind alt genug, um in einer Situation, in der dringend Hilfe benötigt wird, die Bezugsperson zu kontaktieren (vgl. Lenz 2014, S. 291f.)?

## **6.2. Patenschaften**

Aufgrund der elterlichen psychischen Erkrankung sind Kinder mehreren Belastungen ausgesetzt und brauchen dahingehend gezielte Unterstützung. Besonders wertvoll ist es für Kinder, dass versucht werden muss, dass sie selbst keine Auffälligkeiten entwickeln. Wie bereits oben erwähnt steigt das Risiko selbst zu erkranken deutlich an und deshalb sollen Hilfsangebote bereits frühzeitig eingesetzt werden. Um Kindern bei Belastungen und Krisensituationen zur Seite zu stehen, wurde unter anderem das Modell der Patenschaften entwickelt (vgl. Kunz-Hassan 2012, S. 109).

*„Patenschaften basieren auf dem Gedanken, im Rahmen der Bereitschaftspflege Kinder und Familien ohne ein ausreichendes soziales Netzwerk mit Familien, die über entsprechende Ressourcen verfügen, zusammenzubringen“* (Lenz 2009, S. 29). Der Grundgedanke dahinter ist, dass Familien auf ein kontinuierliches und niederschwelliges Beziehungsangebot zurückgreifen können, insbesondere dann, wenn es sich um eine kurzfristige Belastungssituation handelt. Der Verein PFIFF e.V. (Pflegekinder und ihre Familien Förderverein) hat dieses Projekt der Patenschaften im Jahr 1996 realisiert (vgl. Lenz 2009, S. 29). Mit diesem Projekt werden im Speziellen hilfsbedürftige alleinerziehende Mütter oder Väter angesprochen, die aufgrund von psychischer oder körperlicher Erkrankung eingeschränkt sind und im Alltag entlastet werden sollen (vgl. Schreier/Wagenblass 2013, S. 16). Aufmerksam auf psychisch kranke Eltern und ihre Kinder wird dieses Projekt hauptsächlich durch offene Treffs, Stadtteilzentren oder ähnliche Institutionen. Wesentlich sind auch stationäre und ambulante Einrichtungen, wie zum Beispiel die Psychiatrie. Patenschaften haben unter anderem die Aufgabe, für Familien und ihre Kinder in krisenhaften Situationen Entspannung zu bringen (vgl. Szylowicki 2006, S. 106ff.). Ein ganz wesentlicher Blickpunkt des Projektes ist es, Kindern eine vertrauensvolle Ansprechperson zur Seite zu stellen. Erst dadurch erleben Kinder, eine verlässliche und über längere Zeit hinweg gesehen aufrechte Beziehung. Denn diese erwachsene Bezugsperson stellt einen wesentlichen Schutzfaktor für Kinder dar. Durch die Patenfamilie wird Entlastung in die problematische Lebenssituation der Familien gebracht. Die PatInnen versuchen den Kin-

dern das elterliche Verhalten zu erklären, damit sie es besser reflektieren können. Patenschaften bieten für Kinder die Möglichkeit, sich zu öffnen und Sinnesempfindungen wie Schuld und Zorn Ausdruck zu verleihen (vgl. Lenz 2014, S. 293).

PatInnen sind eine zusätzliche Unterstützung in Sachen Kindererziehung und Kinderbetreuung. Das Wohl des Kindes steht immer im Mittelpunkt und darf nicht aus den Augen verloren werden (vgl. Schreier/Wagenblaus 2013, S. 16). Patenschaften treten in Aktion, wenn psychisch kranke Eltern nicht in der Lage sind, ihren elterlichen Aufgaben und Pflichten gegenüber den Kindern nachzukommen. In diesem Moment sind sie überfordert, misstrauisch und verzweifelt. Aufgrund dieser Gefühlslagen der Eltern werden den Kindern PatInnen zur Verfügung gestellt. Sie begleiten die Kinder und können ihnen in schwierigen und für sie aussichtslosen Situationen Halt und Schutz bieten. Ganz wichtig ist dies insbesondere dann, wenn der kranke Elternteil in einer Klinik behandelt wird. Die Eltern-Kind-Beziehung soll positiv gestärkt werden und Patenschaften sind somit kein Ersatz für die familiäre Erziehung. Ist das Kindeswohl aufgrund der elterlichen Erkrankung gefährdet, dann kann das Betreuungsverhältnis durch PatInnen in eine Dauerpflege überführt werden. Das Verhältnis und der Umgang zwischen Eltern und Kind werden von den PatInnen nicht bewertet. PatInnen müssen die meist schwierigen Familiensituationen respektieren und die Familie mit bestem Wissen und Gewissen unterstützen (vgl. Trepte 2008, S. 83f.). Muss der erkrankte Elternteil stationär behandelt werden, dann lebt das Kind während des Aufenthaltes von Mutter oder Vater in der Patenfamilie. Die Patenfamilie wird durch diese Situation zu einer Bereitschaftspflegefamilie (vgl. Schreier/Wagenblaus 2013, S. 17). Für die Eltern ist dies eine Riesenunterstützung, denn sie haben die Gewissheit, dass ihr Kind in der Zeit ihres klinischen Aufenthaltes Tag und Nacht bei der Familie der PatInnen untergebracht und versorgt ist (vgl. Szylowicki 2006, S. 109). Da sich die PatInnen während des Klinikaufenthaltes um die Kinder kümmern, können bei den Eltern Schuldgefühle und Sorgen deutlich reduziert werden. Aufgrund dieser Sicherheit ist für Eltern die Entscheidung einfacher, sich fachliche Hilfe zu holen und sich stationär behandeln zu lassen (vgl. Lenz 2014, S. 293).

Eine Patenfamilie hat für Kinder einen zentralen Stellenwert. Denn dadurch haben sie die Möglichkeit, belastenden Situationen auszuweichen, ohne in Loyalitätskonflikte zu geraten. Weiters wird ihnen Schutz und Sicherheit geboten und sie können sich auf ein tragfähiges Beziehungsangebot stützen (vgl. Szylowicki 2006, S. 109).

Eine weitere Aufgabe des Patenschaftsmodells besteht darin, Kinder psychisch kranker Eltern bei dem Aufbau eines sozialen Netzwerkes zu unterstützen bzw. zu fördern. Wie

bereits oben erwähnt ist die Krankheit innerhalb der Familie oft mit Ängsten, Schamgefühlen und Verschwiegenheit verbunden. Mit der Unterstützung von Patenschaften ist es möglich, für diese Kinder weitere soziale Beziehungssysteme aufzubauen. Für sie ist es jedoch von großer Bedeutung, ihr gewohntes soziales Umfeld zu erhalten. Dies meint beispielsweise die Fortsetzung der Schule, Erhalt von Freundschaften und Kontakt innerhalb des Verwandten- und Bekanntenkreises. Um für die Familie eine Stütze zu sein, muss ein Hilfeplan erstellt werden. Dieser verlangt jedoch die Mitarbeit seitens der Eltern, der Kinder und natürlich auch der PatInnen (vgl. Trepte 2008, S. 84f.).

Die Arbeit der Patenschaft basiert auf Ehrenamtlichkeit. Patenfamilien müssen gewissen Anforderungen gerecht werden. Das heißt, dass sie an Gruppentreffen teilzunehmen haben und Angebote wie beispielsweise Supervision wahrnehmen müssen. Um einen hohen Grad an Professionalität gewährleisten zu können, bedarf es einer guten Vorbereitung und Schulung der Patenfamilien. Außerdem ist eine weiterführende qualifizierte Unterstützung und Beratung in der Zeit des Prozesses entscheidend. Eine Bedeutung wird auch der Zusammenarbeit und der Vernetzung mit anderen Hilfseinrichtungen, ExpertInnen und Institutionen beigemessen (vgl. Szylowicki 2006, S. 110).

Damit das Projekt der Patenschaften gut realisierbar ist, müssen dies alle daran Mitwirkenden freiwillig tun. Das Besondere bei PatInnen ist, dass sie nicht willkürlich einer Familie zugeteilt werden, sondern diese sich auswählen. Damit zwischen den Beteiligten eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden kann, bedarf es gegenseitiger Akzeptanz (vgl. Lenz 2014, S. 294).

### **6.3. Angehörigenarbeit**

Angehörigenarbeit hat sich zum Ziel gesetzt, psychisch kranke Menschen und ihre Familie zu unterstützen und ihnen bei der Bewältigung von Problemen zur Seite zu stehen. Die drei Aspekte Entlastung, Förderung und Beteiligung an der Rückfallverhütung sind zentrale Bereiche in Bezug auf die Angehörigenarbeit mit Kindern und werden untenstehend kurz erläutert. Insbesondere bei der Rückfallverhütung muss darauf geachtet werden, dass Kinder nicht allzu große und für sie schwierige Aufgaben bzw. Verantwortungen übernehmen. Wenn ihnen Aufgaben anvertraut werden, dann müssen diese ihren alters- und entwicklungsbedingten Möglichkeiten entsprechen. Weiters dürfen die Kinder in keiner Weise überfordert werden und zusätzlich brauchen sie ihre eigenen Frei- und Gestaltungsräume. Kinder müssen die Chance und das Recht haben, auch Verantwortungen ab-

zugeben um keine Schuldgefühle zu entwickeln. Kinder brauchen es, in den Behandlungsplan des erkrankten Elternteils aktiv miteinbezogen zu werden. Das vermittelt ihnen das Gefühl, an der Genesung mitgeholfen zu haben. In der Angehörigenarbeit mit Kindern können folgende Ziele definiert werden.

- Entlastung der Kinder:  
Einerseits wird von der Reduzierung von Ängsten, Schuld- und Schamgefühlen und andererseits von der Begleitung in Krisenzeiten gesprochen. Eine zusätzliche Entlastung stellen die kindgerechte Aufklärung der Krankheit und der weitere Behandlungsverlauf dar.
- Förderung der Kinder:  
Förderlich sind besonders der Ausbau und die Stärkung der sozialen Netzwerke und ebenso eine individuelle Abgrenzung zu den vorhandenen Problemen.
- Beteiligung an der Rückfallverhütung:  
Dieser Blickpunkt legt Wert darauf, dass Kinder nur Verantwortungen ihrem Alter entsprechend übernehmen und zusätzlich die Emotionalitäten innerhalb der Familie reduziert werden.

Aufgrund der Angehörigenhilfe werden Kinder bei der Bewältigung ihrer Sorgen, Ängste und Nöte unterstützt und im Zuge dieser Hilfestellungen können sie auch aktiv miteinbezogen werden und dies wiederum fördert ihre Stärken und lässt sie ihre eigenen Kräfte und Ressourcen entdecken (vgl. Lenz 2005, S. 148ff.).

## 6.4. Prävention

*„Prävention versucht durch gezielte Maßnahmen, das Auftreten von unerwünschten Zuständen (z.B. Verhaltensauffälligkeiten) weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verhindern“* (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 57). Prävention bedeutet, aus dem lateinischen übersetzt, so viel wie „zuvorkommend“. Im Sinne von Prävention können folgende drei Arten unterschieden werden:

- Primäre Prävention:  
Darunter ist die rechtzeitige Vorbeugung gegen das Auftreten einer Erkrankung zu verstehen.

- Sekundäre Prävention:

Hauptaugenmerk wird vor allem auf die frühzeitige Feststellung einer Krankheit gelegt, um möglichen Verschlechterungen entgegenzuwirken.

- Tertiäre Prävention:

Hierbei wird versucht schwerwiegende Auswirkungen und Rezidive bestmöglich zu verhindern.

Schon in den ersten Lebensjahren eines Menschen ist der Ursprung für viele Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten zu finden. Damit diese auftretenden Auffälligkeiten vermieden werden können, wäre es für Eltern und Kinder wertvoll, frühzeitig mit Präventionsprogrammen zu beginnen. Aufgrund von präventiven Hilfen können Entwicklungsauffälligkeiten und psychische Erkrankungen über einen längeren Zeitraum hinweg weitgehend als stabil bleibend betrachtet werden. Um gesundheitlichen Schäden vorzubeugen, wäre es bedeutsam, mit präventiv eingesetzten Handlungen diesen positiv entgegenzuwirken. Denn dadurch können Spätfolgen bzw. Fehlentwicklungen zur Gänze abgewehrt oder wenigstens vermindert werden (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2014, S. 57ff.).

Ein Hauptaugenmerk bei präventiven Maßnahmen muss darauf gelegt werden, dass betroffene Kinder im elterlichen Behandlungsverlauf als Familienmitglieder erkannt werden (vgl. Mattejat/Lenz/Wiegand-Grefe 2012, S. 20). Um Prävention gewährleisten zu können, ist es erforderlich, dass zuständige Helfer und diverse Einrichtungen gut zusammenarbeiten. Hierbei können beispielsweise die Psychiatrien, ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, Kindertagesstätten und gegebenenfalls die Schule aufgezählt werden. Insbesondere Kindertagesstätten und die Schule sind wichtige Institutionen, denn PädagogInnen merken Auffälligkeiten bei Kindern recht schnell. Diese schaffen es, mit den Eltern zusammen weitere Hilfsangebote einzuschalten und eine Vernetzung herzustellen. Zwischen den einzelnen Institutionen soll ein gemeinsames Fallverständnis erarbeitet werden, um passgenaue Hilfen für Familien zu entwickeln (vgl. Gehrman/Sumargo 2009, S. 390f.). Hohe Aufmerksamkeit muss auf die einzelnen Interessen und Bedürfnisse sowohl der Kinder als auch des kranken Elternteils gelegt werden (vgl. Hipp/Schatte/Altrogge 2010, S. 717).

Die beiden Autoren Fritz Mattejat und Helmut Remschmidt machten explizit darauf aufmerksam, dass es für Kinder psychisch kranker Eltern immer noch zu wenige Präventionsprogramme gibt. Deutschland erarbeitete deshalb in den 1990er Jahren Konzepte für präventive Projekte. So entstanden beispielsweise die Projekte Auryn und KIPKEL und

Kinder psychisch kranker Eltern rückten somit vermehrt in das Blickfeld der Öffentlichkeit (vgl. Matzejat/Lenz/Wiegand-Greife 2012, S. 18f.).

Diese beiden Präventionsprojekte werden nun im folgenden Kapitel erläutert.

## **6.5. Bestehende Projekte**

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit bereits bestehenden Projekten, die vorzugsweise in Österreich und Deutschland umgesetzt werden.

### **KIPKE – BERATUNG VON KINDERN MIT PSYCHISCH KRANKEN ELTERN (TEILEN)**

Das Pilotprojekt KIPKE wurde erstmals in Niederösterreich versucht umzusetzen. Das Angebot richtet sich speziell an Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken Eltern. Im Fokus stehen Kinder im Alter zwischen 3-18 Jahren. Dieses Projekt legt besonderen Wert auf kindgerechte Aufklärung, die Wahrnehmung von Schuld- und Schamgefühlen und eine dementsprechende Entlastung. Kinder brauchen in dieser schwierigen Lebenssituation eine Vertrauensperson und die Aktivierung einer solchen Person hat sich KIPKE ebenfalls zur Aufgabe gemacht. Weiters wird mit den Kindern gemeinsam versucht ein stabiles soziales Netzwerk aufzubauen. Ziel dieser Beratung ist natürlich auch, eine Entlastung für Eltern dazustellen. Die Form der Beratung kann auf mehrere Arten erfolgen. Einerseits werden Familien- und Elterngespräche angeboten und andererseits besteht auch die Möglichkeit, ein Einzelgespräch in Anspruch zu nehmen (vgl. PSZ – Psychosoziale Zentren GmbH, o.A. a).

KIPKE ist es von großer Bedeutung, auf das Thema Kinder psychisch kranker Eltern aufmerksam zu machen und diesbezüglich ein Unterstützungsnetzwerk aufzubauen. Das Team für diese Beratung setzt sich aus SozialarbeiterInnen, Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen und PsychologInnen zusammen. In Niederösterreich gibt es insgesamt 12 Standorte, an denen KIPKE-Beratungsstellen aufgesucht werden können (vgl. PSZ – Psychosoziale Zentren GmbH, o.A. b).

### **KIPKEL – KINDER PSYCHISCH KRANKER ELTERN**

In Nordrhein-Westfalen entstand das in der Literatur oft vorkommende Präventionsprojekt KIPKEL. KIPKEL ist eine Abkürzung und bedeutet so viel wie „Kinder psychisch kranker Eltern“. Hauptaugenmerk wird darauf gelegt, dass für Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Familien passgenaue Hilfen angeboten werden können. Dieses Angebot reicht von Einzel- und Familiengesprächen bis hin zu Gruppenarbeiten, offenen Sprech-



stunden und Netzwerkarbeit (vgl. Lenz 2009, S. 27). Die Zielgruppe dieses Projektes sind Familien mit minderjährigen Kindern, in denen ein oder beide Elternteile an einer bipolaren Störung, einer Schizophrenie oder einer schweren Persönlichkeitsstörung leiden. Im Zeitraum von 1998 bis 2008 ist KIPKEL insgesamt 650 Kinder und ihren Familien zur Seite gestanden.

Ziel dieses präventiven Beratungsangebotes ist es, Kinder psychisch kranker Eltern bei ihrer Persönlichkeitsentwicklung im schwierigen familiären Umfeld zu begleiten. Speziell bei Kindern wird versucht durch künstlerisches Gestalten und spielerisches Tun die erlebten und emotional schwierigen Situationen innerhalb der Familie zu verarbeiten. Der Sinn besteht darin, dass Kinder die Möglichkeit haben, innere Bilder, Fantasien und Gefühle nach außen zu tragen, auch ohne Worte. Dies ermöglicht dann meist einen leichteren Einstieg in das Gespräch mit einem betroffenen Kind. Es hilft ihnen dabei, Worte für ihre Ängste und Sorgen um den kranken Elternteil zu finden. Sie sprechen über die Angst selbst zu erkranken oder auch darüber, dass sie an Schuld- und Schamgefühlen leiden.

Bei der Erstkontaktaufnahme in psychiatrischen Kliniken geht es in erster Linie darum, eine Vertrauensbasis aufzubauen, vorhandene Ängste abzubauen und um die Einwilligung der Eltern in eine außerfamiliäre Betreuung der Kinder. Bei diesem Gespräch ist der/die behandelnde Arzt/Ärztin anwesend und versucht im Sinne der Familie zu kooperieren. Um für Kinder eine Unterstützung zu sein, muss vorab geklärt werden, ob das präventive Beratungsangebot von KIPKEL überhaupt ausreichend ist, oder ob bereits eine intensivere psychotherapeutische Arbeit erforderlich ist. Ist eine Therapie unumgänglich, dann wird gemeinsam mit den Eltern versucht eine/n Therapeutin/Therapeuten für das Kind aufzusuchen.

Die Arbeit mit Kindern bedeutet auch eine Zusammenarbeit mit den Eltern, die ebenfalls eine intensive Beratung brauchen. Für KIPKEL hat es einen zentralen Stellenwert, dass in die Beratung auch jener Elternteil miteinbezogen wird, bei dem das Kind nicht lebt. In diesem Moment haben die Eltern selbst die Möglichkeit, über ihre eigenen Probleme, wie Arbeitslosigkeit, finanzielle Not oder den belastenden und schwierigen Umgang mit ihren Kindern, zu reden. Um den Kontakt zu den Familien bzw. den betreuten Kindern nicht zu verlieren, bietet KIPKEL 1-2-mal pro Monat eine offene Sprechstunde an. Dabei haben Kinder die Möglichkeit, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen, zu spielen und gegebenenfalls auch Freundschaften zu knüpfen.

Ein wesentlicher Bestandteil dieses Präventionsprojektes ist es, ein funktionierendes Netzwerk für Familien und ihre Kinder aufzubauen. Mit diesem Konzept wird versucht

den Kindern Freizeitangebote wie Theaterbesuche, Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen etc. zu ermöglichen. Um dies erfüllen zu können, müssen Sponsoren für die Finanzierung gefunden werden.

Einen besonderen Stellenwert bei KIPKEL hat die Beziehung zwischen dem erkrankten Elternteil und ihren Kindern und ebenfalls die Kommunikation innerhalb der Familie (vgl. Staets 2008, S. 164ff.).

## **AURYN**

Für Kinder besteht eine Anzahl von Schutzfaktoren, die sie vor einer eigenen Erkrankung schützen können, welche bereits in Abschnitt 5.3. genau beschrieben wurden. Aufgrund der Wichtigkeit für Kinder ist es unerlässlich, diese schützenden Faktoren bestmöglich zu fördern und entwickeln zu helfen. Das war für die Leipziger Kinder-, Jugend- und Familienberatungsstelle AURYN ausschlaggebend, ein Präventionsprojekt ins Leben zu rufen, das sich zum Ziel gesetzt hat, Kindern psychisch kranker Eltern bei der Förderung ihrer Schutzfaktoren zur Seite zu stehen. Zusätzlich verfügt die Beratungsstelle über die Maßnahmen, in Familien mit mindestens einem psychisch kranken Elternteil in Krisenfällen optimal zu reagieren.

Schutzfaktoren spielen im Leben eines Kindes eine zentrale Rolle und deshalb versucht die Beratungsstelle diese bestmöglich zu fördern. Um dies erfüllen zu können, werden sowohl Einzelhilfen als auch verschiedene Gruppenangebote eingesetzt. In diesem Zusammenhang wird auf das Alter der Kinder und ihre Bedürfnisse Rücksicht genommen. Gruppenangebote haben den Sinn, dass Kinder und Jugendliche in ihren sozialen Fähigkeiten, bei Problemlösestrategien oder auch beim Umgang mit Stresssituationen begleitet und gefördert werden. Um dies umsetzen zu können, nehmen Kinder und Jugendliche an einem sozialen Kompetenztraining teil. Zusätzlich werden sie in Freizeitgruppen betreut und obendrein lernen sie noch verschiedene Entspannungstechniken kennen. AURYN bietet für psychisch kranke Eltern ebenfalls Gruppenangebote an. Wie auch bei den Kindern besteht für sie die Möglichkeit an einem sozialen Kompetenztraining teilzunehmen. Für Eltern sind das Erziehungs- und Kommunikationstraining und das Kennenlernen von Entspannungsangeboten durchaus bedeutend. Eine wesentliche Rolle wird hierbei auch der Psychoedukation zugeschrieben, also der Vermittlung von Informationen im Hinblick auf die psychische Erkrankung und eine mögliche Bewältigung der Krankheit. In den Einzelangeboten für die Kinder wird gemäß ihrem Entwicklungsstand und ihrem Alter versucht sie über die elterliche Krankheit aufzuklären. Gemeinsam mit den Kindern werden Krisen-

pläne erstellt, die Informationen etwa zu allen Ansprechpersonen, Telefonnummern und wesentliche Notizen enthalten.

Aufgrund dieser Präventions- und Kriseninterventionsangebote können betroffene Familien und ihre Kinder individuell betreut und unterstützt werden. Die angeführten Schutzfaktoren werden durch diese Angebote entsprechend abgedeckt (vgl. Lägell 2008, S. 182ff.).

Im zweiten Abschnitt der vorliegenden Arbeit folgt der empirische Teil, welcher sich mit der Beantwortung der Forschungsfrage beschäftigt.

TEIL II  
EMPIRISCHER TEIL

## 7. Empirische Untersuchung

Im Anschluss an den theoretischen Abschnitt befasst sich dieser Teil mit der empirischen Untersuchung. Im Folgenden wird das Untersuchungsdesign vorgestellt. Zu Beginn werden das Ziel des Forschungsvorhabens und die Erläuterung der Forschungsfrage beschrieben. Als Forschungsmethode wurde das leitfadengestützte Interview ausgewählt, welches ausführlich erklärt wird.

Für die Untersuchung konnten sechs ExpertInnen gewonnen werden, die mittels Interviewleitfaden befragt wurden, welcher ebenfalls vorgestellt wird. Der nächste Abschnitt befasst sich konkret mit der Auswertung der einzelnen Interviews. Dies erfolgte mithilfe einer Software für Qualitative Datenanalyse – MAXQDA. Abschließend werden die ausgewerteten Ergebnisse vorgestellt und diskutiert.

Als Einstieg wird die Bedeutung der „empirischen Forschung“ erklärt. Das Wort „empirisch“ wird aus dem Griechischen abgeleitet und bedeutet so viel wie „auf Erfahrung beruhend“. Um empirische Erkenntnisse erfassen zu können, bedarf es des Einsatzes von verschiedenen Datenerhebungsmethoden. Darunter fallen beispielsweise Beobachtungen, Experimente oder Befragungen.

Bevor jedoch mit einer empirischen Untersuchung begonnen werden kann, bedarf es einer durchdachten Planung, welche einen entscheidenden Anteil an der Gesamtforschung darstellt. In diesem Kontext kann zwischen vier unterschiedlichen Phasen differenziert werden:

1. Planungsphase:

In dieser Phase gibt es konkrete Fragen, die sich der Forscher/die Forscherin vorab stellen muss. Es muss beispielsweise die Frage der Forschungsmethode, des Erhebungsinstrumentes und der Auswahl der Stichprobe geklärt werden. Weiters ist es wichtig anzuschauen, welche Ressourcen vorhanden sind.

2. Durchführungsphase:

Diese Phase ist durch die Datenerhebung gekennzeichnet.

3. Auswertungsphase:

Aufgrund der Datenanalyse wird hierbei das Hauptaugenmerk auf die Beantwortung der Forschungsfrage gelegt.

#### 4. Diskussions- und Interpretationsphase:

Abschließend werden aus den Ergebnissen passende Schlussfolgerungen gezogen (vgl. Reicher 2012, S. 91f.).

### **7.1. Methodisches Vorgehen**

Für die qualitative Datenerhebung wurde das ExpertInneninterview eingesetzt, welches eine Form des sogenannten qualitativen Leitfadeninterviews darstellt. Um die transkribierten Interviews auswerten zu können, wurde auf die Inhaltsanalyse zurückgegriffen. Dieses Vorgehen wurde durch die computergestützte Datenanalyse unterstützt. In diesem Kontext kam das Softwareprogramm MAXQDA bei der Analyse zur Anwendung.

Die anschließenden Kapitel beschreiben die in der Studie verwendete Methode der qualitativen Analyse eingehender.

#### **7.1.1. Qualitatives Interview**

Als qualitative Forschungsmethode wurde diese Form des Interviews schon vor längerer Zeit eingesetzt. Das Interview wird sehr häufig und gerne für empirische Untersuchungen verwendet. Diese Art der Befragung hat an Bedeutung gewonnen, weil der Zugang zu möglichen InterviewpartnerInnen erleichtert wurde. Es gibt weitere positive Aspekte, die für das Einsetzen eines Interviews als Erhebungsinstrument sprechen. Einerseits bieten Interviews die Möglichkeit, das Gespräch aufzunehmen, und sie sind weitaus unverfälscht. Andererseits sind die Informationen nachvollziehbar und können so oft wie nötig wiedergegeben werden. Die Methode des qualitativen Interviews wird dadurch aufgewertet, weil sich durch den Vergleich von Text und Interpretation die Möglichkeiten der Kontrolle auf-tun.

Interview wird im Französischen mit „entrevue“ übersetzt und bedeutet so viel wie verabredete Begegnung. Erst im 20. Jahrhundert konnte sich dieses Wort im deutschsprachigen Raum etablieren (vgl. Lamnek 2010, S. 301).

Ein Interview kann wie folgt definiert werden: „*Das Interview ist ein Gespräch, in dem die Rollen per Konvention meist asymmetrisch verteilt sind, wobei die Forschenden die Fragen stellen und die an der Untersuchung Teilnehmenden antworten. Das Interview dient der Informationsermittlung*“ (Hussy/Schreiner/Echterhoff 2010, S. 215).

Weiters wird das qualitative Interview als eine „Kommunikationssituation“ bezeichnet. Darunter ist die Gewinnung der wesentlichen Daten zu verstehen, die durch die Subjektivität der handelnden Personen in einer Situation entstehen.

Das Ziel des qualitativen Interviews und daher auch der ForscherInnen ist es, von den interviewten Personen durch gezielte Fragen verbale Informationen zu erhalten (vgl. Lamnek 2010, S. 301f.).

Die nachstehenden Aspekte sind charakteristisch für ein qualitatives Interview. Qualitative Interviews erfolgen in mündlicher Form und sind somit persönlich. Die Art der gestellten Fragen ist offen. Das heißt, die interviewte Person kann auf die Frage selbst antworten und es gibt somit keine vorgefertigten Antworten. Dadurch kann auch die Asymmetrie zwischen den beiden Beteiligten gemildert werden (vgl. Lamnek 2010, S. 306ff.). Bei qualitativen Interviews besteht in Bezug auf die Vergleichbarkeit der einzelnen Interviews durchaus die Möglichkeit, den GesprächspartnerInnen nicht die völlig übereinstimmenden Fragen zu stellen (vgl. Bogner/Littig/Menz 2014, S. 28). Der Stil der Befragung ist neutral bis weich. Bei vielen Gesprächen ist die Thematik eine persönliche, und hier wären Einzelinterviews von Vorteil. Zusätzlich kann zwischen vermittelnden und ermittelnden Interviews unterschieden werden (vgl. Lamnek 2010, S. 316).

Ein wesentlicher Nutzen, der sich aufgrund eines qualitativen Interviews ergibt ist, dass hinzukommende Informationen ebenfalls in die Interpretation einfließen können. Dies meint beispielsweise den Einbezug von besonderen Vorkommnissen während des Dialogs, Empfindungen der InterviewerInnen oder auch persönliche Informationen zu ExpertInnen. Des Weiteren ist es bei einem qualitativen Interview wegweisend, dass die Befragungssituation in einer natürlichen Atmosphäre und in der alltäglichen Umgebung des/der Befragten stattfindet. Es sollen keine Orte ausgewählt werden, die dem/der Befragten unangenehm und fremd sind. Das Verhältnis der beiden Beteiligten soll im gegenseitigen Vertrauen aufgebaut werden und zudem freundschaftlich-kollegial sein. Damit die Daten eines qualitativen Interviews ausgewertet werden können, ist es von wesentlichem Vorteil, Datenaufzeichnungsgeräte zu verwenden (vgl. Lamnek 2010, S. 325ff.).

### **7.1.2. Leitfadengestütztes Interview**

Der Grad der Standardisierung entspricht bei dieser Form des Interviews einem halbstandardisierten Interview. Das Besondere bei einem halbstandardisierten Interview ist, dass die Gliederung der Fragen der Gesprächssituation angepasst werden kann. Im Gegensatz dazu orientiert sich das standardisierte Interview an einer vorher festgelegten Abfrage

der Interviewfragen, diese sind für die einzelnen Befragten absolut ident. In der qualitativen Sozialforschung wird dem halbstandardisierten Interview aufgrund seiner Flexibilität in Bezug auf Fragengliederung und Formulierung der Vorzug gegeben. Bei einem non-standardisierten Interview werden nur einzelne Themengebiete festgelegt (vgl. Husy/Schreiner/Echterhoff 2010, S. 215f.).

Für die Befragung der TeilnehmerInnen muss ein Leitfaden erarbeitet werden. Dieser dient dem/der InterviewerIn als Orientierungshilfe. Für die Vergleichbarkeit der einzelnen Interviews müssen jedoch alle Themengebiete während der Gesprächssituation abgefragt werden. Das ermöglicht, bei der anschließenden Interviewauswertung einen Blick darauf zu werfen, was die einzelnen GesprächspartnerInnen zu den jeweiligen Fragen geantwortet haben. Aufgrund dieser hohen Flexibilität muss der/die InterviewerIn sehr konzentriert bleiben. Die Herausforderung besteht darin, dass bereits beantwortete Fragen nicht im weiteren Gesprächsverlauf nochmals gestellt werden. Aufgrund des sich ergebenden Themengebietetes können bestimmte Fragen auch vorgezogen werden. Die ForscherInnen haben durchaus die Möglichkeit, aus dem Augenblick heraus nachzufragen. Diese Ad-hoc-Fragen geben einen tieferen Einblick in einen bestimmten Themenkomplex. Dadurch erhält der/die InterviewerIn zusätzlich neue und eventuell brauchbare Informationen. Insgesamt kann angemerkt werden, dass das Leitfadeninterview ein flexibles Forschungsinstrument der Datenerhebung ist. Dies lässt sich mit der individuellen Abfrage und Formulierung der Interviewfragen und mit dem spontanen Nachfragen begründen (vgl. Husy/Schreiner/Echterhoff 2010, S. 216).

Das Einsetzen eines Leitfadeninterviews als Erhebungsmethode ist im Speziellen dann sinnvoll, wenn die ForscherInnen bereits theoretisches Wissen über die zu erforschende Thematik verfügt. In diesem Zusammenhang ist es leichter, Fragen für einen Leitfaden zu entwickeln. Das Leitfadeninterview eignet sich gut, um zu einem bestimmten Thema, unterschiedliche ExpertInnen miteinander zu vergleichen. Bezüglich der Auswertungsmethode wird in vielen Fällen auf die Inhaltsanalyse zurückgegriffen (vgl. Husy/Schreiner/Echterhoff 2010, S. 217f.).

Das ExpertInneninterview bildet einen Teil des qualitativen Interviews (vgl. Hopf 2010, S. 353). Aufgrund der Anwendung für diese Forschung folgt deshalb eine kurze Einführung.



## **EXPERTINNENINTERVIEW**

Für das ExpertInneninterview gibt es folgende Definition: „*Qualitative Experteninterviews können definiert werden als ein systematisches und theoriegeleitetes Verfahren der Datenerhebung in Form der Befragung von Personen, die über exklusives Wissen (...) verfügen*“ (Kaiser 2014, S. 6).

Wird das ExpertInneninterview mit anderen qualitativen Interviewformen verglichen, zeigt sich, dass dieses über keine speziellen methodischen Vorgehensweisen verfügt. Das Hauptaugenmerk eines ExpertInneninterviews wird explizit auf die Teilnahme und das Wissen der ExpertInnen gelegt. Das Wort Experte kann aus dem lateinischen mit „erprobt“ oder „bewährt“ übersetzt werden. Experte/Expertin ist jemand, der auf einem bestimmten Themengebiet über spezielles Wissen verfügt. Die Rolle der ExpertInnen wird zugeschrieben (vgl. Bogner/Littig/Menz 2014, S. 9ff.).

In der qualitativen Forschung werden für ExpertInneninterviews öfters teilstandardisierte Interviews verwendet. Bevor jedoch mit einem ExpertInneninterview begonnen werden kann, müssen bestimmte Schritte der Planung bewältigt werden. Vorab muss ein Interviewleitfaden erstellt werden. Dieser dient auch als Checkliste und leitet die Gesprächssituation. Ebenso wird die Kontaktaufnahme zu den ExpertInnen als zentraler Meilenstein beschrieben (vgl. Bogner/Littig/Menz 2014, S. 27ff.).

In der vorliegenden Arbeit wurden insgesamt sechs ExpertInneninterviews mit SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogInnen durchgeführt. Zu Beginn des Interviews wurde darauf hingewiesen, dass das gesamte Gespräch mittels Rekorder aufgezeichnet wird. Um Probleme mit einem Aufnahmegerät zu vermeiden, wurden aus Sicherheitsgründen zwei Tonbänder verwendet. Weiters wurde den InterviewpartnerInnen versichert, die Daten ausschließlich für den Forschungsprozess dieser Masterarbeit zu verwenden und dass alle Auswertungen anonymisiert werden.

Das nächste Kapitel beschäftigt sich eingehend mit der Konstruktion des zuvor bereits erwähnten Interviewleitfadens. Zusätzlich wird der für diese Forschung verwendete Leitfaden vorgestellt.

### 7.1.3. Interviewleitfaden

*„Mit dem Begriff des Leitfadens bezeichnet man ein mehr oder weniger strukturiertes schriftliches Frageschema. Es dient den InterviewerInnen bei der Interviewführung als Orientierungshilfe und Gedächtnisstütze und enthält sämtliche wichtigen Fragen, sowie Hinweise, wie einzelne Fragenblöcke eingeleitet werden sollten“ (Stigler/Felbinger 2012, S. 141).*

Der Interviewleitfaden dient als ein Instrument der Datenerhebung. Ein Leitfaden zeigt zudem, wie die ForscherInnen die Forschungsfrage in spezifischen Interviewfragen verarbeitet hat (vgl. Kaiser 2014, S. 52).

Der Leitfaden für Interviews beinhaltet drei wesentliche Merkmale, die nachstehend aufgelistet werden:

1. Seine Aufgabe besteht darin, dem Gesprächsverlauf eine Struktur zu verleihen. Demzufolge legt ein Interviewleitfaden die Menge der zu stellenden Fragen und die Gliederung fest. Generell sollte die Anzahl der Fragen eher überschaubar gehalten werden, allerdings kann eine konkrete Aussage nicht getroffen werden, weil es vom jeweiligen Forschungsgebiet abhängig ist. Um den sogenannten roten Faden sicherzustellen, ist der thematische Aufbau des Leitfadens sehr wesentlich. Zusätzlich soll die Reihenfolge der Themengebiete für die Befragten klar und nachvollziehbar sein.
2. Ein Leitfaden muss Hinweise über die bevorstehende Gesprächssituation beinhalten. Schon bei der Kontaktaufnahme werden den ExpertInnen Daten zur Untersuchung mitgeteilt. Diese sollten auf jeden Fall vor dem Interview nochmals wiederholt werden. Damit ist explizit die Vorstellung des Forschungsziels, die Wichtigkeit dieses Interviews oder die Nichtweitergabe der persönlichen Daten an Dritte gemeint. Somit kann Anonymität gewährleistet werden.
3. Ein Interviewleitfaden zeigt den Befragten inwieweit sich der/die InterviewerIn bereits mit dieser Thematik auseinandergesetzt hat. Dadurch erlangt dieser den Status als „Co-Experte/Expertin“. Wenn es für die Befragten den Anschein erweckt, der/die InterviewerIn habe zu wenig Wissen über das Thema, dann kann das Erreichen der gewünschten Forschungsziele erschwert werden (vgl. Kaiser 2014, S. 52ff.).

Vor der Befragung der ExpertInnen muss sich der/die ForscherIn mit dem Thema seiner Untersuchung auseinandersetzen, sprich über aktuelle Statistiken oder Ergebnisse Be-

scheid wissen und zusätzlich über ein generelles Grundwissen verfügen (vgl. Kaiser 2014, S. 55).

Der nächste Abschnitt befasst sich damit, wie aus einer Forschungsfrage Interviewfragen abgeleitet werden können. Dieser Prozess wird Operationalisierung genannt. Die Aufgabe der ForscherInnen besteht darin, die Forschungsprobleme zu verdeutlichen und aus dieser Erkenntnis mögliche Interviewfragen abzuleiten. Die Operationalisierung ist ein wesentlicher und auch sehr anspruchsvoller Aspekt in einer empirischen Untersuchung (vgl. Kaiser 2014, S. 55f.).

Um möglichst verwertbare und passende Antworten zu bekommen, muss die Formulierung der Interviewfragen dementsprechend ausfallen. Es gibt differenzierte Arten von Fragestellungen, welche mit unterschiedlichen Zielsetzungen im Interview eingesetzt werden können (vgl. Kaiser 2014, S. 63). In dieser Arbeit werden diese verschiedenen Fragetypen aber nicht eingehender erläutert.

Einstiegsfragen haben die Aufgabe bzw. bieten die Möglichkeit die Gesprächsatmosphäre zu lockern, und der Einstieg wird für die beiden Beteiligten dadurch erleichtert (vgl. Kaiser 2014, S. 63f.).

Unter Berücksichtigung dieser genannten Aspekte und anhand der formulierten Forschungsfrage hat sich nun folgender Leitfaden ergeben. Als Gesprächseinstieg bei den ExpertInneninterviews dienen die nachstehenden Fragen:

- Beschreiben Sie mir bitte Ihre Aufgabengebiete in Ihrer Einrichtung.

Im weiteren Verlauf des Interviews werden wir speziell über Kinder psychisch kranker Eltern sprechen.

- Welchen Stellenwert hat dieses Thema in Ihrer Einrichtung bzw. auch bei Ihnen?

Tabelle 1: Interviewleitfaden

Themengebiete	Interviewfragen	Kategorien
Allgemeines	<p>Wer ist die Klientel Ihrer Einrichtung?</p> <p>Wie werden Betroffene auf Ihre Einrichtung aufmerksam?</p> <p>Wie geht es den betroffenen Familien dabei, sich außenstehende Hilfe zu holen?</p> <p>Wie lange sind Eltern schon krank, bevor Kinder zu Ihnen kommen?</p> <p>Wie sieht die Altersstruktur aus?</p> <p>Wie viele Kinder leben mit dem psychisch kranken Elternteil in einem gemeinsamen Haushalt?</p> <p>Wo bzw. wie viele leben woanders?</p> <p>Wie sehen Sie den Alltag der Kinder im Zusammenleben mit dem kranken Elternteil?</p>	<p>Klientel</p> <p>Zugang</p> <p>Außenstehende Hilfe</p> <p>Dauer der Krankheit</p> <p>Altersstruktur</p> <p>Zusammenleben</p> <p>Alltag</p>
<p>Im nächsten Abschnitt möchte ich gerne von Ihnen wissen, wie Sie die Bedürfnisse und Probleme der betroffenen Kinder wahrnehmen.</p>		
Bedürfnisse der Kinder	<p>Wenn Kinder bei Ihnen in Betreuung sind, welche Bedürfnisse haben diese?</p> <p>Was brauchen Kinder aus Ihrer Sicht?</p>	<p>Bedürfnisse der Kinder</p> <p>Was Kinder brauchen</p>

	<p>Was brauchen Familien aus Ihrer Sicht?</p> <p>Inwieweit reden Kinder mit anderen Personen über ihre Lebenssituation? Wer sind diese Ansprechpersonen?</p> <p>Wenn Kinder überhaupt über die elterliche Krankheit aufgeklärt werden, von wem geschieht das in der Regel?</p> <p>In welcher Form übernehmen Sie diese Aufgabe?</p>	<p>Was Familien brauchen</p> <p>Kommunikation</p> <p>Aufklärung</p>
Probleme der Kinder	<p>Welche Verhaltensweisen und Probleme der Kinder nehmen Sie in Bezug auf die elterliche Krankheit wahr?</p> <p>Welche Gefühle beobachten Sie diesbezüglich?</p> <p>Lange Zeit wurden psychische Probleme von der Gesellschaft tabuisiert. Wie sieht das aus Ihrer Sicht heute aus?</p> <p>Erzählen Kinder von ihren Erfahrungen und können Sie diesbezüglich Beispiele nennen?</p>	<p>Verhaltensweisen und Probleme</p> <p>Gefühle</p> <p>Tabuisierung</p> <p>Beispiele</p>
<p>Nun gehen wir auf Belastungen, denen Kinder durch die elterliche Erkrankung ausgesetzt sind, ein.</p>		
Belastungen für Kinder	<p>Die elterliche Erkrankung kann für Kinder eine Belastung darstellen. Welche nehmen Sie in Ihrer Arbeit wahr?</p>	<p>Kindliche Belastungen</p>

Des Weiteren werden wir jetzt näher auf die familiäre Situation eingehen.		
Familiäre Situation	<p>Welche psychischen Krankheiten nehmen Sie bei den Eltern wahr?</p> <p>Inwieweit merken Sie bei den Kindern einen Unterschied zwischen den einzelnen Krankheits-typen?</p> <p>Wie nehmen Sie die familiären Strukturen wahr?</p> <p>Wie nehmen Sie die Kommunikation innerhalb der Familie wahr?</p> <p>Wie sehen Sie die Beziehung zwischen Kind und gesundem Elternteil?</p> <p>Wo sehen Sie Problembereiche bzw. Schwierigkeiten innerhalb der Familie?</p>	<p>Arten von Krankheiten</p> <p>Unterschied Krankheits-typen</p> <p>Familienstruktur</p> <p>Kommunikation innerhalb der Familie</p> <p>Beziehung zu gesundem Elternteil</p> <p>Problembereiche bzw. Schwierigkeiten</p>
Ich möchte nun gerne wissen, wie konkret die Beratung und Betreuung aussieht.		
Beratung und Betreuung	<p>Wie sieht die Beratung bzw. Betreuung Ihrerseits aus?</p> <p>Wie oft und für wie viele Stunden werden die Kinder betreut?</p> <p>Wo findet die Betreuung statt?</p> <p>Inwieweit werden die Eltern bzw. der kranke Elternteil in die Betreuung miteingebunden?</p>	<p>Beratung und Betreuung</p> <p>Dauer der Betreuung</p> <p>Betreuungsort</p> <p>Einbeziehung der Eltern</p>

	Wer wird zusätzlich in die Betreuung eingebunden?	Einbeziehung anderer Personen
Der nächste Abschnitt befasst sich mit den beiden Themen Unterstützungsformen und KooperationspartnerInnen.		
Unterstützungsformen	Welche Unterstützungsformen werden Ihrerseits angeboten? (Psychotherapie/Psycho- edukation)	Unterstützungsformen
KooperationspartnerInnen	Mit welchen KooperationspartnerInnen arbeiten Sie zusammen?  Wie sieht die Zusammenarbeit mit Schulen/Vereinen etc. der Kinder aus?	KooperationspartnerInnen  Zusammenarbeit
Wir sind jetzt gleich am Ende des Interviews und ich möchte von Ihnen noch gerne etwas über Angebote und Unterstützungssysteme für Kinder wissen.		
Abschließendes	Was glauben Sie, welche Angebote bzw. Unterstützungssysteme Kinder brauchen?  In Deutschland gibt es das Konzept der Patenschaften. Wie stehen Sie dazu und wie finden Sie dieses Projekt?  Wäre eine Umsetzung Ihrer Meinung nach auch in Österreich möglich?  Gibt es noch etwas, das Sie hinzufügen wollen?	Angebote bzw. Unterstützungssysteme  Patenschaften  Umsetzung in Österreich  Abschlussfrage

Aufgrund der abschließenden Reaktion der einzelnen InterviewpartnerInnen erweckte es den Anschein, dass die einzelnen Themenblöcke das Forschungsthema gut abgedeckt

haben. Die gestellten Fragen waren für die Befragten verständlich und diese konnten dazu aussagekräftige Antworten geben.

Im nächsten Abschnitt steht die Auswahl der InterviewpartnerInnen im Mittelpunkt. Der Fokus wird vor allem auf die Kriterien, welche die Befragten aufweisen mussten, gelegt. Zusätzlich wird auch noch die Kontaktaufnahme beschrieben. Im Anschluss daran werden Herausforderungen aufgezeigt, die mit der Auswahl und der Kontaktaufnahme verbunden waren.

#### **7.1.4. Auswahl der InterviewpartnerInnen**

Welche Personen für ein Interview ausgewählt werden, hängt im Wesentlichen von der (den) Forschungsfrage(n) ab. Deshalb müssen im nächsten Schritt Personen gefunden werden, die sich mit der Thematik der Untersuchung beschäftigen. Voraussetzung dafür ist, dass sich die ForscherInnen explizit mit dem Feld vertraut macht (vgl. Bogner/Littig/Menz 2014, S. 34f.).

Die Auswahl der InterviewpartnerInnen stellt eine wesentliche Herausforderung dar und kann durchaus mit Problemen und Schwierigkeiten verbunden sein. Die Kontaktaufnahme geschieht heutzutage in der Regel mittels E-Mail. Dieses Kommunikationsmittel ist aber durchaus mit Risiken verbunden. Oftmals wird die eingegangene E-Mail übersehen oder einfach nicht beachtet. Trotzdem sollten im Schreiben bereits erste Informationen bezüglich des Forschungsthemas mitgeteilt werden (vgl. Kaiser 2014, S. 70ff.).

Für die vorliegende Studie mussten die befragten KooperationspartnerInnen folgende Merkmale aufweisen:

- Voraussetzung war natürlich, dass diese speziell mit Kindern psychisch kranker Eltern zusammenarbeiten.
- Eine wesentliche Eigenschaft war auch, dass die Person in einem psychosozialen Zentrum arbeitet.
- Eine Bedingung war es ebenfalls, dass die beteiligten Personen eine Ausbildung als SozialarbeiterIn oder SozialpädagogIn absolviert und abgeschlossen haben.
- Das Geschlecht der InterviewpartnerInnen war kein Ausschlusskriterium, deshalb wurden sowohl männliche als auch weibliche Personen befragt.



Nach Festlegung dieser Kriterien bzw. Merkmale konnte mit der Kontaktaufnahme begonnen werden.

Aufgrund von Recherchen im Internet wurde Kontakt zu den einzelnen psychosozialen Zentren bzw. den SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen aufgenommen. Die Kontaktaufnahme erfolgte mittels E-Mail. Darin waren bereits erste Informationen über das Forschungsthema enthalten und der Zweck des Interviews wurde beschrieben. Zusätzlich enthielt das E-Mail Daten zur eigenen Person – Name, Telefonnummer, Universität und Studienrichtung. In manchen Fällen wurden per Mail noch weitere Informationen meinerseits mitgeteilt. Nach Abklärung der wesentlichsten Informationen wurde mit allen InterviewpartnerInnen telefonisch ein Interviewtermin vereinbart. Für die Untersuchung wurden schlussendlich sechs InterviewpartnerInnen aus drei verschiedenen Institutionen befragt. Die Erhebung der Interviews wurde in zwei Bundesländern durchgeführt. Im Durchschnitt dauerten die Interviews ca. eine Stunde. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich über einen Zeitraum von April bis Mai 2015.

Allen InterviewpartnerInnen war es ein persönliches Anliegen, auf das Thema von Kindern psychisch kranker Eltern aufmerksam zu machen, und sie ergriffen die Möglichkeit, mit ihren Interviews einen Beitrag dazu zu leisten.

#### **7.1.5. Kritische Betrachtung**

Bei der empirischen Untersuchung haben sich durchaus ein paar Herausforderungen ergeben, die kurz vorgestellt werden.

Die Forschungsfrage wurde so definiert, dass ausschließlich MitarbeiterInnen aus psychosozialen Zentren befragt werden können. Bei den ersten Überlegungen wurden diese sogar noch geographisch auf die Stadt Graz eingegrenzt, dies war aber nach weiteren Recherchen nicht mehr machbar. Im Zuge der Sammlung von Informationen wurde deutlich, dass nur ein geringer Anteil der SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen aus psychosozialen Zentren explizit mit Kindern psychisch kranker Eltern arbeitet. Aufgrund dessen grenzte sich die Auswahl der möglichen InterviewpartnerInnen erheblich ein und stellte definitiv eine Hürde dar. Im Nachhinein wäre es besser gewesen, sich vorab noch intensiver mit den konkreten Aufgabengebieten von psychosozialen Zentren zu beschäftigen und wenn nötig auch nachzufragen.

Eine zusätzliche Herausforderung war die teilweise späte Rückmeldung von den psychosozialen Zentren bzw. den einzelnen SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen. Für die Durchführung der Interviews wurde ein Zeitplan festgelegt. Um den Terminplan einzuhalten und die nächsten Arbeitsschritte erledigen zu können, war es wichtig, die notwendigen Interviews fristgerecht zu führen. Damit es bei dieser zeitlichen Planung keine Probleme geben würde, musste daher zum Teil öfters nachgefragt werden.

## **7.2. Auswertung der Interviews**

Für die Auswertung der Daten wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring herangezogen. Als Unterstützung diente die Analyse-Software MAXQDA. Diese beiden Methoden werden untenstehend noch genauer erläutert.

Bevor mit einer Auswertung der erhobenen Daten begonnen werden kann, müssen diese vorab aufbereitet werden. Die Daten liegen meist aufgrund von geführten Interviews oder Gruppendiskussionen in verbaler Form vor und deshalb bedarf es einer Verschriftlichung. Die Transkription der Daten erfolgt vor der eigentlichen Auswertung (vgl. Husy/Schreiner/Echterhoff 2010, S. 235f.). Im nächsten Kapitel wird die Verschriftlichung der auditiven Daten beschrieben.

### **7.2.1. Transkription der Interviews**

Das Ziel von Transkriptionen ist es, verbale Gesprächssituationen für empirische Auswertungen in schriftlicher Form auf Dauer zur Verfügung zu haben (vgl. Kowal/O'Connell 2010, S. 438). Für die wissenschaftliche und interpretative Auswertung ist das Anfertigen von Transkriptionen unerlässlich, obwohl dies mit sehr viel Aufwand verbunden ist. Üblicherweise erfolgt die Verschriftlichung in normales Schriftdeutsch. Einerseits soll bei einer Transkription auf Dialektsprache verzichtet werden und andererseits wäre es von Vorteil, Fehler im Satzbau zu beheben (vgl. Mayring 2002, S. 89f.). Bei Transkripten ist es wegweisend, dass sowohl die gestellten Fragen als auch die Antworten der InterviewpartnerInnen übertragen werden. In den Transkriptionen muss deutlich erkennbar sein, wer InterviewerIn und wer Experte/Expertin ist. Dies ist mithilfe von Kennzeichen zu vermerken (vgl. Bogner/Littig/Menz 2014, S. 42).

Eine Transkription kann auf zwei Arten erfolgen – entweder vollständig oder selektiv. Vollständig bedeutet, dass die gesamte auditive Aufnahme transkribiert wird. Wohingegen

eine selektive Verschriftlichung nur gewisse Auszüge beinhaltet. Als Beispiel kann hier genannt werden, dass ausschließlich die Antworten eines Interviews transkribiert werden. Wenn die InterviewerInnen nur für sich wichtige Informationen verschriftlicht, wird in diesem Zusammenhang ebenfalls von einer selektiven Transkription gesprochen (vgl. Husy/Schreiner/Echterhoff 2010, S. 236). Für diese Auswertung der Daten wurde natürlich auf die Art der vollständigen Transkription zurückgegriffen.

Die ExpertInneninterviews wurden mittels Tonband aufgezeichnet und im Anschluss daran transkribiert. Die mündlichen Aufnahmen sind mit der Unterstützung des Computers verschriftlicht worden.

Vor Beginn des Interviews wurden die befragten Personen über die Aufnahme unseres Gesprächs informiert. Die Zustimmung war bei allen Interviews unproblematisch. Die Transkripte wurden in normalem Schriftdeutsch geschrieben.

Aufgrund der Wahrung der Anonymität der InterviewpartnerInnen werden in dieser Arbeit keine Transkriptionen angehängt. Zusätzlich werden auch die beteiligten psychosozialen Zentren nicht angeführt. Im Verlauf der Auswertung werden den befragten Personen spezielle Kennzeichen zugewiesen. Jedem einzelnen Interview werden die Zahlen von 1 bis 6 zugeteilt. Um kenntlich zu machen, welches Zitat von welcher Person stammt, sind die einzelnen Textausschnitte mit den Kennzahlen des Abschnittes und des jeweiligen Interviews gekennzeichnet. „I. 1, Z. 25“ beutet, dass diese Aussage dem Interview 1 zugeordnet werden kann und aus der zitierten Zeile 25 stammt. Die Namen der psychosozialen Zentren werden durch die Buchstaben „XY“ ersetzt.

### **7.2.2. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring**

Die Inhaltsanalyse nach Mayring gilt in der deutschsprachigen Forschung als die am meisten eingesetzte Vorgehensweise für Analyseauswertungen (vgl. Kruse 2014, S. 407).

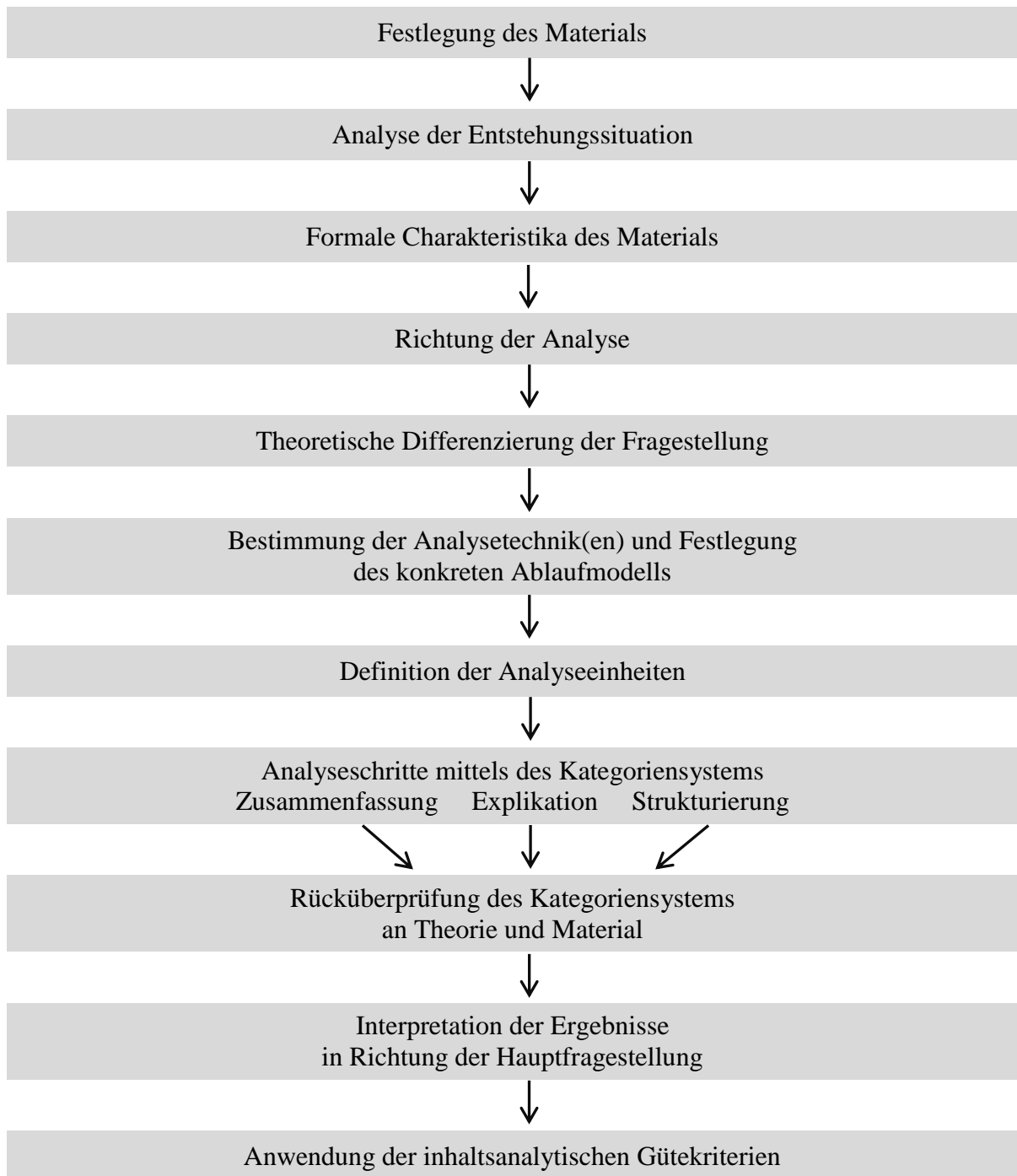
Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine Methode, die zur Analyse von bestimmten Texten dient. Das Besondere bei der Inhaltsanalyse liegt darin, dass sie Schriften und Materialien schrittweise analysiert. In diesem Verfahren wird das Kommunikationsmaterial zerlegt und seine Einzelheiten werden Schritt für Schritt bearbeitet. Der Fokus wird dabei auf die Herausbildung eines inhaltsanalytischen Kategoriensystems gelegt. In diesem System werden nur Aspekte festgelegt, die speziell aus dem vorhandenen Material selektiert werden (vgl. Mayring 2002, S. 114). Im Vergleich zu anderen Ansätzen sieht die Inhaltsanalyse

die Reduzierung des vorhandenen Materials als wesentliches Ziel (vgl. Flick 2002, S. 279). „Die Analyse erfolgt, indem Materialteile (Segmente) den Kategorien eines inhaltsanalytischen Kategoriensystems zugeordnet werden“ (Hussy/Schreiner/Echterhoff 2010, S. 245).

Ein wesentlicher Bestandteil der qualitativen Inhaltsanalyse ist die systematische Ableitung von Auswertungsgesichtspunkten und die damit einhergehende Kategorienbildung. In der quantitativen Inhaltsanalyse wird diese hingegen gänzlich hinten angestellt (vgl. Mayring 2002, S. 115).

Wie bereits erwähnt stellt die Bildung von Kategorien ein wichtiges Kennzeichen der Inhaltsanalyse dar. Eine Kategorie muss so benannt werden, dass deutlich ersichtlich wird, was mit dieser Kategorie gemeint ist. Die Analyse bzw. Zuordnung der einzelnen Textpassagen zu den Kategorien kann durch eine klare Kategoriendefinition der ForscherInnen vereinfacht werden. In vielen Fällen enthält das Kategoriensystem zusätzliche Ober- und Unterkategorien (vgl. Hussy/Schreiner/Echterhoff 2010, S. 246f.). Zu Beginn bedarf es der Festlegung eines Selektionskriteriums in Bezug auf die Bildung von Kategorien. Der nächste Arbeitsschritt besteht darin, das vorhandene Material Satz für Satz durchzuarbeiten. Passende Textstellen werden den einzelnen Kategorien zugeordnet oder eventuell neue durch spezielle Textpassagen gebildet. Wenn keine neuen Kategorien mehr aufgestellt werden können, findet eine Überarbeitung des entstandenen Kategoriensystems statt. Somit ist ein Set aus verschiedenen Kategorien zu einer bestimmten Thematik entstanden (vgl. Mayring 2002, S. 115ff.).

Mayring (2002) hat für das inhaltsanalytische Vorgehen ein Modell entwickelt, welches bei jeder Anwendung durchlaufen wird. Die folgende Abbildung stellt einen Überblick über die einzelnen Schritte dar:



**Abbildung 4: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell nach Mayring**

(Lamnek 2010, S. 482)

Diese aufgezeigten Interpretationsschritte werden bereits vor Beginn der Analyse festgelegt. Es bedarf jedoch der Anpassung an die konkreten Fälle (vgl. Lamnek 2010, S. 482).

Für das qualitativ inhaltsanalytische Analyseverfahren schlägt Mayring (2010) folgende drei Grundformen vor.

- **Zusammenfassung:**  
Versucht werden soll, das gegenwärtige Material so zu verringern, dass die grundlegenden Inhalte jedoch trotzdem erhalten bleiben. Nach diesem Schritt entsteht ein Abbild des zuvor reduzierten Materials. Diese Methode lässt sich durchaus für eine induktive Kategorienbildung verwenden.
- **Explikation:**  
Hierbei wird zu nicht verständlichen und fraglichen Textstellen, durch Hinzufügen von Zusatzmaterial, versucht das Verständnis zu erweitern.
- **Strukturierung:**  
Im Gegensatz zu den beiden vorher genannten Methoden verfolgt diese hier das Ziel, bestimmte Aspekte aus dem Material zu filtern, welche aber bereits im Vorhinein festgelegt wurden. Dadurch kann aus den bestimmten Kriterien ein Querschnitt durch das Material gelegt werden.

Ein entscheidender Vorteil, den die qualitative Inhaltsanalyse mit sich bringt, ist ihre Eignung für eine Auswertung durch computergestützte Programme (vgl. Mayring 2010, S. 474f.). Das für diese Untersuchung verwendete Programm wird im nächsten Abschnitt vorgestellt.

### **7.2.3. MAXQDA – Software für die qualitative Datenanalyse**

Das Ziel einer computergestützten Inhaltsanalyse ist es, mit Hilfe eines sogenannten QDA – Qualitative Data Analysis Programms den Prozess der Analysierung von Daten zu erleichtern und zu systematisieren (vgl. Lamnek 2010, S. 466).

Insbesondere in den letzten 20 Jahren wurden vermehrt Softwares für die Auswertung von qualitativen Daten entwickelt (vgl. Hussy/Schreiner/Echterhoff 2010, S. 249). In dieser Arbeit wurde mit dem Programm MAXQDA gearbeitet. Dieses Computerprogramm bietet eine Reihe von Basisfunktionen. Es besteht die Möglichkeit, dass Kategoriensysteme angefertigt werden, Codierungen entsprechend vorgenommen und wenn nötig auch zusätzliche Anmerkungen in Form von sogenannten Memos dazu geschrieben werden können. Das Besondere bei diesem Analysesystem besteht darin, dass im Anschluss die Ergebnisse ausführlich zusammengefasst werden. Ebenfalls angezeigt wird, wie oft die unterschiedlichen Codes verwendet wurden, aber auch ob zwei verschiedene Codes einer selben Textstelle zugeteilt wurden. Bei vielen dieser Softwares können die Ergebnisse auch visualisiert werden (vgl. Hussy/Schreiner/Echterhoff 2010, S. 249f.).

Auswertungssysteme der quantitativen Forschung können durchaus Analysen automatisch oder selbstständig durchführen. Dies können Programme für die qualitative Datenanalyse hingegen nicht. Sie dienen ausschließlich als Unterstützung für die ForscherInnen. Aufgrund dieser unterstützenden Tätigkeit werden einzelne Arbeitsschritte für die ForscherInnen erleichtert. Zusätzlich kann der Prozess der Datenverarbeitung dadurch beschleunigt werden (vgl. Flick 2002, S. 362f.).

Die Anwendung von computergestützten Auswertungssystemen beinhaltet durchaus Vorteile. In diesem Zusammenhang sind die beiden Faktoren Schnelligkeit und Zeitgewinn zu nennen. Die Verwaltung der empirischen Daten wird durch den Einsatz von PCs erleichtert. Als Nachteil wird die intensive Einarbeitung in solche Systeme gesehen. In vielen Fällen ist dies mit einem hohen Zeitaufwand verbunden (vgl. Flick 2002, S. 365f.).

In dieser Untersuchung wurde MAXQDA dazu eingesetzt, die zuvor transkribierten ExpertInneninterviews zu analysieren und auszuwerten. Es wurden einzelne Wörter bzw. Textstellen den Kategorien und ihren Subkategorien zugeordnet. Zusätzlich dazu ist die Funktion der „Kommentare“ verwendet worden. Hierbei wurden interessante Vermerke für die darauffolgende Interpretation notiert. Für die Visualisierung wurden zudem die Kategorien einer bestimmten Farbe zugeordnet. Dadurch konnte die Auswertung deutlich erleichtert werden.

Wie das Zuordnen der Textpassagen zu den einzelnen Kategorien erfolgt, wird im anschließenden Kapitel eingehend erläutert.

#### **7.2.4. Codesystem**

Das Codieren verfolgt das Ziel, Texte anhand von bestimmten Perspektiven zu analysieren. Hauptaugenmerk wird dabei aber immer auf die Forschungsfrage gelegt. Generell ist das Codieren mit einer hohen Flexibilität verbunden und wird deshalb häufig zur Erfassung von verbalen Daten verwendet. Beim Codieren geht es im Wesentlichen um das Erfassen der tatsächlichen Textbedeutung. Bei einer Auswertung können dann die Codes und die draus gewonnenen Erkenntnisse mit den einzelnen Interviews verglichen werden. Somit wird deutlich, was die verschiedenen InterviewpartnerInnen unabhängig voneinander geantwortet haben. Das Besondere an einem Codierungsprozess besteht darin, dass den zentralen und aussagekräftigen Textstellen ein sogenannter Code angehängt wird (vgl. Hussy/Schreiner/Echterhoff 2010, S. 243). *„In der Sprache der empirischen Sozialforschung handelt es sich bei einem Code um eine inhaltliche Kategorie, ein analytisches In-*

*strument zur systematischen Auswertung der Daten“* (VERBI Software 2014, S. 32). Die Zuordnung von relevanten Textpassagen bzw. Bildausschnitten zu einem Code wird Codierung genannt (vgl. VERBI Software 2014, S. 32). Die einzelnen Codes entwickeln sich aus dem vorhandenen Datenmaterial. Die Besonderheit bei Codes liegt darin, dass sie sich nicht gegenseitig ausschließen müssen. Aus diesem Grund besteht die Möglichkeit, dass einzelne Textpassagen auch mehreren Codes zugeordnet werden können. Das Codieren wird in erster Linie dann angewendet, wenn eine Datenreduzierung erreicht werden soll und dementsprechend ergibt sich eine Zusammenfassung des Materials. Hierbei werden die Aspekte herausgearbeitet, die für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind. Als Nachteil des Codierens wird die Offenheit gesehen. Denn dadurch entsteht erst die Möglichkeit, jede Textstelle auf verschiedene Art und Weise codieren zu können. Der Fokus beim Codiervorgang soll auf der Forschungsfrage liegen, aber aufgrund der hohen Anzahl von Codes und Codiermöglichkeiten können die ForscherInnen durchaus die Übersicht verlieren. In Bezug auf die Durchführung von Codierungen gibt es nur wenige Vorgaben (vgl. Hussy/Schreiner/Echterhoff 2010, S. 243f.).

Das System bietet die Möglichkeit, nicht nur Textstellen zu codieren, sondern beispielsweise auch Bildausschnitte. Das Kategoriensystem von MAXQDA ermöglicht es, bis zu zehn verschiedene Stufen anzulegen. Für die Anzahl der angelegten Codes gibt es keine Beschränkung. Das Programm erstellt nicht automatisch Codes, dies geschieht benutzergesteuert. Ein großer Vorteil bei der Verwendung von MAXQDA ist die Zuweisung von Farben zu den einzelnen Codes und ihren Subcodes. Zusätzlich wurden in dieser Auswertung unterschiedliche Farbkombinationen den Kategorien zugewiesen. In der Regel geschieht das gleich bei der Erstellung des Codes. Diese können aber auch im Nachhinein noch hinzugefügt bzw. gegebenenfalls verändert werden. Aufgrund dieser Visualisierung können die Daten aufgegliedert werden. Die Unterschiede zwischen den Interviews werden dadurch ersichtlich. Nach welchen Kriterien bzw. Gesichtspunkten die Farbwahl eingesetzt wird, obliegt ausschließlich den ForscherInnen. Den untergeordneten Subcodes kann dieselbe Farbe übertragen werden. Die codierte Textstelle wird dann durch die dazugehörige Farbe gekennzeichnet. Somit sind die unterschiedlichen Zuweisungen auf einen Blick ersichtlich (vgl. VERBI Software 2014, S. 32ff.). Bei MAXQDA erscheinen nach der Codierung am linken Textrand farbige Striche. Diese Markierungen zeigen, welche Textstellen bereits konkret mit einem Code versehen sind.

Die einzelnen Codes mit ihren Subcodes werden im Programm hierarchisch gegliedert und als „Baumstruktur“ dargestellt. Diese verschiedenen hierarchischen Ebenen können



nach Wunsch der AnwenderInnen sortiert werden. MAXQDA gibt diese Gliederung jedoch bereits vor (vgl. Heimgarnter 2012, S. 309f.). Im Nachhinein können zu den einzelnen Codes nach Belieben noch weitere Textstellen hinzugefügt werden. Zusätzlich besteht später noch immer die Möglichkeit, den Namen des Codes zu ändern. Die kleinstmögliche Einheit die einem Code zugeordnet werden kann, ist ein einziges Zeichen. In der Regel wird jedoch zumindest ein Wort als kleinste Einheit gewählt (vgl. VERBI Software 2014, S. 33ff.). Ein besonderes Merkmal, das MAXQDA bietet, ist das automatische Zwischenspeichern. Das heißt, jeder einzelne Arbeitsschritt der BenutzerInnen wird vom Programm selbst gespeichert (vgl. Heimgartner 2012, S. 307).

MAXQDA stellt den ForscherInnen eine besondere Funktion zur Seite, die sich Retrieval nennt. Damit wird das Wiederauffinden von zuvor codierten Textpassagen bezeichnet. Das Ziel dieser Funktion liegt darin, dass zwischen den Daten gezielt nach bestimmten Zusammenhängen und Mustern gesucht werden kann. Eine schnelle und effiziente Analyse wird durch die Retrieval-Funktion ermöglicht. Diese Ergebnisse werden gesondert in einem eigenen Fenster übersichtlich angezeigt. (vgl. VERBI Software 2014, S. 49ff.).

Für die Ergebnisdarstellung können wörtliche Zitate übernommen und eingefügt werden. Hierbei müssen die Angaben zu den InterviewpartnerInnen bzw. die Absatzzeilen ebenso angehängt werden (vgl. Heimgartner 2012, S. 311).

Aufgrund der Selektierung des Datenmaterials wurden passende Textpassagen den Kategorien bzw. den Subkategorien zugeordnet. Dieses Vorgehen wurde teilweise durch die Erstellung neuer Kategorien ergänzt, insbesondere dann, wenn sich aus dem Material inhaltlich passende Textstellen ergeben haben. So entstanden zusätzliche Kategorien, die vorab nicht erkennbar waren.

MAXQDA gibt einen detaillierten Überblick über die Liste der einzelnen Codes. Wie bereits erwähnt werden die einzelnen Codes als Baumstruktur dargestellt. Um dies zu veranschaulichen wird der für diese Forschung erstellte Codebaum in Abbildung 5 dargestellt.

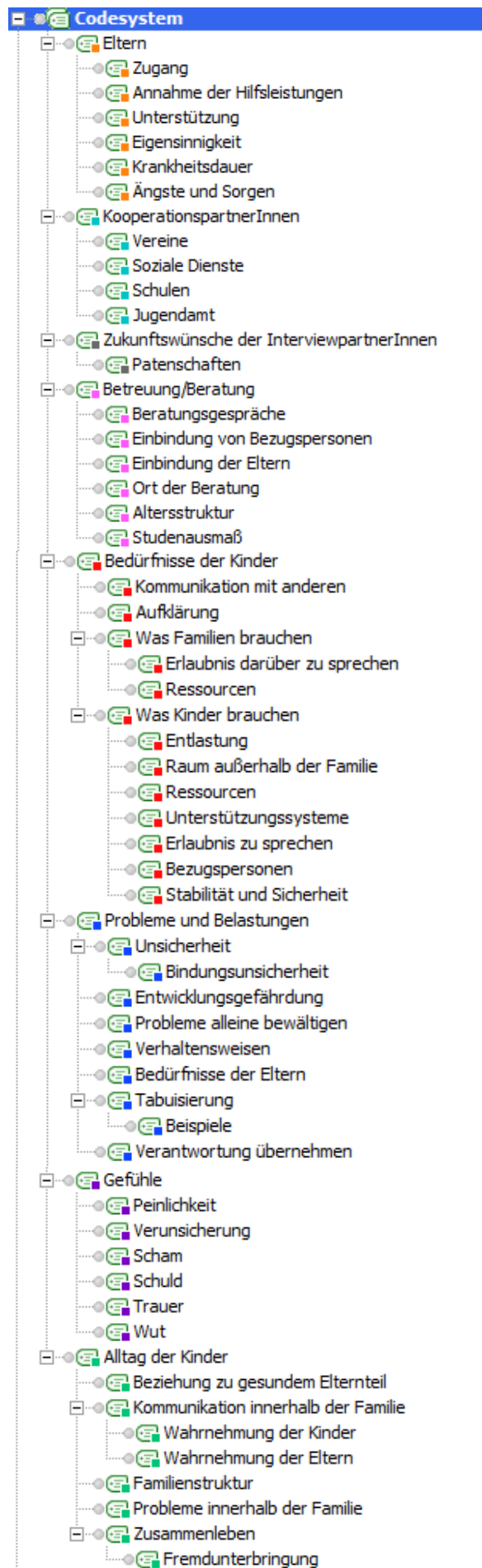


Abbildung 5: Codebaum

### **7.3. Ergebnisse**

In diesem Abschnitt geht es darum, die analysierten Aussagen der einzelnen ExpertInnen zu den jeweiligen Themenkomplexen vorzustellen. Dargestellt werden die persönlichen Erfahrungen, Meinungen und Eindrücke der InterviewpartnerInnen.

Für die Auswertung der Ergebnisse wurden die erarbeiteten Codes mit ihren Subcodes herangezogen. Als Hilfestellung kam die zuvor beschriebene Retrieval-Funktion von MAXQDA zur Anwendung. Für eine bessere Veranschaulichung werden die Codes und Subcodes im Fließtext hervorgehoben.

Es wurden ebenfalls wörtliche Zitate der ExpertInnen zur Konkretisierung der einzelnen Themenkategorien beigefügt.

#### **7.3.1. Probleme und Belastungen**

Die psychische Erkrankung eines Elternteils wirkt sehr belastend auf Kinder. Das Leben der Kinder ist sehr von Sorgen, Ängsten und Nöten geprägt. Der familiäre Alltag ermöglicht es ihnen nicht, immer unbeschwert sein zu können. Ganz schwierig ist es, wenn Kinder keinen Rückhalt von Bezugspersonen erhalten und sie mit dem kranken Elternteil alleine sind. Dies ist mit großen Anforderungen an sie verbunden. Aus Sicht der ExpertInnen erhöhen diese schwierigen Situationen die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder selber krank werden. Ausweglosigkeit und Traurigkeit macht sich bei den Kindern breit und zusätzlich haben sie niemanden, mit dem sie über die Lage zuhause sprechen können. Sie können sich dann nur schwer um ihre eigenen Angelegenheiten kümmern, weil sie sich große Sorgen um Mutter oder Vater machen.

Im Laufe der Interviews wurde ersichtlich, dass sich Kinder immer auf verändernde Situationen, die sich meist aus dem Krankheitsverlauf ergeben, einstellen müssen. Zusätzlich sollen sie ihr Verhalten nach dem kranken Elternteil ausrichten, beobachten diesen genau und übernehmen noch Verantwortung und Aufgaben, die nicht kindgerecht sind. Vor allem Letzteres wurde von den Befragten wiederholt betont und führt somit zum folgenden Auswertungspunkt.

#### **VERANTWORTUNG ÜBERNEHMEN – PARENTIFIZIERUNG**

Wie bereits aus der Literatur ersichtlich wurde, übernehmen Kinder von psychisch kranken Eltern oft Aufgaben, die nicht alters- und entwicklungsadäquat sind. Dies konnte anhand der Aussagen aller InterviewpartnerInnen bestätigt werden.

*„Teilweise müssen sie sehr viel Verantwortung übernehmen, das heißt, da kommt es zur Parentifizierung“ (I. 6, Z. 42f.).*

Deutlich wurde, dass Kinder viel mehr Verantwortung für etwas übernehmen, als sie überhaupt schon tragen können. Die Verantwortungsverschiebung wird häufig dadurch sichtbar, dass Kinder nicht nur einzelne Aufgaben im Haushalt übernehmen, sondern Verantwortung für ganze Lebensbereiche. Dies fängt bei der Haushaltsführung an und reicht hin bis zur Erziehung jüngerer Geschwister. Häufig übernehmen sie auch wirklich Verantwortung für den kranken Elternteil. Zusätzlich versuchen speziell Jugendliche ihre jüngeren Geschwister zu beschützen und auf sie aufzupassen. Kinder wollen durch die Parentifizierung Sorgen und Nöte von ihren Eltern fernhalten.

Aufgrund dieser Verantwortungsverschiebung müssen Kinder viel früher erwachsen werden und können dadurch im Vergleich zu Gleichaltrigen weniger Kind sein.

#### **TABUISIERUNG**

Im Interview wurde der Frage nachgegangen, ob die Befragten der Meinung sind, dass psychische Probleme heute noch von der Gesellschaft tabuisiert werden. Dies beantworteten alle InterviewpartnerInnen mit einem deutlichen „Ja“. Es wurde aber betont, dass es sich im Laufe der Jahre verändert hat und es in diesem Zusammenhang einen Fortschritt gegeben hat. Ein/eine InterviewpartnerIn sagte zu dieser Thematik Folgendes:

*„Ich denke sicher, dass es sich verändert hat. Aber dass es nach wie vor tabuisiert wird. Vor allem, dass es nach wie vor wenig Aufklärung gibt und einfach Ängste bezüglich gewisser psychischer Erkrankungen bestehen“ (I. 2, Z. 152ff.).*

Es gibt durchaus Familien, in denen in Bezug auf die Krankheit ein Rede- und Kommunikationsverbot herrscht. Dadurch wird auch das familiäre Zusammenleben maßgeblich beeinflusst.

Als Zusatzfrage wurde hier gestellt, ob Kinder von Erfahrungen, in denen sie tabuisiert wurden, erzählen bzw. den SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen berichten. Laut ExpertInnenaussagen sprechen Kinder über diese Thematik eher selten. Dabei wurde speziell das Alter der Kinder betont. In der Regel besprechen vorzugsweise Jugendliche dieses Problem. Aus Erzählungen der Teenager geht hervor, dass sie von anderen aufgrund der Erkrankung ihrer Eltern verspottet oder gehänselt werden.

Kinder machen insbesondere in der Schule negative Erfahrungen. Oftmals wissen die Lehrkräfte über die familiäre Situation nicht Bescheid, aber merken dennoch eine Verschlechterung der Leistung. Kinder werden dann immer mehr bedrängt und erfahren zusätzlichen Druck seitens des Lehrpersonals. Daher wäre es wesentlich, wenn auch Lehrkräfte über die elterliche Krankheit informiert werden. Zusätzliche konkrete Beispiele konnten die einzelnen Befragten zu diesem Thema nicht äußern.

Generell stellt für die Kinder dieses „Verheimlichenmüssen“ eine große Belastung dar, und deshalb sehen die InterviewpartnerInnen noch sehr viel Bedarf darin, gezielte Aufklärung zu betreiben.

### **BEWÄLTIGUNG VON PROBLEMEN**

Psychisch kranke Eltern sind eingeschränkt und können ihre Kinder nicht so gut unterstützen, wie es psychisch gesunde Menschen können. Deshalb müssen viele Kinder alleine mit ihren Problemen fertig werden. Besonders in für sie schwierigen Zeiten erleben sie nur wenig emotionale Hilfe. Zum Teil sind Kinder ihren schwer kranken Eltern einfach ausgeliefert und werden mit ihren Sorgen, Nöten und Problemen völlig alleine gelassen. InterviewpartnerIn 3 bringt das mit folgendem Zitat sehr anschaulich auf den Punkt:

*„Dass sie einfach so mit ihren Problemen, die sie haben, wo Eltern normalerweise Kinder begleiten und unterstützen, nicht immer, aber sehr häufig alleine gelassen werden. Je schwerer erkrankt die Eltern sind, desto mehr werden sie damit alleine gelassen“ (I. 3, Z. 299ff.).*

### **BEDÜRFNISSE DER ELTERN**

In den Interviews wurde deutlich, dass die SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogInnen in der Beratung vermehrt wahrnehmen, dass Kinder von psychisch kranken Eltern ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse hinter denen der Eltern anstellen müssen. Eine Aussage erklärt diese Thematik folgendermaßen:

*„Sie haben immer das Gefühl, mit ihren Bedürfnissen hintanstellen zu müssen/sollen um die Eltern zu schonen“ (I. 3, Z. 149f.).*

Der familiäre Alltag richtet sich nach den Befindlichkeiten des kranken Elternteils aus. Die Eltern sind oftmals so mit ihren eigenen Angelegenheiten beschäftigt, dass sie die Probleme der Kinder nicht wahrnehmen können. Kinder wissen, dass sie mit ihren kranken Eltern vorsichtig umgehen müssen und diese nur wenig belastbar sind. Diese Situationen

wirken sehr belastend auf Kinder und zusätzlich werden sie in diesen problematischen Zuständen alleine gelassen.

### **VERHALTENSWEISEN**

Die Verhaltensweisen der Kinder sind laut Aussagen der ExpertInnen durchaus verschieden. Das Alter und das Geschlecht sind demnach entscheidende Aspekte.

*„Ja, die Verhaltensweisen, würde ich sagen, da gibt es alles an Auffälligkeiten, was es auch nur geben kann, und umgekehrt auch alles an Auffälligkeiten im Sinne von völlig funktionierendes, völliges adäquates Kind, was ja letztlich auch eine Auffälligkeit ist“ (I. 3, Z. 242ff.).*

Generell nehmen sie bei den Kindern aber viele unterschiedliche Verhaltensweisen wahr. Genannt wurden zum Beispiel, dass Kinder ein aggressives Verhalten entwickeln, sich weigern in die Schule zu gehen oder Probleme haben sich zu konzentrieren. Im schlimmsten Fall kann es bis zu selbstverletzendem Verhalten führen. Zusammenhängend mit dieser Interviewfrage wurde auch angeführt, dass sehr viele Kinder ihre Sorgen nicht mit den Eltern teilen. Aus Schutz davor, diese nicht zusätzlich zu belasten. Dies wird von InterviewpartnerIn 4 als die am häufigsten auftretende Verhaltensweise gesehen.

Im oben angeführten Zitat wird explizit erwähnt, dass auch Kinder, die keine Verhaltensweisen entwickelt haben, als auffällig gelten. Ein interessanter Blickpunkt, der aber oftmals vergessen wird, da es genauso Kinder gibt, die sich trotz der elterlichen Erkrankung weitgehend gesund entwickeln.

### **ENTWICKLUNGSGEFÄHRDUNG**

Im Interview wurde auch die Entwicklungsgefährdung von Kindern angesprochen. Es wurde aufgezeigt, dass Eltern oftmals ein Wechselbad der Gefühle durchleben und ihre Kinder dadurch total verunsichert werden. Deshalb können sie überhaupt keine gesunde emotionale Entwicklung für sich selbst ausbilden. Diese Kinder sind hochgradig gefährdet, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken. Ein/e ExperteIn betonte, dass diese Auffälligkeiten bereits früh erkennbar sind.

In diesem Kontext wurde auch die psychische und physische Vernachlässigung der Kinder erwähnt. Kinder, die bei ihren kranken Eltern leben, sind hierfür deutlich gefährdeter. Kritisiert wurde hierbei das Gerichtswesen. Denn eine psychische Vernachlässigung wird vom Gericht nicht als solche erkannt, da keine sichtbaren Verletzungen vorhanden sind.

## UN SICHERHEIT

Eine weitere Belastung, die bei fünf von sechs Interviews erwähnt wurde, ist die Unsicherheit der Kinder. Die Unsicherheit wird insbesondere dann bemerkbar, wenn Kinder nicht wissen, was genau zuhause los ist.

Aus Sicht der ExpertInnen erleben die Kinder zusätzlich eine hohe Bindungsunsicherheit. Trotz dieser unsicheren Bindung fühlen sich Kinder dem kranken Elternteil bzw. beiden Eltern sehr nahe.

### 7.3.2. Bedürfnisse der Kinder

Im folgenden Teil der Darstellung der Ergebnisse stehen die kindlichen Bedürfnisse im Mittelpunkt. Die Aufklärung über die elterliche Krankheit ist ein wesentlicher Gesichtspunkt und wird laut Aussagen der ExpertInnen als sehr bedeutend beschrieben. Weiters wird in diesem Abschnitt den Fragen, was Kinder und Familien explizit brauchen, nachgegangen.

## AUFKLÄRUNG

Wie bereits im Theorieteil beschrieben wurde, stellt die Aufklärung für Kinder einen Schutzfaktor dar. Die Befragten waren sich einig, dass dies definitiv von großer Bedeutung ist. Insbesondere in ihrer Arbeit mit den Kindern nimmt dies einen zentralen Stellenwert ein, was die beiden folgenden Ausschnitte zeigen:

*„Natürlich mache ich die Aufklärung über die Erkrankung, aber um das längerfristig auch in der Familie zu implementieren, braucht man einfach die Eltern intensiv dabei“ (I. 4, Z. 308ff.).*

*„Das würden wir natürlich klar übernehmen, wenn sich eine gute Möglichkeit bietet“ (I. 1, Z. 204).*

Die SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogInnen klären Kinder nur dann auf, wenn dies mit den Eltern auch abgesprochen wurde. Besser wäre es natürlich, wenn die Eltern diese Aufgabe übernehmen. In der Regel sind Eltern schon bereit dazu, ihre Kinder aufzuklären, aber sie wissen nicht genau wie.

*„Die Leute bzw. Familien, die zu uns kommen, das ist eigentlich das Hauptanliegen. Die suchen schon eine Unterstützung dahin gehende Kinder aufzuklären. Sie haben es selber nicht gemacht und finde keine Sprache dafür“ (I. 5, Z. 202ff.).*

Demzufolge versuchen die ExpertInnen das gemeinsam mit den Eltern zu erarbeiten. Der gesunde Elternteil übernimmt in vielen Fällen diese Aufgabe. Kinder entwickeln durchaus eigene Phantasien und deshalb ist es wichtig, dass sie eine kindgerechte Aufklärung erhalten. Es gibt aber auch Familien, in denen Kinder über die elterliche Krankheit aufgeklärt werden und wo dies gut funktioniert. In diesen Familien wird aber grundsätzlich offener mit der Erkrankung umgegangen und Kinder wissen dann auch relativ viel darüber.

#### **KOMMUNIKATION MIT ANDEREN**

Auf die Frage, inwieweit Kinder mit anderen Personen über ihre doch sehr schwierige Lebenssituation sprechen, fielen die Antworten der ExpertInnen identisch aus. Grundsätzlich sprechen Kinder wenig mit außenstehenden Personen über die familiäre Situation. Die beiden folgenden Zitate beschreiben dies recht gut:

*„Ich glaube, das kann man ganz einfach sagen, mit wenigen. Ich vermute, dass es Kinder von sich aus gar nicht so machen. Weil sie die Wünsche der Eltern oft sehr gut spüren und die Erwartungshaltung und die Eltern wollen es eher nicht, dass sie darüber reden, ohne es zu pauschalisieren“ (I. 5, Z. 188ff.).*

*„Ich glaube, dass Kinder von psychisch kranken Eltern wenig über die Situation zuhause reden. Ich meine generell so in der Schule bzw. im Alltag versuchen sie das zu normalisieren“ (I. 6, Z. 76f.).*

In diesem Kontext wurde auf das Alter der Kinder verwiesen. Insbesondere Jugendliche sind eher dazu bereit, sich mit ihren Peers auszutauschen. Bei jüngeren Kindern überwiegt das Schamgefühl zu sehr. In den seltensten Fällen gibt es jemanden aus dem Freundeskreis, denen sich Kinder anvertrauen. In erster Linie werden enge Familienangehörige und die SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogInnen selber als Ansprechpersonen gesehen. Abhängig ist dies hauptsächlich davon, wie tabuisiert die Erkrankung innerhalb der Familie wird. Es kommen durchaus Kinder in die Beratung, die dieses Thema nicht von sich aus ansprechen.

#### **WAS KINDER BRAUCHEN**

Damit Kinder von psychisch kranken Eltern nicht weiter als „die kleinen vergessenen Angehörigen“ gelten, wird hier aufgezeigt was diese aus Sicht der ExpertInnen brauchen. In Bezug darauf ist der folgende Ausschnitt von InterviewpartnerIn 6 sehr zutreffend:



*„Dass sie sozusagen einen Rahmen bekommen wo sie Kind sein können“ (I. 6, Z. 64f.).*

Für die bessere Darstellung wird hier nun auf die Subcodes näher eingegangen.

### ***Entlastung***

Für Kinder ist es wesentlich, dass sie aufgrund der belastenden Lebenssituation entlastet werden. Insbesondere durch die Verantwortungsübernahme brauchen sie eine Entlastung. Dieser Punkt wurde aber nur von einem/einer InterviewpartnerIn konkret angesprochen.

### ***Raum außerhalb der Familie***

Mehrfach wurde erwähnt, dass Kinder ganz speziell einen Raum auch außerhalb der Familie brauchen. Dies soll ihnen gestatten, ihre Bedürfnisse zu schildern, ohne Rücksichtnahme auf den kranken Elternteil. Dann können Themenbereiche gezielt angesprochen werden, die in der Familie nicht besprochen werden können. InterviewpartnerIn 3 beschrieb diese Situation sehr nachvollziehbar:

*„Ganz dringend einen Raum brauchen, wo sie jetzt ihre Ängste, ihr Unglücklichsein und Traurigkeit auch zeigen können. Und das ist ganz wichtig. Wo sie wissen, sie müssen keine Rücksicht nehmen und können mich sozusagen mit ihrer Geschichte belasten“ (I. 3, Z. 167ff.).*

Der Freundeskreis hat natürlich auch einen zentralen Stellenwert. Für Kinder ist es sehr wertvoll, wenn sie sich mit Gleichaltrigen austauschen können. Zusätzlich soll es ihnen ermöglicht werden Hobbys nachzugehen.

### ***Ressourcen***

Vorhandene Ressourcen tragen maßgeblich zur kindlichen Entwicklung bei. Die Aussagen bestätigen, dass jede Ressource, die es gibt, sehr bedeutungsvoll ist. Dies kann sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie sein. Einen zentralen Stellenwert nimmt in diesem Fall der gesunde Elternteil ein. Um eine Unterstützung für das Kind zu sein, muss dieser jedoch ausreichend belastbar sein und die Sorgen, Probleme und Nöte der Kinder tragen können.

### ***Unterstützungssysteme***

Die Antworten zu dieser Frage fielen ähnlich aus. Hauptaugenmerk soll darauf gelegt werden, dass ihre primären Bezugssysteme so sicher wie möglich sind. Dass sie die famili-

äre Situation nachvollziehen können und Informationen bekommen, die sie wirklich brauchen. Ein Befragter/eine Befragte beschrieb dies folgendermaßen:

*„Und was viele Kinder von wirklich schwer psychisch Kranken wirklich bräuchten, wäre eine permanente Begleitung und Unterstützung zu dem Thema“ (I. 3, Z. 538f.).*

Ein relevanter Gesichtspunkt, der sehr selten erwähnt wird, ist, dass die psychosoziale Versorgung für Kinder kostenlos zur Verfügung stehen sollte. Dieser Faktor wurde von mehreren ExpertInnen erwähnt. Zusätzlich sind die Befragten der Meinung, dass es nicht ausreichend Betreuungsplätze für Kinder von psychisch Kranken gibt.

Laut den InterviewpartnerInnen ist oftmals die finanzielle Situation in diesen Familien schwierig. Deshalb kam auch immer wieder die Antwort, dass sie finanzielle Unterstützung benötigen. Weiters sehen sie solche psychosozialen und therapeutischen Einrichtungen als eine maßgebliche und wirkungsvolle Unterstützung für Kinder und Familien. Eine Unterstützungsmaßnahme wird darin gesehen, dass Gruppen für betroffene Kinder und Jugendliche gebildet werden. Diese sollten auf Erlebnisorientierung, Stärkung des eigenen Ichs und Freizeitangebote ausgelegt sein. Augenmerk soll darauf gelegt werden, dass Kinder sich mit anderen austauschen können, die sich in einer ähnlichen familiären Situation befinden. Dieses Angebot scheitert aber zumeist an dem Nichtvorhandensein verschiedener Ressourcen. Sowohl zeitliche als auch finanzielle Ressourcen sind nicht gegeben. Die InterviewpartnerInnen würden sich auch Unterstützungssysteme wie Nachmittagsbetreuung, Lernbetreuung oder Familienintensivbetreuung wünschen.

Im Verlauf der Interviews wurde immer wieder erwähnt, wie wichtig es für Kinder ist, mindestens eine Bezugsperson auch außerhalb der Familie zu haben.

### ***Erlaubnis zu sprechen***

Ein bedeutsamer Aspekt, den Kinder unbedingt brauchen, ist die Erlaubnis der Eltern, über die Lebenssituation innerhalb der Familie sprechen zu dürfen. Die Zustimmung zu bekommen, dass es in Ordnung ist, mit FreundInnen, NachbarInnen etc. zu reden, wird als sehr wichtig erachtet.

### ***Bezugspersonen***

Bei diesem Thema waren sich alle ExpertInnen einig. Kinder psychisch kranker Eltern brauchen unbedingt eine stabile, gesunde und professionelle Bezugsperson. Ein Befragter/eine Befragte fasst dies folgendermaßen zusammen:

*„Unter Anführungszeichen eine gesunde, stabile Person, wo sie eine Bindung aufbauen können und wo sie auch stückweit Dinge, die zuhause tabuisiert werden, besprechen können“ (I. 2, Z. 96ff.).*

Es können durchaus auch mehrere Ansprechpersonen für das Kind zur Verfügung stehen. Für Kinder ist es von großer Wichtigkeit jemanden zu haben, bei dem sie offen und unzensiert ihre Gefühle zeigen können. Kinder müssen eine stabile Beziehung aufbauen können. Ihnen soll die Möglichkeit geboten werden, die belastenden Sorgen und Probleme äußern zu können. Es soll auch thematisiert werden, dass Kinder nicht an der elterlichen Krankheit schuld sind. Eine Bezugsperson muss nicht zwingend aus der eigenen Familie sein.

Die Wichtigkeit und die Unterstützung einer Bezugsperson für Kinder beschreibt folgende Aussage:

*„Auf jeden Fall jemand, der ihnen ein Stück Normalität im Alltag bietet das glaube ich, ist wichtig und die Eltern gehören auf jeden Fall unterstützt“ (I. 6, Z. 195f.).*

### **Stabilität und Sicherheit**

Als weitere Bedürfnisse von Kindern psychisch Kranker kristallisierten sich bei der Auswertung Stabilität und Sicherheit heraus. Das Gefühl der Sicherheit wird von einem Experten/einer Expertin als das größte Bedürfnis beschrieben. Kinder benötigen dieses Gefühl. Bei Problemen und Sorgen sollten Kinder zu ihren Eltern gehen können, um ihr Anliegen zu besprechen, ohne dabei Schuldgefühle zu entwickeln. Zudem ist es bedeutsam, dass sie stabile Beziehungen erleben.

Als stabilisierend kann ebenfalls ein neuer Partner/eine neue Partnerin von einem der Elternteile gesehen werden. Diese neuen Familienkonstellationen erweisen sich oftmals als tragfähig und beeinflussen die kindliche Entwicklung durchaus positiv.

### **WAS FAMILIEN BRAUCHEN**

Zuvor wurde aufgezählt, was Kinder benötigen, und dieser Abschnitt befasst sich nun damit, was Familien und Eltern brauchen. Laut den Aussagen der Befragten muss den Eltern vermittelt werden, dass sie bei Erziehungsfragen jederzeit auf die Unterstützung der PädagogInnen zurückgreifen können.

Zusätzlich wurde deutlich, dass Familien auf jeden Fall mehr tatkräftige Unterstützung im Alltagsleben nötig haben. Die InterviewpartnerInnen haben oftmals angesprochen, dass Familien ganz viel Anerkennung für ihre Leistungen beanspruchen. In vielen Familien

herrscht ein Kommunikationsverbot und deshalb wäre es so wichtig für sie, das Sprechen miteinander zu lernen und das es in Ordnung ist, über die psychische Erkrankung zu reden. Außerdem benötigen sie einen sozialen Raum, wo sie eingebunden werden, und sicher auch Hilfe professioneller Natur. Grundsätzlich wurde aus den Interviews deutlich, dass es für Familien wichtig ist, einen geregelten Ablauf und Tagesstrukturen zu haben. Wenn diese jedoch nicht vorhanden sind, dann sollten sie mit Hilfe professioneller Unterstützung erlernt werden.

Eltern können auch dadurch unterstützt werden, wenn sie ihre Kinder beispielsweise in eine Nachmittagsbetreuung geben können oder einen Kindergartenplatz bekommen.

### ***Erlaubnis zu sprechen***

Im Verlauf der einzelnen Interviews wurde ersichtlich, dass Familien ganz besonders die Erlaubnis und die Ermutigung brauchen, über ihre Lebenssituation zu sprechen. Die Enttabuisierung nimmt dabei einen zentralen Stellenwert ein. Familien müssen ermächtigt werden, sowohl innerhalb ihres Netzwerkes zu sprechen als auch zu klären, wo es außerhalb möglich wäre. Damit dies umgesetzt werden kann, bedarf es an Unterstützung und Motivation. Insbesondere der kranke Elternteil muss sich erlauben, dass es in Ordnung ist, mit anderen Personen darüber zu sprechen.

### ***Ressourcen***

Als weiteres Bedürfnis der betroffenen Familien wurden immer wieder verschiedene Ressourcen genannt. Sie benötigen in erster Linie gesunde Ressourcen, die es durchaus auch außerhalb der Familie gibt. Des Öfteren betonten die InterviewpartnerInnen auch, dass Familien finanzielle Mittel nötig haben. Zusätzlich bedarf es gezielter Unterstützung bei der Findung von passenden Ressourcen.

### **7.3.3. Alltag der Kinder**

Aufgrund der Aussagen kristallisierte sich heraus, dass es in sehr vielen Familien mit einem kranken Elternteil keine Tagesstrukturen im Alltag gibt. Der Alltag der Kinder ist insbesondere von der Verantwortungsübernahme geprägt, wie folgendes Zitat aufzeigt:

*„Sehr viele Dinge im Alltag auch übernehmen, die eigentlich noch nicht altersentsprechend sind“ (I. 6, Z. 43f.).*

Die Gestaltung des Alltags hängt auch davon ab, wie viele Ressourcen innerhalb der Familie vorhanden sind. Ein Teil der Kinder kann von den Eltern nicht immer so versorgt

werden, wie es eigentlich sein sollte. Zudem sind Befragte der Ansicht, dass Kinder oftmals vernachlässigt werden.

### **FAMILIENSTRUKTUR**

Die Struktur wurde oftmals als instabil, problematisch und chaotisch bezeichnet. Es wurde betont, dass es selten gute Ressourcen im gesamten Familiennetzwerk gibt. Die ExpertInnen waren sich einig, dass es in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil sehr viele Beziehungsabbrüche gibt. Eltern die geschieden bzw. getrennt sind, weil einer der beiden die familiäre Situation nicht mehr tragen kann und sich deshalb zurückzieht. Daher sind viele Elternteile alleinerziehend und sind in vielen Lebenslagen auf sich alleine gestellt. Es gibt aber auch immer wieder neue Familienkonstellationen, die durchaus tragfähig sind und gut halten. Eine neue Partnerschaft kann sich sehr wohl positiv auf die Entwicklung des Kindes auswirken. Großeltern können auch sehr unterstützend sein. Im schlimmsten Fall gibt es aber auch Familien, wo die restliche Familie nichts mit dem psychisch Kranken zu tun haben will. Es darf aber nicht alles pauschalisiert werden, denn es gibt durchaus Familien, deren Struktur sich nicht maßgeblich von anderen Familien mit gesunden Eltern unterscheidet. Wie wichtig jedoch eine gute Familienstruktur ist, zeigt folgendes Zitat:

*„Und je besser die Familienstruktur ist, desto leichter können die Kinder auch zu mir kommen“ (I. 3, Z. 336f.).*

### **BEZIEHUNG ZUM GESUNDEN ELTERNTEIL**

Die Frage nach der Beziehung zwischen Kind und gesundem Elternteil war für viele der Befragte schwer zu beantworten. Die SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogInnen haben meist wenig Kontakt. Generell glauben sie, dass es zwischen den einzelnen Familien große Unterschiede gibt. Inwieweit das Kind eine positive Beziehung zum gesunden Elternteil aufbauen kann, hängt maßgeblich von der Wohnsituation des nicht Kranken und der Beziehung der Eltern ab.

Der gesunde Elternteil wird als wichtige Ressource gesehen, wie nachstehendes Zitat von InterviewpartnerIn 5 aufzeigt:

*„Der gesunde Elternteil, wenn er wirklich gesund ist und seine Verantwortung wahrnimmt, dann ist es etwas ganz Wichtiges. Weil wenn der seine Verantwortung wahrnimmt, dann ist er als Ansprechperson in der Regel da für das Kind und wichtig. Der bekommt viel mit, der fängt viel ab“ (I. 5, Z. 349ff.).*

Kinder versuchen teilweise auch den gesunden Elternteil zu schonen. Sie merken, dass auch dieser durch die Erkrankung belastet ist. Insgesamt wird die Beziehung von den Befragten als gut wahrgenommen.

### **KOMMUNIKATION IN DER FAMILIE**

Bei dieser Frage herrschte Einigkeit unter den ExpertInnen. Sie sind allesamt der Meinung, dass es in vielen Familien eine vermeidende bzw. nicht stattfindende Kommunikation gibt. Zudem wird sie oftmals als konfliktreich wahrgenommen. Diese Thematik darf jedoch nicht pauschalisiert werden. Denn es gibt durchaus Familien, in denen die Kommunikation einen zentralen Stellenwert hat. Dennoch existieren viele Familiengeheimnisse und Angelegenheiten, die verschwiegen werden. Die Verständigung untereinander ist laut Aussagen der ExpertInnen auch vom Krankheitsbild der Eltern abhängig.

Kinder und Eltern sehen dies meist unterschiedlich. Kinder sind der Ansicht, dass zu wenig über die entscheidenden Tatsachen zuhause gesprochen wird. Eltern haben hingegen das Gefühl, dass die Kommunikation ausreichend ist. In diesem Punkt bedarf es noch mehr Unterstützung, welche von den Befragten – wie anschließende Aussage zeigt – angeboten wird.

*„Oft arbeite ich ganz viel daran, auch den Eltern und den Kindern gemeinsam zu vermitteln, ihr müsst reden miteinander und wie könnt ihr das mit einfachen Schritten wieder erlernen oder überhaupt erst erlernen“ (I. 3, Z. 361ff.).*

### **PROBLEME INNERHALB DER FAMILIE**

*„Das größte Problem ist, glaube ich, das Nichtmiteinander Reden und nicht Gelernt haben zu reden (...)“ (I. 5, Z. 368f.).*

Wie obenstehendes Zitat zeigt, wird die vermiedene Kommunikation als große Schwierigkeit innerhalb einer Familie wahrgenommen. Die Partnerschaft bzw. teilweise auch Trennung der Eltern wird von den Befragten als nicht leicht beschrieben und dass es auch innerhalb der Partnerschaft immer wieder zu Problemen kommt. Als schwierig werden auch die existentiellen Sorgen gesehen. Demnach können schulische Angelegenheiten der Kinder in vielen Fällen nicht finanziert werden. In einem Interview wurde auch konkret erwähnt, dass es Familien gibt, die von Armut betroffen sind. Problematisch sind auch die Gestaltung des Alltags und die Annahme der Krankheit. Zusätzlich müssen Kinder leider die Erfahrung machen, dass sie sich nur wenig auf andere Personen verlassen können.

## **ZUSAMMENLEBEN**

Alle InterviewpartnerInnen erzählten, dass sie fast nur Kinder beraten bzw. betreuen, die im gemeinsamen Haushalt mit dem kranken Elternteil leben. Für die Entwicklung des Kindes ist es teilweise sicher nicht optimal, bei dem kranken Elternteil zu wohnen. In seltenen Fällen müssen die Kinder auch fremduntergebracht werden. Es besteht durchaus die Möglichkeit, dass Kinder von Großeltern oder anderen Verwandten aufgenommen wurden. Ansonsten werden sie in Einrichtungen des Jugendamtes untergebracht.

### **7.3.4. Gefühlswelt der Kinder**

Die psychische Erkrankung eines Elternteils kann bei Kindern eine Welle an Gefühlen auslösen. In der Literatur wird ein Einblick in die Gefühlswelt betroffener Kinder gegeben und deshalb wurde dies auch in die Interviewfragen miteinbezogen. Generell fielen die Antworten auf diese Frage eher kurz aus.

Die InterviewpartnerInnen berichteten vor allem über Wut, Trauer und Einsamkeit. Zusätzlich empfinden sehr viele Kinder Schuldgefühle. Insgesamt kristallisierten sich sieben verschiedene Formen von Gefühlen heraus.

## **WUT**

Die meisten Äußerungen gab es zu dem Gefühl der Wut. Dieses zeigt sich bei Kindern durchaus in unterschiedlichen Facetten. Ein Aspekt der Wut liegt darin, dass sie oftmals von den Kindern nicht zugelassen wird und es sich hierbei um eine versteckte, sozusagen nicht geäußerte Wut handelt. Sie sind der Meinung, dass es nicht in Ordnung ist, auf den kranken Elternteil auch noch wütend zu sein, wenn dieser schon so krank ist. Gegenüber dem gesunden Elternteil empfinden Kinder ebenfalls Wut. Dies äußert sich einerseits dadurch, dass sich dieser nicht vom kranken Elternteil trennt, und andererseits auch umgekehrt, weil er sich trennt. Im Interview wurde angemerkt, dass es durchaus einen Unterschied zwischen Mädchen und Buben gibt. Letztere reagieren eher aggressiv und verarbeiten so ihre Wut und ihren Zorn.

## **TRAUER**

Die ExpertInnen betonten auch das Gefühl der Trauer. Viele Kinder sind aufgrund der elterlichen Erkrankung und ihren dazugehörigen alltäglichen Anforderungen sehr traurig. Zu diesem Thema gab es keine weiteren Ausführungen.

### **SCHULDGEFÜHLE**

Die Schuldgefühle der Kinder wurden ebenfalls erwähnt. Die Befragten sind der Meinung, dass diese im Leben der Kinder eine bedeutende Rolle spielen. Weiters sehen sie durchaus einen Unterschied in der Altersgruppe der Kinder. In erster Linie leiden jüngere Kinder sehr an Schuldgefühlen.

Die ExpertInnen sehen einen wesentlichen Beitrag in ihrer Arbeit mit den Kindern darin, ihnen ein Teil dieser Last verringern zu können. InterviewpartnerIn 6 brachte dies mit folgendem Zitat auf den Punkt.

*„Es geht vor allem darum, den Kindern die Schuldgefühle abzunehmen“ (I. 6, Z. 88).*

### **PEINLICHKEIT**

Besonders Jugendlichen sind die Eltern bzw. der kranke Elternteil massiv peinlich. InterviewpartnerIn 3 unterschied hierbei die verschiedenen Krankheitstypen. Es wurde betont, dass vor allem Kinder von manisch Erkrankten sehr darunter leiden. Denn ihr Verhalten ist nicht immer angebracht. Als peinlich wird auch die teilweise unzureichende Körperpflege der psychisch kranken Eltern gesehen. In diesem Zusammenhang kann auch das Gefühl der Scham genannt werden.

### **SCHAMGEFÜHLE**

Zur Verheimlichung der Situation zuhause tragen nicht zuletzt Schamgefühle bei. Es ist deutlich geworden, dass die Scham bei Kindern relativ groß ist. Dies zeigt sich beispielsweise darin, dass Kinder aus Schamhaftigkeit selten Freunde/Freundinnen nach Hause einladen. Sie schämen sich für den kranken Elternteil und dessen teilweise bizarres und auffälliges Verhalten. Aus diesem Grund verschweigen Kinder die familiäre Situation und können deshalb auch in eine Außenseiterposition geraten.

### **VERUNSICHERUNG**

Als weiteres Gefühl wurde von den Befragten die Verunsicherung genannt. Dies zeigt sich dadurch, dass Kinder nicht wissen, wie mit der elterlichen Krankheit umgegangen werden soll bzw. die kindliche Aufklärung einfach unzureichend ist. Ein/e InterviewpartnerIn nimmt bei Kindern insbesondere dann eine Verunsicherung wahr, wenn sie unterschiedliche Verhaltensweise und Reaktionen des kranken Elternteils wahrnehmen und nicht richtig einschätzen können.



### **7.3.5. Beratung und Betreuung**

Das Ziel einer Beratung soll es sein, den Kindern die elterliche Krankheit altersgerecht zu erklären. Ebenfalls gilt es aufzuzeigen, welche Behandlungsmöglichkeiten es für den kranken Elternteil gibt. Die Befragten beobachten, welche Stärken und Schwächen betroffene Kinder haben und wie diese bestmöglich gefördert werden können. Sie versuchen Ressourcen für Kinder zu schaffen, um das Risiko, eine eigene Erkrankung zu erleiden, zu reduzieren. Das Vorhandensein von Ressourcen wird sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie abgeklärt.

Die Krankheit der Eltern löst bei Kindern unterschiedliche Gefühle aus. Deshalb wird gemeinsam erarbeitet, welche Emotionen vorhanden sind und wie diese gegebenenfalls verringert werden können. Zusammen mit den Kindern wird versucht eine Bezugsperson zu aktivieren, um darauf aufbauend einen Krisenplan zu erstellen.

Die meisten Kinder, die in Beratung sind, sind im Durchschnitt sieben bis zwölf Jahre alt. Die Altersstruktur zwischen den einzelnen Institutionen variiert leicht. Generell werden Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr beraten. Dies kann sich je nach Entwicklungsstand auch erhöhen.

Die Beratungsstunden fallen ebenfalls unterschiedlich aus. Grundsätzlich stehen den ExpertInnen zehn bis dreizehn Stunden pro Kind zur Verfügung. Eine Einrichtung ist vollstationär, das heißt, die Kinder werden rund um die Uhr betreut.

Als Ort der Beratung dienen in der Regel die Räume der psychosozialen Zentren. In Ausnahmefällen kann die Betreuung auch im häuslichen Umfeld des Kindes stattfinden, was laut Aussagen jedoch sehr selten passiert. Die Räume der Zentren stellen für Kinder einfach einen geschützten Rahmen dar. Im Laufe der Zeit lernen sie alles gut kennen, finden sich zurecht und wissen, dass ihre Sorgen, Probleme und Nöte nicht nach außen getragen werden.

#### **BERATUNGSGESPRÄCHE**

Vor Beginn der Beratung führen die ExpertInnen ein Gespräch mit den Eltern, um zu hören, was ihre Sorgen sind, wie der Alltag innerhalb der Familie aussieht und welche psychische Erkrankung sie haben. Danach lernen sie die Kinder noch gemeinsam mit den Eltern kennen. Für die anschließende Beratung werden die Eltern jedoch hinausbegleitet.

In der Regel gibt es dann Einzelgespräche mit den Kindern, aber es werden genauso Familiengespräche geführt.

### **EINBINDUNG DER ELTERN**

Ein wesentlicher Teil der Beratungsarbeit besteht darin, die Eltern miteinzubeziehen. Wenn es möglich ist, dann wird besonderer Wert darauf gelegt, immer beide Elternteile einzubinden. Taucht bei den Befragten in der Beratung irgendetwas auf, das besprochen werden muss, dann wird der kranke Elternteil bzw. im besten Fall werden beide Elternteile eingeladen.

### **EINBINDUNG VON BEZUGSPERSONEN**

Neben den Eltern besteht auch immer die Möglichkeit, verschiedene Bezugspersonen in die Beratung und Betreuung der Kinder miteinzubeziehen. Nachfolgende Zitate zeigen dies:

*„Eingebunden wird jeder, der in der Familie einen wichtigen Stellenwert hat“ (I. 4, Z. 313f.).*

*„Ja alles was mir einfällt, was eine Ressource sein könnte für die Familie oder für das Kind wird versucht zu aktivieren und einzubinden. Es wird auch oft ein Ressourcenplan gemacht, wo man schaut, wo gibt es da überall jemanden – wie kann man den auch kontaktieren usw.“ (I. 3, Z. 458ff.).*

Gemeinsam mit dem Kind wird abgeklärt, welche wichtige Ansprechperson es gibt, und wenn möglich wird dann auch versucht, diese in die Beratungsgespräche miteinzubinden. Dies ist aber durchaus verschieden und orientiert sich dann je nach Bedarf. Schlussendlich kann jede Person, die für das Kind und die Familie eine wichtige Ressource darstellt, in die Beratung und Betreuung eingebunden werden.

Die Aussagen zur Einbeziehung von Eltern und Bezugspersonen waren sehr ähnlich.

### **7.3.6. KooperationspartnerInnen**

Aufgrund der Aussagen der ExpertInnen kann festgehalten werden, dass sie mit vielen anderen Institutionen kooperieren. Diese Institutionen beziehen sich natürlich in erster Linie auf das Kind. Häufig genannt wurde in diesem Kontext das Jugendamt. Erwähnt wurden aber auch Kinderschutzzentren, niedergelassene Therapeuten, welche aber über Kasernenplätze verfügen, oder aber auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Generell wird aber versucht alle Hilfssysteme, die es gibt und die für Kinder bzw. Familien unterstützend sind, miteinzubeziehen. InterviewpartnerIn 5 beschrieb dies wie folgt:

*„(...) alles was helfen kann und unterstützend ist, wird mitbedacht und miteinbezogen“ (I. 5, Z. 428f.).*

Bei Kooperationen müssen grundsätzlich die Eltern einverstanden sein, bevor Kontakt aufgenommen wird.

Im Interview wurde auch die Frage gestellt, ob eine Zusammenarbeit mit Vereinen der Kinder besteht, dies wurde von allen verneint. Deshalb wird im weiteren Verlauf näher auf die beiden Kooperationspartner Jugendamt und Schule eingegangen.

### **JUGENDAMT**

Die Vernetzung zu anderen Institutionen wird als besonders wichtig wahrgenommen. Das Jugendamt nimmt dabei einen zentralen Stellenwert ein, welcher von InterviewpartnerIn Nummer 4 folgendermaßen beschrieben wird:

*„Das Jugendamt ist sicher ein Kooperationspartner, wobei wie gesagt nur mit Einverständnis, wir haben eine Verschwiegenheitspflicht. Wir geben auch keine Gutachten her oder so. Da gibt es jetzt von unserer Seite her nichts, außer es ist Gefahr in Verzug, aber das ist sowieso klar“ (I. 4, Z. 342ff.).*

### **SCHULE**

Die Meinungen der Befragten zum Thema Schule als Kooperationspartner gehen deutlich auseinander. Ein Teil der ExpertInnen arbeitet bewusst nicht mit den Schulen zusammen, außer wenn sich LehrerInnen gezielt an sie wenden. Bei vielen bleibt dies jedoch eher eine Ausnahmesituation. Das Lehrpersonal wird aber trotzdem als wichtige Bezugsperson für Kinder gesehen.

Andere ExpertInnen wiederum sehen die Institution Schule als einen wertvollen Kooperationspartner. InterviewpartnerIn 6 gibt einen Einblick in die Zusammenarbeit mit LehrerInnen.

*„Bei den Schulen ist es sehr unterschiedlich, würde ich sagen. Ich habe gute Erfahrungen. Sie sind teilweise engagiert und sehr kooperativ. Aber es fehlt so enormes Wissen in der Schule. Bei den Lehrern, bei den Direktoren. Die haben überhaupt kein Verständnis für Psychodynamik. Das ist teilweise sehr erschreckend“ (I. 6, Z. 186ff.).*

Dadurch wird deutlich, dass die Thematik von Kindern psychisch kranker Eltern noch vermehrt an Aufmerksamkeit bedarf und es generell mehr Aufklärung über psychische Krankheiten geben muss.

### **7.3.7. Psychisch kranke Eltern**

Diese Kategorie ergab sich während des Codiervorgangs und bezieht sich unmittelbar auf psychisch kranke Eltern. Aspekte wie der Zugang und die Annahme der Hilfsleistung werden aufgezeigt. Zusätzlich werden die Dauer der Krankheit, mögliche Unterstützungsangebote und die Ängste der Eltern beschrieben.

#### **ZUGANG UND ANNAHME DER HILFSLEISTUNG**

Die Befragten sind der Meinung, dass betroffene Familien vor allem aufgrund von Informationen aus dem Krankenhaus und von behandelnden ÄrztInnen das psychosoziale Zentrum aufsuchen. Weiters glauben sie, dass ein Teil auch durch Internetrecherchen auf die Hilfsangebote aufmerksam wird. Außerdem verweisen Kinder- und JugendtherapeutInnen und anderweitige Institutionen auf die beteiligten Zentren die viel Öffentlichkeitsarbeit betrieben haben.

Das Gefühl, sich wirklich Hilfe zu holen, wird von den ExpertInnen unterschiedlich wahrgenommen und auch Familien reagieren durchaus verschieden darauf. In vielen Fällen sind die Befragten der Meinung, dass es den Eltern sehr schwer fällt, sich außenstehende Hilfe zu holen. Dies wird vornehmlich dadurch begründet, dass mit der Annahme von Unterstützung viele Ängste verbunden sind und die psychische Erkrankung noch immer ein Tabu-Thema ist. Andere hingegen sind sehr froh über die angebotene Hilfe. Eine interessante Aussage zu dieser Thematik ist nachfolgende:

*„Es kommt diese Schicht besonders schnell und sehr bald einmal zu „XY“, die insgesamt reflektiert ist, die generell einen finanziellen Background auch hat, sag ich. Die sich Gedanken über die Kinder machen“ (I. 3, Z. 68ff.).*

Der erste Schritt ist oftmals der schwierigste. Wenn jedoch Vertrauen zu den SozialarbeiterInnen und SozialpädagogenInnen aufgebaut wurde und sich eine Beziehung entwickelt, dann funktioniert die Annahme der Hilfe recht gut.

#### **KRANKHEITSDAUER**

Die Frage, wie lange Eltern schon krank sind, war für alle Befragten nur schwer zu beantworten. Grundsätzlich sind sie der Meinung, dass es sehr verschieden ist. In den meisten Fällen dauert die Krankheit jedoch schon sehr lange an. Die ExpertInnen vermuten, dass die Erkrankung der Eltern bereits in ihrer späten Jugend ausgebrochen ist.

## UNTERSTÜTZUNG

Wenn die Befragten das Gefühl haben, der kranke Elternteil schafft es alleine nicht, versuchen sie diesen bestmöglich zu unterstützen. Sei es beispielsweise bei Treffen mit dem Jugendamt, bei einem Schulwechsel der Kinder oder auch einen passenden Kindergartenplatz zu bekommen. Wenn es wichtige Termine gibt, dann wird der betroffene Elternteil auch begleitet. Zusätzlich weisen die ExpertInnen auf Angebote hin, die Eltern in Anspruch nehmen können.

In erster Linie alleinerziehende Eltern würden besonders in krisenhaften Zeiten Unterstützung in der Betreuung ihrer Kinder brauchen. Oftmals haben sie niemanden, der sie in dieser Situation entlastet und ihnen behilflich ist.

## ÄNGSTE UND SORGEN

Nicht nur Kinder, sondern auch Eltern verspüren Besorgnisse. Insbesondere die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt stellt für sie die größte Sorge dar. Sie haben Angst davor, dass zu viel in das Familienleben eingegriffen wird bzw. auch vor einer möglichen Abnahme der Kinder. Zusätzlich fürchten sie sich, dass die Krankheit von den Kindern nach außen getragen wird und ihr Geheimnis nicht mehr geschützt ist.

### 7.3.8. Zukunftswünsche der InterviewpartnerInnen

Aufgrund der Aussagen und Wünsche der ExpertInnen für die Zukunft hat sich bei der Auswertung ein neuer Code entwickelt. Dieser Abschnitt wird mit einem sehr aussagekräftigen Zitat von InterviewpartnerIn 4 eingeleitet:

*„Weil es ja auch in der Psychiatrie sehr lange gedauert hat, bis man auf die Kinder aufmerksam geworden ist bzw. noch immer nicht aufmerksam ist genug. Das würde ich mir schon sehr wünschen, ich glaube, da würde die Gesellschaft ganz schön schauen was Kinder an Arbeit leisten. Und dann dementsprechend natürlich auch Hilfsangebote bieten, weil das nicht die Aufgabe der Kinder ist“ (I. 4, Z. 388ff.).*

Wie sich bereits herausgestellt hat, sind Kinder von psychisch Kranken mit der familiären Situation komplett überfordert. Deswegen wünschen sich die Befragten, dass es seitens der Gesellschaft eine höhere Sensibilität gibt. Insbesondere dass diese Thematik auch Einzug in Betreuungseinrichtungen der Kinder – wie Schulen, Kindergärten etc. – hält. Generell wurde deutlich, dass es insgesamt zu wenig Problembewusstsein bei den Menschen gibt und dies soll sich ändern. Infolgedessen bedarf es einer vermehrten Einsetzung

von vorbeugenden Ansätzen. Präventionsarbeit soll bereits frühzeitig angesetzt werden, beispielsweise durch Vorträge in Schulen, um Jugendliche dort direkt anzusprechen.

Außerdem haben die InterviewpartnerInnen den Wunsch, dass es einen besseren Zugang zur Psychotherapie für betroffene Kinder und ihre Familien gibt. Demzufolge braucht es auch mehr Therapieplätze und eine Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen.

Wie bereits erwähnt wirken sich Bezugspersonen positiv auf die kindliche Entwicklung aus, sie stellen einen Schutzfaktor dar. Deshalb wünschen sich die ExpertInnen für betroffene Kinder mehr Ansprechpersonen. Dadurch, dass alle Befragten nur wenige Beratungsstunden zur Verfügung haben, sehnen sie sich nach einer Aufstockung der zeitlichen Ressourcen.

### **PATENSCHAFTEN**

Bei Recherchen zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern stößt man immer wieder auf das präventive Hilfsangebot der Patenschaften in Deutschland. Deshalb wurde den ExpertInnen die Frage gestellt, wie sie dieses Projekt finden und ob eine Umsetzung auch in Österreich möglich wäre. Von den sechs InterviewpartnerInnen kannten dieses Projekt lediglich zwei. Nach kurzer Vorstellung des Konzeptes meinerseits wurden von allen Meinungen dazu abgegeben. Diese werden nun zusammenfassend vorgestellt. Grundsätzlich halten alle Befragten solche Projekte für sinnvoll und unterstützend. Es wurde jedoch auch ein kritischer Blick darauf geworfen. Die professionelle Begleitung der einzelnen PatInnen wurde sehr oft angesprochen. Insbesondere da auch diese eine angemessene Unterstützung bekommen. Die Arbeit mit Ehrenamtlichen wird von den ExpertInnen hoch angesehen und sie finden dies bedeutungsvoll. Dadurch, dass die Eltern in ein solches Konzept involviert werden, darf allerdings keine Konkurrenzsituation entstehen. Die Aussage von InterviewpartnerIn 3 fasst das Gesagte aller Befragten verständlich zusammen:

*„Ich glaube, man müsste es schon sehr gut und sehr professionell aufbauen“ (I. 3, Z. 518f.).*

Laut Aussagen und Meinungen der Befragten muss in dieser Hinsicht noch viel in den Aufbau und die Umsetzung von diversen Hilfsprojekten investiert werden.

## **7.4. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse**

Die Beantwortung der Forschungsfrage stellt in diesem Abschnitt den zentralen Gesichtspunkt dar. Weiters werden die qualitativen Ergebnisse der Interviews zusammengefasst und mit den Ansätzen der Theorie bzw. Fachliteratur diskutiert.

Allgemein liefert die vorliegende Studie das Ergebnis, dass zwischen den einzelnen Aussagen der InterviewpartnerInnen und der verwendeten Literatur sehr viele Ähnlichkeiten bestehen. Die Forschungsfrage lautet wie folgt:

**Wie nehmen MitarbeiterInnen von psychosozialen Zentren die Bedürfnisse und Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern wahr und wie sieht in diesem Zusammenhang die weitere Beratung und Betreuung aus?**

Im Mittelpunkt der Forschungsfrage stehen die Bedürfnisse und Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern und die daraus resultierende Beratung bzw. Betreuung. Deshalb werden die Erkenntnisse darüber näher vorgestellt.

### **7.4.1. Bedürfnisse**

Auf die Frage, welche Bedürfnisse die ExpertInnen wahrnehmen, wurden einige Aspekte genannt. Laut Angaben der Befragten stellt die Aufklärung der Kinder einen wichtigen Stellenwert dar. Auch Albert Lenz (2014) sieht in der alters- und entwicklungsgemäßen Aufklärung einen bedeutungsvollen Schutzfaktor. Er betont zusätzlich, dass sich diese nicht auf eine rein kognitiv ausgerichtete Vermittlung von Informationen begrenzen darf. Allein das Benennen der Krankheit mit ihren auftretenden Symptomen bedeutet nicht, dass Kinder auch Verhaltensweisen der Eltern richtig verstehen (vgl. Lenz 2014, S. 309). Lenz (2005) merkt in einer anderen Fachliteratur an, dass bei Kindern die Aufklärung über die elterliche Krankheit zur Minderung der eigenen Belastungen, Ängste und Schulgefühlen führt (vgl. Lenz 2005, S. 140).

Als weiteres Bedürfnis der ExpertInnen wird die Kommunikation der Kinder mit anderen Personen gesehen. Sie sind der Meinung, dass dieser Punkt wesentlich mit dem Alter der Kinder zusammenhängt. Jüngere Kinder sprechen eher selten mit anderen über ihre familiäre Situation, wohingegen Jugendliche dies durchaus machen. Ein wesentlicher Beitrag wird hier sicher der Kommunikation innerhalb der Familie beigemessen. Wird offen über die Krankheit gesprochen, werden auch Kinder leichter mit anderen darüber reden. Herrscht aber ein Kommunikationsverbot bzw. wird das Reden vermieden, dann werden Kinder weniger über den Familienalltag und die psychische Erkrankung sprechen. Lenz

(2014) betont, dass Kinder infolgedessen oft das Gefühl vermittelt bekommen, nicht mit Außenstehenden über die problematischen Zustände reden zu dürfen. In vielen Familien wird die Krankheit als Geheimnis dargestellt. Aufgrund von Rücksichtnahme und Ängsten verzichten Kinder darauf mit anderen zu sprechen. Diese Situation ist auch oftmals mit Schamgefühlen gekoppelt. Kinder empfinden Scham für die familiäre Situation und insbesondere für den kranken Elternteil (vgl. Lenz 2014, S. 101). Ich glaube, dass Kinder bzw. Jugendliche viel Mut aufbringen müssen, um die problematische Familienlage jemandem zu erzählen. Demzufolge wird deutlich, dass Familien bzw. auch Kinder die Erlaubnis brauchen, über ihre teilweise schwierigen Umstände zu sprechen.

Wie auch in der Literatur ersichtlich, empfinden die ExpertInnen das Vorhandensein einer Bezugsperson als wesentliches Bedürfnis. Diese können dem Kind in Krisensituationen eine stabile Stütze sein, sie vermitteln ihnen Sicherheit und versuchen auftretende Probleme und Sorgen zu reduzieren. Zudem tragen sie wesentlich zu einer Entlastung der Kinder bei. Die Aussagen der InterviewpartnerInnen haben den Anschein erweckt, dass es oftmals ziemlich schwierig ist, eine Ansprechperson für betroffene Kinder zu finden. Mattejat (2008) betont in diesem Zusammenhang: *„Je mehr Vertrauenspersonen ein Kind hat, auf die es sich stützen kann, umso besser ist dies für das Kind“* (Mattejat 2008, S. 93). Der Autor versichert immer wieder, dass betroffene Kinder zuverlässige Beziehungen und Ansprechpersonen auch außerhalb der Familie benötigen (vgl. Mattejat 2008, S. 93).

Meiner Einschätzung nach wäre es durchaus wichtig, wenn auch Bezugspersonen von Kindern psychisch kranker Eltern eine professionelle Begleitung bekommen könnten. Immerhin müssen auch diese mit einer zusätzlichen Last zurechtkommen. Lenz meint weiter, dass durch die enge, feinfühlige und sichere Bindung zu einer Bezugsperson ein wesentlicher Grundstein für die weitere Entwicklung des Kindes gelegt wird. Zudem wird den Kindern das Gefühl von Sicherheit und Stabilität vermittelt (vgl. Lenz 2014, S. 157). Die beiden letzten Aspekte wurden wiederholt von den ExpertInnen angesprochen. Das Gefühl von Sicherheit hat für Kinder eine wertvolle Bedeutung. Denn dadurch wird ihnen gezeigt, dass sie, ohne Schuldgefühle zu entwickeln, mit den Eltern über ihre Angelegenheiten sprechen können. In weiterer Folge wird gemeinsam versucht mit ihnen eine passende Lösung zu finden.

Die Ergebnisse zeigen außerdem, dass Kinder ganz dringend einen Raum auch außerhalb des Familiennetzwerkes brauchen. Ich denke, es ist wichtig, dass Kinder ein soziales Umfeld haben, in dem sie einfach Kind sein können und sich auf ihre eigenen Bedürfnisse konzentrieren können. Auch Albert Lenz (2014) schreibt dem Vorhandensein eines sozia-



len Netzwerkes große Bedeutung zu. Er begründet das vor allem dadurch, dass Kinder gezielt bei belastenden Situationen und auftretenden Problemen unterstützt werden. Dies wiederum fördert ihre psychische und physische Gesundheit (vgl. Lenz 2014, S. 287).

Zusammenfassend lässt sich nun festhalten, dass Kinder gezielt Unterstützung benötigen, insbesondere um die Belastungen innerhalb der Familie bestmöglich bewältigen zu können. Dies kann mit Hilfe von professionellen oder nahen Bezugspersonen geschehen. Zusätzlich haben Kinder das Bedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit. Sie müssen das Gefühl vermittelt bekommen, nicht an der elterlichen Krankheit schuld zu sein. Der Wunsch vieler Kinder besteht darin, über die Familiensituation aufgeklärt zu werden. Es gibt natürlich Unterschiede zwischen den Familien und auch den Kindern. Aber anhand der Interviews wurde ersichtlich, dass die Bedürfnisse der einzelnen Kinder sehr ähnlich sind.

#### **7.4.2. Probleme**

Den Generationengrenzen innerhalb einer Familie wird ein besonderer Stellenwert zugeschrieben. Erkrankt jedoch ein Elternteil an einer psychischen Störung sind in vielen Fällen die elterlichen und kindlichen Rollen in der Familie nicht mehr klar getrennt. Dadurch kommt es zu einem Wandel der Rollen, wobei Aufgaben der Eltern von den Kindern übernommen werden (vgl. Lenz/Kuhn 2011, S. 270f.). Wie bereits bei der Ergebnisdarstellung ersichtlich wurde, stellt die Verantwortungsübernahme eine enorme Belastung für die Kinder dar. Die ExpertInnen nehmen dieses Verhalten oft in ihrer Arbeit wahr, und dies wurde im Verlauf der Interviews wiederholt betont. Parentifizierung ist in vielen Familien mit einem psychisch kranken Elternteil präsent. Viele Kinder versuchen dadurch, die Sorgen und Nöte von ihren Eltern fernzuhalten und übernehmen Aufgaben, die nicht altersadäquat sind. Lenz (2014) merkt diesbezüglich an, dass dadurch ihre eigene Entwicklung gefährdet wird und zudem auch das Erkrankungsrisiko für sie selbst deutlich erhöht wird (vgl. Lenz 2014, S. 67). In der Fachliteratur wird diese Thematik besonders häufig diskutiert. Der gleichen Ansicht ist auch Fritz Mattejat (2008), denn er betont, dass sich Kinder von psychisch kranken Eltern für die Familie verantwortlich fühlen, und es demzufolge in vielen Familien zu einer Verantwortungsverschiebung kommt. Die Verschiebung der Generationengrenzen und die Übernahme der elterlichen Aufgaben überfordern Kinder jedoch sehr (vgl. Mattejat 2008, S. 88f.). In der Regel übernehmen sie Aufgaben im Haushalt und die Verantwortung bzw. Erziehung für jüngere Geschwister (vgl. Habers/Stelling/Jungbauer 2010, S. 137f.). Im Zuge der Parentifizierung werden Kinder oft-

mals zu Vertrauten bzw. Beratern für ihre Eltern – sowohl für den kranken als auch den gesunden Elternteil (vgl. Lenz/Kuhn 2011, S. 271).

Von den ExpertInnen wurde angemerkt, dass Kinder oft eine unsichere Bindung erfahren und dadurch in ein Abhängigkeitsverhältnis geraten. Kinder können sich dann nur noch schwer vom kranken Elternteil abgrenzen. Infolgedessen beeinträchtigt das ihr eigenes Erwachsenwerden maßgeblich. Ein Problem für Kinder stellt die Situation dar, vieles alleine bewältigen zu müssen. Die Befragten äußerten vermehrt, dass Kinder in belastenden Lebenslagen alleine gelassen werden und von den Eltern keine ausreichende Unterstützung erfahren. Dies liegt meist darin begründet, dass kranke Eltern sich nur um ihre eigenen Anliegen kümmern. In vielen Fällen orientiert sich der familiäre Alltag an den Befindlichkeiten des kranken Elternteils. Kinder müssen ihre Angelegenheiten hinter denen der erkrankten Mutter oder des erkrankten Vaters anstellen. Dies wirkt natürlich problematisch und belastend auf die betroffenen Kinder.

Wiederholt wurde von den ExpertInnen beobachtet, dass die Tabuisierung ein weiteres Problem darstellt. Sie sehen dies vor allem dadurch, dass in Familien oftmals Kommunikation vermieden wird bzw. nicht stattfindet. Fritz Mattejat (2008) geht darauf ein, dass Kindern der Eindruck vermittelt wird, die elterliche Krankheit und die daraus resultierenden Probleme als Familiengeheimnis zu sehen. Demzufolge dürfen sie mit niemand Außenstehenden darüber sprechen (vgl. Mattejat 2008, S. 88). Albert Lenz (2014) sieht dies ebenso. Er betont zudem, dass Eltern eine offene Kommunikation über die Krankheit aufgrund einer vermeintlichen Schonung meiden. Im Gegensatz dazu behandeln aber auch Kinder ihre kranken Eltern behutsam. Sie nehmen Rücksicht und besprechen ihre Sorgen und Probleme aus Angst vor einer zusätzlichen Belastung für den erkrankten Elternteil nicht (vgl. Lenz 2014, S. 99f.). Für Kinder ist der Zustand über problematische Zustände innerhalb der Familie nicht reden zu dürfen besonders schwierig. Dadurch, dass Situationen nicht besprochen werden, wirken sie auf Kinder durchaus beängstigend. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass betroffene Kinder über die elterliche Krankheit aufgeklärt werden (vgl. Mattejat 2008, S. 93f.). Durch die Vermittlung von Informationen und entsprechende Aufklärung können Kinder von quälenden Schuldgefühlen und Vorwürfen entlastet werden (vgl. Müller 2008, S. 149).

Die bereits in Kapitel vier näher aufgezeigten Aspekte belasten Kinder ungemein und stellen einen Risikofaktor für ihre weitere Entwicklung dar. Die ExpertInnen deuteten an, dass Kinder dadurch bereits eigene Verhaltensweisen entwickeln. Diese sind jedoch unterschiedlich und werden durch das Alter und das Geschlecht mitbedingt.

Grundsätzlich wurde festgestellt, dass aufgrund der elterlichen Krankheit in erster Linie für Kinder Probleme entstehen, die sie maßgeblich prägen. Zudem haben zusätzliche Belastungen Einfluss auf ihr zukünftiges Leben. Deshalb brauchen sie gezielte Unterstützung von außen, damit sie sich trotz dieser Schwierigkeiten bestmöglich entwickeln können.

Der zweite Teil der Forschungsfrage bezieht sich auf die weitere Beratung und Betreuung der Kinder. Die Aussagen der ExpertInnen werden nachstehend zusammengefasst.

### **7.4.3. Beratung und Betreuung**

Ziel der Beratung von Kindern psychisch kranker Eltern ist es, als Unterstützungsmaßnahme zu dienen und zu versuchen, die schwierigen Belastungen bestmöglich zu reduzieren. Ebenso fokussieren sich die ExpertInnen darauf, eine gewisse Normalität in den familiären Alltag zu bringen. Die Befragten beraten nicht nur Kinder, sondern nehmen auch die Eltern bzw. Bezugspersonen in das Blickfeld.

Einen ganz wesentlichen Gesichtspunkt in ihrer Arbeit sehen sie darin, mit den Kindern über die Krankheit der Eltern zu sprechen. In den Interviews wurde mehrfach angesprochen, dass Kinder dringend eine Aufklärung brauchen. Denn die Psychoedukation wirkt wie ein Schutzfaktor auf sie und entlastet sie ungemein. Weiters versuchen sie gemeinsam mit der Familie Möglichkeiten zu finden bzw. zu erarbeiten, um zukünftige Krisen möglichst gut bewältigen zu können. In den Gesprächen wurde vermehrt erzählt, dass es wichtig ist, die Kinder zu entlasten. Insbesondere durch das Reduzieren der vorhandenen Angst- und Schuldgefühle. Ebenso wird ein Augenmerk darauf gelegt, dass Kindern die Möglichkeit geboten wird, Verantwortungen, die sie im Zuge der elterlichen Krankheit übernommen haben, wieder abzugeben. Fragen, die Kinder beschäftigen, werden in der Beratung berücksichtigt und beantwortet. Den ExpertInnen ist es besonders wichtig, dass auch der kranke Elternteil bzw. wenn möglich beide Eltern in die Beratung eingebunden werden. Besonders dieser Punkt wurde wiederholt angesprochen. Je nach Bedarf können Bezugspersonen miteingebunden werden. Es werden verschiedene Formen der Beratung angeboten. Dies reicht von Einzelgesprächen mit den Kindern bis hin zu Familiengesprächen oder Elterngesprächen.

Mehrmals wurde von den einzelnen InterviewpartnerInnen aufgezeigt, dass sie der Verschwiegenheitspflicht unterliegen und keine Informationen weitergeben. Den Kindern

und Eltern wird dadurch Sicherheit geboten, und sie können sich innerhalb der Beratungsgespräche besser öffnen.

Die Aussagen der ExpertInnen machten deutlich, dass die SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogInnen sehr ähnlich mit den Kindern arbeiten und dieselben Gesichtspunkte als wichtig empfinden. Deshalb stehen bei allen dieselben Aspekte im Fokus der Beratung/Betreuung.

## 8. Ausblick

Nach Beendigung der Ergebnispräsentation beschäftigt sich dieser Abschnitt mit Zukunftsausblick und wie versucht werden kann, dieser Problematik mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Insbesondere für Kinder wäre es bedeutungsvoll, wenn Unterstützungsleistungen, passgenaue Hilfen und Beratungseinrichtungen in Zukunft erweitert bzw. ausgebaut werden. In Österreich gibt es für betroffene Familien und ihre Kinder derzeit keine ausreichenden Möglichkeiten an Beratungs- und Betreuungsinstitutionen. Insgesamt müsste es mehr Einrichtungen geben, die sich speziell mit Kindern psychisch kranker Eltern beschäftigen. Das in Kapitel 6.5. vorgestellte Projekt „KIPKE“ ist ein Anfang in eine positive Richtung. Zum aktuellen Zeitpunkt wird dieses Projekt jedoch nur in Niederösterreich umgesetzt. Ein wichtiger Schritt wäre es allerdings zu versuchen, dieses Projekt auch flächendeckend in ganz Österreich zu implementieren. Laut Einschätzungen der ExpertInnen ist der Bedarf an zusätzlichen Unterstützungseinrichtungen durchaus gegeben. Damit dieses Vorhaben umgesetzt werden kann, muss aber noch mehr Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsarbeit betrieben werden. Die problematische Situation von Kindern muss vermehrt in der Gesellschaft thematisiert werden, um die Aufmerksamkeit zu erhöhen. Weiters braucht es dringend eine Aufklärung bezüglich der vorherrschenden Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen. Nur dadurch kann versucht werden, das Tabu-Thema in unserer Bevölkerung zu verringern bzw. abzubauen. Psychisch Kranke brauchen Unterstützung für sich und auch bei der Erziehung ihrer Kinder und keine zusätzlichen Vorwürfe von außen.

Wie bereits kurz erwähnt muss ausnahmslos mehr Bewusstseinsarbeit geleistet werden. In erster Linie in Institutionen, die mit Kindern zusammenarbeiten, sprich Horte, Kindergärten oder Schulen. PädagogInnen, BetreuerInnen oder LehrerInnen merken in der Regel sehr schnell Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und deshalb brauchen sie meiner Einschätzung nach eine gezielte Aufklärung und auch Fortbildungen, wie sie sich beispielsweise bei Auffälligkeiten richtig verhalten, um eine zusätzliche Unterstützung für das Kind darstellen zu können. Eltern müssen jedoch einsehen, dass es für Kinder wichtig ist, wenn die einzelnen PädagogInnen über die familiäre Situation Bescheid wissen. Laut den Befragten erklären Eltern dem Lehrpersonal nur ganz selten ihre Krankheit und die Lage zuhause. Die ExpertInnen sind der Meinung, dass insbesondere in Schulen gezielt Work-

shops und Seminare veranstaltet werden sollen um explizit auch Kinder bzw. Jugendliche anzusprechen. Dadurch kann bereits Präventivarbeit geleistet werden.

Außerdem soll in Krankenhäusern oder Erwachsenenpsychiatrien dieses Thema verstärkt publik gemacht werden, da es generell zu wenige Informationen gibt und es mehr Aufklärungsarbeit braucht.

Für eine gezielte und hilfreiche Unterstützung bedarf es einer Aufstockung der Beratungs- und Betreuungsstunden für jedes einzelne Kind bzw. für die gesamte Familie. Dies war auch ein Wunsch, den die ExpertInnen vermehrt geäußert haben. Nur dadurch kann eine effiziente Unterstützung und Verbesserung der familiären Situation gewährleistet werden. Es werden aber noch weitere Ressourcen benötigt. Einerseits braucht es natürlich mehr finanzielle Mittel, um bestmögliche Hilfe anbieten zu können, und andererseits sind zeitliche Ressourcen wesentlich.

Bei Recherchen bezüglich unterstützender Hilfsleistungen bzw. Institutionen wurde sichtbar, dass diese häufig in größeren Städten angesiedelt sind. Dies erschwert natürlich den Zugang für psychisch Kranke und ihre Kinder aus dem ländlichen Bereich. Deshalb wäre es meiner Meinung nach wichtig, sich hierbei weiterzuentwickeln und mögliche Standorte zu erweitern.

#### **MÖGLICHE WEITERFÜHRUNG DER FORSCHUNG**

Ich habe mir darüber Gedanken gemacht, wie diese Untersuchung noch erweitert werden könnte. In der vorliegenden Arbeit wurden die Meinungen und Erfahrungen der SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogInnen untersucht. Um dies noch zu vertiefen, würde die Möglichkeit bestehen, konkret Kinder und Jugendliche zu dieser Thematik zu befragen, wie sie das Leben mit einem kranken Elternteil erleben und welche Schwierigkeiten und Probleme sich daraus ergeben. Diese Ergebnisse könnten miteinander verglichen bzw. Unterschiede und Gemeinsamkeiten herausgearbeitet werden.

Die Befragung von betroffenen Kindern wird jedoch aufgrund der intimen und persönlichen Einblicke wesentlich schwieriger sein. Die Vergleichswerte, die sich dadurch ergeben würden, wären allerdings sehr interessant.

## 9. Fazit

Recherchen zu dieser Thematik konnten aufzeigen, dass es mittlerweile viele Studien gibt, die sich speziell mit Kindern psychisch kranker Eltern beschäftigen. Oftmals wird aber das Hauptaugenmerk auf die Behandlung des kranken Elternteils gelegt und Kinder als wichtige Angehörige werden übersehen. Die elterliche Krankheit ist, wie bereits ersichtlich wurde, insbesondere für Kinder mit Problemen und Schwierigkeiten verbunden. Dementsprechend war es das Ziel dieser vorliegenden Arbeit, Bedürfnisse und Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern zu erheben. Überdies ist die weitere Beratung und Betreuung herausgearbeitet worden. Hierbei muss festgehalten werden, dass es eine deutliche Übereinstimmung zwischen den Aussagen der ExpertInnen und der verwendeten Fachliteratur gibt.

Im Theorieteil wurden Blickpunkte aufgezeigt, die für eine kindliche Entwicklung förderlich bzw. belastend sind. Speziell die problematische Lebenssituation, welche durch Parentifizierung, Tabuisierung und das Vorhandensein von Ängsten gekennzeichnet ist, konnte anhand der ausgewerteten Ergebnisse bestätigt werden. Denn auch die befragten ExpertInnen nehmen dies ganz konkret in ihrer Arbeit mit den Kindern wahr.

Kinder von psychisch kranken Eltern geraten zunehmend in das Blickfeld von professionellen HelferInnen. Sie erhalten aber immer noch nicht die Aufmerksamkeit, die sie erhalten sollten. Es bedarf deshalb einer Sensibilisierung für die Bedürfnisse und Belange von Kindern. Um eine ausreichende Förderung der kindlichen Entwicklung gewährleisten zu können, müssen erforderliche Unterstützungssysteme bereits frühzeitig eingesetzt werden. Für Familien und ihre Kinder wäre es wünschenswert, wenn präventive und niederschwellige Unterstützungsangebote ausgebaut werden. Gezielt eingesetzte Beratung und Betreuung ist deshalb notwendig, weil sich durch die elterliche Erkrankung und die damit einhergehenden Probleme für Kinder Belastungen und Risiken ergeben.

Bereits in der Einleitung wurden die nachstehenden Fragen gestellt, die mit Hilfe von Fachliteratur und den Ergebnissen der empirischen Untersuchung beantwortet wurden und nochmals kurz zusammengefasst werden.

Welche Beeinträchtigungen erleben Kinder durch die Erkrankung der Eltern?

In erster Linie ist die weitere Entwicklung der Kinder maßgeblich beeinträchtigt. Dies ist einerseits dadurch bedingt, dass sie Verantwortungen übernehmen, die nicht altersadäquat

sind, und andererseits ihre Bedürfnisse hinter die des erkrankten Elternteils stellen. Zusätzlich gibt es in Familien ein Kommunikationsverbot, und Kindern wird oftmals nicht die Erlaubnis erteilt, mit außenstehenden Personen über ihre Lebenssituation zu sprechen. Aufgrund der elterlichen Erkrankung können Kinder von Gleichaltrigen diskriminiert werden und erleben diesbezüglich Abwertungen und Ausgrenzungen.

Inwieweit ist die kindliche Entwicklung gefährdet?

Begründet durch die psychische Störung und die damit verbundenen Probleme kann die weitere Entwicklung des Kindes negativ beeinflusst werden. Sind nur unzureichende Schutzfaktoren für das Kind gegeben bzw. vorhanden, ist die Entwicklung durchaus gefährdet. Weiters ist für Kinder das eigene Erkrankungsrisiko deutlich erhöht.

Wie kann ihnen und ihrer Familie geholfen werden?

Für betroffene Familien wäre es besonders wichtig, wenn das Tabu innerhalb der Gesellschaft abgebaut und Vorurteile bereinigt werden könnten. Dadurch bestünde die Möglichkeit, dass Schamgefühle verringert werden und die Annahme von Unterstützungsleistungen leichter fallen würde. Weiters hilft ihnen ein Ausbau der professionellen Hilfesysteme. Durch vermehrte Öffentlichkeits- und Bewusstseinsarbeit kann eine bessere Aufklärung erreicht werden, welche für die einzelnen Familien eine Unterstützung darstellt.

Abschließend muss jedoch noch angemerkt werden, dass es durchaus Familien mit einem psychisch kranken Elternteil gibt, in denen der Zusammenhalt sehr stark ist und Kinder bestmöglich geschützt werden.

Wünschenswert wäre es, wenn diese Masterarbeit dazu beitragen könnte, dass Kinder von psychisch kranken Eltern nicht länger als die „kleinen vergessenen Angehörigen“ gesehen werden.



## Literaturverzeichnis

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (o.J.): Erkrankungen von A-Z. In: <http://www.seelischegesundheit.net/themen/psychische-erkrankungen/erkrankungen-von-a-z> [21.06.2015].

Alanen, Yrjö O. (2001): Schizophrenie. Entstehung, Erscheinungsformen und die bedürfnisangepasste Behandlung. Stuttgart: J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger.

Albermann, Kurt (2008): „Psychische Erkrankung der Eltern: Was heisst das für die Kinder?“ In: ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur (Hrsg.): synapse – Forum für die Psychiatrieregion Winterthur, 2/08, S. 1-6.

Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (2014): Interviews mit Experten – Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS Fachmedien.

Brockmann, Eva/Lenz, Albert (2010): „Beziehung gestalten – eine Voraussetzung für wirksame interinstitutionelle Kooperation bei Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern“. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 59, 9, S. 687-703.

Deneke, Christiane (2005): Misshandlung und Vernachlässigung durch psychisch kranke Eltern. In: Deegener, Günther/Körner, Wilhelm (Hrsg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung – ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 141-154.

Flick, Uwe (2002): Qualitative Sozialforschung – eine Einführung. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Franz, Michael (2008): Welche Hilfen sind sinnvoll und wie lassen sich die Hilfen für eine Familie verbinden? In: Mattejat, Fritz/Lisofsky, Beate (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: BALANCE buch + medien verlag, S. 106-113.

- Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Rönnau-Böse, Maike (2014): Resilienz. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Gehrmann, Jochen/Sumargo, Sabrina (2009): „Kinder psychisch kranker Eltern“. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 4, S. 383-393.
- Geis, Artur (o.J.): Folge 18: Kinder psychisch kranker Eltern. In: [http://www.kjfaugsburg.de/web/kjf\\_augsburg.nsf/id/pa\\_kjff8x8jux.html](http://www.kjfaugsburg.de/web/kjf_augsburg.nsf/id/pa_kjff8x8jux.html) [23.06.2015].
- Geislinger, Rosa/Grunze, Heinz (2005): Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Hamburg: ConferencePoint Verlag.
- Griepenstroh, Julia/Heitmann, Dieter/Hermeling, Sonja (2012): Kinder psychisch kranker Eltern: Lebenssituation und Entwicklungsrisiken. In: Bauer, Ulrich/Reinisch, Anke/Schmuhl, Miriam (Hrsg.): Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Bedarf, Koordination, Praxiserfahrung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien, S. 23-46.
- Griepenstroh, Julia/Schmuhl, Miriam (2010): Zur Lebenssituation von Kindern psychisch erkrankter Eltern. In: [https://www.uni-due.de/imperia/md/content/biwi/bauer/ag-sofo\\_kanu\\_artikel\\_griepenstroh-schmuhl\\_lebenssituation-kinder-psychisch-erkrankter-eltern.pdf](https://www.uni-due.de/imperia/md/content/biwi/bauer/ag-sofo_kanu_artikel_griepenstroh-schmuhl_lebenssituation-kinder-psychisch-erkrankter-eltern.pdf) [17.11.2014].
- Habers, Ingeborg/Stelling, Kirsten/Jungbauer, Johannes (2010): Zwischen Autonomie und Verantwortung: Jugendliche mit psychisch kranken Eltern. In: Jungbauer, Johannes (Hrsg.): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Perspektiven für die Soziale Arbeit. Aachen: Verlag Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hills, S. 131-160.
- Heimgartner, Arno (2012): Computergestützte qualitative Inhaltsanalyse: Atlas.ti und MAXQDA im Match. In: Stigler, Hubert/Reicher, Hannelore (Hrsg.): Praxisbuch Empirische Sozialforschung in den Erziehungs- und Bildungswissenschaften. Innsbruck: Studienverlag, S. 304-313.

- Hipp, Michael/Schatte, Dirk/Altrogge, Birgit (2010): „Multiinstitutionelles Kooperationsprojekt im Kreis Mettmann: Präventive Hilfen für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder“. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 59, 9, S. 716-730.
- Hopf, Christel (2010): Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Flick, Uwe/von Kardorff, Ernst/Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 349-360.
- Hussy, Walter/Schreiner, Margit/Echterhoff, Gerald (2010): Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor. Berlin: Springer-Verlag.
- JoJo-Kindheit im Schatten (o.J.): Hilfe für Kinder psychisch erkrankter Eltern und ihre Familien. In: [http://www.jojo.or.at/Home.jojo\\_kindheitimschatten.0.html](http://www.jojo.or.at/Home.jojo_kindheitimschatten.0.html) [07.04.2015].
- Jungbauer, Johannes (2010): Wenn Eltern psychisch krank sind – Belastungen, Entwicklungsrisiken, Hilfebedarf. In: Jungbauer, Johannes (Hrsg.): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Perspektiven für die Soziale Arbeit. Aachen: Verlag Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hills, S. 14-46.
- Kaiser, Robert (2014): Qualitative Experteninterviews – Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung. Wiesbaden: Springer VS Fachmedien.
- Klein, Stephan/Jungbauer, Johannes (2010): Kindeswohlgefährdung und Sorgerechtsentzug in Familien mit psychisch kranken Eltern: Eine perspektivenvergleichende Studie. In: Jungbauer, Johannes (Hrsg.): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Perspektiven für die Soziale Arbeit. Aachen: Verlag Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hills, S. 161-200.
- Kinzel-Senkbeil, Jutta/Jungbauer, Johannes (2010): Familien mit schizophren erkrankten Eltern – Sichtweise von Betroffenen, Partnern und Kindern. In: Jungbauer, Johannes (Hrsg.): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Perspektiven für die Soziale Arbeit. Aachen: Verlag Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hills, S. 47-93.

- Kinder- und Jugendanwaltschaft (kija) Salzburg (2012): Mama geht`s heut` nicht so gut. Wenn Eltern psychisch krank sind. In: <http://www.kija-sbg.at/uploads/media/Mama-gehts-heut-nicht-so-gut.pdf> [17.11.2014].
- Kölch, Michael (2009): Versorgung von Kindern aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern. Expertise im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung. In: [http://www.dji.de/fileadmin/user\\_upload/bibs/13\\_KJB\\_Expertise\\_Koelch\\_Kinder\\_psy\\_ch\\_krank\\_Eltern.pdf](http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/13_KJB_Expertise_Koelch_Kinder_psy_ch_krank_Eltern.pdf) [17.11.2014].
- Kowal, Sabine/O`Connell, Daniel C. (2010): Zur Transkription von Gesprächen. In: Flick, Uwe/von Kardorff, Ernst/Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 437-447.
- Kruse, Jan (2014): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kunz-Hassan, Sybille (2012): Die Bedeutung ehrenamtlicher Patenschaften für die Unterstützung von Kindern psychisch erkrankter Elter – Die Perspektive des Kinderschutzbundes. In: Bauer, Ulrich/Reinisch, Anke/Schmuhl, Miriam (Hrsg.): Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Bedarf, Koordination, Praxiserfahrungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien, S. 103-117.
- Lägel, Ines (2008): Kinder stark machen. Die Arbeit der Beratungsstelle AURYN. In: Matzejat, Fritz/Lisofsky, Beate (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: BALANCE buch + medien verlag, S. 181-188.
- Lamnek, Siegfried (2010): Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz Verlag.
- Lenz, Albert (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH und Co. KG.
- Lenz, Albert (2008): Kinder und ihre Familien gezielt unterstützen. In: Matzejat, Fritz/Lisofsky, Beate (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: BALANCE buch + medien verlag, S. 96-106.

- Lenz, Albert (2009): Diagnostik und Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. In: PSZ – Psychosoziale Zentren GmbH (Hrsg.): „Jetzt bin ich dran...“ Kinder psychisch kranker Eltern – Tagungsdokumentation. In: <http://www.psz.co.at/fileadmin/Bibliothek/Aktuelles/KIPKE/Tagungsdokumentation2-10-2009.pdf>, S. 83-105, [20.04.2015].
- Lenz, Albert (2009): Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Resilienzressourcen durch Angebote der Jugendhilfe. Expertise im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung. In: [http://www.dji.de/fileadmin/user\\_upload/bibs/13\\_KJB-Expertise\\_Lenz\\_suchtkranke\\_Eltern.pdf](http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/13_KJB-Expertise_Lenz_suchtkranke_Eltern.pdf) [17.11.2014].
- Lenz, Albert (2014): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lenz, Albert/Kuhn, Juliane (2011): Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In: Wiegand-Grefe, Silke/Mattejat, Fritz/Lenz, Albert (Hrsg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 269-298.
- Mattejat, Fritz (2008): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen und was zu tun ist. In: Mattejat, Fritz/Lisofsky, Beate (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: BALANCE buch + medien verlag, S. 68-95.
- Mattejat, Fritz/Remschmidt, Helmut (2008): „Kinder psychisch kranker Eltern“. In: Deutsches Ärzteblatt, 7, S. 312-317.
- Mattejat, Fritz/Lenz, Albert/Wiegand-Grefe, Silke (2012): Kinder psychisch kranker Eltern – Eine Einführung in die Thematik. In: Wiegand-Grefe, Silke/Mattejat, Fritz/Lenz, Albert (Hrsg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern Klinik und Forschung. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht, S. 13-24.
- Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz Verlag.

Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, Uwe/von Kardorff, Ernst/Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 468-485.

Müller, Brigitte (2008): Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil: Systemische Perspektiven. In: Lenz, Albert/Jungbauer, Johannes (Hrsg.): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. Tübingen: dgvt Verlag, S. 137-155.

Plass, Angela/Wiegand-Grefe, Silke (2012): Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. Weinheim: Beltz Verlag.

PSZ – Psychosoziale Zentren GmbH (o.J. a): Informationen zum Projekt – Beratung von Kindern mit psychisch kranken Eltern(teilen). In: [http://www.psz.co.at/fileadmin/Bibliothek/Kipke/Informationblatt\\_KIPKE.pdf](http://www.psz.co.at/fileadmin/Bibliothek/Kipke/Informationblatt_KIPKE.pdf) [20.04.2015].

PSZ – Psychosoziale Zentren GmbH (o.J. b): KIPKE - Beratung von Kindern mit psychisch kranken Eltern(teilen). In: <http://www.psz.co.at/angebote/kinder-psychisch-kranker-eltern-kipke/> [20.04.2015].

Reicher, Hannelore (2012): Planung und Durchführung – Gebrauchsanweisung für den „richtigen“ Methodeneinsatz. In: Stigler, Hubert/Reicher, Hannelore (Hrsg.): Praxisbuch Empirische Sozialforschung in den Erziehungs- und Bildungswissenschaften. Innsbruck: Studienverlag, S. 91-110.

Reininghaus, Kathrin/Jungbauer, Johannes (2010): Entwicklungsstörungen bei Kindern psychisch kranker Eltern: Ergebnisse einer klinischen Einzelfallstudie. In: Jungbauer, Johannes (Hrsg.): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Perspektiven für die Soziale Arbeit. Aachen: Verlag Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hills, S. 94-130.

Schaub, Annette/Frank, Reiner (2010): „Sprechstunde für Kinder psychisch kranker Eltern“. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 9, S. 858-867.

- Schreier, Maren/Wagenblass, Sabine (2013): Anwendung der Methode der Aktenanalyse, der teilnehmenden Beobachtung und der Inhaltsanalyse nach Mayring und wichtige Ergebnisse der qualitativen Evaluation des Bremer Patenschaftsmodells. In: Wiegand-Grefe, Silke/Wagenblass, Sabine (Hrsg.): Qualitative Forschungen in Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Weinheim: Beltz Juventa Verlag, S. 15-40.
- Seckinger, Mike (2012): Kinderschutz und die psychische Erkrankung eines Elternteils. In: Thole, Werner/Retkowski, Alexandra/Schäuble, Barbara (Hrsg.): Sorgende Arrangements. Kinderschutz zwischen Organisation und Familie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien, S. 83-93.
- Sherman, Michelle D. (2007): „Reaching Out to Children of Parents With Mental Illness“. In: Social Work Today, Vol. 7, No. 5, P. 26.
- Staets, Susanne (2008): Vorbeugen ist wichtig. KIPKEL – ein ambulantes Präventionsprojekt. In: Matzejat, Fritz/Lisofsky, Beate (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: BALANCE buch + medien verlag, S. 164-181.
- Stelzig-Schöler, Renate/Hasselbring, Laura/Yazdi, Kurosch/Thun-Hohenstein, Leonhard/Stuppäck, Christoph/Aichhorn, Wolfgang (2011): „Häufigkeiten und Risikofaktoren für psychische Auffälligkeiten bei Kindern psychiatrischer Patienten“. In: Neuropsychiatrie, 25, 4, S. 192-198.
- Stemmer-Lück, Magdalena (2009): Verstehen und Behandeln von psychischen Störungen. Psychodynamische Konzepte in der psychosozialen Praxis. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Stigler, Hubert/Felbinger, Günter (2012): Der Interviewleitfaden im qualitativen Interview. In: Stigler, Hubert/Reicher, Hannelore (Hrsg.): Praxisbuch Empirische Sozialforschung in den Erziehung- und Bildungswissenschaften. Innsbruck: Studienverlag, S. 141-146.

- Szylowicki, Alexandra (2006): Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern. In: Schone, Reinhold/Wagenblass, Sabine (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Weinheim: Juventa Verlag, S. 103-117.
- Trepte, Horst-Volkmar (2008): Patenschaften und Psychoedukation für Kinder psychisch kranker Eltern. In: Lenz, Albert/Jungbauer, Johannes (Hrsg.): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. Tübingen: dgvt Verlag, S. 81-90.
- Vasak, Gabriele (2012): „Fatale Geheimnisse“. In: „Gesund+Leben in NÖ“. Das Gesundheitsmagazin des Landes NÖ, 06, S. 28-30.
- VERBI Software (2014): MAXQDA. The Art of Data Analysis – Einführung. In: [http://www.maxqda.de/download/manuals/MAX11\\_intro\\_ger.pdf](http://www.maxqda.de/download/manuals/MAX11_intro_ger.pdf) [01.06.2015].
- Wagenblass, Sabine (2001): „Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern“. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50, 7, S. 513-524.
- Wagenblass, Sabine (2012): Herausforderungen für den Kinderschutz in psychisch belasteten Familien. In: Thole, Werner/Retkowski, Alexandra/Schäuble, Barbara (Hrsg.): Sorgende Arrangements. Kinderschutz zwischen Organisation und Familie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien, S. 71-82.
- Wiegand-Grefe, Silke (2012): „Psychosoziale Folgen und Präventionsbedarf. Belastungen von Kindern psychisch kranker Eltern“. In: pädiatrie hautnah, 24, 3, S. 202-207.
- Wittchen, Hans-Ulrich/Jacobi, Frank (2012): Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? In: [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs\\_w1/Symposium/degs\\_psychische\\_stoerungen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_psychische_stoerungen.pdf?__blob=publicationFile) [22.05.2015].



- Wittchen, Hans-Ulrich/Jacobi, Frank/Klose, Michael/Ryl, Livia (2010): Depressive Erkrankungen. In: Robert Koch-Institut: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. H.51. S. 1-47.
- Wunderer, Susanne (2008): Kindergerechte Aufklärung bei psychischer Erkrankung eines Elternteils. In: Matzejat, Fritz/Lisofsky, Beate (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: BALANCE buch + medien verlag, S. 123-128.
- Wustmann, Corina (2011): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Berlin: Cornelsen Verlag Scriptor.
- Ziegenhain, Ute/Deneke, Christiane (2014): Entwicklungspsychopathologische Voraussetzungen der Erlebens- und Verarbeitungsweisen von Kindern psychisch kranker Eltern. In: Klöck, Michael/Ziegenhain, Ute/Fegert, Jürgen M. (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderung für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung. Weinheim: Beltz Verlag, S. 14-39.