Johannes Jungbauer, Jutta Kinzel-Senkbeil, Juliane Kuhn & Albert Lenz

Familien mit einem schizophren erkrankten Elternteil: Ergebnisse einer fallrekonstruktiven Familienstudie

Families with parents suffering from schizophrenia: Results from a case-reconstructive family study

Zusammenfassung:
Fragestellung: In diesem Beitrag werden Ergebnisse einer fallrekonstruktiven Studie vorgestellt, bei der Familien mit einem schizophren erkrankten Elternteil befragt wurden. Dabei sollte untersucht wurden, wie sich die Schizophrenie auf die Familienmitglieder, ihren Alltag und ihre Beziehungen auswirkt. *Methodik*: Die Auswertung erfolgte sowohl fall- als auch themenbezogen, wobei inhaltsanalytische und fallrekonstruktive Verfahren eingesetzt wurden. *Ergebnisse*: Trotz der Vielfalt der familiären Konstellationen und Belastungslagen zeigte sich eine Reihe charakteristischer Muster. Kinder zu haben bedeutet für erkrankte Eltern, sowohl Ressourcen als auch Belastungen zu haben. Paar- und Familienbeziehungen sind oft stark beeinträchtigt und weisen ein hohes Risiko für Beziehungsabbrüche auf. Zugleich wird im Familienalltag eine Normalität jenseits der Erkrankung angestrebt und erlebt. Normalisierungs- und Vermeidungsstrategien können dazu beitragen, dass die Erkrankung zu einem Tabuthema wird. Viele Kinder sind daher unzureichend über die elterliche Schizophrenie informiert. Sie sind in dieser Situation oft überfordert und entwickeln ihrerseits Verhaltensauffälligkeiten, Ängste und Depressionen. *Diskussion*: Die Schizophrenie kann insofern als „Familienerkrankung" gedeutet werden, als sie das gesamte Familiensystem beeinflusst, belastet und gefährdet. Aus diesem Grund sollten verstärkt familienorientierte Präventionsangebote bereitgestellt werden, wobei Gesundheitswesen und Jugendhilfe eng miteinander kooperieren sollten.

Abstract:
Objective: This study aims at investigating the impact of a parental schizophrenia on the family members, their everyday life and their relations. For this purpose, we conduct qualitative interviews with mothers and fathers suffering from schizophrenia, their spouses and children. *Methods*: Interview data is analyzed using case-reconstructive as well as content analysis methods. *Results*: Although results illustrate a great variety of family constellations and burdening circumstances, there are a number of typical patterns: Having children is perceived by affected parents in an ambiguous manner, i.e. as a resource as well as a distress. Relationships of couples and families are often impaired, resulting in a high risk of abandonment of relationships. At the same time, family members strive for normality in everyday life. Normalisation and avoidance strategies can bring about that the schizophrenia becomes a taboo issue within the family. Thus, with regard to their parent's illness, many of the children are insufficiently informed. Often, the children are overstrained by this situation and, in turn, may develop behaviour disorders, anxiety, or depression. *Discussion*: In sum, schizophrenia can be considered as a "family disease" as it strongly affects the whole family system. Hence, it is necessary to provide preventive help offers for affected parents, their spouses and children. For delivering support, youth welfare and public health services should cooperate closely.

Zeitschrift für Familienforschung, 23. Jahrg., 2011, Heft 1 – Journal of Family Research
https://doi.org/10.20377/jfr-234

Schlagwörter: Schizophrenie, psychische Erkrankung, Familie, Elternschaft, Kinder

Key words: schizophrenia, family, parenthood, children, mental illness

1. Einleitung

Traditionell hat wohl kaum eine psychische Erkrankung das Interesse der Familienforschung so sehr auf sich gezogen wie die Schizophrenie. Zusammenhänge zwischen Familiendynamik und Erkrankungsgenese waren seit den 1950er Jahren ein wichtiger sozialwissenschaftlicher Forschungsgegenstand. Das Verhalten der Familienmitglieder, insbesondere der Mutter, wurde als unmittelbare Ursache für die Entstehung der Schizophrenie gesehen. Vor allem das Konzept vom „double bind" (Bateson et al. 1969), das paradoxe Kommunikationsprozesse in der Familie als verursachenden Faktor postulierte, ist weit über die psychiatrische Forschung hinaus bekannt geworden. Heute wird die linear-kausale Annahme, dass dysfunktionales Elternverhalten eine Schizophrenie auslösen kann, als überholt angesehen. Als gesichert gilt indes, dass das Familienklima bzw. die Art und Weise, wie Familienmitglieder miteinander umgehen („expressed emotion"), für den Verlauf einer schizophrenen Erkrankung sehr bedeutsam ist (Kuipers et al. 2006).

Auch die Auswirkungen einer schizophrenen Erkrankung auf die weitere soziale und familiäre Entwicklung der Betroffenen sind mittlerweile gut untersucht. So verfügen schizophrene Patienten meist über deutlich weniger soziale Kontakte und tragfähige Beziehungen als nicht-erkrankte Personen – langfristig bleibt die Herkunftsfamilie oft der einzige wichtige Sozialkontakt jenseits des psychiatrischen Versorgungssystems (Angermeyer 1995). Viele Betroffenen bleiben dauerhaft auf die Hilfe und Unterstützung ihrer Eltern angewiesen (Jungbauer et al. 2004). Im Hinblick auf Partnerschaft und Familie haben schizophren erkrankte Menschen schlechtere Chancen, einen Partner zu finden, eine stabile Paarbeziehung aufrecht zu erhalten und Kinder zu haben (Häfner 2002). Jüngere Betroffene bewerten eine mögliche Elternschaft oft als schwierig oder unrealistisch. Vor allem junge Frauen wünschen sich „prinzipiell" Kinder, fürchten aber zugleich, der elterlichen Verantwortung nicht gewachsen zu sein (Stelling et al. 2009; Krumm/Becker 2006). Aufgrund der bislang vorliegenden Erkenntnisse ist indes davon auszugehen, dass ein relativ kleiner, aber durchaus bedeutsamer Anteil unter den schizophren erkrankten Patienten Kinder hat, wenn auch seltener als Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen. In neueren Publikationen wird der Anteil der Eltern bei stationär behandelten schizophrenen Patienten zwischen 16% und 32% beziffert, wobei erkrankte Frauen etwa drei- bis vierfach häufiger Kinder haben als erkrankte Männer (vgl. Craig/Bromet 2004; Grube/Dorn 2007; Schmid et al. 2008).

Aus der sozialpsychiatrischen Angehörigenforschung wissen wir, dass das Zusammenleben mit einem schizophren erkrankten Menschen erhebliche Einschränkungen und Probleme mit sich bringt. So erleben Partner die Schizophrenie nicht nur als schwere emotionale und alltagspraktische Belastung, sondern vielfach auch als existenzielle Bedrohung der Paarbeziehung und des gemeinsamen Lebensentwurfs (Jungbauer et al. 2004). Für die Kinder der Betroffenen entstehen ebenfalls gravierende Belastungen. Aufgrund elterlicher Defizite der Beziehungsgestaltung und der Erziehungskompetenz erleben viele Kinder Desorientierung, Ängste, Scham- und Schuldgefühle sowie mangelnde Aufmerksamkeit. Oft müssen sie frühzeitig unangemessene Verantwortung in der Familie

übernehmen („Parentifizierung", vgl. Lenz 2005). Die erlebten Stressbelastungen führen auf Dauer dazu, dass bei betroffenen Kindern das Risiko, selbst Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Störungen zu entwickeln, stark erhöht ist (Mattejat/Remschmid 2008).

Insgesamt zeigen die vorliegenden Forschungsbefunde, dass eine schizophrene Erkrankung das gesamte Familiensystem beeinträchtigt. Doch obwohl die Belastungen und Entwicklungsprobleme der einzelnen Familienmitglieder nur im familiären Gesamtkontext umfassend verstehbar sind, sind die Fragestellungen und Designs der Forschung bislang weitgehend individuumsbezogen geblieben: In der Regel wurden entweder Patienten oder aber Familienangehörige als Studienteilnehmer befragt; „echte" Familienstudien, in denen ganze Familien als Untersuchungseinheiten beforscht wurden, gibt es leider kaum. Vor diesem Hintergrund kann es als Forschungsdesiderat gelten, die bisher dominierende individuumsbezogene Perspektive der Forschung durch geeignete familienbezogene Forschungsdesigns zu ergänzen, die stärker das gesamte Familiensystem in den Blick nehmen (Jungbauer/Lenz 2008). Mit der in dem vorliegenden Beitrag dargestellten Familienstudie sollte daher ein Beitrag zu einer „ganzheitlicheren" Forschungsperspektive geleistet werden.

2. Methode

2.1 Rahmenstudie und Fragestellungen

Die vorliegende Untersuchung wurde im Rahmen des von der DFG geförderten Forschungsprojekts „Schizophrenie und Elternschaft" durchgeführt. In dieser Studie wurden neben epidemiologischen Aspekten die Belastungsverarbeitung, die Lebenszufriedenheit und der Hilfebedarf der Familienmitglieder untersucht, ferner die psychischen Belastungsfolgen bei den Kindern. Dabei wurde eine Kombination quantitativer und qualitativer Verfahren (Fragebogeninstrumente, Interviews) eingesetzt. Einige Publikationen zu quantitativ-statistischen Aspekten (Elternschaftsrate, Lebenszufriedenheit, Partnerschaftsqualität, Übereinstimmungsvalidität der eingesetzten Verfahren) wurden bereits vorgelegt (vgl. Hinz et al. 2010; Jungbauer et al. 2010a, 2010b; Kuhn et al. 2010). Bei der hier dargestellten Untersuchung handelt es sich um eine qualitative Teilstudie des Forschungsprojekts. Ziel war es, die subjektiven Perspektiven von schizophren bzw. schizoaffektiv erkrankten Eltern, ihren (Ehe-)Partnern und Kindern sowie deren Zusammenwirken (z.B. in Form von kollektiven Deutungsmustern) zu untersuchen. Dabei sollte das Alltags- und Erkrankungserleben der Familienmitglieder mit Hilfe qualitativ-interpretativer Methoden rekonstruiert werden. Vor Beginn der Befragung wurde eine Unbedenklichkeitserklärung der Ethikkommissionen der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen sowie der Universität Leipzig eingeholt. Ferner wurde den Studienteilnehmern die strikte Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zugesichert.

2.2 Studienteilnehmer und Befragungsmodalitäten

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer erfolgte in stationären und ambulanten psychiatrischen Versorgungseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen, Berlin, Baden-Württemberg,

Schleswig-Holstein und Sachsen. Patienten mit der ICD-10-Diagnose[1] F20 bzw. F25 (Schizophrenie bzw. schizoaffektive Störung) und eigenen minderjährigen Kindern wurden persönlich über die Befragung informiert und um ihre Studienteilnahme gebeten. Mit der Zustimmung der Patienten wurden auch deren (Ehe-)Partner und Kinder kontaktiert, um diese ebenfalls für die Teilnahme an der Studie zu gewinnen. Unter der Bedingung, dass die Eltern sowie die Kinder damit einverstanden bzw. dazu bereit waren, wurden Interviewtermine mit allen Familienmitgliedern vereinbart. Insgesamt konnten 57 schizophren erkrankte Eltern, 20 Ehe- bzw. Lebenspartner, 6 Ex-Partner sowie 38 Kinder für die Teilnahme an der Familienstudie gewonnen werden.

Die Befragung wurde von einer klinisch erfahrenen Diplompsychologin (wissenschaftliche Mitarbeiterin des Forschungsprojekts) in der behandelnden Einrichtung oder im Rahmen von Hausbesuchen durchgeführt. Entsprechend der Fragestellungen des Rahmenprojekts umfasste der Interviewkontakt neben dem Ausfüllen von standardisierten Fragebögen (u.a. zu möglichen Verhaltensauffälligkeiten der Kinder, Partnerschaft und Lebensqualität) eine ausführliche mündliche Befragung im Sinne des problemzentriertes Interviews (Witzel 1985). Der dabei genutzte Interviewleitfaden beinhaltete Fragen zur psychischen Erkrankung, zu den Sozial- und Familienbeziehungen, zum Alltag bzw. zum Kontakt mit den Kindern, zu etwaigen Problemen sowie zum elterlichen Unterstützungsbedarf. Darüber hinaus hatte die Interviewerin die Möglichkeit, individuelle „ad-hoc-Fragen“ zu formulieren. Diese dienten der Vertiefung weiterer für die Fragestellung relevanter Themen, die im Verlauf des Interviews auftauchten. Den Abschluss des Interviews bildeten einige Fragen zum Verlauf des Gesprächs und zu dadurch möglicherweise ausgelösten Emotionen, auf die seitens der Interviewerin adäquat einzugehen war. Sämtliche Interviews wurden mit einem digitalen Voice Recorder aufgezeichnet und vollständig transkribiert. Bei Bedarf bestand auch die Möglichkeit, die Befragungen auf mehrere kürzere Termine zu verteilen.

Sofern die Eltern sowie die Kinder selbst damit einverstanden waren, wurde mit den Kindern zusätzlich ein diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter durchgeführt („Kinder-DIPS“, vgl. Unnewehr et al 1998). Dabei wurden die für eine Diagnosestellung nach der ICD-10 relevanten Symptome erfragt, ferner die auslösenden und modulierten Faktoren sowie die durch die Störung bedingte Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen.

2.3 Fallauswahl und Auswertung

Die Auswahl der Familien (= Fälle) für die qualitative Analyse erfolgte in Anlehnung an das Theoretische Sampling im Sinne der *Grounded Theory*. Nach den Empfehlungen von Glaser und Strauss (1998) für theoretisches Sampling innerhalb von bereits vorliegenden Datenpools wurden zunächst sämtliche Fälle gesichtet und anhand der vorliegenden statistischen Daten sowie weiterer Kontextinformationen einer Globalanalyse unterzogen. Anschließend wurden sukzessive Fälle für eine vergleichende Einzelfallanalyse ausgewählt,

1 ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Ausgabe 2006. Dieses Klassifikations- und Verschlüsselungssystem für Diagnosen in der Humanmedizin wird von der Weltgesundheitsorganisation WHO herausgegeben.

wobei das Sampling nach den Kriterien der theoretischen Relevanz und der theoretischen Sättigung bezüglich der Fragestellung erfolgte. Nach diesem Prinzip wurden 15 Familien für eine eingehende Fallanalyse ausgewählt. Die in diesem Beitrag dargestellte Auswertung fußt auf der Datenbasis von insgesamt 42 Interviews mit schizophren erkrankten Müttern und Vätern (n=15), deren Partnern bzw. Ex-Partnern (n=7) sowie Kindern (n=20).

Da die Auswertung der Interviews sowohl fall- als auch themenbezogen erfolgen sollte, wurden zwei unterschiedliche methodische Verfahren eingesetzt:

- Erstens wurden die vorliegenden Transkripte nach dem Prinzip der *zusammenfassenden Inhaltsanalyse* ausgewertet. Ziel dieser qualitativen Analyse war es, das sehr umfangreiche Textmaterial schrittweise zu reduzieren, um die zentralen Inhalte der geführten Interviews herauszufiltern (Mayring 2007). Dazu wurden zunächst fallweise alle inhaltstragenden Äußerungen der interviewten Familienmitglieder entsprechend der Fragestellung markiert und durch präzise Paraphrasen zusammengefasst. Im nächsten Schritt wurden die redundanten Paraphrasen gestrichen, so dass am Ende für jedes Interview Fall eine Reduktion des Textmaterials auf die wesentlichen Inhalte vorlag. Schließlich wurden fallübergreifend alle gleichlautenden Paraphrasen zu inhaltlichen Kategorien zusammengeführt, um die wesentlichen Inhalte der geführten Interviews in einem Kategoriensystem abzubilden.
- Zweitens wurde eine *fallrekonstruktive Auswertung* vorgenommen, bei der Zusammenhänge und Beziehungsmuster im Familiensystem herausgearbeitet werden sollten. Zu diesem Zweck wurden für jede Familie Familienportraits sowie Genogramme erstellt, die die familiäre Lebenssituation im Sinne einer „dichten Beschreibung" abbildeten. Familienportraits, Genogramme, Inhaltsanalysen und weitere Kontextinformationen waren die Grundlage für die sukzessive Formulierung von generalisierenden Strukturhypothesen (vgl. Hildenbrand 2005).

Parallel zu dieser fall- und themenbezogenen Auswertung fand eine regelmäßige „Forschungswerkstatt" statt, in der Projektleiter, Diplomanden und Doktoranden teilnahmen (Mruck/Mey 1998). Dabei wurden die Auswertungsmethodik und die Ergebnisse im Sinne einer kommunikativen Validierung kritisch überprüft und diskutiert. Im folgenden Abschnitt werden die beiden methodischen Stränge der Auswertung zusammengeführt, indem sowohl Familienkonstellationen und Beziehungsmuster der fallrekonstruktiven Analyse als auch die Hauptkategorien der inhaltsanalytisch erarbeiteten Kategoriensysteme dargestellt werden.

3. Ergebnisse

3.1 Die Teilnehmer der Familienstudie

Bei den befragten Familienmitgliedern handelte es sich um 57 schizophren erkrankte Mütter und Väter sowie 26 Ehe- bzw. Lebenspartner, ferner 6 Ex-Partnerinnen und Partner. Außerdem konnten 38 Kinder zwischen 7 und 18 Jahren befragt werden; 31 dieser Kinder (also über 80 Prozent) lebten im gleichen Haushalt mit dem erkrankten Elternteil zusammen. In Tabelle 1 sind die soziodemographischen Merkmale der Studienteilnehmer dargestellt.

Tabelle 1: Soziodemographische Merkmale der Gesamtstichprobe

Erkrankte Eltern	n=57	
Durchschnittsalter (Standardabweichung)	38,3	(SD=7,8)
Altersspanne	19-54	
Geschlecht		
– Männlich	17	
– Weiblich	40	
Erkrankungsdauer (in Jahren)	9,8	(SD=7,8)
Familiensituation		
– allein lebend, keine Partnerschaft	15	
– mit Partner und Kind zusammenlebend	16	
– allein erziehend	19	
– sonstige Lebenssituation (z.B. in Herkunftsfamilie mit Kind; mit Partner und ohne Kind)	7	
Eigene Kinder		
– im gleichen Haushalt lebend	36	
– nicht im gleichen Haushalt lebend (z.B. beim Expartner, Großeltern, Heim, Pflegefamilie)	18	
Partner	n=20	
Durchschnittsalter (Standardabweichung)	40,0	(SD=9,7)
Altersspanne	21-64	
Geschlecht		
– Männlich	13	
– Weiblich	7	
Ex-Partner	n=6	
Durchschnittsalter (Standardabweichung)	37,2	(SD=6,0)
Altersspanne	26-44	
Geschlecht		
– Männlich	2	
– Weiblich	4	
Kinder	n=38	
Durchschnittsalter (Standardabweichung)	12,0	(SD=3,7)
Altersspanne	7-18	
– Männlich	19	
– Weiblich	19	
Zusammenlebend mit erkranktem Elternteil	31	
Nicht zusammenlebend mit erkrankten Elternteil	7	
Alter bei Erkrankungsbeginn	5,21	(SD=5,3)

3.2 Familienkonstellationen

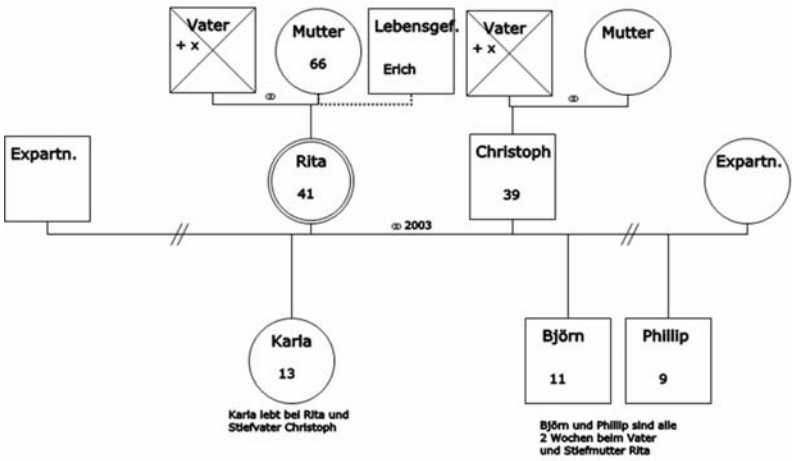
Was die Lebenssituation der Studienteilnehmer angeht, gab es in der befragten Stichprobe drei wesentliche Konstellationen, die als Ausgangspunkt der Fallauswahl und der weiteren Auswertung dienten. Es handelte sich

(1) um Fälle, in denen der erkrankte Elternteil mit seinem Partner und Kind(ern) im gemeinsamen Haushalt zusammenlebte;
(2) um Fälle, in denen der erkrankte Elternteil getrennt von seinem Kind bzw. seinen Kindern lebte; sowie
(3) um alleinerziehende psychisch erkrankte Mütter (alleinerziehende erkrankte Väter kamen in unserer Stichprobe nicht vor).

Um dem Leser einen Einblick in die Pluralität der untersuchten Familienkonstellationen zu geben, seien im Folgenden exemplarisch drei konkrete Fälle skizziert (Eigennamen und Lebensumstände sind anonymisiert).

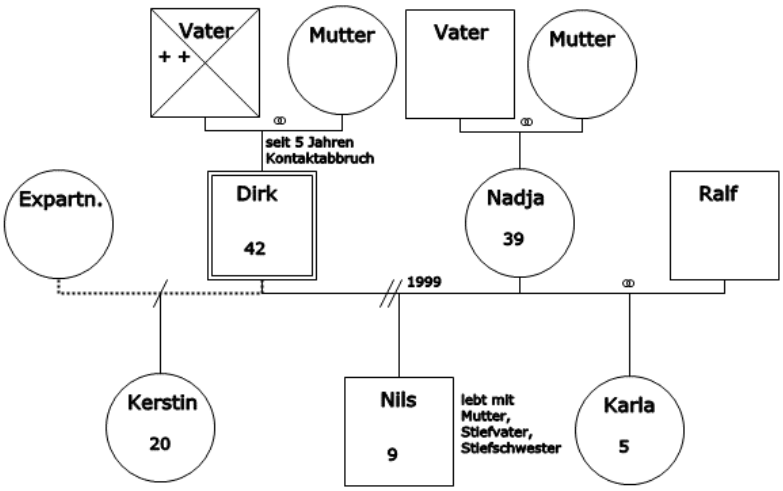
Familienkonstellation 1: Zusammen mit Kindern und Partner. Karla ist dreizehn Jahre alt und lebt mit ihrer psychisch kranken Mutter Rita (41) und ihrem Stiefvater Christoph (39) in einer „Patchworkfamilie". Am Wochenende sind auch ihre Stiefbrüder Björn (11) und Phillip (9) da, Christophs Kinder aus erster Ehe. Als Christoph Rita kennen lernte, hatte sie gerade eine schweren psychotische Krise hinter sich. Er wusste von Anfang an von ihrer psychischen Erkrankung, doch heute meint er, er habe das unterschätzt. Seine Strategie ist es, sich nicht mehr als nötig mit der Krankheit zu beschäftigen, „sonst bekommen wir erst recht Probleme in der Familie". Auch mit den Kindern will er nicht über die Erkrankung der Mutter reden, die seien noch zu klein. Rita hat oft Schlafstörungen und Antriebsprobleme, sie fühlt sich leicht überfordert. Wenn die beiden Jungen im Haus sind, ist alles noch anstrengender für sie, zumal ihr Mann dann oft weggeht und sie mit Haushalt und Kindern alleine lässt. Ihre Tochter bedeutet für Rita einen großen Rückhalt. Wenn sie Ängste hat, kann sie mit Karla reden – „damit ich nicht irgendwas Schlimmes tue." Karlas größter Wunsch ist, dass ihre Mama wieder richtig gesund wird. Manchmal hat sie Angst, Christoph könne eines Tages abhauen, so wie ihr leiblicher Vater. Sechs Jahre war sie alt, als der sich von Rita trennte und später spurlos verschwand. Dadurch sei ihre Mama psychisch krank geworden, glaubt Karla. Auch für sie selbst war das alles zu viel – sie musste eine Klasse wiederholen und war ein Jahr lang in Psychotherapie. Aber eigentlich verstehen sie und Christoph sich ganz gut. Besonders wenn ihre Mama wieder krank wird, ziehen sie „an einem Strang". Karla spürt immer als erste, wenn es so weit ist, „dann wird sie so traurig und redet nichts mehr" (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Genogramm Rita (erkrankte Mutter lebt mit Tochter und Ehepartner im gleichen Haushalt)



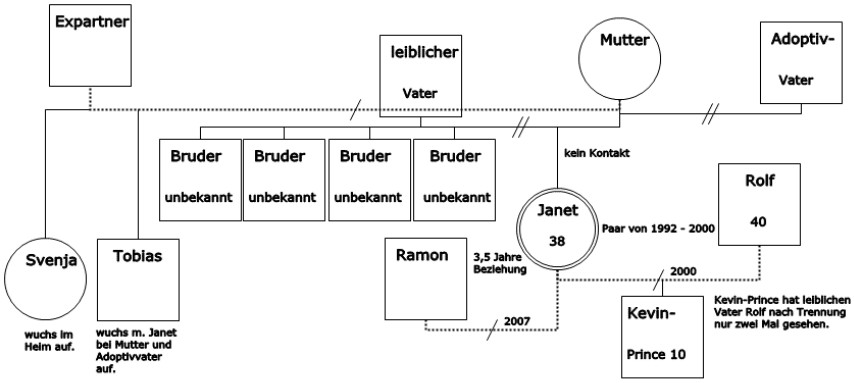
Familienkonstellation 2: Getrennt vom Kind. Der neunjährige Nils lebt getrennt von seinem schizophren erkrankten Vater Dirk (42). Er wohnt bei seiner Mutter Nadia (39) und deren neuen Ehepartner sowie seiner fünfjährigen Halbschwester. Nils sieht seinen Vater jedes Wochenende; er hat ein enges Verhältnis zu ihm und nennt ihn Papa, während er seinen Stiefvater beim Vornamen nennt. Der Vater Dirk lebt sehr zurückgezogen; er bezeichnet sich als „Eigenbrötler" und hat sehr wenige soziale Kontakte. Meistens will er nur in Ruhe gelassen werden; auch professionelle Hilfeangebote nimmt er nur in Anspruch, soweit dies unumgänglich ist. Die Beziehung zu seinem Sohn ist ihm jedoch sehr wichtig – im Grunde ist es die einzige wirklich enge emotionale Beziehung, die er hat. Er möchte nicht, dass der Junge etwas von seiner Krankheit mitbekommt. Wenn er eine psychische Krise hat, wird Nils erzählt, der Papa habe Kopfschmerzen. Auf diese Version hat Dirk sich mit Nadia geeinigt. Wenn er etwas älter sei, vielleicht zwölf, könne er das verstehen: „Das ist noch früh genug", meint Nadia. Sie hält den Kontakt zu Dirk aktiv aufrecht – der gemeinsame Sohn scheint ein emotionales Bindeglied zwischen den Eltern zu sein. Nadia findet es gut, dass Nils ein enges Verhältnis zu seinem Papa hat – solange dieser regelmäßig seine Medikamente nimmt. Normalerweise klappt dieses Arrangement ganz gut, doch Nadia weiß aus Erfahrung, dass Dirk leicht „austicken" kann, wenn er seine Medikamente nicht nimmt. Einmal wollte er z.B. Nils unabgesprochen aus der Schule abholen, habe dort herumgebrüllt und gedroht. Die Großeltern fänden es deswegen besser, wenn Nils nicht so viel mit dem Vater zusammen wäre. „Wer weiß, was da mal passieren kann", pflegt die Oma zu sagen, wenn in der Familie darüber gesprochen wird (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Genogramm Dirk (erkrankter Vater lebt getrennt vom Kind)



Familienkonstellation 3: Alleinerziehende Mutter. Janet ist 38 Jahre alt und seit über 20 Jahren schizoaffektiv erkrankt. Sie stammt selbst aus sehr schwierigen Familienverhältnissen. Ihre Mutter war Alkoholikerin, ihren leiblichen Vater kennt sie ebenso wenig wie ihre Brüder, die in Heimen aufgewachsen sind. Janet ist alleinerziehende Mutter und lebt mit ihrem zehn Jahre alten Sohn Kevin-Prince zusammen. Zum Vater von Kevin-Prince besteht seit Jahren kein Kontakt mehr. Auch von ihrem Partner Ramon, der ebenfalls psychisch krank ist und Drogen konsumierte, hat sich Janet mittlerweile getrennt. Kevin-Prince ist ein sehr unruhiger Junge; die Mutter bezeichnet ihn als „wild". Er wirkt nervös und kann sich schlecht konzentrieren. Kevin-Prince spielt viel mit seiner Spielkonsole. „Da kann man Menschen abschießen und töten und kriegt dann Sterne dafür", erzählt er begeistert. Ansonsten ist er öfter in Prügeleien mit anderen Kindern verwickelt – „Die anderen fangen immer an", sagt Kevin-Prince. Zur Schule geht er nicht so gerne. Seine Lehrerin findet er bescheuert. Janet findet, ihr Leben ist ein ziemliches Chaos. Sie ist froh, dass sie wenigstens eine Erwerbsunfähigkeits-Rente hat. Kevin-Prince ist der wichtigste Mensch in ihrem Leben. Ohne ihn wüsste sie gar nicht, warum sie weiterleben sollte. Deswegen war es immer wieder schlimm für sie, wenn sie in der Psychiatrie war und sich nicht um Kevin-Prince kümmern konnte. Der Junge sei zum Teil in Heimen oder bei der Mutter des Ex-Partners untergebracht gewesen. Professionelle Hilfe lehnt Janet allerdings ab. Schließlich nehme sie regelmäßig ihre Medikamente und kümmere sich wirklich um Kevin-Prince. „Wenn mir das Jugendamt noch 'nen Betreuer an den Arsch binden will, werde ich echt böse", sagt sie aufgebracht (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Genogramm Janet (erkrankte Mutter ist alleinerziehend)



Insgesamt zeigte sich bei der Erstellung der Familienportraits eine große Vielfalt unterschiedlicher Belastungslagen und familiärer Alltagsarrangements. Auch innerhalb der o.g. Familienkonstellationen existiert ein breites Spektrum an Bewältigungsstrategien und familiären Lebensentwürfen. Doch trotz der Variabilität der verschiedenen Fälle lässt sich bei eingehender Analyse auch eine ganze Reihe von Gemeinsamkeiten beschreiben. Im Folgenden sollen einige zentrale Aspekte dargestellt werden, die in der inhaltsanalytischen Auswertung sowie im fallkontrastiven Vergleich herausgearbeitet werden konnten.

3.3 Familienalltag zwischen Krise und Normalisierung

Über die unterschiedlichen Fälle hinweg zeigte sich, dass es eine familiäre Normalität trotz und mit der schizophrenen Erkrankung eines Elternteils gibt. Auf einer Oberflächenebene wird dies bereits daran erkennbar, dass viele Studienteilnehmer ihre Familie als „ganz normal“ bezeichneten.

> „Da ist nichts Besonderes. Ich finde, wir sind eine einfache, normale Familie, wie andere auch.“ (Interview LE01/K, 13-jährige Tochter einer schizophren erkrankten Mutter)

> „Von außen betrachtet sind wir eigentlich eine völlig normale, intakte Familie.“ (Interview KD02/P, 42-jähriger Ehepartner einer schizophren erkrankten Mutter)

„Normalität“ bezieht sich dabei auf Familienkonstellationen und -rollen, Alltagsroutinen und gemeinsame Lebensentwürfe, die insgesamt als ähnlich zu denen anderer Familien beschrieben wurden. Doch diese normalisierende Darstellung steht in einem Spannungsverhältnis zur Schizophrenie eines Elternteils, denn zugleich berichteten die Studienteilnehmer, dass die psychische Erkrankung das familiäre Zusammenleben einschränkt, belastet oder grundsätzlich in Frage stellt. Insbesondere den erkrankten Eltern und deren Partner ist diese Ambivalenz meist bewusst. So schilderten z.B. diejenigen Eltern, die zum Zeitpunkt des ersten psychotischen Schubs bereits verheiratet waren und Kinder hatten, den Erkrankungsbeginn rückblickend als „Familienkatastrophe“, die das Zusammen-

leben fundamental veränderte. Im weiteren Verlauf der Erkrankung wird der Familienalltag immer wieder durch psychische Krisen oder Klinikaufenthalte des erkrankten Elternteils unterbrochen. Doch auch in den nicht-akuten Phasen erleben sich die Erkrankten in vieler Hinsicht als eingeschränkt bezüglich unterschiedlicher familiärer Rollen, z.B. der Fähigkeit, durch Erwerbstätigkeit die Familie zu ernähren, den Haushalt zu bewältigen und für die Kinder bzw. den Partner da zu sein. Die Partner und die Kinder wiederum nehmen den erkrankten Elternteil häufig als überempfindlich, launisch oder zurückgezogen wahr.

Trotz dieser Belastungen und Einschränkungen gibt es auch eine familiäre Normalität im Sinne vertrauter Alltagsabläufe und eines alltäglichen Lebensgefühls. Im Zuge der fallrekonstruktiven Auswertung wurde deutlich, dass diese familiäre Normalität nicht nur auf Gewöhnungs- und Anpassungsprozessen beruht, sondern auch aktiv hergestellt wird. Um die Eltern-Kind-Beziehungen zu schützen und ein trotz der Erkrankung möglichst „normales" Familienleben aufrecht zu erhalten, werden Normalisierungsstrategien wie z.B. Verbergen, Überspielen oder Umdeuten der schizophrenen Erkrankung angewendet. Im familiären Alltag wird es vielfach vermieden, über die Erkrankung und damit zusammenhängende Probleme zu sprechen. Diese De-Thematisierung der Schizophrenie scheint u.a. eng mit einem gemeinsamen Bedürfnis nach familiärer Normalität zusammenhängen. Während die Eltern die Erkrankung nicht offen ansprechen, um ihre Kinder von unnötigen Belastungen abzuschirmen, fragen die Kinder nicht danach, weil sie dies als Tabuthema wahrnehmen. Zugleich beinhalten Partnerschaft und Elternschaft Rollenanforderungen, Alltagsabläufe und intakte Lebensbereiche jenseits der schizophrenen Erkrankung, in denen sich erkrankte Eltern als „normal" bzw. genauso kompetent wie andere Eltern erleben können:

> „Das fängt schon morgens an. Mein Sohn wird gewickelt, kriegt Essen. Dann irgendwas aufräumen oder so, dann geh ich noch mit ihm raus, Spielplatz oder so, oder spazieren. Oder wenn mal 'ne Bekannte vorbei kommt, die ham ja auch Kinder, also mit denen spielt der Kleine ab und zu, und ich unterhalt' mich mit den Eltern… also, das ist eigentlich immer das Gleiche, nichts Besonderes [lacht]." (Interview AW01, 22-jährige schizophren erkrankte Mutter)

3.4 Die Sicht der erkrankten Eltern: Belastungen und Ressourcen

Alle befragten schizophren erkrankten Mütter und Väter bewerteten die Beziehung zu ihren Kindern als sehr wichtig, ja als zentral für ihr Leben. Auch Eltern, die getrennt von ihren Kindern leben, beschrieben eine starke emotionale Bindung zu ihren Kindern. Die wichtige persönliche Bedeutung eigener Kinder zeigte sich selbst bei schwer beeinträchtigten Eltern, die ihre Kinder nur unregelmäßig oder selten sehen. Für schizophren erkrankte Mütter und Väter bedeutet das Eltern-Sein nicht nur Verantwortung, sondern auch Sinn und Normalität jenseits ihrer psychischen Erkrankung.

Bei der inhaltsanalytischen Auswertung der Interviews mit den erkrankten Eltern zeigten sich positive, aber auch negative und belastende Aspekte der Elternrolle. Besonders betont wurden emotionale Aspekte wie die liebevolle Beziehung zum Kind sowie die erlebte Nähe und Zugehörigkeit. Insbesondere im alltäglichen Zusammenleben mit Kindern, aber auch durch regelmäßige Kontakte und familiäre Aktivitäten entsteht eine Lebens- und Alltagsstruktur, an der sich die Betroffenen orientieren, die ihnen Halt und Sinn gibt:

„So habe ich wenigstens 'ne Aufgabe, wenn ich arbeitslos bin. Dass ich mein Kind erziehen muss, dass ich für mein Kind da sein soll. Aber wenn mein Kind in 'ne Pflegefamilie kommt, habe ich sozusagen keine Aufgabe mehr. Da falle ich bestimmt in irgendein tiefes Loch rein, wo ich schwierig alleine wieder raus komme." (Interview AS04, 27-jährige schizophren erkrankte Mutter)

Auf der anderen Seite beschrieben die erkrankten Eltern auch eine Reihe negativer und belastender Aspekte (vgl. Tabelle 2):

Tabelle 2: Belastende Aspekte von Elternschaft aus Sicht der Erkrankten

Subkategorie	Ankerbeispiel
Gefühle (zeitweiliger) Überforderung	„Da habe ich gemerkt, dass ich noch zu krank bin, dass ich das noch nicht so richtig schaffe jetzt erstmal mit meinem Sohn."
Soziale Umwelt bezweifelt Erziehungskompetenz	„Das kommt dann immer so rüber wie: Schlechte Mutter und so. Dass ich überhaupt nicht in der Lage bin, den zu erziehen und so. Das wird mir alles vorgeworfen in meiner Familie."
Einschränkungen der eigenen Erziehungsfähigkeit	„Dann hab ich auch den Ärzten erzählt, dass ich da irgendwie Angst vor habe, dass ich der Kleinen was antäte."
Unsicherheit und Ängste, mit Kindern über Erkrankung zu sprechen	„Der L. hat mal gefragt: Mama, was ist denn das überhaupt? Ich kann dem das ja gar nicht erklären. Ich sagte dann immer: Ja, Mama geht's nicht gut. Oder: Mama ist müde, und so halt."
Negative Erfahrungen/ Befürchtungen hinsichtlich Sorgerechtsentzug	„Ich hab immer gedacht, dass die mir die Kinder wegnehmen wollten. Ich hab alles so irgendwie so negativ gesehen.
Sorge: Genetisches Risiko für die Kinder	„[Mich beschäftigt] die Gefahr so ein bisschen, ist das auch vom Elternteil erblich. Da denkt man schon drüber nach."
Sorge bezüglich Belastungen und Belastungsfolgen für die Kinder	„Ist bisschen problematisch alles mit meiner Tochter. Die kommt auch schlecht mit sich selbst klar, die hatte 'ne schwierige Kindheit. [weint]"

Viele der Eltern fühlen sich zumindest zeitweilig überfordert von den Aufgaben der Kinderbetreuung und -erziehung. Die Patienten sind sich insbesondere darüber im Klaren, dass sie vor allem während akuter psychotischer Phasen als Erziehungsperson ausfallen. Viele der Eltern machen sich deswegen Vorwürfe und hatten das Gefühl, eine schlechte Mutter bzw. ein schlechter Vater zu sein. Trotzdem erleben sie es als sehr verletzend, wenn Familienmitglieder oder Außenstehende ihre Erziehungsfähigkeit pauschal in Frage stellen. Dramatisierende Medienberichte über Fälle von Vernachlässigung oder Misshandlung seitens psychisch kranker Eltern werden deswegen als besonders stigmatisierend erlebt. Ein sehr schwieriges Thema ist in diesem Kontext auch die Angst, das Jugendamt könne den Eltern das Kind wegnehmen (Sorgerechtsentzug). In diesem Zusammenhang ist die Angst der erkrankten Eltern, ihre Kinder zu verlieren, ein sehr sensibles Thema. Vor allem alleinerziehende Mütter äußerten in den Interviews entsprechende Befürchtungen. Eltern, deren Kinder beim Ex-Partner leben, die bereits das Sorge- oder Aufenthaltsbestimmungsrecht für die Kinder verloren haben oder die zum Befragungszeitpunkt noch darum kämpften, schilderten in diesem Zusammenhang belastende und verletzende Erfahrungen. In manchen Fällen beschrieben Studienteilnehmer Gefühle von Trauer und Resignation, weil die Kontakte zu ihren Kindern nach einer Trennung nur sporadisch seien oder weil die Kinder selbst nach einiger Zeit keinen Kontakt mehr zu ihren psy-

chisch erkrankten Eltern wünschten. Etliche der befragten Eltern machten sich auch Sorgen im Hinblick auf das Wohlergehen und die Entwicklung ihrer Kinder. Zum einen befürchteten sie, die Kinder könnten aufgrund ihres genetischen Risikos später womöglich selbst psychisch erkranken. Zum anderen sind sich die Eltern darüber bewusst, dass auch ihre Kinder unter der Erkrankung leiden. Als Folge der erlebten Belastungen beschrieben sie Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsprobleme oder bereits bestehende psychische Störungen der Kinder. Schizophrene Eltern sind sich häufig unsicher, ob, in welchem Alter und wie sie mit ihren Kindern über ihre Erkrankung sprechen sollten – sei es, weil sie sich selbst nur unzureichend informiert fühlen, weil sie ihre Kinder noch für zu klein halten, um diese Dinge zu verstehen, oder weil sie es generell als schwierig erleben, bei diesem Thema die richtigen Worte zu finden. Im Alltag versuchen sie, die Erkrankung zu verbergen, Gespräche darüber zu vermeiden und harmlosere Erklärungen (z.B. Migräne, Stress) für psychische Krisen anzuführen. Dahinter steht vielfach der Wunsch, die Kinder so lange wie möglich von der elterlichen Erkrankung „abzuschirmen". In manchen Fällen befürchten die Eltern auch, ihre Kinder könnten sich womöglich von ihnen abwenden oder Angst vor ihnen bekommen, wenn sie von ihrer schizophrenen Erkrankung erfahren.

3.5 Auswirkungen auf die Paarbeziehung

Bei der Gesamtschau der untersuchten Fälle fällt zunächst auf, dass es in Paarbeziehungen mit einem schizophrenen Partner sehr häufig zu Trennungen kommt. So ergab die Analyse der Genogramme, dass es in fast allen untersuchten Familien mindestens eine Trennung oder Scheidung gegeben hatte. Dies zeigte sich auch in den „vollständigen" Familienkonstellationen, in denen der erkrankte Elternteil mit Partner und Kind(ern) zusammenlebte: In fünf der sieben Fälle hatten die erkrankten Eltern vor der aktuellen Partnerschaft bereits eine frühere Ehe oder Paarbeziehung (zum Teil mit weiteren Kindern), die jedoch in die Brüche gegangen war. Während sich die Erkrankten, die in einer Partnerschaft lebten, tendenziell zufrieden mit der aktuellen Paarbeziehung und der familiären Situation äußerten, beschrieben deren Partner meist deutliche Beeinträchtigungen der Paar- und Elternbeziehung (vgl. Tabelle 3). Typischerweise erleben die Partner massive Stressbelastungen, wenn ein akuter psychotischer Schub auftritt. Doch auch nach dem Abklingen eines Schubs ist der Betroffene meist deutlich eingeschränkt, z.B. durch Antriebslosigkeit, Rückzug oder Reizbarkeit. Dadurch werden das Zusammenleben und die Kommunikation der Partner erheblich beeinträchtigt. Die Schizophrenie wird oft als latente Bedrohung empfunden, die wie ein „Damoklesschwert" über dem Familienalltag schwebt. Der Partner wird in seiner Persönlichkeit oft als stark verändert empfunden. Im Alltag kommt es zu Reibereien und Streit zwischen den Partnern. Obwohl die meisten Partner Solidarität und Verantwortung für den Erkrankten empfinden, wird längerfristig häufig eine Trennung erwogen. Auch die meisten der von uns befragten Partner, die zum Befragungszeitpunkt mit dem Erkrankten zusammenlebten, hatten in der Vergangenheit schon einmal an Trennung bzw. Scheidung gedacht.

Tabelle 3: Auswirkungen der schizophrenen Erkrankung aus Sicht der Partner

Subkategorie	Ankerbeispiel
Solidarität und Verantwortung für erkrankten Partner	„Ich kümmere mich trotzdem immer noch um meine Ex-Frau. Also ich mach‘ schon ‘ne Menge, weil da auch irgendwo ein Zusammenhalt ist.“
Beeinträchtigung der Paarbeziehung	„Unsere Ehe hat sich dadurch sehr verändert. Ich hab‘ mich halt arrangiert bzw. damit abgefunden, dass es nicht besser mit uns wird.“
Erhöhte Alltagsbelastung aufgrund der Erkrankung	„Irgendwie bleibt ja alles an mir hängen. Arbeiten, Haushalt, und dann haben wir noch das Kind. Das schlaucht manchmal ganz schön.“
Persönlichkeitsveränderung des erkrankten Partners	„Meine Frau ist momentan auch sehr impulsiv. Was sie früher nicht so war.“
Veränderte Rollen als Eltern	„Ich bin quasi wie eine alleinerziehende Person, weil er als Vater ja nichts mehr macht.“
Trennungsgedanken	„Scheidung oder so was irgendwie, das wabert da immer mal mit. Mal mehr, mal weniger.“
Belastungen während psychotischer Schübe	„Da ist er so richtig durchgedreht, ganz furchtbar. So dass die Polizei kommen musste und dass er zwangseingewiesen wurde.“

Insgesamt kann festgehalten werden, dass sich eine schizophrene Erkrankung gravierend auf die Beziehung von Paaren auswirkt. In manchen Fällen kommt es zu einer Neudefinition der Partnerschaft und einer grundlegenden Reorganisation der Rollen als Partner und Eltern. Hierbei scheint entscheidend zu sein, inwieweit es den Partnern gelingt, auftretende Belastungen gemeinsam zu bewältigen und tragfähige Arrangements für einen gemeinsamen Alltag mit der psychischen Erkrankung zu finden. Zugleich sind die Paarbeziehungen schizophrener Menschen offenbar sehr *fragil*, d.h. in hohem Maße von Zerrüttung, Trennung und Scheidung bedroht. Dies bedeutet, dass auch die Kinder überdurchschnittlich oft Trennungen und Beziehungsabbrüche ihrer Eltern erleben. Ex-Partner begründen die Trennung vom Erkrankten vielfach mit ihrer Verantwortung für das gemeinsame Kind. Indes kann Elternschaft zuweilen auch eine stabilisierende Funktion für die Paarbeziehung haben. Dies gilt z.B. für zusammenlebende Familien, in denen die (Ehe-) Partner trotz niedriger Beziehungszufriedenheit keine Trennung anstreben. Doch auch in Fällen, in denen die erkrankten Eltern nicht (mehr) mit ihren Kindern zusammenleben, kann Elternschaft in gewisser Weise beziehungsstabilisierend wirken, z.B. indem der Kontakt zwischen dem erkrankten Elternteil und dem gesunden Ex-Partner über ein gemeinsames Kind aufrechterhalten wird.

3.6 Belastungsverarbeitung und Belastungsfolgen bei den Kindern

Auch die Kinder erleben vielfältige Belastungen, die mit der der elterlichen Erkrankung zusammenhängen. So sind viele Kinder verunsichert, weil sie die Verhaltensweisen des erkrankten Elternteils nicht einordnen können. In den Interviews mit den Kindern wurde deutlich, dass diese häufig nicht oder nur vage über die Diagnose, die Symptomatik und die Behandlung der Schizophrenie informiert sind. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die Eltern Hemmungen haben, mit den Kindern offen über die psychische Erkrankung zu sprechen, z.B. um die Kinder nicht unnötig zu belasten. Doch gerade diese Nicht-Thematisierung der Erkrankung bewirkt und verstärkt bei vielen Kindern Unsicherheit, Ängste, Scham- und Schuldgefühle. Sie denken z.B., dass auch sie nicht über

die psychische Erkrankung ihrer Eltern sprechen dürfen, insbesondere Außenstehenden gegenüber.

Obwohl die Kinder oft nur wenig über die elterliche Erkrankung wissen, spüren sie andererseits deutlich deren soziale und familiäre Folgen. So berichteten einige der Kinder, dass ihre Eltern oder sie selbst von anderen Personen (Verwandte, Freunde, Schulkameraden etc.) abgewertet oder ausgegrenzt worden seien. Manchmal ist es den Kindern aber auch selbst peinlich, dass ihre Mutter oder ihr Vater psychisch krank ist. Sie vermeiden es deswegen z.B., Freunde nach Hause einzuladen. In anderen Fällen fühlen sich die Kinder allein gelassen oder isoliert. Ihnen fehlt zum einen die Aufmerksamkeit der Eltern, die schon mit ihren eigenen Problemen überfordert sind. Zum anderen haben sie oft niemanden, mit dem sie über ihre Probleme sprechen können.

Die Auswertung der untersuchten Fälle zeigte weiterhin, dass einige Kinder sehr aufmerksame, sensible Beobachter ihrer erkrankten Eltern sind. Nicht selten sind es diese sensiblen Kinder, die die „Frühwarnzeichen" eines sich anbahnenden psychotischen Schubs als erste bemerken und dies z.B. dem gesunden Elternteil mitteilen. Diese Kinder sind sehr loyal mit ihren erkrankten Eltern. Sie spüren, dass diese sie brauchen und fühlen sich verantwortlich für sie. Zugleich wollen sie ihren Eltern helfen und sie entlasten. So übernehmen sie oft familiäre Aufgaben und Rollen, die nicht ihrem Alter angemessen sind (z.B. emotionale Stabilisierung des erkrankten Elternteils, Verantwortung für Geschwister, Haushaltsführung). Sie wirken deswegen oft sehr vernünftig und „frühreif" für ihr Alter. Von ihren Eltern erfahren sie dafür Lob, Anerkennung und Dankbarkeit.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass das Zusammenleben mit einem schizophrenen Elternteil sehr belastend für die Kinder ist. Auf die Dauer kommt es bei ihnen sehr häufig zu Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Beeinträchtigungen, die in einigen Fällen sehr augenfällig waren und die Gestaltung des Interviewkontakts enorm erschwerten. Die Auswertung der klinischen Interviews ergab, dass bei 11 der 18 mit dem Kinder-DIPS befragten Kinder mindestens eine psychische Störung gemäß der diagnostischen Richtlinien der ICD-10 vorhanden war. Am häufigsten waren dabei Störungen des Sozialverhaltens sowie depressive und Angststörungen. In der Regel war auch den Eltern dieser Kinder bewusst, dass diese belastet bzw. auffällig waren und ebenfalls Hilfe benötigten. In diesem Zusammenhang wünschten sie sich professionelle Hilfe und Unterstützung, z.B. im Hinblick auf eine adäquate Untersuchung, Behandlung oder die Krankheitsaufklärung ihrer Kinder:

> „Manchmal habe ich schon überlegt, ob A. [14-jähriger Sohn] nicht doch mal zum Psychologen gehen soll oder irgendwo Therapie macht, um zu gucken wie stark ihn das belastet und ob's normal ist, was ihn belastet oder ob's doch schon zu viel ist, was auf seinen Schultern liegt, die Last. Dass er das auch mal altersgerecht erklärt bekommt." (Interview AS6, 38-jährige schizophren erkrankte Mutter)

4. Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Familienstudie stehen im Einklang mit den eingangs referierten Forschungsbefunden. Die Fallanalysen und inhaltsanalytischen Auswertungen illustrieren die besondere Belastungssituation (Lenz 2005) und das erhöhte Entwicklungs-

risiko von Kindern schizophren erkrankter Eltern (Mattejat/Remschmidt 2008) ebenso wie die vielfältigen Belastungen der Ehe- und Lebenspartner (Jungbauer et al. 2004) sowie die ambivalente Bewertung von Erziehungsaufgaben (Savvidou et al 2003). Darüber hinaus leistet die vorliegende Studie u.E. einen innovativen Beitrag im Sinne einer familienbezogenen Perspektive in der sozialpsychiatrischen Forschung, der – wie wir hoffen – weitere „ganzheitliche" Familienstudien anregt.

Bei der Bewertung der dargestellten Ergebnisse muss gleichwohl berücksichtigt werden, dass diese anhand einer kleinen, vermutlich nicht repräsentativen Stichprobe gewonnen wurden. Zum einen waren sehr stark beeinträchtige, misstrauische und/oder wenig kooperationsbereite Eltern in der befragten Stichprobe naturgemäß nicht vertreten. Auch Familien, in denen ein Elternteil nicht mit der Befragung ihrer Kinder einverstanden war oder selbst nicht an der Studie teilnehmen wollte, blieben unberücksichtigt. Da die damit einhergehenden Selektionseffekte nicht kontrolliert oder dokumentiert werden konnten, gelten die dargestellten Ergebnisse möglicherweise nicht uneingeschränkt für alle Familien mit einem schizophrenen Elternteil.

Ungeachtet dieser Limitationen stützt die vorliegende Studie die Auffassung, dass psychische Erkrankungen „Familienkrankheiten" sind (Wagenblass 2003): Nicht nur die Patienten selbst, sondern auch ihre Familienangehörigen sind in vielfältiger Weise betroffen. In diesem Sinne belegen die Untersuchungsergebnisse, dass sich die Schizophrenie eines Elternteils auf den Lebensalltag sämtlicher Familienmitglieder auswirkt. Darüber hinaus wurde deutlich, dass die Erkrankung das gesamte Familiensystem beeinflusst, verändert und zu individuellen wie kollektiven Anpassungsleistungen zwingt. Familiensystemisch gesehen kann die Bewältigung der schizophrenen Erkrankung als nicht-normative Familienentwicklungsaufgabe betrachtet werden, bei der alle Familienmitglieder zugleich betroffen sind und die unterschiedlichen Systemebenen in komplexer Weise miteinander verschränkt sind (Jungbauer 2009; Schneewind 2010).

Obwohl die Paar- und Familienbeziehungen schizophren erkrankter Menschen sehr fragil sind und ein erhöhtes Risiko für Beziehungsstörungen und -abbrüche aufweisen, sind sie als Gesamtsystem zuweilen erstaunlich stabil. Es ist zu vermuten, dass hierbei komplementäre Beziehungs- und Verhaltensmuster wirksam sind, die Partner, Eltern und Kinder im Sinne einer Kollusion aneinander binden und förderliche Veränderungen erschweren können. Aus einer anderen Perspektive scheinen im Zuge einer familiären Bewältigung der Erkrankung Selbstorganisationsprozesse stattzufinden, die sich sowohl in den familiären Subsystemen (Paarbeziehung, Elternbeziehung, Eltern-Kind-Beziehungen) als auch im gesamten Familiensystem zeigen. Dabei haben individuelle sowie kollektive Anpassungs- und Normalisierungsstrategien eine wichtige Bewältigungsfunktion. Die Schizophrenie eines Elternteils kann als Familienrealität offenbar leichter akzeptiert werden, wenn ein weitgehend „normales" Leben trotz der Erkrankung als real bzw. möglich angesehen wird. Zugleich stellen Partnerschaft und Elternschaft wichtige Ressourcen für die Betroffenen dar. Kinder zu haben, bedeutet vor allem anderen Nähe und Zugehörigkeit, Freude, Stolz, Alltagsstruktur und Lebenssinn. In dieser Hinsicht unterscheiden sich schizophren erkrankte Eltern vermutlich nicht wesentlich von andern Eltern. Deshalb bedeutet Elternschaft auch per se Normalität – in dem Sinne, dass die Elternrolle ganz „normale" Anforderungen und Erfahrungen jenseits der psychischen Erkrankung beinhaltet. Aus klinisch-psychiatrischer Sicht erscheint es deswegen sehr wichtig, schizophrene Pati-

enten stärker in ihren Alltags- und Familienbezügen zu sehen. So sollte der behandelnde Arzt in Beratungsgesprächen die familiäre Situation des Patienten ausführlich explorieren. Eine bestehende Paarbeziehung und Kinder eröffnen Chancen für eine ressourcenorientierte Behandlung, z.B. indem in Beratungsgesprächen nicht nur Beschwerden und Medikation, sondern auch die Partner- und Elternrollen sowie die Stärkung entsprechender Kompetenzen thematisiert und reflektiert werden. Ferner sollte erwogen werden, inwieweit der Partner und gegebenenfalls die Kinder des Patienten in die Behandlung einbezogen werden können. Die Stabilisierung und Unterstützung familiärer Strukturen dürfte sich mittelfristig günstig auf den Erkrankungsverlauf auswirken und kann daher als wichtiges Therapieziel jenseits „klassischer" psychiatrischer Kriterien betrachtet werden.

Die Untersuchungsergebnisse unterstreichen allerdings auch, dass Kinder schizophren erkrankter Eltern ein erhöhtes Entwicklungsrisiko aufweisen. Während die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung zirka 15 bis 16% beträgt (Hölling/ Schlack 2008), war sowohl in der vorliegenden Teilstudie als auch in der gesamten DFG-Rahmenstudie etwa bei der Hälfte der untersuchten Kinder mindestens eine psychische Störung im Sinne der ICD-10 vorhanden. Angesichts der relativ geringen Größe der von uns untersuchten Stichprobe müssen diese Vergleichszahlen natürlich mit Vorsicht interpretiert werden. Trotzdem kann vor dem Hintergrund anderer aktueller Forschungsbefunde (vgl. Mattejat/ Remschmid 2008) angenommen werden, dass die erlebten Belastungen im Zusammenspiel mit einer genetisch bedingten Vulnerabilität dazu beitragen dürften, dass viele dieser Kinder erheblich in ihrer Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigt sind und selbst zu einer Risikogruppe für psychopathologische Auffälligkeiten werden.

Vor diesem Hintergrund sollten präventive Hilfen für Kinder und ihre Familien möglichst früh und zielgerichtet realisiert werden, nach dem Prinzip „besser früh betreuen als später behandeln" (Deneke 2005). Für die Kinder sollten unterschiedliche, einander ergänzende Hilfen bereitstehen, z.B. kindgerechte Information und Beratung, Austausch- und Kontaktmöglichkeiten sowie Angebote zur Förderung personaler und sozialer Ressourcen (vgl. Magolei/Jungbauer 2010). Ein primäres Anliegen sollte dabei ein verbessertes Krankheitswissen und -verständnis der Kinder sein, denn durch altersgemäße Aufklärung und Information über die elterliche Erkrankung können die Kinder das Verhalten des erkrankten Elternteils besser einschätzen und fühlen sich der Situation nicht mehr hilflos ausgeliefert. Ausgangspunkt der Aufklärung sollte dabei immer das individuelle Erleben der Kinder und deren konkrete Fragen sein. Wichtig ist es auch, nicht nur Sachinformationen zu vermitteln, sondern auch die emotionale Ebene zu berücksichtigen (vgl. Lenz 2010).

Obwohl es inzwischen auch in Deutschland zunehmend mehr präventive Hilfeangebote für Kinder psychisch kranker Eltern gibt (Mattejat 2008), bleiben diese häufig auf die Kinder selbst beschränkt. Doch idealerweise sollten entsprechende Unterstützungsangebote familienorientiert konzipiert sein, d.h. Hilfen sollten nicht nur für Kinder bereitstehen, sondern in ein Gesamtkonzept eingebettet sein, welches das gesamte Familiensystem berücksichtigt. Aus diesem Grund zielen moderne Präventionsprogramme darauf ab, Ressourcen sowohl bei den Kindern als auch bei ihren Eltern bzw. Familien zu fördern, möglichst auch unter Einbeziehung des institutionellen Kontexts (Beardslee 2009; Lägel 2008; Lenz 2010).

Es liegt auf der Hand, dass präventive Hilfen für Kinder nur dann wirksam implementiert werden können, wenn deren Eltern dies wünschen bzw. damit einverstanden

sind. Allein schon deswegen ist es wichtig, eine konstruktive Arbeitsbeziehung mit den Eltern aufzubauen und diese mit „ins Boot“ zu holen. Im Interesse der Kinder sollten Ängste, Scham- und Schuldgefühle der Eltern sowie Hemmschwellen gegenüber Einrichtungen der Jugendhilfe ernst genommen werden (vgl. Kölch/Schmid 2008). Aufgrund ihrer oft skeptischen Haltung sollten zudem niedrigschwellige Beratungsangebote bereitstehen, die unabhängig von zu beantragenden Hilfen zur Erziehung nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) sind. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass solche niedrigschwelligen Hilfeangebote von betroffenen Eltern stark gewünscht und meist positiv bewertet werden (Kilian/Becker 2008; Lägel 2008).

Die wahrscheinlich wichtigste Voraussetzung für eine wirksame und nachhaltige Unterstützung betroffener Familien dürfte indes struktureller Natur sein: Notwendig ist nämlich eine institutionalisierte Kooperation zwischen der Erwachsenenpsychiatrie und der Jugendhilfe – zwei Hilfesystemen, die oft wenig voneinander wissen und noch seltener systematisch zusammenarbeiten. Nur wenn es künftig gelingt, verbindliche Kommunikations- und Kooperationsstrukturen zwischen diesen Hilfesystemen aufzubauen, können unseres Ermessens Familien mit einem psychisch kranken Elternteil wirklich angemessen und nachhaltig unterstützt werden.

Danksagung

Das Forschungsprojekt „Schizophrenie und Elternschaft“ wurde durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (Projekt LE 2232/1-2) gefördert. Wir bedanken uns bei den beteiligten Familien für ihre Bereitschaft, an der Befragung teilzunehmen und das Vertrauen, das sie uns geschenkt haben. Bedanken möchten wir uns auch bei den kooperierenden Kliniken und Einrichtungen für ihr Engagement und die gute Zusammenarbeit.

Literatur

Angermeyer, M.C. (1995). Ergebnisse der Forschung zum sozialen Netzwerk schizophrener Kranker. In: H. Häfner (Hrsg.), *Was ist Schizophrenie?* Stuttgart: Gustav-Fischer-Verlag, S. 171-188.

Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. & Weakland, J. H. (1969). Auf dem Weg zu einer Schizophrenie-Theorie. In: G. Bateson, D. D. Jackson, J. Haley, J. H. Weakland, L. C. Wynne, I. M. Ryckoff, J. Day, S. J. Hirsch, T. Lidz, A. Cornelison, S. Fleck, D. Terry, H. F. Searles, M. Bowen, E. F. Vogel, N. W. Bell, R. D. Laing & J. Foudrain (Hrsg.), *Schizophrenie und Familie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 11-43.

Beardslee, W. R. (Hrsg.) (2009): *Hoffnung, Sinn und Kontinuität. Ein Programm für Familien depressiv erkrankter Eltern*. Tübingen: dgvt-Verlag.

Craig, T. & Bromet, E. J. (2004). Parents with psychosis. *Annals of Clinical Psychiatry, 16,* S, 35-39.

Deneke, C. (2005): Besser früh betreuen als später behandeln. In: F. Mattejat & B. Lisofsky (Hrsg.), *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 87-91.

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1998). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung.* Bern: Verlag Hans Huber.

Grube, M. & Dorn, A. (2007). Elternschaft bei psychisch Kranken. *Psychiatrische Praxis, 34,* S. 66-71.

Häfner H. (2002): *Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt*. München: Verlag C.H. Beck.

Hildenbrand, B. (2005). *Fallrekonstruktive Familienforschung. Anleitungen für die Praxis.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hinz, A., Kuhn, J., Decker, O., Lenz, A. & Jungbauer, J. (2010). Lebenszufriedenheit und subjektive Relevanz von Lebensbereichen bei schizophren Erkrankten. Welche Bedeutung haben Partnerschaft und Elternschaft? *Fortschritte der Neurologie/Psychiatrie, 78,* S. 147-153.

Hölling, H. & Schlack, R. (2008): Schutzfaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse aus der KiGGS-Studie. *Gesundheitswesen 70,* S. 473.

Jungbauer, J. (2009). *Familienpsychologie kompakt.* Weinheim: Beltz.

Jungbauer, J., Kuhn, J. & Lenz, A. (2010a, im Druck). Zur Prävalenz von Elternschaft bei schizophrenen Patienten. *Gesundheitswesen*.

Jungbauer, J., Kuhn, J. & Lenz, A. (2010b, im Druck). Wie verlässlich sind Einschätzungen schizophren erkrankter Eltern hinsichtlich möglicher Entwicklungsstörungen bei ihren Kindern? Zur Übereinstimmungsvalidität der Child Behavior Checklist (CBCL). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*.

Jungbauer, J. & Lenz, A. (2008). Psychische Krankheit, Partnerschaft und Elternschaft: Perspektiven für Forschung und Praxis. In: A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen: Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte*. Tübingen: dgvt-Verlag, S. 7-35.

Jungbauer, J., Wittmund, B., Dietrich, S. & Angermeyer, M. C. (2004). The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin, 30,* S. 665-675.

Kilian, S. & Becker, T. (2008). FIPS – ein Beratungs- und Unterstützungsangebot für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. *Nervenheilkunde, 27,* S. 541- 544.

Kölch, M. & Schmid, M. (2008). Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57*, S. 774-788.

Kuhn, J., Hinz, A., Lenz, A., Blobel, K. & Jungbauer, J. (2010, im Druck). Bindungsstile und Partnerschaftsqualität in Paarbeziehungen schizophren erkrankter Menschen. *Fortschritte der Neurologie/Psychiatrie.*

Kuipers, E., Bebbington P., Dunn, G., Fowler, D., Freeman, D., Watson, P., Hardy, A. & Garety, P. (2006). Influence of carer expressed emotion and affect on relapse in non-affective psychosis. *British Journal of Psychiatry, 188*, S. 174-179.

Krumm, S. & Becker, T. (2006). Subjective views of motherhood in women with mental illness – A sociological perspective. *Journal of Mental Health, 15*, S. 449-460.

Lägel, I. (2008): Präventive Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern. Ein multidimensionaler Ansatz zur Förderung der protektiven Faktoren. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57,* S. 789-801.

Lenz, A. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern.* Göttingen: Hogrefe.

Lenz, A. (2010). *Ressourcen fördern. Materialien für Kinder und ihren psychisch kranken Eltern.* Göttingen: Hogrefe.

Magolei, V. & Jungbauer, J. (2010). Von der Theorie zur Praxis: AKisiA – ein Hilfeangebot für Kinder psychisch erkrankter Eltern. In: J. Jungbauer (Hrsg.), *Familien mit einem psychisch kranken Elternteil: Forschungsbefunde und Perspektiven für die Soziale Arbeit*. Opladen & Farmington Hills, MI: Barbara Budrich Verlag, S. 201-252

Mattejat, F. (2008). Kinder mit psychisch kranken Eltern: Was wir wissen und was zu tun ist. In: F. Mattejat & B. Lisofsky (Hrsg.): *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker.* Bonn: BALANCE buch + medien verlag, S. 68-95.

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2008). Kinder psychisch kranker Eltern. *Deutsches Ärzteblatt/PP, 7/2008*, S. 312-317.

Mayring P. (2007). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.* Weinheim: Beltz.

Mruck, K. & Mey, G. (1998). Selbstreflexivität und Subjektivität im Auswertungsprozess biographischer Materialien. In: G. Jüttemann & H. Thomae (Hrsg.), *Biographische Methoden in den Humanwissenschaften*. Weinheim: PVU, S. 284-306.

Savvidou, I., Bozikas, V.P., Hatzigeleki, S. & Kravatos, A. (2003). Narratives about their children by mothers hospitalized on a psychiatric unit. *Family Process; 42,* S. 391-402.

Schmid, M., Schielke, A., Fegert, J. M., Becker, T. & Kölch, M. (2008). Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Befragung von stationär psychiatrisch behandelten Eltern. Methodik, Studienpopulation und Epidemiologie. *Nervenheilkunde, 27,* S. 521-526.

Schneewind, K. A. (2010). *Familienpsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer (3., überarbeitete und erweiterte Auflage).

Stelling, K., Kuhn, K., Riedel-Heller, S. & Jungbauer, J. (2009). Entwicklungsprobleme bei jungen Erwachsenen mit einer psychischen Erkrankung: Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. *Psychiatrische Praxis, 36,* S. 119-124.

Unnewehr, S., Schneider, S. & Margraf, J. (Hrsg.) (1998). *Kinder-DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer.

Wagenblass, S. (2003). Wenn Kinder in ver-rückten Welten leben. Die Entdeckung der Kinder psychisch kranker Eltern als betroffene Familienangehörige. *Soziale Psychiatrie, 3/2003*, S. 8-11.

Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In: G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Weinheim: PVU, S. 227-255.

Eingereicht am/Submitted on: 03.08.2010
Angenommen am/Accepted on: 31.01.2011

Anschrift der Autoren/Addresses of the authors:

Prof. Dr. Johannes Jungbauer (Korrespondenzautor/Corresponding author)

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Aachen
Institut für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie (igsp)
Robert-Schuman-Straße 25
52066 Aachen

E-Mail: j.jungbauer@katho-nrw.de

Jutta Kinzel-Senkbeil, Diplom-Sozialpädagogin (FH)
Die Kette e.V., Beratungsstelle für psychisch kranke und behinderte Menschen, Düren

Juliane Kuhn, Diplom-Psychologin
Institut für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie (igsp), Paderborn

Prof. Dr. Albert Lenz
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Paderborn
Institut für Gesundheitsförderung und Soziale Psychiatrie (igsp)