

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 33/2017

Kinder psychisch kranker Eltern

Lebenswelten betroffener Familien damals und heute

*Mara Byland Rosero Marcial **

* Abhandlung zur Erlangung der Doktorwürde der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich. Angenommen im Frühjahresesemester 2017, auf Antrag von Prof. Dr. Guy Bodenmann und Prof. Dr. Markus Landolt. Originally published at: Byland Rosero Marcial, Mara. Kinder psychisch kranker Eltern : Lebenswelten betroffener Familien damals und heute. 2017, University of Zurich, Faculty of Arts.

Absolventin der Weiterbildung 'Tanztherapie im Integrativen Verfahren' sowie u.a. der Zusatzseminare 'Krisenintervention/Krisenprävention', 'Erstinterview und prozessuale Diagnostik' in der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).

Zusammenfassung: Kinder psychisch kranker Eltern - Lebenswelten betroffener Familien damals und heute

Kinder psychisch kranker Eltern wachsen unter erschwerten Bedingungen auf und sind daher in ihrer Entwicklung gefährdet. Allerdings konnte mit der vorliegenden Arbeit gezeigt werden, dass erwachsene Nachkommen dennoch grösstenteils über ein gutes seelisches und soziales Wohlbefinden und einen stabilen Kohärenzsinn verfügen; ihre Entwicklung verlief resilient. Auf dem Hintergrund der Resilienztheorie wird die Lebenssituation betroffener Familien ausführlich beschrieben und prägende Protektiv- und Risikofaktoren isoliert. Im Entwicklungsverlauf betroffener Kinder sind Bindungs- und Fürsorgetrisiken, emotionale Belastungen und fehlende soziale Unterstützung matchentscheidend. Für die praktische Arbeit mit betroffenen Familien lässt sich daraus ableiten, dass ein integrativer netzwerkorientierter Ansatz gefordert ist. Die emotionale Belastung und soziale Isolation betroffener Kinder muss gemindert werden. Bindung und Beziehung müssen gefördert und gestärkt werden.

Schlüsselbegriffe: Entwicklungsverlauf von Nachkommen psychisch kranker Eltern; Resilienz; Kohärenzsinn; Wohlbefinden; Protektivfaktoren / Risikofaktoren; Bindung; Emotionale Belastung; Soziale Unterstützung.

Summary: Children psychically of ill parents - social environments of affected families at that time and today

Children of adults with serious mental illness grow under difficult living conditions and are therefore threatened in their development. Contradictory to the amount of developmental risk, most of the grown up children of mentally ill parents show a stable sense of coherence and a good emotional and social quality of life. Resilience did happen. Considering resilience the living conditions of families with a mental ill parent are described. The influence of risk and protective factors on the development of related children is the main issue of this research. Particularly decisive for a resilient development are a strong attachment and supportive relations to others. Children at risk show high emotional burden and the absence of supportive relations during their childhood. The findings suggest integrative interventions to lessen emotional burden and social isolation and to foster and strengthen attachment and social bounds.

Keywords: Developmental path children of adults with serious mental illness; Resilience; Sense of Coherence; Quality of life; Protective factors / risk factors; Attachment; Emotional Burden; Social support.

<...> Zum Glück war's damals nicht zu spät

Wir haben uns verziehen, der Wind hat sich gelegt

Das ist alles so lange her

So unendlich weit weg

Doch es fällt mir nicht schwer

Mich zu erinnern wie's beim letzten Mal war

Als wir uns noch sahen

Da draussen vor der Tür <...>

Ein Ausschnitt aus *Draussen vor der Tür*,

Die Toten Hosen BallastDerRepublik, 2012

Für Ruth
Lia und Avelina

Ein warmes Dankeschön

Allen betroffenen Kindern, die sich an dieser Studie beteiligt haben.

Allen erkrankten Eltern, die den Kontakt zu ihren Kindern ermöglicht haben.

Herrn Professor Guy Bodenmann für seine langjährige Betreuung und Bestärkung.

Herrn Professor Markus A. Landolt für seine Bereitschaft, die Arbeit als Co-Referent zu betreuen.

Frau Dr. PD Andrée Helminger für die fachlichen Anregungen bei der Ausarbeitung des Fragebogens.

Herrn Dr. Peter Hilpert und Herrn Dr. Rodolphe Dewarrat für den fachlichen Austausch und die statistischen Anregungen.

Frau Dr. Caroline Moor für den fachlichen Austausch und ihr freundschaftliches Mentoring.

Herrn Dr. med. et phil. Daniel Sollberger für sein Engagement und seine Betreuung, sowie Herrn Professor Walter Leimgruber und Frau Géraldine Widmer für die fruchtbare Zusammenarbeit.

Den Trainerinnen der Deutschen Gesellschaft für Tanz.

Meinem Freundinnen und Freunden.

Meinen Eltern, meinem Bruder und meinem Mann.

Meinen Töchtern, die dieser Arbeit eine ganz besondere Perspektive gegeben haben.

Abstract

Kinder psychisch kranker Eltern wachsen unter erschwerten Bedingungen auf. Sie sind in ihrer Entwicklung gefährdet. Wie gross diese Gefährdung ist und mit welchen anderen erschwerenden Bedingungen (z. B. Konflikte im Elternhaus, Armut, Stigmatisierung, Kriegserfahrung) sie einhergeht oder zu vergleichen ist, lässt sich bisher nur aus Einzelfallstudien sagen.

Weshalb bilden Kinder psychisch kranker Mütter oder Väter eine Risikogruppe? Als man über Kinder psychisch kranker Eltern zu forschen begann, beantwortete man diese Frage mit der These der Vererbbarkeit psychiatrischer Störungen. Ein umfangreicher Forschungskorpus aus den letzten zwanzig Jahren hat aufgezeigt, dass betroffene Kinder psychisch kranker Eltern öfters als Kinder psychisch gesunder Eltern selbst im Laufe ihres Lebens psychisch erkranken (Hancock, Mitrou, Shipley, Lawrence und Zubrick, 2013; Singh, D’Onofrio, Slutske, Turkheimer, Emery, Harden, Heath, Madden, Statham und Martin, 2011). Zudem zeigten die Befunde, dass die betroffenen Kinder nicht nur ein erhöhtes Krankheitsrisiko haben, sondern auch Entwicklungsstörungen wie psychopathologische Auffälligkeiten, Störungen im Bereich des Sozialverhaltens, Aufmerksamkeits- und Denkstörungen und neurologische Auffälligkeiten aufweisen (Rutter und Quinton, 1984; Langrock et al., 2002; Oyserman, Mowbray, Meares und Firminger, 2000; eine Übersicht: Renschmidt und Mattejat, 1994; Mattejat, Wüthrich & Renschmidt, 2000; Wiegand-Greve, Mattejat und Lenz, 2011). Diese Ergebnisse regten an, den Entwicklungsverlauf betroffener Kinder näher zu untersuchen.

Es zeigte sich zudem, dass die genetische Prädisposition für eine psychische Erkrankung durch vielfältige Einflussfaktoren moderiert wird. Eine genetische Vulnerabilität führt noch nicht zur Erkrankung. Neurobiologische Prozesse, soziale Erfahrungen und biografische Entwicklungen sind oft die besseren Indikatoren für den Ausbruch einer psychischen Erkrankung als die genetische Prädisposition (Hammen, 2003).

Aber wenn nicht die genetische Vulnerabilität abschliessend beantwortet, weshalb die Entwicklung betroffener Kinder gefährdet ist, welche Faktoren sind dann mitbeteiligt? Beleuchtet man die Situation betroffener Familien, zeigen sich drei Erklärungsansätze:

- Erstens erschwert eine elterliche psychische Erkrankung das Bindungsverhalten zwischen Eltern und Kind. Diese Risiken werden im vorliegenden Text als Bindungsrisiken dargestellt.
- Zweitens schränkt eine psychische Erkrankung die elterliche und familiäre Funktionsfähigkeit ein. Psychisch kranke Eltern können unter gewissen Voraussetzungen ihre Elternrolle nicht genügend wahrnehmen, das Kind leidet z. B. unter der emotionalen Abwesenheit der depressiven Mutter oder unter der belastenden Familienatmosphäre. Die-

se Risiken werden im vorliegenden Text als Fürsorgerisiken behandelt und lassen sich meist nicht abschliessend von den Bindungsrisiken unterscheiden.

- Drittens haben betroffene Kinder eine höhere Wahrscheinlichkeit, im Verlauf ihres Lebens von weiteren (generellen) Risiken betroffen zu sein: Von sozialem Ausschluss, schweren und kritischen Lebensereignissen. Darunter fallen z. B. Trennungen, Todesfälle oder Arbeitslosigkeit der Eltern.

Dank Ergebnissen der Resilienzforschung wissen wir heute, dass positive Entwicklungsverläufe unter erschwerten Bedingungen möglich sind und längst nicht alle betroffenen Kinder auffällig werden (z. B. Rutter und Quinton, 1984). Es gelingt vielen Nachkommen, ihre Identität zu festigen und Entwicklungsschritte im entsprechenden Tempo zu machen. Protektivfaktoren wie soziale Unterstützung, Wissen und Kohärenz u.a. sind bekannt. Einsamkeit kann durch Begleitung, Sorgen durch Beruhigung, Andersartigkeit durch Solidaritätserfahrungen, Ungewissheit durch Sicherheit, Überforderung durch Kompetenz und Belastung durch Unterstützung gemindert werden (Petzold, 2003).

Welche Faktoren ein Kind befähigen, seine Situation zu bewältigen und sich „normentsprechend“ zu entwickeln, ist nicht abschliessend geklärt (für eine Übersicht z. B. Lenz und Kuhn, 2011). Um das Entwicklungsrisiko und die Entwicklungschancen der betroffenen Kinder einzuschätzen, braucht es multifaktorielle Ansätze, die neben Risiken auch Schutzfaktoren und Ressourcen berücksichtigen und ihrem komplexen Zusammenspiel Rechnung tragen. Möglicherweise kann die Komplexität dadurch verringert werden, dass einigen wenigen Ressourcen und Protektivfaktoren grosse Bedeutung zukommt, während andere Faktoren nur einen verschwindend kleinen Einfluss haben.

Entwicklung findet vom Säuglingsalter bis ins hohe Senium statt und kann immer wieder andere Wendungen nehmen (z. B. Petzold, 2003). So wechseln sich Resilienz und Vulnerabilität auf der Lebensachse ab. „Einmal resilient, immer resilient“ ist genauso unzutreffend wie „einmal vulnerabel, immer vulnerabel“. Resilienz und Vulnerabilität sind das Resultat eines multifaktoriellen Prozesses über die Zeit hinweg.

Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Forschungsarbeit ist die Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Mütter oder Väter. Da es eine der ersten quantitativen Studien zur Situation Kinder psychisch kranker Eltern ist, soll damit das Feld abgesteckt und Wissen über die Situation betroffener Kinder zusammentragen werden. In einem zweiten Schritt wird der Frage nachgegangen, welchen Risiken und Chancen betroffene Nachkommen im Verlauf ihrer Entwicklung ausgesetzt waren und welchen Einfluss ebendiese Belastungen auf ihren Kohärenzsinn und ihr Wohlbefinden im Erwachsenenalter hatten.

Bei der Konzeption dieser Arbeit gaben qualitative Untersuchungsergebnisse die Richtung vor. Es wurde davon ausgegangen, dass Bindungs- und Fürsorgerisiken sowie generelle Risiko- und Protektivfaktoren in der Kindheit und Jugend betroffener Nachkommen einen massgeblichen Einfluss auf ihre spätere Identitätsbildung, ihren Kohärenzsinn, ihr seelisches und soziales Wohlbefinden im Erwachsenenalter haben.

Folgende Einflussfaktoren wurden untersucht:

- Krankheitsbedingte Risiken (Diagnose, Anzahl und Art der Hospitalisierung des Elternteils)
- Fürsorgerisiken wie die Familienkommunikation, das familiäre Klima, die Beziehung der Eltern zueinander sowie die Anwesenheit eines gesunden Elternteils
- Generelle Risiko- und Protektivfaktoren wie Krankheitswissen, instrumentelle und emotionale Belastungen, soziale Integration und Unterstützung sowie Stigmatisierungserfahrungen

Diese Fragestellungen wurden mittels einer strukturierten quantitativen Erhebung mit Fragebögen retrospektiv untersucht. Die Stichprobe umfasst 96 Personen.

Zusammengefasst zeigen die wichtigsten Befunde der vorliegenden Studie:

- Ein grosser Teil der Nachkommen hat sich resilient entwickelt. Die Mehrheit verfügt über ein gutes seelisches und soziales Wohlbefinden, einen stabilen Kohärenzsinn und eine gefestigte Identität.
- Die positiven Entwicklungsverläufe konnten trotz hohen Belastungen in der Kindheit und Jugend der Betroffenen beobachtet werden.
- Besonders schwer wogen in der Kindheit und Jugend der Betroffenen Bindungs- und Fürsorgerisiken, emotionale Belastungen, fehlende soziale Unterstützung sowie schwere Verlusterfahrungen in der Kindheit und Jugend.

Aus den vorliegenden Befunden lässt sich für die praktische Arbeit zusammengefasst ableiten, dass elterliche und familiäre Fähigkeiten psychisch kranker Eltern und ihrer Partner/-innen gefördert und unterstützt werden müssen, um betroffene Kinder zu entlasten. Dabei können Stresspräventionsprogramme für betroffene Paare und Programme zur Förderung von Bindung und elterlicher Erziehungsfähigkeiten erkrankten Eltern wichtige und griffige Massnahmen sein. Zudem ist der Aufbau eines tragfähigen Netzes für sozial wenig unterstützte Familien wesentlich. Gerade Kinder, die durch die elterliche Erkrankung und die familiäre Situation schwer belastet sind, erhalten sehr wenig soziale Unterstützung. Da fällt institutionellen Unterstützungs-

angeboten eine wichtige Rolle zu. Betroffene Kinder wünschen sich mehr Unterstützung, können dies aber meist nicht äussern oder einfordern.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	9
I Theoretischer Hintergrund	13
1. Resilienz.....	14
1.1 Definition und Messung von Resilienz	14
1.2 Resilienz von Kindern psychisch kranker Eltern	15
2. Bindung, Fürsorge und Elternschaft	16
2.1 Definition von Bindung.....	16
2.2 Die Mutter als Bindungsideal oder Bindungsmodell.....	18
2.3 Geschlecht des erkrankten Elternteils	18
2.4 Bindungs- und Fürsorgerisiken.....	19
2.4.1 Krankheitsspezifische Bindungs-und Fürsorgerisiken	20
2.4.2 Familienkommunikation	22
2.4.3 Familienklima	23
2.4.4 Anwesenheit einer gesunden Bindungsperson.....	26
3. Generelle Belastungsrisiken und Chancen	27
3.1 Definition von Protektiv- und Risikofaktoren.....	28
3.2 Kategorisierung von Protektiv- und Risikofaktoren	28
3.3 (Epi-)Genetische Faktoren.....	30
3.4 Geschlecht des Kindes.....	31
3.5 Krankheitswissen betroffener Kinder	31
3.5.1 Wissensvermittlung durch Fachpersonen der Erwachsenenpsychiatrie	32
3.5.2 Erfahrungswissen des betroffenen Kindes.....	33
3.5.3 Krankheitsverständnis der betroffenen Kinder.....	34
3.6 Instrumentelle und emotionale Belastung betroffener Kinder	35
3.6.1 Instrumentelle Belastungen	36
3.6.2 Emotionale Belastungen	36
3.7 Soziale Integration und Unterstützungserfahrung betroffener Kinder	37
3.8 Sozialer Ausschluss und Stigmatisierungserfahrung betroffener Kinder.....	38
3.9 Critical Life Events und kumulative Risiken im Leben betroffener Kinder	40
4. Identität.....	42
4.1 Definition von Identität.....	42

4.2	Identitätsentwicklung betroffener Kinder	44
5.	Kohärenzsinn	45
5.1	Definition von Kohärenz.....	46
5.2	Kohärenz als Messwert für Trauma bei betroffenen Kinder.....	47
6.	Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden	48
6.1	Definition von Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden	48
6.2	Lebensqualität und Wohlbefinden betroffener Kinder	49
7.	Zusammenfassung.....	49
II	Empirische Untersuchung	52
1.	Projektorganisation	52
2.	Rekrutierung und Stichprobe	53
2.1	Rekrutierungsprozedere	53
2.2	Erhebungszeitpunkt und Rücklaufquote.....	54
2.3	Stichprobe	55
3.	Erhebungsinstrument.....	59
4.	Methodik der Datenauswertung	63
5.	Resultate.....	64
5.1	Deskriptive Analysen	65
5.2	Gruppenvergleiche.....	77
5.3	Korrelative Analysen	85
5.4	Parametrische Verfahren	91
III	Diskussion	93
1.	Limitierungen.....	94
2.	Diskussion.....	96
2.1	Bindungs- und Fürsorgerisiken.....	97
2.1.1	Krankheitsspezifische Bindungs-und Fürsorgerisiken.....	97
2.1.2	Familienkommunikation	99
2.1.3	Familienklima	100
2.1.4	Anwesenheit eines gesunden Elternteils	101
2.2	Generelle Belastungsrisiken und Chancen.....	102
2.2.1	Geschlecht des betroffenen Kindes	102
2.2.2	Krankheitswissen betroffener Kinder	103
2.2.3	Instrumentelle und emotionale Belastung betroffener Kinder	104
2.2.4	Soziale Integration, Unterstützung und Stigmatisierung betroffener Kinder	106

2.2.5	Critical Life Events und kumulative Risiken im Leben betroffener Kinder	108
2.2.6	Emotionale Belastungen und tägliche Stressoren im Erwachsenenalter	108
2.3	Identität, Kohärenzsinn und Wohlbefinden betroffener Nachkommen im Erwachsenenalter.....	109
3.	Ausblick und praktische Implikationen.....	112
	Bibliografie	114
	Anhang	124

<i>Tabelle 1 Übersicht über Kompensationsmechanismen, Risiko- und Protektivfaktoren, Defizite und Ressourcen frei nach Christiansen et al. (2014)</i>	29
<i>Tabelle 2 Übersicht über die fünf Säulen der Identität ergänzt mit eigenen Beispielen</i>	43
<i>Tabelle 3 Darstellung des Identitätsbildungsprozesses in vier Schritten nach Petzold (2003)</i>	44
<i>Tabelle 4 Rücklaufquote der Erhebung unterteilt nach elterlichem Geschlecht</i>	55
<i>Tabelle 5 Stichprobe nach Geschlecht der erkrankten Eltern und Nachkommen</i>	55
<i>Tabelle 6 Übersicht über die Familien- und Wohnform während Kindheit und Jugend</i>	57
<i>Tabelle 7 Verteilung der Diagnosen der Mütter und Väter</i>	58
<i>Tabelle 8 Kreuztabelle Kommunikation in der Familie versus Kommunikation ausser Haus</i>	65
<i>Tabelle 9 Kommunikation in und ausser Haus (Anzahl und gültige Prozente)</i>	66
<i>Tabelle 10 Zivilstand der Eltern während Kindheit und Jugend (Anzahl und gültige Prozente)</i>	67
<i>Tabelle 11 Familienklima (Anzahl und gültige Prozente)</i>	67
<i>Tabelle 12 Angaben, bei wem das Kind aufgewachsen ist mit Vergleichswerten des BFS</i>	68
<i>Tabelle 13 Krankheitswissen und –verständnis vermittelt durch Fachpersonen (Anzahl und gültige Prozente)</i> ..	69
<i>Tabelle 14 Instrumentelle Belastung in gültigen Prozenten nach Geschlecht des Kindes</i>	69
<i>Tabelle 15 Instrumentelle Belastung (Anzahl und gültige Prozente)</i>	69
<i>Tabelle 16 Emotionale Belastung (Anzahl und gültige Prozente)</i>	70
<i>Tabelle 17 Erhaltene Unterstützung nach Familienmodell</i>	71
<i>Tabelle 18 Soziale Integration, Unterstützung und Stigmatisierung (Anzahl und gültige Prozente)</i>	72
<i>Tabelle 19 Prozentuale Verteilung schwerer Lebensereignisse vor und nach dem 18. Lebensjahr</i>	72
<i>Tabelle 20 Kritische Lebensereignisse in den 12 Monaten vor der Befragung</i>	73
<i>Tabelle 21 Schwere Lebensereignisse und kritischer Lebensereignisse (CLE) (Anzahl und Prozente)</i>	73
<i>Tabelle 22 Kohärenzsinn Vergleich der Normwerte mit Befragungswerten</i>	75
<i>Tabelle 23 Elternschaft der befragten Nachkommen (% Werte in der Alterskategorie)</i>	76
<i>Tabelle 24 M-W U-Test Hospitalisierung und Diagnose</i>	77
<i>Tabelle 25 Tabelle 25: M-W U-Test FFE und Diagnose</i>	78
<i>Tabelle 26 M-W U-Test Emotionale Belastung und Diagnose</i>	78
<i>Tabelle 27 M-W U-Test Soziale Belastung und Diagnose</i>	79
<i>Tabelle 28 Mittelwerte der Abhängigen Variablen nach Diagnose des erkrankten Elternteils</i>	79
<i>Tabelle 29 M-W U-Test Kohärenzsinn SOC nach Diagnose</i>	79
<i>Tabelle 30 M-W U-Test Seelisches Wohlbefinden und Diagnose</i>	79
<i>Tabelle 31 M-W U-Test Soziales Wohlbefinden und Diagnose</i>	80
<i>Tabelle 32 M-W U-Test SOC und Zivilstand der Eltern</i>	80
<i>Tabelle 33 M-W U-Test seelisches Wohlbefinden und Zivilstand der Eltern</i>	80
<i>Tabelle 34 M-W U-Test soziales Wohlbefinden und Zivilstand der Eltern</i>	81
<i>Tabelle 35 M-W U-Test Kohärenzsinn SOC, seelisches und soziales Wohlbefinden mit –gesunder ET-</i>	81
<i>Tabelle 36 Mittelwerte der Abhängigen Variablen nach Geschlecht der Kinder und Eltern</i>	83
<i>Tabelle 37 M-W U-Test emotionale und soziale Belastung in Kindheit nach Wissensvermittlung</i>	83
<i>Tabelle 38 M-W U-Test Kohärenzsinn, seelisches und soziales Wohlbefinden nach Wissensvermittlung</i>	84
<i>Tabelle 39 Gruppenvergleiche nach schweren und kritischen Lebensereignissen mit Man-Whitney U-Test</i>	85
<i>Tabelle 40 Spearman-Rho Werte und Signifikanzen der unabhängigen Variablen mit Kohärenzsinn, psychischem und sozialem Wohlbefinden</i>	90
<i>Tabelle 41 Multiple Regressionsanalysen</i>	91
<i>Tabelle 42 Partielle Korrelationen</i>	92

I Theoretischer Hintergrund

Die vorliegende Untersuchung geht der Frage nach, welche Risiko- und Protektivfaktoren die Entwicklung von Kindern psychisch kranker Mütter oder Väter beeinflussen und schlussendlich ihr *Wohlbefinden* und ihren *Kohärenzsinn* bis ins Erwachsenenalter prägen. Dabei wird auf das Konzept der *Resilienz* zurückgegriffen, um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass Entwicklung auch unter erschwerten Bedingungen oft unauffällig verläuft und lebenslang möglich ist.

Erst wird das Konzept der *Resilienz* als der Untersuchung zugrunde liegendes Modell vorgestellt. Dann werden zwei Bereiche der Risiko- und Protektivfaktoren erläutert: *Bindungs- und Fürsorgerisiken* und *generelle Risiko- und Protektivfaktoren*. Es wird davon ausgegangen, dass die elterliche Erkrankung das Vorkommen genereller Risikofaktoren begünstigt, diese Risiken aber nicht krankheitsspezifisch sind, d. h. auch in nicht betroffenen Familien auftauchen (Risiken wie z. B. eine Trennung der Eltern). Abschliessend werden die Konzepte *Identität*, *Wohlbefinden* und *Kohärenz* vorgestellt. Sie sind in der vorliegenden Untersuchung die Entwicklungsparameter im Erwachsenenalter, d. h. die abhängigen Variablen in der Datenanalyse.

1. Resilienz

Resilienz hat als psychosoziales Konzept in den letzten vier Jahrzehnten zunehmend an Bedeutung gewonnen (für eine Übersicht Goldstein und Brooks, 2013; für eine historische Übersicht O'Dougherty Wright, Masten und Narayan, 2013; Luthar und Zelazo, 2003). Zahlreiche Forschende sind der Frage nachgegangen, warum sich gewisse Kinder unter erschwerten Lebensbedingungen bis ins Erwachsenenalter gesund entwickeln, während andere schwere Beeinträchtigungen und Entwicklungsdefizite davontragen oder erkranken.

1.1 Definition und Messung von Resilienz

„Resilience refers to positive outcomes, adaption, or the attainment of developmental milestones or competencies in the face of significant risk, adversity or stress.“ (Naglieri & LeBuffe, 2003, p. 108).

Resilienz wird sichtbar, wenn eine Person a) signifikantem Risiko oder erschwerten Bedingungen ausgesetzt ist oder war und b) typische Entwicklungsaufgaben erfolgreich lösen kann und keine chronische Beeinträchtigungen (psychische/somatische Krankheit) davonträgt (O'Dougherty et. al. 2013; Masten, 2001; Luthar et al., 2003). Sie zeigt sich erst im Verlauf eines Bewältigungs- oder Anpassungsprozesses und wird punktuell gemessen, z. B. am Entwicklungsstand betroffener Kinder.

Petzold (1993) definiert Gesundheit als individuellen Zustand auf einem Kontinuum menschlicher Existenz. Seine Definition ist prozessual ausgelegt und passt sehr gut zum Konzept der Resilienz (siehe auch Kapitel 6.1). Es gibt vielfältigste Ursachen von Krankheit und Gesundheit. Integration, Kohärenz und Zugehörigkeit sind basale Bestandteile von Gesundheitsprozessen, Fragmentierung und Dysregulation können zu Krankheit führen. Gesundung oder Erkrankung kann jederzeit stattfinden, allerdings gibt es (Lebens-) Abschnitte, in denen ein Mensch anfälliger ist als in anderen. Im Weiteren baut Entwicklung immer auf zuvor stattgefundenen Entwicklungsprozessen auf, gerade deshalb ist es bei frühen Entwicklungsdefiziten und gesundheitlichen Einschränkungen auch entscheidend, sie möglichst frühzeitig zu behandeln (Cummings, Davies und Campell, 2000). Resilienz in Familien mit einem psychisch kranken Mitglied kann an verschiedenen Faktoren gemessen werden: Gute physische und psychische Gesundheit, hohe Lebensqualität, hohe familiäre Funktionsfähigkeit, förderliches Familienklima, tiefere Belas-

tungswerte und eine bessere Beziehung der Familienmitglieder untereinander, um nur einige zu nennen (für eine Übersicht Zauszniewski, Bekhet und Suresky, 2014).

1.2 Resilienz von Kindern psychisch kranker Eltern

In den letzten Jahren wurde der Einfluss elterlicher psychischer Krankheit auf die kindliche Entwicklung untersucht (Goldstein et al., 2013; Lenz, 2005; Lenz und Jungbauer, 2008; Rutter und Quinton, 1984; Remschmidt und Mattejat, 1994; Wiegand-Grefe, Mattejat und Lenz, 2011). Wenn ein Elternteil erkrankt, kommt es oft zu kumulierten Risiken: Die Familie ist zum Beispiel nicht nur von einer psychischen Erkrankung, sondern auch von damit einhergehenden Beziehungsproblemen und Trennung der Eltern, sozialem Ausschluss, Arbeitsplatzverlust und finanziellen Schwierigkeiten betroffen. Damit werden isolierte Aussagen über die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf das Kind schwierig.

Trotz der belastenden Situation zuhause entwickeln sich viele Kinder unauffällig. Sie kompensieren oder/und bewältigen die anstehenden Schwierigkeiten. Ihre Persönlichkeiten reifen, ihre Fähigkeiten erweitern sich, und sie werden krisenerprobt. Entwicklungsverläufe sind aber nicht immer linear. Oft gelingt die Bewältigung einer Entwicklungsaufgabe erst später als im normbedingten Zeitfenster. Im Verlauf des Lebens, an „turning points“, kann durch die Erweiterung persönlicher Ressourcen oder situativer Unterstützung Nachreifung und Bewältigung vergangener Entwicklungsaufgaben möglich werden (Rutter, 2006; Petzold, 2003).

Die individuelle Basis für Resilienzprozesse wird möglicherweise schon in der Schwangerschaft und den ersten Lebensjahren gelegt. Eine gute (epi-)genetische Ausstattung und positive Erfahrungen mit stabilen Bezugspersonen in den ersten zwei Lebensjahren wirken im Verlauf des Lebens schützend (Ahnert, 2008). Gute Bindungserfahrung befähigt zu aktiver Problemlösung und Exploration, bildet Grundvertrauen und festigt die aktive Inanspruchnahme sozialer und emotionaler Unterstützung. Dadurch entstehen positive Rückkoppelungen. Neurobiologische Untersuchungen zeigen einen Zusammenhang zwischen elterlichem (Bindungs-) Verhalten und Veränderungen in der Hirnstruktur des Kindes. So zeigen sich schwere neurobiologische Veränderungen, inklusive Veränderungen am Hypocampus, bei mangelndem (mütterlichen) Kontakt in der ersten Lebenszeit (Weaver, Cervoni, Champagne et al., 2004). Kinder, die ihre schwierige Lebenssituation erfolgreich bewältigen konnten, zeichnen sich gemäss Werner (2003; 2013) dadurch aus, dass sie soziale Unterstützung erhalten haben, die ihre Fähigkeiten förderte, Risiken und Stress minderte und neue Erfahrung ermöglichte.

2. Bindung, Fürsorge und Elternschaft

Im Kapitel 1 wurde der Begriff der Resilienz erläutert. In diesem Kapitel werden Bindung, Fürsorge und Elternschaft als spezifische Protektiv- und Risikofaktoren, oder als Voraussetzung für gelingende Entwicklung besprochen.

2.1 Definition von Bindung

Bowlby (z. B. 1971) und Ainsworth (z. B. 1985) waren zwei Pioniere in der Definition und Erforschung des Bindungsbegriffs (für eine Übersicht Grossmann und Grossmann, 2003). Bowlby verstand unter Bindungsverhalten *„as what occurs when certain behavioural systems are activated. The behavioural systems themselves are believed to develop within the infant as a result of his interaction with his environment of evolutionary adaptedness, and especially of his interaction with the principal figure in that environment, namely his mother.“* (Bowlby, 1971, p. 224). Und *„jede Form des Verhaltens, das dazu führt, dass eine Person die Nähe irgendeines anderen differenzierten und bevorzugten Individuums, das gewöhnlich als stärker und /oder klüger empfunden wird, aufsucht oder beizubehalten versucht. Wenngleich das Bindungsverhalten während der Kindheit besonders deutlich sichtbar ist, wird angenommen, dass es für den Menschen von der Wiege bis zum Grabe charakteristisch ist.“* (Bowlby, 2011, S. 159-160). Im aktuellen Bindungsdiskurs stehen die Emotionsentwicklung und -steuerung und die Bildung einer *konstruktiven internalen Kohärenz* (Grossmann und Grossmann, 2004) als Resultate gelungener Bindung im Zentrum (Grossmann, 2008). Bindung entsteht wechselseitig, nicht nur ist der Säugling an seine Bindungsperson, sondern auch die Bindungsperson an den Säugling gebunden. Die Bezugsperson(en) des Säuglings möchte(n) elementar seinen Bedürfnissen Rechnung tragen. Dies gelingt nach Ainsworth (1974 in Grossmann et al., 2003, S. 414), wenn die Bezugsperson a) die Signale des Säuglings /des Kindes wahrnimmt, b) richtig interpretiert und c) entsprechend und d) prompt darauf reagieren kann. In diesem Zusammenhang spricht man in der Säuglingsforschung von der „Feinfühligkeit“ der Mutter¹. Ainsworth definiert sie durch vier Merkmale (Ainsworth, 1974, zitiert nach Grossmann, 2008, S. 32):

¹ Als Bezugsperson, die real die meiste Zeit mit dem Säugling verbringt und deren Interaktionen am besten erforscht sind. An ihre Stelle kann aber auch eine andere Bindungsperson, z. B. der Vater treten.

a) *Feinfühlig*e Mütter haben ihr Kind aufmerksam im Blick und verfügen über keine zu hohe Wahrnehmungsschwelle.

b) Sie interpretieren die Äusserungen des Säuglings richtig (Perspektivenwechsel).

c) Sie zeichnet sich aus durch die *prompte Reaktion* – damit der Säugling eine Verbindung zwischen seinem Verhalten und dem Spannung mildernden Effekt der mütterlichen Handlung in seinem Gedächtnis knüpfen kann, die ein erstes Gefühl der eigenen Effektivität im Gegensatz zur Hilflosigkeit vermittelt.

d) Ihre Reaktion ist angemessen – damit der Säugling die Qualität der Wirkung seiner Signale differenziert einzusetzen lernt, die im Einklang mit seinen Bedürfnissen und Entwicklungsprozessen steht.

Bindungstheoretisch verstandene Anpassung ermöglicht dem Kind die Bildung einer „konstruktiven internalen Kohärenz“ im Verlaufe seiner Entwicklung (Grossmann et al., 2004). Ein Kind mit positiver Bindungsrepräsentation *empfindet sich als wert, Hilfe zu erhalten, und kann dies auch deutlich seinen Bindungspersonen mitteilen. Es kann seine negativen Gefühle mit Worten erklären und „weiss“, wie negative Gefühle und äussere Widrigkeiten zusammenpassen. Es orientiert sich deshalb eher angemessen an der Wirklichkeit und kann – trotz belastender Gefühle – zielorientiert planen und handeln (Grossmann, 2008).*

Die durch Feinfühligkeit zustande kommende Bindung fördert das Kind in seiner emotionalen, sozialen und physischen Entwicklung und schützt es vor Beeinträchtigungen in den Folgejahren (Ahnert, 2008). So sind Bindungsmuster massgeblich an der Identitätsentwicklung beteiligt (Ahnert, 2008). Bindung wird (bestenfalls prospektiv) gemessen *am Bestehen* (oder an der Abwesenheit) *psychiatrischer Störung (gegenwärtiges Funktionieren), am Bestehen grösserer oder geringerer Verletzlichkeit gegenüber unangenehmen Lebensereignissen oder Situationen (Persönlichkeitsstruktur) unter Berücksichtigung angeborener Unterschiede (Grossmann, 2008, S.23).*

Einschränkungen in der Feinfühligkeit und Erziehungsfunktion haben einen signifikanten Einfluss auf die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Erkrankungen der betroffenen Kinder (Lexow, Wiese und Hahlweg, 2008; Hall, 2004; Murray 1992). Reininghaus und Jungbauer (Jungbauer, 2010) beschreiben diese Problematik sehr alltagsnah als misslungene Passung zwischen Kind und Elternhaus /Umwelt und greifen dabei auf das *Fit-Misfit-Modell* (Largo, 2000) zurück.

2.2 Die Mutter als Bindungsideal oder Bindungsmodell

Lange Zeit ist man von einem idealisierten und einseitigen Elternbild ausgegangen: Die Mutter, die liebend und feinfühlig immerfort für ihr Kind sorgt. Die ideale Mutter wurde als Voraussetzung für ein gesundes und unauffälliges Kind, für eine sichere Bindung und eine warme Beziehung gesehen. Der Vater wurde in dieser Betrachtungsweise bestenfalls als Ernährer und als Quelle für Abenteuer und Spiel wahrgenommen. Umgekehrt suchte man bei Problemen der Kinder (z. B. psychische Krankheiten oder Verhaltensauffälligkeiten) die Ursache bei der Mutter (Stichwort „schizophrenic mother“).

Vieles hat sich seither gewandelt. Die Bindungsforschung zeigt, dass ein Kind idealerweise mehrere Bindungspersonen hat. Die Mutter ist nicht zwingend die erste Bindungsperson (Ahnert, 2008). Mit dieser Erkenntnis zerfällt die theoretische Grundlage einer starren Rollenaufteilung. Väter und Mütter können gleichermassen für ihre Kinder sorgen: Sie können mit ihnen spielen, sie ernähren und kleiden, ihnen emotionale und körperliche Nähe vermitteln, mit ihnen lernen. Sie begleiten das Kind auf seinem Weg. Dieser Forschungsansatz zeigte aber auch auf, dass Kinder nicht ausschliesslich innerfamiliär gebunden sein müssen: Grosseltern, Krippenpersonal, Lehrpersonen, Paten oder Bekannte der Familie sind oft wichtige Bezugs- und bestenfalls auch Bindungspersonen der Kinder (Ahnert, 2008). Kinder benötigen in ihrer Entwicklung keine idealen, sondern genügend gute anwesende Bezugspersonen.

So zentral genügend gute Bindungserfahrungen für die kindliche Entwicklung (insbesondere für die Entwicklung psychischer Sicherheit) sind, so besteht doch die Möglichkeit der Modifikation über die Lebensspanne. Schon Bowlby (1971a) verwies darauf, dass das Bindungsverhalten zwar in den ersten Lebensjahren besonders sichtbar ist, Bindung aber über die Lebensspanne hinweg bestehen und veränderbar bleibt. Im besten Fall machen wir nicht nur in den ersten Lebensjahren mit unseren Eltern, sondern mit vielen unterschiedlichen Bezugspersonen über die Lebensspanne hinweg wohlwollende Bindungserfahrungen. Dabei werden ältere Erfahrungen durch neuere modifiziert (Bowlby, 1971; Petzold, 2003).

2.3 Geschlecht des erkrankten Elternteils

Trotz neuer Befunde der Bindungsforschung, die aufzeigen, dass Mutter *und* Vater dem Kind Bindungserfahrungen mitgeben und eine flexible Rollenaufteilung durchaus möglich ist, sieht

der Alltag (in der Schweiz) oft eine starre Rollenaufteilung vor (Bundesamt für Statistik, Schweizerische Arbeitskräfteerhebung SAKE, Aktualisierung 2014²). Es ist daher anzunehmen, dass es einen Unterschied macht, ob Mutter oder Vater erkrankt und in der elterlichen Rolle und Feinfühligkeit eingeschränkt ist.

Rutter et al. (1984) fanden in ihrer Untersuchung heraus, dass Kinder mit demselben Geschlecht wie der erkrankte Elternteil ein höheres Risiko für Verhaltensauffälligkeiten haben. Sie begründen diesen Befund mit der Identitätsentwicklung, bzw. dem Identifikationsprozess des betroffenen Kindes. Abraham und Stein (2010) zeigen auf, dass Kinder psychisch kranker Mütter besonders davon profitieren, wenn sie Kontakt zum gesunden Vater pflegen und ihm emotional nahe stehen. Bei kranken Vätern und deren Kindern konnte dieser Zusammenhang nicht aufgezeigt werden.

2.4 Bindungs- und Fürsorgerisiken

Gelingt es der erkrankten Mutter oder dem erkrankten Vater während einer Krankheitsphase, die elterliche Feinfühligkeit aufrecht zu erhalten und die Elternrolle weiterhin adäquat auszuüben, ist das Kind in seiner Entwicklung bestmöglich geschützt (für eine Übersicht: Hall, 2004; Hill, 2004; Seifer, Sameroff, Dickstein und Hayden, 1996; Sameroff, Seifer und Bartko, 1997; Sameroff et al., 1982). Psychische Störungen beschneiden aber oft die elterliche Feinfühligkeit (für eine Übersicht: Ziegenheim und Denke, 2014 und Oyserman, Mowbray, Meares und Firminger, 2015; Lexow et al., 2008). Ausgeprägte psychiatrische Symptomatik, nicht ausreichende individuelle und familiäre Ressourcen, widrige soziale und kulturelle Umstände verunmöglichen ausreichende elterliche Feinfühligkeit und „adäquates“ Parenting. Die Emotionalität des erkrankten Elternteils überlagert die Emotionalität des Kindes, und es bestehen Defizite in der Emotionswahrnehmung und -verarbeitung (Schmid, Grieb & Kölch, 2011). Die Erkrankung verändert kurzfristig die Feinfühligkeit und das Parenting und langfristig die Beziehung (und Bindung) zwischen dem erkrankten Elternteil und dem Kind (Rutter et al., 1984). Langrock et al., (2002) gehen davon aus, dass erkrankte Eltern zwischen den Polen *Rückzug* und *intrusivem Verhalten* hin und her pendeln. Dadurch wird der erkrankte Elternteil inkonsistent und für das Kind im Verhalten nicht mehr voraussehbar und verständlich. Deneke und Lucas (2008) reihen vorherrschende Interaktionsstile auf, die sie zwischen psychisch

² <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/05/blank/key/Vereinbarkeit/04.html>

kranken Eltern und ihren Kindern beobachtet haben, so z. B. Unterstimulation, verminderte Responsivität, Überstimulation, Feindseligkeit, aber auch ungestörte Interaktionen.

Darüber hinaus beeinflussen elterliche Kindheitserfahrungen, Bindungsmuster und Partnerschaftskonflikte zusätzlich die Qualität der Paarbeziehung (Gagliardi, Bodenmann, Heinrichs, Bertoni, Iafrate und Donato, 2013) und der Eltern-Kind-Beziehung (für eine Übersicht Perrez und Bodenmann, 2009; Oyserman et al., 2015; Murray, 1992; Lexow et al., 2008). Die elterliche Krankheit verändert die familiäre Situation und den Kontext, in dem das betroffene Kind aufwächst (Pretis und Dimova, 2004; Seifer et al., 1996; Sameroff et al., 1997).

Eltern sorgen sich meist, wenn ihre elterliche Funktionsfähigkeit eingeschränkt wird. Als Elternteil können sie z. B. einen Elternabend in der Schule oder das gemeinsame Spiel nicht wahrnehmen (Stallard, Norman, Huline-Dickens, Salter und Cribb, 2004). Sie realisieren, dass ihre Kinder unter den Folgen der Erkrankung leiden (Stallard et al., 2004). Sie sind verunsichert, was ihr eigenes Erziehungsverhalten betrifft, und geraten deshalb auch häufiger in Streit mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin (Lexow et al., 2008).

2.4.1 Krankheitsspezifische Bindungs-und Fürsorgerisiken

Eine Einschränkung der Feinfühligkeit und der elterlichen Performanz ist wahrscheinlich bei allen psychiatrischen Störungsbildern mit einem gewissen Schweregrad zu finden. Wiegand-Grefe, Geers, Petermann und Plass (2010) fanden einen Unterschied hinsichtlich der Diagnose des Elternteils, allerdings waren die Auswirkungen auf die Kinder vergleichbar, wenn der Elternteil an einer Schizophrenie oder an einer chronisch affektiven Erkrankung litt. Cummings, Davies et al. (2000) geben eine Übersicht über das Zusammenspiel zwischen elterlicher Symptomatik, elterlichem Funktionsniveau und den Entwicklungseinbußen der Kinder. Mehr Forschung wird zeigen, ob der Schweregrad der Erkrankung oder die spezifische Symptomatik für die Einschränkung der Elternfunktion entscheidender sind.

Im Rahmen dieser Studie wurden zur besseren Vergleichbarkeit zwei chronische Störungsbilder ausgewählt, die auch in qualitativen Studien gut untersucht sind. Die befragten Elternteile litten mit wenigen zufälligen Ausnahmen entweder an einer (chronischen) Schizophrenie oder an einer chronisch affektiven Erkrankung (depressive oder bipolare Störung).

Krankheitsverlauf

Schwere und chronische Krankheitsverläufe wirken für ein Familiensystem und die betroffenen Kinder belastender als einmalige, leichte Verläufe (Hammen, 1990; Cornish, McMahon, Ungerer, Barnett, Kowalenko und Tennant, 2005). Der Schweregrad einer Krankheit kann z. B. an der Krankheitsdauer oder an der Schwere der Symptome gemessen werden. Es ist leicht nachvollziehbar, dass eine einmalige Krankheitsepisode sowohl für das Kind, als auch die Familie weniger belastend ist als eine chronische Erkrankung. Aber es ist auch anzunehmen, dass der Schweregrad der Symptome gerade für die elterliche Funktionsfähigkeit ein wesentlicher Indikator ist. Eine leicht depressive Mutter kann oft ihre Rolle als Mutter nach wie vor erfüllen, während sie in schweren Episoden keine aktive Rolle mehr einnehmen könnte. Kommt hinzu, dass möglicherweise neben krankheitspezifischen auch individuelle Faktoren berücksichtigt werden müssen. Wiegand-Grefe et al. (2010) verweisen darauf, dass Kinder, die länger und intensiver einer elterlichen Krankheit ausgesetzt sind, möglicherweise auch über ausgereifte(re) Bewältigungsstrategien verfügen, die Belastungen minimieren und Resilienz sichtbar machen.

Hospitalisierung und Einweisungen gegen den Willen der erkrankten Person

Die Hospitalisierung eines Elternteils kann für die betroffenen Familienmitglieder eine grosse Belastung sein. Ist sie weder geplant noch beruht sie auf freiwilliger Basis, löst sie meist Unsicherheit, Kontrollverlust und Grenzverletzungen aus und bringt Informationsmängel mit sich. Dies geschieht nicht nur dem erkrankten Elternteil, sondern allen anwesenden Familienangehörigen. Shachnow (1987) gibt eine Übersicht über die mit einer Hospitalisierung einhergehenden Folgen für die Kinder.

Andererseits geht sie mit einer Trennung vom erkrankten Elternteil, manchmal auch von beiden einher (z. B. wenn das Kind bei Familienangehörigen oder Freunden untergebracht wird). Die Trennung dauert je nach Schweregrad der Krankheit und Behandlungssetting einige Stunden bis mehrere Wochen. Kinder können diese Trennung ambivalent erleben: Sie sind verunsichert und traurig über die Trennung, aber auch erleichtert über die Beendigung der bisherigen belastenden Situation zuhause (Lenz, 2005).

Verschiedene Faktoren führen dazu, dass diese Trennung für das betroffene Kind zu einer zusätzlichen Belastung wird und möglicherweise die Bindung des Kindes erschüttert:

- Fehlende Vorbereitung und Information über die bevorstehende Klinikeinweisung
- Die Einweisung erfolgt gegen den Willen der erkrankten Person (und im Beisein des Kindes)

- Vor oder während der Einweisung kommt es zu einer Eskalation der Situation
- Fehlende Kontaktmöglichkeiten während des Klinikaufenthaltes (Besuche, Telefonate, Briefwechsel, Erzählungen von jemandem, der zu Besuch war)
- Fehlende Möglichkeit, sich über den Ort des Verbleibens des Elternteils und die Art der Behandlung ein Bild zu machen

Lenz (2005) zeigte auf, dass Kinder durch Elternbesuche in der Klinik oft entlastet wurden und die erkrankte Person in ihrer Elternrolle gefördert werden konnte.

Eine Hospitalisierung bietet aber immer auch die Möglichkeit, mit einer in Isolation geratenen Familie Kontakt zu knüpfen und Unterstützungsangebote einzurichten. Probleme werden familienextern sichtbar, alle Beteiligten können für die Bewältigung der Situation einbezogen werden, und Kinder können externe Unterstützung erfahren (Shachnow, 1987).

2.4.2 Familienkommunikation

Ein besonderes Augenmerk haben Remschmidt et al. (1994) auf abweichendes Kommunikationsverhalten in der Familie gelegt. Bei externem Stress verschlechtert sich z. B. die Kommunikation in einer Partnerschaft (Bodenmann 2005). Für die Entwicklung des Kindes ist ein ungestörtes Kommunikationsfeld, das einen gemeinsamen Aufmerksamkeitsfokus hat, wesentlich. Kinder benötigen Erklärungen zur Krankheit und zu ihren Folgen für die Familie (Sollberger, 2000). Sonst besteht die Gefahr, dass Kinder sich selbst als Verursachende der elterlichen Erkrankung oder der familiären Belastungen sehen. Dies insbesondere, wenn die elterliche Krankheit seit der frühen Kindheit besteht, d. h. schon in der egozentrischen Phase des Kindes (Glenn & Stiel-Glenn, 2003).

Insbesondere bei Inhalten, die im weiten Sinne mit der Krankheit zu tun haben, kann Eltern eine offene und kindgerechte Kommunikation schwer fallen. Die Schwierigkeit der Eltern, mit ihren Kindern über die Erkrankung und deren Folgen zu sprechen, kann verschiedene Ursachen haben: Verleugnung und Abspaltung der Symptomatik oder der Behandlungsnotwendigkeit, fehlende Krankheitseinsicht, vermeidende Bewältigungsstrategien oder eine tabuisierende Haltung. Sie können sich vor der „Veröffentlichung“ der familiären Situation fürchten, da sie mit Verlust der elterlichen Funktionsfähigkeit konnotiert ist (und mit Angst vor Sorgerechtsentzug, Fremdplatzierung des Kindes, etc. verbunden wird), oder sie schweigen aus Stigma-

Antizipation³ (Schone und Wagenblass, 2002; Sollberger, Byland und Widmer, 2007; Stallard et al., 2004). Oft aber sind die Ursachen viel trivialer: Den Eltern fehlt Wissen über und eine kindgerechte Sprache für die Erkrankung, sie möchten ihre Kinder nicht zusätzlich belasten, oder ihnen fehlt ganz generell die Übung, über gesellschaftlich schwierige Themen zu sprechen⁴.

Betroffene Familien sprechen untereinander kaum über die elterliche Erkrankung (Sollberger et al., 2007). Das familiäre Schweigen kann längerfristig in einem Tabu münden. Kinder lernen, dass die elterliche Erkrankung nicht angesprochen werden kann und übertragen diese Regel auf ihre familienexterne Kommunikation (insbesondere mit Erwachsenen). Das Ansprechen der familiären Situation gegenüber der Lehrerin, dem Nachbarn oder einer Freundin kann einer Verrat der Familie gleichkommen. Es ist eine Verletzung der familiären Loyalität (Schone et al., 2002).

2.4.3 Familienklima

In diesem Kapitel wird auf zwei Aspekte des familiären Klimas eingegangen: Es sind dies das familiäre Funktionsniveau und die Familienatmosphäre. Eine psychische Erkrankung beeinflusst alle Familienmitglieder, denn der Familienalltag, die familiären Bedürfnisse und die Familienatmosphäre verändern sich. Es gibt einen grossen Forschungskontext über die Folgen einer psychischen Erkrankung des eigenen Kindes (Dale, 1990; Pakeham und Cox, 2013; Bibou-Nakou, Dikaiou und Bairactaris, 1997; Hoenig und Hamilton, 1966) oder des Partners, der Partnerin (Bodenmann, 2009; Jungbauer & Angermeyer, 2002). Durch eine Erkrankung entstehen instrumentelle und emotionale Belastungen: finanzielle Engpässe, zusätzliche Aufgaben, Betreuungspflichten, Sorgen, Schamgefühle oder Ängste. Dazu kommen oft auch soziale Belastungen wie Beziehungsabbrüche oder Vernachlässigung der eigenen sozialen Bedürfnisse. Die Beziehung(en) der Familienmitglieder verändert sich und neue Bewältigungsformen werden nötig (Jungbauer et al., 2002). Durch erfolgreiche Bewältigung kann es zu positiven Folgen kommen: Die Erfahrung von Solidarität und Unterstützung, eine Zunahme der Sensibilität und Toleranz anderen Menschen gegenüber, ein engerer Zusammenhalt in der Familie, eine Vertiefung des Glaubens oder eine generelle psychische Erstärkung durch den Zuwachs an Bewältigungsstrategien und Gelassenheit.

³ „Wenn wir die Erkrankung nicht benennen, merkt auch niemand etwas davon und unser Kind wird z. B. in der Schule nicht gehänselt“.

⁴ Man muss nicht weit suchen, um zu sehen, wie vielen Familien dies schwer fällt. Man denke nur an ein relativ allgegenwärtiges Thema wie Sexualität: Vielen Eltern fällt es schwer, eine kindgerechte Sprache dafür zu finden.

Das familiäre Funktionsniveau

Im Kapitel über Bindung wurde ausgeführt, dass die elterliche Krankheit nicht per se das elterliche Funktionsniveau einschränkt. So gefährdet die elterliche Krankheit nur dann das Kindeswohl, wenn die elterliche Beziehungsfähigkeit gestört und das elterliche und familiäre Funktionsniveau eingeschränkt wird. Die elterliche Krankheit korreliert nicht nur mit dem elterlichen, sondern auch mit dem familiären Funktionsniveau (für eine ausführliche Übersicht: Cummings et al., 2000; Inoff-Germain, Nottelmann und Radke-Yarrow, 2007; Seifer, Dickstein, Sameroff, Magee & Hayden, 2001; Barret, Rapee, Dadds und Ryan, 1997). Die Beziehung zwischen den Eltern leidet. Eine psychische Destabilisierung oder Krankheit belastet und verändert die Partnerschaft (Bodenmann, 2009). In Familien mit einem psychisch kranken Elternteil kommt es öfters als in anderen Familien zu Ehekonflikten, Trennung und Scheidung (Rutter et al., 1984; Bauman, 2000; Remschmidt et al., 1994; Cummings und Davies, 1992; Cummings et al., 2000; Mowbray, Oyserman und Ross, 1995). Die elterliche Krankheit kann vermehrt zu Paar- und Familienkonflikten führen und so indirekt die kindliche Entwicklung gefährden (McElwain und Volling, 1999; Cummings et al., 2000). Externer Stress vermindert die Kommunikationsfähigkeit und Beziehungsqualität der Eltern. Die Häufigkeit des kindlichen Problemverhaltens steigt (Cina und Bodenmann, 2009). Die Beziehung zwischen den Eltern beeinflusst das kindliche Wohlbefinden (für eine Übersicht: Perrez et al., 2009; Hammen, 2003; Rutter et al., 1984) und gilt, wenn sie kriselt, als Stressor für das Kind (Perrez et al., 2009).

Die Zusammenhänge zwischen dem elterlichen und familiären Funktionsniveau, der Partnerschaftsqualität und der kindlichen Entwicklung sind nachweisbar, aber nicht abschliessend geklärt (für eine Übersicht Zemp und Bodenmann, 2015; Perrez et al., 2009; Cina et al., 2009; Cummings et al., 2000).

Die Familienatmosphäre: Der wohlwollende oder hostile Umgang untereinander

Einige Studien haben bei der Beschreibung des Familienklimas auf den Begriff der *Expressed Emotions* (Vaughn und Leff, 1976) zurückgegriffen. Damit ist ein Interaktionsstil gemeint, der von Feindseligkeit, Kritik, emotionaler Überfürsorge und dysfunktionaler emotionaler Regulation geprägt ist (Sczufca und Kuipers, 1996). *Expressed Emotions* werden auch als Parameter für das Eltern-Kind Klima verwendet (Gravener, Rogosch, Oshri, Narayan, Cicchetti und Toth, 2012). Dieser Interaktionsstil kann in allen Familien auftauchen, wurde aber in Familien mit psychischer Krankheit besonders häufig beobachtet und als Gegenstand der Forschung untersucht (Jacobsen, Hibbs und Ziegelheim, 2000; für eine Übersicht Han und Shaffer, 2014; Rogosch, Cicchetti und Toth, 2004). Er ist ein Indikator für einen dysfunktionalen

Umgang mit Emotionen und familiärem Stress (Baker, Heller und Henker, 2000). Stress, d. h. *ein Ungleichgewicht zwischen inneren und äusseren Anforderungen und den vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten* (Bodenmann, 2005, S. 87) trägt neben individuellen und kulturellen Merkmalen massgeblich zur Bildung dieses Interaktionsstils bei. Unter Stress werden vermehrt problematische Persönlichkeitsaspekte in engen Beziehungen sichtbar. Paare, die konstruktiv mit familienexternen und -internen Stressoren umgehen können, schaffen es eher, einen warmen, wohlwollenden und offenen (intimen) Umgang miteinander zu pflegen (Bodenmann, 2005). Leider sind psychische Erkrankungen in der Partnerschaft oft chronische Stressoren und deshalb eine besondere Herausforderung für Paare und Familien im Umgang miteinander. Als einen spezifischen Grund für einen feindlichen familiären Interaktionsstil nennen Schmid et al., (2011) die durch die psychische Erkrankung hervorgerufenen Defizite in der Emotionsregulation.

Hohe Werte an *Expressed Emotions* behindern die Entwicklung des Kindes (Remschmidt et al., 1994). Kinder zeigen häufiger Defizite in der Emotionsregulation sowie internes und externes Problemverhalten (Han et al., 2014). Hohe Werte an *Expressed Emotions* beeinträchtigen die Bindungssicherheit des Kindes und zeigen, bei gleichzeitig hohem familiärem Stress, dauerhafte Folgen im Bindungsmuster des Kindes (Jacobsen et al., 2000). Kinder sind in ihrer Position (Abhängigkeit, Unerfahrenheit, in Entwicklung) darauf angewiesen, sich mit ihren wichtigsten Bezugspersonen neuronal gleich zu schalten⁵, um ihre Emotions- und Schmerzregulation zu entwickeln (Ahnert, 2008). *Expressed Emotions* verunmöglichen eine förderliche (funktionale) neuronale Übereinstimmung. Remschmidt et al. (1994) haben eine Störung der Identifikation in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil nachgewiesen. Die neuronale Übereinstimmung wird auch vom Kind mitgestaltet (Fellow-Smith, 2000). Spätestens wenn sich negative Spiralen installiert haben⁶, sind protektive externe Faktoren entscheidend für einen Unterbruch der Spirale und für eine Stabilisierung des Bindungsgefüges.

Die fehlende elterliche Beziehungsstabilität verringert bei Kindern das emotionale Sicherheitsgefühl, auch wenn eine gute Bindung zwischen Eltern(-teil) und Kind besteht (Cummings et al., 1992). Zudem werden die elterlichen Fähigkeiten nicht nur durch die Erkrankung, sondern auch durch Beziehungskonflikte vermindert. Eltern sind dem Kind gegenüber weniger konsistent, äussern mehr *Expressed Emotions* und sind häufiger emotional abwesend (Zemp und Bodenmann, 2015; Erel und Burmann, 1995).

⁵ d. h. emotionale, kognitive und körperliche Tuningsprozesse

⁶ Die Bindungsperson antwortet feindlich ambivalent auf die Bedürfnisse des Kindes, das mit Aktivierung und Vehemenz darauf antwortet und mit seiner Vehemenz die elterliche Überforderung verstärkt. Die Bindungsperson reagiert mit mehr Feindseligkeit usw.

2.4.4 Anwesenheit einer gesunden Bindungsperson

Es ist anzunehmen, dass der gesunde Elternteil die familiären Belastungen für das Kind zu minimieren versucht, ausgleichend und stabilisierend wirkt. Gesunde Elternteile können Belastungen der Kinder puffern, sofern sie das Belastungsausmass für das Kind wahrnehmen, realistisch einschätzen und über entsprechende Ressourcen verfügen⁷ (Judge, 1994; Östman und Hansson, 2002; Inoff-Germain et al., 2007; Samoroff et al., 1997; für eine Übersicht: Shachnow; 1987). Gesunde Elternteile oder enge Bezugspersonen ersetzen den erkrankten Elternteil nicht, aber sie kompensieren oft seine Abwesenheit (bzw. die fehlende emotionale Präsenz). Sie können die Bindungssicherheit zum Kind gewährleisten. Kinder kranker Mütter, die über eine tragfähige Beziehung zum Vater verfügten, wiesen weniger psychische Anpassungsprobleme auf und verfügten über ein besseres Wohlbefinden im Erwachsenenalter (Abraham et al., 2010). Besonders relevant für betroffene Kinder waren die *emotionale* Unterstützung und Nähe zum Vater. Bei Kindern kranker Väter konnte dieser Zusammenhang nicht nachgewiesen werden (Abraham et al., 2010).

Gesunde Elternteile sind für die Identifikation und Identitätsentwicklung des Kindes wichtig. Sie ermöglichen dem Kind, das durch die Krankheit beeinflusste Identifikationsbild mit einem alternativen Modell abzugleichen. Dies fördert eine unproblematische Identitätsentwicklung (Renschmidt et al., 1994). Die Abwesenheit eines Elternteils hat unterschiedliche Auswirkungen auf Jungen und auf Mädchen: Jungen leiden stärker als Mädchen unter einer frühen Trennung vom Vater (Werner und Smith, 1982).

Neben dem gesunden Elternteil fällt Geschwistern eine wichtige Rolle zu: Geschwister sind wichtige Bindungspersonen (Bowlby, 1979). Gerade ältere Geschwister übernehmen oft elterliche Funktionen (Werner et al., 1982). Bisher gibt es kaum Forschung über den Einfluss von Geschwister in Familien mit einem oder zwei psychisch kranken Eltern.

In Familien mit zwei psychisch kranken Eltern zeigen die Kinder besonders hohe Werte an psychischem Distress (Hancock, Mitrou, Shipley, Lawrence und Zubrick, 2013). Es muss angenommen werden, dass ein kumulativer Effekt besteht, das heisst ein gesunder anwesender Elternteil ein Protektivfaktor, ein zweiter erkrankter Elternteil ein kumulativer Risikofaktor für die kindliche Entwicklung darstellt (Hancock et al., 2013).

⁷ Im klassischen Rollenverständnis sind z. B. gesunde Väter oft durch ihren Arbeitseinsatz abwesend und können so zwar die finanzielle Situation der Familie sichern, aber möglicherweise dem Kind wenig emotionale und instrumentelle Unterstützung im Alltag mit der kranken Mutter bieten.

3. Generelle Belastungsrisiken und Chancen

Im Kapitel 2.1 wurde der Begriff der Resilienz erläutert und ihr Prozessverlauf aufgezeigt. Resilienz entsteht in einem Zusammenspiel zwischen Ressourcen, Risiko- und Protektivfaktoren über die Zeit hinweg.

Diverse Studien haben nachgewiesen, dass Familien mit einem psychisch kranken Familienmitglied grossen subjektiven und objektiven Belastungen ausgesetzt sind (Byland, 2002; Fadden, Bebbington und Kuipers, 1987; Hoenig et al., 1966; Kuipers, 1993; Leff, 1998; Magliano et al., 2000). Familien mit einem psychisch kranken Elternteil weisen oft eine Kumulation von Risikoindikatoren und -mechanismen auf (für eine Übersicht: Fergusson und Horwood, 2003; Seifer et al., 1996). Neben der Erkrankung kommt es z. B. zur Trennung der Eltern, finanziellen Engpässen oder sozialem Ausschluss. Betroffenen Familien fehlt es aber auch oft an Protektivfaktoren und Ressourcen. Es gibt zu wenig Entlastungsmöglichkeiten und zu wenig Ressourcen, um das Leid „gut“ zu kompensieren oder aushalten zu können, ohne davon überflutet zu werden. Es fehlt an Trost. In einer belastenden Lebenssituation sind drei Faktoren entscheidend. Erstens: Gibt es Bewältigungsstrategien, mit denen die schwierige Situation verändert werden kann? Zweitens: Sind Ressourcen vorhanden, um die Situation erträglich(er) zu machen⁸? Drittens: Bestanden vor Beginn der spezifischen Belastung schon Defizite, Über- oder Unterforderung, Traumata⁹?

Werner (2003, p. 96) schreibt: *„Children who coped successfully with adversity tended to become less easily distressed than those who developed problems and had an active, sociable, „engaging“ temperament that attracted adults and peers alike. They possessed good communication and problem-solving skills, including the ability to recruit substitute caregivers; they had a talent or special skill that was valued by their peers, and they had faith that their actions could make a positive difference in their lives.*

They also drew on external resources in the family and community. Foremost were affectional ties that encouraged trust, autonomy, and initiative. These bonds were often provided by alternative caregivers who were members of the extended family, such as grandparents or older siblings. There were also informal support systems in the community that reinforced and rewarded the

⁸ Denn gerade wenn die Belastung nicht zeitnah reduziert werden kann, ist es immer noch das bessere von zwei Übeln, wenn die Situation so erträglich wie möglich gestaltet werden kann. Und manchmal ist dies dann schon eine Möglichkeit der Bewältigung.

⁹ Bestehende Defizite, Über- und Unterstimulierungen oder Traumata sind eine bestehende Vulnerabilität des Kindes /des Systems. So kann z.B. eine Klinikeinweisung der Mutter für ein Kind mit instabilen Bindungserfahrungen und fehlendem sozialen Netz deutlich belastender sein als für ein Kind mit stabilen Bindungserfahrungen und einem verlässlichen sozialen Netz.

competencies of such youngsters, and that provided them with positive role models, such as teachers, mentors, and peer friends.“

3.1 Definition von Protektiv- und Risikofaktoren

O'Dougherty Wright und Masten (2005, p. 19) definieren Protektivfaktoren als *„quality of a person or context or their interaction that predicts better outcomes, particularly in situations of risk or adversity“*. Protektivfaktoren unterstützen Menschen in ihrer adaptiven Entwicklung und Bewältigung der Widrigkeiten und mildern schädigende Einflüsse.

Weiter wurden Risikofaktoren definiert als *„a measurable characteristic in a group of individuals or their situation that predicts negative outcome on a specific outcome criteria“* (O' Dougherty-Wright et al., 2005, p. 19). Risikofaktoren verstärken die Widrigkeiten und destabilisieren das belastete System zusätzlich.

Erst unter widrigen Umständen werden Belastungs- und Risikofaktoren in ihrem Einfluss sichtbar (Rutter, 2000; Luthar, Cicchetti und Becker, 2000). Sie sind schwierig zu generalisieren: Was für das eine Kind in der Belastungssituation hilfreich ist, kann für ein anderes Kind möglicherweise zusätzlich belastend wirken (O'Dougherty Wright et al., 2013).

Kann die Situation nicht verändert und verbessert werden, kommen oft kompensatorische Bewältigungsprozesse wie z. B. Ablenkung und Selbstberuhigung zum Einsatz (Fergusson et al., 2003). Ein Kind sorgt sich z. B. sehr stark um seinen erkrankten Vater und kann die Ursache der Sorge nicht beheben. Stattdessen zieht es sich in die „Welt der Bücher“ zurück und lenkt sich erfolgreich ab. Die Belastung sinkt, obwohl die Ausgangslage dieselbe geblieben ist. Dabei sind die vorhandenen individuellen, familiären und sozialen Ressourcen entscheidend. Dabei kann die familiäre Ausgangslage sehr entscheidend sein: Kinder, die in eine schwierige Familiensituation hinein geboren werden (wenige soziale, ökonomische, familiäre Ressourcen) können stärker von einer elterlichen Erkrankung betroffen sein als andere Kinder.

3.2 Kategorisierung von Protektiv- und Risikofaktoren

Die Kategorisierung von Protektiv- und Risikofaktoren wird in der Literatur (noch) nicht einheitlich gehandhabt. Es gibt verschiedene Überlegungen und Einteilungsversuche. Protektiv- und Risikofaktoren werden z. B. gemäss ihrer Herkunft oder Dauer (z. B. Fergusson et al., 2003; Hall 2004) oder anhand inhaltlicher Kriterien (z. B. Sameroff et al., 1997) kategorisiert. Im vor-

liegenden Text wird auf das Modell von Hosman, van Doesum und van Santvoort (2008) zurückgegriffen und eine Abbildung von Christiansen, Anding und Donath (2014, S. 87) übernommen und ergänzt. Es wird keine Unterscheidung zwischen Resilienzfaktoren (Risiko- und Protektivfaktoren), Defiziten und Ressourcen gemacht und die Unterscheidung zwischen Bindungs- und Fürsorgerisiken und generellen Belastungen wird in dieser Tabelle nicht kenntlich gemacht.

Tabelle 1 Übersicht über Kompensationsmechanismen, Risiko- und Protektivfaktoren, Defizite und Ressourcen frei nach Christiansen et al. (2014)

Kategorie	Protektiv- oder Risikofaktoren, Kompensationsmöglichkeiten, Defizite und Ressourcen
Kind	<ul style="list-style-type: none"> • (Epi-) Genetik • Geschlecht • Temperament • Stress-Reagibilität • Kognitive, emotionale und soziale Fähigkeiten • Bindungssicherheit • Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl • Problemlösefähigkeiten
Eltern	<ul style="list-style-type: none"> • Bindungssicherheit • Temperament • Krankheit (Art und Ausmass der Erkrankung) • Geschlecht und Rollenverteilung • Erziehungsfähigkeiten, Stress-Reagibilität • Kognitive, emotionale und soziale Fähigkeiten • Problemlösefähigkeiten, insbesondere im Umgang mit krankheitsbedingten Schwierigkeiten
Familie	<ul style="list-style-type: none"> • Familienklima • Beziehung zwischen den Eltern • Kommunikation innerhalb und ausserhalb der Familie • Anzahl der Kinder (Geschwister) • Puffermöglichkeiten durch den gesunden Elternteil
Soziales Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Integration, z. B. Nachbarschaft, Freundschaften, Paten • Kommunikation ausserhalb der Familie • Soziale Unterstützung • Sekundärwelten für Kinder: Krippen, Spielgruppen, Kindergärten, Schule, Freizeitangebote, Sportvereine
Umwelt	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitssystem (medikamentöse und (psycho-) therapeutische Behandlungsmöglichkeiten) • Arbeit (soziale Einbindung, Förderung, Lohn, u. a.) • Lebensbedingung (Wohnumfeld, Sicherheit, Ökologie, Verkehr, Spielplätze, u. a.) • Ökonomische Situation

In verschiedenen Untersuchungen wurden einzelne Risiko- und Protektivfaktoren untersucht und entsprechende Interventionsprogramme ins Leben gerufen (für eine Übersicht Reupert und Maybery, 2007). In der vorliegenden Studie wurden Bindungs- und Fürsorgerisiken und generelle Risiken und Protektivfaktoren untersucht. Individuelle Faktoren des Kindes (wie z. B. Temperament oder Selbstwirksamkeit) sowie Umweltfaktoren wurden nicht erhoben. Das Hauptgewicht der vorliegenden Studie liegt auf Faktoren der Erkrankung, der Familie sowie des sozialen Umfeldes (Integration und Unterstützung).

3.3 (Epi-)Genetische Faktoren

Aus dieser Forschungsperspektive heraus wurden Kinder als mögliche zukünftige Patientinnen oder Patienten betrachtet (Seeman und Göpfer, 2004). Kind eines Elternteils zu sein, der an einer affektiven Störung oder an einer Schizophrenie erkrankt ist, stellt einen Risikofaktor in der Entwicklung des Kindes dar.

Der Forschungskorpus bestätigt die Annahme einer genetischen Komponente: So wurde z. B. bei eineiigen Zwillingen mit einem Elternteil, der an Schizophrenie erkrankt ist, eine Konkordanz von 50%, bei zweieiigen Zwillingen eine Konkordanz von 10 bis 15% gefunden. Die genetische Komponente erklärt jedoch weniger Varianz als nicht genetische Faktoren (für eine Übersicht: Hammen, 2003; Remschmidt et al., 1994). Dies gilt insbesondere für belastende Situationen (Scarr und Deater-Deckard, 1997).

Forschungen zeigten nicht nur eine Erhöhung der genetischen Vulnerabilität, sondern auch eine Steigerung der Verhaltensauffälligkeiten und der Schul- und Adaptionsschwierigkeiten betroffener Kinder. Die entsprechenden Mechanismen liegen noch mehrheitlich im Dunkeln (Seifer, 2003).

Ungeklärt ist bisher, ob es neben der genetischen Prädisposition auch zu einer durch Über- oder Unterstimulierung erlangten dysfunktionalen Neuroregulation im Kleinkindalter kommt, die später massgeblich für eine psychische Erkrankung verantwortlich sein könnte (Hammen, 2003). Remschmidt et al. (1994) und Lenz (2005) geben eine Übersicht über genetische und biologische Faktoren der bisherigen Forschung. Es muss davon ausgegangen werden, dass eine bestehende genetische Vulnerabilität mehrdimensional wirkt. Bei der Auslösung einer psychischen Erkrankung spielen weitere bio-psycho-soziale Faktoren mit (Rutter, 2006).

3.4 Geschlecht des Kindes

Die Entwicklung von Mädchen und Knaben verläuft unterschiedlich, doch gibt es wenig Forschungsbefunde über die Entwicklungsunterschiede bei Kindern psychisch kranker Eltern. Rutter et al. (1984) wie auch Werner et al. (1982) zeigten auf, dass Knaben ein höheres Risiko tragen als Mädchen. Seemann et al. (2004) replizierten diesen Befund und weisen wie Werner et al. (1982) darauf hin, dass sich in der Pubertät das Verhältnis zu Ungunsten der jungen Frauen kehrt. (Junge) Frauen zeigen mehr Verhaltensauffälligkeiten und psychiatrische Störungen als die männlichen Studienteilnehmer. Andere Autoren/-innen postulieren, dass das Geschlecht eine untergeordnete Rolle spiele (Sameroff et al., 1997). Plass, Ohntrup und Wiegand-Grefe (2011) fanden in ihrer Studie keine signifikanten Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen, konnten aber tendenzielle Unterschiede in der Art der Auffälligkeit und im Altersvergleich ausmachen.

Verschiedene krankheitsbedingte und krankheitsunabhängige Faktoren können die Entwicklung der betroffenen Kinder erschweren. In den folgenden Kapiteln wird eine Übersicht über die wichtigsten Risikofaktoren gegeben. Einzelne Risikofaktoren können, müssen aber keinen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung eines Kindes haben. Kumulative und chronische Risiken führen eher zu Entwicklungsdefiziten als singuläre und punktuelle Risiken.

3.5 Krankheitswissen betroffener Kinder

In diesem Kapitel werden zwei Bereiche, wie Kinder psychisch kranker Eltern Wissen über die elterliche Erkrankung gewinnen können, diskutiert. Einerseits können ihnen Fachleute der Erwachsenenpsychiatrie Wissen über Diagnose, Behandlung, Verlauf und Ätiologie der elterlichen Krankheit vermitteln. Dieses Wissen basiert auf fachlicher Erfahrung und Forschung über psychische Störungen. Es handelt sich um explizites (Sach-)Wissen. Andererseits erwerben Kinder in ihrem Alltag implizites Wissen über die elterliche Erkrankung. Sie nehmen Veränderungen im elterlichen Verhalten und in der Familienatmosphäre wahr, beobachten Symptome und Krankheitsverläufe und sind gezwungen, einen Umgang mit der elterlichen Erkrankung zu finden. Fehlt Kindern eine familienexterne Referenz, wird normabweichendes, symptombedingtes Verhalten oft nicht als solches erkannt.

Im Verlauf der Entwicklung bilden sich Kinder aus Fachwissen, ihren (alltäglichen) Erfahrungen und Gesprächen im Elternhaus ein umfassendes Krankheitsverständnis, das Kognitionen, Emotionen und Handlungen impliziert.

3.5.1 Wissensvermittlung durch Fachpersonen der Erwachsenenpsychiatrie

In der Fachliteratur wird dem Thema *Wissensvermittlung durch Fachpersonen* eine grosse Bedeutung beigemessen. Dieser Ansatz geht davon aus, dass man durch fachliche Wissensvermittlung die Belastung des betroffenen Kindes senken kann (Sollberger, Byland und Widmer, 2008). Dieses Wissen beinhaltet z. B. Namen, Symptome und Verlauf der Erkrankung, aber auch mögliche Krankheitsursachen und Behandlungsansätze. Es wird angeregt, dass Fachleute wie z. B. Ärzte/-innen, Pflegepersonal oder Psychologen/-innen nicht nur den Dialog mit dem erkrankten Elternteil, sondern auch mit den betroffenen Kindern suchen. Oft sieht die Realität aber anders aus: Verschiedene Autoren/-innen (Bromley, Hadleigh und Roe, 2013; Gutmann, 2008; Sollberger et al., 2007 und 2008; Stallard et al. 2004) wiesen nach, dass ein Grossteil der betroffenen Kinder nie mit einer Fachperson über die elterliche Erkrankung gesprochen hat. Möglicherweise haben sie nie Diagnose, Symptomverlauf oder Behandlungskonzept erfahren. Webster, Hatfield und Mohamad (1999) zeigten, dass Fachleute, die mit Kindern reden, meistens selbst Eltern sind. Sie zeigten auch, dass gewisse Fachleute der Meinung sind, nicht mit den Kindern sprechen zu dürfen. Denn der Austausch kann durch die ärztliche Schweigepflicht erschwert oder im Extremfall vom erkrankten Elternteil explizit unterbunden werden. Kölch, Ziegenhain und Fegert (2014) geben einen ausführlichen Überblick über die Schwierigkeiten und Möglichkeiten, im erwachsenenpsychiatrischen Setting betroffenen Kindern Informationen und Unterstützung zukommen zu lassen.

Im Verlauf der letzten zwei Jahrzehnte wurden verschiedene Programme ins Leben gerufen, die betroffenen Kindern Wissen vermitteln und Unterstützung zukommen lassen (für eine Auswahl: Kölch et al., 2014; Loshak, 2013; Pretis et al., 2010; Schone et al., 2002). Dabei zeigen sich verschiedene (institutionell bedingte) Schwierigkeiten (Kölch und Schmid, 2014; Franz und Kettemann, 2014; Schone et al., 2002). Die erkrankte Mutter oder der erkrankte Vater werden von Fachleuten der Erwachsenenpsychiatrie behandelt und oft über lange Phasen hinweg begleitet. Sie sind für die erkrankte Person zuständig – den Patienten oder die Patientin – und haben selten die Möglichkeit, netzwerk- und ressourcenorientiert zu arbeiten. Es fehlt an Zuständigen für die betroffenen Kinder. Eine berufsgruppen- und institutionsübergreifende Zusammenarbeit ist schwierig zu bewerkstelligen, Stichworte dazu sind ärztliche Schweigepflicht, fehlende finanzielle Abgeltungsmöglichkeiten und fehlende Vernetzung. Hinzu kommt, dass Elternschaft nach wie vor nicht systematisch erfasst wird¹⁰. So fehlt in der Praxis oft das Wissen, welche Patienten/-innen minderjährige Kinder (zu Hause) haben. Damit fehlt

¹⁰ In der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, der grössten Psychiatrischen Klinik der Deutschschweiz, wurden diese Zahlen z. B. zwischen 2002 und 2007 bei Eintritt systematisch erfasst, seither aber aufgrund eines Entscheides der Gesundheitsdirektion nicht mehr.

auch Wissen über die Betreuung und den Unterstützungsbedarf des Kindes und über das soziale Netzwerk der betroffenen Familie. Institutionell verankerten Projekten wie Auryn, CHAMP oder wikip fällt dabei eine Vorreiterrolle zu.

3.5.2 Erfahrungswissen des betroffenen Kindes

Kinder kennen durch ihren Alltag mit der erkrankten Person Krankheitssymptome und -verlauf oft sehr gut und können in ihrer Sprache darüber Auskunft geben (Bromley et al., 2013; Bilsboroug, 2004; Fredman und Fuggle, 2000; Stallard et. al., 2004). Singer, Tang und Berelowitz (2000) interviewten 12 Mütter und deren Kinder. Sie stellten sowohl den Müttern als auch den Kindern Fragen nach dem Wissen über den Verlauf, die Ätiologie und die Früherkennung bei einer Verschlechterung des elterlichen Zustandsbildes. Sie zeigten auf, dass alle 12 Kinder Anzeichen einer Verschlechterung und Krankheitssymptome kannten, dass sie jedoch die Krankheit im medizinisch diagnostischen Sinne nicht erklären konnten. Kinder bilden ihr eigenes – altersabhängiges – Krankheitsverständnis. Allerdings unterschätzten die befragten Mütter, wieviel die betroffenen Kinder im Alltag mitbekamen und wie belastet sie dadurch waren. Diesen Befund konnten auch Stallard et al. (2004) replizieren. Möglicherweise erklärt dies den ambivalenten Kommunikationsstil der Eltern: Sie scheuen sich davor, Kinder durch zusätzliches Wissen stärker zu belasten und missinterpretierten dabei kindliches Schweigen als fehlende Wahrnehmung der elterlichen Erkrankung (Pitman und Matthey, 2004). Wenn Kinder die elterliche Erkrankung nicht thematisieren, bedeutet dies aber nicht, dass sie sie nicht wahrnehmen, oder davon nicht belastet werden. Krankheitswissen kann als Resilienzfaktor gewertet werden (Zauszniewski et al., 2014).

(Früh-)Kindliche Erklärungsmodelle, die keinerlei Korrekturen erfahren, überdauern oft viele Jahre und können sich negativ auf das Kind auswirken¹¹. Unterscheiden sich elterliche Erklärungsmodelle vom elterlichen Verhalten (double-bind), kann dies die kindliche Unsicherheit erhöhen und sein Mastering vermindern (Scherer et al., 1996). Die Internalisierung der familiären Erfahrungen (z. B. Schweigen über Erlebtes) verstärkt bei Kindern oft Schuldgefühle (Glick, 1997) und wirkt dadurch entwicklungsgefährdend.

¹¹ Egozentrische Ansätze aus der Kleinkindphase können z. B. ein Kind veranlassen, sich über Jahre hinweg verantwortlich für Verschlechterungen im Zustandsbild der Mutter /des Vaters zu fühlen.

3.5.3 Krankheitsverständnis der betroffenen Kinder

Als wichtiges Merkmal für einen gelingenden Umgang mit der elterlichen Krankheit und den resultierenden Veränderungen nennen verschiedene Autoren/-innen die kindliche Fähigkeit, dem Erlebten und Gehörten einen Sinn zu geben (Bromley et al., 2013; Duncan und Reder, 2000; Antonovsky, 1997; Scherer et al., 1996; Rutter et al. 1984). Für die psychische Verarbeitung und Integration von Belastungen ist es wichtig, dass das Erlebte in einen Kontext gesetzt und verstanden werden kann (Petzold, 2003).

Mit der Vermittlung einer Diagnose wird - gerade für Kinder - die Krankheit noch nicht fassbar (Sollberger et al., 2007). Eine Verbindung zwischen implizitem Erfahrungswissen und fachlichem Wissen über die Krankheit kann dem Kind helfen, Kohärenz (Vorhersehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit) herzustellen und ein Krankheitsverständnis zu erlangen. Entlastende Erklärungsmodelle können den Glauben in eine sichere, unterstützende und vorhersehbare Umwelt stärken. Die Selbstwertentwicklung des Kindes wird durch fehlende Kohärenz beeinträchtigt (Scherer et al., 1996). Im besten Fall erleben Kinder, dass ihre Erfahrungen eine Bedeutung haben, strukturier- und bewältigbar sind (Antonovsky, 1987). Dazu benötigen Kinder altersgerechte Informationen, die auf ihren Kontext und ihr Erleben zugeschnitten sind. Bilsborough schreibt: *“Children and young people want professionals to listen to them, to talk to them, and above all, they want to be recognized as important to the parent they live with.”* (2004, S. 3). Und sie führt weiter aus, dass Kinder und Jugendliche wichtige Informationen für und Anliegen an Fachkräfte haben. Kinder erleben ihre Eltern im Alltag und haben grosse Kenntnisse über Krankheitsverlauf und Krankheitssymptome. Dieses Wissen kann im Dialog fruchtbar gemacht werden, wenn Kinder als gleichwertige Gesprächspartner/-innen ernstgenommen werden. Fredman et al. (2000) betonen die Wichtigkeit von Geschichten. Sie können dem Kind helfen, Erfahrungen einzuordnen. Fachleute können die Kinder dabei unterstützen, ihr eigenes Narrativ zu konstruieren und zu erzählen. Kinder können in Narrativen Erlebnisse, die emotional stark besetzt sind (z. B. durch Scham oder Furcht) mit einem Sinn versehen und dadurch eine Verbindung zwischen dem krankheitsbedingten Verhalten des Elternteils und ihren Gefühlen knüpfen (Brunder, 1990). Dieser Vorgang ermöglicht dem Kind, ein konsistentes Erleben und Denken in einem inkonsistenten und unzugänglichen Umfeld zu entwickeln. Im besten Fall bieten Geschichten die Möglichkeit, mit den Eltern zusammen dem Kind im narrativen Kontext entlastende Wendungen und alternative Erklärungsansätze anzubieten (Fredman et al., 2000).

Bromley et al. (2013) verweisen darauf, wie wichtig es für die betroffenen Kinder ist, dass Fachleute nicht „mit der Türe ins Haus fallen“. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung ist

entscheidend, bevor mit dem Kind über die belastenden Erfahrungen gesprochen und eine emotionale Öffnung erwartet wird. Kinder und Familienangehörige brauchen Orte ausserhalb der Familie, an denen sie ernst genommen werden und sie vertrauensvoll über ihre (Alltags-) Erfahrungen berichten können.

3.6 Instrumentelle und emotionale Belastung betroffener Kinder

Mit Parentifizierung im herkömmlichen Sinn werden die Übernahme von Alltagsaufgaben und ein damit einhergehender Rollentausch zwischen den Verantwortlichkeiten von Kind und Elternteil bezeichnet. Neuere Forschung zeigt auf, dass die objektiv messbare instrumentelle Belastung, Parentifizierung im ursprünglichen Sinn, von den Betroffenen oft weniger belastend wahrgenommen wird als emotionale Belastungen. Als besonders belastend werden nicht die zusätzlichen Alltagspflichten, sondern z. B. Sorgen um die erkrankte Person, fehlendes Wissen über die Krankheit oder die Ungewissheit über den Verlauf der Krankheit wahrgenommen (Byland, 2002; Stallard et. al., 2004).

An dieser Stelle wird eine Unterteilung in instrumentelle und emotionale Belastungen eingeführt. Beides kann zu einer Rollenumkehr in der Familie führen.

- Instrumentelle Belastung: Objektiv messbare Verpflichtungen
- Emotionale Belastung: Subjektive Einschätzung der emotionalen Sorge

Die Auswirkungen von Rollendiffusion und Parentifizierungen werden in der Forschung kontrovers diskutiert (Ohntrup et al., 2011). So könnten Belastungen der Kinder durch ihre eigenen Bewältigungsmöglichkeiten und die Eltern-Kind-Beziehung gepuffert werden (Artikel aus Buch Luthar 1997), und Kinder können erstarken. Destruktive Parentifizierung kann dem Kind jedoch verunmöglichen, seine eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und für die eigene Entwicklung einzustehen (eine Übersicht bieten Schmid et al., 2011).

Im Folgenden werden instrumentelle und emotionale Belastungen diskutiert.

3.6.1 Instrumentelle Belastungen

Wenn ein Ehepartner oder ein Elternteil psychisch krank wird, entstehen oft objektive Belastungen im Bereich der familiären Versorgung. Es fallen für die Angehörigen der erkrankten Person zusätzliche Alltagsaufgaben, familiäre und finanzielle Verpflichtungen an. Die gesunden Familienmitglieder (dazu zählen oft auch die Grosseltern) kompensieren in Krisenzeiten, nicht selten auch dauerhaft, Funktionen und Aufgaben der erkrankten Person (Byland, 2002; Stallard et al., 2004). Es kann zu einer Rollendiffusion oder gänzlichen Rollenumkehr kommen, unter der nicht nur die Kinder, sondern auch die betroffenen Elternteile leiden¹². Renschmidt et al. (1994) haben diesbezüglich keinen Geschlechtsunterschied bei den betroffenen Kindern gefunden, Mädchen und Buben in vergleichbaren Situationen waren gleichermassen betroffen.

3.6.2 Emotionale Belastungen

Psychische Erkrankungen lösen nicht nur bei der erkrankten Person, sondern auch bei ihren Angehörigen Sorgen, Ängste, Wut, Scham- und Schuldgefühle aus. Die Zukunft wird als brüchig erlebt, Ungewissheit und Unsicherheit können dominieren. Auch Kinder leiden durch die elterliche Erkrankung unter einer emotionalen Belastung, die sich in der Sorge um den erkrankten Elternteil, in Schuld- und Schamgefühlen, im Gefühl der Überbelastung ausdrückt (Stallard et al., 2004). Die emotionale Belastung wird von Angehörigen subjektiv oft als deutlich höher wahrgenommen als instrumentelle Zusatzbelastungen (Byland, 2002; Stallard et al., 2004).

Abraham und Stein (2015) betonen, dass Kind eines psychisch kranken Elternteils zu sein, nicht nur belastende Folgen nach sich zieht, sondern bei Betroffenen auch eine persönliche emotionale Entwicklung in Gang setzen kann. Die belastungsbedingte Persönlichkeitsentwicklung kann betroffene Kinder stressresistenter und in anderen Lebenslagen feinfühler und gelassener, kurz emotional ausgeglichener machen (für eine Übersicht Abraham et al., 2015).

Die emotionale familiäre Zugehörigkeit (gemeinsame Rituale und Kontakte, Konfliktvermeidung, einander Unterstützung zusichern, emotionale Unabhängigkeit und emotionale Öffnung den Eltern gegenüber) wird von Kindern psychisch kranker Eltern gleich hoch wie von Kindern ohne

¹² Die meisten Eltern möchten ihre Elternfunktion auch entsprechend übernehmen und leiden früher oder später an ihrer „Entmachtung“ durch das Kind.

erkranktem Elternteil empfunden (Abraham et al., 2010). Allerdings wiegt das Gefühl der fehlenden familiären Zugehörigkeit für betroffene Kinder und deren Entwicklung deutlich schwerer als für nicht betroffene Kinder. Der Umgang mit schwierigen Gefühlen stellt eine grosse Herausforderung für Kinder dar, die der sozialen Unterstützung bedürften. Im sozialen Kontext werden Trost, Beistand und Zuspruch erlebt (Petzold, 2003). So kann die Abwesenheit interpersoneller Unterstützung denn auch eine zusätzliche emotionale Belastung darstellen. Gerade Kinder von psychisch kranken Müttern sind stärker von Gefühlen der Einsamkeit betroffen als andere Kinder (Abraham et al., 2010). Ob und in welcher Weise die Eltern-Kind-Beziehung die emotionale Belastung und Persönlichkeitsentwicklung beeinflussen kann, konnte bisher nicht abschliessend geklärt werden (Abraham et al., 2015).

3.7 Soziale Integration und Unterstützungserfahrung betroffener Kinder

„Mensch wird man durch den Mitmenschen, im „Du, Ich, Wir“ der Gemeinschaft.“ (Petzold, 2003, S. 409). Der Mensch entwickelt sich vom ersten Moment an im sozialen Kontext und kann sich bei guter Bindungserfahrung *„sich selbst zum Gefährten werden durch die Verinnerlichung des „generalized other“ (Mead, 1934).“* (Petzold, 2003, S. 410). Umso entscheidender ist, dass Kinder gute Bindungs- und Beziehungserfahrungen machen können, mit ihren Eltern, aber auch anderen Bezugspersonen. Das heisst auch, dass sie Gemeinschaft und Unterstützung, d. h. Korrespondenz (Petzold, 2003) im Alltag erfahren. Psychisch kranke Menschen verfügen oft über ein kleineres soziales Netz, sie leben isolierter als andere Menschen (Müller, 2008). Sie verfügen z. B. über Freundschaften, leben aber seltener in einer Partnerschaft (Müller, 2008). Die Qualität enger familiärer Beziehungen wurde als tief bewertet.

Leben erkrankte Eltern zurückgezogen, auch aus Furcht vor Stigmatisierung oder Ausschlusserfahrungen aufgrund ihrer Erkrankung, färbt dies auf die Kinder ab. Das Kind wird im Beziehungsaufbau und mit seinen Beziehungserfahrungen sich selbst überlassen; Sie finden draussen im Quartier oder in der Schule statt, ausserhalb des familiären Rahmens. Dies birgt soziale Risiken (zu grosse Offenheit gegenüber Fremden, fehlendes Einschätzungsvermögen sozialer Situationen. Das Kind hält sich an ungünstigen Orten oder zu ungünstigen Zeiten in öffentlichen Räumen auf, schliesst sich Älteren an oder sucht Verbundenheit in dysfunktionalen Peergroups). Sollberger et al. (2007; 2008) zeigten auf, dass rund die Hälfte der betroffenen Kinder sozial integriert waren (z. B. über Freundschaften verfügten), aber dennoch wenig soziale Unterstützung erhielten. Die soziale Integration sagt noch nichts über die Qualität der sozialen Beziehung aus.

Es gibt einen grossen Forschungskorpus, der die Zusammenhänge zwischen sozialen Netzwerken, sozialer Unterstützung und Wohlbefinden (Gesundheit) untersucht (z. B. Knoll, Rieckmann und Scholz). Die Wahrnehmung sozialer Unterstützung und die Erfahrung von Akzeptanz, Wertschätzung und Verständnis beeinflussen das Wohlbefinden psychisch kranker Menschen positiv. Auch ist die Lebensqualität bei einer guten sozialen Integration höher (Müller, 2008). Soziale Integration und soziale Unterstützung verhalten sich nicht kongruent: Es zeigte sich, dass die soziale Netzwerke wachsen, ohne dass damit auch die soziale Unterstützung zunehmen würde (Müller, Nordt, Lauber und Rössler, 2007). In der Studie von Sollberger et al. (2007) hätten sich fast alle betroffenen Kinder (mehr) Unterstützung gewünscht. Realität und Wunsch klafften jedoch stark auseinander. Ob der Mangel an und der Wunsch nach sozialer Unterstützung das Wohlbefinden und den Kohärenzsinn der Nachkommen prägen, ist unter anderem Gegenstand der vorliegenden Studie.

Im Resilienz-Prozess eines Kindes macht es einen signifikanten Unterschied, ob nahe stehende Bezugspersonen verfügbar sind (Werner et al., 1982). Dies können Paten, vertraute Nachbarn, Grosseltern oder enge Freunde/-innen sein, die sich alternativ um das Kind kümmern. Je älter das Kind wird, umso wichtiger werden Altersgenossen, die Peers. Eine gute soziale Integration des Kindes wirkt sich protektiv auf seine Laufbahn aus.

3.8 Sozialer Ausschluss und Stigmatisierungserfahrung betroffener Kinder

In diesem Kapitel werden drei Aspekte von sozialem Ausschluss behandelt: Das Gefühl der sozialen Andersartigkeit, Ausschluss aus sozialen Gefügen und Mobbing. Ausschluss und Mobbing werden unter dem Begriff *Stigmatisierung* zusammengefasst.

De-Institutionalisierungsbewegungen, wie Europa sie in den letzten fünfzig Jahren erlebt hat, erweitern die Kontaktmöglichkeit mit und die Sichtbarkeit von menschlicher Variabilität und führen zu einer Verwischung früherer Selbst- und Fremdgruppen. Stigmatisierung dient nun einer klareren Abgrenzung im persönlichen Kontext, statt wie zuvor der Benennung einer Fremdgruppe.

Bei der Stigmatisierung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung wird das Merkmal *psychisch krank* als salientes Persönlichkeitsmerkmal reduktionistisch verwendet und oft mit negativen Attributen wie *gefährlich*, *unberechenbar*, *apathisch* verknüpft. Das verwendete Merkmal *psychisch krank* muss im Verhalten der betroffenen Person nicht sichtbar sein, um stigmatisierend verwendet zu werden (Goffman, 1975, Hinshaw, 2005; Link, 1987).

Stigmatisierung ist im Zusammenhang mit psychischer Krankheit in den letzten Jahren breit erforscht worden (Lauber, 2008; Link, 1987; für eine Übersicht siehe Hinshaw, 2005). Die Resultate der Studien zeigen, dass sowohl Menschen mit einer psychischen Krankheit, als auch deren Familienmitglieder und im psychiatrischen Bereich arbeitende Professionelle Stigmatisierung erleben. Attribution und Kontrollüberzeugung können den Prozess der Stigmatisierung beeinflussen (Hinshaw, 2005). Gesellschaftliche Überzeugungen, die die Ursache psychischer Krankheit bei der Person suchen (selbstverschuldet durch falsches Gesundheitsverhalten, fehlender Wille, „richtige“ Gesundheitsförderung zu betreiben, einseitige genetische Ansätze), können Stigmatisierung fördern.

Betroffene Menschen können aus Antizipation von oder aus Furcht vor Stigmatisierung die psychische Krankheit verbergen und verschweigen (Goffman, 1975). Es entsteht ein negativer Teufelskreis im engeren Bekanntenkreis: Stigma-Antizipation führt zu sozialem Rückzug und Tabuisierung, der emotionale und instrumentelle Unterstützungswunsch wird nicht geäußert, die Bedürftigkeit nicht erkannt. Das verhindert die Erfahrung von Unterstützung und Solidarität und fördert Gefühle der Andersartigkeit. Andererseits schützt Stigma-Antizipation vor Stigmatisierungserfahrung und somit auch vor einer Verinnerlichung der Fremdadwertung (Goffman, 1975).

Familien tendieren dazu, die psychisch Erkrankung eines Mitgliedes zu verschweigen oder zu verbergen, was zu einer Einschränkung des Sozialkontakts und zu fehlender sozialer Unterstützung führen kann (Hinshaw und alle dort zitierten 2005). Stigmatisierungserfahrung und die damit verbundene Isolation einer Familie beeinträchtigen die Familienatmosphäre, das Erziehungsverhalten der Eltern und die Entwicklung des betroffenen Kindes (Seeman et al., 2004; Hinshaw, 2005;). Internalisierte Stigmata können z. B. dazu führen, dass der erkrankte Vater seine Krankheit nicht psychiatrisch behandeln lässt und mit seiner Familie nicht über seine Einschränkungen, Wahrnehmungs- und Verhaltensveränderungen spricht. Das betroffene Kind kann die durch die Krankheit des Vaters ausgelösten Veränderungen wahrnehmen, aber bekommt keine Resonanz. Es sucht die Ursachen möglicherweise bei sich selbst. Die so entstandenen Belastungen können die Vulnerabilität des Kindes erhöhen.

Kinder verfügen schon im Spielgruppenalter über Wissen über abweichendes Verhalten und Labels, die (psychische) Krankheiten bezeichnen (Hinshaw, 2005). Sie nehmen psychische Störungen bei Erwachsenen (besser als bei gleichaltrigen Peers) wahr, oft ohne konkrete Krankheitsvorstellungen mit den wahrgenommenen Symptomen zu verbinden (Spitzer und Cameron, 1995). Während der Präadoleszenz und Adoleszenz entwickeln Kinder Krankheitswissen, das Gefühle und Gedanken (und nicht nur Handlungen) ins Zentrum stellt (Wahl, 2002). Bei der Vermittlung von Krankheitswissen, z. B. im Schulkontext, muss dies mitberücksichtigt werden:

Kleine Kinder benötigen eher handlungsorientierte Erklärungen, während in der späten Adoleszenz Gefühle und Kognitionen eine immer wichtigere Rolle spielen.

Müller (2008) zeigte in ihrer Untersuchung, dass zwei Drittel der Menschen mit einer psychischen Erkrankung Stigmatisierung erlebt hatten. Stigmatisierungserfahrungen haben das Wohlbefinden erkrankter Menschen gesenkt. Zudem verringert sich die Lebensqualität, wenn es zu Ausschlusserfahrungen kommt (Graf, Lauber, Nordt, Rüesch, Meyer und Rössler, 2004).

3.9 Critical Life Events und kumulative Risiken im Leben betroffener Kinder

Unter Critical Life Events, den kritischen Lebensereignissen, versteht die Forschung „Ereignisse, die im Laufe des Lebens eines Menschen als distinkte Geschehnisse auftreten, eine qualitativ-strukturelle Anpassungsleistung erfordern und eine nachhaltige emotionale Reaktion auslösen. Als k. L. gelten einschneidende Ereignisse wie z. B. die Geburt eines Geschwisters, Schulwechsel, Scheidung der Eltern, schwerwiegende Erkrankungen der Person selbst oder von wichtigen Bezugspersonen, Arbeitsplatzverlust usw. K. L. sind mit vielfältigen Anpassungsleistungen verbunden, indem sie z. B. persönliche Ziele und Werte infrage stellen, die Übernahme einer neuen Rolle mit veränderten Verantwortlichkeiten beinhalten oder den Erwerb neuer Fähigkeiten und Verhaltensweisen erfordern.“ (Hermann, 2014, S. 980)

Es sind meist einmalige Ereignisse, die im positiven wie negativen Sinn belastend wirken und einen Menschen destabilisieren können. Sie tragen dazu bei, dass Kinder psychisch kranker Elternteile Störungen im Bereich des Sozialverhaltens und ein erhöhtes Erkrankungsrisiko aufweisen (Sameroff et al, 1997). Menschen mit einer schweren depressiven Erkrankung weisen mehr kritische Lebensereignisse auf als gesunde Menschen (Bodenmann, Schwerzman & Cina, 2000). So weisen auch Familien mit einem psychisch kranken Elternteil in ihren Biografien mehr kritische Lebensereignisse (z. B. Scheidung, Arbeitsverlust, somatische Krankheit) als die Durchschnittsbevölkerung auf, was die Vulnerabilität der einzelnen Mitglieder für Überbelastungen (Distress) erhöht (für eine Übersicht: Hall, 2004; Sameroff et al., 1997). Die Belastungen sind verglichen mit den Belastungen in Familien mit gesunden Eltern schwerer und aussergewöhnlicher (Sameroff et al., 1997). Als besonders belastend gelten Trennungen und Verluste von nahestehenden Menschen (Remschmidt et al., 1994). Dieser Zusammenhang wurde in der Studie von Müller (2008) nicht nachgewiesen. In ihrer Studie hatten insbesondere eigene Erkrankungen (somatische wie psychische) und schwere Unfälle einen negativen Effekt auf die Lebensqualität der Betroffenen. Zudem zeigten jene, die mehr als 5 kritische Lebensereignisse in den zwölf Monaten vor der Befragung erlebt hatten, ein deutlich tieferes Wohlbefinden.

Kumulative Risiken können aus chronischen Belastungen, aber auch kritischen Lebensereignissen zusammengesetzt sein. Es sind Ansammlungen von ein- oder mehrmaligen Belastungen. In der Resilienz- und Bindungsforschung (Ramsauer, 2011) trifft man regelmässig auf kumulative Risiken: Ein Unglück kommt selten allein. In betroffenen Familien treten neben der psychischen Erkrankung eines Familienmitglieds meist weitere Belastungsfaktoren auf. Eine Kumulation von Unglücksfällen - z. B. psychische Erkrankung des Elternteils, Trennung der Eltern, sozialer Ausschluss - übersteigt gewöhnlich die Bewältigungsmöglichkeiten der Betroffenen. Risikofaktoren verstärken sich gegenseitig und wirken exponentiell, so dass ihr Einfluss überproportional stark ausfallen kann¹³ (Hammen, 1990; Sameroff et al, 1997). Eine Erosion der Bewältigungsmöglichkeiten und Protektivfaktoren setzt ein. Kumulative und komplexe Risiken führen zu Entwicklungseinbrüchen und psychopathologischen Auffälligkeiten (Sameroff et al., 1997). Gruppenvergleiche zwischen betroffenen und nicht betroffenen Kindern zeigen, dass die Anzahl der Risikofaktoren stärker als deren Beschaffenheit die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen erklären können. Das Vorkommen isolierter Risiken führt dagegen kaum zu Verhaltensauffälligkeiten und psychopathologischen Befunden bei Kindern. Familien, die eine Ansammlung von Risikofaktoren aufweisen, verbleiben meist über Jahre in der „risikoreichen Gruppe“, während „risikoarme“ Familien über Jahre hinweg eine stabile „Risikoarmut“ aufweisen (Sameroff et al., 1997).

Familien mit einem psychisch kranken Elternteil leben oft in Armut, denn meist kann die erkrankte Person nur bedingt zum Familienbudget beitragen und die familiären Ressourcen (Zeit, Ersparnisse) werden zur Bewältigung der Krankheitsfolgen und nicht zur Steigerung des Einkommens (Ausdehnung der Arbeitszeit, Weiterbildungen, Karriere) verwendet (Evans & Kim, 2007; Östmann et al., 2002). In Familien mit einem kranken Elternteil kommt es öfters zu finanziellen und sozialen Problemen als in der Vergleichsgruppe. Die Folgen sind jedoch, unabhängig von der elterlichen Erkrankung, in beiden Gruppen nachweisbar (Rutter et al., 1984). Kinder sorgen sich um die finanzielle oder die Wohnsituation (Stallard et al., 2004). Der sozioökonomische Status hat einen Einfluss auf den kindlichen Entwicklungsverlauf (Sameroff et al., 1997), seine Wirkung ist aber nicht abschliessend geklärt. Rutter et al. (1984) und Sameroff et al. (1997) zeigten auf, dass Kinder, deren Vater oder/und Mutter einer ungelerten oder angelernten Arbeit nachging, mehr Verhaltensauffälligkeiten und psychische Vulnerabilitäten aufwiesen. Armut geht meist mit weiteren, d. h. kumulativen kritischen Lebensereignissen und Stressoren einher (für eine Übersicht Evans und Kim, 2007).

Soziologische Forschung zeigt, dass finanzielle Engpässe in engagierten und ressourcenreichen Familien über kürzere Zeitspannen hinweg kompensiert werden können: Statt ins Ausland zu

¹³ Bei bis zu 2 Risiken liegt die Wahrscheinlichkeit bei 7 %, bei mehr als 8 Risiken steigt sie auf 40%.

reisen, unternimmt die Familie Ferianausflüge im nahen Wald und am See. Grössere Ausgaben werden auf Später verschoben. Diese Art der Kompensation gelingt aber gewöhnlich nicht über längere Zeiträume hinweg¹⁴ (Evans et al., 2007).

4. Identität

Die Identitätstheorie wurde mit dem Werk von G.F. Mead, *Mind, Self and Society* (1934), und dem symbolischen Interaktionismus begründet und später durch Theorien der Kontrollwahrnehmung und Attribution ergänzt. Eine ausführliche Übersicht über die Entwicklung der Identitätstheorie und über heutige Forschungsfragen bieten Burke und Stets (2009). Der Begriff der Identität obliegt den Gestaltprinzipien der Nähe, der Ähnlichkeit und der Konstanz (Häcker, 1998). Werden diese Prinzipien in Familien und Gruppen als Zuschreibungsmerkmale angewandt, definieren sie Zugehörigkeit und vereinfachen Attributionsprozesse. Identität entwickelt sich im sozialen Kontext, in Interaktion mit anderen oder ihren verinnerlichten Repräsentationen (Burke et al., 2009; Mead, 1934; Petzold, 2003). Im sozialen und gesellschaftlichen Kontext wird der Begriff der Rollenidentität verwendet, um saliente Identitäten zu definieren (so könnte z. B. ein Mann die Rollen als Vater, als Arbeitnehmer, als Hobbygärtner und als psychiatrischer Patient inne haben). Psychische Krankheit wird oft als salientes Merkmal verwendet und verinnerlicht. Als stigmatisierendes (bezeichnendes und reduzierendes) Merkmal kann es auf Familien und Fachleute¹⁵ ausgedehnt werden (Lauber, 2008).

4.1 Definition von Identität

“An identity is the set of meanings that define who one is when one is an occupant of a particular role in society, a member of a particular group, or claims particular characteristics that identify him or her as a unique person. <...> People possess multiple identities because they occupy multiple roles, are members of multiple groups, and claim multiple personal characteristics, <...>.” (Burke

¹⁴ Und natürlich ist Kompensation nur möglich, wenn basale Bedürfnisse gedeckt werden können (Nahrung, Wohnung etc.)

¹⁵ z. B. wird von der Materie auf die Person geschlossen: Alle Psychologiestudierenden haben selbst psychische Probleme.

et al., 2009, p. 3). Hier wird ein besonderes Augenmerk auf die Tatsache gelegt, dass ein Mensch verschiedene Identitäten in sich vereinigt, die in unterschiedlichen Situationen, manchmal auch innerhalb ein und derselben Situation zum Vorschein kommen. Bei Spitaleintritt werden z. B. die Rollenidentitäten als Partnerin und Mutter durch die Rolle als Patientin ergänzt und oft verdrängt.

„Identität ist ein offenes, veränderliches Ganzes, in dem sich Fremd- und Selbstbildtypen, Persönlichkeitsaspekte und Rollen (im Ich) integrieren.“ (Petzold, 1993/2003, Band II, p.). Petzold (2003) grenzt fünf Identitätsbereiche ein, die fünf Säulen der Identität. In allen fünf Bereichen kann Identität wahrgenommen, gemessen und gefördert werden.

Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die fünf Säulen der Identität nach Petzold und erläuternde Beispiele.

Tabelle 2 Übersicht über die fünf Säulen der Identität ergänzt mit eigenen Beispielen

Fünf Säulen der Identität	Beispielhaft sichtbar an:
Leiblichkeit	Das Kind verfügt über eine altersentsprechende Körperwahrnehmung und -entwicklung, fühlt sich im eigenen Körper zuhause. Es erlebt Kontakt und Beziehung auch körperlich und wird körperlich gefördert. Zudem findet seine Emotionalität und Psyche einen körperlichen Ausdruck. Seine seelischen Prozesse und Emotionalität werden respektiert und finden eine wohlwollende Resonanz in sozialen Beziehungen.
Beziehungen /Sozialstruktur	Das Kind ist integriert, es gibt Familienbanden und Freundschaften, die fürs Kind wohlwollend und unterstützend sind, es wird sozial und emotional gefördert.
Arbeit, Leistung und Freizeit	Das Kind ist entsprechend seinem Alter in Vorschule oder Schule eingebunden, wird kognitiv gefördert, kann konstruktiv seinen Fähigkeiten und Wünschen entsprechend seine Freizeit gestalten. Sein Ausdruck und seine Leistung werden gewürdigt.
Materielle Sicherheit(en)	Die Familie verfügt über ausreichende materielle Ressourcen und vermittelt dem Kind einen sinnvollen Umgang damit.
Werte	Das Kind erlebt Sinnhaftigkeit und wird in einen Wertezusammenhang eingebunden. Seine eigenen Sichtweisen und Werte werden respektiert und ernst genommen. Es setzt sich mit seiner Umwelt (differenziert) auseinander.

4.2 Identitätsentwicklung betroffener Kinder

Identität entwickelt sich durch soziales Lernen und Attributionsprozesse (Burke et al., 2009). *Durch Fremdattributionen (Identifizierung) aus dem Kontext und Selbstattributionen (Identifikationen), der kognitiven Einschätzung und der emotionalen Bewertung (d. h. Einordnung in biografisch bestimmte Sinnzusammenhänge) von beiden sowie durch Verinnerlichung (Internalisierung) konstituiert das Ich im kommunikativen Kontext und im Kontinuum des Lebens Selbstbilder (Selbstschemata, Autoskripts, Selbstkonzepte). Diese bilden <...> eine hinlängliche Konsistenz, gewährleisten zugleich aber auch eine Pluralität, eine Vielfalt der Person* (Petzold, 1993/2003; S. 432).

Tabelle 3 Darstellung des Identitätsbildungsprozesses in vier Schritten nach Petzold (2003)

Vier Schritte der Identitätsprozesses

1. Fremdzuschreibung	Identifizierung durch Fremdzuschreibungen
2. Bewertung der Fremdzuschreibung	Kennzeichnung (marking), Abschätzung (valuation), Einschätzung (appraisal)
3. Selbstzuschreibung	Identifikation durch Vergleich und Übereinstimmung der Fremd- mit der Selbstzuschreibung
4. Internalisierung	Speicherung und Verinnerlichung

Dem *Ich* stellt sich die Herausforderung, „eine Balance zwischen sozialer Zuschreibung und Selbstattribution, zwischen Konsistenz und kreativer Offenheit, zwischen Kontinuität und Diskontinuität“ zu finden (Petzold, 1993; 2003, S. 432). Identitätsprozesse dauern lebenslang.

Eine psychische Erkrankung führt bei chronisch kranken Eltern und oft auch bei ihren Kindern zu Identitätskrisen und -brüchen. In allen von Petzold genannten Identitätsbereichen kann es zu Veränderungen und Einschränkungen kommen. Es entstehen Dissonanzen in der innerpsychischen Organisation, die Identitätsveränderungen bewirken. Burke et al. (2009) erwähnt drei Möglichkeiten, wie Veränderungen angestoßen werden:

- Die Person befindet sich in einer Situation, die mit einem oder mehreren Identitätsmerkmalen nicht übereinstimmt (das Kind fürchtet möglicherweise, dass der erkrankte Elternteil sich in sozialen Situationen wegen der Erkrankung „deplatziert benehmen“ wird – z. B. am Elternabend als „Patientin“ und nicht als Mutter erscheint).

- Zwei Identitätsmerkmale innerhalb einer Person sind widersprüchlich (z. B. Loyalitätskonflikte im Kind).
- Das Verhalten stimmt nicht mit der verinnerlichten idealen Identität überein (z. B. weicht das Kind vom „idealen kindlichen“ Verhalten ab, wenn es beginnt, Aufgaben für die depressive Mutter zu übernehmen und den Haushalt zu führen).

Kann die Dissonanz konstruktiv behoben werden und entsteht eine neue kognitive Organisation, festigt sich die Identität des Kindes (und des erkrankten Elternteils). Wenn nicht, ist die Identitätsentwicklung des Kindes durch fehlende interne Konsistenz gefährdet. In Interventionen kann dies berücksichtigt werden. Wie Abraham et al. (2010) empfehlen, können Kinder z. B. in einer Psychotherapie in der Suche nach Sinnggebung auch durch eine Verminderung der kognitiven Dissonanz unterstützt werden.

5. Kohärenzsinn

Im besten Fall erleben Kinder, dass sie für andere wertvoll sind (mit einem wohlwollenden Blick betrachtet werden), dass sie kompetent ihre Umwelt gestalten können, ihre Erfahrungen eine Bedeutung haben und strukturierbar sind (Antonovsky, 1987).

Eine kongruente Selbsteinschätzung und stabile Orientierung in der Welt bilden die Basis für eine gelungene Identitätsentwicklung. Kohärente, sinnhafte und handhabbare Erfahrungen stärken Ich und Identität. Wie eine schwierige Situation bewältigt wird, hängt nach Antonovsky (1997) wesentlich davon ab, ob die Situation als nachvollziehbar, sinnhaft und handhabbar eingeschätzt wird. Der Kohärenzsinn ist kein stabiles Persönlichkeitsmerkmal, sondern ein Maß dafür, wie flexibel in Belastungssituationen reagiert werden kann (Antonovsky, 1997). Durch die Erfahrungen, die Menschen vom Säuglingsalter bis ins hohe Senium machen, bildet und verändert sich der Kohärenzsinn.

5.1 Definition von Kohärenz

Antonovsky definierte den Kohärenzsinn als *global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive enduring though dynamic, feeling of confidence that one's internal and external environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected* (Antonovsky, 1979, S.10 zitiert nach Bengel, Strittmatter und Willmann, 2001).

Der Kohärenzsinn setzt sich aus drei Komponenten zusammen: Dem Gefühl der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit (Einschätzung der Bewältigungsmöglichkeit) und der Bedeutsamkeit (Antonovsky und Franke, 1997, dt. Ausgabe). Diese drei Komponenten sind mitbestimmend, wie eine Situation eingeschätzt und welche Bedeutung ihr beigemessen wird. Der Kohärenzsinn korreliert stark mit konstruktiven Bewältigungsstrategien (Antonovsky et al., 1997) und ist somit ein Mass für einen gelingenden Umgang mit dem Leben. Die Ausbildung eines starken oder schwachen Kohärenzgefühls hängt nach Antonovsky (1993a) von generalisierten Widerstandsressourcen ab. Sie ermöglichen unter anderem das Erleben konsistenter und erklärbarer Erfahrungen und angemessener Anforderungen (weder Über- noch Unterforderung). Sind Kinder psychisch kranker Eltern von klein auf mit Bindungsunsicherheit, Instabilität, Unvorhersehbarkeit und Machtlosigkeit konfrontiert, kann die Ausbildung eines starken Kohärenzgefühls gestört sein.

Antonovsky (Bengel et al., 2001) geht davon aus, dass die Stärke des Kohärenzsинns Aussagen über die Einschätzung eines Reizes¹⁶ erlauben. Lazarus und Folkman (1984) haben als Erste diesen Einschätzungsprozess benannt und auf die Subjektivität der Einschätzungen eines Reizes hingewiesen. Viele Reize werden nicht per se, sondern durch die subjektive Bewertung bedrohlich. Eine beliebige Situation wird subjektiv unterschiedlich erlebt: Für die eine Person ist sie bedrohlich, für die andere eine Herausforderung. Und eine dritte Person wird diese Situation gar nicht bewusst wahrnehmen. Menschen mit hohem Kohärenzsinn schätzen Reize realistischer ein und sehen mehr Möglichkeiten, wie sie die Situation bewältigen könnten. Menschen mit tiefem Kohärenzsinn schätzen Reize weniger real und subjektiv als bedrohlicher ein. Die Situationen werden dann als unkontrollierbare Bedrohung unklaren Ausmasses wahrgenommen. Es herrscht die Überzeugung vor, bedrohliche Situationen wenig erfolgreich entschärfen und bewältigen zu können. So werden Situationen, die als Überforderung erlebt werden, eher erlitten und erduldet, als dass sie aktiv vermieden oder bewältigt werden.

¹⁶ Reiz steht für eine isolierte Sinnesreizung (wie z. B. ein lauter Knall) oder eine Vielzahl externer und interner Reize (wie z. B. eine Situation, die wir nicht nur wahrnehmen, sondern wo Wahrnehmung von Kognitionen und Emotionen begleitet wird).

Der Kohärenzsinn wird als dispositionale Einstellung aufgefasst, die in bestimmten Lebenssituationen vom individuellen Mittelwert abweichen kann (Antonovsky et al., 1997). Antonovsky ging aber von der Möglichkeit einer langfristigen Veränderung und Entwicklung dieser Einstellung aus (Singer und Bähler, 2007).

5.2 Kohärenz als Messwert für Trauma bei betroffenen Kinder

Belastungen, die nicht verstanden, eingeordnet und verarbeitet werden können, bleiben als Fragmente abgespeichert. Kinder psychisch kranker Eltern machen häufig inkonsistente und über- oder unterfordernde Erfahrungen, die sie möglicherweise nicht einordnen können. Hall et al. (2004) definieren Merkmale einer möglichen Trauma bedingten Anpassung bei betroffenen Kindern: Tiefe Integration der Erfahrungen in die eigene Biografie; Asymmetrische Entwicklung (z. B. Entwicklungsvorsprung in der Selbständigkeit bei gleichzeitigem Entwicklungsrückstand im Spielverhalten); Bindungsunsicherheit, Loyalitätskonflikte und Schwierigkeiten in der psychosozialen Adaption; strenge Trennung zwischen Öffentlichem und Privatem sowie andauernde soziale Isolation.

Andererseits zeigten Abraham et al. (2015) auf, dass die Möglichkeit, der elterlichen Erkrankung einen Sinn zu geben und sie einzuordnen, die Persönlichkeitsentwicklung betroffener Kinder fördert und schützt. Ein hoher Kohärenzsinn unterstützt die Identitätsentwicklung auch unter widrigen Umständen (Buddeberg-Fischer, Klaghofer, Leuthold und Buddeberg, 2000; Buddeberg-Fischer, Klaghofer und Schnyder, 2001). So zeigen z. B. Menschen mit einem hohen Kohärenzsinn nach einem schweren Unfall deutlich seltener eine Posttraumatische Belastungsstörung (Schnyder, Moergeli, Nigg, Klaghofer, Renner, Trentz und Buddeberg, 2000). Menschen mit einem hohen Kohärenzsinn weisen ein tieferes Ausmass an Depressivität, Angst und psychosomatischen Schmerzen sowie ein höheres soziales Funktionsniveau auf. Der Kohärenzsinn kann als Messwert für erlebte, nicht verarbeitete Traumatisierung verwendet werden (Klaghofer, 2005).

Lombardo und Motta (2008) wiesen nach, dass Kinder psychisch kranker Eltern deutlich häufiger an sekundärer Traumatisierung leiden als andere Kinder. In dieser Studie zeigte sich, dass elterliche psychische Krankheit an sich (und nicht die Tatsache, dass der psychisch kranke Elternteil traumatisiert ist) Trauma-Folgesymptome bei Kindern auslösen kann. Allerdings konnte nicht geklärt werden, ob die psychische Krankheit (spezifische Symptome), fehlende

emotionale, soziale und kognitive Unterstützung oder entsprechende Lebensumstände traumatisierend wirkten.

6. Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden

Gesundheit wird gesellschaftlich oft mit körperlicher Funktionalität gleichgesetzt: Gesund ist, wer über keinerlei körperliche Einschränkungen verfügt. Diese Betrachtungsweise vernachlässigt Aspekte wie die Lebensqualität und das subjektive Wohlbefinden einer Person. Denn Gesundheit umfasst neben der somatischen Funktionalität und Integrität auch die subjektive Bewertung des eigenen körperlichen und seelischen Zustandes und ist oft ein Abbild gesellschaftlicher Normen von Gesundheit und Krankheit. Jemand kann sich ohne nachweisliche somatische Einschränkungen krank (z. B. chronische Schmerzen) oder mit somatischen Einschränkungen gesund fühlen (z. B. Diabetes mellitus). In der vorliegenden Studie wird Gesundheit nicht in einem engen medizinischen Verständnis, sondern breiter gefasst als Maß der Lebensqualität und des subjektiven Wohlbefindens gemessen. Im folgenden Kapitel werden die Definition von Gesundheit von Petzold sowie die Definition der Weltgesundheitsorganisation (1997) vorgestellt.

6.1 Definition von Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1997, p. 1) definiert Lebensqualität als *„an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept incorporating in a complex way the person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationship to salient features of the environment.“*

Petzold definierte Gesundheit sehr breit als *„eine subjektiv erlebte und bewertete sowie external wahrnehmbare, genuine Qualität der Lebensprozesse im Entwicklungsgeschehen des Leib-Subjekts und seiner Lebenswelt gesehen. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass der Mensch sich selbst, ganzheitlich und differentiell, in leiblich-konkreter Verbundenheit mit dem Lebenszusammenhang (Kontext und Kontinuum) wahrnimmt und im Wechselspiel von protektiven und Risikofaktoren entsprechend seiner Vitalität bzw. Vulnerabilität, Bewältigungspotenziale, Kompetenzen und Ressourcenlage imstande ist, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben, sich zu regulieren und*

zu erhalten, schliesslich dass er auf dieser Grundlage seine körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potenziale kreativ und konstruktiv entfalten und gestalten kann und so ein Gefühl der Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität und Wohlbefinden entwickelt, persönliche Souveränität und Lebenskunst.” (Petzold, 1993, S. 448).

Gesundheit wird in der vorliegenden Studie in einem umfassenden Verständnis erfasst. Es wird dabei auf die Skalen der WHO zur Lebensqualität (und dem subjektiven Wohlbefinden) zurückgegriffen. Ebenfalls erfasst wird die Kohärenz als Messwert für gelungene Integration und Entwicklung.

6.2 Lebensqualität und Wohlbefinden betroffener Kinder

Die Lebensqualität betroffener Kinder ist tiefer als jene von Kindern ohne erkrankten Elternteil (Wiegand-Grefe, Jeske, Bullinger, Plass und Petermann, 2010). Dabei zeigte sich, dass die Art der Störung keine massgebliche Rolle in der Beeinträchtigung spielt. Der Schweregrad der Erkrankung hat hauptsächlich die familiäre Lebensqualität der Kinder beeinflusst, andere Einflüsse waren nicht nachzuweisen. Die Lebensqualität verschiebt sich im Verlauf der Erkrankung weg vom Elternhaus hin zum Freundeskreis des Kindes (Wiegand-Grefe et al., 2010). Eine Studie von Meier (2011) konnte nachweisen, dass zwischen der Lebensqualität somatisch erkrankter Menschen und ihren Partnern eine enge Beziehung vorliegt. Leider gibt es keine Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen der Lebensqualität psychisch kranker Eltern und ihren Kindern. Einzelne Bereiche der Lebensqualität psychisch kranker Menschen sind tiefer als die entsprechenden Bereiche der Lebensqualität der Normbevölkerung (Müller, 2008). Es kann angenommen werden, dass die Lebensqualität betroffener Kinder mit der Lebensqualität ihrer erkrankten Eltern interagiert.

7. Zusammenfassung

Entwicklungsverläufe von Kindern psychisch kranker Eltern werden oft von einer Mehrzahl an Risikofaktoren beeinflusst. In der vorliegenden theoretischen Einführung wurden einige davon vorgestellt. Es wurde eine Unterscheidung zwischen Bindungs- und Fürsorgerisiken und generellen Risikofaktoren gemacht. Dies ermöglichte, die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Eltern-Kind Beziehung und die familiäre Dynamik besser sichtbar zu machen. Als gene-

relle Risiko- und Protektivfaktoren wurden *Geschlecht des Kindes, Wissen über die elterliche Erkrankung, Rollendiffusion und Parentifizierung, instrumentelle und emotionale Belastungen, soziale Integration und Unterstützung, Stigmatisierungserleben und schwere Lebensereignisse in der Kindheit und Jugend* besprochen.

Drei Parameter wurden als Mass für gelingende Entwicklung ausgewählt: Identität, Kohärenzsinn und Lebensqualität der betroffenen Kinder im Erwachsenenalter. Identität kann in Anlehnung an die Definition von Petzold in fünf Lebensbereichen gemessen werden: *Leiblichkeit, Leistung, Arbeit und Freizeit, Beziehungen, Materielles und Werte*. Kohärenz entstammt dem Konzept der Salutogenese von Antonovsky. Integration, Kohärenz und Zugehörigkeit stellen nach Petzold die Basis von Gesundheitsprozessen dar (während Fragmentierung zu Erkrankung führen kann). In diesem Sinne spiegelt sich in der Identität und Kohärenz der Nachkommen immer auch deren sehr breit verstandene subjektiv wahrgenommene Gesundheit.

Aufgrund der Forschungsbefunde, die im Theorieteil erörtert wurden, gehe ich zusammengefasst von folgenden Annahmen aus. Sie werden im zweiten und dritten Teil der vorliegenden Arbeit überprüft und diskutiert:

- Nachkommen psychisch kranker Eltern sind im Verlauf ihrer Entwicklung einer Vielzahl an Risiken ausgesetzt.
- Dennoch verfügt ein grosser Teil von ihnen im Erwachsenenalter über eine gelungene Identität und einen stabilen Kohärenzsinn.
- Einige Risiken und Protektivfaktoren sind für die Entwicklung der betroffenen Kinder einschneidender als andere. In der vorliegenden Studie wurden deshalb folgende Faktoren untersucht: Familienkommunikation und Familienklima, Anwesenheit eines gesunden Elternteils, instrumentelle und emotionale Belastungen, soziale Integration, Unterstützung und Stigmatisierung. Im Weiteren flossen krankheitsbedingte Faktoren wie elterliche Diagnose, Spitalaufenthalte oder Massnahmen gegen den Willen der erkrankten Person ins Modell mit ein.

Im zweiten Teil des vorliegenden Textes wird nun die quantitative Studie vorgestellt. Sie geht der Frage nach, ob und wie es Kindern psychisch kranker Eltern gelang, im Erwachsenenalter eine gesunde Identität und einen stabilen Kohärenzsinn zu entwickeln. Sie wird die oben getroffenen Annahmen in einer differenzierteren Form diskutieren. Dazu wurden 96 erwachsene Nachkommen psychisch kranker Eltern befragt. Auf dem Hintergrund eines Resilienzmodelles wurden retrospektiv familiäre und generelle Risiko- und Protektivfaktoren erhoben sowie als

abhängige Variablen Identitätsmerkmale und der Kohärenzsinn gemessen. Abschliessend werden im dritten Teil des vorliegenden Textes die Resultate diskutiert.

II Empirische Untersuchung

1. Projektorganisation

Ursprünglicher Auftraggeber	Schweizerischer Nationalfonds, Nationales Forschungsprogramm NFP 51 zum Thema <i>Integration und Ausschluss</i>
Kooperationen	<p>Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel</p> <p>VASK (Vereinigung Angehöriger Psychose /Schizophrenie kranker Menschen)</p> <p>Stiftung Melchiorre (Basel)</p> <p>Pro Mente Sana (Zürich)</p> <p>Ein besonderer Dank geht an dieser Stelle auch an die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, die Psychiatrischen Kliniken Basel, die Clenia Schössli AG, die Psychiatrische Klinik Liestal und an die Integrative Psychiatrie Wintherathur für die Mithilfe bei der Suche nach geeigneten Familien.</p>
Projektbegleitung	<p>Quantitativer Studienteil Institut für Paar- und Familienforschung und -beratung (Universität Zürich, ehemals Universität Fribourg) Prof. J. G. Bodenmann Binzmühlestrasse 14</p> <p>8050 Zürich</p>
Projektleitung während des Nationalfondsprogramms	Dr. med. et phil. Daniel Sollberger (Basel)
Projektmitarbeitende des Nationalfondsprojekts	<p>Lic. phil. Mara Byland (Zürich): Quantitativer Studienteil</p> <p>Lic. phil. Géraldine Widmer (Basel): Qualitativer Studienteil</p>
Methoden	Standardisierte schriftliche Befragung (Quantitativer Studienteil)
Zielsetzung	Quantitative und qualitative Daten von erwachsenen Töchtern und Söhnen eines Elternteils mit der Diagnose Schizophrenie, bipolare affektive oder rezidivierende depressive Störung werden erhoben und sollen Aufschluss über die psychosoziale Lebensqualität im Erwachsenenalter und über soziale Integration und Ausschluss (z. B. Stigmatisierung), Krankheitswissen und Kommunikation in der Kindheit und Jugend geben.
Stichprobe	<p>Quantitative Teilstudie: 105 Nachkommen im Alter zwischen 18 und 78 Jahren (90 % zwischen 18 und 45 Jahre), die Daten von 96 Nachkommen flossen in die Auswertungen ein (9 Geschwister wurden zufällig ausgesondert).</p> <p>Die Kinder wurden über ihre hospitalisierten Elternteile kontaktiert (52 Personen) oder aber über Aushänge, Selbsthilfeorganisationen oder Mund zu Mund-Propaganda gefunden (50 Personen). Bei 3 Personen ist unklar, wie sie zur Studie gelangt sind. Alle Ergebnisse sind anonymisiert, so dass keine Rückschlüsse auf Individuen oder Familien möglich sind. Die Studienteilnahme basiert auf Freiwilligkeit.</p>
Zeitraumen	Dauer des Nationalen Forschungsprogramms 2003-2006, Erhebungszeitraum: März 2005-Februar 2006, Auswertungen der Daten für Dissertation 2013-15, Dissertation eingereicht 2016

2. Rekrutierung und Stichprobe

Die Grundgesamtheit der vorliegenden Studie umfasst erwachsene Menschen mit einem oder in seltenem Fall zwei psychisch kranken Elternteil(en). Die Mutter oder der Vater leidet seit der Kindheit des befragten Nachkommens an einer Schizophrenie, einer bipolaren affektiven oder an einer rezidivierenden depressiven Störung (Nach ICD-10 F20, F31 oder F33).

Die Stichprobe der Studie umfasst 96 erwachsene Kinder, deren Mutter (66%), Vater (19%) oder bei 15 Kindern (16%) beide an einer chronischen psychischen Störung leiden. Je nach Rekrutierungsprozedere konnte eine ärztlich gesicherte Diagnose (Nach ICD-10 F20, F31 oder F33) verwendet werden. Meldeten sich die Nachkommen aus eigener Teilnahmemotivation, war die elterliche Diagnose nicht immer bekannt oder konnte nicht einem der drei genannten Störungsbilder zugeordnet werden.

2.1 Rekrutierungsprozedere

Die erwachsenen Nachkommen wurden auf folgende Weise rekrutiert:

a) Über den hospitalisierten Elternteil

Der hospitalisierte Elternteil wurde persönlich aufgesucht, über die Studie informiert und um die Adresse seines erwachsenen Kindes gebeten. Der Elternteil gab sein schriftliches Einverständnis zur Kontaktaufnahme mit seinem Kind.

b) Über Aufrufe und Aushänge bei Selbsthilfeorganisationen (VASK, Pro Mente Sana, Melchiorre) und an Universitäten, sowie Streuung von Flyers an diversen Orten und Mund-zu-Mund Propaganda. Der interessierte Nachkomme meldete sich schriftlich oder per Mail zur Studienteilnahme an.

In einem nächsten Schritt wurden 199 Nachkommen telefonisch kontaktiert, ausführlich über die Studie informiert und um eine Teilnahme gebeten. 10 Personen lehnten nach diesem Telefonat die Teilnahme ab. Den übrigen 189 Nachkommen wurde anschliessend der Fragebogen mit frankiertem Rückantwortcouvert zugesandt. Ca. vier Wochen nach Versand des Fragebogens wurde ein anonymes Erinnerungsschreiben zugestellt.

Die erkrankten Elternteile waren aus folgenden Gründen nicht bereit, den Kontakt zu ihrem Kind zu ermöglichen:

- Verkennung der Studie (psychotische Verkennung der Studienbeauftragten und /oder der Studienziele)
- Fehlendes Interesse
- Fehlende Deutschkenntnisse, keine Verständigung möglich
- Fehlende Angaben oder fehlender Kontakt zum Kind
- Tabuisierung (Nachkommen sollte durch Studie nicht belastet werden oder Studienteilnahme des Kindes sei nicht relevant, da Kindheit unbeschwert gewesen sei)

Die erwachsenen Nachkommen lehnten aus folgenden Gründen die Studienteilnahme ab:

- Fehlendes Interesse oder fehlende Zeit
- Ungenügende Deutschkenntnisse
- Fehlende psychische Stabilität (keine Konfrontation mit Kindheit und Jugend möglich)
- Tabuisierung (z. B. Studienthema sei irrelevant, da Kindheit unbelastet gewesen sei)

Rahmenbedingte Schwierigkeiten bei der Rekrutierung

- Spärliche Vermittlung betroffener Familien (fehlende Zeit oder fehlendes Wissen der psychiatrischen Fachpersonen, welche Patienten erwachsene Kinder hatten)
- Fehlende finanzielle Mittel und zeitliche Ressourcen der Forschenden

2.2 Erhebungszeitpunkt und Rücklaufquote

Die Erhebung fand zwischen März 2005 und Februar 2006 statt.

199 Nachkommen wurden telefonisch oder persönlich kontaktiert, 189 erklärten sich zur Teilnahme bereit. 105 Fragebögen wurden ausgefüllt zurück gesandt. Die Rücklaufquote ist mit 56% hoch bei einem gesellschaftlich tabuisierten Thema. Zudem war der Fragebogen sehr ausführlich gehalten. Wahrscheinlich hat die aufwändige Rekrutierung die Rücklaufquote erhöht.

Tabelle 4 Rücklaufquote der Erhebung unterteilt nach elterlichem Geschlecht

<i>Fragebogen</i>	Verschickte Exemplare		Retournierte Exemplare		Rücklaufquote	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Mutterversion	139	74	79	57	79	42
Vaterversion	50	26	26	50	26	14
Total						56

2.3 Stichprobe

In diesem Kapitel wird die Stichprobe beschrieben. Die Angaben in diesem Kapitel sind auf folgende Punkte beschränkt: Geschlecht, Alter, Bildung, Zivilstand, Familienform, Wohngebiet der Familie und Diagnose des erkrankten Elternteils. Ausführliche Angaben über die Stichprobe finden sich im deskriptiven Teil der Resultate, Kapitel 5.1.

Von den 105 ausgefüllten Fragebögen konnten 96 in die Studiauswertungen eingeschlossen werden. 9 Fragebögen wurden nach dem Zufallsprinzip ausgesondert, da es sich um Geschwister handelte. Somit floss pro Familie nur ein Fragebogen in die Auswertungen ein.

Geschlecht der Nachkommen und der erkrankten Elternteile

Die Stichprobe umfasst ohne Geschwister 96 Nachkommen, 68 Frauen und 28 Männer.

Tabelle 5 Stichprobe nach Geschlecht der erkrankten Eltern und Nachkommen

	N	%		N	%
<i>Mütter</i>	71	74%	Töchter	53	55%
			Söhne	18	19%
<i>Väter</i>	25	26%	Töchter	15	16%
			Söhne	10	10%

Alter der Nachkommen und der erkrankten Elternteile zum Befragungszeitpunkt

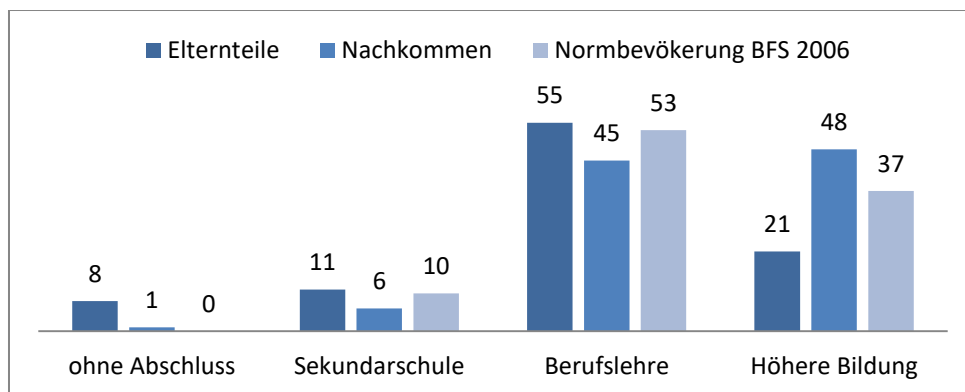
Die Nachkommen sind im Durchschnitt 35 Jahre alt (SD 11 Jahre). Die Spannweite reicht von 18 bis 79 Jahre. Zwei Nachkommen sind über 65 Jahre alt.

Die erkrankten Elternteile sind im Durchschnitt 64 Jahre alt (SD 13 Jahre). Die Spannweite reicht von 39 bis 115 Jahre (verstorben).

Bildung der Nachkommen und der erkrankten Elternteile

Die Bildung der Nachkommen ist mit dem Ausbildungsstand der Normalbevölkerung¹⁷ in der Schweiz mehr oder weniger vergleichbar. Es haben weniger Nachkommen eine Lehre abgeschlossen, dafür verfügen mehr als die Durchschnittsbevölkerung über einen Universitären oder Fachhochschulabschluss.

Abbildung 1: Die Bildung der Nachkommen und der erkrankten Elternteile in Prozenten



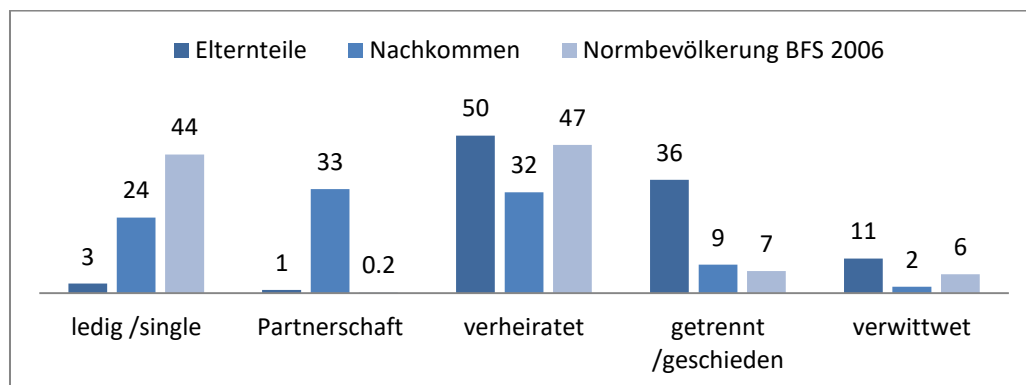
Der Bildungsstand der erkrankten Eltern ist deutlich tiefer, was mit dem Erkrankungszeitpunkt, oder mit historischen Faktoren zusammenhängen könnte.

Zivilstand der Nachkommen und ihrer (erkrankten) Elternteile

Nachkommen, die nicht in einer festen Beziehung leben, sind fast alle unter 40 Jahre alt, die Hälfte von ihnen ist jünger als 30 Jahre. Mit zunehmendem Alter der Befragten wandert der Beziehungsstatus in der Stichprobe mehr gegen rechts.

¹⁷ Quelle: Bundesamt für Statistik, ESPOP 2016

Abbildung 2: Der Zivilstand der Nachkommen und ihrer Eltern in Prozenten



Familienform während Kindheit und Jugend der Nachkommen

88% der befragten Nachkommen sind in der Schweiz aufgewachsen, 9% in einem anderen Land, die meisten von ihnen in einem der Nachbarsländer (z. B. Deutschland). Die restlichen 3% sind in zwei Ländern aufgewachsen.

Deutlich mehr Nachkommen sind in städtischem Gebiet aufgewachsen, was unter Vorbehalt der Population der Schweiz¹⁸ entspricht.

Tabelle 6 Übersicht über die Familien- und Wohnform während Kindheit und Jugend

	N	%	Normbevölkerung ¹⁹
<i>Wohngebiet</i>			
Stadt /Agglomeration	62	65%	84%
ländliches Gebiet	34	35%	16%
<i>Umzüge</i>			
Nie	23	24%	k. A.
1	27	28%	k. A.
2	19	20%	k. A.
3	8	8%	k. A.
4 und mehr	19	20%	k. A.
<i>Aufgewachsen bei</i>			
beiden Eltern	73	77%	84%
einem Elternteil	12	13%	16%
Anderswo	9	10%	k. A.
<i>Anzahl Geschwister</i>			
Keine	18	19%	22%
1	45	47%	46%
2	24	25%	22%
3 und mehr	9	9%	9%

¹⁸ Quelle BFS, Statistisches Jahrbuch 2010 STATPOP

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/raeumliche_verteilung/agglomerationen. Stadt wird definiert als Ort > 10'000 Einwohner

¹⁹ Quelle s. o. BFS Statistisches Jahrbuch 2008 STATPOP; Quelle Geschwisterzahlen: BFS Eidgenössische Volkszählung 2000

Mehr als drei Viertel der Nachkommen sind bei beiden Eltern aufgewachsen. Im Durchschnitt haben die befragten Nachkommen 1.3 Geschwister. 19% der Befragten haben kein Geschwister, 81% der Befragten haben zwischen einem und fünf Geschwister. Die Vergleichszahlen zeigen, dass die befragten Familien sich hinsichtlich der Anzahl Kinder nicht von der Normalbevölkerung unterscheiden.

Erkrankung des Elternteils

Die meisten erkrankten Eltern waren zum Studienzeitpunkt psychiatrisch hospitalisiert. Die psychiatrische Diagnose wurde in der Studie nicht verwendet, diente dem Behandlungsteam vor der Kontaktvermittlung als Auswahlkriterium geeigneter Familien für die vorliegende Studie.

Tabelle 7 Verteilung der Diagnosen der Mütter und Väter

	Mütter		Väter		Total	
	N	%	N	%	N	%
Schizophrenie	25	26	9	9	34	35
Affektive Störung	15	16	5	5	20	21
Bipolare Störung	12	13	6	6	18	19
Andere Störungsbilder	6	6	2	2	8	8
Unbekannte Störungsbilder	13	14	3	3	16	17

Bei Mehrfachnennungen wurde die Hauptdiagnose kodiert. Wurden Depression und Schizophrenie gemeinsam angegeben, wurde jeweils eine Schizophrenie kodiert. Die diagnostischen Aussagen sind, wenn keine ärztliche Diagnose zur Vorauswahl diente, von den Angehörigen gemacht und nicht verifiziert.

80% der erkrankten Eltern weisen laut ihren Kindern einen chronisch residualen und 9% einen chronisch episodischen Verlauf mit remittenten Phasen auf. Bei 10% der Elternteile ist der Verlauf nicht bekannt.

Alle erkrankten Eltern mit einer Ausnahme waren mindestens einmal in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert, 18% mehr als fünf Mal und 9% mehr als 10 Mal. Zum Befragungszeitpunkt waren 23% der erkrankten Elternteile verbeiständet oder bevormundet.

3. Erhebungsinstrument

Für die standardisierte schriftliche Befragung wurde eigens ein Instrument entwickelt, der *Fragenbogen zur Situation von Nachkommen psychisch kranker Mütter und Väter* (Byland, unveröffentlichtes Instrument). Der verwendete Fragebogen umfasst 345 eigene und übernommene Items und kann im Anhang eingesehen werden. Die Fragen sind retrospektiv zur Kindheit und Jugend sowie punktuell zur aktuellen Situation der Befragten im Erwachsenenalter gestellt. Die retrospektiven Skalen wurden eigens für diese Untersuchung konzipiert, die aktuelle Situation wurde mit eigenen Items sowie vier bestehenden Skalen erfasst. Bereiche, die in dieser Arbeit nicht ausgewertet wurde, werden im folgenden Text nicht näher vorgestellt, es wird auf das Instrument im Anhang verwiesen. Ebenfalls im Anhang befindet sich eine Übersicht über die Skalen- und Item-Kennwerte.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert rund 1.5 Stunden, die Fragen müssen nicht in einem Durchgang beantwortet werden.

Zur besseren Verständlichkeit werden nun die verwendeten Skalen aufgeführt. Die meisten Fragen wurden eigens für die vorliegende Untersuchung konzipiert, die übernommenen Instrumente sind als solche gekennzeichnet. Zur Verdeutlichung der Themenbereiche werden beispielhaft jeweils 2-5 Items angeführt. Alle Fragen, mit Ausnahme der biografischen Daten, des Krankheitswissens und der kritischen Lebensereignisse, wurden auf einer Likertskala von 1-5, die Fragen zum Kohärenzsinn auf einer Likertskala von 1-7 beantwortet:

- | | | | | |
|---|------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> trifft sehr zu | <input type="checkbox"/> trifft zu | <input type="checkbox"/> trifft etwas zu | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu | <input type="checkbox"/> trifft gar nicht zu |
| <input type="checkbox"/> sehr oft | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie / sehr selten |

Biografische Daten (20 Items zur befragten Person 17 Items zum Elternteil):

- *Wo haben Sie während ihrer Kindheit und Jugend mehrheitlich gelebt?*
 ländlichem Gebiet Stadt
- *Welchen Beruf hat ihr Vater erlernt?*
_____ weiss nicht

Krankheitswissen und -verständnis (7 Items, wurden einzeln ausgewertet)

- *Ich wusste in der Kindheit und Jugend, dass mein Vater psychisch krank war.*
 ja nein

- *Fachpersonen aus der Psychiatrie haben mir die Erkrankung meines Vaters erklärt.*
 ja nein _____Alter

Folgende für die vorliegende Untersuchung relevante 96 Items erfragen die Situation in der Kindheit und Jugend und werden auf einer Likertskala von 1 bis 5 beantwortet.

Kommunikation bestehend aus *Reden über die Erkrankung im Elternhaus* (3 Items) und *Reden über die Erkrankung ausser Haus* (8 Items)

- *In meiner Kindheit und Jugend wurde mit mir zuhause nicht über die Erkrankung gesprochen.*
- *Unsere Familie hat immer darauf geachtet, dass Familiengeschichten in der Familie blieben.*
- *Unsere Familie ermutigte mich zu einem offenen Umgang mit der Krankheit meines Vaters.*

Familienklima bestehend aus den Subskalen *familiäre Unterstützung* (3 Items), *Beziehung der Eltern* (4 Items), *Ungewissheit zuhause* (3 Items), *familiäre Überforderung* (6 Items) und *Stellenwert der Erkrankung* (3 Items).

- *In unserer Familie haben wir uns in schwierigen Zeiten gegenseitig unterstützt.*
- *Meine Eltern liebten einander.*
- *Meine Eltern hatten viele Konflikte (Streit) miteinander.*
- *Ich wusste bei uns zuhause nicht, was als Nächstes hätte geschehen können.*
- *Meine Eltern standen der Krankheit hilflos gegenüber.*
- *In unserem Familienleben nahm die Erkrankung meines Vaters wenig Raum ein.*

Instrumentelle Belastung bestehend aus den Subskalen *Parentifizierung* und *Rollentausch* (6)

- *Ich habe im Alltag Aufgaben von meinem Vater übernommen.*
- *Bei uns waren die Rollen Vater-Kind(er) vertauscht.*

Emotionale Belastung in der Kindheit bestehend aus den Subskalen *Scham, Schuld, Sorgen, Belastungen* (13 Items)

- *In meiner Kindheit und Jugend schämte ich mich für meinen erkrankten Elternteil.*
- *In meiner Kindheit und Jugend fühlte ich mich meiner Familie gegenüber schuldig.*
- *Ich habe mich als Kind um vieles gesorgt.*

- *In meiner Kindheit und Jugend habe ich mich sehr belastet gefühlt.*

Soziale Belastung in der Kindheit bestehend aus den Subskalen *Soziale Unterstützung* (7 Items), *Soziale Integration* (4 Items) und *Stigmatisierungserfahrungen* (8 Items)

- *In meiner Kindheit und Jugend hatte ich die Möglichkeit, bei anderen Personen Hilfe und Unterstützung zu holen, wenn ich sie brauchte.*
- *In meiner Kindheit und Jugend hatte ich Freundinnen und Freunde, die mir nahe standen.*
- *In meiner Kindheit und Jugend wurde ich ausgeschlossen.*
- *In meiner Kindheit und Jugend wurde unsere Familie seltsam angeschaut.*

Im Weiteren folgen Items zum Erwachsenenalter, die aktuelle Situation vor und beim Befragungszeitpunkt.

Emotionale Belastung zum Befragungszeitpunkt bestehend aus den Subskalen *Scham, Schuld, Sorgen, Belastungen* (11 Items)

- *Ich schäme mich für meinen Vater.*
- *Ich fühle mich meiner Familie gegenüber schuldig.*
- *Ich mache mir Sorgen um meinen Vater.*
- *Ich fühle mich aktuell nicht belastet.*
- *Die Krankheit meines Vaters belastet mich sehr.*

Fragebogen zu Täglichen Stressoren: DHS

Die täglichen Belastungen im Erwachsenenalter (zum Befragungszeitpunkt) wurden mit der Daily Hassles Scale (Kanner, Coyne, Schaefer und Lazarus, 1981) in der deutschen Version (Bodenmann, 1998) erhoben. Sie erfragt tägliche Widrigkeiten im Monat vor der Befragung. Die Stressoren werden in folgende fünf Bereiche mit gesamthaft 37 Items gegliedert: *Verpflichtungen in der Familie, Partnerschaft, Zeit- und Arbeitsdruck, Soziales Engagement* und *Externe Stressoren*. Aufgrund inhaltlicher und faktoranalytischer Überlegungen wurde bei der Auswertung der vorliegenden Arbeit die Gesamtskala von 37 auf 21 Items reduziert. Einzelne Bereiche wurden neu gruppiert.

Die interne Konsistenz lag bei der deutschen Version der Skala bei $\alpha=0.9$ (Bodenmann, 1998), in der vorliegenden Untersuchung mit der reduzierten Skala betrug die interne Konsistenz $\alpha=0.86$.

Kritische Lebensereignisse

In Anlehnung an die deutsche Skala *Fragebogen zu Kritischen Lebensereignissen* (Bodenmann, 1998) mit 27 Items wurden 11 kritische Lebensereignisse in den 6 Monaten vor dem Befragungszeitpunkt erhoben. Die Items wurden dichotom gestellt (ja /nein).

- Hochzeit
- Schwangerschaft /Geburt eines Kindes
- Finanzielle Verluste
- Verlust des Arbeitsplatzes

Fragebogen zum Wohlbefinden: WHOQOL-BREF

Das Wohlbefinden wurde mit der deutschen Version des WHOQOL-BREF (WHO-Quality of Life Assessment, Angermeyer, Kilian und Matschinger, 2000) erhoben. Die Kurzversion erfasst mit 26 Items die subjektive Lebensqualität Erwachsener.

Das Wohlbefinden wird in folgende vier Dimensionen unterteilt: *Physisches Wohlbefinden*, *Psychisches Wohlbefinden*, *Soziale Beziehungen* und *Umwelt*. Diese vier Bereiche wurden nicht datenbasiert ermittelt und konnten leider in der eigenen Untersuchung nicht repliziert werden. Eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation erzielte nicht die gewünschten vier Faktoren. Diese Schwierigkeit wurde schon von Müller (2008) beschrieben. Die beiden Faktoren *Physisches* und *Psychisches Wohlbefinden* waren nicht trennscharf, so dass in der eigenen Untersuchung drei Items des *Physischen Wohlbefindens* aus inhaltlichen und faktoranalytischen Überlegungen zum *Psychischen Wohlbefinden* gezählt wurden. Zur Beschreibung des *Physischen Wohlbefindens* wurden nur zwei Items verwendet. Die Kategorie *Soziales Wohlbefinden* konnte in der bestehenden Form repliziert werden. Die Kategorie *Umwelt* wurde aus fehlender Konsistenz nicht verwendet. Im Anhang befindet sich eine Übersicht über die verwendeten Items und die entsprechenden Subskalen.

Die interne Konsistenz der Skalen lag zwischen $\alpha=0.58$ und $\alpha=0.88$ (Angermeyer et al., 2000). Die eigene Unterteilung führte zu einer internen Konsistenz von $\alpha=0.76$ bis $\alpha=0.92$.

Fragebogen zum Kohärenzsinn: SOC-L9

Der Kohärenzsinn wurde mit der deutschen Kurzversion *Fragebogen zur Lebensorientierung* (SOC-L9, Leipziger Kurzversion, Witz, Gunzelman und Braehler, 2000), der Sence of Coherence

Scale von Antonovsky (1983) ermittelt. Diese Kurzversion erfasst mit 9 Items den Sense of Coherence Erwachsener. Sie umfasst drei Komponenten, *Comprehensibility* (Verstehbarkeit), *Manageability* (Handhabbarkeit) und *Meaningfulness* (Sinnhaftigkeit). Sie können folgendermassen beschrieben werden (frei nach Singer und Baehler, 2007, S. 16):

Comprehensibility: Eine Situation (oder ein Stimulus) wird als konsistent, kognitiv erfassbar und nachvollziehbar eingestuft. Ähnliche Situationen sind vorhersagbar und /oder erklärbar.

Manageability: Eine Situation (oder ein Stimulus) wird als beeinfluss- und veränderbar eingestuft. Es sind Ressourcen und Fähigkeiten vorhanden, die anstehende Situation zu bewältigen.

Meaningfulness: Eine Situation (oder ein Stimulus) wird bedeutsam eingeschätzt. Diese motivationale Komponente lässt den Schluss zu, dass „es sich lohnt, sich mit dieser Situation auseinander zu setzen“. Das Leben erscheint sinnhaft und macht Freude.

Die interne Konsistenz lag in der deutschen Normierungsstichprobe bei $\alpha=0.87$ (Singer et al., 2007). In der eigenen Untersuchung lag die interne Konsistenz bei $\alpha=0.89$.

4. Methodik der Datenauswertung

Die Daten wurden mit dem Statistikprogramm SPSS Versionen 16-20 ausgewertet. Es wurden für die Aussagen die konservativsten, d. h. nicht-parametrische Verfahren verwendet.

In einem ersten Schritt wurden die Daten deskriptiv ausgewertet. Da es zu diesem Thema wenig Datenmaterial aus quantitativen Studien gibt, wurden die einzelnen Themengebiete relativ ausführlich beschrieben.

In einem zweiten Schritt wurden Gruppenvergleiche mit einem nicht-parametrischen Verfahren, dem sogenannten Man-Whitney U-Test, durchgeführt.

In einem dritten Schritt wurden die Einflüsse der Kindheit aufs Erwachsenenalter untersucht. Da die Voraussetzungen für parametrische Prüfverfahren nicht generell gegeben waren, wurde konservativ mit nicht-parametrischen Verfahren geprüft. Singuläre Zusammenhänge wurden mit Rangkorrelationen nach Spearman und einer einfaktoriellen Rangvarianzanalyse, dem H-Test nach Kruskal Wallis überprüft. In einem weiteren Schritt wurden vergleichsweise eine

multivariate Varianzanalyse (MANOVA) und partielle Korrelationen gemacht, um parametrische Werte mit den nicht-parametrischen vergleichen und etwas über das Gesamtmodell aussagen zu können. Diese Resultate sind mit Vorsicht zu verwenden. Sie dienen der Bekräftigung der gewonnen nicht-parametrischen Resultate und geben Anhaltspunkte für weitere Forschung. Tendenzielle Befunde wurden als solche mitangegeben.

Aufgrund der grossen Datenmenge wurden nur signifikante und tendenzielle Resultate mit ihren Werten im Text angegeben. Im Anhang befindet sich eine Übersicht über die Skalenkennwerte.

5. Resultate

In diesem Kapitel werden deskriptive und analytische Befunde vorgestellt. Sie basieren auf Daten des quantitativen Teils der Studie mit dem Titel „Performing Illness, Coping Disease, Stigma and Disorder in Families with a Psychotic Parent²⁰“, die Teil des Schweizer Nationalfondsprojekts NFP51 *Integration und Ausschluss* war.

Im deskriptiven Teil wird die Situation betroffener Nachkommen in der Kindheit und Jugend ausführlich beschrieben. Dann folgt eine Darstellung ihrer Identität, ihres Kohärenzsinn und ihres seelischen und sozialen Wohlbefindens im Erwachsenenalter. Acht Annahmen wurden in Anlehnung an den Theorieteil formuliert und strukturieren die deskriptiven Betrachtungen.

Im analytischen Teil steht die Frage im Zentrum, welche Risiko- und Protektivfaktoren in der Kindheit und Jugend von Nachkommen psychisch kranker Eltern einen Einfluss auf die Ausprägung ihres Kohärenzsinn und ihres seelischen und sozialen Wohlbefindens hatten. Die Analysen wurden mit nicht-parametrischen Gruppenvergleichen und Korrelationen durchgeführt. Es wurden 22 Hypothesen formuliert, die inhaltlich aus dem Theorieteil abgeleitet wurden.

Abschliessend wurden parametrische Analysen des Gesamtmodells durchgeführt. Die so erhaltenen Kennwerte dienen auch der Verortung der nicht parametrischen Werte.

²⁰ Diese Studie ist auch bekannt unter dem Titel *Children of parents with mental illness*.

5.1 Deskriptive Analysen

Es folgt in diesem deskriptiven Teil nun eine ausführliche Beschreibung der Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern. Anschliessend wird ihre Lebenssituation im Erwachsenenalter betrachtet, Identität, Kohärenzsinn und Wohlbefinden.

Da man wenig über die Lebenssituation der betroffenen Kinder weiss, fällt dieses Kapitel relativ ausführlich aus. Die acht Annahmen ergeben sich inhaltlich aus dem Theorieteil.

Bindung- und Fürsorgerisiken

Familienkommunikation

Annahme 1: In betroffenen Familien wird innerhalb der Familie wie auch im sozialen Umfeld eher spärlich über die psychische Krankheit des Elternteils und familiäre Angelegenheiten gesprochen. Es wird eine starke Trennung zwischen Familie und Gesellschaft gemacht. Durch die Anti-Stigma-Kampagnen und die Öffnung der Psychiatrie fällt betroffenen Familien die Kommunikation über die Erkrankung heute einfacher als früher.

Die psychische Erkrankung des Elternteils wurde in 18% der Familien regelmässig, in 43% der Familien selten und in 39% der Familien nicht thematisiert. Ein Grossteil der Kinder hat zuhause selten bis nie über die elterliche Krankheit gesprochen.

Ausser Haus haben 7% der Kinder offen, 64% der Kinder kaum und 29% der Kinder gar nicht über die Erkrankung gesprochen. Ein Grossteil der Kinder hat ausser Haus kaum über die elterliche Erkrankung gesprochen.

21% der Kinder haben weder zuhause noch ausser Haus über die Erkrankung des Elternteils gesprochen, 6% haben sowohl in der Familie als auch ausserhalb offen kommuniziert. Die Tabelle 8 zeigt die Aufteilung der Kommunikation inner- und ausserhalb der Familie.

Tabelle 8 Kreuztabelle Kommunikation in der Familie versus Kommunikation ausser Haus

<i>Offene Kommunikation über die Erkrankung und Familie</i>	Zuhause	Zuhause selten	Zuhause nicht
Ausser Haus	6%	1%	0%
Ausser Haus selten	13%	32%	19%
Ausser Haus nicht	0%	8%	21%

Der Kommunikationsstil inner- und ausserhalb der Familie korreliert signifikant ($Rho=0.665$; $p=0.000^{***}$). Kinder, die zuhause über die Erkrankung gesprochen haben, taten dies meist auch ausserhalb. Allerdings sprechen 19% selten ausser Haus und nie zuhause und 8% selten Zuhause und nie ausser Haus über die Erkrankung.

Der Kommunikationsstil ist über die Jahrgänge verteilt gleichbleibend. Jüngere Nachkommen haben zuhause nicht offenere mit ihren Eltern über die Erkrankung gesprochen als ältere.

Eine Übersicht über die Verteilung der zwei Subskalen „Kommunikation zuhause“ und „Kommunikation ausser Haus“ sowie der Gesamtskala Kommunikation gibt die Tabelle 9.

Tabelle 9 Kommunikation in und ausser Haus (Anzahl und gültige Prozente)

<i>Offene Kommunikation über die Erkrankung und Familie</i>	Trifft zu		Trifft etwas zu		Trifft nicht zu	
	N	%	N	%	n	%
Zuhause	17	18	40	43	36	39
Ausser Haus	6	7	59	64	26	29
Zuhause und ausser Haus	8	9	57	63	25	28

Familienklima: Beziehung der Eltern, familiäres Funktionsniveau und Atmosphäre in der Familie

Annahme 2: In Familien mit einem psychisch kranken Elternteil herrscht häufig ein wenig supportives Familienklima. Die Atmosphäre ist geprägt von Überforderung, Unsicherheit und Instabilität. Die Beziehung untereinander und zwischen den Eltern ist eher schwierig und dysfunktional.

Gesamthaft betrachtet erlebten 10% der Kinder ein förderliches, 54% der Kinder ein wenig förderliches und 24% der Kinder kein förderliches Familienklima. Betrachten wir die einzelnen Unterbereiche dazu, um uns ein genaueres Bild machen zu können: 50% der Familien waren kontinuierlich mit der elterlichen Erkrankung überfordert. Nur gerade 8% der Nachkommen gaben an, dass ihre Familie damals einen guten Umgang mit der elterlichen Erkrankung gefunden hatte. In 21% der Familien nahm die Erkrankung (sehr) viel, in 23% der Familien kaum Raum ein. 40% der Kinder lebten in kontinuierlicher Ungewissheit und konnten nicht abschätzen, wie sich die familiäre Situation entwickeln würde. 14% erfuhren Stabilität und (Zukunfts-) Sicherheit.

20% der Elternpaare waren sich nach Aussage ihrer unterdessen erwachsenen Kinder damals wohlgesonnen und verfügten über einen offenen und liebevollen Umgang miteinander. In 31% der Familien herrschte zwischen den Eltern kontinuierlich Streit und Feindseligkeit. Wir betrachten den Zivilstand des erkrankten Elternteils während der Kindheit und Jugend der

Nachkommen, um einen Anhaltspunkt zu bekommen, wie viele Nachkommen während ihrer Kindheit und Jugend eine Trennung oder Scheidung der Eltern erlebt haben. Allerdings korreliert der Zivilstand nicht mit der Beziehungsqualität der Eltern ($Rho=0.056$; $p=0.618$).

Tabelle 10 Zivilstand der Eltern während Kindheit und Jugend (Anzahl und gültige Prozente)

	n	%
Ledig	3	3
Verheiratet	69	74
Trennung oder Scheidung vor 12. LJ	8	9
Trennung oder Scheidung zw. 12.-18. LJ	9	10
Tod eines Elternteils	4	4

Die Scheidungsrate in Familien mit unmündigen Kindern liegt in der Schweiz bei 47%²¹. In der vorliegenden Studie kam es in 19% der Familien bis zum 18. Altersjahr des befragten Kindes zu einer Scheidung (oder Trennung) der Eltern.

19% der Kinder erfuhren regelmässig, 55% der Kinder selten und 26% der Kinder kaum Unterstützung durch ihre Eltern und ein warmes Familienklima.

Tabelle 11 gibt eine zusammenfassende Übersicht über die einzelnen Werte des Familienklimas.

Tabelle 11 Familienklima (Anzahl und gültige Prozente)

	Trifft zu		Trifft etwas zu		Trifft nicht zu	
	N	%	N	%	N	%
Die Familie war mit der Erkrankung überfordert.	44	50	37	42	7	8
Das Kind erlebte Stabilität und Zukunftssicherheit.	13	14	43	46	37	40
Die Krankheit des Elternteils nahm viel Raum ein im Familienleben	19	21	52	46	21	23
Das Kind wurde von den Eltern in schwierigen Situationen unterstützt ²² .	26	28	22	24	45	48
Die Eltern waren sich wohlgesonnen und pflegten einen liebevollen Umgang.	17	20	42	48	27	32
Das Kind wuchs mit der Unterstützung der Eltern in einem förderlichen und warmen Klima auf.	16	19	48	55	22	26
Gesamte Subskala Familienklima	8	10	54	66	19	24

Anwesenheit eines gesunden Elternteils

63% der Kinder sind bei beiden Eltern aufgewachsen, mit einem erkrankten Elternteil. Alle 9 Kinder, die bei Verwandten oder im Heim aufwuchsen, haben zwei psychisch kranke Eltern. Die Tabelle 12 gibt eine Übersicht, bei wem die betroffenen Kinder aufgewachsen sind. Es werden zu einer besseren Einbettung der Werte auch Normen der Schweizer Bevölkerung angeführt.

²¹ Quelle: BFS Familien in der Schweiz STATPOP, Vergleichswerte über mehrere Jahre

²² Diese Frage wurde mit einem einzigen Item erfragt (var73).

Tabelle 12 Angaben, bei wem das Kind aufgewachsen ist mit Vergleichswerten des BFS

	<i>Betroffene Familien</i>		<i>Normbevölkerung²³</i>
	N	%	%
Bei beiden Eltern	60	63	
Bei beiden erkrankten Eltern	13	14	
Total bei beiden Eltern		77	84
Beim gesunden Elternteil	3	3	
Beim erkrankten Elternteil	9	9	
Total Einelternfamilien		12	16
Nicht bei den Eltern	9	9	k. A.
Unbekannt	2	2	k. A.

Generelle Risiken und Protektivfaktoren

Krankheitswissen und -verständnis²⁴

Annahme 3: Kinder psychisch kranker Eltern werden von Fachleuten (Ärzten/-innen, Psychologen/-innen oder Pflegepersonal in psychiatrischen Diensten) kaum auf die elterliche Krankheit angesprochen. Ihnen wird die Diagnose oder der Umgang mit der Erkrankung selten erklärt. Die Kinder wissen nicht, dass ihr Elternteil psychisch krank ist.

Drei unterschiedliche Bereiche wurden erfragt: *Vermitteln der Diagnose, Erklären der Symptomatik* und *Erklären des Umgangs mit der Erkrankung*. Der vierte Bereich beziffert gesamthaft, wie viele Nachkommen bis ins Erwachsenenalter mit einer Fachperson der Erwachsenenpsychiatrie mit gesprochen haben.

In der Kindheit kannten vier Fünftel der betroffenen Kinder keine Diagnose. 90% der Kinder wurden weder die Symptome noch der Umgang mit der Erkrankung von einer Fachperson erklärt. Von den Befragten hat niemand vor dem sechsten Lebensjahr mit einer Fachperson ein Gespräch geführt. Bis zum Befragungszeitpunkt haben über zwei Drittel der Nachkommen nie mit einer Fachperson der Erwachsenenpsychiatrie über die elterliche Krankheit gesprochen. Dennoch wussten 57% der Kinder, dass ihre Mutter oder ihr Vater psychisch krank war. Fast die Hälfte dieser Kinder, 44%, konnte auch das Verhalten des erkrankten Elternteils einordnen. Dieses Wissen stammt mehrheitlich nicht von Fachleuten aus der Erwachsenenpsychiatrie.

Tabelle 13 gibt eine Übersicht über die Verteilungen der Subskalen zur Wissensvermittlung.

²³ Quelle: BFS Familien in der Schweiz Statistischer Bericht 2008

²⁴ Teile dieser Auswertung wurden erstmals in Mottier und von Mandach (2007) publiziert. Der Vollständigkeit halber sind diese Resultate dennoch hier abgebildet. Damals waren die Fallzahlen leicht anders, da auch Geschwister in der Stichprobe enthalten waren.

Tabelle 13 Krankheitswissen und –verständnis vermittelt durch Fachpersonen (Anzahl und gültige Pro-zente)

	<i>In der Kindheit und Jugend (bis 18 Jahre)</i>				<i>In der Kindheit, Jugend und als Erwachsene</i>			
	Ja		Nein		Ja		Nein	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Diagnose kennen	15	16	80	84	24	25	71	74
Symptome kennen	6	6	90	94	17	19	79	81
Umgang Erkrankung kennen	7	7	89	92	15	17	81	84
Mit Fachperson gesprochen	-	-	-	-	30	31	66	69

Instrumentelle Belastung: Übernahme von zusätzlichen Aufgaben und Rollendiffusion

Annahme 4: Die betroffenen Kinder erfahren durch die elterliche Erkrankung eine hohe instrumentelle Belastung. Sie übernehmen in ihrem Alltag und in Krisenzeiten Aufgaben für den erkrankten Elternteil.

36% der Kinder haben in ihrem Alltag und in Krisenzeiten Aufgaben für den erkrankten Elternteil übernommen, 54% waren manchmal, 10% nicht durch zusätzliche Aufgaben belastet. In 32% der Familien waren die Rollen zwischen erkranktem Elternteil und Kind aus Sicht der erwachsenen Nachkommen vertauscht.

Tabelle 14 Instrumentelle Belastung in gültigen Prozenten nach Geschlecht des Kindes

	<i>Instrumentelle Belastung</i>		
	Hoch	Mittel	Tief
Mädchen	44	48	8
Knaben	16	68	16

Die Gruppe der instrumentell am stärksten belasteten Kinder, d. h. jener Kinder, die nur höchsten Belastungswerte (bei allen Fragen) angegeben haben, umfasst 10% der Kinder. Sie teilt sich auf 7 Mädchen und 2 Knaben (proportionales Abbild der Stichprobe). In dieser Gruppe besteht kein Genderunterschied.

Tabelle 15 Instrumentelle Belastung (Anzahl und gültige Prozente)

	<i>Trifft zu</i>		<i>Trifft manchmal zu</i>		<i>Trifft gar nicht zu</i>	
	N	%	n	%	N	%
Das Kind übernimmt zusätzliche Aufgaben für den erkrankten Elternteil	31	36	47	54	9	10

Emotionale Belastung

Annahme 5: Die betroffenen Kinder erfahren durch die elterliche Erkrankung eine hohe emotionale Belastung. Sie haben Schuld- und Schamgefühle, machen sich Sorgen um den erkrankten Elternteil und fühlen sich generell stark belastet.

28% der Kinder litten unter starken Schuldgefühlen, 50% der Kinder unter starken Schamgefühlen gegenüber dem erkrankten Elternteil. 57% der Kinder machten sich Sorgen um den erkrankten Elternteil und 71% erlebten ihre Kindheit generell als sorgenreich. 60% der Kinder fühlten sich emotional stark belastet. Schamgefühle gegenüber und Sorgen über den erkrankten Elternteil dominieren die emotionale Belastung der betroffenen Kinder. Tabelle 16 gibt eine Übersicht über alle Untergruppen der emotionalen Belastung und ihre Ausprägungen.

Tabelle 16 Emotionale Belastung (Anzahl und gültige Prozente)

	Trifft zu		Trifft etwas zu		Trifft gar nicht zu	
	N	%	N	%	n	%
Das Kind litt unter Schuldgefühlen gegenüber Familie	20	21	32	33	44	46
Das Kind litt unter Schuldgefühlen (Familie & Elternteil)	27	28	20	21	48	50
Das Kind litt unter Schamgefühlen (Familie & Elternteil)	35	37	32	34	28	30
Das Kind schämte sich für erkrankten Elternteil.	48	50	18	19	30	31
Das Kind schämte sich für die Familie.	32	33	22	23	42	44
Das Kind machte sich Sorgen um den erkrankten Elternteil.	55	57	25	26	16	17
Das Kind hatte eine sorgenreiche Kindheit ²⁵ .	68	71	17	18	11	11
Das Kind fühlte sich stark belastet.	58	60	33	34	5	5
Zusammenfassung der generellen emotionalen Belastung	23	27	58	68	4	5

Soziale Integration und Unterstützung²⁶

Annahme 6: Kinder psychisch kranker Eltern verfügen über soziale Kontakte, allerdings sind ihre Freundschaften und Kontakte durch die spezielle familiäre Situation eingeschränkt. Sie erhalten wenig soziale Unterstützung und erfahren Stigmatisierung.

14% der Kinder verfügten über keine Kontakte zu Gleichaltrigen, 16% der Kinder über keine engen Freunde. 43% der Kinder hatten zuhause kaum je Besuch von anderen Kindern und 24% der Kinder konnte nicht an Freizeitaktivitäten teilnehmen. 37% der Kinder bezeichnen sich rückblickend als Einzelgänger /-in, 13% als Einzelgänger /-in ohne enge Freundschaft. Dem

²⁵ var132 (Ich hatte eine sorgenfreie Kindheit.)

²⁶ Teile dieser Auswertung wurden erstmals in Mottier und von Mandach (2007) publiziert. Der Vollständigkeit halber sind diese Resultate dennoch hier abgebildet. Damals waren die Fallzahlen leicht anders, da Geschwister in der Stichprobe enthalten waren.

gegenüber stehen jene Kinder, die integriert waren: 25% der Kinder hatten regelmässigen Kontakt zu Gleichaltrigen, und 63% der Kinder hatten enge Freundschaften. 24% der Kinder hatte regelmässig Besuch von anderen Kindern und 45% der Kinder konnte an Freizeitaktivitäten teilnehmen.

Anders sieht es mit der erhaltenen sozialen Unterstützung aus. 46% der betroffenen Kinder (und ihre Familien) konnten in schwierigen Situationen keine Unterstützung holen und standen mit ihren Schwierigkeiten alleine da. 7% der betroffenen Kinder (und ihre Familien) erfuhren in schwierigen Situationen Unterstützung und Hilfe anderer Menschen.

Wir betrachten die soziale Unterstützung noch etwas genauer und gehen der Frage nach, welche Familien (-modelle) Unterstützung erfahren haben. Kinder aus Einelternfamilien haben weniger Unterstützung erfahren als Kinder, die bei beiden Eltern aufwuchsen.

Tabelle 17 Erhaltene Unterstützung nach Familienmodell

	<i>Erhaltene soziale Unterstützung</i>		
	Genügend %	Wenig %	Keine %
Bei beiden Eltern	2	11	7
Bei beiden erkrankten Eltern	0	5	15
Total bei beiden Eltern	2	16	22
Beim gesunden Elternteil	0	7	13
Beim erkrankten Elternteil	0	4	16
Total Einelternfamilien	0	11	29
Nicht bei den Eltern	0	9	9
Total	4	36	60

Betrachten wir den Wunsch der Kinder nach sozialer Integration und Unterstützung: Die Hälfte der erwachsenen Nachkommen fand die soziale Integration, 42% die soziale Unterstützung sehr wichtig. 58% der Kinder, die keine soziale Unterstützung erhalten haben, hätte sich sehr und 42% ab und an Unterstützung von familienexternen Personen gewünscht.

Die Tabelle 18 gibt eine Übersicht über die Verteilung der sozialen Integration und Unterstützung, deren subjektiven Wichtigkeit für die Kinder, sowie der Stigmatisierungserfahrungen.

Tabelle 18 Soziale Integration, Unterstützung und Stigmatisierung (Anzahl und gültige Prozente)

	(Sehr) oft		Ab und an		Kaum je – nie	
	N	%	N	%	N	%
Soziale Integration	24	25	59	61	13	14
Das Kind hat zuhause Besuch von anderen Kindern.	23	24	32	33	41	43
Das Kind verfügt über enge Freundinnen und Freunde.	60	63	21	21	15	16
Das Kind nimmt an Freizeitaktivitäten teil.	43	45	30	31	23	24
Das Kind bezeichnet sich als Einzelgänger /-in	35	37	23	23	38	40
Soziale Unterstützung	6	7	44	47	43	46
Stigmatisierungserfahrung	6	7	43	50	37	43
Gen. soz. Integration, Unterstützung, keine Stigmaerfahrung	11	13	56	81	5	6
		sehr wichtig		relativ wichtig		nicht wichtig
Subjektive Wichtigkeit der sozialen Integration für Kind		50		49		1
Subjektive Wichtigkeit der sozialen Unterstützung für Kind		42		47		1

Critical Life Events und kumulative Risiken

Annahme 7: Kinder psychisch kranker Eltern erleben eine Kumulation kritischer Lebensereignisse und chronischer Belastungen.

In einem ersten Schritt betrachten wir schwere Lebensereignisse wie Suizidversuche, Todesfälle und schwere Krankheiten in der Kindheit und im Erwachsenenalter der Nachkommen. 15% der Befragten haben einen Suizid und 8% den Tod eines Familienangehörigen erlebt. Bei 4% der Todesfälle in der Kindheit handelt es sich dabei um einen Elternteil. Alle übrigen Suizide und Todesfälle (19%) betreffen andere Familienangehörige (Geschwister oder Grosseltern, evt. auch Tanten, Onkeln, Kusinen und Kusins). Die Suizidrate ist auffallend hoch, in der Schweiz lag sie in den Jahren 2003-2008 bei 15 Personen von 100'000, d. h. bei 0.015%²⁷.

6% der Kinder haben in der Kindheit eine eigene schwere Krankheit erlebt, 16% die schwere Erkrankung einer nahestehenden Person. Tabelle 19 gibt eine Übersicht über die schweren Lebensereignisse in der Kindheit und im Erwachsenenalter.

Tabelle 19 Prozentuale Verteilung schwerer Lebensereignisse vor und nach dem 18. Lebensjahr

Critical Life Events	In Kindheit	Ab 18. Lj.	Nicht erlebt
	%	%	%
Suizidversuch eines Angehörigen	42	9	46
Wiederholter Suizidversuch Angehörigen	28	4	63
Vollzogener Suizid eines Angehörigen	15	4	80
Tod eines Angehörigen	8	9	80
Tod nahestehender Person nicht Familie	41	22	38
Schwere Krankheit nahestehender Person	16	19	53
Schwerer Unfall nahestehender Person	13	7	78
Eigene schwere Erkrankung	6	11	82
Eigener schwerer Unfall	3	3	93
Spitalaufenthalt	14	22	63

²⁷ Quelle: BFS Statistik der Todesursachen und Totgeburten, MONET
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/21/02/ind32.indicator.70301.3201.html>

In einem zweiten Schritt betrachten wir die Verteilung der herkömmlichen kritischen Lebensereignisse. Diese wurden nur für das Erwachsenenalter der Nachkommen, d. h. für die letzten 12 Monate vor der Befragung, erhoben.

Tabelle 20 Kritische Lebensereignisse in den 12 Monaten vor der Befragung

	Erlebt	Nicht erlebt
	%	%
Hochzeit	22	78
Trennung /Scheidung	20	80
Schwangerschaft /Geburt	18	82
Tot- oder Fehlgeburt	12	88
Längere Reise, Auslandsaufenthalt	27	73
Veränderung Wohnsituation	42	58
Grosse finanzielle Investition, z. B. Hauskauf	18	82
Finanzielle Verluste	14	86
Veränderung beruflicher Situation	56	44
Verlust des Arbeitsplatzes	12	88
Grosse Veränderung im sozialen Umfeld ²⁸	35	65

In einem dritten Schritt betrachten wir die Gesamtanzahl der schweren und kritischen Lebensereignisse. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Summe schwerer Lebensereignisse in der Kindheit und Jugend sowie im Erwachsenenalter und die Summe Kritischer Lebensereignisse in den zwölf Monaten vor dem Befragungszeitpunkt.

Tabelle 21 Schwere Lebensereignisse und kritischer Lebensereignisse (CLE) (Anzahl und Prozente)

	0	1	2	3	4	5-7
	%	%	%	%	%	%
Schwere Lebensereignisse in Kindheit	17	29	19	21	12	3
Schwere Lebensereignisse nach dem 18. Lj.	44	24	19	9	3	1
Critical Life Events	14	17	21	12	18	19

Gesamthaft betrachtet haben 17% der Nachkommen bis zu ihrem 18. Lebensjahr kein, 29% ein, 18% zwei und 36% drei und mehrere schwere Lebensereignisse erfahren. Auffallend ist, dass die Häufung schwerer Lebensereignisse nach dem 18. Lebensjahr der betroffenen Kinder abnimmt. Fast die Hälfte hat in ihrem Erwachsenenleben kein schweres Lebensereignis mehr erlebt, während es in der Kindheit und Jugend knapp ein Fünftel der betroffenen Kinder ist. Hingegen haben nur 14% der Nachkommen im Verlauf der 12 Monate vor der Befragung kein und 49% drei und mehr kritische Lebensereignisse erfahren.

²⁸ Davon waren 25% positiv (z. B. neue Partnerschaft) und 10% negativ (z. B. schwerer sozialer Konflikt)

Identität, Wohlbefinden und Kohärenz im Erwachsenenalter

In diesem Kapitel wird in einem ersten Schritt eine Übersicht über die Identität, das Ausmass des Kohärenzsinn und des Wohlbefindens der erwachsenen Nachkommen gegeben. In einem zweiten Schritt werden die Zusammenhänge zwischen Belastungen im Erwachsenenalter und dem Kohärenzsinn, bzw. dem Wohlbefinden dargestellt. In einem dritten Schritt werden die Zusammenhänge nochmals vereint in einer Übersicht präsentiert.

Zur Beschreibung wird auf die Theorie der 5-Säulen der Identität von Petzold (2003) zurückgegriffen. Identität wird dementsprechend in die Bereiche *Leiblichkeit, Beziehungen und Sozialstruktur, Arbeit und Leistung, materielle Sicherheit, Werte* eingeteilt. Die beiden Bereiche *Materielle Sicherheit* und *Werte* können mit dieser Untersuchung nicht direkt beschrieben werden. Allerdings kann das Konstrukt *Kohärenzsinn* als Teil der Säule *Werte* betrachtet werden. Wohlbefinden und Kohärenz fliessen in die Säulen der Identität ein. Die Annahmen entspringen der Resilienzforschung: Es wird davon ausgegangen, dass sich ein Grossteil der Kinder trotz widriger Umstände gesund entwickelt.

Annahme 8: Kinder psychisch kranker Eltern weisen im Erwachsenenalter eine stabile Identität auf. Ihr Kohärenzsinn, ihr psychisches und soziales Wohlbefinden sind relativ gut.

Leiblichkeit

5% der Nachkommen wurden zum Befragungszeitpunkt von starken Schmerzen an der Erledigung wichtiger Alltagstätigkeiten gehindert und weitere 4% waren auf medizinische Behandlung angewiesen, um das Leben zu meistern. 84% waren meist schmerzfrei und nicht auf medizinische Behandlung angewiesen.

Seelisches Wohlbefinden

42% schätzten ihr seelisches Wohlbefinden als (sehr) gut ein, 1% als schlecht.

Betrachtet man einzelne Items, so zeigt sich folgendes Bild: 76% der Befragten schätzt ihre Lebensqualität als sehr gut ein. 4% schätzen sie schlecht und die restlichen 20% als mittelmässig ein. Diese Werte sind vergleichbar mit den Normwerten²⁹ der Schweizer Bevölkerung aus dem Jahre 2007: 75% der Befragten schätzten ihre Lebensqualität als sehr gut ein.

²⁹ Quelle: BFS SILC 2007 Subjektive Einschätzung der Lebensqualität nach verschiedenen soziodemografischen Merkmalen

65% der Befragten ist (sehr) zufrieden, 11% sind (sehr) unzufrieden mit ihrer Gesundheit, die restlichen 24% schätzen ihre Gesundheit als mittelmässig ein. Verglichen mit den Normwerten³⁰ der Schweizer Bevölkerung aus dem Jahre 2007 ist die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit bei den befragten Nachkommen deutlich tiefer, denn 73% der Normstichprobe im Vergleich mit 65% der Nachkommen waren mit dem eigenen Gesundheitszustand sehr zufrieden.

Die Frage – *Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?* – wurde von 27% bejaht, 26% kennen diese Gefühle zeitweilig, 47% kaum.

Physische Einschränkungen und Schmerzen kommen bei den befragten Nachkommen deutlich seltener als psychische Einschränkungen wie Angst oder depressive Gefühle vor. Nur ein sehr kleiner Prozentsatz der Befragten war zum Befragungszeitpunkt auf medizinische Behandlungen angewiesen, 57% der Nachkommen haben sich im Laufe ihres Lebens schon einmal in Psychotherapie begeben.

Kohärenzsinn

27% der Kinder verfügen im Erwachsenenleben über einen sehr stabilen, 9% über einen instabilen Kohärenzsinn. Der Mittelwert ist in der vorliegenden Studie tiefer als in der Normstichprobe, die Streuung grösser. Die Nachkommen verfügen im Schnitt über einen tieferen Kohärenzsinn als die Normstichprobe.

Tabelle 22 Kohärenzsinn Vergleich der Normwerte³¹ mit Befragungswerten

<i>Kohärenzsinn</i>	N	mean	SD	median
Befragte Stichprobe	90	45.56	10.60	48
Normwert	1089	47.50	8.94	

Beziehungen /Sozialstruktur

24% der Nachkommen haben täglich Kontakt mit dem erkrankten Elternteil, 7% da sie nach wie vor mit ihm zusammenleben. 43% haben wöchentlichen, 11% monatlichen und 22% der Befragten haben selteneren oder nie Kontakt zum erkrankten Elternteil.

64% lebten zum Befragungszeitpunkt in einer festen Beziehung oder Ehe. 10% lebten getrennt oder geschieden und 2% war verwitwet. Von den 24% Singles waren 11% noch keine dreissig Jahre alt.

29% der Befragten haben Kinder und leben mit ihnen zusammen³². Vergleicht man die Anzahl der Kinder pro Frau unter Berücksichtigung des Alters unterscheiden sich die Nachkommen

³⁰ Quelle: BFS SILC 2007 Subjektive Einschätzung der Lebensqualität nach verschiedenen soziodemografischen Merkmalen

³¹ Die Normwerte sind aus Singer und Bähler (2007) entnommen.

psychisch kranker Eltern von ihren weiblichen Altersgenossinnen (für Männer konnten leider keine Vergleichswerte gefunden werden). 30% der Frauen über 45 Jahren mit einem psychisch kranken Elternteil sind nie Mutter geworden versus 15% der Frauen aus der Bevölkerung.

Tabelle 23 Elternschaft der befragten Nachkommen (% Werte in der Alterskategorie)

Alter der Befragten	Frauen		Normwert ³³	Männer		Normwert
	Ohne Kind	Mit Kind	ohne Kind	Ohne Kind	Mit Kind	Mit Kind
	%	%		%	%	
Unter 25 Jahre	100	0	k. A.	86	14	k. A.
Zw. 25 und 45 Jahren	69	31	42	73	27	k. A.
Älter als 45 Jahre	30	70	15	50	50	k. A.
Gesamthaft	49	22	k. A.	21	7	k. A.

Betrachtet man das soziale Wohlbefinden, so sind 5% der Nachkommen (sehr) unzufrieden mit ihren persönlichen Beziehungen, während 41% (sehr) zufrieden sind. Im Vergleich mit der Normstichprobe der Schweizer Bevölkerung³⁴ aus dem Jahre 2007 ist die Zufriedenheit mit engen sozialen Beziehungen bei den Nachkommen deutlich tiefer, denn 85% der befragten Schweizer/-innen im Vergleich zu 41% der Nachkommen verfügen über eine hohe Zufriedenheit mit engen sozialen Beziehungen.

Arbeit /Leistung und materielle Sicherheit

6% der Nachkommen verfügen über einen Sekundarschulabschluss, 34% über einen Lehrabschluss, 10% eine (Berufs-)Matur und 48% über eine höhere Bildung. 25% der Nachkommen ist zum Befragungszeitpunkt in Ausbildung, 40% von ihnen ist älter als 26 Jahre. Wie wir gesehen haben, ist die Bildung der befragten Nachkommen tendenziell leicht höher als in der Normpopulation.

An einem durchschnittlichen Wochentag gehen 58% einer Erwerbsarbeit nach. 15% sind mit Haushalt und Kinderbetreuung beschäftigt, davon geht die Hälfte Teilzeit zusätzlich einer Erwerbsarbeit nach. 2 Personen sind zum Befragungszeitpunkt arbeitslos und/oder erhalten eine Invalidenrente.

49% sind Angestellte, 13% haben eine leitende Position inne³⁵ und 3% sind selbständig³⁶.

61% sind in medizinischen und sozialen Berufen tätig (29% und 32%). 39% sind in sonstigen Berufsfeldern tätig³⁷. Im Vergleich arbeiteten 2013 in der Schweiz 49% der arbeitstätigen

³² 3% lebt nicht (mehr) mit ihnen zusammen, die Kinder sind erwachsen.

³³ Quelle: VZ, BFS Kinderlose Frauen 2000 in der Schweiz

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/regionen/thematische_karten/gleichstellungsatlas/familien_und_haushaltsformen/kinderlosigkeit.html

³⁴ Quelle: BFS SILC 2007 Subjektive Einschätzung der Lebensqualität nach verschiedenen soziodemografischen Merkmalen

³⁵ Auf die Gesamtstichprobe betrachtet sind dreimal weniger Frauen in leitender Position als Männer.

³⁶ 25% sind in Ausbildung, 2% arbeitslos und 7% für die Hausarbeit und Kinderbetreuung zuständig

Bevölkerung im Sozial- oder Gesundheitswesen (BFS, Statistik der Schweiz 2013). Deutlich mehr Nachkommen haben einen sozialen oder Gesundheitsberuf ergriffen als die Normbevölkerung.

18% der Befragten haben in den 12 Monaten vor der Befragung eine grosse finanzielle Investition (z. B. Haus- oder Wohnungskauf) getätigt.

5.2 Gruppenvergleiche

Die Resultate wurden mit einem nicht-parametrischen Gruppenvergleich, dem U-Test nach Mann-Whitney überprüft. Für die bessere Lesbarkeit werden die Gruppenvergleiche jeweils zusammengefasst am Ende jeden Bereichs tabellarisch aufgelistet und nicht im Text integriert.

Krankheitsbedingte Belastung

Die Anzahl Hospitalisierungen und Behandlungen gegen den Willen des erkrankten Elternteils variiert

➤ *je nach Diagnose der elterlichen Erkrankung*

Die Anzahl Klinikeinweisungen variiert nicht signifikant in den unterschiedlichen Diagnosegruppen.

Eltern mit einer depressiven Erkrankung werden signifikant seltener gegen ihren Willen in die Klinik eingewiesen als Eltern mit einer anderen Erkrankung. Die unten angeführte Tabelle gibt eine Übersicht über die entsprechenden Werte.

Tabelle 24 M-W U-Test Hospitalisierung und Diagnose

	<i>Depressive Störung</i>		<i>Bipolare Störung</i>		<i>Andere Störung</i>	
	Z	p	Z	p	Z	p
<i>Schizophrenie</i>	-0.375	0.707	-1.086	0.277	0.000	1.000
<i>Depressive Störung</i>			-0.749	0.553	-0.260	0.862
<i>Bipolare Störung</i>					-0.752	0.567

³⁷ Diese Zahlen beziehen sich bei Menschen in Ausbildung auf den zukünftigen Beruf. Bei Erstausbildung keine Angaben.

Tabelle 25 Tabelle 25: M-W U-Test FFE und Diagnose

	<i>Depressive Störung</i>		<i>Bipolare Störung</i>		<i>Andere Störung</i>	
	Z	p	Z	p	Z	p
<i>Schizophrenie</i>	-4.391	0.000***	-0.054	0.957	-0.727	0.496
<i>Depressive Störung</i>			-4.116	0.000***	-3.257	0.006**
<i>Bipolare Störung</i>					-0.859	0.461

Bindung- und Fürsorgerisiken

Die emotionale Belastung des Kindes variiert

- *je nach Diagnose der elterlichen Erkrankung*

Die emotionale Belastung des Kindes variiert nicht signifikant, wenn der Elternteil an einer Schizophrenie oder an einer chronisch affektiven Störung leidet. Aber die emotionale Belastung der Kinder, deren Elternteile an einer sonstigen Erkrankung leiden, ist signifikant höher im Vergleich zu Kindern mit Eltern mit einer chronisch affektiven Erkrankung. Die Werte der Gruppenvergleiche sind in der untenstehenden Tabelle abgebildet.

Tabelle 26 M-W U-Test Emotionale Belastung und Diagnose

	<i>Depressive Störung</i>		<i>Bipolare Störung</i>		<i>Andere Störung</i>	
	Z	p	Z	p	Z	p
<i>Schizophrenie</i>	-1.510	0.131	-1.308	0.191	-1.246	0.213
<i>Depressive Störung</i>			-0.183	0.855	-2.396	0.012*
<i>Bipolare Störung</i>					-2.390	0.014*

Die soziale Belastung des Kindes variiert

- *je nach Diagnose der elterlichen Erkrankung*

Die soziale Belastung des Kindes variiert nicht signifikant, wenn der Elternteil an einer Schizophrenie oder an einer chronisch affektiven Störung leidet. Aber die soziale Belastung (geringere soziale Integration und Unterstützung, mehr Stigmatisierungserfahrungen) der Kinder, deren Elternteile an einer sonstigen Erkrankung leiden, ist signifikant höher.

Tabelle 27 M-W U-Test Soziale Belastung und Diagnose

	<i>Depressive Störung</i>		<i>Bipolare Störung</i>		<i>Andere Störung</i>	
	Z	p	Z	p	Z	p
<i>Schizophrenie</i>	-1.378	0.168	-0.220	0.826	-1.920	0.054
<i>Depressive Störung</i>			-0.796	0.440	-2.402	0.015*
<i>Bipolare Störung</i>					-2.142	0.033*

Der Kohärenzsinn, das seelische und soziale Wohlbefinden des Kindes im Erwachsenenalter variiert

➤ **je nach Diagnose der elterlichen Erkrankung**

Der Kohärenzsinn, das seelische und das soziale Wohlbefinden der Kinder im Erwachsenenalter unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der Diagnose der elterlichen Erkrankung. Allerdings gibt es zwei Ausnahmen: Kinder mit einem bipolar erkrankten Elternteil zeigen einen signifikant höheren Kohärenzsinn als Kinder, deren Elternteil an einer anderen Erkrankung leidet. Und Kinder mit einem depressiv erkrankten Elternteil zeigen ein tendenziell tieferes seelisches Wohlbefinden als Kinder mit einem manisch-depressiven Elternteil.

Tabelle 28 Mittelwerte der Abhängigen Variablen nach Diagnose des erkrankten Elternteils

	Kohärenzsinn		Seel. Wohlbefinden		soziales Wohlbefinden	
	mean	SD	mean	SD	mean	SD
Schizophrenie	5.0	1.113	3.7	0.722	3.7	0.736
Bipolare Störung	5.5 *	1.015	4.0	0.587	3.8	0.898
Depressive Störung	4.8	1.247	3.5	0.799	3.7	0.709
Andere Störungsbilder	4.1*	1.557	3.7	0.994	3.6	1.232

Tabelle 29 M-W U-Test Kohärenzsinn SOC nach Diagnose

	<i>Depressive Störung</i>		<i>Bipolare Störung</i>		<i>Andere Störung</i>	
	Z	P	Z	p	Z	P
<i>Schizophrenie</i>	-0.558	0.577	-1.292	0.196	-1.319	0.198
<i>Depressive Störung</i>			-1.449	0.155	-0.758	0.458
<i>Bipolare Störung</i>					-2.012	0.047*

Tabelle 30 M-W U-Test Seelisches Wohlbefinden und Diagnose

	<i>Depressive Störung</i>		<i>Bipolare Störung</i>		<i>Andere Störung</i>	
	Z	p	Z	p	Z	P
<i>Schizophrenie</i>	-0.878	0.380	-1.452	0.146	-0.203	0.855
<i>Depressive Störung</i>			-1.952	0.052	-1.228	0.238
<i>Bipolare Störung</i>					-0.468	0.669

Tabelle 31 M-W U-Test Soziales Wohlbefinden und Diagnose

	<i>Depressive Störung</i>		<i>Bipolare Störung</i>		<i>Andere Störung</i>	
	Z	p	Z	p	Z	p
<i>Schizophrenie</i>	-0.542	0.588	-0.363	0.716	-0.665	0.517
<i>Depressive Störung</i>			-0.253	0.806	-0.298	0.775
<i>Bipolare Störung</i>					-0.124	0.928

Familienklima

Der Kohärenzsinn, das seelische und das soziale Wohlbefinden des Kindes im Erwachsenenalter variieren

➤ *je nach Zivilstand der Eltern*

Der Kohärenzsinn, das seelische und soziale Wohlbefinden der Nachkommen variiert nicht signifikant nach dem Zivilstand des erkrankten Elternteils. Eine Ausnahme besteht jedoch: Wenn ein Elternteil in der Kindheit verstorben war, ist das seelische Wohlbefinden der Nachkommen im Erwachsenenalter signifikant tiefer als bei den anderen Kindern (ausser der erkrankte Elternteil hat nie geheiratet). Diese Tendenz sieht man auch im Kohärenzsinn und im sozialen Wohlbefinden, allerdings besteht dort kein signifikanter Unterschied. Nachfolgend wird eine tabellarische Zusammenfassung der Werte gegeben.

Tabelle 32 M-W U-Test SOC und Zivilstand der Eltern

	<i>Verheiratet</i>		<i>getrennt n. 12.Lj.</i>		<i>getrennt v. 12. Lj.</i>		<i>verwitwet</i>	
	Z	p	Z	p	Z	p	Z	p
<i>Ledig</i>	-0.354	0.749	-0.093	1.000	-0.615	0.630	-0.535	0.629
<i>Verheiratet</i>			-0.281	0.778	-0.992	0.321	-1.683	0.094
<i>getrennt nach 12.Lj</i>					-0.966	0.370	-1.625	0.106
<i>getrennt vor 12. Lj.</i>							-1.704	0.109

Tabelle 33 M-W U-Test seelisches Wohlbefinden und Zivilstand der Eltern

	<i>Verheiratet</i>		<i>getrennt n. 12.Lj.</i>		<i>getrennt v. 12. Lj.</i>		<i>verwitwet</i>	
	Z	p	Z	p	Z	p	Z	p
<i>Ledig</i>	-0.434	0.693	-0.279	0.864	-0.411	0.776	-1.427	0.229
<i>Verheiratet</i>			-0.025	.980	-0.947	0.334	-2.174	0.026*
<i>getrennt nach 12.Lj</i>					-0.871	0.423	-1.857	0.076
<i>getrennt vor 12. Lj.</i>							-2.045	0.048*

Tabelle 34 M-W U-Test soziales Wohlbefinden und Zivilstand der Eltern

	<i>Verheiratet</i>		<i>getrennt n. 12.Lj.</i>		<i>getrennt v. 12. Lj.</i>		<i>verwitwet</i>	
	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
<i>Ledig</i>	-0.153	0.898	0000	1.000	-0.724	0.497	-1.775	0.114
<i>Verheiratet</i>			-0.017	0.987	-1.127	0.260	-1.944	0.053
<i>getrennt nach 12.Lj</i>					-0.923	0.370	-1.542	0.148
<i>getrennt vor 12. Lj.</i>							-1.221	0.283

Der Zivilstand ist kein Indikator für das Wohlbefinden und den Kohärenzsinn der Nachkommen im Erwachsenenalter.

Anwesenheit eines gesunden Elternteils

Der Kohärenzsinn, das seelische und soziale Wohlbefinden des Kindes im Erwachsenenalter ist höher,

- ***wenn das Kind bei (und mit) einem gesunden Elternteil aufgewachsen ist***

Der Kohärenzsinn, das seelische und soziale Wohlbefinden unterscheidet sich nicht bei Nachkommen, die bei (und mit) einem gesunden Elternteil aufgewachsen sind und jenen, die bei einem oder zwei erkrankten Elternteilen aufgewachsen sind. Auch Nachkommen, die nicht bei den Eltern aufgewachsen sind, unterscheiden sich in ihrem Kohärenzsinn, seelischen und sozialen Wohlbefinden nicht signifikant von den anderen Nachkommen. Die Hypothese kann nicht bestätigt werden.

Ein ausführlicher Gruppenvergleich fördert einen signifikanten Unterschied zutage: Der Kohärenzsinn von Nachkommen, die bei zwei kranken Elternteilen aufgewachsen sind, ist signifikant tiefer als bei Nachkommen, die bei beiden Eltern, aber mit einem kranken Elternteil aufgewachsen sind ($Z=-2.058$, $p=0.040^*$).

Eine Zusammenfassung der Werte der Gruppenvergleiche wird entsprechend für den Kohärenzsinn, das seelische und das soziale Wohlbefinden in der Tabelle 35 gegeben.

Tabelle 35 M-W U-Test Kohärenzsinn SOC, seelisches und soziales Wohlbefinden mit –gesunder ET-

	<i>ohne gesunden Elternteil</i>		<i>nicht bei den Eltern</i>	
	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
<i>mit gesundem Elternteil</i>	-1.346	0.178	-0.348	0.728
	-1.155	0.248	-1.446	0.148
	-0.915	0.360	-0.465	0.642
<i>ohne gesunden Elternteil</i>			-0.489	0.649
			-0.500	0.625
			-0.251	0.824

Belastungsrisiken und -chancen

Geschlecht des Kindes

Die instrumentelle Belastung der Kinder (in der Kindheit und Jugend) ist höher,

- ***wenn die Mutter erkrankt ist***
- ***bei Mädchen als bei Knaben***

Die instrumentelle Belastung von Kindern von kranken Müttern und Vätern unterscheidet sich nicht signifikant ($z=-1.179$; $p=0.238$).

Die instrumentelle Belastung von Mädchen ist signifikant höher als die instrumentelle Belastung von Knaben ($z=-2.608$; $p=0.009^{**}$).

Weitere kombinierte Gruppenvergleiche (Geschlecht des Kindes x Geschlecht des erkrankten Elternteils) zeigen folgende Unterschiede: Töchter von kranken Müttern unterscheiden sich signifikant von Söhnen kranker Mütter und tendenziell von Söhnen kranker Väter ($z=-2.618$; $p=0.009^{**}$ / $z=-1.808$; $p=0.071$).

Die emotionale und soziale Belastung der Kinder (in der Kindheit und Jugend) ist höher,

- ***wenn die Mutter erkrankt ist***
- ***bei Knaben als bei Mädchen***

Die emotionale und soziale Belastung von Kindern von kranken Müttern und Vätern unterscheidet sich nicht signifikant ($z=-1.381$; $p=0.167$ / $z=0.312$; $p=0.755$).

Die emotionale und soziale Belastung von Mädchen und Knaben unterscheidet sich nicht signifikant ($z=-0.061$; $p=0.951$ / $z=-1.242$; $p=0.214$).

Weitere kombinierte Gruppenvergleiche (Geschlecht des Kindes x Geschlecht des erkrankten Elternteils) sind nicht signifikant.

Der Kohärenzsinn, das seelische und soziale Wohlbefinden des Kindes im Erwachsenenalter variiert

- ***nach Geschlecht des Kindes und seines erkrankten Elternteils***

Der Kohärenzsinn, das seelische und soziale Wohlbefinden der Nachkommen im Erwachsenenalter variiert nicht nach Geschlecht der Nachkommen ($z=-0.810$; $p=0.418$ / $z=-$

1.024; $p=0.306$ / $z=-1.780$; $p=0.075$) und auch nicht nach Geschlecht des erkrankten Elternteils ($z=-0.881$; $p=0.378$ / $z=-0.071$; $p=0.943$ / $z=-1.113$; $p=0.266$).

Auch kombinierte Gruppenvergleiche zeigen keine signifikanten Unterschiede mit einer Ausnahme: Söhne und Töchter von psychisch kranken Vätern unterscheiden sich in ihrem Kohärenzsinn und seelischen Wohlbefinden signifikant ($z=-2.301$; $p=0.019^*$ / $z=-2.114$; $p=0.036^*$). In Tabelle 36 sind die Mittelwerte des Kohärenzsinn, des seelischen und sozialen Wohlbefindens abgebildet.

Tabelle 36 Mittelwerte der Abhängigen Variablen nach Geschlecht der Kinder und Eltern

	Kohärenzsinn		seelisches Wohlbefinden		soziales Wohlbefinden	
	mean	SD	mean	SD	mean	SD
Töchter von Vätern	4.5*	1.097	3.4*	0.884	3.7	0.693
Söhne von Müttern	4.9	1.598	3.7	0.844	3.3	1.195
Töchter von Müttern	5.2	1.065	3.8	0.661	3.9	0.696
Söhne von Vätern	5.5*	0.653	4.1*	0.637	3.6	0.746

Krankheitswissen und -verständnis

Die emotionale und soziale Belastung in der Kindheit ist tiefer, wenn eine Fachperson dem Kind in seiner Kindheit

- *die Diagnose der elterlichen Erkrankung vermittelt hat*
- *die elterliche Erkrankung erklärt hat*
- *erklärt hat, wie es mit der Krankheit umgehen kann*

Kinder, denen die Diagnose, Wissen über und der Umgang mit der elterlichen Erkrankung vermittelt wurden, zeigten keine signifikant tiefere emotionale und soziale Belastung in der Kindheit als die anderen Kinder. Die Hypothesen werden abgelehnt. Allerdings zeigen jene Kinder, die generell mit einer Fachperson in ihrer Kindheit und Jugend gesprochen haben, im Erwachsenenalter ein tendenziell besseres soziales Wohlbefinden. Tabelle 37 zeigt eine Zusammenfassung der Werte.

Tabelle 37 M-W U-Test emotionale und soziale Belastung in Kindheit nach Wissensvermittlung

	Emotionale Belastung		Soziale Belastung K	
	z	p	Z	P
<i>Diagnosewissen</i>	-0.109	0.913	-0.919	0.358
<i>Krankheitswissen</i>	-1.588	0.112	-1.447	0.155
<i>Wissen über Umgang</i>	-0.944	0.345	-0.460	0.645
<i>Wissensvermittlung generell</i>	-0.973	0.331	-1.810	0.070

Der Kohärenzsinn, das seelische und soziale Wohlbefinden der Nachkommen ist im Erwachsenenalter höher, wenn eine Fachperson

- ***dem Kind die Diagnose der elterlichen Erkrankung vermittelt hat***
- ***dem Kind die elterliche Erkrankung erklärt hat***
- ***dem Kind erklärt hat, wie es mit der Krankheit umgehen kann***

Kinder, die mit einer Fachperson über die elterliche Erkrankung gesprochen haben, denen die Diagnose, der Verlauf und der Umgang mit der Erkrankung vermittelt wurde, zeigen keinen höheren Kohärenzsinn, kein besseres seelisches und soziales Wohlbefinden im Erwachsenenalter. Sie unterscheiden sich nicht signifikant von jenen Nachkommen, denen von Fachpersonen kein Wissen vermittelt wurde. Tabelle 38 gibt eine Zusammenfassung der Werte der Wissensvermittlung.

Tabelle 38 M-W U-Test Kohärenzsinn, seelisches und soziales Wohlbefinden nach Wissensvermittlung

	<i>Kohärenzsinn</i>		<i>Seelisches Wohlbefinden</i>		<i>Soziales Wohlbefinden</i>	
	Z	p	Z	p	Z	p
<i>Diagnosewissen</i>	-0.872	0.383	-0.228	0.820	-0.571	0.568
<i>Krankheitswissen</i>	-0.044	0.965	-0.733	0.464	-0.596	0.551
<i>Wissen über Umgang</i>	-0.583	0.560	-0.914	0.361	-0.710	0.477
<i>Wissensvermittlung generell</i>	-0.308	0.758	-0.215	0.830	-0.074	0.941

Schwere und kritische Lebensereignisse

Der Kohärenzsinn, das seelische und soziale Wohlbefinden der Nachkommen ist im Erwachsenenalter tiefer,

- ***wenn das Kind weitere schwere Lebensereignisse in der Kindheit erlebt hat***
- ***wenn die Nachkommen weitere schwere Lebensereignisse im Erwachsenenalter erfahren***
- ***wenn die Nachkommen Kritische Lebensereignisse erfahren haben***

Zur Erinnerung: Der Zivilstand (z. B. eine Trennung) der Eltern in der Kindheit war kein Indikator für das spätere Wohlbefinden und den Kohärenzsinn der Kinder. Aber Kinder, die einen Elternteil durch den Tod verloren haben, zeigen ein signifikant tieferes Wohlbefinden und einen tendenziell tieferen Kohärenzsinn als die anderen Kinder. Betrachten wir nun die weiteren Lebensereignisse:

Die Befunde zeigen, dass Kinder, die vor ihrem 18. Lebensjahr keine schweren Lebensereignisse erfahren haben, ein höheres psychisches und soziales Wohlbefinden und einen stabileren Kohärenzsinn aufweisen im Erwachsenenalter. Die Gruppe jener Kinder, die keine schweren Lebensereignisse erfahren haben, unterscheidet sich signifikant von der Gruppe, die ein oder mehrere schwere Lebensereignisse erfahren haben. Im Vergleich dazu zeigt sich, dass bei schweren Lebensereignissen nach dem 18. Lebensjahr und bei kritischen Lebensereignissen in den zwölf Monaten vor der Befragung keine Gruppenunterschiede sichtbar werden. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Werte der Gruppenvergleiche mit dem Man-Whitney U-Test.

Tabelle 39 Gruppenvergleiche nach schweren und kritischen Lebensereignissen mit Man-Whitney U-Test

	SOC		Seel. Wohlbefinden		Soz. Wohlbefinden	
	Z	p	Z	p	Z	p
<i>Schwere Lebensereignisse in der Kindheit</i>	-2.007	0.045*	-2.307	0.021*	-1.113	0.266
<i>Schwere Lebensereignisse nach dem 18. Lj.</i>	-0.636	0.525	-0.515	0.606	-0.242	0.809
<i>Kritische Lebensereignisse (CLE)</i>	-0.552	0.581	-0.176	0.860	-0.341	0.733

Zur Beantwortung der Hypothese wurde in einem ersten Schritt der Zusammenhang zwischen den einzelnen Ereignissen und den abhängigen Variablen ermittelt. Es bestehen keine Zusammenhänge zwischen den kritischen Lebensereignissen und dem Kohärenzsinn, dem psychischen und sozialen Wohlbefinden mit einer Ausnahme: Eine grosse finanzielle Investition (z. B. Hauskauf) beeinflusst den Kohärenzsinn ($Rho=$; $p=0.002^{**}$) und das psychische Wohlbefinden signifikant ($Rho=$; $p=0.018^*$). Das soziale Wohlbefinden steht in einem tendenziellen Zusammenhang ($Rho=$; $p=0.076$). Menschen, die eine grosse finanzielle Investition tätigen, zeigen höhere Werte im psychischen Wohlbefinden und einen stabileren Kohärenzsinn. Dieses Resultat weist darauf, dass finanzielle Sicherheit einen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden und den Kohärenzsinn haben könnte.

5.3 Korrelative Analysen

Die korrelativen Analysen wurden mit nicht-parametrischen Prüfverfahren gemacht, da die Voraussetzungen für parametrische Verfahren nicht alle erfüllt waren. Es wurden nicht-parametrische Korrelationsanalysen nach Spearman gerechnet. Am Anfang jedes inhaltlichen Bereichs stehen die entsprechenden Hypothesen. Es folgen die Auswertungen mit dem Spearman-Test und abschliessend am Ende des Kapitels eine tabellarische Gesamtübersicht aller Werte der Korrelationsanalysen.

Krankheitsbedingte Belastungen

Die emotionale und soziale Belastung in der Kindheit ist tiefer,

- *je seltener der psychisch kranke Elternteil hospitalisiert war*
- *je seltener der psychisch kranke Elternteil gegen seinen Willen behandelt wurde*

Es bestehen weder ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl Hospitalisierungen der erkrankten Person und der emotionalen Belastung ($Rho=0.072$; $p=0.517$) noch der sozialen Belastung ($Rho=0.075$; $p=0.503$). Die Hypothese wird abgelehnt.

Es besteht ein tendenzieller Zusammenhang zwischen der Anzahl Einweisungen gegen den Willen der erkrankten Person und der emotionalen Belastung in der Kindheit ($Rho=-0.214$; $p=0.060$) und kein Zusammenhang mit der sozialen Belastung in der Kindheit ($Rho=-0.152$; $p=0.187$). Die Hypothese wird für die emotionale Belastung in der Kindheit tendenziell bestätigt.

Der Kohärenzsinn, das psychische und soziale Wohlbefinden der Nachkommen im Erwachsenenalter sind höher,

- *je seltener der psychisch kranke Elternteil hospitalisiert war*
- *je seltener der psychisch kranke Elternteil gegen seinen Willen behandelt wurde*

Es bestehen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Anzahl Hospitalisierungen der erkrankten Person und dem Kohärenzsinn ($Rho=0.181$; $p=0.89$) und dem seelischen Wohlbefinden ($Rho=0.140$; $p=0.186$). Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl Hospitalisierungen und dem sozialen Wohlbefinden ($Rho=0.221$; $p=0.036^*$). Die Hypothese wird für das soziale Wohlbefinden angenommen.

Es bestehen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Anzahl an Behandlungen gegen den Willen des erkrankten Elternteils und dem Kohärenzsinn ($Rho=0.115$; $p=0.303$), dem seelischen Wohlbefinden ($Rho=0.092$; $p=0.392$) und dem sozialen Wohlbefinden ($Rho=0.124$; $p=0.264$). Die Hypothese wird abgelehnt.

Bindungs- und Fürsorgerisiken

Familienkommunikation

Der Kohärenzsinn, das psychische und soziale Wohlbefinden der Nachkommen im Erwachsenenalter sind höher,

➤ ***je offener zuhause und ausserhalb über die Erkrankung gesprochen werden konnte***

Es bestehen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Kommunikation in und ausser Haus und dem Kohärenzsinn ($Rho=-0.121$; $p=0.271$) und dem seelischen Wohlbefinden ($Rho=-0.147$; $p=0.175$). Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der früheren Kommunikation in und ausser Haus und dem sozialen Wohlbefinden ($Rho=-0.247$; $p=0.023^*$). Die Hypothese wird für das soziale Wohlbefinden angenommen.

Je mehr Raum die elterliche Erkrankung in der Familie einnahm, desto häufiger wurde über die Krankheit gesprochen.

Zwischen dem Stellenwert der Erkrankung in der Familie und der Kommunikation im Elternhaus besteht kein signifikanter Zusammenhang ($Rho=-0.021$; $p=0.884$). Die Hypothese wird verworfen.

Familienklima

Der Kohärenzsinn, das psychische und soziale Wohlbefinden der Nachkommen im Erwachsenenalter sind höher,

➤ ***je besser das Familienklima in der Kindheit und Jugend zuhause war***

Das generelle Familienklima hat einen signifikanten Einfluss auf den Kohärenzsinn ($Rho=0.393$; $p=0.000^{***}$) und das seelischen Wohlbefinden ($Rho=0.319$; $p=0.005^{**}$). Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem generellen Familienklima und dem sozialen Wohlbefinden ($Rho=0.190$; $p=0.098$). Die Hypothese wird für den Kohärenzsinn und das seelische Wohlbefinden angenommen. Betrachten wir nun zwei Unterbereiche des familiären Klimas: die elterliche Beziehung und die familiäre Unterstützung für das Kind.

Wir erinnern uns, dass die Gruppenvergleiche zeigten, dass der Zivilstand kein Indikator für das Belastungsausmass des Kindes ist. Nun betrachten wir die elterliche Beziehungsqualität. Die elterliche Beziehung hat einen signifikanten Einfluss auf den Kohärenzsinn ($Rho=-0.275$; $p=0.013^{**}$), das psychische Wohlbefinden ($Rho=-0.259$; $p=0.019^*$) und das soziale Wohlbefinden ($Rho=-0.254$; $p=0.021^*$). Die Hypothese wird angenommen.

Die elterliche Unterstützung für das betroffene Kind hat einen signifikanten Einfluss auf den Kohärenzsinn ($Rho=-0.220$; $p=0.040^{**}$) und auf das psychische Wohlbefinden ($Rho=-0.234$; $p=0.027^*$). Sie hat keinen signifikanten Einfluss auf das soziale Wohlbefinden ($Rho=-0.163$;

p=0.128). Die Hypothese wird für den Kohärenzsinn und das seelische Wohlbefinden angenommen.

Belastungsrisiken und -chancen

Instrumentelle Belastung

Der Kohärenzsinn, das psychische und soziale Wohlbefinden der Nachkommen im Erwachsenenalter sind höher,

- *je tiefer die instrumentelle Belastung in der Kindheit und Jugend ausfiel*

Es bestehen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der instrumentellen Belastung und dem Kohärenzsinn ($Rho=0.008$; $p=0.941$), dem seelischen Wohlbefinden ($Rho=0.098$; $p=0.379$) und dem sozialen Wohlbefinden ($Rho=-0.093$; $p=0.405$). Die Hypothese wird abgelehnt.

Emotionale Belastung

Der Kohärenzsinn, das psychische und soziale Wohlbefinden der Nachkommen im Erwachsenenalter sind höher,

- *je tiefer die emotionale Belastung in der Kindheit und Jugend ausfiel*

Es bestehen signifikante Zusammenhänge zwischen der emotionalen Belastung und dem Kohärenzsinn ($Rho=0.381$; $p=0.001^{***}$), dem seelischen Wohlbefinden ($Rho=0.277$; $p=0.012^{**}$) und tendenziell dem sozialen Wohlbefinden ($Rho=-0.200$; $p=0.073$). Die Hypothese wird angenommen.

Soziale Integration und Unterstützung

Der Kohärenzsinn, das psychische und soziale Wohlbefinden der Nachkommen im Erwachsenenalter sind höher,

- *je geringer die soziale Belastung in der Kindheit war*

Es bestehen signifikante Zusammenhänge zwischen der sozialen Belastung und dem Kohärenzsinn ($Rho=0.391$; $p=0.000^{***}$), dem seelischen Wohlbefinden ($Rho=0.296$; $p=0.007^{**}$)

und tendenziell dem sozialen Wohlbefinden ($Rho=-0.203$; $p=0.070$). Die Hypothese wird angenommen. Betrachten wir im Folgenden einzelne Unterbereiche der sozialen Belastung: Je mehr Beistand die Kinder erfahren haben, desto höher ist ihr Kohärenzsinn ($Rho=-0.241$; $p=0.023^*$), ihr seelisches Wohlbefinden ($Rho=-0.201$; $p=0.057$) und ihr soziales Wohlbefinden ($Rho=-0.256$; $p=0.015^*$). Je mehr Stigmatisierungserfahrungen das Kind (und seine Familie) gemacht haben, desto tiefer ist sein Kohärenzsinn ($Rho=0.340$; $p=0.002^{**}$) und sein seelisches Wohlbefinden ($Rho=0.292$; $p=0.007^{**}$) im Erwachsenenalter. Je stärker sich das betroffene Kind anders als andere Kinder gefühlt hatte, desto tiefer ist sein Kohärenzsinn ($Rho=0.320$; $p=0.003^{**}$) und sein seelisches Wohlbefinden ($Rho=0.251$; $p=0.018^*$) im Erwachsenenalter.

Schwere und kritische Lebensereignisse

Der Kohärenzsinn, das psychische und soziale Wohlbefinden der Nachkommen im Erwachsenenalter sind höher,

➤ *je weniger schwere und kritische Lebensereignisse vorgekommen sind*

Es wurden drei Bereiche unterscheiden: schwere Lebensereignisse in der Kindheit, schwere Lebensereignisse nach dem 18. Lebensjahr und kritische Lebensereignisse in den zwölf Monaten vor der Befragung. In allen drei Bereichen wurde die Anzahl an Lebensereignissen betrachtet.

Nur die Anzahl schwerer Lebensereignisse in der Kindheit haben einen signifikanten Einfluss auf den Kohärenzsinn ($Rho=-0.260$; $p=0.013^{**}$) und das seelische Wohlbefinden ($Rho=-0.302$; $p=0.003^{**}$) und einen tendenziellen Einfluss auf das soziale Wohlbefinden ($Rho=-0.186$; $p=0.078$) hat. Je mehr schwerer Lebensereignisse in der Kindheit, umso tiefer der Kohärenzsinn, das psychische und soziale Wohlbefinden der Nachkommen im Erwachsenenalter. Bei schweren und kritischen Lebensereignissen im Erwachsenenalter kann kein signifikanter kumulativer Effekt nachgewiesen werden.

Aktuelle Zusammenhänge: Das Stresserleben und die emotionale Belastung zum Befragungszeitpunkt

Gemessen wurden zwei Belastungsmasse zum Befragungszeitpunkt: das Ausmass des täglichen Stressses und das Ausmass der emotionalen Belastung (im Zusammenhang mit der Erkrankung).

Der Kohärenzsinn, das psychische und soziale Wohlbefinden der Nachkommen im Erwachsenenalter sind höher,

- **je tiefer die emotionale Belastung im Erwachsenenalter ist**
- **je tiefer der tägliche Stress im Erwachsenenalter ist**

Die aktuelle emotionale Belastung hat einen signifikanten Einfluss auf den Kohärenzsinn (Rho=0.462; p=0.000***), das seelische Wohlbefinden (Rho=0.501; p=0.000***) und das soziale Wohlbefinden (Rho=0.301; p=0.007**). Die Hypothese wird angenommen.

Das Stresserleben hat einen signifikanten Einfluss den Kohärenzsinn (Rho=-0.402; p=0.000***), das seelische Wohlbefinden (Rho=-0.559; p=0.000***) und das soziale Wohlbefinden (Rho=-0.385; p=0.000***). Die Hypothese wird angenommen. Tabelle 40 zeigt eine Zusammenstellung aller nicht-parametrischen Werte.

Tabelle 40 Spearman-Rho Werte und Signifikanzen der unabhängigen Variablen mit Kohärenzsinn, psychischem und sozialem Wohlbefinden

	SOC		Seel. Wohlbefinden		Soz. Wohlbefinden	
	Sp-Rho	p	Sp-Rho	P	Sp-Rho	P
Zahl der Hospitalisierungen	0.181	0.089	0.140	0.186	0.221	0.036*
Zahl der vormals FFEs	0.115	0.303	0.095	0.392	0.124	0.264
Kommunikation über Erkrankung	-0.121	0.271	-0.147	0.175	-0.247	0.023*
Familienklima generell	0.393	0.000***	0.319	0.005**	0.190	0.098
Qualität der elterlichen Beziehung	-0.275	0.013**	-0.259	0.019*	-0.254	0.021*
Familiäre Unterstützung und elterliche Beziehung	-0.306	0.005**	-0.282	0.010**	-0.251	0.023*
Emotionale Zukunftssicherheit des Kindes	0.294	0.006**	0.286	0.007**	0.135	0.210
Instrumentelle Belastung	0.008	0.941	0.098	0.379	-0.093	0.405
Emotionale Belastung	0.381	0.001***	0.277	0.012**	0.200	0.073
Soziale Integration und Unterstützung	0.391	0.000***	0.296	0.007**	0.203	0.070
Beistand erfahren	-0.241	0.023*	-0.201	0.057	-0.256	0.015*
Stigmatisierungserfahrung	0.340	0.002**	0.292	0.007**	0.100	0.370
Gefühl der Andersartigkeit	0.320	0.003**	0.251	0.018*	0.190	0.076
Schwere Lebensereignisse in Kindheit	-0.260	0.013**	-0.302	0.003**	-0.186	0.078
Schwere Lebensereignisse nach 18. Lj.	0.071	0.505	0.025	0.812	-0.043	0.686
Kritische Lebensereignisse (CLE)	0.011	0.916	-0.055	0.602	0.114	0.287
Aktuelle emotionale Belastung	0.462	0.000***	0.501	0.000***	0.301	0.007**
Aktuelles tägliches Stresserleben	-0.402	0.000***	-0.559	0.000***	-0.385	0.000***

Die Zusammenhänge zwischen aktueller Belastung /täglichem Stressausmass und den Belastungen in der Kindheit waren mit einer Ausnahme nicht signifikant (emotionale Belastung Kindheit korreliert mit emotionaler Belastung aktuell).

5.4 Parametrische Verfahren

Nachdem nun die Resultate der nicht-parametrischen Analysen vorgestellt worden sind, werden nun abschliessend zwei parametrische Verfahren vergleichsweise durchgeführt, obwohl die Voraussetzungen dafür nicht erfüllt sind. In einem ersten Schritt werden multiple Regressionsanalysen, in einem zweiten Schritt partielle Korrelationen berechnet.

Mit einer multiplen Regressionsanalyse soll überprüft werden, wie gross der Anteil am Kohärenzsinn, dem seelischen und sozialen Wohlbefinden durch die Belastungen in der Kindheit erklärbar sind. Bzw. wie gross der Anteil am Kohärenzsinn, dem seelischen und sozialen Wohlbefinden durch die Belastungen im Erwachsenenalter erklärbar sind.

Die Analysen bestätigen generell die nicht-parametrischen Zusammenhänge zwischen dem Kohärenzsinn, dem seelischen und sozialen Wohlbefinden und den Belastungen in der Kindheit und Jugend der Nachkommen. Die Belastungen in der Kindheit erklären 12% der Varianz des Kohärenzsinn, 7% der Varianz des seelischen und 10% der Varianz des sozialen Wohlbefindens.

Die multiplen Regressionsanalysen bestätigen auch die Zusammenhänge zwischen dem Kohärenzsinn, dem seelischen und sozialen Wohlbefinden und dem Ausmass der aktuellen Belastungen (emotionale Belastung und tägliche Stressoren). Die Belastungen im Erwachsenenalter erklären 28% der Varianz des Kohärenzsinn, 40% der Varianz des seelischen und 11% der Varianz des sozialen Wohlbefindens.

Gemeinsam erklären die Belastungen in der Kindheit und im Erwachsenenalter 31% der Varianz des Kohärenzsinn, 39% der Varianz des seelischen und 17% der Varianz des sozialen Wohlbefindens. Tabelle 41 gibt eine zusammenfassende Übersicht über die Werte der multiplen Regressionsanalysen.

Tabelle 41 Multiple Regressionsanalysen

	Belastung Kindheit			Belastung Erwachsenenalter			Belastungen Kindheit und Erwachsenenalter zusammen		
	R ²	F	P	R ²	F	P	R ²	F	P
Kohärenzsinn	0.118	3.733	0.006**	0.284	14.907	0.000***	0.312	4.172	0.001**
Seelisches Wohlbefinden	0.072	1.931	0.104	0.397	24.729	0.000***	0.385	5.475	0.000***
Soziales Wohlbefinden	0.103	2.379	0.050*	0.114	7.067	0.002**	0.166	2.418	0.035*

In einem zweiten Schritt wurden partielle Korrelationen durchgeführt. Es stellt sich die Frage, wie stark der Zusammenhang zwischen der vergangenen Belastung der Nachkommen und deren

Kohärenzsinn, dem seelischen und sozialen Wohlbefinden ausfällt, wenn die Belastungen im Erwachsenenalter kontrolliert werden. Und wie stark der Zusammenhang zwischen der aktuellen Belastung der Nachkommen und deren Kohärenzsinn, dem seelischen und sozialen Wohlbefinden ausfällt, wenn die Belastungen in der Kindheit kontrolliert werden.

Die parametrischen Befunde zeigen in etwas dasselbe Bild wie die nicht-parametrischen Verfahren. Das Familienklima, die emotionale und soziale Belastung in der Kindheit beeinflussen den Kohärenzsinn signifikant ($r=0.286$; $p=0.052$ / $r=0.331$; $p=0.023^*$ / $r=0.299$; $p=0.041^*$). Alle Zusammenhänge zwischen Belastungen in der Kindheit und dem seelischen und sozialen Wohlbefinden im Erwachsenenalter sind nicht signifikant.

Der Einfluss der aktuellen emotionalen Belastung und der täglichen Stressoren auf den Kohärenzsinn, das seelische und soziale Wohlbefinden der Nachkommen ist in allen drei Bereichen signifikant. Tabelle 42 gibt eine zusammenfassende Übersicht über die Werte der partiellen Korrelationsanalysen.

Tabelle 42 Partielle Korrelationen

	Kohärenzsinn		Seelisches Wohlbefinden		Soziales Wohlbefinden	
	R	p	R	P	R	P
<i>Aktuelle Belastungen</i>						
Emotionale Belastung	0.358	0.017*	0.450	0.002**	0.324	0.032*
Tägliche Stressoren	-0.460	0.002**	-0.564	0.000***	-0.367	0.014*
<i>Belastungen in der Kindheit</i>						
Kommunikation über Erkrankung	0.029	0.845	0.226	0.126	0.024	0.872
Familienklima generell	0.286	0.051	0.125	0.403	0.165	0.267
Instrumentelle Belastung	0.071	0.634	0.045	0.764	-0.193	0.195
Emotionale Belastung	0.331	0.023*	0.138	0.355	0.134	0.368
Soziale Integration und Unterstützung	0.299	0.041*	0.184	0.215	0.119	0.426

III Diskussion

1. Limitierungen

Bevor wir nun zur Diskussion der Ergebnisse schreiten, möchte ich einige Limitierungen dieser Arbeit aufzeigen. Bei der Interpretation der Resultate müssen methodische Einschränkungen immer mitberücksichtigt werden. Zur Vereinfachung des Leseverständnisses werden die fünf Limitierungen zusammenfassend an dieser Stelle genannt und erscheinen nicht mehr in der Diskussion.

Die erste Limitierung betrifft das Studiendesign: Es handelt sich um eine retrospektive Studie, die leider keine Längsschnittstudie ersetzen kann. Prozess- und Entwicklungsverläufe konnten nicht in „Realtime“ abgebildet werden. Kommt hinzu, dass retrospektive Untersuchungen immer das Risiko einer Antwortverzerrung bergen. Das Gedächtnis bildet die vergangene Situation nur bedingt realistisch ab, und die aktuelle emotionale Lage verändert die retrospektive Einschätzung.

Die zweite Limitierung betrifft die Grösser der Stichprobe: Obwohl die Stichprobe mit 96 Befragten für eine solche Untersuchung relativ gross ist, ist sie aus statistischer Sicht relativ klein. Aussagen über Untergruppen und Gruppenvergleiche basieren daher auf kleinen Fallzahlen, was bei der Interpretation mitberücksichtigt werden muss. Sie sind nur bedingt aussagekräftig und müssen in grösseren Gruppen repliziert werden.

Die dritte Limitierung betrifft die Auswahl der Stichprobe: Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und unentgeltlich. Die Kinder wurden durch ihre hospitalisierten Eltern oder über Ausschreibungen gefunden. Es muss davon ausgegangen werden, dass sich jene Nachkommen, die an der Studie teilnahmen, von jenen, die nicht teilnahmen, unterscheiden. Teilgenommen haben Nachkommen, deren Eltern Deutsch sprechen, Kontakt mit ihren erwachsenen Kindern unterhalten, die Daten ihrer Kinder für Forschungszwecke weiter geben und die selbst zum Forschungszeitpunkt psychisch genügend stabil und willig waren, einen Fragebogen auszufüllen. Die Teilnehmenden verfügen überproportional häufig über einen Abschluss an einer Universität oder Fachhochschule. Es ist anzunehmen, dass Nachkommen, die nicht an der Studie teilnehmen wollten oder von der Forscherin nicht erreicht werden konnten, möglicherweise stärkere Einschränkungen aufgrund der Vergangenheit erleben als die teilnehmenden Nachkommen. Somit käme es in der nicht befragten Population möglicherweise zu anderen Befunden.

Die vierte Limitierung betrifft nochmals das Forschungsdesign. Im verwendeten Modell ist nur ein Ausschnitt der Realität abgebildet. Korrelationen zwischen den Variablen wurden nicht berücksichtigt, um die Aussagefähigkeit der Resultate nicht zu strapazieren. Zudem gibt es

weitere Belastungs- und Ressourcenfaktoren (z. B. Persönlichkeitsmerkmale der betroffenen Kinder oder Bindungserfahrungen), die in dieser Studie ausser Acht gelassen worden sind.

Die fünfte Limitierung betrifft die Vergleichbarkeit der Aussagen. Aufgrund der Fragestellung wurde auf eine Kontrollgruppe verzichtet. Das heisst, dass alle Vergleichswerte aus anderen Untersuchungen stammen und somit nicht 1:1 übernommen werden können. Die fehlende Vergleichbarkeit birgt die Gefahr, dass der Zusammenhang zwischen den beobachteten Belastungen und der elterlichen Erkrankung als enger eingeschätzt wird, als er in der Realität ist.

2. Diskussion

In der vorliegenden Studie wurde der Frage nachgegangen, welchen Protektiv- und Risikofaktoren Kinder psychisch kranker Eltern im Verlauf ihrer Entwicklung ausgesetzt gewesen sind und wie sich diese auf ihre Identitätsentwicklung, ihr Wohlbefinden und ihren Kohärenzsinn ausgewirkt haben. Es wurden 96 erwachsene Nachkommen psychisch kranker Mütter oder Väter mit einem standardisierten Fragebogen zu ihrer Kindheit und Jugend, wie auch zur Lebenssituation zum Zeitpunkt der Erhebung befragt. Die Resultate wurden ausführlich deskriptiv beschrieben und mittels nicht-parametrischen korrelativen Analysen ausgewertet. Vergleichend wurde mit einer Varianzanalyse und partiellen Regressionen das Gesamtmodell überprüft.

Die Befunde zeigen auf, dass ein Zusammenhang zwischen den Erfahrungen in der Kindheit und Jugend einerseits und dem Wohlbefinden und dem Kohärenzsinn im Erwachsenenalter andererseits besteht. Bei einer genaueren Betrachtung konnten spezifische Risiko- und Protektivfaktoren in der Kindheit und Jugend ausgemacht werden. Wenden wir uns zusammenfassend den einzelnen Risiko- und Protektivfaktoren zu.

Der Kohärenzsinn und das seelische Wohlbefinden der Nachkommen sind höher:

- je weniger schwere Lebensereignisse vor dem 18. Lebensjahr vorfielen
- je wohlwollender und unterstützender das Familienklima war
- wenn die Beziehung zwischen den Eltern liebevoll war
- je geringer die emotionale Belastung des Kindes war
- je geringer die soziale Belastung des Kindes war, d. h. je besser das Kind sozial integriert war, je mehr soziale Unterstützung und je weniger Stigmatisierung es erlebte und je tiefer sein Gefühl der sozialen Andersartigkeit war

Das soziale Wohlbefinden von Nachkommen ist höher:

- je seltener der erkrankte Elternteil hospitalisiert war
- je offener zuhause und ausser Haus über die Erkrankung kommuniziert wurde
- je tiefer die emotionale und soziale Belastung des Kindes war (Tendenz)
- je weniger schwere Lebensereignisse vor dem 18. Lebensjahr vorfielen (Tendenz)

Diese Risiko- und Protektivfaktoren der Kindheit und Jugend erklären 12% der Varianz des Kohärenzsinn, 7% der Varianz des seelischen und 10% der Varianz des sozialen Wohlbefindens. Vielen Nachkommen gelang trotz grosser Belastungen in der Kindheit und Jugend in verschiedenen Lebensbereichen eine normentsprechende Entwicklung. Dieses Gesamtergebnis bekräftigt Befunde der Resilienzforschung.

Im Verlauf dieses Kapitels werden nun diese Resultate auf dem theoretischen und gesellschaftlichen Hintergrund ausführlich diskutiert. Die Strukturierung der Diskussion lehnt sich an den Theorieteil an. Zuerst werden Bindungs- und Fürsorgerisiken, anschliessend generellere Risiko- und Protektivfaktoren besprochen. Abschliessend werden Wohlbefinden, Identität und Kohärenzsinn betroffener Nachkommen im Erwachsenenalter diskutiert und Implikationen für die praktische Arbeit mit betroffenen Familiensystemen gegeben.

2.1 Bindungs- und Fürsorgerisiken

2.1.1 Krankheitsspezifische Bindungs- und Fürsorgerisiken

Der Einfluss krankheitsspezifischer Risiken (elterliche Diagnose, Anzahl Hospitalisierungen oder Behandlungen gegen den Willen der erkrankten Person) ist im Vergleich zu anderen Risiko- und Protektivfaktoren von geringerer Bedeutung. In der vorliegenden Untersuchung zeigten sich wenige signifikante Zusammenhänge, so dass weder die Diagnose noch die Anzahl Hospitalisierungen oder die Einweisungen gegen den Willen des erkrankten Elternteils als massgebliche Erklärung für die Entwicklung der Nachkommen herangezogen werden können. Wie verschiedene Autoren /-innen angenommen haben (z. B. Cummings et al. 2000), sind für das betroffene Kind wahrscheinlich krankheitsspezifische Einschränkungen weniger entscheidend als die elterliche und familiäre Funktionsfähigkeit.

Diagnose, Hospitalisierungen und Einweisungen gegen den Willen

Die Anzahl Hospitalisierungen variierte nicht mit dem Störungsbild, aber Elternteile mit einer depressiven Störung sind signifikant seltener gegen ihren Willen in eine Klinik eingewiesen worden, als Eltern mit anderen Erkrankungen. Dennoch war die emotionale und soziale Belastung der Kinder, deren Elternteile an einer schizophrenen oder einer affektiven

Erkrankung leiden, vergleichbar. Eine Ausnahme bilden - wie in der Studie von Wiegand-Grefe et al. (2010) - Kinder, deren Elternteile weder an einer schizophrenen noch einer affektiven Erkrankung leiden. Sie zeigten in ihrer Kindheit und Jugend eine höhere emotionale und soziale Belastung.

Die Ausprägungen des Kohärenzsinn, des seelischen und sozialen Wohlbefindens der Nachkommen im Erwachsenenalter variieren nicht signifikant mit dem elterlichen Störungsbild. Allerdings zeigen Nachkommen, deren Elternteile an einer anderen als einer schizophrenen oder affektiven Störung leiden, den tiefsten Kohärenzsinn. Auch dies ist ein Hinweis darauf, dass Kinder, deren Eltern an einer Sucht- oder Persönlichkeitsstörung leiden, am stärksten in ihrer Entwicklung beeinträchtigt sind. Möglicherweise beeinträchtigen diese Störungsbilder die elterliche Funktionsfähigkeit stärker. Sie werden wahrscheinlich gesellschaftlich stärker sanktioniert (Distanzierung zu betroffenen Familien, weniger soziale Unterstützung und Integration) oder/und gehen mit einer Kumulation weiterer Belastungen und höherem Distress einher.

Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Anzahl der elterlichen Hospitalisierungen und der emotionalen und sozialen Belastung des Kindes und auch nicht zwischen der Anzahl der elterlichen Hospitalisierungen und dem Kohärenzsinn, bzw. dem seelischen Wohlbefinden der erwachsenen Nachkommen. Dieser Befund untermauert die Annahme von Lenz (2005), dass eine Hospitalisierung und die Trennung vom erkrankten Elternteil sowohl belastend, als auch entlastend für das betroffene Kind sind.

Je öfter der erkrankte Elternteil hospitalisiert war, desto zufriedener sind die erwachsenen Nachkommen mit ihren Beziehungen. Dieser Befund scheint widersprüchlich zu sein und die Bindungsannahme (eine Trennung vom erkrankten Elternteil hat einen negativen Einfluss auf die Bindung zwischen Elternteil und Kind) zu kontrastieren. Es ist aber denkbar, dass Nachkommen, die in ihrer Kindheit und Jugend wenig Bindungsstabilität erlebt haben, im Erwachsenenalter „die Kostbarkeit“ stabiler Beziehungen bewusster wahrnehmen und deshalb eine höhere Zufriedenheit mit engen Beziehungen aufweisen.

Je öfters der erkrankte Elternteil gegen seinen Willen eingewiesen wurde, desto höher ist tendenziell die emotionale Belastung des Kindes. Dies bestätigt die Annahme, dass unvorbereitete Trennungen für das Kind sehr belastend sein können und möglicherweise auch schon im Vorfeld der Einweisung zuhause eine besonders schwierige Situation herrschte. Allerdings zeigte sich kein Zusammenhang zwischen der Anzahl Spitaleinweisungen gegen den Willen des erkrankten Elternteils und dem Kohärenzsinn, dem seelischen und dem sozialen

Wohlbefinden der Nachkommen im Erwachsenenalter. Die Belastung betroffener Kinder ist in der Kindheit sehr hoch, kann aber im Verlauf der Zeit gemildert werden.

2.1.2 Familienkommunikation

In der vorliegenden Untersuchung beeinflusst die Familienkommunikation weder den Kohärenzsinn noch das seelische Wohlbefinden. Die Familienkommunikation stellt deshalb kein massgeblicher Indikator dar. Einzig das soziale Wohlbefinden erwachsener Nachkommen wurde durch die Kommunikation beeinflusst. Nachkommen sind zufriedener mit ihren engen Beziehungen, je mehr sie in ihrer Kindheit über die elterliche Erkrankung sprechen konnten. Möglicherweise haben Kinder, die einen offenen, wenig tabuisierenden Umgang mit der Erkrankung gepflegt haben, weniger soziale Rückzugstendenzen, weniger vermeidende Bewältigungsstrategien und eine aktivere Beziehungssteuerung. Denkbar ist, dass sie dadurch im Verlauf ihrer Entwicklung positivere Beziehungserfahrungen machen und im Erwachsenenalter über funktionalere (dyadische) Copingstrategien verfügen.

In Familien mit einem psychisch kranken Elternteil wurde häufig weder zuhause noch ausser Haus über die elterliche Erkrankung gesprochen. Die vorliegenden Resultate bestätigen bisherige Befunde (Schone et al., 2002; Remschmidt et al., 1984). Auch wenn die elterliche Erkrankung einen hohen Stellewert in der Familie hatte, d. h. die Atmosphäre stark davon geprägt war, wurde sie nicht zum Gesprächsthema. Betroffene Kinder sprechen in und mit ihren Familien sehr wenig über die elterliche Erkrankung und deren Folgen.

In der Familie älterer Nachkommen wurde genauso selten über die Erkrankung kommuniziert wie in Familien jüngerer Nachkommen. Das heisst, dass die grossen Bemühungen der Entstigmatisierung psychischer Erkrankung, z. B. kantonale Kampagnen, die Kommunikation in den betroffenen Familien nicht verbessert haben.

Fassen wir zusammen, dass betroffene Familien damals wie heute wenig über die elterliche Erkrankung kommunizieren. Vielfältige Ursachen sind denkbar:

- Die Vermittlung gesellschaftlichen Wissens über psychische Erkrankungen und eines entsprechenden Vokabulars ist nicht genügend verankert. Betroffenen Familien fehlt der (kindgerechte) Wortschatz und Wissen über die Erkrankung.

- Die bestehende Stigmatisierung psychischer Erkrankung löst ein Mechanismus der Stigma-Antizipation bei Betroffenen aus. Die Hälfte der Nachkommen schämte sich in der Kindheit für den erkrankten Elternteil. Scham und Angst führen dazu, die elterliche Krankheit wenn möglich zu verbergen und nicht zu thematisieren. Wie Stallard et al. (2004) aufgezeigt haben, stehen auch Eltern einer offenen Kommunikation mit ihren Kindern oft zwiespältig gegenüber. Sie versuchen, die Stigma-Antizipation ihren Kindern zu vermitteln, indem sie sie (ex- oder implizit) dazu anhalten, ausserhalb der Familie nicht über die Krankheit zu sprechen.
- Erkrankte Eltern unterschätzen das implizite Wissen der Kinder und möchten sie mit Gesprächen nicht zusätzlich belasten. Sie sind sich unsicher, ob und wie sie mit ihren Kindern kommunizieren könnten.
- Weitere Ursachen wie z. B. fehlende Krankheitseinsicht können eine Rolle spielen.

Die Kommunikation in Schweizer Familien ist im europäischen Vergleich generell gering. Eine Auswertung des Bundesamts für Statistik (Quelle UNICEF, PISA/OSCD 2007) zeigte auf, dass 15-Jährige in der Schweiz im Vergleich zu anderen europäischen Ländern sehr wenig Zeit mit ihren Eltern kommunizieren (obwohl sie vergleichsweise viel Zeit mit den Eltern verbringen). Über belastende und tabuisierte Themen zu kommunizieren ist sicher noch deutlich schwieriger.

2.1.3 Familienklima

Die vorliegende Untersuchung konnte nachweisen, dass das Familienklima ein relevanter Risiko-oder Protektivfaktor in der Entwicklung betroffener Kinder darstellt. Für eine resiliente Entwicklung sind ein supportives Familienklima und die Entwicklung eines Gefühls der emotionalen Sicherheit entscheidend (Cummings et al., 2000; Bodenmann, 2009; Hammen, 2003). Dies bestätigen die vorliegenden Studienresultate: Kinder, die in einem wohlwollenden Familienklima aufgewachsen sind und deren Eltern eine warme Beziehung zueinander unterhielten, die über ein Gefühl der Zukunftssicherheit und Stabilität verfügt haben, zeigten im Erwachsenenalter einen höheren Kohärenzsinn und ein besseres psychisches Wohlbefinden. Bestehende Studien haben den Zusammenhang zwischen elterlichem Verhalten (z. B. Expressed Emotions) und der Emotionsregulation des Kindes untersucht (für eine Übersicht Han et al., 2014). Nun zeigen die vorliegenden Resultate, dass ein supportives und warmes Familienklima das seelische Wohlbefinden und die Emotionsregulation der Nachkommen bis ins Erwachsenenalter prägen kann. Auch das soziale Wohlbefinden im Erwachsenenalter wird

tendenziell vom Familienklima in der Kindheit beeinflusst. Allerdings hängt es stärker mit der erfahrenen elterlichen Unterstützung als mit dem emotionalen Sicherheitsgefühl zusammen.

Ein Grossteil der betroffenen Kinder wuchs in einem Klima der familiären Unsicherheit und Instabilität auf. Die Krankheit des Elternteils nahm relativ viel Raum ein (ohne dass darüber gesprochen wurde). Die Eltern (wie auch die Kinder) waren im Umgang mit der elterlichen Erkrankung chronisch überfordert. Darunter litt nicht nur die familiäre Atmosphäre, sondern auch die elterliche Beziehung. Obwohl 77% der Eltern verheiratet waren, gaben nur 20% der Kinder an, ihre Eltern hätten einen stabil liebevollen und warmen Umgang miteinander gepflegt. Der Zivilstand der Eltern ist somit ein schlechter Indikator für die Erfassung des familiären Klimas und die elterliche Beziehungsqualität. Anders als in vorhergehenden Untersuchungen (Rutter et al., 1984; Renschmidt et al., 1994; Cummings et al., 2000) konnte in der vorliegenden Studie keine erhöhte Trennungs- und Scheidungsrate bei Eltern mit einer psychischen Erkrankung nachgewiesen werden.

Die vorliegenden Resultate zeigen, dass betroffene Familien chronisch überfordert sind. Wir wissen wenig darüber, wie Familien mit diesen erodierenden Belastungen umgehen. Untersuchungen zum Einfluss externer Stressoren von Bodenmann (z. B. 2005) legen den Schluss nahe, dass (Eltern-) Paaren mit Stresspräventionsprogrammen und Elternförderung gezielt geholfen werden könnte.

2.1.4 Anwesenheit eines gesunden Elternteils

Trotz der elterlichen Erkrankung wuchsen 77% der Kinder bei beiden Eltern auf. Es konnte keine erhöhte Scheidungsrate nachgewiesen werden. Interessanterweise wuchsen 9 der 12 Kinder, deren Eltern sich getrennt hatten, beim erkrankten Elternteil auf. Die Anwesenheit eines gesunden Elternteils ist entgegen bisherigen Annahmen (z. B. Östman et al., 2002; Sameroff et al., 1997) isoliert betrachtet - wie auch der Zivilstand der Eltern - ein schlechter Indikator für das Belastungsausmass des Kindes. Viel aussagekräftiger ist das Familienklima, die Beziehungsqualität der Eltern und die soziale Integration und Unterstützung.

Drei Untergruppen der Stichprobe müssen speziell erwähnt werden:

- 4% der Kinder haben vor ihrem zehnten Lebensjahr einen Elternteil verloren. Diese Gruppe ist am stärksten belastet, unabhängig der elterlichen Erkrankung. Sie unterscheiden sich in ihrer Entwicklung von den anderen Gruppen.

- 13% der Kinder hatten zwei erkrankte Eltern und wuchsen bei ihnen auf. Sie sind am zweitstärksten belastet und unterscheiden sich in ihrer Entwicklung von den anderen Gruppen.
- 9% der Kinder hatten zwei erkrankte Eltern, wuchsen aber nicht bei ihnen auf. Sie unterschieden sich in ihrer Entwicklung nicht von den anderen Kindern.

Nur Kinder, die einen Elternteil verloren haben oder mit zwei erkrankten Elternteilen aufgewachsen sind (und bei ihnen wohnten), zeigten tiefere Werte des Kohärenzsинns, des seelischen und sozialen Wohlbefindens im Erwachsenenalter. Der Tod eines Elternteils im Kindesalter wird generell als traumatischer Faktor gewertet. Zwei Erklärungen für die spezifische Entwicklung von Kindern, die mit zwei erkrankten Eltern aufgewachsen, sind denkbar: Einerseits ist in Familien mit zwei kranken Eltern die Beziehung der Eltern signifikant schlechter als in Familien mit einem gesunden und einem erkrankten Elternteil. Dieser Befund unterstützt das Stress-Modell von Bodenmann (1998). Die familiäre Belastung ist für das Kind besonders hoch. Andererseits fehlt dem Kind die „gesunde Referenz“. Es ist gut vorstellbar, dass sich Familien mit zwei erkrankten Eltern in ihrer Überforderung und Angst abschotten. Sie verlieren ihre soziale Integration und Unterstützung, so dass das betroffene Kind besonders wenig Normalität erlebt.

2.2 Generelle Belastungsrisiken und Chancen

2.2.1 Geschlecht des betroffenen Kindes

Mädchen und Jungen sind durch die elterliche Krankheit emotional und sozial gleich stark, die Mädchen aber instrumentell stärker belastet. Die emotionale, soziale und instrumentelle Belastung von Kindern psychisch kranker Mütter und von Kindern psychisch kranker Väter ist gleich hoch. Befunden von Seemann et al. (2004), Rutter (1984) und Werner (1982) konnten nicht repliziert werden. Erst im Entwicklungsverlauf zeigt sich dann eine Differenzierung zwischen Frauen und Männer, wenn man das Geschlecht des Elternteils mitberücksichtigt: Töchter kranker Väter weisen den tiefsten Kohärenzsинn und das geringste seelische Wohlbefinden auf, Söhne kranker Väter den höchsten Kohärenzsинn und das höchste seelische Wohlbefinden. Töchter sind im Erwachsenenalter seelisch, Söhne sozial stärker betroffen von

der elterlichen Erkrankung. Die Befunde bekräftigen die Aussagen von Plass et al. (2011), die postulieren, dass die Art der Auffälligkeiten genderspezifisch ist. Dabei wirkt das gleiche Geschlecht des erkrankten Elternteils anders als bisher angenommen protektiv.

2.2.2 Krankheitswissen betroffener Kinder

84% der betroffenen Nachkommen kannten die Diagnose der elterlichen Erkrankung bis zu ihrem 18. Geburtstag nicht. Rund 90% der Kinder haben mit keiner Fachperson über den Erkrankungsverlauf, die Symptome und den Umgang damit gesprochen. Gesamthaft betrachtet haben 69% der Nachkommen bis zum Befragungszeitpunkt nicht mit einer Fachperson der Psychiatrie gesprochen. Die vorliegenden Daten bestätigen bisherige Befunde (z. B. Bromley et al., 2013; Gutmann, 2008; Stallard et al., 2004; Webster et al., 1999). Dass Kinder so selten über die elterliche Krankheit informiert werden, liegt sicher auch an institutionellen Hürden (z. B. Kölch et al., 2014; Loshak, 2013). Die vorliegende Datenerhebung wurde 2005-2006 durchgeführt, die Befragten waren damals im Schnitt 35 Jahre alt, 12% ist vor 1960 geboren worden. In den späten 1960 und den 1970 Jahren veränderte sich die Psychiatrie durch die Erfindung der ersten Psychopharmaka und die Anti-Institutionalisierungsbewegung hin zu mehr Offenheit. Konzepten der Rehabilitation und Reintegration wurden ins Leben gerufen. Und doch haben in der vorliegenden Untersuchung nur 31% der Nachkommen je mit Fachpersonen gesprochen. Erstaunlicherweise ist in den Daten diese gesellschaftliche Veränderung nicht sichtbar. Jüngere Nachkommen wurden genauso selten über die elterliche Erkrankung aufgeklärt und in die Behandlung einbezogen wie ältere. Einzelne Projekte (wie CHAMP, AURYN, Wikip oder die Fachstelle für Angehörige des PDAG) leisten nach wie vor Pionierarbeit in diesem Gebiet. Es fehlt an institutionalisierten Abläufen und Angeboten für betroffene Familien, angefangen von der systematischen Erhebung der Kinder erkrankter Patienten /-innen über Angehörigengruppen bis hin zur Vernetzung mit externen Stellen wie z. B. Schulen und Sozialdiensten.

In der Literatur wird der Wissensvermittlung durch Fachpersonen ein grosses Gewicht beigemessen. Es wird postuliert, dass Wissen über die elterliche Erkrankung für die betroffenen Kinder Kohärenz herstellen kann und dadurch ihre Entwicklung schützt. In der vorliegenden Untersuchung konnte dieser Zusammenhang nicht repliziert werden. Kinder, die mit Fachpersonen gesprochen haben, zeigten keine tiefere emotionale und soziale Belastung in der Kindheit als die anderen Kinder. Sie zeigen auch keinen höheren Kohärenzsinn und kein besseres seelisches Wohlbefinden im Erwachsenenalter. Allerdings ist ihr soziales Wohlbefinden

im Erwachsenenalter tendenziell besser. Möglicherweise pflegen sie einen offeneren, weniger vermeidenden Umgang mit Belastungen in der Beziehung und zeigen dadurch ein höheres Wohlbefinden. Man kann aus diesen Befunden schliessen, dass die Vermittlung von Wissen (z. B. Vermittlung der Diagnose) dem Kind keine sichtbare Entlastung bringt.

Trotz der vorliegenden Daten gehe ich aber davon aus, dass altersentsprechende Wissensvermittlung und Gespräche mit betroffenen Kindern wichtig sind. Qualitative Aussagen von betroffenen Kindern (Bromley et al., 2013) unterstreichen dies. Nur müssen die Gespräche zwischen Fachpersonen und Kindern altersentsprechend und in einer vertrauensvollen Atmosphäre geführt werden. Der Fokus sollte dabei weniger auf der Wissensvermittlung als auf der Verminderung der emotionalen Belastung des Kindes und der Integration seiner Erfahrungen in ein Narrativ liegen. Zudem ist sehr wichtig, dass Fachleute in erster Linie (erkrankte) Eltern befähigen, den Austausch mit ihrem Kind zu suchen und über die eigene Erkrankung zu sprechen. Denn es wird ein enger Zusammenhang zwischen Familienkommunikation und Familienklima, sprich *Expressed Emotions* angenommen (Digman boger, Tompson, Briggs-Gowan, Pavlis & Carter, 2008). Fachpersonen können dazu beitragen, dass Familien aus ihrer Sprachlosigkeit finden und entlastende Narrative bilden lernen. Damit erhalten betroffene Familien auch Instrumente zur Emotionsregulation. Im besten Fall können Fachpersonen betroffenen Familien durch die Sprachvermittlung neue Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten aufzeigen.

2.2.3 Instrumentelle und emotionale Belastung betroffener Kinder

Wie in der Literatur erwähnt (Byland, 2002; Stallard, 2014), fiel das Ausmass der instrumentellen Belastung geringer aus als das Ausmass der emotionalen Belastung. Es besteht kein Zusammenhang zwischen der instrumentellen Belastung in der Kindheit und dem Kohärenzsinn, dem seelischen und sozialen Wohlbefinden im Erwachsenenalter. Die emotionale Belastung in der Kindheit ist dagegen ein starker Indikator für die Vorhersage der Entwicklung des Kohärenzsinn und des seelischen Wohlbefindens im Erwachsenenalter. Kinder mit einer hohen emotionalen Belastung zeigen im Erwachsenenalter einen instabileren Kohärenzsinn und ein tieferes seelisches Wohlbefinden. In ihrer Übersicht weisen Zausniewski, Bekhet und Suresky (2015) darauf hin, dass sich Resilienz auch in der Möglichkeit zeigt, emotionale und instrumentelle Belastungen zu bewältigen.

Instrumentelle Belastung

36% der Kinder erfuhren eine hohe instrumentelle Belastung. Sie übernahmen regelmässig (und dauerhaft) Aufgaben vom erkrankten Elternteil. Anders als in der Studie von Remschmidt et al. (1994) haben in der vorliegenden Arbeit deutlich mehr Mädchen als Knaben hohe instrumentelle Belastungen übernommen. Interessanterweise spielt es aber für das Ausmass der instrumentellen Belastung keine Rolle, ob Vater oder Mutter erkrankt ist. Dieser Befund erstaunt, könnte aber damit erklärt werden, dass in betroffenen Familien von den Eltern weniger starre und traditionelle Rollen(-muster) gelebt werden als in anderen Schweizer Familien. Der gesunde Elternteil (und weitere Familienangehörige wie z. B. die Grosseltern) kompensiert soweit möglich die Defizite des erkrankten Elternteils. Mädchen werden eher konkrete Aufgaben übergeben oder sie springen zuhause häufiger als Knaben ein.

Die Übernahme konkreter Aufgaben im Haushalt kann ein Mastering bewirken: Kinder werden selbständiger, kompetenter und selbstbewusster, vorausgesetzt die Aufgaben sind für die Kinder altersentsprechend zu bewältigen und lassen genügend Zeit für Schule und Spiel. So fällt z. B. auch auf, dass in Erfahrungsberichten Betroffener³⁸ die häuslichen Aufgaben schon in der Kindheit mit einer grossen Selbstverständlichkeit übernommen wurden, während emotionale Sorgen schwer wiegen und bis ins Erwachsenenalter als Belastung wahrgenommen werden.

Emotionale Belastung

Die emotionale Belastung variiert je nach Gefühlsbereich, ist aber generell hoch bei betroffenen Kindern. 60% der Nachkommen haben sich als Kind sehr belastet gefühlt. Die höchste Belastungen stellen Sorgen (und Ängste), Schamgefühle und schliesslich Schuldgefühle dar. Es ist natürlich, sich um ein erkranktes Familienmitglied zu sorgen. Problematisch wird es für die betroffenen Kinder dann, wenn diese Sorgen wie in der vorliegenden Stichprobe über längere Zeit bestehen bleiben und keine Erwachsenen da sind, die das Kind entsprechend entlasten und beruhigen können. Einerseits zeichnen sich Kinder, die über vertrauensvolle Bindungen verfügen, dadurch aus, dass sie in der Vergangenheit von Bindungspersonen in ihrem Umgang mit starken Gefühlen unterstützt wurden und Beistand erfuhren. Andererseits schützen sichere Bindungserfahrungen exponierte Kinder, da sie ihnen ermöglichen, funktional Stress zu bewältigen oder Hilfe zu holen (König, 2012). Beides konnte bei einem Grossteil der befragten Nachkommen nicht nachgewiesen werden: Sie berichteten noch im Erwachsenenalter von starken emotionalen Belastungen, mit denen sie alleine und ohne Unterstützung umzugehen

³⁸ An dieser Stelle wird mit einem herzlichen Dankeschön auf die qualitativen Interviews derselben Studie im Nationalfondsprojekt NFP51 verwiesen, die Géraldine Widmer durchgeführt hat.

hatten. Dies kann ein Indiz für eine fehlende Integration der belastenden Erfahrung und möglicherweise für eine vorliegende Traumatisierung gewertet werden. So kann angenommen werden, dass im Verlauf der Kindheit und Jugend kein funktionaler, d. h. beruhigender Umgang mit den eigenen Gefühlen gefunden werden konnte, so dass im Erwachsenenleben Strategien der Selbstberuhigung und Selbstfürsorge fehlen. Ängste und Sorgen werden chronifiziert, statt die Erfahrung des Gefühlsmasterings zu ermöglichen. Die Befunde der vorliegenden Untersuchungen bekräftigen die Annahmen von Cummings et al. (2000), die dem Gefühl der emotionalen Sicherheit, das durch „*parental availability and children's sense of security or confidence in their parents*“ (Cummings et al., 2000, p. 338) entsteht, einen grossen Stellenwert beimessen.

2.2.4 Soziale Integration, Unterstützung und Stigmatisierung betroffener Kinder

Die Resultate dieses Bereichs sind heterogen. Die betroffenen Kinder und Familien haben eher wenig Stigmatisierung erlebt, waren mehrheitlich sozial eingebunden, aber nur ein kleiner Teil der Kinder bekamen die nötige soziale Unterstützung. 46% bekamen keine Unterstützung, wenn sie nötig gewesen wäre. Die soziale Integration betroffener Kinder ist deutlich höher als ihre erhaltene soziale Unterstützung. Zu diesem Schluss kamen auch Müller, Nordt, Lauber und Rössler (2007).

Eine Studie des BFS³⁹ untersuchte für die Jahre 2000 und 2004 die erfahrene praktische und emotionale Unterstützung der Menschen in der Schweiz, geleistet durch Partner /-in, Verwandte, Freunde /-innen und Nachbarn. Viel bis sehr viel emotionale Unterstützung erfuhren 83% der Befragten von ihrem Partner oder ihrer Partnerin, 69% der Befragten von Verwandten und von Freunden und 44% von Nachbarn. Im Vergleich dazu bekamen in der vorliegenden Studie nur 7% der Betroffenen oft Unterstützung. Das heisst, dass die Allgemeinbevölkerung deutlich mehr Unterstützung erfährt als Familien mit einem psychisch kranken Elternteil, obwohl der Unterstützungsbedarf in diesen Familien besonders hoch wäre.

Dieses Resultat ist einerseits mit Stigma-Antizipation erklärbar. Es muss angenommen werden, dass die psychische Krankheit des Elternteils in vielen Familien eine familiäre Angelegenheit ist und deshalb wenig um Unterstützung gebeten wird. Wachsen Kinder beim kranken Elternteil

³⁹ Quelle BFS/SHP aktualisiert 2008: Praktische und emotionelle Unterstützung nach unterstützender Person und Geschlecht (in %) 2000 und 2004.
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/04/blank/key/05/02.html>

oder mit zwei kranken Eltern auf, war der Grad an sozialer Unterstützung am geringsten. Es ist vorstellbar, dass in diesen Situationen die Stigma-Antizipation besonders hoch ist: Ängste vor Sanktionen wie Fremdplatzierung des Kindes oder Mobbing sind verständlicherweise oft stark ausgeprägt und verhindern eine Öffnung der Familie.

Andererseits besteht eine reale Stigmatisierung psychischer Krankheit in der Gesellschaft (Müller, 2008; Hinshaw, 2005). Dadurch baut die Gesellschaft möglicherweise Distanz zu betroffenen Familien auf und bietet ihrerseits wenig Hilfe an.

Eine hohe soziale Belastung in der Kindheit führt im Erwachsenenalter zu einem tieferen Kohärenzsinn, seelischen und tendenziell tieferem sozialen Wohlbefinden. Dieser Befund bekräftigt die Resultate von Werner et al. (1982) sowie Müller (2008). Betrachtet man einzelne Bereiche isoliert, zeigt sich, dass die Erfahrung sozialer Unterstützung alle drei Bereiche, Kohärenzsinn, seelisches und soziales Wohlbefinden, beeinflusst. Anders sieht es mit der Stigmatisierungserfahrung und dem Gefühl der sozialen Andersartigkeit aus. Diese Erfahrungen beeinflussen massgeblich den Kohärenzsinn und das seelische Wohlbefinden im Erwachsenenalter, nicht oder nur bedingt das soziale Wohlbefinden. Sie werden geprägt von der elterlichen Beziehungsqualität und der familiären und sozialen Unterstützung. Aversive soziale Erfahrungen und das Gefühl der Andersartigkeit prägen (im Erwachsenenalter) intime Beziehungen und Freundschaften nicht, wohl aber die seelische Stabilität. Dennoch kann man sich natürlich durchaus vorstellen, dass es Kinder gibt, die besonders harte soziale Ausschlusserfahrungen und Mobbing in der Geschichte aufweisen und dadurch später generell „das Feuer“ (bzw. die Menschen) scheuen. Da die Stigmatisierungserfahrung der Befragten in der vorliegenden Studie gering war, bleibt diese Frage offen. Es kann davon ausgegangen werden, dass positive Beziehungserfahrungen im engen Kreis Abwertung und Stigmatisierung längerfristig puffern können: Sie bilden die Basis für eine positive soziale Entwicklung trotz Ausschlusserfahrung.

Die vorliegenden Resultate weisen darauf hin, dass die soziale Integration und Unterstützung zwei Wirkweisen hat: Einerseits wirkt sie als Puffer und Bewältigungsstrategie in belastenden Situationen. Andererseits wird sie selbst zum Belastungsfaktor, wenn sie fehlt (und benötigt wird), oder aber wenn sie negativ wirkt (Stigmatisierung oder entmündigende Unterstützung).

Kinder – und wohl nicht nur sie – benötigen gute Gefährten, um gesund aufzuwachsen. Damit dies gewährleistet ist, braucht es eine breit abgestützte Solidargesellschaft.

2.2.5 Critical Life Events und kumulative Risiken im Leben betroffener Kinder

Verschiedene kritische Lebensereignisse wurden betrachtet. Im Vergleich zur Normbevölkerung erlebten die befragten Nachkommen der vorliegenden Studie nicht häufiger eine Trennung oder Scheidung der Eltern. Dieses Resultat widerspricht bisherigen Befunden (Rutter, 1982; Hall, 2004). Allerdings lagen bisher keine Zahlen aus der Schweiz vor. Finanzielle Risiken (z. B. Armut) wurden in dieser Studie nicht erhoben. Erkrankte Elternteile waren häufiger von Arbeitslosigkeit und Invalidenberentung betroffen als die Normbevölkerung. Allerdings waren viele betroffene Mütter trotz Erkrankung für die Familienarbeit (mit-)verantwortlich.

Auffällig ist, dass 15% der befragten Nachkommen einen Suizid eines Familienangehörigen und 4% den Tod eines Elternteils in der Kindheit erlebt haben. Der vorliegende Befund bekräftigt die Resultate von Sameroff et al. (1997) und Renschmidt et al. (1994), die eine Häufung besonders schwerer Lebensereignisse, insbesondere Trennungen und Verluste gefunden haben.

Gesamthaft betrachtet hat die Anzahl schwerer Lebensereignisse in der Kindheit einen signifikanten Einfluss auf den Kohärenzsinn, das seelische und tendenziell auch das soziale Wohlbefinden der Nachkommen im Erwachsenenalter. Dieser Befund stärkt die Annahme, dass kumulative Belastungen, insbesondere wenn sie komplexer Natur sind, stark belastend wirken (z. B. Sameroff et al., 1997). Anders dagegen sieht es mit der Anzahl schwerer und kritischer Lebensereignissen im Erwachsenenalter, bzw. in den 12 Monaten vor der Befragung aus: Der Kohärenzsinn, das seelische und soziale Wohlbefinden der Nachkommen wird dadurch nicht beeinflusst. Diese Befunde widersprechen den Annahmen der Forschung über kritische Lebensereignisse. Die Resultate der vorliegenden Studie bestätigen allerdings Befunde von Müller (2008), die nur einen Zusammenhang zwischen schweren und nicht zwischen kritischen Lebensereignissen und der Lebensqualität nachweisen konnte. Sowie von Bodenmann et al. (2000): Als besonders zentral (d. h. belastend) erwiesen sich Krankheiten, soziale Belastungen sowie tägliche Widrigkeiten.

2.2.6 Emotionale Belastungen und tägliche Stressoren im Erwachsenenalter

Die Studie zeigt einen Zusammenhang zwischen dem Ausmass der emotionalen Belastung und den täglichen Stressoren zum Befragungszeitpunkt und dem Kohärenzsinn, dem seelischen und sozialen Wohlbefinden im Erwachsenenalter. Der Einfluss der Belastung im Erwachsenenalter ist stärker als der Einfluss der Belastungen aus der Kindheit. Er erklärt rund 28% der Varianz

des Kohärenzsinn, 40% der Varianz des seelischen Wohlbefindens und 11% der Varianz des sozialen Wohlbefindens. Die täglichen Stressoren korrelieren nicht mit den Belastungen der Kindheit.

2.3 Identität, Kohärenzsinn und Wohlbefinden betroffener Nachkommen im Erwachsenenalter

Resilienz ist in betroffenen Familien mit verschiedenen Faktoren assoziiert wie z. B. guter psychischer und physischer Gesundheit, hoher Lebensqualität und einem stabilen Kohärenzsinn (für eine Übersicht Zauszniewsky et al., 2015). Dies entspricht den vorliegenden Befunden. Antonovsky (1997) verwendete die Metapher des Menschen, der im Strom (des Lebens) ein Schwimmer ist. Er ging davon aus, dass man trotz reissendem Strom ein guter Schwimmer werden kann. Die Resultate der vorliegenden Studie geben ihm Recht. Vieles deutet darauf hin, dass die befragten Nachkommen psychisch kranker Eltern im Verlauf ihrer Entwicklung trotz vielfältiger Risiken und Defizite fähige Schwimmer /-innen geworden sind:

- Sie verfügen über eine gute Gesundheit, leiden wenig körperliche Schmerzen, sind in ihrem Alltag weitgehend unabhängig von medizinischer Unterstützung.
- 75% der befragten Nachkommen verfügen über ein stabiles seelisches Wohlbefinden, 76% schätzten ihre Lebensqualität als (sehr) gut ein.
- Der Kohärenzsinn der befragten Nachkommen liegt im Mittelwert leicht unter der Norm, dennoch verfügen ein Grossteil der Befragten über einen stabilen Kohärenzsinn. Der Kohärenzsinn wurde durch die Risikofaktoren am stärksten beeinflusst (das soziale Wohlbefinden im Erwachsenenalter am geringsten).
- Die soziale Lebenssituation der befragten Nachkommen ist mit der Norm der Schweizer Bevölkerung vergleichbar. Ein Grossteil der befragten Nachkommen lebt zum Befragungszeitpunkt in einer festen Beziehung oder Ehe. Rund 30% hat Kinder und lebt mit ihnen zusammen.
- Der Bildungsstand der Nachkommen ist mit der Normbevölkerung der Schweiz vergleichbar, tendenziell ist er leicht höher. Auffallend ist, dass deutlich mehr Nachkommen in Sozial- und Gesundheitsberufen tätig sind als in der Normbevölkerung.

Einem Grossteil der Kinder psychisch kranker Eltern gelingt es, ihre schwierigen Erfahrungen zu meistern und eine stabile Identität aufzubauen. Diese Entwicklungsanstrengungen können wir nur erahnen. Möglicherweise fällt dabei der Fähigkeit zu fragmentieren – z. B. Teilzeitkind zu sein – eine besondere Wichtigkeit zu. So berichtete eine Betroffene z. B. davon, dass sie sehr früh in ihrer Jugend gewusst habe, sich für oder gegen die Gesundheit entscheiden zu müssen. Sie habe dann den Beruf der Krankenpflegerin gewählt, um sich bewusst nicht auf die Seite des kranken Vaters zu stellen. Der Aufbau einer stabilen Identität bildet die Grundlage, um zu einem späteren Zeitpunkt Fragmente der eigenen schwierigen Biografie integrieren und dadurch die innere Not überwinden zu können. Wir wissen wenig über diese Vorgänge.

Ein gewisser Teil der Nachkommen wird aber auch im Erwachsenenalter auch noch im Erwachsenenalter von den Folgen ihrer Kindheit beeinträchtigt und wäre auf Unterstützung angewiesen. Aufgrund der Zahlen nehme ich an, dass rund ein Viertel der Nachkommen, möglicherweise mehrheitlich jene, die ein tiefes seelisches Wohlbefinden aufweisen. Die psychische Erkrankung eines Elternteils kann, ohne dass sie als Trauma im herkömmlichen Sinn gilt, für gewisse Kinder in ihrer Wirkung traumatisches Ausmass annehmen. Dabei können natürlich weitere Faktoren (z. B. miteinhergehende Trennung von Bindungspersonen, weitere Krankheiten, Vernachlässigungen, fehlende Ressourcen u.a.m.) eine entscheidende Rolle spielen. Es gilt, diese betroffenen Kinder möglichst frühzeitig zu identifizieren und zu unterstützen. Es ist anzunehmen, dass traumatherapeutische Verfahren, insbesondere zur Stärkung der Bindung, zur Verbesserung der Emotionsregulation und zur Stabilisierung allgemein, in der praktischen (therapeutischen) Arbeit hilfreich sein könnten (für eine Übersicht über Theorie und Verfahren: Landolt & Hensel, 2012).

Kehren wir nochmals zu Antonovskys Bild zurück und wenden wir uns der zweiten Frage zu: Was benötigen Kinder psychisch kranker Mütter oder Väter um zuversichtliche Schwimmer /-innen zu werden, die die Gefahren des Flusses realistisch einschätzen und entsprechend darauf antworten können? Hilfreich sind:

- die Erfahrung einer warmherzigen Familienatmosphäre und einer offenen (und kritikarmen) Kommunikation in der Familie, auch über die Erkrankung des Elternteils
- das Modell einer liebevollen Paarbeziehung zwischen den Eltern.

- eine Umgebung, die dem Kind hilft, überwältigende Gefühle der Scham, der Sorge und der Schuld zu verarbeiten und in sein Lebensbild zu integrieren⁴⁰.
- korrektive Beziehungserfahrungen und Solidarität. Kinder brauchen Trost in Phasen der Trauer, Sicherheit in Phasen der Angst, Struktur in Phasen des Chaos, Unterstützung in Phasen der Hilflosigkeit und Solidarität und Freundschaft in Phasen der Einsamkeit. Oft genügt es, eine gesunde Bezugsperson zu haben, um sicher aufzuwachsen. Eine Lehrerin, ein Grossvater, eine Patin können das betroffene Kind über längere Zeit liebevoll begleiten und ihm alternative Beziehungserfahrungen ermöglichen.
- Erwachsene, die psychisch kranke Eltern begleiten und ihre Kinder entlasten.
- eine Psychiatrie, die auf die Anliegen der Kinder eingeht, sie in die Behandlung einbezieht und ihnen Unterstützung anbietet – im besten Falle von externen Stellen, die langfristig mit der Familie zusammen arbeiten können.
- eine Umgebung, die offen und tolerant mit Andersartigkeit umgehen kann und psychische Krankheit nicht als „Makel“ sieht. Kinder reagieren sehr sensibel auf gesellschaftliche Tendenzen und zeigen eine grosse Loyalität gegenüber ihrer Familie. Sie versuchen, ihre Eltern und die Familie zu schützen. In diesem Sinne braucht es eine humane Gesellschaft, die Schwellenängste abbaut, Solidarität und Vielfalt vorlebt.
- Solidaritätserfahrung und Integration ist auch ganz unabhängig der familiären Situation möglich und wichtig: eine beste Freundin in der Schule, das wöchentliche Training im Fussballverein, die Einladung zu Kindergeburtstagen, ein Spielnachmittag mit Nachbarskindern zuhause. Gute Freundschaften geben Kindern Halt und beeinflussen die Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen bis ins Erwachsenenalter.

Entwicklung ist ein lebenslanger Prozess (Petzold, 2003), der fortwährend und besonders in sensiblen Lebensphasen der Begleitung wohlwollender und liebevoller Menschen bedarf.

⁴⁰ Individuelle, familiäre, soziale und gesellschaftliche Ressourcen

3. Ausblick und praktische Implikationen

Inhaltlich haben sich mit dieser Untersuchung neue Schwerpunkte eröffnet. Im Folgenden werden einige Aspekte genannt, es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Zukünftige Forschung kann sich vermehrt mit dem Thema der elterlichen und familiären Funktionsfähigkeit, dem „good enough parenting“ auseinandersetzen. Dieser Bereich ist wenig untersucht und rückt zunehmend in den Fokus, gerade bei krankheitsbedingten Einschränkungen der Eltern.

Geschwister wurden in dieser Untersuchung nicht erwähnt, sind aber für die Bindung des Kindes besonders wichtig und haben möglicherweise einen grossen Einfluss auf die individuelle Entwicklung, gerade wenn ein Elternteil psychisch erkrankt.

Ein besonderes Augenmerk kann auch auf familienexterne Bindungs- und Beziehungspersonen gelegt werden: Da betroffene Eltern oft am Limit ihrer Möglichkeiten sind und deshalb für das betroffene Kind wenig Sicherheit und Entlastung bieten können, brauchen Kinder weitere Vertrauenspersonen. Ein Schwerpunkt liegt auf spezifischen Prozessen der sozialen Integration und Unterstützung. Weiterführende Fragen könnten sein: Wer bietet dem Kind soziale Unterstützung? Welche Kinder werden eher unterstützt als andere? Gibt es Kinder, die durch das Angebot sozialer Unterstützung stärker belastet werden, da ihre Loyalität zum erkrankten Elternteil ein Hindernis darstellt? Wie verändern sich soziale Prozesse im Entwicklungsverlauf des Kindes? Welchen Einfluss haben dabei Präventionsprogramme oder Psychotherapie?

In dieser Untersuchung wurde die finanzielle Situation der betroffenen Familie nicht erfragt. Gerade die Befunde zum psychischen Wohlbefinden weisen aber darauf hin, dass sie einen Einfluss hat. So wäre wünschenswert, zukünftige Forschung würde dem Bereich der Umweltfaktoren (Wohnsituation, Ökonomie, Arbeitssituation etc.) mehr Beachtung schenken können.

Im Weiteren sind Bewältigungsmöglichkeiten betroffener Kinder und Familien zentral. Man kann der Frage nachgehen, wie der krankheitsbedingte Stress auf das Paar- und Familienleben einwirkt und welche Bewältigungsstrategien besonders hilfreich sind, um als Eltern und Familie mit den Schwierigkeiten bestmöglich umgehen zu können.

Praktische Implikationen

Aus der vorliegenden Untersuchung können einige fachliche und gesundheitspolitische Empfehlungen abgeleitet werden:

- Familien mit einem psychisch kranken Elternteil muss eine Sprache vermittelt werden, um über die Krankheit sprechen zu können. Denn es muss angenommen werden, dass eine (gelingende) Kommunikation über die elterliche Erkrankung die Zufriedenheit der Betroffenen mit ihren engen Beziehungen langfristig stärken kann.
- Gespräche über die elterliche Erkrankung sollten in einem vertrauensvollen Klima ohne Zeitdruck stattfinden können und mehr als Wissensvermittlung beinhalten.
- Es empfiehlt sich ein netzwerkorientierter Ansatz in der Arbeit mit betroffenen Familien: Einerseits ist dabei die Beziehung der Familienmitglieder untereinander - das Familienklima - andererseits die soziale Einbindung der betroffenen Familie von grosser Bedeutung. Die elterliche und familiäre Funktionsfähigkeit kann z. B. durch gezielte Interventionen gefördert werden, so dass Eltern in Stresssituationen als Paar und als Erziehungsberechtigte gestärkt sind. Die soziale Einbindung einer betroffenen Familie kann durch Netzwerkarbeit gefördert und durch professionelle Unterstützung stabilisiert werden. In der Arbeit mit betroffenen Familien ist die Begleitung beim Aufbau tragfähiger Beziehungen genauso wichtig wie die professionelle Unterstützung in Bereichen, wo ebensolche Beziehungen (noch) fehlen. Vorstellbar sind externe Entlastungsmöglichkeiten wie Patenschaften, Freizeitangebote für betroffene Familien, Kontaktaufbau in der Nachbarschaft, etc.
- Screenings betroffener Kinder sollten ein Augenmerk auf emotionale Belastungen und diesbezügliche Parentifizierung legen, um besonders belastete Kinder und Jugendliche identifizieren zu können.
- Interventionen sollten darauf abzielen, die emotionalen Belastungen der betroffenen Kinder zu senken und ihre Geschichte in Narrativen zu bündeln.
- Gesundheitspolitisch wird angeregt, Elternschaft in psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen systematisch zu erfassen. Mittel und Möglichkeiten zur institutionsübergreifenden Zusammenarbeit sollten bereitgestellt werden, damit Familien möglichst niederschwellig Unterstützung zukommen kann.

Bibliografie

- Abraham, K. M. & Stein, C. H. (2015). Stress-related personal growth among emerging adults who's mothers have been diagnosed with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 38(3), 227-233.
- Abraham, K. M. & Stein, C. H. (2010). Staying connected: Young adults' felt obligation toward parents with and without mental illness. *Journal of Family Psychology*, Vol. 24(2), 125-134.
- Ahnert, L. (Hg.) (2008). *Frühe Bindung – Entstehung und Entwicklung*. München: Reinhardt.
- Ainsworth, M. D.S. (1974). Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Mitteilungen des Babys. In K. E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.). *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (414-421). Stuttgart, Klett-Cotta.
- Ainsworth, M. D.S. (1985). Mutter-Kind-Bindungsmuster: Vorausgegangene Ereignisse und ihre Auswirkungen auf die Entwicklung. In K. E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.). *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (317-340). Stuttgart, Klett-Cotta.
- Angermeyer, M., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO-Instrumente für die Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, A., Franke, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGvT.
- Antonovsky, A. (1993a). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.). *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept* (3-14). Tübingen:DGvT.
- Antonovsky, A. (1983). The Sense of Coherence: Development of a research instrument. W. S. Schwartz Research Centre of Behavioural Medicine, Tel Aviv University, *Newsletter and Research Reports*, Vol. 1, 1-11.
- Baker, B. L., Heller, T. L. & Henker, B. (2000). Expressed emotion, parenting stress, and adjustment in mothers of young children with behaviour problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 41, 907-915.
- Barett, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M. M. & Ryan, S.M. (1997). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 24, 187-203.
- Baumann, K. (2000). *Ver-rückte Kindheit. Probleme und Hilfsmöglichkeiten bei Kindern psychisch kranker Eltern*. Marburg: Tectum
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Köln: BZgA.
- Bibou-Nakou, I., Dikaiou, M. & Bairactaris, C. (1997). Psychosocial dimensions of family burden among two groups of carers looking after psychiatric patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiologist*, 32, 104-108.
- Bilsborough, S. (2004). What we want from adult psychiatrists and their colleagues: „Telling it like it is“. In: M. Göpfert, J. Webster & M.V. Seeman (Eds.). *Parental Psychiatric Disorder: Distressed Parents and their Families* (3-7). Cambridge: Cambridge University Press.

- Bodenmann, G. (2009). *Depression und Partnerschaft. Hintergründe und Hilfen*. Bern: Hans Huber.
- Bodenmann, G. (2005). *Beziehungskrisen erkennen, verstehen und bewältigen*. Bern: Hans Huber.
- Bodenmann, G., Schwerzman, S. & Cina A. (2000). Kritische Lebensereignisse und Alltagsstress bei Depressiven und Remittierten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Vol. 48*, 1-17.
- Bodenmann, G. (1998). *Dyadisches Coping: Eine systemisch-prozessuale Sicht der Stressbewältigung in Partnerschaften. Theoretischer Ansatz und empirische Befunde*. Fribourg: Unveröffentlichte Habilitationsschrift Universität Fribourg.
- Bowlby, J. (1971). *Attachment and Loss Volume 1: Attachment*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books Ltd.
- Bowlby, J. (1971). *Attachment and Loss Volume 2: Separation*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books Ltd.
- Bowlby, J. (2011). *Das Glück und die Trauer*. Stuttgart: Klett-Cotta. Die englische Originalausgabe erschien erstmals 1979. *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. Tavistock Publications.
- Bromley, C., Hadleigh, L. & Roe, A. (2013). Living with a parent with mental health needs. In R. Loshak (Ed.). *Out of the Mainstream. Helping the children of parents with a mental illness (14-30)*. London: Routledge.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R. & Schnyder, U. (2001). Sense of Coherence in adolescents. *Sozial- und Präventivmedizin, 46*, 404-410.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Leuthold, A. und Buddeberg, C. (2000). Unterrichtsklima und Symptombildung – Zusammenhänge zwischen Schulstress, Kohärenzgefühl und physischen /psychischen Beschwerden von Gymnasiasten. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 50*, 222-229.
- Burke, P.T. & Stets, J.E. (2009). *Identity Theory*. New York. Oxford University Press.
- Byland, M. (2002). *Die Belastung Angehöriger schizophrener Menschen. Ein Kulturvergleich zwischen Italien und der Schweiz*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit.
- Christiansen, H., Anding, J. & Donath, L. (2014). Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern. In M. Kölch, U. Ziegenhein & J. M. Fegert, (Hrsg) (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Vernetzung (80-106)*. Basel: Beltz Juventa.
- Cina, A. & Bodenmann, G. (2009). Zusammenhang zwischen Stress der Eltern und kindlichem Problemverhalten. *Kindheit und Entwicklung, Vol. 18*, 39-48.
- Compas, B.E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. & Wadsworth, M.E. (2001). Coping with Stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin, Vol. 27(1)*, 87-127.
- Cornisch, A. M., McMahon, C. A., Ungerer, J. A., Barnett, B., Kowalenko, N. & Tennant, C. (2005). Postnatal depression and infant cognitive and motor development in the second postnatal year: The impact of depression chronicity and infant gender. *Infant Behaviour & Development, Vol. 28*, 407-417.
- Cummings, E. M. & Davies, P. T. (1992). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 35*, 73-112.
- Cummings, E. M., Davies, P. T. & Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process: Theory, research, and clinical implications*. New York: Guilford.

- Deneke, Ch. & Lucas, T. (2008). *Ambulante und teilstationäre Behandlung psychisch kranker Mütter und Väter mit ihren Säuglingen und Kleinkindern*. In A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg.). *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte* (39-61). Tübingen: dgvt Verlag.
- Dingman Boger, K., Tompson, M. C., Briggs-Gowan, M. J., Pavlis, L. E. & Carter, A. S. (2008). Parental expressed emotion toward children: Prediction from early family functioning. *Journal of Family Psychology, Vol. 22 (5)*, 784-788.
- Duncan, S. & Reder, P. (2000). Children's experience of major psychiatric disorder in their parent: An overview. In P. Reder, M. McClure & A. Jolley. *Family Matters* (83-95). London: Routledge.
- Enoch, M.A. (2006). Genetic and environmental influences on the development of alcoholism: Resilience vs. Risk. In B. M. Lester, A. S. Masten & B. McEwen (Eds). *Resilience in Children (193-201)*. New York: Annals of the NY Academy of Science, Vol. 1094.
- Erel, O. & Burman, B. (1995). Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, Vol. 118*, 108-132.
- Evans, G. & Kim, P. (2007). Childhood poverty and health: Cumulative risk exposure and stress dysregulation. *Psychological Science, Vol. 18(1)*, 953-957.
- Fellow-Smith, L. (2000). Impact of parental anxiety disorder on children. In P. Reder, M. McClure & A. Jolley. *Family Matters* (99-109). London: Routledge.
- Fadden, G., Bebbington, P. & Kuipers, L. (1987). The burden of care. *British Journal of Psychiatry, 150*, 285-292.
- Fergusson, D.M. & Horwood, L.J. (2003). Resilience in childhood adversity. Results of a 21-year study. In S. Luthar (Ed.). *Resilience and Vulnerability – Adaption in the Context of Childhood Adversities* (130-155). Cambridge: University Press.
- Franz, M. & Kettemann, B. (2014). Kinder psychisch kranker Eltern – die Perspektive und die Rolle der Erwachsenenpsychiatrie. In M. Kölch, U. Ziegenhein & J. M. Fegert (Hrsg). *Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Vernetzung* (142-156). Basel: Beltz Juventa.
- Fredman, G. & Fuggle, P. (2000). Parents with mental health problems: involving the children. In P. Reder, M. McClure & A. Jolley (Eds). *Family Matters* (213-226). London: Routledge.
- Gagliardi, S., Bodenmann, G., Heinrichs, N., Bertoni, A. M. M., lafrate, R. & Donato, S. (2013). Unterschiede in der Partnerschaftsqualität und im dyadischen Coping bei verschiedenen bindungsbezogenen Paartypen. *Psychotherapie, Psychosomatik und Psychologische Medizin, Vol. 63*, 185-192.
- Glenn, P. & Stiels-Glenn, M. (2003). Kinder psychisch kranker Eltern. Kooperation bei der Betreuung von Familien mit psychisch kranken Müttern oder Vätern. *Sozialmagazin, Vol. 4*, 23-31.
- Glick, M. (1997). The developmental approach to adult psychopathology. In S. S. Luthar, J. A. Burack, D. Cicchetti & J. R. Weisz (Eds) (1997). *Developmental psychopathology. Perspectives on adjustment, risk, and disorder* (227-247). Cambridge: University Press.
- Goffmann, E. (1975). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Goldstein, S. & Brooks, R.B. (Eds) (2013). *Handbook of Resilience in Children*. London: Springer, Second Edition.

- Graf, J., Lauber, Ch., Nordt, C., Rüesch, P, Meyer, P. C., Rössler, W. (2004). Perceived stigmatization of mentally ill people and its consequences for the quality of life in a Swiss population. *The Journal of Nervous and Mental Disease, Vol. 192(8)*, 542-547.
- Gravener, J. A., Rogosch, F. A. Oshri, A., Narayan, A. J., Cicchetti, D. & Toth, S. L. (2012). Maternal expressed emotion, and toddler behaviour problems and attachment. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 40*, 803-813.
- Grossmann, K. & Grossmann, K.E. (2004). *Bindung – Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grossmann, K. & Grossmann K.E. (2006). *Bindung – das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grossmann, K.E. (2008). Theoretische und historische Perspektiven der Bindungsforschung. In L. Ahnert. *Frühe Bindung – Entstehung und Entwicklung (21-38)*. München: Reinhardt.
- Gutmann, R. (2008). Jugendliche mit einem psychisch kranken Elternteil – Welche Unterstützung brauchen sie? In A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg.). *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen (113-136)*. Tübingen: dgvt.
- Häcker, H. & Stapf, K.H. (1998). *Dorsch – Psychologisches Wörterbuch*. Bern: Hans Huber.
- Hall, A. (2004). Parental psychiatric disorder and the developing child. In M. Göpert, J. Webster & M. V. Seeman (Eds). *Parental Psychiatric Disorder: Distressed Parents and their Families (22-49)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hammen, C. (1990). Vulnerability to Depression: Personal, situational and family aspects. In R. E. Ingram (Ed). *Contemporary psychological approaches to depression: Theory, research and treatment (59-69)*. New York: Plenum Press.
- Hammen, C. (2003). Risk and protective factors in children of depressed parents. In S. Luthar (Ed). *Resilience and Vulnerability – Adaption in the Context of Childhood Adversities (50-75)*. Cambridge: University Press.
- Han, Z. R. & Shaffler, A. (2014). Maternal expressed emotion in relation to child behaviour problems: Differential and mediating effects. *Journal of Child and Family Studies, Vol. 23*, 1491-1500.
- Hancock, K. J., Mitrou, F., Shipley, M., Lawrence, D. & Zubrick, St. R. (2013). A three generation study of the mental health relationships between grandparents, parents and children. *Biomed Central Psychiatry, 13*:299.
- Hermann, C. (2014) Lebensereignisse, kritische. In M. A. Wirtz (Hrg). *Dorsch – Lexikon der Psychologie (17. Aufl.)*. Bern: Hans Huber.
- Hill, J. (2004). Parental psychiatric disorder and the attachment relationship. In M. Göpfert, J. Webster & M. V. Seeman (Eds). *Parental Psychiatric Disorder: Distressed Parents and their Families (50-61)*. Cambridge: University Press.
- Hinshaw, P. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents: Developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 46:7*, 714-734.
- Hoenig, J. & Hamilton, M.W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry, 12*, 165-176.
- Inoff-Germain, G., Nottelmann, E. D. & Radke-Yarrow, M. (2007). Relation of parental affective illness to family, dyadic, and individual functioning: An observational study of family interaction. *American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 67(3)*, 433-448.

- Jacobsen, T., Hibbs, E. & Ziegelheim, U. (2000). Maternal expressed emotion related to attachment disorganisation in early childhood: A preliminary report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 41(7), 899-906.
- Johnson, L. D. (1990). The family experience of living with mental illness. In L. P. Harriet & D. Johnson (Eds.) *Families as aliens in treatment of the mentally ill*. American Psychiatric Association, 31-63.
- Judge, K. (1994). Serving children, siblings, and spouses. Understanding the needs of other family members. In H. P. Lefley & M. Wasow (Eds.). *Helping families to cope with mental illness (161-194)*. Reading: Harwood Academic Press.
- Jungbauer, J. & Angermeyer, M. C. (2002). Bewältigungsstrategien von Partnern schizophrener Patienten. *Psychotherapie und Psychologische Medizin*, Vol. 53, 295-301.
- Jungbauer, J. (Hg) (2010). *Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Perspektiven für die Soziale Arbeit*. Opladen: Barbara Budrich.
- Kanner, A. D., Coyne, I. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioural Medicine*, 4, 1-39.
- Klaghofer, R. (2005). *Sense of Coherence: Stabilität und Validität eines Messinstruments zur Erfassung von Gesunden und Kranken mit psychosozialen Risikofaktoren*. Zürich: Habilitationsschrift im Eigenverlag.
- Knoll, N., Rieckmann, N. & Scholz, U. (Hrsg) (2013). *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. München: Reinhardt.
- Kölch, M., Ziegenhein, U. & Fegert, J. M. (Hrsg.) (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Vernetzung*. Basel: Beltz Juventa.
- Kölch, M. & Schmid, M. (2014). Unterstützung und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern: Die Perspektive der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe. In M. Kölch, U. Ziegenhein & J. M. Fegert, (Hrsg) (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Vernetzung (123-141)*. Basel: Beltz Juventa.
- König, L. (2012). Trauma und Bindung. In M. A. Landolt & Th. Hensel (Hrsg). *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen (60-74)*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuipers, L. (1993). Family Burden in Schizophrenia: Implications for Services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 207-210.
- Landolt, M. A. & Hensel, Th. (2012). *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Langrock, A. M., Bompas, B. E., Keller, G., Merchant, M. J. & Copeland, M. E. (2002). Coping with the stress of parental depression: Parents' reports of children's coping, emotional, and behavioural problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, Vol. 31(3), 312-324.
- Largo, R.H. (2000). *Kinderjahre. Die Individualität des Kindes als erzieherische Herausforderung*. München: Piper Verlag.
- Lauber, Ch. (2008). Stigma and discrimination against people with mental illness: a critical appraisal. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, Vol.17 (1), 10-13.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (2002). Heterogene Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, Vol. 31(2), 127-134.

- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leff, J. (1998). Needs of the Families of People with Schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment, Vol. 4*, 277-284.
- Lenz, A. & Jungbauer, J. (Hrsg.) (2008). *Kinder und Partner von psychisch kranken Menschen*. Tübingen: dgvt.
- Lenz, A. & Kuhn, J. (2011). Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.). *Kinder mit psychisch kranken Eltern (269-299)*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lenz, A. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Bern: Hogrefe.
- Lester, B. M., Masten, A. S. & Mc Ewen, B. (2006). *Resilience in Children*. New York: Annals of the NY Academy of Science, Vol. 1094.
- Lexow, A., Wiese, M. & Hahlweg, K. (2008). Kinder psychisch kranker Eltern: Ihre Chancen, im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie der Eltern zu profitieren. In: A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg.). *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen (91-112)*. Tübingen: Dgvt.
- Link, B. G. (1987). Understanding labelling effects in the area of the mental disorder: An empirical assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review, Vol. 52*, 96-112.
- Lombardo, K. L. & Motta, R. W. (2008). Secondary trauma in children of parents with mental illness. *Traumatology, Vol. 14(3)*, 57-67.
- Loshak, R. (Ed) (2013). *Out of the mainstream. Helping the children of parents with a mental illness*. London: Routledge.
- Luthar, S. S., Burack, J. A., Cicchetti, D. & Weisz, J. R. (Eds) (1997). *Developmental psychopathology. Perspectives on adjustment, risk, and disorder*. Cambridge: University Press.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, Vol. 71*, 543-562.
- Luthar, S. S. & Zelazo, L. B. (2003). Research on resilience - An integrative review. In S. Luthar (Ed). *Resilience and Vulnerability – Adaption in the Context of Childhood Adversities (510-549)*. Cambridge: University Press.
- Magliano, L, Fadden, G., Economou, M., Held, T., Xacier, M., Guarneri, M., Malagone, C., Marasco, C. & Maj, M. (2000). Family Burden and Coping Strategies in Schizophrenia: 1 Year Follow up Data from the BIOMED Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiologist, 35*, 109-115.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist, 56*, 227-238.
- Mattejat, F., Wüthrich, C. & Remschmidt, H. (2000). Kinder psychisch kranker Eltern. *Nervenarzt, Vol. 71*, 164-172.
- McElwain, N. V. & Volling, B. (1999). Depressed mood and marital conflict: Relations to maternal and paternal intrusiveness with one-year-old infants. *Journal of Applied Developmental Psychology, Vol. 20(1)*, 63-83.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University Press.
Neuaufgabe: Mead, D. H. (2015). *Mind, self, and society. The definitive edition*. Chicago: University Press.
- Meier, C. (2011). *Dyadisches Coping, psychische Belastung und Lebensqualität bei COPD-Patienten und deren Partnern*. Zürich: Unveröffentlichte Dissertation.

- Mowbray, C. T., Oysermann, D. & Ross, S. (1995). Parenting and the significance of children for women with a serious mental illness. *Journal of Mental Health Administration*, 22, 180-200.
- Müller, B. (2008). *Subjektive Lebensqualität von Menschen mit einer psychischen Erkrankung: Von der Messung der Lebenszufriedenheit zu dynamischen Anpassungsprozessen und Recovery*. Zürich: Unveröffentlichte Dissertation.
- Müller, B., Nordt, C., Lauber, Ch. & Rössler, W. (2007). Changes in social network diversity and perceived social support after psychiatric hospitalization: Results from a longitudinal study. *International journal of social Psychiatry*, Vol. 53(6), 564-575.
- Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 33, 543-561.
- Nagliari, J. A. & LeBuffe, P.A. (2003). Measuring resilience in children. In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds). *Handbook of Resilience in Children (107-121)*. First edition. London: Springer.
- O'Dougherty Wright, M., Masten, A. S. & Narayan, A. J. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaption in the context of adversity. In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds). *Handbook of Resilience in Children (15-37)*. London: Springer.
- Ohntrup, J. M., Pollak, E., Plass, A. & Wiegand-Grefe, S., (2011). Parentifizierung: Elternbefragung zur destruktiven Parentifizierung von Kindern psychisch kranker Eltern. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg). *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung (375-398)*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Östman, M. & Hansson, L. (2002). Children in families with a severely mentally ill member: Prevalence and needs for support. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol. 37(5), 243-248.
- Oyserman, D., Mowbray, C. T., Meares, P. A. & Firminger, K. B. (2015). Parenting among mothers with a serious mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 70(3), 296-315.
- Pakeham, K. J. & Cox, S. (2014). Effects of parental illness and other ill family members on the adjustment of children. *Annals of Behavioural Medicine*, Vol. 48(3), 424-437.
- Perrez, M. & Bodenmann, G. (2009). Klinisch-psychologische Familienforschung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band III (77-94)*. Berlin: Springer.
- Petzold, H. G. (2003). *Integrative Therapie. Band I Klinische Philosophie, Band II Klinische Theorie, Band III Klinische Praxeologie*. Paderborn: Junfermann.
- Pitman, E. & Matthey, St. (2004). The SMILES Program: a group program for children with mentally ill parents or siblings. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 74, 383-388.
- Plass, A., Ohntrup, J. M. & Wiegand-Grefe, S. (2011). Die Genderperspektive: Psychische Auffälligkeiten von Jungen und Mädchen. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat und A. Lenz (Hrsg). *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung (235-253)*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pretis, M. & Dimova, A. (2004; Neuauflage 2011). *Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern*. München: Reinhardt.
- Ramsauer, B. (2011). Frühkindliche Bindung im Kontext einer depressiven Erkrankung. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg). *Kinder mit psychisch kranken Eltern (171-180)*. Göttingen: Vanderhoeck & Ruprecht.

- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (1994). *Kinder psychotischer Eltern: Mit einer Anleitung zur Beratung von Kindern psychotischer Eltern*. Bern: Hogrefe.
- Reupert, A. & Maybery, D. (2007). Families affected by parental mental illness: A multiperspective account of issues and interventions. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 77(3), 362-369.
- Rogosch, F. A., Cicchetti, D. & Toth, S. L. (2004). Expressed emotion in multiple subsystems of the families of toddlers with depressed mothers. *Development and Psychopathology*, Vol. 16, 689-709.
- Rutter, M. (2006). *Genes and Behaviour*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. In B. M. Lester, A. S. Masten & B. Mc Ewen (Eds). *Resilience in Children (1-12)*. New York: Annals of the NY Academy of Science, Vol. 1094.
- Rutter, M. & Sroufe, L. S. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Developmental Psychopathology*, Vol. 12, 265-296.
- Rutter, M. & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*, Vol. 14, 853-880.
- Sameroff, A. J., Seifer, R. & Elias, P. K. (1982). Sociocultural variability in infant temperament ratings. *Child Development*, Vol. 53, 164-173.
- Sameroff, A. J. Seifer, R. & Bartko, W. T. (1997). Environmental perspectives on adaption during childhood and adolescence. In S. S. Luthar, J. A. Burack, D. Cicchetti & J. R. Weisz (Eds). *Developmental Psychopathology. Perspectives on adjustment, risk, and disorder (507-526)*. Cambridge: University Press.
- Sands, R. (1995). The parenting experience of low-income single women with a serious mental disorder. *Families in Society*, 86-95.
- Scarr, S. & Deater-Deckard, K. (1997). Family Effects on Individual Differences in Development. In S. S. Luthar, J. A. Burack, D. Cicchetti & J. R. Weisz (Eds). *Developmental Psychopathology. Perspectives on adjustment, risk, and disorder (115-136)*. Cambridge: University Press.
- Scazufca, M. & Kuipers, E. (1996). Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 168, p. 580-587.
- Schmid, M., Grieb, J. & Kölch, M. (2011). Die psychosoziale Versorgung von Kindern stationär behandelte psychiatrischer Patienten – Realität und Wünsche. In S. Wiegand-Greife, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg). *Kinder mit psychisch kranken Eltern (180-206)*. Göttingen: Vanderhoeck & Ruprecht.
- Schnyder, U., Moergeli, H., Nigg, C., Klaghofer, R., Renner, N., Trentz, O. & Buddeberg, C. (2000). Early psychological reactions to life threatening injuries. *Critical Care Medicine*, 28, 86-92.
- Schone, R. & Wagenblass, S. (2002). *Wenn Eltern psychisch krank sind... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster*. Münster: Votum.
- Seeman, M. V. & Göpfer, M. (2004). Parenthood and adult mental health. In M. Göpfert, J. Webster & M. V. Seeman (Eds). *Parental Psychiatric Disorder: Distressed Parents and their Families (8-21)*. Cambridge: University Press.
- Seifer, R. (2003). Young children with mentally ill parents. Resilient developmental systems. In S. Luthar (Ed). *Resilience and Vulnerability – Adaption in the Context of Childhood Adversities (29-49)*. Cambridge: University Press.

- Seifer, R., Dickstein, S., Sameroff, A. J., Magee, K. D. & Hayden, L. C. (2001). Infant mental health and variability of parental depression symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 40(12), 1375-1382.
- Seifer, R., Sameroff, A. J., Dickstein, S. & Hayden, L.C. (1996). Parental psychopathology and sleep variation in children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 5(3), 715-727.
- Shachnow, J. (1987). Preventive intervention with children of hospitalized psychiatric patients. *American Orthopsychiatric Association*, Vol. 57, 66-77.
- Singer, S. & Bähler, E. (2007). *Die Sense of Coherence Scale – Texthandbuch zur deutschen Version*. Vanderhoeck & Ruprecht.
- Singh, A. L., D’Onofrio, B. M., Slutske, W. S., Turkheimer, E., Emery, R. E., Harden, K. P., Heath, A. C., Madden, P. A. F., Statham, D. J. & Martin, N. G. (2011). Parental Depression and Offspring Psychopathology: A Children of Twin Study. *Psychological Medicine*, Vol.41, 1385-1395.
- Singer, J., Tang, S. & Berelowitz, (2000). Needs assessment in the children of parents with major psychiatric illness. In P. Reder, M. McClure & A. Jolley (Eds). *Family Matters (192-212)*. London: Routledge.
- Sollberger, D., Byland, M. & Widmer, G. (2008). Erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern - Belastungen, Bewältigung und biographische Identität. In A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg). *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen (157-194)*. Tübingen: dgvt.
- Sollberger, D., Byland, M. & Widmer, G. (2007). Biografische Identität zwischen Stigma und Tabu. Kinder psychisch kranker Eltern. In V. Mottier, L. von Mandach (Hrsg). *Pflege, Stigmatisierung und Eugenik. Integration und Ausschluss in Medizin, Psychiatrie und Sozialhilfe (107-118)*. Zürich: Seismo.
- Sollberger, D. (2000). *Psychotische Eltern – verletzte Kinder. Zu Identität und Biografie von Kindern psychisch kranker Eltern*. Bonn: Das Narrenschiff im Psychiatrie Verlag.
- Spitzer, A., & Cameron, C. (1995). School-age children’s perception of mental illness. *Western Journal of Nursing Research*, Vol. 17, 398-415.
- Stallard, P., Norman, Ph., Huline-Dickens, S., Salter, E. & Cribb, J. (2004). The Effects of parental Mental Illness Upon Children: A Descriptive Study of the Views of Parents and Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 9(1), 39-52.
- Vaughn, C. & Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 15, 157-165.
- Wahl, O. F., Ward, A. & Richards, R. (2002). Newspaper coverage of mental illness: Is it changing? *Psychiatric Rehabilitation Skills*, Vol. 6, 9-31.
- Weaver, I., Cervoni, N., & Champagne, F. (2004). Epigenetic Programming by Maternal Behaviour. *Nature*, 847-854.
- Webster, J., Hatfield, B. & Mohamad, H. (1999). Assessment of parents by approved social workers under the mental health act 1983. *Practice*, Vol. 11, 5-18.
- Werner, E. (2013, erste Ausgabe 2003). What can we learn about Resilience from Large-Scale Longitudinal Studies? In: S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds). *Handbook of Resilience in Children (87-104)*. London: Springer, Second Edition.

Werner, E. & Smith, R.S. (2001). *Journeys from Childhood to Midlife: Risk, Resilience, and Recovery*. Ithaca, NY: Cornell University press.

Werner, E. & Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but Invincible. A Study of Resilient Children*. London: McGraw-Hill Book Company.

World Health Organisation (1997). *WHOQOL – Measuring Quality of Life*. Geneva: WHO.
http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

Wiegand-Grefe, S., Geers, P., Petermann, F. & Plass, A. (2011). Elterliche Erkrankung und Gesundheit der Kinder. In: S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsgs). *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung (206-234)*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Wiegand-Grefe, s., Jeske, J., Bullinger, M., Plass, A. & Peterman, F. (2010). Lebensqualität von Kindern psychisch kranker Eltern. Zusammenhänge zwischen Merkmalen elterlicher Erkrankung und gesundheitsbezogener Lebensqualität der Kinder aus Elternsicht. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58(4), 315-322.

Wiegand-Grefe, S., Mattejat, F. & Lenz, A. (Hrsgs). *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Zauszniewski, J. A., Bekhet, A. K. & Suresky, J. M. (2015). Indicators of resilience in family members of adults with serious mental illness. *Psychiatric Clinics of North America Journal*, Vol. 38, 131-146.

Zemp, M. & Bodenmann, G. (2015). *Partnerschaftsqualität und kindliche Entwicklung .Ein Überblick für Therapeuten, Pädagogen und Pädiater*. Berlin: Springer.

Ziegenhain, U. & Deneke, Ch. (2014). *Entwicklungspathologische Voraussetzungen der Erlebens- und Verarbeitungsweisen von Kindern psychisch kranker Eltern*. In M. Kölch, U. Ziegenhain & J. M. Fegert (Hrsg). *Kinder psychisch kranker Eltern – Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Vernetzung (14-21)*. Basel: Beltz Juventa.

Einige Wegleitungen für die praktische Arbeit

Foster, K., O'Brien, L. & Korhonen, T. (2012). Developing resilient children and families when parents have mental illness: A family-focused approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, Vol. 21, 3-11.

Göpfert, M., Webster J. & Seeman M. V. (Eds.). *Parental Psychiatric Disorder*. Cambridge: University Press.

Jungbauer, J. (Hrsg.) (2010). *Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Perspektiven für die Soziale Arbeit*. Opladen: Barbara Budrich.

Kinder psychisch kranker Eltern. Was sie und ihre Mütter und Väter brauchen. Zürich, 2005: Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana.

Mattejat, F. und Lisofsky, B. (Hg) (2008, 4. Auflage 2014). *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker*. Köln: Balance Verlag.

Pretis, M. & Dimova, A. (2004; Neuauflage 2011). *Frühförderung mit Kindern ps*ychisch kranker Eltern*. München: Reinhardt.

Reupert, A. & Maybery, D. (2007). Families Affected by Parental Mental Illness: A Multiperspective Account of Issues and Interventions. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 77(3), 362-369.

Anhang

- Skalenkennwerte: Mittelwerte, Standardabweichungen und Itemanzahl
- Skalenkennwerte: Grösse der Stichprobe, Trennschärfekoeffizient, Reliabilität (Cronbach-Alpha), Tests auf Normalverteilung (Kolmogorov-Smirnov und Shapiro-Wilk)
- Lebenslauf

Umfang der Stichprobe, Mittelwert und Standardabweichung der Skalen und Subskalen

Skalenname /Itemname	Itemzahl	N	mean	SD
Kommunikation über Krankheit in Kindheit				
„redentot‘ In und ausser Haus über Krankheit reden	11	90	3.380	0.878
Reden: zuhause über die Erkrankung reden	3	93	3.337	1.206
Exreden: Ausser Haus über die Erkrankung reden	8	90	3.110	1.031
Familienklima in der Kindheit				
„Klimak‘ Familienklima gesamthaft		81	2.697	0.801
„klima‘ Familienklima	7	86	3.110	1.031
„instab‘ Ungewissheit zuhause	3	93	2.620	1.087
„üfordtot‘ familiäre Überforderung mit der Krankheit	6	88	2.290	0.971
„stellwer‘ Stellenwert der Krankheit zu Hause	3	92	3.029	1.033
Instrumentelle Belastung in der Kindheit				
„parent‘ Parentifizierung	6	87	2.571	0.922
Emotionale Belastung in der Kindheit				
„Emolastk‘ Emotionale Belastung gesamthaft	13	85	2.624	0.810
„schuld‘ Schuldgefühle als Kind	2	95	3.342	1.163
„scham‘ Schamgefühl als Kind	2	95	2.911	1.255
„sorgen‘ Sorgen als Kind	6	87	2.521	0.848
„balast‘ Belastung als Kind	3	96	2.132	0.891
Soziale Belastung in der Kindheit				
„Sozlastk‘ Soziale Belastung gesamthaft	19	84	3.059	0.708
„nohilfe1‘ Fehlende Unterstützung als Kind (sozhitot und alleine)	7	93	2.384	0.939
„soznetzck‘ Soziales Netzwerk in der Kindheit	4	96	2.800	0.939
„stigtot‘ Stigmatisierungserfahrung aller	8	86	3.605	0.868
Emotionale Belastung zur Befragungszeit				
„Emolasth‘ Emotionale Belastung gesamthaft	11	83	3.191	0.663
„schamhöt‘ Schamgefühl zum Befragungszeitpunkt	2	96	3.880	0.962
„schuldhö‘ Schuldgefühle zum Befragungszeitpunkt	2	96	3.901	0.961
„sorgefam‘ Sorgen zum Befragungszeitpunkt	2	87	2.839	1.033
„balastot‘ Belastung allg. zum Befragungszeitpunkt	5	91	2.804	0.813
DHS: Dayly Hassles Scale				
„dhsneu2‘ Tägliche Widrigkeiten gesamthaft	21	88	1.897	0.520
Soziale Belastung zum Befragungszeitpunkt				
„dhs2‘ Stress in /durch Partnerschaft	3	94	1.801	0.856
„dhskoll‘ Stress mit Bekannten	4	94	1.774	0.749
„dhsstig‘ Stress mit „Socializing“	4	95	1.800	0.732
Instrumentelle Belastung /Ökologischer Stress				
„dhsout‘ Externe Umweltstressoren, Zeitnot	6	96	2.083	0.755
„dhaswork‘ Unterforderung /Eintönigkeit	4	93	1.922	0.674

Skalename /Itemname	Itemzahl	N	mean	SD
ABHÄNGIGE VARIABLEN				
WHOQOL-Bref: Quality of Life Assesment				
,whoseele' Seelisches Wohlbefinden	10	92	3.753	0.743
,whosoz' Soziales Wohlbefinden	3	91	3.723	0.837
SOC-Bref: Sense of Coherence Scale				
,soc' Kohärenzgefühl	9	90	5.061	1.178

Übersicht über die verwendeten Skalen und Subskalen mit den entsprechenden Test-Kennwerten: Grösse der Stichprobe, Trennschärfekoeffizient (Korrelation), Reliabilität (Cronbach-Alpha), Tests auf Normalverteilung (Kolmogorov-Smirnov und Shapiro-Wilk)

Nr.	Skalennamen und Itemwortlaut	N	Korr	A	K-S-1	K-S-2	Shapiro
Kommunikation über Krankheit in Kindheit							
	,redentot' In und ausser Haus über Krankheit reden	90		.902	.280	.017	.063
	,reden' zuhause über die Erkrankung reden	93		.877	.115		
47	Bei uns zu Hause wurde darüber geredet, dass mein Vater psychisch krank ist.		.776				
50	Wir haben in der Familie über die Erkrankung diskutiert.		.753				
58°	In meiner K&J wurde mit mir zu Hause nicht über die Erkrankung gesprochen.		.790				
	,exreden' Ausser Haus über die Erkrankung reden	90		.877	.511		
49	Wir informierten andere darüber, was in unserer Familie vor sich ging.		.804				
54	Es gab Leute, die haben gewusst, was bei uns zu Hause los war.		.656				
55	Unsere Familie ermutigte mich zu einem offenen Umgang mit der Krankheit meines Vaters.		.808				
57	Gewissen Personen habe ich erzählt, dass mein Vater psychisch krank ist.		.768				
46°	Ich habe die Krankheit meines Vaters nicht angesprochen.		.601				
51°	In der Schule habe ich nicht von Zuhause erzählt.		.575				
52°	Wir haben Dinge, die innerhalb der Familie passierten, nicht nach aussen getragen.		.675				
59°	Unsere Familie hat immer darauf geachtet, dass Familiengeschichten in der Familie blieben.		.635				
Familienklima in der Kindheit							
	,klimak' Familienklima gesamthaft	81		.924	.766	.200	.167
	,klima' Familienklima	86		.903	.645	.200	.065
67	In unserer Familie haben wir uns in schwierigen Zeiten gegenseitig unterstützt.		.782				
73	Wenn es schwierig war, konnte ich auf die anderen in meiner Familie zählen.		.736				
77	In schwierigen Situationen hielt unsere Familie zusammen.		.835				
78	Meine Eltern liebten einander.		.84				
79	Meine Eltern waren zufrieden zusammen.		.88				
81	Meine Eltern konnten offen miteinander reden.		.789				
80°	Meine Eltern hatten viele Konflikte miteinander.		.711				
	,instab' Ungewissheit zuhause	93		.813	.181	.005	.002
69	Bei uns Zuhause war vieles ungewiss.		.849				
71	Was an einem Tag bei uns Zuhause richtig war, konnte an einem anderen Tag falsch sein.		.827				
74	Ich wusste bei uns Zuhause nicht, was als Nächstes hätte geschehen können.		.886				

Nr.	Skalename /Itemname	N	Korr	A	K-S-1	K-S-2	Shapiro
	„üfordtot“ familiäre Überforderung mit der Krankheit	88		.928	.090	.004	.001
66	Wir waren als Familie mit der Krankheit überfordert.		.854				
70	Wir standen der Krankheit meines Vaters hilflos gegenüber.		.863				
72	Meine Eltern standen der Krankheit hilflos gegenüber.		.895				
75	Es fiel uns schwer, in der Familie einen guten Umgang mit der Krankheit zu finden.		.824				
76	Meine Eltern waren mit der Krankheit überfordert.		.916				
68°	Meine Eltern gingen gut mit der Krankheit um.		.801				
	„stellwer“ Stellenwert der Krankheit zu Hause	92		.778	.262	.014	.033
53	Die Krankheit meines Vaters war in meiner K&J das Hauptthema bei uns zu Hause.		.854				
56	In meiner K&J drehte sich bei uns zu Hause alles um die Krankheit meines Vaters.		.863				
48°	In unserem Familienleben nahm die Erkrankung meines Vaters wenig Raum ein.		.776				
Instrumentelle Belastung in der Kindheit							
	„parent“ Parentifizierung	87		.792	.170	.004	.013
60	Ich habe im Alltag Aufgaben von meinem Vater übernommen.		.790				
61	In Krisenzeiten habe ich Aufgaben von meinem Vater übernommen.		.859				
63	Bei uns waren die Rollen Vater-Kind(er) vertauscht.		.829				
64	Mein Vater konnte seine Vaterrolle nicht wahrnehmen.		.614				
65	Ich habe zu meinem Vater geschaut, wenn es ihm schlecht ging.		.562				
62°	Ich habe Zuhause keine Aufgaben von meinen Eltern übernommen.		.506				
Emotionale Belastung in der Kindheit							
	„emolastk“ Emotionale Belastung gesamthaft	85		.902	.538	.158	.266
	„schuld“ Schuldgefühle als Kind	95		.828	.005	.000	.000
135	... fühlte ich mich meiner Familie gegenüber schuldig.		.921				
141	... fühlte ich mich meinem Vater gegenüber schuldig.		.927				
	„scharm“ Schamgefühl als Kind	95		.829	.065	.000	.000
137	... schämte ich mich für meinen erkrankten Elternteil.		.931				
139	... schämte ich mich für meine Familie.		.918				
	„sorgen“ Sorgen als Kind	87		.824	.562	.175	.175
131	Ich habe mich als Kind um vieles gesorgt.		.866				
133a	Ich habe mir als Kind Sorgen um meinen Vater gemacht.		.64				
133b	Ich habe mir als Kind Sorgen um andere Familienmitglieder gemacht.		.715				
133c	Ich habe mich als Kind über andere Dinge gesorgt,...		.557				
130°	Als Kind habe ich mir kaum Sorgen gemacht.		.821				
132°	Ich hatte eine sorgenfreie Kindheit.		.809				
	„balast“ Belastung als Kind	96		.868	.012	.000	.000
134	... habe ich mich sehr belastet gefühlt.		.895				

Nr.	Skalename /Itemname	N	Korr	A	K-S-1	K-S-2	Shapiro
°138	... gab es nichts, was mich besonders belastet hätte.		.869				
°142	... war ich nicht sonderlich belastet.		.912				
Soziale Belastung in der Kindheit							
,sozlastk' Soziale Belastung gesamthaft		84		.914	.618	.200	.748
,nohilfe1' Fehlende soziale Unterstützung		93		.918		.002	.000
°91	... hatte ich die Möglichkeit, bei anderen Personen Hilfe und Unterstützung zu holen, wenn ich sie brauchte.		.803				
°93	... haben uns in schwierigen Zeiten andere Leute geholfen.		.815				
°94	... hatte ich eine andere Person, die mich beruhigen konnte und mir alle Ängste nahm.		.848				
96	... stand unsere Familie in schwierigen Zeiten alleine da.		.779				
°97	... konnte ich Personen ausserhalb der Familie um Rat fragen, wenn ich nicht weiter wusste.		.828				
°98	... konnte meine Familie Unterstützung bei anderen Menschen holen.		.848				
99	... stand ich in schwierigen Situationen ganz alleine da.		.821				
,soznetz' Soziales Netzwerk in der Kindheit		96		.768	.592	.169	.037
112	... kamen andere Kinder zu mir nach Hause.		.721				
115	... habe ich an Freizeitaktivitäten mit anderen Kindern /Jugendlichen teilgenommen.		.747				
117	... hatte ich Freundinnen und Freunde, die mir nahe standen.		.788				
°114	... bin ich eine Einzelgängerin /Einzelgänger gewesen.		.824				
,stigtot' Stigmatisierungserfahrung aller		86		.905		.003	.002
119	... wollte niemand mit mir zusammen sein.		.756				
120	... bin ich ausgelacht worden.		.811				
121	... wurde ich gehänselt.		.781				
122	... wurde ich ausgeschlossen.		.857				
125	... wurde unsere Familie seltsam angeschaut.		.697				
126	... haben andere Leute hinter unserem Rücken schlecht über uns geredet.		.785				
127	... hielten sich die anderen Leute von uns fern.		.763				
128	... haben andere Leute abfällige Bemerkungen über unsere Familie gemacht.		.754				
Emotionale Belastung zur Befragungszeit							
,emolasth' Emotionale Belastung gesamthaft		83		.832	.870	.200	.490
,schamhöt' Schamgefühl zum Befragungszeitpunkt		96		.84	.003	.000	.000
175	Ich schäme mich für meine Familie.		.930				
178	Ich schäme mich für meinen Vater.		.928				
,schuldhö' Schuldgefühle zum Befragungszeitpunkt		.96		.839	.005	.000	.000
177	Ich fühle mich meiner Familie gegenüber schuldig.		.921				
182	Ich fühle mich meinem Vater gegenüber schuldig.		.936				

Nr.	Skalename /Itemname	N	Korr	A	K-S-1	K-S-2	Shapiro
	,sorgefam' Sorgen zum Befragungszeitpunkt	87		.667	.086	.007	.001
168a	Ich mache mir Sorgen um meinen Vater.		.867				
168b	Ich mache mir Sorgen um andere Familienmitglieder.		.865				
	,balastot' Belastung allg. zum Befragungszeitpunkt	91		.8	.058	.000	.028
181	Andere Dinge belasten mich im Moment.		.665				
°176	Ich fühle mich aktuell nicht belastet.		.768				
°183	Es gibt nichts, was mich im Moment besonders belastet.		.787				
179	Die Krankheit meines Vaters belastet mich sehr.		.726				
180	Die Folgen der Erkrankung meines Vaters belasten mich sehr.		.777				
Dayly Hassles Scale DHS							
	,Dhsneu2' Tägliche Widrigkeiten gesamthaft	88		.859	.200	.652	.068
Soziale Belastung zum Befragungszeitpunkt							
Tägliche Widrigkeiten „Dayly hassles scale“ DHS							
Wie stark belastend waren für Sie im letzten Monat tägliche Widrigkeiten?							
	,dhs2' Stress in /durch Partnerschaft	94		.796	.000	.006	.000
223	Streitigkeiten mit dem /der PartnerIn		.890				
235	Unterschiedliche Ziele als der /die PartnerIn		.816				
241	Gewohnheiten des /der PartnerIn		.836				
	,dhskoll' Stress mit Bekannten	94		.761	.000	.028	.000
219	Probleme mit Kollegen, Kolleginnen		.707				
231	Kritik von mir wichtigen Personen		.777				
232	Kritik von anderen		.825				
239	Sticheleien von KollegInnen, Vorgesetzten, etc.		.749				
	,dhsstig' Stress mit „Socializing“	95		.724	.000	.001	.000
212	Unangenehme Nachbarinnen, Nachbarn		.666				
213	Unangenehme soziale Verpflichtungen		.762				
220	Personen, die mir auf die Nerven gehen		.774				
236	Klatsch und Tratsch		.765				
Instrumentelle Belastung /Ökologischer Stress							
	,dhsout'Externe Umweltstressoren, Zeitnot	96		.790	.000	.026	.000
221	Arbeitsverpflichtungen		.578				
226	In Warteschlangen warten müssen		.553				
233	Zu viele Termine		.828				
234	Hektik		.775				
240	Lärm		.713				
242	Verkehr (z. B. im Stau stehen, rücksichtslose Fahrende, überfüllte Züge, etc.)		.730				
	,dhswork' Unterforderung /Eintönigkeit	93		.619	.000	.017	.000
217	Entscheidungen treffen		.698				
218	Haushaltsarbeiten		.740				
229	Unterhaltsarbeiten (Auto, Garten, Haus, etc.)		.613				
230	Uninteressante Arbeit		.634				

ABHÄNGIGE VARIABLEN

Nr.	Skalename /Itemname	N	Korr	α	K-S-1	K-S-2	Shapiro
WHOQOL-Bref: Quality of Life Assessment							
,whoseele' Seelisches Wohlbefinden		92		.919	.012	.246	.001
311	Wie würden Sie ihre Lebensqualität beurteilen?		.750				
312	Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Gesundheit?		.729				
315	Wie gut können Sie ihr Leben genießen?		.779				
316	Betrachten Sie ihr Leben als sinnvoll?		.755				
317	Wie gut können Sie sich konzentrieren?		.696				
320	Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?		.845				
327	Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?		.717				
328	Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Arbeitsfähigkeit?		.753				
329	Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?		.795				
336°	Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?		.800				
,whosoz' Soziales Wohlbefinden		91		.763	.000	.058	.000
330	Wie zufrieden sind Sie mit ihren persönlichen Beziehungen?		.874				
331	Wie zufrieden sind Sie mit ihrem Sexualleben?		.848				
332	Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch ihre Freunde?		.707				
SOC-Bref: Sense of Coherence Scale							
,soc' Kohärenzgefühl		90		.894	.123	.002	.000
337	Haben Sie das Gefühl, in einer ungewohnten Situation zu sein und nicht zu wissen, was sie tun sollen?		.607				
°338	Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, passiert es sehr häufig, dass Sie829				
°339	Das, was Sie täglich tun, ist für Sie eine Quelle von759				
340	Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?		.721				
°341	Wenn Sie etwas machen, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,772				
342	Sie nehmen an, dass Ihr zukünftiges Leben,731				
°343	Viele Menschen, auch solche mit einem starken Charakter, fühlen sich in bestimmten Situationen wie ein Pechvogel. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?		.705				
°344	Wenn Sie an die Schwierigkeiten denken, mit denen Sie in wichtigen Lebensbereichen wahrscheinlich konfrontiert werden, haben Sie das Gefühl, dass....		.757				
345	Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie täglich tun, wenig Sinn haben?		.777				

° Diese Variablen wurden umkodiert (1=5, 2=4 3=3 4=2 5=1)

„...“ steht für „In meiner Kindheit und Jugend“

Lebenslauf

Mara Byland Rosero Marcial

Geboren: 30.04.1977

Ausbildung

Universität Fribourg und Zürich, Doktoratsstudium der Psychologie	2003-2017
Wiederaufnahme der Dissertation nach Abschluss des Nationalen Forschungsprogramms NFP51 (2006)	2013
Universität Zürich und Bologna, Studium der Psychologie, Psychopathologie für Erwachsene und Nordistik	1997-2002
Lizentiat: <i>Die Belastung von Angehörigen Schizophrenie kranker Menschen – Ein Kulturvergleich zwischen Italien und der Schweiz</i>	
Kantonsschule Aarau und Haderslev, Dänemark, Abschluss Typus B	1993-1997

Berufserfahrung

Praxis Clienia Opéra Zürich	2017-
Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie	2014-2016
Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme	2009-2011
Clienia Klinik Schlössli Oetwil a.S., Akutstation für junge Erwachsene	2006-2009
UPK Basel, Wissenschaftliche Mitarbeiterin an UPK Basel, Doktorandin	2003-2006
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Leitung DBT Skills-Trainingsgruppe	2004-2005
Kriseninterventionszentrum Zürich	2003, 2004
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Pflegehilfe	2003-2007
Zentrum Röteli Zürich, aufsuchende psychosoziale Betreuung	2003-2005

Weiter- und Fortbildung

Beversee, Europäische Akademie für Gesundheit EAG und Köln, Deutsche Gesellschaft für Tanz: Integrative (Tanz-)Psychotherapie	2004-
---	-------

Publikationen

Sollberger, D., Byland, M. & Widmer, G. (2007). Biografische Identität zwischen Stigma und Tabu. Kinder psychisch kranker Eltern. In V. Mottier & L. von Mandach (Hrsg./dir.). *Pflege, Stigmatisierung und Eugenik. Integration und Ausschluss in Medizin, Psychiatrie und Sozialhilfe*. Zürich: Seismo.

Sollberger, D., Byland, M. & Widmer, G. (2008). Erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern – Belastungen, Bewältigung und biografische Identität. In A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg.). *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen*. Tübingen: dgvt.
