

Kinder und erwachsene Nachkommen psychisch kranker Eltern. *Belastungen und Bewältigungsformen*

Vortrag anlässlich des Anna von Gierke-Symposiums,
Rehaklink Kandertal, 29.10.05

Daniel Sollberger, Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel

Stellen Sie sich vor, sie seien der 13jährige jüngste Sohn von Eltern, die sich vor 4 Jahren getrennt haben. Ihr Bruder ist 9 Jahre älter, wohnt nicht mehr zu Hause, Ihre Schwester ist 5 Jahre älter, zurzeit in Übersee in einem Schulaustauschjahr. Sie leben zusammen mit Ihrer Mutter. Zu Ihrem Vater haben Sie regelmässigen Kontakt, ebenso zum Bruder.

Eines Morgens wachen Sie auf, die Mutter ist nicht im Haus wie sonst immer. Irritiert machen Sie sich selbst Frühstück und wollen zur Schule gehen. Da begegnen Sie Ihrer Mutter, die gerade vom Nachbarn herkommt, zu dem Sie und die ganze Familie nie zuvor Kontakt hatten. Das Telefon funktioniere nicht mehr, so die Mutter, deshalb habe sie zum Nachbarn gehen müssen. Sie haben aber eben zuvor mit dem Bruder telefoniert.

Einen Tag später erzählt Ihre Mutter von einem Stromausfall im Haus. Es befremdet Sie sehr, dass im Sicherungskasten die Hauptsicherung herausgeschraubt ist – was eigentlich nur durch die Mutter hat erfolgen können, da sonst niemand im Haus ist.

Tags darauf erzählt Ihnen Ihre Mutter am Morgen, der Hund der Familie, der nachts immer im Keller schläft, habe in der Nacht gescharrt. Sie sei nach unten gegangen und habe einen fremden Hund vorgefunden, der dem eigenen aufs Haar geglichen habe. Sie zeigt Ihnen auch ein paar Hundehaare, die sie als Beweis mitgenommen hat. Sie meint auch, Ihr Vater habe diese Vertauschung der Hunde vorgenommen in einer bösen Absicht. Die Unterstellung, dass der eigene Ehemann eine böse Macht verkörpere, hat vor Jahren zur Trennung Ihrer Eltern geführt.

Nach diesen seltsamen Ereignissen der letzten Tage erleben Sie kurz darauf, dass Ihre Mutter Sie in der Schule aufsucht und aus dem Klassenzimmer holt. Sie erzählt Ihnen, dass Sie von Entführern bedroht seien und sofort mit Ihr kommen müssten,

um einen sicheren Ort aufzusuchen. Zuhause will sie Sie in das Haus einsperren und auch am Folgetag nicht zur Schule gehen lassen.

Sie telefonieren mit Ihrem Bruder, der mitten in Prüfungen seines Studiums steht und Ihnen sagt: „Wir haben ein Problem mit der Mutter.“ Er kenne dies von früher, als Sie zur Welt gekommen seien, sei die Mutter schon einmal so komisch gewesen. Er selbst habe sich damals 3/4 seiner Haare ausgerissen und gegessen. Später erfahren Sie auch, dass Ihr Bruder bis 16jährig Daumen gelutscht habe – zu seinem Schutz, wie er sagt. Dass er auch sehr dick gewesen und in der Schule gehänselt worden sei.

Ihr Bruder nun schlägt Ihnen vor, dass Sie sich schützen sollten vor der Mutter und das Zimmer nachts abschliessen. Sie könnten dann am Folgetag zu einem seiner Kollegen ziehen bis Ihr Vater von einer seiner vielen Geschäftsreisen zurück ist, um dann bei ihm für 3 Wochen zu bleiben.

Es kommt dann zum Eklat zu Hause, weil Ihre Mutter Sie nicht gehen lassen will, Sie schlagen eine Scheibe in Brüche. Die Mutter reist ab mit dem Hund, ohne dass jemand weiss wohin. Wochen später, als sie bereits wieder zu Hause wohnt, wird sie dann hospitalisiert, gegen ihren Willen, in Ihrer Anwesenheit mit Polizei und Handschellen.

Es kommt im folgenden Jahr zu wiederholten Klinikaufenthalten Ihrer Mutter. Sie wohnen öfters beim Vater. Ihr Bruder schaut zwischen den Hospitalisationen zur Mutter, die die meiste Zeit im Bett liegt. Schliesslich aber zerstreitet sich Ihre Mutter mit Ihrem Bruder und bricht plötzlich vollständig mit ihm, wie sie vor Jahren mit ihrem Ehemann und ihrer Schwiegermutter gebrochen hatte.

In der Folge der Trennung ihrer Eltern hatte Ihr Bruder ein sehr enges Verhältnis zur Mutter gehabt. Er ist nach der Partnerschaftstrennung eine Art neuer Partner Ihrer Mutter geworden – ohne dass sie mit ihm je über die Krankheit gesprochen hätte. Und zugleich war er Ihnen als Bruder ein grosses Vorbild und ein Beschützer.

Sie selbst haben zunehmend Schwierigkeiten in der Schule mit den Leistungen, kommen auf Probe und fallen schliesslich aus dem Gymnasium. Während dieser Zeit haben Sie einen sehr engen Kontakt zu Ihrer Freundin und deren Mutter, finden dort Geborgenheit. Auch Ihr Bruder hat eine sehr enge Beziehung zu seiner Freundin, die ihm hilft, die Belastungen zu ertragen. Ihre Schwester hat sich seit längerer Zeit einer Freikirche angeschlossen, was Ihr Bruder als weltfremd beargwöhnt.

Anlässlich der letzten Hospitalisation erleben Sie Ihre Mutter wieder viel gelöster und näher. Sie gehen oft zu Besuch in die Klinik, unternehmen gemeinsame Spaziergänge, spielen zusammen. Einige Tage vor Klinikaustritt erfolgt erstmals ein Kontakt zu einer Ihre Mutter behandelnden Ärztin, die in einer Familienrunde über die Diagnose der Mutter, über das Krankheitsbild und den Verlauf informiert. Ihre Mutter springt auf, rastet aus: „Aber doch nicht vor meinen Kindern!“

Tage später kehrt Ihre Mutter nach Hause zu Ihnen zurück. Ihr Bruder vereinbart mit ihr telefonisch, dass er übermorgen nach Hause zu Besuch komme. An diesem Mittwoch, es war eigentlich ein guter Tag, so sagen Sie mir im Interview, finden Sie abends beim Nachhausekommen Ihre Mutter auf dem Dachboden. Sie hat sich das Leben genommen.

Erst nach mehreren Wochen wachen Sie langsam aus Ihrer Erstarrung auf und nehmen therapeutische Hilfe in Anspruch.

Heute 2 Jahre nach diesem Trauma erzählen Sie mir diese Geschichte und sagen mir, das Schlimmste sei für Sie gewesen, dass Ihre Mutter derart habe leiden müssen. „Ich hatte es nicht einfach mit ihr, aber sie selbst hatte es noch viel schwerer.“ Sie und Ihr Bruder sind sehr nahe zusammen gerückt. Ihr Bruder erzählt mir, dass er eigentlich nie eine Mutter gehabt habe, die ihn bemuttert habe. Er sei vielmehr bewacht worden vom Bösen, das es gibt. „Der Suizid hat mich befreit von dieser Krankheit. Um etwas Positives davon zu gewinnen. Ich glaube, er hat mein Leben eher normalisiert. [...] Ich habe das Gefühl, ich hätte jetzt ein anderes Leben. Das ist vielleicht auch ein Schutzmechanismus, dass ich nicht zu sehr gelitten habe unter dem Tod meiner Mutter.“ Und weiter sagt er. „Manchmal hat man halt Angst, dass man selber auch einmal Stimmen hören könnte. Das habe ich zum Glück nie. Aber das ist eine Angst, die ich habe.“

Verehrte Damen und Herren, während im Zuge der Psychiatriereform mit der Entwicklung einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung die Aufmerksamkeit zunehmend den Angehörigen psychisch Kranker galt, blieben die Kinder als das vielleicht schwächste Glied in der Kette von Angehörigen weitgehend ungehört und vergessen. Es fehlen bis heute nicht nur genauere Angaben über die Zahl von Betroffenen. Es fehlt insbes. auch an der Sensibilität von Professionellen gegenüber dieser Gruppe von Mitbetroffenen. Erst langsam finden sich in der Forschung neben sog.

High-Risk-Studien, die sich den Risiken widmen, die die Kinder tragen, selber krank zu werden, auch vermehrt Untersuchungen, die der Frage nachgehen, was aus der Sicht der Betroffenen als belastend erlebt wird und was an Unterstützung nötig (gewesen) wäre, um die Belastungen zu mindern. So fehlen heute auch vielerorts adäquate Aufklärungs-, Informations-, Interventions- und Therapieangebote für betroffene Nachkommen im jeweiligen Altersabschnitt.

Übersicht:

Ich möchte versuchen, Ihnen im Folgenden neben ein paar epidemiologischen Zahlen und wenigen kurzen allgemeinen Ausführungen zum Begriff der Belastung die spezifischen Belastungen der Kinder psychisch kranker Eltern im Einzelnen und aus deren Sicht näher zu bringen. In der Darstellung einiger Formen des Umgangs der Betroffenen mit den Belastungen möchte ich schliesslich eine spezifische Bewältigungsform v.a. erwachsener Nachkommen, die uns in unserer Studie beschäftigt, fokussieren.

1. Kurze Projektpräsentation
2. Epidemiologie und Risiken der Kinder
3. Objektive und subjektive Belastungen
4. Psychosoziale Belastungen der Kinder psychisch kranker Eltern
5. Umgang mit der Krankheit der Eltern, ihren Folgen und den Belastungen
6. Resilienz (Widerstandskraft) der Kinder und Nachkommen und protektive (gesundheitserhaltende) Faktoren

1. Kurzpräsentation des NFP 51-Projekts

Vorweg möchte ich ein paar Worte zu unserer Studie machen:



STIGMA UND IDENTITÄT.

Psychosoziale und biographische Integrationsformen und Ausschlussmechanismen von Nachkommen psychisch kranker Eltern

Forschungsteam :

Daniel Sollberger , Dr. med. et phil. (Projektleitung)
Mara Byland , lic. phil. (Psychologin, Doktorandin)
Géraldine Widmer , lic. phil. (Kulturwissenschaftlerin, Doktorandin)

Projektort :

Universitäre Psychiatrische Klinik (UPK) Basel

Laufzeit :

36 Monate,
Beginn: Mai 2003
Ende: April 2006

Finanzierung: vollumfänglich durch den SNF

Integration und Ausschluss

Nationales Forschungsprogramm NFP 51

Intégration et exclusion

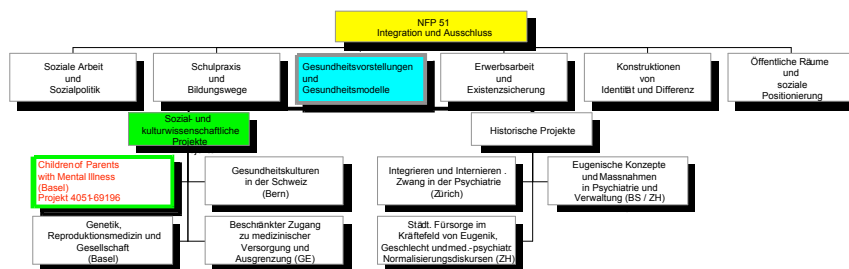
Programme national de recherche PNR 51

Social Integration and Exclusion

National research programme NRP 51

Anna von Gierke --Symposium 29.10.05

NFP 51 Integration und Ausschluss
www.nfp51.ch



Anna von Gierke --Symposium 29.10.05

NFP 51: Fragestellungen

- Wie entstehen Normen?
- Wann führen sie zu Integration, wann zu Ausschluss?
- Wie wird Integration und Ausschluss praktiziert, begründet und von Betroffenen wahrgenommen?
- Welche Rolle spielen private und staatliche Institutionen?
- Welche Effekte haben Integrations- und Ausschlussprozesse auf die Autonomie und Handlungsfähigkeit betroffener Individuen?

Anna von Gierke -Symposium 29.10.05

Children of Parents with Mental Illness Qualitativer Projekt-Teil

- **Qualitative Studie:**
 - **Fragestellung:** Welche Bedeutung hat die elterliche psychische Krankheit für erwachsene Söhne und Töchter in Bezug auf deren in autobiografischen Erzählungen erfolgte soziale Verortung und konstruierte narrative Identität?
 - **Quelle** bilden **20 biographische Narrativ-Interviews** (detaillierte Transkriptionen) mit Töchtern und Söhnen im Alter von 18 - 45 Jahren, deren Mutter oder Vater an einer chronisch affektiven bzw. schizophrenen Störung erkrankt war und ist.
 - **Datenauswertung: Narrationsanalyse** in rekonstruktiv sequenzanalytischem Vorgehen mit Erarbeitung verschiedener Ebenen **narrativ-sozialer Positionierungen**; Nachzeichnen **narrativer Identitätskonstruktionen**

Anna von Gierke -Symposium 29.10.05

Children of Parents with Mental Illness Quantitativer Projekt-Teil

- **Quantitative Studie :**
 - **Fragestellung** : Welche Faktoren beeinflussen das integrative Wohlbefinden von erwachsenen Söhnen und Töchtern psychisch kranker Eltern? Hauptfokus liegt auf dem **Coping**.
 - **Stichprobe** : ca. 80 Nachkommen von Eltern mit einer chronisch affektiven bzw. schizophrenen Erkrankung
 - **Quelle** bilden postalische **Befragungen mittels Fragebogen**
 - **Datenauswertung** : deskriptive Analysen, Gruppenvergleiche, Faktorenanalysen (Prüfung von Modellhypothesen) Kausal - und Regressionsanalysen (Prüfung von Korrelations - und Kausalhypothesen)

Anna von Gierke -Symposium 29.10.05

2. Epidemiologie und Risiken der Kinder

In approximativen Schätzungen wird für die Schweiz die Zahl von 50'000 Kindern genannt, die mit ihren psychotisch erkrankten Eltern zusammenleben. Hochrechnungen für die Bundesrepublik Deutschland ergeben Zahlen zwischen 200'000 und 500'000 betroffenen Minderjährigen (Schone/Wagenblaus 2002, 12; Schmidt/Lisofsky 2000; Remschmidt/Mattejat 1994). Die Dunkelziffer scheint sehr hoch zu liegen.

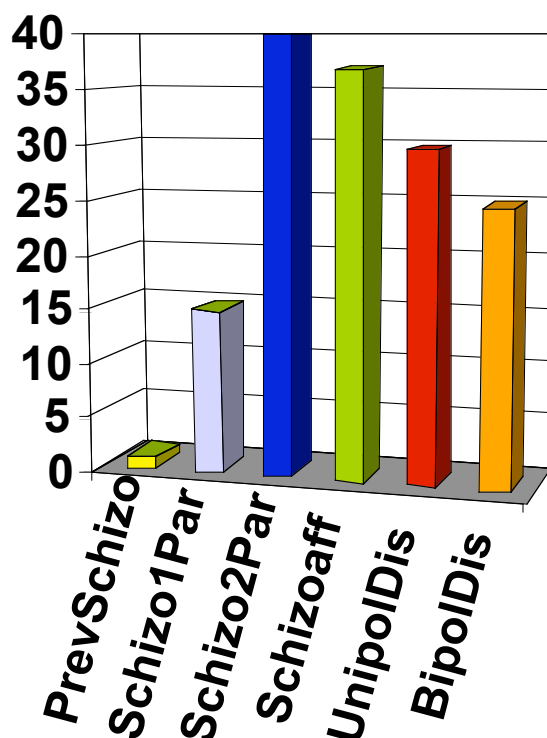
Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass ca. 50% psychisch kranker Menschen auch Eltern sind (Goepfert et al. 1996). 15-30% der in Psychiatrischen Kliniken hospitalisierten PatientInnen in der Schweiz sind Eltern minderjähriger Kinder (Gundelfinger 1997, Lenz 2005). Ca. 2/3 der kranken Eltern (77% der Frauen, 60% der Männer) leben mit ihren minderjährigen Kindern zusammen (Lenz 2005).

Studien an der Psychiatrischen Klinik in Basel bestätigen diese Zahlen: Ca. 50% der stationär aufgenommenen Frauen haben Kinder (Diss. Piovino 1999); bei den Männern sind es ca. 35% (Diss. Gärtner 1998) – was mit dem späteren Erkrankungsalter von Frauen bei den schizophrenen Störungen zusammenhängt. Oftmals haben sie schon Familien gegründet vor einer ersten Krankheitsmanifestation. Ca. 40% haben Kinder, die unter 20 Jahre alt sind. Eine Studie der Psychiatrischen Universitätsklinik Bern konnte diese Zahlen replizieren: Ca. 35% der über 5 Monate konsekutiv aufge-

nommenen PatientInnen sind Eltern, 19% haben erwachsene, 16% minderjährige Kinder (Sommer et al. 2001).

Was die Risiken der Kinder psychotischer Eltern anbelangt, selbst psychotisch zu erkranken, hat sich gezeigt, dass der weitaus grösste Teil der Kinder gesund bleibt.

Nur ca. 10-14% der Nachkommen erkranken selbst an einer Psychose (Worland et al. 1987). Um Ihnen ein paar grobe Anhaltspunkte aus Studien zum Erkrankungsrisiko zu geben:



Das Risiko, irgendeinmal im Leben an einer Schizophrenie zu erkranken, liegt in der Normalbevölkerung bei ca. 0,5 bis 1% (erste Säule links; Gottesman 1991). Ist ein Elternteil erkrankt, so steigt das Risiko auf das ca. 15fache (zweite Säule; Gottesman 1966, Propping 1989, Tienari et al. 1987, Kety et al. 1978); sind beide Eltern erkrankt, liegt es bei 35-50% (dritte Säule; Billings et al. 1983, Rutter et al. 1984). Bei schizoaffektiven Störungen liegt das Risiko bei Erkrankung eines Elternteils deutlich höher, bei über 35% (vierte Säule; Gershon et al. 1982). Die Rate depressiver Kinder bei depressiven Eltern liegt bei etwa 25 bis über 35% vs. 10-25% in Kontrollen (fünfte Säule; Keitner et al. 1990), das Risiko der Kinder bei der bipolaren affektiven Störung eines Elternteils bei ca. 25% (sechste Säule; Hammen et al. 1987; als Überblick über die Forschungslage vgl. Remschmidt/ Matthejat 1994). Sind beide Eltern an einer af-

fektiven Störung erkrankt, liegt das Risiko bei rund 55%. Genetische Faktoren werden bei der Entstehung psychotischer Erkrankungen wirksam. Allerdings zeigt sich auch, dass bei eineiigen Zwillingen bspw. im Fall der Schizophrenien die Diskordanzrate bei ungefähr 50% liegt. Das heisst, dass bei der erblichen Übertragung psychischer Erkrankungen individuelle und psychosoziale Faktoren eine ebenso grosse Rolle zu spielen scheinen.

Vieles deutet darauf hin, dass weniger die elterliche Diagnose für die kindliche Entwicklung bedeutsam ist als andere Dimensionen der Krankheit wie die Chronizität, Rückfallhäufigkeit, symptomfreie Phasen und Schweregrad. V.a. aber spielt das gehäufte Zusammenkommen von mehreren psychosozialen Risikofaktoren eine zentrale Rolle für die Entwicklung der Kinder (vgl. Keller, Beardslee et al. 1986): so bspw. eheliche Konflikte, familiäre Disharmonien, Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung, unangemessene soziale Unterstützung, soziale Isolation oder eingeschränkte objektive Lebensbedingungen wie Armut oder enge Wohnverhältnisse.

3. Objektive und subjektive Belastungen

Was sind denn nun die Belastungen, denen die Kinder und erwachsenen Nachkommen ausgesetzt sind? Ja, was sind überhaupt Belastungen? In der Angehörigenforschung wurde Mitte der 1960er Jahre eine einflussreiche Unterscheidung gemacht zwischen objektiven und subjektiven Belastungen. Mit objektiven Belastungen wurden alle beobachtbaren negativen Auswirkungen der psychischen Erkrankung, wie z.B. Störungen des Familienlebens, notwendige Betreuungsleistungen, finanzielle Kosten und Ausfälle bezeichnet. Davon unterschieden wurden die subjektiven Belastungen, welche das Ausmass bezeichnen, in dem sich Angehörige durch die beschriebenen objektiven Belastungen tatsächlich auch belastet fühlen. Interessanterweise hat sich gezeigt, dass zum einen objektive Belastungen nicht immer mit subjektivem Belastungserleben einhergehen. Zum andern konnte ein enger Zusammenhang zwischen subjektiven, nicht aber objektiven Belastungen und psychischen Wohlbefinden der Angehörigen nachgewiesen werden. Es ist dies ein Hinweis dafür, dass objektive Belastungen sich nur in dem Mass negativ auf das psychische Wohlbefinden der Angehörigen auswirken, in dem sie überhaupt als Einschränkung bzw. Belastung *wahrgenommen* werden. Für das subjektive Erleben von Belastungen spielt dabei die Überzeugung und der Glaube an die eigene Fähigkeit, die Auswirkungen der psychischen Erkrankung von Angehörigen bewältigen zu können, eine

ganz zentrale Rolle. Zum andern konnte gezeigt werden, dass Belastungen dann besonders gross werden, wenn wenig soziale Unterstützung vorhanden und die eigenen Bewältigungskompetenzen vergleichsweise gering ausgeprägt sind. Das Erleben von Belastungen hängt also nicht nur von der primären Wahrnehmung der Belastung ab, sondern wesentlich auch von einem sekundären Bewertungsprozess, in welchem die Belastung im Hinblick auf die eigenen Kräfte und Bewältigungsmöglichkeiten eingeschätzt werden.

Im Begriff des Kohärenzgefühls, wie ihn der Medizinsoziologe Antonovsky entwickelt hat, lassen sich die Zusammenhänge von Belastungen und Gesundheitserhalt, nochmals etwas verdeutlichen. Anonovsky hat mit dem Gefühl der Kohärenz eine Grundorientierung im Erhalten der eigenen Gesundheit beschrieben, bei dem sich drei Komponenten unterscheiden lassen:

1. die *Verstehbarkeit* (comprehensability) als Mass dafür, wie wir die Welt als sinnhaft, geordnet, strukturiert und voraussagbar wahrnehmen;
2. die *Handhabbarkeit* (manageability) als Ausmass, in dem man wahrnimmt, dass geeignete Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen zu begegnen und
3. die *Sinnhaftigkeit* (meaningfulness) als Ausmass, in dem man das Leben sinnvoll empfindet, was es wert macht, sich für es einzusetzen

4. Belastungen der Kinder psychisch kranker Eltern

Ein Vergleich der biografischen Erzählungen der der beiden Brüder der eingangs geschilderten Familie zeigt, dass die Belastungen für beide sich sehr unterschiedlich manifestieren. Während der jüngere der beiden auf meine offene Frage, wie die Krankheit seiner Mutter sein Leben geprägt habe, gleich einsetzt mit der dramatische Geschichte des Suizids der Mutter, schildert der ältere eine Familienchronik, beginnend bei seinem Grossvater mütterlicherseits. Der jüngere Sohn, damals in einem verletzlichen Alter zwischen Pubertät und Adoleszenz, in einer Phase der Ablösung von der Mutter, in einer Phase eines bevorstehenden Schulabschlusses und einer beruflichen Orientierung ist traumatisiert und auch zwei Jahre nach dem Ereignis noch gebannt von den Erlebnissen. Der ältere Bruder, der damals bereits von zu Hause ausgezogen war und eine Berufswahl getroffen hatte, ist zu jener Zeit vor allem in der Übernahme von Verantwortung für die Familie, den jüngeren Bruder, für

die Mutter, die er nach deren Trennung vom Ehemann in der Rolle eines Partners betreut, belastet.

Kinder haben häufig und oftmals lange **kein Wissen um die Krankheit** des Elternteils. Gemäss einer Erhebung von M. Bohus et al. (1998) sind nur 17% der 3-5Jährigen über die elterliche Krankheit informiert, nur 26% der 6-10Jährigen, 49% der 11-14Jährigen und immer noch nur 74% der 15-18Jährigen. Kinder fehlt nicht nur eine Aufklärung über die Krankheit der Eltern, sondern auch über mögliche Therapie und Verläufe. Oftmals sind sie aber ganz einfach auch nicht informiert darüber, wo denn der Vater oder die Mutter sich aufhält, werden Klinikeinweisungen notwendig:

„Meine Mutter hat mir gesagt, mein Vater sei jetzt irgendwo – und das hat sie mehrmals gesagt. [...] ich habe dann gedacht, er sei irgendwo in den Ferien oder mit einem Kollegen irgendwo unterwegs.“
(RS, Sohn eines schizophränen Vaters)

Auch schildert der erwachsene Sohn einer psychosekranken Mutter – der alkohol- kranke Vater war an den Folgen eines Autounfalls verstorben, als der Sohn noch klein war –, dass er mehrmals in seinem Leben als Kind fremd platziert worden sei während längerer Hospitalisationen der Mutter, ohne darüber vorgängig aufgeklärt worden zu sein:

„Ich habe mich irgendwie gewundert, dass ich so viel habe müssen mitnehmen in die Ferien. Also ich habe praktisch alles müssen zusammenpacken, was ich gehabt habe [...] dann nach 6 Wochen hat man so gesagt: so jetzt solltest du einmal in die Schule gehen, und ich bin nicht ganz draus gekommen, weshalb ich sollte in die Schule gehen.“ (W, Sohn einer psychosekranken Mutter)

Verwirrung, Irritation, Verunsicherung und Desorientierung der Kinder greifen Raum in der Unfähigkeit, Krankheitssymptome der Eltern verstehen und einordnen zu können, in der Unwissenheit über den Grund der plötzlichen länger dauernden Abwesenheit des Vaters, der Mutter, in der Unkenntnis über bevorstehende Änderungen des eigenen Zuhause. Auch **Traumatisierungen** durch Gewalterfahrungen, Erfahrungen von Zwang, v.a. bei Hospitalisationen der Eltern, bei denen nicht selten Polizei mit im Spiel ist, Erlebnisse von Suizidversuchen und -drohungen oder auch vollendeten Suiziden der Mutter oder des Vaters rufen **Ängste** hervor. Die angesichts der Erkrankung des Elternteils erfahrene **Hilflosigkeit** der Kinder, d.h. die Erfahrung, dass das eigene Verhalten nicht hilft, bei der Mutter, dem Vater nichts verändert, bei dem gleichzeitigen Gefühl für dieses Verhalten mitverantwortlich zu sein, führt letztlich zu zwei Hauptauslösefaktoren für massiven Distress: die **Unvorhersehbarkeit und Unkontrollierbarkeit** (vgl. Lazarus/Folkman 1984).

Viele der Nachkommen beklagen ganz einfach auch, dass ihnen ein Vater oder eine Mutter gefehlt habe.

Interviewer: „Was hätten Sie sich gewünscht? Haben Sie das Gefühl, dass Sie etwas vermisst haben oder immer noch vermissen?“ OH: „Ja, eine Mutter. Die Geborgenheit von der Mutter.“ (Sohn einer schizophrenen Mutter)

„Ich habe meinen Vater schon früh abgeschrieben gehabt als Vater.“ (RS, Sohn eines schizophrenen Vaters)

„Das ist, wie wenn ich nie eine Mutter gehabt hätte.“ (RH, Sohn einer schizophrenen Mutter)

„Für mich war es, als hätte ich meine Mutter verloren.“ (EB, Tochter einer schizophrenen Mutter)

Auswirkungen auf das Familienleben als Folgeprobleme der elterlichen Erkrankung wie Vernachlässigung haushalterischer Aufgaben, v.a. aber auch **Betreuungsdefizite** führen oftmals zu einem Rollentausch und Verantwortungsübernahme, einer **Parentifikation** der Kinder. Sie übernehmen Aufgaben der Eltern: Betreuung für kleinere Geschwister, Verantwortung für den Haushalt, die Familie, v.a. auch bei Klinikaufenthalten des kranken Vaters, der kranken Mutter, indem sie zu Ersatzpartnern für beide Elternteile werden. Es sind Rollen, die die Kinder in vielen Fällen nicht nur überfordern, sondern auch dazu führen, dass die Kinder in ihren Bedürfnissen nicht mehr wahrgenommen werden, ja, sie selbst ihre eigenen Bedürfnisse nicht verbalisieren lernen und dadurch auch gar nicht adäquat wahrnehmen lernen.

„Ich habe auch das Gefühl gehabt, ich bin für alles verantwortlich, für ihn, für die Einlieferung, für alles und dass überhaupt irgendetwas stattfindet.“ (LJ, Tochter eines schizophrenen Vaters)

„Sie [die Mutter] war für mich eher wie eine kleine Schwester.“ (EB, Tochter einer schizophrenen Mutter)

„Im Nachhinein habe ich das Gefühl, er war für mich ein riesengrosses Kind, das ich gar nicht tragen kann.“ (CE, Tochter eines manisch-depressiven Vaters)

„Meine Mutter ist eher schwächer als ich. Und ich übernehme dann eine grosse Verantwortung, wenn mein Vater krank ist. Ich unterhalte mich mit dem Arzt, was zu tun ist. Oder ich schaue auch, dass er in die Klinik kann. Ich will einfach meine Mutter entlasten.“ (AB, Tochter eines manisch-depressiven Vaters)

„Innerlich habe ich eine Wut gehabt [auf den Vater]. Denn ich habe gefunden: das ist deine Frau! Ich kann dir das nicht ersetzen.“ (MS, Tochter einer schizophrenen Mutter)

Während Eltern von psychisch oder somatisch kranken Kindern einen Verlust von Zukunftshoffnungen betrauern, Ehepartner den Verlust einer erfüllten Gegenwart ertragen müssen (vgl. Wasow 1985; Mannion et al. 1994), so beklagen Kinder kran-

ker Eltern auf dem Hintergrund ihrer Verantwortungsübernahme in der Familie oftmals einen **Verlust der eigenen Kindheit**:

„Meine Kindheit ist draufgegangen. Ein Kind sollte nicht das Gefühl haben, sich um die Mutter kümmern zu müssen – und das war so.“ (MS, Tochter einer schizophrenen Mutter)

Es wird für die Kinder mit Erfahrungen mangelnder Verlässlichkeit in der Zuwendung ihrer primären Bezugsperson, mangelnder Geborgenheit und emotionaler Sicherheit, mangelndem Vertrauen, aber auch mit Erfahrungen von Gewalt und Verlust in der daraus resultierenden Desorientierung, gleichzeitigen Rollenverkehrungen und Verantwortungsübernahmen sehr schwierig, in der eigenen Mutter, dem eigenen Vater eine Orientierung und Möglichkeit zur Identifikation zu finden – eine Schwierigkeit, die letztlich in die **Problematik eigener Identitätsfindung** mündet.

Viele Betroffene berichten von einer Einsamkeit mit ihren Problemen, ja, einer Isolation in **zwei nicht integrierten Welten**: die Welt der Familie auf der einen Seite, in welcher Dinge passieren, die anfangs einfach seltsam sind, auffällige Verhaltens- und Denkweisen eines Elternteils, emotionale Unsicherheiten für die Kinder bei raschen, nicht nachvollziehbaren Stimmungsschwankungen der Eltern, die von Angst, über Euphorie hin zu Wut, Feindseligkeit oder Depressivität führen können. „Die Unberechenbarkeit“, die, wie eine 39jährige Frau einer schizophrenen Mutter berichtet, heute noch „eine komplette Alarmbereitschaft im ganzen Körper“ hervorrufe (Frau Elber), bis vielleicht irgendwann Ahnungen aufkommen, es könnte sich um eine Krankheit handeln oder dann auch irgendwann eine Diagnose in einem medizinischen Kontext im Raum steht, die manches erklärt, manches auch weiter im Ungewissen lässt.

„Ich habe lange nicht gewusst, was es überhaupt war. Es ist einfach plötzlich anders geworden. Mehr habe ich nicht gewusst.“ (PS, Sohn eines schizophrenen Vaters)

„Für mich war es ja gar keine Krankheit, sondern für mich war es irgend etwas Komisches.“ (PS)

„Wir wussten vielleicht den Namen der Krankheit, aber was das beinhaltet, wussten wir nicht.“ (MS, Tochter einer schizophrenen Mutter)

Auf der andern Seite steht die Welt ausserhalb der Familie, die grössere Verwandtschaft, Nachbarschaft, Freunde, SchulkameradInnen, Lehrer etc., von denen viele nichts oder wenig wissen über die Vorgänge in der Familie, eine Welt, die aber auch nichts wissen darf, da die andere Welt zu Hause mit einem **Tabu** belegt ist.

„Daheim ist wie der schwarze, giftige Ort und dort bei meiner Freundin ist wie der schöne warme Ort [...] es passt nicht zusammen, diese beiden Welten [...] wenn jemand wirklich normal und warm ist,
Anna von Gierke-Symposium, 29.10.05

kann der das nicht verstehen wie meine Mutter ist. Das überfordert jemanden völlig. Ich meine, mich überfordert es ja auch [...] und das hat nicht dürfen zusammen kommen.“ (E, Tochter einer schizophrenen Mutter)

„Meine Mutter hat mir auch gesagt, das sei nicht etwas, was man herumerzählt – und dann habe ich das (neutrale sachliche Abstrakta als Zeichen für Tabu, DS) auch für mich behalten. Und ich wollte das ja selbst nicht, weil ich weiss nicht, das irgend jemand zu erzählen, mein Vater sei krank; er spinne, das ist natürlich unter Jugendlichen oder unter Kollegen oder so – gerade in diesem Alter zwischen 10 und 15 – das wäre irgendwie, ich weiss nicht, das wäre irgendwie komisch gewesen.“ (PS, Sohn eines schizophrenen Vaters)

„[...] über die Krankheit selbst wurde nicht gesprochen.“ (PS)

„Der Vater hat gesagt, wir sollen das Aussenstehenden nicht sagen [...] Wir Kinder mussten einfach schweigen.“ (MS, Tochter einer schizophrenen Mutter)

Die Gründe dafür sind vielfältig, liegen aber oftmals zum einen in der mit einer gesellschaftlichen **Stigmatisierung psychischer Krankheit** verknüpften Scham der Eltern wie auch der Kinder. Zum andern ist das Tabu aber auch in der Vorstellung der Erwachsenen begründet, die Kinder schützen zu müssen vor dem Wissen um die psychische Krankheit. Dies wiederum hat zur Folge, dass Kinder und Jugendliche sich nicht nur keine Hilfe holen in der „Aussenwelt“, sondern oftmals auch nicht in der Lage sind, eine Sprache für ihre Gefühle und Schwierigkeiten zu finden, wenn sie denn von Verwandten, Freunden, Nachbarn, Lehrern angesprochen werden.

„Eine Lehrerin hat einmal gesagt: ähm komm einmal heute Nachmittag um fünf zu einem Gespräch. Weil ich bin dann auch sehr schlecht in der Schule gewesen, obwohl ich es nicht: hätte müssen. [...] und irgendwie hat diese Lehrerin gemerkt, da stimmt etwas nicht. [...] dann habe ich gedacht, dass: ich könnte jetzt etwas sagen, dass es mir nicht gut geht. Aber ich habe nicht gewusst was ich soll sagen. Ich habe es einfach nicht gewusst. [...] weil es ist ja für einen real, es ist ja für mich real gewesen. Es ist ja irgendwie die Realität gewesen. [...] dass man es: wie so aus Loyalität sagt nein nein, es ist schon in Ordnung. Äh ja eine Loyalität, eine falsch verstandene.“ (E, Tochter einer schizophrenen Mutter)

„Wenn sie uns nur geschlagen hätte. Das könnte man sagen. Meine Mutter schlägt mich. Ja. Aber man kann nicht sagen, ein Kind kann nicht sagen, meine Mutter misshandelt mich mit Worten.“ (E)

„Dann habe ich gemerkt, ich bin extrem hilflos gewesen. Ich hätte gerne mich mitgeteilt. Ich habe einfach nicht gewusst wie und wem. Und wirklich, wenn sie uns geschlagen hätte [...], hätte man das können sagen, das wäre wie ein Satz: ein greifbarer Satz gewesen.“ (E)

Neben **Schamgefühlen, der Tabuisierung und Geheimhaltung** treten nicht selten auch Gefühle der Schuld im Erleben der Kinder auf, für die psychischen Probleme ihrer Eltern verantwortlich zu sein. Für Jugendliche und auch erwachsene Nach-

kommen sind es zumeist Schuldgefühle, die sich im Zusammenhang mit Ablösungsprozessen und Autonomiebestreben manifestieren („**separation guilt**“). Es sind Gefühle der Schuld, die kranke Mutter, den kranken Vater alleine zu lassen in der Verwirklichung des eigenen Bedürfnisses nach Unabhängigkeit. Es sind aber auch Gedanken, dass Expansionsbestrebungen einzelner Familienmitglieder auf Kosten des kranken Elternteils oder anderer gehen könnte („**survivor guilt**“), die Schuldgefühle hervorrufen (vgl. Dunn 1993).

„Ein Kind ist eine seltsame Mischung von Scham und Loyalität“ (E) – diese Äusserung der Tochter einer schizophren erkrankten Mutter trifft einen Kern dessen, was aus vielen Gesprächen mit Betroffenen hervorgeht: Durch die schambesetzte Tabuisierung und Stigmatisierung gewinnt die Welt zu Hause den Charakter eines bedrohlichen Geheimnisses. Dadurch ergeben sich für die Kinder Loyalitätskonflikte zwischen kranken und gesundem Elternteil oder gegenüber der Welt ausserhalb der Familie, von vielen eindrücklich geschildert in Situationen von Zwangseinweisungen der Eltern, die ja oft auch durch die Kinder initiiert werden.

Nicht zuletzt sind insbes. Jugendliche belastet durch die Kenntnisse eines eigenen erblichen Krankheitsrisikos, welches zu den Verlustängsten der Kindheit bezüglich der kranken Mutter, dem kranken Vater jetzt auch eine **existentielle Angst der Eigengefährdung** hervorruft.

„Ich hatte Angst, dass ich die Gene von meiner Mutter vererbt bekommen habe.“ (EB, Tochter einer schizophrenen Mutter)

Ich hatte Angst vor Ansteckungsgefahr, dass das irgendwie auf mich abfärben könnte. Ich weiss immer noch nicht, ob das eventuell so ist.“ (OH, Sohn einer schizophrenen Mutter)

Und so viel ich weiss von meinem Vater, war es so, dass man ihm auch abgeraten hat, mich auf die Welt zu bringen, und zwar aus dem Gedanken heraus, dass ich irgendwie auch so werden könnte.“ (MS, Tochter einer schizophrenen Mutter)

„Ich habe auch meine Bewegungen beobachtet und das Gefühl gehabt, ich würde genau die gleichen Bewegungen machen, wie meine Mutter. Ich glaube wirklich, ich drehe durch. Ich habe hin und her überlegt, bist du so, bist du nicht so.“ (MS)

5. Umgang mit der Krankheit, ihren Folgen und den Belastungen

Belastungen der Kinder (retrospektiv)

Unmittelbare Probleme:

- Nichtwissen, Verwirrung, Desorientierung, Verunsicherung
- Hilflosigkeit (Unkontrollierbarkeit und Unvorhersehbarkeit als Hauptauslöser für Distress), Traumatisierungen
- Scham- und Schuldgefühle (separation guilt, survivor guilt)
- Tabuisierung
- Ängste: Verlängerte, Furcht vor Gewalt/Suizid, existentielle Ängste (eigenes Erkrankungsrisiko)

Folgeprobleme:

- Reale Trennungen, Betreuungsdefizite, Zusatzbelastungen
- Parentifikation (Rollenumkehr), Selbstaufgabe
- Stigmatisierung, soziale Isolation
- Loyalitätskonflikte innerhalb und ausserhalb der Familie
- Sozialer Drift (ökonomische Probleme)

Anna von Gierke -Symposium 29.10.05

Wie gehen die Kinder mit diesen und weiteren Belastungen um? Ich werde hier nicht näher auf die verschiedenen Störungsbilder eingehen, die betroffene Kinder häufig in kognitiven und emotionalen Bereichen oder in ihrem Verhalten vorübergehend entwickeln, und die letztlich natürlich auch eine Form des Umgangs darstellen.

Vieles zum Umgang habe ich bereits in der Schilderung der Belastungen erwähnt, da sich die Belastungen ja z.T. auch durch den Umgang mit der Krankheit und ihren Folgen selbst ergeben. So stellt sicherlich die Rollenumkehr in der Familie mit einer nicht altersgemässen elterlichen oder partnerschaftlichen **Rollen- und Verantwortungsübernahme** durch die Kinder eine typische Form des Umgangs dar, die zu einer Überforderung führen kann. Andererseits erkennen viele Betroffene gerade in der frühen Verantwortungsübernahme auch eine **frühe Reifung** der eigenen Persönlichkeit und damit eine Grundlage für ihre eigene **soziale Kompetenz**, ein Gespür für andere, ein Einfühlungsvermögen für die Schwierigkeiten anderer entwickelt zu haben.

„Jetzt habe ich auch das Gefühl, es ist eher eine Chance. Ich nutze es auch, dieses Gespür – auch in meinem Beruf. Ich spüre, wenn etwas los ist bei einem Kind. Ich spüre das schnell.“ (MK, Tochter eines schizophrenen Vaters, Kindergärtnerin)

„Ich sehe es jetzt im Nachhinein als Vorteil, weil ich denke, ich habe in dieser Zeit für meine Persönlichkeit Erfahrungen gemacht, die andere schlicht nicht gemacht haben.“ (RS, Sohn einer schizophrenen Mutter)

Anna von Gierke-Symposium, 29.10.05

„Aber ich sage nicht, dass es für mich ein Nachteil ist, dass mein Vater krank ist. Ich nehme es auch von der positiven Seite. Ich habe sehr viel daraus gelernt. Ich bin dadurch vielleicht ein bisschen erwachsener als andere. Ich sehe darin also auch einen Vorteil.“ (AB, Tochter eines manisch-depressiven Vaters)

„Mein Leben hat sich insofern geändert, dass ich schlagartig erwachsener geworden bin. [...] Ich habe das Gefühl, ich sei sensibler geworden und ich habe ein besseres Einfühlungsvermögen für andere bekommen durch das Ganze.“ (OH, Sohn einer schizophrenen Mutter)

Bisherige Untersuchungen geben auch Hinweise auf gender-spezifische Unterschiede hinsichtlich der Bewältigungsformen: so scheint es so zu sein, dass den Töchtern von kranken Müttern aufgrund der dominierenden Rollenverteilungen in den Familien beim Ausfall eines Elternteils – insbes. der Mutter – mehr Verantwortung übertragen wird als ihren Brüdern.

Daraus ergibt sich für viele auch eine Berufswahl, die aus den eigenen Erfahrungen erwächst, welche dann auch als Kompetenzen eine positive Wertung und Nutzen bringen. So ist es auffällig, dass viele der von uns interviewten Nachkommen soziale und medizinische **Berufe** gewählt haben (Krankenschwestern, Pfleger, Fürsorgebeamter, Kindergärtnerinnen, Arztgehilfin) oder aber selber eigene Familien gegründet haben und sehr darauf bedacht sind, ihren Kindern die Geborgenheit und Sicherheit zu bieten, die ihnen selbst gemangelt hat.

Aus vielen Interviews wird deutlich, dass **Formen der Distanzierung** ein zentrales Bewältigungsmuster darstellen. Es sind dies zum einen eher passiv-vermeidende Bewältigungsstrategien in Form von **Rückzugstendenzen und Isolation** der Kinder. Dies betrifft sowohl die Welt innerhalb der Familie wie auch jene ausserhalb, ein Rückzug, der oft in der Angst vor Stigmatisierung, Entwertung und Ausschluss gründet.

„Ich bin eigentlich immer fort gegangen, also ich war nie zu Hause. Schon in jungen Jahren bin ich dann einfach ganze Tage weg gewesen.“ (RS, Sohn eines schizophrenen Vaters)

„Wenn ein Krankheitsschub da war, war ich sowieso der Typ, der sich zurückzog. Dann bin ich halt in meinem Zimmer geblieben und habe mich unter dem Vorwand, Aufgaben zu machen, zurückgezogen.“ (PS, Sohn eines manisch-depressiven Vater)

„Und oft habe ich dann auch, um wenigstens ein bisschen Abstand von ihr zu haben, einfach die Tür abgeschlossen, die Zimmertür. Dann hatte ich einfach das Gefühl, ich habe jetzt mal meine Ruhe, wenigstens bin ich in meinem Zimmer – also ich sehe sie mal nicht.“ (MS, Tochter einer schizophrenen Mutter)

„Ich habe mich total in mich eingeschlossen.“ (MK, Tochter eines schizophrenen Vaters)

„Und ich habe so manches Mal gedacht, am liebsten hätte ich, wenn er tot wäre. Das macht einem ja auch Angst. Das ist immerhin ja auch der eigene Vater. Das sind recht extreme Gedanken.“ (MK)

„Und dann ist er [der Bruder] mit 12 abgehauen und ist zu einer Freundin unserer Familie gegangen.“ (EB, Tochter einer schizophrenen Mutter)

Zum andern sind es aber auch aktive, Hilfe suchende Strategien, insbes. in der **Aussenorientierung und der Kontaktnahme zu Verwandten** (oft Grosseltern), Freunden (v.a. solchen mit ähnlichem Erfahrungshintergrund), Freund und Freundin, SchulkameradInnen und deren Familien. Letztere gehören aus der Sicht vieler Nachkommen sicherlich zu den hilfreichereren Bewältigungsformen. Nicht selten stellt auch die **Integration in eine religiöse Gemeinschaft** oder Sekte als eine Art Alternativfamilie eine Form der Bewältigung dar. Schliesslich bilden **Selbsthilfegruppen** und auch eigene **Psychotherapien** Nachkommen eine Möglichkeit der Auseinandersetzung mit ihrer Vergangenheit und Gegenwart, um eine positive Distanzierung und Loslösung zu erarbeiten.

Umgang mit der Krankheit der Eltern

- Rollen- und Verantwortungsübernahme
- Frühe Reifung, Entwicklung sozialer Kompetenzen, Wahl sozialer Berufe, eigene Familiengründung
- Formen der Distanzierung
 - Passiv-vermeidende Strategien: Rückzug, Isolation, Ablenkung
 - Aktive, Hilfe suchende Strategien: Aussenorientierung mit Kontakten zu Grosseltern, Verwandten, Freunden, SchulkollegInnen und deren Familien
- Integration in andere Gemeinschaften (religiöse Gruppen), aktive Auseinandersetzungen in Selbsthilfegruppen, eigenen Psychotherapien
- Autobiografisch-erzählerische Bewältigung

Anna von Gierke -Symposium 29.10.05

Erinnern wir uns an die von Antonovsky ausgeführten drei Komponenten eines Kohärenzgefühls, welches als Hinweis für eine gute Gesundheit gelten können: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit, so nimmt aus unserer Sicht schliesslich eine Form der Bewältigung einen sehr hohen Stellenwert für erwachsene Nachkommen psychisch kranker Eltern ein. Es ist dies die **autobiografisch-erzählerische Bewältigung**.

In unserem Forschungsprojekt, welches sich mit der Frage befasst, wie erwachsene Nachkommen psychisch kranker Eltern mit der elterlichen Erkrankung und den daraus erwachsenden Belastungen umgegangen sind und umgehen, legen wir einen Hauptfokus auf die Frage, wie Betroffene in ihren Erzählungen eine biografisch-narrative Identität herstellen.

Narrative Identitätsbildung und narrative Bewältigung in der sozialen Positionierung

Aus den biografischen Erzählungen wird deutlich, dass die grosse Mehrheit die besonderen Lebensumstände, mit einem erkrankten Elternteil aufgewachsen zu sein, ins Zentrum ihrer Geschichte stellt. Es werden retrospektiv facettenreiche *Abweich- und Alteritätserfahrungen* formuliert, die in der Identitätsbildung der Kinder eine zentrale Rolle einnehmen.

Der explizite oder implizite Verweis auf solche Erfahrungen wird narrativ erprobt und in der Art der Erzählung sowie im Akt des Erzählens selbst fassbar. Hier bestätigt sich ein Theorem der narrativen Biografieforschung, dass nämlich die *Funktion des Erzählens* in einer – im weitesten Sinn – *Rehabilitation* der Erzählenden besteht, die durch bestimmte sprachlich-erzählerische Mittel realisiert wird. Wir gehen also davon aus, dass den autobiografischen Narrativen in expliziter und/oder impliziter Weise Abweicherfahrungen, Zustände von Alterität, Infragestellungen von Normalität und Selbstgewissheit zu Grunde liegen. Diese werden im Erzählen selbst zum Ausdruck gebracht und abgebildet, zugleich aber auch in den Geschichten erst konstruiert und damit einer bestimmten narrativen Ordnungsstruktur unterzogen werden. Dieser konstruktive Charakter wird als *Form narrativer Bewältigung* analysierbar.

In enger Anlehnung an neuere konzeptuelle Arbeiten zur narrativen Biografie- und Identitätsforschung verfolgen wir in unserer qualitativen Studie in der Engführung erzähl- und identitätstheoretischer Perspektiven eine Auffassung von Identität in ihrer narrativen Konstruktions- und Prozessgestalt. Im autobiografischen Erzählen konstruiert das Subjekt retrospektiv lebensgeschichtliche Ereignisse in einer Geschichte zu einem sinnhaften Erlebnis- und Erfahrungsganzen.¹ Die erzählerische Selbstdar-

¹ Als narrative Wirkfaktoren nennen Lucius-Hoene und Deppermann: 1. Eigenschaften der Textsorte „Erzählen“ selbst wie *Herstellen einer narrativen Struktur* (Selektion, temporale u. kausale Ordnung, Linearisierung), eines *Orientierungsrahmens*, *Kontextualisierung*, *Plausibilisierung eigener Handlungen und Motive*, *Wertungen*, *emotionale Qualifizierungen der eigenen Erzählung*, *Verdeutlichen eines „valued endpoint“* (Moral); 2. interaktive Gestaltung der Erzählsituation, inter-

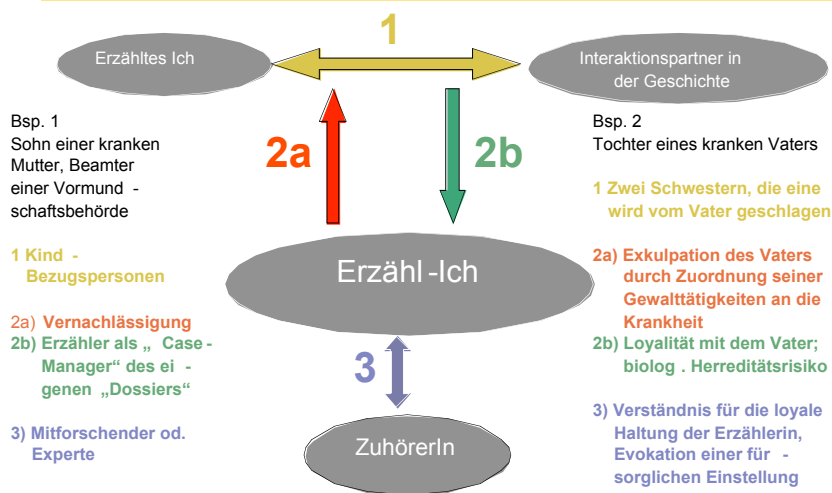
Anna von Gierke-Symposium, 29.10.05

stellung aus der Gegenwartsperspektive erfüllt dabei die Funktion einer Selbstvergewisserung, die als dialogisches Selbstverstehen und als Rechtfertigung oder Erklärung von emotionalen Erlebnisweisen, von Verhaltensweisen, Handlungen, Entscheidungen und Werthaltungen erfolgt. Narrative Identität wird, so könnte man sagen, erzählerisch konstruiert und kommunikativ präsentiert. Das heisst, im Erzählen erfolgt sowohl eine kognitive Ordnungsleistung gemäss narrativen Mustern wie auch ein Akt sozialer Positionierung (doing identity). Es wird nicht nur etwas erklärt oder erzählt, sondern es wird jemandem erzählt, *es erklärt sich jemand jemandem* (accounting). Diese narrative Herstellungsleistung untersuchen wir als Form sozialer Positionierung in grundsätzlich dreierlei Hinsicht:

1. Positionierungen innerhalb des Erzählten (erzähltes Ich und Interaktionspartner in der Geschichte)
2.
 - a. Positionierung des erzählten Ich und anderer Personen der Erzählung durch das erzählende Ich (Wertung)
 - b. Selbstbezügliche Positionierung des Erzähl-Ich durch die Positionierung des erzählten Ich und der anderen Personen in der Erzählung
3. Positionierung des erzählenden Ich gegenüber dem Zuhörer als einer generalisiertem Anderen

personelle Bewältigung durch *Gewinnung von Empathie, Aushandeln von Bedeutungen, Plausibilisierung, Vertiefen selbstexplorativer Anstrengungen, Rechtfertigungen* etc. (Sozialisierung des Erfahrenen) und schliesslich durch eine *Dezentralisierung egozentrischen Perspektiven* (Lucius-Hoene 2002, 179f.).

Children of Parents with Mental Illness Soziale Positionierung im Narrativ



Lassen sie mich dies kurz an zwei Beispielen veranschaulichen. Das eine bildet die Erzählung eines erwachsenen Sohnes einer schizoaffektiv erkrankten Mutter. Heute als Beamter bei einer Vormundschaftsbehörde tätig, schildert der Erzähler eine Art „Befreiungsgeschichte“, in welcher er sich selbst in je unterschiedlichen Rollen sozial positioniert. Auf Ebene des Erzählten schildert er sich als ein Kind, welches ohne Kenntnis der Erkrankung der Mutter, ohne weitere Bezugsperson (der Vater war an einem Unfall verstorben) und oftmals ohne Wissen, was mit ihm passiert (unangekündigte Fremdplatzierungen) in Situationen gerät, denen es ausgeliefert ist (**Ebene 1**).

In der Ausgestaltung dieser Situationen wird deutlich, dass das Erzähl-Ich ein Milieu schildert, welches in keiner Weise kindsgerecht war. Es beschreibt ein hilflos ausgeliefertes Kind und nimmt, indem es implizit eine moralische Vernachlässigung von Eltern und Erwachsenenpflichten moniert, eine wertende Position ein (**Ebene 2a**).

Dies wiederum wirft ein Licht zurück auf das Erzähl-Ich, indem es sich jetzt in der Kompetenz möglicher Beurteilung erkennen lässt. Im Fall der Erzählung des Vormundschaftsbeamten manifestiert sich dies sprachlich in einem zunehmenden Gebrauch eines sozialpädagogischen und vormundschaftsbehördlichen Vokabulars (bspw. Heimkampagnen, Gruppenvollzug, sozialpädagogische Familienbegleitung, Dropouts, Kontrasterfahrung etc.). Das Erzähl-Ich etabliert gewissermassen das Erzählte zu einem „Dossier“ (es werden dazu auch viele objektive Daten genannt), der

Erzähler wird zum „Case-Manager“ der eigenen Biografie, diese selbst zum Dossier (**Ebene 2b**). Darin zeigt sich eine Form der Bewältigung der Erfahrungen als Kind, Jugendlicher und Erwachsener, die im realen Leben zu einer nicht zufälligen Berufswahl geführt hatten, aber auch in der autobiografischen Erzählung als Form der Bewältigung der eigenen Geschichte in der narrativen Identitätskonstruktion erkennbar wird.

Schliesslich lässt sich auf der **3. Ebene** die soziale Positionierung des Erzählenden in der aktuellen Gesprächssituation gegenüber der Interviewerin analysieren, die im geschilderten Fall sowohl als Versuch verstanden werden könnte, sich mit der Forscherin auf dieselbe Interessensebene eines Mitforschenden zu begeben oder aber sich von ihr abzugrenzen als ein Experte, der seine Expertise zu einem Dossier abgibt im Interesse an eine Verbesserung der allgemeinen Problematik von betroffenen Kindern.

Wie bereits erwähnt, lassen sich bei vielen Betroffenen Loyalitätskonflikte mit den Eltern und damit zusammenhängende Schuld- und Schamgefühle erkennen, die sich in besonderem Mass bei Gewalterfahrungen zeigen. Dazu eine exemplarische Miniatur einer Tochter eines an einer Schizophrenie erkrankten Vaters. Ihre narrativen Umwertungen einer schwer tolerierbaren Gewalttätigkeit des eigenen Vaters erlauben es ihr, trotz der Scham über das Verhalten des Vaters und trotz dem eigenen Schuldgefühl, im Unterschied zur Schwester von der direkten Gewalt verschont geblieben zu sein, die Loyalität mit dem Vater aufrecht erhalten zu können. Die ältere Tochter eines schon vor ihrer Geburt erkrankten Vaters, berichtet innerhalb eines kurzen Passus darüber, dass der Vater zuweilen abends beim Zubettgehen, als sie und ihre Schwester noch miteinander getuschelt hätten, wütend ins Zimmer gekommen sei, und jeweils die Schwester geschlagen habe (**Ebene 1**).

In ihrer Erzählung bereitet die Erzählerin die Schilderung dieser Erlebnisse und damit auch die Interviewerin selbst in der Weise vor, dass sie über lange Passagen den Schweregrad der Erkrankung des Vaters betont. In der dann erfolgenden Zuschreibung der erfahrenen Gewalt an die von ärztlicher Seite diagnostizierte psychische Krankheit des Vaters erfolgt retrospektiv eine Exkulpation: in einer biologische Externalisierung (es handelt sich um eine Krankheit, die „die Hirnstrukturen verändert“, wie die Tochter formuliert) wird der Vater von Verantwortung für das eigene Handeln freigesprochen (**Ebene 2a**). Die Erzählerin gewinnt überdies bei der ZuhörerIn in der der Gewaltschilderung vorangehenden wiederholten Betonung des Schweregrads

der Erkrankung des Vaters Verständnis für den Vater und erweckt bzw. ermöglicht sich selbst letztlich eine fürsorgliche Haltung (**Ebene 3**). Die Exkulpation des Vaters erlaubt es nun der Tochter (**Ebene 2b**), trotz der schwer belastenden Gewalterfahrungen die Beziehung zum Vater zu „retten“, ihm gegenüber eine loyale Haltung einzunehmen und sich in der Tendenz auch von der empfundenen Scham und Schuld zu befreien. Zugleich aber wird sie sich im Erzählen sozusagen der „Kosten“ dieser biologischen Exkulpation bewusst: die geschilderte Krankheit des Vaters wirft einen biologischen Schatten auf sie selbst zurück, nämlich aufgrund des Hereditätsrisikos selber erkranken zu können. Es wird damit auch deutlich, welche zentrale Bedeutung der Vererbbarkeit der Erkrankung für die Tochter zukommt, wenn sie in der Folge der Erzählung diese Thematik und die damit verknüpfte Angst immer wieder aufgreift. Es ist nicht einfach nur das Hereditätsrisiko an sich, welches belastend wahrgenommen wird, sondern ebenso sehr seine – auch heilsame – Bedeutung, Preis zu sein für die Beziehungsrettung zum zwar gewalttätigen, aber kranken Vater.

6. Resilienz und protektive Faktoren

Ich komme zum Schluss. Auf dem Hintergrund der Ausführungen ist es weiter nicht überraschend, dass genau jenen Faktoren ein schützender Wert für die Kinder beigemessen werden kann im Umgang mit den beschriebenen Belastungen, die dazu beitragen, dass für die Kinder die Verstehbarkeit dessen, was passiert – und das heisst auch Voraussagbarkeit – wächst, dass die Handhabbarkeit, d.h. auch die zur Verfügung stehenden Ressourcen von den Kindern wahrgenommen werden und schliesslich die Auseinandersetzung mit den Schwierigkeiten als sinnvoll und bedeutsam für das eigene Leben erkannt wird. Dies ist – so ist zu betonen – der retrospektive Blick aus dem Erwachsenenalter. Selbstverständlich – und darauf bin ich nicht näher zu sprechen gekommen – bilden Beziehungsqualität zwischen Kind und Mutter bzw. primärer Betreuungsperson sowie die sich früh, in den ersten Lebensmonaten sich entwickelnden Bindungsmuster spezifische vulnerable Kernbereiche und Angriffsflächen für mögliche Unterstützungen.

Protektive Faktoren

Kindzentrierte Resilienz-Faktoren

- Guter **Gesundheitszustand**
- **Temperament** (ruhige, aktive, gutmütige, liebevolle, ausgeglichene Kinder) (Rende et al. 1993)
- Gute **Entwicklung und (intellektuelle) Leistungsfähigkeit** (schulische und praktische Fertigkeiten des Problemlösens und der Kommunikation) (Dunst et al. 1999)
- Hoher **Selbstwert** (positives Selbstkonzept), **Selbstwirksamkeit** und interne **Kontrollüberzeugung** und **Planungsfähigkeit**
- Alters- und entwicklungsadäquate **Aufklärung über die Krankheit des Elternteils**
- **Frustrationstoleranz** und **Optimismus**
- **Sozialkompetenz** (u.a. Wahrnehmung eigener Gefühle und sozialer Signale anderer, Verbalisierung und Modulation eigener Gefühle, Wahrnehmung, Verstehen von und Handlungsausrichtung nach sozialen Regeln, Umgang mit Konflikten, intersubjektive Realitätsvergewisserung)

Anna von Gierke -Symposium 29.10.05

Es erstaunt denn auch nicht, dass genau die in der Forschung als Resilienzfaktoren beschriebenen Eigenschaften von Nachkommen und ihren sozialen Beziehungen (vgl. dazu Lenz 2005 sowie Pretis/Dimova 2004) als Resultat einer Kindheitsentwicklung erkannt werden können, denen sichere Bindungserfahrungen zugrunde liegen. Es sind dies die ursprünglich von Bowlby beschriebenen Beziehungsqualitäten, die zu sicheren Bindungsschemata führen wie verlässliche Verfügbarkeit und Feinfühligkeit der primären Bezugsperson als erreichbarer Zufluchtsort, der physische Nähe, Schutz, Sicherheit und Trost bietet. Ist dies nicht gegeben, so konnte in unzähligen Studien der Bindungsforschung gezeigt werden, bilden Kinder zu hohem Mass Schwierigkeiten in der Reaktion auf Stress, in der Emotionsregulation, in automatisierten Wahrnehmungsbereitschaften, im sozialen Kontaktverhalten, im Spielverhalten, der Ausgewogenheit und Flüssigkeit der Kommunikation, in Selbstwertgefühl, Kontrollüberzeugung, Autonomie und Selbstvertrauen etc. etc. aus. Vieles deutet darauf hin, dass ein im frühen Leben sich Bahnender unsicherer Bindungsstil als „der grösste Risikofaktor für die Ausbildung von psychischen Störungen“ (Grawe 2004, 216) gelten kann.

Zu unterscheiden sind neben kindbezogenen Resilienzfaktoren andere, die das Familiensystem oder das weitere soziale Umfeld betreffen.

Protektive Faktoren

Familienzentrierte Resilienz-Faktoren

- **Bindung** (Einfühlungsvermögen für Bedürfnisse des Kindes durch Betreuungsperson, emotionale Verfügbarkeit)
- **Einbindung des gesunden Elternteils**
- Qualität der **Partnerschaft** der Eltern
- Klare Strukturen und **Regeln** innerhalb der Familie (Haushalt und Erziehungsverhalten)
- „**Inseln der Normalität**“
- **Ausbildungsgrad und Berufstätigkeit** der Eltern
- **Selbstwahrnehmung und Coping der Eltern**

Anna von Gierke -Symposium 29.10.05

Protektive Faktoren

Weitere soziale Resilienz-Faktoren

- Gute **Beziehung zu einer erwachsenen Bezugsperson**
- **Ausserfamiliäre Unterstützung**
- **Soziale Integration** , Teilnahme an Aktivitäten (peers, Gemeinde, Vereine, Kirche etc.)
- **Religiosität und Spiritualität**

Anna von Gierke -Symposium 29.10.05

Aus der retrospektiven Sicht der erwachsenen Nachkommen scheinen mir aber folgende Punkte eine grosse Bedeutung einnehmen:

Protektive (schützende) Faktoren

- **Beziehungsqualität**
 - Emotional sichere **Bindung** an eine Bezugsperson (vgl. Remschmidt/ Matthejat 1994), beinhaltet auch die altersgemässe Förderung des Ablösungsprozesses (Resch 1996)
 - Gute **Gesundheit** des nicht erkrankten Elternteils
 - Gute **Paarbeziehung** der Eltern (Bohus et al. 1998, Matthejat 2000)
 - Tragfähiges **soziales Netz**
- **Selbstvertrauen, positives Selbstwertgefühl**
- **Coping** der Eltern (Umgang mit der eigenen Krankheit) (Wüthrich et al. 1997; Matthejat 2000)
- Alters- und entwicklungsadäquate **Aufklärung** der Kinder

Anna von Gierke -Symposium 29.10.05

Neben den von Beginn des Lebens der Kinder an so wesentlichen Beziehungsqualität zu den Eltern, dem erkrankten wie dem gesunden Elternteil, wozu auch eine gute Gesundheit und elterliche Präsenz des gesunden Elternteils, eine intakte Paarbeziehung der Eltern sowie ein gutes Coping der Eltern selbst mit der Erkrankung gehören, sind die Möglichkeiten des Austausches über die eigenen Erfahrungen, das Gespräch wie auch das **soziale Netzwerk** von grosser Bedeutung für eine gute Bewältigung von Belastungen der Kinder (vgl. Magliano et al 2000: „the strongest factor in explaining adaptive coping among family members“). Denn sie tragen im Sinn der Handhabbarkeit zu einer Entlastung bei. Die **Aufklärung der Kinder** über die Erkrankung der Eltern in einer altersentsprechenden Art ist aber von entscheidender Bedeutung. Denn damit ist erst ein Weg für die Verstehbarkeit ermöglicht, welcher Voraussetzung für Handhabung der Schwierigkeiten und schliesslich auch Sinngebung darstellt. Der **erzählerische Umgang** mit der eigenen Geschichte, sei es im Gespräch mit Angehörigen, mit andern Betroffenen oder in psychotherapeutischen Zusammenhängen, bietet sodann die Möglichkeit, sich der eigenen Lebensgestaltung und Selbstbestimmung in Familie, Berufswahl, sozialen Engagements sinnstiftend zu vergewissern.

„Selbstbestimmung“, so formuliert der Romancier Pascal Mercier alias Peter Bieri, seines Zeichens Philosoph, in seinem jüngsten Roman *Nachtzug nach Lissabon*, „[hat] einer doch nur in dem Masse [...], in dem er versteht, sich zur Sprache zu bringen“ (323).

Anna von Gierke-Symposium, 29.10.05

Literatur

Antonovsky A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt, 1997.

Billings, A; Moos, R. Comparison of children of depressed and nondepressed parents: A social-environmental perspective. *J Abnormal Child Psychol* (1983) 11, 463-486.

Bohus, M et al. Kinder psychisch kranker Eltern. *Psychiatr Praxis* 1998; 25: 125-129.

Dunn, B. Growing up with a psychotic mother: A retrospective study. *Am J Orthopsychiatry* (1993) 63, 177-189.

Dunst CJ & Bruder MB. Increasing children's learning opportunities in the context of family and community life. *Children's Learning Opportunities Report* (1999) 1, No. 11999.

Gärtner M. Kinder psychisch kranker Väter. Eine Erhebung über 221 konsekutiv aufgenommener Patienten der allgemeinpsychiatrischen Abteilungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel. Medizin. Dissertation an der Universität Basel 1998.

Gershon ES et al. A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar, and normal control probands. *Arch Gen Psych* (1982) 39, 1157-67.

Göpfert, M et al. (eds). Parental psychiatric disorder. Distressed parents and their families. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

Gottesman, II; Shields, J. Schizophrenia in twins: 16 year's consecutive admission to a psychiatric clinic. *Brit J Psychiatry* (1966) 112, 809-818.

Gottesman, II. Schizophrenia genesis. The origin of madness. New York: Freeman, 1991.

Grawe K. Neuropsychotherapie. Göttingen u.a.: Hogrefe, 2004.

Gundelfinger R. Welche Hilfen brauchen Kinder psychisch kranker Eltern. *Kindheit und Entwicklung* (1997) 6, 147-151.

Hammen et al. Maternal affective disorders, illness, and stress: risk for children's psychopathology. *Am J Psychiat* (1987) 144, 736-41.

Keitner et al. GI, Miller IW. Family functioning and major depression: an overview. *Am J Psychiat* (1990) 147, 1128-37.

- Keller MB, Beardslee WR, Dorer DJ, Lavori PW, Samuelson H, Klerman GR. Impact of severity and chronicity of parental affective illness and adaptive functioning and psychopathology in children. *Arch Gen Psychiat* (1986) 42, 930-37.
- Kety, S et al. The biologic and adoptive families of adopted individuals who became schizophrenic: Prevalence of mental illness and other characteristics. In: Wynne, L et al. (eds): The nature of schizophrenia. New York: Wiley, 1978, 25-37.
- Lazarus, RS; Folkman, S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984.
- Lenz A. Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen u.a.: Hogrefe 2005.
- Lucius-Hoene G, Deppermann A. Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. Opladen: Leske +Budrich, 2002.
- Mannion E, Mueser K, Solomon P. Designing psychoeducational services for spouses of persons with serious mental illness. *Community Ment Health* (1994) 30, 177-90.
- Mattejat, F et al. Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. *Nervenarzt* (2000) 71, 164-172.
- Pretis M, Dimova A. Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern. München : Ernst Reinhardt Verlag, 2004.
- Priovino F. Kinder psychisch kranker Mütter. Eine Erhebung über 180 konsekutiv aufgenommene Patientinnen einer psychiatrischen Versorgungsklinik. Medizin. Dissertation an der Universität Basel 1999.
- Propping, P. Psychiatrische Genetik. Befunde und Konzepte. Berlin: Springer 1989.
- Remschmidt, H; Mattejat, F. Kinder psychotischer Eltern. Hogrefe: Göttingen 1994.
- Resch F. Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Weinheim: Beltz, 1996.
- Rutter, M; Quinton, D. Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychol Medicine* (1984) 14, 853-880.
- Schmidt T., Lisofsky B. Hilfeangebote für Kinder psychisch kranker Eltern. *Psycho-soziale Umschau* (2000) 15, 12-14.
- Schone R, Wagenblass S. Wenn Eltern psychisch krank sind ... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Münster: Votum, 2002.

- Sollberger D. Psychotische Eltern – verletzte Kinder. Identität und Biografie von Kindern psychisch kranker Eltern. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2000.
- Sollberger D. Ich-Identität und Ich-Störung: Zu Identitätsproblemen von Kindern psychotisch kranker Eltern. *Psychiat Prax* (2001) 28, 128-32.
- Sollberger D. Qualitative Biografieforschung als Forschungsdesiderat. *Psychiat Prax* (2002) 29, 119-124.
- Sollberger D., Byland M, Widmer G. Das Narrativ als Bewältigungsform. Nachkommen psychisch kranker Eltern. In: Luif V, Thoma G., Boothe B. Beschreiben - Erschliessen - Erläutern. Psychotherapieforschung als qualitative Wissenschaft. Lengerich: Pabst, 2006, 123-39.
- Sommer R, Zoller P, Felder W. Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* (2001) 50, 498-512.
- Tienari, P et al. Genetic and psychosocial factors in schizophrenia: The Finnish adoptive family study. *Schizophrenia Bull* (1987) 13, 477-484.
- Wasow M. Chronic schizophrenia and Alzheimer's disease. The losses for parents, spouses and children compared. *J Chronic Dis* (1985) 38, 711-16.
- Worland, J; Weeks, DJ; James, CL. Predicting mental health in children at risk. In: Anthony, EJ (ed). The invulnerable child. New York: Guilford Press, 1987, 185-210.