
Zwischenbericht- Methodischer Zugang

Kinder und Eltern zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe-

Analyse der Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern und Anforderungen an sozialpädagogisches Handeln

ProjektmitarbeiterInnen

Prof. Dr. Reinhold Schone (FH Dortmund)

Sabine Wagenblass (Institut für soziale Arbeit e.V. Münster)

wissenschaftlicher Projektbeirat

Prof. Dr. Karin Böllert, Universität Rostock

Dr. Christiane Deneke, UKE Hamburg

PD Dr. Martin Driessen, Psychiatrische Klinik der KA Gilead, Bielefeld

Prof. Ullrich Gintzel, FH Dresden

Brigitte Hellerung, Anker Sozialarbeit gGmbH, Schwerin

Dr. Erwin Jordan, Institut für soziale Arbeit e.V., Münster

Beate Lisofsky, Bundesverband der Angehörigen e.V., Bonn

Herman Lohman, Eurydiom für Seminare im Sozial- und Jugendbereich, Niederlande

Prof. Dr. Johannes Münder, TU Berlin

Dr. Ute Otten, Gesundheitsamt Kreis Unna

Prof. Dr. Reinhard Peukert, Dachverband der psychosozialen Hilfsvereinigungen, Bonn

Klaus Schäfer, Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW

Anja Stahlberg, Louise Homann-Stiftung, Hamburg

Dr. Reinhard Wiesner, Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend

Dr. Rita Wietfeld, niedergelassene Nervenärztin, Witten

Münster, den 31. Juli 2000

1	<i>Einleitung</i>	3
2	<i>Problemaufriss</i>	4
3	<i>Forschungsdesign – Methodische Anlage</i>	5
	3.1 Forschungsfragen	5
4	<i>Quantitative Erhebung</i>	9
	4.1 Grundlegende Begriffe der Untersuchung	9
	4.2 System Psychiatrie	10
	4.2.1 Erste Ergebnisse	12
	4.2.2 Stichprobenkonstruktion der niedergelassenen NervenärztInnen	14
	4.3 System Jugendhilfe	15
5	<i>Qualitative Erhebung</i>	16
	5.1 Biografieforschung	17
	5.1.1 Narrative Interviews in der Biografieforschung	18
	5.1.2 Biografische Interviews mit erwachsenen Kindern psychisch kranker Eltern	19
	5.1.3 Auswertung biografischer Interviews	22
	5.1.4 Erste Ergebnisse	24
	5.2 ExpertInneninterviews	27
	5.3 Fallanalysen	28
6	<i>Auswertungs- und Reflexionsphase</i>	29
	<i>Literatur</i>	31
	<i>Anlagen</i>	33

1 Einleitung

Das Institut für soziale Arbeit e.V. (ISA), Münster, führt in Kooperation mit der Fachhochschule Dortmund seit dem 01.08.1999 (Dauer bis 31.10.2001) ein Praxisforschungs- und Praxisentwicklungsprojekt zur Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern durch. Nach einem Jahr Projektlaufzeit wird im vorliegenden Zwischenbericht das im Projekt entwickelte Untersuchungsdesign sowie der aktuelle Sachstand dargelegt.

Eine psychische Erkrankung der Eltern stellt einen hohen Belastungs- und Risikofaktor für die betroffenen Kinder dar. Auch wenn die sozialpädagogische und psychiatrische Praxis die Arbeit mit den Angehörigen in den letzten Jahren systematisch intensiviert hat, gibt es bislang wenig sozialpädagogische Forschungen, die empirisch gesicherte Aussagen zur Größenordnung der Gruppe betroffener Kinder oder zu den Problemen der Betreuung, Versorgung und den Verarbeitungsformen dieser Kinder treffen können. Ziel des Projektes ist es, dem Problem ‚Kinder psychisch kranker Eltern‘ von einer empirisch- und handlungsorientierten Perspektive aus nachzugehen. Vor diesem Hintergrund ist ein Forschungsdesign entwickelt worden, das sowohl auf eine quantitative, als auch qualitative Problemanalyse von Kindern psychisch kranker Eltern und ihren Familien abzielt. Zur Realisierung des Vorhabens wurde ein kleinräumiger Forschungs- und Feldzugang gewählt, der exemplarisch für zwei Regionen in NRW, eine städtischen (Stadt Bielefeld) und einer ländlichen (Kreis Warendorf), die aufgeworfene Fragestellung untersuchen sollte.

Die Untersuchungsregion *Bielefeld* ist eine Stadt mit ca. 300 000 Einwohnern. Im Bereich der Jugendhilfe hat dort 1998 eine grundlegende Umstrukturierung von einem zentralen Jugendamt hin zu fünf dezentralen Dienstleistungszentren statt gefunden. Demgemäss wurde das Stadtgebiet räumlich in fünf Teilgebiete unterteilt und je einem ein eigenständiges Dienstleistungszentrum zugeordnet. Das ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfs- und Versorgungsnetz für psychisch kranke Erwachsene ist ebenso sozialräumlich unterteilt, jedoch nicht in fünf, sondern nur in drei Teilgebiete (Sektoren). Die fünf Dienstleistungszentren und die drei Sektoren sind dennoch derart zugeschnitten, dass sie jeweils identische Sozialräume abbilden, so dass die Zuständigkeiten zweier bzw. in einem Falle eines Dienstleistungszentren einen Sektor bilden. Insgesamt verfügt Bielefeld sowohl im Bereich der Jugendhilfe als auch in der Erwachsenenpsychiatrie über eine gut ausgebaute Infrastruktur und ein ausdifferenziertes Angebot an sozialräumlich orientierten Hilfs- und Unterstützungsleistungen.

Die Untersuchungsregion *Kreis Warendorf* ist durch eine ländliche Struktur gekennzeichnet, in der rund 270.000 Einwohner leben. Insgesamt setzt sich das Kreisgebiet aus 14 Städten und Gemeinden zusammen. Im Bereich der Jugendhilfe sind die Zuständigkeiten auf vier eigenständige Jugendämter (Ahlen, Beckum, Oelde, Warendorf) verteilt. In der Erwachsenenpsychiatrie gilt der Versorgungsauftrag der Einrichtungen jeweils für das gesamte Kreisgebiet. Im Vergleich zu Bielefeld ist das Angebot der Erwachsenenpsychiatrie wesentlich geringer ausdifferenziert, dennoch ist

eine umfassende Versorgung der PatientInnen gewährleistet (siehe Abbildung Hilfe- und Versorgungsnetz Kreis Warendorf).

2 Problemaufriss

In der Bundesrepublik Deutschland begeben sich im Verlauf eines Jahres etwa 1,6 Millionen psychisch kranke Menschen in fachärztliche psychiatrische Behandlung (Deger-Erlenmaier u.a. 1997: 9). Zu weit höheren Zahlen gelangt man jedoch, wenn die Dunkelfeldschätzungen über die Gesamtzahl der Behandlungsbedürftigen mitberücksichtigt werden. Danach müsste die Zahl der psychisch erkrankten Menschen in Deutschland je nach Studie um das Fünf- bzw. Zehnfache erhöht werden. Wenig Kenntnisse liegen darüber vor, wie viele dieser psychisch kranken Erwachsenen minderjährige Kinder haben. Selbst im Bereich der Schätzungen sind kaum Angaben über die Anzahl betroffener Kinder vorhanden; eine Ausnahme bilden Remschmidt/Mattejat (vgl. 1994: 5), die sich jedoch nur auf Kinder schizophrener oder endogen-depressiver Eltern beziehen und deren Größenordnung auf ca. 200.000 bis 500.000 Kinder in der Bundesrepublik Deutschland schätzen.

Lange Zeit dominierte in der psychiatrischen Forschung und Behandlung die Sicht auf den psychisch kranken Erwachsenen. Erst in den 80er Jahren fand ein Perspektivenwechsel statt, der die psychische Erkrankung als Familienkrankheit betrachtete und die (erwachsenen) Angehörigen mit in den Blick nahm. Kinder werden zwar in den letzten Jahren zunehmend als betroffenen Angehörige wahrgenommen, ihre Berücksichtigung in entsprechenden Handlungskonzepten ist nach wie vor gering. Angehörigenarbeit ist in der Regel Arbeit mit *erwachsenen* Angehörigen. Bislang fehlt es an ausreichenden und qualifizierten Hilfs- und Unterstützungsangeboten für die Kinder psychisch kranker Eltern. Diese bekommen oftmals erst dann Hilfe und Unterstützung, wenn sie selbst auffällig werden (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe). Präventive Maßnahmen, die vor einer Verfestigung von Problemlagen wirksam werden, sind dagegen wenig institutionalisiert.

Trotz der zweifellos belastenden Lebenssituation für die Kinder darf jedoch nicht der Umkehrschluss gezogen werden, dass eine psychische Erkrankung der Eltern zwangsläufig eine eigene Erkrankung der Kinder nach sich zieht. Vielmehr spielen hierbei eine Vielzahl von Faktoren und Einflüssen eine Rolle. Um die unterstützenden Einflüsse für eine positive Bewältigung dieser belastenden Situation bestimmen zu können, richtet sich der Fokus und das Erkenntnisinteresse des vorliegenden Projektes auf das Bewältigungshandeln der Kinder. Dies impliziert die Fragen: Was gefährdet und was schützt diese Kinder? Wie gelingt es ihnen bzw. welches sind unterstützende Faktoren, die sie befähigen und stärken, die mit der Krankheit eines Elternteils verbundenen Belastungen zu bewältigen? Auf Grundlage dieser kurz skizzierten offenen Fragen wurde im Projektverlauf ein Forschungsdesign entwickelt, das im Nachfolgenden ausführlich dargelegt werden soll.

3 Forschungsdesign – Methodische Anlage

Wie bereits eingangs erwähnt wurde, liegen bisher weder empirisch fundierte Daten zu der Größenordnung und Anzahl von Kindern psychisch kranker Eltern, noch Erkenntnisse über subjektive Belastungen und Verarbeitungsformen der Kinder vor. Der Charakter der Studie kann deshalb als *explorativ* bezeichnet werden. Explorative Studien streben nicht eine Überprüfung der Gültigkeit *ex ante* entwickelter Hypothesen an, vielmehr zielen sie auf die Erkundung eines bisher relativ unerforschten Forschungsfeldes ab, auf deren Grundlage dann Hypothesen und Fragen generiert werden können. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die entsprechenden Untersuchungsmethoden nicht unabhängig von den zugrunde liegenden Fragestellungen gewählt werden, denn jedes Erkenntnisinteresse erfordert passende Instrumente und spezifische Methoden der empirischen Sozialforschung. Im Hinblick auf den explorativen Zugang dieser Studie und den unterschiedlichen Forschungsfragen werden hier sowohl quantitative als auch qualitative Methoden zur Anwendung kommen.

3.1 Forschungsfragen

Zur systematischen Erkundung des Forschungsfeldes werden im Rahmen des gewählten Forschungsdesigns sechs zentrale Forschungsfragen in den Blick genommen, auf die im Rahmen der Studie Antworten gefunden werden sollen:

1. Wie groß ist die Gruppe der Kinder, die mit einem psychisch kranken Elternteil aufwachsen?
2. Wie gestalten sich die Lebensbedingungen von Kindern psychisch kranker Eltern und welche individuellen, familialen und sozialen Belastungen erwachsen aus dieser Situation?
3. Welche Bewältigungsstrategien entwickeln dieses Kinder?
4. Lassen sich hierbei positiv unterstützende Faktoren und Risikofaktoren identifizieren?
5. Welche institutionellen und fachlichen Handlungsmuster sind bei der Jugendhilfe und Erwachsenen-Psychiatrie zu beobachten?
6. Wie gestalten sich interinstitutionelle und disziplinübergreifende Kooperationsbeziehungen von Erwachsenen-Psychiatrie und Jugendhilfe?

Diese Fragen beziehen sich auf unterschiedliche Ebenen und nehmen sowohl die Perspektive der betroffenen Subjekte als auch der Professionellen sowie der Institutionen in den Blick. Wie diese Fragestellungen auf den unterschiedlichen Ebenen in ein umfassendes methodisches Rahmenkonzept umgesetzt wurde, verdeutlicht nachfolgendes Schaubild.



(siehe Schaubild: Forschungsdesign).

Da bisher lediglich Schätzungen über die Zahl der betroffenen Kinder vorliegen und diese vermutlich nur bedingt die Realität abbilden, ist in *einem ersten Schritt* im Mai 2000 mittels eines standardisierten Fragebogen eine quantitative Untersuchung in den Systemen Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe erfolgt. Ziel hierbei ist, repräsentative Aussagen über das Ausmaß des Problems in den beiden untersuchten Systemen für die ausgewählten Untersuchungsregionen Bielefeld und Kreis Warendorf treffen zu können. In einem *zweiten Schritt* schließen sich qualitative Untersuchungen an, in denen die konkrete Lebenssituation der betroffenen Kindern im Mittelpunkt der Analyse steht. Mit Hilfe biografischer Interviews sollen die aus der Krankheit der Eltern resultierenden Konflikte, Probleme, Belastungen sowie die vorhandenen Bewältigungsressourcen und Selbsthilfepotentiale der betroffenen Kinder rekonstruiert werden. Biografische Interviews sind sehr voraussetzungsreich und erfordern ein bestimmtes Maß an Reflexivität der interviewten Personen. Vor dem Hintergrund dieser Anforderungen an die befragten Personen werden die Interviews mit älteren Jugendlichen oder erwachsenen Kindern psychisch kranker Eltern durchgeführt. Ziel ist es, die Sinnkonstruktionen und Deutungen aus der Perspektive der Betroffenen zu erfassen, um Prozesse der Identitätsbildung im Zusammenhang mit lebensgeschichtlichen Erfahrungen und der Erkrankung des Elternteils herauszuarbeiten. Des weiteren sind für das vierte Quartal 2000 ExpertInneninterviews mit psychiatrischen und sozialpädagogischen Fachkräften geplant, auf deren Grundlage die professionellen und institutionellen Handlungsmuster dokumentiert werden sollen. Abschließend sind für Anfang nächsten Jahres noch vier Fallanalysen vorgesehen, an denen exemplarisch die Perspektiven aller beteiligten Personen und Institutionen zusammengeführt werden sollen (siehe Abbildung: Zeitschiene). Bei diesen Fallanalysen werden sowohl die betroffenen Kinder, die erkrankten Elternteile, die Partner/innen und gegebenenfalls weitere Familienangehörige als auch die involvierten psychiatrischen und sozialpädagogischen Fachkräfte befragt. Während sich die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung sowie der Fallanalysen ausschließlich auf die beiden Untersuchungsregionen beziehen, umfasst die Stichprobe der biografischen Interviews sowie der ExpertInneninterviews auch Personen und Institutionen anderer Regionen.

Auf Grundlage dieser unterschiedlichen methodischen Verfahren und Zugänge wird eine umfassende IST-Analyse aus der Perspektive der Betroffenen und beteiligten Personen bzw. Institutionen erfolgen. Das bestehende Angebot an Unterstützungsleistungen soll mit dem durch die Betroffenen formulierten Bedarf an professioneller Hilfe kontrastiert werden, um das Verhältnis von Angebot und Nachfrage ermitteln zu können. Hieraus sollen entsprechende Empfehlungen für die Praxis abgeleitet werden.

Wie der anschließenden Zeitplanung zu entnehmen ist, hat die quantitative Fragebogenerhebung im Mai 2000 statt gefunden. Der Rücklauf der Fragebögen ist inzwischen erfolgt und gegenwärtig wird die Datenauswertung vorgenommen. Bei der qualitativen Erhebung sind bereits sieben biografischen Interviews geführt worden. Die Tonbandmitschnitte dieser Interviews liegen zum Teil in anonymisierter, verschriftlichter Form vor, so dass bereits erste Auswertungen vorgenommen werden konnten. Die noch vorläufigen Ergebnisse dieser beiden bisher skizzierten Untersuchungsschritte werden u.a. in Kapitel 4 und 5 vorgestellt.

Abbildung: Zeitschiene des Praxisforschungs- und Praxisentwicklungsprojektes 'Kinder psychisch kranker Eltern'

Erhebungszeitraum	09/99	12/99	03/00	06/00	09/00	12/00	03/01	06/01	10/01
1. Vorbereitungsphase: Aufbau der Kooperationsbeziehungen									
2. Entwicklung der quantitativen Erhebungsinstrumente	▨	▨							
3. Erhebungs- und Auswertungsphase der quantitativen Untersuchung in Psychiatrie und Jugendhilfe			□	□	□				
4. Sitzungen des Projektbeirates		▩		▩			▩		▩
5. Vorbereitung und Durchführung von Fachtagungen mit PraxisvertreterInnen: Rückführung und Diskussion der Forschungsergebnisse				■		■			■
6. Erstellung des 1. Zwischenberichtes				▨					
7. Biografische Interviews mit betroffenen Kindern und Jugendlichen (n = 5 -10)			▨	▨	▨				
8. ExpertInneninterviews mit Fachkräften der Psychiatrie und Jugendhilfe (n = 20)						■	■		
9. Fallanalyse betroffener Familien (n = 4)							▩	▩	
10. Dokumentation ausgewählter Praxismodelle		▨	▨	▨	▨	▨	▨		
11. Erstellung des Abschlußberichtes								▩	▩
12. Abschlusspräsentation									■

4 Quantitative Erhebung

In der Anfangsphase des Projektes stand die Gewinnung der Kooperationspartner in den ausgewählten Untersuchungsregionen sowie der Aufbau funktionierender Kooperationsbeziehungen im Vordergrund der Projektarbeit. Diese zeitintensive Arbeit erwies sich als äußerst sinnvoll sowohl in Bezug auf die Konstruktion des Erhebungsinstrumentes als auch im Hinblick auf die Datenqualität. So konnten wir in beiden Untersuchungsregionen alle Einrichtungen (insgesamt n= 40) für die Teilnahme an der Untersuchung gewinnen und hatten einen Rücklauf der Fragebögen von mehr als 90%. Dies ist für quantitative Erhebungen eine überdurchschnittlich hohe Rücklaufquote. Die erhobene Datenbasis bietet somit die Möglichkeit, repräsentative Aussagen für die Untersuchungsregionen Bielefeld und den Kreis Warendorf zu treffen. Da wir zwei unterschiedliche Systeme mit unterschiedlichen Begrifflichkeiten, Fachtermini und Selbstverständlichkeiten befragten, war es notwendig, die zentralen Begriffe der Untersuchung klar zu definieren und ihnen einen analytisch trennscharfen und begrenzten Gehalt zuzuweisen, da die alltäglichen Definitionen dessen, was bspw. unter psychisch krank zu verstehen ist, sehr weit divergieren können.

4.1 Grundlegende Begriffe der Untersuchung

Die von uns im Rahmen dieser Untersuchung vorgegebenen Begriffserklärungen sind nicht als generalisierende Definitionen zu verstehen, vielmehr dienen sie der Standardisierung des Untersuchungsvorhabens, wodurch gewährleistet werden soll, dass die befragten Personen eine einheitliche Deutung der zentralen Begriffe der Untersuchung vornehmen können. Nach Bortz/ Döring (vgl. 1995: 61) macht die wissenschaftliche Verwendung von Begriffen deren Definition erforderlich.

Als *psychisch kranke Menschen* verstehen wir Personen, die sich in psychiatrischer ambulanter, teilstationärer oder stationärer Behandlung/Beratung befinden. Auch wenn nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10) Abhängigkeitserkrankungen als psychische Erkrankung definiert werden, so haben sich doch die jeweiligen Hilfe- und Nachsorgesysteme für suchtkranke Menschen und Menschen mit anderen Formen psychischer Erkrankungen historisch ausdifferenziert. Da in der vorliegenden Untersuchung die Inanspruchnahmepopulation des Systems 'Allgemeine Psychiatrie' untersucht wird, gehören suchtkranke Menschen, die ausschließlich das Hilfesystem 'Sucht' in Anspruch nehmen, nicht zur untersuchten Grundgesamtheit. Erkrankte Menschen, bei denen Doppeldiagnosen – psychische Erkrankung und Suchterkrankung - vorliegen, werden dann in der Stichprobe berücksichtigt, wenn die psychische Erkrankung diagnostisch relevant ist, d.h. die psychische Erkrankung im Vordergrund der Behandlung steht oder zumindest einen zentralen Stellenwert einnimmt.

Ein weiterer zentraler Begriff, der im Vorfeld zu bestimmen war, ist *Familie*. Angesichts der Pluralisierung von Lebensformen wird in der Untersuchung ein erweiterter Familienbegriff zugrunde gelegt. Unter *Familien* verstehen wir sowohl Einelternfamilien, als auch Herkunftsfamilien und Stieffamilien; ob die Paare verheiratet und unverheiratet zusammenleben ist dabei unerheblich. Mit Stieffamilien sind unterschiedliche Formen des Zusammenlebens zusammengefasst: Das Paar kann mit Kindern eines Partners/einer Partnerin zusammenleben oder aber beide Partner bringen Kinder mit in die Beziehung; schließlich können auch noch gemeinsame Kinder mit in der Familien leben. *Kinder psychisch Kranker* sind minderjährige Kinder im Alter von 0-18 Jahren.

Nach der Klärung dieser grundlegenden Begriffe konnten die nächsten Entwicklungsschritte des Untersuchungsdesigns erfolgen, die nun im Einzelnen für die Systeme Psychiatrie und Jugendhilfe differenziert dargestellt werden.

4.2 System Psychiatrie

Das Hilfe- und Versorgungsnetz für psychisch kranke Erwachsene besteht aus vielfältigen ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten. Im Erhebungszeitraum Mai 2000 wurde – mit Ausnahme der niedergelassenen NervenärztInnen - in allen ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen für psychisch kranke Erwachsene in Bielefeld und dem Kreis Warendorf eine standardisierte Befragung zur Bestimmung der Größenordnung des Problems Kinder psychisch kranker Eltern durchgeführt. Um ein Optimum an Datenqualität mit den zur Verfügung stehenden Mitteln gewährleisten zu können, erfolgte die Ansprache der zu der Gesamtstichprobe gehörenden Institutionen im Vorfeld mündlich über Vorgespräche und/oder schriftlich durch ein ausführliches Informationsschreiben. Insgesamt fanden in den beiden Untersuchungsregionen im Zeitraum von September 1999 bis April 2000 mehr als 15 Kooperationstreffen statt. Die Konstruktion des Fragebogens erfolgte in Abstimmung mit den KooperationspartnerInnen aus den Untersuchungsregionen. Das Erhebungsinstrument ist dabei so entwickelt worden, dass die MitarbeiterInnen der Einrichtungen den Fragebogen ausfüllen. In den Vorgesprächen zeigte sich jedoch, dass die abgefragten Informationen in der alltäglichen Arbeit der Einrichtungen nicht präsent waren oder die interessierenden Angaben bei der Aufnahme der PatientInnen nicht abgefragt werden, so dass eine vollständige Beantwortung des Fragebogens oftmals nur durch Mithilfe der PatientInnen möglich war. Vor der Durchführung der Befragung fand abschließend im April ein Treffen für MitarbeiterInnen der beteiligten Institutionen statt, in dem über das Ziel der Untersuchung informiert sowie eine Einführung in den Fragebogen angeboten wurde. Die Tatsache, dass viele Institutionen keine oder nur geringe Informationen über die Lebenssituation der Kinder ihrer PatientInnen verfügen, ist bereits ein interessantes Ergebnis unserer Untersuchung. Wenn keine Kenntnisse in Bezug auf die Kinder vorhanden sind, so können deren Bedürfnisse und Problemlagen auch keine Berücksichtigung in den institutionellen und professionellen Handlungsmustern finden. Gleichzeitig zeigt das vorhandene Interesse und die Bereitschaft der MitarbeiterInnen zur Teil-

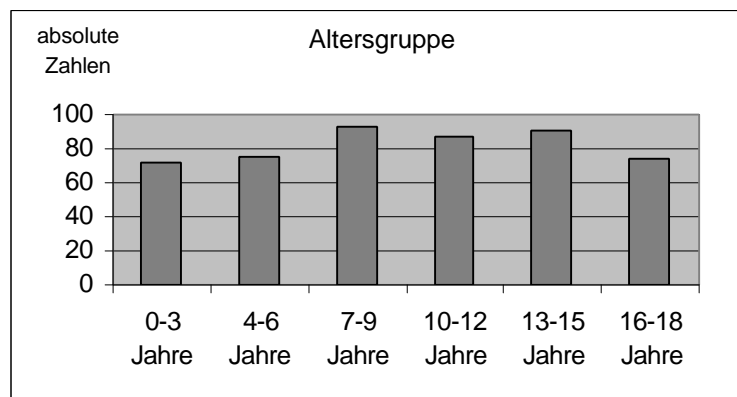
nahme an der Untersuchung jedoch auch, dass sie das Anliegen dieser Studie als wichtig ansehen und zunehmend ihren Blickwinkel auf die Kinder psychisch kranker Eltern richten. Vielleicht ist diese breite Zustimmung zu unserem Forschungsvorhaben bereits ein Hinweis dafür, dass sich in der Erwachsenenpsychiatrie ein erneuter Perspektivenwechsel abzeichnet, der nicht nur die erwachsenen Angehörigen, sondern auch die Kinder als betroffene Angehörige in den Blick nimmt.

Zur konkreten Durchführung der Fragebogenuntersuchung wurden die MitarbeiterInnen in den jeweiligen Institutionen zunächst gebeten anzugeben, wie viele PatientInnen bzw. KlientInnen sie *insgesamt* im Erhebungszeitraum, d.h. Mai 2000, behandeln bzw. betreuen. Daran anschließend baten wir die MitarbeiterInnen für jede der betreuten/behandelten Personen, die Kinder im Alter von 0 bis 18 Jahren haben, einen Fragebogen mit insgesamt 13 Fragen auszufüllen (siehe Anlage). Diese Fragen beziehen sowohl auf die erkrankte Person, ihre Krankengeschichte und aktuelle Lebenssituation, als auch auf die betroffenen Kinder und deren Lebenssituation. Ziel ist es, zu ermitteln, *wie groß die Anzahl der betroffenen Kinder in den Untersuchungsregionen ist und welche Institutionen in welchem Ausmaß mit dem Problem psychisch kranke Eltern/-teile mit Kindern im Alter von 0-18 Jahren konfrontiert sind*. Um diese Fragen umfassend beantworten zu können, benötigten wir neben den ausgefüllten Fragebögen noch die zusätzliche Information, ob es in dem Erhebungszeitraum Kontakt zu psychisch kranken Eltern gegeben hat, für die – aus welchen Gründen auch immer - kein Fragebogen ausgefüllt worden ist. Über die Anzahl der ausgefüllten Fragebögen sowie der zusätzlichen Information der Zahl nicht ausgefüllter Fragebögen kann in Relation zur Gesamtzahl der betreuten/behandelten Personen ermittelt werden, wie hoch der prozentuale Anteil psychisch kranker Eltern mit Kindern im Alter von 0-18 Jahren in den jeweiligen Institutionen ist.

Aussagen über die Gesamtzahl der betroffenen Kinder können jedoch nicht ohne Weiteres aus der Summe der eingegangenen Fragebögen ermittelt werden, da Doppelbefragungen nicht ausgeschlossen werden können. Psychisch kranke Menschen haben oftmals ein umfassendes Betreuungssetting, innerhalb dessen sie gleichzeitig zu verschiedenen Einrichtungen Kontakt haben. Aufgrund dieser Tatsache kann es vorkommen, dass für eine erkrankte Person mit minderjährigen Kinder mehrere Fragebögen in den unterschiedlichen Institutionen ausgefüllt werden. Angesichts dieser Problematik können die erhobenen Zahlen für die einzelnen Einrichtungen der Untersuchungsregionen zunächst nicht summativ ausgewertet werden. Um die absolute Zahl der betroffenen Kinder ermitteln zu können, ist deshalb ein Verfahren notwendig, das Doppel- bzw. Mehrfachbefragungen herausfiltert. Anhand personenbezogener Daten (Region, Geschlecht, Geburtsjahr, Anzahl und Alter der Kinder) werden die einzelnen Fragebögen in Gruppen zusammengefasst und auf Ähnlichkeiten hin überprüft. Bei der Übereinstimmung mehrerer personenbezogenen Angaben werden die betreffenden Fälle direkt verglichen. Mit dieser Vorgehensweise können Dubletten identifiziert und der Datensatz derart bereinigt werden, so dass letztendlich Aussagen über die Gesamtzahl der betroffenen Kinder möglich werden.

4.2.1 Erste Ergebnisse

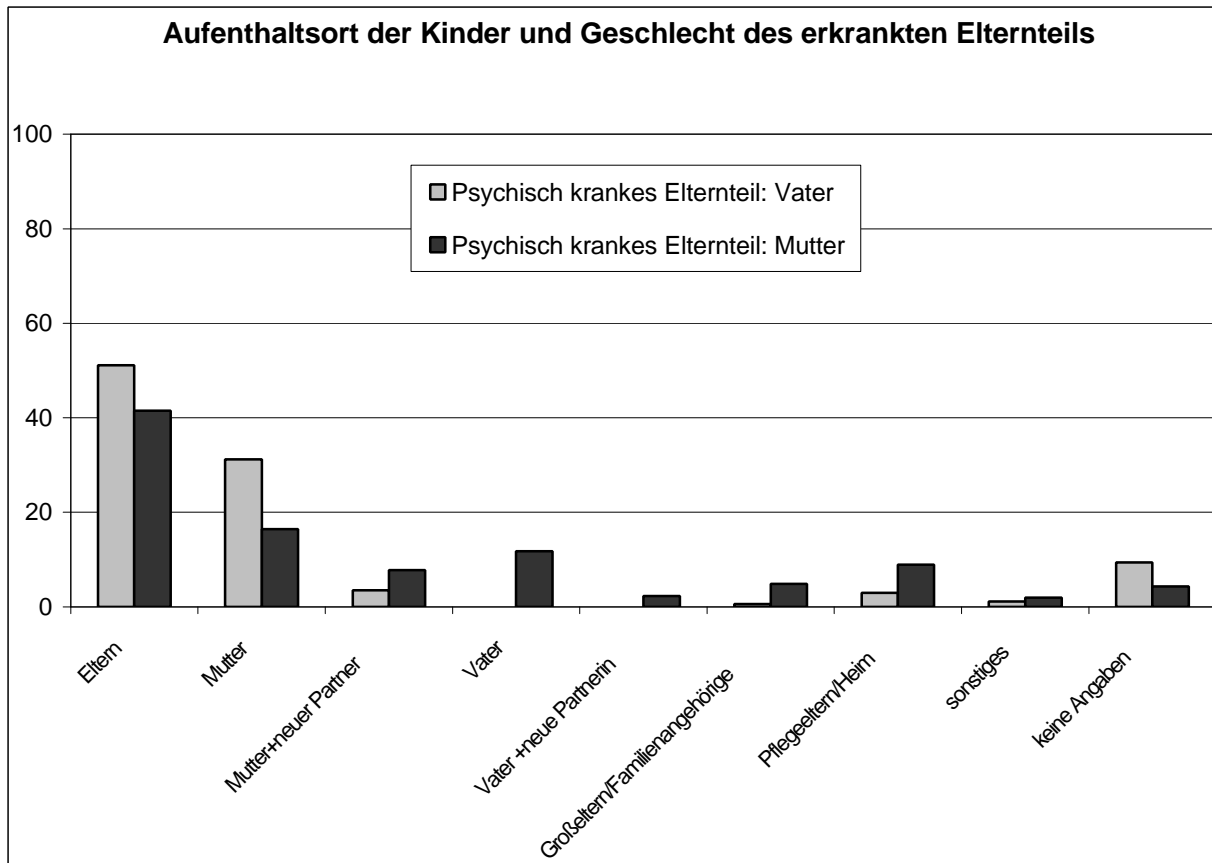
Der Rücklauf der Fragebögen ist inzwischen nahezu abgeschlossen und insgesamt liegen für die Erwachsenenpsychiatrie in Bielefeld 190 und im Kreis Warendorf 134 Fragebögen vor. Bereits jetzt zeichnen sich schon interessante Ergebnisse ab. So zeigte sich für den Monat Mai, dass in den beiden Untersuchungsregionen zusammen mehr als 500 minderjährige Kinder und Jugendliche leben, die ein Elternteil haben, das psychisch krank ist. In Bezug auf das Alter der betroffenen Kinder ergibt sich folgende Verteilung.



Anhand dieser Tabelle zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche aller Altersgruppen gleichermaßen von einer psychischer Erkrankung eines Elternteils betroffen sind. Trotz dieser Gleichverteilung variieren der jeweilige Unterstützungsbedarf und die Bedürfnisse der Kinder entsprechend ihrem Alter. Je jünger die Kinder sind, desto mehr sind sie auf elterliche Versorgungs- und Pflegeleistungen angewiesen und desto direkter wirkt es sich auf das Wohl des Kindes aus, wenn diese Versorgungsleistungen aufgrund einer psychischen Erkrankung eines Elternteils nicht oder nur unzureichend erbracht werden. Die Folgen von Vernachlässigung gerade im Säuglings- und Kleinkindalter sind gravierend und das Risiko bleibender körperlicher und seelischer Schäden ist groß (vgl. hierzu bspw. Deutscher Kinderschutzbund/Institut für soziale Arbeit 2000: 13; Laucht, M./Esser, G./Schmidt, M.H. 1992; Schone, R./Gintzel, U./Jordan, E./Kalscheuer, M./Münder, J. 1997). Ältere Kinder psychisch kranker Eltern dagegen geraten oftmals in Überforderungssituationen, da sie Verantwortung und Aufgaben für die erkrankten Elternteile mit übernehmen müssen, denen sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes kaum gewachsen sind. Die Sorge um die Eltern bestimmt den Alltag dieser Kinder, während ihre eigenen Bedürfnisse dabei häufig in den Hintergrund treten. Diese kurze Skizzierung deutet bereits an, wie zentral die Berücksichtigung des Altersaspekt bei der Problemanalyse und der Beschreibung der Lebenssituation der betroffenen Kinder ist. Dementsprechend gilt es auch bei der Bereitstellung von Hilfe- und Unterstützungsangeboten, das Alter der Kinder als zentrale Differenzierungskategorie zu berücksichtigen.

Chronische psychische Erkrankungen sind jedoch nicht nur für den Minderjährigen, sondern für die gesamte Familie mit Belastungen verbunden, die nicht selten auch zu einer Auflösung

der Partnerschaft der Eltern und damit zum Auseinanderfallen der Familie führen. In unserer Stichprobe zeigt sich, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlecht des erkrankten Elternteils und dem Risiko des Auseinanderfallens der Familie besteht. Eine Erkrankung der Mutter ist mit einem höheren Trennungsrisiko für die Partnerschaft verbunden, als eine Erkrankung des Vaters.



Erkrankt der Vater, so bleibt in 51% der befragten Familien der klassische Familienverbund (Vater, Mutter, Kinder) erhalten. Erkrankt die Mutter, so geschieht dies nur in 41% der Fälle. Auch wenn über die Qualität der bestehenden familialen Beziehungen an dieser Stelle nichts ausgesagt werden kann, so scheint das Familiensystem bei der Erkrankung der Mutter mehr der Gefahr der (Teil-)Auflösung ausgesetzt zu sein, als bei einer Erkrankung des Vaters. Kommt es zu einer Trennung der Eltern, so bleiben die Kinder in der Regel bei der alleinerziehenden Mutter. Diese Aussage trifft sowohl für die Familien zu, in denen der Vater erkrankt ist, dort leben 31% der Kinder bei ihren alleinerziehenden Müttern, dies trifft aber auch für die Familien zu, in denen die Mutter erkrankt ist: Hier leben 16% der Kinder mit ihrer psychisch kranken Mutter in einer Einelternefamilie. Der umgekehrte Fall, dass ein Kind bei einem alleinerziehenden, erkrankten Vater lebt, kam in unserer Stichprobe nicht vor. Nur ein geringer Anteil der Kinder, insbesondere aber dann, wenn die Mutter erkrankt, lebt bei Pflegeeltern (5%) oder im Heim (4%). An diesen Ergebnissen wird deutlich, dass ein Großteil der Kinder unmittelbar in ihrem Alltag, bei Einelternefamilien sogar oftmals am unmittelbarsten, mit der Erkran-

kung eines Elternteils konfrontiert ist. Im Hinblick auf die Berücksichtigung der Kinder in der Angehörigenarbeit besteht demnach ein dringender Handlungsbedarf.

Dennoch konzentriert sich die Arbeit der Erwachsenenpsychiatrie nach wie vor auf den psychisch kranken Erwachsenen und weniger auf die unmittelbar betroffenen Kinder. Nur 20% der befragten Fachkräfte in der Erwachsenenpsychiatrie geben an, dass ihre Einrichtung in bezug auf die Kinder bereits tätig geworden ist. Wenn sie tätig werden, dann geschieht dies bspw. in Form von klärenden Familiengesprächen oder in der Einschaltung des Jugendamtes. Bei der Frage, ob die betroffenen Kinder und Jugendliche einen weiteren, bisher noch nicht gedeckten Hilfebedarf haben, zeigt sich eine erhebliche Unsicherheit in den Einschätzungen der Fachkräfte: 32% wissen nicht bzw. können es nicht einschätzen, ob es einen weiteren Hilfebedarf gibt, 57% dagegen sieht **keinen** und 11% sieht **einen** Bedarf an weiterer Unterstützung für die betroffenen Kinder. Wird ein Bedarf gesehen, so haben die Fachkräfte meist konkrete Vorstellungen, wie diese Unterstützung aussehen könnte. Genannt werden insbesondere altersentsprechende Aufklärung der Kinder über die Erkrankung des Elternteils, Gruppenangebote, familienbegleitende Angebote, Unterstützung in Krisenphasen und Begleitung der Kinder. In der regionalen Versorgungsstruktur sind solche als notwendig angesehen Angebote für die betroffenen Kinder oftmals nur unzureichend vorhanden. Diesen formulierten Bedarf gilt es, in der weiteren Auswertung differenziert zu analysieren. Unterstützend hierfür sind zwei Fachveranstaltungen in den beiden Untersuchungsregionen geplant, bei denen die Untersuchungsergebnisse regionalspezifisch vorgestellt werden, um auf dieser Basis gemeinsam mit den MitarbeiterInnen von Jugendhilfe und Psychiatrie zu diskutieren, welche Erkenntnisse und Konsequenzen sich für die einzelnen Institutionen und die regionale Versorgungsstruktur aus diesen Ergebnissen schlussfolgern lassen.

4.2.2 Stichprobenkonstruktion der niedergelassenen NervenärztInnen

In einem Pretest in einer niedergelassenen Nervenarztpraxis stellte sich das Problem, dass das entwickelte Erhebungsinstrument für eine Befragung der niedergelassenen NervenärztInnen über ihre PatientInnen nicht geeignet ist, da zu viele Informationen abgefragt werden, die im Praxisalltag nicht präsent sind und auch nicht ohne Weiteres erhoben werden können. Im Bereich der quantitativen Erhebung steht die Befragung der niedergelassenen NervenärztInnen deshalb noch aus. Sie soll zu einem späteren Zeitpunkt stichprobenartig und exemplarisch in der Untersuchungsregion Bielefeld erfolgen. Im August 2000 finden Kooperationsgespräche mit der dortigen Sprecherin der niedergelassenen NervenärztInnen statt, um über eine geeignete Form der Beteiligung der niedergelassenen NervenärztInnen an der Untersuchung zu diskutieren. Mögliche Alternativen wären hierbei:

- Um die niedergelassenen NervenärztInnen zu entlasten, könnten die Patienten den Fragebogen selbst vor der Behandlung im Wartezimmer ausfüllen. Der Arzt hätte dann nur noch die Aufgabe, im Nachhinein den Diagnoseschlüssel zu ergänzen, welches im Praxisalltag zeitlich im Rahmen der Möglichkeiten läge.

- Eine weitere geeignete Form der Erhebung in diesem Handlungsfeld wäre es, eine Stichtagserhebung durch ProjektmitarbeiterInnen selbst durchzuführen. Die Fragebögen würden dann in den Praxen durch eine direkte Patientenbefragung, in einem abgesteckten Zeitrahmen, von den MitarbeiterInnen des Projekts ausgefüllt.

Da eine Vollerhebung der Grundgesamtheit der niedergelassenen NervenärztInnen (n=30) nicht möglich ist, ist die Ziehung einer Zufallsstichprobe vorgesehen. "Man zieht eine einfache Zufallsstichprobe, indem man aus einer vollständigen Liste aller Objekte der Zielpopulation nach dem Zufallsprinzip eine Auswahl von Objekten auswählt, wobei die Auswahlwahrscheinlichkeiten aller Objekte gleich groß sein müssen" (Bortz/Döring 1995: 375). Nach diesem Verfahren kann die Gruppe der NervenärztInnen begrenzt werden, ohne die Repräsentativität der Ergebnisse einzuschränken.

4.3 System Jugendhilfe

Im System Jugendhilfe ist ebenfalls im Mai eine Befragung der SozialarbeiterInnen der Jugendämter in den betreffenden Untersuchungsregionen erfolgt. Im Gegensatz zur Verlaufserhebung in der Psychiatrie wurde für die Jugendhilfe eine Stichtagserhebung als geeignete Methode gewählt. Zum Stichtag 31.05.2000 wurde in allen fünf Dienstleistungszentren der Stadt Bielefeld bzw. allen vier Jugendämtern des Kreises Warendorf eine quantitative Untersuchung durchgeführt. Hierfür wurden alle Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, die minderjährige Kinder und Jugendliche im Rahmen der Jugendhilfe betreuen, mittels eines standardisierten Fragebogens befragt, wie viele Kinder aus wie vielen Familien sie zu diesem Stichtag *insgesamt* betreuen. Weitergehend schloss sich daran die Frage an, in wie vielen dieser Familien mindestens ein Elternteil psychisch krank ist. Zu den Kindern, die aus Familien mit mindestens einem psychisch kranken (d.h. als solchen diagnostizierten Elternteil) kommen, wurden dann mit einem Familienfragebogen detailliertere Fragen zur aktuellen Lebenssituation, möglichem Hilfebedarf für die Kinder und anderen relevanten Aspekten erhoben.¹

Im Vorfeld stellte sich hierbei das Problem, was unter ‚psychisch krank‘ zu fassen ist. Um die Repräsentativität der Untersuchung gewährleisten zu können, bedarf es standardisierter Begrifflichkeiten, d.h. es geht nicht um die subjektive Einschätzung der SozialarbeiterInnen, welche Personen psychisch krank sein könnten, sondern um eine fachärztlich diagnostizierte psychische Erkrankung. Als Problemstellung der sozialarbeiterischen Praxis zeigte sich jedoch, dass viele Fachkräfte der Jugendhilfe es mit psychisch *auffälligen* Eltern zu tun haben, bei denen jedoch keine fachärztliche Diagnose vorliegt bzw. diese, sofern vorhanden, dem Jugendamt nicht bekannt ist. Die Gründe hierfür sind vielfältiger Art, genannt wurde in den Vorgesprächen mit den SozialarbeiterInnen zum einen fehlende Krankeneinsicht der Eltern,

¹ Für die Erhebung im Bereich der Jugendhilfe liegen gegenwärtig noch keine Ergebnisse vor, da die Dateneingabe zum Zeitpunkt des Zwischenberichtes noch nicht abgeschlossen war.

mangelnde Kooperation zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe, Schweigepflicht der ÄrztInnen oder andere Aspekte.

Oftmals werden ‚Störungen‘ der Kinder von den Eltern als Grund für die Inanspruchnahme von Jugendhilfeleistungen angegeben. Dahinter liegen aber vielfältige Probleme, in einigen Fällen auch eine psychische Störungen des Vaters und/oder der Mutter, die jedoch von den Eltern weder thematisiert noch problematisiert werden. Ist keine Problem- bzw. Krankeneinsicht bei den Eltern vorhanden, ergeben sich für die SozialarbeiterInnen wenig Ansatzpunkte, neben den Symptomen, auch die Ursachen der Auffälligkeiten der Kinder zu thematisieren. Diesem Umstand und den daraus resultierenden Problemen für die Entwicklung entsprechender Unterstützungsleistung für die betroffenen Kinder und ihre Familien soll in den ExpertInneninterviews (vgl. Kapitel 5.2) im Rahmen der qualitativen Erhebungsschritte intensiver nachgegangen werden. Zentral sind hierbei die Fragen, wie kann Jugendhilfe psychisch kranke Eltern in ihrem Erziehungsauftrag unterstützen, wie kommuniziere ich mit Eltern, bei denen keine Krankeneinsicht vorherrscht über die Folgen und Belastungen ihrer Erkrankung für die Kinder und wie kann gleichzeitig das Wohl des Kindes geschützt werden. Hauptsächlich der letztgenannte Aspekt, der des Kindeswohl, stellt im Alltag der SozialarbeiterInnen ein konflikthafte Potential dar. Denn insbesondere in akuten Krisenphasen einer psychischen Erkrankung agieren sie im Spannungsfeld von Unterstützung der Eltern bei ihrer Erziehungsaufgabe einerseits und dem Schutz des Kindeswohl andererseits (vgl. Schone 1998: 110). Diese Fragen, Sorgen und Nöte der MitarbeiterInnen der Jugendhilfe sind nicht ausschließlich mit quantitativen Methoden zu erfassen, vielmehr bedarf es hierfür intensiverer Einzelfallstudien und qualitativer Zugänge.

5 Qualitative Erhebung

Familie als System zu begreifen, zielt auf die Analyse des Aufeinanderbezogen-Seins aller Beteiligten (Vater, Mutter, Kinder, andere Familienmitglieder) sowie der Wechselwirkungen zwischen den Beteiligten ab. Familienbeziehungen und ihre Dynamik sind in einem hohen Maße durch eine psychische Erkrankung eines Elternteils beeinflusst. Nicht alle Kinder erleben die Belastungen durch eine Erkrankung eines Elternteils im gleichen Ausmaße, vielmehr variieren die Belastungspotentiale. Eine psychische Erkrankung eines Elternteils kann zusammenfassend als Familienproblem verstanden werden, an dem alle Familienmitglieder beteiligt sind und mehr oder weniger darunter leiden. Vor diesen Hintergrund soll im Projektkontext analysiert werden, welche Auswirkungen die psychische Erkrankung auf die einzelnen Familienmitglieder und auf die Beziehungen zwischen den beteiligten Personen haben.

Es muss hierbei jedoch berücksichtigt werden, dass Familien nicht im gesellschaftsfreien Raum agieren, d.h. gesellschaftliche Werte, Normen und strukturelle Aspekte, wie ökonomische, kulturelle und soziale Ressourcen bestimmen nachhaltig das Zusammenleben von Familien. Während bei anderen Erkrankungen (z.B. Krebsleiden o.ä.) die Umwelt mitleidet, Ver-

verständnis und Empathie zeigt, sind psychische Erkrankungen auch heutzutage immer noch gesellschaftlich tabuisierte und vorurteilsbehaftete Erkrankungen. ‚Verrückt‘ zu sein ist ein Makel, der zu Labeling-, Stigmatisierung und Ausgrenzungsprozessen für die Erkrankten und ihre Familienangehörigen führen kann. Die innerfamilialen Verarbeitungsstrategien einer psychischen Erkrankung sind demnach nicht unabhängig, sondern im Kontext der jeweiligen gesellschaftlichen Reaktionsweisen und den diesen zugrunde liegenden (Problem-)Thematisierungen, Definitionsprozessen sowie den institutionellen und professionellen Handlungsmustern zu betrachten.

Um diese vielschichtigen Wechselwirkungen zwischen Familie und Gesellschaft, Familie und Institutionen, erkranktem und anderen Familienmitglied/-ern sowie die unterschiedlichen Handlungs-, Deutungs- und Verarbeitungsmuster analysieren zu können, ist im Rahmen dieses Projektes ein qualitativer Zugang gewählt worden, der versucht, die vielfältigen Beziehungen und Perspektiven in ein methodologisches Rahmenkonzept zu integrieren. Im Einzelnen umfasst es biografische Interviews mit erwachsenen Kindern psychisch kranker Eltern, leitfadengestützte Interviews mit ExpertInnen aus Psychiatrie und Jugendhilfe sowie Fallanalysen.

5.1 Biografieforschung

Die Biografieforschung fasst unter Biografie die Selbstbeschreibung und Erzählung von Individuen über ihre gelebte Lebensgeschichte. Im Gegensatz zur Lebenslaufforschung, die in zeitlicher Folge die Lebensereignisse von Personen untersucht, zielt die Biografieforschung auf die Rekonstruktion des Lebenslaufes aus subjektiver Sicht ab. Diese Rekonstruktion erfolgt nicht immer in chronologischer Anordnung, die Schwerpunkte und Reihenfolge der Darstellungen und Erzählungen werden durch subjektive Entscheidungen der erzählenden Person gewählt. Die biografische Erzählung eröffnet wegen ihrer strukturellen Offenheit die Möglichkeit, die individuelle Lebensgeschichte in ihrer Komplexität zu erfassen, Problemlagen zu sondieren, aber auch biografische Potentiale und Ressourcen zu entdecken. Biografie kann nach Kohli (1985: 12) als soziales Konstrukt bzw. als Realität eigener Art verstanden werden, die in der Wechselwirkung von Vergangenem, Gegenwärtigem und Zukünftigen zu sehen ist und sich im Kontext von gesellschaftlicher, institutioneller, familialer und anderer Formen der Interaktion entwickelt. Biografische Erzählungen sind demnach subjektive Konstruktionen, ‚Binnensichten‘, in denen ‚objektive‘ Bedingungen in verschiedener Hinsicht gebrochen werden (vgl. Dausien 1996: 105).

Die Forschungsperspektive kann deshalb nicht auf die bloße Wiedergabe der Erzählung reduziert werden, vielmehr strebt sie eine Rekonstruktion der biografischen Erfahrungen, Lebensgeschichten und Eigenlogiken, auf deren Basis die Subjekte handeln, an. Biografieforschung thematisiert aber nicht nur den Einzelfall, sondern sucht durch den Vergleich von Biografien nach Regelmäßigkeiten, die zur Erklärung personenbezogener und gesellschaftlicher Phäno-

mene dienen können (vgl. Bortz/Döring 1995: 322). Das Ziel ist es, aus der Verdichtung des Materials schrittweise zu theoretischen und verallgemeinerten Aussagen zu kommen, die eine Erklärungskraft über den Einzelfall hinaus besitzen. Dennoch ist das qualitative Datenmaterial statistisch nicht repräsentativ, da die Stichproben nach anderen Kriterien als bei quantitativen Erhebungen gebildet werden. Während bei quantitativen Stichproben die untersuchte Population ein verkleinertes Abbild der empirisch vorfindbaren Realität darstellt, sind bei qualitativen Untersuchungen andere Entscheidungskriterien für die Zusammensetzung der Stichprobe relevant. Als Datengrundlage und Quellen biografischer Forschung können Briefe, Tagebuchaufzeichnungen, Memoiren oder narrative Interviews dienen. Das narrative Interview ist dabei eine der gängigsten Methode der Datenerhebung.

5.1.1 Narrative Interviews in der Biografieforschung

Das narrative Interview wurde u.a. von Schütze (1978) im Zusammenhang mit lebensgeschichtlichen Fragestellungen entwickelt und zielt auf Sinnrekonstruktionen aus Sicht der befragten Person ab. Anhand von lebensgeschichtlichen Darstellungen lassen sich Prozesse der Identitätsbildung und –veränderung im Zusammenhang mit biografischen Erfahrungen herausarbeiten (Jakob 1997: 445). Dadurch besteht die Möglichkeit über eine punktuelle Momentaufnahme hinaus, Entwicklungsverläufe in ihrer Genese aus der Perspektive der handelnden und erleidenden Subjekte zu rekonstruieren. Narrative Interviews sind die zentrale Methode in der Biografieforschung und oftmals werden die Begriffe narrative Interviews und biografische Interviews identisch benutzt.

Die konkrete Durchführung eines narrativen Interviews kann grob in drei Phasen gegliedert werden. Hierbei müssen bestimmte Regeln eingehalten werden (vgl. Bude 1985: 328; Heinzel 1997: 403f; Jakob 1997: 449ff; Schütze 1987,):

1. Am Anfang des Interviews wird durch eine erzählgenerierende Frage bzw. einen offen gehaltenen Erzählstimulus eine biografische Erzählung angeregt. Die Strukturierung dieser Stegreiferzählung bleibt dabei der interviewten Person vorbehalten. Für den/die InterviewerIn gilt in dieser Phase die Regel der absoluten Zurückhaltung, und er/sie sollte sich mit Zwischenfragen und Kommentaren zurückhalten.
2. Hat die interviewte Person ihre Erzählung abgeschlossen, wird das Interview um einen Nachfrageteil ergänzt, in dem offene Fragen, die sich aus dem bisher Erzählten ergeben, gestellt oder allgemeine Informationen abgefragt werden können.
3. Zuletzt wird um eine biografische Bilanz des bisherigen Lebens gebeten

Im Verlauf des Interviews stehen die Interviewer und die befragten Personen in sozialer Interaktion. Dieser Interaktionsprozess stellt hohe Anforderungen an den/die InterviewerIn. Zur Unterstützung beim Erzählen einer Lebensgeschichte, in der der Erinnerungs- und Erzählfluß nicht unterbrochen wird, muss die Gratwanderung zwischen aufmerksamem Zuhören einer-

seits und der Notwendigkeit, sensible und erzählgenerierende Fragen zu formulieren andererseits, vollführt werden. Rosenthal (1993: 187) benennt hierfür folgende relevante Regeln:

1. Raum zur Gestaltentwicklung
2. Förderung von Erinnerungsprozessen
3. Förderung der Verbalisierung heikler Themenbereiche
4. eine zeitlich und thematisch offene Erzählaufforderung
5. aufmerksames und aktives Zuhören
6. sensible und erzählgenerierende Nachfragen
7. Hilfestellung beim szenischen Erinnern

Für die Fragestellung des vorliegenden Projektes eignen sich biografische Interviews besonders, da aus der Perspektive der betroffenen und erleidenden Kinder die Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern rekonstruiert werden kann. Die Erzählungen bringen zum Ausdruck, wie Ereignisse und die Erkrankung des Vaters und/oder der Mutter wahrgenommen, gesehen, empfunden und wie emotional darauf reagiert wurde. Da bisher wenig empirisch gesicherte Kenntnisse über die Lebenssituation von Kindern vorliegen, stellt die Offenheit biografischer Interviews eine gute Voraussetzung für das Hervorbringen neuer Erkenntnisse und Perspektiven dar, da die Betroffenen selbst die Schwerpunkte setzen und damit eine Bewertung einzelner Ereignisse ihrer erlebten Lebensgeschichte vornehmen.

5.1.2 Biografische Interviews mit erwachsenen Kindern psychisch kranker Eltern

Die Durchführung von biografischen Interviews mit Kindern ist in der qualitativen Forschung umstritten. Eine Position geht davon aus, dass Kinder bei einem altersentsprechenden Setting bereits ab 10 Jahre in der Lage sind, die notwendige reflexive Distanz zu ihrem Leben einzunehmen und darüber zu berichten (Behnken 1997; Heinzel 1997). Voraussetzung hierbei ist jedoch, dass erzählmotivierende Faktoren, wie Ort und Gegenstandsbezug, berücksichtigt werden: Es sind solche Orte zu wählen, die für die Kinder vertraut sind, z.B. das eigene Kinderzimmer, weil dies ein bekannter Raum ist und sie sich auf ihre Dinge/Lebenswelt beziehen können. Sinnvoll ist es auch, das Interview bzw. den Erzählimpuls mit einem fassbaren Gegenstand oder einer fest umrissenen Aktion, wie zeigen des Lieblingskleides, Lieblingsspielzeug oder Ähnliches zu verbinden. Für andere (z.B. Wilk/Bacher 1996) wiederum stellt die Befragung von Kindern über Konflikte und Probleme in der Familie ein heikler Themenbereich dar. Kinder fühlen sich oft zur Loyalität ihrer Familien gegenüber verpflichtet, so dass sie dazu neigen, Wunschantworten oder Antworten, welche die Familien schützen sollen, zu geben. Ebenso können biografische Interviews zu solchen Themenbereichen, Emotionen bei den Kindern auslösen, die der/die InterviewerIn nicht entsprechend aufarbeiten kann. Vor diesem Hintergrund wurde im Projektkontext entschieden, ‚erwachsene Kinder‘ psychisch kranker Eltern zu befragen, um betroffene Kinder, die gegenwärtig noch in ihren Familien leben, nicht

in diese Form von Loyalitätskonflikte zu bringen. Dieser Entscheidung liegt die Annahme zugrunde, dass eine psychische Erkrankung der Mutter und/oder des Vaters ein kritisches Lebensereignis für die betroffenen Kinder darstellt, über das auch retropektiv erzählt werden kann. Eingeräumt werden muss hierbei, dass diese Erinnerungen und Erzählungen durch die aktuelle Verfassung und Blickwinkel des (erwachsenen) Erzählenden beeinflusst sind und einige Erinnerungen angesichts des erst später möglichen Gesamtblicks in den Vordergrund gerückt und andere ausgeblendet werden. Nach Schütze (1987: 25f) ist dies kein Argument gegen die Authentizität der Stegreiferzählung eigenerlebter Erfahrungen, denn Kindheit und Erwachsensein existieren zum einen nicht unabhängig voneinander und zum anderen können durch den Prozess des Erzählens vergangene Gefühle, Enttäuschungen, Hoffnungen und Orientierungen wieder lebendig werden.

Die grundlegende Frage der biografischen Interviews in unserem Projektkontext ist, welche Bedeutung der psychischen Erkrankung der Mutter und/oder des Vaters für den Verlauf der eigenen Lebensgeschichte aus der heutigen Sicht zugesprochen wird. Wie wurde die Erkrankung erlebt, welche Emotionen, Wahrnehmungen, Deutungen sind damit verbunden. Daneben werden in den Erzählungen der Betroffenen ebenfalls die Auswirkungen institutionellen Handelns (Psychiatrie, Jugendhilfe u.a.) bzw. das Handeln relevanter Erziehungspersonen (Großeltern, LehrerInnen, u.a.) erkennbar. Damit rücken institutionelle und professionelle Handlungsmuster in das Zentrum der Aufmerksamkeit und verändern gleichzeitig den Blick auf die professionelle Praxis.

Bereits bei der Gewinnung der InterviewpartnerInnen sind relevante Aspekte zu beachten, die für eine spätere Durchführung der Interviews von Bedeutung sein können. Die/der potentielle InterviewpartnerIn ist bei der Kontaktaufnahme über das Forschungsprojekt, die zugrunde liegenden Fragestellungen, die Interviewmethode und den Interviewablauf zu informieren. Das geringe Maß an Vorstrukturierung bei biografischen Interviews macht es erforderlich, die zu befragende Person, darauf vorzubereiten, dass im Interview keine Fragen gestellt werden, sondern der Erzählinhalt und -ablauf den Erzählenden selbst überlassen bleibt.

Aufgrund der Besonderheit von biografischen Erzählungen bei Kinder psychisch kranken Eltern, die oft intime und sensible Lebensbereiche betreffen, ist es hilfreich, wenn die erste Kontaktaufnahme mit möglichen InterviewpartnerInnen über bekannte und vertraute Personen stattfindet. In unserem Projektkontext erfolgte die Ansprache möglicher Interviewpartnerinnen durch MitarbeiterInnen psychiatrischer Einrichtungen und einer Angehörigengruppe. Hierzu wurde von uns ein Schreiben entwickelt, auf dem die wichtigsten Informationen zusammengefasst waren. Dieses Infoschreiben war direkt an potentielle InterviewpartnerInnen gerichtet, so dass die MitarbeiterInnen nur die Ansprache und nicht die Aufklärung über die Hintergründe und Ziele des Projektes sowie den konkreten Ablauf der Befragung übernehmen mussten.

Beispiel: Infoschreiben zur Gewinnung der InterviewpartnerInnen

Worum es geht:

Das Institut für soziale Arbeit e.V. in Münster führt in Kooperation mit der Fachhochschule Dortmund seit dem 01.08.99 (Dauer bis 31.10.01) ein Forschungsprojekt zum Thema ‚Kinder psychisch kranker Eltern‘ durch. Ziel ist es, die Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen, deren Mütter und/oder Väter psychisch krank sind, zu verstehen und Empfehlungen für entsprechende Hilfs- und Unterstützungsangebote für die Praxis zu entwickeln.

Unsere Bitte:

Wir möchten Sie deshalb als ‚erwachsene Kinder‘ psychisch kranker Eltern um ihre Unterstützung bitten und fragen, ob Sie bereit sind, uns ihre Lebensgeschichte zu erzählen.

Was Sie erwarten wird:

Um Sie darüber zu informieren, was Sie erwarten wird, wollen wir Ihnen kurz den Ablauf eines solchen Interviews erzählen. Wir werden am Anfang des Interviews möglichst wenig Fragen stellen, vielmehr entscheiden **Sie**, welche Erlebnisse Ihnen in ihrem Leben wichtig waren und was Sie davon erzählen möchten. Ein Aufnahmegerät wird dabei mitlaufen und ihre Erzählung wird hinterher in anonymisierter Form niedergeschrieben. Selbstverständlich gehen wir sehr vertraulich mit ihren Erzählungen um und geben keine personenbezogenen Daten an Dritte weiter. Durchführen wird das Interview eine Mitarbeiterin des Projektes, Zeitpunkt und Ort des Interviewtermins können Sie selbst bestimmen.

Wie wir in Kontakt kommen können:

Wenn Sie sich vorstellen können, uns unter diesen Voraussetzungen ihre Lebensgeschichte zu erzählen, dann füllen Sie bitte beiliegende frankierte Karte aus und schicken diese an uns zurück. Wir werden uns dann umgehend schriftlich oder telefonisch bei Ihnen melden.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen natürlich jederzeit gerne zur Verfügung.

Für die konkrete Kontaktaufnahme wurde jedem Infoschreiben eine frankierte Postkarte beigelegt, auf der interessierte Personen vermerken konnten, dass sie zu einem Interview bereit sind und auf welchem Weg die Kontaktaufnahme erfolgen sollte. Auf dem Infoschreiben war zudem die Adresse einer Projektmitarbeiterin vermerkt, so dass eine telefonische Kontaktaufnahme ebenfalls möglich war. Die Personen, die uns mitteilten, dass Sie für ein solches Interview bereit wären, wurden dann umgehend schriftlich oder telefonisch von einer Projektmitarbeiterin kontaktiert. In diesem Vorgespräch wurde nochmals auf den Ablauf des Interviews hingewiesen.

Die Interviews wurden an unterschiedlichen Orten durchgeführt. Je nach Wunsch der Interviewpartnerinnen fanden sie entweder in den eigenen Wohnungen, in einer Arztpraxis oder in einer Beratungsstelle statt. Nach einer ‚Warming-Up-Phase‘, in der Erklärungen zum Projekt, Umgang mit den Daten, Informationen zur Person der Interviewerin oder ähnliches gegeben

wurde, wurde das Aufnahmegerät angeschlossen und angeschaltet. Der Intervieweinstieg erfolgte über einen allgemein gehaltenen Erzählimpuls.

Beispiel für Erzählimpuls

Ich würde gerne wissen, wie ihr Leben bisher verlaufen ist? Erinnern Sie sich doch mal zurück an die Zeit als Sie noch Kind waren, und erzählen Sie aus ihrem Leben von ihrer Kindheit an bis heute. Mich interessiert hierbei nicht nur die Erkrankung ihrer Mutter/ihres Vaters, sondern all die Erlebnisse, die für Sie persönlich wichtig waren.

Lassen Sie sich dabei ruhig viel Zeit. Ich werde ihre Erzählung zunächst nicht unterbrechen, werde mir aber gegebenenfalls Notizen für spätere Nachfragen machen.

Im Anschluss an das Interview wurden in der Regel weitere Nachfragen in Bezug auf die Erzählung gestellt. Nach Abschluss des Nachfrageteils wurde noch um eine biografische Bilanz gebeten. Danach wurde das Aufnahmegerät abgeschaltet.

5.1.3 Auswertung biografischer Interviews

Während mit anderen Interviewmethoden, zum Beispiel dem leitfadengestützten Interview, eine Struktur vorgegeben wird, ermöglichen biografische Interview den Befragten, ihre Lebensgeschichte nach den eigenen Gestaltungsregeln und Relevanzkriterien zu ordnen und zu erzählen. Diese Struktur gilt es in der Auswertung der Interviews zu entdecken. Hierfür ist es notwendig, bereits bei der Transkription der Interviews gewisse Regeln ein zu halten. Bei der Verschriftlichung sollten möglichst alle lautlichen Notationen, also auch ‚Hm‘ oder ‚Ähm‘ erfasst werden, um den Sprechakt so authentisch wie möglich wieder zu geben, ebenso sind parasprachliche Äußerungen wie Erzählpausen, Lachen, Weinen, Seufzen usw. aufzunehmen, um eine Dokumentation sämtlicher Informationen zu gewährleisten.

Um eine erzählte Lebensgeschichte in ihrer Komplexität beschreiben und verstehen zu können, muss die erzählte Biografie in ihrer Gesamtgestalt und ihrer Sequenzialität betrachtet werden. Die Erzählung wird dadurch nicht auseinandergerissen, sondern bleibt in ihrer Gestalt erhalten. Das im Projektkontext zugrunde gelegte methodologische Auswertungsverfahren sieht hierfür folgende aufeinanderbauenden Schritte vor:

1. Beim ersten Lesen des Textes werden die biografischen Daten für die Erstellung einer Kurzbiografie notiert. Im Zentrum stehen hierbei objektive Faktoren, wie Alter, Familienstand, Beruf, usw. Dieser Steckbrief dient als biografische Rahmung der interviewten Person. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass alle personenbezogenen Daten anonymisiert werden.

2. In einem zweiten Arbeitsschritt wird der Text in themenbezogene Grobsegmente unterteilt. Zentrale Zitate werden als Beleg für die einzelnen Segmente identifiziert. Nach Fischer-Rosenthal/Rosenthal (1997: 152) kann dieser Auswertungsschritt als ‚Text- und thematische Feldanalyse‘ verstanden werden. Diese einzelnen Segmente werden dann sequenzanalytisch ausgewertet. Eine Sequenz ist eine in sich geschlossene Sinneinheit, in der ein deutlich abgrenzbarer Aspekt der Lebensgeschichte thematisiert wird. Hierbei ist es für das Auswertungsverfahren sinnvoll, die einzelnen Sequenzen mit einem Codewort oder einer Überschrift zu kennzeichnen. Diese Sequenzen werden für sich betrachtet und detailliert interpretiert. Zentrale Zitate, die sich als typisch für die Sequenz erweisen, werden markiert bzw. als Beleg herausgestellt.
3. Danach folgt eine Feinanalyse, in der Interviewanfänge und ausgewählte Kernstellen eingehender betrachtet werden. Ebenso von Bedeutung sind thematische Inkonsistenzen, d.h. Interviewpassagen, in denen widersprüchliche Aussagen enthalten sind. Diese Widersprüchlichkeiten, die in allen Biografien mehr oder weniger regelhaft zu erwarten sind, geben Hinweise, wie Ereignisse verarbeitet und in die eigene Wahrnehmung eingeordnet werden. Anhand einzelner Sequenzen bzw. der Häufigkeit bestimmter Inhalte lassen sich Gewichtungen interpretieren. Wichtige Passagen lassen sich oftmals auch anhand linguistischer Merkmale, wie lange Gesprächspausen, vermehrtem Auftreten von ‚ähs‘ oder in Dialekt verfallen, herausarbeiten (vgl. Bernart/Krapp 1998: 45).
4. Abschließend werden kontrastierende Vergleiche zwischen den Fällen vorgenommen, um zu einer Typenbildung zu gelangen. Zunächst werden *Ähnlichkeiten* (minimale Differenzen) zwischen den Fällen heraus gearbeitet, um die gewonnenen Erkenntnisse vom Einzelfall zu lösen und Typologien bilden zu können. Danach werden *maximale Differenzen* gesucht, um Unterschiede und andere Möglichkeiten der biografischen Verarbeitung festzustellen.

Der Interpretationsvorgang des empirischen Materials selbst bewegt sich im Spannungsfeld, *was* wird erzählt und *wie* wird erzählt. Das ‚Was‘ gibt Informationen über einen biografischen Abschnitt aus dem Leben der befragten Person (*Ereignisebene*), das ‚Wie‘ über sie selbst sowie über die Wahrnehmungs- und Deutungsmuster (*Bewertungsebene*) (vgl. Bernart/Krapp 1988: 36). Die beiden Ebenen werden in einer Erzählung meist in einen Gesamtzusammenhang gebracht, in dem ihnen ein bestimmter Platz und eine spezifische Gewichtung zugewiesen werden. Ebenso ist beim Auswerten darauf zu achten, was systematisch nicht erzählt wird. Diese latente Strukturen sind für die Interpretation ebenso von Bedeutung wie die erzählte Geschichte. Neben den Wahrnehmungs- und Deutungsmustern sind ebenso die vorhandenen individuellen Bewältigungsressourcen, d.h. die Stärken der befragten Personen, mit denen sie diese belastende Situation bewältigen, relevant für die Auswertung. Die Rekonstruktion der erzählten Lebensgeschichte fokussiert Selbstthematizierungen, Latenzstrukturen und Bewältigungsressourcen im Kontext der Erkrankung eines Elternteils, aber dennoch stets auch in Verbindung mit der gesamten Lebensgeschichte der Befragten. Die Erinnerung und Erzählung sind Teil einer lebensgeschichtlichen Gesamterzählung, wie ein Baustein ein Teil eines Hauses ist.

Ziel dieses Vorgehen ist es, aus dem empirischen Material, d.h. aus dem Erzählten und den sozialen Lebenswirklichkeiten, theoretische Erkenntnisse zu gewinnen und die Theoriebildung weiterzuentwickeln. Die Dramatik, die im Einzelschicksal formuliert wird, wird damit aus der individuellen Betroffenheit herausgelöst und verallgemeinert. Das Erkenntnisinteresse qualitativer Forschung bezieht sich sowohl auf den Einzelfall, als auch auf die Verallgemeinerung von sozialen Phänomenen. Der Einzelfall dient als Grundlage zur Erarbeitung von Strukturen und Erkenntnissen, die ein soziales Phänomen in seinen unterschiedlichen Ausprägungen verstehbar machen. Bei qualitativer Forschung sind demnach immer zwei Perspektiven, die des Einzelfalls und die der Generalisierung, d.h. der Verallgemeinerung der Interpretationen – zu berücksichtigen (vgl. Oswald 1997: 73).

5.1.4 Erste Ergebnisse

Bisher wurden insgesamt 7 Frauen im Alter von 32 - 47 Jahren interviewt. Da die Kontaktaufnahme mit den Interviewpartnerinnen über mehrere MultiplikatorInnen erfolgte und von den Befragten viel Eigeninitiative und Überwindung erforderte, ist diese Gruppe nicht als repräsentativ anzusehen. Vielmehr sind es Frauen, die ihre Situation als Tochter einer psychisch kranken Mutter und/oder Vaters reflektiert haben bzw. sich in einem solchen Reflexionsprozess befinden und denen es ein Anliegen ist, das Tabuthema „Kinder psychisch kranker Eltern“ aufzubrechen und andere dafür zu sensibilisieren, so dass die betroffenen Kinder zukünftig entsprechende Unterstützung erfahren können. Auffällig bei der Zusammensetzung der Stichprobe ist das Geschlecht. Bisher fanden sich nur Frauen, die bereit waren, für ein solches Interview zur Verfügung zu stehen. Als Erklärung hierfür können folgende Thesen angeführt werden, die jedoch im weiteren Forschungsverlauf weitergehend überprüft werden müssen: *Zum einen* wird Frauen bzw. Mädchen aufgrund der nach wie vor herrschenden Rollenverteilungen beim Ausfall eines Elternteils mehr Verantwortung übertragen. Eine Interviewpartnerin berichtete, dass ihren beiden Brüdern mehr Freiräume als ihr zugestanden und die Versorgung des Haushaltes und der Mutter hauptsächlich ihr übertragen wurde. Ein anderer Erklärungsgrund könnte in dem Vorhandensein unterschiedlicher, geschlechtsspezifischer Bewältigungsstrategien liegen. So sind in den Selbsthilfegruppen bspw. vorwiegend Frauen anzutreffen. Die Kategorie Geschlecht stellt demnach einen zentralen Faktor bei der Analyse unterschiedlicher Bewältigungsstrategien dar, den es im Verlauf der Studie weitergehend zu untersuchen gilt.

Ohne einer sorgfältigen Rekonstruktion und Auswertung der Interviews vorausgreifen zu wollen, werden anschließend relevante Themenbereiche aus den Interviews skizziert, die in den Erzählungen der Frauen im Zusammenhang mit der Erkrankung des Elternteils einen zentralen Stellenwert einnehmen. Um die Authentizität der erzählten Lebensgeschichten zu gewährleisten, sind zur Illustration der Themenfelder in erster Linie Originalzitate aus den Interviews verwendet worden.

Rollenumkehr/Verantwortungsverschiebung

Wenn mit einer psychischer Erkrankung die Unfähigkeit des erkrankten Elternteils einhergeht, seine Vater- oder Mutterrolle entsprechend zu erfüllen, so geraten häufig ältere Kinder in eine Verantwortung gegenüber den jüngeren Geschwistern und z.T. auch gegenüber den Eltern, der sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes nicht gewachsen sind. Diese Verantwortungsverschiebung oder auch Parentifizierung, (vgl. Mattejat 1998: 73) genannt, drängt die Kinder unfreiwillig in (Erwachsenen-)Rollen, die mit dauerhaften Überforderungen verbunden sind. Folgende Interviewpassage von *Frau Wild²*, die in ihrer Familie nicht nur Verantwortung für beide erkrankte Eltern, sondern auch für ihre jüngere, ebenfalls psychisch kranke Schwester übernimmt, mag dies eindrücklich dokumentieren: *„Und ich habe mich natürlich unglaublich verantwortlich gefühlt, als sie (die Schwester) dann krank geworden ist und ich habe **ganz schnell** gemerkt, dass ich von meinen Eltern keine Hilfe bekomme. Also ich habe einmal mich an meine Mutter gewandt und bin auch in Tränen ausgebrochen. ... Und dann hat sie gesagt, das wird schon wieder die muss einfach nur sich richtig ausschlafen. Dann habe ich in Sekundenschnelle gemerkt, sie ist nicht nur die richtige Ansprechpartnerin, sondern es ist auch gefährlich, sie anzusprechen, das darf ich nicht und sie hat mir natürlich auch keine Antwort gegeben. Das heißt ich habe dann obendrein noch meine Schwester vor den Eltern quasi abgeschottet. Also d. h., ich habe nachts mit ihr wach gelegen, oder habe über ihren Nichtschlaf versucht zu wachen, habe mir ihre wahnsinns, ihre komischen Phantasien und ihren Rededurchfall angehört, den sie hatte. Habe versucht auf sie einzureden und ja habe richtig auf sie aufgepasst. ... Ich habe sie richtig so abgeschottet und habe mit M. sogar einen Pakt geschlossen. Also ich habe ihr gesagt, ich helfe dir, ich hol dich wieder raus. Natürlich konnte **ich** den Pakt nie einlösen, habe ein irres Schuldgefühl gehabt.“* In vielen Familien wird nicht offen über psychische Erkrankungen geredet, vielmehr werden notdürftig Erklärungen für eigenartige Verhaltensweisen gegeben, wie in diesen Beispiel der Schlafmangel als Grund für das unerklärliche Verhalten der Schwester angegeben wurde. Dieses Erklärungsdefizit gibt natürlich kindlichen oder jugendlichen Phantasien Raum, die dann mangels anderer Erklärungsmöglichkeiten das Unerklärliche häufig auf das eigene Sein und Verhalten zurückführen und massive Schuldgefühle entwickeln.

Schuldgefühle

Auch wenn in den Familien über die psychische Erkrankung eines Elternteils nicht geredet wird, nehmen Kinder und Jugendliche die Krankheitssymptome und die Probleme der Eltern wahr und erleben subjektiv die Folgen, können sie aber aufgrund fehlender Aufklärung weder verstehen noch einordnen. Kinder glauben häufig, dass sie an den psychischen Problemen ihrer Eltern schuld seien und dass die Krankheit eine Folge ihres eigenen Verhaltens sei (vgl. Mattejat 1996, S.22). *Frau Krämer* berichtet davon, wie sie und ihre beiden Geschwister, die Aufgabe hatten, die Mutter wochenlang „regelrecht zu bewachen“(140/141), bis die Situation dann irgendwann so eskalierte, dass die Mutter eingewiesen wurde. Ihre Gefühle dabei schildert sie folgendermaßen: *„Was für uns natürlich mit wahnsinnigen Schuldgefühlen behaftet*

² Alle Namen der Interviewpartnerinnen sind geändert.

war, weil wir dachten, wir haben versagt, wir haben das nicht geschafft, die irgendwie wieder zu stabilisieren. Ja, und das hat eigentlich, ab da war die familiäre Beziehung, vielleicht war sie auch vorher schon schwierig, aber da ist uns irgendwie schon klar geworden, es ging eigentlich nur drum, zu funktionieren. ... Wir waren eigentlich mehr noch da, um die Eltern zu stabilisieren und in Notfällen zu reagieren und das ist bis heute so.“ (150-158).

Unberechenbarkeit

Kinder benötigen zuverlässige, stabile und berechenbare soziale Beziehungen, die ihnen Unterstützung, Anregung und Versorgung für ihre persönliche Entwicklung gewähren (vgl. Deutscher Kinderschutzbund Landesverband NRW e.V./Institut für soziale Arbeit e.V.: 19). Aber gerade psychische erkrankte Menschen reagieren für ihre Umwelt oftmals unangemessen, zeigen nicht nachvollziehbare Verhaltensweisen oder leiden unter starken Affekt- und Stimmungsschwankungen, die bei den Kindern zu hochgradigen Irritationen und Verunsicherungen führen können. *Frau Wild* erzählt von der Wechselhaftigkeit des Verhaltens ihrer manisch-depressiven Mutter und wie sie und ihre Geschwister darauf reagiert und unentwegt versucht haben, sich von ihrer Mutter „abzugrenzen oder an sie ranzukommen“. *„Und in diesen Phasen, wo sie so zu war, da verzweifelten wir oft und haben auch untereinander oft uns immer ausgetauscht. Mensch, der kannst du nichts erzählen, da hast du irgendwie erzählt, ... Auch so wichtige Sachen erzählt. Dass du dich verliebt hast oder dass du dich getrennt hast oder so und das hat die sich gar nicht gemerkt, gar nicht registriert. Du konntest auch in Tränen ausbrechen und, das hat die überhaupt nicht, die hat einen nicht getröstet. Und das ist heute noch so, dass ich merke, wenn sie plötzlich offen wird und auch zuhört, dann habe ich Angst, dass das zu sehr in diese manische Phase geht, dass das dann nicht mehr gebremst kriegt und dass ich mich, auch wenn es z. B. mal schöne Wochenenden mit ihr gibt oder schöne Telefonate, dass ich das oft nicht so hinnehmen kann, weil ich glaube, das ist jetzt wieder nur Ausdruck von ihrer Krankheit und das nächste Mal weiß sie es nicht mehr. Und das ist heute auch noch so.“(114-136)* Die Herausstellung der Tatsache, dass die geschilderten Verhaltensweisen der Mutter auch heute noch so sind, geschieht mehrfach im Interview. Deutlich wird hierbei, dass die Erlebnisse und Gefühle über die Kindheit hinaus anhalten und auch das Leben der Kinder als Erwachsene nachhaltig beeinflussen.

Unterstützung

Selbst wenn die Kinder über die Erkrankung des Vaters und/oder der Mutter erzählen, bedeutet dies nicht zwangsläufig, dass sie sich mit ihren Sorgen und Nöten an andere Personen wenden können und hierbei entsprechende Unterstützung erfahren. Vielmehr werden sie von der Umwelt häufig eher als stabilisierende Faktoren für die betroffenen Eltern(teile) gesehen, als dass ihre eigene Gefährdung und Überforderung durch die Erkrankung der Eltern erkannt werden. *„Und sobald die dann ausklinkte, war jeder hilflos und hat // sowohl sie fallen lassen, als auch uns irgendwo. Wir haben dann da eigentlich keine Unterstützung gefunden. Mit meinem Vater haben die schon immer wieder Gespräche gehabt. Der wurde auch sehr bedauert, der kriegte dann moralische Unterstützung, und weil er bei dieser Frau dann auch halt blieb und das alles so toll machte, während wir ... ignoriert wurden“ (Frau Krämer 225-230).*

Angst

Wenn der Vater oder die Mutter psychisch erkranken, erleben die Kinder für sie schwer verständliche und verwirrende Verhaltensweisen des kranken Elternteils. Besonders belastend ist es, wenn die Kinder dabei selbst in die Wahnwelt des kranken Elternteils einbezogen werden und sie nicht nur das ‚wirre‘ Tun des Vaters oder der Mutter erleben, sondern sie selbst in das Wahnsystem integriert werden bzw. zum angstbesetzten Objekt werden. So erzählte eine Interviewpartnerin, deren Mutter religiöse Wahnvorstellungen hatte: *„Meine Mutter hat mich und meinen Vater als Teufel bezeichnet. Wir waren das Böse. Das war unheimlich schlimm für mich, und ich habe dann auch nur gedacht, wie komme ich hier weg. (...) Meinem Bruder hat sie nie solche Sachen gesagt, das hat sich eher gegen mich gerichtet“*. Im weiteren Verlauf des Interviews erzählt *Frau Bauer*, von ihrer Angst, ihre Mutter könne ihr in dem Glauben, dass sie der Teufel sei, etwas antun. Diese Angst vor einem tätlichen Angriff der Mutter führte zur Überlegung, wie sie sich vor der Mutter schützen könne und ob es nicht besser wäre, nachts die Zimmertür abzuschließen. Eine andere Form der Angst findet bei *Frau Krämer* ihren Ausdruck. Hier wird nicht die Angst um das eigene Leben als Belastung erfahren, vielmehr steht die Angst und Sorge um die Mutter im Vordergrund. *„Was ich ganz schlimm fand war, die hatte sich immer eingeschlossen zum Meditieren. Jeden Tag eine Stunde ungefähr und wenn die dann nicht raus kam, oder wenn wir von der Schule kamen und wir wussten nicht, wo die war, und es war still, und sie war nicht da. Ich habe sie jahrelang an dem Seil hängen sehen, in den Balken. Immer wenn ich von der Schule kam, wenn ich nicht sofort wusste, wo die ist, dachte ich, jetzt, heute ist es passiert“* (840-846).

An diesen wenigen Zitaten wird sichtbar, welche ambivalente, belastende Emotionen die Kinder und Jugendliche entwickeln können: Schuld- und Schamgefühle, Besorgnis, Einsamkeit, sind ebenso wie Wut und Ängste vorhanden. Diese zentralen Lebensthemen sind auch nicht immer klar voneinander zu trennen, so greifen die Themen Verantwortung, Schuld und Wut ineinander über. Dieses Ambivalenz der Gefühlswelt kann bei den betroffenen Kindern zu weiteren Verunsicherungen und Verwirrungen führen. In den weiteren Feinanalysen der Interviews wird es nun darum gehen, die Biografien sorgfältig zu rekonstruieren, weitere zentrale Lebensthemen zu entdecken und Typisierungen vorzunehmen. Die aus den individuellen Lebensgeschichte von *Frau Wild*, *Frau Krämer* und all den anderen gewonnen Erkenntnisse werden dann in der weiteren Auswertung derart zusammengefasst, so dass verallgemeinerbare Aussagen über die Lebenssituation von Kinder psychisch kranker Eltern getroffen werden können.

5.2 ExpertInneninterviews

Im Unterschied zu den biografischen Interviews bildet beim ExpertInneninterview nicht die Gesamtperson den Gegenstand der Analyse, vielmehr bezieht es sich auf einen Teilausschnitt, auf die individuellen Erfahrungen in einem spezifischen, professionellen Handlungskontext. Abgeleitet von unserer Forschungsfrage haben wir jene Personen als Experten defi-

niert, die als MitarbeiterInnen der Psychiatrie und Jugendhilfe mittelbar oder unmittelbar mit dem Problem Kinder psychisch kranker Eltern konfrontiert sind. „Von Interesse sind ExpertInnen als Funktionsträger innerhalb eines organisatorischen oder institutionellen Kontextes. Die damit verknüpften Zuständigkeiten, Aufgaben, Tätigkeiten und die aus diesen exklusiven Erfahrungen und Wissensbestände sind die Gegenstände des ExpertInneninterviews“ (Meuser/Nagel 1991): 444). Die ExpertInneninterviews in unserem Projektkontext werden als leitfadengestützte Interviews geführt. Der Leitfaden dient der Vorstrukturierung der gewünschten Informationen. Bei der Erstellung des Leitfadens werden wir auf Grundlage der bisherigen Auswertungsergebnisse und der vorhandenen Literatur zunächst alle Fragen und Gedanken auflisten, die zu dem Thema relevant erscheinen. Anschließend werden die einzelnen Fragen inhaltlich gebündelt und systematisch in einer Reihenfolge angeordnet. Die Hauptaufgabe wird darin bestehen, vielfältige Perspektiven unterschiedlicher ExpertInnen zu erfassen und trotz der Vielzahl von Befragten vergleichbares Material zu erheben und verallgemeinerbare Aussagen zu treffen. Für die Auswahl der ExpertInnen haben wir bereits umfangreichen Namenslisten erstellt, die nun anhand noch zu entwickelnder differenzierter Auswahlkriterien systematisch bearbeitet werden müssen, um die zu befragenden Personen daraus bestimmen zu können. Gegenwärtig befinden wir uns in der Konzipierungsphase dieses Leitfadens, so dass an dieser Stelle noch keine weiteren Erkenntnisse und Ergebnisse referiert werden können.

5.3 Fallanalysen

Eine psychische Erkrankung der Eltern stellt eine krisenhafte Situation und einen hohen Belastungsfaktor sowohl für die betroffenen Kinder, als auch für das gesamte System Familie dar. Welche spezifischen Reaktionsformen auf eine psychische Erkrankung erfolgen, variiert fallspezifisch und ist von den vorhandenen bzw. mobilisierbaren Ressourcen der Familien bzw. der Familienmitglieder abhängig. Die Definition des spezifischen 'Falls' stellt demnach keine konstante Größe dar, sondern ist abhängig von den familiären Lebensformen und den darin liegenden Ressourcen sowie den vorhandenen Deutungs-, Handlungs- und Problemlösungsmustern. Um den Definitions- und Rekonstruktionsprozeß dessen, 'was der Fall ist' und 'was den Fall zum Fall macht', leisten zu können, ist demzufolge die Einbeziehung der Perspektive der einzelnen Familienmitglieder erforderlich.³

Um die situative Besonderheit des Falls (vgl. Gildemeister 1992) analysieren zu können, wird *in einem ersten Schritt* die Familie anhand eines *Familienbogens* beschrieben. Der Familienbogen enthält Fragen zu Grunddaten der Familie, wie bspw. Anzahl, Geschlecht, Namen, Nationalität, Beruf, gegenwärtig ausgeübte Tätigkeit, und Geburtsdatum der Familienmitglieder sowie die jeweiligen Beziehungen der einzelnen Personen untereinander (z.B. Vater-Tochter, Halbgeschwister, o.ä.). Diese Ergebnisse werden *anschließend* mit Hilfe eines Genogramms

³ Die Analyse des Falls bedeutet in der Theorie der Sozialen Arbeit hier nicht nur das Rekonstruieren des Einzelfalls, sondern der Fall wird in seinem sozialen Kontext als eine Art soziale Einheit gesehen. Zum Fallverständnis und der Fallorientierung in der Sozialen Arbeit siehe ausführlicher z. B. Gildemeister 1992; Schütze 1993.

(siehe BMFSFJ 1999: 289) zusammenfassend dargestellt. Zur *weiteren* Bestimmung wird noch eine kurze Beschreibung des Krankheitsverlaufes des psychisch kranken Elternteils, Angaben über Beginn der Erkrankung, Historie der psychiatrischen Behandlung sowie Art der Erkrankung angefügt. Zur Untersuchung der formellen und informellen Unterstützungsnetzwerke werden in einem *zweiten Schritt* zunächst die Personen, die für die Familie bei der alltäglichen Lebensgestaltung besonders relevant sind, ermittelt. Auf Grundlage der Fragen mit wem die Familienmitglieder reden können, wenn sie Probleme haben bzw. wer sie bei der Bewältigung ihrer alltäglichen Probleme unterstützt, können die formellen und informellen sozialen Beziehungen mittels einer Netzwerkkarte graphisch veranschaulicht werden. Eine Netzwerkkarte besteht aus konzentrischen Kreise, in deren Mittelpunkt das ICH steht. In die einzelnen Ringe werden die Personen eingetragen, welche von der Familie als Unterstützungsressource betrachtet werden. Zur Bestimmung der Stärke der jeweiligen erlebten bzw. erfahrenen Unterstützung dienen die Abstände der Ringe zum ICH, d.h. je weiter außen vom ICH der Eintrag erfolgt, desto geringer die Unterstützung (siehe BMFSFJ 1999: 264).

Neben den Betroffenen selbst, haben auch die beteiligten Institutionen und Personen eine Definitionsmacht in der Bestimmung dessen, was der Fall ist. Um ein umfassendes Verständnis über die familienspezifische Situation und Problematik erhalten zu können, ist demnach eine Integration der Perspektiven der Betroffenen *und* der Beteiligten notwendig.

6 Auswertungs- und Reflexionsphase

Als Praxisforschungs- und Praxisentwicklungsprojekt ist es uns ein Anliegen, die im Projektkontext ermittelten Erkenntnisse und Ergebnisse mit allen beteiligten Institutionen und Personen sowie anderen PraxisvertreterInnen zu diskutieren, um gemeinsam Empfehlungen für ein umfassendes Netz an Hilfe und Unterstützungsangeboten für Kinder psychisch kranker Eltern und ihren Familien formulieren zu können. In den ersten vorliegenden Forschungsergebnissen des Projektes deutet sich bereits an, dass Kinder psychisch kranker Eltern keine homogene Gruppe bilden für die ein einheitlicher Unterstützungsbedarf formuliert werden kann. Vielmehr differenzieren sich unterschiedliche Problemlagen aus, die von vielfältigen Faktoren, wie Alter der Kinder, Geschlecht des erkrankten Elternteils, Art der Erkrankung, Vorhandensein einer Vertrauensperson, Familienstruktur, usw. abhängig sind. Eine Erkrankung eines Elternteils ist als ein kritisches Lebensereignis für die betroffenen Kinder zu verstehen, dennoch gibt es unterschiedliche Bewältigungsstrukturen. Ein Teil der Kinder bewältigt diese Situation und entwickelt individuelle Stärken, ein anderer Teil erfährt die Erkrankung als (bedrohliche) Krise, in der die individuellen Ressourcen und Kompetenzen nicht ausreichen, um die Belastungen zu bewältigen. Um die unterstützenden Einflüsse für eine positive Bearbeitung dieser belastenden Situation bestimmen zu können, wird im weiteren Projektverlauf der Blick auch auf die Gruppe von Kindern und Jugendlichen gerichtet, die trotz ungünstiger Erfahrungen in ihren Familien weitgehend stabil und gesund blieben. "Diese Phänomene werden mit den Begriffen

Stressresistenz, Hardiness und Resilienz bezeichnet und verweisen auf die wichtige Rolle protektiver Faktoren" (Klein 1996: 156). Resilienz drückt hierbei die Fähigkeit aus, trotz belastender Umstände psychische Gesundheit zu bewahren. Hier ist die Jugendhilfe, aber auch die Erwachsenenpsychiatrie aufgefordert sowohl professionelle Hilfsangebote zu entwickeln, als auch die vielfältigen Potentiale und Ressourcen der Betroffenen und ihrer Umwelt zu aktivieren und zu unterstützen.

Bei den bisherigen Diskussionen mit VertreterInnen von Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe wurde deutlich, dass erhebliche Kooperationsprobleme zwischen diesen beiden Systemen existieren, die sich zum größten Teil auf Informationsdefizite bezüglich Arbeitsweisen und Handlungsansätze der jeweiligen Institution und Profession zurückführen lassen. Die zwei geplanten Fachveranstaltungen in Bielefeld und dem Kreis Warendorf dienen deshalb nicht nur der Entwicklung einer regionalen Infrastruktur, vielmehr geht es hierbei auch um die Schaffung einer Transparenz bezüglich des Handlungspotentials der jeweiligen Systeme.

Insgesamt lässt sich als Bewertung des bisherigen Projektverlaufs resümieren, dass ein großes Interesse und eine hohe Sensibilität für das Thema Kinder psychisch kranker Eltern besteht. Dies zeigt sich zum einen, in den vielfältigen Anfragen an das Projekt bezüglich Informationen, Fortbildungsangeboten und Forschungsergebnissen. Angesichts der großen Nachfrage an Informationen sind für die nächsten Projektphase folgende Aktivitäten geplant:

- Herbst 2000: Herausgabe einer Publikation im Rahmen der Buchreihe ‚Soziale Praxis‘ (Heft 21) zum Thema ‚Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie‘
- Herbst/Winter 2000: Durchführung der Fachveranstaltungen in den beiden Untersuchungsregionen
- Winter 2000/Frühjahr 2001: Fortbildungsangebote zu relevanten Fragestellungen bezüglich des Forschungsthemas (Information, Kooperation, Kommunikation, usw.)
- September 2001: Bundesweiter Kongress des Instituts für soziale Arbeit in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW und der Stadt Wuppertal zum Thema „Hauptsache Gesund?“, Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheitshilfe....

Literatur

- Arbeitskreis „Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder“, c/o Dr. med. Chr. Deneke, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Eppendorf 1994: Stellungnahme zur psychosozialen Versorgung von Familien mit psychisch kranken Eltern, Hamburg
- Bernart, Y./Krapp, S. 1998: Das narrative Interview. Ein Leitfaden zur rekonstruktiven Auswertung. Landau
- Bortz, J/Döring, N. 1995: Forschungsmethoden und Evaluation. 2. überarbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg, New York
- Bude, H. 1985: Der Sozialforscher als Narrationsanimateur. Kritische Anmerkungen zu einer erzähltheoretischen Fundierung der interpretativen Sozialforschung. In: KZfSS, 37. Jg., Heft 2, S. 327-336
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 1999: Handbuch Sozialpädagogische Familienhilfe, Stuttgart, 3. überarbeitete Auflage
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hg.) 1996: Auch Kinder sind Angehörige – Dokumentation einer Fachtagung, Bonn
- Dausien, B. 1996: Biografie und Geschlecht: zur biografischen Konstruktion sozialer Wirklichkeit in Frauenlebensgeschichten. Bremen
- Deger-Erlenmaier, H./Tietze, E./Walter, K. (Hg.) 1997: Jetzt will ich's wissen. Rat und Hilfe für Angehörige psychisch Kranker. 2. korrigierte Fassung. Bonn
- Deneke, Chr. 1995: Psychosoziale Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern. In: pro familia magazin – Sexualpädagogik und Familienplanung Heft 4, S.5-7
- Deutscher Kinderschutzbund Landesverband NRW e.V./Institut für soziale Arbeit e.V. 2000: Kindesvernachlässigung – Erkennen – Beurteilen - Handeln. Münster/Wuppertal
- Fischer-Rosenthal, W./Rosenthal, G. 1997: Narrationsanalyse biografischer Selbstpräsentation. In: Hitzler, R./Honer, A. (Hg.): Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Opladen, S. 133-164
- Friebertshäuser, B./Prenzel, A. (Hrsg.) 1997: Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim und München
- Gildemeister, R. 1992: Neuere Aspekte der Professionalisierungsdebatte: Soziale Arbeit zwischen immanenten Kunstlehren des Fallverstehens und kollektiven Strategien der Statusverbesserung. In: neue praxis, 22. Jg., Heft 3, S. 207-219
- Heinzel, F. 1997: Qualitative Interviews mit Kindern. In: Friebertshäuser, B./Prenzel, A. (Hrsg.): S. 396-413
- Hoffmann-Richter, U./Finzen, A. 1997: Die häufigsten psychischer Erkrankungen. In: Deger-Erlenmaier u.a. : S.11-33
- Jakob, G. 1997: Das narrative Interview in der Biografieforschung. In: Friebertshäuser, B./Prenzel, A. (Hrsg.): S. 445-458
- Klein, M. 1996: Klinische Familienpsychologie der Alkoholabhängigkeit. Kinder und Erwachsene aus suchtbelasteten Familien – Eine Bestandsaufnahme. In: psychomed 8/3, S. 154-158
- Klein, M./Zobel, M. 1997: Kinder aus alkoholbelasteten Familien. In: Kindheit und Entwicklung, Heft 6, S. 133-140

- Kohli, M. 1985: Die Institutionalisierung des Lebenslaufs. Historische Befunde und theoretische Argumente. In: KZfSS Jg. 37, Heft 1, S. 1-29
- Landeswohlfahrtsverband Baden (HG.) 1999: Vorbeugende Jugendhilfe für Kinder akut und chronisch kranker Eltern. Kinderprojekt Auryn. Projektabschlussbericht. Karlsruhe
- Laucht, M./Esser, G./Schmidt, M.H. 1992: Psychisch auffällige Eltern – Risiken für die kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter? In: Zeitschrift für Familienforschung, Heft 4 1992, S. 22-48
- Mattejat, F. 1998: Kinder mit psychisch kranken Eltern – Was wir wissen, und was zu tun ist. In Mattejat, F./Lisofsky, B. (Hg.): S. 66- 78
- Mattejat, F./Lisofsky, B. (Hg.) 1998: ... nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker, Bonn
- Remschmidt, H./Mattejat, F. 1994: Kinder psychotischer Eltern – Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung, Göttingen
- Rosenthal, G. 1995: Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biografischer Selbstbeschreibungen. Frankfurt/New York
- Schone, R. 1998: Die Unterstützung der Familie hat Vorrang. Zur Wahrnehmung der elterlichen Sorge durch psychisch Kranke. In: Mattejat, F./ Lisofsky, B.: S. 197-117
- Schone, R./Gintzel, U./Jordan, E./Kalscheuer, M./Münder, J. 1997: Kinder in Not – Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit, Münster
- Schütze 1987: Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien. Ms, Bielefeld
- Schütze, F. 1984: Kognitive Figuren des autobiografischen Stegreiferzählens. In: Kohli, M./Robert, G. (Hrsg.) Biografie und soziale Wirklichkeit. Neue Beiträge und Forschungsperspektiven. Stuttgart S. 79-117
- Schütze, F. 1987: Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien I. Kurseinheit 1. Studienbrief der Fernuniversität Hagen
- Wilk, L./Bacher, J. 1996: Die Studie ‚Kindsein in Österreich‘. Kinder und ihre Lebenswelten als Gegenstand empirischer Sozialforschung – Chancen und Grenzen einer Surveyerhebung. In: Honig, S. u.a. (Hg.): Kinder und Kindheit. Weinheim und München, S. 55-76

Anlagen

- psychiatrisches Hilfs- und Versorgungsnetz Bielefeld
- psychiatrisches Hilfs- und Versorgungsnetz Kreis Warendorf
- Fragebogen Jugendhilfe
- Fragebogen Psychiatrie