

Die soziale Situation
von
Familien mit psychisch erkranktem Elternteil

Inaugural-Dissertation
in der Fakultät Humanwissenschaften
der Otto-Friedrich-Universität Bamberg

vorgelegt von
Carolin Kreyling, geb. Richardt

aus
Bad Hersfeld

Bamberg, den 24.02.2009

Tag der mündlichen Prüfung: 18.06.2009

Dekan: Universitätsprofessor Dr. Bedford-Strohm

Erstgutachter: Universitätsprofessor Dr. Mühlfeld

Zweitgutachter: Universitätsprofessor Dr. Roßbach

Betreuerin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf: Dr. Wiegand-Grefe

Inhaltsverzeichnis

	Abstract	8
1	Einleitung	9
2	Bestimmung und Eingrenzung des Themenfeldes	11
3	Sozialpädagogische Forschung	14
3.1	Soziale Probleme und Wohlfahrtsproduktion	14
3.2	Psychische Störung, Armut und Arbeitslosigkeit als soziale Probleme	28
3.2.1	Psychische Störung	28
3.2.2	Arbeitslosigkeit	31
3.2.3	Armut	34
3.2.3.1	Historischer Überblick	35
3.2.3.2	Armutskonzepte	38
3.2.3.3	Armutsforschung	43
3.2.3.4	Theorie der Armut	45
3.2.3.5	Reaktionen auf Armut	49
3.3	Multidimensionalität von Integration	51
3.3.1	Historischer Überblick	51
3.3.2	Die Dimensionen der Integration und ihre Bedeutung für die Familie .	53
3.4	Identitätsarbeit von Familien	57
3.5	Forschungsauftrag	65
3.6	Zusammenfassung	65
4	Stand der Forschung	70
4.1	Familiale Lebensformen	70
4.1.1	Geschichte der Familienforschung	71
4.1.2	Historischer Überblick zur Veränderung familialer Lebensformen	71
4.1.2.1	Die historische Vorstellung von der Veränderung der Familie	71
4.1.2.2	Die aktuelle Version von der Entwicklung der Familie	73
4.1.3	Auswirkungen der Veränderungen	81
4.1.3.1	Veränderung der Rahmenbedingungen	81
4.1.3.2	Familienzyklusmodell	82
4.1.3.3	Attraktivität von Ehe und Familie	83
4.1.3.4	Sozialisationsleistungen	84
4.1.3.5	Innerfamiliale Strukturen der modernen Familie	85
4.1.4	Definitionsversuch „Familie“	85
4.1.5	Krisentheorien	89
4.1.5.1	Historischer Überblick	89
4.1.5.2	Probleme der Krisentheorien	92
4.1.5.3	Überprüfung der These vom „Zerfall der Familie“	95
4.1.6	Familiale Lebensformen heute: Beschreibungen der Pluralität	97
4.1.6.1	Rahmenbedingungen der Lebensformen	97
4.1.6.2	Charakterisierung der Lebensformen	98
4.1.6.3	Vergleich der Lebensformen	105
4.1.7	Zusammenfassung	109
4.2	Psychische Störungen	110

4.2.1	Definition und Klassifizierung psychischer Störungen	110
4.2.2	Ätiologie und Transmission	113
4.2.3	Zusammenfassung	118
4.3	Familien mit psychisch erkranktem Elternteil	118
4.3.1	Allgemeines	118
4.3.1.1	Reichweite	119
4.3.1.2	Auswirkungen auf das Familienleben	123
4.3.1.3	Erziehungsfähigkeit und Kindeswohlgefährdung: Sorgerecht	127
4.3.1.4	Zusammenfassung	132
4.3.2	Die Eltern	133
4.3.2.1	Der erkrankte Elternteil	133
4.3.2.2	Der gesunde Elternteil	137
4.3.2.3	Das Elternpaar	138
4.3.2.4	Zusammenfassung	139
4.3.3	Die Kinder	140
4.3.3.1	Forschungsrichtungen	140
4.3.3.2	Ergebnisse aus den drei wichtigsten Forschungsrichtungen	148
4.3.3.3	Auswirkungen der elterlichen Erkrankung	155
4.3.3.4	Faktoren, die diese Auswirkungen beeinflussen	171
4.3.3.5	Bewältigungsstrategien	181
4.3.3.6	Erfahrungen und Probleme der Kinder	182
4.3.3.7	Zusammenfassung	187
4.3.4	Hilfe und Unterstützung	188
4.3.4.1	Bedürfnisse der Eltern	188
4.3.4.2	Bedürfnisse der Kinder	191
4.3.4.3	Bisherige Angebote der Jugendhilfe	192
4.3.4.4	Voraussetzungen und Anforderungen an Unterstützungsmaßnahmen	202
4.3.4.5	Modellprojekte	211
4.3.4.6	Zusammenfassung	213
4.3.5	Zusammenfassung des Forschungsstandes zu Kindern mit psychisch erkranktem Elternteil	214
5	Das Forschungsprojekt CHIMPs (Children of Mentally Ill Parents) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	216
6	Fragestellungen und Hypothesen	217
6.1	Fragestellungen	217
6.2	Hypothesen	218
7	Methoden zur Datenerhebung und Datenauswertung	220
7.1	Operationalisierung der Variablen und Auflistung der Messinstrumente ..	220
7.2	Datenerhebung	221
7.3	Methodenkritik	221
7.3.1	Die Fragebogenmethode	221
7.3.1.1	Allgemeines	221
7.3.1.2	Grundlagen	222
7.3.1.3	Konstruktion von Fragebogen nach der Klassischen Test Theorie (KTT)	224
7.3.1.4	Sprache in Fragebogen	229

7.3.1.5	Beantwortung von Fragebogen	230
7.3.1.6	Fragebogen und Selbstdarstellung	232
7.3.1.7	Vorteile aus Sicht der quantitativen Forschung	233
7.3.1.8	Nachteile aus Sicht der quantitativen Forschung	233
7.3.1.9	Kritik aus Sicht der qualitativen Forschung	234
7.3.1.10	Diskussion der Methoden	237
7.3.2	Interne Konsistenz	242
7.3.3	Selbstbericht und Fremdeinschätzung	246
7.4	Statistische Datenanalyse	250
7.4.1	Eingabe und Aufbereitung der Daten	250
7.4.2	Umgang mit fehlenden Werten	251
7.4.3	Auswahl statistischer Verfahren	252
8	Stichprobe	254
8.1	Selektion	254
8.2	Ausfälle in der Stichprobe	255
8.3	Stichprobenbeschreibung	256
9	Ergebnisse	267
9.1	Die Familiensituation	267
9.2	Einkommensarmut und Arbeitslosigkeit in Familien mit psychisch erkranktem Elternteil	276
9.3	Soziale Unterstützung von Familien mit psychisch erkranktem Elternteil ..	282
9.4	Auswirkungen von Art und Schwere der Erkrankung	282
9.4.1	Auswirkungen auf die Familiensituation	282
9.4.2	Auswirkungen auf Einkommensarmut und Arbeitslosigkeit	286
9.4.2.1	Auswirkungen auf die Höhe des Einkommens	286
9.4.2.2	Auswirkungen auf den Erwerbsstatus	294
9.4.3	Auswirkungen auf die soziale Unterstützung	297
9.4.4	Zusammenfassung	301
9.5	Professionelle Unterstützung für Familien mit psychisch erkranktem Elternteil	302
9.6	Innerfamiliäre und außerfamiliäre bzw. soziale Isolation der Kinder	304
9.6.1	Innerfamiliäre Isolation der Kinder	304
9.6.2	Außerfamiliäre bzw. soziale Isolation der Kinder	307
9.7	Die Lebensqualität der Kinder	313
9.8	Die psychische Gesundheit der Kinder	317
10	Diskussion	322
10.1	Zusammenfassung der Ergebnisse und Vergleich mit den theoretischen Grundlagen	322
10.1.1	Familiäre Lebensformen und familiäre Situation	322
10.1.2	Armutrisiko und Arbeitslosigkeit	324
10.1.3	Soziale Unterstützung	324
10.1.4	Zusammenhang mit Art und Schwere der Erkrankung	324
10.1.5	Professionelle Unterstützung	325
10.1.6	Isolation der Kinder	325

10.1.7	Lebensqualität der Kinder	327
10.1.8	Psychische Gesundheit der Kinder	327
10.2	Gesamtfazit aus den Einzelbefunden	327
10.3	Reflexion der Grenzen und Stärken	328
10.4	Ausblick für die weitere Forschung und Praxis	333
11	Literaturverzeichnis	336
12	Anhang	361
12.1	Anhang A: Tabellarische Übersicht: Fragestellungen, Hypothesen und Messinstrumente	361
12.2	Anhang B: Messinstrumente	362
12.2.1	Anhang B-1: Fragebogen für die Patienten	362
12.2.2	Anhang B-2: Fragebogen für den behandelnden Arzt	378
12.3	Anhang C: Liste verwendeter Variablen	379
12.4	Anhang D: Beschreibung der Instrumente zur Erfassung der verwendeten Variablen	383
12.4.1	Die Familiensituation	383
12.4.1.1	Allgemeiner Familienbogen	383
12.4.1.2	Spontan-Items: Fragen zur Wohn- und Lebenssituation	386
12.4.2	Einkommensarmut und Arbeitslosigkeit	386
12.4.3	Soziale Unterstützung	388
12.4.4	Art und Schwere der Erkrankung	388
12.4.4.1	Art der Erkrankung: International Classification of Diseases (ICD)	388
12.4.4.2	Art der Erkrankung: Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)	392
12.4.4.3	Schwere der Erkrankung	393
12.4.5	Unterstützungswünsche	394
12.4.6	Innerfamiliäre und außerfamiliäre bzw. soziale Isolation der Kinder ...	394
12.4.7	Lebensqualität der Kinder	394
12.4.8	Verhalten und psychische Gesundheit der Kinder	396
12.4.9	Weitere relevante Messinstrumente	397
12.4.9.1	Global assessment of Relational Functioning Scale (GARF)	397
12.4.9.2	Positive and Negative Syndroms Scale (PANSS)	397
12.4.9.3	Freiburger Fragebogen zur Krankheitsbewältigung (FKV)	398
12.4.9.4	Symptomcheckliste SCL-14	399
12.4.9.5	Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-12	399
12.4.9.6	Expositionsdauer des Kindes	400
12.4.9.7	Angemessenheit der individuellen Krankheitsbewältigung	401
12.4.9.8	Chronizität der elterlichen Störung	401
12.4.9.9	Ambulante Behandlung	401
12.5	Anhang E: Zuordnung der Items zu den Skalen und Summenwerten der Messinstrumente	402
12.6	Anhang F: Übersicht der verwendeten Software für die statistischen Berechnungen	404
12.7	Anhang G: Abkürzungsverzeichnis	405

Vorbemerkungen

Aus Gründen der Übersichtlichkeit und besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifisch differenzierte Schreibweise verzichtet, sofern sie nicht beim Zitieren übernommen werden muss. Werden Personenbezeichnungen nur in der maskulinen bzw. femininen Form verwendet, so ist die andere Form dabei stets mit gemeint. Wird wirklich nur auf ein Geschlecht eingegangen, so ist dies ersichtlich.

Angesichts der vielfältigen familialen Lebensformen und ihrer Bezeichnungen (vgl. Kap. 4.1.6, S. 98) wird auf eine differenzierte Schreibweise verzichtet, sodass mit den Begriffen „die Familie“ und „die Familienmitglieder“ die unterschiedlichen Formen des Zusammenlebens mit gemeint sind.

Abstract

Im Themenkomplex „Familien mit psychisch erkranktem Elternteil“ ist die Forschung auf mehreren Ebenen tätig. Neben die direkten gravierenden Auswirkungen psychischer Erkrankungen für alle Familienmitglieder treten weitere sozio-ökonomische Belastungen; die individuelle Komposition von Risiko- und Schutzfaktoren resultiert in einzigartigen Unterstützungsbedürfnissen. Ziel dieser Arbeit ist die Darstellung der Situation der Familie als Ganzes sowie von Möglichkeiten der Unterstützung. Stationär behandelten Patienten mit Kindern wurde ein Fragenkatalog aus mehreren standardisierten Fragebogen und ergänzenden Items vorgelegt, der ihren Unterstützungsbedarf sowie die Auswirkungen somatischer und psychosozialer Einflussfaktoren erhebt. Es zeigt sich, dass die Lebensformen betroffener Familien vergleichbar denen der Gesamtbevölkerung sind, sie jedoch häufiger von Armut und Arbeitslosigkeit, sozialer Isolation und dysfunktionalen Beziehungen betroffen sind. Art und Schwere der Erkrankung haben darauf keinen Einfluss. Die Situation der Kinder bzgl. Lebensqualität und psychischer Gesundheit sowie Integration wird vom erkrankten Elternteil überwiegend als schlecht eingeschätzt. Der Unterstützungsbedarf ist vielfältig und spricht unterschiedliche Hilfesysteme an, die für eine effektive Bedarfsdeckung unbedingt zusammenarbeiten müssen. Speziell sozialpädagogische Angebote beziehen sich auf Netzwerkarbeit, Aufklärung und Angebote der Jugendhilfe.

1 Einleitung

Bleibt alles anders.

H. Grönemeyer

Die Situation von Familien, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist, unterscheidet sich in vielfacher Hinsicht von der Situation anderer Familien. Selbst Familien, die von derselben Erkrankung betroffen sind, prägen mit ihrer Einzigartigkeit und ihren individuellen Bedürfnissen die Arbeit mit ihnen. Obwohl in der Öffentlichkeit tabuisiert, ist die Tatsache, dass psychisch erkrankte Menschen Kinder und Familie haben, weder in der Jugendhilfe noch für die (Erwachsenen-) Psychiatrie eine Ausnahmesituation. Es handelt sich sehr oft um sogenannte „Multiproblemfamilien“, sodass ein und dieselbe Familie in beiden Systemen bekannt ist bzw. neben der psychischen Erkrankung Probleme bestehen, die Unterstützung durch weitere Hilfesysteme erforderlich machen (z.B. Arbeitslosenhilfe, Sozialamt etc.). Trotzdem wurden bisher nur wenige fundierte Unterstützungsangebote für betroffene Familien konzipiert. Wenn es Angebote gibt, dann beziehen sie sich mehrheitlich auf Teile der Familie, das heißt, sie bieten Unterstützung entweder für die Erwachsenen (psychiatrische Behandlung des erkrankten Elternteils bzw. Angehörigengruppen) oder für die Kinder an. Maßnahmen, die sich auf die Familie als Ganzes beziehen, sind sehr selten. Auch die Erforschung der Situation der betroffenen Familien fand bisher in dieser Weise statt: man untersuchte die einzelnen Teile der Familie. In der vorliegenden Arbeit dagegen geht es um die Darstellung der Situation der ganzen Familie.

Dazu wird zuerst der Auftrag sozialpädagogischer Forschung im Themenfeld umrissen: Zur Bestimmung der sozialen Situation betroffener Familien müssen Kategorien sozialer Ungleichheit (vertikal wie horizontal) und ihr Zusammenhang mit sozialen Problemen angesprochen werden. Hiermit wird das Thema auch gesamtgesellschaftlich verortet. Anschließend wird der Stand der Forschung in den drei für das Thema wesentlichen Gebieten Familienforschung, Psychische Störungen und Familien mit psychisch erkranktem Elternteil erschlossen. Der Leser, der sich einen (weniger detaillierten) Überblick über diese theoretischen Grundlagen verschaffen möchte, sei auf die Zusammenfassungen der jeweiligen Kapitel und Teilkapitel 3 und 4 verwiesen, die auch einen guten Einstieg in das Thema bilden. Das Forschungsprojekt, aus dem die hier verwendeten Daten stammen, die Fragestellungen und Hypothesen sowie die Methoden zur Datenerhebung und Datenauswertung werden darauf folgend vorgestellt. Nach der Beschreibung der Stichprobe werden

die Ergebnisse der Analyse dargestellt und diskutiert, Literaturverzeichnis und Anhang schließen die Arbeit ab. Im Anhang ist für einen schnellen Überblick eine tabellarische Übersicht über die Fragestellungen, Hypothesen und Messinstrumente enthalten, außerdem eine Kopie des Fragebogenheftes. Nach der Liste der verwendeten Variablen folgt eine Beschreibung der verwendeten Instrumente, die auch eine genaue Beschreibung der Vorgehensweise zur Berechnung der Ergebnisse enthält. Anschließend sind noch die Zuordnung der Items zu den Skalen und Summenwerten der Messinstrumente, eine Übersicht der verwendeten Software für die statistischen Berechnungen und ein Abkürzungsverzeichnis zu finden.

Mein Dank gilt Herrn Professor Mühlfeld, Universität Bamberg, für die Betreuung und die fachliche Begleitung während der Entstehung der Arbeit und der Leiterin der Forschungsgruppe CHIMPs, Frau Dr. Wiegand-Grefe, Universitätsklinikum Hamburg – Eppendorf, für die Bereitstellung der Daten sowie für Anregungen und Diskussionen inhaltlicher Aspekte. Außerdem danke ich meiner Familie, ohne deren Unterstützung, vor allem durch Kinderbetreuung, diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre. Besonders danken möchte ich auch allen, die mich auf der Jagd nach Tipp- und Rechtschreibfehlern sowie missverständlichen Satzkonstruktionen unterstützt haben.

2 Bestimmung und Eingrenzung des Themenfeldes

Der Themenkomplex „Familien mit psychisch erkranktem Elternteil“ gliedert sich in ein weites Feld, in dem die unterschiedlichsten Fachgebiete forschen, um ein detailliertes Bild der Situation zeichnen zu können. Auf der Ebene der Familie ist zuerst einmal herauszufinden, wie groß die Reichweite, also die Anzahl betroffener Familien überhaupt ist. Inhaltlich geht es auf dieser Ebene um die Mechanismen der Weitergabe der Erkrankung und ihrer Auswirkungen auf das Familienleben, z.B. dessen Funktionalität, sowie daraus entstehende Bedürfnisse. Außerdem sind die familialen Lebensformen und die sozio-ökonomische Situation betroffener Familien sowie ihr Umgang mit Stigmatisierung zu erforschen. Betrachtet man die Ebene der Subsysteme in der Familie, so werden folgende Aspekte untersucht:

- Der erkrankte Elternteil: seine Lebensqualität, Ausbildungsstand und Beruf bzw. berufliche Rehabilitation, Elternschaft im Allgemeinen und bei spezifischen psychischen Störungen, Wechselwirkungen zwischen kindlichen Charaktereigenschaften und der psychischen Störung, peri- und postpartale psychische Störungen und ihre Auswirkungen auf den Bindungsprozess (i.S. der Bindungstheorie nach Bowlby, vgl. S. 147), Behandlung mit Psychopharmaka und ihre Auswirkungen in der Schwangerschaft und Stillzeit auf das Baby sowie auf die Erziehungsfähigkeit des erkrankten Elternteils, Erziehungsfähigkeit und ihre juristischen Aspekte (Sorge-recht), subjektive Erfahrungen und Sorgen, Bedürfnisse und Wünsche bzgl. Unterstützungsangeboten.
- Der gesunde Elternteil: sein psychischer Zustand, Belastungen durch die psychische Störung des Partners, seine Reaktion darauf, die Bedeutung des gesunden Elternteils als kompensatorische Unterstützung für die Kinder, subjektive Erfahrungen und Bedürfnisse.
- Das Elternpaar: das Phänomen der Paarungssiebung, Auswirkungen der psychischen Störung auf die Paarbeziehung.
- Die Kinder: ihre Lebensqualität und psychische Gesundheit, Auswirkungen psychischer Störungen im Allgemeinen, in Abhängigkeit von Alter bzw. Entwicklungsstand, von der Geschwisterposition und weiteren Faktoren, Auswirkungen spezifischer Störungen, Risiko- und Schutzfaktoren sowie weitere Faktoren, die die Auswirkungen beeinflussen, Auswirkungen der psychischen Störung auf den Bindungsprozess (i.S. der Bindungstheorie nach Bowlby, vgl. S. 147), Auswirkungen

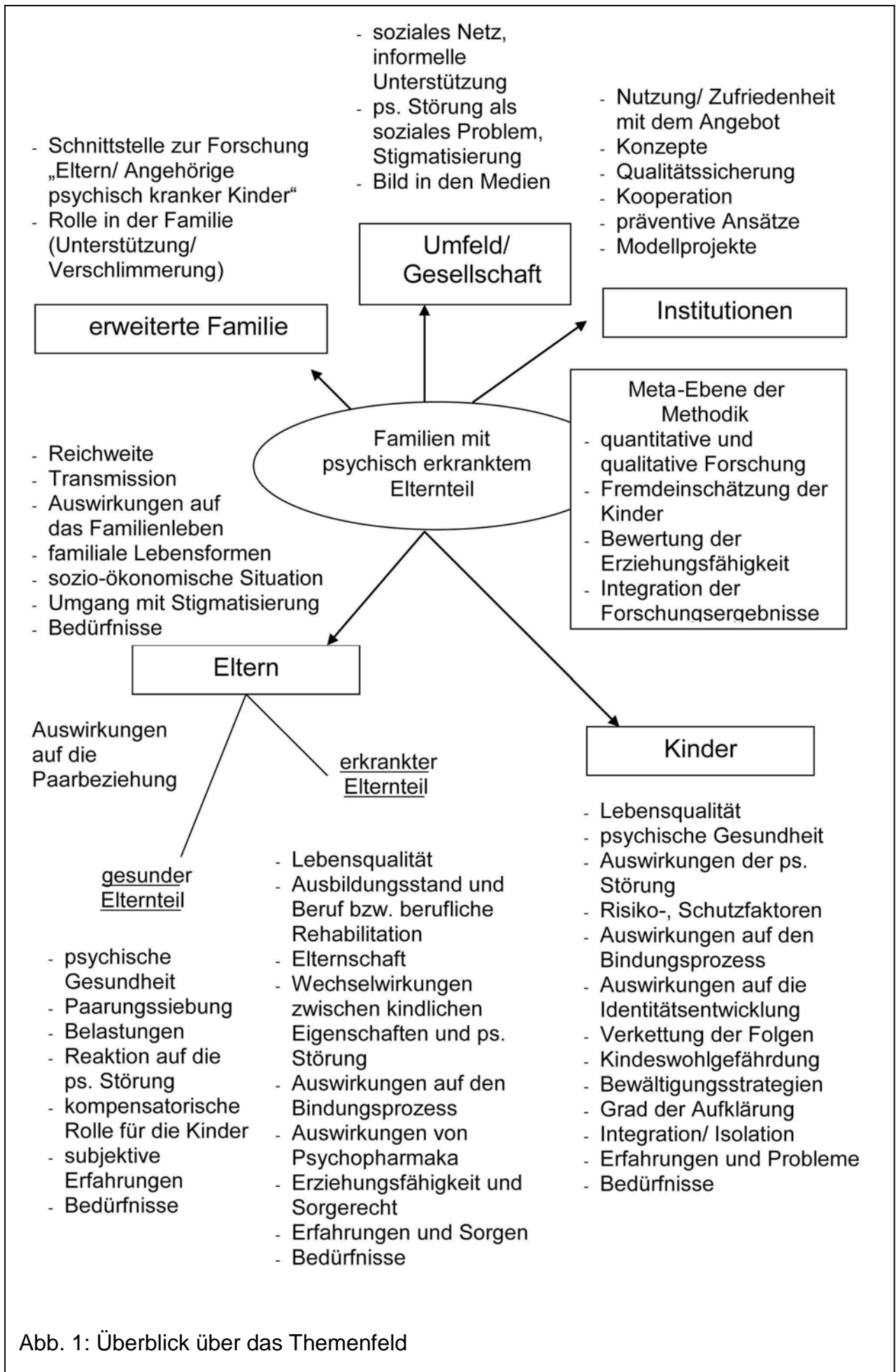
auf die Identitätsentwicklung, Verkettung der Folgen, juristische Aspekte (Kindeswohlgefährdung), Bewältigungsstrategien, subjektive Krankheitstheorien und Grad der Aufklärung über die psychische Störung des Elternteils, ihre innerfamiliäre und soziale Integration oder Isolation, subjektive Erfahrungen und Probleme, Bedürfnisse und Wünsche bzgl. Unterstützungsangeboten.

Die nächsthöhere Ebene betrifft die Rolle der betroffenen Familie in ihrem erweiterten Familienverband. Hier war die bisherige Forschung zu Angehörigen psychisch erkrankter Menschen angesiedelt, denn es ging dabei hauptsächlich um Eltern und Geschwister psychisch erkrankter Menschen und deren Belastungen und Erfahrungen. Jetzt ist zusätzlich nach der Möglichkeit von Unterstützung und einer kompensatorischen Rolle durch die erweiterte Familie für die Familie und insbesondere die Kinder der psychisch erkrankten Person zu fragen.

Eine weitere Ebene ist die der Außenkontakte der Familie, wobei folgende Punkte zu berücksichtigen sind:

- Einrichtungen und Institutionen: Nutzung der Angebote und Zufriedenheit der Familien mit dem Angebot, Untersuchung der Konzepte, Sicherung der Qualität der Arbeit, Kooperation zwischen den Einrichtungen, Entwicklung präventiver Ansätze, Durchführung und Weiterentwicklung von Modellprojekten sowie ihre Implementierung ins Regelangebot.
- Umfeld und Gesellschaft: das soziale Netz betroffener Familien (informelle Unterstützung), die Entwicklung von psychischer Krankheit als soziales Problem inkl. ihrer Stigmatisierung und Anti-Stigma-Kampagnen, das Bild von psychisch erkrankten Menschen in den Medien (in Filmen, Büchern, Nachrichten etc.) bzw. wie es sich im Laufe der Zeit verändert hat.

Auf einer Meta-Ebene sind die Methoden der Forschung weiterzuentwickeln. Dabei geht es um das Verhältnis von quantitativer und qualitativer Forschung, also z.B. die Möglichkeiten und Grenzen von Fragebogen und Interviews, um das Problem der Fremdeinschätzung der Kinder durch die Eltern, insbesondere durch den erkrankten Elternteil, um Möglichkeiten der Bewertung der Erziehungsfähigkeit und darum, wie die Ergebnisse der verschiedenen Forschungsrichtungen und Fachgebiete (Psychologie, Psychiatrie, Medizin, Risiko-, Vulnerabilitäts- und Resilienzforschung, Sozialpädagogik, Medienwissenschaften, Soziologie etc.) zu integrieren sind. Die Abbildung 1 gibt einen Überblick über die hier dargestellten Aspekte der Forschung auf den Ebenen der Familie, ihrer Subsysteme und Außenkontakte sowie der Meta-Ebene der Methodik.



3 Sozialpädagogische Forschung

Sozialpädagogik soll neben Bildung und Sozialisation sowie der Sicherung von Menschenrechten und sozialen Grundrechten einen Beitrag zur Prävention, Bewältigung und Lösung sozialer Probleme leisten (vgl. Rothschuh 1997, S. 5). Doch was sind soziale Probleme? In jeder Gesellschaft bestehen für Individuen gewisse soziale Risiken, die jedoch nicht alle soziale Probleme sind. Erst, wenn eine Verständigung darüber herrscht, dass ein bestimmtes Problem ein Risiko für die soziale Ordnung darstellt, ist es ein soziales Problem. Psychische Störungen, Armut und Arbeitslosigkeit stellen in dieser Hinsicht soziale Probleme dar, die für die vorliegende Arbeit von Relevanz sind. Die Lösung von (sozialen) Problemen ist an die Bereitschaft der Gesellschaft zur Wohlfahrtproduktion und damit an die Übernahme von Verantwortung gekoppelt: sie wird dem Individuum als private Lösung zugeschrieben oder von der Gesellschaft geregelt, wobei Problemlösungen tendenziell immer mehr individualisiert werden. Für die Sozialpädagogik entstehen in beiden Richtungen Handlungsfelder. Einerseits in der Unterstützung der Menschen bei der Ressourcenerkennung und –anwendung und andererseits in der Verbesserung der Lebensbedingungen im Umfeld und politischen Gemeinwesen (vgl. Mühlfeld 2005a). Wie Wohlfahrtsproduktion in einer Gesellschaft gelöst wird, ist eng mit den Themen der Integration und der Identitätsarbeit von Familien verbunden. Hiermit ist ein Themenfeld aufgespannt, in dem sich sozialpädagogische Forschung zwischen sozialer Ordnung und Krisenszenarien bewegt.

3.1 Soziale Probleme und Wohlfahrtsproduktion

Sachverhalte in der Gesellschaft werden dann als soziales Problem definiert, wenn die Differenz bzgl. dieses Sachverhaltes zwischen bestimmten Gruppierungen ein Maß überschreitet, das als nicht mehr legitim im durchaus akzeptierten Ungleichheitsgefüge der Gesellschaft erkannt wird. Insbesondere als illegitim empfundene Verschärfungen materieller Ungleichheit führten in der Geschichte zu Umstürzen oder Revolutionen (vgl. Hradil 1999, S. 251). Damit birgt als illegitim empfundene Ungleichheit eine Gefahr für die soziale Ordnung und kann als gesellschaftliche Krise definiert werden.

Soziale Ungleichheit bezieht sich auf die unterschiedliche Stellung von Menschen in sozialen Beziehungsgefügen. Wenn diese Stellung der Grund dafür ist, dass bestimmte Personengruppen regelmäßig mehr von den „wertvollen Gütern“ einer Gesellschaft erhalten, als andere, spricht man von vertikaler sozialer Ungleichheit (vgl. Hradil 1999, S. 26).

Als Basisdimensionen sozialer Ungleichheit gelten die berufliche Stellung, materieller Wohlstand, Macht und Prestige sowie Bildung in postindustriellen Gesellschaften. Außerdem werden in modernen Gesellschaften noch die Arbeits-, Wohn-, Umwelt- und Freizeitbedingungen als wichtige Dimensionen genannt. Sie alle sind logisch unabhängig voneinander, ihre Konvertierungsmöglichkeiten zeigen aber, dass sie es empirisch nur bedingt sind. Manche Konvertierungsmöglichkeiten (z.B. Macht in Geld) sind gesellschaftlich nicht gebilligt, andere entsprechen hingegen den Zielen der Gesellschaft (z.B. Bildung in Einkommen, Prestige) (vgl. Hradil 1999, S. 27 f.). Historisch lässt sich folgende Abfolge an Gefügen sozialer Ungleichheit erkennen: Ständegesellschaften entwickelten sich mit der industriellen Revolution zu Klassen- und weiter zu Schichtengesellschaften. Moderne Gesellschaften lassen sich am besten als Gefüge komplexer Soziallagen beschreiben (vgl. Hradil 1999, S. 33). Horizontale Ungleichheit hat keine direkte Unterteilung in ein Besser-/Schlechter-Gestellt-Sein zur Folge. Zu den Dimensionen horizontaler Ungleichheit gehört z.B. der Wohnort oder der Beruf.

Zu den einzelnen Dimensionen sozialer Ungleichheit trägt Hradil (1999, S. 148 ff.) folgende Aspekte zusammen:

Bildung (S. 148 ff.): bis ins 19. Jahrhundert waren Bildungsgrad und –abschluss relativ unwichtig für den Einzelnen. Nach Prozessen der Modernisierung und Industrialisierung wurde die Schul- und Berufsausbildung jedoch immer mehr zur Voraussetzung für den Zugang zu bestimmten Berufspositionen und deren Einkommen. Heute gilt das Bildungswesen als die zentrale Zuteilungsstelle für soziale Chancen der Gesellschaftsmitglieder, woraus sich die Forderung nach Chancengleichheit im Bildungswesen ableitet. Allerdings lassen sich bzgl. der Aspekte Geschlecht, soziale Herkunft, Region und Staatsangehörigkeit Ungleichheiten der Bildungschancen beobachten.

Berufliche Stellung (S. 178 ff.): Bereits der Erwerbsstatus (erwerbstätig zu sein oder nicht) bringt Unterschiede mit sich, so dass sich die Dimension ungleicher Erwerbsbeteiligung von einem positiven Pol einer gesicherten Vollzeit-Erwerbsposition über prekäre Erwerbstätigkeit und kurzfristige Arbeitslosigkeit hin zu Langfristigen Arbeitslosigkeit erstreckt.

Wohlstand (S. 208 ff.): Ein hoher Lebensstandard, dessen Kern materieller Wohlstand bildet, ist eine der wichtigsten Zielsetzungen in modernen Gesellschaften. Geld als Maß für Wohlstand ist auch ein Mittel zur Erreichung anderer Lebensziele, wie Sicherheit, Gesundheit, Ansehen etc. Postmaterielle Werthaltungen werden bei den meisten Menschen erst wichtig, wenn ihre materiellen Bedürfnisse befriedigt sind. Einkommen-

sungleichheiten haben in reicheren Ländern geringere Auswirkungen, weil sich hier auch Geringverdienende viele Grundbedürfnisse erfüllen können. Nach Lebensformen unterschieden verteilt sich die finanzielle Situation folgendermaßen: Alleinlebende sind gefolgt von (Ehe-)Paaren ohne Kinder am besten gestellt, dann folgen mit Abstand Familien je nach Anzahl ihrer Kinder. Den unteren Abschluss bilden Ein-Eltern-Familien.

Macht (S. 252 ff.): Jede wesentliche Beeinflussung eines anderen, ohne dass dieser sich der Einwirkung entziehen kann, wird Macht genannt. Herrschaft stellt die institutionalisierte (legale) und hingenommene (legitime) Seite der Macht dar. In Deutschland ist das Machtgefälle pluralistisch, d.h., es gibt mehrere Zentren der Macht, die unterschiedliche Interessen vertreten. Allerdings haben Mitglieder bestimmter privilegierter Gruppen (besser (Aus-)Gebildete, obere Schichten, Männer) größere Chancen der Machtteilhabe.

Prestige (S. 273 ff.): Als gesellschaftlich typische Bewertung der unpersönlichen sozialen Positionen und Merkmale hängt das Prestige nicht nur von den Merkmalen des Bewerteten ab, sondern auch von den Maßstäben des Wertenden. Eine Ausnahme bildet der Beruf mit einer hohen gesamtgesellschaftlichen und zeitlichen Stabilität des Berufsprestiges.

Arbeitsbedingungen (S. 297 ff.): Da schon lange bekannt ist, dass manche Arbeitsbedingungen vorteilhafter sind als andere (Auswirkungen auf Wohlbefinden, Gesundheit, Familienleben, soziale Kontakte, Freizeitverhalten, Teilnahme am öffentlichen Leben), ist ein wichtiges Ziel der Arbeiterbewegung und der Arbeitsschutzpolitik die Einschränkung der übermäßigen Arbeitsbelastung und Risiken.

Wohnbedingungen (S. 307 ff.): Sie beeinflussen die Lebenschancen der Menschen (Möglichkeiten der Erholung von Arbeitsbelastungen etc.) und sind bei einkommensschwachen und kinderreichen Bevölkerungsgruppen ungünstiger, weil Wohnungen in marktwirtschaftlich orientierten Gesellschaften ein käufliches Gut sind.

Freizeitbedingungen (S. 311 ff.): Freizeit entstand erst mit der modernen Industriegesellschaft und der Einführung von Feierabend, Urlaubs- und Pensionsregelungen. Zunächst hatten untere Schichten wenig Freizeit, die außerdem der Regeneration diente, später verfügten sie über viel Freizeit (manchmal mehr als gewünscht), während obere Schichten an Freizeit verloren, dafür aber frei und selbständig in individuell befriedigenden und gesellschaftlich anerkannten Tätigkeiten arbeiten konnten.

Theorien sozialer Ungleichheit formulieren kausale Zusammenhänge und zeigen generelle Ursachen auf (vgl. Hradil 1999, S. 32). Die wichtigsten Theorien sind folgende:

In den Klassentheorien wird Ungleichheit durch die Stellung im Produktionsprozess bzw. durch die ungleiche ökonomische Macht-Stellung erklärt. Die Ursache wird also in der Wirtschaftsweise der Menschen gesehen. Ursprünglich von Marx erdacht, entwickelten sich Klassentheorien weiter, sodass ihre Modelle immer noch aktuell sind. Mit ihnen wird Kritik an den Ergebnissen und den Kriterien der Güterverteilung geübt (vgl. Hradil 1999, S. 99, S. 113 ff., S. 118 f., S. 349 f.).

Die funktionalistische Erklärung sieht soziale Ungleichheit als Ergebnis eines gesellschaftlichen Belohnungsprozesses, der im Leistungsprinzip mündet: Um die Stellen adäquat zu besetzen, die der Gesellschaft wichtig sind, werden sie entsprechend ihrem Beitrag zum Ganzen entlohnt (vgl. 1999, S. 109 ff.).

Zu den Arbeitsmarkttheorien gehört die Humankapitaltheorie. Sie nimmt an, dass Arbeit nach dem Maß der Produktivität entlohnt wird, die abhängig von der Höhe des Humankapitals und materieller Investitionen ist. Humankapital wird die menschliche Arbeitsfähigkeit, gründend auf Bildung und Ausbildung, genannt (vgl. Hradil 1999, S. 122).

Ebenfalls eine Arbeitsmarkttheorie ist die Theorie der Arbeitsmarktsegmentation. Sie erkennt mehrere Teilarbeitsmärkte, die voneinander abgeschottet sind: im berufsfachlichen Arbeitsmarkt sind Arbeitnehmer zusammengefasst, deren Qualifikation in vielen Betrieben gebraucht wird, während betriebsspezifische Aus- und Weiterbildungen den Arbeitnehmer auf den betrieblichen Arbeitsmarkt beschränken. Der Jedermannsarbeitsmarkt umfasst alle wenig qualifizierten, jederzeit austauschbaren Arbeitskräfte. Die Angehörigen der verschiedenen Teilarbeitsmärkte haben unterschiedliche Chancen bei der Suche nach einem neuen Arbeitsplatz (vgl. Hradil 1999, S. 122).

Ebenso wie die bisher genannten gehört die Theorie vom Ende der Arbeitsgesellschaft zu den ökonomischen Theorien sozialer Ungleichheit. Sie stellt die Privilegien der Arbeitenden und Nachteile der Nicht-Arbeitenden in den Vordergrund und prophezeit, dass bald eine kleine Elite von (kreativ) Arbeitenden einer großen Masse von nicht oder in unattraktiven Stellen Arbeitenden gegenübersteht, weil die Arbeit insgesamt weniger wird. An dieser Theorie herrschen empirisch begründete Zweifel (vgl. Hradil 1999, S. 125 ff.).

In Ergänzung zu marktorientierten Ansätzen weisen Erklärungen von Ungleichheit durch staatliche Transferzahlungen auf horizontale Disparitäten der Lebensbereiche hin:

weil sich die Politik der Regierenden auf ihre Wiederwahl konzentriert und die verschiedenen Lebensbereiche wie Wirtschaft, Gesundheitswesen, Sozialhilfe etc. verschiedene Risikopotentiale für Krisen bergen, die die Wiederwahl gefährden könnten, werden diese verschiedenen Bereiche ungleich versorgt (vgl. Hradil 1999, S. 132 f.).

Auch Unterschiede in Ausmaß und Aufbau der verschiedenen Typen moderner Wohlfahrtsstaaten führen zu unterschiedlichen Gefügen sozialer Ungleichheit, womit eine institutionelle Schichtungstheorie angesprochen ist: Liberale Wohlfahrtsstaaten (wie die USA) mit minimaler staatlicher Tätigkeit im Bereich der Sozialpolitik zeigen eine krasse Ungleichheit, konservative Wohlfahrtsstaaten (wie Deutschland) haben scharfe Gegensätze beseitigt, Statusunterschiede jedoch bewahrt, sodass eine mittelstarke Ungleichheit zu beobachten ist. In sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaaten (wie Schweden) dominieren mittlere Schichten und die Ungleichheit ist gering (vgl. Hradil 1999, S. 136 f.; Kaufmann 2003, S. 42).

Die Habitus-Theorie (Pierre Bourdieu) und die Individualisierungsthese (Ulrich Beck) sind die wichtigsten soziokulturellen Theorien sozialer Ungleichheit. Bourdieu ordnet die Menschen einerseits vertikal nach Ausmaß an Kapitalbesitz (ökonomisches Kapital, Bildungskapital und soziales Kapital bestehend aus sozialen Beziehungen) und andererseits horizontal je nach Zusammensetzung und Zukunftsaussichten dieses Kapitalbesitzes an. Er geht davon aus, dass die Entstehung klassenspezifischer Kulturformen (Denk-Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster) zur Aufrechterhaltung des Ungleichheitsgefüges beiträgt. Beck dagegen nimmt die Herauslösung aus traditionellen Sozialformen an, die den Verlust von traditionellen Sicherheiten und Orientierungen nach sich zieht. Jedoch sieht er auch eine neue Art der sozialen Einbindung. Ungleichheiten zwischen Gruppen sind nach Beck gleich geblieben, aber weniger wahrnehmbar, da alle besser gestellt sind (Fahrstuhleffekt). Diese Theorie ist kontrovers diskutiert, trifft aber die gemischten Gefühle, mit denen viele Menschen der Modernisierung entgegensehen und die sich in den Hoffnungen auf Autonomie und der Furcht vor Isolation zeigen (vgl. Hradil 1999, S. 140 ff.).

Die beschriebenen Theorien der Ursachen sozialer Ungleichheit werden ergänzt durch Modelle. Herkömmliche Klassenmodelle ordnen die Menschen vertikal nach ihrer Stellung im Produktionsprozess in zwei oder mehr Klassen an. Schichtenmodelle ziehen zur Anordnung die Qualifikation, berufliche Stellung, Einkommen und Prestige der Menschen heran und werden als Zwiebelmodelle dargestellt. Sie beschreiben soziale Ungleichheit, benötigen zu ihrer Erklärung jedoch eine zusätzliche Theorie. Meist bedienen

sie sich funktionalistischer Integrationstheorien (Belohnungsprinzip, Leistungsprinzip). Damit wird die Legitimität der Verteilungsprinzipien nicht bestritten, nur das Ausmaß der Ungleichheit kritisiert (vgl. Hradil 1999, S. 350). Neuere Klassen- und Schichtenmodelle werden als Häuser dargestellt und sind etwas differenzierter (vgl. Hradil 1999, S. 357 ff.).

Lagenmodelle haben den Vorteil, dass sie die gesamte Bevölkerung und nicht nur den erwerbstätigen Teil erfassen. Sie differenzieren Gruppen mit ähnlichen Lebensbedingungen, sodass auch horizontale Ungleichheiten erkennbar sind (Alter, Wohnregion, Geschlecht, Staatsangehörigkeit). Die Lebenslage eines Menschen bestimmt sich aus der individuellen Kombination von Einkommen, Bildungsabschluss, Wohnbedingungen etc., gruppentypische Lebenslagen fassen eine größere Anzahl von Menschen mit ähnlichen Konstellationen an Lebensbedingungen zusammen. Hiermit werden auch Vor- und Nachteile im Nebeneinander von Gruppierungen durch bessere und schlechtere Lagen deutlich (vgl. Hradil 1999, S. 366 ff.).

Die Selbstzuordnung der Menschen in das Gefüge sozialer Ungleichheit entspricht in der Regel der Realität und führt in Westdeutschland zu einer Zwiebelform, d.h., die Bevölkerung sieht sich als Mittelschichtgesellschaft. In Ostdeutschland zeigt sich dagegen aufgrund der Orientierung an westdeutschen Verhältnissen in der Pyramidenform das Selbstverständnis als Arbeitergesellschaft. Die Bevölkerung Westdeutschlands ist damit auch recht zufrieden, während in Ostdeutschland die Zufriedenheit geringer ausfällt. Wolfgang Zapf prägte hierbei die Begriffe des Zufriedenheitsparadoxes und des Unzufriedenheitsdilemmas, die angewendet werden, wenn Lebensbedingungen und Zufriedenheit (meist aufgrund unangepasster Ansprüche) nicht zusammenpassen. Der Zusammenhang zwischen Lebensweise und Lebenslage kann daher nicht durch einfache objektivistische („Sein bestimmt Bewusstsein“) oder subjektivistische Erklärungsmuster (Unabhängigkeit des Bewusstseins von der materiellen Lage) gedeutet werden, sondern es müssen sonstige Lebensumstände sowie die Art der inneren Verarbeitung äußerer Einflüsse berücksichtigt werden (vgl. Hradil 1999, S. 406 ff.).

Die offiziellen Begründungen und Rechtfertigungen sozialer Ungleichheit verändern sich mit der Zeit. Im Mittelalter galt die Gesellschaft als Organismus mit gottgewollter hierarchischer Gliederung (Stände), in der eine standesgemäße Lebensweise der Sicherung des eigenen Platzes dient. Mit Prozessen der Individualisierung und der Intensivierung des Leistungsstrebens galt es später, das Reich Gottes in dieser Welt durch Arbeit zu verwirklichen, sodass unermüdliches Schaffen als gottgewolltes Tun interpretiert wurde. Liberalis-

tische Gedanken hielten die freie Entfaltung für das größte Wohl der Gesellschaft, ein individueller Platz sollte in der Gesellschaft durch Leistung erarbeitet werden, womit sich das Leistungsprinzip etablierte. Dieses wird in Deutschland heute von fast allen Gruppen akzeptiert, wobei Kritikpunkte der Unmenschlichkeit perfekter Leistungsgesellschaften (keine Rücksicht auf weniger leistungsfähige Mitglieder der Gesellschaft) dadurch abgemildert werden, dass es in Deutschland ergänzend noch das Sozialprinzip der (Um-)Verteilung der knappen, begehrten Güter nach Maßgabe der Bedürfnisse der Menschen durch sozialstaatliche Einrichtungen sowie weitere als gerecht geltende Prinzipien gibt. Diese Pluralität der Verteilungsprinzipien mit einem Vorrang des Leistungsprinzips wird prinzipiell von allen akzeptiert, lediglich über das Mischungsverhältnis herrscht Uneinigkeit. Neben diesen akzeptierten Verteilungsprinzipien sehen viele Menschen jedoch auch ungerechte Prinzipien in Wirkung (z.B. Beziehungen, soziale Herkunft, Geld o.ä.) (vgl. Hradil 1999, S. 411 ff.; Kaufmann 2003, S. 43 f.). Übersteigt die Unzufriedenheit der Bevölkerung bzgl. der Verteilungsprinzipien ein gewisses Maß, so ist die Gefahr der Revolution, mithin eine Krise der Gesellschaft gegeben. Mit der Prophezeiung solcher gesellschaftlichen Krisen ist die Sozialpädagogik entstanden (vgl. Dollinger 2008, S. 37), denn sie versucht immer wieder, sich mit der Bearbeitung der Krisen zu legitimieren. Allerdings fehlen ihr meist die wichtigsten Mittel zur Lösung der Krisen, die sie selbst zeichnet (z.B. kann die Sozialpädagogik bei Prozessen der radikalen Individualisierung nicht umfassend gesellschaftliche Traditionen re-etablieren), weshalb sie ihre Legitimation durch den Zugang über das gefährdete Individuum subjektbezogen und auf Bewältigungsprozesse gerichtet zu erreichen versucht und darauf hinweist, dass nicht nur die Umstände den Menschen beeinflussen, sondern auch der Mensch seine (krisenhafte) Umwelt (positiv) verändern kann (vgl. Dollinger 2008, S. 99, S. 105 f. bezugnehmend auf Pestalozzi 1797). In der Geschichte lässt sich diesbezüglich folgendes Muster beobachten: Auf die Identifikation einer Gesellschaftskrise mit ihrer Krisendefinition folgen spezifische Interventions- und Handlungsforderungen, die in einem Lösungsvorschlag zusammengefasst werden. Zu seiner Durchsetzung müssen die Deutungsstrukturen anschlussfähig sein, d.h. eine diskursive Außenanbindung aufweisen, und kulturell legitimiert werden, damit die Sozialpädagogik ihre Interventionskompetenzen einbringen kann (vgl. Dollinger 2008, S. 43, S. 100). Die Durchsetzung des Lösungsvorschla- ges wurde meist später selbst zum Problem, worauf eine neue Krisendefinition mit einem neuen Lösungsvorschlag folgte, weil alte Interventionsstrategien nicht mehr plausibel gemacht werden konnten. Diese Abfolge wiederholte sich im Laufe der Geschichte ständig (vgl. Dollinger 2006).

Zum Beispiel hatten die industrielle Revolution und der durch sie ausgelöste gesellschaftliche Modernisierungsprozess neben anderen Folgen auch negative Auswirkungen auf die Lebenspraxis. Bei diesen Folgen, die bearbeitet werden mussten, handelte es sich im wesentlichen um Armut, Kinderarbeit, Kriminalität, Alkoholkonsum, Krankheit und psychische Störungen in den unteren sozialen Klassen. Mit ihrer einheitlichen Ursache, nämlich der kapitalistischen Entwicklung bzw. dem sie begleitenden rapiden sozialen Wandel, wurden sie in der „sozialen Frage“ zusammengefasst, wie Groenemeyer (1999a, S. 13 f.) bemerkt. Dollinger (2006, S. 17, S. 188) weist jedoch darauf hin, dass nicht nur der Kerngehalt der sozialen Frage stets umkämpft und die Einigung auf eine einheitliche Fassung und Bearbeitung daher ein unerreichtes Wunschbild war, sondern auch, dass die Vorstellungen davon, um welche Art von Krise es sich bei der sozialen Frage handelte und wie soziales Leben gestaltet und strukturiert sein soll, stark divergierten, weshalb unterschiedliche Lösungsvorstellungen nebeneinander existierten. Heute ist jedoch in modernen hochdifferenzierten Gesellschaften die Ableitung einzelner sozialer Probleme aus einer monokausal erklärten „sozialen Frage“ nicht mehr möglich (vgl. Groenemeyer 1999a, S. 13 f.). Die zeitliche Struktur der sozialen Frage lässt sich nach Dollinger (2006, S. 28) folgendermaßen darstellen: die pauperistische Armenfrage wandelte sich in die Arbeiterfrage (Singular „soziale Frage“), bevor sie in mehrere soziale Fragen zerfiel (Plural „soziale Fragen“) und später einzelne soziale Probleme wahrgenommen wurden (Plural „soziale Probleme“), ohne dass jedoch vorhergehende Probleme gelöst wurden.

Ein Definitionsmerkmal moderner Gesellschaften ist ihr stetiger Wandel, d.h. ihre fehlende dauerhaft spezifizierte Stabilität. Damit ergibt sich aus der Schwierigkeit der Bestimmung dessen, was Ordnung ist und die Abgrenzungskriterien eines „normalen“ bzw. problematischen sozialen Wandels sind, auch ein Definitionsproblem für den Begriff „soziale Probleme“ (vgl. Groenemeyer 1999a, S. 14). Groenemeyer (1999a, S. 16 f.) hat verschiedene Definitionen zusammengetragen und analysiert. Dabei stellt er fest, dass die meisten Definitionen drei Aspekte enthalten, die er in seiner Definition (S. 61) zusammenfasst: „Grundlage sozialer Probleme sind enttäuschte Erwartungen kollektiver Akteure mit strukturellen oder institutionalisierten Bedingungen, die vor dem Hintergrund spezifischer Wertideen und Interessen „Notwendigkeiten“ der Veränderung einer Situation zu einer öffentlichen Thematisierung bringen.“ Im Einzelnen handelt es sich bei diesen drei Aspekten also um folgende Ebenen (vgl. Groenemeyer 1999a, S. 15; vgl. auch Schetsche 1996, S. 16):

- Konkrete soziale Bedingungen, Strukturen oder Situationen werden als Störung, Widerspruch oder Funktionsproblem der Gesellschaft analysiert.

- Sie werden als soziales Problem wahrgenommen, benannt oder sozial konstruiert.
- Eine Veränderung der Situation wird mit der Forderung nach Entwicklung von Gegenmaßnahmen und Politik als möglich und notwendig erkannt.

Allein die Existenz störender Situationen (Punkt 1) konstituiert noch kein soziales Problem, denn es gibt Situationen, die ein externer Beobachter als äußerst problematisch einschätzt, die aber innerhalb des sozialen und historischen Kontextes als Selbstverständlichkeit gelten, wie z.B. Sklaverei. Hier wird der Unterschied zwischen einem sozialen Problem und problematischen gesellschaftlichen Bedingungen deutlich: problematische gesellschaftliche Bedingungen als Lebensbedingungen, Situationen und Handlungsformen, die gegen kollektive normative Erwartungen oder Werte verstoßen, müssen über einen längeren Zeitraum bestehen, damit sie als soziales Problem definiert werden können. Auf der anderen Seite ist jedoch strittig, ob konkrete gesellschaftliche Bedingungen grundlegend für eine Definition als soziales Problem sind, oder ob soziale Probleme auch unabhängig davon konstruiert werden können. Auf diese Weise lassen sich „Scheinprobleme“ und „latente soziale Probleme“ identifizieren (vgl. Groenemeyer 1999a, S. 17 f.).

Die wichtigste Ebene der Bestimmung sozialer Probleme bildet Punkt 2, die kollektive Definition, die aus der öffentlichen Thematisierung von Sachverhalten, die Leiden oder Unbehagen verursachen und moralische Entrüstung oder Empörung bewirken, folgt. Erst durch das Auftauchen dieser Gefühle können Situationen zu sozialen Problemen werden, der affektive Gehalt kann als Indikator für die Problemschwere herangezogen werden (Groenemeyer 1999a, S. 18 ff.). Kinderarbeit z.B. galt in Agrargesellschaften nicht als soziales Problem, erst in der Industriegesellschaft artikulierte sich darin eine soziale Risikolage.

Nichtsdestotrotz können auch Lebensbedingungen, die einen hohen affektiven Gehalt aufzeigen, eine Definition als soziales Problem verpassen, nämlich dann, wenn sie als Akte einer höheren Macht oder der Natur angesehen werden und eine Veränderung durch soziales Handeln ausgeschlossen ist (Punkt 3). In modernen Gesellschaften bildet die durch Säkularisierung, Aufklärung und Rationalisierung verbreitete Vorstellung von der Gestaltbarkeit der Gesellschaft die kulturelle Grundlage für eine Konstitution sozialer Probleme. In diesem Sinne sind sie Produkte moderner Gesellschaften. Innerhalb einer Gesellschaft lassen sich auch Gruppen nach ihrer Einstellung bzgl. der Gestaltbarkeit von Lebenssituationen und ihrer Toleranz bzw. Hinnahmefähigkeit von Diskrepanzen differenzieren; paradoxerweise zeigen oft diejenigen, die am gravierendsten von einer Situation

betroffen sind, eher fatalistische Einstellungen (vgl. Groenemeyer 1999a, S. 21; Groenemeyer 1999b, S. 116).

Ähnlich konstruiert Dollinger (2006, S. 32 ff., vgl. auch Dollinger 2008, S. 86 f.) den formalen Prozess der Krisendiagnose, nach dem sich Theorien sozialer Pädagogik verorten lassen: Die Krisenfeststellung impliziert immer eine Wertung, die auf der Grundlage unterschiedlicher Normalitätsvorstellungen getroffen wird, da eine bestimmter Grenzwert (z.B. eine Scheidungsziffer) dem Ereignis nicht per se als Krise eingeschrieben ist, sondern für die einen problematisch, für andere irrelevant und für wieder andere von Vorteil ist. Die unterschiedlichen Vorstellungen über soziale Ordnungsbildung und wie sie im Normalfall auszusehen hat, ist mindestens implizit in jeder Krisenfeststellung enthalten, ebenso wie eine mehr oder weniger klare Grenzziehung zwischen Normalität und Krise, die auf moralischen Implikationen und einer zielgruppenspezifischen Plausibilität aufbauen. Zusätzlich werden die Ordnungstheorien immer mit der Tatsache sozialen Wandels konfrontiert, dessen Folgen zwischen Bedrohung der Ordnung und begrüßenswerter Entwicklung bewertet werden.

Je nachdem, welche Perspektiven und Relevanzkriterien an die einzelnen Ebenen bzw. Aspekte angelegt werden, können unterschiedliche Diskurse verschiedener kollektiver Akteure, die um die jeweils „bessere“ Definition, Ursachenzuschreibung und Lösung eines sozialen Problems konkurrieren, differenziert werden (vgl. Groenemeyer 1999a, S. 24). Die wichtigste Unterscheidung bildet dabei die Einteilung in traditionelle Ansätze („Objektivisten“) und konstruktivistische Sichtweisen („Definitionsansatz“). Traditionelle Ansätze gehen von der Existenz einer objektiven Diskrepanz zwischen gesellschaftlichen Wertvorstellungen und den realen Lebensbedingungen sozialer Gruppen aus (z.B. führten Arbeitsteilung, soziale Differenzierung, Durchsetzung der Marktwirtschaft und Prozesse der Industrialisierung zu gesellschaftlichen Anpassungsproblemen), während Vertreter des Sozial-Konstruktivismus dagegenhalten, dass weder die Anzahl der Betroffenen noch das Ausmaß der Konsequenzen Parameter dafür sind, ob ein Sachverhalt zu einem anerkannten sozialen Problem wird. Sie halten die Definition eines Sachverhaltes als soziales Problem im Wesentlichen für das Ergebnis erfolgreicher Skandalisierungskampagnen, d.h. gesellschaftlicher Definitionen und sozialer Aushandlungsprozesse (vgl. Schetsche 1996, S. 11, S. 17 f.; Groenemeyer 1999a, S. 24). Genauere Einteilungen der Diskurse lassen sich bei Groenemeyer 1999a, S. 24 ff. nachlesen.

Der Prozess von der Entstehung eines sozialen Problems bis zu seiner Lösung wurde von etlichen Autoren in Karrieremodellen mit variierendem Differenzierungsgrad beschrieben. Oft wird darauf hingewiesen, dass einzelne Stufen oder Phasen übersprungen werden können oder in einer anderen Reihenfolge ablaufen. Versucht man, diese Modelle in der Realität zu finden, stellt man jedoch fest, dass die einzelnen Stufen nicht gut rekonstruiert werden können (vgl. Groenemeyer 1999a, S. 53). Zusammenfassend lassen sich folgende Stadien mit ihren Unter-Phasen benennen (vgl. Schetsche 1996, S. 11, S. 31 ff.; Groenemeyer 1999a, S. 52 f. beziehungsweise auf Fuller & Myers 1941, Becker 1966, Blumer 1971, Spector & Kitsuse 1973, Mauss 1975, Downs 1972):

- Stadium der Bewusstwerdung des Problems: Meist wird ein störender Sachverhalt in einem Vorstadium der Bewusstwerdung durch Experten wahrgenommen und problematisiert. Die Deutung als Problem wird durch kollektive Akteure zur Erzeugung eines öffentlichen und politischen Streitgegenstandes transportiert, was zu einem euphorischen Enthusiasmus in der öffentlichen Thematisierung führt. In Zusammenhang mit Reaktionen bei offiziellen Organisationen, der Verwaltung und öffentlichen Institutionen setzt sich eine Problemdefinition in der Öffentlichkeit durch, womit die Legitimierung, d.h. gesellschaftliche Anerkennung als soziales Problem inklusive seiner Lösungsfähigkeit und einer Lösungsforderung, erfolgt. Mit der individuellen und sozialen Reproduktion der Problemwahrnehmung bewährt sich das Problem als soziale Realität bzw. einzig praxisrelevante Wirklichkeit. Wird die Problemdeutung nicht anerkannt, ist der Prozess hier beendet.
- Stadium der Handlungsplanung: In der politischen Auseinandersetzung erfolgen zunächst Aktivitäten hinsichtlich der Problemdefinition, ggf. erfolgt eine Umformulierung des Problems. Mit der Berechnung und Diskussion von Kosten und Nutzen der Problembearbeitung tritt eine Ernüchterung in der öffentlichen Diskussion ein, deren Überwindung den Grad der Problemlösebereitschaft einer Gesellschaft anzeigt. In Verbindung mit der Definition von Problemlösenotwendigkeit und –dringlichkeit wird nun eine Politik, d.h. ein Handlungsplan bzw. eine Handlungsstrategie erstellt. Erlahmt das mediale und öffentliche Interesse hier zu stark, kann der Prozess bereits hier enden.
- Stadium der Problembearbeitung bzw. Problembekämpfung (Wohlfahrtsproduktion): Mit der Durchführung der Politik bzw. der Transformation des Planes in Ausführung kommt die Reform, denn es geschehen Aktivitäten in Richtung auf die Veränderung der gegenwärtigen Situation. Je nachdem, ob die Aktivitäten auf die Ursachen und damit auf die Lösung des Problems zielen oder auf die Auswirkungen,

d.h. die Linderung der Not der Betroffenen, wird das Problem entweder verschwinden oder die Betroffenen müssen mit dem Problem leben, während die Akteure seine Bekämpfung institutionalisieren. In der Nachproblem-Phase sinkt das öffentliche Interesse wieder ab. Häufig zeigt sich jedoch, dass durch die Maßnahmen der Problembekämpfung neue soziale Probleme entstehen, sodass der Prozess von Neuem beginnt.

Als kollektive Akteure, die einen Sachverhalt öffentlich thematisieren, nennt Schetsche (2000, S. 30; Schetsche 1996, S. 41 ff.) aktive Betroffene (die sich als Opfer sehen und Hilfe fordern, sie haben geringe Definitions- und Durchsetzungsmacht), Advokaten (die nicht selbst betroffen sind, sondern sich aus beruflichen oder karitativ-humanitären Gründen für Opfer einsetzen), wissenschaftliche Experten, politische und ideologische Problemnutzer (politische Parteien, Verbände, religiöse Gruppen, die ein Problem für ihre eigenen Zwecke instrumentalisieren), soziale Bewegungen (als Konglomerate von mehreren anderen Akteurstypen), Moralunternehmer (die soziale Probleme als moralische Fragen thematisieren, moralische Interessen bei der Bevölkerung wecken wollen und ihr eigenes moralisches System für verbindlich erklären), Massenmedien (die gleichzeitig Akteure und Medium sind, um Sachverhalte skandalierend darzustellen) und staatliche Instanzen (nur ausnahmsweise), wobei der primäre Akteur der ist, der die erste Thematisierung durchführt. Seine soziale Stellung trägt wesentlich zum Erfolg des Prozesses bei; außerdem kommt ihm eine besondere Definitionsmacht des Problemmusters zu, mit dem sowohl die Bearbeitungszuständigkeit als auch Bekämpfungsstrategien festgelegt werden. Unter einem Problemmuster versteht Schetsche eine spezifische Form von Deutungsmustern, mit der die Problemwahrnehmung formuliert und der Sachverhalt als problematisch definiert wird (vgl. Schetsche 1996, S. 10, S. 14). Verschiedene Akteure können durchaus unterschiedliche Einschätzungen hinsichtlich des Sachverhalts haben: Wird die Problemwahrnehmung geteilt, handelt es sich um ein „problemloses“ Problem, wird sie nicht geteilt, um ein „umstrittenes“ Problem. Herrscht Einigkeit bzgl. des Realitätsgehalts, liegt ein „reales“ Problem vor, herrscht diesbezüglich Uneinigkeit, spricht man von einem „virtuellen“ Problem. Bei Alternativdeutungen wird der Sachverhalt ebenfalls als soziales Problem gedeutet, allerdings mittels anderer Problemmuster, während Gegendiskurse den Problemcharakter eines Sachverhalts grundsätzlich infrage stellen (vgl. Schetsche 2000, S. 32; Schetsche 1996, S. 17). Die Durchsetzung einer Deutung ist nur durch Bündnisse zwischen mehreren Akteuren möglich, der Erfolg hängt von ihren Einflussbedingungen und Machtressourcen sowie davon ab, wie sehr andere Interessen und Werte tangiert werden

und wie gut die davon Betroffenen Ressourcen und Macht mobilisieren. Normalerweise haben die besonders Leidenden wenige Ressourcen, können ihre Unzufriedenheit oft nicht wirksam genug ausdrücken und selten eine Veränderung ihrer Situation erreichen. Im öffentlichen Diskurs wird die Deutung mittels spezifischer Diskursstrategien wie Dramatisieren, Moralisieren, Mythenbildung u.ä., sowie Emotionalisierung durchgesetzt, um eine Überprüfung der Deutung zu verhindern bzw. eine schnellere Akzeptanz der Deutung zu erreichen und das Interesse der Massenmedien zu wecken. Der Erfolg der Problemwahrnehmung hängt nicht unwesentlich vom Verhalten der Massenmedien samt ihrer fiktionalen und nicht-fiktionalen Berichterstattung ab. Die solcherart informierte Bevölkerung nimmt das Problem nun in ihrem Alltag wahr und richtet sich nach den Handlungsanleitungen, womit sie die Problemwahrnehmung reproduziert, die nun zu einer eigenständigen sozialen Realität geworden ist. Damit entzieht sich die Problemwahrnehmung der Verfügungsgewalt des primären Akteurs und entwickelt eine Eigendynamik. So wird z.B. nun lediglich die Deutung und nicht mehr der Sachverhalt an sich wahrgenommen, sodass die Deutung nur noch mit wissenschaftlichen Mitteln durchdrungen werden kann. Soziale Sanktionen, die die Finanzierung weiterer Forschung, das persönliche Ansehen sowie das wissenschaftliche Dilemma, in das der Forscher kommt, wenn durch die Delegitimation des Problems Hilfeleistungen gekürzt werden, betreffen, sichern die Infragestellung der dominierenden Sichtweise auch unter Forschern ab (vgl. Schetsche 1996, S. 13, S. 17 ff.; Groenemeyer 1999b, S. 113, S. 114 bezugnehmend auf Albrecht 1979).

Erster Adressat für Forderungen nach Abhilfe für die Betroffenen und Lösung des Problems ist der Wohlfahrtsstaat, der diese Forderungen nach Zuständigkeit bei sozialen Problemen prinzipiell als vorrangiges Politikziel angenommen hat und Institutionen und Mittel dazu bereitstellt. Auf die Forderungen bei einzelnen sozialen Problemen hat er drei Reaktionsmöglichkeiten: Zurückweisung der Problemwahrnehmung, Anerkennung der Problemwahrnehmung bei Ablehnung der Zuständigkeit mit dem Verweis an die Zuständigkeit der häuslichen Gemeinschaft oder Nachbarschaftshilfe (wobei soziale Sachverhalte erst zu sozialen Problemen erklärt werden, wenn die familiäre, häusliche und nachbarschaftliche Gemeinschaft überlastet ist) sowie Anerkennung der Problemwahrnehmung und der Zuständigkeit (vgl. Schetsche 1996, S. 18, S. 125, S. 131; Groenemeyer 1999a, S. 22). Zur Erklärung der staatlichen Reaktion auf eine Problemwahrnehmung bedient sich Schetsche (1996, S. 132 f.) des nutzentheoretischen Wahlmodells nach Schumpeter. Danach liegt das dominierende Interesse der Politiker in der (Wieder-)Wahl und das Interesse der Parteien besteht darin, die Regierung zu stellen, während die Wähler die Politiker

wählen, die ihnen in der kommenden Wahlperiode voraussichtlich den größten Nutzen bringen. Die Handlungen der Politiker sind daher darauf gerichtet, die Wähler zu überzeugen, dass die Politik ihrer Partei ihnen die meisten Vor- und wenigsten Nachteile bringen wird. Die Entscheidung über eine Annahme oder Zurückweisung der Problemwahrnehmung und Zuständigkeit erfolgt nach diesem Modell also danach, ob die Wähler die Entscheidung vermutlich honorieren werden, wobei die Wählermeinung noch durch eine Reihe von anderen Zusammenhängen relativiert wird. In diesem Stadium der politischen Auseinandersetzung und Handlungsplanung kann es aus unterschiedlichen Gründen zu einer Transformation der Problemwahrnehmung kommen. Schetsche (1996, S. 149 f.) zählt folgende Möglichkeiten auf:

- Akklamation: das Problemmuster bleibt erhalten, Bekämpfungsvorschläge werden umzusetzen versucht;
- Selektion: das Problemmuster bleibt erhalten, aus den Bekämpfungsvorschlägen werden einige ausgewählt;
- Modifikation: die Problemlage wird anerkannt, das Problemmuster wird verändert (z.B. werden die Ursachen infrage gestellt), die Bekämpfungsvorschläge werden angepasst (z.B. an die Arbeitsweise der Institution);
- Transkription: das Problemmuster wird erneuert, Name und emotionale Bestandteile bleiben erhalten, die Bekämpfungsmaßnahmen erhalten eine neue Zielgruppe (im Extremfall die primären Akteure des ursprünglichen Problems).

Maßnahmen der Problembekämpfung können nach Schetsche (1996, S. 148) auf drei Arten erfolgen: bei einer Bearbeitung-en-passant bearbeiten bestehende Instanzen das Problem nebenher; Gleichgültigkeit und Unwilligkeit, die durch die zusätzliche Aufgabe bei den Bearbeitern entstehen, führen dazu, dass das Problem voraussichtlich verschwinden wird. Bei einer temporären Institutionalisierung werden Expertengruppen und Sonderausschüsse eingesetzt. Zu einer dauerhaften Institutionalisierung kommt es nur, wenn man damit rechnet, dass das Problem nicht schnell gelöst werden kann. Bei den letzten beiden Institutionalisierungsformen spielt das persönliche Engagement der Bearbeiter eine Rolle, die ihre Stelle behalten wollen und daher ein Interesse daran haben, dass das Problem und damit seine Bekämpfung bestehen bleiben.

Die hier dargestellten Prozesse und Mechanismen weisen auch auf die Eigendynamik hin, die durch eine Definitionsmacht ausgelöst werden, d.h. auf Prozesse, auf die primäre Akteure keinen Einfluss mehr haben und die unintendierte Konsequenzen zeigen. Prognosen werden zu einem bestimmten Zeitpunkt auf der Basis der zu diesem Zeitpunkt

vorhandenen Wissensbestände gestellt. Nichtwissen spielt dabei keine Rolle, nicht bekannte Veränderungen werden also ausgeschlossen, sodass sich die Frage nach dem, was man noch nicht weiß, stellt, um genauere und bessere Prognosen stellen zu können. Viele Probleme werden nicht gelöst bzw. führt ihre Problemlösung zu neuen Problemen (z.B. können durch die wissenschaftliche Angabe von Risiken und Wahrscheinlichkeiten soziale Normen entstehen, die zu neuen Problemen führen), denn politische Maßnahmen der Problembekämpfung, die sich dem Einfluss der primären Akteure entziehen, haben nämlich durchaus andere Funktionen als die Problemlösung. Der technisch-wissenschaftliche Fortschritt trägt dazu bei, dass immer mehr als negativ empfundene Sachverhalte als lösbar erscheinen (damit Punkt 3 der Definition als soziales Problem erfüllen), sodass immer mehr Problemlagen an den Staat herangetragen werden (vgl. Schetsche 1996, S. 135). In diesem Modernisierungsprozess muss auch zwischen Lebensbewältigung und Lebensbeherrschung unterschieden werden, denen die Problemlösungen dienen können.

3.2 Psychische Störung, Armut und Arbeitslosigkeit als soziale Probleme

3.2.1 Psychische Störung

Werden Normalitätserwartungen der Gesellschaft häufig oder systematisch von einer Person nicht erfüllt und können willentliche und bewusste Handlungen als Ursache ausgeschlossen werden, wird von Krankheit bzw. Behinderung gesprochen. Die Bezeichnung „psychisch“ bezieht sich dabei auf Abweichungen im Bereich der Emotionen, Kognitionen oder Identitätsbildung. Psychische Abweichungen von Normalitätserwartungen betreffen als soziales Problem, bei dem das Vertrauen in den gemeinsam geteilten und einen verlässlich erwartbaren Alltag erschüttert ist, verschiedene Ebenen der Gesellschaft, die im historischen Kontext der psychosozialen Versorgung angesprochen werden (vgl. Keupp 1999, S. 609):

Ist die Ebene der Mikroorganisation des Alltags mit ihrem Bewältigungspotential der betroffenen sozialen Gruppierung (Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis, Arbeitskollegen) überfordert, tritt die Forderung nach institutionell-professioneller Problembearbeitung auf (vgl. Keupp 1999, S. 609). Auf dieser nächsten Ebene schafft sich eine Gesellschaft dann Institutionen und Professionen zur Problembearbeitung, wenn bestimmte Probleme massenhaft auftreten oder wenn bisherige Problemlösemuster versagen. Für den Bereich der psychischen Störungen kann dieser Schritt in das 19. Jh. datiert werden: Mit der Entwicklung der bürgerlichen Gesellschaft und der kapitalistischen Ökonomie wurde die ratio-

nale Lebensgestaltung zur grundlegenden Normalitätsdimension, die Grenze zwischen Vernunft und Unvernunft zur Möglichkeit der Definition psychischer Devianz (Bezug auf Foucault 1969). Mit der Industrialisierung gingen soziale Lebensformen, in denen arbeitsunfähige Mitglieder der Gesellschaft einen Ort zum Leben gefunden hatten, verloren, sodass staatliche Lösungen der Unterbringungs- und Verwahrungsmöglichkeiten für Menschen, die nicht für sich selbst sorgen konnten, gefordert wurden. Zunächst wurden Verletzungen der Normalitätserwartung als moralisches Problem im semantischen Feld von Schuld und Sünde dem Zuständigkeitsbereich der Kirche zugeschoben. Mit der Entwicklung der wissenschaftlichen Medizin wurde psychische Devianz jedoch als Pathologie (Gehirnkrankheit, Vererbung) erkannt. Hier entstand die Psychiatrie als Institution und Profession. In „Irrenanstalten“ außerhalb der Städte wurden alle Menschen mit psychischen Störungen einer Region zusammengefasst (die Kommunen zahlten eine Steuerabgabe an den überörtlichen Träger), wobei diese asyläre Art der Unterbringung bis in die ersten Nachkriegsjahrzehnte die klassische Umgangsform und der vorherrschende Typus der sozialpsychiatrischen Versorgung blieb. Abgesichert wurde dieses institutionelle Lösungsmuster durch einen biomedizinischen Krankheitsbegriff, wobei eine genaue phänomenologische Rekonstruktion psychischen Leids und die Rekonstruktion der subjektiven Bedeutung für die Betroffenen, ihre Angehörigen und ihnen nahestehende Personen unterblieb. Problematisch war vor allem, dass eine längere Unterbringung zu einem Verlust von Kontakten zur normalen Alltagswelt führte und damit die Einlieferung zur Einbahnstraße wurde. In der Gesellschaft war das Bild der psychisch Erkrankten von den Hospitalismus-Folgen geprägt, d.h., sie wurden als gefährlich eingestuft, was durch die Tatsache, dass sie in geschlossenen Abteilungen behandelt werden mussten, scheinbar bestätigt wurde. Bis zur Psychiatrie-Reform in den 1960er und 1970er Jahren war der Aspekt der sozialen Konstruktion von psychischer Störung keine akzeptable Perspektive, sondern wurde als Provokation der Anti-Psychiatrie-Bewegung aufgefasst. In der Folge der Skandalisierung der asylären Bearbeitungsform bewirkten institutionelle Änderungen der Deinstitutionalisierung und Rekommunalisierung der psychosozialen Versorgung in Form von ambulanten Angeboten, Psychotherapie und Familienberatung, auch Veränderungen im gesellschaftlichen Bild von psychischer Störung: Heute ist die konstruktivistisch-pragmatische Position anerkannt, bei der die psychische Störung als soziales Konstrukt gilt und die Strategien der Diagnose, Behandlung und Prävention auf sozialem Konsens beruhen, der von einem Nützlichkeits- (nicht Gültigkeits-) Anspruch bestimmt ist. Trotzdem ist die konstruktivistische Wende unvollständig geblieben (vgl. Keupp 1999, S. 610 – 613, S. 626).

Auf der nächsten Ebene der sozialstaatlichen Interventionen schafft sich eine Gesellschaft eine Konfiguration von Hilfe- und Kontrollmaßnahmen, um systematisch auf soziale und gesundheitliche Probleme zu reagieren, Eingriffe in Grundrechte der betroffenen Personen rechtlich zu regeln und Kosten kalkulierbar zu machen. Hier geht es also um eine kompensatorische Reaktion auf eingetretene Probleme, obwohl neuerdings auch die Sicherung der Grundbedingungen für die Bereitstellung einer genügend großen Anzahl von Menschen als Arbeitskräftepotential und die Sozialisationsfunktion von Sozialpolitik (Förderung der Prozesse der individuellen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, die im gesellschaftlichen Durchschnitt notwendig sind) thematisiert werden (vgl. Keupp 1999, S. 610 f.).

Theoretische Ansätze zur Thematik der psychischen Störung haben bis heute eine problematische Verkürzung, da sie die Perspektive der Betroffenen vernachlässigen (man geht davon aus, dass ihre Perspektive durch die Erkrankung pathologisch verzerrt ist oder man spricht advokatorisch für stumme Opfer). Gleichwohl ist der Zusammenhang zwischen Armut und psychischer Störung heute eines der am besten fundierten Forschungsergebnisse (Bezug auf Russo 1990, Dohrenwend & Dohrenwend 1981): Angehörige der untersten sozialen Schichten weisen die höchste Rate an psychischen Störungen auf, insbesondere in Städten. Die Kausalrichtung (soziale Verursachung vs. Drift-Hypothese) ist mittlerweile nicht mehr umstritten, und wird durch die Coping-Forschung, die neben sozialen Ursachen die Bewältigungspotenziale der Individuen untersucht, ergänzt. Unter der Perspektive sozialer Kontrolle weisen Vertreter des Labeling-Ansatzes auf die immer noch bestehende Einbahnstraßen-Wirkung der Psychiatrie hin: Da Klinik-Psychiater fast immer eine psychiatrische Diagnose bei stationär aufgenommenen Personen stellen, kann die Entscheidung über eine Einlieferung nachgeschaltete professionelle Definitionsprozesse in Gang setzen oder verhindern (vgl. Keupp 1999, S. 614 f., S. 618, S. 622, S. 627).

Die Reflexion der Mechanismen von der Einstellung zu psychischer Störung über ihre Definition und Folgewirkungen insbesondere der Wirkungen einer Diagnose, die sowohl eine Problemdefinition als auch eine Annahme zur Problemlösung enthält, zeigt die medizinische Definitionsmacht über Behandlungsnotwendigkeit und Behandlungsbedürftigkeit. Das Krisenszenario der Gefährdung der gesellschaftlichen Ordnung durch das massenhafte Auftreten psychischer Störungen und ihrer Folgen, wenn diese als soziales Problem ignoriert bzw. ihre Lösung individualisiert werden, reicht bis in das Feld der Sozialpädagogik und ihrer Forschung hinein, wenn z.B. festzustellen ist, dass realisierte Hilfeangebote nicht immer hilfreich sind. Hier ist zu untersuchen, welche Ziele formuliert wer-

den müssen, damit das Unterstützungsangebot an den Unterstützungsbedarf angepasst werden kann. Dass der Bedarf auch das System der Sozialpädagogik tangiert, zeigt nicht nur die vorliegende Arbeit. Weiterer Handlungsbedarf besteht, wenn gefragt werden muss, wie hilfreich die Leistungen des SGB VIII sind und wie Hilfen, die auch wirklich hilfreich sind, als Leistungen ins SGB VIII genommen werden können. Ein wichtiges Thema der Unterstützung ist der Bereich der verantworteten Elternschaft. In diesem Rahmen ist zu überlegen, wie mit medizinischen Informationen, z.B. einer Angabe des Vererbungsrisikos einer bestimmten psychischen Erkrankung, umgegangen wird. Wenn Ärzte hier als moralische Instanz auftreten, wer trifft letztlich die Entscheidung für oder gegen den Versuch einer Elternschaft? Und wer trifft die Entscheidung auf die Frage, wie gesund ein Kind sein muss hinsichtlich der Möglichkeiten der Pränataldiagnostik? Ein weiteres Feld wird betreten, wenn eine Erkrankung und Kinder in der Familie zusammentreffen: wie kann man Handlungsfähigkeit in verschiedenen Bereichen differenzieren? Schließen sich psychische Erkrankungen und Elternschaft aus? Diese Fragen betreffen auch die sozialpädagogische Theorie und Praxis.

3.2.2 *Arbeitslosigkeit*

Seit Beginn des industriellen Kapitalismus ist das Phänomen der unsteten Erwerbsverläufe mit einem periodischen Verlust des Arbeitsplatzes bekannt. In Deutschland erkannte man nach Zeiten der Vollbeschäftigung in der Mitte der 1970er Jahre Arbeitslosigkeit als ein dauerhaftes wirtschaftliches und soziales Problem, das seit den 1980er Jahren durch das Aufkommen von Langzeitarbeitslosigkeit verschärft wird, indem die episodenhafte Arbeitslosigkeit an Bedeutung verliert und die dauerhafte an Gewicht gewinnt. Vogel (2001, S. 164) stellt fest, dass Langzeitarbeitslosigkeit „für verschiedene Gruppen der erwerbsfähigen Bevölkerung in unterschiedlicher Weise und auf unterschiedlichen Wegen zur erzwungenen Lebensform“ geworden ist. Die Integrationskraft des industriellen Erwerbsarbeitssystems hat spürbar nachgelassen, während instabile Beschäftigungsformen an Bedeutung gewinnen. Dies ist nicht zuletzt auf die Entwicklung einer labilen Dienstleistungsökonomie zurückzuführen, die nicht nur neue Karrierewege, sondern auch soziale Abstiegsrisiken eröffnet (vgl. Vogel 2001, S. 151 ff.; Heinze & Bauerdick 1999, S. 255).

Heinze und Bauerdick (1999, S. 260) identifizieren mangelnde Reaktionsfähigkeit des Beschäftigungssystems auf demografische Veränderungen, saisonale und konjunkturelle Schwankungen, wirtschaftlichen Strukturwandel und die Einführung neuer Technologien, die bei höherer Produktivität zu Entlassungen führt, als Ursachen für Arbeitslosigkeit, während Hradil (1999, S. 201 ff.) die Ursachen von Arbeitslosigkeit und ungleichen Er-

werbschancen aus der Sicht verschiedener Theorien sozialer Ungleichheit aufzeigt: Die neoklassische Arbeitsmarkttheorie sieht Arbeitslosigkeit als eine Störung des Arbeitsmarktes an, die in ihrem idealen Modell vom Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage praktisch nicht vorkommen kann. Kritisch angemerkt wird hier, dass das Modell die Gestaltungsmacht von Verbänden, staatlichen Instanzen, tarifvertraglichen Abmachungen, rechtlichen Regeln nicht berücksichtigt. Die Humankapitaltheorie besagt, dass Investitionen in das eigene Humankapital aufgrund verschiedener Fähigkeiten und familiärer bzw. finanzieller Hintergründe unterschiedlich rentabel sind, sodass die Investitionen in Ausbildung eingestellt werden, sobald die Kosten den erwarteten Nutzen übersteigen. An dieser Theorie wird kritisiert, dass Arbeitslosigkeit zu sehr individualisiert wird. Diskriminierungstheorien sehen ungleiche Erwerbschancen durch irrationale Einstellungen und Vorurteile gegenüber bestimmten Gruppen (z.B. Ausländern) verursacht, während Theorien der Signalwirkungen darauf hinweisen, dass Arbeitgeber generell unvollständige Informationen über Bewerber haben und daher auf sozialstatistische Merkmale als Signale für eine Einstellung angewiesen sind (z.B. machen Frauen eher eine Familienpause, weswegen sie Nachteile bei der Einstellung haben). Theorien von Alternativrollen gehen davon aus, dass Arbeitgeber eher diejenigen nicht einstellen oder eher ausstellen, die über gesellschaftlich und kulturell anerkannte Alternativrollen verfügen (z.B. Jugendliche als Schüler, Frauen als Hausfrauen). Arbeitsmarktsegmentationstheorien ergänzen die Erklärungen der o.g. Theorien durch die Ungleichheiten der Arbeitsmarktrisiken der Angehörigen des berufsfachlichen, betrieblichen und Jedermannsarbeitsmarkt.

Vogel (2001, S. 157 ff.) typisiert vier Konstellationen von Ausgrenzungsverläufen nach Arbeitslosigkeit: plötzlicher Ausschluss von Erwerbsarbeit nach stabiler Erwerbsbiografie, allmähliche Ausgliederung aus Erwerbsarbeit nach Destabilisierung der Erwerbsbiografie, Bruch einer instabilen Erwerbsbiografie und versperrter Zugang junger Personen zu Erwerbsarbeit. Den „arbeitsscheuen, faulen Erwerbslosen, der es genießt, nicht arbeiten zu müssen“, hat er nicht gefunden. Während die Mittelklasse eher mit Erfahrungen periodischer Arbeitslosigkeit und fragmentarischen Erwerbsverläufen konfrontiert ist, konzentriert sich das Risiko der Ausgrenzung durch Erwerbslosigkeit auf die Arbeiterschaft, womit eine neue Sozillage überflüssiger, unbrauchbarer Erwerbspersonen entstanden ist (vgl. Vogel 2001, S. 164).

Die individuellen wirtschaftlichen Folgen von Arbeitslosigkeit sollten in Deutschland durch das System der Arbeitslosenversicherung aufgefangen werden, deren Beiträge je zur Hälfte von Arbeitnehmern und Arbeitgebern gezahlt werden. Der Anspruch auf Leis-

tungen ist von bestimmten Bedingungen abhängig: Verfügbarkeit auf dem Arbeitsmarkt, Arbeitslosigkeitsmeldung und Erfüllung einer Anwartschaft. Da dieses System der sozialen Sicherung lohnarbeitszentriert konstruiert ist, liegen Armut und Arbeitslosigkeit nah beieinander, wodurch (Dauer-)Arbeitslose, die auch aus dem System sozialer Sicherung ausgegrenzt werden, von relativ gut verdienenden und sozialstaatlich abgesicherten Arbeitskräften differenziert werden können. Leistungseinschränkungen der Arbeitslosenversicherung führen über eine verstärkte Subsistenzsicherung durch Sozialhilfe direkt zu einer Mehrbelastung kommunaler Kassen (vgl. Heinze & Bauerdick 1999, S. 261 f.). Der Verlust von Erwerbsarbeit geht jedoch nicht nur mit dem Verlust sozialer und materieller Sicherheit und Selbständigkeit einher, sondern zeitigt auch psychosoziale Folgen: Arbeitslose fühlen sich als Objekte staatlicher Fürsorge und ihrer Kontrollinstanzen mit der Erfahrung, keine Kontrolle mehr über die eigene Lebensführung zu haben und Anforderungen des Alltags nicht mehr aus eigenen Kräften bewältigen zu können, wie Vogel (2001, S. 164 f.) feststellt. Weiterhin weisen Heinze und Bauerdick (1999, S. 263) auf psychische Störungen (Verlust des Selbstwertgefühls, Depressionen, Alkoholismus, Demotivation, Dequalifizierung etc.) und soziale Probleme (soziale Isolation, Diskriminierung, Herausfallen aus gesellschaftlichen Zeitstrukturen etc.) hin (zu den individuellen Folgen von Arbeitslosigkeit vgl. auch Hradil 1999, S. 205). Bei Jugendlichen verschärft sich die Lage, da ein wichtiger Teil des Sozialisationsprozesses, die berufliche Sozialisation, entfällt, wenn Qualifikationen nicht erworben werden können. Sie zeigen daher häufig dauerhafte Motivationschwäche, Resignation und Apathie (vgl. Heinze & Bauerdick 1999, S. 263). Heinze und Bauerdick (1999, S. 263 f.) zeichnen eine deterministische Entwicklung der Stadien der Verarbeitung von Arbeitslosigkeit nach: Die anfänglich stabile Situation entwickelt sich über eine labile Gleichgewichtsphase zu einer Phase zunehmender Unsicherheit und Desorganisation bis schließlich eine dauerhafte gesellschaftliche Ausgrenzung erfolgt. Die tatsächliche individuelle Verarbeitung ist jedoch abhängig von der jeweiligen psychischen Disposition und dem sozialen Umfeld.

Die Politik reagiert auf die Folgen der Arbeitslosigkeit für die Gesellschaft (wachsende Unzufriedenheit, zunehmende politische Konflikte, steigende öffentliche Kosten, schärfere sozialstrukturelle Disparitäten), die auch wieder auf die Situation der Einzelnen zurückwirken (vgl. Hradil 1999, S. 205), mit dem Abdrängen bestimmter Gruppen in arbeitsmarktexterne Rollen: Ältere, Behinderte, Ausländer, Hausfrauen und Jugendliche werden zu speziellen, kulturell akzeptierten Existenzformen als Rentner usw. gedrängt. Insbesondere von verheirateten Frauen wird in Krisensituationen der Rückzug vom Ar-

beitsmarkt gefordert, indem mit einer ideologischen Aufwertung der Hausfrauen- und Mutterrolle bei Polemisierung gegen das „Doppelverdienertum“ Druck auf sie ausgeübt wird (vgl. Heinze & Bauerdick 1999, S. 257 f.). Offiziellere Maßnahmen zur Bewältigung der doppelt teuren Arbeitslosigkeit (Aufwendungen für Arbeitslose mit gleichzeitigem Einnahmeausfall bei Steuern und Sozialversicherungen) zeigen sich in der Wirtschaftspolitik durch eine Ausdehnung des Arbeitsvolumens und eine Deregulierung der Wirtschaft und in der Arbeitszeitpolitik durch eine Umverteilung des zur Verfügung stehenden Arbeitsvolumens (vgl. Heinze & Bauerdick 1999, S. 264). Flankiert werden diese Maßnahmen von Angeboten zur Verbesserung der Situation der Arbeitslosen auf lokaler Ebene, wie Freizeitangebote, Begegnungsmöglichkeiten, Qualifikation, Arbeitserfahrung, sozialpädagogische Beratung und Betreuung, Öffentlichkeitsarbeit und finanzielle Hilfen, organisiert in multifunktionellen soziokulturellen Einrichtungen (vgl. Heinze & Bauerdick 1999, S. 267).

3.2.3 Armut

Im Unterschied zu anderen Rollen in der Gesellschaft ist der Armutsstatus ausschließlich negativ, d.h. durch das, was jemand nicht hat oder ist, bestimmt. Er kennzeichnet den negativen Pol der Dimension Wohlstand (vgl. Hradil 1999, 208 ff.). Neben der Minderausstattung mit Ressourcen bedeutet das die Zuschreibung einer individuellen Unmöglichkeit, selbständig für den eigenen Unterhalt zu sorgen (Groenemeyer 1999c, S. 271 bezugnehmend auf Coser 1992). Ludwig-Mayerhofer und Barlösius (2001, S. 12) fassen die Definition von Armut folgendermaßen zusammen: „Von Armut zu sprechen, heißt zu reklamieren, dass die eigenen Lebenschancen, die eigene Lebens- oder Einkommenslage oder die anderer Personen, in deren Namen man spricht, eine nicht mehr tolerierbare Abweichung nach „unten“ vom gesellschaftlich akzeptablen Maß aufweisen.“ Dabei bestehen in der soziologischen Armutsforschung jedoch etliche Armutsdefinitionen, von denen jede angreifbar und strittig ist und bleiben wird, sodass es voraussichtlich nie eine konsensfähige Definition geben wird (Barlösius 2001, S. 69 f.). Das hat seine Ursache in der unterschiedlichen Gewichtung der Dimensionen, die Armutsbilder als soziale Repräsentationen haben: Ob der Aspekt der Bedürftigkeit, der Abhängigkeit oder des gesellschaftlichen Ausschlusses im Vordergrund der Betrachtung steht, variiert nicht nur im Laufe der historischen Entwicklung, sondern auch zwischen Gesellschaften einer historischen Epoche und sogar bezogen auf unterschiedliche Armutspopulationen einer Gesellschaft (z.B. wird in Großbritannien hauptsächlich der Aspekt der Bedürftigkeit thematisiert, in den USA der der Abhängigkeit und in Frankreich der der Ausgrenzung). Armut kann daher allein deshalb verschwinden, weil die Armutsbilder niemanden mehr oder alle betreffen (vgl. Groenemeyer

1999c, S. 272 f.). Zusätzlich schließt jede Armutsdefinition moralische, normative oder politische Urteile ein, die eine Entscheidung darüber treffen, ob und wie viel soziale Ungleichheit oder Unterausstattung mit Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten in einer Gesellschaft toleriert werden. Als soziales Problem verlangt Armut daher immer auch nach gesellschaftlicher Aktivität in Form von Unterstützung für Betroffene (vgl. Groenemeyer 1999c, S. 287; Barlösius 2001, S. 69). Dass das nicht immer so war, zeigt ein Überblick über die historische Entwicklung der Armut zum sozialen Problem.

3.2.3.1 Historischer Überblick

Im Mittelalter wurde selbstgewählte Armut im Rahmen der christlichen Religion als geistiger Wert und Prüfung Gottes geschätzt und die Pflicht zur Barmherzigkeit mit der Möglichkeit der Abbüßung von Sünden durch die Vergabe von Almosen gekoppelt. Gleichwohl bestand die christliche Gemeinschaft aus denen, die Hilfe gewährten, während die Verachtung und Diffamierung der Armen seit der Antike erhalten blieb, indem Armut mit Unmoral und Verbrechen assoziiert wurde. Ab dem 12. Jh. verschwand auch der geistige Wert der Armut, eine Differenzierung in ehrliche und betrügerische Arme, d.h. in Personen, die ihr Schicksal in Demut hinnahmen, und arbeitsfähige Personen, die die Bettelei vorzogen, setzte sich durch. Damit sind erste Ansätze einer Zuschreibung individuellen Versagens zu erkennen. Mit dem Vordringen der Geld- und Warenwirtschaft, das von Urbanisierung und Bevölkerungswachstum begleitet wurde, entstand neben der beruflichen Differenzierung und Arbeitsteilung soziale Ungleichheit. Das bisherige Fürsorgesystem war mit der Versorgung einer stark anwachsenden Gruppe „neuer Armer“ ohne sicheres Einkommen (Lohnarbeiter, Tagelöhner, Handwerksgesellen, Gesinde) zusätzlich zu den permanent Armen (alleinstehende oder verwitwete Frauen, Waisen, Krüppel, Kranke) überfordert, sodass sich ab dem 13. Jh. Ansätze eines Kontrollsystems mit ordnungspolitischen Maßnahmen entwickelte, die Unterstützungsansprüche klären und Missbrauch vorbeugen sollten. Nach den Pestepidemien im 14. und 15. Jh. führte die Zentralisierung und Säkularisierung (z.B. im Rahmen der Eindämmung der Pest durch hygienische Maßnahmen) zu einem Bedeutungswandel der Armut vom relativ Positiven (Möglichkeit der Erlösung für die Reichen) zum Negativen (soziale Bedrohung, soziale Last). Mit dem Verbot der Vergabe von Almosen an arbeitsfähige Bettler wurde Arbeitsunfähigkeit zum zentralen Kriterium für die Gewährung von Unterstützung. Auf diese Weise sollten möglichst viele Menschen dem Arbeitsmarkt zugeführt werden. Das 15. und 16. Jh. sind mit den Begriffen von Sachße und Tennstedt (1980) durch Kommunalisierung (Übergang der Zuständigkeit für die Vergabe von Almosen von kirchlichen Organisationen auf städtische Räte), Ratio-

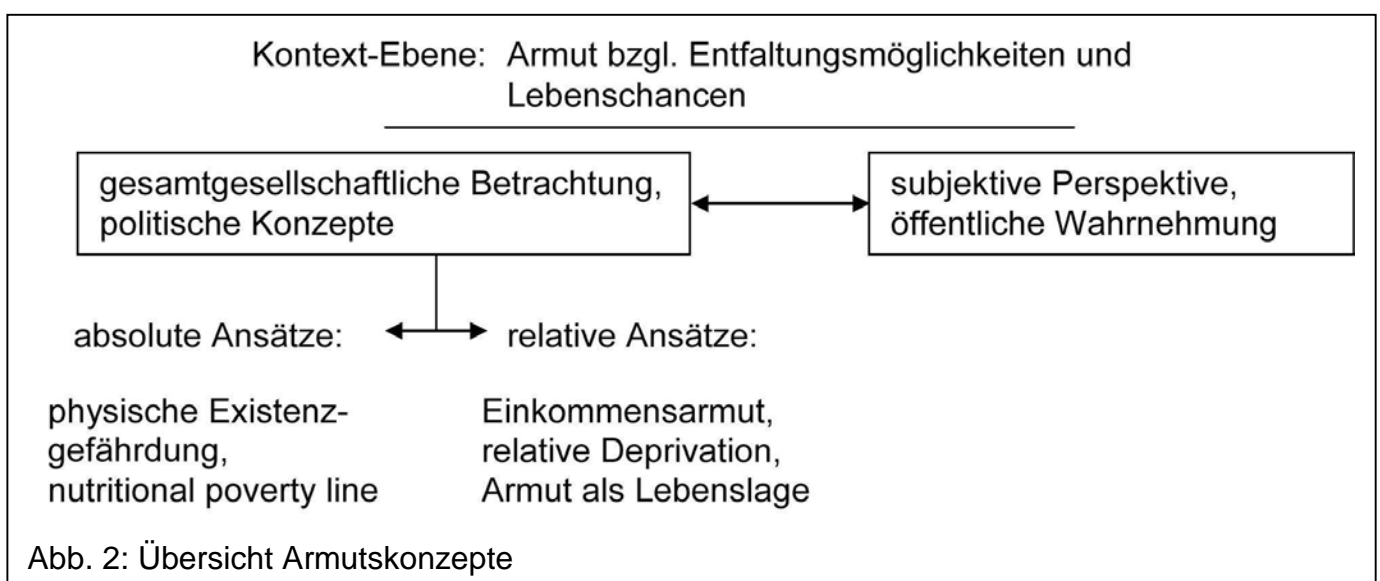
nalisation (Herausbildung feststehender Kriterien der Bedürftigkeit), Bürokratisierung (Schaffung von Institutionen und moderner Verwaltungsapparate als Ansätze einer Sozialadministration) und Pädagogisierung (Einrichtung öffentlicher – jedoch meist erfolgloser – Arbeitsbeschaffungs- und Erziehungsmaßnahmen zur Implementierung des neuen Arbeitsethos, das bei landflüchtigen Armen noch nicht verankert war: Gewinnstreben bei Arbeitsdisziplin, Gehorsam, Fleiß, Bescheidenheit, Sittsamkeit etc.). Ab Ende des 16. Jh. bis Ende des 18. Jh. entstanden Zucht- und Arbeitshäuser für Bettler, Arme, Kriminelle, Verrückte, Arbeitslose, Prostituierte, missratene Kinder usw., die die ordnungspolitischen Vorstellungen gegen Bettelei mit humanistischen Ideen einer Besserung durch Arbeit und den Interessen einer merkantilistischen Wirtschaftsförderung verbanden. Doch schon im 17. Jh. stellte man fest, dass diese Einrichtungen zwar für die Manufakturproduktion bedeutsam, aber für die Betreiber nicht wirtschaftlich und zudem von geringem moralischem Nutzen waren, da sie keinerlei moralische Besserung brachten, sondern zunehmend als „Schule des Lasters“ galten. In der ersten Hälfte führte ein rapider Bevölkerungsanstieg durch Verbesserung der hygienischen Verhältnisse ohne entsprechende wirtschaftliche Entwicklung zum Höhepunkt der Pauperisierung, sodass mit der Aufhebung des Heimatprinzips der Unterstützung (zur Förderung der Mobilität von Arbeitskräften) die Armenfürsorge zur staatlichen Aufgabe wurde. In der Zeit des klassischen Liberalismus wurde Massenarmut zu einem Problem ökonomisch-struktureller Entwicklung bei ausschließlicher Anerkennung privater Formen der Existenzsicherung (Erwerbsarbeit oder Privatvermögen). Damit wurde die Ursache für Armut in fehlender Arbeit oder fehlendem Vermögen gesehen und durch die Armut des Proletariats und seiner Familie, der trotz Arbeit bzw. erst recht bei Krankheit, Invalidität, Alter oder konjunkturellen Schwankungen Armut ausgesetzt war, ergänzt wurde. Damit war Armut nicht mehr allein auf individuelle Ursachen und Charakterschwäche zurückführbar, sondern führte als Problem einer ganzen Klasse, das als gefährlich für die bestehende Ordnung eingeschätzt wurde, zur Konstituierung der „sozialen Frage“. Mitte des 19. Jh. begegnete man dieser Entwicklung mit einer Arbeiterpolitik, die das Absinken der Lebensbedingungen unterhalb des proletarischen Existenzminimums verhindern und damit die Lohnarbeiterexistenz gegen Verarmung durch temporäre Risiken absichern sollte, indem die Sozialversicherungen (Kranken-, Unfall-, Alters-, später auch Arbeitslosen-Versicherung) geschaffen wurden. Die Trennung in Arbeiterpolitik und Armenfürsorge hatte auf der anderen Seite die verstärkte Diskriminierung und Stigmatisierung der Klientel der Armenfürsorge zur Folge, da diesen nun individuelle Ursachen (Arbeitsunwilligkeit, Alkoholkonsum) zugeschrieben wurden. In der Weimarer Republik wurde die Gesamtverantwortung des Staates für die Armenpolitik verfassungsrecht-

lich unter der Annahme eines funktionierenden Arbeitsmarktes und einer prosperierenden Wirtschaftsentwicklung verankert. Im Faschismus ist der Ursprung der moralischen Assoziation von Armen und Asozialen zu suchen, denn hier wird Arbeit als Pflicht des Einzelnen gegenüber der „Volksgemeinschaft“ gesehen, womit körperlich und geistig Minderwertige, Kranke und Asoziale, die nicht arbeiten, aussortiert werden. Nach dem Zweiten Weltkrieg knüpfte man an die Zerteilung von Armenfürsorge und Sozialversicherung an, wobei zunächst Armut die existentielle Notlage des gesamten Volkes kennzeichnete. 1957 sollte die „Große Rentenreform“ die Armut der Sozialrentner lindern, dennoch ist ein Zusammenhang zwischen Alter und Armut weiterhin beobachtbar. Mit dem Wirtschaftswunder verschwand Armut als soziales Problem, nach der Umbenennung der Armenfürsorge in Sozialhilfe (1962) waren marginalisierte Minderheiten in vorübergehenden Notlagen betroffen, sodass man von bekämpfter Armut bzw. von Armut als individuellem Problem kleiner Randgruppen sprach. Ab Mitte der 1970er Jahre führten wirtschaftliche Krisen mit erhöhter Arbeitslosigkeit auch zu einem Anstieg der Empfänger von Sozialhilfe, wobei ökonomische und politische Ursachen berücksichtigt wurden (die „neue soziale Frage“ (Geißler 1976) führte Armut auf das Versagen der sozialdemokratischen Politik, angemessen auf neue gesellschaftliche Entwicklungen zu reagieren, zurück). Anfang der 1980er Jahre wurde Armut im Neokonservatismus zu einem Problem der unzureichenden sozialen Sicherung bei Arbeitslosigkeit („neue Armut“), sodass der Sozialstaat selbst zu einem Armutsrisiko wurde. Mit der Wiedervereinigung kam zur Betroffenheit einzelner Gruppen im Westen die Massenarmut eines ganzen Volksteils, die aus ihr folgenden enormen finanziellen Belastungen gingen mit erheblichen Kürzungen der Sozialleistungen für Asylbewerber und einer intensiven Thematisierung der Armut von Familien und Kindern einher. Der Zugang zu Arbeitsplätzen und zu wohlfahrtsstaatlicher Unterstützung ist in den letzten 20 Jahren prekär geworden, weswegen Erwerbsverläufe häufiger durch Arbeitslosigkeit unterbrochen sind und wohlfahrtsstaatliche Sicherung immer häufiger notwendig wird und damit in ihrem Fundament gefährdet ist, da sie von Beiträgen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber finanziert ist. Unsicherheiten über die weitere ökonomische Entwicklung und die Grundlagen sozialstaatlicher Absicherung machen Armut zu einem Dauerthema als Chiffre zur Skandalisierung der Entwicklungen (vgl. Groenemeyer 1999c, S. 273 – 286; Ludwig-Mayerhofer & Barlösius 2001, S. 13 – 19). Je nachdem, welchen Ansätzen die Argumentation folgt, sind verschiedene Akteure durch die Skandalisierung angesprochen, daher folgt ein Überblick über die unterschiedlichen Armutskonzepte (vgl. auch Abb. 2).

3.2.3.2 Armutskonzepte

Auf der gesellschaftlichen Ebene verweist die Ausstattung z.B. mit Krankenhäusern, die durchschnittliche Lebenserwartung oder die Anzahl der Schulabsolventen auf den gesellschaftlichen Kontext von Armut, die nicht nur eine Eigenschaft von Individuen, sondern auch der Kontexte, in denen sie leben, ist. A. Sen erfasst Armut dabei folgendermaßen: Wichtige Grundbedürfnisse des physischen und psychischen Überlebens müssen von den Individuen so befriedigt werden können, dass ihnen die Wahl ihres Lebensweges bleibt und Möglichkeiten der Selbstentfaltung gegeben sind (vgl. Ludwig-Mayerhofer & Barlösius 2001, S. 25).

Auf der Ebene der Individuen gibt es einerseits die gesamtgesellschaftliche Betrachtung und politische Konzepte, die sich wiederum unterteilen lassen in absolute und relative Ansätze, und andererseits die subjektive Perspektive bzw. die öffentliche Wahrnehmung, unter der Armut betrachtet werden kann. Alle diese Ansätze teilen die Gemeinsamkeit, dass sie sich auf Ausprägungen sozialer Ungleichheit beziehen, die nicht zum Spektrum der als legitim angesehenen Formen der sozialen Differenzierung gehören, und dass die Grenzziehung zwischen Nicht-Armut und Armut eine Konstruktion von Wissenschaftlern (z.B. Bestimmung des Minimalbedarfs an Lebensmitteln oder der „Würde des Menschen“, auf die sich die Sozialhilfe bezieht) und ggf. der Politik ist. Diese Grenzziehung beruht damit auf gesellschaftlichen Zuschreibungen und ist abhängig von kulturell und historisch geprägten Werturteilen über Wohlstand und angemessenen Lebensstandard. Die Armutsdefinition ist eindimensional, d.h. jedem Individuum wird eine soziale Position über oder unter dem Grenzwert zugewiesen (vgl. Ludwig-Mayerhofer & Barlösius



2001, S. 28; Groenemeyer 1999c, S. 290; Böhnke & Delhey 2001, S. 316; Barlösius 2001, S. 71, S. 76). Meistens wird sie direkt mit der Forderung nach Unterstützung verbunden, wobei eine Unterscheidung von Armutsdefinition und Wohlfahrtsproduktion jedoch wichtig ist, denn nicht aus jeder Definition lassen sich Ansprüche ableiten.

Absolute Armutskonzepte gehen von einer Grenze der Bedürftigkeit und physischen Existenzgefährdung aus, die für hochentwickelte Wohlstandsgesellschaften nicht mehr angewendet werden kann, obwohl auch dort Menschen erfrieren oder verhungern (vgl. Ludwig-Mayerhofer & Barlösius 2001, S. 26; Böhnke & Delhey 2001, S. 316; Hradil 1999, S. 241). Ein relativer Armutsbegriff geht von der Teilhabe am jeweils in einer Gesellschaft üblichen Lebensstandard aus und bezeichnet damit das sozio-kulturelle Existenzminimum (vgl. Ludwig-Mayerhofer & Barlösius 2001, S. 26; Böhnke & Delhey 2001, S. 316; Hradil 1999, S. 241). Der am weitesten verbreitete relative Ansatz ist die Operationalisierung von Armut über die Höhe des Haushalts-Einkommens. Die Armutsgrenzen werden meist politisch festgelegt und orientieren sich an politischen Vorgaben, offiziellen Armutsgrenzen oder den Leistungssätzen der Sozialhilfe, d.h. Haushalte mit einem Einkommen unterhalb von 40%, 50% oder 60% des Durchschnitts- oder Medianeinkommens einer Gesellschaft gelten als streng arm, arm oder als Haushalte mit Niedrigeinkommen (vgl. Ludwig-Mayerhofer & Barlösius 2001, S. 20; Groenemeyer 1999c, S. 290, S. 292; Böhnke & Delhey 2001, S. 316; Hradil 1999, S. 242). Da es keine einfachere Möglichkeit der Operationalisierung gibt, wird der Ansatz der Einkommensarmut weiterhin verwendet. Er bietet ein Grobraster. Kritik bezieht sich auf folgende Punkte (vgl. Ludwig-Mayerhofer & Barlösius 2001, S. 20 ff.; Groenemeyer 1999c, S. 290, S. 294; Böhnke & Delhey 2001, S. 315 f.):

- Es besteht kein direkter Bezug zur gesellschaftlichen Definition von Armut.
- Der Sozialhilfebezug sagt etwas über "bekämpfte Armut" aus, Leistungsbezieher sind nicht mehr arm. Die Dauer von Armut kann nur begrenzt berücksichtigt werden, dabei ergeben Längsschnittstudien, dass Armut – neben einem Stamm an Dauerarmen – meist kurzfristig ist.
- Die Grenze ist nur willkürlich festzulegen, begründbar über eine Äquivalenz mit über andere Methoden ermittelten Armutsgrenzen. Bei einer Orientierung am Median können nicht mehr als 50% der Gesellschaft arm sein, bei der Orientierung am Durchschnitt können die Werte durch wenige Spitzeneinkommen verzerrt sein.
- Die Gewichtung von Haushaltseinkommen entbehrt einer Begründung, denn die Gewichte sind ausschließlich am Alter der Personen orientiert, während unterschiedliche Bedarfe aus individuellen Belastungen (Krankheit, Behinderung) ver-

nachlässigt werden. Außerdem beruht die Gewichtung auf der problematischen Annahme, dass die Haushaltsmitglieder adäquat am Einkommen partizipieren.

- Unregelmäßige Einkünfte und Vermögenseinkünfte bleiben unberücksichtigt, ein Vergleich mit Haushaltsbelastungen (Schulden, Ratenzahlungen, Pflegefälle) ist nicht möglich.
- Als monetäre Größe wird die Ausstattung mit finanziellen Ressourcen gemessen, Aspekte der Einkommensverwendung, gesellschaftlicher und individueller Bedürfnisse werden ausgeblendet.
- Die Messung von Armut über Einkommen erlaubt Aussagen über die Verteilung von Ressourcen in einer Gesellschaft, mithin wird soziale Ungleichheit gemessen. Veränderungen der sozialen Ungleichheit führen daher auch zur Veränderung der Armut, obwohl sie möglicherweise die Armen selbst gar nicht betreffen.

Da individuelle Wohlfahrt jedoch nicht durch Geld an sich, sondern durch materielle Güter wie Wohnung, Nahrung, Kleidung, Unterhaltungsmedien etc. entsteht, kann die Berechnung der Anteile von Ausgaben für bestimmte lebenswichtige Güter am Gesamteinkommen, z.B. das Verhältnis von Ernährungsausgaben zum Einkommen, genaueren Aufschluss über die Situation geben (vgl. Groenemeyer 1999c, S. 292). Weitergehend sind jedoch die Ansätze der relativen Deprivation und Armut als Lebenslage. Über die Ermittlung der Ausstattung des Haushaltes mit Gebrauchsgegenständen und Versorgungsleistungen soll ein differenzierteres Bild der materiellen Lebensbedingungen entstehen, wobei auch Elemente des Wohlbefindens und der Zufriedenheit berücksichtigt werden sollten, sodass die tatsächliche Versorgungslage als Spielraum der Interessen- und Bedürfnisbefriedigung in verschiedenen Lebensbereichen (z.B. Arbeit, Wohnung, Bildung, Gesundheit, Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben) abschätzbar ist. Die Ermittlung des „angemessenen Lebensstandards“ geschieht mittels Umfragen, die Grenze wird jedoch wiederum durch Wissenschaftler nach der Auswertung dieser Umfragen gezogen (vgl. Ludwig-Mayerhofer & Barlösius 2001, S. 22 ff.; Groenemeyer 1999c, S. 295; Böhnke & Delhey 2001, S. 317; Hradil 1999, S. 240). Kritik an diesem Ansatz zeigt sich in folgenden Punkten (vgl. Ludwig-Mayerhofer & Barlösius 2001, S. 22 ff., S. 28; Groenemeyer 1999c, S. 295; Böhnke & Delhey 2001, S. 318):

- Die Auswahl der Indikatoren muss sich nicht unbedingt mit den Prioritäten der Individuen decken (es gibt auch Menschen, denen an bestimmten Dingen nicht viel liegt (z.B. TV), die aber andere Sachen, die vielleicht nicht zu den Mindeststandards gehören, bevorzugen (z.B. höhere Miete für ein Haus mit Garten)).

- Lebensphasentypische Bedürfnisse können zwar berücksichtigt werden, milieutypische Differenzierungen der Ansprüche jedoch nicht.
- Die Bestimmung der Grenzwerte gestaltet sich daher schwierig und ist umstritten.
- Auf abstraktem Niveau gut zu begründen gestaltet sich die Ableitung von Unterstützungsansprüchen schwierig.

Böhnke und Delhey (2001, S. 326 ff.) versuchen mit einer Kombination von Deprivations- und Ressourcenansatz die Kritikpunkte zu überwinden. Sie unterscheiden vier Lagen:

- doppelte Armut durch Einkommensarmut und gravierende Unterversorgung;
- Einkommensarmut durch geringe finanzielle Ressourcen bei akzeptablem Lebensstandard, entstanden durch Kompensationseffekte, z.B. mietfreies Wohnen;
- Versorgungsarmut durch gravierende Unterversorgung bei einem Einkommen über der Armutsschwelle, entstanden durch abweichende Konsumpräferenzen, das Wissen um oder die Furcht vor zukünftig schrumpfendem Einkommen, ein erst kürzlich eingetretenes ausreichendes Einkommen oder außergewöhnliche Belastungen (Schuldendienst, Unterhaltszahlungen, Pflegekosten);
- Nicht-Armut.

Die Kritikpunkte an beiden relativen Ansätzen können damit jedoch nicht überwunden werden (vgl. Ludwig-Mayerhofer & Barlösius 2001, S. 26 ff.; Groenemeyer 1999c, S. 288 f.; Böhnke & Delhey 2001, S. 316):

- Eine relative Definition von Armut findet immer Arme (z.B. die untersten 10% gibt es immer, auch wenn insgesamt der Wohlstand steigt), womit eine Verwechslung von Armut mit Ungleichheit vorliegt. Das Gegenargument dazu sagt jedoch, dass bei einem relativen Ansatz Armut eine bestimmte Form von Ungleichheit, nämlich die deutliche Abkoppelung bestimmter Personengruppen vom durchschnittlichen Wohlstandsniveau, ist und bei einer bestimmten Gestaltung der Einkommensverteilung niemand zu weit unter dem Durchschnitt liegt (dies ist der Fall, wenn nicht mehr von einer Normalverteilung, sondern von einer linkssteilen Verteilung ausgegangen wird).
- Die Armutslücke, d.h. der Abstand des Durchschnitts der Einkommen unter der Armutsgrenze zur Armutsgrenze, und die Ungleichheit der Armen untereinander, d.h. die Streuung der Einkommen unter der Armutsgrenze werden vernachlässigt.

- Wenn der Lebensstandard einer gesamten Gesellschaft sinkt, können die Armutsmaße keine Erhöhung der Armut feststellen.
- Die verschiedenen festgelegten Armutsgrenzen führen zu unterschiedlichen Zahlen bzgl. der Reichweite des Problems.

Groenemeyer (1999c, S. 290) fasst den Wert der relativen Ansätze so zusammen: „Auch wenn sich Armut nicht auf die Verfügbarkeit materieller und finanzieller Ressourcen reduzieren lässt, so stehen diese bei der Armutsmessung im Vordergrund, nicht nur, weil sie leichter verfügbar und handhabbar sind, sondern auch, weil sich viele andere Bedürfnisse damit befriedigen lassen“ (vgl. auch Hradil 1999, S. 240).

Eine extreme Relativierung des Armutsbegriffs wird durch die Anwendung eines schicht- oder lageinternen Maßstabes erreicht, wie ihn Barlösius (2001, S. 82 ff.) in Rückgriff auf Simmel (1992: „Arm ist derjenige, dessen Mittel zu seinen Zwecken nicht zureichen“) anwendet: „Personen, die keinen ihrer sozialen Position gemäßen Lebensstil praktizieren und den sozial erwartbaren Lebensverlauf nicht realisieren können, gehören nicht zur Klasse der Armen, aber innerhalb ihrer Klasse sind sie arm“ (S. 82). Wenn materielle, soziale und kulturelle Restriktionen den durch das Selbstverständnis der eigenen Gruppe erwartbaren Lebensstil, also den milieu- oder schichtspezifischen Lebensstil, unmöglich machen, kann man sich selbst als „arm“ wahrnehmen. Ein Abdrängen in verachtete Praxisformen wird dabei als kulturelle Entwertung des eigenen Lebens, als Ausgrenzung aus der Schicht erlebt. Die Ursachen können einerseits in einer starken Abweichung neuer Lebensbedingungen von bisherigen (durch einen Laufbahnwechsel nach gravierendem sozialem Auf- oder Abstieg) oder in Diskrepanzen gesehen werden, wenn nach einem schnellen Wandel der objektiven Strukturen die Wahrnehmungs- und Bewertungsschemata (noch) nicht angepasst sind, sodass bislang erfolgreiche Mittel zur sozialen Positionierung (berufliche Qualifikation, solidarische Zugehörigkeit, familiäre Beziehungen) zur Erreichung gewohnter Ziele nicht mehr ausreichen und große gesellschaftliche Gruppen von Erfahrungen des Scheiterns bedroht sind. Das Risiko der Verarmung ist damit nicht auf untere oder periphere soziale Lagen beschränkt und wird nicht mit Forderungen nach Unterstützung verknüpft, sondern zeigt einen als ungerecht wahrgenommenen sozialen Wandel an, der traditionelle Schicht- und Lagezugehörigkeiten gefährdet (vgl. Barlösius 2001, S. 83 f., S. 86 Bezug auf Bourdieu). Die Beurteilung der Lage einer Person erfolgt nach ihren Erlebnissen von vergeblichen Anstrengungen und Erfahrungen der Perspektivlosigkeit. Außerdem werden gesellschaftliche Maßstäbe und Kategorien aufgrund begründeter sozialstruktureller Erwartungen und Ansprüche an eine angemessene Ressourcen-

ausstattung bei der Beurteilung angelegt. Diese werden aus Befragungen der Bevölkerung nach Einkommensgrenzwerten und notwendigen Bedarfsgegenständen, bei deren Nichterreichen von Armut ausgegangen wird, bzw. durch Fragen nach der Selbsteinstufung und deren Kriterien abgeleitet (vgl. Barlösius 2001, S. 88 ff.; Ludwig-Mayerhofer & Barlösius 2001, S. 28; Groenemeyer 1999c, S. 294).

3.2.3.3 Armutsforschung

Die Armutsforschung beschäftigt sich z.B. mit der Frage nach dem Zusammenhang zwischen Armut und Sozialstruktur. Problemlagen und Unterversorgung treten demnach häufig kumuliert in bestimmten Bevölkerungsgruppen auf, deren Risikokonstellationen (z.B. Alter, Geschlecht, Haushaltsstruktur, Status als Ausländer) untersucht werden (vgl. Groenemeyer 1999c, S. 296 f.).

Besonders betroffen sind demnach folgende Gruppen der Gesellschaft:

- Kinder und Jugendliche: Da die Politik es nicht schafft, die erhöhten Lebenshaltungskosten von Familien auszugleichen, sind Kinder und Jugendliche überproportional von Armut betroffen. Im Vergleich haben arme Kinder und Jugendliche im Bereich des psychosozialen Wohlbefindens einen schlechteren Status (vgl. Klocke 2001, S. 308).
- Von Bildungsarmut Betroffene, womit jene Personen gemeint sind, die im System der schulischen bzw. beruflichen Bildung keinen Abschluss erreicht haben (aber nicht genauer spezifiziert ist, ob in einem oder beiden Bereichen kein Abschluss vorhanden sein muss und welchen Wert Sonderschulabschlüsse haben). Da Schulabschlüsse die spätere berufliche Bildungskarriere beeinflussen und sich auf Eintritt in und Dauer von Arbeitslosigkeit auswirken, hängen sie mit Armut zusammen (Hacket, Preißler & Ludwig-Mayerhofer 2001).
- Erwerbstätige Arme: Erwerbstätige in Normalarbeitsverhältnissen (unbefristete, abhängige Vollzeitarbeit) sollten vor Armut geschützt sein, es zeigt sich aber, dass es eine nicht vernachlässigbare Anzahl erwerbstätiger Armer gibt. Dabei handelt es sich einerseits um Personen mit so geringem Arbeitseinkommen, dass es für sie selbst nicht reicht (Auszubildende, geringfügig Beschäftigte, Teilzeiterwerbstätige) und andererseits um Personen, deren Einkommen für sie selbst ausreichen würde, die aber durch den Haushaltskontext arm werden (Familienväter in Normalarbeitsverhältnissen, die mit Nichterwerbspersonen im primären Erwerbsalter zusammenleben) (vgl. Strengmann-Kuhn 2001).

- Arbeitslose, die durch die nachgelassene Integrationskraft des industriellen Erwerbsarbeitssystems von Armut betroffen sind (vgl. Vogel 2001).
- Getrennt Lebende: Nicht erst mit der Scheidung, sondern mit der Trennung steigt die Armutsquote, von der vor allem Kinder und Frauen bzw. diejenigen, die auch schon vor der Trennung ein erhöhtes Armutsrisiko hatten (Vorhandensein von Kindern, niedriger Schulabschluss u.ä.), betroffen sind. Bei der Absicherung gegen wirtschaftliche Risiken erweist sich Erwerbstätigkeit als wirkungsvoll, eine neue Bindung nicht (vgl. Andreß & Güllner 2001).
- Migranten haben ein erhöhtes Armutsrisiko, aber Migration ist nicht an sich ein Armutsrisiko, da Migranten aus allen Schichten stammen, wobei die Gruppe aus höheren Schichten eher klein ist. Für die Integrationschancen in den Arbeitsmarkt und damit das Armutsrisiko ist der Einreisestatus von großer Bedeutung (vgl. Seifert 2001; Hradil 1999, S. 328 ff.).
- Überschuldete: Von Überschuldung spricht man, wenn der monatlich verbleibende freie Einkommensrest kleiner ist als die zur Begleichung der monatlichen Verbindlichkeiten notwendige Summe, was durch die Erhebung von Einkommensarmut nicht erfasst wird. Obwohl Armut oft episodenhaften Charakter hat, ist Überschuldung meist eine biografisch lang anhaltende Problematik, zu der neben der Bewältigung des Alltags unter materieller Armut noch die Bewältigung des Stigmas „Schuldner“ kommt (vgl. Backert 2001).

In modernen Gesellschaften ist die einzig legitime Objektivierungsmethode die Berufung auf den Stand der Wissenschaft, die mit der statistischen Erfassung gesellschaftlicher Zusammenhänge ihre Armutsdarstellung als „objektiv“ hinstellt. Die Ergebnisse sind Grundlage für die Planung sozialen Wandels, die Legitimierung staatlicher Interventionen und die Begründung von Nichtdurchführung sozialstaatlicher Maßnahmen seitens des modernen Wohlfahrtsstaats. Beim Thema Armut hat sich die Berichterstattung als am besten geeignete Form der Beschreibung durchgesetzt. Das Ziel der Armutsberichte ist eine realitätshaltigere aber ebenfalls offizielle Sicht der Armut (gegenüber dem „offiziellen“ Bild der Sozialstatistik) durch einen Beleg für das Anwachsen der Anzahl der in Armut lebenden Personen, die Ermittlung der Merkmale betroffener Personengruppen und die Ableitung sozialpolitischer Forderungen. Dazu werden die Formen von Armut, die mit den eingeführten Definitionen messbar sind, untersucht. Allerdings gibt es einige gesellschaftliche Gruppen, die zwar unter die Armutsdefinition fallen, aber über die nicht berichtet wird (Asylbewerber, illegale Einwanderer, Straßenkinder, Obdachlose etc.), weil in diesen Fällen

die Verknüpfung von Armut und Unterstützungsanspruch infrage gestellt ist. Die Berichterstattung ist auf kommunaler und Länderebene unterschiedlich fest institutionalisiert und unabhängig, tendenziell wird durch die Art der Datenerhebung und die Verwendung der Armutsgrenze jedoch die offizielle Sichtweise repliziert (vgl. Barlösius 2001, S. 78 ff.; Ludwig-Mayerhofer & Barlösius 2001, S. 32 f.).

Ludwig-Mayerhofer und Barlösius (2001, S. 37 – 50) weisen auf drei Forschungsansätze hin, die im internationalen Raum von Bedeutung sind: Die dynamische Armutsforschung stammt aus den USA, wo D. Ellwood in den 1970er Jahren auf die Lebenslauf-Perspektive und die Beachtung der Dauer der Armut hingewiesen hat, sodass Wege in, durch und aus der Armut untersucht werden. Kritisch anzumerken ist, dass in Deutschland als Armutsmaß der Sozialhilfebezug gewählt wurde, wodurch sich einige methodische Mängel ergeben. In Frankreich hat die Armutsforschung unter dem Exklusionsbegriff eine lange Tradition, der allerdings einer konkreten inhaltlichen Bestimmung entbehrt. In der Zunahme prekärer, flexibilisierter Arbeitsverhältnisse und Destabilisierung der Erwerbsarbeit liegt die Ursache für die Entstehung einer Gruppe von „Überflüssigen“ als strukturelles Element und als biografische und soziale Erfahrung, nutzlos geworden zu sein. Als Gegenbegriff wird nicht die Eingliederung, sondern die Integration über gemeinsam geteilte Überzeugungen und ein Kollektivbewusstsein gewählt, wobei die Einbindung in das Berufsleben als einzig zuverlässige Instanz moderner Gesellschaften zur gelungenen sozialen Integration gilt. Ebenfalls aus den USA stammt das Modell der Armut als Urban Underclass, das dem Interpretationsmodell der „Kultur der Armut“ folgt und in einer pessimistischen ökonomischen Prognose der Deindustrialisierung die Entstehung einer Klasse von Erwerbslosen und Unterbeschäftigten ohne Hoffnung auf Reintegration in den Arbeitsmarkt prophezeit.

3.2.3.4 Theorie der Armut

Eine Theorie der Armut, die die einzelnen Theorie-Ansätze aus anderen Kontexten zusammenfassen will, muss zunächst einmal die Bezugsebene und Prioritätensetzung klären. Je nach Fragestellung, sozialtheoretischen Vorlieben und politischen Grundsatzentscheidungen über die Ansatzenebene der Lösungen ergibt sich die Grundlage für Armut in Aspekten der Sozialstruktur, der Politik oder den Entwicklungen kultureller Muster und individueller Orientierungen (vgl. Groenemeyer 1999c, S. 298 f.). Folgende Theorien leisten einen Beitrag zur Theorie der Armut, wobei deutlich wird, dass die Ursachen von Ungleichheiten des Einkommens und damit auch von Armut durch Zusammenwirken mehrerer Ursachenbereiche erklärt werden, d.h., dass komplexe Kausalverhältnisse bestehen

(vgl. Groenemeyer 1999c, S. 298 – 303; Ludwig-Mayerhofer & Barlösius 2001, S. 54 f.; Hradil 1999, S. 250 f.):

- einige Theorien sozialer Ungleichheit erklären und interpretieren das Auftreten von Armut als Karriereprozess sozialer Deklassierung („Armutskarriere“): Ein fehlender Zugang zu Ressourcen führt zu Rollenverlusten, Stigmatisierung durch Instanzen der sozialen Kontrolle und Integration in subkulturelle Milieus, wobei die Umorientierung von Wertvorstellungen und Leistungsorientierungen zu einer „devianten Identität“ einen sozialen Wiederaufstieg bzw. eine Reintegration erschwert. Problematisch an dieser Erklärung ist, dass die Opfer gesellschaftlicher Entwicklungen für ihre Situation verantwortlich gemacht werden. Armut als extreme Ausprägung sozialer Ungleichheit in einem Ausmaß an Benachteiligung, das nicht mehr zu den als legitim betrachteten Formen der sozialen Differenzierung gehört, fordert eine Unterstützung der Armen zur Abmilderung dieser extremen sozialen Benachteiligungen, da sie die Gesamtstruktur zu gefährden drohen. Diese deterministische Theoriearchitektur blendet mit der Konstruktion von Krisenszenarien der Destabilisierung der Sozialen Ordnung durch den von Armut eingeleiteten Einstieg in den Abstieg die Dynamik und biografische Bedeutung von Armut aus: Armut kann nämlich auch ein Einstieg in die Lebensbewältigung sein (z.B. bei biografischen Umorientierungen, beim Umgang mit Belastungsfaktoren oder beim Umgang mit eigenen Lebenszielen, etc.), wie Mühlfeld (in Druck, S. 23) betont.
- Theorien der Arbeitsmarktsegregation: Ökonomische und sozialstrukturelle Entwicklungen der kapitalistischen Gesellschaft binden die Verteilung von Lebenschancen an die Verteilung von Marktchancen (auch bei wohlfahrtsstaatlichen Leistungen ist die Arbeitsmarktteilnahme die zentrale Basis der Existenzsicherung). Die Zuweisung von Arbeitskräften zu den Segmenten des Arbeitsmarktes geschieht nach bestimmten Selektionskriterien, wobei Frauen, Alte, Behinderte, schlecht Ausgebildete und Ausländer ein größeres Risiko haben, unsichere und schlecht bezahlte Arbeitsplätze zu erhalten, arbeitslos zu werden und damit von Armut betroffen zu sein.
- Einige Theorien abweichenden Verhaltens fassen Armut als Problem individueller Kompetenzen und Orientierungen, als individuelle Pathologie, auf, d.h. sie wird auf Merkmale von Individuen und ihr Verhalten attribuiert. Die Grundannahme ist, dass in Konkurrenzgesellschaften diejenigen scheitern, die inadäquate Kompetenzen und Orientierungen, z.B. fehlende Leistungs- oder Arbeitsmotivation, haben. Dies ist z.B. beim funktionalen Analphabetismus der Fall, der beschreibt, dass jemand

mit komplexen sprachlichen Formulierungen, wie sie in Formularen benutzt werden, nicht zurechtkommt und daher seine Rechte nicht wahrnehmen kann. Der Labeling-Ansatz hingegen weist auf die soziale Konstruktion abweichenden Verhaltens und ihre Eigendynamik hin, indem erst die Zuschreibung ein Verhalten als abweichend definiert und damit ausgrenzt.

- Die vehement diskutierten Subkulturkonzepte untersuchen den intergenerationalen Transfer von Armut: Durch das eigenständige kulturelle Muster (z.B. in Slums) werden Orientierungen und Werthaltungen vermittelt, die Sicherheit für eigenes Handeln und damit ein Überleben in der sozialen Gruppierung ermöglichen, aber einen sozialen Aufstieg verhindern, da sie in anderen Bereichen eher hinderlich sind.
- Theorien des Politikversagens weisen die Schuld für die hohe Anzahl Arbeitsloser der mangelnden Kompetenz politischer Instanzen zu. Ferner weisen sie in einer anerkannten Argumentation Armut als Problem selektiver wohlfahrtsstaatlicher Sicherung aus, das durch systematische Nichtberücksichtigung von nicht-organisierten, nicht artikulations- und konfliktfähigen Interessen und Bedürfnissen im politischen Prozess zur Benachteiligung von Frauen, Alten und Kinderreichen führt, die dann zu von Armut bedrohten Gruppen werden.
- Die Funktionale Theorie der Armut erklärt die Existenz von Armut mit ihren positiven Funktionen für die Gesellschaft, die sie in einer Normstabilisierung, der Sicherung der Legitimität sozialer Ungleichheit, im Aktivitätsfeld und der Beschäftigung für Sozialverwaltung und Politik sowie darin sieht, dass Arme schlechte Arbeitsbedingungen akzeptieren, die informelle Ökonomie in Gang halten und minderwertige Konsumgüter abnehmen.
- Theorien räumlicher Segregation zeigen regionale Unterschiede des Armutsproblems auf.
- Modernisierungstheorien weisen auf die Heterogenisierung und Verzeitlichung von Armut hin.
- Moderne Gerechtigkeitstheorien fordern, alle anderen Ziele der Verteilungsgerechtigkeit der Vermeidung von Armut unterzuordnen, da ein Leben über der Armutsgrenze ein nicht zu hintergehendes Grundrecht gerechtigkeitsorientierter Politik ist.

Alle diese Theorie-Ansätze bilden die Grundlage für die Untersuchung von Armut als sozialem Problem, wobei der Armutsdiskurs meist über andere geführt wird, da die Armen selbst selten die Stimme erheben. Ludwig-Mayerhofer und Barlösius (2001, S. 12 f.) unterscheiden dabei die advokatorische („Anwalt der Armen“), anklagende (Anklage

der Verhältnisse, Maßnahmen, Politik als Armutserzeuger), ausgrenzende (Verwendung von Distanzierungssemantiken) und messende (Sozialforscher) Perspektive.

Die Aspekte der Abhängigkeit, Bedürftigkeit und Ausgrenzung, die Armut konstituieren, bilden einen Kontrast-Wert zur individuellen Autonomie, die in individualisierten, säkularisierten modernen Gesellschaften verbindlich ist, und damit eine potentielle Gefahr für die in ihnen herrschende soziale Ordnung. Über die Definition eines besonderen Status und der Zuordnung von bestimmten Personen zu dieser sozialen Kategorie wird Armut als soziales Problem durch die Gesellschaft erzeugt. Dabei stellt sich die Frage nach dem angemessenen gesellschaftlichen Umgang mit diesem Problem, wodurch Forschungen zur Entwicklung von Strategien zur gesellschaftlichen Bewältigung angestoßen werden. Je nachdem, ob die Lage als selbstverschuldet interpretiert wird, wird dann eine Unterstützungspflicht negiert oder angenommen und über die Zubilligung von Hilfebedürftigkeit Hilfe bis hin zu umfangreicher Unterstützung zur Erlangung eines anderen sozialen Status gewährt. Es entwickeln sich Instanzen der sozialen Kontrolle, die die Hilfeberechtigung (Einkommen unterhalb der festgesetzten Grenze) und Bedingungen zur Leistungsgewährung (Nachweis der Motivation zur Arbeit etc.) überprüfen. Die Verrechtlichung mit einer Festlegung der verbindlichen staatlichen Armutsgrenze zur Definition von Armut ist eine Voraussetzung für einen staatlich garantierten Anspruch und legt den Kreis der Unterstützungsberechtigten sowie den Rahmen der Unterstützungshöhe fest. Damit wirkt die Definition selbst auf den gesellschaftlichen Prozess der Klassifikation sozialer Ungleichheit und später auf die Selbstdefinition und Handlungsorientierungen der Betroffenen zurück, ist also selbst Teil des Armutsphänomens, das sie objektivierend repräsentieren sollte, indem sie zu Ausgrenzung und Stigmatisierung führt. Ferner werden über die Bedingungen zur Leistungsgewährung (Arbeitsmotivation) auch innerhalb der Armen unterschiedliche Gruppen differenziert. So gibt es in jeder Gesellschaft Gruppen, die nach ihrer sozialen Lage Anspruch auf Unterstützung hätten, sie aber nicht erhalten. Sie sind nicht nur als „Arme“ klassifiziert, sondern auch mit herabsetzenden Worten, wie unwürdig, verrufen oder gefährlich spezifiziert. Sie werden damit aus der Gruppe der anerkannten Armen, aus der gesamten Gesellschaft herausgenommen und haben keinen Anspruch mehr auf eine Leistungsgewährung. Sie bilden nun eine soziale Gruppe außerhalb der als legitim angesehenen sozialen Ungleichheit und werden selbst dafür verantwortlich gemacht, indem nicht strukturelle Ursachen, sondern Eigenschaften ihrer Kultur und Person (in Armut eingerichtet, mangelnde Leistungsbereitschaft etc.) betont werden.

Das hier gezeichnete Armutsbild ist ein integraler Bestandteil der Kultur westlich orientierter moderner Gesellschaften und bildet die allgemeine Grundlage für die Legitimation und Ausgestaltung von sozial- und entwicklungspolitischen Prozessen sowie die bestehende soziale Hierarchie. Nach Simmel bestimmt der Empfang sozialer Hilfen das Verhältnis der Armen zur Gesellschaft als ein Außerhalb, das durch die Hilfeleistung als Wechselwirkung gekennzeichnet ist. Fordert der Arme keine Unterstützung, so bleibt seine Armut unerkannt, er wird nicht klassifiziert und vermeidet damit Ausgrenzung und Stigmatisierung.

3.2.3.5 Reaktionen auf Armut

Nach Groenemeyer (1999c, S. 303 – 312) lassen sich politische von individuellen und kollektiven Reaktionen auf Armut unterscheiden. Je nach Armutsdefinition entziehen sich bestimmte Aspekte der Bekämpfung von Armut dem politischen Einflussbereich (z.B. die subjektive Einschätzung). Als typische politische Maßnahmen gelten Transferzahlungen mit Verzeitlichung des Bedürfnisausgleichs, d.h. zeitlicher Begrenzung der Transferzahlungen. Sie sollen als ökonomische Intervention die materielle Ressourcenausstattung und darüber die Teilhabechancen am ökonomischen System verbessern. Dazu stellt er drei Modelle vor: Zunächst das Sozialversicherungsmodell als dominierendes Modell der Absicherung abhängig Beschäftigter gegen Einkommensrisiken wie Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität und Alter über die regelmäßige Beitragszahlung. Dieses Modell ist am Leidideal der Normalarbeitsbiografie orientiert, sodass diejenigen, die der sozialpolitischen Absicherung besonders bedürfen, weil sie aus dem Erwerbsprozess herausgefallen sind, ungenügend abgesichert sind. Diese Gruppe Betroffener wird voraussichtlich immer größer werden. Als zweites Modell bringt das Sozialhilfemodell in streng subsidiärer Art Unterhaltsleistungen für Personen auf, die in ihrer sozialen Lage bereits unter das Existenzminimum gesunken sind, über kein ausreichendes Einkommen oder Vermögen verfügen und nicht über das Sozialversicherungssystem abgesichert sind. Voraussetzung ist die Bereiterklärung, jedwede Art von Arbeit aufzunehmen. Grundgedanke bei der Entwicklung dieses Modells (um 1961, in der Zeit des Wirtschaftswunders) war, dass Armut in Zeiten der Vollbeschäftigung nur wenige Menschen und dann auch nur zeitlich befristet betrifft. In wirtschaftlichen Krisenzeiten dagegen steigt der Bedarf bei gleichzeitiger Kürzung der Leistungen. Heute geht man davon aus, dass etwa die Hälfte der Berechtigten ihren Anspruch nicht ausschöpfen, entweder weil sie sich selbst nicht als hilfebedürftig definieren oder weil sie nicht über die individuellen Kompetenzen zur Antragstellung verfügen und nicht von einer Verbandsmacht vertreten werden. Unabhängig von Beitragszahlungen

und individueller Bedürftigkeitsprüfung arbeitet das Versorgungs- oder Grundsicherungsmodell, indem Leistungen als allgemeine Grundsicherung bei bestimmten sozialen Risiken und Bedürfnislagen gezahlt werden, z.B. einkommensunabhängiges Kindergeld.

Das Ziel der Vermeidung bzw. Bekämpfung der Armut ist prinzipiell von allen Gruppierungen anerkannt, wobei die Begründungen sowohl von moralischen Motiven (Gerechtigkeit, humanistische Ideale, ethische Gründe) als auch von Zweckmäßigkeitsmotiven (Furcht vor Beeinträchtigung der Nicht-Armen, Zerfall der Gesellschaft, Gefährdung des sozialen Friedens, Entstehung von politischem Radikalismus und Kriminalität etc.) geprägt sind (vgl. Hradil 1999, S. 239). Gerade im Umgang mit Armut wird bezweifelt, dass die vorhandenen gesellschaftlichen Problemlösungsstrategien tatsächlich an der Problembehebung, d.h. der Beseitigung gegebener sozialer Ungleichheit, ausgerichtet sind. Transferleistungen sind eher dazu geeignet, soziale Not zu lindern, als die Differenzierung der Gesellschaft in Arme und Reiche aufzuheben. Sie dienen nicht dem Unterstützten persönlich, sondern seiner Familie bzw. der Selbstdarstellung der Erhaltung der Familiengemeinschaft nach innen und außen. Das Handlungsziel im Umgang mit Armut ist also die Abmilderung extremer Erscheinungen sozialer Differenzierung, sodass die Sozialstruktur nicht gestört wird. Wenn die Problemwahrnehmung der Fragestellung „Armut“ zu einem lösungsorientierten Problembewusstsein führt, das sich in der Problemlösungsfähigkeit verdichtet, kann die Ausweisung einer Problemlösungsnotwendigkeit zur modifizierenden Erhaltung der sozialen Ordnung bei gegebener Problemlösungsdringlichkeit zur Präzisierung einer Handlungsstrategie führen, wodurch die Skandalisierung von Armut Modernisierungsprozesse erzwingen oder verhindern kann (vgl. Mühlfeld in Druck, S. 25).

Betroffene müssen innerhalb ihres durch Mangel gekennzeichneten Handlungsrahmens Strategien des Überlebens und der Identitätssicherung bilden. Individuelle und kollektive Reaktionen auf Armut und die Wahl von Handlungsformen werden von sozialen Normen reguliert, wobei nicht alle Reaktionen toleriert werden, sondern zu Reaktionen sozialer Kontrolle führen (z.B. werden in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht bei Frauen und Männern unterschiedliche Reaktionen erwartet). Nicht nur dadurch ist Armut keine einheitliche Erfahrung, sondern Unterschiede zwischen Staaten, Ländern, Regionen und innerhalb einer Gesellschaft (z.B. New Yorker Slum im Vergleich zu alleinerziehenden Müttern in Schweden oder die Armut chronisch Kranker oder Behinderter verglichen mit Altersarmut, niedrigem Einkommen der Situation Obdachloser usw.) machen eine übergreifende Perspektive von Armutsreaktion und -verarbeitung schwierig. Die Stressforschung fasst Armut als Stressor bzw. chronische Belastung auf und untersucht die Anpas-

sungsreaktionen, die durch intervenierende Variablen wie soziale Beziehungen, individuelle Ressourcen usw. beeinflusst werden. Es lassen sich Auswirkungen auf die physische wie psychische Gesundheit, auf das soziale Netzwerk und die Familie, insbesondere die Entwicklung der Kinder, zeigen (vgl. Groenemeyer 1999c, S. 303 – 312).

Der dargestellte Diskurs zum Thema Armut verdeutlicht durch seine Lösungsansätze die besondere Bedeutung von Integration. Daher soll im nächsten Abschnitt auf die Dimensionen dieses Begriffs eingegangen werden.

3.3 Multidimensionalität von Integration

Soziale Integration definiert Münch (1997, S. 66) als „Zustand der Gesellschaft, in dem alle ihre Teile fest miteinander verbunden sind und eine nach außen abgegrenzte Einheit bilden.“ Unter den Teilen der Gesellschaft versteht er sowohl die einzelnen Individuen und Familien, als auch Stände, Gruppen, Klassen, Schichten, Verbände, Vereinigungen, Parteien sowie ihre Teilsysteme Wirtschaft, Politik, Recht, Wissenschaft, Medizin, Massenmedien und Religion, die sich zur Erfüllung bestimmter Funktionen spezialisiert haben. Mit der fortschreitenden Spezialisierung dieser Teilsysteme geht im historischen Kontext eine Differenzierung der Dimensionen von Integrationsmöglichkeiten moderner Gesellschaften einher. Die ökonomische, politische, solidarische und kulturelle Integration, die seit der Entwicklung der traditionellen Gesellschaften die sozialen Integrationsmöglichkeiten bilden, werden in modernen Gesellschaften durch die systemische Integration ergänzt.

3.3.1 Historischer Überblick

Kleine Stammesgesellschaften konnten Integration über Verwandtschaft einlösen, mit der Entwicklung des ökonomischen Tauschverkehrs entstanden jedoch größere gesellschaftliche Einheiten, die neue Formen der sozialen Integration brauchten. Diese entwickelt sich in traditionellen Gesellschaften entlang der ökonomischen Integration durch Arbeitsteilung, politischen Integration durch die Etablierung einer zentralen Herrschaft mit Verwaltungssystem und kulturellen Integration durch die Entwicklung religiöser Weltdeutungen. Die neue Sozialordnung wird nun geprägt von hierarchisch angeordneten Ständen, von denen jeder im arbeitsteiligen System eine spezifische Funktion erfüllt, sodass die funktionale Differenzierung der Arbeitsteilung mit der hierarchischen Differenzierung der Stände zusammenfällt. Solidarische Integration wird durch die Verpflichtung der Stände auf ihren Beitrag zur Erhaltung des Ganzen und die gegenseitige Verpflichtung zum Beistand eingelöst (vgl. Münch 1997, S. 67). Die Modernisierungsprozesse von Aufklä-

rung, industrieller Revolution und demokratischer Revolution bringen die Integrationskraft der traditionellen Gesellschaften jedoch an ihre Grenzen. In modernen Gesellschaften wird soziale Integration zu einem Dauerproblem, da immer weniger auf die Kraft der Tradition gebaut werden kann. Die feste Ordnung der ständischen Gesellschaft weicht einer offenen und dynamischen Klassen-, Schichten- und Gruppengesellschaft mit Konkurrenz um knappe Ressourcen, Machtausübung und Wahrheit. In der Erzeugung allgemeiner Wertbindungen im Zuge der Aufklärung zielen die Medien der kulturellen Integration durch Verständigung über das richtige Leben auf kulturelle Einheit einer einzigen Weltgesellschaft. Die industrielle Revolution hat die Arbeitsteilung weiter vorangetrieben, sodass ein geräumiger, bald einheitlicher globaler Markt entsteht, bei dem Geld das Medium der ökonomischen Integration der arbeitsteiligen Gesellschaft ist. Der moderne Kapitalismus bringt das Ende der Konvergenz von wirtschaftlicher Arbeitsteilung (funktionaler Differenzierung) und ständischer Hierarchie, wobei die ständisch-hierarchische Differenzierung untergeht. Mit der demokratischen Revolution wird die Herrschaft der Monarchie durch zeitlich begrenzte Übertragung von politischer Führungsverantwortung nach demokratischer Wahl ersetzt, wodurch eine größtmögliche Anzahl von Individuen in die politische Herrschaft einbezogen sind, sodass ein größtmögliches Potential der politischen Integration und Selbstbindung an die Beschlüsse erreicht wird. Gleichzeitig mit diesem Modernisierungsprozess bildet sich das System der europäischen Nationalstaaten. Die Bedeutung von Selbstbestimmung hängt davon ab, welches Verständnis von Nation gewählt wird: Willensgemeinschaften entstehen durch die Entscheidung von Menschen unterschiedlicher Herkunft, zusammen einen Staat zu bilden, sodass ethnische Heterogenität häufig vorkommt. Soziale Integration gestaltet sich in der Aufgabe ethnischer Identitätsmerkmale zugunsten der nationalen Willensgemeinschaft, da die Bürgerrechte für das Individuum gelten und die ethnische Herkunft keine besonderen Rechte begründet. Bei einem Verständnis von Nation als Herkunftsgemeinschaft steht das Recht von Menschen gleicher Herkunft im Mittelpunkt, unabhängig von bestehenden staatlichen Einheiten einen eigenen Staat zu bilden. Solche Nationen sind durch ethnische Homogenität des Nationalstaats geprägt. Durch die Globalisierung stehen jedoch auch solche Nationalstaaten vor dem Problem der sozialen Integration von Menschen mit verschiedenen ethnischen Hintergründen. Soziale Integration multi-ethnischer Gesellschaften gelingt nach Münch nur über Individualisierung, d.h. über die Entbindung aus Herkunftsgruppen und in dem Maße, wie die Individuen ihre Herkunft hinter sich lassen und als Individuen Anerkennung finden bzw. Rechte und Pflichten wahrnehmen. Da in der Realität Individuen in der Regel ihre ethnische Identität nicht im erforderlichen Maß zur Herstellung von sozialer Integration aufge-

ben, d.h. engere Vergemeinschaftung überwiegend entlang ethnischer Herkunft verläuft, liegt es an derjenigen Herkunftsgruppe, die die vorhandene Kultur am längsten geformt hat, mittels Programmen der individuellen Chancenverbesserung und der Öffnung für ein größeres Spektrum von Herkunftsgruppen mindestens ein Minimum an Verfahren der gegenseitigen Verständigung zu schaffen (vgl. Münch 1997, S.67 ff.). Im folgenden soll auf die einzelnen Dimensionen der Integration in modernen Gesellschaften und ihre Theorien eingegangen werden.

3.3.2 *Die Dimensionen der Integration und ihre Bedeutung für die Familie*

Ökonomische Integration: Die Theorie der ökonomischen Integration geht davon aus, dass die moderne arbeitsteilige Gesellschaft ein Gefüge aus vielen einzelnen Tauschbeziehungen darstellt und durch Verträge zusammengehalten wird. Die Einbindung der Einzelnen und Gruppen durch den feststehenden sozialen Stand wird hier durch den völlig frei geschlossenen Vertrag zwischen beliebigen Vertragspartnern ersetzt. In ihrer Reinform geht die Theorie der ökonomischen Integration davon aus, dass der Staat überflüssig wird, wenn die Menschen reif genug sind, sich frei und selbstverantwortlich durch eine Vielzahl von Verträgen zu binden; realistischer ist jedoch, dass dem Staat minimale Integrationsaufgaben zukommen, wo die ökonomische Integration durch Wohlstandssteigerung versagt (vgl. Münch 1997, S. 77 ff.).

Politische Integration: Da die moderne Gesellschaft nicht durch Konsens über gemeinsame Werte zusammengehalten werden kann, sondern in der Allgegenwart von Interessen- und Wertkonflikten auseinander zu brechen droht, muss ihr Zusammenhalt durch politischen Zwang bewirkt werden, wodurch sich die Konflikte um die Ausübung des Zwangs zentrieren. Bei einer damit einhergehenden Grunddifferenzierung der Gesellschaft in Herrschende und Beherrschte ist die friedliche Austragung des Grundkonflikts durch einen geregelten Austausch der Herrschenden und den Wechsel von einer zur anderen Seite Basis der Integration (vgl. Münch 1997, S. 83 bezugnehmend auf Dahrendorf). Handlungsbedarf wird mit institutionalisierter Konfliktregelung begegnet: bei einer Gefährdung des Kindeswohls z.B. liegt der Handlungsbedarf in der Befähigung der Eltern und im Schutz des Kindes, die Insitutionalisierung in der Antwort auf die Frage nach der Anspruchsberechtigung.

Kulturelle Integration: Theorien der kulturellen Integration streben die Lösung des Problems auf dem Wege der kulturellen Einheit der Gesellschaft und im Verhältnis des Partikularen zum Allgemeinen an, wobei ökonomischer Tausch und politischer Zwang

durch Verständigung auf der Basis von gemeinsam geteilter Vernunft ergänzt werden. Durch die fortschreitende Differenzierung besteht die Gefahr, dass die Menschen immer mehr von den Systemen beherrscht werden, ohne sie kontrollieren oder sich über den Sinn des Geschehens austauschen zu können. Die Befreiung aus dieser verselbständigten Systemintegration kann nur durch Prozesse der diskursiven Verständigung geschafft werden, sodass eine Lösung des Problems in der kommunikativen Verschränkung von Sozial- und Systemintegration zu sehen ist (Münch 1997, S. 84 f. beziehungsweise auf Lockwood und Habermas).

Systemische Integration: Luhmanns radikale Theorie der Systemintegration geht von einer funktionalen Differenzierung moderner Gesellschaften in autopoietische Teilsysteme aus, in denen gesellschaftliche Operationen nur anlaufen, wenn sie von Sinn Gebrauch machen (vgl. Luhmann 1999, S. 44). Zweifel an der Unabhängigkeit der Teilsysteme bestehen jedoch, weil sie darauf angewiesen sind, in einer auf sie zugeschnittenen Umwelt zu operieren, und selbst schon Interpenetrationsprodukte, d.h. durch die gegenseitige Durchdringung der Systeme entstanden, sind. Grundlage für eine gelungene Integration der Systeme ist der Einbau diskursiver Elemente der Selbstreflexion in die Teilsysteme, sodass sie die Folgen ihrer Operationen für die Umwelt reflektieren und ggf. Operationen stoppen, die unerwünschte Nebeneffekte haben. Eine Sozialintegration kann in dem Maße gelingen, wie der fortschreitende Ausbau der grenzüberschreitenden Kommunikation gelingt und zu einer gemeinsamen Umgangssprache, Zusammengehörigkeit, Solidaritätsgefühl und Zusammenarbeit über System- bzw. Gruppengrenzen hinweg führt. Diese Sozialintegration durchdringt alle Teilsysteme jenseits ihrer funktionalen Differenzierung, um sie zusammen zu halten (vgl. Münch 1997, S. 87 ff.). Bzgl. der sozialen Integration betroffener Familien ist daher zu fragen, ob die Hilfe für das Individuum und für die Gesellschaft Sinn macht.

Solidarische Integration: Die bisherigen Integrationstheorien haben ihre Schwachstelle in der mangelnden Berücksichtigung der Bedeutung von Solidarität und Gruppenzugehörigkeit als wesentlichem Integrationselement auch moderner Gesellschaften. Durkheim stellte bereits 1893 fest, dass die Gesellschaft nicht durch Interessenkomplementarität von Tauschpartnern und ihren Verträgen zusammengehalten wird. Verträge brauchen solidarische Kräfte, die die Tauschpartner auf die Einhaltung von Verträgen verpflichten, denn Vertragsparteien können sich nur in dem Maße vertrauen, wie sie sich als Mitglieder einer Rechtsgemeinschaft mit einem gemeinsamen Vertragsrecht sehen. Durkheims Theorie der Berufsgruppen, die die Regulierung des Wirtschaftsverkehrs wie die Zünfte in der

mittelalterlichen Gesellschaft übernehmen, wird mit ihren Elementen einer ständischen Ordnung modernen dynamischen Gesellschaften nicht gerecht, aber Berufsorganisationen, Verbände, Kirchen und Vereine spielen durchaus eine fundamentale Rolle im Aufbau von Solidaritätsnetzwerken. Die moderne Bürgergesellschaft benötigt für ihre Integration ein gut entwickeltes freies Vereinigungsleben, das Menschen über alle Gruppengrenzen hinweg miteinander verbindet (vgl. Münch 1997, S. 95 ff.).

Münchs Fazit nach der Betrachtung der Multidimensionalität von Integration auch im historischen Kontext lautet: „Funktionale Differenzierung und Systemintegration machen die Sozialintegration auch auf diesem Entwicklungsniveau nicht überflüssig. Moderne Gesellschaften, gleich welcher Größenordnung, bestehen nicht nur aus funktional differenzierten Teilsystemen, sondern auch aus sozialen Gruppen, die es in eine solidarische Bürgergemeinschaft zu integrieren gilt“ (Münch 1997, S. 102 f.).

Eine wichtige Rolle dabei kommt der Familie zu, die insbesondere in der Elternschaft eine Mischform der Integrationen darstellt. Dem sich integrierenden Individuum bietet die Gesellschaft bestimmte Integrationsoptionen an, z.B. mit der Schulpflicht. Die Entstehung der Schule war der erste Schritt zur Institutionalisierung der Kindheit und führte mit der institutionellen Trennung von Familie und Schule erst zur „Erfindung der Kindheit“. Die Schulpflicht wurde 1717 in Preußen durch Friedrich Wilhelm I verordnet und brachte eine neue kollektive Beteiligung an Bildung. Die Ursachen für die historische Notwendigkeit der Einführung der Schulpflicht können nach Schlemmer (2004, S. 13) in zwei gegenläufigen Thesen erklärt werden. Coleman (1992) macht mit der rational-choice-Theorie einen Funktionsverlust der Familie für die Übertragung der Bildungsfunktion auf die Schule verantwortlich: Mit der Industrialisierung begann ein Transformationsprozess der Familie, bei dem die Männer ihre Aktivitäten außer Haus erledigen. Damit verlor die Familie ihre bildnerische Funktion, die von der staatlichen Schulausbildung übernommen werden musste. Obwohl die Produktivität der Frau im Haushalt blieb, setzte die schulische Bildung für Mädchen kurz nach der der Jungen ein, was mit diesem Modell nicht erklärt werden kann. Coleman geht davon aus, dass die Schule das Verantwortungsvakuum in der Familie nur teilweise ausfüllen kann, da sie die Beziehungsstrukturen der Familie, die von Emotionalität und Unmittelbarkeit geprägt sind, nicht abbilden kann (vgl. Schlemmer 2004, S. 14). In Anlehnung an Max Weber erklärt Kob (1963) dagegen die Entstehung der Schule als Institution mit der Ablösung des Traditionsprinzips durch das Rationalitätsprinzip, das die familiäre Prägung in der Gesellschaft unwirksam werden ließ. Status und Rolle wurden nicht mehr durch Geburt, sondern durch Bildung erworben; um den neuen Rollen gerecht

zu werden, reichte die Erziehung durch traditionelle Umwelten nicht mehr aus, sodass neue Erziehungsbedürfnisse zur Allgemeinbildung als Rationalitätsprinzip entstanden (vgl. Schlemmer 2004, S. 15 f. beziehungsweise auf Kob 1963 und Dahrendorf 1965). Mit der Schule bekam das Generationsverhältnis zwei Pole: die gesellschaftliche Rationalität auf der einen und die traditionelle Bindung auf der anderen Seite. Kindheit wurde nun als eigenständige gesellschaftliche Lebensphase an den gesetzlichen Eckpfeilern der Schulpflicht und des Arbeitsschutzes konstruiert (vgl. Schlemmer 2004, S. 17 f.). Kinderarbeit war in Agrargesellschaften normal, in vorindustrieller Zeit waren Kinder ab sechs bis acht Jahren in jeder Hinsicht in die Erwachseneneneration integriert (vgl. Schlemmer 2004, S. 17), erst in der Industriegesellschaft ist die Einstellung entstanden, dass Kinderarbeit in Fabriken als „Schulen des Lasters“ zu Verwahrlosung führt und die Erziehung als Gegenmittel braucht, weil der Ausfall der elterlichen Sozialisation eine entsittlichende Wirkung hat (vgl. Mühlfeld in Druck, S. 38). In landwirtschaftlichen und handwerklichen Betrieben war Kinderarbeit hingegen kaum Gegenstand von Kritik, erst ein Bericht über den Rückgang der Militärtauglichkeit (nicht eine Initiative zum Kinderschutz) führte zu einer umfassenden Regelung der Kinderarbeit. Kinderarbeit als Indikator eines gesellschafts- und sozialpolitischen Problembewusstseins bringt die Themen der Auswirkungen der Arbeitszeit der Eltern auf die Gestaltungsmöglichkeiten einer familialen Lebenswelt und der erzieherischen Funktion der Erwerbsarbeit auf den Tisch: Mit der Identifikation der Arbeiterklasse als geistig und politisch unreif und damit als erziehungsbedürftige gesellschaftliche Gruppierung werden lange Arbeitszeiten und niedrige Löhne über ihren „erzieherischen“ Wert legitimiert (lange Arbeitszeiten halten den Arbeiter von Laster und Müßiggang ab, niedrige Löhne bringen eine Stärkung des Arbeitswillens und verhindern Alkoholismus) (vgl. Mühlfeld in Druck, S. 39). Damit werden jedoch die Möglichkeiten der Gestaltung des Familienlebens stark eingeschränkt. Die Industrialisierung bringt u.a. auch für die Kindheit verschiedene Zwänge hervor, die im Aspekt ihrer Institutionalisierung kulminieren. Die objektivierten Bedingungen des Lebenslaufs stellen in der Institutionalisierung von Kindheit die Anforderungen der Integrationsstruktur der sozialen Ordnung dar, und das Anforderungsprofil der Persönlichkeitsentwicklung läuft auf den Erwerb von und das Verfügen über Handlungsressourcen hinaus, die am normativen Charakter der Sozialbeziehungen für die Kontinuitätserhaltung der Sozialstruktur ausgerichtet sind. Damit sind Erziehungs- und Sozialisationsinhalte und –ziele vorgegeben, die die verpflichtende Einbindung der Eltern und Bildungseinrichtungen in die Integrationsstruktur sozialer Ordnung zur Folge haben. Mit der Institutionalisierung wächst gleichzeitig auch das Ausmaß und die Notwendigkeit sozialer Kontrolle, denn die Schulpflicht ist z.B. nur einlösbar, wenn Eltern ihrem Erzie-

hungsauftrag mit dem Erreichen der Schulfähigkeit nachkommen. Schreiben zu können war vor der Einführung der Schulpflicht einer Elite vorbehalten, die Bestimmung als Jedermann-Qualifikation hat nunmehr Konsequenzen einerseits für die Selbstdarstellung und andererseits für die soziale Differenzierung. Viele Qualifikationen werden heute gefordert, aber als gegeben vorausgesetzt, unabhängig von ihrem Erwerb (vgl. Schlemmer 2004, S. 91 f. beziehungsweise auf Böhnisch & Münchmeier 1990). Auf diese Weise zwingen Umwelten eine Gesellschaft zur Modernisierung, auch in Hinblick darauf, wie Gesetze formuliert und durchgesetzt werden, mithin Wirksamkeit zeigen. Kindeswohl z.B. ist im Gesetz nicht eindeutig formuliert, d.h., es handelt sich um einen unspezifischen Rechtsbegriff. Die Wertschätzung von Kindern als Arbeitskraft oder zur Befriedigung emotionaler Bedürfnisse steht mit dem Aspekt der eigenen Identitätsarbeit der Eltern in Zusammenhang und muss mit der Verantwortung als Eltern in Einklang gebracht werden (vgl. Mühlfeld 2005b, S. 183 f.). Familien stehen vor zwei zentralen Problemstellungen, nämlich der Identitätsarbeit innerhalb und der gesellschaftlichen Außendarstellung. Sie müssen sich dazu selbst Identitätsmöglichkeiten schaffen, die z.B. im Umgang mit einer psychischen Erkrankung zum Selbstbild der Familie führen und in heterogenen Bewältigungsstrategien resultieren. Die hier wirkenden Prozesse können mit dem Instrument des Familienskripts gut dargestellt werden, was im nächsten Kapitel geschehen soll.

3.4 Identitätsarbeit von Familien

Die Prozesse der Identitätsgewinnung laufen im Spannungsfeld der wechselseitigen Bezogenheit zwischen Lebenslauf und Biografie ab. Lebenslauf bezieht sich dabei auf die objektivierte Vorgaben aus der sozialen Ordnung, mit denen das Individuum konfrontiert ist, z.B. Besuch von Kindergarten, Schule und Ausbildung, Beruf, soziale Codierung von Bindung etc. Die subjektbezogenen Ausgestaltungsmöglichkeiten und deren Umsetzung schaffen die Biografie, z.B. die Partnerschaftsbiografie (vgl. Mühlfeld 1997, S. 8). Im Individualisierungstrend, der die Bedeutung der Lebensplanung von der „Normalbiografie“ hin zur „Wahlbiografie“ oder „Bastelbiografie“ verschiebt, ist nach Mühlfeld (1997, S. 10) zu beobachten, dass den wenigsten Personen die Rückbindung der Gestaltungsmöglichkeiten an die objektivierte Bedingungen des Lebenslaufs und der große Einfluss institutioneller Vorgaben bewusst ist. Dabei macht eine Rückkoppelung an gesellschaftliche Sozialregulationsvorgaben, d.h. sozialstrukturelle Ordnungsprinzipien, Individualisierung erst möglich. Auch umgekehrt ist eine Vergesellschaftung nur möglich, wenn das eigene Individuum von anderen und für andere unterscheidbar ist (vgl. Mühlfeld 2006, S. 48 beziehungsweise auf Elias 1987). In der Geschichtlichkeit der menschlichen Gesellschaft zeigt

sich die Einbindung des Individuums, indem ihm seine Individualität als Lebenszusammenhang zugänglich wird, wodurch sich ein Menschenbild entwickelt, das als Basiselement der Sozialregulationen zur Voraussetzung einer am Individuum ausgerichteten Möglichkeit der Lebensführung wird. Dieser Art der Lebensbewältigung stehen die Interessen zur Lebensbeherrschung durch Institutionen gegenüber. Die Entwicklung einer individualisierten Lebensform hat vielfältige Wurzeln, die religionsgeschichtlich aus der Individualisierung der subjektbestimmten Beziehung zum „persönlichen“ Gott Jahwe hervorgehen. Mit der göttlich legitimierte Naturaneignung bzw. Naturbeherrschung entwickelte sich der Werkzeuggebrauch zum Körperergänzungs- bzw. Körperentlastungsprinzip, sodass die biologische Evolution durch Technik erweitert wird. Hiermit beginnt die Fähigkeit der Selbsterschaffung und Selbstausslegung. Während sich die christliche Religion auf die Erlösungsfähigkeit und –bedürftigkeit des Individuums konzentriert, zielt der Buddhismus auf eine Erlösung vom individuellen Ich, d.h. auf die Überwindung der Illusion einer individuellen Persönlichkeit. In der christlichen Alltagsethik zeigten sich erste Schritte zur Individualisierung mit der Neukonstituierung der Beichtpraxis im 12. Jh., die über Selbsterkenntnis, Selbstreflexion und Gewissenserforschung zur Förderung von Selbstwernerfahrung, Selbstvergewisserung und individueller Verantwortungsfähigkeit führte. Die Ermöglichung eines individualisierten Sündenverständnisses löste die Entwicklung der europäischen Individualisierung aus und entwickelte sich zur Biografieerfahrung mit der Option der Selbstsozialisation zu einem subjektorientierten Verantwortungsverständnis weiter. Mit der Reformation und ihrer Prädestinationslehre erhielten über die Erfahrung der Auserwähltheit bei „Bewährung“ systematische Selbstkontrolle und konstante Reflexion große Bedeutung, beruflicher Erfolg wurde zu einem Symbol der Rechtmäßigkeit der individuellen Lebensbewältigung, der bei Wegbrechen der Legitimität durch den Glauben eine Wendung zur egoistischen Ethik des Erfolges erlebte. Die Zielsetzung der christlichen Religion, durch Erziehung die Vervollkommnung des Menschen zu bewirken, wurde zunächst im Auftrage Gottes, später ohne ihn verfolgt. In der Selbstverwirklichung als Bestimmung von Individualität zeigte sich die Lebensgestaltung als eine zu legitimierende Ordnung, der sich die Gemeinschaft selbst unterwirft (vgl. Mühlfeld 2006, S. 48 – 60). Im persönlichen Familienskript, das die subjektbezogenen Konzeptualisierungen von Bewältigungsmustern der Gestaltungsmöglichkeiten von Bindung im Umfeld von Monogamie darstellt und damit auch als Analyseinstrument nutzbar ist, können Individuen sozial akzeptierte Optionen für die Verbindlichkeit der Erwartungen an die anderen Familienmitglieder und an die Lebensform erkennen. In der konkreten Umsetzung der Biografie stellt die Person jedoch fest, dass soziale Codierungen allein eine begrenzte Tragfähigkeit herstellen, sodass individu-

elle Handlungsregulationen innerhalb der Partnerschaft bzw. Familie zu erschaffen sind (vgl. Mühlfeld 1997, S. 11, S. 25). Dieser kommunikative Prozess stellt einen Kernbereich der Identitätsarbeit in der Familie dar. Voraussetzung wie Folge in diesem reziproken Verlauf der Identitätsarbeit ist die gegenseitige Identifizierbarkeit anhand der Selbstdarstellungen der Beteiligten. Dazu verwenden die Individuen soziale Symbole mit intersubjektiver Bedeutung, um ihrer Selbstdarstellung Ausdruck zu geben und Optionen für Selbstanerkennung durch und für andere Individuen zu eröffnen. Erkennbar in der Selbstdarstellung und Selbstwerterfahrung bis hin zur Bewertung der eigenen Bindungsfähigkeit und –erwartung ist das Wirksamwerden der kommunikativen Konstruktion von Moral. Mit einer Partnerbindung geht der Zwang zur Selbstdarstellung einher, die Gestaltungsfähigkeit von Annäherungsprozessen und die Erschließung von Entwicklungspotentialen zeigen sich im Diskurs und gemeinsamen Handeln und verfestigen schließlich Selbstbild und Selbstverständnis über die Partnerschaft. Der weitere Klärungsprozess in der Familie verdichtet sich zu einem Erwartungsgefüge, an dem sich die Beteiligten orientieren und welches im Idealfall zu einer Kongruenz individueller und familialer Selbstbilder führt. Emotionalität und Kommunikation bilden hier die Grundlagen familialer Kontinuität, indem sie einen strukturierenden Einfluss auf das Problemlöseverhalten der Beteiligten und damit auf den Entwicklungsverlauf der Lebensform nehmen (vgl. Mühlfeld 1997, S. 15 ff.; Mühlfeld in Druck, S. 27). Das in dieser Entwicklung geschaffene familiale Selbstverständnis besteht aus realistischen und idealisierten Komponenten, die sich aus subjektiven Erfahrungen, Kognitionen über die familiale Institution, kulturelle Werte, Sozialregulationen und Erfahrungen der Eltern in ihren Ursprungsfamilien zusammensetzen, und bildet die Grundlage für die Außendarstellung der Familie. Der Entwurf eines familialen Selbstbildes bringt handlungsregulative Verfestigungen wechselseitiger Erwartungen und begündet die kollektive Identität der Familie, die durch Anforderungen der sozialen Umwelten (z.B. Schulpflicht, berufliche Qualifizierungsprozesse, tarifliche Urlaubsregulationen) beeinflusst ist, indem sie auf die Organisation des Familienalltags einwirken und Restriktionen wie Optionen bewirken. „Das Bild, das jemand von seiner Familie hat, verkörpert, was das Individuum von ihr erwartet und was es ihr gibt, wie wichtig sie ist und um welche Art von Wichtigkeit es sich handelt“ (Mühlfeld 1997, S. 18). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Entwicklung von Sozialregulationen im Umgang mit Bildinkongruenzen und deren Integration in die Organisation des Alltags. Die Formen und Regeln der Interaktion, die im Familienskript enthalten sind, ermöglichen Synchronisationsfähigkeit wie Differenzenerfahrung der familialen Bilder der Familienmitglieder und wirken auf die individuelle Identitätsarbeit zurück: Eine Verständigung über Integrationsregeln, d.h. wie Gespräche stattfinden können

und welche Themen zugelassen sind, führt zu bestimmten Sprachmodi zur Themenformulierung und –bearbeitung (Ironie, Deskription, Schweigen etc.) und damit zum Taktgefühl als Regulativ zwischen den Individuen zu den Grundbedingungen ihrer Interaktionen. Diese Interaktionen signalisieren die Einstufung der Darstellung des eigenen Ichs, die wiederum Voraussetzung für die eigene Identitätsarbeit ist (vgl. Mühlfeld 1997, S. 18 f.; Mühlfeld in Druck, S. 27). „Die Erfahrung, ein Ich zu haben und ein Ich zu sein, bleibt im Familienbild wie der Selbsterfahrung rückgebunden an das sozialisatorisch vermittelte Taktgefühl“ (Mühlfeld 1997, S. 19).

Eng mit dem familialen Selbstverständnis sind Fragestellungen des Generationenverständnisses verknüpft, die als Kategorie im Familienskript enthalten sind. Die soziale Codierung von Generationenbeziehungen besteht aus einem Minimalkonsens über inhaltliche Anforderungen des Beziehungsverhältnisses zwischen einer Generation und einer sozial etablierten anderen Generation, die zu Sozialregulationen werden, wenn sich Individuen in ihrem Verhalten und Handeln normativ auf diese Zugehörigkeit beziehen und davon Auswirkungen für die private Lebensführung ableiten oder sie an die regulative Funktion auf der Ebene der sozialen Sicherungssysteme abgeben. Im 18. Jh. veränderte sich mit dem Beginn der Institutionalisierung eines neuen Leitbildes für Elternschaft die Generationenbeziehung grundlegend, indem die politische, religiöse und moralische Forderung nach verantworteter Elternschaft über die Postulierung von Mitverantwortung der Eltern in Bezug auf ihre Nachkommen zu einer Ethisierung von Elternschaft führte. Über wechselseitige Hilfe, Pflege und Erziehung der Kinder und psychosoziale Zuwendung wird die Solidarität zwischen den Generationen stabilisiert. Diese äußerst nützlichen Leistungen innerhalb von mehrgenerationalen Familienbeziehungen tragen zur als normative Verpflichtung anerkannten familialen Wohlfahrtsproduktion bei (vgl. Mühlfeld 1997, S. 20 ff.).

Grundlegend für den Aufbau einer Solidarität bildenden familialen Gemeinschaft sind die Aspekte von Bindung, sozialen Investitionen und Vertrauen, die miteinander in Wechselwirkung stehen. Im Familienskript werden die Zieldefinitionen und Wege zur Erreichung der Ziele situationsabhängig präzisiert und über Wege der Selbstdarstellung nach außen getragen. Mit diesem Selbstbild der Familie sowie über die Selbstdarstellung ihrer Mitglieder stellen sich Aufforderungen zu sozialen Investitionen ein. Die wechselseitige Bereitschaft zu sozialen Investitionen dient der Aufrechterhaltung der Dynamik der Bindung, wobei die Aufforderung zu sozialer Investition in und damit die Realisierung von Bindung die glaubhafte Vermittlung des eigenen Gebundenseins als kommunikative Voraussetzung benötigt. Damit wird die Aufforderung zu sozialer Investition zu einem Symbol

der Wertschätzung der Bindung und zu einem Signal der Bindungsstabilität. In Familiengesprächen können sowohl Aufforderungen zur Investition durch Artikulation von Anreizen signalisiert als auch erwartungsfähige Investitionen abgegeben werden. Hier werden auch die Sanktionspotentiale deutlich: negativ sanktioniert sind im Allgemeinen die Verweigerung von Investitionen, die Zurücknahme der Investitionsbereitschaft und als „überzogen“ eingestufte Erwartungen, während die gegen- und wechselseitige Anerkennung der Investitionsbereitschaft positive Sanktionen nach sich zieht. Allein die Existenz negativer Sanktionen bei Verweigerung von Investitionen zeigt bereits an, dass diese stets auch risikobesetzt sind, was sich im Scheitern einer Bindung zeigt. Personale und soziale Identität ist immer prospektiv wie retrospektiv wirksam, Identitätsarbeit eine ständige Aufgabe, denn auch ein Scheitern erzwingt Identitätsarbeit, indem das Scheitern der Beziehung in der Biografie verarbeitet wird. Wer soziale Distanz aufbaut, sich also weniger einbringt, ist auch weniger verletzungsfähig (vgl. Mühlfeld 1997, S. 12 f., S. 22 f.; Mühlfeld in Druck, S. 27). Erst wenn die Hypothese einer Person über das zukünftige Verhalten als sicher genug eingeschätzt wird, kann praktisches Handeln darauf gründen, d.h., der Person wird Vertrauen entgegengebracht (vgl. Mühlfeld 1997, S. 25 beziehend auf Simmel 1968). Damit setzt der Vertrauende die Vertrauenswürdigkeit des anderen voraus, ein persönliches Verhältnis, eine Bindung kann auf der Grundlage von Vertrauen durch ein Sich-Einlassen auf Reziprozität (wirksames Prinzip des Gebens und Nehmens aufgrund wechselseitiger Verpflichtungen) entstehen. Damit zeigt sich die gemeinsame Bereitschaft für Investitionen zur Stabilisierung des Zusammenlebens und zur gemeinsamen Situationsdefinition über gemeinsame Wertorientierungen, wodurch die Anerkennung als relevante Bezugsperson verfestigt und die Bindung als belastungsfähig erlebt wird. Die positive Auseinandersetzung mit der Zukunftsfähigkeit der eigenen Lebensform erhöht in der Vertrauensbildung und Vertrauensvergewisserung die Investitionsintensität. Über die soziale Anerkennung durch den Partner vermittelt Vertrauen in der sozialen Lebensform den Individuen in Abhängigkeit von ihrem Familienskript die Erfahrung ihres Selbstwertgefühls. Ebenso wie die Bereitschaft zu sozialen Investitionen ist Vertrauensvergabe risikobesetzt, da sich die eigene Verletzbarkeit in der Ausbeutbarkeit des partnerorientierten Vertrauens zeigt. Vertrauensmissbrauch und Vertrauensentzug markieren damit die Trennungslinie in der Gemeinsamkeit der sozialen Lebensform (vgl. Mühlfeld 1997, S. 26 ff.; Mühlfeld 2005b, S. 196). „Die Notwendigkeit einer Vertrauensgewährung und ihre stets mitlaufende Gefährdung kann weder durch soziale Kontrolle aufgefangen, noch durch Verrechtlichung minimiert werden, denn beide Steuerungsmechanismen lösen mit ihrem Wirksamwerden die Bindungswirkung von Vertrauen auf“ (Mühlfeld 1997, S. 28).

Das gilt nicht nur für die Regelung von Vertrauen zwischen Individuen, sondern auch für den Vertrauenscredit, den die Machtabhängigen einer sozialen Ordnung entgegenbringen müssen, wodurch die soziale Ordnung auch wieder auf Handlungsspielräume der Individuen zurückwirkt. Die Legitimität der Geltung einer Ordnung kommt durch Zuschreibungsprozesse aus emotionalen oder wertrationalen Glaubensgründen oder aus Legalitätsglauben zustande, die Bindungswirkung der Sozialregulationen durch die anerkennungsorientierte Vergabe von Vertrauenscredit durch die Machtabhängigen. Auch nach der Implementierung der rationalen Staatsanstaalt und dem Aufkommen der Menschenrechte, wodurch traditionalistische Legitimationskonzepte abgebaut wurden und im Übergang zur Demokratie die Macht den Bürgern nicht mehr gegenübersteht, sondern sie an ihr teilnehmen, besteht das Grundprinzip sozialer Ordnung in der Herstellung von Vorausehbarkeit des Handelns über die Konstituierung von Regulationen. Zentrales Problem dabei ist die Relevanz der Regeln, also ihre Konsequenzen für die Lebenssituation der Individuen (vgl. Mühlfeld 2005b, S. 189 f. beziehend auf Tugendhat 2001 und Popitz 2000). In der Artikulation der Geltungsansprüche konstruieren Institutionen einen Handlungszusammenhang mit der Notwendigkeit einer Grenzziehung zur Verständigung darüber, welche Sozialregulationen als vereinbar gelten und welche auszuschließen sind. Darüberhinaus wird die Legitimität sozialer Ordnung mit der normierten Wirksamkeit sozialer Degradierungsrituale untermauert, indem die Möglichkeit der Verortung von Individuen außerhalb der legitimen Ordnung zur Demonstration des Geltungsanspruchs der Legitimitätsgründe angewendet wird. Um ihr Überdauern absichern zu können, unterliegt jede soziale Ordnung der handlungsstrukturierenden Notwendigkeit der Herausbildung einer Integrationsstruktur, in der die Polarisierung von Individuum und Vergemeinschaftung aufgehoben wird, da es ein von der Gesellschaft und ihrer Ordnung unabhängig agierendes Individuum nicht gibt. Eine Ordnung der Gesellschaft, die auf sozialer Arbeitsteilung und Spezialisierung durch soziale Differenzierung als individualitätskonstituierende Komponente aufbaut, setzt auf Integration des Individuums durch Realisierung von Kooperation durch Arbeitsteilung. Dies hat Auswirkungen auf die Selbstdarstellung, anhand derer Individuen für andere identifizierbar werden und gleichzeitig andere zur Selbstdarstellung auffordern, wodurch mit dem Aufbau eines Selbstwertgefühls das Bewusstsein für die Fähigkeit der Selbstdurchsetzung geschaffen wird. In der wechselseitigen Bezogenheit von Individuum und Gesellschaft ist auch die Erfahrung angelegt, dass der Mensch zugleich ein Gestalteter ist, dem seine Lebenswelt als vorinterpretiert zugänglich wird, denn seine Individualitätserfahrung ergibt sich erst, wenn die Selbstdarstellung durch andere ratifiziert ist. Die wechselseitige Registrierung der Selbstdarstellungen und die Abklärung über die Bilder

konstituieren ein Erwartungsgefüge mit Aufforderung zu sozialen Investitionen in das Erwartungsgefüge, das über eine Ratifizierung der Selbstdarstellung eingelöst wird (vgl. Mühlfeld 2006, S. 61 f.). Im Kontext von Interaktionen konkretisiert sich zudem die kommunikative Konstruktion von Moral, indem moralische Urteile und Moralisierungshandlungen als sozial wertende Stellungnahmen und Momente der Ordnung des Lebens Freiheitsspielräume der Individuen einschränken. Bei wechselseitigen Verpflichtungen können sich die Beteiligten nicht mehr auf Distanziertheit zurückziehen, wenn sie nicht ihre Achtung in den individualisierten Sozialbeziehungen riskieren wollen. Damit verdichtet sich der Anspruch auf Realisierung der eigenen Individualität zu einer Moralisierungshandlung, wenn er als Achtung oder Ächtung anderer Individuen genutzt wird, wie Mühlfeld (2006, S. 74) feststellt. Wenn das Individuum jedoch bei moralischen Entscheidungen weiß, dass es zwischen Alternativen entscheiden konnte, werden moralische Gefühle zur Legitimationsinstanz und erreichen als freiwillige Selbstbindung ein moralisches Verpflichtungsgefühl (vgl. Mühlfeld 2006, S. 72). Der Handlungsspielraum des Individuums ist damit durch kollektive Normen wie durch die persönlichen Entscheidungen über ordnungsabhängige Formen seiner Selbstbehauptung bestimmt (vgl. Mühlfeld 2005b, S. 181 ff.). Zu diesen kollektiven Normen gehören auch die Menschenrechte, die 1776 mit der Unabhängigkeitserklärung der USA, gefolgt 1789 von der französischen Deklaration der Menschenrechte abgegeben und 1948 in der UN-Deklaration überarbeitet wurden. Ihre Wirkmächtigkeit ergibt sich durch die Akzeptanz als universelles moralisches Recht, das den Anspruch auf Privatheit als Bestandteil der sozialen Ordnung legitimiert und Gestaltungsoptionen und Handlungsräume in Gesellschaften (soziale Rechte) klärt (vgl. Mühlfeld 2005b, S. 192).

Dass der Vertrauende die Vertrauenswürdigkeit des anderen bereits voraussetzt, gilt nicht nur zwischen Individuen, sondern besonders auch für das Systemvertrauen eines Individuums in die sozialen Sicherungssysteme. Mit der Schaffung von Vertrauenscredit für die soziale Ordnung erhöht sich die Bindungsfähigkeit und die Wirkmächtigkeit kollektiver Identität: Vertrauen ist als zentrales Element des Sich-Verlassen-Könnens auf zukünftiges Verhalten Grundlage jeder Handlungsentscheidung, weswegen Vertrauensbildung und Vertrauensvergewisserung die Investitionsbereitschaft und damit die Zukunftsfähigkeit der Lebensform erhöhen. Auf diese Weise gilt: „wer Vertrauen erweist, nimmt Zukunft vorweg“ (Luhmann 1989, S. 7 zitiert nach Mühlfeld 2005b, S. 196). Andersherum führt Vertrauen über die Entwicklung von Selbstanerkennung durch positive Wertschätzung und Selbstwertgefühl in der Dynamik der Lebensform zur normativen und moralischen Verfes-

tigung der sozialen Ordnung. Über Vertrauen wird also der Risikogefährdung menschlicher Lebensformen stabilisierend entgegengearbeitet (vgl. Mühlfeld 2005b, S. 193, S. 196, S. 198 ff.). Die Notwendigkeit von Modernisierung familialer Lebensformen hingegen wird über Krisenszenarien legitimiert: Durch die Benennung krisengenerierender und krisenbeschleunigender Sachverhalte, z.B. bestimmter familialer Lebensformen wie ledige Mutterschaft, soll die Integrität der Lebensbewältigung derer, die die Stigmatisierung durchführen, bescheinigt werden. In Prozessen der Komparatistik werden unter Bezugnahme auf einen Vergleichsmaßstab gelingende bzw. misslingende Bewältigungsformen für die familiäre Lebensform identifiziert sowie Handlungsanforderungen für eine gelingende bzw. nicht-gelingende Integration ihrer Mitglieder in die soziale Ordnung bewertet. Dies bezieht sich auf die familiäre Lebensform, die Realisierung ihres Selbstverständnisses, die Beziehung der Mitglieder untereinander sowie die Bindung an die Geltung ihrer Sozialregulationen verknüpft mit Prozessen der Integration durch Vergemeinschaftung bzw. Vergesellschaftung. Die Anforderungen an die Gestaltung einer Ordnung der Gesellschaft beeinflussen Entwürfe und Bewertungen der familialen Lebensformen und werden durch Politik, Wissenschaft und Verbände sowie Weltanschauungen, Erklärungen, Zeitdiagnosen und Krisenszenarien beeinflusst. Durch die Klassifikation von Defiziten bis zur Behauptung der Zukunftsunfähigkeit bestimmter familialer Lebensformen entwickeln Krisenszenarien eine ungeheure Suggestivkraft, mit der sie die Notwendigkeit einer Modernisierung der familialen Lebensformen legitimieren. Indikator für die Modernisierung familialer Lebensformen zeigen sich in den Grundzügen einer gelingenden Bewältigung familialer Lebensformen bei der Entwicklung vom Befehls- zum Verhandlungshaushalt (vgl. Mühlfeld in Druck, S. 34 ff.).

Es kann festgestellt werden, dass die zunehmende Individualisierung von Lebensverläufen auch für Partnerschaft, Ehe und Familie gilt; Bindung kann sich aber der Institution „Monogamie“ als Bezugsgröße nicht entziehen, denn Bindung ist mit Verhaltensorientierungen verknüpft, die die Entscheidungen und Entscheidungsmöglichkeiten der Individuen mitbestimmen, indem die sozialisierende Wirkung von Monogamie als Verhaltenregulation greift. Damit kann sich die individualisierte Ausprägung den normativen Grundanforderungen nicht entziehen, d.h. jede Lebensform beinhaltet auch eine Begrenzung von Möglichkeiten. Über Vertrauen sowohl zwischen Individuen als auch zwischen Individuen und sozialer Ordnung, wobei beides in Wechselwirkung miteinander steht, wird der Gefährdung menschlicher Lebensformen stabilisierend entgegengearbeitet, d.h. mit anderen Worten, dass die Grundkategorien der Vergesellschaftung gefährdet sind, wo Vertrauen

gezielt abgebaut wird (vgl. Mühlfeld 1997, S. 12 f.; Mühlfeld 2005b, S. 201; Mühlfeld 2006, S. 62).

3.5 Forschungsauftrag

Sozialpädagogische Forschung beschäftigt sich mit sozialen Risiken der Individuen, sozialen Problemen und den Möglichkeiten zur Prävention, Bewältigung und Lösung derselben innerhalb der vielfältigen familialen Lebensformen. Wagenblass (2001, S. 514) führt die Aufgaben sozialpädagogischer Forschung mit der Untersuchung der Lebenswelten der Kinder und Familien mit ihren natürlichen Bewältigungs- und Kompensationsmöglichkeiten und -strategien als Ausgangspunkt für Hilfeangebote und Präventionsprogramme aus.

In der hier vorgelegten Arbeit soll es im Rahmen sozialpädagogischer Forschung hauptsächlich um die Familie als Ganzes gehen. Auf dieser Ebene soll nach den familialen Lebensformen, der sozio-ökonomischen Situation und der Funktionalität des Familienlebens gefragt werden, wenn ein Elternteil an einer diagnostizierten psychischen Störung leidet. Aus der Qualität der sozialen Unterstützung der Familie, der psychischen Gesundheit, Lebensqualität und Integration der Kinder aus Sicht des erkrankten Elternteils sowie aus der Nutzung von und Zufriedenheit mit bestehenden Angeboten kann zusammen mit der direkten Frage nach weiteren Unterstützungswünschen auf Möglichkeiten sozialpädagogisch ansetzender Hilfeleistungen geschlossen werden.

3.6 Zusammenfassung

Sozialpädagogische Forschung setzt sich schwerpunktmäßig mit der Entstehung und Bearbeitung sozialer Probleme auseinander. Sachverhalte in der Gesellschaft werden dann als soziales Problem definiert, wenn die Differenz bzgl. dieses Sachverhaltes zwischen bestimmten Gruppierungen ein Maß überschreitet, das als nicht mehr legitim im durchaus akzeptierten Ungleichheitsgefüge der Gesellschaft erkannt wird, weil diese eine Gefahr für die soziale Ordnung darstellt. Die Basisdimensionen sozialer Ungleichheit sind die berufliche Stellung, materieller Wohlstand, Macht und Prestige sowie Bildung. Sie werden in modernen Gesellschaften durch Arbeits-, Wohn-, Umwelt- und Freizeitbedingungen ergänzt.

Definitionen des Begriffs „soziales Problem“ umfassen meist drei Aspekte: die Wahrnehmung von konkreten sozialen Sachverhalten als störend, ihre Benennung als „soziales Problem“ und die Forderung von Gegenmaßnahmen zur Veränderung der Situa-

tion. Dabei impliziert jede Krisenfeststellung eine Wertung, die Vorstellungen über den Normalfall sozialer Ordnungsbildung sowie eine Grenzziehung zwischen Normalität und Krise enthält. Traditionelle objektivistische Ansätze gehen dabei von der Existenz einer objektiven Diskrepanz zwischen gesellschaftlichen Wertvorstellungen und den realen Lebensbedingungen sozialer Gruppen aus, während konstruktivistische Sichtweisen die Existenz sozialer Probleme für das Ergebnis erfolgreicher Skandalisierungskampagnen halten. Erster Adressat für Forderungen nach Abhilfe für die Betroffenen und Lösung des Problems ist der Wohlfahrtsstaat, der diese Forderungen nach Zuständigkeit bei sozialen Problemen prinzipiell als vorrangiges Politikziel angenommen hat und Institutionen und Mittel dazu bereitstellt.

Psychische Erkrankungen wurden historisch gesehen zum sozialen Problem, als mit der Industrialisierung soziale Lebensformen, in denen arbeitsunfähige Mitglieder der Gesellschaft einen Ort zum Leben gefunden hatten, verloren gingen, sodass staatliche Lösungen der Unterbringungs- und Verwahrungsmöglichkeiten für Menschen, die nicht für sich selbst sorgen konnten, gefordert wurden. Eine asyläre Art der Unterbringung blieb bis in die ersten Nachkriegsjahrzehnte die klassische Umgangsform und der vorherrschende Typus der sozialpsychiatrischen Versorgung, wurde dann jedoch erfolgreich skandalisiert, sodass Prozesse der Deinstitutionalisierung und Rekommunalisierung zu ambulanten Angeboten, Psychotherapie und Familienberatung in der psychosozialen Versorgung führten.

Seit Beginn des industriellen Kapitalismus ist das Phänomen der unstillen Erwerbsverläufe bekannt, womit Arbeitslosigkeit zum dauerhaften wirtschaftlichen und sozialen Problem wurde. Die Ursachen von Arbeitslosigkeit werden einerseits in strukturellen Merkmalen des Arbeitsmarktes (neoklassische Arbeitsmarkttheorie, Arbeitsmarktsegmentationstheorien) gesehen, andererseits in individuellen Merkmalen der Betroffenen (Humankapitaltheorie) wie der Arbeitgeber (Theorien über Diskriminierung, Signalwirkungen und Alternativrollen). Die individuellen Folgen von Arbeitslosigkeit lassen sich nicht auf den Verlust sozialer und materieller Sicherheit und Selbständigkeit reduzieren, sondern müssen auch im psychosozialen Bereich gesehen werden. Für die Gesellschaft stellen sich die Folgen der Arbeitslosigkeit als wachsende Unzufriedenheit, zunehmende politische Konflikte, steigende öffentliche Kosten und schärfere sozialstrukturelle Disparitäten dar.

Von Armut als sozialem Problem zu sprechen, schließt die Aspekte der Bedürftigkeit, der Abhängigkeit und des gesellschaftlichen Ausschlusses ein, die einen Kontrastwert zur individuellen Autonomie, die in individualisierten, säkularisierten modernen Ge-

sellschaften verbindlich ist, bilden und damit eine potentielle Gefahr für die in ihnen herrschende soziale Ordnung darstellen. Es werden dabei moralische, normative oder politische Urteile transportiert, die eine Entscheidung darüber treffen, ob und wie viel soziale Ungleichheit oder Unterausstattung mit Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten in einer Gesellschaft toleriert werden. Die Grenzziehung ist eine Konstruktion von Wissenschaftlern und Politik. Absolute Armutskonzepte, die von einer Grenze der Bedürftigkeit und physischen Existenzgefährdung ausgehen, lassen sich auf moderne Gesellschaften nicht anwenden. Hier geht es um die Teilhabe am jeweils in einer Gesellschaft üblichen Lebensstandard, also das sozio-kulturelle Existenzminimum (relativer Armutsbegriff), das üblicherweise an der Höhe des Haushalts-Einkommens gemessen wird. Vollständiger wird Armut jedoch über die Lebenslage erfasst, wobei die Ausstattung des Haushaltes mit Gebrauchsgegenständen und Versorgungsleistungen die tatsächliche Versorgungslage als Spielraum der Interessen- und Bedürfnisbefriedigung in verschiedenen Lebensbereichen widerspiegelt. Trotzdem wird Armut vorwiegend über die Verfügbarkeit finanzieller Ressourcen gemessen, nicht nur, weil sie leichter handhabbar ist, sondern auch, weil sich damit andere Bedürfnisse befriedigen lassen. Obwohl bestimmte Gruppen der Gesellschaft (Kinder und Jugendliche, von Bildungsarmut Betroffene, bestimmte Gruppen Erwerbstätiger, Arbeitslose, getrennt Lebende, Migranten und Überschuldete) besonders betroffen sind, lässt sich das Risiko der Verarmung nicht auf untere oder periphere soziale Lagen beschränken, sondern zeigt einen als ungerecht wahrgenommenen sozialen Wandel an, der traditionelle Schicht- und Lagezugehörigkeiten gefährdet. Armut als strategisches Argument ist damit auf jeden Lebenskontext anwendbar. Das Ziel im gesellschaftlichen Umgang mit dem Problem ist die Vermeidung bzw. Bekämpfung der Armut und prinzipiell von allen Gruppierungen anerkannt, wobei die Begründungen sowohl von moralischen als auch von Zweckmäßigkeitmotiven geprägt sind. Politische Maßnahmen wie Transferzahlungen mit zeitlicher Begrenzung sind eher dazu geeignet, soziale Not zu lindern. Als Handlungsziel im Umgang mit Armut kann also die Abmilderung extremer Erscheinungen sozialer Differenzierung, sodass die Sozialstruktur nicht gestört wird, angenommen werden (und nicht unbedingt die Problembeseitigung). Die angestrebten Lösungsansätze sozialer Probleme verdeutlichen die Bedeutung von Integration. Soziale Integration definiert Münch (1997, S. 66) als „Zustand der Gesellschaft, in dem alle ihre Teile fest miteinander verbunden sind und eine nach außen abgegrenzte Einheit bilden.“ Kleine Stammesgesellschaften konnten Integration über Verwandtschaft einlösen, größere Gesellschaften brauchen jedoch neue Formen sozialer Integration. Heutige Gesellschaften können über ökonomische, politische, solidarische und kulturelle sowie systemische Integ-

ration als Integrationsmöglichkeiten verfügen. Die moderne Bürgergesellschaft benötigt für ihre Integration ein gut entwickeltes freies Vereinigungsleben, das Menschen über alle Gruppengrenzen hinweg miteinander verbindet.

Eine Mischform der Integration stellt insbesondere die Elternschaft dar. Damit kommt der Familie eine wichtige Rolle bei der Integration zu. Dabei stehen Familien vor zwei zentralen Problemstellungen, nämlich der Identitätsarbeit innerhalb und der gesellschaftlichen Außendarstellung. Die Prozesse der Identitätsgewinnung laufen im Spannungsfeld der wechselseitigen Bezogenheit zwischen Lebenslauf (objektivierte Vorgaben aus der sozialen Ordnung) und Biografie (subjektbezogene Ausgestaltungsmöglichkeiten und deren Umsetzung) ab. Mit einer Partnerbindung und der folgenden Identitätsarbeit geht der Zwang zur Selbstdarstellung zur gegenseitigen Identifizierbarkeit einher, sodass ein Selbstbild und Selbstverständnis über die Partnerschaft bzw. Familie entstehen. Sie bilden die Grundlage für die Außendarstellung der Familie, die durch Anforderungen der sozialen Umwelten (z.B. Schulpflicht, berufliche Qualifizierungsprozesse, tarifliche Urlaubsregulationen) beeinflusst sind. Mit diesem Selbstbild der Familie sowie über die Selbstdarstellung ihrer Mitglieder stellen sich Aufforderungen zu sozialen Investitionen ein. Sie dienen als Symbol für die Wertschätzung der Bindung und der Aufrechterhaltung der Dynamik der Bindung. Über die soziale Anerkennung durch den Partner vermittelt Vertrauen in der sozialen Lebensform den Individuen die Erfahrung ihres Selbstwertgefühls. In Prozessen der Komparatistik werden unter Bezugnahme auf einen Vergleichsmaßstab gelingende bzw. misslingende Bewältigungsformen für die familiäre Lebensform identifiziert sowie Handlungsanforderungen für eine gelingende bzw. nicht-gelingende Integration ihrer Mitglieder in die soziale Ordnung bewertet. Durch die Klassifikation von Defiziten bis zur Behauptung der Zukunftsunfähigkeit bestimmter familialer Lebensformen entwickeln Krisenszenarien eine ungeheure Suggestivkraft, mit der sie die Notwendigkeit einer Modernisierung der familialen Lebensformen legitimieren. Die zunehmende Individualisierung von Lebensverläufen auch für Partnerschaft, Ehe und Familie kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass normative Grundanforderungen auch für sie gelten, d.h. jede Lebensform auch eine Begrenzung von Möglichkeiten beinhaltet.

Als Forschungsauftrag kann aus diesen Ausführungen die Untersuchung der Situation der Familie als Ganzes abgeleitet werden. Auf dieser Ebene soll nach den familialen Lebensformen, der sozio-ökonomischen Situation und der Funktionalität des Familienlebens gefragt werden, wenn ein Elternteil an einer diagnostizierten psychischen Störung leidet. Aus der Qualität der sozialen Unterstützung der Familie, der psychischen Gesund-

heit, Lebensqualität und Integration der Kinder aus Sicht des erkrankten Elternteils sowie aus der Nutzung von und Zufriedenheit mit bestehenden Angeboten kann zusammen mit der direkten Frage nach weiteren Unterstützungswünschen auf Möglichkeiten sozialpädagogisch ansetzender Hilfeleistungen geschlossen werden.

4 Stand der Forschung

4.1 Familiäre Lebensformen

Wenn sich eine Diskussion dem Thema „Familie“ nähert, herrscht in der Vorstellung der Beteiligten im Allgemeinen immer noch das mittlerweile als überholt geltende, verklarte Bild des idealisierten Familientypus, nämlich das harmonische Zusammenleben mehrerer Generationen unter einem Dach in der vorindustriellen Zeit, sowie dessen Kontraktion zur isolierten Kleinfamilie der Moderne vor. Bien (1994, S. 4) fasst die Informationen aus den Medien, die zum Bild der Familie führen, das sich der „Normalbürger“, macht folgendermaßen zusammen: die heutige „normale“ Familie besteht aus einem getrennt lebenden oder bereits geschiedenen Elternpaar, die als Singles oder in einer exotischen neuen Lebensform leben, und dessen 1.7 Scheidungswaisen, die zwischen den Trümmern der Elternbeziehung hin- und hergerissen werden. Die ältere Generation besucht derweil die Volkshochschule oder reist durch die Welt, während die gebrechlichen noch Älteren einsam in ihrer Wohnung vegetieren oder in Altersisolierstationen gefangen gehalten werden. Dem Gegenüber steht das Bild der „idealen“ Familie aus vorindustrieller Zeit stammend, die es freilich nicht mehr gibt: Die Eltern und zwei Kinder sitzen vor dem Fernseher, Oma strickt und Opa raucht Pfeife daneben. Dass „alternative Lebensformen“ auch in der Geschichte gar nicht ungewöhnlich waren, ist weithin unbekannt, weswegen auch Familienformen, die sich an besondere Umstände besser angepasst haben, als unüblich oder unnormal dargestellt werden. Kennt man jedoch die Realität der familialen Wandlungs- und Anpassungsprozesse, kann man auch Formen von Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen besser einordnen. Daher sollen im Folgenden nach einem kurzen Überblick über die Geschichte der Familienforschung überholte und aktuelle Theorieansätze zur Erforschung der Veränderung familialer Lebensformen sowie die Auswirkungen der Veränderungen auf die Abfolge der Lebensabschnitte im Rahmen der Familie, die Attraktivität von Ehe und Familie, Sozialisationsleistungen und familiäre Strukturen dargestellt werden, woran sich ein Definitionsversuch anschließt. Da die Erforschung familialer Lebenszusammenhänge seit ihrem Beginn mit der Aufstellung von Krisentheorien einhergeht, indem Krisenszenarien mit Distanzierungssemantiken arbeiten und Zugänge zur Skandalisierung familialer Sozial- und Handlungsregulationen eröffnen, sollen auch diese in einem Überblick dargestellt und diskutiert werden. Den Abschluss des Kapitels bildet eine Beschreibung und ein Vergleich heutiger familialer Lebensformen.

4.1.1 *Geschichte der Familienforschung*

Die Erforschung der Sozialgeschichte der Familie begann in den späten 1950er Jahren in den USA, angestoßen durch die Emanzipationsbewegungen. In Europa begann England mit der Familienforschung, später zogen auch Frankreich und Deutschland nach (vgl. Mitterauer & Sieder 1982, S. 11). In Frankreich wollte man die Grundkräfte historischer Prozesse untersuchen und sie mit quantifizierenden Methoden in den Griff bekommen (vgl. Mitterauer & Sieder 1982, S. 13). Insbesondere in der historischen Forschung ist eine Beschränkung auf quantifizierende Verfahren jedoch mit einer Reduktion der Quellenbasis verbunden und damit mit einer Verkürzung der Erkenntnismöglichkeiten (vgl. Mitterauer & Sieder 1982, S. 22), da die quantifizierende Forschung, die zur Beschreibung kommt, für die Orientierung an sozialwissenschaftlichen Problemstellungen zusätzlich die Analyse, Interpretation und Theoriebildung braucht. Auf keinen Fall darf bei beiden Verfahren die Quellenkritik vergessen werden (vgl. Mitterauer & Sieder 1982, S. 24 mit Bezug auf Mitterauer 1977).

4.1.2 *Historischer Überblick zur Veränderung familialer Lebensformen*

Da die Familie ein inneres System im äußeren System Gesellschaft ist, kann man mit der Rekonstruktion der historischen Formen von Familie auch die Verarbeitungsformen und Konsequenzen von sozialem Wandel in und durch Familien darstellen (vgl. Mühlfeld 1995a, S. 10). Dafür muss man aber eine fundamentale Kontinuität des Phänomens „Familie“ unterstellen, d.h., eine der Familie der Gegenwart vergleichbare Vergesellschaftungsform annehmen, um Unterschiede zwischen „früher“ und „heute“ zu erkennen (vgl. Rosenbaum 1982, S. 44 f.). Wenn man das idealisierte Bild von der Familie durch tatsächlich vorhandene Unterschiede zwischen Familienformen ersetzt, kann man feststellen, dass die heutige Form der Familie erst durch die Trennung von Produktion und Haushalt während der kapitalistischen Entwicklung entstanden ist (vgl. Rosenbaum 1982, S. 45, S. 48). Daher soll im folgenden zuerst auf dieses idealisierte, in manchen Bereichen immer noch gängige, aber schon als historisch und überholt identifizierte Bild der Familie eingegangen werden.

4.1.2.1 Die historische Vorstellung von der Veränderung der Familie

Mit den Anfängen der Erforschung von familialen Lebensformen sind untrennbar die Namen Frédéric Le Play und Wilhelm Heinrich Riehl verbunden, die die ersten Klassifikationen von Familientypen erstellt haben. LePlay unterschied 1855 drei Familientypen:

- Die patriarchalische Großfamilie als drei Generationen umfassende Verwandtschaftsfamilie, die Stabilität durch Tradition verspricht. Ihre Stärke ist der materielle und moralische Schutz der Individuen, ihr Nachteil die geringen Entfaltungsmöglichkeiten zur Selbstverwirklichung.
- Die instabile Familie.
- Die Stammfamilie, die Stabilität und soziale Sicherheit durch Realisierung von Ordnung schafft. Sie ist Grundlage sozialer Fürsorge, guter Sitten und von Freude am Zusammenleben. Dabei lässt sie Entfaltungsmöglichkeiten und Individualität zu bei Aufrechterhaltung moralischer Bindungsverpflichtung. In Abgrenzung zu den beiden anderen Familientypen lehnt sie sowohl rigide Bindungszwänge als auch den individualistischen Freiheitszwang ab.

Der Stammfamilie, wie LePlay sie beschrieben hat, entspricht die Darstellung vom „ganzen Haus“ durch Riehl: mehrere Generationen, auch Seitenverwandte, sowie das Gesinde leben und arbeiten zusammen in einer Art Großfamilie unter der Herrschaft des Hausvaters. Ihre Aufgaben sind Produktion und Konsum, aber auch Erziehung und Sozialisation der heranwachsenden Generation. Diese Form ist nach Auffassung der beiden Forscher sowohl der dominante als auch wünschenswerte Familientyp der vorindustriellen Zeit (vgl. Mühlfeld 2003, S. 29; Rosenbaum 1982, S. 46 mit Bezug auf Schwägler 1970, S. 33 ff., 132 ff.; Hubbard 1983, S. 12).

Die weitere Entwicklung der familialen Lebensformen wird oft folgendermaßen beschrieben: Ende des 18. Jh. erfolgte mit der Industrialisierung die Ausgliederung der Produktion aus der Familie, was die Kinder zwang, zum Arbeiten in die Stadt zu gehen. Mitte des 19. Jh. wurde der Hausfrau die Aufgabe der Versorgung von Kindern und Mann übertragen. Mit der Trennung von Arbeit und Haushalt entstand ein öffentlicher und ein privater Lebensbereich, und zwar mit der Einführung der Schulpflicht auch für die Kinder. Durch die Abgrenzung eines privaten Bereichs wurde die Emotionalisierung der Beziehungen erst möglich, die Familie zum Refugium. Viele Arbeitsstellen verlangten Mobilität, bei der die Verwandtschaft hinderlich ist, so dass sich verwandtschaftliche Beziehungen auflösten. Zusätzlich führte die Entdeckung des Zusammenhangs zwischen Kinderreichtum und Armut, also die Überlegung, dass weniger Kinder zu einem besseren Lebensstandard führen können, zu einer Beschränkung der Geburten (vgl. Hubbard 1983, S. 12). Die Charakteristiken der modernen Kleinfamilie bestehend aus Eltern und Kindern, die aus verwandtschaftlichen Bindungen gelöst ist, wird folgendermaßen beschrieben: „geringe Haushaltsgröße, betonte Privatheit gegenüber Fremden und Verwandten, intensive innerfamiliäre

Gefühlsbindungen mit Betonung eines Liebesverhältnisses zwischen den Ehepartnern, Beschränkung der wirtschaftlichen Funktion der Familie auf Konsum und Versorgung“ (Hubbard 1983, S. 13; vgl. auch Rosenbaum 1982, S. 47).

Die Dominanz der großen Familienverbände im vorkapitalistischen Europa wurde jedoch von der späteren Familienforschung als Mythos entlarvt. Sie entsprach nicht der historischen Realität, sondern einer gesellschaftspolitischen Idealisierung (vgl. Rosenbaum 1982, S. 47 f. mit Bezug auf Weber-Kellermann 1969, S. 331). Daher soll sich der nächste Abschnitt mit der Entwicklung beschäftigen, wie die Familienforschung heute annimmt, dass sie abgelaufen ist.

4.1.2.2 Die aktuelle Version von der Entwicklung der Familie

Nach der Beschreibung der gesellschaftlichen Ursachen werden die drei wichtigsten internationalen Ansätze zur Erforschung der Wandlungsprozesse (demografischer Ansatz, „Gefühls“-Ansatz und ökonomische Betrachtungsweise), wie sie von Hubbard (1983) unterschieden werden, sowie die Entwicklung der dominanten Heiratsmuster dargestellt. Anschließend soll auf den Themenkomplex Familienverband und Solidargemeinschaft eingegangen werden, worauf eine kurze Charakteristik von unterschiedlichen Familientypen im Laufe der Zeit folgt.

Ursachen der Wandlungsprozesse

Mühlfeld (1995a, S. 11) macht vier wichtige gesellschaftliche Veränderungen als Ursachen für Wandlungsprozesse innerhalb der Familien aus. Es handelt sich dabei um Veränderungen der Einkommensverhältnisse, ökonomische Entwicklungen (Agrarrevolution, Protoindustrialisierung, Industrialisierung), horizontale Mobilität und Urbanisierung sowie den demographischen Übergang.

- Veränderung der Einkommensverhältnisse: Das vorindustrielle Europa ist bis ins 19. Jh. hinein von Unterbeschäftigung gezeichnet. Zwar ist ab etwa 1850 eine kontinuierliche Steigerung der Löhne zu belegen, aber gleichzeitig ist ein deutliches Lohngefälle zu beobachten, das qualifizierte gegenüber unqualifizierten Männern bevorzugte sowie Frauen und Kinder generell sehr benachteiligte. Trotzdem konnte auf die Mitarbeit von Frauen und Kindern nicht verzichtet werden, um die Familie zu ernähren, die Mehrheit der Bevölkerung lebte also nicht vom Alleinverdienst des Familienvaters. Arbeitslosigkeit und Krankheit führten schnell in die Armut, auch Altersarmut nach Ausscheiden aus dem Arbeitsleben war ein weitverbreitetes Phänomen (Mühlfeld 1995a, S. 11 f.).

- Ökonomische Entwicklungen: Mit der Agrarrevolution ist eine ganzjährige Bindung des Gesindes an den Hof möglich, was zu einem Anstieg des Heiratsalters und einem Rückgang der Ehefrequenz bei gleichzeitiger Zunahme unehelicher Geburten führte. Der Rückgang der Sterblichkeit der jungen Erwachsenen (die für die Reproduktion in Frage kamen) löste eine Bevölkerungswelle aus. In der Industrialisierung wurde menschliche Arbeitskraft immer weiter durch Maschinen abgelöst, gleichzeitig sollten Lohnerhöhungen den Abwanderungserscheinungen Einhalt gebieten (vgl. Mühlfeld 1995a, S. 13 f.).
- Horizontale Mobilität und Urbanisierung: Das rasante Bevölkerungswachstum in den Städten ging einher mit Wanderungsverlusten auf dem Land. Die daraus folgende Wohnungsnot der Stadtbevölkerung führte zu halboffenen Familienstrukturen, indem viele Familien sogenannte Schlafgänger aufnahmen und die Frauen oft Kinder mit ihnen hatten. Auch die Landbevölkerung litt unter miserabler Wohnqualität (vgl. Mühlfeld 1995a, S. 14 f.).
- Der demographische Übergang in den letzten 300 Jahren: Er brachte Veränderungen in der Lebenserwartung, Säuglingssterblichkeit und Geburtenrate mit sich, sodass eine neue Phasierung des Lebenszusammenhanges in Ehe und Familie erfolgte, die eine kognitive und psychische Verarbeitung der familialen Lebenswelt benötigte (vgl. Mühlfeld 1995a, S. 17).

Internationale Ansätze zur Erforschung familialer Wandlungsprozesse

Demografischer Ansatz

Grundlage für diesen Ansatz bildet die Vorstellung von der Familie als einer soziobiologischen Institution (vgl. Hubbard 1983, S. 17).

Vom 17. bis ins 20. Jh. lässt sich ein relativ spätes Erstheiratsalter sowie ein relativ großer Anteil der Bevölkerung, der nie heiratete, beobachten. Der anschließende Rückgang der Kinderzahl pro Familie in Kombination mit der sinkenden Sterblichkeit und einem jüngeren Heiratsalter hatte gravierende Auswirkungen auf den ehelichen Lebenszyklus: Die Gebärperiode sank von 15 Jahren (im 19. Jh.) auf 5 Jahre, die Lebenserwartung der Frau nach der letzten Geburt stieg von 20 auf 50 Jahre. Damit entstand eine neue Phase der nachelterlichen Gefährtschaft (vgl. Hubbard 1983, S. 18 f. mit Bezug auf Hajnal 1965).

Im 16. bis 19. Jh. war die durchschnittliche Haushaltsgröße eher klein (unter 5 Personen), es gab wenige Dreigenerationenhaushalte, d.h., die „moderne Kleinfamilie“ war

auch damals schon vorherrschende Familienform. Trotzdem oblagen Erziehung und Sozialisation nicht allein der Herkunftsfamilie, denn viele Zwölf- bis 30jährige lebten lange in fremden Familien als Dienstboten u.ä. Die heutige Art des Übergangs als direkter Sprung vom Elternhaus in den eigenen Haushalt entwickelte sich erst im 20. Jh. (vgl. Hubbard 1983, S. 20 mit Bezug auf Laslett, Peter 1972, S. 159 ff.). Im deutschsprachigen Raum fand man heraus, dass leibliche und verwandtschaftliche Beziehungen eine untergeordnete Bedeutung für den Haushalt hatten. Die Familie als Produktionsgemeinschaft lebte von der spezifischen Arbeitsteilung und ihrer Rollenstruktur, in der die Zahl der Haushaltsangehörigen der Zahl der Rollenträger entspricht und abhängig von Besitzgröße und Produktionsart ist (vgl. Hubbard 1983, S. 30).

Die Kritik an diesem Ansatz bezieht sich überwiegend auf die Vollständigkeit und Verlässlichkeit des Quellenmaterials (vgl. Hubbard 1983, S. 21).

„Gefühls“-ansatz

Die Vertreter dieses Ansatzes stellen demografische Aspekte eher in den Hintergrund und konzentrieren sich auf die Beziehungen innerhalb der Familie (vgl. Hubbard 1983, S. 22 mit Bezug auf E. Shorter, P. Ariès, L. Stone, J.-L. Flandrin).

In der traditionellen Gesellschaftsordnung war die Kernfamilie eingebettet in die Sozialstruktur der Gemeinde, wodurch das Familienleben beschränkt privaten, eher halböffentlichen Charakter hatte und durch die Gemeinde kontrolliert wurde. Die emotionalen Bindungen untereinander waren dementsprechend schwach, die Ehe ein instrumentelles, auf wirtschaftlichen Gründen basierendes Verhältnis. Seit dem 18. Jh. wurde die Familie mit der Abgrenzung gegen Öffentlichkeit und Verwandte zu einem Refugium vor der Außenwelt, das innigere Gefühlsbindungen erlaubte und das Kind in den Mittelpunkt des Familiendaseins der Frau stellte. Die Partnerwahl erfolgte nach dem Ideal der romantischen Liebe. Das Streben der Familie nach Autonomie und des Einzelnen nach freier Entfaltung ließ die moderne partnerschaftliche, gesellschaftlich isolierte Kleinfamilie entstehen (vgl. Hubbard 1983, S. 22 f.).

Im deutschsprachigen Raum wurde der Anstieg der unehelichen Geburten verschieden interpretiert: Shorter legte sie als sexuelle Revolution der Unterschicht aus, während andere Vertreter darauf hinwiesen, dass es sich nicht um eine bewusste Ablehnung traditioneller Moral handelte, sondern um ein formal-rechtliches Phänomen, das uneheliche Geburten mit der Erschwerung der Eheschließung erklärte, bzw. das durch Ausbeu-

tung der weiblichen Dienstboten entstand (vgl. Hubbard 1983, S. 31 f.). Gezielte Erziehungskampagnen der Gesundheitsbehörden (z.B. Förderung des Selbst-Stillens mit Stillprämien) veränderten die Mutter-Kind-Beziehung und die Stellung des Kindes in der Familie zu einem „neuen“ Mütterlichkeitsverhalten (vgl. Hubbard 1983, S. 32). Rosenbaum (1982, S. 51 f.) zeigt jedoch auf, dass ein harmonisches Familienleben als Illusion betrachtet werden kann, denn ein Ausfall eines Ehepartners (der relativ häufig vorkam) und die für die ökonomische Sicherung des Haushalts zwingend notwendige Wiederverheiratung beschworen familiäre Probleme herauf. Konflikte entstanden weiterhin, wenn persönliche Prioritäten mit dem Kollektivplan der Familiengemeinschaft kollidierten und untergeordnet werden mussten (vgl. Hareven 1982, S. 78).

Kritik an diesem Ansatz bezieht sich ebenso auf die Repräsentativität der Quellen, aber auch auf die Unschärfe der theoretischen Basis für die Erklärung des Wandels (vgl. Hubbard 1983, S. 23 f.).

Ökonomische Betrachtungsweise

Kern dieses Ansatzes bildet die Betrachtung der ständigen Wechselwirkung zwischen Familie und sozioökonomischen Gegebenheiten mit der Theorie der Familienstrategie, die besagt, dass sich Größe, Zusammensetzung und Verhalten des Haushalts an materielle Umstände anpassen (vgl. Hubbard 1983, S. 24).

Haushalte waren bei Anerbenrecht in ihrer Existenz abhängig von Land- bzw. Kapitalbesitz, daher relativ groß und komplex. Haushalte mit Lohnarbeit hingegen waren abhängig von ihrer Arbeitskapazität und der Produktionsnachfrage der Marktwirtschaft. Eine frühe Heirat und mehr Kinder waren mit der Hoffnung verbunden, das Einkommen zu steigern. Auf diese Weise kamen jedoch schnell Probleme bei Wirtschaftskrisen auf (vgl. Hubbard 1983, S. 25).

Ehmer (1980) untersuchte die Wechselwirkung zwischen Arbeitsorganisation und Familienstruktur in Wien. Im 18. Jh. waren Produktion und Arbeitskräftebedarf durch die hausindustrielle Familie gedeckt. Mit der Industrialisierung entstand die Arbeiterfamilie, deren innerfamiliäre Rollendifferenzierung nach bürgerlichem Muster strukturiert war (Mann arbeitet außer Haus, Frau ist zuhause). Da der Mann oft ein nur geringes Einkommen hatte, musste auch die „Hausfrau“ arbeiten gehen. Allerdings brauchte sie eine flexible Stelle, die mit ihrer Haushaltstätigkeit in Einklang zu bringen war, weswegen solche Stellen eine extrem geringe Bezahlung aufwiesen. Mit der Einführung der Schulpflicht und

dem Kinderarbeitsverbot konnten ebenso die Kinder nur geringe finanzielle Beiträge zum Haushalt leisten, was zu einem Geburtenrückgang führte (vgl. Hubbard 1983, S. 33 f.). Rosenbaum (1982, S. 53 mit Bezug auf Braun 1867 und Khare 1973) ergänzt, dass die Erlaubnis zur Familiengründung bzw. Heirat bis weit ins 19. Jh. an den Nachweis einer ausreichenden Ernährungsbasis geknüpft war, was die ärmere Bevölkerung von der Familienbildung ausschloss. Bei Gültigkeit des Anerbenrechts, bei dem nur eins der Kinder erbt, stiegen alle nicht erbenden Kinder sozial ab und konnten meist auch nicht heiraten.

In den USA zeichnete sich folgende Entwicklung ab: Im 18. Jh. waren Berufslaufbahnen abhängig von der Wirtschaftslage und damit unberechenbar, wodurch die Personen für die Aufgaben und Funktionen in der Familie auswechselbar sein mussten (je nachdem, wer Arbeit fand, ging arbeiten, der andere musste den Haushalt erledigen). Im 19. Jh. bildeten sich in den städtischen Mittelschichten zwar individualistischere familiäre Muster, allerdings bei genauerer Abgrenzung familialer Rollen, da sich das Abfolgemuster bzgl. Ausbildung, Berufslaufbahn und Lebenslauf (Schulein- und -austritt, Wahl der beruflichen Tätigkeit, Auszug, Heirat, Bildung einer Familie) vereinheitlichte und ein ordnungsgemäßes Durchwandern des Lebenszyklus sowie einen strukturierten Übergang von einem Stadium in das nächste erlaubte. Weil die Löhne der Frauen und Kinder nicht länger notwendig waren, konnten sie von Erwerbsarbeit entlastet werden, sodass die Frau in der Familie nun zuständig war für die Sozialisation der Kinder. Eine noch größere Einheitlichkeit im Muster der zeitlichen Koordination entstand, als staatliche Institutionen Wohlfahrt, Erziehung und soziale Kontrolle übernahmen und altersbezogene Rahmenbedingungen (Schulpflicht, Gesetz gegen Kinderarbeit, gesetzliches Rentenalter) vorgaben (Hareven 1982, S. 80 ff.).

Auch dieser Ansatz leidet an der ungewissen Repräsentativität seiner Quellen, sowie an der Gefahr der Überbetonung von Rationalität und Solidarität gegenüber Gefühl und Konflikt (vgl. Hubbard 1983, S. 26).

Dominante Heiratsmuster

Die historische Demografie erforschte auch die dominanten Heiratsmuster, wie sie sich im Lauf der Zeit veränderten:

In der frühen Neuzeit herrschte die arrangierte Heirat vor, bei der die Familie aufgrund ökonomischer Kalküle entscheidet. Dieses Muster wurde von der ökonomisch orientierten Heirat abgelöst, bei der die Brautleute aufgrund ökonomischer Kalküle selbst ent-

scheiden. Danach entstand erst die romantische Liebesheirat, bei der in die Entscheidung der Brautleute neben rationalen Kalkülen auch emotionale Momente einfließen. Hauptsächlich geht es hier um Tugendhaftigkeit, während Liebe sich auf ihre geistig-seelische Komponente beschränkt und erotische Aspekte untergeordnet bleiben. In den 1950er und 1960er Jahren wurden bei der modernen Liebesheirat emotionale Motive wichtiger als rationale Kalküle. Liebe als Motiv galt der erotisch-sinnlichen Anziehung und dem sexuellen Begehren. Das gegenwärtige dominante Heiratsmuster wird „kindorientierte Eheschließung“ genannt, einfließende rationale und nicht-rationale Momente zeigen den expressiv-instrumentellen Charakter der Eheschließung, da Liebe zwar notwendig, aber nicht hinreichend zur Eheschließung ist, und durch zweckrationale Motive ergänzt wird (vgl. Schneider 1991, S. 67 ff.).

Familienverband und Solidargemeinschaften

Rosenbaum (1982, S. 49 mit Bezug auf Mitterauer 1973, S. 167 ff., Berkner 1972 und Schwägler 1970) betont, dass es in Gegenden, in denen das Anerbenrecht galt, zwar trigenerative Familien gab (bei Realteilung bestanden eher kleinfamiliäre Formen), aber selbst da herrschte meist eine strikte Trennung zwischen den Alten und der Familie des Bauern. Ein hohes Heiratsalter in Kombination mit einer geringen Lebenserwartung beschränkte das Zusammenleben von drei Generationen im Allgemeinen auf eine kurze Phase.

Gaunt differenziert die Unterbringung der ältesten Generation nach Zeitpunkt: Im Mittelalter wurden die alten Bauern in Hausgemeinschaften von Fremden oder Verwandten eingegliedert, oft zirkulierten sie zwischen mehreren Hausgemeinschaften. In der frühen Neuzeit wurde die Übergabe des Hofes an die Errichtung eines Ausgedinges für die Eltern geknüpft, mithin ein Rechtsakt vollzogen, denn bei der Weitergabe des Besitzes wurde ein Dokument über die neuen Besitzverhältnisse und den Auszugsanteil für die alten Bauern angefertigt. In der Marktwirtschaft bestand das römische Recht auf der Vererbung zu gleichen Teilen, was den Erben oftmals in Schwierigkeiten brachte, die Miterben auszubezahlen. Im 19. Jh. wohnten die alten Leute im Altenteil weiterhin auf dem Hof des Erben, was häufig zu Konflikten führte, denn die Alten mussten versorgt werden, während ihre Arbeitskraft abnahm, sodass die wirtschaftliche Lage des Hofes kritisch werden konnte. Weit verbreitet war außerdem das Phänomen, dass die Alten mehr an Nahrungsmitteln verlangten, als sie selbst verbrauchen konnten (Gaunt 1982, S. 171, S. 185 f.).

Auf der anderen Seite gab es in der eigentumslosen Bevölkerung umfassende Familienverbände als Solidargemeinschaften. Für das 18. und 19. Jh. bedeutender als die Einbindung der Kleinfamilie in das Verwandtschaftssystem waren Umfang und Veränderung der Gesindehaltung aufgrund des Arbeitskräftebedarfs, da der Haushalt als Produktionseinheit fungierte. Das Gesinde war zwar selten mit den „Hauseltern“ blutsverwandt, oft aber in den Familienverband integriert (vgl. Rosenbaum 1982, S. 49, S. 51 mit Bezug auf Mitterauer 1975).

Für die USA stellt Hareven (1982, S. 77) fest, dass gegenseitige Verpflichtungen zwischen Familienmitgliedern in der vorindustriellen Zeit durch feste soziale Normen und durchgreifende Sanktionsmittel geregelt waren, die nach der Industrialisierung jedoch weniger effektiv wurden, sodass langfristig geplante Hilfe nur unter engen Verwandten üblich war. Im 19. Jh. waren die meisten Familien Kernfamilien, Verwandte wurden nur aufgenommen, wenn es nicht anders ging. Erklärtes Ziel war die Unabhängigkeit der Familie und die Autonomie des Haushalts.

Auch die These von der besonderen Anfälligkeit der modernen Familie gegenüber personellen Ausfällen kann nicht aufrechterhalten werden: bei geringer Lebenserwartung in Kombination mit einer strikten Rollen- und Arbeitsteilung zwischen den Ehepartnern in Bauern- und Handwerkerfamilien hatte der Ausfall eines Ehepartners gravierende Folgen für den familiären und ökonomischen Zusammenhalt, sodass eine Wiederverheiratung notwendig und Witwenschaft durch sozialen Zwang zur Wiederverheiratung aufgearbeitet wurde, denn die Arbeitsteilung war primär familienorientiert strukturiert. Personelle Ausfälle waren daher früher bedeutsamer als heute, wo die Ersetzung eines Ehepartners nicht dermaßen entscheidend ist (vgl. Rosenbaum 1982, S. 51 f. mit Bezug auf Mitterauer 1973 und Mitterauer 1973). Die These wurde vermutlich als Illusion zur schärferen Konturierung der Krise der Familie in der Gegenwart aufgestellt (vgl. Rosenbaum 1982, S. 52).

Wie die Vorstellungen einzelner Schichten gesetzliche Normen der gesamten Gesellschaft beeinflussen, lässt sich an der Entwicklung des Bürgerlichen Gesetzbuches zeigen: Während das Scheidungsrecht im Allgemeinen Landrecht für die Preußischen Staaten (ALR) relativ großzügig ausgelegt war (Scheidung bei gegenseitigem Einverständnis), wurde für das frühe BGB durchgesetzt, dass eine Ehe nur nach dem Schuldprinzip geschieden werden kann (vgl. Hubbard 1983, S. 43 mit Bezug auf Wolf, Lüke & Hax 1959, S. 72). Hareven (1982, S. 82 f.) zeigt, dass historische Unruhen dann entstehen, wenn es ein Missverhältnis zwischen traditionellen Normen der zeitlichen Koordinierung und den Mög-

lichkeiten in der Geschichte, ihnen zu entsprechen, gibt, wenn also die Menschen gerne nach neuen Grundsätzen leben würden, dies aber nicht geht (z.B. wenn junge Menschen mit ihrer Ausbildung fertig sind, aber keine Stellen frei sind), oder wenn die traditionellen Denkweisen die Menschen davon abhalten, neue Möglichkeiten zu ergreifen (z.B. wenn verheiratete Frauen aus der Mittelschicht gute Bedingungen für einen Eintritt ins Berufsleben erhalten, die Gelegenheit aber nicht wahrnehmen). Interessanterweise trifft die Glorifizierung der Mutterrolle mit dem Moment zusammen, wo demografische und soziale Faktoren die relative Zeit des Mutterseins im Lebenszyklus verkürzen (vgl. Hareven 1982, S. 84 mit Bezug auf Rossi 1968).

Unterschiedliche Familientypen

Hubbard (1983, S. 180 ff.) charakterisiert folgende unterschiedliche Familientypen im Laufe der Zeit:

- Bauernfamilie: Die Arbeitserfordernisse des Hofes und die Bedingungen der Übergabe bestimmen den gesamten Lebenswandel. Ehe und Unabhängigkeit sind erst nach der Hofübergabe möglich. Generationenkonflikte werden geschürt durch die Angst der Alten vor unzureichender Versorgung durch die Kinder. Die Bindungen sind selten gefühlsbetont, die Partnerwahl erfolgt nach rationalen Kriterien.
- Arbeiterfamilien sind sehr verschieden. Ihr Zustand reicht von Elend und Zerrüttung bis hin zu stabilen und gefestigten Familien. In Abhängigkeit vom familienexternen Arbeits- und Lohnmarkt müssen möglichst viele Familienmitglieder verdienen, während nicht-arbeitende Kinder den Haushalt erledigen. Unvorhergesehene Ereignisse (wie Krankheit, Arbeitslosigkeit etc.) können zur Katastrophe werden. Die Wohnungszustände sind unhygienisch und eng, oft werden Untermieter aufgenommen. Auf diese Weise entstehen selten intime, gefühlsbetonte Beziehungen oder eine Privatsphäre, sondern eher innerfamiliäre Spannungen. In anderen Familien sind die Untermieter in den Familienverband integriert. Obwohl der Zusammenhang zwischen Armut und Kinderreichtum bekannt ist, scheitert die Familienplanung an unzureichenden Kenntnissen oder Unwillen bzgl. Verhütung etc. Erst ab 1910 setzt sich eine erfolgreiche Geburtenkontrolle durch. Wichtigstes Problem dieses Familientyps ist die Altersversorgung, da die Existenz von der Arbeitsfähigkeit abhängt. Konflikte entstehen durch die Angst der Alten vor der Abhängigkeit von den Jungen und nicht nur durch die Unwilligkeit der Jungen, die Alten zu versorgen.
- Bürgerliche Familie: Der Trendsetter für das generelle Muster des modernen Familienlebens definiert die Familie als private Fluchtstätte mit Erholungsfunktion. Ob-

wohl sie Konsumeinheit ohne nennenswerte Produktionsfunktion ist, erlaubt die gesicherte ökonomische Lage ein intimes, gefühlsbetontes häusliches Dasein. Der Mann arbeitet außer Haus, die Frau ist, von schweren Hausarbeiten durch Dienstpersonal entlastet, verantwortlich für das persönliche Wohl der Familienmitglieder, während sich die Kinder Spiel und Bildung widmen können. Eine gewisse Großräumigkeit ermöglicht die Privatisierung bestimmter familiärer Bereiche. Statushierarchie und Geld bestimmen jedoch auch hier als Leitgedanken die Partnerwahl.

4.1.3 Auswirkungen der Veränderungen

4.1.3.1 Veränderung der Rahmenbedingungen

Das Kontraktionsgesetz nach Durkheim darf nicht damit verwechselt werden, dass tatsächlich eine Schrumpfung der durchschnittlichen Haushaltsgröße zu beobachten war, dies jedoch eher weil „familienfremde“ Personen, wie Gehilfen, Dienstboten und Untermieter, aus dem Haushalt ausschieden, was keine Auflösung verwandtschaftlicher Bezüge zur Folge hatte, sondern einen Strukturwandel der ökonomischen Bedingungen des Haushalts darstellte (vgl. Hubbard 1983, S. 67 f.). Bis zur Mitte des 20. Jh. änderte sich die Verheiratenquote enorm von einer knappen Mehrheit auf über 80% der Bevölkerung, die mindestens einmal heirateten. Dazu hat sich die Ehedauer mehr als verdoppelt, wobei sie trotzdem den Charakter einer lebenslangen Verpflichtung verloren hat. (Bis zur Mitte des 20. Jh. endeten sechs mal soviel Ehen durch Tod als durch Scheidung, heute sind es nur noch drei mal so viele.) Früher ließ sich ein schichtspezifisch sehr unterschiedliches Heiratsalter beobachten, insgesamt verlegte sich das Erstheiratsalter vor, d.h., die Ehe wird nicht mehr notwendigerweise aufgeschoben bis eine wirtschaftlich sichere Basis geschaffen war. Die Partnerwahlkriterien haben sich ebenfalls geändert: während z.B. Religionszugehörigkeit jetzt ohne Bedeutung ist, ist die Statushierarchie immer noch wichtig (vgl. Hubbard 1983, S. 65 f.).

Die wesentlich verbesserte medizinisch-hygienische Versorgung führte zwischen 1890 und 1925 zu einer drastischen Senkung der Sterblichkeitsrate (insbesondere der Säuglingssterblichkeit ab 1905, wobei die Sterblichkeit unehelich geborener Kinder immer noch etwa doppelt so hoch war wie bei ehelich geborenen), was sich auf Familiengröße, Einstellung zum Kind, Sexualität und Fruchtbarkeit auswirkte. Zwischen 1900 und 1925 ist mit starken regionalen und sozialen Differenzen ein drastischer Rückgang der Geburtenrate zu verzeichnen, dessen Gründe ein multifaktorielles Bedingungsgeflecht aus Ausbildungs-/ Berufsniveau und Alter der Frau, Art der Partnerbeziehung, Erfahrungen mit Kin-

dern, Einstellung zu Kindern, materielle Situation etc. bilden. Weniger Geburten bei gleichzeitig gestiegener Lebenserwartung ließen die zeitliche Bedeutung von Zeugung und Erziehung der Kinder zwar in den Hintergrund treten, auf der anderen Seite ist gleichwohl ein historisch ungewöhnlich hohes Maß der Zuwendung gegenüber Kindern aufgetreten, das nur einlösbar ist, wenn die Familie wenige Kinder hat. Der Anstieg der Lebenserwartung hatte besondere Auswirkungen auf die Lebensplanung der Frau: Im Vergleich zwischen 1780 und 1974 ist das Durchschnittsalter von 60,6 auf 76,5 Jahre gestiegen, während sich gleichzeitig die fruchtbaren Jahre von 29 auf 39 Jahre verlängert haben und das Heiratsalter von 28 auf 23 Jahre sowie das Alter der Frau bei der Geburt des letzten Kindes von 39,5 auf ungefähr 30 Jahre gesunken ist. Die Frau muss ihre so „gewonnen“ Jahre sozial meistern, gleichzeitig müssen Veränderungen in der Partnerbeziehung und der familialen Lebenswelt bewältigt werden, indem z.B. die nachelterliche Phase neu gestaltet und eine inhaltliche Trennung von Fortpflanzung und Sexualität realisiert wird, indem man Sexualität zunehmend als Interaktionsmedium betrachtet (vgl. Hubbard 1983, S. 66 f.; Mühlfeld 1995a, S. 18 f., 23 f.; Nave-Herz 1988, S. 74 f. mit Bezug auf Höpfinger, 1987, S. 123 ff. und Lüscher & Stein 1985).

4.1.3.2 Familienzyklusmodell

Die Veränderungen der familialen Lebenswelt können anschaulich im Familienzyklusmodell dargestellt werden, das die Lebenszeit in mehrere Phasen, die sich im Laufe der Zeit verschoben haben, unterteilt. Obwohl es von Kritikern abgelehnt wird, da es zu einseitig an der traditionellen Kernfamilie orientiert sei und die Pluralität der Lebensformen nicht wahrnehme, lässt sich eine Neuphasierung des Lebenslaufes seit 1950 vereinfacht zeigen (vgl. Nave-Herz 1988, S. 76): Die Vorverlegung des Heiratsalters bei gleichzeitiger Erhöhung der Lebenserwartung bedeutet eine Verlängerung der Phase des ehelichen Zusammenlebens. Den längsten Zeitabschnitt macht die nachelterliche Phase aus, in der auch häufiger Enkelkinder erlebt werden können. Da die Familienphase nur noch etwa ein Viertel des Lebens der Frau ausmacht, verbringt diese aufgrund der normativen Festschreibung der Frauen auf die Mutter-Rolle das erste Viertel ihres Lebens in Erwartung des „eigentlichen Lebens“ und die zweite Hälfte des Lebens im Bewusstsein, dass dieses „eigentliche Leben“ schon vorbei ist (vgl. Nave-Herz 1988, S. 75 f.; Hareven 1982, S. 72).

4.1.3.3 Attraktivität von Ehe und Familie

Trotz nun wieder steigendem Erstheiratsalter, sinkender Ehestabilität, steigender Wiederverheiratuingsquote, weiter Verbreitung Nicht-ehelicher Lebensgemeinschaften und Alleinlebender heiratet die überwiegende Mehrheit der Deutschen mindestens einmal im Leben, eheliche Lebensformen sind am weitesten verbreitet. Konkrete Veränderungen ergeben sich überwiegend durch eine Vielzahl von Entwicklungen, die die Exklusivität von Ehe vermindern, also die Abkoppelung von Rechten, die man sich bis vor 40 Jahren mit der Ehe erworben hat (z.B. Sexualität, sozial legitimierte Elternschaft, gemeinsame Wohnung etc.), von der Eheschließung. Die Heirat ist kein Übergangsritus ins Erwachsenenalter mehr, und auch ein Wechsel der familiären Stellung ist heute leichter reversibel, da die Ehe heute durch Scheidung gelöst werden kann, während sie bis Mitte des 19. Jh. eher durch den Tod eines Ehepartners beendet wurde (vgl. Schneider 1991, S. 53 ff.; Bundeszentrale für politische Bildung 2005a bis d; Hareven 1982, S. 74).

In Hinblick auf die Beständigkeit von Ehen stellt Mühlfeld (1995a, S. 30) fest: „Was Ehen stabilisiert, setzt sie zugleich vermehrt der Gefahr des Scheiterns aus.“ Diese Beurteilung bezieht sich darauf, dass die Familie als Gruppe mit moralischen Verpflichtungen arbeitet, die bei Umschlagen in Rigorismus zur Ausgrenzung von Anschlussmöglichkeiten und Klassifikation zurückgewiesener Verhaltensweisen als abweichend führt (vgl. Mühlfeld 1995a, S. 29). Dahingehend können sehr verschiedene Formen der Paarbeziehung zwischen den Extremformen des zweckrationalen Zusammenschlusses und der sozialemotionalen Einheit bei partnerschaftlichem Austausch umgesetzt werden (vgl. Mühlfeld 1995a, S. 33; Mühlfeld 2003, S. 39). Schneider (1991, S. 55) weist darauf hin, dass für Jugendliche Ehe und Familie in ihren Zukunftsplänen wichtig sind. „Mit der vermehrten Zubilligung der bisher Erwachsenen vorbehaltenen Verkehrs- und Partizipationsformen an Jugendliche verlieren Ehe und Familie nicht an sozialer Attraktivität, diesen Institutionen werden jedoch vermehrt Lebensformen vorgeschaltet, die als Einübung in eine individualisierte Form von Partnerschaft zu begreifen sind.“ (Mühlfeld 1995a, S. 33; vgl. Mühlfeld 2003, S. 39)

Schneider (1991, S. 50 f.) erkennt den Wandel von Ehe und Familie zusammenfassend auf drei Ebenen: Im Gruppencharakter von Ehe und Familie lassen sich veränderte binnenfamiliale Beziehungsmuster erkennen; für den Systemcharakter sind veränderte Austauschbeziehungen zwischen Familie und ihrer sozialen Umwelt von Bedeutung; der

institutionelle Charakter schließlich entwickelt sich entlang veränderter normativer Erwartungen an Ehe und Familie.

4.1.3.4 Sozialisationsleistungen

Bis ins 19. Jh. bedeuteten die allgemein übliche späte Heirat bei gleichzeitiger hoher Fertilität, dass Geburten lebenszeitlich später stattfanden und damit die Sozialisationsfunktion der Eltern bis fast ans Lebensende dauerte. Im Vergleich zu heute waren die Sozialisationsbedingungen der Kinder in der Familie ganz anders: vor allem die jüngeren Kinder waren mehr Sozialisationsinstanzen (ihren Geschwistern) ausgesetzt, ältere Kinder hatten die Verantwortung für die Aufsicht über jüngere (bis hin zum Modell der ältesten Tochter als Ersatzmutter). Die breite Streuung der Geburten ließ die Sozialisation des ältesten Kindes ganz anders als die des jüngsten verlaufen. Die wirtschaftliche Instabilität machte eine Phasenabfolge, die so deutlich wie heute ist (Zyklusmodell), unmöglich (vgl. Hareven 1982, S. 72 f.), nicht zuletzt weil Arbeit nach Familien, nicht nach Individuen verteilt wurde.

Ende des 18. Jh. veränderte die Sittenreform die Einstellung zum Kind, als verlässliche Möglichkeiten zur Empfängnisverhütung entstanden und damit die Verantwortung gegenüber Familie und Ehe durch die Entscheidungsmöglichkeit für oder gegen Kinder bewusst übernommen werden musste. Mit der „Kampfansage gegen die gefährdete Kindheit“ wird ebendiese erst zur gefährlichen Kindheit, wodurch soziale und ökonomische Investitionen und Folgekosten zur sozialen Platzierung in der Gesellschaft stiegen. Damit in Zusammenhang steht die immer längere Abhängigkeit der Kinder von den Eltern bis zur Erlangung eines beruflichen Abschlusses (vgl. Mühlfeld 1995a, S. 25 f., S. 32). „Die elterlichen Sozialisationsleistungen als Investitionen für die Lebensplanung der Kinder sind gesellschaftsorientiert, da die Zielvorgabe Erzeugung von Sozialkompetenz in Handlungszusammenhängen ist. Die Familie sozialisiert für die Gesellschaft, indem sie die Familienfähigkeit weitervermittelt und als sinnhafte Erfahrung menschlicher Existenzbewältigung ausweist“ (Mühlfeld 1995a, S. 28).

Der Geburtenrückgang verändert die Sozialisationsbedingungen, denn Geschwister-Subsysteme werden seltener, während mehr Kinder als Einzelkinder aufwachsen. Sie erleben weniger Seitenverwandte (Onkel, Tante), andererseits führt die gestiegene Lebenserwartung zur Zunahme der Vier-Generationen-Familie. Langfristige Auswirkungen dieser veränderten Sozialisationsbedingungen sind noch nicht absehbar (vgl. Nave-Herz 1988, S. 75).

4.1.3.5 Innerfamiliäre Strukturen der modernen Familie

Nave-Herz hat 1988 festgestellt, dass der zeitgeschichtliche Wandel auf der normativen Ebene weiter fortgeschritten ist als auf der faktischen. Dies belegt sie daran, dass das patriarchale Familienleitbild in den Autoritätsstrukturen faktisch noch immer verbreitet ist, seine Anerkennung weniger als erwartet abgenommen hat und bei der Aufteilung der Familientätigkeiten in vielen europäischen Staaten die alte geschlechtsspezifische Arbeitsteilung unangetastet blieb, obwohl geschlechtsspezifische Rollenerwartungen beginnen, sich aufzulösen (Nave-Herz 1988, S. 80 ff. mit Bezug auf Nave-Herz 1987).

Hareven (1982) entlarvte die These, dass Rollenwechsel früher geordneter verliefen, als Mythos, denn die wachsende Komplexität der gesellschaftlichen Verhältnisse im 19. Jh. führte zu einer größeren Einheitlichkeit und wachsenden Uniformität in der zeitlichen Koordinierung der Rollenwechsel durch den steigenden Einfluss individuell steuerbarer gegenüber nicht steuerbaren Faktoren, sodass heute eine größere Stabilität und Konformität die Familie kennzeichnet und trigenerative Familien heute wesentlich häufiger vorfindbar sind. Entschlüsse im Familien- und Berufsleben werden heute eher als persönliche Entscheidungen begriffen, während früher persönliche Rollenwechsel Familienangelegenheit waren (vgl. Hareven 1982, S. 71, S. 74 f. mit Bezug auf Uhlenberg 1974).

4.1.4 Definitionsversuch „Familie“

Eine Definition des Begriffes „Familie“ auszuarbeiten, ist sehr schwierig, da es in der Literatur zu beinahe jeder bestehenden Definition Kritik und Gegenargumente gibt. Insbesondere stößt die Literatur bei dem Versuch, die historische Dimension zu berücksichtigen, an ihre Grenzen, da die meisten Definitionen von Familie, vornehmlich die soziologischen Standarddefinitionen, die sich auf eine Bestimmung anhand von Reproduktions- und Sozialisationsfunktionen beziehen, zeit- und kulturspezifisch sind (vgl. Mitterauer & Sieder 1982, S. 18 f.). Rosenbaum (1982, S. 59 mit Bezug auf Mitterauer 1975; vgl. auch Mitterauer & Sieder 1982, S. 18) bemerkt bei der Beantwortung der Frage, wer zur Familie zählt, die Unbrauchbarkeit der Blutsverwandtschaft für den Familienbegriff, da Lehrlinge, Gesellen, häusliche Dienstboten, Inwohner, ebenso das Gesinde oft mehr oder weniger stark in die Gemeinschaft historischer Familienformen integriert waren. Auch Begriffe wie vollständig vs. unvollständig und erweiterte vs. Kernfamilie sind abhängig vom gesellschaftlichen Kontext, z.B. war in der traditionellen bäuerlichen Wirtschaft eine Familie, die nach heutigem Sinn als „vollständig“ bezeichnet wird, damals unvollständig, weil zu wenige Arbeitskräfte dazugehörten. Andererseits gehört eine Verständigung über die wert-

liche, soziale und mentale Wirkungstiefe von Verwandtschaft zu einer Definition des Begriffes dazu.

Da die Zielgruppe der Befragung, die die Grundlage für die vorliegende Arbeit ausmacht, aus Familien der Gegenwart gebildet ist, soll die historische Perspektive hier vernachlässigt, wenn auch nicht völlig aus den Augen verloren werden, wenn es um die Interpretation von Veränderungen und Trends geht. Doch selbst eine Definition des Familienbegriffs, der sich auf die Gegenwart beschränkt, hat seine Hindernisse. Schneider stellte 1991 (S. 53) fest, dass es im deutschen Recht keine allgemeine Definition von Familie gibt. Außerdem können sogar Familien mit gleicher Struktur ihrem Wesen nach sehr verschieden sein, sodass er eine Unterscheidung in verschiedene Familientypen in familiäre, quasi-familiäre und nicht-familiäre Lebensformen vorschlägt. Leider vermisst man hier sowohl eine Definition wie auch eine Abgrenzung der Begriffe untereinander.

Zusätzlich hat beinahe jede wissenschaftliche Disziplin ein eigenes Verständnis von Familie. Cierpka (2003, S. 21) hat mehrere davon zusammengetragen: In der Familiensoziologie stellt der Sozialisationsprozess den Kristallisationspunkt der Familie dar. „Familie bezeichnet dann soziale Beziehungen zwischen Eltern und Kindern, die als solche sozial anerkannt werden“ (Cierpka 2003, S. 21). Der rechtliche Familienbegriff gründet auf dem Filiationsprinzip in Kombination mit dem Sorgerechtsprinzip, indem zwei Generationen, die durch biologische oder rechtliche Elternschaft miteinander verbunden sind und das Sorgerecht für die nächste Generation geklärt haben, als Familie gelten (Bezug auf Schneewind 1987). Dem genealogischen Familienbegriff liegt dagegen ausschließlich das Verwandtschaftsprinzip zugrunde, d.h., es gilt als Familie, wer miteinander verwandt, verheiratet oder verschwägert ist. Dabei ist es unerheblich, ob man zusammen lebt und ob Familienmitglieder lebendig oder tot sind (Bezug auf Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen beim Bundesministerium für Jugend 1984). Für die Psychotherapie definiert sich eine Familie durch ein intimes Beziehungsgeflecht von mindestens zwei Personen, die ihren gemeinsamen Lebensvollzug durch Abgrenzung, Privatheit, Dauerhaftigkeit und Nähe bzw. Intimität realisieren (Bezug auf Frevert 1992).

Cierpka selbst definiert „Familie“ folgendermaßen: „In einer (Ein- oder Zweieltern-) Familie leben mehrere, meistens die zwei Generationen der (leiblichen, Adoptiv-, Pflege-, Stief-) Eltern und der (leiblichen, Adoptiv-, Pflege-, Stief-) Kinder, zusammen. Das Zusammenleben in der Familie ist charakterisiert durch gemeinsame Aufgabenstellungen, durch die Suche nach Intimität und Privatheit und durch die Utopie der Familie“. Mit dieser

„Utopie der Familie“ sind die Vorstellungen von einer gemeinsamen Zukunft (meist als herkömmliche Familie) gemeint. Wenn mehr Generationen zur Familie gehören, ist diese sehr oft als multilokale Mehrgenerationenfamilie organisiert, d.h., die Subsysteme leben an verschiedenen Orten (Cierpka 2003, S. 21 f.).

Mühlfeld (1995a, S. 9 f.) geht es in seinem Verständnis von Familie hauptsächlich um den Prozess, um den „soziale(n) Handlungszusammenhang, bei dem das Ehepaar den permanenten und zentralen Kern der Gruppe bildet. Die Zentrierung um den Familienkern verleiht der Familie eine Struktur, in der sich die Elemente (Ehemann, Ehefrau, Eltern, Kinder usw.) zueinander verhalten. Um handlungsfähig zu sein, bedarf jede Gruppe eines Minimums an Solidarität ihrer Mitglieder, bezogen auf die Gruppe als soziale Einheit sowie der einzelnen Mitglieder zueinander.“ Ebenso wie Schneider (1991, S. 52) weist Mühlfeld (2003, S. 27) darauf hin, dass der Begriff „die Familie“ „bereits eine irreführende Singularisierung (ist), die die Selbstausslegungsfähigkeit des Menschen wie seine Lebensformen einer Reduktion mit vereinheitlichender Tendenz unterzieht.“ Damit ist die Pluralität der familialen Lebensformen angesprochen und Mühlfeld muss seine Definition von 1995 erweitern, denn nicht nur in Einelternfamilien gibt es kein Ehepaar mehr, das den permanenten Kern der Familie bildet.

Obwohl Rosenbaum (1982, S. 58) eine Charakterisierung der Familie durch Intimität und Sozialisation für eine Verallgemeinerung eines an der bürgerlichen Familie orientierten Begriffs hält, können beide Themen nicht aus der Diskussion genommen werden. Mühlfeld (2003, S. 27 f.) beobachtet, dass die Diskussionen über Familie von zwei Punkten ausgehen. Entweder von den Grundfunktionen der Familie für die Gesellschaft (Reproduktion, Statuszuweisung, Sozialisierung, soziale Kontrolle, biologische, emotionale und wirtschaftliche Erhaltung des Individuums) oder von den sinnorientierten Interaktionen der Familienmitglieder (Individualität, Persönlichkeitsentfaltung, Bindung, Liebe als Interaktionsmedium, Selbstverwirklichung, Vertrauen, Partnerschaftsbiografie). Beiden Diskussionsrichtungen ist jedoch Monogamie als strukturierendes Element und Wertbezug gemeinsam.

Lüschen (1988, S. 145) weist darauf hin, dass im Konzept der „isolierten Kleinfamilie“ die Beziehung der Familie zur Verwandtschaft nicht ausreichend berücksichtigt wird. Er schlägt ein neues Paradigma mit Sachbezügen für das Verwandtschaftssystem vor, das sich an folgenden Punkten verankert (vgl. Lüschen 1988, S. 147):

- Familien sind definiert als Besitzsysteme, die durch Heirat verknüpft sind.

- Sie werden über Rechtssysteme bzgl. Exogamie, Eheverbote, Unterhaltspflicht, Adoption, Erbrecht u.ä. geregelt.
- Wenn die Mitglieder nicht im selben Haushalt oder in einer Gemeinde wohnen, sind sie mit modernen Kommunikationsmitteln miteinander verbunden.
- Es gibt Verwandtschaftskulturen mit Ritualen, Symbolen und Zeichen.
- Fixpunkte der Familienstruktur sind die biologisch-soziale Hilflosigkeit des Kindes, die Abstammung und wichtige Ereignisse wie Geburt, Heirat und Tod, die nicht nur durch die Kleinfamilie, sondern durch das gesamte Verwandtschaftssystem verfolgt werden.

Der dynamische Ansatz von Hareven ist in Kombination mit der Definition von Familie in der Bien-Studie (1994) am ehesten in der Lage, die unterschiedlichen familialen Lebensformen in Vergangenheit und Gegenwart in einer Definition zu vereinbaren. In diesem Sinne ist die Familie ein „Netzwerk von gelebten Beziehungen“, mithin eine „soziale Gruppe, die sich ständig ändert und deren Mitglieder ihre Lebenszyklen durchlaufen“, die Aufgabe der Familie ist damit die Koordination der Lebenszyklen der Mitglieder (Bien 1994, Vorwort, S. III; Hareven 1982, S. 66). Dabei stellen sich Herausforderungen durch Wechselwirkungen zwischen der „Zeit des Individuums“ (individuelle Verhaltensweisen), der „Zeit der Familie“ (Familienleben) und der „Zeit in der Geschichte“ (sozialer Wandel), die jeweils erst in gesellschaftlichem Kontext Sinn ergeben, z.B. stimmen soziales und chronologisches Lebensalter eines Menschen nicht in allen Gesellschaften überein: während ein Zwölfjähriger hier als Kind behandelt wird, kann er in anderen Gesellschaften bereits als Erwachsener gelten. Die „Zeit der Familie“ ist durch eine bestimmte Abfolge von Ereignissen wie Heirat, Geburt und Auszug der Kinder etc. sowie Rollenwechsel der Mitglieder gekennzeichnet. Konflikte können bei der zeitlichen Koordinierung entstehen, weil die „Zeit des Individuums“ und die „Zeit der Familie“ nicht immer in Harmonie sind. Entscheidungen zu Heirat und Auszug waren zum Beispiel früher nicht von persönlichen Wünschen abhängig, sondern von den Bedürfnissen der gesamten Familie. Zusätzlich wirken auch historische Veränderungen auf die zeitliche Koordinierung in der Familie, z.B. bedarf das gesetzliche Rentenalter einer Altersversorgung als Voraussetzung. Durch die Zugehörigkeit zu mehreren Familiengemeinschaften (Herkunftsfamilie, Zeugungsfamilie, Herkunftsfamilie des Gatten) nach Rollenwechseln, können z.T. kollidierende Rollen in einer Person vereinigt sein (vgl. Hareven 1982, S. 67 f., S. 70). Auf diese Weise können sowohl Kontinuitäten als auch Diskontinuitäten in der Entwicklung beschrieben werden, wobei das Familien-

zyklusmodell als Idealtypus eines Entwicklungsverlaufs dazu dient, Hypothesen für Übergangs- und Verlaufsformen zu bilden.

4.1.5 *Krisentheorien*

4.1.5.1 Historischer Überblick

Da der Diskurs über „die Familie“ mit dem Diskurs über „den Zerfall der Familie“ (Nave-Herz 1998, S. 286) gleichzusetzen ist, lohnt sich ein historischer Überblick über die verschiedenen Krisentheorien. Die soziologische Standarderklärung für die Krise der Familie ist allgemein der Zusammenbruch der traditionellen Familienmuster unter dem Einfluss von sozialem Wandel (vgl. Hareven 1982, S. 85). Schon vor über 200 Jahren war man sich einig, dass die Familie ihre Erziehungsleistungen nur mehr defizitär einlösen kann, sodass von der Krise der Familie die Rede war. Abhängig von der eigenen theoretischen Position leiteten die verschiedenen Theorien unterschiedliche normative Folgerungen daraus ab. Die Forderungen reichten von der möglichst baldigen Herausnahme der Kinder aus der Familie (z.B. Fichte) bis zur Anerkennung der Bedeutung der Familie als Grundlage für die individuelle und soziale Erziehung, sodass Familien, die durch Entwicklungsprozesse der Moderne beschädigt waren, zu sittlicher Lebensführung zurückgebracht werden sollten (z.B. Herbart) (vgl. Dollinger 2006, S. 164 ff.). Im Zentrum der Diskussion standen und stehen also der Funktionsverlust der Familie, ihre Desorganisation und Deinstitutionalisierung sowie ihre Isolierung und Zukunftsunfähigkeit. Liebe als Interaktionsmedium gilt dabei als Krisenerzeuger bzw. -beschleuniger (vgl. Mühlfeld 1995c, S. 353). Präziser lassen sich drei Phasen der Diskussion unterscheiden.

Frühe Thesen der Soziologie

Die soziale Realität des 19. Jh. ist geprägt von einem allgemeinen sozialen Wandel, der Veränderungen der Lebensformen auslöste. Die uneheliche Geburtenrate z.B. galt als Indikator für Verwahrlosung, Sittenzerfall und Zerrüttung der Familie, auf der anderen Seite kann sie auch als Anpassung der Lebensform interpretiert werden (vgl. Nave-Herz 1998, S. 287; Mühlfeld 2003, S. 37). „In den Lebensbewältigungsmustern dieser Personen zählten sexuelle Beziehungen und die Existenz von leiblichen Kindern offensichtlich nicht zu den Heiratsgründen“, wie Mühlfeld (2003, S. 38) vermutet.

Mit der industriellen Revolution und ihren Folgeerscheinungen wie Bevölkerungsexplosion, Landflucht, Abwanderungswellen, soziale Umschichtung etc. ging eine Wissensexplosion einher, die die Familie als zentralen Gegenstand von Untersuchungen entdeckte. Die Forscher stellten nun Sinnzuschreibungen der Familie in Frage und untersuch-

ten ihre gesellschaftliche Bedeutung sowie ihre Einordnung in den allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklungsprozess. Man befürchtete, die Familie sei den Belastungen durch die moderne Wirtschaftsgesellschaft nicht gewachsen, mithin ein Relikt aus vergangenen Zeiten, und erklärte den Bankrott der Ehe. Nach dem zweiten Weltkrieg erwartete man den Zerfall der Familie durch Kriegsfolgen, was sich anhand empirischer Befunde jedoch nicht bestätigen ließ (vgl. Nave-Herz 1998, S. 289 f.). Zu diesen „Verfallsdiagnostikern“ (Nave-Herz 1998, S. 291) zählen u.a. Louis A. V. Bonald, Auguste Comte, Frederic Le Play, Wilhelm Heinrich Riehl, Émile Durchein, Ferdinand Tönnies und Friedrich Engels (vgl. Nave-Herz 1998, S. 286 f., Mühlfeld 1995c, S. 355 ff.; Mühlfeld 2003, S. 29 ff.).

Die Gründungsväter der Familiensoziologie, Riehl und Le Play, sahen in der Stammfamilie bzw. im Wiederaufbau des ganzen Hauses Garant und Leitbild ihrer angestrebten Sozialreform zur Überwindung der Krise in der Familie als religiös, sittlich, sozial und politisch begründeter Lebensform. Damit machten sie ihr Ideal einer patriarchalischen Autoritätsstruktur zum Maßstab ihrer Bewertung und Analyse (vgl. Mühlfeld 2003, S. 29; Nave-Herz 1998, S. 288).

Durkheims Kontraktionsgesetz beschreibt seine Vermutung über die Entwicklung der Familie vom Clan bzw. der patriarchalischen Großfamilie hin zur Gattenfamilie (vgl. Durkheim 1921, S. 14 zit. nach Mühlfeld 1995c, S. 358; Mühlfeld 2003, S. 31; Mitterauer & Sieder 1982, S. 10). Indem er die soziale Arbeitsteilung am Ende der Industrialisierung untersuchte und seine Theoreme auf die Entwicklung der Familie übertrug, gelangte er zu der Überzeugung, dass zunehmende soziale Differenzierung und Individualisierung während der Industrialisierung zur Kernfamilie als dominierendem Typus der Industriegesellschaft führten (vgl. Mühlfeld 1995c, S. 355).

Ähnlich identifizierte Ferdinand Tönnies Ende des 19. Jh. Industrialisierung und Urbanisierung mit der sie begleitenden horizontalen und vertikalen Mobilität als Ursache für die Auflösung der patriarchalischen Großfamilie und ihrer Verbindlichkeiten. Nohl und Pallat greifen in ihrem Handbuch „Sozialpädagogik“ dieses Konzept wieder auf und entwerfen einen Idealtypus von Familie als Ort der Verbundenheit und Geborgenheit, in dem eine klare Rollen- und Aufgabenteilung (Vaterschaft, Mutterschaft, Kindschaft) herrschen (vgl. Mühlfeld 1995c, S. 359; Mühlfeld 2003, S. 35).

Nach 1920 wurde als neuer familialer Krisentypus die „isolierte Kleinfamilie“ beschrieben (vgl. Mühlfeld 1995c, S. 359; Mühlfeld 2003, S. 32). Bei diesen beobachteten

Veränderungen handelt es sich jedoch nicht unbedingt um einen Wandel von realen Familientypen, eher von Familienleitbildern (vgl. Nave-Herz 1998, S. 289).

Die neuere Diskussion seit Mitte der 1960er Jahre

Eine neue Phase erreicht die Diskussion mit der Forderung nach der Abschaffung der Familie, da die Emotionalisierung und Intimisierung der Binnenstruktur der modernen Kleinfamilie eine höhere Gefahr der Ausprägung neurotischer Beziehungen und des Scheiterns der Ehe beinhalte (vgl. Nave-Herz 1998, S. 290 f.; Hubbard 1983, S. 14 mit Bezug auf König 1978). Ogburn prägt in den 1950er Jahren als neues Schlagwort die „Emotionalisierung des Binnenklimas“, vor deren negativen Folgen er warnt, da das Partnerwahlverhalten sich in Richtung Wertschätzung der Persönlichkeit als Liebender ändere und damit eine Instabilität der Familie sowie den Anstieg der Scheidungsrate und der Wiederverheiratungen hervorrufe (vgl. Mühlfeld 1995c, S. 360; Mühlfeld 2003, S. 32). Ähnlich betont Mackenroth, dass die bürgerliche Liebesehe romantischer Herkunft gefährdeter ist als die Standesehe, sodass er die Ehe als Institution durch die Liebesromantik gefährdet sieht (vgl. Mühlfeld 1995c, S. 365; Mühlfeld 2003, S. 33). T. Parsons bekräftigt Durkheims Kontraktionsgesetz und erweitert es mit den Thesen der strukturellen Isolierung der Kernfamilie zur Segmentierung der Familie durch Zerrüttung der familialen Verwandtschaftsverhältnisse aufgrund der geforderten Mobilität (vgl. Mühlfeld 1995c, S. 361; Mühlfeld 2003, S. 32 f.). König fasst diese Sichtweisen in den 1970er Jahren zusammen: Desorganisation und Desintegration als Konsequenzen der sozialen Veränderungen bringen mit dem allgemeinen Individualisierungsprozess die individualistische Familie hervor, die aus allen Zusammenhängen befreit ist und auf einem Vertrag zwischen zwei Partnern basiert. Dabei wird die Frau als Person anerkannt, die Forderungen der Wirtschaft nach Mobilität andererseits bewirken eine Intimisierung des familialen Zusammenlebens, die nur bei kleinen Gruppen möglich ist, bei Binnendesorganisation jedoch zu erhöhter Scheidungsanfälligkeit und damit zur Desintegration führt (vgl. Mühlfeld 1995c, S. 361; Mühlfeld 2003, S. 33).

Die aktuelle Diskussion

Seit Ende der 1970er Jahre werden die Thesen vom Zerfall der Familie wiederaufgegriffen und um die Konkurrenz-These erweitert. Der Anstieg in der Zahl von Nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften, Scheidungen und Ein-Eltern-Familien wird als Zeichen für den Zerfall der Familie gedeutet, da eine Familie, in der nicht beide Elternteile anwesend sind, als unvollständig bezeichnet wird. An das moderne Wirtschaftssystem mit sei-

nen hohen Anforderungen an Mobilität, Flexibilität sowie psychische und physische Arbeitskraft-Intensität usw. haben sich andere Lebensformen als die herkömmliche Familie besser angepasst und treten damit in Konkurrenz zu dieser (Nave-Herz 1998, S. 291 f.). Hauptvertreter dieser Richtung sind Beck mit seinen Arbeiten über die Familie in der Risikogesellschaft und Hoffman-Nowotny, der die autistische Gesellschaft untersucht (vgl. Mühlfeld 1995c, S. 366; Mühlfeld 2003, S. 33 f.; Nave-Herz 1998, S. 292).

4.1.5.2 Probleme der Krisentheorien

Nave-Herz (1998) macht drei Problemkomplexe hinsichtlich der Methodik zur Erfassung des Zerfalls der Familie aus: Je nachdem, welches Verständnis von „Familie“ man dem Vergleich mit einem bestimmten Zeitpunkt in der Geschichte zugrunde legt, kann man abhängig von den gewählten Methoden zu verschiedenen Interpretationsmöglichkeiten gelangen.

Abhängigkeit vom gewählten Familienbegriff

LePlay und Riehl, die ersten, die die Familie als Gegenstand ihrer Untersuchungen wählten, machten ihr eigenes Ideal von Familie zum Maßstab ihrer Bewertung und Analyse, obwohl es in der Bevölkerung nicht dem dominierenden Typus entsprach. Damit beruhen ihre Thesen auf der Verherrlichung eines Familienmodells und der Verallgemeinerung von Einzelphänomenen (vgl. Nave-Herz 1998, S. 288 f.). Auch in der Folgezeit sind die Krisentheorien meist abhängig geblieben von sozialen Idealisierungen, funktionalen Zuschreibungen und moralischen Urteilen, um Defizitzuschreibungen in Zusammenhang mit den Lösungsvorschlägen der zeitabhängigen Inhalte und Orientierungen zur Sozialen Frage zu begründen, wie Mühlfeld (1995c, S. 353; vgl. Mühlfeld 2003, S. 34, S. 36) beobachtet.

Nave-Herz (1998, S. 288 f.) weist außerdem noch auf die mangelnde semantische Differenzierung zwischen Verwandtschaft als spezifischem Kooperations- und Solidaritätsverband, dessen Existenz und Grenzen durch Erbschaftsrecht, Inzesttabu und Rollenbezeichnungen definiert werden, und Familie hin. Teilweise wurde letzterer Begriff nur für die Kernfamilie benutzt, um einen Funktionsverlust zu verdeutlichen, wobei die gewählten Aufgaben jedoch ursprünglich der Verwandtschaft zugeordnet waren. Mit der Wahl eines engen Familienbegriffs werden Veränderungen immer als Zerfall, kaum als Wandel wahrgenommen. Seit einigen Jahren wird daher nicht mehr zwischen vollständiger und unvollständiger Familie unterschieden, weiterhin wird „Lebensform“ als Überbegriff gebraucht, von der die traditionelle Familie eine von mehreren ist (vgl. Nave-Herz 1998, S. 293).

Abhängigkeit vom Vergleichszeitpunkt

Die isolierte Kleinfamilie als Normaltypus der Moderne und die krisenhafte Pluralisierung der Lebensformen können heutige Autoren nur konstatieren, wenn sie als Vergleichszeitraum „the golden age of marriage“ (Ende der 1950er bis Anfang der 1970er Jahre) wählen, da in diesen Jahren außergewöhnlich viele Menschen verheiratet waren und es wenig Scheidungen, eine hohe Kinderzahl und eine geringe Zahl von Nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften gab. In der vorindustriellen Zeit hingegen gab es einen wesentlich höheren Anteil an Ein-Eltern-Familien, Pflege-, Stief- und Adoptionsfamilien sowie an Ledigen als heute. Auch direkt nach dem Zweiten Weltkrieg waren hohe Anteile von Ledigen, Ein-Eltern-Familien, Geschiedenen und Nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften zu beobachten. Zusätzlich werden oft dichotome Kategorien (früher vs. heute) gebraucht, die simplifizieren und Entwicklungsgänge verbergen (vgl. Nave-Herz 1998, S. 294; Schneider 1991, S. 52).

Abhängigkeit vom Untersuchungsdesign

Untersucht man die Bevölkerung im Querschnitt, kann man feststellen, dass etwa ein Drittel aller Haushalte in Deutschland Familienhaushalte sind. Daraus kann man eine deutliche Abnahme des Anteils der Familien ableiten. Führt man hingegen Längsschnittuntersuchungen durch, so erfährt man, dass beinahe alle Bürger einmal eine Familie bilden. Aufgrund der gestiegenen Lebenszeit und der niedrigeren Kinderzahl ist das Zusammenleben mit Kindern heute jedoch eine relativ kurze Phase, die etwa ein Viertel des Lebens beträgt, während sie vor 100 Jahren noch die Hälfte des Lebens und noch früher sogar drei Viertel des Lebens dauerte. Insgesamt ist heute die Ehezeit wesentlich länger als die Familienzeit, während bis vor 100 Jahren eine fehlende semantische Differenzierung zwischen beidem auch der Realität entsprach. Heute hat sich dabei vor allem die „nachelterliche Phase“ ausgedehnt, obwohl in der subjektiven Sicht ein lebenslanges Zugehörigkeitsgefühl zwischen Eltern und Kindern herrscht (vgl. Nave-Herz 1998, S. 293 ff.). In diesem Zusammenhang wird häufig das Stichwort „empty nest“ genannt, womit Gefühle der Verlassenheit und Nutzlosigkeit, nachdem die Kinder ausgezogen sind, zusammengefasst werden. Hierbei handelt es sich jedoch um Spekulationen, Nave-Herz (1998, S. 302 f.) weist darauf hin, dass sich dieses Syndrom am ehesten noch bei Frauen beobachten lässt, die bis zum Auszug der Kinder als Vollzeit-Hausfrau-und-Mutter gearbeitet haben. Auch Bien (1994, S. 6 f., S. 9) weist auf die verzerrte Sichtweise bzgl. Familie hin, die aus einer nicht zulässigen Interpretation der amtlichen oder sozialwissenschaftlichen Haushaltsstatistik entstehen: Diese beschreibt Familie nämlich über die Haushaltszugehörig-

keit, obwohl die Wohnentfernung zu Angehörigen im Allgemeinen eher gering ist (oft in der Nachbarschaft, meistens weniger als eine Stunde Fahrtzeit), während die Haushaltsstatistik implizit annimmt, dass die Wohnentfernung bei nicht im selben Haushalt lebenden Personen sehr groß ist, und definiert Familien nur als solche, wenn in ihnen Kinder unter 18 Jahren leben, obwohl der Zeitraum des Lebens mit Kindern bzw. als Kind in einer Familien relativ kurz ist.

Ein weiteres Problem beim Entwurf einer Untersuchung stellen die ausgewählten Quellen dar. LePlay und Riehl gründeten ihre Aussagen auf eingeschränktes qualitatives Material, nämlich auf Experteninterviews und Reiseberichte, sodass ihre Schlüsse von zufälligen subjektiven Beobachtungen insbesondere aus dem eigenen Milieu zu Fehlinterpretationen führten (vgl. Nave-Herz 1998, S. 288). Auch Rechtsquellen als Grundlage für sozialhistorische Aussagen sind problematisch, da sie nicht reale Verhaltensweisen, sondern einen Soll-Zustand spiegeln. Andererseits bildet ihr Zwangscharakter die Rahmenbedingungen sozialer Wirklichkeit (vgl. Hubbard 1983, S. 38). Reale Strukturen und Verhaltensweisen lassen sich besser durch statistische Indikatoren erfassen, jedoch hat auch statistisches Material eine begrenzte Aussagefähigkeit, da die Familie nicht in ihrer ganzen Komplexität erfasst werden kann (vgl. Hubbard 1983, S. 63). Während die Statistik Normen und Verhalten zahlenmäßig registriert, können nicht-quantitative Quellen individuelle Beweggründe, Beobachtungen und Meinungen beisteuern. Alle Quellen haben jedoch dieselben Probleme, die mit ihrer Repräsentativität, Verlässlichkeit und Genauigkeit zu tun haben (vgl. Hubbard 1983, S. 179 f.). Um zu aussagefähigen Interpretationen kommen zu können, darf man sich daher nicht auf eine einzelne Quellenart verlassen, sondern muss mehrere kombinieren, damit sie sich gegenseitig ergänzen und stützen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in den Krisentheorien selten darauf hingewiesen wird, wessen Problem der Zerfall der Familie eigentlich ist, welche Forderungen damit verbunden werden und durch welche Wertmaßstäbe die Familie und ihre Krise gekennzeichnet werden (vgl. Mühlfeld 1995a, S. 9). Die Beschäftigung mit den überholten historischen Krisenszenarien hat jedoch durchaus ihren Sinn: Wissenschaftler von heute werden auf „die Gefahren eines unkritischen Umgangs mit Diagnosen, die zu kurze Zeiträume erfassen und an der Oberfläche der Phänomene verharren“, aufmerksam gemacht (Mühlfeld 1995c, S. 366).

4.1.5.3 Überprüfung der These vom „Zerfall der Familie“

Die historische Familienforschung und empirische Erhebungen konnten weder Durkheims Kontraktionsgesetz noch den Zerfall der Familie bestätigen, aber einen Bedeutungswandel hauptsächlich bzgl. der Ehe und in den Beziehungen der Familie zu anderen gesellschaftlichen Bereichen belegen (vgl. Mühlfeld 1995a, S. 10; Nave-Herz 1998, S. 289 f.; Nave-Herz 1988, S. 61; Lüschen 1988, S. 151). In der Rekonstruktion von Modernisierungsprozessen und ihren Folgewirkungen sind die erkannten Auflösungserscheinungen der Familie eher Hinweise auf die Veränderungen sozialer Ordnungen (Mühlfeld 2003, S. 37).

Für die Untersuchung und Überprüfung der Frage, ob der Zerfall der Familie ein Konstrukt der Wissenschaft ist oder inhaltlich der sozialen Realität entspricht, bestimmt Nave-Herz (1998) folgende Indikatoren (S. 295 f.): Zerfall des erweiterten Familienverbandes durch Aufsplitterung in kleinere autonome Familiensysteme ablesbar an einer quantitativen Abnahme der Mehrgenerationen-Haushalte und der Aufkündigung des erweiterten Familienverbandes als Solidargemeinschaft, Zerfall der modernen Kernfamilie mit einer frühen Ablösung seitens der Jugendlichen vom Elternhaus und der Aufkündigung der Solidargemeinschaft sowie der Anstieg in der Verbreitung Nicht-ehelicher Lebensgemeinschaften und der Scheidungsquote.

Auflösung der Mehr-Generationen-Familie

Zu allen Zeiten in der Geschichte bestanden verschiedene Familienformen nebeneinander, die aber nicht ohne weiteres mit heutigen vergleichbar sind. Wichtig ist hierbei die Unterscheidung zwischen Familie und Haushalt. Die Drei-Generationen-Familie war in vorindustrieller Zeit nicht der dominierende Strukturtyp, und wenn es sie gab, lebten die Generationen selten in einem Haushalt. Dagegen ist die Vier-Generationen-Familie eine neue Erscheinung, die heute immer häufiger vorkommt. Die Lebensformen der älteren Familienmitglieder waren früher vielfältiger. Erst Anfang des 19. Jh. setzte sich das Zusammenleben zwischen den Generationen durch, seit den 1970er Jahren dagegen kommt das selbstständige Wohnen der Alten im eigenen Haushalt wieder auf (vgl. Nave-Herz 1998, S. 296 ff.). Obwohl heutige Mehr-Generationen-Familien bzw. „familiär verbundene Mehrgenerationen-Konstellationen“ (Bien, Alt, Bender & Marbach 1994, S. 30) als multilokale Familien organisiert sind, bedeutet dies keineswegs eine Aufkündigung der Solidargemeinschaft, denn sogar bei konflikthafter Beziehung unterstützen die Kinder ihre Eltern und Schwiegereltern im Alter (trotz Pflegeversicherung und Trend zum Single-Haushalt

wird die Versorgung Pflegebedürftiger zumeist in der Familie organisiert, soziale Dienste werden eher selten in Anspruch genommen), sodass auch bei getrenntem Wohnen von einem Zerfall nicht gesprochen werden kann (Nave-Herz 1998, S. 298 f.; vgl. auch Lüschen 1988, S. 157 f. mit Bezug auf Young & Willmott 1962; vgl. Bender 1994, S. 248).

Der Mehr-Generationen-Familie droht auch nicht der Untergang durch bewusst gewählte Kinderlosigkeit, denn in Deutschland wird der Kinderwunsch aufgeschoben, weil sich ein hohes Berufengagement der Mutter und der Wunsch nach einem traditionellen Familienleben, bei dem die Mutter die Kleinkinder betreut, gegenseitig ausschließen. Manchmal ist es dann, wenn die Eltern für Kinder bzw. für berufliche Abstriche bereit sind, jedoch schon zu spät für eine Schwangerschaft, sodass aus dem aufgeschobenen Kinderwunsch ungewollte Kinderlosigkeit wird. Die steigende Kinderlosigkeit interpretiert Nave-Herz also nicht als Indikator für die Ablehnung von Familiengründungen, sondern für die hohe Akzeptanz des bürgerlichen Familienideals (vgl. Nave-Herz 1998, S. 299 f.).

Auflösung der Kernfamilie

In Deutschland wohnen fast alle (92%) Jugendlichen unter 18 Jahre mit ihren Eltern zusammen, 82% sogar mit beiden Elternteilen. Im 18. und 19. Jh. dagegen war das nur bei 53% der 15- bis 19-Jährigen der Fall, dahingehend kann also nur von einer gestiegenen Familisierung gesprochen werden, wie Nave-Herz (1998, S. 301) betont. Die Motivation, zu Hause zu wohnen hat sich allerdings geändert. Während die Jugendlichen früher traditionellerweise bis zur Heirat blieben, beruht dies heute auf einer freiwilligen Entscheidung, die die bessere Wohnqualität und Versorgung („Hotel Mama“) miteinbezieht. Der Auszug als eigenständiger biografischer Schritt ist jetzt von einer Familiengründung abgekoppelt (vgl. Nave-Herz 1998, S. 302 f.).

Anstieg der Verbreitung Nicht-ehelicher Lebensgemeinschaften

Die Nicht-eheliche Lebensgemeinschaft stellt in Deutschland eine neue Lebensform während der Postadoleszenz dar, die entstand, weil die Ehe ihren Monopolanspruch auf die Befriedigung emotionaler Bedürfnisse verloren hat. Trotzdem hat die Nicht-eheliche Lebensgemeinschaft die Familie nicht verdrängt, sondern in ein höheres Lebensalter verschoben, denn sie wird meist in eine Ehe überführt, sobald Kinder kommen (vgl. Nave-Herz 1998, S. 304).

Anstieg der Scheidungsquote

Die Ehescheidung ist eine Vertragskündigung zwischen Ehepartnern, keine Auflösung der Familie, wie Nave-Herz (1998, S. 305) hervorhebt. Geschiedene stellen die Institution Ehe nicht generell in Frage, sondern nur die eigene Ehe. Die Auflösung der Ehe geschieht daher aus Hoffnung auf Erfüllung einer idealisierten Vorstellung und hohen emotionalen Erwartung (Nave-Herz 1998, S. 305).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die These über den Zerfall der Familie auch heute nicht der Realität entspricht: Die Multilokalität der Mehr-Generationen-Familie stellt keine Aufkündigung der Solidargemeinschaft dar, der Anstieg der Ehescheidungen ist kein Indikator für den Zerfall der Familie, sondern für die hohe psychische Bedeutung der Paarbeziehung. Hinsichtlich der Länge des Verbleibens der Kinder in der Familie kann man sogar von einer gestiegenen Familisierung sprechen (vgl. Nave-Herz 1998, S. 306).

4.1.6 Familiäre Lebensformen heute: Beschreibungen der Pluralität

4.1.6.1 Rahmenbedingungen der Lebensformen

Soziale Wandlungsprozesse führen zu Veränderungen der traditionellen Lebensformen sowie der normativen Bindungen, Abhängigkeiten und materiellen Versorgung der Menschen. Die soziale Realität der familialen Lebensformen ist geprägt durch die beruflichen Tätigkeiten und das Freizeitverhalten der Mitglieder, die Wohnsituation, Unterstützungssysteme und Kinderbetreuungsmöglichkeiten. Geltendes Recht bildet den äußeren Rahmen für Interaktionen und Problemlagen. Für Frauen verliert die Familie ihren Status als einzige biografische Kulisse, während der Anspruch auf eine selbstbestimmte Lebensführung mit Erwerbstätigkeit wichtiger wird. Trotzdem leben etwa die Hälfte der Familien mit Kindern unter 16 Jahren das traditionelle Familienmodell, bei dem ein größeres Engagement des Mannes, das ohnehin selten gewünscht ist, durch seine berufliche Beanspruchung verhindert wird. Hinsichtlich finanzieller Ressourcen lassen sich wesentliche Unterschiede zwischen Familien mit und ohne Kindern feststellen, denn nicht die berufliche Position der Eltern, sondern die Anzahl der Kinder ist hier bestimmend. Während in ländlichen Kreisen das traditionelle Familienmodell dominiert, kann in den Städten eine größere Pluralisierung beobachtet werden. Die Schichtzugehörigkeit spielt eine untergeordnete Rolle. Insgesamt bietet die Pluralisierung der Lebensformen gerade für die Lebensphasen ohne Kinder gute Möglichkeiten zur Ausbalancierung der persönlichen Bedürfnisse. Er-

kaufte werden diese Entwicklungschancen jedoch mit größerer Unsicherheit (vgl. Kraul, Ratzke, Reich & Cierpka 2003, S. 225 ff.; Cierpka 2003, S. 23).

4.1.6.2 Charakterisierung der Lebensformen

Die verschiedenen Lebensformen lassen sich anhand der drei Merkmale Familienstand, Wohnform und Nachwuchs beschreiben, wobei sich der Familienstand in „verheiratet in erster Ehe“, „verheiratet in späterer Ehe“, „ledig“ und „nicht verheiratet, aber auch nicht ledig (z.B. geschieden, verwitwet, zusammenlebend)“ differenzieren lässt, die Wohnform nach „allein lebend“, „bei den (Schwieger-) Eltern lebend“, „beim Partner lebend“ oder nach „sonstiger Wohnform (Wohngemeinschaft, therapeutisch-betreute Wohnform u.ä.)“ unterschieden wird, und schließlich noch gefragt wird, ob die Person mit ihrem Kind (oder ihren Kindern) zusammenlebt, von ihm oder ihnen getrennt ist oder (noch) gar kein Kind hat. Tabelle 1 zeigt die verschiedenen möglichen Kombinationen, es sind insgesamt 84. Differenziert man den Familienstand „nicht verheiratet, aber auch nicht ledig“ noch weiter aus, lassen sich noch mehr Möglichkeiten bilden, ebenso, wenn man das „Zusammenleben mit Kind“ noch differenziert in „eigenes“ oder „zugezogenes Kind“ bzw. wenn man die verschiedenen Arten der Fortsetzungsfamilien genauer betrachtet. Nicht zu jeder möglichen Lebensform kann man eine Bezeichnung finden, andererseits passen bestimmte Bezeichnungen auch zu verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten. Die Ein-Eltern-Familie, die in der folgenden Aufstellung auf ledige, geschiedene und verwitwete Elternteile beschränkt bleibt, passt auch auf die Situation der Living-Apart-Together-Elternteile, die mit dem Kind zusammenleben sowie auf die in Trennung befindlichen Ehepaare, also auf alle Lebensformen, in denen die Person nicht beim Partner (Wohnform), aber mit Kind (Nachwuchs) lebt. Die Möglichkeiten können also unterschiedlich gruppiert werden, in der Folge sollen die verschiedenen Gruppen von Lebensformen beschrieben oder mit einem Beispiel illustriert werden.

Tab. 1: Übersicht über die verschiedenen Möglichkeiten der Lebensformen

Nr.	Bezeichnung/ Beispiel	Familienstand				Wohnform				Nachwuchs		
		verheiratet		nicht verh.		nicht allein				ohne Kind		
		in erster Ehe	in weiterer Ehe	ledig	nicht ledig	allein	bei (Schw.-) Eltern	beim Partner	sonstiges (Wohngemeinschaft, betreute Wohnform, u.ä.)	mit Kind	kein Kind	getr. von Kind
1	Ehepaar mit getrenntem Wohnsitz oder getrennt lebend	x				x				x		
2		x				x					x	
3		x				x						x
4		x				x				x		x
5		x						x		x		
6		x						x			x	
7		x						x				x
8		x						x		x		x
9	z.B. Familie mit Landwirtschaft	x					x	x		x		
10		x					x	x			x	
11		x						x	x			x
12		x						x	x	x		x
13	traditionelle Modelle	x						x		x		
14		x						x			x	
15		x						x				x
16		x						x		x		x
17	Alternative oder betreute Wohnformen in Wohngemeinschaft	x						x	x	x		
18		x						x	x		x	
19		x						x	x			x
20		x						x	x	x		x
21		x							x	x		

Nr.	Bezeichnung/ Beispiel	Familienstand				Wohnform				Nachwuchs		
		verheiratet		nicht verh.		allein	nicht allein			mit Kind	ohne Kind	
		in erster Ehe	in weiterer Ehe	ledig	nicht ledig		bei (Schw.-) Eltern	beim Partner	sonstiges (Wohngemeinschaft, betreute Wohnform, u.ä.)		kein Kind	getr. von Kind
22	Ehepaar mit getrenntem Wohnsitz oder getrennt lebend in WG	x						x		x		
23		x						x			x	
24		x						x	x		x	
25	Ehepaar mit getrenntem Wohnsitz oder getrennt lebend in zweiter oder späterer Ehe		x			x				x		
26			x			x					x	
27			x			x						x
28			x			x				x		x
29				x				x		x		
30				x				x				x
31				x				x				x
32				x				x		x		x
33	z.B. Familie mit Landwirtschaft		x					x	x		x	
34			x					x	x			x
35				x					x	x		
36				x					x	x		
37	traditionelle Modelle in zweiter oder späterer Ehe		x						x		x	
38				x						x		
39				x								x
40				x						x		x
41	Alternative oder betreute Wohnformen in WG in zweiter		x						x	x		
42			x						x		x	

Nr.	Bezeichnung/ Beispiel	Familienstand				Wohnform				Nachwuchs		
		verheiratet		nicht verh.		allein	nicht allein			mit Kind	ohne Kind	
		in erster Ehe	in weiterer Ehe	ledig	nicht ledig		bei (Schw.-) Eltern	beim Partner	sonstiges (Wohngemeinschaft, betreute Wohnform, u.ä.)		kein Kind	getr. von Kind
43	oder späterer Ehe		x				x	x			x	
44			x				x	x	x		x	
45	Ehepaar mit getrenntem Wohnsitz oder		x					x	x			
46	getrennt lebend in WG		x					x		x		
47	in zweiter oder späterer Ehe		x					x			x	
48			x					x	x		x	
49	Ein-Eltern-Familie			x		x			x			
50	Singles			x		x				x		
51				x		x					x	
52	Ein-Eltern-Familie			x		x			x		x	
53	1-Eltern-Kernf. in 3-Gen.-F.			x			x		x			
54	Kinder und Jugendliche			x			x			x		
55	z.B. Kindsvater zu 1-Eltern-F.			x			x				x	
56	Ein-Eltern-Familie			x			x		x		x	
57	Ein-Eltern-Familie in Alternativer oder betreuter Wohnform in WG			x				x	x			
58				x				x		x		
59				x				x			x	
60				x				x	x		x	
61	Living-Apart-Together, Geschiedene oder Verwitwete bzw.				x	x			x			
62						x				x		
63						x					x	

Nr.	Bezeichnung/ Beispiel	Familienstand				Wohnform				Nachwuchs			
		verheiratet		nicht verh.		allein	nicht allein			mit Kind	ohne Kind		
		in erster Ehe	in weiterer Ehe	ledig	nicht ledig		bei (Schw.-) Eltern	beim Partner	sonstiges (Wohngemeinschaft, betreute Wohnform, u.ä.)		kein Kind	getr. von Kind	
64	Ein-Eltern-Familien Geschiedener oder Verwitweter				x	x				x		x	
65							x			x			
66								x			x		
67								x				x	
68								x			x		x
69	z.B. Familie mit Landwirtschaft				x		x	x		x			
70					x		x	x			x		
71					x		x	x				x	
72					x		x	x		x		x	
73	Nicht-eheliche und gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften				x			x		x			
74					x			x			x		
75					x			x				x	
76					x			x		x		x	
77	Nicht-eheliche und gleichgeschl. Lebensgemeinschaften in alternativer oder betreuter Wohnform				x			x	x	x			
78					x			x	x		x		
79					x			x	x			x	
80					x			x	x	x		x	
81	Living-Apart-Together; Geschiedene o. Verwitwete u. deren 1-Eltern-Fam in altern. oder betreuter Wohnform				x				x	x			
82					x				x		x		
83					x				x			x	
84					x				x	x		x	

A) Möglichkeiten 1 bis 8 bzw. 25 bis 32: Ehepaare mit getrenntem Wohnsitz

Es handelt sich hierbei um in erster bzw. zweiter oder weiterer Ehe verheiratete Personen, die nicht mit ihrem Partner zusammenleben. Als Gründe lassen sich vorstellen, dass das Paar sich gerade getrennt hat oder dass ein Partner eine (zeitlich befristete) Stelle andernorts angenommen hat und nur wenige Tage im Monat beim anderen Partner ist. Die betroffenen Personen leben entweder allein oder bei den Eltern. Wenn keine Kinder vorhanden sind (Nr. 2 und 6 bzw. Nr. 26 und 30), ist diese Situation vermutlich relativ unproblematisch. Im Falle von vorhandenen Kindern (Nr. 1, 4, 5 und 8 bzw. Nr. 25, 28, 29 und 32) lässt sich als Beispiel die Ehefrau vorstellen, die nach einem Seitensprung des Mannes die Kinder ins Auto packt und zu den eigenen Eltern oder in eine eigene Wohnung zieht. Für die Beispiele Nr. 3, 4, 7 und 8 bzw. Nr. 27, 28, 31 und 32 sind vor- oder außereheliche Kinder bzw. Kinder aus erster Ehe, die beim anderen Elternteil wohnen, mit zu bedenken.

B) Möglichkeiten 9 bis 12, 33 bis 36 und 69 bis 72: traditionelle Familie auf dem Land

Für diese Möglichkeiten lässt sich z.B. ein landwirtschaftlicher Betrieb vorstellen. Der älteste Sohn lernt eine Frau kennen, die zu ihm und seinen Eltern zieht (Nr. 70). Die beiden heiraten (Nr. 10), es werden Kinder geboren (Nr. 9 und 12), wobei eine Drei-Generationen-Familie (ggf. sogar eine Vier-Generationen-Familie) entsteht. Analog das Ganze für in zweiter oder weiterer Ehe Verheiratete (Nr. 33, 34) bzw. ohne Heirat (Nr. 69 und 72). Für die Möglichkeiten 11 und 12, 35 und 36 sowie 71 und 72 lassen sich wieder vor- oder außereheliche Kinder bzw. Kinder aus erster Ehe des zuziehenden Partners, die beim anderen Elternteil wohnen, vorstellen.

C) Möglichkeiten 13 bis 16 bzw. 37 bis 40: die traditionellen Modelle

Bei Nr. 13 handelt es sich um die traditionelle Kleinfamilie oder Kernfamilie, Nr. 14 ist die traditionelle Ehe. Nr. 37 und 38 sind dies entsprechend in zweiter oder weiterer Ehe. Für Nr. 15 und 16 bzw. Nr. 39 und 40 ist jeweils wieder ein vor- oder außereheliches bzw. ein Kind aus erster Ehe dabei. Diese Modelle sind die häufigste Lebensform, jedoch nimmt die Anzahl der Ehepaare ohne Kinder gegenüber denen mit Kindern zu (vgl. Kraul et al. 2003, S. 232; Bundeszentrale für politische Bildung 2005a und b).

D) Möglichkeiten 17 bis 24 bzw. 41 bis 48: Alternative oder betreute Wohnformen

Für Nr. 17 lässt sich eine Kernfamilie vorstellen, in der die Eltern Studenten sind und in einer Studenten-WG wohnen oder aber in der die Eltern therapeutisch in einer

Wohngemeinschaft betreut werden. Bei Nr. 18 und 19 handelt es sich im selben Szenario um ein Ehepaar ohne Kind bzw. mit einem anderweitig untergebrachten Kind oder um ein (älteres) Ehepaar mit erwachsenen Kindern, das im Heim bzw. im Betreuten Wohnen lebt. Nr. 20 ist eine Kombination der Möglichkeiten Nr. 18 und 19. Nr. 21 bis 24 entsprechen den bisherigen Möglichkeiten, jedoch lebt nur ein Ehepartner in der betreuten Wohnform. Nr. 41 bis 48 entsprechen den obigen Beispielen, jedoch in zweiter oder weiterer Ehe.

E) Möglichkeiten 49 bis 60: Singles und Ein-Eltern-Familien

Zu dieser Gruppe gehören die vielfältigen Formen der Ein-Eltern-Familien: Nr. 49 beschreibt den „klassischen Fall“, in dem die Mutter zusammen mit ihren Kindern in einer eigenen Wohnung lebt, bei Nr. 52 gehört zur Familie noch ein anderweitig (in einer Pflegefamilie, beim anderen Elternteil o.ä.) untergebrachtes Kind. In Beispiel Nr. 53 und 56 ist diese Mutter zu ihren eigenen Eltern gezogen; auf diese Weise ist auch hier eine Drei-Generationen-Familie entstanden. Denkbar ist in diesem Fall auch, dass die auf den Hof zugezogene Frau Mann und Kind verlassen hat. Die Beispiele 57 und 60 könnten z.B. Mütter im Frauenhaus oder psychisch erkrankte Mütter in einer betreuten Wohnform sein.

Auch bei den Singles lassen sich unterschiedliche Konstellationen konstruieren: Nr. 50 und 58 beschreiben den „klassischen“ Single, der ohne Partner und Kind allein bzw. in einer Studenten-WG wohnt. Nr. 51 und 59 beschreiben z.B. den Vater eines Kindes, der in einer Nicht-ehelichen Lebensgemeinschaft gelebt und sich nun getrennt hat. Die Möglichkeit Nr. 54 ist typisch für Kinder und Jugendliche, die in ihrer Herkunftsfamilie leben. Bei Nr. 55 lassen sich mehrere Möglichkeiten vorstellen, wie z.B. ein sehr junges Paar, die Frau wird schwanger, beide bleiben jedoch in ihrer Herkunftsfamilie; Nr. 55 beschreibt den Elternteil, bei dem das Kind nicht lebt. Es lässt sich auch eine psychisch kranke Frau denken, die bei ihren Eltern wohnt und ein Kind hat, das in einer Pflegefamilie oder im Heim lebt.

F) Möglichkeiten 61 bis 68 sowie 81 bis 84: Living-Apart-Together, Geschiedene und Verwitwete bzw. deren Ein-Eltern-Familien

In dieser Gruppe sind Personen zusammengefasst, die nicht verheiratet, aber auch nicht ledig sind, und nicht mit einem Partner zusammenleben. Das Living-Apart-Together ist eine Lebensform, in der zwar ein Partner vorhanden ist, aber das Paar getrennte Wohnsitze hat, z.B. aus beruflichen Gründen. Gehören keine Kinder zur Familie, ist die Situation vermutlich relativ unproblematisch (z.B. zwei Studenten, die in verschiedenen Städten leben, Nr. 62, 66 und 82). Nr. 61, 65 und 81 bezeichnen den Partner, bei dem das

Kind lebt, entweder allein, bei den Großeltern des Kindes oder in einer (Studenten-) WG oder betreuten Wohnform. In Nr. 64, 68 und 84 kommt ein weiteres Kind dazu, das entweder beim anderen Elternteil (dem Partner oder einem früheren Partner) oder in einer Pflegefamilie o.ä. untergebracht ist. Nr. 63, 67 und 83 bezeichnen respektive das andere Elternteil. Bei Geschiedenen stellt sich die Situation objektiv genauso dar, jedoch sind die Beziehungen meist gespannter. Anders bei Verwitweten, deren Situation sich je nach Alter unterscheidet. Bei jung Verwitweten kann man von Ein-Eltern-Familien sprechen, ältere Menschen, deren Lebenspartner gestorben ist, leben hingegen in ganz anderen Zusammenhängen: In Nr. 61 und 64 ist die Witwe evtl. schon Großmutter oder Urgroßmutter und passt auf die Kleinsten im Haus (z.B. auf dem Hof) auf. Bei Nr. 64 gibt es noch andere Kinder der Witwe, die ihre eigenen Familien haben. Nr. 62 und 63 beschreiben die alleinstehende, selbständig wohnende ältere Witwe, Nr. 82 und 83 die im Heim lebende. Nr. 65 bis 68 sind nur für relativ jung Verwitwete denkbar, deren Eltern noch leben. Für diese Möglichkeiten ist ein Paar vorstellbar, von dem der eine Partner bei einem Unfall ums Leben kommt und der andere Partner (samt Kindern) (vorübergehend) wieder bei den Eltern einzieht. Für Nr. 81 und 84 ist diese Konstellation ebenfalls vorstellbar, jedoch lebt die Familie aufgrund der elterlichen Depression in einer betreuten Wohnform.

G) Möglichkeiten 73 bis 80: Nicht-eheliche und gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften

In dieser Gruppe sind nicht-verheiratete Paare mit und ohne Kindern zusammengefasst, die in einer eigenen Wohnung oder in einer Wohngemeinschaft oder betreuten Wohnform zusammen mit oder getrennt von ihren Kindern leben.

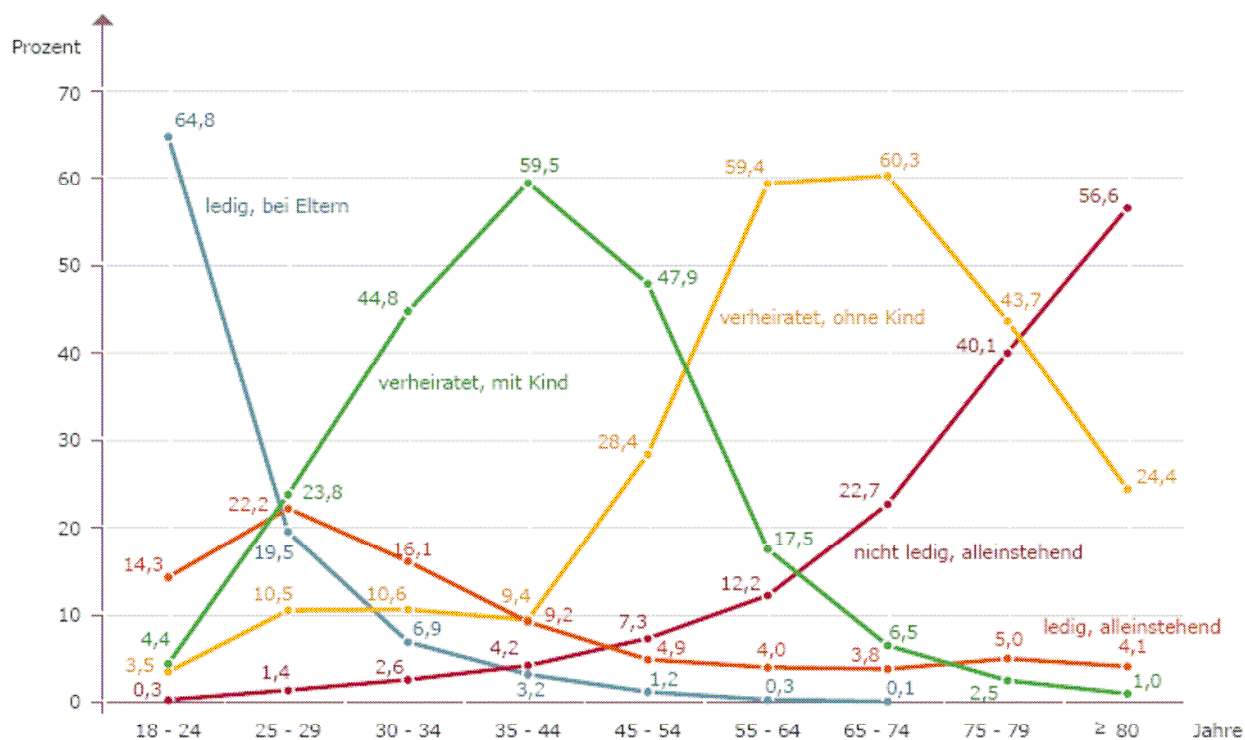
4.1.6.3 Vergleich der Lebensformen

Allgemeiner Vergleich

Kraul et al. (2003) treffen eine andere Einteilung in Lebensformen. Sie stellen fest, dass Ehe und traditionelle Kleinfamilie (vgl. Gruppe C) die häufigsten Lebensformen sind (S. 232). In der Gruppe der freiwillig und unfreiwillig Alleinlebenden (Wohnform: allein) sind die verwitweten Frauen am häufigsten vertreten, wobei die Anzahl der Geschiedenen und Ledigen steigt und die Gruppe der Singles relativ klein ist. Insgesamt wird der Einpersonenhaushalt wichtiger, gesellschaftlich als Experimentierphase für Jüngere akzeptiert, jedoch bei Älteren mit Egoismus in Verbindung gebracht (S. 234 f.). Eine dritte Kategorie bezeichnen sie mit Alleinerziehenden (Wohnform: allein, bei Eltern oder sonstiges; Nachwuchs: mit Kind). Diesem Begriff ziehe ich den der Ein-Eltern-Familie vor, da auch vom

getrennt lebenden Vater, von den Großeltern sowie anderen Personen, mit denen das Kind in Beziehung steht, erzieherischer Einfluss ausgeht bzw. andersherum sich der Vater in einer traditionellen Familie aus der Erziehung heraushalten kann, sodass die Mutter sich als alleinige Erziehungsinstanz fühlt. Ihre Zahl ist deutlich angestiegen, die meisten von ihnen sind geschieden oder verheiratet getrennt lebend, einige leben auch in einer Nicht-ehelichen Lebensgemeinschaft. Eine moderne Erscheinung sind die „neuen Alleinerziehenden“, die bewusst und freiwillig diese Lebensform gewählt haben. In der Gesellschaft herrscht jedoch die Meinung, dass diese Situation Kindern nicht gerecht werden kann. Mit steigender Anzahl der Kinder verschlechtert sich die soziale Position, Arbeitslosigkeit und unzureichende Wohnverhältnisse sind keine Seltenheit (vgl. Kraul et al. 2003, S. 235 f.). Als Nicht-eheliche Lebensgemeinschaft (vgl. Gruppe G) definieren Kraul et al. (2003, S. 237) das „Zusammenleben von zwei erwachsenen Personen, das auf längere Zeit besteht und eine Haushaltsgemeinschaft sowie eine Intimbeziehung umfasst“. Es werden fünf Typen unterschieden (die drei unterschiedenen Typen von Nave-Herz (1988, S. 69) sind darin enthalten): die Zweckgemeinschaft, die affektive Beziehung auf Zeit, die Vorstufe zur Ehe, die Probeehe und die Alternative zur Ehe. Weiterhin wird unterschieden, ob Kinder vorhanden sind und ob es sich um ein erstmaliges Zusammenleben oder die Folge von Scheidung oder Verwitwung handelt. Etwa die Hälfte der Personen ist jünger als 25, mit zunehmendem Alter sind mehr Menschen verheiratet. Verglichen mit Ehepaaren haben Personen in Nicht-ehelicher Lebensgemeinschaft jedoch einen höheren Bildungs- und Ausbildungsstand. Mühlfeld (1995b, S. 77) weist darauf hin, dass in der Rechtsentwicklung eine Differenzierung in Nachordnung und Gleichbehandlung gegenüber Ehe und Familie zu beobachten ist, d.h. in einigen Gesetzen werden sie gleich, in anderen unterschiedlich behandelt. Die Nicht-eheliche Lebensgemeinschaft ist sozial weitgehend akzeptiert, wobei die Akzeptanz mit der Höhe des Bildungsgrades zunimmt (vgl. Kraul et al. 2003, S. 237 f.; Mühlfeld 1995b, S. 77). In der nächsten Kategorie werden Scheidungsfamilien bzw. Familien im Übergang zusammengefasst (solche Familiensituationen sind im Schema oben überall möglich, in denen nicht der Familienstand „ledig“ und nicht die Wohnform „beim Partner“ zutrifft). Obwohl zunehmend jüngere und kinderlose Ehen geschieden werden, sind auch mehr minderjährige Kinder betroffen. Ein Großteil der Kinder, die unterhalb der Armutsgrenze leben, stammt aus Scheidungsfamilien. Mit der Scheidung wird deutlich, dass eine Auflösung der Ehe nicht die Elternschaft beendet, juristisches und emotional-familiäres Bezugssystem verschränken sich hier (vgl. Kraul et al. 2003, S. 239 f.). Nicht erst seit der Möglichkeit der Scheidung (seitdem aber in steigender Anzahl), sondern schon immer nach Verwitwung, können Fortsetzungsfamilien oder mit einem

neuen Begriff „Patchwork-Familien“ entstehen (im Schema oben in allen Möglichkeiten denkbar, in denen nicht der Familienstand „ledig“ zutrifft), wenn der Elternteil, der mit den Kindern zusammenlebt, eine neue Partnerschaft eingeht. Die Differenzierung solcher Familienzusammensetzungen kann sehr detailreich werden, je nachdem nach welchen Variablen man unterscheidet (z.B. Geschlechtszugehörigkeit, Sorgerecht, früherem Familienstand und Zahl der Kinder usw.) (vgl. Kraul et al. 2003, S. 243). Adoptions- und Pflegefamilien sind im obigen Schema nur als die Familien erfasst, in denen möglicherweise die getrennt lebenden Kinder untergebracht sind. Implizit sind sie jedoch auch bei allen Möglichkeiten mitzudenken, wo ein Zusammenleben mit Kind vorkommt. Die Zahl der Bewerberfamilien ist mehr als doppelt so hoch wie die Zahl der Adoptionskinder, dessen ungeachtet werden nicht alle Kinder vermittelt. Zu unterscheiden sind Fremdadoptionen und Verwandtenadoptionen (hauptsächlich durch Stiefelternteile). Die Unterbringung in Pflegefamilien wird der Heimunterbringung aus finanziellen Gründen vorgezogen, es ist jedoch umstritten, ob es sich dann um Ersatz- oder Ergänzungsfamilien handelt (vgl. Kraul et al. 2003, S. 246 ff.). Den Anteil gleichgeschlechtlicher Lebensgemeinschaften (vgl. Gruppe G) beziffern Kraul et al. (2003, S. 249) auf 0.5%, davon leben 17% mit Kindern zusammen.



Quelle: Statistisches Bundesamt
Stand: 11.2004

bbp © 2005 Bundeszentrale für politische Bildung

Abb. 3: Lebensformen nach Lebensalter, in Prozent der jeweiligen Altersgruppe, Deutschland 2004 (Bundeszentrale für politische Bildung 2005c).

Die Bundeszentrale für politische Bildung (2005b) gibt Zahlen für verschiedene Differenzierungen an: Über die Hälfte der Bevölkerung lebt verheiratet mit einem Partner zusammen (Familienstand „verheiratet“ und Wohnform „beim Partner“). Nur wenige Paare leben unverheiratet zusammen (Familienstand „nicht ledig“, Wohnform „beim Partner“). Die Bundeszentrale für politische Bildung weist auf drei Trends hin: Kinder leben immer häufiger nicht mehr nur mit verheirateten Paaren zusammen, sondern auch mit unverheirateten Paaren oder in Ein-Eltern-Familien, Lebensformen ohne Kinder werden häufiger und die Wohnform „allein“ nimmt zu, unter anderem aufgrund des zunehmenden Anteils älterer Menschen. Hierbei ist auch das Phänomen angesprochen, dass bestimmte Lebensformen mit altersspezifischen Lebensphasen der Biografie verbunden sind, wie Abbildung 3 deutlich zeigt: Kinder und Jugendliche leben meist bei den Eltern. In der Gruppe der 25- bis 29jährigen herrscht die größte Pluralität, was Lebensformen angeht. Danach leben die meisten Menschen verheiratet mit Kind, nach dem Auszug der Kinder verheiratet ohne Kind zusammen und schließlich als verwitwete Person wieder allein.

Vergleich von Ehe und Nicht-ehelicher Lebensgemeinschaft

Augenfälliger Unterschied zwischen Ehe und Nicht-ehelicher Lebensgemeinschaft ist der Öffentlichkeitscharakter der Systembildung: Während die Ehe durch einen Initiationsritus, also ein Zeremoniell bei der Hochzeit, eingeleitet wird, sodass Rollenänderungen und neue Rollen klar definiert sind, nimmt die Nicht-eheliche Lebensgemeinschaft meist eine unmerkliche Entwicklung von der Deponierung einiger Sachen in der Wohnung des einen Partners bis hin zur Kündigung der anderen Wohnung. Rollenbezeichnungen sind bei der Nicht-ehelichen Lebensgemeinschaft noch nicht sozial reguliert, sodass häufig Unsicherheiten bestehen (z.B. „Freund“, „Partner“, „Lebensabschnittsgefährte“) (vgl. Nave-Herz 1988, S. 70, S. 89, S. 69 mit Bezug auf BMJFG 1985).

Mit der Entfunktionalisierung der Ehe, der Gleichstellung von Ehe und Nicht-ehelicher Lebensgemeinschaft sowie dem Verschwinden von Stigmatisierung und Diskriminierung Nichtverheirateter (Schneider 1991, S. 56) haben sich die Gründe für eine Eheschließung seit dem Zweiten Weltkrieg verändert. Bis Ende der 1970er Jahre waren systemexterne Bedingungen (Rechtssystem, Wohnsituation u.ä.) in Verbindung mit der emotionalen Partnerbindung die Motivation, zu heiraten. Heute entscheiden sich viele Paare zur Ehe, wenn sie Kinder planen, sodass häufig eine Nicht-eheliche Lebensgemeinschaft in Ehe und Familie überführt wird (vgl. Nave-Herz 1988, S. 68). Es herrscht weiterhin eine pro-eheliche Kultur trotz Erosion pro-ehelicher Normen, in der Liebe und Ehe entkoppelt sind: Liebe ist nun ein Motiv für die Bildung einer Nicht-ehelichen Lebensgemeinschaft,

sowie Grundlage, nicht Ursache für die Ehe (Schneider 1991, S. 69 f.). Schneider (1991, S. 57 f.) hat insgesamt vier Muster der Entscheidung zur Ehe entdeckt:

- Entscheidung aufgrund kultureller Selbstverständlichkeit und Traditionalismen.
- Entscheidung aufgrund rationalem Kalkül: Ehe wird als eine von mehreren wählbaren Alternativen gesehen und nach nutzenmaximierender Kosten-Nutzen-Analyse (z.B. finanzieller Besserstellung) gewählt.
- Entscheidung aufgrund spontaner Entscheidung, auf affektiver und emotionaler Grundlage und zur Befriedigung persönlicher Bedürfnisse.
- Ambivalente Entscheidung nach langem Entscheidungsprozess, in dem Unsicherheit sowie rationale und emotionale Motive eine Rolle spielen.

Der Entscheidungsprozess zur Heirat findet immer auf der individuellen Ebene seinen Anfang: auf der Basis einer positiven Einstellung gegenüber der Ehe im Allgemeinen erwägt eine Person, mit dem konkreten aktuellen Partner eine Ehe einzugehen. Der Einfluss Dritter (wie z.B. der Familie), der im 19. Jh. bedeutend war, spielt heute eine untergeordnete Rolle (vgl. Schneider 1991, S. 59). Schneider behauptet weiterhin, dass man austauschtheoretische Konzepte auf die Entscheidung zur Heirat anwenden kann. Das bedeutet, dass soziales Handeln und individuelle Entscheidungen immer auf der Basis subjektiv-rationaler Kosten-Nutzen-Analysen getroffen werden, wobei der Nutzen subjektiv, d.h. auch aufgrund fehlerhafter oder unzureichender Informationen, falscher Einschätzungen und unangemessener Erwartungen, eingeschätzt wird. Für eine Heirat entscheidet man sich also dann, wenn der individuelle Nutzen verglichen mit anderen Alternativen subjektiv am größten scheint. Da individuelle Präferenzstrukturen dynamisch sind, nehmen lebenslaufspezifische Aspekte einen ausschlaggebenden Einfluss (vgl. Schneider 1991, S. 60 f., S. 65 f.).

4.1.7 Zusammenfassung

Historische und überholte Vorstellungen haben mehreren anderen wissenschaftlich fundierten Ansätzen zur Erforschung der Veränderung der Familie Platz gemacht. Ein harmonisches Zusammenleben mehrerer Generationen unter einem Dach war z.B. schon durch ein hohes Heiratsalter bei gleichzeitig geringer Lebenserwartung zeitlich beschränkt. Die tatsächlich beobachtbare Schrumpfung der durchschnittlichen Haushaltsgröße geht nicht, wie von Durkheim postuliert, auf die Kontraktion der Familie, sondern auf ein Ausscheiden nichtverwandter Personen aus dem Haushalt zurück. Ursachen dieser Wandlungsprozesse sind gesellschaftliche Veränderungen, so ermöglichte z.B. erst die Tren-

nung von Produktion und Haushalt die heutige Form der Familie. Den historisch sehr unterschiedlichen Formen von Familie wird die Definition des dynamischen Ansatzes am ehesten gerecht, der die Familie als sich ständig verändernde soziale Gruppe sieht, die die Biografien, die ihre Mitglieder realisieren, koordiniert. Die Zeit selbst hat die permanent vorgetragenen Thesen vom Zerfall der Familie widerlegt, denn es gibt sie immer noch. Die traditionellen Familienformen sind sogar die am ehesten sozial akzeptierten und angestrebten, jedoch sind bestimmten Lebenssituationen andere Lebensformen besser angepasst. Diese unterschiedlichen Lebensformen lassen sich in ihrer Pluralität nach Familienstand, Wohnform und Nachwuchs charakterisieren und in Gruppen zusammenfassen.

4.2 Psychische Störungen

Auf eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Störungen muss im Kontext der vorliegenden Arbeit verzichtet werden, da sie allein mehrere Bände umfasst und damit den Rahmen sprengt. Außerdem zeigen selbst Personen mit derselben Diagnose sehr verschiedene Symptome und leben daher unter äußerst unterschiedlichen Bedingungen. Dennoch soll an dieser Stelle auf die entsprechende Literatur verwiesen werden. Genaue Diagnosekriterien und Beschreibungen werden in den beiden Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV gegeben. Zusätzlich sind Lehrbücher zur Klinischen Psychologie (z.B. Reinecker 2003; Davison & Neale 1998) empfehlenswert. Kurze Zusammenfassungen werden zum Beispiel im Gesundheitsbericht für Deutschland (1998, hrsg. von Statistischem Bundesamt) sowie von Hoffmann-Richter & Finzen (1996) gegeben.

4.2.1 Definition und Klassifizierung psychischer Störungen

Das biologische Paradigma, auch medizinisches oder Krankheitsmodell genannt, geht davon aus, dass alle Erkrankungen durch abnorme somatische Prozesse ausgelöst werden und dass abweichendes Verhalten mit einer Krankheit vergleichbar ist. In Abgrenzung zu körperlichen oder organischen Erkrankungen wird der Begriff der psychischen Krankheit gebraucht. Mit Ablehnung der körperlichen Begründbarkeit sämtlicher psychischer Auffälligkeiten und der Betonung der Bedeutung psychologischer und sozialer Sachverhalte für ihr Zustandekommen lehnen viele klinische Psychologen den Krankheitsbegriff jedoch ab und beschränken sich auf eine Beschreibung „abweichenden Verhaltens“ oder „psychischer Störungen“ (vgl. Schröder-Rosenstock 1997; Davison & Neale 1998, S. 28 f.). Kennzeichen der meisten psychischen Störungen ist die Betroffenheit des ganzen Menschen, wodurch Auswirkungen auf das Umfeld, insbesondere die Familie und die Kinder, nicht ausbleiben.

Es gibt keine allgemein verbindliche Definition des Begriffes. Als Kriterien für die Definition abweichenden Verhaltens bzw. einer psychischen Störung werden folgende genannt (vgl. Wikipedia 2008a; Keller 2001, S. 4; Schröder-Rosenstock 1997; Saß, Wittchen, Zaudig und Houben 2003, S. 979; Davison & Neale 1998, S. 6; Schone & Wagenblaus 2002, S. 32; Pretis & Dimova 2004, S. 37):

- klinisch bedeutsames Verhaltens- oder psychisches Muster,
- Abweichung von der Norm, d.h. vom Erleben und Verhalten psychisch Gesunder in den Bereichen Denken, Fühlen und Handeln,
- momentanes persönliches, psychisches Leiden,
- verhaltensmäßige, psychische oder biologische Funktionsstörung oder Funktionseinschränkung, d.h. übernommene Aufgaben können nicht mehr bewältigt werden,
- stark erhöhtes Risiko zu sterben, Schmerz, Beeinträchtigung oder tiefgreifenden Verlust an Freiheit zu erleiden (Selbst- und Fremdgefährdung),
- unerwartetes Verhalten (keine verständliche Reaktion auf ein bestimmtes Ereignis),
- der Zustand kann auf einem Kontinuum zwischen völlig gesund und extrem schwer krank verortet werden, bezieht sich aber meist nur auf Teilbereiche des Erlebens bzw. Verhaltens, d.h. meist gibt es auch noch gesunde Anteile.

Allerdings sind die Begrifflichkeiten nicht unproblematisch, worauf alle genannten Autoren auch hinweisen:

- Die Definition der Norm geschieht in der Regel über die Annahme der statistischen Normalverteilung einer Population bzgl. eines Merkmals, wobei die Normalität durch die Mehrheit und derartig durch das statistische Mittel erklärt wird. Damit wird Abnormalität mit Seltenheit gleichgesetzt, aber nicht jedes seltene Verhalten wird auch als abnorm gesehen (z.B. außerordentliche sportliche oder intellektuelle Fähigkeiten). Auf der anderen Seite kann auch ein weit verbreitetes Merkmal störend sein oder Krankheitswert haben. Zusätzlich hängt die Erfassung abnormalen Verhaltens immer von der Gesellschaft bzw. dem konkreten gesellschaftlichen Umfeld und der Bezugsgruppe der Person und ihren Normen ab, sodass der kulturelle, zeitliche und wissenschaftliche Hintergrund mit der Definition von Menschen als psychisch gestört zusammenhängt. Der Begriff der psychischen Störung ist also immer ein interaktives Konstrukt, was mit einem Experiment von Watzlawick gut nachgewiesen werden kann: Zwei Psychiatern wird gesagt, dass der jeweils andere ein Patient ist, der sich einbildet, Psychiater zu sein. Die Veränderung der Kommunikation zwischen beiden Personen ist enorm. Mit dem Normalitätsbegriff untrennbar verbun-

den ist eine Stigmatisierung bei Abweichung, was den Betroffenen zusätzliche Probleme verschafft.

- Das Kriterium des Leidens ist außerordentlich subjektiv, bei manchen Erkrankungen ist gerade die fehlende Krankheitseinsicht, die ein bewusstes Leiden voraussetzt, Teil der Symptomatik.
- Voraussetzung für die Anerkennung eines problematischen Verhaltens oder Erlebens als psychische Störung ist daher die Bedeutsamkeit des Leidens oder der Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Die Messgröße für den Störungswert einer Reaktionsweise ist nicht absolut, sondern bezeichnet die Anpassungsmöglichkeiten der Person an die Anforderungen der gegebenen Situation.
- Das moderne Krankheitskonzept geht davon aus, dass körperliche Krankheiten immer auch mit psychischen Reaktionen einhergehen, sodass eine Polarisierung in körperliche und psychische Krankheiten unbrauchbar ist. Trotzdem wird der Begriff der psychischen Störungen beibehalten, allerdings als Beschreibung von multifaktoriell bedingten Syndromen ohne Ursachenzuschreibung (vgl. Wikipedia 2008a; Schröder-Rosenstock 1997). In der Begegnung psychisch gesunder Menschen mit psychisch Erkrankten kommt es zur Konfrontation mit vom gewohnten Verhalten verschiedenem und daher eigentümlichem Verhalten (im Extremfall fehlt der Konsens über die Realität), was oftmals zu Befremden, Betroffenheit, Angst und Abwehr führt. Auf diese Weise mit „Verrücktheit“ assoziiert, ist die Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Erkrankter bis heute ein weit verbreitetes Phänomen (vgl. Schröder-Rosenstock 1997). Auch um diesem vorzubeugen, wird der Begriff der Störung dem der Krankheit vorgezogen, allerdings halte ich dieses Unterfangen als erfolglos, denn der Ausdruck „Der ist doch gestört!“ ist meiner Meinung nach negativer geprägt als die Erklärung „Er ist krank!“ Die Vermeidung von Stigmatisierung kann nicht allein auf der Einführung neuer Begrifflichkeiten basieren, sondern muss Aufklärung, Information und Begegnung bzw. Integration umfassen. Zusätzlich erschwert wird das Bemühen um eine wertneutrale Begrifflichkeit durch den Umstand, dass eine Kostenübernahme von Behandlungen etc. durch die Kostenträger (Krankenkassen) die Anerkennung eines Symptoms als Krankheit voraussetzt.
- Im 18. Jh. erkannte man zum ersten mal die Notwendigkeit einer einheitlichen Nomenklatur von Krankheiten, sodass erste Versuche zur Klassifikation stattfanden. Die in der Folgezeit entwickelten Klassifikationsschemata sind bis heute immer ein

Abbild der vorherrschenden Vorstellungen über Ursachen und Zusammenhänge psychischer Störungen. Die beiden bekanntesten und am häufigsten verwendeten Systeme sind die von der Weltgesundheitsorganisation entwickelte International Classification of Diseases (ICD) und das von der American Psychiatric Association (APA) in den USA vorgestellte Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Ende der 1960er Jahre wurden die Codierungen angeglichen, trotzdem beruht das ICD auf Kategorien und Subkategorien, während das DSM auf einer multiaxialen Beschreibung der Erkrankungen aufbaut (für eine detailliertere Beschreibung s. ab S. 389). Aus der Kritik an beiden Systemen entstanden weitere Klassifikationssysteme, die sich aber in ihrer Tragweite nicht durchgesetzt haben.

4.2.2 Ätiologie und Transmission



In diesen Sätzen (Abb. 4) werden verschiedene Ätiologie-Modelle für Schizophrenie deutlich. Die genetische Theorie, die allein die Vererbung für den Ausbruch einer psychischen Erkrankung verantwortlich machte, war in dieser ausschließlichen Form nicht haltbar. Später wurde auf den gesellschaftlichen Faktor innerhalb der Ätiologie (adäquate Sozialisation als Schutz) hingewiesen. Familientheoretische Ansätze brachten die Double-Bind-Beziehung und damit die „schizophrenogene Mutter“ ins Spiel. Anders führt der tiefenpsychologische Erklärungsansatz die Ursachen für eine psychische Erkrankung auf

seelische Verletzungen in der Kindheit im Zusammenhang mit Erziehungsmethoden, die die Bedürfnisse des Kindes nicht erfüllen, zurück. Durchgesetzt hat sich schließlich das multifaktorielle Modell mit einer bio-psycho-sozialen Erklärung für Entstehung und Ausbruch einer psychischen Erkrankung (auch „Diathese-Stress-Modell“ genannt). Je nach Störungsbild werden dabei genetische, neurobiologische und psychosoziale Belastungen als Ursache angesehen. Zwei Beispiele für solche multifaktorielle Ätiologie-Modelle sind in

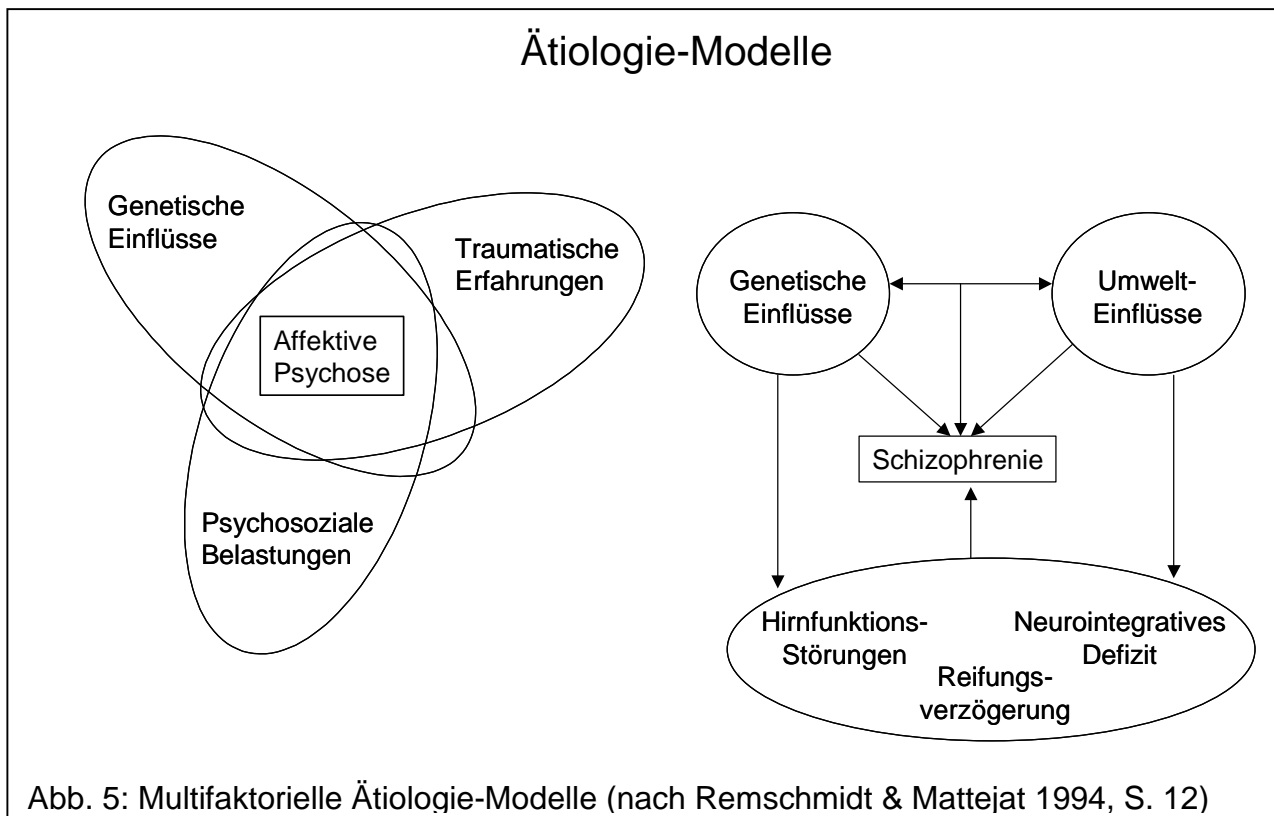


Abbildung 5 dargestellt: Affektive Psychosen können dann entstehen, wenn sich genetische Einflüsse, traumatische Erfahrungen und psychosoziale Belastungen in einer bestimmte Weise überschneiden. Schizophrenie wird durch genetische und Umwelt-Einflüsse sowie deren Wechselwirkungen bewirkt, außerdem stehen Hirnfunktionsstörungen, Reifungsverzögerungen und neurointegrative Defizite (die ihrerseits von genetischen und Umwelt-Einflüssen beeinflusst sind) mit der Entstehung in Verbindung (vgl. Sollberger 2000, S. 21; Schone & Wagenblass 2002, S. 31 f.; Remschmidt & Mattejat 1994b, S. 12; Baumann 2000, S. 10 ff.; Watzlawik 1980, S. 71 f.; Hemminger 1982, S. 63 f.; Davison & Neale 1998, S. 58 f.; Propping 1989, S. 37, S. 44, S. 84 ff.).

Remschmidt (1980a, S. 50 f.) weist auf das Erkrankungsrisiko für Verwandte manisch-depressiv Erkrankter hin, das weit über dem Erkrankungsrisiko der Allgemeinbevölkerung (1%) liegt: für Eltern, Kinder und Geschwister liegt es jeweils bei 10 – 15%, für

zweieiige Zwillinge bei 20% und für eineiige Zwillinge sogar bei 70%. Die Zahlen für andere psychische Erkrankungen weisen in dieselbe Richtung. Diese Zahlen sprechen für die Wirkung von Erbfaktoren, zeigen aber auch, dass genetische Einflüsse keine vollständige Erklärung liefern können, denn ein Merkmal kann polygen bedingt sein und eine Erbanlage kann sich polyphän auswirken (vgl. Oepen 1980, S. 93). An psychosozialen Faktoren wurden ein früher Verlust der Eltern, Störungen der Mutter-Kind-Beziehung (insb. durch Trennung oder Tod), die soziale Schicht der Eltern sowie die Geschwisterposition erkannt. Die meisten Forschungsergebnisse sprechen außerdem für Wechselwirkungen zwischen genetischen und psychosozialen Einflüssen, können jedoch oft nicht klären, ob es sich dabei um einen echten Auslöseprozess handelt oder lediglich um einen zeitlichen Zusammenhang (vgl. Remschmidt 1980a, S. 52 ff.).

Endgültig geklärt sind die Wirkmechanismen und Ätiologien der einzelnen psychischen Erkrankungen jedoch noch nicht. Es gibt lediglich Modelle und Annahmen, die mehr oder weniger komplex und wahrscheinlich sind. Die meisten Erklärungsmodelle sehen dabei die Kindheit als Schicksal an, d.h., eine schwierige Kindheit wird als Prädiktor für seelische Erkrankungen im Erwachsenenalter gesehen. Hemminger (1982, S. 208) weist dagegen darauf hin, dass die Reifung zur Persönlichkeit gerade in der Ablösung von der eigenen Kindheit geschieht und die Kindheit keine Garantie für ein Gelingen oder Scheitern dieses Prozesses bietet. Auch Bleuler hebt bereits 1972 hervor, dass es viele Kinder in schwierigen Situationen oder mit ungünstigen Erbanlagen gibt, die nicht krank werden.

Den Modellen zur Ätiologie sollen nun Modelle zur Transmission folgen, also Modelle, die erklären, wie und auf welchem Weg Erkrankungen der Eltern Auswirkungen auf die Kinder zeigen. Auch hier lässt sich eine Entwicklung von einfachen hin zu komplexen Modellen beobachten (vgl. auch Abb. 6).

Da die Erkrankung in einigen Fällen bereits ausgebrochen ist, wenn das Kind auf die Welt kommt, wurde zunächst eine unidirektionale Kausalwirkung angenommen, bei der die mütterliche Erkrankung Verhaltensdefizite im Umgang mit dem Kind auslöst, was kindliche Verhaltensauffälligkeiten bewirkt. Etwas komplexer wurden in dieses Modell psychische Störungen der Eltern als eigener Belastungsfaktor aufgenommen, der zu weiteren psychosozialen Belastungen, familiären Auffälligkeiten und Beziehungsproblemen und darüber zu Beeinträchtigungen der Entwicklung des Kindes führt (vgl. Mattejat 2002, S. 238).

Es lassen sich jedoch auch Wechselwirkungen beobachten: Verhaltensdefizite im Umgang mit dem Kind aufgrund der elterlichen Erkrankung stehen in Wechselwirkung mit der Eltern-Kind-Beziehung und diese ihrerseits mit kindlichen Verhaltensauffälligkeiten. Als Beispiel dafür lässt sich scheinbar grundloses, unstillbares Schreien bei Babys anführen, das die Entwicklung einer Wochenbettdepression begünstigt (ca. 2/3 der Mütter mit Schreibabys haben eine Wochenbettdepression): durch die von der Mutter als negativ empfundene Rückkopplung des Babys treten bei der Mutter Gefühle des Versagens und damit Selbstvorwürfe, Schuldgefühle und eine Selbstwertkrise (die neue Rollenidentität ist noch besonders fragil) auf. Bei den meisten Frauen verschwindet die Depression mit der Lösung des Schreiproblems (vgl. Papoušek 2002, S. 209; Matzejat 2002, S. 238 f.).

Doch auch dieses Modell lässt wichtige Faktoren außer Acht. Einige andere Model-

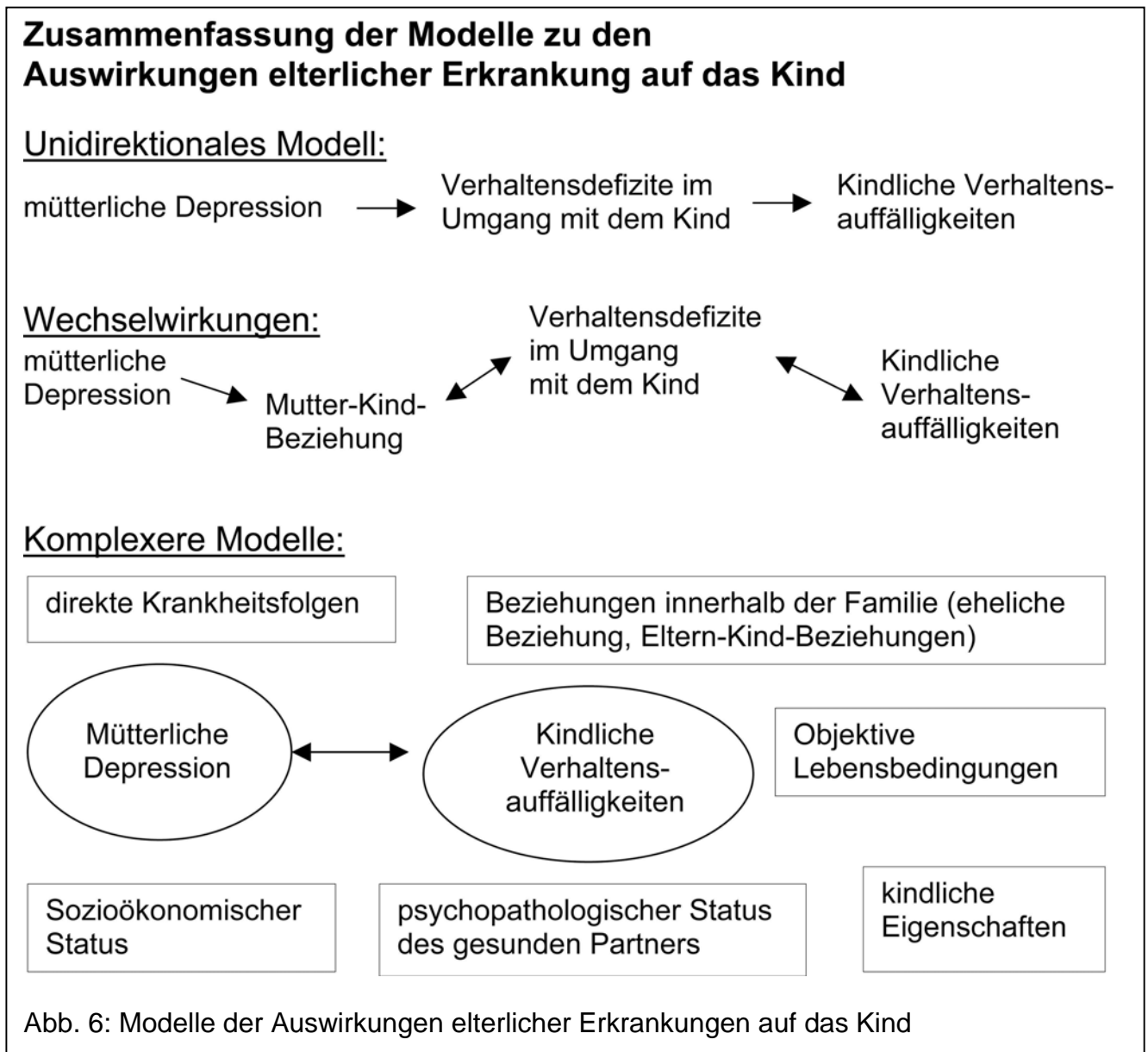
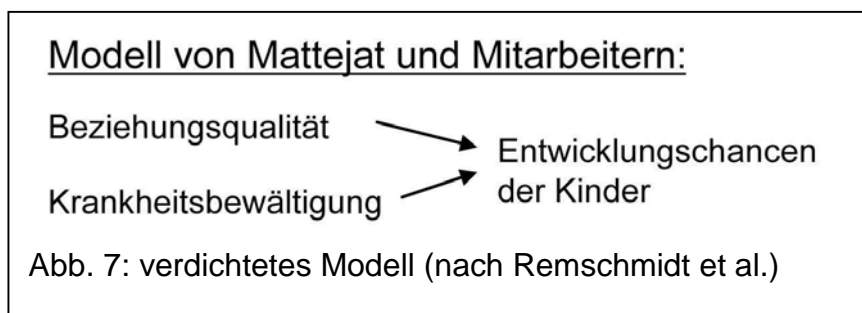


Abb. 6: Modelle der Auswirkungen elterlicher Erkrankungen auf das Kind

le berücksichtigen die eheliche Beziehung, kindliche Eigenschaften, direkte Krankheitsfolgen, objektive Lebensbedingungen, den sozioökonomischen Status der Familie, den psychopathologischen Status des gesunden Partners, die Beziehung zwischen gesundem Elternteil und Kind sowie andere stützende Beziehungen, da psychische Auffälligkeiten häufig gemeinsam mit weiteren psychosozialen Problemen in der Familie (insbesondere einer psychischen Auffälligkeit des Partners, disharmonischen Beziehungen) auftreten (vgl. Mattejat 2002, S. 238 f.). Laucht, Esser & Schmidt (1992, S. 44 f.) haben jedoch über pfadanalytische Methoden festgestellt, dass die psychische Auffälligkeit des erkrankten Elternteils (hier: der Mutter) einen spezifischen Erklärungswert hat, wobei die Beziehung zwischen elterlicher und kindlicher Auffälligkeit nicht einseitig ist, sondern einer Wechselwirkung unterliegt. Das seelische Befinden der Mutter beeinflusst die kindliche Entwicklung und die mütterliche Erfahrung im Umgang mit dem Kind beeinflusst ihre psychische Gesundheit. Es gelang ein statistischer Nachweis beider Wirkungsrichtungen, allerdings ist der Einfluss der Mutter auf das Kind dabei größer als der umgekehrte. Störungen der Mutter-Kind-Beziehung konnten eine Auffälligkeit im Säuglings- und Kleinkindalter vollständig erklären.

Um sich in der Fülle der Einzelvariablen nicht zu verlieren, haben Mattejat und Mitarbeiter diese anknüpfend an das Vulnerabilitäts-Stress-Modell von Zubin & Spring verdichtet (s. Abb. 7). Für die Entwicklungschancen der Kinder sind zwei Aspekte zentral: die Beziehungsqualität und die Krankheitsbewältigung. Mit „Beziehungsqualität“ sind stabile, tragfähige, Sicherheit vermittelnde Beziehungen gemeint, die emotional, kognitiv und im praktischen Handeln unterstützende Funktion haben (gilt für die erkrankte Person sowie die Kinder). Unter hinreichender und adäquater Krankheitsbewältigung werden die innere Einstellung zur Erkrankung, die familiäre Organisation und Aufgabenverteilung, die Nutzung informeller Hilfsmöglichkeiten, die Anpassung der beruflichen Situation an die Erkrankung sowie die Zusammenarbeit mit Fachleuten zusammengefasst. Mattejat und Mitarbeiter gehen davon aus, dass ein betroffenes Kind dann gute Entwicklungschancen hat,



wenn alle Beteiligten sinnvoll mit der Krankheit umgehen und wenn sie sich auf tragfähige Beziehungen stützen können (vgl. Mattejat 2002, S. 240; Mattejat 2004, S. 70 f.).

4.2.3 Zusammenfassung

Psychische Störungen sind in den Bereichen Denken, Fühlen oder Handeln von der Norm abweichende Verhaltens- oder Erlebensmuster, die mit einem persönlichen Leiden und einer bedeutenden Funktionseinschränkung verknüpft sind oder mit Selbst- oder Fremdgefährdung einher gehen und keine verständliche Reaktion auf ein bestimmtes Ereignis darstellen. Bemühungen um einen wertneutralen Begriff, der die Betroffenen vor Stigmatisierung schützt, schlugen bislang fehl, auch der Begriff der psychischen Störung und seine Definitionskriterien sind nicht unumstritten. Es gibt verschiedene Klassifikationssysteme, deren bekannteste Vertreter die ICD der Weltgesundheitsorganisation und das DSM der American Psychiatric Association sind.

Weder Ätiologie noch Transmission psychischer Erkrankungen sind endgültig erforscht. Es gibt verschiedene Modelle und Annahmen, die unterschiedlich komplex und wahrscheinlich sind. Im Laufe der Forschung wurden einige Modelle verworfen, andere weiterentwickelt, wobei multifaktorielle Modelle, also solche, die mehrere Faktoren berücksichtigen, vorherrschen. Unikausale und unidirektionale Modelle gelten als überholt.

4.3 Familien mit psychisch erkranktem Elternteil

4.3.1 Allgemeines

Dass es psychisch kranke Menschen gibt, die Eltern sind, und vor allem, dass es Kinder gibt, die einen psychisch kranken Elternteil haben, ist in der Fachliteratur seit den 1920er Jahren präsent. Zu Beginn sehr sporadisch ist die Zahl der Veröffentlichungen seit den 1960er Jahren stetig gestiegen, trotzdem ist es ein Randthema im Bewusstsein der Fachöffentlichkeit geblieben. Erst seit etwa zehn Jahren ist die Aufmerksamkeit erwacht, und interdisziplinäre Kooperationen zur Verbesserung der Effektivität von Unterstützungsmaßnahmen entstanden. Die Gründe für eine größere Präsenz des Themas sieht Wagenblass (2005, S. 1) in den Reformen sowohl im System der Jugendhilfe, die familienunterstützende Hilfen ausgebaut hat, als auch in der Psychiatrie, wo die kürzere stationäre Aufenthaltsdauer in einem veränderten häuslichen Unterstützungsbedarf insbesondere bei der Versorgung der Kinder resultiert hat. Beides führte dazu, dass man begriff, dass psychisch kranke Menschen auch Kinder haben, die als Angehörige wahrgenommen wer-

den müssen. Die wichtigsten Stationen in der historischen Entwicklung sind folgende (vgl. Mattejat 2001, S. 493; Laucht, Esser & Schmidt 1992, S. 23):

- **1920er Jahre:** M. Kraepelin (1921) und P. Janet (1925) diskutieren die Gefährdung von Kindern psychisch kranker Menschen.
- **1932:** Kongress der American Orthopsychiatric Association mit einem Vortrag über eine entsprechende empirische Erhebung.
- **1966:** Veröffentlichung der Dissertation von M. Rutter über einen Vergleich zwischen Kindern körperlich und psychisch kranker Menschen.
- **1971:** Forschungsprojekt von H. Remschmidt und P. Strunk, aus dem drei Dissertationen hervorgehen; einer späteren Reanalyse der Daten folgt eine sehr bedeutende Publikation 1994.
- **1970er Jahre:** M. Bleuler übt Kritik an der gängigen Forschung und fordert Langzeitstudien, die er selbst auch durchführt.
- **1976:** K. Ernst stößt Forschungen in Zürich an.
- **1996:** Erster Kongress zum Thema in Deutschland: mit Ausnahme der High-Risk-Forschung herrscht jedoch ein geringer Kenntnisstand.
- **1997:** R. Gundelfinger (Zürich) übersetzt Infobroschüren aus dem Holländischen (aus den 80er Jahren), Mattejat passt sie an Deutschland an.

4.3.1.1 Reichweite

Das Untersuchungsdesign zur Erforschung des Themenkomplexes kann verschieden aussehen. Prinzipiell hat man die Möglichkeit, von den Eltern auszugehen oder von den Kindern. Je nachdem, welchen Ausgangspunkt man wählt, kommt man zu verschiedenen Anteilen an betroffenen Familien.

Ausgangspunkt: psychisch erkrankte Eltern

In Deutschland begeben sich ca. 1.6 Millionen Erwachsene pro Jahr in psychiatrische Behandlung, was ungefähr 3% der Gesamtbevölkerung über 21 Jahre entspricht. Davon haben ca. zehn bis 30% Kinder (die Zahlen schwanken, je nachdem wie man „Kind“ definiert: minderjährig, unter 22 Jahre oder als Nachkomme – im letzten Fall gehen sie bis 50%). Die Kinderzahl in den betroffenen Familien liegt im Durchschnitt bei 1.6 Kindern pro Familie, ähnlich dem bundesdeutschen Durchschnitt (vgl. Bender, Prokop-Nolte & Brücher 2004, S. 79; Lisofsky 2004b, S. 185; Lisofsky 2004a; Deger-Erlenmeyer, Tietze

& Walter 1997, S. 9; Ernst 1978, S. 427; Pirovino & Gärtner 1998 zit. nach Sollberger 2000, S. 7, S. 26 f.; Küchenhoff 1997; Küchenhoff 2004a, S. 108; Hartmann 2001, S. 538; Wagenblaus 2005, S. 2; Seeman 2004, S. 162; Schone & Wagenblaus 2002, S. 64, S. 71; Kühnel & Bilke 2004, S. 60; Lenz 2005, S. 33, S. 41; Sommer, Zoller & Felder 2001, S. 499).

Weit über die Hälfte dieser Elternteile sind weiblich, obwohl das Geschlechterverhältnis bei psychiatrischen Patienten in der Regel ausgeglichen ist (vgl. Pirovino & Gärtner 1998 zit. nach Sollberger 2000, S. 7; Schone & Wagenblaus 2002, S. 68). Schone & Wagenblaus (2002, S. 68 ff.) vermuten folgende Gründe dafür:

- Geschlechtsspezifische Krankheitsverläufe: Das Erkrankungsalter liegt bei Frauen höher als bei Männern, sie haben bei Ersterkrankung oft schon eine Familie. Bei einigen Krankheiten kann bei Frauen ein wahnhafter Wunsch nach einem Kind auftreten (z.B. Schizophrenie) oder kurze, intensive sexuelle Beziehungen eine Schwangerschaft nach sich ziehen (z.B. Borderline) (vgl. auch Hantel-Quitmann 1997, S. 173 f.).
- Geschlechtsspezifische Sozialisation: nach der klassischen Rollenverteilung können psychisch kranke Väter stabilisiert werden, während ein Ausfall der Mutter nicht so gut aufgefangen werden kann.
- Biologisch-genetische Geschlechtsunterschiede: hormonelle und somatische Veränderungen während Schwangerschaft und Geburt bilden ein höheres Risiko für Frauen zu erkranken.
- Geschlechtsspezifische Lebenslagen: Mütter sind häufig einer Doppelbelastung ausgesetzt, dieser Stress gilt als Vulnerabilitätsfaktor.

Die häufigsten Diagnosen der Eltern sind Schizophrenie (41%), Depression (36%) und Angst-/ Zwangsstörungen (15%), andere Diagnosen spielen eine untergeordnete Rolle. Über die Belastungen der Kinder herrscht Uneinigkeit. Ernst schreibt 1978 (S. 427), dass 12.5% der Kinder unerheblich, 55% mittelgradig und 32.5% schwer beeinträchtigt sind. Rutter & Quinton (1984, S. 876) geben hingegen eine Drittelung an: je ein Drittel der untersuchten Kinder sind gesund, vorübergehend erkrankt oder schwer erkrankt. Das Team um Mattejat hat spezifischer untersucht und festgestellt, dass lediglich ca. 10 bis 15% der Kinder von Eltern mit Schizophrenie oder Depression später ebenfalls dieselbe Erkrankung bekommen, andere psychische Störungen jedoch häufig zu beobachten sind (vgl. Remschmidt & Mattejat 1994b, S. 30; Mattejat 2004, S. 75; Wüthrich, Mattejat & Remschmidt 1997, S. 141 f.).

Eine besondere Rolle spielen psychische Störungen in Verbindung mit der Geburt. Sie sind nach Schweregrad in drei Kategorien eingeteilt. Der sogenannte „Baby-Blues“ gilt nicht als Störung, sondern ist ein sehr weit verbreitetes Phänomen, das etwa 50 bis 75% der Mütter erleben. Eine postpartale Depression äußert sich in ähnlichen Symptomen wie andere Depressionen, führt jedoch zusätzlich zu Schwierigkeiten bei der Versorgung des Babys. Mit etwa 8 bis 15% entspricht die Prävalenz der Wochenbettdepression ungefähr der Prävalenz von Depressionen bei Frauen im gebärfähigen Alter. Bei einer postpartalen Psychose sollten Mutter und Kind gemeinsam stationär aufgenommen werden, um eine Beeinträchtigung der Beziehung zu minimieren. Die Prävalenz der postpartalen Psychose beträgt 0.1% und ist damit um das 30fache erhöht verglichen mit Frauen im gebärfähigen Alter (vgl. Seneviratne & Conroy 2004, S. 124 ff.; Papoušek 2002, S. 203).

Ausgangspunkt: auffällige oder psychisch erkrankte Kinder

Bei Kindern mit psychischen Störungen stellt eine psychische Erkrankung der Eltern ein Kernmerkmal dar, denn ungefähr 20 bis 40% der Kinder in psychiatrischer Behandlung haben ein erkranktes Elternteil (vgl. Remschmidt & Matzejat 1994b, S. 15, S. 99 ff., S. 122; Deneke 2004b, S. 87; Schafft 2002; Knuf 2000, S. 37; Rutter 1966, S. 34; Kühnel & Bilke 2004, S. 60).

Eine andere relevante Stichprobe bilden Kinder, mit denen die Jugendhilfe zusammenarbeitet. In 11% dieser Familien hat ein Elternteil eine diagnostizierte psychische Erkrankung. Vermutlich bilden diese jedoch nur einen kleinen Teil der betroffenen Familien, denn in 20% der Familien weiß das Jugendamt nicht, ob eine Erkrankung vorliegt. Dazu kommen die Familien, in denen eine psychische Erkrankung offensichtlich, aber weder diagnostiziert ist noch behandelt wird. In den Familien, in denen eine diagnostizierte psychische Erkrankung vorliegt, ist die durchschnittliche Kinderzahl mit 1.8 Kindern pro Familie etwas höher als der Bundesdurchschnitt. Außerdem fällt auf, dass in beinahe 90% der betroffenen Familien die Mutter erkrankt ist und damit eine noch ausgeprägtere Geschlechtsverschiebung als in psychiatrischen Kliniken vorliegt. Die o.g. Vermutungen reichen zur Erklärung hier nicht mehr aus, weswegen eine weitere Erklärung gegeben wird: Nach den gesellschaftlichen Rollenzuweisungen greift die Jugendhilfe dann ein, wenn die Mutter ausfällt, denn bei einem Ausfall des Vaters ist häufiger eine Kompensation durch die Familie (Mütter) möglich (vgl. Wagenblass 2005, S. 2; Schone & Wagenblass 2002, S. 65, S. 85 ff.; Lude & Kriesel 2004, S. 7).

Untersuchungen über drei Generationen

Die Enkel psychiatrisch behandelter Patienten sind in einer Studie weitgehend unauffällig, während relativ viele Kinder in Behandlung sind (vgl. Meyer, Mattejat, König, Wehmeier & Remschmidt 2001, S. 525 f., S. 531). Auf der anderen Seite hatten 16.7% der Elternteile in psychiatrischer Behandlung einen erkrankten Elternteil und damit 15.5% der Kinder aus diesem Kollektiv sowohl einen erkrankten Elternteil als auch einen erkrankten Großelternteil (vgl. Schone & Wagenblaus 2002, S. 70). Die familiäre Häufung von psychischen Erkrankungen führt dazu, dass Ressourcen und Kompensationsmöglichkeiten in den Familien verringert sind, da im Falle mehrerer erkrankter Personen in einer Familie weitere Personen mit ihren Kompensationsmöglichkeiten ausfallen bzw. sogar weitere Ressourcen binden.

Anzahl betroffener Kinder in Deutschland

Genau statistisch erfasste Zahlen dazu gibt es nicht, weil die Frage nach Kindern in der Psychiatrie nicht in den Aufnahmebögen erscheint (die Zahlen oben stammen aus Untersuchungen einzelner psychiatrischer Stationen). Schone & Wagenblaus (2002, S. 12) weisen darauf hin, dass der Verein SeelenNot e.V. in Hamburg ausgehend von Schätzungen für Hamburg die Anzahl der Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil auf 200.000 in Deutschland veranschlagt (ähnlich auch Küchenhoff 2004a, S. 108).

Seit 1994 findet sich in der Fachliteratur immer wieder die Zahl von 500.000 Kindern psychisch kranker Eltern, meist ohne einen Hinweis darauf, woraus sie sich ableitet und wie sie zustande kam. Sie stammt von Remschmidt und Mattejat (1994b, S. 5) und basiert auf folgender Überlegung: Die Lebenszeitprävalenzrate für Schizophrenie beträgt etwa 1%, damit gibt es in Deutschland ca. 800.000 Betroffene. Unter Berücksichtigung der Reproduktionsrate und des Alters der Betroffenen kommt eine Schätzung auf ca. 200.000 bis 300.000 Kinder der Betroffenen. Ähnliche Zahlen ergeben sich für Kinder von Eltern mit Depression: Die Lebenszeitprävalenzrate für endogene Depression liegt ebenfalls bei etwa 1%, jedoch ist die Reproduktionsrate etwas höher als bei Menschen mit Schizophrenie. Auch hier kommen Remschmidt und Mattejat auf eine Anzahl von ca. 200.000 bis 300.000 betroffenen Kindern. Insgesamt gehen sie damit von 500.000 Kindern in Deutschland aus, die einen Elternteil haben, der an Schizophrenie oder Depression leidet. Andere Diagnosen wurden in dieser Schätzung nicht berücksichtigt. Bei dieser Argumentation wird mit stochastischen Sätzen gerechnet, die auf Wahrscheinlichkeiten, nicht auf absoluten Mengenangaben beruhen, und daher auch nicht auf Kausalzusammenhänge schließen

lassen. Zusammenfassend handelt es sich bei Kindern psychisch erkrankter Eltern also um eine Gruppe, die wahrscheinlich eine nicht unerhebliche Anzahl umfasst und voraussichtlich noch größer werden wird.

4.3.1.2 Auswirkungen auf das Familienleben

Familie als Ort der Krise und ihrer Bewältigung

Sehr viele Autoren betonen, dass eine psychische Erkrankung die gesamte Familie betrifft (vgl. auch Remschmidt 1980b, S. 10; Remschmidt & Mattejat 1994b, S. 13; Lifsofsky 2004a; Heim 2001; Leidner 2004, S. 144):

- Rutter (1966, zit. nach Remschmidt 1980a, S. 50): Jede ernste Erkrankung der Eltern beeinträchtigt das Familienmilieu.
- Knuf (2000, S. 34): Eine psychische Erkrankung „ist wie ein reißender Gebirgsstrom, der alles in seiner näheren Umgebung mit sich zieht“.
- Creer & Wing (1989, S. 151): Beinahe die Hälfte der Angehörigen geben eine schwere Beeinträchtigungen des physischen und psychischen Wohlbefindens (insb. Depression, Hoffnungslosigkeit, Angst, Schuldgefühle) an.
- Studie von 1987: 75% der Angehörigen zeigen eine deutliche psychiatrische Symptomatik (insb. Angstsymptome) und sind sozial schlechter angepasst (Baumann 2000, S. 28).

Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell, das besagt, dass Krankheiten auch Auswirkungen auf das Familiensystem haben, wird mittlerweile für alle Krankheiten angenommen, doch ganz besonders für psychische Erkrankungen (vgl. Pretis & Dimova 2004, S. 41). Dabei stellte Dörner bereits 1982 (S. 65) fest, dass die Familie zwar der Ort der Entstehung psychischer Störungen, aber nicht deren Ursache ist, weswegen keine Schuldzuschreibungen in dieser Richtung gemacht werden dürfen. Zusätzlich ist die Familie auch der Ort der Prävention, Therapie und Rehabilitation, also der Ort der Bewältigung der psychischen Erkrankung (vgl. Remschmidt 1980b, S. 9). Gerade im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung eines Elternteils muss man beachten, dass alle Kinder hin und wieder schwierige Verhaltensweisen zeigen. Dabei handelt es sich um normale Entwicklungsprobleme, die es in allen Familien gibt. *Die allermeisten Probleme in betroffenen Familien haben daher nichts mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils zu tun* (vgl. Mattejat 2001, S. 100)!

Die objektive Lebenssituation betroffener Familien

Ausgehend von psychisch erkrankten Kindern haben Remschmidt und Mattejat (1994b, S. 111 f.) festgestellt, dass 59% der Kinder bei den Eltern leben, wenn diese keine psychischen Auffälligkeiten zeigen. Ist ein Elternteil psychisch erkrankt, so reduziert sich dieser Anteil auf 43% und auf 31%, wenn beide Elternteile erkrankt sind. Insgesamt ergibt sich ein Durchschnitt von 45% der Kinder, die bei ihren Eltern leben, jedoch war der Anteil der Kinder in der Normalbevölkerung, die bei ihren Eltern leben, nicht bekannt. Nave-Herz (1998, S. 301) geht von über 80% der Kinder und Jugendlichen der Gesamtbevölkerung aus, die bei den Eltern leben.

Ausgehend von psychisch erkrankten Erwachsenen leben etwa ein Drittel der Eltern nicht mit ihren Kindern zusammen. Von den Elternteilen, die mit ihren Kindern zusammenleben, lebt der andere Elternteil wiederum in einem Drittel der Fälle nicht mehr in der Familie. Aus Sicht der Kinder in dieser Stichprobe leben 46.2% mit beiden Elternteilen zusammen, 30% in Ein-Eltern-Familien, 7.8% in Stiefelternfamilien und 10.3% gar nicht mit ihren Eltern zusammen, sondern z.B. bei anderen Familienangehörigen, im Heim oder in Pflegefamilien. Damit ist eine Trennung von den Eltern (vom erkrankten oder beiden Elternteilen) bei Kindern psychisch kranker Eltern signifikant häufiger zu beobachten als bei Kindern aus der Kontrollgruppe. Festzustellen ist ein Unterschied nach Geschlecht des erkrankten Elternteils: Kinder psychisch kranker Mütter leben häufiger in „broken-home“-Familien, und bei Trennungen sind die Kinder meist bei der Mutter, auch wenn diese psychisch krank ist (vgl. Schone & Wagenblass 2002, S. 72, S. 76, S. 78; Rutter 1966, S. 55, S. 60).

Bei den Familien, die Klienten der Jugendhilfe sind, stellten Schone und Wagenblass (2002, S. 87) fest, dass lediglich die Hälfte der erkrankten Mütter und ein Viertel der erkrankten Väter noch im eigenen Haushalt zusammen mit ihren Kindern leben. Von den Kindern leben nur etwa ein Fünftel mit beiden Elternteilen zusammen, während etwa je ein Drittel in Ein-Eltern- bzw. Stiefelternfamilien oder in Pflegefamilien bzw. im Heim leben (vgl. Schone & Wagenblass 2002, S. 89).

Insgesamt lassen sich zwei Aspekte in Familien mit psychisch erkranktem Elternteil beobachten: Die betroffenen Familienmitglieder machen viele Erfahrungen von Trennungen und Beziehungsabbrüchen, die zu Belastungen werden können und der Anteil der Kinder, die bei einem Elternteil leben, nimmt mit steigendem Alter der Kinder ab (vgl. Schone & Wagenblass 2002, S. 72, S. 90).

Belastungen für die gesamte Familie

Die Belastungen in den betroffenen Familien sind sehr unterschiedlich, weil Symptome, Auswirkungen und Verlauf einer psychischen Erkrankung sehr individuell sind. Außerdem unterscheidet sich die Lebenssituation der Familien je nachdem, ob der Vater oder die Mutter erkrankt ist und wie alt die Kinder sind (vgl. Mattejat 2004, S. 73; Schone & Wagenblaus 2002, S. 79). Meist verschlimmert sich die Situation bei Chronifizierung der Erkrankung, weil dann die Hoffnung auf Heilung schwindet. Eine Potenzierung der Belastungen geschieht, wenn beide Elternteile erkranken oder wenn die Erkrankung bereits seit mehreren Generationen in der Familie vorkommt, weil in diesen Fällen die Ängste bezüglich des Vererbungsrisikos steigen und Unterstützungsressourcen wegfallen (vgl. Baumann 2000, S. 37; Renschmidt & Mattejat 1994b, S. 120; Schone & Wagenblaus 2002, S. 206).

Folgende Auswirkungen der psychischen Erkrankung belasten die ganze Familie, wirken in einem Teufelskreis auf das Befinden des Erkrankten zurück und erzeugen ein soziales Umfeld, in welchem jeder gesunde Mensch krank werden kann (vgl. Deneke 1995, S. 6; Schone & Wagenblaus 2002, S. 2, S. 14, S. 205, S. 207, S. 587; Wagenblaus 2002; Pretis & Dimova 2004, S. 25; Baumann 2000, S. 111; Duché 1987, S. 146; Hantel-Quitmann 1997, S. 178; Lisofsky 2004a; Deneke 2004b, S. 88; Heim 2001; Leidner 2004, S.144; Hammen, Gordon, Burge, Adrian, Jaenicke & Hiroto 1987, S. 740):

- die Auswirkungen im Alltag beginnen lange vor der Diagnose, wenn ein seltsames Verhalten des Erkrankten tiefgreifende Auswirkungen hat, wie z.B. Schwanken zwischen Inaktivität bzw. Apathie und übermäßiger Aktivität, Vernachlässigung des Äußeren und der Wohnung, Missachtung von Hygiene-, Sauberkeits- und Ordnungsregeln, Störung der Alltagsroutine (z.B. Blockieren des Badezimmers), gestörter Tag-Nacht-Rhythmus, ungewöhnliche und/ oder ungenügende Ernährung, merkwürdiges Kontaktverhalten;
- alle Familienmitglieder leiden:
 - der erkrankte Elternteil hat mit seiner psychischen Erkrankung eine schwere Krankheit, die die gesamte Person erfasst;
 - der gesunde Elternteil ist mit der Versorgung des Partners und der Kindererziehung bei gleichzeitiger Berufstätigkeit oft überfordert;
 - die Kinder sind gerade in Akutphasen der elterlichen Erkrankung sehr bedürftig, aber müssen ihre Bedürfnisse zurückstecken;

- die Angst vor einem Rückfall wächst mit der Anzahl der Krankheitsepisoden: „Das einzige, was sicher ist, ist die Unsicherheit“ (Finzen 1996, S. 7 zit. nach Baumann 2000, S. 111);
- belastete Beziehungen innerhalb der Familie durch Selbstzweifel, Schuldgefühle und Kommunikationsschwierigkeiten (Probleme können nicht besprochen werden) sowie stärkere Konfliktbelastung (Partnerkonflikte, Erziehungskonflikte etc.), was zu einem angespannten emotionalen Klima führt;
- psychosoziale Probleme;
- Trennungen und Beziehungsabbrüche: Trennung der Eltern, Trennung des erkrankten Elternteils von der Restfamilie bei stationärer Aufnahme, Trennung des Kindes vom erkrankten oder beiden Elternteilen;
- familiäre Anpassungsprozesse und neue Rollenverteilungen können zur Parentifizierung eines Kindes führen;
- Verschlechterung der allgemeinen Lebensbedingungen durch finanzielle Probleme und materielle Schwierigkeiten: bei Arbeitslosigkeit und Ausfall des Hauptverdieners kann es insbesondere bei Chronifizierung der Erkrankung zu einer existentiellen Gefährdung kommen; schlechtere Wohnverhältnisse;
- Isolation (von außen und innen verursacht: Umfeld zieht sich von der Familie zurück, aber die Familie zieht sich auch vom Umfeld zurück) und Stigmatisierung der gesamten Familie.

Kinder wurden lange nicht angemessen als Angehörige und Mit-Betroffene wahrgenommen, anerkannt und aufgeklärt, obwohl sie den Auswirkungen der Erkrankung am hilflosesten ausgeliefert sind: „Dinge, über die man nicht sprechen kann, wirken bedrohlich, weil man sie nicht einschätzen kann. Kinder können mit psychischen Problemen von Eltern zurechtkommen, wenn sie die Probleme richtig einschätzen und wenn sie verstehen, wie alles zusammenhängt“ (Schuldfrage) (Mattejat 2001, S. 102). Außerdem können Kinder gut damit klarkommen, dass Eltern nur zeitweise zur Verfügung stehen, wenn sie auf andere Personen vertrauen können; dem steht jedoch häufig die Angst der Eltern entgegen, dass ihnen die Kinder entgleiten, wenn sie kompensierende Kontakte zu anderen Bezugspersonen aufbauen. Diese Angst ist meist unbegründet, muss aber erst einmal thematisiert werden (vgl. Mattejat 2001, S. 102). Die Betreuung der Kinder während des Klinikaufenthaltes wird meist durch enge Angehörige eingelöst, seltener spielen außerfa-

miliäre Netzwerkmitglieder wie Tagesmutter oder Einrichtungen der Jugendhilfe eine Rolle. Diese Situation wird von der überwiegenden Mehrheit der Eltern als gut eingestuft. Etwas mehr als die Hälfte der Kinder besucht den erkrankten Elternteil zudem mehr oder weniger regelmäßig in der Klinik, wobei jüngere Geschwister oft nicht mitkommen dürfen (vgl. Bohus, Schehr, Berger-Sallawitz, Novelli-Fischer, Stieglitz & Berger 1998, S. 136; Lenz 2005, S. 42 f., S. 107).

Viele betroffene Familien kommen mit den Auswirkungen zurecht, indem der Partner oder andere Familienmitglieder kompensatorische Rollen ausfüllen und Ressourcen aus dem familiären und sozialen Umfeld aktiviert werden. In anderen Familien sind die Angehörigen aber überlastet oder das Familiensystem ist zu labil und bietet keine Kompensationsmöglichkeiten. Einige dieser Familien nehmen Leistungen der Jugendhilfe in Anspruch. Es ist die Pflicht der Jugendhilfe, problemangemessene Hilfe bereitzustellen, wobei aber die Bedürfnisse der einzelnen Familienmitglieder sehr unterschiedlich sind, sodass die Hilfen gut abgestimmt sein müssen (Schone & Wagenblaus 2002, S. 41). In dieser Forderung deuten sich bereits die Probleme an, auf die in Kapitel 4.3.4.4, S. 200 weiter eingegangen wird.

4.3.1.3 Erziehungsfähigkeit und Kindeswohlgefährdung: Sorgerecht

Da das Vorhandensein einer psychischen Krankheit beim Elternteil de facto eine Rolle bei Sorgerechtseinschränkungen spielt, stellt sich einerseits die Frage nach den Wegen der Vereinbarung von Krankheit und Kindererziehung und andererseits nach den rechtlichen Möglichkeiten, die betroffene Familien haben (vgl. Schone 2004, S. 107). Die Fähigkeit der Eltern, ihre Kinder zu erziehen, ist von verschiedenen Faktoren beeinflusst, die sich sowohl aus elterlichen wie auch aus kindlichen und den äußeren Umständen zusammensetzen (vgl. Weir 2004, S. 271 beziehend auf Falkov et al 1998). Viele Symptome psychischer Störungen stehen in Konflikt mit Erziehungsfähigkeit (vgl. S. 135 f.; vgl. Adshead, Falkov & Göpfert 2004, S. 218), andererseits weist Schone (2004, S. 108) darauf hin, dass psychisch kranke Eltern ihre Kinder mehrheitlich selbst erziehen können, indem sie Ressourcen aus dem familiären und sozialen Umfeld zur Kompensation der Einschränkungen durch die Krankheit aktivieren. Hier wird auch die Frage nach einer gelungenen Sozialisation angesprochen, deren Ziel die Realisation von Handlungsfähigkeit ist. Über moralische Kommunikation soll Verantwortung aufgebaut werden, wobei gesellschaftliche und individuelle Ziele nicht immer miteinander übereinstimmen. Keupp weist auf folgende Zusammenhänge einer gelungenen Sozialisation hin: "In sozialen Systemen entwickeln sich je spezifische Normalitätserwartungen für die in ihnen lebenden Subjekte.

In Erwartungsmustern drücken sich die Standards aus, die für ein funktionierendes Alltagsleben in dem jeweiligen sozialen Zusammenhang für unabdingbar gehalten werden. In Sozialisationsprozessen sollen Menschen in bezug auf bestehende Normalitätsmuster „gesellschaftsfähig“ gemacht werden. Sie sollen mit den soziokulturellen Zielen ihres sozialen Systems vertraut werden und dessen Regulationsprinzipien kennen und anwenden lernen. Normalitätserwartungen sind in aller Regel durch Sanktionen abgesichert: Ihre Erfüllung verspricht Zugehörigkeit zum System und Teilhabe an der Nutzung seiner Ressourcen; ihre Missachtung wird bestraft. Gelungene Sozialisationsprozesse sollen die Normalitätsprinzipien in die Personstruktur verankern“ (Keupp 1999, S. 609).

Da es keine juristische Definition von „ausreichend guter Erziehung“ gibt, muss bei einer Bewertung der Erziehungsfähigkeit der Eltern vor allem auf eine ausreichende Passung zwischen Kind und Eltern vor dem Hintergrund von Kultur, erweiterter Familie, Gemeinde und Entwicklungsbedürfnissen geachtet und der zeitlichen Rahmen berücksichtigt werden, in dem Veränderungen möglich sind (vgl. Göpfert, Webster & Nelki 2004b, S. 94, S. 96; Jacobsen 2004, S. 112). Bei psychisch kranken Eltern steht die Gefahr der Fehleinschätzung im Raum, da sie mit der Erziehung von Kindern beauftragt sind, die durch ihre genetische Disposition „schwierig“ sein können, sodass Entwicklungsverzögerungen fälschlicherweise der psychischen Erkrankung zugeschoben werden (vgl. Seeman & Göpfert 2004, S. 11). Bei einer Bewertung der Erziehungsfähigkeit müssen sich die einbezogenen Experten mit ihren Aussagen auf ihr Feld beschränken (z.B. hat der Psychiater seine Einschätzung der Prognose der Erkrankung abzugeben und keine Kommentare im Bereich der Erziehung) und die Eltern müssen die Kriterien für die Bewertung kennen (vgl. Göpfert, Webster & Nelki 2004b, S. 96, S. 101; Seeman 2004, S. 165). Die Kriterien setzen sich aus funktionalen Zuschreibungen der Gesellschaft an die Familie zusammen, wobei mit T. Parsons zu fragen ist, ob die Funktionen angeboren oder sozialisiert sind und ob es sich um Voraussetzungen für die Existenz des Menschen bzw. seiner Gemeinschaft handelt. Das Inzest-Tabu z.B. scheint für die Existenz derart funktional zu sein, dass es über die Ontologisierung den Status einer unentbehrlichen Notwendigkeit erlangt hat. Die Funktionalität hängt aber immer mit der observer's category zusammen. In die Bewertung der Erziehungsfähigkeit gehen im Allgemeinen folgende Aspekte ein (vgl. Jacobsen 2004, S. 112 ff.; Seneviratne & Conroy 2004, S. 133):

- die Fähigkeit, grundlegende Versorgungsaufgaben zu erfüllen (Ernährung, Wohnung, Sicherheit und Schutz bieten),
- die Fähigkeit zu Alltags- und Stressbewältigung,

- die Fähigkeit, die Signale des Kindes wahrzunehmen, sich in das Kind einzufühlen und es als Individuum wahrzunehmen,
- die Fähigkeit zur Versorgung mit emotionaler Zuwendung,
- die Fähigkeit, die Bedürfnisse des Kindes an erste Stelle zu setzen und sich an sie anzupassen, wenn sie sich verändern,
- das kognitive Verständnis der Entwicklung und Erziehung,
- die psychologische und soziale Funktionsfähigkeit der Mutter, ihre eigenen Erfahrungen, erzogen zu werden,
- die Beziehung zu Partner, Familie und sozialem Netzwerk.

Die Einschätzung erfolgt nach

- pädiatrischen Untersuchungen des Kindes (Entwicklungsbewertung),
- medizinischen und psychiatrischen Bewertungen des Elternteils,
- psychologischen Untersuchungen und
- sozialarbeiterischen Bewertungen.

Im internationalen Rahmen muss zu einem Vergleich der gesetzlichen Bestimmungen auf zwei Konventionen hingewiesen werden. Die UN Kinderrechtskonvention (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights 1990) schreibt in Artikel 7 das Recht des Kindes fest, seine Eltern zu kennen und von ihnen erzogen zu werden, und weist in Artikel 3 alle Institutionen der öffentlichen wie privaten Wohlfahrt sowie sonstige Einrichtungen darauf hin, dass die Bedürfnisse des Kindes vorrangig zu behandeln sind und dass staatliche Einrichtungen dazu verpflichtet sind, Schutz und Pflege des Kindes zu seinem Wohle zu sichern. Aus Sicht der Eltern ist auf Artikel 12 der Europäischen Menschenrechtskonvention von 1950 (Europarat 1998, aktuelle Version) hinzuweisen, der jedem Menschen das Recht zu heiraten und eine Familie zu gründen zusichert. Außerdem wird in Artikel 8 das Recht auf Respekt der Privatsphäre und des Familienlebens hingewiesen. Die Prinzipien dieser beiden Konventionen spiegeln sich in den meisten nationalen Gesetzgebungen in der Form wieder, dass sie das Recht der Eltern auf die Gründung einer Familie mit dem Recht des Kindes sowohl auf Verbleib in der Familie als auch auf sein Wohlergehen in Einklang bringen, indem Unterstützung für Familien bereitgestellt wird und bei Gefährdung des Kindeswohls Interventionen mit möglichst minimalem Eingriff vorgesehen sind (vgl. Weir 2004, S. 271 – 276; Brunt 2004, S. 258). Unterschiede in der Anwendung der Gesetze bilden Gesellschaft und Kultur des jeweiligen Staates ab und

hängen mit folgenden Faktoren zusammen (vgl. Brunt 2004, S. 258 ff.; Weir 2004, S. 278 f.):

- ökonomische, politische und kulturelle Normen,
- historische Umstände,
- Sichtweisen zu psychischer Krankheit und ihrem Risiko sowie daraus sich ergebend die Praxis zwangsweiser psychiatrischer Intervention,
- Verfügbarkeit der Unterstützung durch die erweiterte Familie sowie familienunterstützender Maßnahmen (insbesondere auch für die Kinder) der Wohlfahrt.

In Deutschland gilt eine psychische Erkrankung nicht als Hindernis für die Ausübung des Sorgerechts, denn das Bundesverfassungsgericht entschied 1982, dass Krankheit und Behinderung Lebensumstände sind, die das Kind als schicksalhaft hinnehmen muss und einen Sorgerechtsentzug nicht rechtfertigen. Außerdem ist in Art. 6 Abs. 2 Grundgesetz und §1 Abs. 2 SGB VIII (früher: Kinder- und Jugend-Hilfe Gesetz KJHG) die Erziehung als Sache der Eltern verankert. Diese Gesetze gelten auch für psychisch kranke Eltern. Auf der anderen Seite garantiert das SGB VIII in §1 jedem Kind Wohlergehen, bei dessen Gefährdung den Eltern Unterstützung angeboten werden muss bzw. bei mangelnder Einsichtsfähigkeit nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit Eingriffe in das Sorgerecht der Eltern erfolgen. Grundsätzlich handelt es sich beim SGB VIII jedoch um ein Gesetz, das den Eltern einen Rechtsanspruch auf Hilfe und Unterstützung in Erziehungsfragen zusichert (§27 Abs. 1), sodass das Jugendamt zur Unterstützung verpflichtet ist. Die konkrete Hilfeplanerstellung erfolgt gemeinsam durch Eltern, Jugendamt und hilfeleistende Stelle, Form und Dauer der Hilfe sind abhängig vom aktuellen Bedarf. Erst in zweiter Linie kommt die andere Seite der Doppelrolle des Jugendamtes zum Tragen: seine Aufgabe zum Schutz des Kindes vor Gefahren (§§ 8 und 8a SGB VIII; Art. 6 Abs. 2 Grundgesetz) (vgl. Münder 1994, S. 5; Schone 2004, S. 108, S. 110; Wagenblaus & Schone 2001, S. 581; Lenz 2005, S. 34).

In der Praxis zeigen die Gerichte jedoch wenig Flexibilität, sondern greifen auf Standardentscheidungen (Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts oder des gesamten Sorgerechts) zurück (vgl. Münder 1995, 96 ff.). So spielt bei etwa 20 bis 30% der Sorgerechtsverfahren wegen Kindeswohlgefährdung die psychische Erkrankung eine entscheidende Rolle (zum Vergleich: in den USA verlieren etwa 70 bis 80% der psychisch kranken Eltern das Sorgerecht für ihre Kinder) (vgl. Münder 1995, S. 96 ff.; Schone & Wagenblaus 2002, S. 25; Schone 2004, S. 107; Brunt 2004, S. 257; Lenz 2005, S. 34).

Aus diesen Implikationen ergeben sich die Konsequenzen für die professionelle Arbeit der Mitarbeiter im Jugendamt. Sie sehen sich einer langen Reihe konfligierender Bedürfnisse gegenüber, die nur durch Vermittlung zwischen den beteiligten Stellen (Case Management) in Balance gebracht werden können (vgl. Schone 2004, S. 115 f.; Weir 2004, S. 274 f.):

- **Elternarbeit:** Eine aktive Hilfesuche seitens der Familie wird durch die Angst vor dem Verlust der Kinder verhindert, denn die wenigsten Betroffenen wissen, dass sie einen rechtlichen Anspruch auf Unterstützung haben, wenn ihre elterliche Erziehungsfähigkeit eingeschränkt ist. Hinzu kommt das fehlende Wissen darüber, welche Hilfe man wo bekommt, wobei die Einschränkung der sozialen Kompetenz sowie Wahrnehmungs- und Denkstörungen die Wahrnehmung der Rechte noch unwahrscheinlicher machen. Aufklärung und aktive Hilfeangebote sind hier dringend notwendig, um den Teufelskreis „Jugendamt als Kinder-Wegnehm-Amt“ zu durchbrechen (vgl. auch S. 197). Andererseits kommen einige Eltern durchaus mit Unterstützung durch die erweiterte Familie und ohne die Jugendhilfe zurecht, andere Familien hingegen benötigen zeitweise flexible Hilfen (vgl. Lenz 2005, S. 34 f.; Weir 2004, S. 272 f.; Schone 2004, S. 108 f.; Wagenblaus & Schone 2001, S. 581 f.).
- **Schutz des Kindes vor Gefahren:** Auch für die Kinder kann eine Trennung von den Eltern eine große Belastung darstellen, die es durch unterstützende Maßnahmen zu verhindern gilt. Außerdem sind die meisten betroffenen Kinder nicht geschädigt, sondern leben erfolgreich zu Hause mit ihren Eltern. Wenn jedoch eine Gefährdung des Kindes aufgrund mangelnder Einsichtsfähigkeit der Eltern gegeben ist, muss das Jugendamt seine Wächterfunktion wahrnehmen. In solchen Fällen kann die Trennung auch eine Entlastung für das Kind sein (vgl. Weir 2004, S. 271, S. 280).
- **Fachkräfte der Psychiatrie:** Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie müssen sich sowohl gegenseitig als auch in Richtung der anderen beteiligten Stellen einer interdisziplinären Arbeitsweise öffnen, um ihre Hilfeangebote effektiv auf den konkreten Bedarf abzustimmen (vgl. Schone 2004, S. 116).
- **Mitarbeiter der Jugendhilfe:** Wichtig ist die Einstellung, dass die Eltern verantwortlich für die Erziehung der Kinder sind. Außerdem muss die Lebenssituation der Kinder abgeklärt werden (vgl. Schone 2004, S. 115).
- **Angehörige der Pflegefamilie:** Ziel ist die gemeinsame Bewältigung der Fremdunterbringung, die dauerhaft erfolgen kann oder die Rückkehr in die Herkunftsfamilie ermöglichen soll (vgl. Schone 2004, S. 116).

4.3.1.4 Zusammenfassung

Die lange Diskussion über eine Gefährdung von Kindern psychisch Kranker seit Anfang des 20. Jh. hat mit der Veröffentlichung von M. Rutter 1966 neue Impulse bekommen, sodass die Zahl der Wissenschaftler, die sich mit den vielfältigen Fragen in diesem Themenkomplex beschäftigen, international seit etwa 20 Jahren stark ansteigt. In Deutschland sind jedes Jahr etwa 1.6 Millionen Erwachsene in psychiatrischer Behandlung, 10 bis 20% von ihnen haben Kinder. Zusätzlich zu spezifischen Krankheitssymptomen, d.h., dass die Kinder dieselbe Krankheit bekommen wie die Eltern, leiden sehr viele Kinder an anderen psychischen Störungen. Von Kindern, die psychiatrisch behandelt werden, haben etwa 20 bis 40% mindestens einen erkrankten Elternteil, bei Kindern, mit denen die Jugendhilfe zusammenarbeitet, trifft dies in 11% zu. Genaue und absolute Zahlen darüber, wie viele Kinder bzw. Familien mit psychisch erkranktem Elternteil in Deutschland leben, gibt es nicht, die verschiedenen durchgeführten Studien weisen jedoch darauf hin, dass es sich dabei weder in der Psychiatrie noch in der Jugendhilfe um Randphänomene handelt und die Zahl vermutlich steigen wird. Psychische Erkrankungen wirken immer auf die gesamte Familie. Die Belastungen in den Familien sind sehr unterschiedlich, weil die Krankheitsverläufe sehr individuell sind. Auswirkungen im Alltag sind meist schon lange vor der Diagnosestellung bemerkbar, wenn ein merkwürdiges Verhalten des Erkrankten den Tagesablauf stört. Konflikt- und Trennungserfahrungen der verschiedensten Arten sind sehr häufig, psychosoziale Probleme und eine Verschlechterung der finanziellen und materiellen Situation werden durch Isolation und Stigmatisierung noch verschärft. Viele Familien können andererseits Ressourcen aus dem familiären und sozialen Umfeld aktivieren oder mit Leistungen der Jugendhilfe ihren Alltag meistern. Auf diese Weise kompensieren sie Einschränkungen in der Erziehungsfähigkeit, die für Sorgerechtsentscheidungen eine tragende Rolle spielt. Wie die meisten internationalen rechtlichen Bestimmungen setzt auch Deutschland die Forderungen der UN Kinderrechtskonvention nach dem Recht des Kindes sowohl auf Verbleib des Kindes in der Familie als auch auf Wohlergehen und die Forderung der Europäischen Menschenrechtskonvention nach dem Recht auf Gründung einer Familie in den Gesetzen um, indem Unterstützung für Familien bereitgestellt wird und bei Gefährdung des Kindeswohls Interventionen nach dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit vorgesehen sind.

4.3.2 Die Eltern

4.3.2.1 Der erkrankte Elternteil

Bauer und Lüders (1998, S. 192) stellten in ihrer Untersuchung von stationär behandelten Müttern mit Schizophrenie fest, dass 91% von ihnen im Laufe ihres Lebens mindestens einmal geheiratet haben, aber 40% dieser Ehen wieder auseinander gegangen sind. 80% der Kinder sind vor oder während der erstmaligen Erkrankung geboren worden, der überwiegende Teil von ihnen ist in der (erweiterten) Familie aufgewachsen. Mehr als die Hälfte der Mütter wurde von ihren Kindern getrennt, knapp 40% leben mit ihnen zusammen. In der Studie von Lenz (2005, S. 41) lebten sogar 77% der Mütter mit ihren Kindern zusammen. Obwohl viele Mütter Schulabschluss haben, sind sehr viele von ihnen aktuell erwerbslos (60 bis 77%). Dies mag damit zusammenhängen, dass nach dem traditionellen Rollenbild der Lebensmittelpunkt der Frau die Familie ist, sodass die Mütter eher nach einer Trennung eine berufliche Rehabilitation anstreben (vgl. Bauer & Lüders 1998, S. 192; Tergeist 1993, S. 180, S. 182 f.).

In mehreren Studien wurden fokussierte Gruppeninterviews und Einzelinterviews mit psychisch erkrankten Müttern durchgeführt, deren Ergebnisse und Hauptthemen folgende sind:

- Das wichtigste Thema für psychisch kranke Mütter ist ihre Mutterrolle, also Sorgen und Freude in Verbindung mit einer Schwangerschaft und den Kindern. Schwangerschaften sind meistens ungeplant, problematisch ist die medikamentöse Behandlung, die die Frauen in das Dilemma versetzt, ihre eigene psychische Gesundheit gegen eine evtl. Schädigung des Fötus abzuwägen, wobei allerdings auch eine unbehandelte psychische Erkrankung das Ungeborene schädigen kann. Ähnliches gilt für das Stillen des Babys. Da viele Medikamente heute relativ sicher sind, ist es besser für die Babys, wenn ihre Mütter sich behandeln lassen. Ist das Kind auf der Welt, machen sich viele Mütter Gedanken darüber, wer für das Kind sorgt, wenn sie selbst wieder akut erkranken. Insbesondere fürchten sie, das Sorgerecht zu verlieren, wenn sie während Akutphasen ihr Kind freiwillig in Pflege geben. Die Angst davor, dass ihnen die Kinder weggenommen werden, ist allgegenwärtig und stellt eine sehr große Belastung dar, hinzu kommt die Angst davor, dass die Kinder ebenfalls erkranken könnten. Die Bedeutung der Kinder ist für psychisch kranke Mütter die gleiche wie für gesunde Eltern, es geht um Liebe, Freude, Glück, Lebenssinn, Identität und Stärkung des Selbstwertgefühls durch Erfüllung der basalen emotionalen

Bedürfnisse nach Sorge, Verantwortung, Nähe und Wärme. Auch wenn manche der Gewinne durch Stress, Erschöpfung und Schwierigkeiten wieder verrechnet werden, wollen sie die Beziehung zu den Kindern aufrechterhalten, egal was passiert.

- In engem Zusammenhang mit der Mutterrolle steht das Thema der Verletzlichkeit und Überforderung: viele Frauen fühlen sich kraftlos und angreifbar und zweifeln an ihrer Eltern- und Erziehungskompetenz. Zusätzlich zum Erziehungsstress macht ihnen das Gefühl zu schaffen, dass psychische Krankheit mit Kindesmissbrauch gleichgesetzt wird und dass alle Probleme des Kindes den Eltern zugeschrieben werden.
- Verlust-/ Trennungserlebnisse sind bereits vor der Diagnose weitverbreitet. Es wird vom Verlust des Arbeitsplatzes und von Trennungen in Beziehungen und von den Kindern berichtet.
- Ein Klinikaufenthalt wird oft mit dem „Trauma der Hospitalisation“ in Zusammenhang gebracht.
- Zum Thema Stigmatisierung schildern viele Mütter ihre Angst, dass die Leute herausfinden, dass sie psychisch krank sind, denn sie haben schon oft Ablehnung und Kritik erfahren.
- Auf diese Weise auch von der Familie sozial isoliert fällt es insbesondere den Müttern in Ein-Eltern-Familien schwer, ohne Pause für ihre Kinder da zu sein.
- Mit psychiatrischen Einrichtungen sind einige Frauen unzufrieden, da das medizinische Personal bzw. die Case Manager ständig wechseln. Außerdem konzentrieren sich Helfer nur auf die Erkrankung, sodass weder die Patientin als Frau noch ihre Beziehung zum Kind wahrgenommen wird, was Auswirkungen auf ihr Selbstbild hat. Hier zeigen sich die Auswirkungen der Dominanz des medizinischen Modells und dessen Verbindlichkeit mit seinen Behandlungsmethoden und –zielen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Lebensqualität einer Frau mit psychischer Störung durch die Erkrankung *oder deren Behandlung* ernsthaft beschädigt werden kann (vgl. Seeman 2004, S. 163 f.; Seeman & Seeman 2004, S. 241 f., S. 245; Seneviratne & Conroy 2004, S. 123; Bassett, Lampe & Lloyd 1999, S. 600 ff.; Chernomas, Clarke & Chisholm 2000, S. 1518 f.; Lenz 2005, S. 53; Schone & Wagenblass 2002, S. 13; Wagenblass 2002; Mattejat 2004; Sommer, Zoller & Felder 2001, S. 499 f.).

Schaut man sich Beschreibungen der Symptome psychischer Störungen an, wird man feststellen, dass viele dieser Symptome die Elternfunktion einschränken: verringerte

Energie, Stimmungsschwankungen, Unaufmerksamkeit, Missbilligung, Feindseligkeit gegenüber dem Kind und wenig Freude am Zusammensein mit ihm, magisches Denken, wahnhaft oder halluzinatorische Überzeugungssysteme und andere Symptome verhindern die Durchsetzung angemessener Regeln, Struktur und Führung, beeinträchtigen die elterliche Interpretation der fähigkeitsangemessenen Verantwortung des Kindes, Problemlösefähigkeiten und Kommunikation und verhindern durch unvorhersagbares und unangemessenes Verhalten den Aufbau kontinuierlich stärkender, positiver und liebevoller Beziehungen. Das Bewusstsein darüber wirkt wiederum als Stressfaktor für den erkrankten Elternteil, indem es Schuldgefühle und Ängste verstärkt, wodurch sich die Erkrankung verschlechtern kann, wenn keine kompensatorische Bezugsperson zur Verfügung steht. Im Umgang mit Säuglingen führen mangelnde Feinfühligkeit und Unsicherheit bei der Deutung kindlicher Signale zu Zweifeln an der eigenen Erziehungskompetenz und Verstärkung von Schuldgefühlen, sowie auf Seiten der Kinder zu einer Einschränkung des Explorationsverhaltens bzw. zu einer unsicheren Bindung (i.S. der Bindungstheorie nach Bowlby, vgl. S. 147) (vgl. Remschmidt & Mattejat 1994b, S. 86 f.; Wüthrich, Mattejat & Remschmidt 1997, S. 143 bezugnehmend auf Downey 1990; Seneviratne & Conroy 2004, S. 123; Göpfert, Webster & Nelki 2004a, S. 69; Seeman & Göpfert 2004, S. 12; Adshead, Falkov & Göpfert 2004, S. 221; Lenz 2005, S. 34, S. 54; Lenz 2005, S. 36 bezugnehmend auf Gärtner 1999 und Pirovino 1999).

Vor diesem Hintergrund wurden einige Studien durchgeführt, die die Qualität der Erziehung von Müttern mit Depression, Müttern mit Schizophrenie und Kontrollmüttern untersuchten. Rutter & Quinton kamen 1984 (S. 858) zu dem Ergebnis, dass zwischen den Gruppen überraschend wenig Unterschiede bestanden, d.h., dass erkrankte Mütter genauso liebevoll gegenüber ihren Kindern sind, wie andere Mütter, die in einer vergleichbar sozial benachteiligten Gegend leben. In anderen Studien wurden jedoch deutliche Unterschiede gefunden, insbesondere bei schweren oder chronischen Erkrankungen. Mütter mit Depression waren weniger einfühlsam, spontan, glücklich und positiv in der Interaktion, ihre Kinder waren häufiger unsicher gebunden. Allerdings gab es eine große Variationsbreite in der Gruppe der Mütter mit Depression bzgl. der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion. Mütter mit Schizophrenie zeigten die schlechteste Erziehungsqualität, waren zurückgezogen und emotional unbeteiligt gegenüber ihren Kindern, handelten wechselhaft und wenig funktional in der Umsetzung ihrer Erziehungsansätze. Eine Studie erhob zusätzlich die vergangenen Erlebnisse der Mütter und fand heraus, dass erkrankte Mütter mehr nachteilige Erlebnisse, vor allem in engen Beziehungen, sowie emotionale Probleme

in der Kindheit zu verarbeiten hatten. Es drängte sich der Eindruck auf, dass einige Mütter im Anstreben von Verantwortungsübernahme einen Versuch der Deprivationsreduktion machten, indem sie vor persönlichen Problemen und schlechten Berufsaussichten flüchteten, heirateten und Kinder bekamen, was sie jedoch vor noch größere Anforderungen stellte (vgl. Brennan, Hammen, Andersen, Bor, Najman & Williams 2000, S. 760 beziehungsweise auf Campbell, Cohn & Meyers 1995, Frankel & Harmon 1996, Teti, Gelfand, Messinger & Isabella 1995; Sameroff, Barocas & Seifer 1984, S. 499; Goodman & Brumley 1990, S. 37; Wiefel & Lehmkuhl 2004; Cox, Puckering, Pound & Mills 1987, S. 917; Pound, Cox, Puckering & Mills 1984, 4 ff.). Insgesamt lässt sich feststellen, dass viele psychisch kranke Frauen kompetente Mütter sind, weitere bei Unterstützung zurechtkommen, aber einige auch stark in ihrer Erziehungsfähigkeit beeinträchtigt sind, während bei anderen Entwicklungsverzögerungen und Temperament-Schwierigkeiten der Kinder Schwierigkeiten bereiten (vgl. Seneviratne & Conroy 2004, S. 130).

In diesem Zusammenhang muss auch auf die ethische Diskussion hingewiesen werden, die trotz des Rechts auf Familiengründung (Europäische Menschenrechtskonvention) geführt wird, denn selbst psychiatrisch Tätige haben (offen und bewusst, manchmal unbewusst) ihre Zweifel, ob die Tendenz, dass Kinder zunehmend bei ihren psychisch kranken Elternteilen leben, erwünscht ist (vgl. Seeman 2004, S. 163). Während früher psychisch kranke Menschen isoliert („weggesperrt“) wurden und ihnen das Recht auf Elternschaft abgesprochen wurde (durch die Isolation war keine Fortpflanzung möglich bzw. wo dies doch „passierte“, z.B. bei sexuellem Missbrauch, wurden die Frauen zur Abtreibung gezwungen oder das Kind wurde getötet, von anderen Familienmitgliedern aufgezogen oder zur Adoption frei gegeben), lassen sich heute folgende Tendenzen beobachten:

- durch die Ambulantisierung der Psychiatrie werden viele Patienten zu Hause versorgt und viele Kinder, die früher fremd untergebracht worden wären, verbleiben in ihrer Ursprungsfamilie, bzw. werden die Kinder lediglich temporär fremd untergebracht, während ihre Herkunftsfamilien befähigt werden,
- im humanistischen Menschenbild stehen die gesunden Anteile des psychisch kranken Menschen im Zentrum,
- die Medikamente zur Behandlung psychischer Erkrankungen beeinträchtigen die Fruchtbarkeit nicht mehr so sehr,

sodass seit den 1980er Jahren der Kinderwunsch von psychisch kranken Frauen immer mehr zum Thema wird. Propping (1989, S. 293 f.) weist auf das Phänomen der Paarungs-

siebung hin, d.h., dass Partner mit einer ähnlichen seelischen Verfassung bevorzugt Bindungen miteinander eingehen, sodass auch die Partner psychisch kranker Menschen überdurchschnittlich häufig psychisch belastet sind, was ihre Funktion als kompensatorische Bezugsperson einschränkt. Gesteht man jedoch auch psychisch kranken oder durch psychische Krankheit bedrohten Menschen das Recht auf Kinder zu, weil sie die meiste Zeit ihres Lebens „nicht weniger gesund (sind) als viele andere seelisch belastete Frauen“, denen niemand das Recht auf Kinder abspricht (Kessel 1993, S. 139), so hat dies Konsequenzen für die Gestaltung der Unterstützungssysteme. Bisher war das Hilfsnetz eindeutig überfordert (obwohl Frauen Hilfe angenommen hätten, gab es keine adäquate Hilfe), drastische Anpassungen an die Bedürfnisse sind notwendig. Schwierigkeiten entstehen zusätzlich durch die eingeschränkte Fähigkeit zur Erfassung komplexer Situationen bei psychotischen Störungen. Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der advokatorischen Ethik nach Brumlik (2004) zu, die zu advokatorischem, d.h. vormundschäftlich vertretendem Handeln im „Interesse von Menschen, die nicht dazu in der Lage sind, diesen selbst nachzugehen“ (S. 161) auffordert. Ziel dieses Handelns muss immer auch sein, die „Mündigkeit“ (i.S. von Autonomie, Selbstverantwortung und Selbstbewusstsein) der vertretenen Person herzustellen, wobei ihre Würde und Integrität stets zu schützen sind (vgl. Brumlik 2004, S. 159 ff.; vgl. McLean, Hearle, & McGrath 2004, S. 333 f.; Kessel 1993, S. 134 f., S. 139; Dörner 2004, S. 9; Davison & Neale 1998, S. 14 f., 17 f.; Pretis & Dimova 2003, S. 33, S. 170; Currier & Simpson 1998 zit. nach Seeman 2004, S. 163; Seeman & Seeman 2004, S. 243; Statistisches Bundesamt 1998a, S. 215; Propping 1989, S. 297 – 304).

4.3.2.2 Der gesunde Elternteil

Creer & Wing (1989) befragten die Angehörigen (nicht nur die Partner) von psychisch erkrankten Menschen nach ihren Problemen und Sorgen im Alltag mit dem Patienten. Beinahe die Hälfte von ihnen hält die Auswirkungen der Erkrankung für schwerwiegend oder sehr schwerwiegend (S. 124). Ob dies im Sinne einer „Ansteckungstheorie“, bei der die Erkrankung in einem Partner fehlangepasste Muster ehelicher Interaktion oder Stress als Ursache für die Entwicklung einer Funktionsstörung im anderen auslöst, der Grund dafür ist, dass die Partner psychisch kranker Menschen signifikant häufiger ebenfalls psychische Störungen zeigen, oder ob dies auf Paarungssiebung zurückzuführen ist, ist nicht geklärt (vgl. Rutter & Quinton 1984, S. 857, S. 863; Merikangas et al. 1988 zit. nach Remschmidt & Mattejat 1994b, S. 65). Angehörige psychisch kranker Menschen be-

richten von folgenden Schwierigkeiten (vgl. Creer & Wing 1989, S. 108 f., S. 126 ff.; Schone & Wagenblaus 2002, S. 13; Wagenblaus 2002):

- Emotionale Belastungen: Angst (vor der nächsten Krise, vor den Reaktionen des Partners, vor der Zukunft), Schuldgefühle, Depressionen, Gereiztheit und Verärgerung, Erschöpfung (Beschreibung des Verhaltens als „unheimlich“ und „anstrengend“) und Überlastung durch gleichzeitige Betreuung des Partners, Erziehung der Kinder und Organisation des Alltags sowie Unsicherheit im Umgang mit Verhaltensweisen (diese Unsicherheiten sind geringer, wenn die Angehörigen gelernt hatten, mit der Erkrankung umzugehen bzw. wenn problematische Situationen vorhersehbar sind).
- Konflikte innerhalb der Familie, auch mit weiteren Verwandten, die sich vor den Kopf gestoßen fühlen.
- Probleme im weiteren sozialen Feld, wenn die Arbeit in Mitleidenschaft gezogen wird oder das gesellschaftliche Leben eingeschränkt ist.

Die Reaktion der Partner auf diese Belastungen ist sehr verschieden: einige bauen eine intensivere Beziehung zu den Kindern auf, sodass sie als Quelle alternativer Unterstützung wirken können und übernehmen viele kompensatorische Funktionen, andere sind in der Sorge um den Partner derart überlastet, dass keine Ressourcen mehr für die Bedürfnisse der Kinder frei sind und sie den Beruf vernachlässigen, wodurch finanzielle Probleme drohen. Wieder andere verlassen die Familie oder, was noch schlimmer ist, stellen eine direkte Gefahr für den Partner oder die Kinder dar, wenn Misshandlung und Gewalt ins Spiel kommen (vgl. Adshead, Falkov & Göpfert 2004, S. 230; Gundelfinger 1997, S. 148).

4.3.2.3 Das Elternpaar

Probleme, die beide Elternteile betreffen, können sich einerseits aus der Krankheitsbewältigung und andererseits aus der Beziehungsgestaltung ergeben. Handlungsrationale durch Kalkulation bezieht sich auf die Indikatoren, mit denen beschrieben wird, was als rational gilt. Unter Berücksichtigung von Risikoabwägung und Werterwartungswahrscheinlichkeit ergeben sich Handlungsstrategien. Kühnel und Bilke (2004, S. 70) beobachten, dass die erste Strategie vieler Eltern in der Hoffnung auf schnelle Überwindung der Erkrankung und Wiederkehr der Normalität besteht. Obwohl die Eltern Belastungen in der Anfangsphase der Erkrankung zwar wahrnehmen, rücken die Kinder oft aus dem Blickfeld, da die Eltern mit der Dynamik in der Beziehungsgestaltung beschäftigt sind. Schreitet der Krankheitsverlauf weiter fort, bemerken die Eltern auch die Probleme der

Kinder wieder, können jedoch nicht unterscheiden, ob es sich um normale entwicklungs-spezifische Merkmale oder „echte“ Verhaltensstörungen handelt, da ihnen fachspezifische Informationen fehlen. Lude und Kriesel (2004) weisen darauf hin, dass Unsicherheit bzgl. der Erziehungskompetenz, Schuldgefühle, Überlastung und Angst vor der Wegnahme der Kinder oft zu dem Versuch, unauffällig zu bleiben, und damit zu Verleugnung der Krankheit, d.h. auch Tabuisierung, führen. Mattejat (2001, S. 95; vgl. auch Mattejat 2004) hingegen beschreibt auch das gegenteilige Phänomen, also dass es zu einer Überbetonung und Fixierung auf die Erkrankung, sowie neben Über- auch zu Unterforderung im beruflichen wie familiären Alltag kommen kann. Die Art der Krankheitsbewältigung wirkt sich auf die Gestaltung der Beziehungen, nicht nur innerhalb der Familie, sondern auch zu weiteren Angehörigen, Freunden und Kollegen aus, die sowohl durch Anklammern wie auch soziale Isolation irritiert und verunsichert werden und ihrerseits entweder mit emotionaler Überreaktion oder Resignation bzw. einer Reaktion, die zwischen den beiden Polen dieses Kontinuums liegt, antworten (vgl. Mattejat 2001, S. 95; Mattejat 2004). In der Paarbeziehung lassen sich deutlich häufiger Spannungen und Streit, sowie ein Scheitern der Beziehung beobachten, insbesondere, wenn die Erkrankung länger andauert. Die Qualität der Beziehungsgestaltung und die Rollenverteilung der Partner wiederum wirkt auf die Anpassung der Familie während der Zeit der Erkrankung zurück. Neben der Erkrankung selbst haben auch diese Vorgänge einen großen Einfluss auf das Kind und die Gestaltung der Beziehungsqualität zu ihm (vgl. Rutter 1966, S. 110; Rutter & Quinton 1984, S. 857, S. 862).

4.3.2.4 Zusammenfassung

Fast alle psychisch erkrankten Mütter haben im Laufe ihres Lebens geheiratet, sehr viele dieser Ehen sind jedoch wieder auseinander gegangen. Viele leben dennoch mit ihren Kindern zusammen. Erwerbslosigkeit ist ein weit verbreitetes Problem, das wichtigste Thema, das die erkrankten Elternteile beschäftigt, ist jedoch ihre Rolle als Mutter bzw. Vater. Die Angst vor dem Verlust des Sorgerechts und das Dilemma der medikamentösen Behandlung schränken die Bedeutung des Kindes für sie nicht ein. Weitere Themen sind Überforderung, Verlusterlebnisse, Stigmatisierung und Ablehnung. In der Frage der Erziehungsqualität gibt es große Variationsbreiten auch innerhalb der Diagnosegruppen: viele psychisch kranke Frauen sind kompetente Mütter, einige können ihren Alltag mit Unterstützung meistern, andere sind in ihrer Erziehungsfähigkeit jedoch sehr stark eingeschränkt. Die ethische Diskussion, ob psychisch kranken Menschen überhaupt das Recht auf Weitergabe von Leben und verantwortungsfähige Elternschaft zugesprochen wird, ist

trotz Menschenrechtskonvention noch längst nicht abgeschlossen, und ihre Antwort hat Konsequenzen für die Gestaltung der Unterstützungssysteme. Die gesunden Elternteile sind von ähnlichen Belastungen betroffen wie der erkrankte Elternteil selbst: emotionale Probleme, Konflikte innerhalb der (erweiterten) Familie und Probleme im weiteren sozialen Feld. Ihre Reaktion ist sehr verschieden und reicht von erfolgreichem kompensatorischem Engagement über Verlassen der Familie bis hin zu direkter Gefahr in Form von Gewalttätigkeit. Auf der Paarebene beeinflussen sich Krankheitsbewältigung und Beziehungsgestaltung gegenseitig, ungünstige Bewältigungsstrategien und Spannungen in der Beziehung sind überdurchschnittlich häufig zu beobachten.

4.3.3 *Die Kinder*

4.3.3.1 Forschungsrichtungen

Die Ursprungsfrage der medizinischen Forschung wurde von Freud (ähnlich auch von E. Grünberg) so formuliert: „Wer wird warum und unter welchen Bedingungen krank?“ und durch „warum gerade jetzt?“ ergänzt, um die auslösende Situation einer Erkrankung mittels biografischer Anamnesen, die Belastungsfaktoren zeigen, zu finden (vgl. Csef 2004, S. 52; Garmezy 1984, S. 213 f.). Spezieller kann man fragen: „Wodurch und warum werden Menschen psychisch krank? Welche Mechanismen und Prozesse wirken beim Übergang aus dem gesunden Zustand in eine ausgeprägte psychische Erkrankung? Was hält sie gesund, was schützt sie vor der Manifestation einer psychischen Erkrankung?“ Hieraus entwickelte sich die Geneseforschung, die mit der Suche nach pathogenen Faktoren eine lange Tradition hat. Demgegenüber ist die Suche nach protektiven Faktoren relativ neu, trägt jedoch ebenso zur Entwicklung von Prävention und Prophylaxe bei, um gefährdete Personen vor der Manifestation einer Krankheit schützen (vgl. Csef 2004, S. 51; Garmezy 1984, S. 214). Die Handlungsziele, auf die sich Prävention, die immer auch eine Intervention darstellt, richten, sind auf diese Weise durch die Tradition der Forschung vorkonstruiert.

In den Sozialwissenschaften ist ein wichtiger Paradigmenwechsel zu beobachten: krankheitszentrierte Modelle der Pathogenese (Entstehung und Behandlung von Krankheiten) wurden gegen gesundheitsbezogene und ressourcenorientierte Modelle der Salutogenese (Krankheitsvorsorge, Gesundheitsförderung) eingetauscht (vgl. Laucht, Schmidt & Esser 2000, S. 104 mit Bezug auf Antonovsky 1997, Opp et al. 1999). Die Ursache für die bisherige Vernachlässigung der Salutogenese ist ein methodisches Problem: Krankheit ist einfacher feststellbar als Gesundheit („Ein gesunder Mensch ist ein Patient, der noch nicht

vollständig diagnostiziert ist.“ (Meador 1994 zit. nach Csef 2004, S. 57)). Ebenso ist es schwieriger, die Schutzfaktoren zu benennen als die Risikofaktoren. Einige Ansätze, wie die Stressforschung, Salutogenese, Resilienzforschung u.a., haben jedoch bereits methodische Zugänge eröffnet (vgl. Csef 2004, S.57 f.).

Neben dem wissenschaftlichen Interesse am Thema Kinder psychisch Kranker steht in praktischer Hinsicht die Prävention im Mittelpunkt des Interesses (vgl. Mattejat 2001, S. 491). Hier lautet die Grundfrage: werden Kinder psychisch Kranker in ihrem Verhalten oder in ihrer Persönlichkeitsstruktur durch die elterliche Erkrankung beeinträchtigt (vgl. Remschmidt 1980a, S. 50)? Dazu lassen sich aus verschiedenen Forschungsrichtungen mit ihren unterschiedlichen Methoden für eine Handlungszielerreichung Ergebnisse und Antworten finden:

- genetische Forschung,
- Traumaforschung,
- Risikoforschung,
- Vulnerabilitätsforschung,
- Salutogenese und Resilienzforschung,
- Familientheoretische Forschungsansätze,
- Bindungsforschung,
- Coping- und Stressforschung,
- Qualitative Analysen des subjektiven Erlebens der Betroffenen.

In dieser Liste fehlt weitestgehend die Sozialpädagogische Forschung. Bisher gibt es lediglich zwei Forschungsprojekte in dieser Richtung: die Untersuchung von Schone und Wagenblass (veröffentlicht 2002) und die Untersuchung von Lenz (veröffentlicht 2005).

Im folgenden sollen die einzelnen Forschungsrichtungen kurz vorgestellt werden.

Genetische Forschung

Zur genetischen Forschung gehört z.B. die Familienforschung, die familiäre Häufungen bestimmter Phänomene (hier: psychische Erkrankungen) untersucht. Ziel dieser Forschungsrichtung ist die Entdeckung eines auslösenden Gens. In Familienstudien wird die familiäre Häufung psychischer Erkrankungen deutlich, Adoptionsstudien zeigen, dass

biologische Verwandtschaft bedeutender ist als (Adoptions-) Beziehungen (vgl. Wüthrich, Mattejat & Remschmidt 1997, S. 142). Auf der anderen Seite spricht das Fehlen einer Korrelation zwischen dem Typ der elterlichen und dem Typ der kindlichen Erkrankung gegen eine genetische Verbindung (vgl. Rutter 1966, S. 98), sodass man insgesamt davon ausgehen kann, dass genetische Faktoren zwar eine Rolle spielen, aber nur teilweise die Transmission der Erkrankung erklären können. Zudem stellt im Vergleich zur genetischen Evolution die kulturelle Evolution Individuen wesentlich häufiger und schneller vor Krisen, auf die sie mit der Entwicklung von Bewältigungsstrategien reagieren müssen, während sich die genetische Ausstattung des Menschen in den letzten 40.000 Jahren nur unerheblich verändert hat.

Traumaforschung

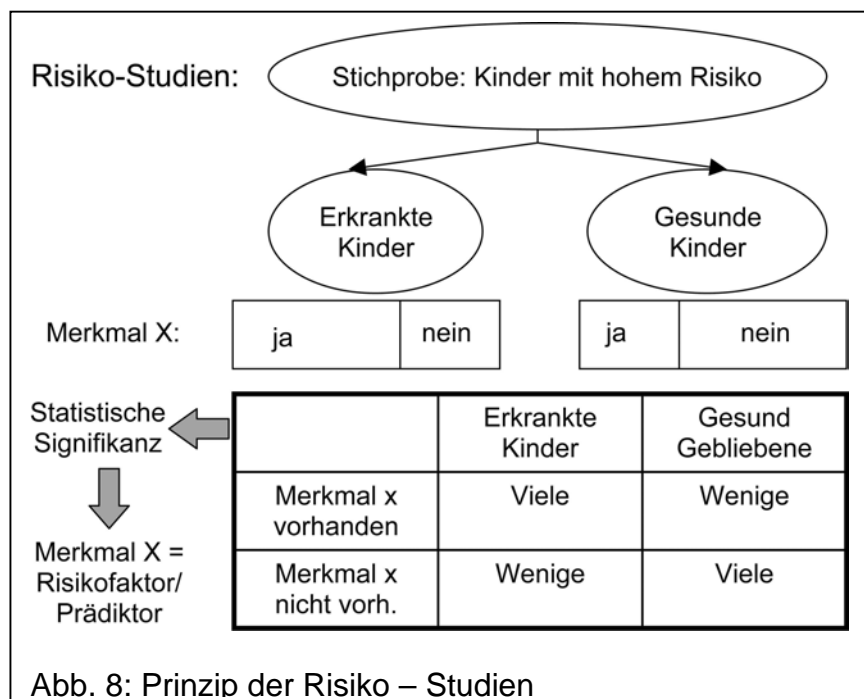
Die Traumaforschung geht davon aus, dass eine Trennung von der Mutter zu einer Beeinträchtigung der psychischen Entwicklung führt. In der Folge dieser Forschung entstand eine Überbetonung der Mutter-Kind-Beziehung in der Art, dass der Mutter die Schuld an einer Erkrankung des Kindes zugeschrieben wurde („psychotoxische Mutter“). Später schlug dies um, und die bösen bzw. abwesenden Väter wurden zur Hauptursache erklärt, was eine ebenso einseitige Zuschreibung ist (vgl. Csef 2004, S. 54).

Risikoforschung

Ziel der Risikoforschung ist die Benennung des Risikos der Kinder psychisch Kranker, selbst zu erkranken, eine genaue Beschreibung von Gruppen mit hohem Erkrankungsrisiko und eine Beschreibung der spezifischen Merkmale dieser Gruppen. Unter dieser Zielvorgabe werden die Auswirkungen elterlicher Krankheit auf das Kind und die Entwicklung des Kindes unter diesen Umständen untersucht. Dadurch sollen Risikofaktoren für die Entwicklung des Kindes gefunden und darauf aufbauend Präventionsmaßnahmen entwickelt werden (vgl. Laucht, Schmidt & Esser 2000, S. 97 f.; Küchenhoff 2004a, S. 107; Lenz 2005, S. 13; Schone & Wagenblass 2002, S. 21; Remschmidt & Mattejat 1994b, S. 14; Remschmidt & Mattejat 1994a, S. 295). Abbildung 8 zeigt die Vorgehensweise bei Risikostudien: weist die stochastische Wahrscheinlichkeit, die zwischen 0 und 100% liegt, für das untersuchte Merkmal statistische Signifikanz auf, so gilt es als Risikofaktor oder Prädiktor.

Ernst erkannte 1978 die Schwierigkeiten der einwandfreien Messung der Belastungen und führte daher eine vorwissenschaftliche Studie mit illustrierenden Beispielen durch. In den 1970er Jahren wurde einige Kritik an den Ansätzen der Risikoforschung geübt.

Bleuler bemängelte zum Beispiel, dass die Forscher eher die abweichenden Aspekte des Verhaltens der Kinder untersuchten. Er selbst beobachtete eher die guten bzw. normalen Aspekte, vor allem auch über einen längeren Zeitraum hinweg, daher kannte er die Familien gut. Eines seiner wichtigsten Ergebnisse ist, dass selbst zwei schizophrene Elternteile nicht die Erkrankung des Kindes determinieren. Insgesamt blieben ca. drei Viertel der beobachteten Kinder gesund. Eine psychische Erkrankung eines Elternteil stellt also zwar eine Gefährdung für das Kind dar, aber keine Determinante! Bleuler legte auch seinen Forscherkollegen ans Herz, die von ihm entwickelte Methode anzuwenden (Untersuchung über einen längeren Zeitraum und Suche nach gesunden Aspekten). Anthony nahm die Gedanken von Bleuler auf und plante für seine Forschungsprojekte einen längerfristigen Kontakt zu den Probanden ein, um ein Forschungsbündnis zu schließen, das Hilfe mit einbezieht. Auch er stellt fest, dass die Behauptung, gestörte Eltern bringen immer gestörte Kinder hervor, den komplexen Sachverhalt simplifiziert (vgl. Sollberger 2000, S. 19, S. 25 f.; Anthony 1980, S. 13).



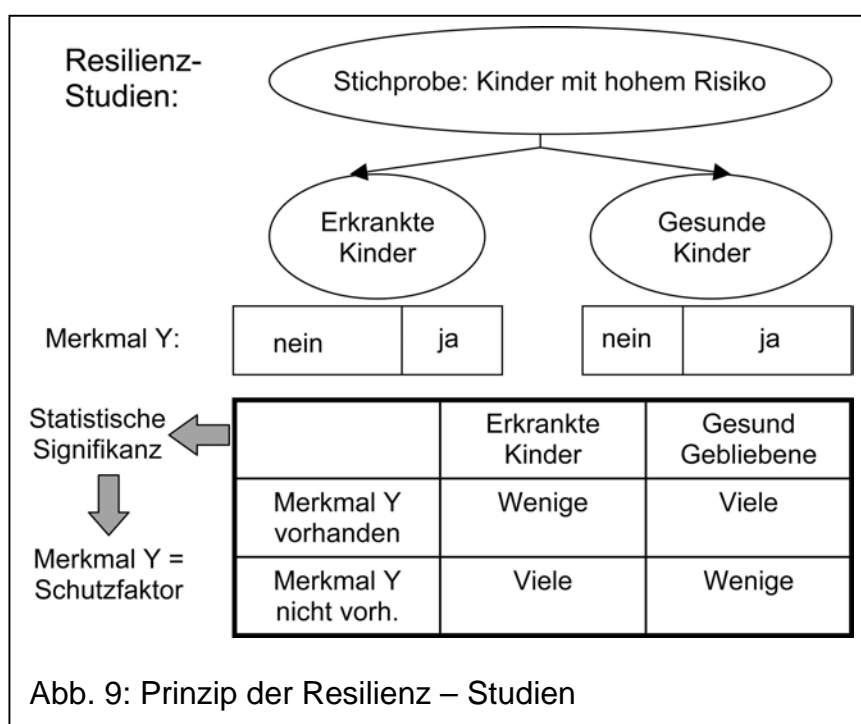
Ein weiterer wichtiger Kritikpunkt an den bisherigen Methoden ist, dass die Forscher voreingenommen (entweder bzgl. genetischer oder Umwelthypothese) sind und daher mit verschärftem Blick beobachten, was zu einer self-fulfilling prophecy führt. Auf der anderen Seite ist jedoch auch das „unbefangene Auge“ eine Illusion, da eine theoriefreie Beobachtung nicht möglich ist. Außerdem verfälschen Fremdheitsängste, verursacht durch eine einmalige Untersuchung der Probanden, das Ergebnis in eine negative bzw. krankhafte

Richtung. Das Phänomen der Unverletzlichkeit (invulnerability) kann jedoch genetische und umweltbezogene Erwartungen bzgl. der Übertragung von psychischen Krankheiten enttäuschen (vgl. Anthony 1980, S. 12 f.).

Neuere Kritik an der Risikoforschung stammt von Sollberger (2000) und Küchenhoff (1997). Nach ihrer Ansicht sind Mednick und Schulsinger sowie Renschmidt und Mattejat als Vertreter der Risikoforschung psychopathologischen Blickverengungen verhaftet: das Verhalten der Kinder (Ängste, Weglaufen etc.) wird dabei nicht als produktiver Versuch eines angebrachten Verhaltens des Kindes gewertet, sondern als psychopathologisches Symptom (Sollberger 2000, S. 23 f.). Sollberger (2000, S. 26) fordert, jeweils die Umstände zu berücksichtigen, da Belastungen nicht nur durch das Zusammenleben mit psychisch kranken Eltern entstehen können, sondern auch durch die Trennung von ihnen, sowie ein Zusammenleben mit psychisch kranken Eltern auch Möglichkeiten und Chancen beinhaltet.

Vulnerabilitätsforschung

Wichtigster Vertreter der Vulnerabilitätsforschung ist E. James Anthony, der in den 1970er und 1980er Jahren einige bedeutsame Publikationen veröffentlicht hat. Das Ziel dieser Forschungsrichtung ist die Identifikation von Frühsymptomen zur Entwicklung präventiver Maßnahmen.



Salutogenese und Resilienzforschung

In den 1980er Jahren baute Aharon Antonovsky mit seinem Werk zur „Entmystifizierung der Gesundheit“ die Denkweise der Salutogenese auf, die dann zur Resilienzforschung weiterentwickelt wurde. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang die sehr bedeutsame Kauai-Studie von Emmy Werner und ihren Mitarbeitern, bei der ein kompletter Geburtenjahrgang der Insel Kauai (Hawaii, USA) von der Geburt bis ins Erwachsenenalter beobachtet wurde. Die Kernfrage dieses Forschungsansatzes lautet: warum bleiben manche Personen bei Belastungen gesund, während andere dabei besonders anfällig sind? Hiervon geleitet macht man sich auf die Suche nach Schutzfaktoren und Widerstandsressourcen. Abbildung 9 zeigt die Vorgehensweise dazu.

Zusammenhang zwischen Risiko-, Vulnerabilitäts- und Resilienzforschung

Die Liste der protektiven Faktoren klingt für Risikoforscher sehr vertraut, denn es handelt sich meist um die Gegensätze zu Risikofaktoren (z.B. hohes Selbstwertgefühl schützt, niedriges ist ein Risiko). Die Einführung der Schutzfaktoren bringt die Forschung daher nur weiter, wenn man zusätzlich fragt: Warum und wie schaffen es einige Menschen, angesichts derselben Widrigkeiten ein hohes Selbstwertgefühl aufrecht zu erhalten, während andere aufgeben und die Hoffnung verlieren? (vgl. Rutter 1987, S. 316 f.)

Resilienzforschung befasst sich mit individuellen Variationen im Umgang mit Risiken, daher kann Resilienz nicht als feste Eigenschaft eines Individuums gesehen werden, sondern sie verändert sich im Laufe der Zeit, da sie einerseits mit individuellen, familiären und Umwelt-Faktoren zusammenhängt, die sich verändern, und andererseits auf der Erfahrung bisheriger Bewältigung und der Art der Bindungsbeziehung (i.S. der Bindungstheorie nach Bowlby, vgl. S. 147) aufbaut. Die Konzepte der vulnerablen und protektiven Prozesse sind spezifischer: hierbei geht es um die Veränderung der Reaktionen einer Person auf Risiken. Vulnerable Prozesse intensivieren, protektive Prozesse schwächen die Reaktion auf einen Faktor, der unter normalen Umständen zu einer Fehlanpassung führen würde, ab. Vulnerabilität und Protektion sind negativer und positiver Pol desselben Konzepts, ihre Effekte nur sichtbar in Kombination mit Risikovariablen. Weiterhin sind die Begriffe „Prozess“ und „Mechanismus“ den Begriffen „Variable“ und „Faktor“ vorzuziehen, weil jede einzelne Variable als Risikofaktor in der einen, aber als Vulnerabilitätsfaktor in einer anderen Situation wirken kann. Der Prozess oder Mechanismus, nicht die Variable, bestimmen also die Funktion, z.B. wirkt Jobverlust als Risikofaktor für Depression, Arbeitslosigkeit hingegen als Vulnerabilitätsfaktor in Zusammenhang mit anderen bedrohlichen

Life Events (vgl. Rutter 1987, S. 317; Werner-Jacobsen 2001, S.43; Werner 1989, S. 80; Lenz 2005, S. 17; Laucht, Schmidt & Esser 2000, S. 103 f.; Rutter 2000 zit. nach Pretis & Dimova 2003, S. 171; Pretis & Dimova 2004, S. 30 ff.; Tress 1987 zitiert nach Csef 2004, S. 61).

Familientheoretische Forschungsansätze

Die Basis dieses Ansatzes bildet das psychoreaktive Modell der Psychose-Entstehung, das besagt, dass die Psychose ein „Ausdruck von pathologischen Interaktionsmustern“ ist, sodass Aspekte der Familiendynamik berücksichtigt werden müssen (Mattejat 2004, S. 68; Mattejat 1980, S. 121). Um 1970 wurde z.B. die Entstehung von Schizophrenie anhand paradoxer Interventionen und Interaktionsregulationen postuliert. Die Forschung innerhalb des familientheoretischen Ansatzes konnte einige relevante Befunde liefern. Manifestation und Verlauf einer psychischen Erkrankung und damit auch die Auswirkungen auf die Kinder der Familie sind abhängig von belastenden Lebensereignissen (insbesondere von Personenverlusten und Trennungen) sowie dem emotionalen Interaktionsstil in der Familie (negativ wirkt sich ein hohes Maß an Feindseligkeit sowie auch Überprotektivität aus) (vgl. Mattejat 2004, S. 68; Remschmidt & Mattejat 1994a, S. 296). Untersuchungen zum Interaktionsverhalten zwischen erkrankter Mutter und ihrem Kind zeigen, dass diese Beziehungen in mehrerer Hinsicht oft ungewöhnlich sind, z.B. sind positive Interaktionen wenig wahrscheinlich. Dies hängt damit zusammen, dass ein Symptom der Depression eine generalisierte negative Einstellung zu sich und anderen ist, die auch gegenüber dem Kind herrscht (vgl. Remschmidt & Mattejat 1994b, S. 86 ff.; Mattejat 1980, S. 129 beziehend auf Mishler & Waxler 1968). Andererseits muss das Ausmaß der elterlichen Kommunikationsabweichungen nicht dringend mit dem Ausmaß ihrer psychischen Störungen korrelieren (vgl. Mattejat 1980, S. 122 beziehend auf Wynne et al. 1977, S. 147).

Bindungsforschung

Als Begründer der Bindungstheorie gilt John Bowlby. Er geht davon aus, dass die Bindung ein spezifisches Verhaltenssystem zwischen zwei Personen ist, von denen eine abhängig von der anderen (Bindungs-)Person ist. Dieses Verhaltenssystem wird aktiviert, wenn sich die abhängige Person bedroht fühlt: die Personen rücken näher zusammen, Stress wird reduziert und das Bindungssystem wieder deaktiviert. Eine sichere Bindung gilt als Ergebnis davon, dass die Bindungsperson als sichere Basis für das Kind dient, um die Welt zu erkunden, wenn es sich nicht bedroht fühlt. Dies ermöglicht die kindliche Ent-

wicklung und die Aneignung internaler psychologischer Repräsentationen (sogenannte interne Arbeitsmodelle) von seinem eigenen Wert und der Sicht der anderen. Hier bilden sich Erwartungen über Betreuer und ihr Verhalten in Gefahrensituationen. Betreuer, die selbst ein sicheres Arbeitsmodell von sich als Betreuer und als Betreute haben, bieten Kindern meist eine sichere Basis (vgl. Adshead, Falkov & Göpfert 2004, S. 223 f. mit Bezug auf Bowlby 1969; Wiefel & Lehmkuhl 2004; Hill 2004, S. 50).

Entscheidend für die spätere Entwicklung des Kindes ist die Art des Bindungsstils, der zwischen dem 12. und 18. Lebensmonat entwickelt wird. Dieser kann sicher oder unsicher sein, wobei ein sicherer Bindungsstil als Schutzfaktor gilt und ein unsicherer Bindungsstil als Risikofaktor (vgl. Csef 2004, S. 62 mit Bezug auf Egle et. al 2002, Grossmann & Becker-Stoll 2003, Küfner 1989).

Coping- und Stressforschung

Wang und Mitarbeiter stellten 1998 fest, dass sich Resilienzfaktoren und Risikofaktoren nicht unbedingt im 1:1-Verhältnis ausgleichen. Die Ausgleichsbeziehung zwischen bestimmten Faktoren ist nicht bekannt, aber man geht davon aus, dass ein Faktor möglicherweise mehrere andere beeinflusst und umgekehrt (vgl. Pretis & Dimova 2004, S. 73 f.). Die erste Lebensereignis-Checkliste, die verschiedene Life-Events und ihre potentielle Stressbelastung aufzählt, wurde 1967 von Holmes und Rahe vorgelegt und seitdem ständig weiterentwickelt, sodass man heute zwischen erwünschten/ erwarteten und nicht erwünschten/ nicht erwarteten Ereignissen unterscheidet und sekundäre und Mikrostressoren sowie die verschiedenen Lebensbereiche berücksichtigt. Einzelne Lebensereignisse gehen meist mit anderen einher. Außerdem beeinflusst die subjektive Bedeutung der Ereignisse den Grad der individuellen Bedrohung, weitere Moderatoren in der Auseinandersetzung mit Ereignissen sind das Coping- oder Problemlösungsverhalten, das günstig oder ungünstig sein kann, kognitive Faktoren wie Attributionsstil etc., soziale Unterstützung und sonstige Umweltfaktoren (vgl. Essau, Groen & Petermann 2002, S. 59 ff.; Csef 2004, S. 59 f.). Schlemmer (2004) untersuchte den Zusammenhang von Familienereignissen (Trennung der Eltern/ Tod eines Elternteils) und Schulerfolg (sozialemotionales Problemverhalten und Leistungsverhalten). Sie stellte fest, dass Kinder beim Erwerb neuer Sozialkompetenzen in der Folge von Familienereignissen teilweise überfordert sind, weswegen sich sozialemotionales Problemverhalten zeigt. Im biografischen Verlauf zeigten sich abwechselnde Stabilisierungs- und Destabilisierungsphasen. Unterstützung beim Erwerb neuer Kompetenzen ist nicht immer durch die Eltern gegeben, außerdem müssen diese selbst ihre Erziehungskompetenz neu konstruieren bzw. an die neue Situation anpassen.

Auch dies gelingt den Eltern nicht immer, was die wechselnden Phasen von Stabilisierung und Destabilisierung erklärt (vgl. Schlemmer 2004, S. 182 f.).

Qualitative Analysen des subjektiven Erlebens der Betroffenen

Bisher wurden in diesem Feld hauptsächlich Interviews mit erwachsenen Kinder psychisch Kranker geführt, die retrospektiv über ihre Kindheit und Jugend berichtet haben (z.B. Schone & Wagenblass 2002, Dunn 1993, Sollberger 2000). Zusätzlich gibt es auch Interviews mit den psychisch kranken Eltern selbst und mit ihren gesunden Partnern (z.B. Bassett, Lampe & Lloyd 1999, Cowling 2004a). Untersuchungen mit Kindern psychisch Kranker, die aktuell in dieser Situation sind, gibt es nicht viele. Lenz (2005) hat Kinder im Alter von 7 bis 18 Jahren über ihr bisheriges und aktuelles Wahrnehmen und Erleben befragt. Bilsbourough (2004) hat zusammen mit einigen betroffenen Jugendlichen einen Forde­rungskatalog an Professionelle und deren Verhalten ihnen gegenüber zusammengestellt.

4.3.3.2 Ergebnisse aus den drei wichtigsten Forschungsrichtungen

Risikoforschung

Die Risikoforschung legitimiert sich nach Mednick & Schulsinger (1980, S. 35 f.) aus folgender Argumentation: Mit der medizinischen Forschung und der Entwicklung weiterer Behandlungsmethoden ist es gelungen, Schwerstkranke am Leben zu erhalten. Dieser Ansatz ist zwar human und dokumentiert in seiner ethischen Dimension den Anspruch auf Gesundheit, erhöht aber die Gesamtsumme des Leidens durch die Zunahme der Anzahl chronisch Kranker (Paradoxie der Humanität). In diesem Ansatz treffen sich Aussagen über den Menschen und seine Physiologie bzw. Biologie mit Aussagen über seine Menschlichkeit und Humanität, die eine weltanschauungsabhängige Größe ist (vgl. Foucault 1990, S. 47). Die große Anzahl chronisch Kranker, die durch die Medizin geschaffen wurde, stellt eine Belastung für die Gesellschaft dar, was auch politische neben medizinischen Lösungen verlangt. Notwendig sind primärpräventive Ansätze, die bereits eine Krankheitsentstehung vermeiden. Auf dem Gebiet der psychischen Erkrankungen können primärpräventive Ansätze jedoch nicht flächendeckend eingeführt werden (wie z.B. eine Fluorierung des Trinkwassers), sondern müssen auf die Gruppen beschränkt werden, bei denen ein erhöhtes Erkrankungsrisiko gegeben ist. Zur Identifikation dieser Gruppen müssen Beurteilungsverfahren entwickelt werden, indem Probanden mit erfahrungsgemäß hohem Risiko, z.B. Kinder schwer Kranker, untersucht und nach einem längeren Zeitraum nachuntersucht werden. Einige der Probanden zeigen nun ein bestimmtes Dekompensati-

onsniveau und gelten damit als erkrankt. Wenn die Merkmale, die die gesunden von den erkrankten Probanden unterscheiden, eindeutig diskriminierend sind und sich verallgemeinern lassen, kann man daraus ein Beurteilungsinstrument schaffen (vgl. Mednick & Schulsinger 1980, S. 36).

Remschmidt und Mattejat (1994c, S. 7; 1994b, S. 14, S. 16) weisen darauf hin, dass im Feld der Risikoforschung Vorsicht geboten ist, denn:

- psychische Störungen sind bei Kindern relativ häufig: 5 bis 15% aller Kinder haben psychische Auffälligkeiten.
- die Eltern vieler Menschen mit Schizophrenie leiden nicht an Schizophrenie. Kinder schizophrener Erkrankter sind daher eine nicht repräsentative Risikogruppe für Schizophrenie.
- es zeigen sich methodische Schwierigkeiten: unvorhergesehene Ereignisse können nicht vorhergesagt werden, haben aber trotzdem einen großen Einfluss in Längsschnittuntersuchungen. Die Voraussagesicherheit des Auftretens von psychischen Erkrankungen bei den Kindern ist eher gering.

Das Ziel der Risikoforschung ist die Ermittlung von Risikofaktoren. Ein Risikofaktor ist ein „Merkmal (...), das bei einer Gruppe von Individuen, die Träger dieses Merkmals sind, die Wahrscheinlichkeit des Auftretens gegenüber Nicht-Merkmalsträgern erhöht (Garmezy 1983)“, gibt also Wahrscheinlichkeitsbeziehungen an, keine Kausalbeziehungen (Laucht, Schmidt & Esser 2000, S. 98). Mit der Verbesserung der Qualität der Prädiktoren sollen auch die Chancen einer Frühentdeckung und damit der Primärprävention verbessert werden (vgl. Silverton, Finello & Mednick 1984, S. 190), wobei diese Entscheidung aufgrund der niemals erreichbaren 100%igen Wahrscheinlichkeit immer unter Unsicherheit bleibt.

Als Beispiele für Risikostudien lassen sich drei Untersuchungen anführen:

- Kopenhagen-Studie (ab 1962, Mednick & Schulsinger): Aus der Untersuchung von 207 Kindern schwer schizophrener Erkrankter, von denen 20 psychisch erkrankten, wurde ein Instrumentarium entwickelt (s.o.).
- Mauritius-Studie (ab 1972, Mednick & Schulsinger): Aus der Feststellung, dass das Instrumentarium keine zuverlässigen Vorhersagen erlaubt, wurden 1796 Kinder aus der Normalpopulation untersucht. Davon wurden 200 Risikokinder herausgefiltert und in eine Kontrollgruppe (von 100 Kindern, die normale Gemeindekindergärten besuch-

ten) und eine Interventionsgruppe (von 100 Kindern, die spezielle Kindergärten mit Interventionsprogramm besuchten) eingeteilt.

- Mannheimer Risikokinderstudie (ab 1986, Laucht, Esser & Schmidt): 362 Kinder, davon 210 Hochrisikokinder, wurden von der Geburt bis ins Schulalter beobachtet.

Die Mannheimer Risikokinderstudie konnte folgende Ergebnisse liefern: Zum ersten Untersuchungszeitpunkt, als die Kinder drei Monate alt waren, waren 17% der Mütter und 10% der Väter auffällig, was in etwa der Häufigkeit in der Allgemeinbevölkerung entspricht. Die Kinder der auffälligen Mütter zeigten bei der ersten Untersuchung keine bedeutsamen Unterschiede zu den Kindern unauffälliger Mütter, bei der zweiten Untersuchung, als die Kinder zwei Jahre alt waren, hatten sie jedoch eine ungünstigere Entwicklung erfahren (Defizite in der sprachlichen Entwicklung, Zunahme expansiver Störungen). Besonders ungünstig entwickelt waren Kinder von Müttern mit Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen. Die Kinder auffälliger Väter zeigten bei der ersten Untersuchung ebenfalls keine Unterschiede, bei der zweiten Untersuchung eine ungünstigere kognitive Entwicklung (Laucht, Esser & Schmidt 1992, S. 34 ff.). Insgesamt erkrankten ca. 10 bis 15% der gefährdeten Kinder in High-Risk-Gruppen wirklich (vgl. Remschmidt & Mattejat 1994b, S. 30).

Die Ergebnisse der Risikoforschung sagen zusammenfassend, dass Kinder psychisch Kranker eine Gruppe mit hoher Risikoverdichtung sind, denn sie sind psychisch auffälliger als Kinder unauffälliger Eltern. Psychopathologische Auffälligkeiten, eine stärkere Belastung mit psychiatrischen Symptomen, Störungen des Sozialverhaltens und andere Auffälligkeiten kommen bei ihnen signifikant häufiger vor. Außerdem ist das kindliche Störungsrisiko bei erkrankten Eltern um das zwei- bis dreifache erhöht. Auch eine Herausnahme des Kindes aus der Familie bringt nicht immer eine Lösung, sondern kann als zusätzliche Belastung erlebt werden (vgl. Mattejat 2004, S. 67; Laucht, Esser & Schmidt 1992, S. 22; Remschmidt & Mattejat 1994c, S. 3 f., 1994b, S. 22; Lenz 2005, S. 13).

Pellegrini (1990) teilt die Risikofaktoren in zwei Gruppen ein: in Merkmale des Individuums (seine Vulnerabilität oder erblich verursachte Anfälligkeit) und Merkmale der Umwelt des Individuums (Stressoren und psychosoziale Belastungen wie schwierige Lebensbedingungen, belastete Familienbeziehungen, eingeschränkte Erziehungsfähigkeit der Eltern etc.) (vgl. Laucht, Schmidt & Esser 2000, S. 98; Remschmidt & Mattejat 1994c, S. 3 f.). Erfahrungsgemäß treten diese Entwicklungsrisiken gehäuft auf und addieren bzw. verstärken sich in ihren negativen Auswirkungen. So ist bei einer mütterlichen Erkrankung

das Risiko für eine gleichzeitig bestehende psychische Störung des Vaters, für eine disharmonische Beziehung sowie für andere psychosoziale Belastungen für die kindliche Entwicklung (vor allem ablehnendes bzw. feindseliges Verhalten der Eltern) signifikant erhöht. Es lässt sich also vermuten, dass nicht unbedingt die psychische Auffälligkeit eines Elternteils für eine kindliche Auffälligkeit verantwortlich ist, sondern die ungünstige Konstellation der Umstände (vgl. Rutter & Quinton 1984, S. 876). Die statistischen Auswertungen der verschiedenen Studien kommen diesbezüglich zu unterschiedlichen Ergebnissen: die einen zeigen, dass die psychische Auffälligkeit der Mutter einen spezifischen Beitrag zur Entwicklungsstörung des Kindes liefert (vgl. Laucht, Schmidt & Esser 2000, S. 97; Laucht, Esser & Schmidt 1992, S. 38 ff.), andere stellen fest, dass die elterliche Erkrankung nicht das Risiko der Kinder erhöht (vgl. Rutter & Quinton 1984, S. 866). Immer wieder wird in den Studien festgestellt, dass die Entwicklung der Risikokinder äußerst heterogen ist. Laucht, Schmidt und Esser (2000, S. 102) vermuten als Gründe dafür eine Unschärfe des Risikobegriffs, das unzureichende Wissen über die Wirkungsweise der Risikofaktoren und die unterschiedlichen Fähigkeiten der Kinder zur Bewältigung von Belastungen.

Die Risikoforschung untersucht auch spezifische Risikogruppen, wie z.B. die Kinder von schizophren oder depressiv Erkrankten. Zu diesen beiden Gruppen gibt es einige Untersuchungen, z.B. eine umfassende Studie von Remschmidt & Mattejat (1994), zu Kindern von Eltern mit anderen Erkrankungen (Borderline-Störung, Ess-Störungen usw.) liegen bisher nur wenige Untersuchungen vor. Das Erkrankungsrisiko für Schizophrenie ist für Kinder von Eltern mit Schizophrenie signifikant erhöht: Das Lebenszeitrisko für die Allgemeinbevölkerung beträgt etwa 1%; wenn ein Elternteil an Schizophrenie erkrankt ist, steigt es auf 10 bis 15% und sogar auf 40%, wenn beide Elternteile erkrankt sind. Zusätzlich haben betroffene Kinder ein deutlich erhöhtes Risiko, an anderen psychischen Störungen zu erkranken (vgl. Silverton, Finello & Mednick 1984, S. 178 mit Bezug auf Kallman 1938; Mednick & Schulsinger 1980, S. 36; Erlenmeyer-Kimling & Cornblatt 1984, S. 156 mit Bezug auf Erlenmeyer-Kimling 1968, Erlenmeyer-Kimling 1977, Slater & Cowie 1971; Mattejat 2001, S. 88; Lenz 2005, S. 14 mit Bezug auf Tienari 1987 und Canino 1990; Saß et al. 2003, S. 354; Remschmidt & Mattejat 1994b, S. 11; Remschmidt & Mattejat 1994a, S. 295 f.; Kühnel & Bilke 2004, S. 61). Zusammenfassend ist das Hochrisiko-Kind mit Disposition für eine Schizophrenie gekennzeichnet durch genetische Belastung, Passivität, verkürzte Aufmerksamkeitsspanne und fehlende Hemmungskontrollen. Außerdem zeigen sich Belastungsfaktoren für die Entwicklung, wie Schwangerschafts- bzw. Ge-

burtskomplikationen und frühe Trennung von den Eltern (vgl. Silverton, Finello & Mednick 1984, S. 190).

Für die Kinder von affektiv erkrankten Eltern liegen folgende Ergebnisse vor: Das lebenslange Erkrankungsrisiko für affektive Störungen liegt in der Gesamtbevölkerung bei etwa 5 bis 10%. Leidet ein Elternteil unter einer unipolaren affektiven Störung, so steigt dieses Risiko auf 8 bis 15% und bei einer bipolaren affektiven Störung auf 9 bis 24%. Sind beide Eltern affektiv erkrankt, liegt das Erkrankungsrisiko für das Kind bei 56 bis 70% (vgl. Propping 1989, S. 146 f., S. 181 f.; Mattejat 2001, S. 89; Lenz 2005, S. 15; Statistisches Bundesamt 1998b, S. 219 f.; Remschmidt & Mattejat 1994a, S. 296; Kühnel & Bilke 2004, S. 61; Robins et al. 1991 zit nach Wüthrich, Mattejat & Remschmidt 1997, S. 141 f.). Im Vergleich zu Kindern unauffälliger Eltern haben Kinder depressiv Erkrankter ein höheres Risiko für psychiatrische Symptome, Diagnosen und psychologische Behandlung, für Verhaltensprobleme, Anpassungsprobleme (im sozialen, emotionalen und kognitiven Bereich), Probleme bei schulischen Leistungen und Suizidgedanken. Die häufigste Diagnose der Kinder von depressiv Erkrankten ist die Depression, gefolgt von Aufmerksamkeitsstörungen und Trennungsangst sowie Suchterkrankungen (vgl. Gammon, John & Weissman 1984, S. 199, S. 204; Lenz 2005, S. 15).

Vergleichsstudien zu Kindern von Eltern mit Schizophrenie und Depression zeigen eine ähnliche Belastung bzw. eine höhere Belastung bei elterlicher Schizophrenie (vgl. Lenz 2005, S. 15).

Vulnerabilitätsforschung

Die Vulnerabilität bezeichnet die Verletzbarkeit einer Person. Durch eine Schwel-
lensenkung gegenüber bestimmten, insbesondere sozialen Reizen, werden diese zu
Stressoren und lösen bei einem Mangel an Gegenregulation eine Dekompensationsreakti-
on aus. Solche Stressoren können sehr vielfältig sein. z.B. kann eine Sozialisation, die
Zeitknappheit betont („Mach doch nicht immer alles auf den letzten Drücker!“, „Gleich
kommen deine Großeltern, räum noch schnell auf!“), zu Zeitangst und Druck führen und
damit als Stressor wirken. Als Ursache für Vulnerabilität wird eine Störung der Informati-
onsverarbeitung des Gehirns angenommen, deren Ursache wiederum in einem fehlenden
Filter in der Wahrnehmung bei gleichzeitigen Schwierigkeiten bei der Dekodierung von
Information liegt. Zu Problemen kommt es, wenn bei einer bestimmten Belastung die Be-
wältigungsmöglichkeiten hinsichtlich Aufnahme, Verständnis, Bewertung und Reaktion auf
Reize nicht ausreichen. Insbesondere bei Kindern sind diese Fähigkeiten noch nicht aus-

gereift, sodass es schneller zu Überforderung und Reizüberflutung und in deren Folge zu Angst und Anspannung kommen kann (vgl. Lenz 2005, S. 23 f.).

Entwicklungsgefährdungen werden in der Vulnerabilitätsforschung direkt aus der psychischen Erkrankung bei einer Vermittlerrolle der Eltern-Kind-Interaktion abgeleitet: der depressive Interaktionsstil als Folge der depressiven Erkrankung (weniger einfühlsam, geringeres Interesse, niedrige emotionale Beteiligung, eher passiv) und eine eingeschränkte Erziehungskompetenz lassen das Verhalten der Eltern inkonsequent und weniger unterstützend werden. Betroffene Eltern berichten von Überforderungsgefühlen und erleben sich selbst als wenig kompetent, während sie ihre Kinder (die von Außenstehenden als „normal“ eingestuft wurden) als schwierig beschreiben. Auf Seiten der Kinder spielen Geschlechts- und Temperamentsunterschiede eine Rolle bei der Anfälligkeit (vgl. Lenz 2005, S. 25; Rutter & Quinton 1984, S. 878).

Anthony (1980, S. 30) konnte bezüglich der Vulnerabilität von Kindern manisch-depressiv erkrankter Eltern folgendes Ergebnis zeigen: Probanden wurden in zwei Gruppen eingeteilt, je nachdem, ob sie als hochverletzlich oder wenig vulnerabel eingeschätzt wurden. Zehn Jahre später unterschieden sich die beiden Gruppen signifikant in ihrer Behandlungsbedürftigkeit derart, dass die als hochverletzlich eingeschätzte Gruppe wesentlich häufiger in stationärer oder ambulanter psychiatrischer Behandlung war bzw. eine solche notwendig gewesen wäre. Die Langzeitstudie von Ising, Lauer, Holsboer und Modell (2004) macht darauf aufmerksam, dass Somatisierung, Beschwerden und erhöhte Belastungen mögliche Vulnerabilitäts-Marker für affektive Störungen sind (S. 332).

Resilienzforschung

Aus der Beobachtung heraus, dass die kindliche Entwicklung zwar durch verschiedene biologische, psychologische und soziale Risikofaktoren bedroht ist, es aber Kinder gibt, die trotz sehr ungünstiger Umstände stabil aufwachsen, entwickelte sich zur Beantwortung der Frage nach dem Wie und Warum der Ansatz der Salutogenese und daraus die Resilienz- oder Bewältigungsforschung.

Die Salutogenese (vgl. Csef 2004, S. 60 mit Bezug auf Antonovsky 1987) bringt den Menschen in ein Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit, die Verortung darin ist dabei abhängig vom Kohärenzgefühl der Komponenten

- Verstehbarkeit („Fähigkeit, Ereignisse sinnvoll zu verstehen“),

- Handhabbarkeit („Fähigkeit, in Belastungssituationen innere und äußere Ressourcen zu mobilisieren“) und
- Sinnhaftigkeit („emotionale und motivationale Fähigkeit, Belastungen als sinnvoll zu akzeptieren“),

die in ihrem Zusammenhang das Selbstvertrauen der Person ausbilden. Der Bewältigungsprozess einer Situation geschieht in drei Stadien:

- Problemwahrnehmung (bei starkem Kohärenzgefühl eher als Herausforderung, dadurch entsteht Vertrauen in die Selbstwirksamkeit),
- Bewältigung (Mobilisierung von Widerstandsressourcen, aus denen bei starkem Kohärenzgefühl angemessen ausgewählt werden kann) und
- Feedback, das zur Korrektur des Verhaltens benötigt wird (bei starkem Kohärenzgefühl wird es schnell eingeholt und umgesetzt).

Das Resilienz-Modell wurde von Emmy Werner auf der Grundlage der von ihr und ihren Mitarbeitern durchgeführten Kauai-Studie entwickelt. Bei dieser Längsschnitt-Studie wurden alle 1955 auf der Insel Kauai (Hawaii, USA) geborenen Personen sieben mal untersucht. Die erste Untersuchung fand postnatal statt, die letzte im 40. Lebensjahr. 30% von ihnen wuchsen in Armut und/ oder unter ungünstigen familiären Lebensumständen, wie Alkoholismus, psychische Erkrankungen, Streitigkeiten oder Trennung bzw. Scheidung auf. Etwa zwei Drittel der Kinder mit vier oder mehr Risikofaktoren zeigten Störungen im Schulalter, wohingegen das restliche Drittel dieser Kinder zu kompetenten, zuversichtlichen und fürsorglichen Erwachsenen heranwuchs. Auch von den erstgenannten zwei Dritteln hatten sich die meisten später adaptiert (vgl. Werner 1989, S. 73; Werner-Jacobsen 2001, S. 44).

Unter dem Begriff Bewältigung werden in diesem Konzept kognitive bzw. handlungsorientierte Bemühungen zur Auseinandersetzung mit Anforderungen, die die Ressourcen der Person (über)fördern, verstanden. Sie verändern sich ständig und umfassen nicht nur die aktive Auseinandersetzung, sondern auch Aushalten, Vermeiden, Verleugnen etc. Systematisierungsvorschläge unterscheiden meist zwischen objektivierbaren funktionalen und dysfunktionalen Bewältigungsstrategien (vgl. Lazarus & Folkman 1984, S. 141 ff.; Lenz 2005, S. 19). Funktionales Bewältigungsverhalten ist gekennzeichnet durch

- „aktive, problemorientierte Strategien

- direkte Auseinandersetzung mit den Problemen, wenig Neigung zur Verleugnung oder Verzerrung von Realitäten
- Fähigkeit, zwischen verschiedenen Bewältigungsstrategien wählen und diese je nach Ziel, emotionaler Belastung oder vorhandener Unterstützung flexibel einsetzen zu können
- Fähigkeit, sich ein hilfreiches soziales Netzwerk aufzubauen und dieses zur eigenen Unterstützung heranzuziehen“ (Lenz 2005, S. 19).

An diesem Konzept zu kritisieren ist die offensichtliche Unschärfe der gebrauchten Begriffe „Schutzfaktoren“, „Resilienzprozesse“, „Resilienz“ usw. Trotzdem sind einige bedeutsame Ergebnisse zu nennen. Wichtig für eine gesunde Entwicklung ist eine Balance zwischen Risiken und Schutzfaktoren, denn ein Übermaß an beidem kann seelische Krankheit auslösen, wie Pretis & Dimova (2004, S. 31) betonen. Resilienz-Forscher (z.B. Norman Garmezy, Emmy Werner) machen zwei Arten protektiver Einflüsse aus: personale Ressourcen (Schutzfaktoren der Person des Kindes) und soziale Ressourcen (Schutzfaktoren in der Umwelt des Kindes) (vgl. Laucht, Schmidt & Esser 2000, S. 103). Das resiliente Kind kann Entwicklungsrisiken vermindern bzw. kompensieren, negative Einflüsse ausgleichen und sich gesundheitsfördernde Kompetenzen aneignen. Werner zeigte in ihrer Kauai-Studie, dass resiliente Kinder in schwierigen Familien durch eine realistische und positiv lösungsorientierte Wahrnehmung der Situation, starke internale Kontrollüberzeugungen, aktives Problemlösungsverhalten, gute soziale und kommunikative Fähigkeiten sowie durch die Fähigkeit zur Mobilisierung sozialer Unterstützung gekennzeichnet sind. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die Arbeitsgruppe um Beardslee (vgl. Laucht, Schmidt & Esser 2000, S. 104; Lenz 2005, S. 20; Werner 1989, S. 80; Beardslee & Podorefsky 1988, S. 63).

4.3.3.3 Auswirkungen der elterlichen Erkrankung

Befürchtete Auswirkungen elterlicher Krankheit auf die Entwicklung des Kindes sind immer abhängig davon, welches Entwicklungsmodell der Betrachtung zugrunde liegt. Es lassen sich nach Kutter (2004, S. 27) traditionelle und moderne Theorien unterscheiden. Zu den traditionellen Theorien gehören:

- Traumatheorie: ein psychisches Trauma nach frühkindlicher seelischer Verletzung entfaltet seine pathogene Wirkung dadurch, dass eine offene Verarbeitung nicht möglich ist und in einem unwillkürlichen Mechanismus Verdrängung und später Verhaltensauffälligkeiten hervorruft. Der Schaden kann durch spätere Bemühungen schwer wieder

gut gemacht werden, sodass das Trauma Bedeutung für das gesamte Leben hat (vgl. Hemminger 1982, S. 15, S. 17 ff., S. 28 f., S. 36). Da selbst unter äußersten traumatischen Verhältnissen und bei genetischer Belastung keine sichere Vorhersage von Verhaltensproblemen möglich ist, kann die Traumatheorie ein Entwicklungsrisiko, aber keine Vorhersage beschreiben. Die Lerntheorie lehnt die Traumatheorie ab, weil neue Erfahrungen andere hirngorganische Verknüpfungen schaffen. Daher wird nicht mehr eine frühe Einzelerfahrung als Ursache für Störungen gesehen, sondern langdauernde traumatische Einflüsse bzw. traumatische Sozialbeziehungen (vgl. Hemminger 1982, S. 39, S. 69, S. 93).

- Phasenlehre von Sigmund Freud: Störungen in den verschiedenen Entwicklungsphasen (orale, anale, phallische Phase, Latenzzeit, Pubertät) führen später zu unterschiedlichen Verhaltensproblemen (vgl. Kutter 2004, S. 28). Durch kontinuierliche und selektive Benutzung von Imitation und Identifikation bildet das Kind seine Identität aus. Dieser Prozess ist bei Kindern psychisch erkrankter Eltern gestört (vgl. Anthony 1980, S. 23 f.; Remschmidt & Mattejat 1994b, S. 132 f.).
- Entwicklungsmodell nach Jean Piaget: Dem unbewussten Stadium folgt die vorbewusste Phase des Bilddenkens, anschließend entwickeln sich begriffliches, später komplex-symbolisches Denken. Die gesamte Entwicklung ist durch fortschreitende Differenzierung gekennzeichnet, Einflüsse der Umwelt werden per Assimilation aktiv aufgenommen und geformt (vgl. Kutter 2004, S. 28; Anthony 1980, S. 23 f.).
- Differenzierende Weltinterpretation: Die animistische Weltvorstellung wird durch kausallogische und nachher durch historisch-dialektische Ansichten ersetzt (vgl. Kutter 2004, S. 28).
- Sozialisationstheorien (Entwicklung der sozialen Beziehungen): In die Zweierbeziehung von Mutter und Kind wird z.B. der Vater integriert, sodass trianguläre Muster entstehen. Später erfasst das Kind differenzierte Gruppenstrukturen (vgl. Kutter 2004, S. 28).
- Entwicklungsmodell nach Erik Erikson: In den aufeinanderfolgenden Phasen werden jeweils die Weichen gestellt für Urvertrauen oder Misstrauen, Selbständigkeit oder Minderwertigkeit, Initiative oder Schuldgefühl, Identität oder Selbstverlust und Liebesfähigkeit oder Isolation (vgl. Kutter 2004, S. 30).

- Entwicklungsmodell nach Anna Freud: Die Abhängigkeit des Säuglings von der Mutter mündet in zunehmende Unabhängigkeit und Autonomie des älter werdenden Kindes (vgl. Kutter 2004, S. 30 f.).
- Das umstrittene Entwicklungsmodell nach Margret Mahler, Fred Pine, Anni Bergman: eine autistische bzw. symbiotische Phase geht in eine Separations-Individuations-Phase über (vgl. Kutter 2004, S. 31).
- Entwicklungsmodell nach Donald W. Winnicott: Nach der extremen Abhängigkeit des Säuglings kommt die Zeit der Personalisation (vgl. Kutter 2004, S. 31).

Die neueren Theorien aus der modernen Säuglingsforschung ergeben eine genauere Darstellung, da ihre Daten nicht mehr aus Schilderungen, sondern aus der Beobachtung von Säuglingen stammen. Denken und Fühlen der Beobachteten muss jedoch weiterhin vom Beobachter interpretiert werden, sodass seine Wahrnehmungsmuster eine Rolle spielen (vgl. Kutter 2004, S. 31):

- Entwicklungsmodell nach Stern und Mitarbeitern: nach dunklen Vorstufen erscheinen das „auftauchende Selbst“ mit gelebten Erfahrungen (Sinneswahrnehmungen, Gefühle etc.), das „Kern-Selbst“, das diese um einen Kern bündelt, wodurch ein basales Selbstgefühl entsteht, das „subjektive Selbst“, das Erfahrungen als Bilder und Episoden speichert und schließlich das „sprachliche bzw. verbale Selbst“ (vgl. Kutter 2004, S. 32).
- Bindungstheorie nach John Bowlby: Diese Theorie ist nützlich zum Verständnis intergenerationaler Auswirkungen von Kindheitserfahrungen auf Erziehungsverhalten und Entwicklung des Kindes, wobei der Bindungstyp als Risiko- oder Schutzfaktor dient (sicher gebundene Kinder entwickeln ein sicheres Selbstwertgefühl) (vgl. Kutter 2004, S. 34; Adshead, Falkov & Göpfert 2004, S. 223).

Wenn man sich die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Kinder anschaut, muss man berücksichtigen, dass es sich dabei nie um Zwangsläufigkeiten, sondern eher um Wahrscheinlichkeiten und Risiken handelt. Jedes Kind reagiert individuell auf die Situation. Es bleiben ca. 90% der betroffenen Kinder gesund – sie durchstehen die ganz normalen Entwicklungsprobleme wie andere Kinder auch, aber vermutlich in verschärftem Ausmaß (vgl. Remschmidt & Mattejat 1994c, S. 5; Mattejat 2001, S. 99; Sollberger 2000, S. 15). Deshalb müssen drei Aspekte berücksichtigt werden (vgl. Sollberger 2000, S. 26; Anthony 1980, S. 24; Mattejat 2002, S. 237; Hantel-Quitmann 1997, S. 162 f.,

S. 169; Baumann 2000, S. 8, S. 37; Lisofsky 2004a; Deneke 2004b, S. 88; Seeman & Göpfert 2004, S. 13):

- Auffälligkeiten müssen diagnostisch gut abgeklärt werden: handelt es sich um eine normale Reaktion auf die Erkrankung des Elternteils bzw. auf die Lebenssituation oder sind bereits frühe Symptome einer eigenen psychischen Erkrankung zu sehen?
- In einigen Fällen ist nicht die elterliche Erkrankung der Hauptbelastungsfaktor, sondern die schlechten Lebensbedingungen, deren psychosoziale Folgen oder sogar die psychiatrische Behandlung etwa dadurch, dass der Elternteil von zu Hause entfernt wird (z.B. durch stationäre Aufnahme), ihm Beruhigungsmittel verschrieben werden (die seine Reaktionsfähigkeit vermindern) oder durch eine andere Behandlung, die Gedächtnis, Initiative und Energie beeinträchtigt.
- Viele Familien sind nicht beeinträchtigt in der Ehebeziehung, Kindererziehung und Eltern-Kind-Beziehung. Eine psychische Erkrankung muss nicht nur pathologische Folgen haben, sondern kann auch Chancen und positive Auswirkungen zeigen (z.B. für die Entwicklung von Wertschätzung, Respekt und Verantwortungsfähigkeit, indem ein Kind lernt, dass der Elternteil sehr sensibel auch bei Geringfügigkeiten reagiert und taktvoll und vorsichtig wird).

Die Symptome einer Depression beeinflussen die Kommunikation auch in alltäglichen Situationen mit anderen Erwachsenen: der Kommunikationspartner verspürt eine meist wenig attraktive Unterstimulation (vgl. Papoušek 2002, S. 215). Auch auf die intuitiven mütterlichen Kompetenzen wirken sich die Symptome aus: viele Mütter können zwar die physiologischen Grundbedürfnisse des Babys stillen, aber die sprachliche und nicht-sprachliche Kommunikation und die intuitive Förderung des Baby sind gestört, da die Reaktionszeit der Mutter auf kindliche Signale verlängert ist und die sprachliche und mimische Anpassung (Ammensprache) der Mutter vermindert ist oder gänzlich fehlt. Insgesamt ist das mütterliche Verhalten für das Kind (wie auch in der Kommunikation mit anderen Erwachsenen) wenig anregend. Unbewusste Verhaltensweisen können hier teilweise durch bewusste Verhaltenssteuerung ersetzt werden, oft entsteht dann aber ein stereotypes oder mechanistisches Verhalten (vgl. Papoušek 2002, S. 213 f.). Elterliche Kommunikationsformen verlangen eine Anpassung des Kindes, sodass in betroffenen Familien häufig bereits in früher Kindheit eine Veränderung der Reziprozität des Handelns, bzw. seiner Genese und Entwicklungsverläufe zu beobachten sind (vgl. Deneke & Lüders 2003, S. 175 ff.; Lenz 2005, S. 26):

- Auf eine emotional schwer erreichbare Mutter reagiert ein Kind mit hyperaktivem Verhalten, das eine Aufmerksamkeitsfokussierung verhindert, oder mit einem völlig zurückgezogenen Zustand, in dem es in Selbstregulation seine Aufmerksamkeit nach innen lenkt.
- Auf eine depressiv erkrankte Mutter reagiert ein Kind mit passivem, zurückgezogenem und abgewandtem Verhalten, wird aber trotzdem schnell quengelig bei angemessenem Verhalten der Mutter.
- Bei nicht-aggressiver Überstimulation durch die Mutter reagiert ein Kind mit Abwendung und Passivität, was die Mutter zu noch stärkerer Stimulation anregt.
- Bei aggressiver Stimulation der Mutter reagiert ein Kind mit Protest und körperlicher Abwehr, notfalls mit Erstarrung.
- Wird ein Kind in einen Wahn einbezogen, reagiert es normalerweise auf nonverbale Affekte. Hat es keine Möglichkeit zur Realitätsprüfung, übernimmt es später auch die Inhalte des Wahns.

Die häufig erlebte Unkontrollierbarkeit und fehlende Vorhersagbarkeit von Reaktionen bzw. das Ausbleiben erwarteter Reaktionen ruft im Allgemeinen wie auch bei betroffenen Kindern Gefühle von Angst, Schuld und Zorn hervor.

Die objektiv beobachtbare Situation

Wie in den Tabellen 2 und 3 zu sehen, nimmt der Anteil der informierten Kinder mit dem Alter zu. Trotzdem sind insgesamt etwa ein Drittel der Kinder nicht über die Erkrankung des Elternteils aufgeklärt. In einer weiteren Studie wissen zwar 80% der Kinder, dass der Elternteil in stationärer Behandlung ist, den Grund dafür kennen jedoch nur 35%. In mehreren Studien wurde festgestellt, dass Kinder von Eltern mit affektiven Erkrankungen am häufigsten informiert sind (vgl. Bohus, Schehr, Berger-Sallawitz, Novelli-Fischer, Stieglitz & Berger 1998, S. 136 f.). Als Gründe für die Nicht-Information wird von den Eltern benannt, dass eine Information nicht für nötig befunden wird oder dass die Kinder geschont werden sollen. Pretis und Dimova (2004, S. 84) deuten dieses Verhalten auch als Hoffnung auf eine baldige Genesung, sodass eine Auseinandersetzung des Kindes mit der Erkrankung als überflüssig erachtet wird. Häufig wird diese Hoffnung jedoch enttäuscht, die Kinder werden in ihren Wahrnehmungen allein gelassen und gerade nicht geschont, da die kindlichen Analogieschlüsse sich von denen Erwachsener unterscheiden: die Kinder bemerken, dass mit dem Elternteil etwas nicht stimmt und beziehen dies kausal auf

sich selbst, da sie von der Entwicklung her in einem ich-zentrierten Zustand leben. Das heißt, sie machen sich selbst für den Zustand des Erwachsenen verantwortlich („es geht ihm schlecht, weil ich unartig war“) und verzweifeln nicht selten an den erfolglosen Versuchen, den Elternteil aus seinem erkrankten Zustand wieder herauszuholen. Auch andere Phantasien über die Erkrankung, deren Ursachen und Folgewirkungen sind meist schlimmer als die Realität (vgl. Küchenhoff 2004b, S. 104 f.; Küchenhoff 2004a, S. 111).

Tab. 2: Anteil der informierten Kinder nach Alter (vgl. Knuf 2000, S. 37; Dörner et al. 1997 zit. nach Pretis & Dimova 2004, S. 42).

Alter der Kinder	informierter Anteil
6 – 10 Jahre	1 von 4
11 – 14 Jahre	~ 50%
15 – 18 Jahre	3 von 4

Tab. 3: Anteil der informierten Kinder nach informierender Person (vgl. Küchenhoff 2004b, S. 104; Lenz 2005, S. 44).

Die Kinder wurden zu	informiert vom:
~ 60 – 66%	Patient
~ 30 – 50%	gesunden Elternteil
~ 6 – 8.2%	Arzt
~ 1%	weitere Verwandte
~ 1%	Jugendamt
~ 35%	nicht informiert

Obwohl es Divergenzen zwischen den Studien gibt, ist diesen zu entnehmen, dass für betroffene Kinder Gefährdungen in beinahe allen (psychischen) Entwicklungsbereichen bestehen (vgl. Lenz 2005, S. 24; Puckering 2004, S. 174, S. 177; Rutter & Quinton 1984, S. 864 ff.; Cummings & Davies 1994; Lyons-Ruth et al 1986; Weissman et al 1987 zit. nach Papoušek 2002, S. 201; Orvaschel et al 1988, S. 21 ff.; Radke-Yarrow et al 1992, S. 72 ff.; Mattejat 2002, S. 231 f.; Laucht, Esser & Schmidt 1992, S. 44; Beardslee, Bemporad, Keller & Klerman 1983; Trad 1986 zit. nach Laucht, Esser & Schmidt 1992, S. 25; Remschmidt & Mattejat 1994b, S. 13, S. 20 ff., S. 68 f.; Schone & Wagenblass 2002, S. 15; Weir 2004, S. 273; Cox, Puckering, Pound & Mills 1987, S. 917; Kühnel & Bilke 2004, S. 61 f.; Hammen, Gordon, Burge et al. 1987, S. 740; Rutter 1966, S. 65):

- kognitiver/ sprachlicher Bereich:
 - Störungen des Aufmerksamkeitsverhaltens und der Informationsverarbeitung (als Ursache wird ein neurointegratives Defizit mit Reifungsverzögerung vermutet), was weitere Auffälligkeiten nach sich zieht, z.B. im Sozialverhalten etc.,
 - Beeinträchtigungen der Leistung (Schule/ Beruf),
 - Störungen der sprachlichen Entwicklung,

- emotionaler Bereich: emotionale Instabilität (die Kinder sind stressüberempfindlich, leicht erregbar, ängstlich, unglücklich etc.), niedriges Selbstwertgefühl, ängstlicher Bindungstyp (i.S. der Bindungstheorie nach Bowlby, vgl. S. 147; bereits bei einjährigen Kindern kann ein ängstliches Bindungsverhalten beobachtet werden),
- sozialer Bereich: soziale Defizite, Aggressivität, soziale Isolation (eine geringere soziale Kompetenz wird bereits bei dreijährigen Kindern beobachtet, dies beeinträchtigt den Aufbau und Erhalt von sozialen Beziehungen),
- frühere, schwerere, längere Erkrankungen,
- häufiger Mehrfachdiagnosen,
- höheres Risiko einer spezifischen Erkrankung (d.h. an derselben Krankheit wie der Elternteil zu erkranken),
- höheres Risiko einer allgemeinen psychopathologischen Auffälligkeit:
 - introversive und expansive Verhaltensstörungen,
 - Anpassungsprobleme,
 - Aufmerksamkeitsstörungen,
 - Angststörungen, Panikstörungen,
 - Drogenmissbrauch bzw. Suchterkrankungen,
 - Störungen des Selbstkonzepts.

Mittels CBCL befragte stationär behandelte Eltern gaben zu 15% an, dass ihre Kinder auf der Kompetenzskala auffällig bzw. grenzwertig seien, auf der Skala der internalisierenden Probleme waren es ca. 25% und auf der Skala der externalisierenden Probleme ca. 26%. Insgesamt halten 23% der Eltern ihre Kinder für auffällig oder grenzwertig (vgl. Lenz 2005, S. 45 f.).

Diese Gefährdungen führen zu einer ungünstigeren Entwicklungsprognose, deren erste Anzeichen bereits im Alter von drei Monaten sichtbar sind. Daraus resultierende Entwicklungsverzögerungen müssen jedoch nicht zwangsläufig auf schlechter Erziehung beruhen, sondern können teilweise Ausdruck genetischer Vererbung sein (vgl. Seeman 2004, S. 166).

Zur Untersuchung der Identitätsentwicklung bei Kindern psychisch erkrankter Eltern gibt es zwei wichtige Richtungen. Als bedeutende Teile der Identitätsentwicklung und

Identitätsarbeit haben Remschmidt und Mattejat (1994b) das Identifikationsverhalten untersucht, Hantel-Quitmann (1997) und Sollberger (2000) die Identitätsbildung.

Remschmidt und Mattejat (1994b) haben dazu das Ideal-Ich („ich wäre gerne so ähnlich wie Mutter/ Vater“) mit dem Real-Ich („ich bin so ähnlich wie Mutter/ Vater“) des Kindes verglichen und dabei erwartet, dass sich der durch die Identifikation ausgedrückte Familienzusammenhalt im Jugendalter des Kindes abschwächt. Im allgemeinen kann man folgende Mechanismen der Identifikations- und Identitätsarbeit erwarten (S. 163): Kinder orientieren sich stärker am gesunden Elternteil (kompensatorische Identifikation) oder Kinder orientieren sich stärker am gleichgeschlechtlichen Elternteil. In Kombination kann dies die Kompensation positiv verstärken, wenn der gleichgeschlechtliche Elternteil der gesunde ist, oder negativ beeinflussen, wenn der gleichgeschlechtliche Elternteil erkrankt ist. Folgende Ergebnisse konnten Remschmidt und Mattejat (1994b, S. 150 ff.; Remschmidt 1980a, S. 66) zum Identifikationsverhalten von Kindern von Eltern mit Depression und Schizophrenie zusammentragen:

- Eine kompensierende Identifikation ist einfacher, wenn der gesunde Elternteil dasselbe Geschlecht hat wie das Kind.
- Kinder von Eltern mit Depression identifizieren sich stärker mit den Eltern als Kinder von Eltern mit Schizophrenie.
- Kinder von Eltern mit Depression orientieren sich mit ihrem Ideal-Bild am gesunden Elternteil, Kinder von Eltern mit Schizophrenie nicht.
- Kinder von Eltern mit Depression differenzieren stärker zwischen gesundem und krankem Elternteil und orientieren sich am gesunden; dieses Identifikationsverhalten ist besser geeignet, die psychische Störung zu bewältigen.
- Mit zunehmendem Alter nimmt das Bestreben, der Mutter zu ähneln, ab; jüngere Kinder *erleben* sich dem kranken Elternteil ähnlicher als ältere Kinder; je älter die Kinder, desto weniger *möchten* sie so sein wie der erkrankte Elternteil.

Hantel-Quitmann (1997, S. 164 f., S. 175 f.) und Sollberger (2000, S. 6 ff.) stellen fest, dass die Identitätsentwicklung bei betroffenen Kindern erschwert ist. Identitätsbildung entsteht durch Identifikation mit Eltern. Da aber die Identität des erkrankten Elternteils gestört, brüchig, verletzt, nicht existent oder beeinträchtigt ist, muss sich das Kind abgrenzen und darf sich nicht identifizieren. Dadurch gerät es in eine „identifikatorische Falle“, denn wenn das Gegenüber nicht fassbar und spürbar, sondern hilfebedürftig ist, geschieht die Abgrenzung häufig mit Schuldgefühlen. In der Versorgung und Betreuung der Eltern ent-

stehen für das Kind die Fragen: Wer ist man selbst? Was sind die eigenen Rollen und Aufgaben? Das Kind ist auf sich allein gestellt, gewohnte Interaktionsprozesse laufen nicht mehr, Selbstkonzept und Fremdkonzept werden in der Folge brüchig.

Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter der betroffenen Kinder sind von der Krankheit des Elternteils geprägt und werden dadurch zu einem Teil der Identität, wie Wagenblass (2002) feststellt. Man darf dabei aber nicht außer acht lassen, dass die Erkrankung des Elternteils auch eine Chance für die Reifung der eigenen Identität und Persönlichkeit darstellen kann (vgl. Baumann 2000, S. 37, S. 78, S. 84; Ernst 1978, S. 430; Sollberger 2000, S. 15).

Vergleicht man Kinder von depressiv und schizophren erkrankten Eltern, so zeigt sich, dass Kinder von Eltern mit Schizophrenie deutlich auffälliger als Kinder von Eltern mit Depression und beide auffälliger als Kinder Gesunder sind, wie die Untersuchungen von Remschmidt und Mattejat und von Sameroff, Barocas und Seifer ergeben (Remschmidt & Mattejat 1994b, S. 142 ff; vgl. auch Remschmidt 1980a, S. 60, 67; Sameroff, Barocas & Seifer 1984). Sameroff und Mitarbeiter zeigen jedoch, dass die Kinder mit ihren Auffälligkeiten nicht verschieden sind von Kindern von Eltern mit anderen schweren chronischen Erkrankungen oder aus unteren sozialen Schichten (vgl. Sameroff, Barocas & Seifer 1984, S. 514). Während pränatale Komplikationen allein auf die Medikation der Mutter zurückzuführen sind, ist der Einfluss der Diagnose auf den Zustand von Mutter und Kind bei Neugeborenen etwa genauso groß wie der von Schwere und Chronizität der Erkrankung. Die Effekte des sozialen Status, zu Beginn in der Stärke denen der psychischen Erkrankung vergleichbar, nehmen im Laufe der Zeit immer mehr zu (vgl. Sameroff, Barocas & Seifer 1984, S. 496).

Als spezifische Symptome werden diejenigen bezeichnet, die für eine bestimmte Erkrankung (die des erkrankten Elternteils) charakteristisch sind. Sie gelten als Vorläufer der Erkrankung und werden mit typischen Auffälligkeiten von Kindern psychisch erkrankter Eltern verglichen. Unspezifische Auffälligkeiten dagegen treten unabhängig von einer späteren Erkrankung auf oder es handelt sich um uncharakteristische Anzeichen (vgl. Hantel-Quitmann 1997, S. 172; Remschmidt & Mattejat 1994b, S. 19). Signale von Kleinkindern psychisch erkrankter Eltern sind unspezifisch, wie Pretis und Dimova (2004, S. 34 f.) feststellen: es gibt keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen elterlicher Diagnose und Entwicklungsauffälligkeiten des Kleinkinds, d.h., aus den Verhaltensweisen des Kindes kann nicht auf die elterliche Diagnose geschlossen werden. Außerdem reagieren Kinder

nicht gleichförmig auf Belastungen durch elterliche Krankheit. Je nachdem, um welche Erkrankung es sich handelt, ist die weitere Befundlage mehr oder weniger inkonsistent.

Eine Unterscheidung in unmittelbare und in Folgeprobleme wurde zum ersten mal von Mattejat 1996 (S. 22) getroffen und hat sich zur Kategorisierung durchgesetzt (vgl. Lisofsky 2004b, S. 183; Lude & Kriesel 2004, S. 7; Mattejat 2004, S. 69; Wagenblaus 2001, S. 515; Mattejat 2001, S. 96 f.; Schone & Wagenblaus 2002, S. 16 f.). Als unmittelbare Probleme durch direkte Auswirkungen (aus dem Erleben der Krankheit der Eltern ableitbar) werden genannt:

- Desorientierung (das Kind kann die Symptome nicht einordnen),
- Schuldgefühle (die Krankheit wird als Folge des eigenen Verhaltens betrachtet, da das Kind keine andere Erklärung bekommt),
- Kommunikationsprobleme,
- Tabuisierung (direktes oder indirektes Kommunikationsverbot; die Erkrankung als Familiengeheimnis),
- Isolation
 - als Folge der Tabuisierung (Isolation innerhalb der Familie),
 - als Folge von Ausgrenzung (Isolation von außen) oder
 - als Folge von abweichender Sozialisation: Spielkameraden können das Verhalten des Kindes nicht einschätzen und schließen es aus der Gruppe aus (Wechselwirkung zwischen innen und außen).

An Folgeproblemen durch indirekte Auswirkungen (durch die Erkrankung veränderte soziale und familiäre Situation) wurden erkannt:

- Betreuungsdefizite (durch Überforderung der Eltern mit eigenen Problemen),
- Loyalitätskonflikte (innerhalb der Familie und nach außen),
- Zusatzbelastungen (durch Zusatzaufgaben),
- Verantwortungsverschiebung (Parentifizierung),
- Abwertungserlebnisse (vom sozialen Umfeld wie Schule, Kindergarten, Verwandte, wenn bekannt ist, dass ein Elternteil psychiatrisch behandelt wird),
- sozialer Drift,
- Häufung psychosozialer Belastungsfaktoren.

Parentifizierung bedeutet, dass sich das (minderjährige) Kind für den Erkrankten (teilweise auch für die gesamte Familie) verantwortlich fühlt. Dieser Prozess muss von den normalen Erwartungen in vielen Kulturen unterschieden werden, die davon ausgehen, dass sich die erwachsenen Kinder um die alt und gebrechlich gewordenen Eltern kümmern. Parentifizierung kann schon als Baby beginnen (z.B. bei einer Wochenbettdepression der Mutter, die tageszeitlichen Schwankungen unterliegt: das Baby versucht, die Mutter zu aktivieren und fühlt sich verantwortlich, sobald es gelernt hat, dass ihm das gelingen kann – auch wenn die Schwankung nichts mit ihm zu tun hat) und zum Teil ein Leben lang anhalten. Parentifizierte Kinder haben früh die Eltern- oder Partnerrolle übernommen und müssen allein mit ihren Bedürfnissen fertig werden, was eine enorme emotionale und soziale Belastung darstellt. Die Ursache für den Parentifizierungs-Prozess wird darin gesehen, dass ein Elternteil eine bedürftige und abhängige Rolle spielt oder nicht zu Elternschaft und Verantwortungsfähigkeit imstande ist. Das Kind wiederum hofft, dass eine richtige Beziehung in Zukunft möglich ist. Diese Hoffnung wird manchmal erfüllt, oft aber nicht, sodass die Verschiebung als Beziehungsmuster internalisiert wird (vgl. Papoušek 2002, S. 221; Göpfert, Webster & Nelki 2004a, S. 63, S. 71 f.). Für einige Kinder bedeutet diese Rollenumkehr jedoch nicht nur eine Belastung, sondern auch eine Bestätigung oder sie ermöglicht die Entwicklung einer besonderen Beobachtungsgabe, sensibler Reaktionen auf die Bedürfnisse anderer und eigenständiger Entscheidungen. Die Entlastung der Familie führt zu Anerkennung und einem Gefühl der Stärke beim Kind. Andererseits kann es auch dazu führen, dass sich das Kind nur anerkannt fühlt, wenn es für andere da ist. Die Parentifizierung hat damit eine ambivalente Funktion mit einer fließenden Grenze zwischen Forderung und Überforderung (vgl. Schone & Wagenblaus 2002, S. 183 f.).

Auswirkungen in Abhängigkeit vom Alter

Kind seiner Eltern bleibt man sein gesamtes Leben lang – Auswirkungen der familiären Situation lassen sich daher vom Säuglings- bis zum Erwachsenenalter beobachten und untersuchen. Wie weiter unten deutlich wird, verschwinden die Belastungen nämlich nicht mit fortschreitendem Alter, sondern verändern sich in gewisser Weise (vgl. Baumann 2000, S. 111; Schone & Wagenblaus 2002, S. 200). Im folgenden sollen die Auswirkungen nach der Altersstufe der Kinder aufgezeigt werden:

1. Auswirkungen auf Neugeborene, Säuglinge, Kinder im vorsprachlichen Alter

In der „normalen“ Entwicklung sind Kinder dieser Altersstufe auf Pflege, Ernährung und emotionale Zuwendung angewiesen, die meist durch die Eltern zur Verfügung gestellt

werden. Dies bildet eine wichtige Basis für das Selbsterleben und die Aktivität bzw. das Explorationsverhalten des Kindes. In dieser Entwicklungsstufe findet die Ausbildung von Urvertrauen und der Aufbau emotionaler Bindungen (i.S. der Bindungstheorie nach Bowlby, vgl. S. 147) statt. Wenn aber aufgrund psychischer Erkrankung die Signale des Eltern teils vom Kind nicht durchschaubar und nachvollziehbar sind, stellt sich beim Kind Irritation ein, es erlebt einen Mangel an Verlässlichkeit in der Zuwendung und entwickelt vermutlich Bindungsstörungen, da es die Ursache für bestimmte negative Erfahrungen bei sich selbst sucht. Andererseits kann es sein, dass die Situation für das Baby in Ordnung ist, z.B. wenn die Mutter die Symbiose genießt und das Baby sich im Wahnsystem wohlfühlt. In diesem Fall kommt es oft später im Differenzierungs- bzw. Loslösungsprozess ab dem zweiten Lebensjahr des Kindes zu Problemen, die durch die Versuche der Mutter, das Kind im Symbiosesystem festzuhalten und Individuationsschritte zu verhindern, ausgelöst werden und durch eine Funktionalisierung bzw. Instrumentalisierung der Erwartungen an das Kind verursacht sind (vgl. Baumann 2000, S. 49 f., S. 111; Remschmidt & Mattejat 1994b, S. 76; Schone & Wagenblaus 2002, S. 18 ff.; Kutter 2004, S. 41; Goodman & Brumley 1990, S. 38; Wiefel & Lehmkuhl 2004).

Im ersten Lebensjahr des Kindes lassen sich folgende Symptome beobachten (vgl. Papoušek 2002, S. 204 ff.; Dellisch 1989, S. 268; Remschmidt & Mattejat 1994b, S. 76; Sameroff, Barocas & Seifer 1984, S. 494 ff.; Wiefel & Lehmkuhl 2004):

- psychosomatischer Bereich bzw. Folgen von emotionaler oder pflegerischer Vernachlässigung (selbst bei abklingender Depression der Mutter): Unterernährung, Gedeihstörungen, Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, Atemwegsinfekte, Neurodermitis u.a.,
- konstitutionelle Ebene: u.a. erniedrigte Reizschwellen,
- motivationale Ebene: Passivität, geringe Eigeninitiative, Explorationsbereitschaft, Ausdauer und Frustrationstoleranz,
- emotionale Ebene: dysphorische Grundstimmung, unangemessener Ernst, Unzufriedenheit, Traurigkeit, Ängstlichkeit,
- Probleme in der Selbstwahrnehmung,
- kognitiver Bereich: gestörte Aufmerksamkeitsregulation, hohe Ablenkbarkeit, Langeweile, verzögerte Entwicklung bzgl. Objektpermanenz, oft können sich die Kinder nicht allein beschäftigen, gestörte Gedächtnisfunktionen,

- Interaktionsverhalten: vermehrt unsichere Bindungsmuster (i.S. der Bindungstheorie nach Bowlby, vgl. S. 147) im Alter von einem Jahr; mehr negatives, weniger positives Verhalten (Lautieren, Blickkontakt, Lächeln, Blickabwendungen), Generalisierungstendenz dieses Verhaltens (nicht nur bei der Mutter); das Verhalten des Kindes ist insgesamt so, dass der Interaktionspartner in seinem Verhalten gedämpft wird, jedoch ist zu beobachten, dass sich bei vertrauten anderen Beziehungspersonen das Verhalten der Kinder ändert.

Eine Kontroverse hat sich um die Frage gebildet, ob es eine sogenannte Säuglingsdepression gibt, die sich in Form von sozialem Rückzug des Säuglings zeigt. Papoušek (2002, S. 216 f.) wendet dagegen ein, dass ein sozialer Rückzug ein gemeinsames Symptom mehrerer Störungen bzw. eine unspezifische Anpassungsreaktion ist und korrigierende Erfahrungen zu einer Veränderung des Interaktionsverhaltens des Säuglings führen. Eine Etikettierung der Anpassungsmechanismen als psychische Störung widerspreche daher der Entwicklungsdynamik der frühen Kindheit.

2. Auswirkungen auf Kleinkinder

In der „normalen“ Entwicklung machen Kleinkinder basierend auf dem gebildeten Urvertrauen und der sicheren Bindung (i.S. der Bindungstheorie nach Bowlby, vgl. S. 147) zur Mutter erste Ablösungsschritte zur Erkundung der Umwelt. Außerdem entwickelt sich die Sprache in einem rasanten Tempo (vgl. Baumann 2000, S. 51). Das „Nein!“ der Eltern muss auf Verbindlichkeit getestet werden, um Grenzen zu erfahren. Auf der anderen Seite führt ein „Nein!“ des Kindes zu Reaktionen der Eltern. In der Weise, wie sie damit umgehen, zeigt sich einerseits eine Selbsterfahrungserkenntnis für die Eltern und andererseits Identitätsarbeit des Kindes. „Krankheit“ lässt sich für Kleinkinder an folgenden Zeichen festmachen: Schonung (im Bett bleiben), Befreiung von sozial erwarteten Aktivitäten (nicht in Kindergarten gehen), Medikamenteneinnahme, absehbare Prognose („morgen ist es wieder gut“), Aktivitäten, die dazu führen, wieder gesund zu werden (Fiebertemperaturen), konkretes Wahrnehmen von Zeichen (Verband, Salbe). Bei psychischen Krankheiten ist dies alles nicht gegeben, sodass es für das Kind sehr schwierig zu verstehen ist, dass es sich hier um eine Krankheit handelt (vgl. Pretis & Dimova 2004, S. 42).

Auffälligkeiten (eher internalisierende Störungen) lassen sich folgende aufzählen (vgl. Lenz 2005, S. 14; Pretis & Dimova 2004, S. 45 ff. beziehungsweise Wickberg & Hwang 1996, Jacob & Johnson 2001, Cicetti et al. 1998, Knuf 2000; Baumann 2000, S. 51; Wiefel

& Lehmkuhl 2004; Zahn-Waxler, McKnew, Cummings, Davenport & Radke-Yarrow 1984, S. 238 f.; Zahn-Waxler, Cummings, McKnew & Radke-Yarrow 1984, S. 116 ff.):

- Rückzugsverhalten,
- unsichere Bindung (i.S. der Bindungstheorie nach Bowlby, vgl. S. 147), geringes Explorationsverhalten,
- psychosomatische Symptome,
- psychosoziale Retardierung (die Kinder verhalten sich wie ein Baby, wenn sie wie ein Baby behandelt werden),
- Defizite der kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung (Entwicklung der Sprache und des Sozialverhaltens, z.B. Aufrechterhalten von freundlichen sozialen Interaktionen, Teilen mit Freunden, Freunden helfen).

3. Auswirkungen auf Kinder im Vorschulalter

In der „normalen“ Entwicklung eines Kindes wird nun die Perspektive anderer in die eigenen Überlegungen einbezogen und ein Weltbild entwickelt (vgl. Baumann 2000, S. 52). In diesem Alter werden die Grundlagen einer solidarischen Integration des Kindes gelegt. Auffälligkeiten sind in diesem Alter eher als ängstlich-zurückgezogenes Verhalten oder externalisierende Störungen zu beobachten (vgl. Pretis & Dimova 2004, S. 49 beziehungsweise auf Free et al. 1996, Wadsworth 1999, Mattejat & Lisofsky 1998):

- Verhaltensprobleme (hyperaktives, aggressives Verhalten),
- geringerer Wortschatz,
- Gefühle der Angst, Verwirrung, Selbstbeschuldigung,
- Störungen in Beziehungen zu anderen und im Selbstwertgefühl,
- wichtige außerfamiliäre Kontakte werden nicht geknüpft,
- das Denk- und Sprachniveau ist weniger kooperativ,
- die Bildung eines Selbst- und Weltverständnisses ist verzerrt, z.B. typisch depressive Kognitionen mit Hoffnungslosigkeit und Schuldgefühlen.

4. Auswirkungen auf Kinder im Schulalter

Die „normale“ Entwicklung stellt nun mit der Schule und ihrer partizipativen Integration neue Anforderungen an das Kind. Oft sind betroffene Kinder diesen nicht gewachsen,

und es kommt zu Auffälligkeiten z.B. bzgl. der Schulleistungen, des Verhaltens oder der sozialen Integration. Schulschwierigkeiten werden von Seiten der Familie jedoch nicht unbedingt auf innerfamiliäre Gründe zurückgeführt, sondern auf eine Minderbegabung des Kindes, Lehrerversagen oder ähnliches (vgl. Baumann 2000, S. 53 beziehungsweise auf Bauer & Haselbeck 1983; Grigoriu-Serbanescu 1993, S. 654 beziehungsweise auf Beardslee et al. 1983, Weissman et al. 1984, 1987, Keller et al. 1986, Pellegrini et al. 1986, Breslau et al. 1988; Wiefel & Lehmkuhl 2004). Tatsächlich liegt die Ursache für Lernschwierigkeiten jedoch nicht in einem niedrigeren IQ, sondern in psychischen Auffälligkeiten wie Aufmerksamkeitsstörungen, emotionalen Schwierigkeiten u.a., wie Grigoriu-Serbanescu (1993, S. 654) feststellt. In diesem Alter bemerken die Kinder auch, dass mit ihrer Familie „etwas nicht stimmt“, was zu Schamgefühlen und in der Folge zu Isolation führt. Weitere Merkmale sind Schuldgefühle und Verantwortungsübernahme in der Familie, die im Extremfall bis zur Rollenumkehr (Parentifizierung) gehen kann (vgl. Baumann 2000, S. 52 f.).

Als weitere Auffälligkeiten werden von Remschmidt und Mattejat (1994b, S. 77 f.) benannt:

- kognitive Auffälligkeiten (Aufmerksamkeitsstörungen),
- emotionale Auffälligkeiten (hohe emotionale Labilität, Depressionsneigung, Isolation, Rivalität mit Gleichaltrigen, Hyperaktivität, Einnässen, aggressives Verhalten, Rückzug, ungünstiges Selbstkonzept, negative Attribuierungsstile, vermehrte Ängstlichkeit, Defizite bei affektiver Kontrolle),
- Auffälligkeiten im Sozialverhalten und in den Beziehungen zu Gleichaltrigen (Defizite der sozialen Kompetenz wie aggressives, störendes oder zurückgezogenes Verhalten),
- Auffälligkeiten der Gefühle (Verlegenheit, Scham, Einsamkeit, Ablehnung).

Baumann (2000, S. 46) weist darauf hin, dass in diesem Entwicklungsabschnitt auch die sogenannte induzierte wahnhafte Störung im Kindesalter als Folge ausbleibender Behandlung auftreten kann. Hierbei treten psychotische Symptome beim Kind aufgrund des Zusammenlebens mit einem psychotischen Elternteil auf, die bei Trennung abklingen. Eine Behandlung scheint bei sofortiger rigoroser Trennung des Kindes vom kranken Elternteil erfolgreich, wobei eine Begleitung durch intensive ambulante psychotherapeutische Betreuung bei Rückführung in die Familie notwendig ist (vgl. Baumann 2000, S. 46).

5. Auswirkungen auf Jugendliche (Adoleszenz)

In der „normalen“ Entwicklung stehen nun die Ausbildung einer eigenen Identität, die Ablösung vom Elternhaus sowie wichtige Zukunftsentscheidungen (z.B. bzgl. des Berufs) an. Es werden erhöhte Leistungsanforderungen an die Person gestellt und außerfamiliäre Kontakte bekommen einen größeren Stellenwert. Andererseits können Jugendliche die Hintergründe des elterlichen Verhaltens nun besser erfassen (vgl. Baumann 2000, S. 55 beziehungsweise auf Gundelfinger 1995).

Folgende Auffälligkeiten werden in der Literatur benannt (vgl. Baumann 2000, S. 55 beziehungsweise auf Gundelfinger 1995; Lenz 2005, S. 14; Remschmidt & Mattejat 1994b, S. 78 f.):

- kognitive Störungen, schlechtes Kontextverständnis, magische Denkstile,
- Fehlen elterlicher Kontrolle,
- soziale Benachteiligung wegen sozialer Isolierung,
- Konformitätsdruck bei Gleichaltrigen verhindert Hilfesuche,
- mangelnde Aufklärung führt oft zu großer Angst davor, selbst zu erkranken,
- neue Entwicklungsaufgaben überfordern den Jugendlichen, da er nicht von seinen Eltern unterstützt wird, sodass sich das Risiko für psychische Störungen erhöht,
- die Hintergründe des auffälligen Verhaltens des kranken Elternteils sind nun erfassbar, weswegen der Ablösung das Gefühl, die Eltern im Stich zu lassen, im Weg steht.
- der Jugendliche sieht, dass die Eltern keine angemessenen Modelle hinsichtlich sozialer Fähigkeiten sind, und entwickelt Ressentiments gegen die Eltern.

6. Nachwirkungen im Erwachsenenalter

Gut die Hälfte der erwachsenen Kinder gibt aktuelle psychische Probleme an, was einer relativ hohen Auffälligkeitsrate entspricht. Mit standardisierten Verfahren lässt sich dies jedoch nicht bestätigen, sodass vermutet wird, dass die Kinder dazu neigen, sich als auffällig wahrzunehmen oder darzustellen, d.h. ihr Selbstwahrnehmungskonzept und ihre soziale Selbsteinschätzung sind negativ beeinflusst (vgl. Meyer, Mattejat, König, Wehmeier & Remschmidt 2001, S. 530).

Als Auffälligkeiten im Erwachsenenalter lassen sich benennen (vgl. Knuf 2000, S. 39; Hall 2004, S. 34):

- affektive Störungen und Drogen-Missbrauch,
- Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit,
- geringe Selbstachtung,
- starke Schuldgefühle,
- Angst vor Gewalt oder Selbstmord der Eltern,
- soziale Isolation,
- schwierige Lösung vom Elternhaus,
- Angst davor, dasselbe Schicksal zu erleiden: zu erkranken bzw. Kinder zu haben und krank zu werden,
- traumatische Kindheitserlebnisse beeinflussen viele Lebensbereiche des Erwachsenen, z.B. Partnerwahl, Paarkonflikte etc.

Verkettung der Folgen

Auswirkungen der elterlichen Erkrankung können nicht isoliert nebeneinander betrachtet werden, sondern sind meist miteinander verbunden. Probleme bedingen und verstärken sich gegenseitig, sodass nicht klar ist, welches Problem welche Folgen auslöst. Berücksichtigt man auftretende Symptome als Verarbeitungsversuche des Kindes bzgl. der elterlichen Erkrankung, lässt sich oft auch eine ganze Kettenreaktion von Auswirkungen beobachten: bizarres Elternverhalten führt vermehrt zu desorganisierten Bindungsmustern (i.S. der Bindungstheorie nach Bowlby, vgl. S. 147) bei den Kindern, Störungen der Informationsverarbeitung haben zur Folge, dass schulische oder berufliche Leistungen abfallen und die soziale Anpassung und emotionale Regulationsfähigkeit auffällig werden, was wiederum zu emotionalem Stress, sozialen Anpassungsschwierigkeiten und schulischen Leistungsproblemen führt. Dies kann aber auch als Folgewirkung von Umwelterwartungen oder kritischen Lebensereignissen auftreten (vgl. Hantel-Quitmann 1997, S. 169 ff.; Wagenblaus 2001, S. 523 f.; Wiefel & Lehmkuhl 2004).

4.3.3.4 Faktoren, die diese Auswirkungen beeinflussen

Allgemeine Risikofaktoren

Die Risikoforschung hat folgende allgemeine, d.h. nicht nur (aber auch) für Kinder psychisch kranker Eltern geltende Risikofaktoren empirisch absichern können (vgl. Csef

2004, S. 55; Zusammenstellung mehrerer Studien in Egle, Hoffmann & Steffens 1997, S. 686, S. 690, S. 693; Rutter 1966, S. 35):

- niedriger sozioökonomischer Status,
- große Familien und sehr wenig Wohnraum,
- schlechte Schulbildung der Eltern,
- Arbeitslosigkeit,
- mütterliche Berufstätigkeit von mehr als zehn Stunden pro Woche im ersten Lebensjahr,
- autoritäres väterliches Verhalten,
- Ein-Eltern-Familie, Stiefeltern-Familie,
- Alter der Mutter bei der ersten Geburt,
- Verlust der Mutter,
- längere Trennung von den Eltern in den ersten sieben Lebensjahren,
- unsicheres Bindungsverhalten (i.S. der Bindungstheorie nach Bowlby, vgl. S. 147),
- häufig wechselnde frühe Beziehungen,
- elterliche Erziehungsprobleme,
- Kontakte mit Einrichtungen der „sozialen Kontrolle“ (z.B. Jugendamt),
- Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils,
- chronische Disharmonie in der Primärfamilie,
- anhaltende Auseinandersetzung infolge von Trennung oder Scheidung der Eltern,
- Alkoholmissbrauch, psychische Störungen der Mutter oder des Vaters,
- schwere körperliche Erkrankungen der Mutter oder des Vaters,
- chronisch krankes Geschwister,
- sexueller und/ oder aggressiver Missbrauch,
- ernste oder häufige Erkrankungen in der Kindheit,
- Umzüge, Schulwechsel,
- Verlust eines älteren Geschwisters oder engen Freundes,

- außerfamiliäre Unterbringung,
- schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen in der Schule,
- Stellung in der Geschwisterreihe,
- Altersabstand zum nächsten Geschwister kleiner als 18 Monate,
- für Mädchen: Schwangerschaft in der Jugendzeit.

Hall (2004, S. 35) fasst diese Faktoren zusammen in

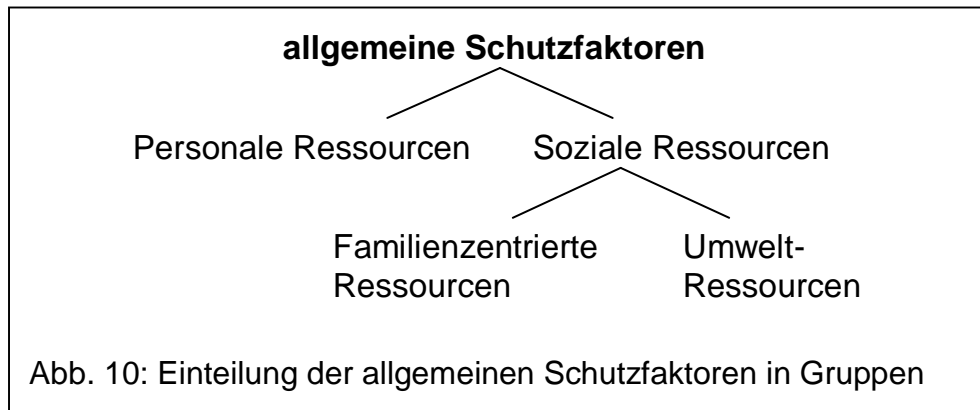
- prädispositionelle Faktoren wie Intelligenz, Temperament, Geschlecht etc.,
- beständige Faktoren, z.B. soziokulturelle, familiäre Faktoren und
- beschleunigende Faktoren wie Life Events, aktuelle Psychopathologie etc.

In dieser Liste ist eine elterliche psychische Störung explizit genannt. Das Vorkommen einzelner Risikofaktoren hat jedoch normalerweise keine gravierenden Folgen, sondern es kommt erst bei Akkumulation mehrerer Belastungen zu Schädigungen. Allerdings ist zu beobachten, dass sich in bestimmten Familien, vor allem in Familien mit psychisch erkranktem Elternteil, mithin bei ihren Kindern, Risikofaktoren häufen (vgl. Laucht, Schmidt & Esser 2000, S. 100). Außerdem sind diese Faktoren meistens unspezifisch, kommen also bei Kranken und Gesunden vor, sodass eine multidimensionale Betrachtung in Kombination mit Schutzfaktoren angezeigt ist (vgl. Csef 2004, S. 57).

Allgemeine Schutzfaktoren

Protektive Prozesse reduzieren die Risiko-Auswirkungen, indem sie auf die Gefährlichkeit selbst wirken oder die Belastung durch bzw. die Verstrickung in das Risiko verändern. Sie reduzieren die Wahrscheinlichkeit negativer Kettenreaktionen, die durch die Begegnung mit einem Risiko ausgelöst werden und fördern Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen (vgl. Rutter 1987, S. 329). Eng mit dem Ressourcen-Theorem verzahnt ist der Ansatz des Empowerment, dessen Ziel es ist, dass die Klienten der Sozialen Arbeit Selbstbestimmung und Kontrolle über ihre eigenen Lebenszusammenhänge erlangen, indem ihre Gestaltungskräfte gefördert und erweitert werden (vgl. Galuske 2003, S. 270; Lenz 2002, S. 15; Stark 2002, S. 56). Damit erhebt das Empowerment den Anspruch, eine Einstellung zu sein, die sich an den Stärken und Kompetenzen der Klienten orientiert. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich nicht um eine Methode oder Technik handelt, sondern um eine Einstellung des Therapeuten oder Sozialarbeiters (vgl. Stark 2002, S. 57; Galuske 2003, S. 270). Zu beachten ist die Ambivalenz des Ressourcentheorems:

Die Aktivierung kann durch das Individuum selbst geschehen oder durch andere, z.B. den Sozialarbeiter. Im zweiten Fall ist jedoch nach der Relevanz zu fragen, die der Anspruch des Sozialarbeiters für den Klienten hat. Weiterhin können soziale Handlungszusammenhänge wie die Familie oder die Schule etc. Ressourcen wieder deaktivieren oder durch Handlungskompetenzzuschreibungen gar blockieren.



Ebenso wie bei den Risikofaktoren konnten von der Forschung auch allgemeine Schutzfaktoren empirisch abgesichert werden. Sie gliedern sich in personale und soziale Ressourcen, letztere kann man noch einmal in Ressourcen der Familie und der Umwelt unterscheiden (s. Abb. 10).

Personale Ressourcen sind (vgl. Laucht, Schmidt & Esser 2000, S. 103; Sollberger 2000, S. 21; Infobroschüre Paderborn; Egle et. al. 2002b zit. nach Csef 2004, S. 59; Pretis & Dimova 2004, S. 65 – 75; Werner-Jacobsen 2001, S. 44 ff.; Zusammenstellung mehrerer Studien in Egle, Hoffmann & Steffens 1997, S. 687, S. 693; Werner 1989, S. 73 f., S. 76; Beardslee & Podorefsky 1988, S. 63):

- weibliches Geschlecht,
- erstgeborenes Kind,
- guter gesundheitlicher Zustand,
- robustes, aktives, kontaktfreudiges Temperament,
- positives Selbstkonzept, positives Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit, interne Kontrollüberzeugung,
- Selbst-Verstehen,
- positives Sozialverhalten, Hilfsbereitschaft, tiefe Verpflichtung zu Beziehungen,

- gute kommunikative Fähigkeiten (Sprache, Lesen),
- positives, aktives Bewältigungsverhalten,
- überdurchschnittliche Intelligenz,
- Leistungsmotivation,
- gute intellektuelle Leistungsfähigkeit bzgl. akademischer und praktischer Fähigkeiten,
- Vorhandensein von Planungsprozessen und Zielen,
- Durchhaltevermögen, Frustrationstoleranz,
- Optimismus, positive Erwartung in die Zukunft,
- aktives Einfordern und Zugänglichmachen von Hilfe, sodass man sich nicht als Opfer der Umstände erlebt,
- (Selbst-) Verantwortung,
- Fähigkeit, von den Eltern getrennt zu denken und zu handeln,
- Gefühl der Zugehörigkeit zur Familie,
- Teilhabe und Partizipation.

Soziale Ressourcen der Familie sind (vgl. Laucht, Schmidt & Esser 2000, S. 103; Sollberger 2000, S. 21; Zusammenstellung mehrerer Studien in Egle, Hoffmann & Steffens 1997, S. 687; Werner 1989, S. 74):

- sichere Bindung (i.S. der Bindungstheorie nach Bowlby, vgl. S. 147), stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson,
- Abstand zwischen den Geschwistern mindestens zwei Jahre,
- Kompetenz der Mutter im Umgang mit dem Baby,
- offenes, unterstützendes Erziehungsklima, konsequenter und induktiver Erziehungsstil, elterliche Teilnahme an wichtigen Teilen des Lebens ihres Kindes und gemeinsame Aktivitäten,
- familiärer Zusammenhalt, positive Partnerschaftsbeziehung zwischen den Eltern,
- Strukturen und Regeln innerhalb der Familie, die für das Kind klar erkennbar sind,
- ausreichend Wohnraum,
- Modelle positiver Bewältigung,

- seelisch gesunde Mutter,
- Abgeschlossene Berufsausbildung der Mutter,
- Berufstätigkeit der Mutter,
- positive Wahrnehmung der Mutter bzgl. ihres Selbstbildes und des Bildes vom Entwicklungspotenzial des Kindes,
- Kompensation durch andere Personen, wenn die Mutter ausfällt.

Soziale Ressourcen des Umfelds sind (vgl. Laucht, Schmidt & Esser 2000, S. 103; Sollberger 2000, S. 21; Zusammenstellung mehrerer Studien in Egle, Hoffmann & Steffens 1997, S. 687; Werner 1989, S. 74):

- wenige kritische Lebensereignisse,
- soziale Unterstützung,
- positive Beziehung zu mindestens einem anderen Erwachsenen (Stressreduktion durch Reden über Familiensituation),
- im Falle von Erkrankung in der Familie „Inseln der Normalität“ außerhalb der Familie,
- aktive Verantwortungsübernahme im außerfamiliären Raum (z.B. kleine Jobs für Kindersportverein etc.), Durchführung von Aktivitäten zusammen mit anderen, Einbindung in Gemeinde-Aktivitäten,
- positive Freundschaftsbeziehungen,
- positive Schulerfahrungen, gute Schulleistungen,
- kirchliche oder weltliche Institutionen, die sich um die Bedürfnisse der Kinder kümmern,
- Religiosität gilt als Schutzfaktor, weil viele Aspekte inbegriffen sind (z.B. Optimismus, Hoffnung, Wertestruktur etc.), Vertrauen in die Sinnhaftigkeit des Lebens.

Einflussfaktoren für Auswirkungen elterlicher psychischer Erkrankung

Bei Kindern psychisch erkrankter Eltern kommen zusätzlich zu den oben aufgeführten Risiko- und Schutzfaktoren spezielle Einflussfaktoren hinzu, die die Auswirkungen der Erkrankung bestimmen. Es können Faktoren unterschieden werden, die von den Eltern, den Kindern, der Familie als Ganzem sowie von der Umwelt ausgehen. Die verschiedenen Auswirkungen können individuell unterschiedlich nicht nur als belastend, sondern auch als stärkend für das Selbstbewusstsein erlebt werden.

An Faktoren seitens der Eltern konnten folgende gefunden werden (vgl. Deneke 1995, S. 4 ff. auch in Baumann 2000, S. 40; Hall 2004, S. 37, S. 40; Pretis & Dimova 2003, S. 169; Remschmidt & Mattejat 1994b, S. 13 f., S. 17, S. 40; Deneke 2004a und b; Küchenhoff 2004a, S. 110; Hantel-Quitmann 1997, S.165 ff.; Seeman & Göpfert 2004, S. 13; Meyer, Mattejat, König, Wehmeier & Remschmidt 2001, S. 532; Mattejat 2001, S. 90 f.; Rutter 1966, S. 83; Kühnel & Bilke 2004, S. 62 f.; Göpfert, Webster & Nelki 2004a, S. 72 f.; Sollberger 2000, S. 21; Website kjp Uni-Marburg; Hall 2004, S. 38; Lenz 2005, S. 16, S. 20; Schone & Wagenblass 2002, S. 201 f.; Rutter 1966, S. 79, S. 87, S. 107; Wüthrich, Mattejat & Remschmidt 1997, S. 142):

- Diagnose: ungünstigste Entwicklung bei Kindern von Eltern mit Persönlichkeitsstörung oder Suchterkrankung.
- Individuelle Psychopathologie: Schwere, Chronizität, Rückfallhäufigkeit, Grad der Beeinträchtigung der Kommunikationsfähigkeit, Komorbidität, Realitätsverlust, Dauer und Anzahl symptomfreier Perioden; auch bei weniger dramatischen Krankheitsverläufen kann ein schwerwiegender Einfluss auf das Kind geschehen, weil die Erkrankung zu lange übersehen wird.
- Schadensbegrenzungsmaßnahmen: bei einer schwer chronisch kranken Mutter kann eine frühe Adoption besser sein als die Unterbringung in verschiedenen Pflegefamilien; bei einer Wochenbettpsychose können langfristige Schädigungen für das Kind verhindert werden, wenn es in dieser Zeit adäquat versorgt wird.
- Behandlung der Erkrankung: bestimmte Medikamente machen müde, ein früher Behandlungsbeginn kann dagegen Schaden begrenzen.
- Geschlecht des Elternteils in Kombination mit der Rollenverteilung: Beeinträchtigungen des Familienlebens sind hauptsächlich in den Familien, in denen die Mutter erkrankt ist, zu beobachten, da sie häufiger zu Hause ist. Die Ergebnisse sind aber nicht gesichert, weil es nicht genügend Untersuchungen zu psychisch kranken Vätern gibt, die zusätzlich die Rollenverteilung kontrollieren.
- Beginn der Erkrankung: ein Beginn vor der Geburt bzw. um die Zeit der Geburt des Kindes herum gilt als Risikofaktor.
- Grad des Einbezugs des Kindes in das Wahnsystem.
- Art der Bewältigungsstrategien.
- Grad der Beeinträchtigung des Familienlebens.

- Grad der Beeinträchtigung des Erziehungsverhaltens.
- Anzahl und Länge stationärer Aufnahmen: sie führen zu zusätzlichen familiären Umbrüchen und Trennungen.
- Prä-/ perinatale Komplikationen: sie stehen in Zusammenhang mit einer höheren Prävalenz kindlicher psychischer Störungen; psychisch kranke Mütter haben eher ungeplante Schwangerschaften und nehmen Vorsorgetermine seltener wahr.

Seitens des Kindes kommen folgende Faktoren zum Tragen (vgl. Laucht, Schmidt & Esser 2000, S. 101; Deneke 1995, S. 4 ff.; Hall 2004, S. 34 – 40; Pretis & Dimova 2003, S. 169; Brennan et al. 2000, S. 760; Remschmidt & Mattejat 1994b, S. 13 f., S. 17; Deneke 2004a und b; Küchenhoff 2004a, S. 110; Hantel-Quitmann 1997, S.165 ff.; Seeman & Göpfert 2004, S. 14; Lenz 2005, S. 16, S. 20; Puckering 2004, S. 174; Rutter & Quinton 1984, S. 872 f.; Seeman 2004, S. 168; Cohen et al. 1954 zit. nach Anthony 1980, S. 26; Kühnel & Bilke 2004, S. 62 f., S. 65; Göpfert, Webster & Nelki 2004a, S. 72 f.; Sollberger 2000, S. 21; Website kjp Uni-Marburg; Schone & Wagenblaus 2002, S. 201 f.; Beardslee & Podorefsky 1988, S. 63; Rutter 1966, S. 92, S. 106; Wüthrich, Mattejat & Remschmidt 1997, S. 142):

- Geschlecht des Kindes: Töchter depressiver Mütter sind vulnerabler, obwohl im Allgemeinen Jungen vulnerabler sind; Mädchen entwickeln eher affektive Störungen, Essstörungen und Selbstverletzung, Jungen eher Verhaltensstörungen, Aggressionen, Delinquenz und Drogen-Missbrauch.
- Alter des Kindes: wenn das Kind bei Krankheitsausbruch noch sehr klein ist, gibt es mehr kritische Entwicklungsphasen, auf die die Erkrankung einwirken kann; die Bedürfnisse des Kindes ändern sich mit seiner Entwicklung, die Eltern müssen darauf reagieren können; mit zunehmendem Alter wird der Zusammenhang zwischen elterlicher und kindlicher Störung enger.
- Alter in Kombination mit dem Geschlecht: vor der Pubertät sind häufiger Auffälligkeiten bei Jungen zu beobachten, bzw. herrscht Gleichverteilung, danach überwiegen Auffälligkeiten bei den Mädchen.
- Vorherige Erfahrungen und Entwicklung.
- Geburt: Frühgeburt und perinatale Traumen gelten als Risikofaktoren.
- Temperament: schwieriges Temperament gilt als Risikofaktor, ein Temperament, das positive Reaktionen seitens der Umwelt hervorruft, als Schutzfaktor.

- Durchhaltevermögen und Frustrationstoleranz sind bei Kindern psychisch kranker Eltern meist eingeschränkt (z.B. werden Belohnungen lieber sofort eingefordert, da nicht sicher ist, ob man sie später noch bekommt).
- Intellektuelle und soziale Kompetenz: geringe Kompetenzen in diesen Bereichen gelten als Risikofaktor, gute Kompetenzen als Schutzfaktor.
- Eine Identifikation mit dem gesunden Elternteil führt zu besserer psychischer Belastbarkeit und hat daher langfristige positive Auswirkungen, die Fähigkeit zur Abgrenzung von elterlichen Bedürfnissen gilt ebenfalls als Schutzfaktor.
- Physische Eigenschaften: Sie beeinflussen die Mutter-Kind-Beziehung, denn wenn das Kind den Elternteil an einen abwesenden Partner erinnert oder es durch Behinderung, Krankheit oder Unattraktivität charakterisiert ist, ist es mehr Kritik, Ablehnung und Missbrauch ausgesetzt. Physische Attraktivität hingegen gilt als Schutzfaktor.
- Das vulnerable Kind ist oft der Favorit eines Elternteils und das bestbegabte Kind der Familie mit kreativen Fähigkeiten. Wenn zudem die Familie einer Minderheit angehört, ist das Kind oft im engen Familienkreis eingeschlossen, sodass es wenig Autonomiebestrebungen entwickeln kann.

Die Familie als Ganzes stellt folgende Faktoren (vgl. Deneke 1995, S. 4 ff.; Hall 2004, S. 38, S. 40; Remschmidt 1980b, S. 10; Weissman et al. 1984b zit. nach Remschmidt & Mattejat 1994b, S. 69; Remschmidt & Mattejat 1994b, S. 13 f., S. 17; Deneke 2004a und b; Küchenhoff 2004a, S. 110; Hantel-Quitmann 1997, S.165 ff., S. 178; Wagenblaus 2005, S. 2; Mattejat 2001, S. 89 f.; Kühnel & Bilke 2004, S. 62 ff.; Göpfert, Webster & Nelki 2004a, S. 72 f.; Sollberger 2000, S. 21; Website kjp Uni-Marburg; Lenz 2005, S. 16, S. 20; Schone & Wagenblaus 2002, S. 201 f.; Rutter 1966, S. 89, S. 107; Perez 2001, S. 18 ff.):

- Erwerbsstatus der Eltern.
- Der gesunde Elternteil: sein psychischer Status (häufig sind die Partner der Patienten auch psychisch auffällig, sodass das Kind einem erhöhten genetischen wie psychosozialen Risiko ausgesetzt ist) und seine Verfügbarkeit (z.B. Abwesenheit und mangelnde emotionale Verfügbarkeit) bestimmen kompensatorische Möglichkeiten.
- Qualität der Partnerbeziehung der Eltern.
- Qualität des Familienzusammenhalts: Trennung der Eltern und Trennung des Kindes von der Familie gelten als Risikofaktoren, da sie oftmals zu (unbegründeten) Schuldge-

fühlen bei den Kindern führen; Liebe von beiden Elternteilen hingegen gilt als Schutzfaktor.

- Familiäre Kompensations- und Copingmöglichkeiten: Bewältigung der Familienprobleme zusammen mit den Kindern, Rolle der Geschwister und der Großeltern (viele beaufsichtigen die Kinder, wenn die Eltern arbeiten oder stationär behandelt werden).
- Qualität der alltäglichen Lebensbedingungen: Instabilität und Chaos gelten als Risikofaktoren.
- Informationsgrad des Kindes: Tabuisierung der Erkrankung gilt als Risikofaktor, bei Aufklärung weiß das Kind, dass es nicht Schuld ist, wodurch es die Erkrankung besser kognitiv bewerten kann.
- Parentifizierung des Kindes gilt als Risikofaktor.
- Auftreten von Gewalt und Misshandlung.
- Emotionaler Interaktionsstil: ein hohes Maß an Feindseligkeit oder Überprotektivität (expressed emotions) gilt als Risikofaktor; gute Eltern-Kind-Beziehungen hingegen gelten als Schutzfaktor.
- Anzahl von Verwandten ersten Grades mit psychischer Erkrankung.
- Anzahl der Life Events in der Familie (z.B. Trennung von den Eltern, Arbeitslosigkeit, ehelicher Zusammenbruch, elterlicher Partnerwechsel, Tod eines Elternteils, Migration und Flucht etc.)

Im Umfeld der Familie spielen folgende Faktoren eine Rolle (vgl. Deneke 1995, S. 4 ff.; Göpfert, Webster & Nelki 2004a, S. 72 f.; Sollberger 2000, S. 21; Website kjp Uni-Marburg; Hall 2004, S. 38; Lenz 2005, S. 16, S. 20; Remschmidt & Mattejat 1994b, S. 14; Schone & Wagenblass 2002, S. 201 f.):

- Verfügbarkeit emotional ansprechbarer Außenstehender,
- Tragfähigkeit des sozialen Netzes des Kindes,
- Kultur in der Gemeinde.

Die verschiedenen Faktoren beeinflussen und verstärken sich wechselseitig, z.B. führt psychische Erkrankung langfristig meist zum Verlust des Arbeitsplatzes, wodurch finanzielle Belastungen entstehen, was wiederum die Erfahrungswelt der Kinder beeinflusst. Das bedeutet auch, dass nicht nur die psychische Erkrankung des Elternteils, sondern auch die gesamte Konstellation der Umstände für Probleme und Auffälligkeiten der

Kinder verantwortlich ist. Eine Kumulation von Risikofaktoren erhöht die Wahrscheinlichkeit dafür, dass psychische Störungen bei den Kindern auftreten. Bedeutung und Auswirkungen der einzelnen Risikofaktoren und ihrer Kombinationen sind zwar noch unklar, es scheint jedoch so, dass einfache additive Kausalmodelle zu simpel sind, weshalb die Arbeitsgruppe um Remschmidt und Mattejat das von Zubin und Spring (1977) erdachte Vulnerabilitäts-Streß-Modell weiterentwickelt haben (s. S. 116; vgl. Wüthrich, Mattejat & Remschmidt 1997, S. 144 f.; Perrez 2001, S. 21, S. 26; Remschmidt & Mattejat 1994b, S. 23).

4.3.3.5 Bewältigungsstrategien

Während körperliche Krankheiten (wie Fieber, Schnittwunden etc.) sowohl für Kinder als auch für Erwachsene verstehbar sind, haben psychische Krankheiten etwas Unverständliches und Angstausslösendes, da sie meist keine offensichtlichen Symptome ausbilden. Die Kinder spüren, dass etwas nicht stimmt, können es aber nicht verbalisieren, wobei ein Kommunikationsverbot die Unverständlichkeit noch verstärkt (vgl. Pretis & Dimova 2004, S. 25). Zur Bewältigung dieser Situation wählen Jungen oft eher nicht-involviertes Verhalten bzw. passiv-vermeidende Strategien. Dazu gehören Rückzug, der über Unauffälligkeit zu weiterer Isolation führt, Ablenkung, Grübeln und Verdrängung, indifferentes sowie aggressives Verhalten und Verhaltensstörungen (vgl. Mattejat 2001, S. 96 f.; Lenz 2005, S. 119; Kühnel & Bilke 2004, S. 64). Zu den aktiven Bewältigungsstrategien zählen innerliche und räumliche Distanzierung, die Suche nach Zuspruch bei anderen nahestehenden Personen, Teilnahme an Angehörigengruppen, freiwillige stationäre Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und das Reden über die Erkrankung. Involviertes Verhalten, das eher bei Mädchen zu beobachten ist, reicht von aktiver Empathie (günstigste Prognose) bis hin zu emotionalem Überengagement (Gefahr von externalisierenden oder internalisierenden Symptomen) (vgl. Wagenblaus 2001, S. 518 ff.; Schone & Wagenblaus 2002, S. 199; Lenz 2005, S. 119; Kühnel & Bilke 2004, S. 64). Eine meist sehr effektive Netzwerkorientierung ist bei vielen Kindern psychisch erkrankter Eltern leider schwach ausgeprägt, was einerseits am Redeverbot durch die Familie, aber auch an Schamgefühlen und Angst vor Ablehnung und sozialer Ausgrenzung, Stigmatisierung und Abwertung, ausgelöst durch die kommuninaktive Konstruktion von Moral, liegt (vgl. Lenz 2005, S. 122). Viele Kinder richten ihre Verarbeitungsversuche nach innen, sodass sie nach außen hin unauffällig wirken. Bei diesen unauffälligen Kindern stellt sich die Frage, ob das Kind einfach gelernt hat, seine Belastung gut zu verschleiern oder ob es wirklich über genügend Ressourcen verfügt, sie zu bewältigen. Die Umwelt reagiert erfahrungs-

gemäß erst bei extremer Auffälligkeit oder eigener psychischer Störung des Kindes (vgl. Pretis & Dimova 2004, S. 21; Schone & Wagenblaus 2002, S. 199).

4.3.3.6 Erfahrungen und Probleme der Kinder

Eine Methode, um etwas über die subjektiven Erfahrungen der betroffenen Kinder zu erfahren, ist, die frühe Kindheit aus der Retrospektive zu betrachten, indem biografische Erfahrungen ausgewertet werden, nachdem Jugendliche und Erwachsene über ihre Kindheit berichtet haben. Im Vergleich versucht man, aus den Gemeinsamkeiten verallgemeinerbare Aussagen über die Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern abzuleiten. Diese Studien haben jedoch folgende Schwächen: sie beruhen auf sehr kleinen Stichproben, sie sind Rekonstruktionen von Rekonstruktionen, da das Verbalisierte bereits Verarbeitung impliziert, und sie haben keine Kontrollgruppen von Kindern, die unter ähnlichen Bedingungen in Armut, Ein-Eltern-Familien oder Krankheit aufwachsen, sodass man die Ergebnisse nicht ausschließlich auf die psychische Störung der Eltern zurückführen kann (vgl. Seeman 2004, S. 168). Außerdem haben sich in der Zeit, die seit der Kindheit der Befragten vergangen ist, vermutlich auch Kultur und Gesellschaft verändert, so dass eine Vergleichbarkeit der Situation mit der heutiger betroffener Kinder zumindest zu hinterfragen ist.

Dunn führte Interviews mit neun erwachsenen Kindern psychotischer Eltern durch und entdeckte fünf gemeinsame Themen (Dunn 1993, S. 179 ff.):

- Missbrauch und Vernachlässigung (nicht nur durch die kranke Mutter, sondern auch durch den Vater),
- Isolation (von Gleichaltrigen, der erweiterten Familie, der Gemeinde), Nicht-Erhalten von Informationen (über Verhalten, Hospitalisation und Behandlung des erkrankten Elternteils),
- Schuld und Loyalität (die Kinder entwickelten auch Schuldgefühle, wenn sie in Pflege gegeben wurden und stellten ihren eigenen Erfolg der Erkrankung der Mutter gegenüber),
- Missstände in den Einrichtungen (die Kinder machten meist negative Erfahrungen),
- soziale Unterstützung (meist durch konkret benennbare Personen), die Beziehung zur Mutter war teilweise schmerzhaft und teilweise liebevoll.

In ihrer Studie mit acht Gesprächspartnern kristallisierten Schone und Wagenblaus folgende Themen heraus (vgl. Wagenblaus 2001; Wagenblaus 2002; Wagenblaus 2004;

Wagenblaus & Schone 2001; Schone & Wagenblaus 2001; Schone & Wagenblaus 2002, S. 180 ff.):

1. „Die Krankheit bekommt ein Gesicht“: Psychische Krankheiten treten meist nicht plötzlich auf, sondern während der Entwicklung der ersten Symptome erleben die Kinder den erkrankten Elternteil in unverständlichen Gefühlszuständen und erfahren einen unvernünftigen Umgang mit Geld, Zeit, Ernährung, Ordnung usw. Die Zeit bis zur Diagnose ist schwer für die Kinder, denn sie nehmen Veränderungen wahr, haben aber keine Erklärung dafür. Die Befragten können meistens eine Schlüsselsituation benennen, die eine Veränderung im Leben darstellt – den Tag X, an dem die Krankheit ein Gesicht bekommt (ein Name und das Bewusstsein, dass es sich um eine Krankheit handelt, kommen jedoch erst später) (Schone & Wagenblaus 2002, S. 181).
2. Kindheit: Geschwister haben oft unterschiedliche Erinnerungen an ihre Kindheiten, abhängig von den unterschiedlichen Rollenerwartungen an sie. Ein Beispiel ist die Auswahl des Kindes für die Rolle des Verantwortlichen (Parentifizierung). Die Auswahlkriterien sind nicht immer eindeutig, meist handelt es sich bei einem Ausfall der Mutter um die Tochter, bei mehreren Kindern um eins der ältesten Kinder.
3. Unterstützung: Eine wichtige Basis für die Entwicklung von Selbstvertrauen ist die Erfahrung, auf Bezugspersonen vertrauen zu können. Während Vertrauen Zukunft erst möglich macht, wird das Fehlen dieser Erfahrung von Betroffenen als Mangel erlebnt, sowohl hinsichtlich emotionaler wie auch alltagspraktischer Formen der Unterstützung. Da die Kinder oft die ersten sind, die mit einer Krise der Eltern konfrontiert sind, müssen sie Hilfe organisieren und Verantwortung übernehmen. Während der Ausfallzeiten des erkrankten Elternteils ist eine Kompensation von zentraler Bedeutung. Diese muss nicht unbedingt vom anderen Elternteil kommen, sondern kann auch durch Freunde, Bekannte oder Verwandte geschehen, die dem Kind Raum für positive Erfahrungen geben und es von der Last der Verantwortung für die Situation befreien.
4. Kommunikation: Verleugnung und Tabuisierung geschehen auf mehreren Ebenen:
 - Ebene des erkrankten Elternteils: subjektive Verleugnungstendenzen („Opfer der Medizin“, „Verschwörung“) verhindern eine freiwillig angenommene psychiatrische Hilfe, sodass die Krankheit zu einem nicht kommunizierbaren Problem wird, das nicht aufgearbeitet werden kann.

- Ebene der Familie: familieninterne Verleugnungstendenzen führen zu einer Tabuisierung in der Familie, auch bei einem Akutausbruch, sodass Symptome in Charaktereigenschaften umbenannt werden. Eine offene Auseinandersetzung ist daher nicht möglich. Die Kinder sind mit den Symptomen konfrontiert, erhalten aber keine Erklärung und sind auf ihre Fantasie angewiesen, die meist schlimmer ist als die Realität.
 - Ebene der familiären Umgebung: bei familienexternen Verleugnungstendenzen sind die Kinder zwar über die Erkrankung informiert, dürfen aber mit niemandem sprechen. Dieses Redeverbot kann indirekt oder direkt ausgesprochen sein und führt zu einem fehlenden Verständnis aus der Umwelt sowie ggf. zu weiteren Bestrafungen (z.B. in der Schule).
 - Ebene der Gesellschaft: Verleugnungstendenzen lassen sich in gesellschaftlicher Tabuisierung und unreflektierten Verhaltensweisen erkennen. Das Stigma der Erkrankung wird auf die gesamte Familie übertragen; Menschen sind verunsichert im Umgang mit psychisch kranken Menschen, was zu Rückzug führt. Aber auch bei den betroffenen Familien ist ein Rückzug aufgrund von Scham zu beobachten, was eine Reduzierung des sozialen Netzwerks mit sich bringt.
5. Angst: Vier verschiedene Formen der Angst bilden zentrale Themen in den Interviews:
- Angst vor dem Elternteil, insbesondere bei einem Einbezug in die Wahnwelt des Erkrankten,
 - Angst um das Elternteil bei Konfrontation mit Suizidhandlungen oder –drohungen,
 - Angst um die eigene Gesundheit (Erblichkeit der Krankheit),
 - Existenzangst durch zusätzliche familiäre Umbrüche (Trennung, wirtschaftliche Krise).
6. Recht auf ein eigenes Leben: Der normale Ablösungsprozess des Kindes von der Familie beinhaltet wegen der tiefgreifenden Veränderungen immer konflikthafte Potenzial, unabhängig von einer psychischen Erkrankung in der Familie. Wenn die entstehenden Konflikte jedoch nicht lösbar sind, kann ein abrupter Ausbruch aus der Familie oder eine übermäßig starke Bindung die Reaktion des Kindes kennzeichnen. Eine räumliche Distanzierung bedeutet dabei nicht immer auch emotionalen Abstand, sondern ist im Gegenteil oft mit einer Intensivierung der Beziehung verbunden.
7. Emotionales Erbe: „Auch als Erwachsene sind die Betroffenen nach wie vor Kinder psychisch kranker Eltern“, können aber andere Bewältigungsstrategien (Betrachtungs- und Reflexionsdistanz) anwenden (Schone & Wagenblass 2002, S. 194). So können

die aktuellen Erlebnisse die Kindheitserlebnisse relativieren oder kompensieren (Rohlfendistanzierung), andererseits ist es schwer, mit der Kindheit abzuschließen, wenn die aktuelle Lebenssituation nicht zufriedenstellend ist und die Kindheitserlebnisse als einschränkend empfunden werden.

Insgesamt fassen Schone & Wagenblast das Ergebnis der Interviews darin zusammen, dass die Lebenssituation der Kinder belastend geprägt ist von emotionalen Mangel Erfahrungen, Überforderung, Ängsten und Isolation.

Aus anderen Untersuchungen sind folgende Gefühle und Erlebnisse bekannt (vgl. Pretis & Dimova 2004, S. 49 ff.; Sollberger 2000, S. 28 f., S. 79 ff., S. 86 f.; Knuf 2000, S. 35 ff.; Heim 2001; Schafft 2002; Lisofsky 2004a; Deneke 2004b, S. 87 ff.; Matzejat 2004, S. 72 f.; Baumann 2000, S. 30, S. 42; Seeman & Göpfert 2004, S. 13):

- Schuldgefühle,
- Hilflosigkeit,
- Verunsicherung und Desorientierung,
- geringe Selbstachtung, vermindertes Selbstwertgefühl,
- Leben in zwei Welten (in der Familie und außerhalb), die sich gegenseitig fremd sind,
- Konflikt bei der Überwindung der Isolation zwischen Scham/ Schuld und Illoyalität,
- Trennungen durch Krankenhausaufenthalte und wechselnde Betreuung (viele Elternteile sind bereits stationär behandelt worden),
- eine Zwangseinweisung des Elternteils ist ein traumatisches Erlebnis für die Kinder, denn sie erleben den Verlust der Autonomie und Autorität des Elternteils, nicht Hilfe für den Kranken; später wird das Erlebnis auch als Entlastung gewertet,
- Misstrauen: wenn die Mutter der Realität nicht mehr traut (wenn sie z.B. die Täuschung einer bösen Macht vermutet), trauen die Kinder der Mutter nicht mehr (aus Angst, dass sich der Wahn gegen sie richtet),
- beim Besuch des kranken Elternteils in der Klinik werden die Kinder z.T. mit erschütternden Situationen konfrontiert,
- wenn die Familie alle Ressourcen des Kindes benötigt, vernachlässigt es die Schule, sodass die schulischen Leistungen abfallen.

Auch die Unauffälligen (Angepassten, Stillen, gut Funktionierenden) verkraften oft nur scheinbar alles. Aus einem Gefühl der Verantwortung heraus ergreifen sie oft soziale Berufe, haben aber Schwierigkeiten bei der Selbstwahrnehmung, Abgrenzung, Übernahme der Verantwortung für das eigene Leben und der Zurückgabe der Verantwortung an Eltern und Geschwister. Für sie ist es undenkbar, sich um die eigenen Bedürfnisse zu kümmern und es sich selbst gut gehen zu lassen (vgl. Pretis & Dimova 2004, S. 21; Heim 2001).

Lenz hat eine andere Methode gewählt, indem er Kinder und Jugendliche in ihrer aktuellen Situation des Zusammenlebens mit ihren psychisch erkrankten Eltern befragt hat. Er kommt jedoch zu ähnlichen Ergebnissen: Die Folgen der Klinikeinweisung des Elternteils werden als schmerzliche Verlusterfahrung beschrieben, speziell Zwangseinweisungen haben traumatisierende Wirkung. Hier wird das erschütterte Selbstbild bzw. das Bild der familialen Lebensform angesprochen, dem bei Hospitalisierung die Kontinuität entzogen wird, sodass die Hospitalisierung als Verlust einer Gemeinsamkeit stiftenden Lebenswelt, sozialer Verantwortung und Selbstidentifikation wirkt. Bei mütterlicher Krankheit ergeben sich einschneidende Veränderungen in der familiären Situation (vgl. Lenz 2005, S. 85). Gefühle und Gedanken der Kinder sind durch Angst gekennzeichnet. Es geht um Angst, durch den Klinikaufenthalt von der Mutter längerfristig getrennt zu werden, die Mutter ganz zu verlieren, dass sich die Krankheit verschlimmert, dass dem Elternteil etwas zustoßen könnte oder dass sich der Elternteil etwas antut. Resignation und Hoffnungslosigkeit durch das wiederholte Erleben akuter Krankheitsphasen lösen sich mit Phasen der Wut auf den erkrankten Elternteil ab (vgl. Lenz 2005, S. 89). Die Gefühle und Gedanken der Jugendlichen sind geprägt von der Angst vor einer möglichen eigenen Erkrankung, von Schuldgefühlen wegen eigener Abgrenzungs- und Distanzierungsschritte, von Mitgefühl und Traurigkeit sowie Verantwortungsgefühl für die Familie, aber auch von dem Gefühl des Verlustes eines Identifikationsobjekts (vgl. Lenz 2005, S. 92). Das Familienleben vor der Klinikeinweisung beschreiben die Kinder und Jugendlichen so: sie erleben die Verschlechterung des Gesundheitszustandes sowie die krisenhafte Entwicklung beim erkrankten Elternteil mit, werden häufig in elterliche Auseinandersetzungen gezogen und geraten dadurch in Loyalitätskonflikte und haben das Gefühl des Alleingelassenseins, vor allem, weil verständnisvolle Bezugspersonen fehlen (vgl. Lenz 2005, S. 93). Während des Klinikaufenthalts nehmen Gefühle der Traurigkeit, der Leere und des Alleinseins zu, Veränderungen im familiären Alltag durch die Abwesenheit der Mutter werden durch die Übernahme von Aufgaben im Haushalt zur Entlastung des gesunden Elternteils aufgefan-

gen (vgl. Lenz 2005, S. 94). Ist der erkrankte Elternteil zurückgekehrt, herrscht allerorten eine Atmosphäre der Vorsicht, Rücksichtnahme und Schonung sowie Orientierung an der Tagesstruktur und den Ruhebedürfnissen des erkrankten Elternteils. Die Angst vor einem Rückfall bzw. erneuter Erkrankung wird durch das Gefühl der Verpflichtung zur Übernahme von Aufgaben im Haushalt gemildert (vgl. Lenz 2005, S. 96). Das Familienleben gleicht aus Sicht der Jugendlichen einem Wechselspiel zwischen Abgrenzungs- bzw. Distanzierungsversuchen und der Übernahme von zentralen Verantwortungsbereichen in der Familie, die oft zu Ersatzpartnerschaften mit beiden Elternteilen führt (vgl. Lenz 2005, S. 99). Hier wird die bedingte Reorganisation des Alltags bei veränderten Handlungszielorientierungen bei allen Beteiligten beschrieben.

4.3.3.7 Zusammenfassung

Die Grundfrage der verschiedenen Forschungsrichtungen, die sich mit Familien mit psychisch erkranktem Eltern beschäftigen, lautet: Wie funktionieren die Mechanismen der Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die verschiedenen Familienmitglieder, insbesondere die Kinder, und werden diese in ihrem Verhalten oder in ihrer Persönlichkeit beeinträchtigt? Die Ergebnisse der verschiedenen Forschungsansätze lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Kinder psychisch erkrankter Eltern haben eine genetisch erhöhte Empfindlichkeit für psychische Erkrankungen, aber die Konstellation der Lebensumstände der Familie hat mindestens ebenso große Auswirkungen. Gefährdungen wurden in beinahe allen Entwicklungsbereichen festgestellt: im kognitiv-sprachlichen, im emotionalen und im sozialen Bereich, sowie hinsichtlich der Identitätsentwicklung und der Ausbildung von körperlichen und psychischen Störungen. Die Belastungen sind ab der Geburt beobachtbar und setzen sich bis ins Erwachsenenalter fort, jedoch verändern sie sich mit sich weiterentwickelnden Bewältigungsmöglichkeiten. Insgesamt erkrankt nur ein geringer Teil der betroffenen Kinder, weswegen die Forschung Risiko- und Schutzfaktoren als Unterschied zwischen zwei Personen, von denen eine erkrankt und die andere nicht, ermittelt hat. Protektive Prozesse ergeben sich dabei aus Ressourcen, die die pathogene Wirkung von Risiken mindern und der Person helfen, sich normal zu entwickeln. In der Liste der allgemeinen Risikofaktoren wird eine elterliche psychische Störung explizit genannt. Allgemeine Schutzfaktoren gliedern sich in personale und soziale Ressourcen, letztere wiederum in familienzentrierte und Umwelt-Ressourcen. Zusätzlich zu diesen allgemeinen Faktoren kommen bei psychischer Erkrankung der Eltern noch spezielle Einflussfaktoren auf Seiten der Eltern, des Kindes, der Familie als Ganzem und des Umfeldes der Familie, die die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung beeinflussen. Die subjektiven

Erfahrungen, Erlebnisse und Gefühle der Kinder zeugen von Angst, Schuld und Einsamkeit. Das Familienleben besteht für viele Kinder aus einem Wechselspiel von Resignation und Wut, sowie von Distanzierungsversuchen und Verantwortungsübernahme. Die Bewältigungsstrategien der Kinder sind sehr verschieden, lassen sich jedoch in passiv-vermeidende und aktive Strategien einteilen, wobei aktive oder involvierte Verhaltensweisen meist effektiver sind.

4.3.4 *Hilfe und Unterstützung*

4.3.4.1 Bedürfnisse der Eltern

Befragungen psychisch erkrankter Elternteile und ihrer Partner bezüglich ihres Unterstützungsbedarfs setzen bei den Betroffenen neben der Akzeptanz familienunterstützender Maßnahmen ein Problembewusstsein voraus, das Problemlösungsfähigkeit unterstellt und Selbstwirksamkeit akzentuiert. Die Bedürfnisse von Betroffenen, bei denen diese Voraussetzungen nicht gegeben sind, bleiben bisher unberücksichtigt. Die Befragungen konnten Unterstützungsbedarf, Wünsche und Forderungen in folgenden Bereichen ermitteln (vgl. Sommer, Zoller & Felder 2001, S. 498 f.; Bassett, Lampe & Lloyd 1999, S. 600 ff.; Creer & Wing 1989, S.139 ff., S. 146 ff.; Lenz 2005, S. 127, S. 43 f.; Lenz 2005, S. 35 f. beziehungsweise auf Joseph et al. 1999, Bohus et al. 1998; Cowling 2004a, S. 87 ff.; Kühnel & Bilke 2004, S. 71 f.; McLean, Hearle, & McGrath 2004, S. 338).

1. Informationsbedarf:

- über die Erkrankung: Erblichkeit, Belastbarkeit des erkrankten Elternteils, Sexualverhalten, Libidoverlust durch die Erkrankung,
- Aufklärung des Partners über die weitere Behandlung und Genesung,
- Ratschläge und Richtlinien für den alltäglichen Umgang mit dem erkrankten Elternteil und mit Problemen, die sich aus seiner Erkrankung ergeben,
- über öffentliche Ressourcen: welche Angebote gibt es und wie sind sie zu erreichen?
- Schwellenangst-Reduktion durch Broschüren: schriftliche Informationen über die Thematik und über vorhandene Kontakt- und Beratungsstellen.

2. Konkrete praktische Unterstützungswünsche:

- Entlastung im Haushalt, vor allem in Akutzeiten,
- Unterstützung bei der Gestaltung von Freizeitaktivitäten,

- Wunsch nach Entlastung, einem freien Abend oder Urlaub der Angehörigen, und damit nach konkreter Betreuung der erkrankten Person,
 - Beschäftigungsmöglichkeit für die erkrankte Person in beschütztem Rahmen, da eine berufliche Rehabilitation meist schwierig oder nicht möglich ist,
 - finanzielle Unterstützung.
3. Wunsch nach therapeutisch ausgerichteten Angeboten:
- Austausch- und Kontaktmöglichkeiten, Selbsthilfegruppen, Elterngruppen in der Klinik,
 - Eheberatung,
 - Hilfe und Beratung, sodass die Eltern im besten Interesse der Kinder handeln können,
 - professionelle Unterstützung des Partners in Akutzeiten.
4. Unterstützungsbedarf bzgl. der Kinder:
- Hilfe bei der Aufklärung der Kinder über die Krankheit,
 - Unterstützung bei der Gestaltung einer altersgerechten Begleitung der Kinder,
 - bei jüngeren Kindern Unterstützung in der Erziehung und im emotionalen Umgang, bei älteren Kindern Unterstützung und Anregungen zur Aufrechterhaltung der Beziehung,
 - Betreuung der Kinder bei Schularbeiten, durch Tagesmutter oder Hort,
 - Therapie für das Kind oder gemeinsame stationäre Aufnahme.
5. Wünsche an das Verhalten der Professionellen:
- Eltern möchten von den Professionellen wie jeder andere auch behandelt werden: sie möchten zuerst als Eltern, dann erst als Patienten gesehen und mit Würde behandelt werden.
 - Die Mutter darf nicht vom Entscheidungsprozess ausgeschlossen werden, wenn es um den Verbleib des Kindes geht.
 - Vertraulichkeit bzgl. der Weitergabe von Informationen an Familienmitglieder.
 - Recht auf Privatsphäre (eine Frau sollte sich nicht vor männlichen Mitarbeitern umziehen müssen).
 - Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung.

6. Wünsche an Institutionen

- Wunsch nach einem Ansprechpartner für Eltern-Kind-Fragen in der Klinik,
- Wunsch nach Kontinuität im medizinisch und sozialarbeiterisch/ -pädagogisch betreuenden Personal,
- geringere Fallzahlen der Professionellen, sodass sie sich intensiver mit einer Familie beschäftigen können,
- Vernetzung aller Maßnahmen, bessere Abstimmung der einzelnen Angebote, Klärung der Zuständigkeiten über Case Management,
- Konkretisierung und Überprüfung sowie finanzielle Sicherstellung angeordneter Maßnahmen,
- leichtere Erreichbarkeit der Angebote,
- flexiblere Verfügbarkeit: man braucht „24/7 – Angebote“ (rund um die Uhr, sieben Tage die Woche abrufbar), denn Krisen halten sich nicht an die Öffnungszeiten der Behörden,
- Aufklärung der Schule der Kinder über die psychische Erkrankung,
- Berücksichtigung der Kultur der Familie, die auch die Erziehungs-Gewohnheiten beeinflusst,
- Verkürzung behördlicher Entscheidungsprozesse,
- Wunsch nach Aufklärung anderer Personengruppen:
 - Aufklärung der Öffentlichkeit über psychische Krankheiten, Gemeinde-Bildung, Anti-Stigma-Kampagnen.
 - Aufklärung der Polizei (um einen humanen und respektvollen Umgang, insbesondere zuhause, wenn Kinder dabei sind, sicherzustellen),
 - bessere Ausbildung der Allgemeinärzte im Fachgebiet der Psychiatrie.

Mit der Formulierung dieser Bedürfnisse sind verschiedene Hilfesysteme angesprochen und gefordert, die z.B. in einem Kompetenzzentrum, das klinik-extern untergebracht ist, um Schwellenängste zu reduzieren, zusammengefasst werden können: Behandlung der Erkrankung, Einbezug des Partners, gemeinsames Erlernen von Copingstrategien, Einbezug der Kinder, fachspezifische Abklärung und ggf. Therapie der Kinder, Beratung

über soziale Hilfsmaßnahmen und Rechtsberatung sowie Koordination all dieser Angebote durch angemessenes Case-Management.

4.3.4.2 Bedürfnisse der Kinder

Die Bedürfnisse der Kinder gegenüber professionellen Einrichtungen lassen sich kurz zusammenfassen: Informationen und Respekt.

Informationen wünschen sie sich in Bezug auf (vgl. Lenz 2005, S. 116; Bilsborough 2004, S. 3 ff.):

- die Erkrankung, ihr „Wesen“, die Gefahr einer Verschlimmerung, Heilungsmöglichkeiten, Behandlung und Medikamente sowie die Erblichkeit, sodass sie von der Schuld für die Erkrankung entlastet werden,
- taugliche Verhaltensweisen gegenüber dem erkrankten Elternteil,
- Möglichkeiten, die Eltern zu unterstützen,
- die nächsten Behandlungsschritte, Umstellung der Medikation (es gibt Kinder, die sicherstellen müssen, dass der Elternteil die Medikamente richtig einnimmt) etc.,
- Möglichkeiten, weitere Informationen und Unterstützung zu aktivieren.

Wichtigste Informationsquelle für die Kinder ist der erkrankte Elternteil selbst, während der gesunde Elternteil eher zu Umschreibungen und Umdeutungen neigt. Zu Experten und Professionellen haben die Kinder eher selten Kontakt, über die Möglichkeiten des Internets liegen noch keine Befragungsergebnisse vor (vgl. Lenz 2005, S. 113). Alderson (1993, S. 130 ff.) fasst in seiner Studie, die die Kinder in eine verantwortungsorientierte Position stellt, die Gründe der Kinder, warum sie informiert sein wollen, in folgenden Stichpunkten, die auf die Gewährung eines Vertrauenscredits hinauslaufen, zusammen:

- um Antworten auf ihre Fragen, Erklärungen und Unterstützung zu erhalten,
- um Angst abzubauen, Sinn in ihren Erfahrungen zu sehen und Zuversicht zu behalten,
- um sich respektiert zu fühlen,
- um mit der Behandlung umgehen zu können,
- um unnötigen Distress zu vermeiden.

Neben Informationen fordern die Kinder vor allem Respekt von den Mitarbeitern der verschiedenen Institutionen. Konkret wollen sie, dass sie ihnen zuhören, mit ihnen sprechen und vor allem sie als wichtig für ihre Eltern wahrnehmen. Dazu gehört zum Beispiel,

dass sich die Mitarbeiter bei den Kindern vorstellen, ihre Aufgabe erläutern und die Kinder danach fragen, was sie bzgl. der Verhaltensweisen der Eltern wissen und denken. Außerdem wollen sie in Entscheidungen einbezogen werden, wie es Art. 12 der UN Kinderrechtskonvention vorsieht. Kinder können bei entsprechender Unterstützung ein Verständnis für komplexe Zusammenhänge entwickeln, was in besonderem Maße für Entscheidungen gilt, die ihre psychisch erkrankten Eltern betreffen. Die meisten Aspekte dieser Liste sollten eigentlich Selbstverständlichkeiten sein, sind es in der Praxis aber nicht (vgl. Bilsborough 2004, S. 3 ff., S. 294).

Küchenhoff (2004b) nennt zusätzlich noch den Austausch mit anderen Betroffenen, mehr Kontakt zum getrennt lebenden Elternteil und Unterstützung in Haushalt und Schule als wichtige Wünsche der Kinder.

4.3.4.3 Bisherige Angebote der Jugendhilfe

Mit der Psychiatriereform wurde die Verweildauer der Patienten in der Klinik stark reduziert, sodass sie früher nach Hause kommen. Eine ambulante „gemeindenahe Betreuung“ soll die Patienten weiterversorgen, doch damit ist „manchmal leider nicht viel mehr als eine Verlagerung der Verantwortung vom Krankenhaus auf die Angehörigen gemeint“ (Creer & Wing 1989, S. 102; vgl. auch Schone & Wagenblass 2002, S. 209), denn die Organisation der Hilfe ist oft nicht realisierbar: Damit das Hilfesetting bei Entlassung bereitsteht, ist schnelle Hilfe notwendig, da die Aufenthaltsdauer der Patienten in der Klinik so kurz ist. Die Leistungen der Jugendhilfe brauchen aber eine längere Vorlaufzeit, sodass in der Klinik meist die unproblematisch finanzierbare Haushaltshilfe vermittelt wird. Die Aufgabe der Haushaltshilfe erstreckt sich neben hauswirtschaftlichen Leistungen zwar auch auf die Beaufsichtigung der Kinder, aber mit dem z.T. erheblichen erzieherischen Bedarf in den Familien ist sie überfordert. Andererseits ist die Haushaltshilfe ein schnell organisierbares Angebot, das besser akzeptiert ist als Angebote der Jugendhilfe (vgl. Schone & Wagenblass 2002, S. 101 f.).

Die Leistungen der Jugendhilfe sind im Achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII, früher: Kinder- und Jugend-Hilfe Gesetz KJHG) im zweiten Kapitel ab § 11 aufgeführt. Es handelt sich um:

- Jugendarbeit (§ 11), Jugendsozialarbeit (§ 13) und erzieherischen Kinder- und Jugendschutz (§ 14),
- Förderung der Erziehung in der Familie: Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie durch Familienbildung, Beratungsangebote, Familienfreizeiten (§16), Beratung

in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung (§ 17), Gemeinsame Wohnformen für Mütter/ Väter und Kinder (§ 19), Betreuung und Versorgung des Kindes in Not-situationen (§ 20) und Unterstützung bei notwendiger Unterbringung zur Erfüllung der Schulpflicht, wenn die berufliche Tätigkeit der Eltern einen ständigen Ortswechsel erfordert (§ 21),

- Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und Tagespflege (§§ 22 ff.),
- Hilfen zur Erziehung: Erziehungsberatung (§ 28), Soziale Gruppenarbeit (§ 29), Erziehungsbeistand und Betreuungshelfer (§ 30), Sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31), Erziehung in einer Tagesgruppe (§ 32), Vollzeitpflege in einer Pflegefamilie (§ 33), Heimerziehung oder andere betreute Wohnformen (§ 34), Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§ 35), Eingliederungshilfe für seelisch behinderte oder von seelischer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche (§ 35a),
- Weitere Aufgaben der Jugendhilfe: Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen (§ 42), Herausnahme des Kindes oder des Jugendlichen ohne Zustimmung des Personensorgeberechtigten (§ 43), Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (§ 8a),
- Bei Hilfen außerhalb der eigenen Familie sollen die Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie verbessert und die Beziehung des Kindes zu seinen Eltern aufrechterhalten werden, damit das Kind wieder aufgenommen werden kann (§ 37),
- Beratung und Unterstützung bei Geltendmachung von Unterhaltsansprüchen (§ 52a).

Die Angebote gliedern sich in ambulante Angebote, die einerseits familienorientiert sind, um den Erhalt der Erziehungsfähigkeit der Eltern sicherzustellen und andererseits kindorientierte Angebote zur Unterstützung des Jugendlichen bei der Bewältigung von Alltags- und Entwicklungsproblemen umfassen, teilstationäre Angebote, die familienergänzend wirken, und stationäre Angebote, die familienersetzend sind. Manche Unterstützungsbedarfe, z.B. Mutter-Kind-Angebote oder begleitete Besuchskontakte sind keine Angebote des Jugendamts, weswegen es keinen Rechtsanspruch auf sie gibt. Form und Dauer der Hilfeleistung sollen sich nach dem konkreten erzieherischen Bedarf richten (§ 27) und nach einer Beratung der Familie über die Möglichkeiten der Angebote in einem gemeinsam von Eltern, Kind, Jugendamt und Einrichtung erarbeiteten Hilfeplan festgehalten werden (§ 36). Das SGB VIII ist ein Sozialleistungsgesetz, das das Jugendamt zur Unterstützung der Eltern bei einer angemessenen Erziehung verpflichtet und den Eltern Rechtsansprüche gegenüber dem Jugendamt zuspricht und nicht dem Jugendamt das Recht gibt, sich in die Familien einzumischen (vgl. Schone & Wagenblaus 2002, S. 44 f.).

Sollte es zu einem Sorgerechtsentzug und einer Übertragung des Sorgerechts auf Verwandte oder Freunde bzw. einen Amtsvormund kommen, sind alle Beteiligten zu einer Zusammenarbeit verpflichtet, denn die Rückübertragung des Sorgerechts ist das Ziel der Maßnahmen (vgl. Schone & Wagenblaus 2002, S. 48 f.).

In der Praxis werden für Familien mit psychisch erkranktem Elternteil hauptsächlich Hilfen zur Erziehung angeboten, jedoch handelt es sich dabei um ein „elternfixiertes und polarisiertes Angebot“, denn gemeinhin wird eine sozialpädagogische Familienhilfe zu den Familien geschickt, um die Erziehungsfähigkeit der Familie wiederherzustellen. Ist dabei keine Aussicht auf Erfolg gegeben, so wird eine Fremdunterbringung in einer Pflegefamilie oder im Heim angestrebt. Pädagogische Angebote, die sich an den Kindern und Jugendlichen orientieren, spielen eine eher untergeordnete Rolle, wie Schone & Wagenblaus (2002, S. 92, vgl. auch S. 211) feststellen.

Remschmidt & Mattejat (1994a, S. 298) sehen zusätzlich zu den Angeboten der Jugendhilfe folgende unspezifische Unterstützungsmöglichkeiten:

- Kur- und Ferienaufenthalte für Kinder,
- Jugendberatungsstellen,
- Psychologische Praxen (niedergelassene klinische Psychologen),
- andere psychologische, ärztliche und soziale Institutionen mit allgemeinem psychosozialen oder psychotherapeutischem Angebot (Schulpsychologischer Dienst, spezielle Sprechstunden oder Beratungen, z.B. im Gesundheitsamt),
- niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater,
- Polikliniken und Ambulanzen für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- andere kinder- und jugendpsychiatrische Angebote (z.B. ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Dienst),
- Frühförderstellen, sozialpädagogische Zentren, Kinderkliniken (Pädiatrie) und niedergelassene Kinderärzte.

Bislang ist jedoch kaum eine Diskussion über Angebote für die spezielle Zielgruppe der Familien mit psychisch erkranktem Elternteil zu hören. Auch die bereits angebotenen Maßnahmen nach dem SGB VIII stützen sich nicht auf eine konzeptionelle oder inhaltliche Auseinandersetzung (Schone & Wagenblaus 2002, S. 140; McLean, Hearle, & McGrath 2004, S. 340). Die mangelnde inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Themenbereich

„Familien mit psychisch erkranktem Elternteil“ steht oft im Zusammenhang mit einer negativen Einstellung gegenüber betroffenen Familien, die die Probleme des Kindes auf die schlechte Erziehung der Eltern zurückführt. Im Extremfall wird psychisch kranken Menschen offen das Recht auf Kinder abgesprochen. Hier zeigt sich die Machtunausgeglichenheit zwischen betroffenen Familien und Jugendhilfe: die Sicht der Professionellen wird als „richtige“ definiert, obwohl es auch andere Erklärungen geben könnte, z.B. immanente Störungen im Kind als Ursache für seine Probleme (vgl. Clodman 2004, S. 252; McLean, Hearle, & McGrath 2004, S. 334 f.). Methodische Folge ist ein dürftiger Kontakt der Ärzte zu den Kindern, da die Ärzte entweder gar nicht auf die Idee kommen, mit den Kindern zu sprechen oder da sie davon ausgehen, dass jemand anderes dafür zuständig ist. Familiengespräche, bei denen die Kinder dabei sind, dienen eher diagnostischen Zwecken (vgl. Bohus, Schehr, Berger-Sallawitz, Novelli-Fischer, Stieglitz & Berger 1998, S. 136; Lenz 2005, S. 204 f.; Falkov 2004, S. 376; Cooklin 2004, S. 294). Die Leistungen werden häufig unangemessen angeboten, nämlich meist zu spät, d.h. erst dann, wenn die Kinder selbst auffällig sind und schon ein erheblicher Schaden vorliegt. In dieser Situation kommt es zugleich zu einer einseitigen und polarisierten Anwendung der Hilfeleistungen des Jugendrechts. Auf diese Weise erzeugen die Einrichtungen selbst noch zusätzlichen Stress bei den betroffenen Familien (vgl. Clodman 2004, S. 252; Puckering 2004, S. 181; Schone & Wagenblass 2002, S. 107 ff.; Mahoney 2004, S. 326).

Weitere Folge der Konzeptlosigkeit sind mangelnde finanzielle und personelle Ressourcen, was zu Überforderung der Helfer auch durch mangelnde Fachkenntnisse (weil Fortbildungen nicht finanziert werden) führt. Zum Beispiel ging der Wegfall des Ausschlusskriteriums „psychische Erkrankung“ für sozialpädagogische Familienhilfe nicht mit einer Qualifizierungsoffensive für die Helfer einher, sodass sie von dem massiven Bedarf in betroffenen Familien überfordert sind (vgl. Schone & Wagenblass 2002, S. 107 ff., S. 232; Wagenblass & Schone 2001, S. 580; Falkov 2004, S. 376; Clodman 2004, S. 249). Mit ihrem mangelnden Fachwissen leitet die Jugendhilfe nicht selten ihre Angebote aus der Erkrankung der Eltern ab und nicht von der Lebenslage der Kinder, wie Schone und Wagenblass (2002, S. 212) feststellen. Auch Ärzte und Sozialarbeiter der Psychiatrie fühlen sich schnell überfordert, wenn sie mit Kindern sprechen sollen, da sie in diesem Feld einfach nicht geübt sind (vgl. Cooklin 2004, S. 294). Auf diese Weise kann es geschehen, dass Kinder in Pflegefamilien untergebracht werden, ohne dass sie wissen, was überhaupt passiert (vgl. Mahoney 2004, S. 325).

Angesichts der fortschreitenden Spezialisierung der verschiedenen Einrichtungen und ihrer Angebote können einzelne Einrichtungen die komplexen Bedürfnisse betroffener Familien nicht mehr erfüllen. Oft ist die Angebotslage unübersichtlich und die Mitarbeiter ungenügend ausgebildet, um an den zentralen Schnittstellen (Erwachsener/ Kind; Krankenhaus/ Gemeinde; psychische Gesundheit/ soziale Versorgung) zu arbeiten, Hauptansprechpartner für die Familien, die benötigte Maßnahmen koordinieren, fehlen. Das Durcheinander ist perfekt, wenn zu viele Einrichtungen involviert sind, weil sich die betroffenen Familien Entlastungen aus mehreren verschiedenen Quellen holen, und niemand weiß, was der andere macht oder die Helfer über ihre Rollen im Verhältnis zu den anderen verwirrt sind (vgl. Remschmidt & Matzejat 1994c, S. 13, S. 17; Adshead, Falkov & Göpfert 2004, S. 219; Seeman & Göpfert 2004, S. 8). Hiermit ist die mangelnde Kooperation zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern, die sich durch Kooperationsprobleme innerhalb der Handlungssysteme noch vergrößert, angesprochen, die zur Zeit viele Ressourcen bindet, wie die beiden Untersuchungen von Lenz sowie Schone und Wagenblaus feststellen. Die Spannungsfelder und Konfliktlinien ergeben sich aus institutionellen wie professionellen Unterschieden in folgenden Bereichen:

1. Gesellschaftlicher Auftrag und Adressaten: Kindeswohl und Elternwohl

Die verschiedenen Leistungsanbieter sind durch unterschiedliche Dimensionen des Problembewusstseins und Handlungszusammenhanges gekennzeichnet. Die Zugangsweise der Psychiatrie stützt sich auf medizinische, diagnostische und therapeutische Aufträge und Methoden, deren Ziel die Unterstützung des Patienten in seiner Alltagsbewältigung ist. Die Familie spielt eine wichtige stabilisierende Rolle, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht jedoch das Wohl des Patienten, also des erkrankten Elternteils. Die Jugendhilfe als wohlfahrtsstaatliches Unterstützungssystem auf der anderen Seite folgt einem sozialpädagogischen Handlungsmodus mit dem Ziel, positive Lebensbedingungen für Kinder und Familien zu schaffen sowie Hilfe in Notzeiten bereitzustellen. Hier stehen die Bedürfnisse des Kindes im Mittelpunkt. Da die Interessen von Eltern und Kindern nicht immer vereinbar sind, entzünden sich bei der legitimen Rollenwahrnehmung der Helfer in der Zusammenarbeit beider Systeme an den unterschiedlichen Sichtweisen strukturelle Konflikte, denn das System bzw. die Fragmentierung der Hilfeangebote nach Adressaten verhindert die Arbeit mit der ganzen Familie (vgl. Schone & Wagenblaus 2002, S. 96 f., S. 147 f.; Wagenblaus 2005, S. 3; Wagenblaus & Schone 2001, S. 583 f.; Lenz 2005, S. 183; McLe-an, Hearle, & McGrath 2004, S. 336; Adshead, Falkov & Göpfert 2004, S. 228; Göpfert, Webster & Nelki 2004a, S. 75).

2. Widersprüche innerhalb der Institutionen

A. Gesetzlicher Auftrag des Jugendamtes: Hilfe und Kontrolle

Der gesetzliche Auftrag der Jugendhilfe gliedert sich in die gleichzeitige Verpflichtung zur Unterstützung der Eltern bei der Erziehung der Kinder (Grundrecht zum Schutz der Familie) und zum Schutz der Kinder vor Gefahren für ihr Wohl (Recht auf Entfaltung) bzw. zur Kontrolle der Eltern, dass sie dieses Recht nicht verletzen und damit in eine Hilfe- und eine Kontrolldimension. In der Öffentlichkeit herrscht jedoch die Wahrnehmung der Kontrollfunktion, die die Kinder zum Schutz vor den Eltern aus den Familien herausnimmt, vor, weswegen die Kooperationsbereitschaft bei Eltern und Mitarbeitern der Psychiatrie geschmälert ist und präventive Hilfe nicht in Anspruch genommen wird. Bei einer Zuspitzung der familiären Krisensituation oder Auffälligkeit der Kinder muss das Jugendamt informiert werden, allerdings ist eine Herausnahme des Kindes aus der Familie bei einer solch späten Einschaltung oft unumgänglich, wodurch das negative Image des Jugendamtes in einem Teufelskreis oder einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung gestärkt wird. Diese einseitige und verzerrte Wahrnehmung, die auch bei den Mitarbeitern der Psychiatrie weit verbreitet ist, erschwert die Kooperation enorm (vgl. Wagenblass 2005, S. 3 f.; Schone & Wagenblass 2002, S. 148 ff.; Wagenblass & Schone 2001, S. 584).

B. Ansatzpunkt der Hilfeleistung in der Jugendhilfe: Prävention und Intervention

Bei den meisten Fachkräften der Jugendhilfe ist ein Bewusstsein für ihren präventiven Auftrag schlichtweg nicht vorhanden, weswegen die präventive Infrastruktur der Gemeinden völlig unterentwickelt ist. Daher können präventive Angebote der Jugendhilfe (wie z.B. Kindertagesstätten, präventive Beratung, Entlastung, Unterstützung), die auch in Anspruch genommen werden können, wenn Versorgung und Erziehung der Kinder gut sind, kaum wahrgenommen werden. Kinder psychisch kranker Eltern erhalten dann oft erst Aufmerksamkeit und Hilfe, wenn die Situation eskaliert und sie Auffälligkeiten zeigen. In diesem Moment leiden sie bereits unter den erheblichen Folgen ausgebliebener Hilfe, die Angebote kommen zu spät und es geht nur noch um die Fremdunterbringung des Kindes. Handelt es dann nicht sehr schnell und in diesem Sinne, gilt das Jugendamt als untätig (vgl. Schone & Wagenblass 2002, S. 128, S. 151, S. 211; Wagenblass & Schone 2001, S. 585 f.).

C. Gesetzlicher Rahmen der Psychiatrie: Autonomie und Zwang

Mit der Psychiatrie-Reform wurden auch die Rechte der Patienten gestärkt, sodass möglichst keine Zwangsmaßnahmen durchzuführen sind. Wenn der Patient eine vom Arzt vorgeschlagene Kooperation mit dem Jugendamt ablehnt, muss der Arzt zwischen Würde und Autonomie des Patienten, vor allem seinen Selbstbestimmungsrechten, und der Situation und den Bedürfnissen der Kinder abwägen. Konkret darf er das Jugendamt erst einschalten, wenn das familiäre Gefüge zusammenzubrechen droht. In diesem Moment ist ein schnelles Handeln erforderlich, das vom Jugendamt nicht leistbar ist (vgl. Wagenblaus 2005, S. 4; Schone & Wagenblaus 2002, S. 150). Hier zeigt sich auch ein Unterschied zur Jugendhilfe: Während der psychosoziale Dienst im Krankenhaus nicht zum Handeln gezwungen ist, sondern eher beratend und begleitend arbeitet, muss das Jugendamt in bestimmten Fällen auch gegen den Willen der Eltern eingreifen (vgl. Schone & Wagenblaus 2002, S. 124).

3. Systemlogik und Professionslogik

Das Informationsproblem beider Handlungssysteme setzt sich einerseits aus fehlendem Wissen über Leistungsspektrum, Arbeitsweisen und Ansprechpartner der jeweils anderen Institution und den ungenauen Kenntnissen über familiäre Problemlagen und Ressourcen aus dem Feld der jeweils anderen Zuständigkeit zusammen. So haben die Mitarbeiter der Psychiatrie oft das Gefühl, die Mitarbeiter des Jugendamtes hätten einen geheimen Auftrag, der darin besteht, die Eltern aus dem Weg zu schaffen, um eine Fremdunterbringung der Kinder durchzuführen. Über die wirkliche Vorgehensweise der Jugendhilfe wissen sie meist wenig. Außerdem wissen Mitarbeiter der Psychiatrie meist nicht darüber Bescheid, ob der Patient Kinder hat und wie ihre Situation (Versorgung etc.) aussieht. Erst wenn es ein Betreuungsproblem gibt, fühlen sich die Ärzte zum Handeln aufgefordert. Auch die Jugendhilfe hat meist keine Kenntnis über psychische Erkrankungen der Eltern oder kämpft mit fehlender Krankheitseinsicht. Zusätzlich kennen die Mitarbeiter der Jugendhilfe die Handlungsweisen und Handlungsrahmen der Psychiatrie nicht, z.B. besteht wenig Bewusstsein darüber, dass die Psychiatrie zwar Entlastung für die Eltern schaffen, aber keine Prognosen über ihr zukünftiges konkretes Verhalten geben kann (vgl. Wagenblaus 2005, S. 1, S. 4; Schone & Wagenblaus 2002, S. 121, S. 140, S. 144, S. 209; Lenz 2005, S. 196). Durch diese wechselseitig fehlenden Informationen entstehen sehr schnell Vorwürfe und ein von überzogenen und unrealistischen Erwartungen gekennzeichnetes Einstellungsproblem, wenn das eigene Hilfeangebot an Grenzen gerät (vgl.

Schone & Wagenblass 2002, S. 144; Wagenblass 2005, S. 4). Lenz (2005, S. 183 f., S. 194 ff.) hat die Vorwürfe genauer erfragt: die Mitarbeiter der Psychiatrie unterstellen dem Jugendamt, eine Eingriffsinstanz zu sein, die zu geringe Kenntnisse über psychische Krankheiten und die Fähigkeiten psychisch erkrankter Mütter hat und nicht systemisch denkt. Die Mitarbeiter der Jugendhilfe halten entgegen, dass die Psychiatrie zu stark am Elternwohl orientiert ist, die Kinder für den Gesundungsprozess instrumentalisiert und Belastungen durch das Zusammenleben mit einem psychisch kranken Elternteil bagatellisiert. Auch in diese Richtung ergeht der Vorwurf des mangelnden systemischen Denkens. Schone und Wagenblass stellen fest, dass die Probleme selbst dann bestehen, wenn Sozialpädagogen aus beiden Institutionen kooperieren sollen, d.h., die unterschiedlichen institutionellen Systemlogiken wirken stärker als die gemeinsame Professionslogik (Identifikationsproblem) (vgl. Wagenblass 2005, S. 4; Schone & Wagenblass 2002, S. 117, S. 119, S. 144, S. 213).

4. Zeithorizont und Entscheidung

Zu den Unterschieden, die eine Kooperation erschweren, gehören auch die extrem verschiedenen Arbeitsgeschwindigkeiten und Zeithorizonte. Mit der verkürzten stationären Verweildauer der Patienten mussten sich die Prozesse der Diagnosestellung beschleunigen, was durch die Erfassung individueller Störungsbilder in standardisierten Diagnoseschlüsseln möglich ist. Die institutionellen Bearbeitungszeiten der Jugendhilfe richten sich hingegen nach dem sozialpädagogischen Fallverstehen, bei dem ein facettenreiches Bild der Person, seiner Biografie und Lebenssituation sowie der Probleme, Handlungsmuster und Entwicklungsmöglichkeiten, in dem nicht nur Mängel, sondern auch Ressourcen und Fähigkeiten erfasst werden, gezeichnet wird. Hierdurch erklären sich die Klagen der Psychiatrie über zu lange Entscheidungswege der Jugendhilfe und die Unmöglichkeit spontaner Hilfe sowie das Gefühl, dass die Einschätzungen der Psychiatrie zu Maßnahmen nicht ernst genommen werden und die Mitarbeiter nicht unter Handlungsdruck stehen, solange die Eltern in stationärer Behandlung sind. Auf der anderen Seite beschwert sich die Jugendhilfe über den fehlenden Handlungs- und Entscheidungsspielraum und die unrealistische Erwartung der Psychiatrie, Entscheidungen unverzüglich zu treffen, ohne sich selbst ein Bild von der Situation zu machen. Auf diese Weise hat die verkürzte Verweildauer der Patienten positive und negative Auswirkungen für die Familien: der Gesundungsprozess hat sich merklich beschleunigt, Beziehungsabbrüche sind weniger häufig, dafür sind die Eltern häufiger mit der Kindererziehung überfordert und die Kinder mit Akutkrisen konfrontiert. Die Notwendigkeit einer schnellen Maßnahmeerbringung untergräbt den Aushand-

lungscharakter (§ 36 SGB VIII) der Hilfeleistung (vgl. Schone & Wagenblaus 2002, S. 215 f., S. 131, S. 133). Auch die subjektive Zeitperspektive, d.h. der Zeitraum, in dem die Klienten eine Änderung erwirken können, ist bei den Eltern (und damit in der Psychiatrie) ganz anders als bei den Kindern (d.h. in der Jugendhilfe): Der Zeitraum der Behandlung von psychischen Störungen ist oft viel länger als der Zeitraum, in dem die Jugendhilfe arbeitet, die im Interesse des Kindes versuchen muss, die ungewisse Zeit der Abklärung über die zukünftige Erziehungsfähigkeit der Eltern möglichst kurz zu halten. Hiermit tun sich die Ärzte schwer, da Vorhersagen von großen Unsicherheiten gekennzeichnet sind (vgl. Schone & Wagenblaus 2002, S. 133 ff., S. 215; Wagenblaus 2005, S. 3; Clodman 2004, S. 255).

5. Finanzierung

Auch die zersplitterten Kostenzuständigkeiten durch Jugendhilfe, Sozialhilfe und Krankenkasse sind eine nicht zu vernachlässigende Ursache für die fehlende Kooperation und Vernetzung, denn „jeder Bereich versucht, sich auf seiner ihm vom Gesetzgeber zugewiesenen fachlichen Insel so gut wie möglich einzurichten. Für die Brücken fühlt sich keiner zuständig“. Diese Brücken sind aber notwendig, denn sonst fallen die Kinder aus den betroffenen Familien ins Wasser (Wagenblaus & Schone 2001, S. 588).

In der Praxis funktionieren Kooperationsbeziehungen im Einzelfall und zwischen einzelnen Mitarbeitern gut, institutionalisierte Vernetzung und fallübergreifende Kontakte für allgemeine Absprachen über gemeinsames Vorgehen fehlen jedoch weitestgehend, was auf Arbeitsüberlastung und Zeitmangel zurückgeführt wird, obwohl der Vernetzungsgedanke einen hohen Stellenwert hat. Die Organisation und Aufrechterhaltung von Kooperationsbeziehungen wird jedoch nicht als eigentliche, sondern als zusätzliche Aufgabe verstanden. Von beiden Seiten wird die Zusammenarbeit in der Regel als schwierig, spannungsgeladen und konfliktvoll erlebt. Sie ist jedoch wichtig und notwendig, da der Versorgungsauftrag, der beiden Institutionen gemeinsam ist (Erhaltung und Stärkung der Ressourcen, bedarfsgerechtes sozialräumliches Angebot), nur in Kooperation mehrerer Institutionen erfüllt werden kann. Außerdem beeinflussen Interventionen der einen Institution oft die Arbeit der anderen, sodass Absprachen zu Bewältigungsmöglichkeiten die Arbeit schneller voran bringen (vgl. Schone & Wagenblaus 2002, S. 145, S. 210; Wagenblaus & Schone 2001, S. 582 f.; Lenz 2005, S. 192, S. 194).

Zu diesen systemimmanenten Problemen der Hilfeleistungen kommt noch hinzu, dass betroffene Familien selten nach Hilfe fragen. Mehrere Studien haben die Faktoren

untersucht, die Familien daran hindern, Unterstützungsangebote wahrzunehmen. Folgende wurden genannt (vgl. Remschmidt & Mattejat 1994c, S. 13, S. 17; Schone & Wagenblass 2002, S. 45 ff.; Sommer, Zoller & Felder 2001, S. 500, S. 510; Lisofsky 2004a; Denke 2004a und b; Bischoff 2004; Remschmidt & Mattejat 1994a, S. 298; McLean, Hearle, & McGrath 2004, S. 336 ff., S. 342; Clodman 2004, S. 252, S. 254 f.; Mattejat 2002, S. 241; Pretis & Dimova 2004, S. 13):

- die Eltern erkennen nicht die Belastung der Kinder,
- sie möchten gern allein klar kommen,
- sie schämen sich, um Hilfe zu fragen,
- sie sind nicht darin ausgebildet, sich im komplexen Justizsystem und den Gesetzen auszukennen,
- Einschränkung der sozialen Kompetenz und Denkstörungen führen zu Problemen bei der Wahrnehmung ihrer Rechte,
- sie kennen die Unterstützungsangebote gar nicht (am ehesten sind Angebote für Kinder bekannt, Angebote für psychisch Kranke sind nicht bekannt),
- bei der Unübersichtlichkeit des Angebotes, und wenn zu viele Institutionen involviert sind, verlieren die Eltern leicht die Übersicht, wer wofür zuständig ist,
- manche Familien haben Hilfe erbeten, aber nicht erhalten, weil jeder sagte, der andere sei zuständig,
- sie haben Angst, nicht zahlen zu können,
- sie wollen nicht, dass sich jemand in private Angelegenheiten einmischt,
- sie haben Angst vor Eingriffen und Entscheidungen, die sie nicht beeinflussen können, insbesondere vor dem Verlust des Sorgerechts und der Trennung von den Kindern,
- sie haben bereits ungünstige Erfahrungen mit dem Jugendamt gemacht: in einer vorherigen Krise hatten sie wirklich geringe Wahlmöglichkeiten,
- eine Mutter, die das Sorgerecht verloren hat, zieht sich aus der Behandlung zurück, weil das Kind ihre einzige Motivation war,
- eine Mutter, die das Sorgerecht verloren hat, gerät in einen Teufelskreis: sie will ihr Kind zurück, indem sie beweist, dass sie nicht krank ist, daher verweigert sie die Behandlung, womit das Jugendamt umso mehr von ihrer Untauglichkeit überzeugt ist.

Wenn es für Erwachsene so viele Hindernisse gibt, sich Hilfe zu holen, ist es für Kinder fast unmöglich, Hilfe zu bekommen, denn wer sollte sie ihnen gewähren, wenn die nächsten Bezugspersonen sie verweigern!?! Dazu kommt die Angst, die Familie und ihr Geheimnis zu verraten und selbst wenn sie es schaffen, das Tabu zu brechen und um Hilfe fragen, wird ihnen oft nicht geglaubt (vgl. Heim 2001; Lisofsky 2004a; Deneke 2004b).

4.3.4.4 Voraussetzungen und Anforderungen an Unterstützungsmaßnahmen

Ziel aller Maßnahmen ist die Wiederherstellung einer gesunden, liebevollen und stabilen Familienumwelt für die Kinder, indem Erziehungskompetenz der Eltern und Copingstrategien der Kinder verbessert werden (vgl. Hemminger 1982, S. 212; Gundelfinger 1997, S. 147). Voraussetzungen und Ansätze dafür wurden von vielen Autoren zusammengetragen. Sie lassen sich in einen institutionell-organisatorischen sowie einen inhaltlich-konzeptionellen Bereich einteilen. (Die Quellenangaben sind am Ende der Auflistungen angeführt.) Institutionell-organisatorisch geht es um folgende Punkte:

- Systematische Identifikation bedrohter Familien: Hierzu gehört die schriftliche Ausarbeitung von Mechanismen und Prozeduren für die Identifikation von und den Umgang mit betroffenen Familien zur Unterstützung der Mitarbeiter in der Sicherung adäquater und prompter Interventionen. Z.B. kann zur Erfassung der Eltern unter den Patienten im Aufnahmebogen der psychiatrischen Einrichtungen nach Kindern gefragt werden. Obwohl dies naheliegend und selbstverständlich klingt, ist die Frage nach den Kindern keineswegs verbreitet. Dabei ist sie nicht nur wichtig für eine evtl. Versorgung der Kinder, sondern auch für die Behandlung des Patienten, da bestimmte Interventionen kontraindiziert sind bzw. sehr sorgfältig abgewägt werden müssen, wenn der Patient Kinder hat. Ein anderer hilfreicher Moment für die Erfassung ist die Schwangerenvorsorge bzw. nach der Geburt die Betreuung durch die Hebamme.
- Qualifizierung und Fortbildung aller Fachleute, die mit betroffenen Familien in Kontakt kommen könnten (Ärzte, Sozialpädagogen, Haushaltshilfen, Lehrer, Erzieher, Pfarrer, Jugendgruppenleiter etc.):
 - für das Personal der Erwachsenenpsychiatrie: Training im Umgang mit Kindern,
 - für Mitarbeiter der Jugendhilfe: Kenntnisse über psychische Erkrankungen,
 - für Haushaltshilfen: spezielle Fortbildungen und Unterstützung,
 - für alle: Informationen über fachliche, rechtliche, administrative Handlungsmuster der Systeme,

- für alle: Wissen über konkrete örtliche Netzwerke,
 - für alle: ethische Auseinandersetzung mit der Tatsache der Elternschaft psychisch erkrankter Menschen und ihrem Recht auf Elternschaft,
 - für alle: Kenntnisse über die Situation von Familien mit psychisch erkranktem Elternteil und ihrer Mitglieder, Auswirkungen der Erkrankung auf die Kinder etc., um einerseits überhaupt ein Konzept erarbeiten zu können, aber auch, damit betroffene Kinder auf Gehör stoßen.
- Supervision für alle Helfer.
 - Präventiver Fokus und Bereitstellung von Krisenintervention: Die meisten Autoren sind sich darin einig, dass neben Angeboten wie Kriseninterventionen und Behandlung bzw. Beratung, die darauf ausgerichtet sind, zu unterstützen, wenn bereits Probleme auftreten, präventive Interventionsangebote für die gesamte Familie sowie für die Kinder im speziellen notwendig sind. Solche Maßnahmen sollten am besten schon ansetzen, bevor eine Familie gegründet wird: da nur wenige junge Frauen Erfahrung mit der Erziehung haben, bevor sie ihr erstes Kind bekommen, sollten die Themen Erziehung und Beziehung in der Schule in den Lehrplan aufgenommen werden oder spezielle Elterncoachings angeboten werden, um postpartale Überforderungssituationen zu minimieren. Psychisch erkrankte Schwangere müssen Unterstützung bereits vor der Geburt des Kindes erhalten, mit Eltern, die psychisch erkranken, muss an der Schärfung ihres Krankheitsbewusstseins gearbeitet und die Erziehungskompetenz an die veränderte Situation angepasst werden. Um den Zugang zur Jugendhilfe zu erleichtern, kann ein Kontakt schon in der psychiatrischen Einrichtung, z.B. durch regelmäßige Sprechstunden der Erziehungsberatung in der Klinik, aufgebaut werden. Die Frühförderung bei betroffenen Kindern richtet sich einerseits auf die Vermeidung der negativen Begleiterscheinungen einer psychischen Störung der Eltern, wie Traumatisierungen und Risiken (z.B. abrupte Trennungserlebnisse), frühkindliche Deprivation und die Verfestigung von Verhaltensauffälligkeiten, und andererseits auf die Stärkung des Selbstbewusstseins, der Problemlösekompetenzen, den Erfahrungsaustausch und Kontakt mit Gleichaltrigen und Leidensgenossen und die Förderung der Resilienz. Ziel ist die Abschwächung späterer eigener psychiatrischer Symptome, was mit einem psychodynamischen Theoriekonzept (Veränderung von Beziehungen) in Einzel- und Gruppenangeboten, kindbezogenen Informationen, praktischen Hilfen und Entwicklungsförderung erreicht wird. Für Unterstützung in Krisenzeiten müssen spezielle Konzepte erarbeitet werden, die auf die Bedürfnisse abgestimmt sind.

- Vermeidung einer Psychiatrisierung der Kinder: Spezielle Angebote sind zunächst in geschützten Räumen notwendig, aber sie müssen auf bestimmte Zeit begrenzt sein und eine Nachsorge enthalten sowie Unterstützung aus dem sozialen Nahraum des Kindes aktivieren.
- Kooperation: Die Bedürfnisse betroffener Familien sind in der Regel komplex, sodass sie nicht von einer einzigen Einrichtung erfüllt werden können, sondern ein gemeinsames Konzept benötigen. Abb. 11 zeigt, wie viele Stellen mit Familien mit psychisch erkranktem Elternteil in Kontakt kommen können. Zur Abstimmung, Ergänzung und Koordination der Maßnahmen der einzelnen Einrichtungen wird auf der Ebene der konkreten Arbeit mit Familien ein Case Manager (Abb. 12) gebraucht und auf der Ebene der institutionellen Zusammenarbeit ein spezielles Gremium, das in der Planungsphase mit dieser Aufgabe befasst ist. Kooperation ist mithin bedeutungsvoll zwischen den Einrichtungen wie zwischen den Mitarbeitern dieser Einrichtungen und den Klienten. Die Handlungssysteme haben neben allen Unterschieden auch Gemeinsamkeiten (Versorgungsauftrag; ressourcenorientiertes Arbeiten; Bild des Klienten als aktiv handelnde, autonome Subjekte, die Einfluss auf die Gestaltung der Hilfe haben; Betonung der Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen), deren auffälligste Schnittstelle die Beschäftigung von Sozialpädagogen ist, welche daher für die Kooperationsarbeit prädestiniert sind. Bei den Mitarbeitern soll die Kooperation ein Verständnis für die andere Sichtweise und eine Entwicklung von gemeinsamen Perspektiven hervorrufen. Die zur Zeit überall bestehenden Probleme bei der Kooperation (Missverständnisse, unerfüllbare, unrealistische, unberechtigte Erwartungen, Kommunikationsprobleme wegen unterschiedlicher Handlungslogiken, unterschiedlicher rechtlicher Grundlagen und Anspruchsvoraussetzungen, unterschiedlicher Finanzierungsformen, strukturelle, organisationsbedingte, geografische und ökonomische Barrieren der Zusammenarbeit, „professioneller Territorialismus“, bei dem Wissen, Rollen und Verantwortung nicht geteilt werden) gründen in der Nichtbeachtung der Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, die für eine gelungene Kooperationsbeziehung erfüllt sein müssen: Zeit für Kooperationsarbeit, Kennenlernen (Kenntnisse über Arbeitsweisen und Strukturen des anderen Systems, persönliche Kontakte), gegenseitiger Respekt und Akzeptanz untereinander, Kommunikation (gemeinsames Verständnis zentraler Begrifflichkeiten, gleichberechtigter Diskurs, Anerkennung der Fachkompetenz des anderen), Konfliktfähigkeit (Streitkultur, Austragen von Differenzen), Koordination, Kontinuität, klare Konzepte zur Regelung der Kontaktaufnahme mit den anderen Einrichtungen,

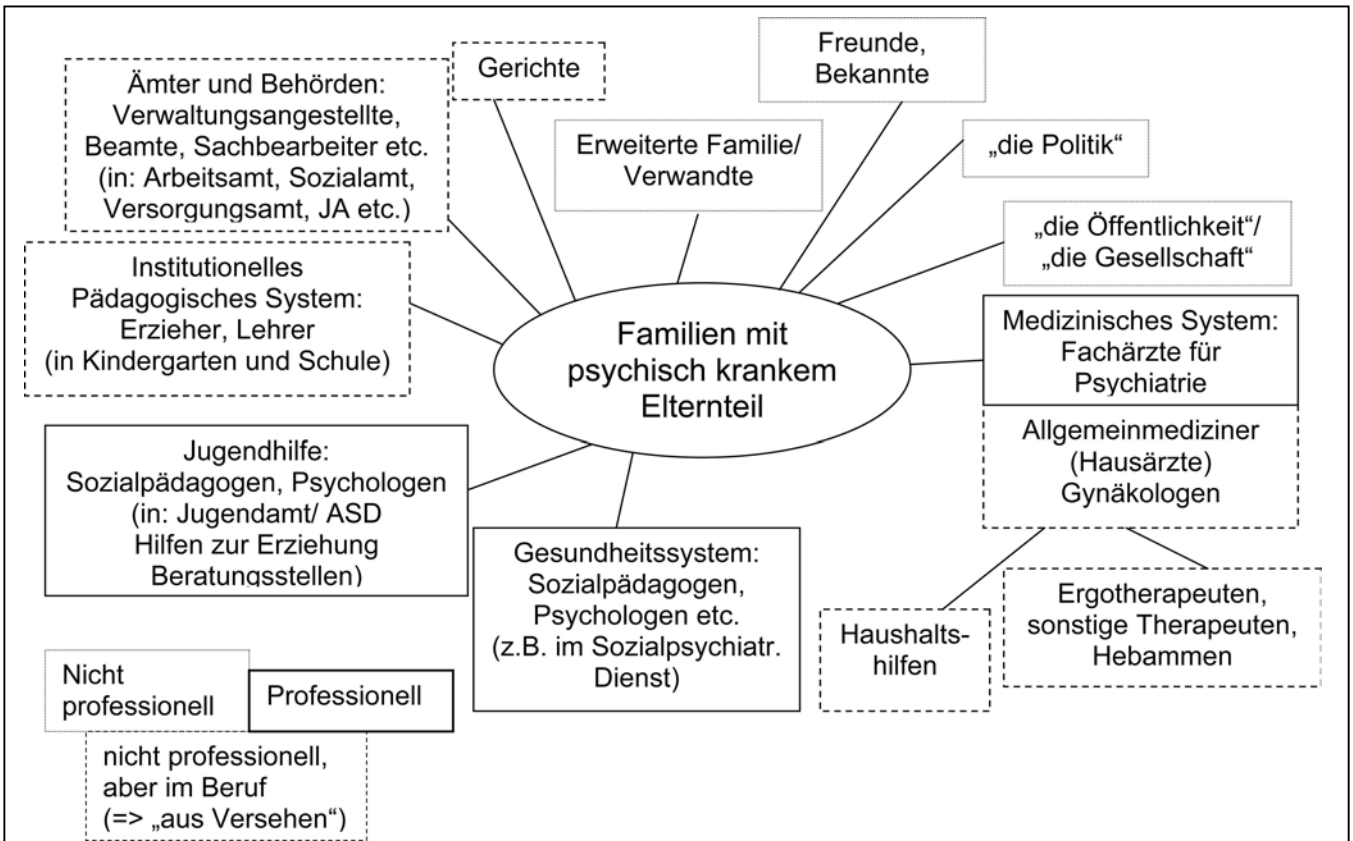


Abb. 11: Schnittstellen

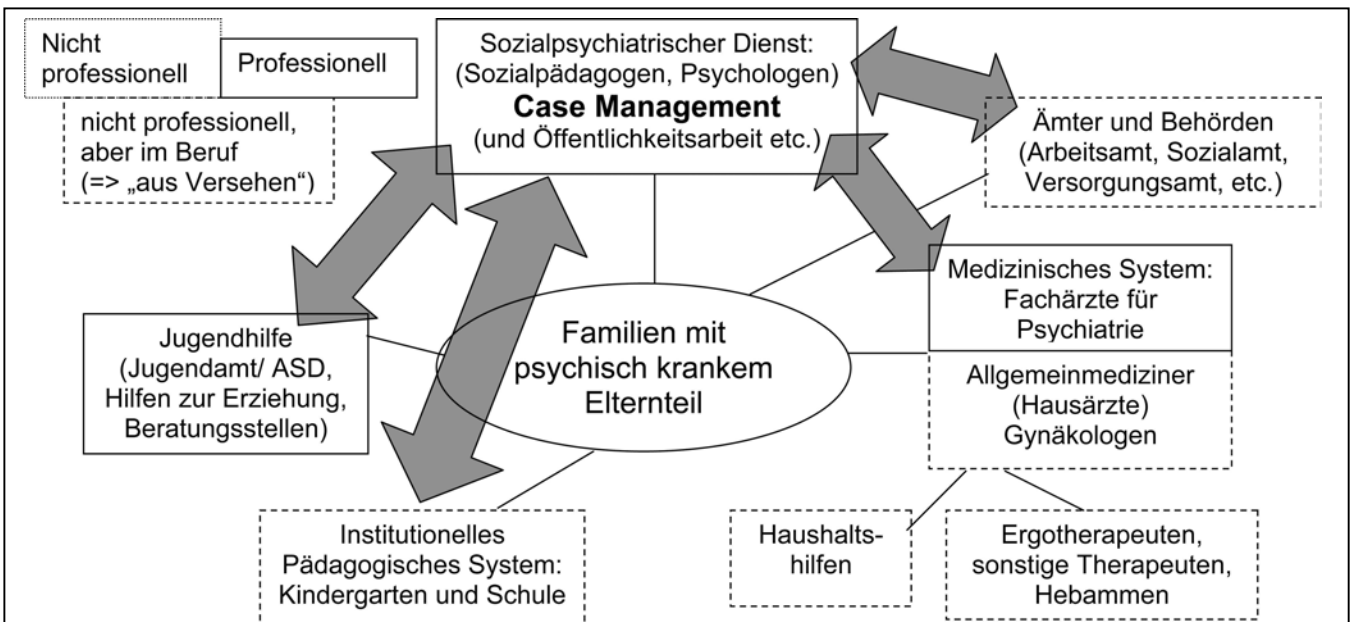


Abb. 12: Case Management

einrichtungsinterne Experten, die für das Thema Kinder bzw. psychische Erkrankungen (zur Beratung der Kollegen) sowie für die Kooperation mit anderen Einrichtungen zuständig sind. Handlungsprogramme und –pläne enthalten mithin Ziele, die der Überprüfbarkeit standhalten und Alternativen zulassen.

- **Transparenz:** Damit jeder Anbieter seine Maßnahmen in das Netzwerk der Unterstützungsmöglichkeiten integrieren kann, müssen alle Maßnahmen transparent gestaltet sein. Dies erleichtert es auch den Familien, den Überblick zu behalten.
- **Koordination der Maßnahmen und Case-Management:** Die Koordination aller Maßnahmen kann entweder vom Allgemeinen Sozialdienst, oder noch besser vom Sozialpsychiatrischen Dienst übernommen werden. Letzterer ist ohnehin bereits Ansprechpartner aller Beteiligten (für die Psychiatrie, wenn es um die Weiterbegleitung der familiären Situation eines Patienten geht, für die Familien und für die Jugendhilfe). Außerdem kann er schneller Kontakt zu den Familien herstellen und erst bei Bedarf das Jugendamt einschalten. Es handelt sich um eine neutrale Stelle, die sowohl das nötige Fachwissen besitzt, als auch bezahlt wird (die Mitarbeiter sind Angestellte des Gesundheitsamtes).
- **Berücksichtigung der Kinder bei der Ausstattung der Stationen:** Einerseits ist hiermit die kindgerechte Ausstattung normaler psychiatrischer Stationen mit Spielecke etc. gemeint, aber auch die Einrichtung spezieller Mutter-Kind-Stationen, in denen postpartal auftretende Störungen der Mütter behandelt werden.
- **Einrichtung einer zentralen Stelle, die aktuelle Forschungsergebnisse analysiert, zusammenfasst und weiterleitet.**
- **Sicherung der Qualitätsstandards.**
- **Klärung der Finanzierungsmöglichkeiten:** Da sowohl Erwachsenenpsychiatrie als auch Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Jugendhilfe einen Präventionsauftrag haben und die Kosten für eine Behandlung bei einer Krise aufgrund nicht stattgefundener Prävention die Kosten für Präventionsangebote deutlich übersteigen, ist die Forderung nach einer Mischfinanzierung gerechtfertigt.

Aspekte, die bei der Konzeptionierung berücksichtigt werden sollten, sind:

- **Stärkere Berücksichtigung der Kinder:** Kinder benötigen andere Unterstützungsformen als andere (erwachsene) Angehörige, jedoch darf man sie nicht als homogene Gruppe sehen, für die ein Einheitsprogramm erarbeitet wird. Insbesondere Kleinkinder und un-

auffällige Kinder drohen bisher vergessen zu werden, sodass für sie spezielle Konzepte entwickelt werden müssen. Auf Seiten der Klinik wirkt sich die Berücksichtigung der Kinder in längeren Besuchszeiten, längeren Wochenendheimfahrten und Öffnungszeiten am Abend etc. aus. Wichtig ist die Einrichtung eines festen Ansprechpartners für die Kinder zur Bildung eines Vertrauenskredits.

- Weiterentwicklung bestehender Maßnahmen: Wie aus den meisten Studien hervorgeht, ist das Bedürfnis nach Unterstützung und die Bereitschaft, sie anzunehmen, da. Bei der Schaffung ausreichender Angebote geht es nicht um die Gründung neuer Einrichtungen, sondern um die Modifizierung und Anpassung der bestehenden Angebote.
- Ausrichtung der Hilfe am Bedarf, an Art, Schwere, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung, Alter, Reife und Einbindung der Kinder in die Erkrankung, Belastbarkeit des gesunden Elternteils und Ressourcen der Familie.
- Ressourcenorientierter Ansatz: Auch wenn man davon ausgeht, dass die Eltern ihre Kinder bei Unterstützung versorgen können, hat man keine Garantie, dass das auch klappt, denn die Erziehungsfähigkeit der Eltern kann nicht vorhergesagt werden, weil unvorhersehbare Ereignisse einen großen Einfluss haben. Misslingt das Vorhaben, sind die Kinder die Hauptleidtragenden.
- Kooperative Einstellung zur Familie und Neutralität im familiären System: Bislang gehen viele Fachleute mit der Fehlhaltung an die Arbeit, dass sie selbst besser wissen, was für die Klienten gut ist. Mit dieser Art der Bevormundung und indem die Helfer versuchen, bessere Eltern für die Kinder zu sein, wird viel Leid über die Familien gebracht, denn je erfolgreicher die Helfer sind, desto deutlicher demonstrieren sie das Versagen der Eltern und bringen die Kinder in einen Loyalitätskonflikt, der noch verschärft wird, wenn der Helfer Partei ergreift. Bevor daher Konzepte erstellt werden, muss erforscht werden, was wirklich gut ist und den Familien, vor allem den Kindern, hilft.
- Komplexe Problemsicht: Die Frage des Kindeswohls darf nicht pauschal vor dem Hintergrund der psychischen Störung eines Elternteils diskutiert werden, sondern man muss berücksichtigen, dass die psychische Störung meist nur eine Facette im Bild der Familie, das aus einer komplexen Problematik, aber auch Stärken zusammengesetzt ist, darstellt. Außerdem müssen transaktionale Prozesse berücksichtigt werden, die dafür verantwortlich sind, dass Verhaltensauffälligkeiten der Kinder nicht sofort verschwinden, wenn die elterliche Störung abklingt. Sobald sich eine merkliche Störung beim Kind entwickelt hat, muss eine Veränderung in der Umwelt sehr deutlich sein,

damit sie Auswirkungen auf das Kind hat, denn Kinder sind nicht passive Empfänger von Umwelteinflüssen, sondern ihre Selbstkonzepte und Denkweisen beeinflussen die Effekte der Umwelteinflüsse.

- Aktivierung der Selbsthilfe, Stärkung sozialer Ressourcen als eine von mehreren Handlungszielorientierungen: Viele betroffene Familien befürchten, dass sich Helfer in ihre persönlichen Angelegenheiten einmischen wollen, und verweigern daher eine Zusammenarbeit. Das Ziel der Hilfe soll aber im Gegenteil die Befähigung der Familie zu selbstverantworteten Entscheidungen aufgrund fundierter Beratung sein. Es müssen daher die elterlichen Fähigkeiten und Stärken unterstützt werden, wobei die Bedürfnisse und Ziele der Familie maßgeblich sind. Außerdem haben informelle Hilfen immer Vorrang.
- Elternschaft als soziale Rolle: Für die meisten Mütter und Väter ist ihre Elternrolle eine der wichtigsten Rollen im Erwachsenenleben. Wenn ein Therapeut dies nicht anerkennt, kann er nicht bedeutungsvoll mit seinem Klienten arbeiten. Rollen-Beziehungs-Modelle sind eine Möglichkeit, zu erklären, wer wir sind. Die erste Rolle im Leben ist die des Kindseins, ihr reziprokes Gegenstück die Elternschaft, bei der es sich um ein interpersonales und soziales Konstrukt handelt. Die Handlungen des Rolleninhabers sind bestimmt durch die Teilnehmer der Dyade, die Familie und soziale Normen, die das Skript zur Rolle verfasst haben. Die Aufführung braucht für ein gesundes Aufwachsen der Kinder jedoch weitere Mitspieler, die alle ihre eigene Interpretation des Skripts haben, abhängig von ihren Vorstellungen, Vermutungen und Erwartungen. Normalerweise ist jede Rolle eine Komposition mehrerer Einzelrollen, die Elternrolle umfasst z.B. Kontrolle, Begrenzung, Lehre, Lernen, Wärme, geschätzt werden, unterstützen, bedürftig fühlen etc. Die Patientenrolle auf der anderen Seite betont die hilflosen, bedürftigen und leidenden Einzelrollen. Viele Fachleute beziehen sich in ihrer Arbeit nur auf die Patientenrolle ihres Klienten und blenden die kompetenten, verantwortlichen und fürsorglichen Seiten aus (Klientifizierung). Damit begeben sie sich selbst in die Elternrolle für den Klienten, den sie in die Rolle des Kindes drängen. Berücksichtigen die Fachleute jedoch beide Bereiche ihres Klienten, können sie selbst die Rolle des Experten und Beraters, der Mitgefühl zeigt, einnehmen.
- Umgang mit Verleugnungstendenzen: Wenn neben der Erkrankung hauptsächlich Erziehungs- und Beziehungsfragen Thema der Hilfeleistung sind, kann man mit besserer Akzeptanz seitens der Klienten rechnen.

- Geduld: Helfer müssen aushalten und akzeptieren, dass es keine Katastrophe ist, wenn die Kinder noch einige Zeit unter den gegebenen (vertrauten) Bedingungen leben und ohne Förderung auskommen müssen. Besser als eine (zu) schnelle Veränderung ist es, die Eltern langsam in neue Rollen hineinwachsen zu lassen. Auch Rückschläge müssen von Helfern akzeptiert und verarbeitet werden.
- Sorgfältiges Konzept zum Umgang mit Eltern, die eine Zusammenarbeit verweigern, obwohl sie offensichtlich nicht in der Lage sind, die Kinder zu versorgen, d.h. das Spannungsfeld, in dem sich die Jugendhilfe bewegt (Unterstützung der Eltern in ihrem Elternrecht und Schutz der Kinder vor Gefahren für ihr Wohl) muss thematisiert und transparent aufgearbeitet werden.
- Sorgfältiges Konzept zur Fremdunterbringung (Indikationen und Durchführung, Maßnahmen zur Rückführung).
- Sorgfältige Abklärung der Indikationen für spezifische Therapiemaßnahmen (ambulant und stationär).

Konkret inhaltliche Aspekte der Hilfeleistungen für Kinder, Eltern und Familien als Ganzes lassen sich folgenden Vorschlägen entnehmen:

- Beratung bzgl. Familienplanung, Verhütung und Sexualität, möglichst schon vor der Familiengründung und möglichst aufsuchend.
- Aufarbeitung der eigenen Kindheit und Reflexion der eigenen Elternrolle: Es bringt nicht weiter, eigene Probleme und Schwächen auf die Erziehungsfehler der Eltern zu schieben und in Ärger und Hass zu verharren. Auf der anderen Seite ist es kein Anzeichen für Versagen, sondern der Normalfall, dass Kinder nicht perfekt geraten sind, so dass man sich vom Erziehungs-Perfektionismus lösen muss, um nicht in Versagensvorwürfen stecken zu bleiben.
- Psychische und lebenspraktische Einstellung auf die Krankheit: um eigene Fähigkeiten sowie Hilfen von anderen realistisch einschätzen zu können, müssen die Eltern die Krankheit und ihre Auswirkungen ohne Verleugnung oder Überbewertung akzeptieren und sich aktiv mit ihr auseinandersetzen ohne sich selbst zu überfordern.
- Entwicklung alternativer Elternkompetenzen, Stärkung der Elternbeziehung.
- Wohnungsberatung, Rechtsberatung, Beschäftigungs- und Berufsberatung.
- Unterstützung bei der Freizeitgestaltung.

- Rasche Vermittlung alltagspraktischer Hilfen zur Entlastung (Haushalt, Unterstützung der Kinder im schulischen Bereich, Hilfe bei der Erziehung der Kinder).
- Abbau von Parentifizierungen des Kindes.
- Vermittlung der Kinder in Gleichaltrigengruppen und spezielle Gruppen für Kinder psychisch kranker Eltern.
- Klärung des Beziehungswunsches des Kindes zum erkrankten Elternteil.
- Vermittlung und Begleitung einer Patenfamilie.
- Familientherapie und systemische Herangehensweise beim Erspüren übergeordneter Wirkungszusammenhänge, die meist erst mit Blick auf die Familiengeschichte mehrerer Generationen verständlich werden (Mehrgenerationenperspektive).
- Stärkung der Coping-Strategien.
- Abbau von Scham- und Schuldgefühlen.
- Erarbeitung eines individuellen Frühwarnsystems.
- Erarbeitung eines Notfallplans zur Betreuung der Kinder.
- Organisation von Besuchen in der Klinik, wenn der erkrankte Elternteil in stationärer Behandlung ist.
- Enttabuisierung auf mehreren Ebenen, die aufeinander aufbauen und jeweils die Zustimmung der Betroffenen benötigen, wobei auf die Konfrontation mit der Wertirrationalität der Welt noch einzugehen ist:
 - Individuelle Ebene: Bekenntnis des erkrankten Elternteils zur Krankheit.
 - Innerfamiliäre Ebene: Kindgerechte, situationsadäquate, behutsame und lösungsorientierte Aufklärung der Kinder und Angehörigen über Erkrankung, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten sowie ihre Erblichkeit, denn die Kinder sind sonst auf ihre Fantasien – die meist schlimmer sind als die Realität – angewiesen. Das Reden über die Erkrankung ist nicht nur für die erkrankte Person eine zentrale Bewältigungsressource. Psychoedukative Programme zeigen bessere Erfolge als reine Informationsvermittlung. Konkrete Hinweise zur Gesprächsführung mit Kindern findet man bei Cooklin 2004, S. 297 – 300.
 - Umfeld-Ebene der Familie: Durchbrechen des Gebotes der Geheimhaltung.

- Gesellschaftliche Ebene: Abbau gesellschaftlicher Vorurteile („Anti-Stigma-Kampagnen“), indem man die verschiedenen Arten der Öffentlichkeit anspricht. Die Zusammenarbeit mit den Massenmedien erleichtert es, möglichst viele Menschen zu erreichen, die Zusammenarbeit mit Schulen ermöglicht es, einerseits die Manifestation von Vorurteilen zu verhindern und andererseits betroffene Kinder anzusprechen, die von sich aus keine Hilfe einfordern.

(Vgl. Aronen & Arajärvi 2000, S. 229; Baistow & Hetherington 2004, S. 361 f., S. 364 ff., S. 370; Baumann 2000 mit Bezug auf Richter 1976, Amann 1996; Bischoff 2004; Brumm 2004; Clodman 2004, S. 250, S. 255; Cooklin 2004, S. 292 f., S. 295 – 300, S. 304; Cooklin & Gorell Barnes 2004, S. 307 f., S. 310; Cowling 2004b, S. 345; Creer & Wing 1989, S.140; Deneke 2004a und b; Dierks 2001, S. 560; Falkov 2004, S. 386; Geißler 1993, S. 147; Göpfert, Webster & Nelki 2004a, S. 63 – 67; Gundelfinger 1997, S. 147 f., S. 150; Gundelfinger 2004b; Hall 2004, S. 29 f.; Hantel-Quitmann 1997, S. 179 f.; Heim 2001; Hemminger 1982, S. 211 f.; Jacobsen 2004, S. 116 f., S. 119 f.; Kessel 1993, S. 140 f.; Knuf 2000; Kron-Klees 2001; Küchenhoff 2004a, S. 110 ff.; Kühnel & Bilke 2004, S. 66 f.; Laucht, Schmidt & Esser, 2000, S. 107; Lenz 2005, S. 131 ff., S. 140 ff., S. 184, S. 198 ff., S. 207; Lisofsky 2004a; Lude & Kriesel 2004; Mattejat 2001, S. 98; Mahoney 2004, S. 327; Mattejat 2002, S. 241 f.; Mattejat 2004; McLean, Hearle, & McGrath 2004, S. 336, S. 340 ff.; Pound, Cox, Puckering & Mills 1984, S. 9; Pretis & Dimova 2004, S. 21, S. 35, S. 57 – 59; Puckering 2004, S. 173, S. 180 f.; Remschmidt & Mattejat 1994a, S. 296 – 299; Remschmidt & Mattejat 1994b, S. 123; Remschmidt & Mattejat 1994c, S. 6 f., S. 9 ff., S. 18 – 24; Rutter 1966, S. 109, S. 111; Rutter & Quinton 1984, S. 878; Schafft 2002; Schone & Wagenblass 2002, S. 42 ff., S. 50 f., S. 100 f., S. 105 – 107, S. 116, S. 129, S. 135 – 141, S. 146, S. 149, S. 152 ff., S. 218 – 232; Seeman 2004, S. 169; Seeman & Göpfert 2004, S. 10 – 17, S. 246; Seneviratne & Conroy 2004, S. 131; Sommer, Zoller & Felder 2001, S. 51 f., S. 499 f.; Wagenblass 2001, S. 516; Wagenblass 2002; Wagenblass 2005, S. 2 ff.; Wagenblass & Schone 2001, S. 585 – 588; Wiefel & Lehmkuhl 2004.)

4.3.4.5 Modellprojekte

Mittlerweile gibt es eine ganze Reihe an Modellprojekten, die sich an betroffene Familien bzw. ihre Mitglieder richten. Sie alle zu beschreiben sprengt den Rahmen dieser Arbeit, sie lassen sich allerdings grob unterteilen in Projekte, die sich an psychisch erkrankte Eltern in stationärer Behandlung richten (z.B. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Littenheid in der Schweiz), Projekte, die eine gemeinsame Betreuung von Müttern und Kindern zum Ziel haben (z.B. stationäre Mutter-Kind-Behandlung, Spezial-Ambulanz,

gemeinsame betreute Wohnformen), Projekte, die hauptsächlich mit den Kindern und begleitend mit den Eltern arbeiten (z.B. Aurn-Gruppen, KIPKEL KipkE, Kinderprojekte, (sozialtherapeutische) Kindergruppen), Projekte, die mit der gesamten Familie arbeiten, wenn der erkrankte Elternteil zu Hause lebt (z.B. Projekt von Beardslee und Mitarbeitern in Boston, Beratungsangebote), Entlastungsprojekte (z.B. Patenschaften), Kinderwohngruppen, Angehörigengruppen, Kooperationsprojekte. Sie richten sich größtenteils in ihren Zielen und Konzepten nach den im vorhergehenden Kapitel aufgelisteten Aspekten. Tab. 4 listet Quellenangaben für Zusammenfassungen der Konzeptionen und Erfahrungsberichte auf. Für genauere Angaben lohnt sich auch eine Kontaktaufnahme z.B. über das Internet.

Tab. 4: Literaturhinweise zu Modellprojekten

Projekt	Literatur
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Littenheid in der Schweiz	Kühnel & Bilke 2004, S. 60, 68 ff.
Mutter-Kind-Stationen	Lenz 2005, S. 209 – 212; Deneke 2004c; Schone & Wagenblass 2002, S. 103 f.; Hartmann 1997 a bis c; Hartmann 2001, S. 539 – 548; Hartmann 2004; Lüders & Deneke 2001, S. 552 – 558; Bender et al. 2004; Reckel 2004; Hoos-Jacob & Kester 2004
gemeinsame betreute Wohnformen	u.a. Schone & Wagenblass 2002, S. 234 f.
Aurn-Gruppen	Dierks 2001, S. 560 – 567; Leidner 2004
KIPKEL	Staets & Hipp 2001, S. 570 – 579
PFIFF	Schone & Wagenblass 2002, S. 233 f.
Kooperationsprojekte	Cowling 2004b, S. 346 – 352; Clodman 2004, S. 253; Hipp 2004
Kooperationsprojekt Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen	Lisofsky 2004b

Da der Ansatz von Beardslee und Mitarbeitern eine besondere Rolle für die Entwicklung des Präventionsprojektes der Projektgruppe CHIMPs spielt, soll er hier kurz vorgestellt werden: Informationen über die Erkrankung und ihren Einfluss auf die Kinder werden nicht in Form von Wissensvermittlung in Vorträgen oder ähnlichem, sondern in Elterngesprächen mit Bezug auf die individuellen Lebensaspekte der Familie und spezifisch der Lebenslage angepassten Handlungsorientierungen weitergegeben. Dies führt zu einer verbesserten Kommunikation innerhalb der Familie und zu veränderten Einstellungen der Erwachsenen gegenüber den Kindern und dem Partner. Die Kinder haben im Vergleich zu Kindern, die nur mit Wissen versorgt wurden, ein besseres Verständnis für die familiäre Situation. Die Effekte sind im Sinne einer Langzeitwirkung zu beobachten, da die Familien

scheinbar Zeit brauchen, die gewonnenen Informationen auch in ihren Alltag einzubauen (vgl. Gundelfinger 2004a).

4.3.4.6 Zusammenfassung

Die Bedürfnisse der Erwachsenen in Familien mit psychisch erkranktem Elternteil liegen hauptsächlich im Informationsbedarf, konkreten praktischen Unterstützungswünschen, therapeutisch ausgerichteten Angeboten und Hilfe in Zusammenhang mit den Kindern. Außerdem lassen sich Wünsche an das Verhalten der Professionellen und an Institutionen feststellen, die viel mit Partizipation, Kooperation und Flexibilität zu tun haben. Die Kinder wünschen sich vor allem Informationen und Respekt, aber auch Austausch mit anderen betroffenen Kindern und Unterstützung in Schule und Haushalt. Die verschiedenen Möglichkeiten der Jugendhilfe sind im SGB VIII ab §11 aufgeführt, in der Praxis werden jedoch lediglich Hilfen zur Erziehung und von diesen hauptsächlich sozialpädagogische Familienhilfen und, wenn diese keinen Erfolg zeitigen, Fremdunterbringung an die Familien herangetragen. Die Konzeptlosigkeit selbst bestehender Angebote hinsichtlich der spezifischen Zielgruppe führt häufig dazu, dass die Leistungen unangemessen angeboten werden und dass die Helfer, die diese Angebote umsetzen sollen, aufgrund fehlender finanzieller wie personeller Ressourcen und mangelnder Fachkenntnisse überfordert sind, sodass die Unterstützung scheitert. Zusammen mit mangelnder Kooperation führt sie zu einer Unübersichtlichkeit des Angebots, sodass sich Familien nicht zutrauen, ihre Rechte wahrzunehmen, aber auch durch andere Faktoren darin gehindert werden. Kooperationsprobleme zeigen sich aufgrund der unterschiedlichen gesellschaftlichen Aufträge und Adressaten von Jugendhilfe und Psychiatrie, ihre verschiedenen Systemlogiken, die selbst die gemeinsame Professionslogik der Sozialarbeit überdecken, unterschiedliche Zeithorizonte für Entscheidungen und die Zersplitterung Finanzierung, sind aber auch durch Widersprüche innerhalb der Handlungssysteme verursacht. Praktisch funktionieren Kooperationsbeziehungen im Einzelfall gut, institutionalisierte Vernetzung fehlt jedoch weitestgehend.

Ziel aller Maßnahmen ist die Wiederherstellung einer gesunden, liebevollen und stabilen Familienumwelt für die Kinder, indem Erziehungskompetenz der Eltern und Copingstrategien der Kinder verbessert werden. Voraussetzungen und Ansätze für die praktische Umsetzung dieser Forderung wurden zahlreich von vielen Autoren zusammengetragen. Sie reichen von der systematischen Identifikation betroffener Familien über Qualifizierung der Fachleute und Kooperation, Koordination und Transparenz bei der Organisation der Angebote bis hin zu konkreten inhaltlichen Vorschlägen zur Bearbeitung der Probleme.

matik mit den Familien. Mittlerweile kann auch auf Erfahrungen in Modellprojekten zurückgegriffen werden, die meist gute Erfolge zeigen und strukturelle Probleme vielversprechend gelöst haben.

4.3.5 Zusammenfassung des Forschungsstandes zu Kindern mit psychisch erkranktem Elternteil

Es gibt zur Zeit keine genauen Angaben darüber, wie viele Kinder bzw. Familien mit psychisch erkranktem Elternteil in Deutschland leben, die Studien stellen jedoch fest, dass es sich nicht um ein Randphänomen handelt. Die Belastungen der psychischen Störung wirken sich immer auf die gesamte Familie aus, sind mit den individuellen Krankheitsverläufen und Ressourcen der (erweiterten) Familie jedoch sehr verschieden. Insgesamt leiden die Familien unter Trennungs- und Konflikterfahrungen, psychosozialen Problemen, Isolation und Stigmatisierung sowie einer Verschlechterung der finanziellen und materiellen Situation. Viele psychisch erkrankte Mütter leben (oftmals trotz Trennung vom Partner) mit ihren Kindern zusammen und sind ständig von der Angst vor dem Verlust des Sorgerechts begleitet. In der Erziehungsfähigkeit sind einige von ihnen stark eingeschränkt, andere kommen mit Unterstützung zurecht und wieder andere sind kompetente Mütter. Lebt der gesunde Elternteil oder ein neuer Partner mit in der Familie, ist dieser oft auch psychisch belastet. Die Kinder haben eine genetisch erhöhte Empfindlichkeit für psychische Erkrankungen (vor allem, wenn beide Elternteile eine psychische Störung haben), die Konstellation der Lebensumstände hat aber mindestens genauso große Auswirkungen, sodass Gefährdungen in beinahe allen Entwicklungsbereichen bestehen: im kognitiv-sprachlichen, im emotionalen und im sozialen Bereich sowie hinsichtlich der Identitätsentwicklung und der Ausbildung körperlicher und psychischer Störungen. Die Auswirkungen werden von individuellen Schutz- und Risikofaktoren beeinflusst. Die subjektiven Erfahrungen und Gefühle der Kinder zeugen von Angst, Schuld und Einsamkeit.

Die Bedürfnisse von Familien mit psychisch erkranktem Elternteil liegen hauptsächlich in Informationsbedarf, konkreten praktischen Unterstützungswünschen, therapeutisch ausgerichteten Angeboten und Hilfe in Zusammenhang mit den Kindern. Außerdem wünschen sich die Familien Respekt von Helfern und Partizipation an Entscheidungen sowie Flexibilität und Kooperation der Einrichtungen. Faktisch setzt das deutsche Gesetz das Recht des Kindes auf Verbleib in der Familie und auf Wohlergehen sowie das Recht der Erwachsenen auf Familiengründung so um, dass Unterstützung für Familien bereitgestellt wird und bei Gefährdung des Kindeswohls Interventionen nach dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit vorgesehen sind. Die vielfältigen Möglichkeiten sind im SGB VIII ab §11 auf-

geführt, in der Praxis werden jedoch meist einseitig elternzentrierte Angebote oder Fremdunterbringung durchgeführt. Die bestehende Konzeptlosigkeit hinsichtlich der spezifischen Zielgruppe führt oft dazu, dass die Leistungen unangemessen angeboten werden und dass die Helfer, die diese Angebote umsetzen sollen, aufgrund fehlender finanzieller wie personeller Ressourcen und mangelnder Fachkenntnisse überfordert sind, sodass die Unterstützung scheitert. Zusammen mit mangelnder Kooperation führt sie zu einer Unübersichtlichkeit des Angebots, sodass sich Familien nicht zutrauen, ihre Rechte wahrzunehmen. Erfahrungen in Modellprojekten, die sich zum Ziel setzen, eine gesunde, liebevolle und stabile Familienumwelt für die Kinder herzustellen, zeigen gut Erfolge und lösbare Probleme.

5 Das Forschungsprojekt CHIMPs (Children of Mentally Ill Parents) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf soll in einem vierjährigen Gesamtprojekt auf der Grundlage einer fundierten Bedarfsermittlung ein präventives Beratungs- und Unterstützungsangebot für Familien mit psychisch erkranktem Elternteil entwickelt und evaluiert werden. Das Projekt besteht aus zwei Teilen. Die explorative Pilot-/ Vorstudie wurde als einrichtungsrepräsentative Querschnittserhebung konzipiert, sodass alle in der Klinik für Psychiatrie stationär aufgenommenen Patienten befragt werden. Aus dieser Teilstudie stammen die Daten für die vorliegende Arbeit. Patienten, die Kinder haben, werden in die Bedarfsanalyse einbezogen: In dieser Gruppe erhebt die Vorstudie den spezifischen Unterstützungsbedarf für präventive Angebote. Außerdem werden die Einflüsse wesentlicher somatischer und psychosozialer Einfluss- und Risikofaktoren (z.B. Erkrankungsfaktoren, Lebensumstände der Familie, Beziehungsfaktoren, Stärken und Ressourcen der Familie) für die Lebensqualität und psychische Gesundheit der Kinder untersucht. Hierzu wurde vom Projektteam ein umfassender Fragenkatalog aus standardisierten Fragebogen sowie ergänzender Fragebogenitems konstruiert. Als Erhebungszeitraum wurden sechs Monate beabsichtigt, während denen mit 200 Patienten mit Kindern gerechnet wurde. Auf der Basis dieser Vorstudie wird ein Beratungsangebot für Familien mit psychisch erkranktem Elternteil nach den speziellen Bedürfnissen der Familien konzipiert und als Interventionsstudie in einem kontrollierten, randomisierten Forschungsdesign empirisch überprüft und evaluiert.

6 Fragestellungen und Hypothesen

6.1 Fragestellungen

In der vorliegenden Arbeit sollen folgende Fragen bearbeitet werden, zu denen in der Vorstudie Daten erhoben wurden:

1. Wie stellt sich die Familiensituation von Familien mit psychisch erkranktem Elternteil in Bezug auf ihre Lebensform und ihre Funktionalität dar (soziales Risiko der Familie)?
2. Wie sind Familien mit psychisch erkranktem Elternteil von den sozialen Problemen Armut und Arbeitslosigkeit betroffen?
3. Wie gut ist die soziale Integration/ Isolation bzw. die soziale Unterstützung betroffener Familien?
4. Hat die Art bzw. die Schwere der Erkrankung einen Einfluss auf oben genannte Fragen?
5. Wie sieht die Situation der Familie hinsichtlich professioneller Unterstützung aus? Welche Angebote werden bereits genutzt? Gibt es Wünsche der Familien hinsichtlich weiterer Unterstützung?

Außerdem ist die Einschätzung der erkrankten Elternteile zur Situation der Kinder bzgl. folgender Fragestellungen erhoben worden:

6. Wie sind Kinder psychisch erkrankter Menschen integriert:
 - a. innerhalb der Familie (innerfamiliäre Isolation)?
 - b. außerhalb der Familie in der Gesellschaft (außerfamiliäre bzw. soziale Isolation)?
7. Wie wird die Lebensqualität von Kindern psychisch erkrankter Menschen eingeschätzt?
8. Wie wird die psychische Gesundheit von Kindern psychisch erkrankter Menschen eingeschätzt?

6.2 Hypothesen

Zu diesen Fragen lassen sich basierend auf der Literatur folgende zu überprüfende Hypothesen aufstellen:

1. Die Teilnehmer der Stichprobe leben häufig in nicht-traditionellen Lebensformen und in Familien, die problembelastet hinsichtlich ihrer Funktionalität sind (vgl. Hantel-Quitmann 1997, S. 178).
2. Einkommensarmut und Arbeitslosigkeit sind in der Stichprobe im Vergleich zur Gesamtbevölkerung überdurchschnittlich häufig (vgl. Hantel-Quitmann 1997, S. 178; Lisofsky 2004a; Deneke 2004b, S. 88; Hall 2004, S. 40; Baistow & Hetherington 2004, S. 361).
3. Die Familien der Stichprobe sind sozial schlecht integriert bzw. haben geringe soziale Unterstützung.
4. Art und/ oder Schwere der Erkrankung haben insofern einen Einfluss auf die vorgeannten Probleme, dass sie zu Unterschieden in der Belastung führen: Schwere Erkrankungen führen zu stärkerer Belastung.
5. Das professionelle Unterstützungsangebot deckt sich nicht mit Unterstützungswünschen. Professionelle Angebote werden unzureichend genutzt. Die erkrankten Personen können Unterstützungswünsche konkret angeben. Diese werden aufgelistet.

Zur Einschätzung der Kinder durch den erkrankten Elternteil liegen sehr wenige Studien vor, die zudem noch widersprüchliche Ergebnisse aufweisen (s. Kap. 7.3.3, S. 246). Trotzdem können folgende Hypothesen aufgestellt werden:

- 6.a. In der Literatur wird erwähnt, dass Familien mit psychisch erkranktem Elternteil, die zusammen leben, häufig eine enge, nach außen abgeschottete Einheit (rund um das Familiengeheimnis der psychischen Erkrankung) als Identifikation nach außen und Konstituierung eines Handlungszusammenhanges als Problemlösung und Bewältigungsstrategie bilden. Trotzdem seien die Kinder familial nicht hinreichend integriert, insbesondere wenn man die Offenheit bzgl. der Erkrankung berücksichtigt, sie sind also von innerfamiliärer Isolation betroffen (vgl. Knuf 2000, S. 37; Dörner et al. 1997 zit. nach Pretis & Dimova 2004, S. 42; Schone & Wagenblass 2002, S. 16 f.; Dunn 1993). Dies wird in der Stichprobe von dem erkrankten Elternteil auch so eingeschätzt.
- 6.b. In der Literatur wird erwähnt, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern sozial schlecht integriert sind (außerfamiliäre bzw. soziale Isolation) (vgl. Schone & Wagenblass

2002, S. 16 f.). Dies wird in der Stichprobe von dem erkrankten Elternteil auch so eingeschätzt.

7. Der erkrankte Elternteil schätzt die Lebensqualität seiner Kinder überwiegend als schlecht ein.
8. Der erkrankte Elternteil schätzt die psychische Gesundheit seiner Kinder überwiegend als schlecht ein (vgl. Lenz 2005, S. 45 f.).

An der Interventionsphase nehmen ganze Familien teil. Hier besteht die Möglichkeit, folgende Personen eine Einschätzung über das Kind, das in der Vorstudie vom erkrankten Elternteil eingeschätzt wurde, abgeben zu lassen: der erkrankte Elternteil (wiederholt, aber diesmal nicht akut erkrankt), der gesunde Elternteil, die Familienberaterin, das Kind selbst. Damit kann ermittelt werden, ob signifikante Unterschiede zwischen den Einschätzungen bestehen, insbesondere zwischen der Einschätzung des erkrankten Elternteils in einer akuten Erkrankungsphase und der (unabhängigen) Einschätzung durch die Familienberaterin, denn hierzu bestehen in der Literatur widersprüchliche Beurteilungen. Danach können die Hypothesen 6 bis 8 modifiziert untersucht werden:

- 9.a. Kinder psychisch erkrankter Eltern sind nicht hinreichend in der Familie integriert, insbesondere wenn man Offenheit bzgl. der Erkrankung berücksichtigt.
- 9.b. Kinder psychisch erkrankter Eltern sind sozial schlecht integriert.
10. Die Lebensqualität von Kindern psychisch erkrankter Eltern ist überwiegend schlecht.
11. Das Verhalten von Kindern psychisch erkrankter Eltern ist überwiegend problematisch.

7 Methoden zur Datenerhebung und Datenauswertung

7.1 Operationalisierung der Variablen und Auflistung der Messinstrumente

Die folgenden relevanten Testverfahren wurden in dem dieser Arbeit zugrunde liegenden Projekt CHIMPs zur Erfassung der Variablen eingesetzt. Eine Beschreibung der verwendeten Messinstrumente ist im Anhang nachzulesen.

Tab. 5: Übersicht zur Operationalisierung der verwendeten Konstrukte und Variablen, zuerst in der Reihenfolge der Verwendung zur Beantwortung der Fragen bzw. Hypothesen, nach dem Trennstrich folgen die Konstrukte und Variablen, die in den Arbeiten verwendet wurden, auf die sich die vorliegende Arbeit direkt bezieht.

Konstrukt/ Variable	Beurteiler	Operationalisierung/ Instrument
familiale Lebensform	Patient	Spontan-Items: S. 2, Fr. 3; S. 5, Fr. 1; S. 6, S. 7
Funktionalität des Familiensystems	Patient	Allgemeiner Familienbogen (FB-A)
Qualität der Partnerschaft	Patient	Spontan-Items: S. 5, Fr. 1 – 5
Wohnsituation	Patient	Spontan-Items: S. 5, Fr. 6 – 7
Flexibilität der Aufgabenverteilung in der Familie	Patient	Spontan-Items: S. 5, Fr. 8 – 10
Sozioökonomische Situation	Patient	Spontan-Items: S. 2, Fr. 1 – 8; Aktenstudium
Soziale Unterstützung	Patient	Oslo Social Support Questionnaire (OSSQ)
Diagnose und Komorbidität der psychischen Störung	Arzt Patient	Diagnosen nach ICD-10 und DSM-IV Spontan-Items: S. 2, Fr. 10 u. 12
Schweregrad der elterlichen Störung	Arzt	„Severity of Illness“-Item der Clinical Global Impression-Scale (CGI)
Professionelle Unterstützung	Patient	Spontan-Items: S. 11 – 12
Angemessenheit der familiären Krankheitsbewältigung	Patient	Spontan-Items: S. 5, Fr. 11 – 14
Lebenssituation der Kinder	Patient	Spontan-Items: S. 6 – 7
Lebensqualität der Kinder	Patient	KINDL-R
Psychische Gesundheit der Kinder	Patient	Child Behavior Checklist (CBCL/4-18)
generelle Funktionalität des familiären Beziehungssystems	Arzt	Global assessment of Relational Functioning Scale (GARF)
Urteilsfähigkeit und Krankheitseinsicht	Arzt	Item „G12“ der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)
Angemessenheit der individuellen Krankheitsbewältigung	Arzt	Spontan-Item: Fr. 5

Konstrukt/ Variable	Beurteiler	Operationalisierung/ Instrument
Art der individuellen Krankheitsbewältigung	Patient	Freiburger Fragebogen zur Krankheitsbewältigung (FKV)
Chronizität der elterlichen Störung	Patient	Spontan-Items: S. 2, Fr. 9, 11, 15, 16
Behandlung	Patient	Spontan-Items: S. 2, Fr. 13 u. 14
Expositionsdauer des Kindes	Patient	Ableitung aus Chronizität der elterlichen Erkrankung und Alter des Kindes
Subjektive Beeinträchtigung des Patienten durch die Störung	Patient	Symptomcheckliste SCL-14
Lebensqualität des erkrankten Elternteils	Patient	Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-12

7.2 Datenerhebung

In der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg - Eppendorf wurde auf sechs Stationen und in zwei Tageskliniken eine einrichtungsrepräsentative Querschnitterhebung durchgeführt. Der Erhebungszeitraum betrug neun Monate (15.09.2005 bis 15.05.2006).

Zwei Mitarbeiterinnen der Forschungsgruppe CHIMPs führten die Datenerhebung durch. Von den Mitarbeitern der Stationen erhielten sie Informationen darüber, welche Patienten die Einschlusskriterien erfüllten.

Alle Patienten, die für die Stichprobe geeignet waren, wurden über Ziele und Inhalte der Untersuchung aufgeklärt und um Teilnahme gebeten. Nach einer Zustimmung wurde das schriftliche Einverständnis eingeholt und bei Bedarf Unterstützung beim Ausfüllen des sehr umfangreichen Fragebogens erteilt. Dem zuständigen Arzt wurde ein Kurzfragebogen vorgelegt. Die Befragung fand jeweils am Ende der ersten Woche nach Aufnahme in die Klinik statt.

7.3 Methodenkritik

7.3.1 Die Fragebogenmethode

7.3.1.1 Allgemeines

Der Fragebogen als eines der wichtigsten und meistangewendeten psychologischen Untersuchungsverfahren misst Teilbereiche einer Person, nämlich Persönlichkeitsmerkmale, indem er die Verhaltensstichprobe, die er zieht, als Indikator für eine Personeneigenschaft behandelt. Er erfasst ein Merkmal oder eine Persönlichkeitseigenschaft

durch Fragmentierung, d.h., ein Merkmal wird in kleine Einheiten (Items) zerlegt, die das Merkmal inhaltlich repräsentieren. Ein Fragebogen ist daher eindimensional, alle Items messen die gleiche Variable. Mehrdimensionale Fragebogenkataloge entstehen durch Zusammenstellung mehrerer eindimensionaler Fragebogen. Außerdem beurteilen sich alle Personen nach den gleichen Items, von denen eine größere Zahl zu einem Messwert zusammengefasst werden (vgl. Mummendy 1995, S. 13, S. 15, S. 53, S. 61; Fisseni 1997, S. 35, S. 297).

Dabei erfasst der Fragebogen nicht ein „Merkmal an sich“, sondern er misst das Merkmal mit einer bestimmten Methode, die ihn zwischen „objektive“ und „subjektive“ Verfahren stellt, indem subjektive innere Zustände mittels objektiver standardisierter Methoden erfasst werden. Persönlichkeitsfragebogen sind nicht in dem Maße standardisierbar wie Intelligenz-, Fähigkeits- und Leistungstestverfahren, weswegen sie nicht in der individuellen Diagnostik, sondern nur in der Forschung angewendet werden sollten (vgl. Mummendy 1995, S. 17 f.; Fisseni 1997, S. 108).

Jeder Fragebogen erfasst nicht nur die Reaktionsweise der Person auf schriftlich präsentierte Situationen, sondern immer auch die subjektive Interpretation der Situation. Antworten sind mithin niemals richtig oder falsch, sondern weisen in oder gegen eine Schlüsselrichtung zur Erfassung eines Merkmals. Besonders in der Selbstkonzeptforschung wird auf den Selbstaussagecharakter des Fragebogens hingewiesen. Hier geht es um die Anwendung sprachlicher Selbstbeschreibungsverfahren, die ein gewisses methodologisches Niveau aufweisen, durch die Individuen sich selbst oder ihr gewünschtes Erscheinungsbild darstellen. Die Betonung liegt damit nicht auf der Messung „wirklicher“ Persönlichkeitseigenschaften, sondern auf ihrer Wahrnehmung und Darstellung durch den Probanden (Mummendy 1995, S. 20, S. 49; Fisseni 1997, S. 298, S. 300).

7.3.1.2 Grundlagen

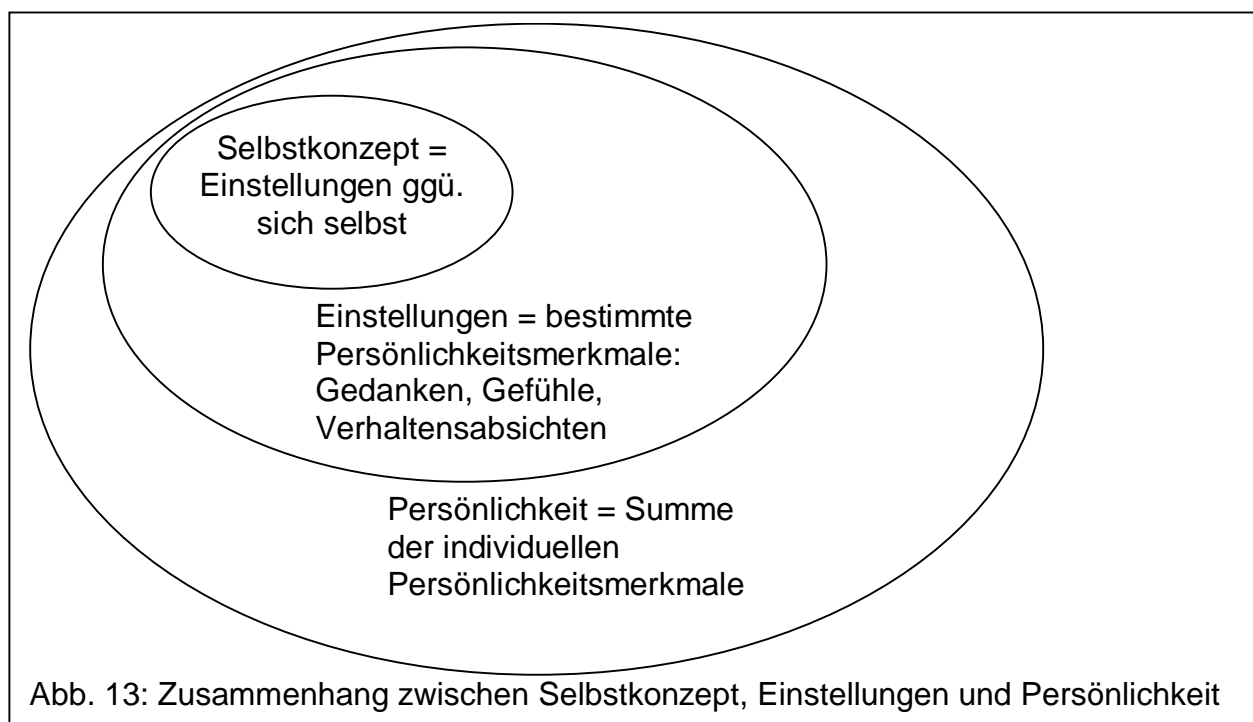
Zur Beurteilung der Bedeutung des Fragebogens für die Forschung ist es grundlegend, die Zusammenhänge zwischen Persönlichkeit, Einstellung und Selbstkonzept sowie zwischen Person und Situation zu erläutern.

Persönlichkeit – Einstellung – Selbstkonzept

Die Persönlichkeit ist der „Inbegriff der individuellen Merkmalsausprägungen eines Menschen“: jedes Individuum ist durch eine einzigartige Konstellation von Merkmalsausprägungen gekennzeichnet (Mummendy 1995, S. 28).

Eine Einstellung ist die „Art und Weise, wie sich ein Individuum nicht in seinem offenen beobachtbaren Verhalten, sondern in seinen Gedanken, Gefühlen und allenfalls seinen Verhaltsabsichten bzw. Intentionen auf ein soziales Objekt richtet.“ Es geht dabei um „etwas ‚Inneres‘, das allerdings offensichtlich Auswirkungen auf Verhalten haben kann und selbst von ausgeführtem Verhalten beeinflusst und verändert werden kann“ (Mummendy 1995, S. 30). Einstellungen können dementsprechend als Persönlichkeitsmerkmale aufgefasst werden (vgl. Mummendy 1995, S. 31).

Das Selbstkonzept ist die „Gesamtheit der auf die eigene Person bezogenen, einigermaßen stabilen Kognitionen und Bewertungen“. Das Individuum hat viele Konzepte von sich selbst, deren hypothetische Summierung „das“ Selbstkonzept ausmachen (Mummendy 1995, S. 34). Das Konzept des sogenannten Spiegelbild-Selbst bedeutet, dass eine Person sich anderen präsentiert und deren Urteile in ihr Selbstkonzept aufnimmt. Hier deutet sich als zentrales Problem der Komplex der sozialen Erwünschtheit bereits an (vgl. Mummendy 1995, S. 37). Es handelt sich beim Selbstkonzept also um Einstellungen gegenüber sich selbst, womit die Verbindung zwischen Persönlichkeit, Einstellung und Selbstkonzept geschaffen ist (vgl. Abb. 13).



Person – Situation

Individuen werden mittels Persönlichkeitsvariablen beschrieben, indem Adjektive zu Personen und quantitative Angaben bzw. Zahlen zu den Adjektiven zugeordnet werden

(z.B. überdurchschnittlich extravertiert). Das macht jedoch nur Sinn, wenn man von einer relativen (!) Konstanz oder Stabilität der Merkmale ausgeht, womit das Problem der Konstanz und Variabilität von Persönlichkeitseigenschaften angesprochen ist (Mummendy 1995, S. 41 f.). Die traditionelle, personbetonte Position und ihre alternative situationsorientierte Position wurden in einer Art Pseudo-Dialektik in der Betonung der Person-Situation-Interaktion durch die interaktionistische Persönlichkeitsauffassung überwunden (vgl. Mummendy 1995, S. 44). Mummendy weist jedoch darauf hin, dass individuelle Aspekte und ihre Situationsabhängigkeit bereits im wohlverstandenen Eigenschaftsbegriff der Persönlichkeitstheoretiker enthalten sind, die die Konstanz und Variabilität von Persönlichkeitsmerkmalen selbst als Persönlichkeitsmerkmal definieren (vgl. Mummendy 1995, S. 47).

7.3.1.3 Konstruktion von Fragebogen nach der Klassischen Test Theorie (KTT)

Um die Anwendung von Fragebogen bewerten zu können, ist es hilfreich zu wissen, wie sie erstellt werden. Die Methode, die am weitesten verbreitet ist, ist die KTT, die daher hier kurz beschrieben werden soll.

1. Bestimmung des Urteilsobjekts

Das Urteilsobjekt, also das, was gemessen werden soll, ist ein Konstrukt, ein psychologisches Denkgebilde. Es sollte vor der Gestaltung des Fragebogens festgelegt werden (vgl. Mummendy 1995, S. 58).

2. Form des Fragebogens bzw. der Items

Fisseni (1997, S. 38 ff.) differenziert die Form des Fragebogens hinsichtlich folgender Kriterien:

- Nach der Art der Antwort: gebundene Items (der Proband bekommt ein Problem mit mehreren Lösungen vorgelegt und soll sich entscheiden) vs. freie Items (ein Problem wird vorgelegt, der Proband muss eine Lösung selbst formulieren). Beide Arten haben Vor- und Nachteile: Gebundene Items ermöglichen eine Vergleichbarkeit der Antworten sowie eine routinemäßige Anwendung, messen jedoch eher reaktives als kreatives Verhalten. Freie Items können hingegen eine große Verhaltensbreite erfassen, die Gewichtung unterschiedlicher Antworten bereitet allerdings einige Schwierigkeiten.

- Nach Inhaltsumfang (Komplexität): einfache Items vs. komplexe Items. Eine Einteilung nach Komplexität ist stichprobenbezogen (z.B. im Vergleich von Sonderschülern zu Gymnasiasten).
- Nach dem Darstellungsmedium: in Worte gefasste Items vs. nonverbale Items (z.B. Bilder, Verhaltensprozesse). Die Barrieren der Sprache sollen durch Verwendung nichtverbaler Items gesenkt werden, eine Beseitigung ist jedoch nicht möglich, denn „solche Items bedürfen ihrerseits der sprachlichen Interpretation“ (Fisseni 1997, S. 40).

Mummendy (1995, S. 15) schließt für seine Betrachtungen Fragebogen mit offenen Items (z.B. Interview-Methode) aus und definiert Fragebogen als solche, bei denen festgelegte Antwortmöglichkeiten auf klar vorgegebene Fragen oder Feststellungen angekreuzt werden müssen. Er unterscheidet bei der Form des Fragebogens nach folgenden Kriterien (S. 53 ff.):

- Darbietung des sprachlichen Materials: je nachdem, ob Fragen, Feststellungen oder ein einziges Substantiv oder Adjektiv präsentiert werden und nach der grammatischen Form (1. Person Singular oder unpersönlich).
- Antworttypus: zweistufiges kategoriales Urteil oder Mehrfachwahlantworten, die in einem Rating resultieren, bei dem die Antworten numerisch, grafisch, verbal verankert/ nicht verankert oder als Kombinationen davon dargestellt sind. Seiner Erfahrung nach reichen zweistufige Antwortmöglichkeiten aus, mehrere Stufen können der Erleichterung der Entscheidung für manche Personen dienen. Die Einrichtung einer mittleren Antwortkategorie führt eher zu Schwierigkeiten, da ein Ankreuzen dieser Antwort verschiedene Bedeutungen haben kann: es kann sich wirklich um eine mittlere Antwortposition handeln oder um eine „weiß nicht“-Antwort, eine „Irrelevanz“-Antwort, eine „Protest“-Antwort oder eine Antwort aus Zaghaflichkeit.
- Forced - Choice - Technik: der Proband soll zwischen zwei Feststellungen entscheiden, die (scheinbar) nichts miteinander zu tun haben.

3. Item-Sammlung

Mummendy weist auf mehrere Quellen für die Item-Sammlung hin: Theorien, korrelationsanalytische Verfahren, die ein empirisches Konstrukt definieren, vorhandene Fragebogen, eigene Erfahrungen und Alltagsbeobachtungen, Voruntersuchungen, Befragung von Experten und Literatur (Fach- sowie nicht-fachliche Literatur) (vgl. Mummendy 1995, S. 59 f.).

4. Fragebogen-Instruktion

Die Formulierung der Antwort-Anweisung an die beantwortende Person sollte sorgfältig vorgenommen werden, da sie sehr wichtig ist (vgl. Mummendy 1995, S. 68). Variationen in der Instruktion können unterschiedliches Antwortverhalten provozieren (vgl. Kapitel 7.3.1.4, S. 229).

5. Item-Analyse und Revision bzw. Selektion

Nach der Durchführung einer Voruntersuchung prüft die Itemanalyse, ob die Items der Test-Absicht entsprechen und in die endgültige Form aufgenommen werden. Es können drei Gütekriterien zu dieser Beurteilung herangezogen werden: Schwierigkeitsindex, Trennschärfe und Homogenität (vgl. Fisseni 1997, S. 40 f.; Mummendy 1995, S. 71), auf die hier nicht näher eingegangen werden soll.

Die Itemselektion erfolgt in mehreren Schritten nach inhaltlichen, empirischen, statistischen und weiteren Gesichtspunkten (vgl. Fisseni 1997, S. 59; Mummendy 1995, S. 62 f., S. 66): Eine inhaltlich-empirische Selektion erfolgt danach, ob die Items frei von Verzerrungstendenzen (soziale Erwünschtheit) sind, sowie nach Verständlichkeit (abhängig von der Zielgruppe), Prägnanz der Formulierungen, Art der Fragerichtung und der Reihenfolge der Darbietung. Mühlfeld beobachtete bereits 1981, dass die Items seiner standardisierten Instrumente nur Stereotype produziert oder auf die Befragten so bedrohlich gewirkt haben, dass sie eine Antwort verweigerten. Er entschied sich daraufhin für eine offene Gesprächstechnik, die am Konzept des narrativen Interviews orientiert war (vgl. Mühlfeld 1981, S. 325). Zur Formulierung von Items wurden mittlerweile einige Regeln erarbeitet (vgl. Kapitel 7.3.1.4, S. 229), die Fragerichtung sollte ausbalanciert sein, sodass etwa gleich viele Zustimmungen und Ablehnungen in Schlüsselrichtung bzgl. des zu messenden Merkmals weisen. Hinsichtlich der Reihenfolge sollte auf eine sorgfältig systematisch verteilte Reihenfolge geachtet werden, die eine gleichmäßige Verteilung verschiedener Inhalte über die gesamte Item-Liste sichert (vgl. Mummendy 1995, S. 66 f.). Die statistische Selektion erwirkt eine Auslese der Items, deren Gütekriterien nicht den vorher festgelegten Kennzeichen entsprechen (vgl. Mummendy 1995, S. 72, S. 74).

6. Ermittlung der Test-Gütekriterien: Objektivität, Reliabilität, Validität

Die Test-Gütekriterien kennzeichnen den Test oder Fragebogen in seiner Gesamtheit (vgl. Fisseni 1997, S. 66). Mummendy (1995) weist an mehreren Stellen darauf hin (z.B. S. 18), dass sich Persönlichkeitsfragebogen nicht in dem Maße objektivieren bzw.

standardisieren lassen wie Leistungs- und Fähigkeitstests. Daher lässt er bei der Behandlung der Test-Gütekriterien die Objektivität aus.

Das nicht nur für Persönlichkeitsfragebogen umstrittene Maß der Objektivität oder Standardisierung gibt an, inwiefern sich das Verhalten des Probanden eindeutig quantifizieren und die Quantifizierung eindeutig interpretieren lässt. Es geht dabei also um die Unabhängigkeit des Tests vom Anwender. Auch Fisseni räumt Probleme der Objektivität ein: Die Standardisierung als interaktionsfreie Messung weist letztlich auf ein Paradox hin: „Der Testleiter soll mit dem Probanden interagieren, ohne Interaktionseffekte hervorzurufen“ (Fisseni 1997, S. 69). Ziel der Objektivität kann demnach nur sein, den Anteil der Merkmale zu erfassen, der dem Probanden zukommt, indem der Anteil des Test-Anwenders isoliert und eliminiert wird (vgl. Fisseni 1997, S. 66 ff.).

Mit der Reliabilität wird die Präzision des Instruments angesprochen, es geht um seine Messgenauigkeit und Messfehler (d.h. seine Zuverlässigkeit). Die Bestimmung der Reliabilität, die als Oberbegriff unterschiedliche Teilaspekte der Messgenauigkeit erfasst, kann nach verschiedenen Modellen geschehen, die nicht äquivalent sind:

- Halbierungs- oder Split-Half-Verfahren: Die Items des Tests werden aufgeteilt, die Reliabilität ergibt sich aus der Korrelation beider Hälften.
- Parallelförmigkeit: Die Reliabilität entspricht der Korrelation zwischen Test A und Test B bei denselben Probanden. Voraussetzung ist, dass Test A und B äquivalent sind.
- Retest-Korrelation: Ein Test wird von denselben Probanden mehrmals ausgeführt, die Übereinstimmung der Ergebnisse bezeichnet die Reliabilität.
- Konsistenz-Schätzung: Die Reliabilität stimmt mit dem Ausmaß überein, in dem von denselben Probanden alle Items in gleicher Weise beantwortet werden.

Für alle Verfahren stellt sich das Problem der Präzision eines Test-Scores, der nur durch einen Vertrauensbereich angegeben werden kann. Die Eingrenzung des Bereichs, in dem der wahre Wert liegt, geschieht durch den Standardmessfehler und den Standard-schätzfehler. Die Distanz, wie weit zwei Test-Scores auseinanderliegen müssen, damit die Differenz signifikant ist, wird kritische Differenz genannt und kann berechnet werden (vgl. Fisseni 1997, S. 70 ff., S. 89 ff.; Mummendy 1995, S. 75 f.).

Die Validität eines Tests oder Fragebogens weist auf dessen Gültigkeit bzw. das Ausmaß, in dem der Test das misst, was er zu messen vorgibt, hin. Sie beantwortet die Frage, wie sich vom Test-Score auf das Ziel-Merkmal schließen lässt. Voraussetzung dafür sind empirische Hinweise auf das tatsächliche Ausmaß des Zutreffens der mit dem

Verfahren gemessenen Merkmale. Es werden mehrere Arten der Validität unterschieden, jedoch reicht keines der bestehenden Verfahren allein aus, sodass zur Validierung mindestens drei Aspekte gehören: Zuerst müssen Konstrukte aus dem Theoriebezug abgeleitet bzw. ihm zugeordnet werden, worauf eine semantische und statistische Analyse der Konstrukt-Items folgt. Schließlich muss der Zusammenhang zwischen Testkonstrukt und anderen Konstrukten überprüft werden (vgl. Fisseni 1997, S. 93 ff., S. 105 ff.; Mummendy 1995, S. 77 ff.).

7. Standardisierung, Normierung, Eichung

Mummendy (1995, S. 83) lehnt diesen Schritt für Persönlichkeitstests als nicht seriös ab, da sie eine Exaktheit und Gültigkeit der individuellen Persönlichkeitsmessung voraussetzen, die sie im Vergleich mit Leistungstests nicht haben. Trotzdem sei auf das Verfahren hingewiesen, da die meisten der benutzen Fragebogen auf eine Normstichprobe hinweisen, mittels der die Position des Probanden bestimmt werden kann.

Normen liegen in verschiedenen Skalen vor: in Rohwerten und in nach unterschiedlichen Methoden transformierten Werten. Es handelt sich dabei um Äquivalentnormen, Variabilitätsnormen sowie Prozentränge. Bei Äquivalentnormen wird dem Rohwert ein Zeit-Äquivalent zugeordnet, mit dem beurteilt werden kann, welcher Altersstufe die Testleistung angemessen ist. Solche Normen lassen sich jedoch lediglich für Altersstufen bis ca. 15 Jahre experimentell nachweisen. Außerdem ist fraglich, ob die Werte für jede Altersstufe die gleiche Bedeutung haben. Variabilitätsnormen ordnen dem Rohwert einen Standardwert zu, der angibt, wie weit der Testwert vom mittleren Standardwert der Eichstichprobe entfernt ist und eine Interpretation nach durchschnittlichem oder unter- bzw. überdurchschnittlichem Bereich erlaubt. Da empirische Test-Scores nicht punktuell interpretierbar – weil fehlerbehaftet – sind, ist ein Vertrauensbereich anzugeben. Die Klassifikation in Bereiche ist jeweils stichprobenabhängig. Prozentränge geben an, wie groß der Anteil von Probanden ist, die unterhalb bzw. oberhalb eines Testwertes liegen. Es handelt sich um reine Häufigkeitsangaben, kein Abweichungsmaß. Prozentränge sind zwar anschaulich, gleiche Abstände der Prozentränge entsprechen jedoch nicht gleichen Abständen zwischen Test- und Normwerten. Transformierte Werte unterliegen folgender Problematik: Rohwerte haben verschiedene Zentralwerte für verschiedene Gruppen. Bei einer Transformation in Standardwerte isoliert für die Gruppen passiert eine Nivellierung der Unterschiede zwischen den Gruppen. Um die Unterschiede zu erhalten, müssen die Gruppen vor der Transformation in eine Stichprobe zusammengefasst werden (vgl. Fisseni 1997, S. 111 ff.).

Fisseni (1997, S. 120 ff.) geht auf folgende Probleme der Normierung ein:

- Die Wahl der Eichstichprobe.
- Die Normalverteilung der Merkmalsausprägungen ist eine Voraussetzung für die Normierung. Jedoch ist fraglich, ob diese Voraussetzung immer erfüllt ist.
- Eine normbezogene Klassifikation in Bereiche ist stichprobenabhängig, Testwerte liefern daher nur Vergleichsaussagen.
- Statistische Normen hängen mit dem kulturell-ethischen Kontext zusammen: Das statistische Urteil beruht daher auch auf sozio-kulturellen Urteilen, nämlich Wertungen und Festlegungen der Gesellschaft darüber, was wichtig ist.

7.3.1.4 Sprache in Fragebogen

Da bereits sprachliche Nuancen große Bedeutung haben können, ist eine sorgfältige Formulierung der Items und Instruktionen von erheblicher Wichtigkeit. Untersuchungen stellen fest, dass Formulierungen von ihrem sprachlichen und situativen Kontext, von der Art und Weise der Frage und von der Person des Antwortenden abhängig zu machen sind. Außerdem ist darauf zu achten, dass sich Sprache im Lauf der Zeit ändert. Zu berücksichtigen ist ebenfalls, dass es bei Häufigkeitsformulierungen wie „selten“ oder „oft“ eine große Variationsweite hinsichtlich ihrer Bedeutungen gibt (wie oft ist „oft“?). Eine Ausnahme bilden die Begriffe „immer“ und „nie“, die eindeutig zu sein scheinen. In dem Fall, dass Häufigkeitsabstufungen in den Antworten nur eine Entscheidungserleichterung für die Probanden darstellen und eigentlich eine zweistufige kategoriale Antwort konstruiert ist, sollte sich dieses Problem jedoch von allein lösen. Die Polung der Items sollte von vornherein ausgeglichen sein, da eine Reversion ohne Bedeutungswandel praktisch nicht möglich ist (vgl. Mummendy 1995, S. 143 f.).

Fisseni (1997, S. 300 f.) hat einige Sprachregeln zusammengestellt, die von der wichtigsten Regel, dem Adressatenbezug, zusammengefasst werden:

- Verwendung von Alltagssprache, klaren Begriffen und kurzen Sätzen.
- Nur ein Sachverhalt pro Item.
- Augenscheinvalidität schafft Antwort-Motivation.
- Vermeidung von offensichtlicher sozialer Erwünschtheit in den Items.
- Ausbalancierte Polung.
- Vermeidung von Suggestion.
- Häufigkeiten in Zahlen angeben.

- Im Satzbau Vermeidung von Doppelfragen, doppelter Verneinung, ungewöhnlichen Satzkonstruktionen und Tempora, passivischer Formulierung.
- Vermeidung von ungewöhnlichen Situationen in den Fragestellungen.

7.3.1.5 Beantwortung von Fragebogen

Der Darbietung der Item-Form entspricht auf der Seite der Versuchspersonen ein der Reaktion (Antwort) vorausgehender Prozess des Verstehens (Mummendy 1995, S. 156). In die Beantwortung von Fragebogen gehen also drei Aspekte ein: die Kompetenz zur Selbstbeschreibung, die Bereitschaft dazu sowie die Relation von Selbstbeschreibung und Verhalten.

Kompetenz zur Selbstbeschreibung

Antworten können auf verschiedenen Ebenen gefordert sein, wobei die Verhaltens-ebene im Vergleich zu den Meinungs- und Gefühlsebenen noch am einfachsten beurteilbar ist. Für alle Ebenen muss der Proband zur Beantwortung einen Mittelwert aus vielen Situationen bilden, während Verhaltensvarianten nicht ausgedrückt werden können (vgl. Fisseni 1997, S. 301 f.). Zudem erfordert die Auswahl einer Antwortmöglichkeit Diskriminationsfähigkeit und Differenzierungsvermögen.

Bereitschaft zur Selbstbeschreibung

„Angenommen, der Proband kann sich zutreffend beschreiben: Will er dann auch tun, was er kann?“ (Fisseni 1997, S. 303). In der Bereitschaft zur Selbstbeschreibung drücken sich Antworttendenzen und Antwortstile aus, deren Einfluss auf den Testwert schwierig einschätzbar ist. Sie lassen sich differenzieren in verschiedene Arten der Selbstpräsentation (vgl. Fisseni 1997, S. 303; Mummendy 1995, S. 151 ff., S. 162).

A) Antworttendenzen:

- soziale Erwünschtheit (s. S. 231),
- Dissimulations-/ Simulationstendenz (bestimmte Merkmale hervorkehren oder verschweigen).

B) Antwortmuster:

- Spielarten des Ja-Sagens: Zustimmungstendenz (Tendenz zuzustimmen, unabhängig vom Inhalt und der Richtung der Formulierung) und Annahmetendenz (Zustimmung zu positiv formulierten Aussagen),

- Art und Grad der Differenziertheit der Antworten: Urteilsextremität, zentrale Antworttendenzen und Urteilsnuanciertheit (meidet zentrale und extreme Antworten, benutzt nur Zwischenstufen)

Das Problem der sozialen Erwünschtheit

Fragebogen sind reaktive Messinstrumente: Der Gegenstand der Untersuchung (die Versuchsperson) kann das Ergebnis selbst (un)absichtlich beeinflussen. Je nach Grad der Absichtlichkeit und Ausmaß der Veränderung kommen Beschönigungs- bis Verfälschungstendenzen – anders ausgedrückt: reaktive Tendenzen – zustande. Der bisweilen in diesem Zusammenhang gebrauchte Lügenbegriff ist jedoch unangemessen, da es gar nicht um Inhalte geht, bei denen es eine „Wahrheit“ oder „Lüge“ gibt. Ein angemessenerer Begriff ist „beschönigende Reaktionseinstellung oder Antworttendenz“. Speziell geht es um die Antworttendenz der sozialen Erwünschtheit (Social Desirability). Ein solches Verhalten kommt nach sozialpsychologischer Interpretation dann zustande, wenn sich die Versuchsperson an sozialen Normen orientiert und soziale Billigung erwartet. Die Antwort einer Person auf ein Item stellt damit ein Resultat aus Anpassungen an wahrgenommene soziale Normen dar. Man kann auch einen Erwünschtheits-Wert von Items ermitteln, indem man Versuchspersonen bittet, das Ausmaß zu beurteilen, in dem eine Bejahung jedes Items nach ihrer Auffassung sozial wünschenswert wäre. Im Durchschnitt lässt sich so für jedes Item ein Social-Desirability- (= SD-) Wert berechnen. Betrachtet man die SD-Werte aller Items in einer Grafik, kann man eine zweigipflige Verteilung erkennen, d.h. die meisten Items sind polarisiert: entweder sie sind deutlich erwünscht oder deutlich nicht erwünscht, es gibt kaum mittlere Items (vgl. Mummendy 1995, S. 159 ff.).

Zusammenfassend hält Mummendy (1995, S. 187) folgende Kombination der Kontrolle der sozialen Erwünschtheit für ökonomisch: per Fragebogen-Instruktion wird Anonymität zugesichert und gleichzeitig um Echtheit gebeten, da es sich um rein wissenschaftliche Zwecke handelt. Optimal wäre es, wenn man Personen für wissenschaftliche Untersuchungen interessieren kann, sodass eine Kontrolle des Antwortverhaltens unnötig würde (vgl. Mummendy 1995, S. 190).

Relation von Selbstbeschreibung und Verhalten

Der Fragebogen gibt eher Auskunft über Bereitschaft und Einstellungen zum Verhalten als über seine tatsächliche Umsetzung. Aus dem Antwortverhalten auf einen Fragebogen sind also keine Aussagen über tatsächliches Handeln ableitbar (vgl. Fisseni 1997, S. 307).

7.3.1.6 Fragebogen und Selbstdarstellung

Während sich Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung bemühen, ein möglichst „objektives“ Bild der „tatsächlichen“ Eigenschaft zu zeichnen und ein Beschönigen als Messfehler auffassen, stellt die Selbstkonzeptforschung das geäußerte subjektive Selbstbild ins Zentrum ihrer Betrachtung. Zwar unterscheidet auch die Selbstkonzeptforschung zwischen „wahrem“ Selbstbild und „dargestelltem“ Selbstbild; da es für Selbstkonzeptmerkmale aber keine objektiveren als die per Befragung erhebbaren Maße gibt, lassen sich Beschönigungstendenzen nicht nachweisen. Allenfalls kann ein auffallend positives Selbstbild als wichtiger Bestandteil des Selbstkonzepts bemerkt werden. In der Einstellungsforschung, die eine Zwischenstellung zwischen diesen Forschungsrichtungen einnimmt, lassen sich Unterschiede zwischen tatsächlichen und nur nach außen präsentierten Einstellungen gegenüber sozialen Objekten nachweisen. Nach diesen verschiedenen Ansätzen nimmt der Fragebogen einen unterschiedlichen Stellenwert für die Forschungsrichtungen ein, die Interpretation der Ergebnisse richtet sich nach den Grundlagen: so „sind“ für Persönlichkeitsforscher Sportler z.B. geselliger, während Selbstkonzeptforscher davon ausgehen, dass Sportler ein geselligeres Selbstkonzept äußern (vgl. Mummendy 1995, S. 193 f., S. 196).

Ein anderer Ausdruck für Selbstdarstellung, der die agierende Person betont, ist Impression-Management, womit die Wirkung beim Empfänger angesprochen ist. Die Impression-Management-Theorie nach J. T. Tedeschi geht davon aus, dass sich Individuen ständig bemühen, gegenüber anderen Personen hinsichtlich ihres eigenen Erscheinungsbildes Kontrolle auszuüben. Damit ist die Person ständig in der Rolle eines Schauspielers (mit einer mehr oder weniger bewussten Anpassung an seine Rolle) und versucht, gegenüber bestimmten Adressaten bestimmte Identitäten oder Selbstkonzepte zu zeigen. Da das Selbstkonzept einer Person durch Rückmeldungen seiner Interaktionspartner geformt wird, passt sich die Person an das Urteil an, wodurch die ursprüngliche Fremdbeurteilung zur Selbstbeurteilung wird. Impression-Management meint also die Versuche eines Individuums, durch Selbstdarstellung bei anderen Personen ein bestimmtes Bild von sich zu erzeugen und damit die Person zu bestimmten Urteilen zu bewegen, die dann als zutreffend ins eigene Selbstbild integriert werden. Auf diese Weise zeigt sie aktive Mitarbeit an der Bestimmung des eigenen Selbstbildes (vgl. Mummendy 1995, S. 196 ff.). Eine Ähnliche Wirkung kann man beschreiben, wenn man das Phänomen der sich-selbst-erfüllenden Prophezeiung auf die unbewusste oder bewusste Entstehung und Veränderung der eigenen Persönlichkeit (oder der eines Klienten) anwendet.

In der aktuellen Diskussion, ob es sich bei diesem Prozess eher um Selbstdarstellung oder um Selbsttäuschung handelt, findet man vereinzelt Belege für die bewusste Darstellung eines bestimmten Bildes. In diesem Zusammenhang wird der Begriff des Impression-Management als moderner Begriff für Lüge und Täuschung verwendet. Andererseits räumen Untersuchungen auch eine Selbsttäuschung ohne bewusste Zielsetzung ein. Die Basis für diese Diskussion bildet die Annahme der Existenz einer „wahren“, tatsächlich zutreffenden Persönlichkeitsbeschreibung und einer mit dieser mehr oder weniger unverträglichen, „fehlerhaften“ Art der Persönlichkeits-Selbstbeschreibung. Hier findet der alte testdiagnostische Ansatz lediglich neue Begriffe. Die Sozialpsychologie hingegen geht eher von der Gegebenheit der Vielfältigkeit und Relativität von sozialen Rollen aus, für die Impression-Management ein ständig ablaufender, mehr oder weniger bewusst eingesetzter Vorgang der Anpassung des Individuums an seine soziale Umgebung ist (vgl. Mummendy 1995, S. 201 f.).

7.3.1.7 Vorteile aus Sicht der quantitativen Forschung

Das wichtigste Argument seitens der Verfechter von Fragebogen ist, dass sich die Tests bewährt haben (vgl. Fisseni 1997, S. 123). Mummendy (1995, S. 15) geht auf die experimentelle Struktur ein, in der es um eine begrenzte Anzahl einzelner Merkmale oder Variablen geht, für die ein Fragebogen eine grobe Abschätzung der Position von Personen auf eindimensionalen Skalen zulässt. Fisseni (1997, S. 312 f.) sammelt weitere Vorteile der Benutzung von Fragebogen:

- Distanzierung vom persönlichen Eindruck.
- Einfache Anwendbarkeit, rasche Auswertung und geringer Zeit- und Materialaufwand.
- Die Quantifizierung des Merkmals trägt zur Erleichterung von Vergleichen bei.
- Überprüfbarkeit durch Interkorrelation, Konsistenz und Homogenität der Items.
- Möglichkeit des Vergleichs mit anderen Verfahren.
- Ein Normbezug erlaubt den Vergleich mit einer Referenzgruppe.
- Die Sprachregelung zwischen Psychologen ist vereinheitlicht.

7.3.1.8 Nachteile aus Sicht der quantitativen Forschung

Fisseni (1997, S. 126 f.) kritisiert die Klassische Test Theorie folgendermaßen:

- Grundlage ist eine Fehlertheorie, die nicht psychologisch fundiert ist.
- Es wird Intervallskalenniveau vorausgesetzt, doch ist fraglich, ob diese Voraussetzung immer erfüllt ist.

- Der „wahre Wert wird, bezogen auf eine Person, als invariant betrachtet. Doch ist eher anzunehmen, dass die ‚wahren Fähigkeiten‘ einer Person fluktuieren“ (Fisseni 1997, S. 127).
- Alle Messwerte sind stichproben- bzw. populationsabhängig, sodass eine Generalisierbarkeit zumindest fragwürdig erscheint.

Mummendy (1995, S. 13 ff.) sieht methodologische Probleme einerseits bei der Messgenauigkeit und Zuverlässigkeit (Reliabilität), der Gültigkeit und Aussagekraft (Validität), sowie im Problemkomplex „Person – Situation“, der die Berechtigung der Quantifizierung menschlichen Verhaltens und Erlebens in Frage stellt. Außerdem weist er auf messtheoretische Unzulänglichkeiten von Fragebogen bzw. deren Bestandteilen hin. Trotz intensiver Beschäftigung mit alternativen Messmethoden hat sich bisher jedoch keine durchsetzungsfähige Alternative gefunden.

Weitere Nachteile von Fragebogen fasst Fisseni (1997, S. 309 ff.) zusammen:

- Das vereinfachte Reiz-Reaktions-Schema als Grundlage der Fragebogen-Theorie ist zu einfach, da es nicht auf verbale Prozesse anwendbar ist.
- Unterschiedliche Antwortmuster gelten als gleich, wenn zwei Probanden zwar den gleichen Test-Score haben, dieser sich aber aus verschiedenen Antworten zusammensetzt, sodass eine Kongruenz, zumal in mehrdimensionalen Fragebogen, anzuzweifeln ist.
- Mehrwertigkeit der Items und des Zielmerkmals: die meisten Items lassen sich mehr als einem Merkmal zuordnen.
- Unzureichende Kompetenz des Befragten: „Auskunft geben kann ein Proband darüber, was er von der ‚kognitiven Repräsentanz über sich‘ abrufen kann“ (S. 311). Da das Wissen einer Person über sich selbst und die sprachliche Fähigkeit, dieses Wissen auszudrücken, begrenzt sind, ist nicht zu erwarten, dass ein Fragebogen ‚die Wahrheit‘ über einen Probanden mitteilt.

7.3.1.9 Kritik aus Sicht der qualitativen Forschung

Mühlfeld machte bei seinen Untersuchungen die Erfahrung, dass standardisierte Instrumente nur Stereotype produziert oder auf die Befragten so bedrohlich gewirkt haben, dass sie eine Beantwortung verweigerten. Er entschied sich daher für eine offene Gesprächstechnik, die am Konzept des narrativen Interviews orientiert ist (vgl. Mühlfeld 1981, S. 325). Diese ist zwar wesentlich arbeitsintensiver und mit höheren Kosten verbunden (Dauer der Interviews, Transkription, Interpretation und Analyse), Mühlfeld sieht aber die

Forderung nach ökologischer Validität eher erfüllt, da der soziale Lebensraum des Betroffenen berücksichtigt wird und er eigene Interessen zur Geltung bringen kann (vgl. Mühlfeld 1981, S. 328).

Lamnek (2005) zählt folgende Kritikpunkte auf:

- **Restringierte Erfahrung:** Hinter der quantitativen Sozialforschung steht die wissenschaftstheoretische Position des Positivismus, die das Konzept der restringierten Erfahrung vertritt. Es geht um Restriktion einerseits bzgl. eines Fokus auf das Gegebene (= Positivismus), sodass nicht unmittelbar ersichtliche Phänomene ausgeschlossen bleiben, sowie andererseits bzgl. der Vernachlässigung der Erfahrung, denn es werden nur Erfahrungsdaten zugelassen, die sich quantifizieren bzw. standardisieren lassen (intersubjektive Nachvollziehbarkeit). Ein sogenannter „Common sense“ und der lebensweltliche Erfahrungsschatz sollten aber auch Gegenstand sozialwissenschaftlicher Forschung sein (vgl. Lamnek 2005, S. 8 f.).
- **Schein und Wirklichkeit:** „Den Phänomenen, die untersucht werden sollen, wird die wissenschaftliche Vorstellung von der Wirklichkeit aufgedrängt, obwohl diese Wirklichkeitskonzeption das verdinglichte Bewusstsein der Gesellschaftsmitglieder bereits reproduziert“ (Lamnek 2005, S. 9).
- **Herrschaftsstabilisierung:** Vorgefundene Fakten werden direkt interpretiert, nicht kritisiert. Dahinter steht die methodologische Absicht, historische Gesetzmäßigkeiten zu finden. Dieses konservativ-stabilisierende Element fördert die Erhaltung von gesellschaftlichen Ordnungen, Bedingungen und Verhältnissen (vgl. Lamnek 2005, S. 11).
- **Primat der Methode über die Sache:** Ohne Rücksicht auf die Eigenart der Forschungsgegenstände wird dasselbe Instrumentarium immer wieder verwendet (Unterordnung der Wirklichkeit unter die Methode). Daher wird nur das untersucht, was mit vorhandenen Methoden untersucht werden kann. Anstatt die Methoden zu erweitern, werden andere Fragen ausgeschlossen (vgl. Lamnek 2005, S. 11 f.).
- **Messfetischismus:** „Bei der Messung werden kommunikative Erfahrungen zu Daten umgeformt (Habermas, 1967). Da es uninterpretierte Erfahrungen nicht gibt, stellt der Umformungsprozess des Messens selbst eine Interpretation dar.“ Die zugrundeliegenden Interpretationsregeln werden aber nicht offen dargelegt, sodass keine intersubjektive Nachvollziehbarkeit und keine Kritisierbarkeit der Messung möglich ist (Lamnek 2005, S. 12).

- Instrumentalisierung als Intersubjektivität: Intersubjektive Nachvollziehbarkeit soll durch Unabhängigkeit vom Forscher erreicht werden, womit die Abhängigkeit der Methode vom zu untersuchenden Gegenstand sowie die Verstrickung des Forschers in den Prozess der Forschung geleugnet werden. Der Forschungsablauf besteht jedoch immer in einer kommunikativen Beziehung zwischen Forscher und Forschungsobjekt. Es entstehen Messartefakte, wenn das Instrument nicht im sozialen Kontext der Anwendung gesehen wird (vgl. Lamnek 2005, S. 13).
- Naturwissenschaft als Vorbild: Während die Naturwissenschaft auf Erklärung und Prognose zielt, ist das Objekt der Sozialwissenschaft der handelnde Mensch, dem die Methode des Verstehens angemessener und damit realitätsgerechter ist (vgl. Lamnek 2005, S. 13 f.).
- Subjekt als Objekt: Die Forschungsobjekte der Sozialwissenschaft sind aktiv handelnde und kompetente Interaktionspartner, Experten für die zu untersuchenden Fragen und damit Subjekte. Die geforderte Distanz und Neutralität ist schlichtweg nicht möglich, denn Forscher und Untersuchter handeln in gegenseitiger Orientierung aneinander (vgl. Lamnek 2005, S. 14).
- Scheinobjektivität der Standardisierung: Selbst bei gleichen Situationen ist die Perception und Deutung der Handelnden verschieden, sodass interpersonale Synonymität nicht gewährleistet werden kann. „Empirische Forschung ist nur dann fruchtbar, wenn sie die Perspektive der Untersuchten aufnimmt“ (Lamnek 2005, S. 15).
- Forscherperspektive als Korsett: Aufgestellte Hypothesen könnten dem Untersuchten etwas aufzwingen, was gar nicht in seiner Absicht lag, denn es wird nur das erhoben, was der Forscher noch vor Kenntnis des Objektbereichs für notwendig hält. Anderslautende Perspektiven der Untersuchten wird der Forscher nie erfahren (Lamnek 2005, S. 15 f.).
- Methodologie und Forschungsrealität: Aus der Diskrepanz zwischen methodologischen Forderungen und empirischer Forschungspraxis werden keine Konsequenzen gezogen (vgl. Lamnek 2005, S. 16).
- Distanz des Forschers zum Gegenstand: In der Standardisierung der Erhebungsmethoden ist die Gefahr inhärent, dass sich der Forscher nicht in das Untersuchungsfeld begibt, dieses ihm fremd bleibt und seine Interpretation daher möglicherweise an der Realität vorbeigeht (Lamnek 2005, S. 17).
- Ausblendung des Forschungskontextes: Die Erhebungssituation soll standardisiert und damit unabhängig vom situativen Kontext sein. Die quantitative Forschung weist jedoch selbst darauf hin, dass der Forschungskontext berücksichtigt werden

muss (z.B. werden Reaktivität, Hawthorne-Effekt und Rosenthaleffekt als Störvariablen gesehen). Die qualitative Forschung bezweifelt, ob so gewonnene Informationen zutreffend sein können (vgl. Lamnek 2005, S. 18).

- Messartefakte: Messartefakte entstehen durch methodisch-technische Schwierigkeiten, denn es gibt immer Einflussfaktoren, die eine geplante, kontrollierte, objektive Sozialforschung unmöglich machen. Zum Einen gestaltet der Forscher durch seine Entscheidungen seinen Untersuchungsgegenstand, womit die Annahme des objektiv und unabhängig Vorgefundenen unterlaufen wird. Zum Anderen bilden alle Beteiligten ihre Wirklichkeit, können also nicht als reine Objekte im Sinne der Naturwissenschaft aufgefasst werden (vgl. Lamnek 2005, S. 18). Quellen für Forschungsartefakte (fehlerhafte Forschungsergebnisse durch unterschiedliche Störfaktoren im Forschungsprozess) sind die persönliche Unzulänglichkeit des Forschers bzw. seine ungenügende methodologische Ausbildung sowie seine grundsätzliche Unfähigkeit, sich vom interaktiven und kommunikativen Forschungsprozess zurückzuziehen (vgl. Lamnek 2005, S. 19).

Obwohl er vom „Mythos der Quantifizierbarkeit“ spricht, hält selbst Lamnek es für wichtig, die quantitative Sozialforschung nicht komplett und von vornherein abzulehnen (vgl. Lamnek 2005, S. 7).

7.3.1.10 Diskussion der Methoden

Zunächst soll eine Beschreibung des Fragebogenkatalogs anhand der Konstruktionsschritte nach der KTT erfolgen: Die Bestimmung des Urteilsobjekts erfolgte vor der Zusammenstellung des Katalogs. Die Form der Items lässt sich unterschiedlich beschreiben: Ganz überwiegend besteht der Fragebogenkatalog aus gebundenen Items. Freie Items ergänzen Spontan-Items in der Benennung von Daten und Personen oder „Sonstigem“ oder der Begründung für eine Ja-/ Nein-Wahl. Bei den Fragen zum Unterstützungsbedarf gibt es eine echte offene Frage: „Wobei könnte Ihnen ein Unterstützungsangebot für Familien mit psychisch krankem Elternteil helfen?“ Kritisch anzumerken ist bei dieser Frage, dass nicht danach gefragt wird, welches Angebot gewünscht ist, sondern nur nach dem Problem, für das Hilfe gebraucht wird. Die Auswahl der Mittel und Wege soll den Experten überlassen werden. An anderer Stelle wird jedoch auch danach gefragt, ob bestimmte ausgewählte Angebote gewünscht sind, jedoch ist die Gestaltung dermaßen unübersichtlich, dass sehr wenige Antworten gegeben worden sind. Die Komplexität der Items ist soweit wie möglich reduziert, das Darstellungsmedium ist die Sprache/ Schrift, die Art der Darbietung fällt auf Fragen und persönlich formulierte Feststellungen. Hinsichtlich

des Antworttypus gibt es zweistufige Items (ja – nein), die meisten Items enthalten jedoch Mehrfachwahlantworten ohne Rangfolge (z.B. Benennung von Personen, die mit im Haushalt leben) oder auf Zweistufigkeit reduzierbare Antworten (ja – eher ja – eher nein – nein ist reduzierbar auf ja – nein), ausgenommen sind die Fragen nach dem Unterstützungsbedarf, denen als Antwortmöglichkeit ja – nein – vielleicht zugeordnet ist, wodurch sich neben der oben erwähnten geringen Antwortanzahl weitere Interpretationsprobleme ergeben. Die Item-Sammlung erfolgte hauptsächlich nach dem Gesichtspunkt bereits vorhandener standardisierter Fragebogen, die zu einem Heft zusammengestellt und durch Spontan-Items ergänzt wurden. Diese basieren auf Theorien, eigenen Erfahrungen und Alltagsbeobachtungen. Die Item-Konstruktion hinsichtlich der Antwortmöglichkeiten hätte teilweise besser sein können (z.B. bei der Frage nach dem Einkommen, bei der die 1000-Euro-Abstände der Kategorien zu groß sind). Bei der Instruktion wird versucht, zur Teilnahme und Aufrichtigkeit zu motivieren, indem darauf hingewiesen wird, dass die Ergebnisse der Verbesserung des Versorgungsangebotes auch und gerade für die Probanden dienen könnten. Außerdem wird angemerkt, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt, sondern persönliche Meinungen abgefragt werden. Eine Item-Analyse entfällt für die standardisierten Fragebogen, die Spontan-Items werden nicht revidiert, denn es wird keine Voruntersuchung durchgeführt bzw. handelt es sich bei dieser Befragung um eine Voruntersuchung. Für die Auswertung der Interventionsphase wird der Fragebogen überarbeitet. Die Ermittlung der Test-Gütekriterien entfällt für die standardisierten Fragebogen und wird für die Spontan-Items nicht durchgeführt. Eine Standardisierung ist für die Spontan-Items nicht möglich, teilweise bestehen Vergleichsstichproben für standardisierte Instrumente. Bezüglich der Angemessenheit der Sprache im Fragebogen lässt sich festhalten, dass die Verständlichkeit (Verwendung von Alltagssprache, klaren Begriffen und kurzen Sätzen) im Allgemeinen gut ist, eine Ausnahme bildet die Auswahlmöglichkeit der „Kinderbetreuung“ in den Unterstützungsangeboten, die mehrdeutig ist (z.B. abendliches Babysitting oder pädagogisch qualifizierte Betreuung der Kinder während Arztbesuchen). Nur einen Sachverhalt pro Item abzufragen ist gelungen, außer in der Frage nach der Urteilsfähigkeit und Krankheitseinsicht im Arztbogen, wodurch sich sofort und offensichtlich Interpretationsschwierigkeiten ergeben. Die Offensichtlichkeit sozialer Erwünschtheit ist hingegen nicht vermieden worden (insbesondere in der Frage: „Finden Sie spezielle Unterstützungsangebote für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder generell sinnvoll?“). Dementsprechend wurde sie auch meist mit „ja“ beantwortet. Auch auf eine Ausbalancierung der Polung wurde keinen Wert gelegt. Dafür sind Häufigkeiten in Zahlen angegeben worden (außer im standardisierten Instrument des KINDL-R, der die (ungünstigen) Kategorien nie – selten –

manchmal – oft – sehr oft benutzt), der Satzbau ist angemessen und ungewöhnliche Situationen sollten nicht bewertet werden.

Insgesamt kann man sagen, dass die Qualität des Fragebogens auf die Verwendung bereits vorhandener standardisierter Instrumente baut. Die Erarbeitung der Spontanitems hätte sorgfältiger geschehen können.

Die aktuelle Diskussion in der Auseinandersetzung zwischen quantitativem und qualitativem Forschungsparadigma hier zusammenzufassen übersteigt den Rahmen dieser Arbeit. Die folgende Diskussion soll auf drei Aspekte eingehen, die sich aus der bisherigen Abhandlung zur Fragebogenmethode ergeben: Das Konzept der Selbstdarstellung, den Einsatz von Fragebogen in Diagnostik und Forschung sowie die Notwendigkeit der Vervollständigung des einen durch das andere Paradigma zu einer Forschungs-Einheit.

„Wahr-heit“ und „Wahr-nehmung“ – Das Konzept der Selbstdarstellung

Die Selbstkonzeptforschung kann der Diskussion um die Vor- und Nachteile der Fragebogenmethode ihre Brisanz nehmen, indem sie das Objektivitätsproblem der quantitativen Forschung berücksichtigt. Es geht nicht um die Messung „wirklicher“ Eigenschaften und deren Zusammenfassung in der „Wahrheit“, sondern um die subjektive Wahrnehmung einer Person und ihrer Darstellung gegenüber einer sozialen Umwelt. Dabei handelt es sich um einen Akt der Kommunikation, sodass sich das Modell des Kommunikationsquadrats (auch „Vier-Ohren-Modell“ genannt) von Schulz von Thun anwenden lässt. Jede Aussage eines Probanden beinhaltet demnach vier Botschaften gleichzeitig: die Sachinformation, eine Selbstkundgabe, einen Beziehungshinweis sowie einen Appell (vgl. Schulz von Thun 2004). Je nachdem, welchen Aspekt der Proband in den Vordergrund rückt, kann seine Aussage verschiedene Bedeutung haben, wenn es z.B. seine Intention ist, Hilfe zu bekommen, wird er die Aussage über den Appell-Aspekt abstimmen und evtl. unabhängig davon, ob es „wirklich stimmt“, eine Antwort geben, von der er sich erhofft, dass sie ein Hilfsangebot auslöst. Ebenso kann der Forscher als Empfänger der Botschaft diese in ihren vier Aspekten interpretieren. Dabei wird seine Aufmerksamkeit bzw. sein Interesse seine Wahrnehmung strukturieren (Problem der Ich-Zentriertheit des Äußerungsfeldes).

Letztendlich handelt es sich bei der Rekonstruktion der Darstellung über den Fragebogen und die Interpretation durch den Forscher um eine Rekonstruktion, die immer eine Rekonstruktion bleibt, bzw. zur Rekonstruktion einer Rekonstruktion wird, da die Darstellung des Probanden selbst bereits eine Rekonstruktion ist. Zudem gilt die Problematik

der sozialen Ordnung als Begrenzung von Möglichkeiten auch für die Persönlichkeit und ihre Erforschung: Die Vorauswahl der Antwortmöglichkeiten durch den Forscher (der seinerseits in seiner Wahl von der sozialen Ordnung beeinflusst ist) impliziert eine Begrenzung der Darstellung der Persönlichkeit durch den Befragten, da Optionen, die vom Forscher nicht berücksichtigt sind, gar nicht zur Darstellung kommen.

Neben den Implikationen für die Forschungspraxis hat die Verbindung von Selbstdarstellung und Möglichkeitenbegrenzung auch Auswirkungen auf die Praxis im Umgang mit einer Gruppe von Probanden (hier: psychisch Erkrankte und deren Familien): Die Selbstdarstellung nach einer solcherart begrenzten bzw. vorstrukturierten Methode kann als Bild, das die Forscher von ihnen zeichnen und weitergeben, wieder auf die Betroffenen zurückwirken, indem sie es ganz oder teilweise in ihr Selbstbild integrieren, womit es als Sich-Selbst-Erfüllende Prophezeiung wirkt. Diese Argumentationsstruktur weist Parallelen zum „Definitions-Ansatz“ sozialer Probleme auf und führt ihn weiter. Eine Lösung für dieses Dilemma wird jedoch nicht aufgezeigt.

Diagnostik und Forschung

Gemessene Eigenschaften dürfen nicht punktuell interpretiert werden, sondern ihre Konstanz bzw. Variabilität und Fluktuation muss berücksichtigt werden. Eine Zusammenfassung mehrerer Messwerte zu einem Score und damit Gleichwertigkeit unterschiedlicher Antwortmuster ist nur zulässig, wenn man die Annahme der Eindimensionalität von Items als erfüllt ansieht. Da die meisten Items aber mehrere Merkmalsfacetten beschreiben, kann ein Fragebogen nur eine grobe Einschätzung liefern. Aus diesen Gründen sollten Fragebogen nicht in der individuellen Diagnostik, sondern nur in der Forschung, die von einem solchen groben Überblick profitiert, verwendet werden.

Notwendigkeit der Vervollständigung des einen durch das andere Paradigma zu einer Forschungs-Einheit

Zu Recht wird die Berechtigung der Quantifizierung menschlichen Verhaltens und Erlebens in Frage gestellt, jedoch kann sie als Vereinfachung komplexer Prozesse der Beschreibung und dem Verständnis dienen, die wiederum eine Grundlage für weiteres Vorgehen bilden. Auf diese Weise kann man sich mit herrschenden Umständen vertraut machen und sie kritisieren, denn man kann nur etwas ändern, das man auch kennt. Damit wird der Vorwurf der Herrschaftsstabilisierung durch quantitative Forschung entkräftet.

Die Gefahr, dass durch das Aufstellen von Hypothesen den befragten Personen Meinungen und Absichten des Forschers unterstellt, gleichzeitig die eigentlichen Ansich-

ten und Motive nicht erfasst werden, kann nur durch eine gründliche Einarbeitung des Forschers in das Themengebiet und eine sorgfältige (qualitative) Vorbereitung des Fragebogens eingedämmt, jedoch nicht ausgeschlossen werden. Es bleibt immer das Problem bestehen, dass der Proband Verhaltensvariationen nicht angeben kann, sondern auf eine Mittelwertbildung angewiesen ist. Die Bedeutung, die eine bestimmte Situation oder ein Merkmal für eine Person hat (z.B. ob es für sie problematisch ist), kann ebenso wie Verhaltensvariationen besser durch qualitative Methoden erfasst werden. Kompetenz und Bereitschaft zur Selbstdarstellung spielt in Untersuchungen von beiden Paradigmen eine tragende Rolle und müssen bei der Interpretation berücksichtigt werden.

Quantitative Methoden, auch die Fragebogen-Methode, haben ihre Schwächen, einige der Kritikpunkte können jedoch ausgeräumt werden. Ähnlich ist die Situation bei den Qualitativen Methoden, wobei festzuhalten ist, dass beide Ansätze mit ihren Stärken nützlich für die Forschung sind, sodass es in der Auseinandersetzung zwischen beiden Paradigmen nicht mehr um ein Gegeneinander im Sinne einer Ersetzung eines oder beider Ansätze gehen darf, sondern darum, die Methoden und Philosophien zu einer brauchbaren Lösung zusammenzuführen, zumal es auch etliche Gemeinsamkeiten zwischen beiden Ansätzen gibt. Diesen Versuch haben Johnson und Onwuegbuzie (2004) mit der Entwicklung eines dritten Forschungsparadimas unternommen: Mixed Methods Research soll die Vorteile beider traditioneller Paradimen kombinieren, um ihre jeweiligen Schwächen auszugleichen. In der heutigen Forschungswelt, die zusehends interdisziplinärer, komplexer und dynamischer wird, müssen sich Forscher mit Ansätzen anderer Disziplinen auseinandersetzen, um zusammenarbeiten zu können. Bei einer Umsetzung der Forschungsvorhaben ist wichtig, dass sowohl quantitative als auch qualitative Verfahren und Methoden adäquat und sich gegenseitig ergänzend über die Barrieren einer Forschungsideologie hinweg eingesetzt werden, sodass sich ein Themenkomplex über mehrere Zugänge erschließen lässt. Dazu muss der Forscher oder das Forscherteam alle relevanten Eigenschaften von quantitativen und qualitativen Methoden bedenken und sie so auswählen, dass sich in der Durchführung die Stärken ergänzen und die Schwächen nicht überlappen. Ausgehend von der Forschungsfrage werden dementsprechend quantitative und qualitative Forschungstechniken, Methoden, Ansätze, Konzepte und Begriffe in einer Studie kombiniert, sodass sowohl Induktion (Erkennen von Mustern) und Deduktion (Hypothesentest) als auch Abduktion (Suche nach der besten Erklärung für ein Phänomen) möglich sind. Die Reihenfolge der Phasen, Abschnitte und Stufen kann variieren, Rekursion immer

erfolgen, sogar so weit, dass auch die Ursprungsfrage verändert werden kann (zirkuläre bzw. rekursive Durchführung) (vgl. Johnson und Onwuegbuzie 2004, S. 16 f., S. 22).

Shulman machte bereits 1988 darauf aufmerksam, dass man bei der Beschäftigung mit und Anwendung von verschiedenen Forschungsansätzen berücksichtigen muss, dass verschiedene Methoden eben nicht verschiedene Wege sind, um dasselbe zu erreichen oder die gleichen Fragen zu beantworten (vgl. Shulman 1988, S. 5). Verschiedene Methoden und Ansätze bringen vielmehr verschiedene Typen von Fragen hervor. Allgemein lassen sich nach Shulman sechs verschiedene Arten von Fragen herauskristallisieren, denen sechs verschiedene Forschungsansätze mit ihren Methoden zugeordnet werden, die dann eben auch verschiedene Antworten erarbeiten, wie die Tab. 6 zeigt. Letztendlich gründet sich die Auswahl der zu kombinierenden Methoden auf die Urteilsbildung des Forschers.

Tab. 6: Fragearten und Forschungsansätze nach Shulman (1988, S. 6 ff.)

Frage	Forschungsansatz
Wie hängt etwas zusammen?	Korrelationsforschung
Wie kann man etwas verändern?	Experimentelle Methoden
Wie ist der Stand in der Gesellschaft?	Survey-Forschung
Wie passiert etwas?	Fallanalyse
Wie ist etwas entstanden?	Historischer Ansatz
Was ist es überhaupt?	Philosophischer Ansatz

7.3.2 Interne Konsistenz

Zu den meisten standardisierten Messinstrumenten wurden Reliabilitätsprüfungen durchgeführt, sodass bei Skalen, die aus mehreren Items zusammengesetzt sind, Werte der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) vorliegen. Es handelt sich hierbei um ein Maß des Zusammenhangs der einzelnen Items mit der Gesamtheit der übrigen Items und kann Werte zwischen minus unendlich und 1 annehmen. Jedoch sind nur positive Werte überhaupt sinnvoll interpretierbar und nur bei Werten von 0.7 oder darüber sollte der Test verwendet werden. Problematisch bei der Berechnung von Cronbachs Alpha ist das sogenannte Bandbreiten-Fidelitätsdilemma: Je allgemeiner ein Instrument misst, desto eher können auch breite bzw. entfernte Kriterien vorhergesagt werden (hohe Bandbreite). Allerdings leidet dadurch die Reliabilität, die wiederum auf Kosten der Bandbreite erhöht werden kann. Dieses Problem kann nur durch die Verlängerung des Tests gelöst werden, woraus sich wiederum andere Probleme ergeben (vgl. Wikipedia 2007).

Für die Analysestichprobe ($n = 72$) werden die in Tabelle 7 aufgeführten Werte für Cronbachs Alpha erreicht. Die Skalen der Instrumente SCL-14, FB-A, KINDL-R und CBCL/ 4-18 erreichen eine interne Konsistenz von $\alpha > 0.7$ (außer den Skalen „Werten und Normen“ aus FB-A und „Freunde“ aus KINDL-R mit $\alpha < 0.7$ sowie „Schizoid / Zwanghaft“ aus CBCL/ 4-18, deren α aufgrund fehlender Werte nicht zu berechnen ist). Die Skalen des FKV-LIS SE erreichen durchgängig Werte von $\alpha < 0.7$. Die Instrumente SF-12 und OSSQ beinhalten Skalen mit nur zwei Items. Diese sind beim OSSQ negativ korreliert, beim SF-12 sind die Zwei-Item-Skalen „körperliche Funktionsfähigkeit“ und „körperliche Rollenfunktion“ ebenso wie die „körperliche Summenskala“ (6 Items) konsistent. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss daher bzgl. der Instrumente FKV-LIS SE, SF-12 und OSSQ besondere Vorsicht gelten.

Für das Instrument CBCL/ 4-18 ist in dieser Hinsicht anzumerken, dass es Items enthält, die gleichzeitig verschiedene Eigenschaften messen sollen: Die Items 1, 45, 62 und 103 sind jeweils zwei verschiedenen Skalen zugeordnet, das Item 80 sogar drei Skalen. Tabelle 8 listet auf, zu welchen Skalen diese Items zugeordnet sind. Das Manual begründet dies damit, dass in Faktorenanalysen diese Items auf mehrere Faktoren hohe Ladungen aufweisen (vgl. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998, S. 16), inhaltlich lässt sich annehmen, dass sich die verschiedenen Konstrukte an diesen Punkten überschneiden, dass z.B. ein ins Leere Starren sowohl ein Zeichen für sozialen Rückzug als auch für Zwanghaftigkeit oder Aufmerksamkeitsprobleme sein kann. Die Fragebogen-Theorie gibt auf der anderen Seite vor, dass Fragebogen eindimensional sein sollen, also jeweils nur eine Eigenschaft bzw. ein Konstrukt messen sollen. Fisseni (1997, S. 309 ff.) zählt die Mehrwertigkeit von Items eindeutig als Nachteil von Persönlichkeitsfragebogen auf. Hier tut sich ein theoretisches Dilemma auf, das auch in der Fachliteratur noch nicht gelöst ist.

Tab. 7: Übersicht zur internen Konsistenz der verwendeten Messinstrumente für die Analysestichprobe (n = 72). Hervorgehoben sind Werte für $\alpha > 0.7$.

Messinstrument	Skala	Item-Nummer	Cronbachs Alpha
SCL-14	Gesamtwert „GSI-14“	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14	0.831
	Depressivität	3, 4, 5, 9, 12, 13	0.885
	Somatisierung	6, 8, 10, 11	0.790
	Phobische Angst	1, 2, 7, 14	0.849
FKV-LISE	Depressive Verarbeitung	9, 16, 22, 26, 34	0.651
	Aktives Problemorientiertes Coping	1, 7, 8, 14, 15	0.672
	Ablenkung und Selbstaufbau	13, 17, 18, 19, 20	0.513
	Religiosität und Sinn-suche	21, 23, 24, 25, 30	0.579
	Bagatellisierung und Wunschdenken	2, 3, 4	0.600
	Einzel-Items	5, 6, 10, 11, 12, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 35	
SF-12	Gesamtwert	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	0.358
	Psychische Summen-skala	6, 7, 9, 10, 11, 12	0.535
	Vitalität	10	
	Soziale Funktionsfähigkeit	12	
	Emotionale Rollenfunktion	6, 7	0.638
	Psychisches Wohlbefinden	9, 11	0.747
	Körperliche Summen-skala	1, 2, 3, 4, 5, 8	0.084
	Körperliche Funktionsfähigkeit	2, 3	0.896
	Körperliche Rollenfunktion	4, 5	0.743
	Schmerz	8	
OSSQ	Nachbarschaft	3	
	Familie/ Freunde	1, 2	-2.154
FB-A	Aufgabenerfüllung	1, 11, 21, 31	0.845
	Rollenverhalten	2, 12, 22, 32	0.807
	Kommunikation	3, 13, 23, 33	0.758

Messinstrument	Skala	Item-Nummer	Cronbachs Alpha
	Emotionalität	4, 14, 24, 34	0.781
	Affektive Beziehungsaufnahme	6, 16, 26, 36	0.789
	Kontrolle	7, 17, 27, 37	0.732
	Werte und Normen	8, 18, 28, 38	0.670
	Soziale Erwünschtheit	5, 9, 15, 19, 29, 39	0.757
	Abwehr	10, 20, 25, 30, 35, 40	0.720
KINDL-R	Gesamtwert	kikörp, kipsy, kisel, kifam, kifreu, kischu	-
	Körperliches Wohlbefinden	kikörp 1, 2, 3, 4	0.794
	Psychisches Wohlbefinden	kipsy 1, 2, 3, 4	0.793
	Selbstwert	kisel 1, 2, 3, 4	0.807
	Familie	kifam 1, 2, 3, 4	0.750
	Freunde	kifreu 1, 2, 3, 4	0.613
	Funktionsfähigkeit im Alltag	kischu 1, 2, 3, 4	0.725
CBCL/4-18	Sozialer Rückzug	42, 65, 69, 75, 80, 88, 102, 103, 111	0.808
	Körperliche Beschwerden	51, 54, 56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f, 56g	0.753
	Ängstlich / Depressiv	12, 14, 31, 32, 33, 34, 35, 45, 50, 52, 71, 89, 103, 112	0.839
	Soziale Probleme	1, 11, 25, 38, 48, 55, 62, 64	0.720
	Schizoid / Zwanghaft	9, 40, 66, 70, 80, 84, 85	-
	Aufmerksamkeitsprobleme	1, 8, 10, 13, 17, 41, 45, 46, 61, 62, 80	0.765
	Dissoziales Verhalten	26, 39, 43, 63, 67, 72, 81, 82, 90, 96, 101, 105, 106	0.726
	Aggressives Verhalten	3, 7, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 37, 57, 68, 74, 86, 87, 93, 94, 95, 97, 104	0.929
	Internalisierende Auffälligkeiten	12, 14, 31, 32, 33, 34, 35, 42, 45, 50, 51, 52, 54, 56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f, 56g, 65, 69, 71, 75, 80, 88, 89, 102, 103, 111, 112	0.894
	Externalisierende Auffälligkeiten	3, 7, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 37, 39, 43, 57, 63, 67, 68, 72, 74, 81, 82, 86, 87, 90, 93, 94, 95, 96, 97, 101, 104, 105, 106	0.944
	Gesamtauffälligkeitswert	1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48,	0.808

Messinstrument	Skala	Item-Nummer	Cronbachs Alpha
		49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f, 56g, 56h, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113	

Tab. 8: Zuordnung der Items der CBCL zu mehreren Skalen

Item	Beschreibung	Skalen
1	verhält sich zu jung für sein Alter	Soziale Probleme; Aufmerksamkeitsprobleme
45	ist nervös oder angespannt	Ängstlich/ Depressiv; Aufmerksamkeitsprobleme
62	ist körperlich unbeholfen oder ungeschickt	Soziale Probleme; Aufmerksamkeitsprobleme
80	startet ins Leere	Sozialer Rückzug; Schizoid/ Zwanghaft; Aufmerksamkeitsprobleme
103	ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen	Sozialer Rückzug; Ängstlich/ Depressiv

7.3.3 Selbstbericht und Fremdeinschätzung

Von grundlegender Bedeutung für die Aussagekraft der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung ist, ob und in welchem Ausmaß die Aussagen der Befragten insbesondere über ihre Kinder verlässlich sind. Die Frage nach der Verlässlichkeit der Aussagen erhält besondere Brisanz, da es sich bei den Befragten um psychiatrische Patienten handelt, deren Krankheitsbild durch Störungen des Denkens, der Wahrnehmung und/ oder der Affektivität charakterisiert ist.

Die Arbeitsgruppe um Plück (1997) hat in einer bundesweit repräsentativen Untersuchung der Normalbevölkerung Eltern- und Selbsturteil von Jugendlichen hinsichtlich Verhaltensauffälligkeiten auf der Grundlage des CBCL und des YSR (Selbsteinschätzungsbogen für Jugendliche desselben Instruments) verglichen und festgestellt, dass es deutliche Unterschiede derart gibt, dass sich die Jugendlichen selbst als auffälliger beschreiben als sie von ihren Eltern eingeschätzt werden. Geschlechtsunterschiede zeigen sich darin, dass dieser Unterschied teilweise bei den Mädchen größer als bei den Jungen ist (vgl. Plück, Döpfner, Berner, Fegert, Huss, Lenz, Schmeck, Lehmkuhl, Poustka, &

Lehmkuhl 1997, S. 567). Die Divergenzen werden damit erklärt, dass einerseits die Eltern über bestimmte Verhaltens- und Erlebensweisen ihrer Kinder weniger informiert sind und andererseits die Jugendlichen ihr Verhalten weniger problematisch finden, d.h., dass unterschiedliche Urteilsanker von Eltern und Jugendlichen verwendet werden (vgl. Plück et al. 1997, S. 579). Plück et al. (1997, S. 580) halten divergierende Einschätzungen daher für den Normalfall, so dass für eine fundierte Aussage über Verhaltens- und Erlebensweisen der Jugendlichen mehrere Urteile eingeholt werden müssen.

Durch eine psychische Erkrankung könnte der Unterschied zwischen Selbst- und Fremdurteil noch vergrößert sein, da die elterliche Wahrnehmung sowie die Bewertung des Wahrgenommenen und damit das Urteil über eigene sowie Verhaltensweisen des Kindes verzerrt sein könnten, sodass Problemverhalten überbewertet wird (vgl. z.B. Lee & Gotlib 1989, S. 478 beziehungsweise auf Gotlib 1983; Boyle & Pickles 1997, S. 989). Auf der anderen Seite gibt es Untersuchungen, die darauf hinweisen, dass an Depression erkrankte Menschen genauer und klarer in der Wahrnehmung und Beurteilung ihrer Umwelt sind (vgl. insbesondere die "sadder but wiser"-Experimente von Alloy & Abramson). Ackermann und DeRubeis (1991) haben die Literatur zu diesem Phänomen, das auch „Depressive Realism“ genannt wird, durchgesehen und festgestellt, dass es mehrere Studien gibt, die die Thesen des Depressive Realism unterstützen, aber beinahe genauso viele Studien, die damit unvereinbar sind. Nicht alle betrachteten Studien enthalten jedoch einen objektivierbaren Standard, mit dem man die Antworten vergleichen kann, um ihre Genauigkeit bzw. Verzerrung zu bewerten. Insgesamt scheinen die Antworten davon abzuhängen, welchen Aufgabentyp die Probanden vorgelegt bekamen: Bei Kontingenzeinschätzungen und Selbst-/ Fremd-Einschätzungen waren die dysphorisch erkrankten Probanden genauer als nicht erkrankte Personen, während bei den meisten Experimenten, die das Erinnerungsvermögen bzgl. bewertendem Feedback testeten, die nicht erkrankten Probanden besser abschnitten als an Dysphorie oder Depression erkrankte Teilnehmer (vgl. S. 565 f., S. 579).

In der psychologischen (Forschungs-) Praxis sind Mütter schon lange wichtige Informationsquellen über die Befindlichkeit ihrer Kinder, da sie deren Verhalten sehr oft, in verschiedenen Situationen und über einen langen Zeitraum hinweg erleben (verglichen mit Lehrern und Vätern). Lange ging man davon aus, dass die Beeinträchtigung des Mütterurteils nicht gravierend ist, was von anderen Studien bezweifelt wird. Diese Studien wiederum, die hinsichtlich ihrer Schwerpunkte, Methoden und Messgrößen sehr unterschiedlich sind, leiten aus ihren Daten ab, dass die mütterliche Wahrnehmung der kindlichen Verhal-

tensprobleme von ihren eigenen Depressions-Symptomen verzerrt ist und sie daher Problemverhalten überbewerten (vgl. Lee & Gotlib 1989, S. 479; Richters 1992, S. 485 f.). Es besteht inzwischen Einigkeit, dass an Depression erkrankte Mütter tatsächlich häufiger von Verhaltensproblemen ihrer Kinder berichten als nicht erkrankte Mütter. Dieses Faktum kann jedoch ganz unterschiedlich interpretiert werden, wie Najman, Williams, Nikles, Spence, Bor, O'Callaghan, Le Brocque und Andersen (2000) sowie Richters (1992, S. 486 f.) zeigen:

- Das Verhalten der Kinder von an Depression erkrankten Müttern unterscheidet sich faktisch nicht von dem nicht erkrankter Mütter. Infolge der depressiven Symptome empfinden und bewerten die an Depression erkrankten Mütter das Verhalten ihrer Kinder jedoch als übermäßig negativ verglichen mit einem „Gold Standard“ zur Erfassung des kindlichen Verhaltens.
- An Depression erkrankte Mütter sind genauer (näher am „Gold Standard“) als andere Beurteiler, d.h. der Unterschied zwischen ihnen und gesunden Müttern beruht darauf, dass gesunde Mütter die Verhaltensprobleme ihrer Kinder unterbewerten und der Unterschied zum Lehrerurteil beruht auf einem Lehrer-Bias (Einfluss von Beurteilerfehlern, der schulischen Leistung des Kindes, der ökonomischen Situation der Familie u.a.) (vgl. Boyle & Pickles 1997, S. 990).
- Es handelt sich nicht um eine Verzerrung, sondern um genaue Einschätzungen, da Kinder von an Depression erkrankten Müttern tatsächlich häufiger problematisches Verhalten zeigen.
- Kinder verhalten sich in unterschiedlichen Situationen verschieden, was Divergenzen zwischen Mütter- und Lehrerurteil erklärt. Dieser Verhaltensunterschied ist bei Kindern von an Depression erkrankten Müttern jedoch größer, was wiederum den Unterschied zwischen den Beurteilungen erkrankter und gesunder Mütter erklärt.
- Kinder von an Depression erkrankten Müttern zeigen tatsächlich häufiger problematisches Verhalten, was von allen Beurteilern richtig erkannt wird, jedoch ist das Mütterurteil zusätzlich durch eine Überbewertung verzerrt.

Richters (1992, S. 486 ff.) schlägt ein Verfahren vor, mit dem man testen könnte, welche der Hypothesen zutrifft: Zuerst muss nachgewiesen werden, dass die Unterschiede depressionsbedingt sind (und nicht z.B. auf Stress, soziökonomische Situation, Familienprobleme etc. zurückzuführen sind). Zweitens muss gezeigt werden, dass die Kinder von an Depression erkrankten Müttern faktisch häufiger Verhaltensprobleme zeigen. Schließlich muss noch die Überlegenheit des Vergleichsurteils über das mütterliche Urteil

belegt werden. Konkret heißt dies folgendes: Mütter und unabhängige Beobachter bewerten dasselbe Verhalten ihres Kindes in derselben Situation, danach wird verglichen, ob an Depression erkrankte Mütter häufiger von nichtbestätigtem Problemverhalten berichten als gesunde Mütter, wobei Variablen wie Stress, sozioökonomische Situation etc. zu kontrollieren sind. Die Wahl des unabhängigen Beobachters fällt auf Lehrer, Väter, die Kinder selbst sowie geschulte Beobachter, jedoch hat die Wahl jeder dieser Personen Vor- und Nachteile, da eine theoriefreie Beobachtungssprache und die Theorie des unbefangenen Auges eine Illusion ist: Während Väter und die Kinder selbst bei Benutzung derselben Instrumente zwar dasselbe Verhalten beurteilen wie die Mütter, könnte es jedoch sein, dass die Väter weniger Informationen über das kindliche Verhalten haben als die Mütter und die Kinder selbst bestimmte Verhaltensweisen verstecken. Zusätzlich ist das Urteil von Vätern und den Kindern selbst nicht unabhängig von der mütterlichen Wahrnehmung, was wiederum bei Lehrern und geschulten Beobachtern eher der Fall ist. Diese jedoch bewerten anderes Verhalten in anderen Situationen, da bestimmtes Problemverhalten eher zu Hause ohne die Anwesenheit Fremder gezeigt wird. Das Vergleichsurteil ist also selbst zu einem unbekanntem Grad ungenau, denn es gibt keinen „Gold Standard“ zur Bewertung des kindlichen Verhaltens. Daher müssen die Kriterienmaße wenigstens den konventionellen Anforderungen an Reliabilität, Stabilität und Validität genügen, und alle Beurteiler (nicht nur die Mütter) müssen Depressions-Selbsteinschätzungen abgeben, um Einflüsse von Depressions-Symptomen auf die Vergleichs-Urteile zu kontrollieren. Weil Gruppenvergleiche zwischen den Urteilen von an Depression erkrankten und gesunden Müttern die paarweisen Unstimmigkeiten nicht erfassen, sind sie ungeeignet, jedoch gibt es keine einzelne beste Methode, die paarweise depressionsbedingte (Un)Stimmigkeiten erfasst.

Seit Erscheinen des Reviews von Richters 1992, der 22 Studien an von ihm selbst aufgestellten Kriterien maß und feststellte, dass keine der 17 Verzerrungstendenzen unterstützenden Studien den Kriterien genügte, auf der anderen Seite die fünf anderen Studien die Kriterien erfüllten und keine Hinweise darauf gaben, dass das Urteil der an Depression erkrankten Mütter verzerrt ist, berichten Najman et al. (2000) von vier weiteren Studien, die auf einen Bias bei an Depression erkrankten Müttern hinweisen, jedoch ihre Schwächen haben (Fergusson et al. 1993, Boyle & Pickles 1997, Chilcoat & Breslau 1997, Najman et al. 2000). Gegen einen Bias spricht die Studie von Lee & Gotlib (1989), die nicht von Richters erfasst ist, Najman et al. 2000 erwähnen weiterhin die Studien von Kinnard (1995), Tarullo et al. (1995), McFarland (1996), Chilcoat & Breslau (1997) und Achenbach et al. (1998), die Hinweise gegen einen Bias liefern. Es gibt auch Studien, die

Verzerrungstendenzen differenzierter betrachten, nämlich in Abhängigkeit vom Alter und Geschlecht des Kindes und der Art der Auffälligkeit: Bei jugendlichen Jungen zeigt sich eher eine Differenz der Urteile als bei Mädchen und bei externalen Symptomen stimmen Mütter- und Kinderurteil größtenteils überein, während bei internalen Symptomen die Kinder von größeren Problemen berichten als ihre Mütter (vgl. Boyle & Pickles 1997, S. 989; Breslau et al 1988 und Weissman et al 1987 zit. nach Downey & Coyne 1990, S. 56).

Zusammenfassend kann man feststellen, dass nicht mit Sicherheit gesagt werden kann, ob das Mütterurteil durch depressive Symptome verzerrt ist oder nicht. Auf jeden Fall ist es jedoch sinnvoll, auf mehrere Beurteilungen zurückgreifen zu können, denn das Fehlen von Beweisen ist nicht dasselbe wie der Beweis des Fehlens (Richters 1992, S. 496). In Rückgriff auf die Diskussion der Fragebogenmethode (vgl. Kap. 7.3.1.10, S. 237) und mit Hinweis auf das Kommunikationsquadrat und auf die Philosophie des Konstruktivismus geht es jedoch nicht so sehr darum, dass die Aussagen der Mütter eine wie auch immer geartete „Realität“ darstellen oder diese Realität hinter den Aussagen der Mütter gefunden werden muss, sondern es geht um die Selbstdarstellung der Befragten, mithin um das subjektive Urteil und den Eindruck der Betroffenen, die ein bestimmtes Erleben und Verhalten als problematisch oder nicht problematisch bewerten.

7.4 Statistische Datenanalyse

Das folgende Kapitel dient der Vorstellung der ausgewählten statistischen Verfahren zur Datenanalyse und deren methodischen Voraussetzungen. Die Berechnungen zu den deskriptiven und inferenzstatistischen Verfahren wurden für die vorliegende Arbeit mit Hilfe der Statistik Software – Pakete „Statistica“ und „Superior Performance Statistical Software“ (SPSS) sowie der Tabellenkalkulationssoftware „Microsoft Excel“ durchgeführt. Anhang 12.6 (S. 405) listet auf, welche Berechnungen mit welchem Programm durchgeführt wurden.

7.4.1 Eingabe und Aufbereitung der Daten

Die Eingabe der Daten erfolgte unter Verwendung eines Codeplans durch studentische Hilfskräfte der Forschungsgruppe CHIMPs. Für die Erfassung mehrfach angekreuzter Items war folgende Konvention festgelegt: Zunächst wurde versucht, durch Vergleich mit anderen Fragen oder logische Überlegungen eine Entscheidung zu treffen. Im Falle von Items, die in Skalen zusammengefasst werden, wurde konservativ vorgegangen, d.h., dass bei direkt benachbart markierten Antworten der positivere Wert gilt, also der, der in Richtung von z.B. Gesundheit oder Lebensqualität ausfällt. Antworten, die nicht direkt be-

nachbart markiert waren, wurden gemittelt und in die Datenmaske eingegeben. Bei Einzelitems und Spontanitems kam es nicht vor, dass mehrfach angekreuzt war.

Zur Überprüfung der korrekten Übertragung der Informationen von der Papierform in die digitale Version wurden die folgenden Maßnahmen ergriffen. Stichprobenartig wurden komplette Datensätze von nicht an der Eingabe beteiligten Personen verglichen, außerdem wurde überprüft, ob die Regeln zur Beantwortung der Fragen eingehalten wurden, denn der Patientenfragebogen enthält Teile, die nach bestimmten Antworten übersprungen werden müssen (z.B. wenn ja, dann weiter mit Frage x, sonst mit Frage y). Weiterhin wurde die Plausibilität der Datensätze kontrolliert (z.B. Abgleich des Geburtsjahres mit der Altersangabe für das Kind), und jede Variable wurde nach Werten untersucht, die nicht den Codierregeln entsprechen. Fehlerhafte Datensätze wurden soweit möglich korrigiert.

Abschließend wurde jeder Datensatz hinsichtlich der Ein- bzw. Ausschlusskriterien geprüft und markiert.

7.4.2 Umgang mit fehlenden Werten

Für den Umgang mit fehlenden Werten geben die Autoren der verschiedenen Messinstrumente unterschiedliche Empfehlungen. Das Manual des standardisierten Messinstrumentes SCL-14 gibt keine Auskunft darüber, wie genau mit fehlenden Werten umgegangen werden soll. Für den FKV empfiehlt der Autor die Ersetzung fehlender Werte durch Mittelwerte, für die CBCL geben die Autoren vor, dass nicht mehr als acht Items für die Berechnung der Summen- und Skalenwerte fehlen dürfen. Allerdings bleibt offen, ob der Datensatz dann ganz ausgeschlossen werden muss oder ob nur bestimmte und welche Summenwerte nicht berechnet werden dürfen. Für den SF-12 geben die Autoren vor, Summenskalen nicht zu berechnen, wenn eines der zwölf Items nicht beantwortet ist.

Unabhängig vom jeweiligen Messinstrument hat sich die Forschungsgruppe dazu entschieden, die Skalen- und Summenwerte nur dann zu berechnen, wenn nicht mehr als zehn Prozent der jeweiligen Werte fehlen. Das heißt für die vorliegenden Daten, dass es Fälle gibt, für die bestimmte Skalenwerte eines Messinstrumentes fehlen, andere hingegen berechnet wurden.

Da die Messinstrumente FKV-LIS SE und SCL-14 Kurzversionen anderer Messinstrumente sind und jeweils Skalen aus zum Teil nur drei Items gebildet werden, erscheint es nicht sinnvoll, Variablenmittelwerte zu bilden, um die fehlenden Werte zu ersetzen. Die CBCL wiederum erfasst mit jedem Item einen neuen Sachverhalt und gibt nur drei Ant-

wortmöglichkeiten vor. Daher wurde auch hier von der Ersetzung fehlender Werte durch Variablenmittelwerte abgesehen. Durch diese Vorgehensweise werden die fehlenden Werte wie die Angabe einer Null einbezogen, was zu einer geringfügigen Herabsetzung der Summen- und Skalenwerte und damit zu einer Verschiebung in Richtung psychischer Gesundheit führt.

7.4.3 Auswahl statistischer Verfahren

Die Grundlage für die vorliegende Arbeit bilden die nachfolgend genannten statistischen Verfahren. Sie wurden nach den von Bortz (2005) erörterten Kriterien ausgewählt.

Zunächst wird die Stichprobe hinsichtlich sozialdemografischer Variablen sowie der Parameter der elterlichen Störungen und damit zusammenhängend der Expositionsdauer der Kinder deskriptiv analysiert. Eine deskriptive Analyse wird ebenfalls für die Variablen der Familiensituation, Armut und Arbeitslosigkeit sowie sozialer und professioneller Unterstützung sowie des weiteren Bedarfs durchgeführt.

Die Auswertung der Familiensituation (Hypothese 1) wird differenziert nach den Informationen, die aus dem Allgemeinen Familienbogen (FB-A) einerseits und aus den Fragen zur Wohn- und Lebenssituation andererseits gewonnen wurden. Die Werte aus dem FB-A werden in T-Werte umgewandelt und mittels Kolmogorov-Smirnov-Test mit der Normalverteilung verglichen. Der t-Test für unabhängige Stichproben überprüft, ob sich die Mittelwerte der sozial erwünscht und/ oder abwehrend antwortenden Teilnehmer von denen der unverzerrt antwortenden Teilnehmer unterscheiden. Anschließend wird mit Hilfe des Einstichproben-t-Tests untersucht, ob sich die T-Werte der Antworten aus der Stichprobe signifikant von der Normstichprobe unterscheiden. Die Antworten zur Wohn- und Lebenssituation werden deskriptiv dargestellt. Da keine Normstichprobe zum Vergleich vorliegt, kann nicht statistisch getestet werden.

Die Hypothese 2 wird mit Hilfe des eindimensionalen Chi-Quadrat-Tests überprüft, zur Überprüfung von Hypothese 3 liegt keine Referenzstichprobe vor, daher kann nicht getestet, sondern nur abgeschätzt werden.

Für Hypothese 4 werden zunächst Kreuztabellen gebildet und auffällige Tendenzen abgelesen. Die Auswirkungen von Art und Schwere der Erkrankung werden sowohl univariat als auch multivariat getestet. Für die univariaten Zusammenhänge zwischen zwei nominalskalierten bzw. einer nominal- und einer ordinalskalierten Variablen werden Kontingenzkoeffizienten, zwischen zwei ordinalskalierten Variablen Rangkorrelationen und zwi-

schen einer intervallskalierten und einer dichotomen Variablen die punktbiseriale Korrelation berechnet. Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs werden drei Variablen für manche Berechnungen rekodiert, damit nicht zu viele Felder leer oder zu gering besetzt sind: die Schwere der Erkrankung und der Erwerbsstatus in zwei und das Armutsrisiko in drei Kategorien. Multivariate und mehrfaktorielle Analysen sind aufgrund der geringen Größe der Stichprobe für Zusammenhänge mit der Familiensituation nicht möglich. Als multivariate Analyse wurde für den Zusammenhang mit dem Armutsrisiko sowie mit der sozialen Unterstützung eine ordinale Regression, für den Zusammenhang mit dem Erwerbsstatus eine binäre logistische Regression berechnet.

Zur Auswertung der Hypothese 5 werden Häufigkeitstabellen gebildet und deskriptiv analysiert. Als Zusammenhangsmaß werden Kontingenzkoeffizienten gewählt.

Zur Überprüfung der Hypothesen 6a und 6b werden die entsprechenden Variablen deskriptiv analysiert. Da keine Normstichprobe zum Vergleich vorliegt, kann nicht statistisch auf Signifikanz getestet werden.

Zur Auswertung der Hypothesen 7 und 8 werden zwei psychologische Diplomarbeiten herangezogen. Dort werden die untersuchten Parameter der elterlichen Störung sowie die Einschätzungen der Lebensqualität und der psychischen Gesundheit der Kinder durch das erkrankte Elternteil ebenfalls zunächst deskriptiv analysiert und nach dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest, der Abweichungen der einzelnen Variablen von der Normalverteilung aufdeckt, mittels Einstichproben-t-Tests auf signifikante Unterschiede zu vorgegebenen Testwerten geprüft. Die Zusammenhangshypothesen werden je nach Erfüllung der Voraussetzungen mit Hilfe von Chi-Quadrat-Tests, Korrelationen (Spearman oder Pearson), t-Tests für unabhängige Stichproben und einfaktorieller Varianzanalysen überprüft. Außerdem werden Regressionsmodelle zur Klärung der relativen Bedeutung der einzelnen Prädiktoren für die Lebensqualität bzw. die psychische Gesundheit der Kinder berechnet. In Ergänzung zu den Untersuchungen in den beiden Diplomarbeiten wurden eigene Berechnungen für undefinierte Variablen auf die Stichprobe der vorliegenden Arbeit angewendet und ausgewertet (Spearman's Rangkorrelationen und Varianzanalysen).

8 Stichprobe

Die Grundgesamtheit der Untersuchung besteht aus Familien mit mindestens einem stationär oder teilstationär behandlungsbedürftig psychisch erkrankten Elternteil und mindestens einem minderjährigen Kind (bis einschließlich 18 Jahre). Auch Familien, in denen die Kinder von ihren Eltern bzw. dem befragten Elternteil getrennt leben, werden einbezogen, sofern ein Zusammengehörigkeitsgefühl vorliegt.

Aus dieser Grundgesamtheit wurde eine Stichprobe aus der Inanspruchnahmepopulation des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf gewonnen.

Einschlusskriterien für die Aufnahme in die Stichprobe:

- mindestens dreitägiger Aufenthalt in der Klinik,
- Einwilligung in die Teilnahme,
- Alter zwischen 18 und 60 Jahren,
- Elternteil mindestens eines minderjährigen Kindes (bis einschließlich 18 Jahren),
- ausreichende Deutschkenntnisse zur Beantwortung der Fragen.

Ausschlusskriterien:

- frühere Teilnahme an der Untersuchung (d.h. wiederholte stationäre Aufnahme innerhalb des Erhebungszeitraumes),
- schwerste psychische und/ oder kognitive Beeinträchtigung.

8.1 Selektion

Im Erhebungszeitraum wurden insgesamt 964 Patienten mit einer Mindestaufenthaltsdauer von drei Tagen auf den Stationen der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie registriert, Mehrfachaufnahmen einfach gezählt. Von diesen wurden nach Prüfung der Ein- bzw. Ausschlusskriterien 869 Patienten nicht in die Stichprobe aufgenommen, die Mehrzahl davon (n = 675) hatte kein (minderjähriges) Kind (n = 665, davon n = 2 Patienten, deren Kind bereits verstorben war) oder keinen Kontakt zu einem minderjährigen Kind (n = 10). Eine weitere große Gruppe bestand aus Patienten, die entweder jünger als 18 (n = 4) oder älter als 60 Jahre (n = 135) alt waren. 44 Patienten lehnten nach Aufklärung über Ziele und Inhalte der Untersuchung die Teilnahme ab. Acht Patienten konnten nicht befragt werden, weil sie nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügten, drei, weil sie schwer beeinträchtigt waren.

Von den Patienten, die für die Stichprobe infrage kamen (n = 95) wurden sechs vor der Befragung entlassen, acht Patienten hatten ein sehr kleines Kind (jünger als ein Jahr) und sechs Patienten wurden aus anderen Gründen nicht befragt. Drei Fragebogen wurden wegen großer Unvollständigkeit aus der Stichprobe ausgeschlossen.

Damit verblieben 72 Patienten in der Stichprobe, deren ausgefüllte Fragebogen für die statistische Auswertung zur Verfügung standen. Aufgrund einzelner fehlender Werte konnten für bestimmte Analysen nicht alle 72 Datensätze verwendet werden. An entsprechender Stelle wird darauf hingewiesen.

Tab. 9: Selektion der Stichprobe

	Häufigkeit
Gesamtanzahl der Patienten mit einer Mindestaufenthaltsdauer von drei Tagen	964
Ausschluss aus der Stichprobe nach Prüfung der Kriterien	869
Einwilligungs-Kriterium	44
Alterskriterium	139
<i>Patient jünger als 18 Jahre</i>	4
<i>Patient älter als 60 Jahre</i>	135
Elternkriterium	675
<i>Patient hat kein Kind</i>	560
<i>Patient hat kein minderjähriges Kind</i>	105
<i>Patient hat keinen ausreichenden Kontakt zum Kind</i>	10
Sprachverständnis	8
Beeinträchtigung	3
Aufnahme in die Stichprobe	95
Nachträglicher Ausschluss, weil das Kind jünger als ein Jahr alt ist	8
Nachträglicher Ausschluss, weil der Patient vor dem Ausfüllen des Bogens entlassen wurde	6
Nachträglicher Ausschluss wegen Unvollständigkeit des ausgefüllten Bogens	3
Nachträglicher Ausschluss aus anderem Grund	6
Verbleibender Datensatz	72

8.2 Ausfälle in der Stichprobe

In der Stichprobe wurden Daten zum Teil nicht für alle Kinder der Patienten erhoben. Der Grund dafür ist in der Konstruktion des Fragebogenheftes zu suchen: In den Tabellen 1 und 2 auf den Seiten 6 und 7 des Fragebogenheftes (siehe Anhang, S.358 f.) werden einige Daten zu allen Kindern abgefragt. Es geht hierbei um das Alter, das Geschlecht, die Beziehung zum Kind und um Kontakte des Kindes zu erwachsenen Vertrau-

enspersonen, sowie bei außerhäuslich untergebrachten Kindern um deren Unterbringung. Die Beantwortung der umfangreichen Fragebogen zur Lebensqualität der Kinder (KINDL-R) und zu ihrem Verhalten bzw. ihrer psychischen Gesundheit (CBCL/ 4-18) ab Seite 13 des Fragebogenheftes konnte den z.T. psychisch schwer belasteten Patienten nicht für alle Kinder zugemutet werden. Daher wurde für die Beantwortung dieser Fragebogen folgende Regelung getroffen: Es sollte eine Einschätzung nur für das Kind abgegeben werden, das als nächstes Geburtstag hat. Auf diese Weise sollte eine Einschränkung der Verallgemeinerung der Ergebnisse aufgrund einer vorgegeben Selektion (z.B. das älteste, das auffälligste Kind o.ä.) vermieden werden. Für diesen Teil der Stichprobe stehen die Daten also nicht für alle Kinder zur Verfügung.

44 Teilnehmer verweigerten ihre Teilnahme an der Befragung. Da keine Informationen über ihre Beweggründe vorliegen, können diese nur vermutet werden. Aus vielen Untersuchungen ist bekannt, dass psychisch erkrankte Eltern große Angst vor Maßnahmen seitens des Jugendamtes haben, die eine Fremdunterbringung bzw. einen Sorgerechtsentzug betreffen (vgl. z.B. Lenz 2005, S. 53; Schone & Wagenblass 2002, S. 13). Obwohl Anonymität zugesichert wurde, kann es sein, dass ihnen die Abgabe von Informationen bzgl. ihres Familienlebens und der Versorgung ihrer Kinder als Erhöhung des Risikos erscheint, von ihren Kindern getrennt zu werden.

8.3 Stichprobenbeschreibung

Von den 72 untersuchten Patienten sind 37 (51.4%) Frauen und 35 (48.6%) Männer. Das Alter der Patienten liegt zwischen 23 und 59 Jahren (Durchschnittsalter 40.9 Jahre, Standardabweichung = 7.7). Bei den Frauen liegt der Mittelwert bei 38 Jahren bei einer Spannweite von 23 und 50 Jahren. Die Männer sind im Mittel älter: 44 Jahre bei einer Spannweite von 27 bis 59 Jahren.

Weitaus die meisten der Patienten sind verheiratet ($n = 37$, 51.4%). Geschieden oder getrennt lebend sind 15 (20.8%) bzw. zwei (2.8%) Patienten, verwitwet ist ein Patient (1.4%). 16 Patienten (22.2%) sind ledig. Zwei Drittel der befragten Patienten lebt zur Zeit in einer Partnerschaft (65.3%, $n = 47$), 6 Patienten sind und waren auch nicht mit diesem Partner verheiratet. Von diesen Partnern befinden sich 13 (d.h. 27.7%) ebenfalls in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung.

13 Patienten leben allein (18.1%). 41 Patienten leben mit ihrem (Ehe-)Partner, 52 mit ihrem Kind oder ihren Kindern, 37 mit (Ehe-)Partner und Kind(ern) zusammen in einem

Haushalt. In den meisten Haushalten mit Kind(ern) (63.5%, n = 33) lebt ein Kind, zwei Kinder leben in 15 der Haushalte (28.8%). In drei Haushalten (5.8%) leben drei Kinder, in einem Haushalt leben vier Kinder (1.9%). Zwei Patienten leben mit anderen Verwandten zusammen in einem Haushalt, einer davon mit seinem Cousin, einer bei seinen Eltern. Zwei Patienten leben in einer Wohngemeinschaft mit einer anderen Person zusammen.

Im Durchschnitt hat jede Familie 1.7 Kinder, wenn man alle Kinder einbezieht. Dies sind auch, bis auf eines, das das Kind des Partners ist, die leiblichen Kinder der Patienten. Legt man minderjährige Kinder, die zusammen mit dem Patient in einer Familie leben, zugrunde, hat jede Familie durchschnittlich ein Kind. Betrachtet man die Anzahl der Kinder pro Familie, so ergibt sich folgendes Bild: Über die Hälfte der Familien (66.7%, n = 48) haben ein minderjähriges Kind, das im oder außerhalb des eigenen Haushaltes lebt. 17 Familien (23.6%) haben zwei minderjährige Kinder und 7 Familien (9.7%) haben drei minderjährige Kinder. Keine Familie hat mehr als drei minderjährige Kinder. Nur vier Familien haben insgesamt vier (minderjährige und erwachsene) Kinder. Ebenfalls nur vier Familien haben Kinder sowohl im eigenen als auch außerhalb des Haushalts. In diesen vier Familien gibt es zwei Kinder, von denen je eines bei den Eltern und eines außerhalb untergebracht ist. Von allen minderjährigen Kindern sind 33 (32%) außerhalb der Familie des befragten Elternteils untergebracht, 26 davon beim anderen Elternteil oder anderen Verwandten, 6 außerhalb der Familie.

Überraschend wenig Familien, nämlich 25 (34.7%) haben minderjährige Kinder, die außerhalb der eigenen Familie untergebracht sind. Trotzdem haben auch 21 Familien (29.1%) keins ihrer Kinder bei sich. Hier lässt sich vermuten, dass die Schwere der Krankheit (CGI) oder die Funktionalität des familiären Beziehungssystems (GARF, gemessen in Kategorien, Beschreibung der Kategorien siehe Methodenbeschreibung GARF, S. 398) einen Einfluss haben. Doch diese Erwartung ist nur zum Teil erfüllt: 24 der 25 Patienten, deren Kinder außerhalb untergebracht sind, sind deutlich bis schwer krank (CGI = 6 oder größer), ein Patient ist mäßig krank (CGI = 5). Jedoch sind nur 12 der 44 Patienten, deren Kinder bei ihnen leben, mäßig bis gar nicht krank (CGI = 5 oder kleiner), 32 dieser Patienten dagegen sind deutlich bis schwer krank (CGI = 6 oder größer). Die Kinder von 15 der 20 Familien, deren Beziehungssystem (relativ) gut funktioniert (GARF mindestens 61), leben beim Patienten. Das heißt, es sind hier fünf Familien, deren Kinder nicht beim Patienten leben. Andererseits leben die Kinder von 27 der 45 Familien, deren Beziehungssystem (eher) nicht funktioniert (GARF weniger als 61) mit dem Patienten zusammen. Erwartung

tungsgemäß leben die Kinder der übrigen 18 Familien nicht mehr mit dem Patienten zusammen.

Tab. 10: Häufigkeitstabelle der Anzahl der Familien mit einer bestimmten Kinderanzahl (n = 72)

Kinderanzahl	minderj. Kinder, im Haushalt		minderj. Kinder, außerh. des Haushalts		Gesamtanzahl minderj. Kinder		Anzahl erwachsener Kinder		Gesamtanzahl der Kinder	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	21	29.1	47	65.3	0	0	58	80.6	0	0
1	36	50.0	20	27.8	48	66.7	9	12.5	38	52.8
2	11	15.3	2	2.8	17	23.6	3	4.2	20	27.8
3	4	5.6	3	4.1	7	9.7	2	2.7	10	13.9
4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5.6

Tab. 11: Durchschnittliche Anzahl der Kinder der Patienten (n = 72)

Variable	Mittelwert	Median	Modus
minderj. Kinder, im Haushalt	1	1	1
minderj. Kinder, außerhalb des Haushalts	0.5	0	0
Gesamtanzahl minderj. Kinder	1.4	1	1
Anzahl erwachsener Kinder	0.3	0	0
Gesamtanzahl der Kinder	1.7	1	1

Tab. 12: Häufigkeitstabelle des Wohnortes der minderjährigen Kinder in Abhängigkeit vom Schweregrad der Krankheit des Patienten (fett markiert sind die unerwarteten Fälle) (n = 72)

CGI	Anzahl der Patienten, die mit ihren minderjährigen Kindern zusammenleben	Anzahl der Patienten, deren minderjährige Kinder außer Haus leben
3	1	0
4	1	0
5	10	2
6	22	20
7	9	3
8	1	0

Tab. 13: Häufigkeitstabelle des Wohnortes der minderjährigen Kinder in Abhängigkeit von der Funktionalität des familiären Beziehungssystems (GARF) (fett markiert sind die unerwarteten Fälle) (n = 72)

GARF	Anzahl der Patienten, die mit ihren minderjährigen Kindern zusammenleben	Anzahl der Familien, deren minderjährige Kinder außer Haus leben
1 – 20	7	3
21 – 40	8	8
41 – 60	12	7
61 – 80	14	5
81 – 100	1	0

Überraschenderweise haben die meisten Patienten (44.4%, n = 32) einen hohen Schulabschluss (Abitur oder Fachhochschulreife). 23 Patienten (31.9%) haben Realschulabschluss und 14 (19.4%) Hauptschulabschluss. Nur je ein Patient hat die Sonderschule besucht, einen sonstigen Abschluss bzw. keinen Abschluss. Ebenso unerwartet viele Patienten haben einen (Fach-)Hochschulabschluss (26.4%, n = 19). Die meisten Patienten haben jedoch eine Lehre abgeschlossen (38.9%, n = 28). Acht Patienten haben keinen Berufsabschluss (11.1%).

Tab. 14: Bildungsstand der Patienten (n = 72)

Merkmale		Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
höchster Schulabschluss	Sonderschule	1	1.4
	Hauptschule	14	19.4
	Realschule	23	31.9
	Abitur/ Fachhochschulreife	32	44.4
	ohne Abschluss	1	1.4
	sonstiger Abschluss	1	1.4
höchster Berufsabschluss	noch in Ausbildung	3	4.2
	Lehre	28	38.9
	Meister/ Fachschule	5	6.9
	Fachhochschule/ Universität	19	26.4
	ohne Abschluss	8	11.1
	sonstiger Abschluss	6	8.3
	keine Angabe	3	4.2
jetzige oder zuletzt ausgeübte Tätigkeit	Arbeiter	9	12.5
	Facharbeiter	3	4.2
	einfacher/ mittlerer Angestellter/ Beamter	25	34.7
	höherer Angestellter/ Beamter	9	12.5
	Selbständiger	7	9.7
	Auszubildender/ Umschüler	1	1.4
	Schüler	2	2.8
	Hausfrau/-mann	12	16.7
	Rentner	2	2.8
	sonstiges	2	2.8

Die meisten Patienten leiden an einer affektiven (F3) oder an einer neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Störung (F4) (n = 21, 29% bzw. n = 20, 27.8%). Bei weiteren 17 Patienten (23.6%) wurde eine psychische Störung durch psychotrope Substanzen diagnostiziert (F1). An schizophrenen Störungen (F2) leiden elf Patienten (15.3%) und an Persönlichkeitsstörungen (F6) drei (4.2%). Bei knapp zwei Drittel der Patienten (n = 46, 63.9%) besteht eine Zweitdiagnose, am häufigsten eine affektive Störung (n = 17, 37%). 13 Patienten haben immerhin eine dritte psychiatrische Diagnose und zwei Patienten sogar noch eine vierte. 12 der 72 untersuchten Patienten haben eine zusätzliche somatische Diagnose, vier sogar zwei somatische Diagnosen.

Tab. 15: Häufigkeitstabelle der Hauptdiagnose nach ICD-10 Diagnosegruppe (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
F1 (psychische Störungen durch psychotrope Substanzen)	17	23.6
F2 (schizophrene Störungen)	11	15.2
F3 (affektive Störungen)	21	29.2
F4 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen)	20	27.8
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	3	4.2

Die meisten Patienten (13.8%, n = 10) geben an, seit einem Jahr erkrankt zu sein. Seit höchstens zwei Jahren sind ein Drittel der Patienten erkrankt (31.9%, n = 23). Ein weiteres Drittel (34.7%, n = 25) ist seit drei bis zehn Jahren erkrankt, das dritte Drittel gab eine Krankheitsdauer von bis zu 34 Jahren oder gar nichts an (33.4%, n = 24).

Mit 27 Patienten gut ein Drittel der Stichprobe (37.5%) befindet sich zur Zeit in ambulanter psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung, die meisten davon (n = 11) seit 2005, zwei bereits seit 1993. Fünf Patienten nehmen diese Form der Behandlung mehrmals pro Woche in Anspruch, neun Patienten einmal pro Woche, der Rest alle 14 Tage (n = 3) oder höchstens einmal pro Monat (n = 9).

Für etwas weniger als die Hälfte der Stichprobe (n = 33, 45.8%) ist dieser Klinikaufenthalt ihre erste stationäre psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung. 20 Patienten (27.8%) sind vorher schon einmal stationär behandelt worden, sieben Patienten (9.8%) schon zweimal, fünf (7%) schon drei mal und sieben Patienten (9.8%) bereits vier mal oder öfter. Dabei liegt die letzte stationäre Behandlung bei den meisten Patienten (n = 26, 36.1%) zwischen 2002 und 2005.

Tab. 16: Häufigkeitstabelle der Krankheitsdauer in Jahren (n = 72 Patienten)

Krankheitsdauer in Jahren	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
0	6	8.2
1	10	13.9
2	7	9.7
3	5	6.9
4	2	2.8
5	6	8.2
6	2	2.8
7	5	6.9
8	1	1.4
9	2	2.8
10	2	2.8
11	4	5.6
12	2	2.8
13	1	1.4
14	2	2.8
15	1	1.4
17	3	4.2
20	1	1.4
21	1	1.4
25	1	1.4
27	1	1.4
29	1	1.4
32	1	1.4
34	1	1.4
Missing	4	5.6

Tab. 17: Häufigkeitstabelle zur aktuellen ambulanten psychiatrischen/ psychotherapeutischen Behandlung (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
ja	44	61.1
nein	27	37.5
Missing	1	1.4

Tab. 18: Häufigkeitstabelle des Beginns der aktuellen ambulanten Behandlung (n = 72 Patienten)

Jahr	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
1993	2	2.8
1998	3	4.1
1999	1	1.4
2002	1	1.4
2003	3	4.2
2004	4	5.6
2005	11	15.2
2006	2	2.8
Missing	45	62.5

Tab. 19: Häufigkeitstabelle der Anzahl wöchentlicher Behandlungen (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
mehrmals pro Woche	5	6.9
einmal pro Woche	9	12.5
14-tägig	3	4.2
einmal pro Monat oder seltener	9	12.5
Missing	46	63.9

Tab. 20: Häufigkeitstabelle zu vorheriger stationärer psychiatrischer/ psychotherapeutischer Behandlung (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
nein	33	45.8
ja	39	54.2

Tab. 21: Häufigkeitstabelle der Anzahl vorheriger stationärer psychiatrischer/ psychotherapeutischer Behandlungen (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
1	20	27.8
2	7	9.7
3	5	6.9
4	2	2.8
mehr als 4	5	6.9
Missing	33	45.9

Tab. 22: Häufigkeitstabelle der letzten stationären psychiatrischen/ psychotherapeutischen Behandlung (n = 72 Patienten)

Jahr	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
1988	2	2.8
1995	1	1.4
1996	1	1.4
1997	1	1.4
1998	1	1.4
1999	2	2.8
2001	2	2.8
2002	6	8.3
2003	5	6.9
2004	6	8.3
2005	9	12.5
2006	2	2.8
Missing	34	47.2

In der Stichprobe wurden Daten zu insgesamt 102 minderjährigen Kindern erhoben. 70 von ihnen leben mit dem befragten Elternteil in einem Haushalt, 32 sind andernorts untergebracht. Ihre Altersstruktur verteilt sich relativ gleichmäßig auf eine Spanne von zwei bis 18 Jahren, mit einem Modus bei elf Jahren (9.8%, n = 10). Im Falle von 27 Kindern

bestand die elterliche Erkrankung bereits vor der Geburt, zur Hälfte sogar schon seit mindestens zehn Jahren. Die Eltern von vier Kindern wurden im Jahr ihrer Geburt krank, alle anderen Kinder (n = 66) konnten den befragten Elternteil auch gesund erleben. Von diesen 66 Kindern erkrankte der Elternteil in zwölf Fällen vor dem vierten Geburtstag des Kindes, in etwas mehr als der Hälfte der Fälle nach dem achten Geburtstag des Kindes. Betrachtet man die Expositionsdauer, also die Anzahl der Jahre, in denen ein Kind die elterliche Erkrankung erlebt hat, so kann man feststellen, dass etwa die Hälfte der Kinder (52%, n = 53) erst seit Kurzem (bis zu vier Jahre) den Einflüssen der Erkrankung ausgesetzt ist. Für ein weiteres Viertel (23%, n = 23) trifft dies seit bis zu acht Jahren zu, für das restliche Viertel seit bis zu 18 Jahren. Vergleicht man diese absolute Expositionsdauer mit dem Lebensalter des jeweiligen Kindes, so ergibt sich, dass knapp ein Drittel der Kinder (32.4%, n = 33) mehr als 90% ihres Lebens von der Erkrankung in ihrer Familie betroffen ist. Ein weiteres Drittel (35.3%, n = 36) ist dagegen seit nicht einmal 30% ihres Lebens betroffen, 17 Kinder (16.7%) nicht einmal 10% ihres Lebens. Das letzte Drittel verteilt sich auf eine relative Expositionsdauer von 30 bis 90% ihres Lebens. Vergleicht man die relative Expositionsdauer mit der Geschwisterposition, so fällt auf, dass auch viele zweit- und drittgeborene Kinder schon lange von der Erkrankung des Elternteils betroffen sind. Der Zusammenhang ist statistisch jedoch nicht signifikant.

Tab. 23: Häufigkeitstabelle des Alters der minderjährigen Kinder (n = 102 Kinder)

Alter in Jahren	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
2	5	4.9
3	4	3.9
4	8	7.8
5	9	8.8
6	4	3.9
7	4	3.9
8	4	3.9
9	7	6.9
10	7	6.9
11	10	9.8
12	3	2.9
13	7	6.9
14	1	1.0
15	7	6.9
16	6	5.9
17	7	6.9
18	9	8.8

Tab. 24: Häufigkeitstabelle des Alters der minderjährigen Kinder zu Beginn der Erkrankung des befragten Elternteils (n = 102 Kinder)

Alter in Jahren	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
0	31	30.5
1	4	3.9
2	2	2.0
3	6	5.9
4	4	3.9
5	8	7.8
6	4	3.9
7	4	3.9
8	8	7.8
9	2	2.0
10	4	3.9
11	4	3.9
12	3	2.9
13	3	2.9
14	4	3.9
15	4	3.9
17	2	2.0
Missing	5	5.0

Tab. 25: Häufigkeitstabelle der Krankheitsdauer vor Geburt des Kindes (n = 27 Kinder)

Dauer in Jahren	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
1	4	3.9
2	3	2.9
3	3	2.9
4	1	1.0
5	1	1.0
7	1	1.0
9	1	1.0
10	3	2.9
11	1	1.0
13	3	2.9
14	1	1.0
15	1	1.0
16	1	1.0
18	1	1.0
24	1	1.0
26	1	1.0
Missing	4	3.9

Tab. 26: Häufigkeitstabelle der absoluten Expositionsdauer (n = 102 Kinder)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
0	9	8.8
1	14	13.7
2	14	13.7
3	10	9.8
4	6	5.9
5	9	8.8
6	3	2.9
7	8	7.8
8	3	2.9
9	3	2.9
10	3	2.9
11	8	7.8
12	2	2.0
13	2	2.0
15	1	1.0
17	1	1.0
18	1	1.0
Missing	5	4.9

Tab. 27: Häufigkeitstabelle der relativen Expositionsdauer (n = 102 Kinder)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
0 – 9,9%	17	16.7
10 – 19,9%	9	8.8
20 – 29,9%	10	9.8
30 – 39,9%	4	3.9
40 – 49,9%	4	3.9
50 – 59,9%	7	6.9
60 – 69,9%	9	8.8
70 – 79,9%	3	2.9
80 – 89,9%	1	1.0
90 – 100%	33	32.4
Missing	5	4.9

Tab. 28: Kreuztabelle der beiden Variablen relative Expositionsdauer und Geschwisterposition (n = 102 Kinder)

relative Expositionsdauer (rE)		Geschwisterposition (Gp)			Total
		erstes Kind	zweites Kind	drittes Kind	
0 – 25%	Häufigkeit	24	6	2	32
	% innerh. Gp	35.29%	26.09%	33.33%	
	% innerh. rE	75.00%	18.75%	6.25%	
	% von Total	24.74%	6.19%	2.06%	32.99%
26 – 50%	Häufigkeit	12	4	1	17
	% innerh. Gp	17.65%	17.39%	16.67%	
	% innerh. rE	70.59%	23.53%	5.88%	
	% von Total	12.37%	4.12%	1.03%	17.53%
51 – 75%	Häufigkeit	12	2	0	14
	% innerh. Gp	17.65%	8.70%	0.00%	
	% innerh. rE	85.71%	14.29%	0.00%	
	% von Total	12.37%	2.06%	0.00%	14.43%
76 – 100%	Häufigkeit	20	11	3	34
	% innerh. Gp	29.41%	47.83%	50.00%	
	% innerh. rE	58.82%	32.35%	8.82%	
	% von Total	20.62%	11.34%	3.09%	35.05%
Total	Häufigkeit	68	23	6	97
	% innerh. Gp	70.10%	23.71%	6.19%	
	% innerh. rE	24%	6%	2%	32%
	% von Total	35.29%	26.09%	33.33%	

9 Ergebnisse

Eine ausführliche Beschreibung der Vorgehensweisen zur Berechnung der Ergebnisse ist im Anhang D, Kap. 12.4, ab S. 384 dargestellt.

9.1 Die Familiensituation

Für die Darstellung der Familiensituation wurden der Fragebogen FB-A nach Anweisung und die Daten der Wohn- und Lebenssituation ausgewertet. Da im Rahmen der Auswertung des FB-A für die Ermittlung der lebenszyklischen Phase der Familie Referenzwerte nur für Familien vorliegen, deren Kinder und Jugendliche im Haushalt leben, müssen alle Familien ausgeschlossen werden, deren minderjährige Kinder nicht mit im Haushalt leben. Die T-Werte des FB-A haben einen Mittelwert von 50 und eine Standardabweichung von 10. Klinisch unauffällige Familien haben daher T-Werte zwischen 40 und 60. Werte unter 50 werden als Stärke interpretiert, Werte über 60 deuten auf Probleme hin. (Die einzelnen Dimensionen sind in der Beschreibung des FB-A, Kap. 12.4.1.1, S. 384 f. erläutert.)

Die Verteilungen der T-Werte weichen nicht signifikant von der Normalverteilung ab, wie der Test nach Kolmogorov-Smirnov zeigt. Die Anweisung zur Auswertung des FB-A weist darauf hin, dass Personen, deren T-Werte in den Skalen Soziale Erwünschtheit und Abwehr unter 40 oder über 60 liegen, auch in den anderen Bereichen verzerrte Antworten gegeben haben könnten. Daher wurde mittels t-Test für unabhängige Stichproben untersucht, ob sich die Mittelwerte der T-Werte dieser Personen von den Werten der unverzerrt antwortenden Teilnehmer unterscheiden. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Mittelwerte der unverzerrt antwortenden Teilnehmer etwas niedriger sind (außer in den Skalen Kontrolle, Soziale Erwünschtheit und Abwehr). Signifikante Unterschiede lassen sich wie erwartet in den Skalen Soziale Erwünschtheit und Abwehr finden, ansonsten nur in der Skala Rollenverteilung. Für diese Skala werden daher die verzerrten Antworten ausgeschlossen.

Die Mittelwerte der T-Werte der Stichprobe liegen zwischen 56.51 und 57.89, mit Ausnahme der Werte in den Skalen Werte und Normen (55.00) und Kommunikation (60.22). Hier deuten sich im Mittel weder Stärken noch Probleme an. Die Mittelwerte der T-Werte in den Skalen Rollenverteilung, Soziale Erwünschtheit und Abwehr aus der unverzerrten Stichprobe sind mit 48.05, 47.05 und 51.95 eher niedrig, wogegen der Mittelwert der T-Werte der Summe mit 72.00 sehr hoch ist. Im Bereich Rollenverteilung deuten

sich im Mittel also Stärken an, in der Summenskala jedoch deutliche Probleme. Die Spannweite der jeweiligen T-Werte ist sehr groß.

Bei jeweils etwa einem Drittel der Teilnehmer liegen die T-Werte über 60, deuten also auf Probleme hin. T-Werte unter 50 lassen sich jeweils bei weiteren 29.41% bis 49.02% der Teilnehmer beobachten. Insbesondere auf der Skala Werte und Normen zeigen knapp die Hälfte der Teilnehmer Stärken. Trotzdem weisen die T-Werte von insgesamt knapp zwei Dritteln der Teilnehmer (60.78%) in der Summenskala auf Probleme hin, und nur 1.96% der T-Summenwerte liegen unter 50.

Das Manual des FB-A weist auf folgende Probleme hin, die in Familien mit T-Werten über 60 auftreten können: Die Familie kann nicht angemessen auf Veränderungen im familiären Lebenszyklus reagieren und hat Probleme bei der Festlegung von Aufgaben (Aufgabenerfüllung). Die einzelnen Mitglieder stimmen in ihren Rollenerwartungen nicht überein und können sich schlecht an neue Rollen anpassen (Rollenverhalten). Es herrscht mangelnder Informationsaustausch, die Verständigung ist unzureichend (Kommunikation). Gefühle werden unterdrückt oder übertrieben (Emotionalität). Die Beziehungen können narzisstisch oder extrem symbiotisch sein (Affektive Beziehungsaufnahme), während der Kontrollstil zu starr oder zu unstrukturiert ist (Kontrolle). In Bezug auf Wert- und Normvorstellungen besteht eine geringe Übereinstimmung zwischen den Familienmitgliedern (Werte und Normen).

Der Einstichproben-t-Test zeigt, dass beinahe alle T-Werte (ausgenommen die T-Werte der Skala Abwehr) signifikant von den Werten der Normstichprobe abweichen. Berechnet man die Abweichung nur über die unverzerrt antwortenden Teilnehmer (T-Werte weichen nicht signifikant von der Normalverteilung ab), so weichen die T-Werte nur für die Skalen Kontrolle, soziale Erwünschtheit und Summe signifikant von der Normstichprobe ab.

Neben verschiedenen anderen familialen Lebensformen ist die Ehe in der Stichprobe das am weitesten verbreitete Familienmodell (51.4%). Demgegenüber leben nur knapp 24% der Patienten geschieden oder getrennt. Von den 47 Patienten der Stichprobe (65.3%), die in einer Partnerschaft oder Ehe leben, empfindet die überwiegende Mehrheit diese Partnerschaft positiv: sie wird als „gut“, stabil und tragfähig sowie halt- und sicherheitsgebend eingeschätzt. Andererseits ist nicht einmal ein Drittel der befragten Patienten mit der Lebenssituation zufrieden (30.5%, $n = 22$). 27.7% der in einer Partnerschaft lebenden Patienten gibt an, dass ihr Partner ebenfalls psychiatrisch oder psychotherapeutisch

behandelt wird. Die Kinderzahl je Frau liegt bei 1.7. 52 Patienten leben mit ihrem Kind oder ihren Kindern zusammen in einem Haushalt. Nur 25 (34.7%) Patienten haben (auch) Kinder, die außerhalb untergebracht sind. Aus Sicht der Kinder leben 93.2% von ihnen mit mindestens einem Elternteil zusammen, was dem bundesdeutschen Durchschnitt in etwa entspricht, aber nur 48.5% leben mit beiden leiblichen Elternteilen zusammen in einem Haushalt, was deutlich weniger sind, als im bundesdeutschen Durchschnitt (82%).

Knapp zwei Drittel der befragten Patienten (65.3%, n = 47) glaubt, dass die Familie in der Lage ist, während Krankheitszeiten die Aufgaben des Patienten flexibel zu verteilen. Allerdings scheint die Kinderbetreuung dabei in die erweiterte Familie verlagert zu werden: 38 Patienten geben an, selbst für Betreuung und Erziehung der Kinder zuständig zu sein. Diese Aufgabe wird am häufigsten an die Großeltern der Kinder abgegeben, wenn der Patient ausfällt. Fünf Patienten überlassen die Verantwortung dem Partner, der meist auch der andere Elternteil der Kinder ist, während vier Patienten die Verantwortung an den außer Haus lebenden anderen Elternteil der Kinder abtreten. Drei Familien können hierfür auf Freunde zurückgreifen. Bezahlte Fachkräfte (Haushaltshilfe, Pflegedienst, Babysitter) spielen eine eher untergeordnete Rolle. In immerhin vier Familien sind die Kinder während des stationären Aufenthalts des Patienten allerdings auf sich allein gestellt. In diesen Familien ist das älteste Kind jeweils 12, 16 oder 17 Jahre alt. In zwei Familien übernimmt ein älteres Kind die Betreuung.

Nach der Auswertung des FB-A kann man zusammenfassend sagen, dass ein Großteil der Teilnehmer in Familien lebt, die problembelastet hinsichtlich ihrer Funktionalität sind. Obwohl die Mehrheit der in einer Partnerschaft lebenden Personen diese positiv einschätzt und die meisten Patienten glauben, dass ihre Familie die anfallenden Aufgaben (z.B. Kinderbetreuung) in Krankheitszeiten flexibel handhaben kann, ist nicht einmal ein Drittel der Befragten mit der Lebenssituation zufrieden.

Die Hypothese, dass die Teilnehmer der Stichprobe häufig in Familien leben, die problembelastet hinsichtlich ihrer Funktionalität sind, kann angesichts dieser Daten als bestätigt gelten. Die Hypothese, dass die Teilnehmer der Stichprobe häufig in nicht-traditionellen Lebensformen leben, kann nicht bestätigt werden. Jedoch leben wesentlich weniger Kinder zusammen mit beiden Elternteilen in einem Haushalt.

Tab. 29: Normalverteilungstest der T-Werte des FB-A

Variable	n	max D	K-S p
T-Wert Aufgabenerfüllung	49	0.141388	p > 0.20
T-Wert Rollenverteilung	47	0.089255	p > 0.20
T-Wert Kommunikation	46	0.178285	p < 0.15
T-Wert Emotionalität	48	0.123998	p > 0.20
T-Wert Affektive Beziehungsaufnahme	49	0.171320	p < 0.15
T-Wert Kontrolle	47	0.116348	p > 0.20
T-Wert Werte und Normen	49	0.136878	p > 0.20
T-Wert Soziale Erwünschtheit	48	0.104627	p > 0.20
T-Wert Abwehr	48	0.126066	p > 0.20
T-Wert Summe	43	0.101937	p > 0.20

Tab. 30: t-Test für unabhängige Stichproben: T-Werte des FB-A; Gruppe 1: unverzerrt Antwortende, Gruppe 2: verzerrt Antwortende

Variable	MW G1	MW G2	t-Wert	FG	p
T-Wert Aufgabenerfüllung	54.29	59.61	-1.24	47	0.22
T-Wert Rollenverteilung	48.05	56.08	-2.34	45	0.02
T-Wert Kommunikation	57.43	62.56	-0.87	44	0.39
T-Wert Emotionalität	54.14	60.30	-1.43	46	0.16
T-Wert Aff. Beziehungsaufnahme	52.48	59.54	-1.47	47	0.15
T-Wert Kontrolle	60.15	56.22	0.77	45	0.45
T-Wert Werte und Normen	51.05	57.96	-1.57	47	0.12
T-Wert Soziale Erwünschtheit	47.05	40.48	2.30	46	0.03
T-Wert Abwehr	51.95	45.63	2.44	46	0.02
T-Wert Summe	70.10	73.65	-0.79	41	0.44

Fortsetzung Tab. 30: t-Test für unabhängige Stichproben: T-Werte des FB-A; Gruppe 1: unverzerrt Antwortende, Gruppe 2: verzerrt Antwortende

Variable	Gült. n G1	Gült. n G2	SD G1	SD G2	F-Quot. Varianzen	p Var.
T-Wert Aufgabenerfüllung	21	28	11.71	16.77	2.05	0.102
T-Wert Rollenverteilung	21	26	10.37	12.64	1.48	0.370
T-Wert Kommunikation	21	25	16.49	22.33	1.83	0.173
T-Wert Emotionalität	21	27	10.64	17.37	2.67	0.028
T-Wert Aff. Beziehungsaufnahme	21	28	14.37	18.22	1.61	0.277
T-Wert Kontrolle	20	27	15.02	18.91	1.59	0.303
T-Wert Werte u. Normen	21	28	10.33	18.04	3.05	0.012
T-Wert Soz. Erwünschtheit	21	27	4.92	12.34	6.28	0.000
T-Wert Abwehr	21	27	5.30	10.90	4.23	0.002
T-Wert Summe	20	23	13.30	15.94	1.44	0.430

Tab. 31: Deskriptive Statistik der T-Werte des FB-A

Variable	MW	SD	Min	Max	n	Missing
T-Wert Aufgabenerfüllung	57.33	14.91	31.00	90.00	49	2
T-Wert Rollenverteilung	52.49	12.24	27.00	77.00	47	4
T-Wert Kommunikation	60.22	19.84	36.00	110.00	46	5
T-Wert Emotionalität	57.60	14.99	36.00	100.00	48	3
T-Wert Aff. Beziehungsaufnahme	56.51	16.89	36.00	100.00	49	2
T-Wert Kontrolle	57.89	17.30	32.00	95.00	47	4
T-Wert Werte u. Normen	55.00	15.48	33.00	96.00	49	2
T-Wert Soz. Erwünschtheit	43.35	10.27	23.00	63.00	48	3
T-Wert Abwehr	48.40	9.36	30.00	64.00	48	3
T-Wert Summe	72.00	14.71	47.00	100.00	43	8

Tab. 32: Häufigkeitstabelle der T-Werte Aufgabenerfüllung (n = 51 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
T < 40	4	7.84
T = 40 bis 50	14	27.45
T = 50 bis 60	14	27.45
T > 60	17	33.33
Missing	2	3.92

Tab. 33: Häufigkeitstabelle der T-Werte Rollenverteilung (n = 21 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
T < 40	5	23.81
T = 40 bis 50	4	19.05
T = 50 bis 60	11	52.38
T > 60	1	4.76
Missing	0	0.00

Tab. 34: Häufigkeitstabelle der T-Werte Kommunikation (n = 51 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
T < 40	6	11.76
T = 40 bis 50	13	25.49
T = 50 bis 60	12	23.53
T > 60	15	29.41
Missing	5	9.80

Tab. 35: Häufigkeitstabelle der T-Werte Emotionalität (n = 51 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
T < 40	7	13.73
T = 40 bis 50	9	17.65
T = 50 bis 60	17	33.33
T > 60	15	29.41
Missing	3	5.88

Tab. 36: Häufigkeitstabelle der T-Werte Affektive Beziehungsaufnahme (n = 51 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
T < 40	7	13.73
T = 40 bis 50	15	29.41
T = 50 bis 60	12	23.53
T > 60	15	29.41
Missing	2	3.92

Tab. 37: Häufigkeitstabelle der T-Werte Kontrolle (n = 51 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
T < 40	5	9.80
T = 40 bis 50	10	19.61
T = 50 bis 60	13	25.49
T > 60	19	37.25
Missing	4	7.84

Tab. 38: Häufigkeitstabelle der T-Werte Werte und Normen (n = 51 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
T < 40	7	13.73
T = 40 bis 50	18	35.29
T = 50 bis 60	9	17.65
T > 60	15	29.41
Missing	2	3.92

Tab. 39: Häufigkeitstabelle der T-Werte Soziale Erwünschtheit (n = 51 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
T < 40	17	33.33
T = 40 bis 50	20	39.22
T = 50 bis 60	8	15.69
T > 60	3	5.88
Missing	3	5.88

Tab. 40: Häufigkeitstabelle der T-Werte Abwehr (n = 51 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
T < 40	11	21.57
T = 40 bis 50	14	27.45
T = 50 bis 60	17	33.33
T > 60	6	11.76
Missing	3	5.88

Tab. 41: Häufigkeitstabelle der T-Werte Summe (n = 51 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
T < 40	1	1.96
T = 40 bis 50	11	21.57
T = 50 bis 60	31	60.78
T > 60	8	15.69
Missing	1	1.96

Tab. 42: Einstichproben-t-Test der T-Werte des FB-A gegen Referenz-Konstante

Variable	MW	SD	n	Stdf.	Ref.-Wert	t-Wert	FG	p
T-Wert Aufgabenerfüllung	58.78	14.74	69	1.78	50	4.95	68	< 0.000
T-Wert Rollenverteilung	54.12	11.39	66	1.40	50	2.94	65	0.005
T-Wert Kommunikation	59.30	18.51	66	2.28	50	4.08	65	< 0.000
T-Wert Emotionalität	58.56	14.74	68	1.79	50	4.79	67	< 0.000
T-Wert Aff. Beziehungsaufnahme	59.57	18.61	68	2.26	50	4.24	67	< 0.000
T-Wert Kontrolle	58.55	16.43	66	2.02	50	4.22	65	< 0.000
T-Wert Werte u. Normen	56.07	13.88	68	1.68	50	3.61	67	0.001
T-Wert Soz. Erwünschtheit	41.97	10.40	67	1.27	50	-6.32	66	< 0.000
T-Wert Abwehr	48.06	9.70	67	1.18	50	-1.64	66	0.106
T-Wert Summe	72.87	13.41	61	1.72	50	13.32	60	< 0.000

Tab. 43: Normalverteilungstest der T-Werte des FB-A ohne verzerrte Antworten

Variable	n	K-S Z	p
T-Wert Aufgabenerfüllung	20	0.871	0.434
T-Wert Rollenverteilung	20	0.469	0.980
T-Wert Kommunikation	19	0.895	0.400
T-Wert Emotionalität	20	0.551	0.921
T-Wert Affektive Beziehungsaufnahme	19	1.262	0.083
T-Wert Kontrolle	19	0.703	0.705
T-Wert Werte und Normen	19	0.528	0.944
T-Wert Soziale Erwünschtheit	19	0.553	0.919
T-Wert Abwehr	20	0.784	0.571
T-Wert Summe	18	0.416	0.995

Tab. 44: Einstichproben-t-Test der T-Werte des FB-A gegen Referenz-Konstante ohne verzerrte Antworten

Variable	MW	SD	n	Stdf.	Ref.-Wert	t-Wert	FG	p
T-Wert Aufgabenerfüllung	54.29	11.71	21	2.56	50.00	1.68	20	0.109
T-Wert Rollenverteilung	48.05	10.37	21	2.26	50.00	-0.86	20	0.399
T-Wert Kommunikation	57.43	16.49	21	3.60	50.00	2.06	20	0.052
T-Wert Emotionalität	54.14	10.64	21	2.32	50.00	1.78	20	0.089
T-Wert Aff. Beziehungsaufnahme	52.48	14.37	21	3.14	50.00	0.79	20	0.439
T-Wert Kontrolle	60.15	15.02	20	3.36	50.00	3.02	19	0.007
T-Wert Werte u. Normen	51.05	10.33	21	2.25	50.00	0.46	20	0.647
T-Wert Soz. Erwünschtheit	47.05	4.92	21	1.07	50.00	-2.75	20	0.012
T-Wert Abwehr	51.95	5.30	21	1.16	50.00	1.69	20	0.107
T-Wert Summe	70.10	13.30	20	2.97	50.00	6.76	19	< 0.000

Tab. 45: Häufigkeitstabelle zu bestehenden Ehen/ Partnerschaften (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Patient lebt in Ehe/ Partnerschaft	47	65.3
Patient lebt nicht in Ehe/ Partnerschaft	24	33.3
Missing	1	1.4

Tab. 46: Häufigkeitstabelle der Einschätzung der bestehenden Ehe/ Partnerschaft hinsichtlich „Güte“ (n = 47 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
nicht gut	5	10.6
eher nicht gut	8	17.0
eher gut	13	27.7
gut	21	44.7
Missing	0	0.0

Tab. 47: Häufigkeitstabelle der Einschätzung der bestehenden Ehe/ Partnerschaft hinsichtlich „Stabilität und Tragfähigkeit, auch in Krisenzeiten“ (n = 47 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
nicht gut	6	12.8
eher nicht gut	4	8.5
eher gut	14	29.8
gut	22	46.8
Missing	1	2.1

Tab. 48: Häufigkeitstabelle der Einschätzung der bestehenden Ehe/ Partnerschaft hinsichtlich „Halt und Sicherheit“ (n = 47 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
nicht gut	3	6.4
eher nicht gut	6	12.8
eher gut	12	25.5
gut	25	53.2
Missing	1	2.1

Tab. 49: Häufigkeitstabelle der Zufriedenheit des Patienten (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
sehr zufrieden	7	9.7
zufrieden	15	20.8
unzufrieden	34	47.2
sehr unzufrieden	16	22.2
Missing	0	0.0

Tab. 50: Häufigkeitstabelle der Einschätzung der Flexibilität der Aufgabenverteilung in der Familie während Krankheitszeiten (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
gut	26	36.1
eher gut	21	29.2
eher schlecht	15	20.8
schlecht	7	9.7
Missing	3	4.2

Tab. 51: Häufigkeitstabelle der hauptverantwortlichen Person für Betreuung und Erziehung der Kinder (n = 72 Patienten, Mehrfachantworten möglich)

Person	während Patient zu Hause ist			während d. stat. Aufenthalts des Patienten		
	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (% d. Antw.)	Häufigkeit (% d. Fälle)	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (% d. Antw.)	Häufigkeit (% d. Fälle)
niemand	0	0	0	4	4.6	5.8
Patient	38	41.3	55.9	0	0	0
der andere Elternteil (= Partner des Patienten)	27	29.3	39.7	30	34.5	43.5
der andere Elternteil	14	15.2	20.6	18	20.7	26.1
der aktuelle Partner des Patienten	3	3.3	4.4	5	5.7	7.2
andere Verwandte	6	6.5	8.8	20	23.0	29.0
andere Personen	4	4.3	5.9	10	11.5	14.5
Missing	4			3		
gültige Fälle	68			69		
Summe der Antworten	92			87		

Tab. 52: Häufigkeitstabelle der hauptverantwortlichen anderen Verwandten und Personen für Betreuung und Erziehung der Kinder

Person	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (Anzahl) während stationärem Aufenthalt des Patienten
Großeltern der Kinder	9	17
Tante der Kinder	0	2
ältere Geschwister der Kinder	0	2
Freunde des Patienten	1	3
Haushaltshilfe, Pflegedienst, Babysitter	1	5

9.2 Einkommensarmut und Arbeitslosigkeit in Familien mit psychisch erkranktem Elternteil

Zur Auswertung der Rohdaten aus dem Fragebogen wird das gesamte Nettoeinkommen in ein bedarfsgewichtetes Nettoäquivalenzeinkommen umgewandelt. Da Kategorien mit einer relativ großen Spannweite abgefragt wurden, wird dies jeweils für die Ober- und Untergrenze gemacht (vgl. Kap. 12.4.2, S. 387). Beide Werte werden mit der Armutrisikogrenze (938 Euro) verglichen (vgl. Bundeszentrale für Politische Bildung 2004b).

Liegt der Wert der oberen Grenze darunter, gilt die Familie als arm, liegt der Wert der unteren Grenze darüber, gilt die Familie als nicht arm. Liegt ein Wert darüber und einer darunter ist die Familie möglicherweise arm.

Von den 72 Patienten der Stichprobe mussten sechs Patienten für diese Analyse ausgeschlossen werden, weil sich das bedarfsgewichtete Nettoäquivalenzeinkommen nicht berechnen ließ, sodass sich die Grundlage der Berechnungen auf 66 Fälle reduziert. In zwei Fällen wurde das Einkommen nicht angegeben, in vier Fällen konnte das Alter der Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft nicht ermittelt werden.

Ein Drittel der untersuchten Familien (33.3%, $n = 22$) sind nicht arm. Bei etwa einem weiteren Drittel (37.9%, $n = 25$) ist nach dieser Untersuchung nicht sicher, ob sie arm sind, da nicht nach dem genauen Einkommen gefragt wurde. Hier kann evtl. durch eine Nachbefragung Genaueres erfahren werden. Für das letzte Drittel der Familien (28.8%, $n = 19$) kann festgestellt werden, dass auch ein angenommenes maximales Nettoeinkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze liegt. 17 dieser Familien (89.5%) geben als Gesamt-Nettoeinkommen „weniger als 1000 Euro“, zwei (10.5%) die Kategorie „1000 bis 2000 Euro“ an. Das absolute Einkommen der potentiell armen Familien liegt etwas höher: hier lebt keine Familie von weniger als 1000 Euro, 21 Familien (84%) verfügen über 1000 bis 2000 Euro und vier Familien (16%) über 2000 bis 3000 Euro. Bei zwölf dieser Familien (48%) liegt das gewichtete Nettoäquivalenzeinkommen weniger als 200 Euro über der Armutsgrenze, wenn man die Obergrenze der Einkommenskategorie zur Berechnung heranzieht. Da diese Einkommenskategorien relativ weit gewählt sind, kann man davon ausgehen, dass diese zwölf Familien vermutlich ebenfalls unter die Armutsgrenze fallen, wenn man das genaue Einkommen zur Berechnung heranziehen würde. In diesem Fall summiert sich die Anzahl der als arm geltenden Familien auf $n = 31$ bzw. auf 47% der Stichprobe. Diese Zahl weicht erheblich von der Gesamtbevölkerung ab: 13.1% der Gesamtbevölkerung lebten im Jahr 2002 in Armut (vgl. Bundeszentrale für Politische Bildung 2004b). Da die Summierung auf 47% sehr spekulativ ist, werden hier die 28.8% der Familien in der Stichprobe, die von vornherein unter der Armutsgrenze liegen, zum Vergleich herangezogen. Selbst diese Zahl bedeutet ein klar erhöhtes Armutsrisiko im Vergleich zu 13% in der Gesamtbevölkerung.

Zur Berechnung eines eindimensionalen Chi² wurde folgende Hypothese aufgestellt:

H₁: Der Anteil der von Armut betroffenen Familien in der Stichprobe ist überzufällig groß.

H₀: Der Anteil der von Armut betroffenen Familien in der Stichprobe entspricht dem Anteil der von Armut betroffenen Familien in der Bevölkerung.

Das errechnete Chi² von $\chi^2=14.27$ ist bei einem Freiheitsgrad von $df = 1$ hoch signifikant (Asymp. Sig. < 0.001).

Die Hypothese, dass die Familien der Stichprobe im Vergleich zur Gesamtbevölkerung überdurchschnittlich häufig von Einkommensarmut betroffen sind, kann daher als bestätigt gelten.

Tab. 53: Häufigkeitstabelle der Kategorien des Armutsrisikos (n = 66 Familien)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
nicht arm	22	33.3
potenziell arm	25	37.9
arm	19	28.8

Tab. 54: Häufigkeitstabelle des absoluten Einkommens armer Familien (n = 19 Familien)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
weniger als 1000 Euro	17	89.5
1000 bis 2000 Euro	2	10.5

Tab. 55: Häufigkeitstabelle des absoluten Einkommens potenziell armer Familien (n = 25 Familien)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
1000 bis 2000 Euro	21	84
2000 bis 3000 Euro	4	16

Tab. 56: Häufigkeitstabelle der Differenz des gewichteten maximalen Nettoäquivalenzeinkommens zur Armutsgrenze bei potenziell armen Familien (n = 25 Familien)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
weniger als 200 Euro über der Armutsgrenze	12	48
mehr als 200 Euro über der Armutsgrenze	13	52

Die Daten zum Erwerbsstatus wurden per Aktenanalyse nacherhoben. Von 18 Patienten konnte der Erwerbsstatus auf diese Weise nicht ermittelt werden. Daher reduziert sich die Grundlage für die Analyse auf 54 Fälle.

Von diesen 54 Patienten sind die meisten arbeitslos (44.44%, $n = 24$). 21 (38.89%) von ihnen sind berufstätig, 3 (5.55%) befinden sich in Ausbildung/ Schule oder Umschulung. Die übrigen Teilnehmer erledigen den Familienhaushalt (7.41%, $n = 4$) oder sind bereits in Rente (3.70%, $n = 2$). Bezüglich des Geschlechts lassen sich keine bedeutsamen Unterschiede erkennen.

Die Anzahl der arbeitslosen Teilnehmer (44.44%, $n = 24$) weicht erheblich sowohl von der Gesamtbevölkerung, als auch von der Bevölkerung Hamburgs ab: 10.8% der Gesamtbevölkerung Deutschlands bzw. 11.0% der Bevölkerung Hamburgs galten im Jahresdurchschnitt 2006 als arbeitslos (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2007).

Zur Berechnung eines eindimensionalen χ^2 wurde folgende Hypothese aufgestellt:

H_1 : Der Anteil der von Arbeitslosigkeit betroffenen Teilnehmer in der Stichprobe ist überzufällig groß.

H_0 : Der Anteil der von Armut betroffenen Familien in der Stichprobe entspricht dem Anteil der von Armut betroffenen Familien in der Gesamtbevölkerung Deutschlands/ Bevölkerung Hamburgs.

Sowohl für die Gesamtbevölkerung als auch für die Bevölkerung Hamburgs ist das errechnete χ^2 von $\chi^2 = 63.45$ (Gesamtbevölkerung) bzw. $\chi^2 = 61.70$ (Hamburg) bei einem Freiheitsgrad von $df = 1$ hoch signifikant (Asymp. Sig. < 0.001).

Die Hypothese, dass die Familien der Stichprobe im Vergleich zur Gesamtbevölkerung überdurchschnittlich häufig von Arbeitslosigkeit betroffen sind, kann daher als bestätigt gelten.

In der Stichprobenbeschreibung (vgl. S. 260) wurde bereits betont, dass das Bildungsniveau der Stichprobe überraschend hoch ist: Lediglich ein Teilnehmer verfügt über keinen Schulabschluss, jeweils ein weiterer Teilnehmer hat einen Sonderschul- bzw. einen sonstigen Abschluss. Die Situation der Berufsabschlüsse sieht etwas schlechter aus: Während über sechs Befragte keine Aussagen möglich sind (je drei sind noch in Ausbildung bzw. haben keine Angabe gemacht), haben acht Teilnehmer keinen Berufsabschluss

(11.1%). Es liegen keine Vergleichsstichproben vor, sodass kein statistischer Test durchgeführt werden kann.

Es stellt sich die Frage nach einer Erklärung dafür, warum die Arbeitslosigkeit bei einem relativ guten Stand von Abschlüssen so hoch ist. Eine Erklärung mag die Altersverteilung zu Beginn der Erkrankung geben (vgl. Tab. 59 und 60). Relativ wenig Personen (9.8%, n = 7) sind in einem Alter bis 20 Jahre erkrankt; d.h. in dem Alter, in dem Schulabschlüsse erworben werden, waren weitaus die meisten Befragten gesund. Auch zwischen 20 und 30, in einem Alter, in dem die berufliche Ausbildung in der Regel abgeschlossen ist, sind lediglich knapp 20% der Befragten (n = 14) erkrankt. Beinahe zwei Drittel der Befragten (65.5%, n = 47) sind hingegen erst mit über 30 Jahren erkrankt.

Tab. 57: Häufigkeitstabelle der Variablen Erwerbsstatus (n = 72 Familien)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)	Häufigkeit (gült. Anzahl)	Häufigkeit (gültige %)
berufstätig	21	29,17	21	38.89
arbeitslos	24	33,33	24	44.44
Hausfrau/-mann	4	5,56	4	7.41
in Rente	2	2,78	2	3.70
Ausbildung	1	1,39	1	1.85
Umschulung	1	1,39	1	1.85
Schule	1	1,39	1	1.85
Missing	18	25,00		

Tab. 58: Kreuztabelle der beiden Variablen Erwerbsstatus und Geschlecht (n = 72 Familien)

Erwerbsstatus	Geschlecht des Patienten		Total
	Weiblich	Männlich	
Akte fehlt	9	9	18
nicht arbeitslos	15	15	30
arbeitslos	13	11	24
Total	37	35	72

Tab. 59: Häufigkeitstabelle des Alters bei Krankheitsbeginn (n = 72 Patienten)

Alter bei Krankheitsbeginn	Häufigkeit (Anzahl)	kumulierte Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)	kumulierte Häufigkeit (%)
7	1	1	1.4	1.5
13	1	2	1.4	2.9
15	1	3	1.4	4.4
16	2	5	2.8	7.4
17	1	6	1.4	8.8
18	1	7	1.4	10.3
20	1	8	1.4	11.8
21	1	9	1.4	13.2
22	2	11	2.8	16.2
23	2	13	2.8	19.1
24	2	15	2.8	22.1
25	1	16	1.4	23.5
26	1	17	1.4	25
27	2	19	2.8	27.9
28	2	21	2.8	30.9
30	2	23	2.8	33.8
31	1	24	1.4	35.3
32	1	25	1.4	36.8
33	5	30	6.9	44.1
34	4	34	5.6	50
35	5	39	6.9	57.4
37	6	45	8.3	66.2
38	2	47	2.8	69.1
39	3	50	4.2	73.5
40	2	52	2.8	76.5
41	1	53	1.4	77.9
42	2	55	2.8	80.9
43	1	56	1.4	82.4
44	1	57	1.4	83.8
45	2	59	2.8	86.8
46	2	61	2.8	89.7
47	1	62	1.4	91.2
48	1	63	1.4	92.6
49	1	64	1.4	94.1
51	1	65	1.4	95.6
55	1	66	1.4	97.1
56	1	67	1.4	98.5
57	1	68	1.4	100
Missing	4		5.6	

Tab. 60: Häufigkeitstabelle des Alters bei Krankheitsbeginn nach Kategorien (n = 72 Patienten)

Alter bei Krankheitsbeginn	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
unter 20	7	9.8
20 – 29	14	19.6
30 und älter	47	65.5
Missing	4	5.6

9.3 Soziale Unterstützung von Familien mit psychisch erkranktem Elternteil

Zur Auswertung der Rohdaten aus dem OSSQ werden die Summen der Antworten drei Kategorien zugeordnet, die die Qualität der sozialen Unterstützung bezeichnen. Da keine Skalen-Summenwerte gebildet werden, spielt Cronbachs Alpha keine Rolle.

Von den 72 Patienten der Stichprobe konnte für einen Fall die Kategorie nicht berechnet werden, da eine Frage nicht beantwortet wurde. Die Beantwortung der anderen Fragen lässt aber darauf schließen, dass auch dieser Patient nicht über starke Unterstützung verfügt. Mit 45.8% beinahe die Hälfte der Stichprobe (n = 33) kann lediglich auf mangelhafte soziale Unterstützung zurückgreifen. Weitere 36.1% (n = 26) verfügen über mittelmäßige Unterstützung. Nur 12 Patienten (16.7%) fühlen eine starke soziale Unterstützung. Da keine Referenzstichprobe vorliegt, kann nicht getestet werden.

Die Hypothese, dass die Familien der Stichprobe geringe soziale Unterstützung haben, kann angesichts dieser Daten trotzdem als bestätigt gelten.

Tab. 61: Häufigkeitstabelle der Kategorien von sozialer Unterstützung (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Mangelhafte soziale Unterstützung	33	45.8
Mittelmäßige soziale Unterstützung	26	36.1
Starke soziale Unterstützung	12	16.7
Missing	1	1.4

9.4 Auswirkungen von Art und Schwere der Erkrankung

9.4.1 Auswirkungen auf die Familiensituation

Es soll untersucht werden, ob es einen Zusammenhang zwischen der Funktionalität des Familiensystems und der Diagnose des Patienten gibt. Bei der Erstellung der Kreuztabelle konnten die Daten von 43 Teilnehmern berücksichtigt werden. Die meisten Teilnehmer (23.3%, n = 10) gehören der Diagnosegruppe F3 (affektive Störungen) an und

leben in einem Familiensystem, das problembelastet hinsichtlich seiner Funktionalität ist. Von allen Teilnehmern, die in einem Familiensystem leben, das problembelastet hinsichtlich seiner Funktionalität ist, gehören die meisten (32.3%, n = 10) der Diagnosegruppe F3 (affektive Störungen) an. Außerdem lebt jeweils die Mehrzahl der Teilnehmer aller Diagnosegruppen in einem Familiensystem, das problembelastet hinsichtlich seiner Funktionalität ist. Die Zusammenhänge (Kontingenzkoeffizienten) sind jedoch nicht signifikant.

Bei der Untersuchung des Zusammenhanges zwischen der Funktionalität des Familiensystems und der Schwere der Erkrankung konnten ebenfalls 43 Fälle berücksichtigt werden. Es fällt auf, dass beide Fälle leichter Erkrankung einen T-Wert der Summe des FB-A von über 60 haben, welcher auf Probleme in der Familie hinweist. Der einzige Teilnehmer mit einem Wert unter 50, der auf Stärken hinweist, wurde als „deutlich krank“ eingestuft. Die mit 20 Personen eindeutig größte Gruppe bilden als mäßig bis deutlich krank eingestufte Teilnehmer, die in einem problematischen Familienumfeld leben. Aus der Gruppe der schwer oder extrem schwer Erkrankten haben erwartungsgemäß über zwei Drittel (69.2%, n = 9) problematische Ergebnisse im Familienfragebogen. Die Zusammenhänge (Kontingenz- und Rangkorrelationskoeffizienten) sind jedoch nicht signifikant.

Multivariate und mehrfaktorielle Analysen konnten nicht durchgeführt werden, da zu viele leere Zellen eine Berechnung unmöglich machten. Die hohe Anzahl leerer Zellen fällt bereits bei den einzelnen Kreuztabellen auf und ist bei einer Kombination der unabhängigen Variablen noch verstärkt.

Tab. 62: Kreuztabelle der beiden Variablen T-Summenwert des FB-A und Hauptdiagnosegruppe (n = 43 Familien)

Hauptdiagnosegruppe (HDG)		T-Summenwerte (TS)			Total
		40 bis 50	50 bis 60	> 60	
F1	Häufigkeit	1	2	6	9
	% innerh. TS	100.0%	18.2%	19.4%	
	% innerh. HDG	11.1%	22.2%	66.7%	
	% von Total	2.3%	4.7%	14.0%	20.9%
F2	Häufigkeit	0	1	4	5
	% innerh. TS	0.0%	9.1%	12.9%	
	% innerh. HDG	0.0%	20.0%	80.0%	
	% von Total	0.0%	2.3%	9.3%	11.6%
F3	Häufigkeit	0	4	10	14
	% innerh. TS	0.0%	36.4%	32.3%	
	% innerh. HDG	0.0%	28.6%	71.4%	
	% von Total	0.0%	9.3%	23.3%	32.6%
F4	Häufigkeit	0	4	9	13
	% innerh. TS	0.0%	36.4%	29.0%	
	% innerh. HDG	0.0%	30.8%	69.2%	
	% von Total	0.0%	9.3%	20.9%	30.2%
F6	Häufigkeit	0	0	2	2
	% innerh. TS	0.0%	0.0%	6.5%	
	% innerh. HDG	0.0%	0.0%	100.0%	
	% von Total	0.0%	0.0%	4.7%	4.7%
Total	Häufigkeit	1	11	31	43
	% von Total	2.3%	25.6%	72.1%	

Tab. 63: Kreuztabelle der beiden Variablen T-Summenwert des FB-A und Schwere der Erkrankung (CGI) (n = 43 Familien)

CGI		T-Summenwerte (TS)			Total
		40 bis 50	50 bis 60	> 60	
Grenzfall	Häufigkeit	0	0	1	1
	% innerh. TS	0.0%	0.0%	3.4%	
	% innerh. CGI	0.0%	0.0%	100.0%	
	% von Total	0.0%	0.0%	2.5%	2.5%
leicht krank	Häufigkeit	0	0	1	1
	% innerh. TS	0.0%	0.0%	3.4%	
	% innerh. CGI	0.0%	0.0%	100.0%	
	% von Total	0.0%	0.0%	2.5%	2.5%
mäßig krank	Häufigkeit	0	3	6	9
	% innerh. TS	0.0%	30.0%	20.7%	
	% innerh. CGI	0.0%	33.3%	66.7%	
	% von Total	0.0%	7.5%	15.0%	22.5%
deutlich krank	Häufigkeit	1	4	14	19
	% innerh. TS	100.0%	40.0%	48.3%	
	% innerh. CGI	5.3%	21.1%	73.7%	
	% von Total	2.5%	10.0%	35.0%	47.5%
schwer krank	Häufigkeit	0	3	6	9
	% innerh. TS	0.0%	30.0%	20.7%	
	% innerh. CGI	0.0%	33.3%	66.7%	
	% von Total	0.0%	7.5%	15.0%	22.5%
extrem schwer krank	Häufigkeit	0	0	1	1
	% innerh. TS	0.0%	0.0%	3.4%	
	% innerh. CGI	0.0%	0.0%	100.0%	
	% von Total	0.0%	0.0%	2.5%	2.5%
Total	Häufigkeit	1	10	29	40
	% von Total	2.5%	25.0%	72.5%	

Tab. 64: Kreuztabelle der beiden Variablen T-Summenwert des FB-A und Schwere der Erkrankung (CGI; rekodiert in drei Kategorien) (n = 43 Familien)

CGI		T-Summenwerte (TS)			Total
		40 bis 50	50 bis 60	> 60	
Grenzfall, leicht krank	Häufigkeit	0	0	2	2
	% innerh. TS	0.0%	0.0%	6.5%	
	% innerh. CGI	0.0%	0.0%	100.0%	
	% von Total	0.0%	0.0%	4.7%	4.7%
mäßig, deutlich krank	Häufigkeit	1	7	20	28
	% innerh. TS	100.0%	63.6%	64.5%	
	% innerh. CGI	3.6%	25.0%	71.4%	
	% von Total	2.3%	16.3%	46.5%	65.1%
schwer, extrem schwer krank	Häufigkeit	0	4	9	13
	% innerh. TS	0.0%	36.4%	29.0%	
	% innerh. CGI	0.0%	30.8%	69.2%	
	% von Total	0.0%	9.3%	20.9%	30.2%
Total	Häufigkeit	1	11	31	43
	% von Total	2.3%	25.6%	72.1%	

9.4.2 Auswirkungen auf Einkommensarmut und Arbeitslosigkeit

9.4.2.1 Auswirkungen auf die Höhe des Einkommens

Es soll untersucht werden, ob es einen Zusammenhang zwischen der Höhe des Einkommens und der Diagnose des Patienten gibt. Bei der Erstellung der Kreuztabelle konnten zwei Fälle aufgrund fehlender Angaben nicht berücksichtigt werden, die Stichprobe verringerte sich hierbei also auf 70 Fälle. Es lässt sich erkennen, dass die meisten Patienten, deren Familien über ein (relativ) gutes Einkommen verfügen, den Diagnosegruppen F3 (affektive Störungen) und F4 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) zuzuordnen sind: Zwei von drei Familien mit einem Einkommen über 4000 Euro sind in der Diagnosegruppe F4 zu finden und sechs der zwölf Familien mit einem Einkommen über 3000 Euro in der Diagnosegruppe F3. In dieser Diagnosegruppe verteilen sich die Patienten über die verschiedenen Einkommenskategorien relativ gleichmäßig. Neun der 17 Patienten mit psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen (F1), also 52.9%, geben als Einkommenskategorie 1000 bis 2000 Euro an. Die Patienten aus Familien mit einem Einkommen unter 1000 Euro verteilen sich ebenfalls relativ gleichmäßig über die verschiedenen Diagnosegruppen.

Betrachtet man statt der absoluten Einkommenskategorien das gewichtete Nettoäquivalenzeinkommen, so kann man erkennen, dass die Fälle hier insgesamt relativ gleich verteilt sind. Bei dieser Kreuztabelle konnten sechs Fälle aufgrund fehlender Angaben

nicht berücksichtigt werden, die Stichprobe verringerte sich hierbei also auf 66 Fälle. Folgende Werte fallen jedoch auf: In den Diagnosegruppen F2 (schizophrene Störungen) und F6 (Persönlichkeitsstörungen) sind die meisten Patienten den armen Familien zuzuordnen, während die Familien der Patienten aus den Diagnosegruppen F3 (affektive Störungen) und F4 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) über ein gewichtetes Nettoäquivalenzeinkommen von über 1500 Euro verfügen. Dies bestätigt das Ergebnis aus der Tabelle der absoluten Einkommenskategorien, dass diese Familien über ein relativ hohes Einkommen verfügen.

Für die Berechnung eines Kontingenzkoeffizienten wurde das Armutsrisiko dichotomisiert in arm vs. nicht arm und ein Zusammenhang mit der Diagnosegruppe getestet. Der Kontingenzkoeffizient von 0.308 ist nicht signifikant.

Bei der Untersuchung des Zusammenhanges zwischen der Höhe des Einkommens und der Schwere der Erkrankung konnten fünf Fälle aufgrund fehlender Angaben nicht berücksichtigt werden, die Stichprobe verringerte sich hierbei also auf 67 Fälle. Der einzige „Grenzfall psychischer Erkrankung“ gab an, in der Familie über ein Einkommen von 1000 bis 2000 Euro zu verfügen, der einzige Fall leichter Erkrankung gab ein Einkommen von 3000 bis 4000 Euro an. Der einzige Fall extrem schwerer Erkrankung gab ebenfalls ein Einkommen von 1000 bis 2000 Euro an. Die Hälfte der mäßig Erkrankten (50%, n = 6) verfügt in der Familie über ein Einkommen von 2000 bis 3000 Euro, während knapp die Hälfte der deutlich Erkrankten (41,5%, n = 17) über 1000 bis 2000 Euro verfügt. Die meisten Patienten, die als Einkommenskategorien „weniger als 1000 Euro“, „1000 bis 2000 Euro“ und „über 4000 Euro“ angaben, sind alle jeweils „deutlich krank“ (72.2%, n = 13; 70%, n = 17 und 66.7%, n = 2). Unterteilt man die Schwere der Erkrankung in zwei Kategorien (Kategorie A: Grenzfall psychischer Erkrankung, leicht und mäßig krank, n = 14 versus Kategorie B: deutlich, schwer und extrem schwer krank, n = 53), so sind die meisten Patienten deutlich bis extrem schwer krank und haben ein Einkommen von 1000 bis 2000 Euro (31.3%, n = 21). In der Kategorie der eher leicht Erkrankten verfügen die meisten Patienten in der Familie über 2000 bis 3000 Euro (42.9%, n = 6).

Betrachtet man statt der absoluten Einkommenskategorien das gewichtete Nettoäquivalenzeinkommen, so konnten bei dieser Kreuztabelle neun Fälle aufgrund fehlender Angaben nicht berücksichtigt werden, die Stichprobe verringerte sich hierbei also auf 63 Fälle. Die Einzelfälle „Grenzfall psychischer Erkrankung“ und „extrem schwer krank“ finden sich innerhalb eines 200-Euro-Bereichs zur Armut. Da das genaue Einkommen nicht be-

kannt ist, und für diese Berechnung die Maximal-Grenze berücksichtigt wurde, könnte es sein, dass diese beiden Familien in den Armutsbereich fallen. Die Familie des einzigen leicht kranken Patienten hingegen verfügt über ein Nettoäquivalenzeinkommen von über 1500 Euro. Aus allen Einkommenskategorien sind die meisten Patienten „deutlich krank“. In der Gruppe der „deutlich Erkrankten“ gibt es einerseits viele arme Familien (33.3%, n = 13) und andererseits viele mit einem Nettoäquivalenzeinkommen über 1500 Euro (28.2%, n = 11). Unterteilt man die Schwere der Erkrankung wieder in zwei Kategorien (Kategorie A: Grenzfall psychischer Erkrankung, leicht und mäßig krank, n = 14 versus Kategorie B: deutlich, schwer und extrem schwer krank, n = 49), so gehören die meisten Patienten aller Einkommenskategorien der Gruppe der deutlich bis extrem schwer Erkrankten an. Erwartungsgemäß verfügen die Familien mit einem eher leicht erkrankten Elternteil über ein höheres Einkommen, denn fünf Familien (35.7%) verfügen über ein Nettoäquivalenzeinkommen von über 1500 Euro. Familien mit einem deutlich bis sehr schwer erkrankten Elternteil verfügen über ein niedrigeres Einkommen, denn 16 Familien (32.7%) sind mit einem Nettoäquivalenzeinkommen von unter 938 Euro als „arm“ zu bezeichnen.

Für die Berechnung einer Rangkorrelation wurde das Armutsrisiko rekodiert in drei Kategorien (arm, potentiell arm und nicht arm) und ein Zusammenhang mit der Schwere der Erkrankung getestet. Der Rangkorrelationskoeffizient von 0.153 ist nicht signifikant.

Der Einfluss der Merkmalskombination von Art und Schwere der Erkrankung auf das Armutsrisiko wurde mittels ordinaler (multivariater) Regression überprüft, es ließ sich jedoch kein signifikantes Ergebnis nachweisen.

Tab. 65: Kreuztabelle der beiden Variablen Nettoeinkommen und Hauptdiagnosegruppe (n = 70 Familien)

Hauptdiagnosegruppe (HDG)		Nettoeinkommen (NE)					Total
		< 1000	1000 - 2000	2000 - 3000	3000 - 4000	> 4000	
F1	Häufigkeit	4	9	2	2	0	17
	Erw. Häufigkeit	4.4	5.8	3.9	2.2	0.7	17.0
	% innerh. HDG	23.5%	52.9%	11.8%	11.8%	0.0%	100.0%
	% innerh. NE	22.2%	37.5%	12.5%	22.2%	0.0%	24.3%
	% von Total	5.7%	12.9%	2.9%	2.9%	0.0%	24.3%
F2	Häufigkeit	5	1	2	2	0	10
	Erw. Häufigkeit	2.6	3.4	2.3	1.3	0.4	10.0
	% innerh. HDG	50.0%	10.0%	20.0%	20.0%	0.0%	100.0%
	% innerh. NE	27.8%	4.2%	12.5%	22.2%	0.0%	14.3%
	% von Total	7.1%	1.4%	2.9%	2.9%	0.0%	14.3%
F3	Häufigkeit	3	6	6	5	1	21
	Erw. Häufigkeit	5.4	7.2	4.8	2.7	0.9	21.0
	% innerh. HDG	14.3%	28.6%	28.6%	23.8%	4.8%	100.0%
	% innerh. NE	16.7%	25.0%	37.5%	55.6%	33.3%	30.0%
	% von Total	4.3%	8.6%	8.6%	7.1%	1.4%	30.0%
F4	Häufigkeit	4	7	6	0	2	19
	Erw. Häufigkeit	4.9	6.5	4.3	2.4	.8	19.0
	% innerh. HDG	21.1%	36.8%	31.6%	0.0%	10.5%	100.0%
	% innerh. NE	22.2%	29.2%	37.5%	0.0%	66.7%	27.1%
	% von Total	5.7%	10.0%	8.6%	0.0%	2.9%	27.1%
F6	Häufigkeit	2	1	0	0	0	3
	Erw. Häufigkeit	.8	1.0	0.7	0.4	0.1	3.0
	% innerh. HDG	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	% innerh. NE	11.1%	4.2%	0.0%	0.0%	0.0%	4.3%
	% von Total	2.9%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%	4.3%
Total	Häufigkeit	18	24	16	9	3	70
	Erw. Häufigkeit	18.0	24.0	16.0	9.0	3.0	70.0
	% innerh. HDG	25.7%	34.3%	22.9%	12.9%	4.3%	100.0%
	% innerh. NE	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% von Total	25.7%	34.3%	22.9%	12.9%	4.3%	100.0%

Tab. 66: Kreuztabelle der beiden Variablen gewichtetes Nettoeinkommen und Hauptdiagnosegruppe (n = 66 Familien)

Hauptdiagnosegruppe (HDG)		gewichtetes Nettoeinkommen (nach angegebener Obergrenze des Nettoeinkommens)				Total
		< 938	938 - 1138	1138 - 1500	> 1500	
F1	Häufigkeit	6	1	4	5	16
	Erw. Häufigkeit	4.6	2.9	3.6	4.8	16.0
	% innerh. HDG	37.5%	6.3%	25.0%	31.3%	100.0%
	% innerh. gew. NE	31.6%	8.3%	26.7%	25.0%	24.2%
F2	Häufigkeit	5	1	1	3	10
	Erw. Häufigkeit	2.9	1.8	2.3	3.0	10.0
	% innerh. HDG	50.0%	10.0%	10.0%	30.0%	100.0%
	% innerh. gew. NE	26.3%	8.3%	6.7%	15.0%	15.2%
F3	Häufigkeit	3	5	5	6	19
	Erw. Häufigkeit	5.5	3.5	4.3	5.8	19.0
	% innerh. HDG	15.8%	26.3%	26.3%	31.6%	100.0%
	% innerh. gew. NE	15.8%	41.7%	33.3%	30.0%	28.8%
F4	Häufigkeit	3	4	5	6	18
	Erw. Häufigkeit	5.2	3.3	4.1	5.5	18.0
	% innerh. HDG	16.7%	22.2%	27.8%	33.3%	100.0%
	% innerh. gew. NE	15.8%	33.3%	33.3%	30.0%	27.3%
F6	Häufigkeit	2	1	0	0	3
	Erw. Häufigkeit	.9	.5	0.7	0.9	3.0
	% innerh. HDG	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	100.0%
	% innerh. gew. NE	10.5%	8.3%	0.0%	0.0%	4.5%
Total	Häufigkeit	19	12	15	20	66
	Erw. Häufigkeit	19.0	12.0	15.0	20.0	66.0
	% innerh. HDG	28.8%	18.2%	22.7%	30.3%	100.0%
	% innerh. gew. NE	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tab. 67: Kreuztabelle der beiden Variablen Armutsrisiko (dichotomisiert) und Diagnosegruppe (n = 71 Familien)

Hauptdiagnosegruppe	Armutsrisiko		Total
	nicht arm	arm	
F1	10	7	17
F2	6	5	11
F3	18	3	21
F4	15	4	19
F6	1	2	3
Total	50	21	71

Tab. 68: Zusammenhangsmaß für das Armutsrisiko (dichotomisiert) und die Diagnosegruppe (n = 71 Familien)

	Wert	p
Kontingenzkoeffizient	0.308	0.115

Tab. 69: Kreuztabelle der beiden Variablen Einkommen und Schwere der Erkrankung (CGI) (N = n Familien)

CGI		Nettoeinkommen (NE)					Total
		< 1000	1000 - 2000	2000 - 3000	3000 - 4000	> 4000	
Grenzfall	Häufigkeit	0	1	0	0	0	1
	Erw. Häufigkeit	0.3	0.4	0.2	0.1	0.0	1.0
	% innerh. CGI	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	% innerh. NE	0.0%	4.2%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%
	% von Total	0.0%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%
leicht krank	Häufigkeit	0	0	0	1	0	1
	Erw. Häufigkeit	0.3	0.4	0.2	0.1	0.0	1.0
	% innerh. CGI	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
	% innerh. NE	0.0%	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%	1.5%
	% von Total	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%	0.0%	1.5%
mäßig krank	Häufigkeit	2	2	6	2	0	12
	Erw. Häufigkeit	3.2	4.3	2.7	1.3	0.5	12.0
	% innerh. CGI	16.7%	16.7%	50.0%	16.7%	0.0%	100.0%
	% innerh. NE	11.1%	8.3%	40.0%	28.6%	0.0%	17.9%
	% von Total	3.0%	3.0%	9.0%	3.0%	0.0%	17.9%
deutlich krank	Häufigkeit	13	17	6	3	2	41
	Erw. Häufigkeit	11.0	14.7	9.2	4.3	1.8	41.0
	% innerh. CGI	31.7%	41.5%	14.6%	7.3%	4.9%	100.0%
	% innerh. NE	72.2%	70.8%	40.0%	42.9%	66.7%	61.2%
	% von Total	19.4%	25.4%	9.0%	4.5%	3.0%	61.2%
schwer krank	Häufigkeit	3	3	3	1	1	11
	Erw. Häufigkeit	3.0	3.9	2.5	1.1	0.5	11.0
	% innerh. CGI	27.3%	27.3%	27.3%	9.1%	9.1%	100.0%
	% innerh. NE	16.7%	12.5%	20.0%	14.3%	33.3%	16.4%
	% von Total	4.5%	4.5%	4.5%	1.5%	1.5%	16.4%
extrem schwer krank	Häufigkeit	0	1	0	0	0	1
	Erw. Häufigkeit	0.3	0.4	0.2	0.1	0.0	1.0
	% innerh. CGI	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	% innerh. NE	0.0%	4.2%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%
	% von Total	0.0%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%
Total	Häufigkeit	18	24	15	7	3	67
	Erw. Häufigkeit	18.0	24.0	15.0	7.0	3.0	67.0
	% innerh. CGI	26.9%	35.8%	22.4%	10.4%	4.5%	100.0%
	% innerh. NE	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% von Total	26.9%	35.8%	22.4%	10.4%	4.5%	100.0%

Tab. 70: Kreuztabelle der beiden Variablen Einkommen und Schwere der Erkrankung (CGI; rekodiert in zwei Kategorien) (n = 67 Familien)

CGI		Nettoeinkommen (NE)					Total
		< 1000	1000 - 2000	2000 - 3000	3000 - 4000	> 4000	
Grenzfall, leicht, mäßig krank	Häufigkeit	2	3	6	3	0	14
	Erw. Häufigkeit	3.8	5.0	3.1	1.5	0.6	14.0
	% innerh. CGI	14.3%	21.4%	42.9%	21.4%	0.0%	100.0%
	% innerh. NE	11.1%	12.5%	40.0%	42.9%	0.0%	20.9%
	% von Total	3.0%	4.5%	9.0%	4.5%	0.0%	20.9%
deutlich, schwer, extrem schwer krank	Häufigkeit	16	21	9	4	3	53
	Erw. Häufigkeit	14.2	19.0	11.9	5.5	2.4	53.0
	% innerh. CGI	30.2%	39.6%	17.0%	7.5%	5.7%	100.0%
	% innerh. NE	88.9%	87.5%	60.0%	57.1%	100.0%	79.1%
	% von Total	23.9%	31.3%	13.4%	6.0%	4.5%	79.1%
Total	Häufigkeit	18	24	15	7	3	67
	Erw. Häufigkeit	18.0	24.0	15.0	7.0	3.0	67.0
	% innerh. CGI	26.9%	35.8%	22.4%	10.4%	4.5%	100.0%
	% innerh. NE	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% von Total	26.9%	35.8%	22.4%	10.4%	4.5%	100.0%

Tab. 71: Kreuztabelle der beiden Variablen gewichtetes Nettoeinkommen und Schwere der Erkrankung (CGI) (n = 63 Familien)

CGI		gewichtetes Nettoeinkommen (nach angegebener Obergrenze des Nettoeinkommen)				Total
		< 938	938 - 1138	1138 - 1500	> 1500	
Grenzfall	Häufigkeit	0	1	0	0	1
	% innerh. CGI	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	% innerh. gew. NE	0.0%	8.3%	0.0%	0.0%	1.6%
	% von Total	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%	1.6%
leicht krank	Häufigkeit	0	0	0	1	1
	% innerh. CGI	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
	% innerh. gew. NE	0.0%	0.0%	0.0%	5.6%	1.6%
	% von Total	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%	1.6%
mäßig krank	Häufigkeit	3	1	4	4	12
	% innerh. CGI	25.0%	8.3%	33.3%	33.3%	100.0%
	% innerh. gew. NE	15.8%	8.3%	28.6%	22.2%	19.0%
	% von Total	4.8%	1.6%	6.3%	6.3%	19.0%
deutlich krank	Häufigkeit	13	8	7	11	39
	% innerh. CGI	33.3%	20.5%	17.9%	28.2%	100.0%
	% innerh. gew. NE	68.4%	66.7%	50.0%	61.1%	61.9%
	% von Total	20.6%	12.7%	11.1%	17.5%	61.9%
schwer krank	Häufigkeit	3	1	3	2	9
	% innerh. CGI	33.3%	11.1%	33.3%	22.2%	100.0%
	% innerh. gew. NE	15.8%	8.3%	21.4%	11.1%	14.3%
	% von Total	4.8%	1.6%	4.8%	3.2%	14.3%
extrem schwer krank	Häufigkeit	0	1	0	0	1
	% innerh. CGI	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	% innerh. gew. NE	0.0%	8.3%	0.0%	0.0%	1.6%
	% von Total	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%	1.6%
Total	Häufigkeit	19	12	14	18	63
	% innerh. CGI	30.2%	19.0%	22.2%	28.6%	100.0%
	% innerh. gew. NE	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% von Total	30.2%	19.0%	22.2%	28.6%	100.0%

Tab. 72: Zusammenhangsmaß für das Armutsrisiko (rekodiert in drei Kategorien) und die Schwere der Erkrankung (CGI) (n = 68 Familien)

	Wert	p
Spearman's Rho	0.153	0.213

9.4.2.2 Auswirkungen auf den Erwerbsstatus

Für die Untersuchung der Auswirkungen von Art und Schwere der Erkrankung auf den Erwerbsstatus wurde dieser neu kodiert in „arbeitslos“ und „nicht arbeitslos“. Unter letztere Kategorie wurden beschäftigt, Hausfrau/ Hausmann, in Rente, in Ausbildung, in Umschulung und in Schule zusammengefasst.

Es soll untersucht werden, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Erwerbsstatus und der Diagnose des Patienten gibt. Bei der Erstellung der Kreuztabelle konnten 18 Fälle aufgrund fehlender Angaben nicht berücksichtigt werden, die Stichprobe verringerte sich hierbei also auf 54 Fälle. Der Zusammenhang ist mit einem Kontingenzkoeffizient von 0.181 nicht signifikant, jedoch lässt sich erkennen, dass die meisten Patienten (18.52%, $n = 10$) der Diagnosegruppe F3 (affektive Störungen) angehören und nicht arbeitslos sind. Insgesamt ist die Gruppe der nicht arbeitslosen Patienten innerhalb der Diagnosegruppen größer als die der arbeitslosen Patienten, außer in der Diagnosegruppe F4 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen), in der es mehr arbeitslose Patienten gibt. In der Diagnosegruppe F2 (schizophrene Störungen) ist der Unterschied zwischen arbeitslosen und nicht arbeitslosen Patienten mit zwei zu sechs am größten.

Bei der Untersuchung des Zusammenhanges zwischen dem Erwerbsstatus und der Schwere der Erkrankung konnten 21 Fälle aufgrund fehlender Angaben nicht berücksichtigt werden, die Stichprobe verringerte sich hierbei also auf 51 Fälle. Beide Patienten, die der Kategorie „Grenzfall psychischer Erkrankung“ bzw. „leicht krank“ zugeordnet wurden, sind arbeitslos. Andererseits sind sechs der acht mäßig kranken Patienten nicht arbeitslos, während in der Kategorie „deutlich krank“ ein ausgeglichenes Verhältnis von jeweils 16 Patienten herrscht. Überraschend ist jedoch, dass fünf der acht schwer kranken Patienten nicht arbeitslos sind. Der einzige extrem schwer kranke Patient ist erwartungsgemäß arbeitslos. Als Zusammenhangsmaß wurde nach Bortz (2005, S. 224) die punktbiseriale Korrelation gewählt. SPSS berechnet hierfür ein Eta von 0.029, was einem sehr schwachen Zusammenhang entspricht. Der Anteil der Gesamtvarianz, der durch den Erwerbsstatus erklärt wird, ist mit einem Eta^2 von 0.0841 bzw. 8.41% sehr gering. Fasst man die Schwere der Erkrankung in drei Gruppen zusammen, so ergibt sich mit einem Kontingenzkoeffizienten von 0.210 ebenso wenig ein statistisch signifikanter Zusammenhang.

Der Einfluss der Merkmalskombination von Art und Schwere der Erkrankung auf den Erwerbsstatus wurde mittels binärer logistischer (multivariater) Regression überprüft, es ließ sich jedoch kein signifikantes Ergebnis nachweisen.

Tab. 73: Kreuztabelle der beiden Variablen Erwerbsstatus und Hauptdiagnosegruppe (n = 54 Familien)

Hauptdiagnosegruppe (HDG)		Erwerbsstatus (ES)		Total
		arbeitslos	nicht arbeitslos	
F1	Häufigkeit	5	7	12
	% innerh. ES	20.83%	23.33%	
	% innerh. HDG	41.67%	58.33%	
	% von Total	9.26%	12.96%	22.22%
F2	Häufigkeit	2	6	8
	% innerh. ES	8.33%	20.00%	
	% innerh. HDG	25.00%	75.00%	
	% von Total	3.70%	11.11%	14.81%
F3	Häufigkeit	9	10	19
	% innerh. ES	37.50%	33.33%	
	% innerh. HDG	47.37%	52.63%	
	% von Total	16.67%	18.52%	35.19%
F4	Häufigkeit	7	6	13
	% innerh. ES	29.17%	20.00%	
	% innerh. HDG	53.85%	46.15%	
	% von Total	12.96%	11.11%	24.07%
F6	Häufigkeit	1	1	2
	% innerh. ES	4.17%	3.33%	
	% innerh. HDG	50.00%	50.00%	
	% von Total	1.85%	1.85%	3.70%
Total	Häufigkeit	24	30	54
	% von Total	44.44%	55.56%	

Tab. 74: Zusammenhangsmaß für den Erwerbsstatus und die Diagnosegruppe (n = 54 Familien)

	Wert	p
Kontingenzkoeffizient	0.181	0.769

Tab. 75: Kreuztabelle der beiden Variablen Erwerbsstatus und Schwere der Erkrankung (CGI) (n = 51 Familien)

CGI		Erwerbsstatus (ES)		Total
		arbeitslos	nicht arbeitslos	
Grenzfall	Häufigkeit	1	0	1
	% innerh. ES	4.17%	0.00%	
	% innerh. CGI	100.00%	0.00%	
	% von Total	1.96%	0.00%	1.96%
leicht krank	Häufigkeit	1	0	1
	% innerh. ES	4.17%	0.00%	
	% innerh. CGI	100.00%	0.00%	
	% von Total	1.96%	0.00%	1.96%
mäßig krank	Häufigkeit	2	6	8
	% innerh. ES	8.33%	22.22%	
	% innerh. CGI	25.00%	75.00%	
	% von Total	3.92%	11.76%	15.69%
deutlich krank	Häufigkeit	16	16	32
	% innerh. ES	66.67%	59.26%	
	% innerh. CGI	50.00%	50.00%	
	% von Total	31.37%	31.37%	62.75%
schwer krank	Häufigkeit	3	5	8
	% innerh. ES	12.50%	18.52%	
	% innerh. CGI	37.50%	62.50%	
	% von Total	5.88%	9.80%	15.69%
extrem schwer krank	Häufigkeit	1	0	1
	% innerh. ES	4.17%	0.00%	
	% innerh. CGI	100.00%	0.00%	
	% von Total	1.96%	0.00%	1.96%
Total	Häufigkeit	24	27	51
	% von Total	47.06%	52.94%	

Tab. 76: Kreuztabelle der beiden Variablen Erwerbsstatus und Schwere der Erkrankung (CGI; rekodiert in drei Kategorien) (n = 51 Familien)

CGI		Erwerbsstatus (ES)		Total
		arbeitslos	nicht arbeitslos	
Grenzfall, leicht krank	Häufigkeit	2	0	2
	% innerh. ES	8.33%	0.00%	
	% innerh. CGI	100.00%	0.00%	
	% von Total	3.92%	0.00%	3.92%
mäßig, deutlich krank	Häufigkeit	18	22	40
	% innerh. ES	75.00%	81.48%	
	% innerh. CGI	45.00%	55.00%	
	% von Total	35.29%	43.14%	78.43%
schwer, extrem schwer krank	Häufigkeit	4	5	9
	% innerh. ES	16.67%	18.52%	
	% innerh. CGI	44.44%	55.56%	
	% von Total	7.84%	9.80%	17.65%
Total	Häufigkeit	24	27	51
	% von Total	47.06%	52.94%	

Tab. 77: Zusammenhangsmaß für den Erwerbsstatus und die Schwere der Erkrankung (CGI) (n = 51 Familien)

	Wert	Eta ²
Eta	0.210	0.0841

Tab. 78: Zusammenhangsmaß für den Erwerbsstatus und die Schwere der Erkrankung (CGI; rekodiert in drei Kategorien) (n = 51 Familien)

	Wert	p
Kontingenzkoeffizient	0.210	0.310

9.4.3 Auswirkungen auf die soziale Unterstützung

Es soll untersucht werden, ob es einen Zusammenhang zwischen der Qualität der sozialen Unterstützung und der Diagnose des Patienten gibt. Bei der Erstellung der Kreuztabelle konnte ein Fall aufgrund fehlender Angaben nicht berücksichtigt werden, die Stichprobe verringerte sich hierbei also auf 71 Fälle. Der Zusammenhang ist mit einem Kontingenzkoeffizienten von 0.292 nicht signifikant, jedoch lässt sich erkennen, dass die meisten Patienten mit mangelhafter sozialer Unterstützung aus den Diagnosegruppen F3 (affektive Störungen) und F4 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) stammen und umgekehrt die meisten Patienten aus den Diagnosegruppen F3 und F4 über mangelhafte soziale Unterstützung verfügen. In allen anderen Diagnosegruppen und Unterstützungskategorien sind die Daten relativ gleichmäßig verteilt, d.h. in allen Kategorien der Qualität sozialer Unterstützung lassen sich psychisch Erkrankte aller Diagnosegruppen finden.

Bei der Untersuchung des Zusammenhanges zwischen der Qualität der sozialen Unterstützung und der Schwere der Erkrankung konnten vier Fälle aufgrund fehlender Angaben nicht berücksichtigt werden, die Stichprobe verringerte sich hierbei also auf 68 Fälle. Der Wert der Spearman Correlation von 0.248 ist signifikant auf dem 0.05-Niveau. Folgende aufschlussreiche Punkte kann man aus der Tabelle ablesen:

- Der einzige „Grenzfall psychischer Erkrankung“ verfügt über eine mangelhafte soziale Unterstützung, während der einzige leicht erkrankte Patient sich stark sozial unterstützt fühlt. Der einzige als extrem schwer krank eingeschätzte Patient ist dagegen erwartungsgemäß mangelhaft sozial unterstützt.
- Sowohl von den mäßig Erkrankten ($n = 12$) als auch von den deutlich Erkrankten ($n = 41$) sind die meisten (75%, $n = 9$ bzw. 46.3%, $n = 19$) erwartungsgemäß mangelhaft sozial unterstützt. Dagegen fühlen sich die meisten der schwer Kranken (66.7%, $n = 8$) mittelmäßig sozial unterstützt.
- Betrachtet man die Kategorien der sozialen Unterstützung, so findet man in allen drei Kategorien die meisten unter den deutlich Erkrankten.

Unterteilt man die Schwere der Erkrankung in zwei Kategorien (Kategorie A: Grenzfall psychischer Erkrankung, leicht und mäßig krank, $n = 14$ versus Kategorie B: deutlich, schwer und extrem schwer krank, $n = 54$), so zeichnet sich folgende Tendenz, die jedoch nicht signifikant ist, ab: die meisten Patienten (32.4%, $n = 22$) sind mangelhaft sozial unterstützt bei deutlich bis extrem schwerer Erkrankung. Trotzdem fühlen sich auch die meisten der höchstens mäßig Erkrankten nur mangelhaft sozial unterstützt (71.4%, $n = 10$).

Der Einfluss der Merkmalskombination von Art und Schwere der Erkrankung auf die soziale Unterstützung wurde mittels ordinaler (multivariater) Regression überprüft, es ließ sich jedoch kein signifikantes Ergebnis nachweisen.

Tab. 79: Kreuztabelle der beiden Variablen soziale Unterstützung und Hauptdiagnosegruppe (n = 71 Familien)

Hauptdiagnosegruppe (HDG)		soziale Unterstützung (sU)			Total
		mangelhafte sU	mittelmäßige sU	starke sU	
F1	Häufigkeit	6	7	4	17
	Erw. Häufigkeit	7.9	6.2	2.9	17.0
	% innerh. HDG	35.3%	41.2%	23.5%	100.0%
	% innerh. SU	18.2%	26.9%	33.3%	23.9%
	% von Total	8.5%	9.9%	5.6%	23.9%
F2	Häufigkeit	3	5	3	11
	Erw. Häufigkeit	5.1	4.0	1.9	11.0
	% innerh. HDG	27.3%	45.5%	27.3%	100.0%
	% innerh. SU	9.1%	19.2%	25.0%	15.5%
	% von Total	4.2%	7.0%	4.2%	15.5%
F3	Häufigkeit	11	7	2	20
	Erw. Häufigkeit	9.3	7.3	3.4	20.0
	% innerh. HDG	55.0%	35.0%	10.0%	100.0%
	% innerh. SU	33.3%	26.9%	16.7%	28.2%
	% von Total	15.5%	9.9%	2.8%	28.2%
F4	Häufigkeit	12	5	3	20
	Erw. Häufigkeit	9.3	7.3	3.4	20.0
	% innerh. HDG	60.0%	25.0%	15.0%	100.0%
	% innerh. SU	36.4%	19.2%	25.0%	28.2%
	% von Total	16.9%	7.0%	4.2%	28.2%
F6	Häufigkeit	1	2	0	3
	Erw. Häufigkeit	1.4	1.1	0.5	3.0
	% innerh. HDG	33.3%	66.7%	0.0%	100.0%
	% innerh. SU	3.0%	7.7%	0.0%	4.2%
	% von Total	1.4%	2.8%	0.0%	4.2%
Total	Häufigkeit	33	26	12	71
	Erw. Häufigkeit	33.0	26.0	12.0	71.0
	% innerh. HDG	46.5%	36.6%	16.9%	100.0%
	% innerh. SU	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% von Total	46.5%	36.6%	16.9%	100.0%

Tab. 80: Zusammenhangsmaß für die soziale Unterstützung und die Diagnosegruppe (n = 71 Familien)

	Wert	p
Kontingenzkoeffizient	0.292	0.578

Tab. 81: Kreuztabelle der beiden Variablen soziale Unterstützung und Schwere der Erkrankung (CGI) (n = 68 Familien)

CGI		soziale Unterstützung (sU)			Total
		mangelhafte sU	mittelmäßige sU	starke sU	
Grenzfall	Häufigkeit	1	0	0	1
	Erw. Häufigkeit	0.5	0.4	0.2	1.0
	% innerhalb CGI	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	% innerhalb sU	3.1%	0.0%	0.0%	1.5%
	% von Total	1.5%	0.0%	0.0%	1.5%
leicht krank	Häufigkeit	0	0	1	1
	Erw. Häufigkeit	0.5	0.4	0.2	1.0
	% innerhalb CGI	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
	% innerhalb sU	0.0%	0.0%	8.3%	1.5%
	% von Total	0.0%	0.0%	1.5%	1.5%
mäßig krank	Häufigkeit	9	3	0	12
	Erw. Häufigkeit	5.6	4.2	2.1	12.0
	% innerhalb CGI	75.0%	25.0%	0.0%	100.0%
	% innerhalb sU	28.1%	12.5%	0.0%	17.6%
	% von Total	13.2%	4.4%	0.0%	17.6%
deutlich krank	Häufigkeit	19	13	9	41
	Erw. Häufigkeit	19.3	14.5	7.2	41.0
	% innerhalb CGI	46.3%	31.7%	22.0%	100.0%
	% innerhalb sU	59.4%	54.2%	75.0%	60.3%
	% von Total	27.9%	19.1%	13.2%	60.3%
schwer krank	Häufigkeit	2	8	2	12
	Erw. Häufigkeit	5.6	4.2	2.1	12.0
	% innerhalb CGI	16.7%	66.7%	16.7%	100.0%
	% innerhalb sU	6.3%	33.3%	16.7%	17.6%
	% von Total	2.9%	11.8%	2.9%	17.6%
extrem schwer krank	Häufigkeit	1	0	0	1
	Erw. Häufigkeit	0.5	0.4	0.2	1.0
	% innerhalb CGI	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	% innerhalb sU	3.1%	0.0%	0.0%	1.5%
	% von Total	1.5%	0.0%	0.0%	1.5%
Total	Häufigkeit	32	24	12	68
	Erw. Häufigkeit	32.0	24.0	12.0	68.0
	% innerhalb CGI	47.1%	35.3%	17.6%	100.0%
	% innerhalb sU	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% von Total	47.1%	35.3%	17.6%	100.0%

Tab. 82: Zusammenhangsmaß für die soziale Unterstützung und die Schwere der Erkrankung (CGI) (n = 68 Familien)

	Wert	p
Spearman's Rho	0.248	0.042

Tab. 83: Kreuztabelle der beiden Variablen soziale Unterstützung und Schwere der Erkrankung (CGI; rekodiert in zwei Kategorien) (n = 68 Familien)

CGI		soziale Unterstützung (sU)			Total
		mangelhafte sU	mittelmäßige sU	starke sU	
Grenzfall, leicht, mäßig krank	Häufigkeit	10	3	1	14
	Erw. Häufigkeit	6.6	4.9	2.5	14.0
	% innerh. CGI	71.4%	21.4%	7.1%	100.0%
	% innerh. sU	31.3%	12.5%	8.3%	20.6%
	% von Total	14.7%	4.4%	1.5%	20.6%
	Adj. Residual	2.1	-1.2	-1.2	
deutlich, schwer, extrem schwer krank	Häufigkeit	22	21	11	54
	Erw. Häufigkeit	25.4	19.1	9.5	54.0
	% innerh. CGI	40.7%	38.9%	20.4%	100.0%
	% innerh. sU	68.8%	87.5%	91.7%	79.4%
	% von Total	32.4%	30.9%	16.2%	79.4%
	Adj. Residual	-2.1	1.2	1.2	
Total	Häufigkeit	32	24	12	68
	Erw. Häufigkeit	32.0	24.0	12.0	68.0
	% innerh. CGI	47.1%	35.3%	17.6%	100.0%
	% innerh. sU	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% von Total	47.1%	35.3%	17.6%	100.0%

9.4.4 Zusammenfassung

Insgesamt lässt sich nur ein signifikanter Zusammenhang finden: *Je schwerer die Erkrankung, desto schlechter fühlen sich die Patienten sozial unterstützt.* Es lassen sich jedoch einige aufschlussreiche Tendenzen beobachten. Die meisten Familien mit Elternteil mit F2- oder F6-Erkrankung lassen sich als „arm“ bezeichnen, während Familien mit Elternteil mit F3- oder F4-Erkrankung eher relativ gut gestellt sind, sich aber gleichzeitig sehr schlecht sozial unterstützt fühlen. Leichtere Erkrankungen gehen erwartungsgemäß mit einem relativ höheren Einkommen einher, während Familien mit schwer erkranktem Elternteil über niedrigere Einkommen verfügen. In allen Diagnosegruppen gibt es mehr Nicht-Arbeitslose als Arbeitslose, außer in Familien mit Elternteil mit F4-Erkrankung. Die Gruppe der Familien mit Elternteil mit F4-Erkrankung ist im Vergleich die auffälligste: Die Familien verfügen über ein relativ gutes Einkommen, fühlen sich jedoch sozial sehr schlecht unterstützt, und der erkrankte Elternteil ist häufiger arbeitslos.

Die Hypothese, dass Art und/ oder Schwere der Erkrankung insofern einen Einfluss auf die vorgenannten Probleme haben, dass sie zu Unterschieden in der Belastung führen (schwere Erkrankungen führen zu stärkerer Belastung), kann angesichts dieser Daten nicht als bestätigt gelten.

9.5 Professionelle Unterstützung für Familien mit psychisch erkranktem Elternteil

Beinahe alle befragten Patienten geben an, spezielle Angebote für Familien mit psychisch erkranktem Elternteil sinnvoll oder sehr sinnvoll zu finden. Die beiden Patienten, die ein spezielles Angebot wenig sinnvoll finden, haben eine F1 (Sucht-) und eine F4 (neurotische, Belastungs- oder somatoforme) Störung als Hauptdiagnose. 86% der Befragten würden solche Angebote auch für sich nutzen. Als Gründe dafür, keine Hilfe anzunehmen, wurden genannt, dass man sie nicht brauche (zwei mal), dass die Kinder nichts mit der Erkrankung zu tun haben sollen (ein mal) oder dass die Kinder nicht mehr im Haushalt leben (zwei mal). Eine Einbeziehung von Partnern und Kindern in Unterstützungsangebote halten ebenso nahezu alle befragten Patienten für sinnvoll. Welche Angebote bereits genutzt werden und wie hilfreich sie waren, lässt sich Tabelle 84 entnehmen. Zusätzlich wurden noch Freunde, Arztgespräche, Kinderseminar, Reittherapie und eine Beratung durch REBUS (Regionale Beratungs- und Unterstützungsstellen der Stadt für Schüler, die Probleme in der Schule haben) als bereits in Anspruch genommene Hilfe genannt. Tabelle 85 führt auf, wie viele Patienten die vorgegebenen Angebote gerne in Anspruch nehmen würden. Weit aus die meisten Teilnehmer haben diese Fragen gar nicht beantwortet. Von den Antwortenden werden Kinderbetreuung und Patenschaften für das Kind mehrheitlich nicht gewünscht; bei Beratung oder Psychotherapie für das Kind und die ganze Familie und sozialpädagogischer Familienhilfe können sich die meisten nicht entscheiden. Lediglich Paarberatung/ -therapie wollen die meisten wirklich nutzen, hinsichtlich Selbsthilfegruppen haben etwa gleich viele mit ja, nein und vielleicht geantwortet. Die befragten Patienten können sich vorstellen, dass Unterstützung ihnen in folgenden Bereichen hilft:

- Gesundheit (1 Nennung),
- Kinderbetreuung während Angeboten (1 Nennung),
- Aufklärung über Heilung, Erblichkeit und Auswirkungen der Erkrankung auf die Kinder, um die Erkrankung einordnen zu können (4 Nennungen),
- Entlastung durch Gespräche mit Gleichbetroffenen und Professionellen (5 Nennungen),
- Verbesserung der Paarbeziehung (7 Nennungen),
- Verbesserung der Beziehungen in der Familie (4 Nennungen),
- Umgang in Krisenzeiten (1 Nennung),
- Umgang mit den Kindern: Erziehung, Aufklärung über die Erkrankung (4 Nennungen),
- Umzug der Kinder wieder zurück zum Patient (1 Nennung),

- Unterstützung für die Kinder: emotionale Entlastung, Freizeitangebote, Kontakt zu Gleichaltrigen (5 Nennungen),
- Haushalt (1 Nennung),
- rechtliche Angelegenheiten (1 Nennung),
- Umgang mit beruflichen Belastungen (1 Nennung),
- Vorbilder und Beispiele (1 Nennung).

Da Aufklärung und Information eine wesentliche Rolle bei der Verarbeitung der Erkrankung sowie der Abmilderung negativer Auswirkungen auf die Kinder spielen, wurde auch erfragt, welche Art der Informationsvermittlung die Eltern erreichen kann. Tabelle 86 zeigt, dass Informationsbroschüren und individuelle Familiengespräche die höchste Akzeptanz finden.

Es ließ sich kein Zusammenhang zwischen der Diagnose bzw. dem Schweregrad der Erkrankung und der Nutzung von bzw. dem Wunsch nach Unterstützungsangeboten feststellen.

Angesichts dieser Ergebnisse kann man festhalten, dass sich das hier aufgeführte professionelle Unterstützungsangebot kaum mit dem Bedarf deckt, denn es wird von nicht einmal einem Drittel der befragten Patienten genutzt und gewünscht. Die empfundene Nützlichkeit der in Anspruch genommenen Angebote schwankt sehr. Auf der anderen Seite können die Patienten jedoch weiteren Unterstützungsbedarf angeben.

Tab. 84: Häufigkeitstabelle der Nutzung von Angeboten und ihre Nützlichkeit (n= 72 Patienten)

Angebot	Nutzung durch Patienten (Anzahl)	davon fanden es hilfreich (Häufigkeit in %)
Beratung/ Psychotherapie für das Kind	16 (22.2%)	80.0
Beratung/ Psychotherapie als Paar	21 (29.2%)	47.6
Beratung/ Psychotherapie für die ganze Familie	12 (16.7%)	63.6
Sozialpädagogische Familienhilfe	14 (19.4%)	66.7
Kinderbetreuung	25 (34.7%)	84.2
Patenschaftsangebot für das Kind	3 (4.2%)	33.3
Selbsthilfegruppe	13 (18.1%)	75.0

Tab. 85: Häufigkeitstabelle des Nutzungswunsches von Angeboten (n= 72 Patienten)

Angebot	Häufigkeit „ja“	Häufigkeit „vielleicht“	Häufigkeit „nein“	Missing
Beratung/ Psychotherapie für das Kind	10 (13.9%)	23 (31.9%)	5 (6.9%)	34 (47.2%)
Beratung/ Psychotherapie als Paar	19 (26.4%)	15 (20.8%)	6 (8.3%)	32 (44.4%)
Beratung/ Psychotherapie für die ganze Familie	15 (20.8%)	18 (25.0%)	8 (11.1%)	31 (43.1%)
Sozialpädagogische Familienhilfe	10 (13.9%)	15 (20.8%)	11 (15.3%)	36 (50.0%)
Kinderbetreuung	9 (12.5%)	9 (12.5%)	11 (15.3%)	43 (59.7%)
Patenschaftsangebot für das Kind	6 (8.3%)	8 11.1(%)	22 (30.6%)	36 (50.0%)
Selbsthilfegruppe	11 (15.3%)	12 (16.7%)	12 (16.7%)	37 (51.4%)

Tab. 86: Häufigkeitstabelle der Akzeptanz von Informationsangeboten (n = 72 Patienten)

Angebot	Häufigkeit „ja“	Häufigkeit „eher ja“	Häufigkeit „eher nein“	Häufigkeit „nein“	Missing
Informationsbroschüren	45 (62.5%)	23 (31.9%)	3 (4.2%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)
Vortrag	28 (38.9%)	21 (29.2%)	20 (27.8%)	3 (4.2%)	0 (0.0%)
Vortrag mit Diskussion	21 (29.2%)	29 (40.3%)	16 (22.2%)	6 (8.3%)	0 (0.0%)
Gruppe für betroffene Eltern	16 (22.2%)	27 (37.5%)	18 (25.0%)	10 (13.9%)	1 (1.4%)
Gruppe für betroffene Familien	10 (13.9%)	24 (33.3%)	25 (34.7%)	12 (16.7%)	1 (1.4%)
Individuelle Familiengespräche	29 (40.3%)	30 (41.7%)	8 (11.1%)	4 (5.6%)	1 (1.4%)

9.6 Innerfamiliäre und außerfamiliäre bzw. soziale Isolation der Kinder

9.6.1 Innerfamiliäre Isolation der Kinder

Sehr viele Patienten (82%, n = 59) haben während ihres Krankenhausaufenthaltes Kontakt zu ihrem Kind. In knapp zwei Drittel der Familien (62.5%, n = 45) wurde offen mit dem Kind über die Erkrankung des Elternteils gesprochen, in beinahe ebenso vielen (58.3%, n = 42) Familien dem Kind die Erkrankung auch erklärt. Diese Erklärung kam in den allermeisten Fällen vom Patienten selbst (insgesamt von 26 Patienten) und/ oder vom in der Familie lebenden anderen Elternteil (insgesamt von 13 Personen). Alle anderen Personen spielen bei der Aufklärung der Kinder eine eher untergeordnete Rolle. Bei dieser Frage wurden oft mehrere Antworten gegeben, sodass insgesamt mehr als 42 Personen

die Erkrankung erklärten. In den Familien, in denen die Erkrankung nicht erklärt wurde, werden als häufigste Begründungen angegeben, dass die Kinder zu jung seien, um es zu verstehen, wobei das Alter der Kinder mit 1.5 bis 10 Jahren angegeben wird (in 14 Familien), und dass die Kinder nicht verunsichert oder belastet werden sollen (in 6 Familien).

50 Patienten (69.4%) geben an, eine gute oder eher gute Beziehung zum Kind zu haben, lediglich ein Patient (1.4%) gibt eine eher schlechte Beziehung an. Jedoch haben 21 Patienten (29.2%) keine Angabe gemacht. In 35 Familien (48.6%) ist die Beziehung des Kindes zum aktuellen Partner des Patienten in den Augen des Befragten gut oder eher gut, in vier Familien (5.4%) schlecht oder eher schlecht. In 33 Fällen (45.8%) trifft die Frage nicht zu oder es wurde keine Antwort gegeben.

In den Familien, in denen der andere leibliche Elternteil des Kindes nicht in der Familie lebt, besteht in nur sechs Familien Kontakt zwischen dem anderen leiblichen Elternteil und dem Kind mindestens alle 14 Tage. In den Familien, in denen der andere leibliche Elternteil nicht in der Familie lebt, wird die Beziehung zwischen dem getrennt lebenden Elternteil und dem Kind in je acht Fällen als gut oder eher gut bzw. schlecht oder eher schlecht erachtet.

In nur drei Familien (4.2%) hat das Kind nach Angaben des Patienten keine erwachsenen Bezugspersonen außer dem Patienten, in 48 Familien (66.7%) dagegen schon. 21 Kinder haben sogar mehr als zwei weitere erwachsene Bezugspersonen. Meistens handelt es sich dabei um den in der Familie lebenden anderen Elternteil ($n = 30$). Vier Patienten gaben als weitere Bezugsperson den (getrennt lebenden) anderen Elternteil an, drei den aktuellen Partner. Elf Patienten geben andere Verwandte an. Dabei handelt es sich um die Großeltern, Tante, Onkel oder Geschwister des Kindes. Abgesehen von zwei Fällen geben die Eltern an, dass die Kinder auch Vertrauen zu diesen Personen haben.

Betrachtet man die Kinder, die nicht zusammen mit dem befragten Patienten in einem Haushalt leben, so haben erfreulich viele Patienten 14-tägigen oder öfteren Kontakt (80%, $n = 20$), neun Patienten (36%) haben sogar häufiger als wöchentlichen Kontakt zum Kind. 92% der Patienten haben eine gute oder eher gute Beziehung zum Kind ($n = 23$). Trotzdem wünschen sich 84% der Patienten noch mehr Kontakt zum Kind ($n = 21$).

Beinahe alle Kinder, die nicht zusammen mit dem befragten Patienten in einem Haushalt leben, haben nach Angaben der Befragten mindestens eine weitere erwachsene Bezugsperson (96%, $n = 24$). Je neun Kinder sogar zwei oder mehr als zwei. Meistens

handelt es sich dabei um den anderen Elternteil, der nicht mit dem befragten Patienten zusammenlebt (n = 13). Abgesehen von zwei Fällen geben die Eltern an, dass die Kinder auch Vertrauen zu diesen Personen haben.

Zwei Drittel der Kinder (68.1%, n = 49) haben sich nach den Angaben des Patienten über das Kind, das als nächstes Geburtstag hat, in den letzten Wochen oft oder immer mit ihren Eltern gut verstanden. Noch mehr (76.4%, n = 55) haben sich zu Haus oft oder immer wohl gefühlt. In derselben Größenordnung liegen die Angaben über Streit zu Hause: 73.6% (n = 53) der Kinder hatten in den letzten Wochen selten oder nie Streit zu Hause. Etwa die Hälfte der Kinder (48.6%, n = 35) fühlten sich selten oder nie durch den Patienten bevormundet, ein weiteres Drittel (32%, n = 23) fühlte sich manchmal bevormundet.

Insgesamt werfen diese Ergebnisse ein positives Licht auf die Situation der Kinder, so wie sie die erkrankten Elternteile wahrnehmen: Der Kontakt zum erkrankten Elternteil wird während eines Krankenhausaufenthalts aufrecht erhalten, über die Erkrankung wird mit dem Kind gesprochen. Selbst wenn die Erkrankung nicht erklärt wird, stehen gute Absichten dahinter, denn das Kind soll geschützt werden. Hier besteht Handlungs- und Aufklärungsbedarf, denn viele Studienergebnisse zeigen, dass die Kinder gerade dadurch verunsichert werden. In den Familien, in denen die Kinder beim erkrankten Elternteil leben, ist die Beziehung zu den Eltern überwiegend gut. Lebt der andere leibliche Elternteil nicht in der Familie, besteht jedoch oft kein häufiger Kontakt, und die Beziehung zu diesem Elternteil ist von sehr unterschiedlicher Qualität. Die meisten Kinder haben zusätzlich zum befragten Elternteil weitere erwachsene Bezugspersonen in der Familie, zu denen sie auch Vertrauen haben. Leben die Kinder nicht mit dem befragten Elternteil in einem Haushalt, so gibt es doch einen relativ häufigen Kontakt, und die Beziehung ist überwiegend gut. Auch diese Kinder haben weitere erwachsene Bezugspersonen, zu denen ein Vertrauensverhältnis besteht. Die meisten Kinder verstehen sich gut mit ihren Eltern, fühlen sich in der Familie wohl, es gibt wenig Streit und kaum Bevormundung.

Die Hypothese, dass die Kinder aus Sicht des erkrankten Elternteils unter innerfamiliärer Isolation leiden, kann angesichts dieser Ergebnisse nicht aufrecht erhalten werden.

9.6.2 Außerfamiliäre bzw. soziale Isolation der Kinder

Nur zwei Patienten geben als weitere erwachsene Bezugsperson für das im Haushalt lebende älteste Kind eine Person außerhalb der Familie (eine „Freundin“) an. Kinder, die nicht im Haushalt des Patienten leben, haben häufiger außerfamiliären Kontakt, z.B. zum Betreuer, Therapeuten, Pflegepersonen, oder haben eine eigene Familie und dabei Kontakt zum (Ehe-) Partner oder dessen Familie.

Über zwei Drittel der Kinder (68.1%, n = 49) haben nach den Angaben des Patienten über das Kind, das als nächstes Geburtstag hat, in den letzten Wochen oft oder immer etwas mit Freunden zusammen unternommen. Sehr viele (80.6%, n = 58) „sind bei anderen gut angekommen“, noch mehr (84.7%, n = 61) haben sich mit ihren Freunden gut verstanden. Über zwei Drittel der Kinder (69.4%, n = 50) hatten selten oder nie das Gefühl, anders zu sein als andere.

Diese Ergebnisse sind zwiespältig zu interpretieren: Auf der einen Seite haben die Kinder kaum Kontakt zu erwachsenen Bezugspersonen (außerhalb des Haushalts lebende Kinder jedoch noch eher als Kinder, die mit dem Patienten in einem Haushalt leben), auf der anderen Seite jedoch scheinen sie einen guten Freundeskreis zu haben.

Die Hypothese, dass die Kinder aus Sicht des erkrankten Elternteils unter sozialer Isolation leiden, kann angesichts dieser Ergebnisse nicht abschließend beurteilt werden.

Tab. 87: Häufigkeitstabelle: Besteht Kontakt zum Kind während des Krankenhausaufenthalts? (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Ja	59	81.94
Nein	12	16.67
Missing	1	1.39

Tab. 88: Häufigkeitstabelle: Wird mit den Kindern offen über die Erkrankung gesprochen? (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Ja	45	62.5
Nein	27	37.5
Missing	0	0.0

Tab. 89: Häufigkeitstabelle: Wurde den Kindern die Erkrankung erklärt? (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Ja	42	58.33
Nein	29	40.28
Missing	1	1.39

Tab. 90: Häufigkeitstabelle: Wer hat den Kindern die Erkrankung erklärt? (n = 42 Patienten, Mehrfachantworten möglich)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)
Der befragte Elternteil	26
Der andere Elternteil (= Partner des Befragten)	13
Der andere Elternteil, der getrennt lebt	3
Der aktuelle Partner des Befragten	1
Andere Verwandte	2
Andere Personen	2

Tab. 91: Häufigkeitstabelle: Warum wurde den Kindern die Erkrankung nicht erklärt? (n = 29 Patienten, offene Frage)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)
Weil das Kind zu jung ist (<i>dabei wurde das Alter zwischen 1.5 und 10 Jahren angegeben</i>)	14
Um das Kind nicht zu verunsichern oder zu belasten	6
Weil der andere Elternteil dagegen ist	2
Um das Kind zu schützen	1
Weil kein Kontakt zum Kind besteht	1
Angst, über die Erkrankung zu sprechen	1
Weil die Erkrankung erst kurz besteht	1
Weil es sich um ein Tabu handelt	1

Tab. 92: Häufigkeitstabelle: Besteht eine gute Beziehung zwischen dem Befragten und dem Kind? (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Ja	43	59.72
Eher na	7	9.72
Eher nein	1	1.39
Nein	0	0.00
Missing	21	29.17

Tab. 93: Häufigkeitstabelle: Besteht eine gute Beziehung zwischen dem aktuellen Partner des Befragten und dem Kind? (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Ja	29	40.28
Eher na	6	8.33
Eher nein	2	2.78
Nein	2	2.78
Entfällt	12	16.67
Missing	21	29.17

Tab. 94: Häufigkeitstabelle: Wie viel Kontakt besteht zwischen dem getrennt lebenden anderen Elternteil und dem Kind? (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Keiner	4	5.56
Sporadischer	6	8.33
Monatlicher	1	1.39
14-tägiger	3	4.17
Wöchentlicher	1	1.39
Öfter	2	2.78
Missing	55	76.39

Tab. 95: Häufigkeitstabelle: Besteht eine gute Beziehung zwischen dem aktuellen Partner des Befragten und dem Kind? (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Ja	3	4.17
Eher na	5	6.94
Eher nein	4	5.56
Nein	4	5.56
Missing	56	77.78

Tab. 96: Häufigkeitstabelle: Wie viele erwachsene Bezugspersonen außer dem Befragten hat das Kind? (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Eine	17	23.61
Zwei	10	13.89
Mehr als Zwei	21	29.17
Missing	24	33.33

Tab. 97: Häufigkeitstabelle: Wer ist die wichtigste Bezugsperson des Kindes außer dem befragten Elternteil? (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Der andere Elternteil (= Partner d. Befragten)	30	41.67
Der andere Elternteil, der getrennt lebt	4	5.56
Der aktuelle Partner des Befragten	3	4.17
Anderer Verwandter	11	15.28
Andere Person	2	2.78
Missing	22	30.56

Tab. 98: Häufigkeitstabelle: Um wen handelt es sich bei den anderen Verwandten oder anderen Personen? (n = 13 Patienten, Mehrfachantworten möglich)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)
Großmutter/ Großeltern	9
Tante/ Onkel	2
Schwester des Kindes	2
Freundin	2

Tab. 99: Häufigkeitstabelle: Hat das Kind Vertrauen zur Bezugsperson? (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Ja	44	61.11
Eher na	4	5.56
Eher nein	2	2.78
Nein	0	0.0
Missing	22	30.56

Tab. 100: Häufigkeitstabelle: Wie viel Kontakt besteht zwischen dem befragten Elternteil und dem ältesten getrennt lebenden Kind? (n = 25 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Seltener als 14-tägig	5	20
14-tägiger	5	20
Wöchentlicher	6	24
Öfter	9	36

Tab. 101: Häufigkeitstabelle: Besteht eine gute Beziehung zwischen dem befragten Elternteil und dem ältesten getrennt lebenden Kind? (n = 25 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Ja	15	60
Eher na	8	32
Eher nein	2	8
Nein	0	0

Tab. 102: Häufigkeitstabelle: Ist mehr Kontakt zum ältesten getrennt lebenden Kind gewünscht? (n = 25 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Ja	21	84
Nein	4	16

Tab. 103: Häufigkeitstabelle: Hat das älteste getrennt lebende Kind erwachsene Bezugspersonen außer dem befragten Elternteil? (n = 25 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Ja	24	96
Nein	1	4

Tab. 104: Häufigkeitstabelle: Wie viele erwachsene Bezugspersonen hat das älteste getrennt lebende Kind? (n = 25 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Eine	7	28
Zwei	9	36
Mehr als zwei	9	36

Tab. 105: Häufigkeitstabelle: Wer ist die wichtigste Bezugsperson des ältesten getrennt lebenden Kindes außer dem befragten Elternteil? (n = 24 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Der andere Elternteil (= Partner d. Befragten)	2	8
Der andere Elternteil, der getrennt lebt	13	52
Der aktuelle Partner des Befragten	2	8
Anderer Verwandter	3	12
Andere Person	4	16

Tab. 106: Häufigkeitstabelle: Um wen handelt es sich bei den anderen Verwandten oder anderen Personen? (n = 7 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)
Betreuer	1
Therapeutin	1
Pflegeperson	1
Mann	1
Mutter des Freundes	1
Großeltern	1
Missing	1

Tab. 107: Häufigkeitstabelle: Hat das Kind Vertrauen zu dieser Bezugsperson? (n = 25 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Ja	20	80
Eher na	2	8
Eher nein	2	8
Nein	0	0
Missing	1	4

Tab. 108: Häufigkeitstabelle: Hat sich das Kind, das als nächstes Geburtstag hat, in den letzten Wochen gut mit den Eltern verstanden? (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Nie	0	0.0
Selten	6	8.33
Manchmal	17	23.61
Oft	37	51.39
Immer	12	16.67

Tab. 109: Häufigkeitstabelle: Hat sich das Kind, das als nächstes Geburtstag hat, in den letzten Wochen zu Hause wohl gefühlt? (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Nie	0	0.0
Selten	3	4.17
Manchmal	12	16.67
Oft	31	43.06
Immer	24	33.33
Missing	2	2.78

Tab. 110: Häufigkeitstabelle: Gab es mit dem Kind, das als nächstes Geburtstag hat, in den letzten Wochen zu Hause Streit? (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Nie	17	23.61
Selten	36	50
Manchmal	9	12.5
Oft	10	13.89
Immer	0	0.0

Tab. 111: Häufigkeitstabelle: Hat sich das Kind, das als nächstes Geburtstag hat, in den letzten Wochen durch die Eltern bevormundet gefühlt? (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Nie	18	25
Selten	17	23.61
Manchmal	23	31.94
Oft	8	11.11
Immer	3	4.17
Missing	3	4.17

Tab. 112: Häufigkeitstabelle: Hat das Kind, das als nächstes Geburtstag hat, in den letzten Wochen etwas mit seinen Freunden unternommen? (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Nie	1	1.39
Selten	10	13.89
Manchmal	11	15.28
Oft	40	55.56
Immer	9	12.5
Missing	1	1.39

Tab. 113: Häufigkeitstabelle: Ist das Kind, das als nächstes Geburtstag hat, in den letzten Wochen „bei seinen Freunden gut angekommen“? (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Nie	0	0.0
Selten	1	1.39
Manchmal	9	12.5
Oft	45	62.5
Immer	13	18.06
Missing	4	5.56

Tab. 114: Häufigkeitstabelle: Hat sich das Kind, das als nächstes Geburtstag hat, in den letzten Wochen mit seinen Freunden gut verstanden? (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Nie	0	0.0
Selten	0	0.0
Manchmal	8	11.11
Oft	44	61.11
Immer	17	23.61
Missing	3	4.17

Tab. 115: Häufigkeitstabelle: Hatte das Kind, das als nächstes Geburtstag hat, in den letzten Wochen das Gefühl, anders zu sein, als andere? (n = 72 Patienten)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
Nie	31	43.06
Selten	19	26.39
Manchmal	10	13.89
Oft	7	9.72
Immer	0	0.0
Missing	5	6.94

9.7 Die Lebensqualität der Kinder

Die Informationen und Angaben, mit denen Jeske (2006) in der im folgenden zusammengefassten Diplomarbeit arbeitet, stammen auch hier vom behandelnden Arzt (Diagnosen, Schweregrad der Erkrankung) und vom erkrankten Elternteil. Auch die Informationen zur Lebensqualität der Kinder kommen vom erkrankten Elternteil, da in dieser Phase des Projekts eine Befragung der Kinder nicht möglich war. Trotzdem konnten wertvolle Informationen gewonnen werden. Zur Diskussion der Verlässlichkeit der Daten siehe Kapitel 7.3.3, S. 246.

Es wird untersucht, ob folgende Variablen in einem Zusammenhang mit der Lebensqualität der Kinder stehen (S. 57 ff.):

- die Diagnose der elterlichen Störung (nach ICD-10),
- das Vorhandensein komorbider psychischer Störungen,
- das Vorhandensein weiterer körperlicher Erkrankungen,
- der Schweregrad der elterlichen Störung (CGI),
- die subjektive Beeinträchtigung des erkrankten Elternteils (Symptomcheckliste SCL-14),
- die Lebensqualität des erkrankten Elternteils (Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-12),
- die Dauer der elterlichen Erkrankung,
- die Anzahl bisheriger Krankenhausaufenthalte,
- die Expositionsdauer des Kindes,
- die psychische Gesundheit des Kindes (CBCL/ 4 – 18).

Für die Auswertung stehen Jeske die Antworten von 86 Patienten zur Verfügung (vgl. S. 63), von denen die meisten (31.4%, n = 27) von affektiven Störungen (F3-Gruppe) betroffen sind. Über die Hälfte der Patienten (59.3%, n = 51) weist zusätzlich mindestens eine komorbide psychische Störung auf. Ebenso viele Patienten geben an, eine weitere körperliche Erkrankung zu haben. Der Schweregrad der Störung variiert zwischen „Grenzfall psychischer Störung“ und „extrem schwerer Erkrankung“, auch die subjektive Belastung liegt signifikant höher als ein bevölkerungsrepräsentativer Durchschnitt. Die eigene Lebensqualität wird von den Patienten deutlich schlechter eingeschätzt, verglichen mit den Werten der Normierungsstichprobe. Die Dauer der Störung beträgt bis zu 34 Jahren, im Mittel 8.5 Jahre. Etwas mehr als die Hälfte der Patienten (57.7%, n = 47) waren bereits mindestens einmal in stationärer psychiatrischer Behandlung. Die Expositionsdauer des Kindes wurde aus dessen Alter und der Dauer der elterlichen Erkrankung berechnet. Sie liegt zwischen 0 und 17 Jahren, im Mittel bei 4.6 Jahren. Der Großteil der Kinder ist aus Sicht des erkrankten Elternteils psychisch gesund. Die Lebensqualität der Kinder aus Sicht des erkrankten Elternteils weist jedoch deutlich schlechtere Werte auf, verglichen mit einer Referenzstichprobe (vgl. S. 82 – 94).

Mütter und Väter gaben ähnliche Beurteilungen der Lebensqualität ihrer Kinder ab, daher prüfte Jeske nicht auf Unterschiede im Geschlecht des Elternteils (vgl. S. 94). In der Literatur wird jedoch erwähnt, dass sich die Kinder unterscheiden, je nachdem, welches Geschlecht sie selbst bzw. der erkrankte Elternteil haben. So seien z.B. Mädchen von erkrankten Müttern am stärksten belastet (s S. 178). Eine Reanalyse der Daten zeigt jedoch (vgl. Tab. 116), dass in der Analysestichprobe dieser Effekt bzgl. der Lebensqualität der Kinder nicht vorliegt.

Tab. 116: Multivariate Signifikanztests (Sigmabeschränkte Parametrisierung, Typ VI Dekomposition (Effektive Hypothese))

Effekt	Test	Wert	F	Effekt FG	Fehler FG	p
Konstante	Wilks	0.019515	393.5743	6	47	0.000000
Geschlecht Elternteil	Wilks	0.891394	0.9544	6	47	0.466105
Geschlecht Kind	Wilks	0.879794	1.0703	6	47	0.393731
Geschl ET*Geschl Ki	Wilks	0.919115	0.6894	6	47	0.659172

Keinen statistisch nachweisbaren Einfluss auf die Lebensqualität des Kindes haben die Variablen (vgl. S. 95 – 109):

- das Vorhandensein komorbider psychischer Störungen,

- der Schweregrad der elterlichen Störung (CGI),
- die Lebensqualität des erkrankten Elternteils (Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-12),
- die Dauer der elterlichen Erkrankung,
- die Anzahl bisheriger Krankenhausaufenthalte,
- die Expositionsdauer des Kindes.

Signifikanten Einfluss auf die Beurteilung der Lebensqualität des Kindes haben folgende Variablen (vgl. S. 95 – 109):

- Die Diagnose des Elternteils, jedoch wird nicht deutlich, wie sie sich auswirkt.
- Das Vorhandensein weiterer körperlicher Erkrankungen (negativer Zusammenhang im Sinne der positiven Auswirkung fehlender weiterer Erkrankungen auf die Lebensqualität).
- Die subjektive Beeinträchtigung des erkrankten Elternteils (Symptomcheckliste SCL-14) (negativer Zusammenhang im Sinne der positiven Auswirkung geringer subjektiver Beeinträchtigung auf die Lebensqualität).
- Die psychische Gesundheit des Kindes (CBCL/ 4 – 18) (negativer Zusammenhang, d.h. je auffälliger die Kinder aus Sicht der Eltern beurteilt wurden (hohe Werte im CBCL), desto geringer die Lebensqualität der Kinder).
- Der Schweregrad der elterlichen Störung hat einen signifikanten Einfluss auf den Bereich „Familie“ in der Lebensqualität der Kinder. Es liegt ein negativer Zusammenhang im Sinne der positiven Auswirkung eines niedrigen Schweregrads auf die Skala Familie vor.

Für die Untersuchung eines Zusammenhanges zwischen Expositionsdauer und Lebensqualität wurden die absoluten Zahlen der Expositionsdauer benutzt. Jedoch kann vermutet werden, dass eine dreijährige Exposition für einen Fünfjährigen eine andere Bedeutung hat als für einen Siebzehnjährigen, sodass nicht nur die absolute Expositionsdauer, sondern auch die relative Expositionsdauer bzw. das Alter des Kindes und das Alter des Kindes bei Krankheitsbeginn eine Rolle spielen könnten. Eine Analyse der Daten mit der Stichprobe, die dieser Arbeit zugrunde liegt, zeigt jedoch, dass dies nicht der Fall ist.

Für die Interpretation der Ergebnisse der KINDL-R liegen noch keine Daten einer Normstichprobe vor. Als vorläufige Referenzwerte können jedoch die Daten einer großen

Stichprobe von Schulkindern in Hamburg benutzt werden. Problematisch ist dabei, dass die Daten der Analysestichprobe von den Eltern stammen, aber die der Referenzwerte von den Kindern selbst. Ein Vergleich ist daher mit Vorsicht zu ziehen. Möglich ist folgende Formulierung: Die Patienten aus der aktuellen Studie schätzen die Lebensqualität ihrer Kinder hoch signifikant schlechter ein, als die Kinder der Referenzstichprobe ihre Lebensqualität selbst einschätzen.

Die meisten Eltern schätzen die Lebensqualität ihrer Kinder auf Werte zwischen 60 und 90 (zusammen $n = 42$), darüber liegen nur zwei Eltern, darunter 14. Vergleicht man die Analysestichprobe mit der Referenzstichprobe, so lässt sich erkennen, dass die meisten Werte der Analysestichprobe zwischen dem Mittelwert und dem Mittelwert plus einer Standardabweichung der Referenzstichprobe liegen ($n = 19$). Positiver als 98% der Referenzstichprobe (MW + 2SD) wird in der Analysestichprobe niemand eingeschätzt, wohingegen die Lebensqualität von neun Kindern (12.5%) schlechter eingeschätzt wird als sich 98% der Referenzstichprobe (MW – 2SD) einschätzen (s. Abb. 14).

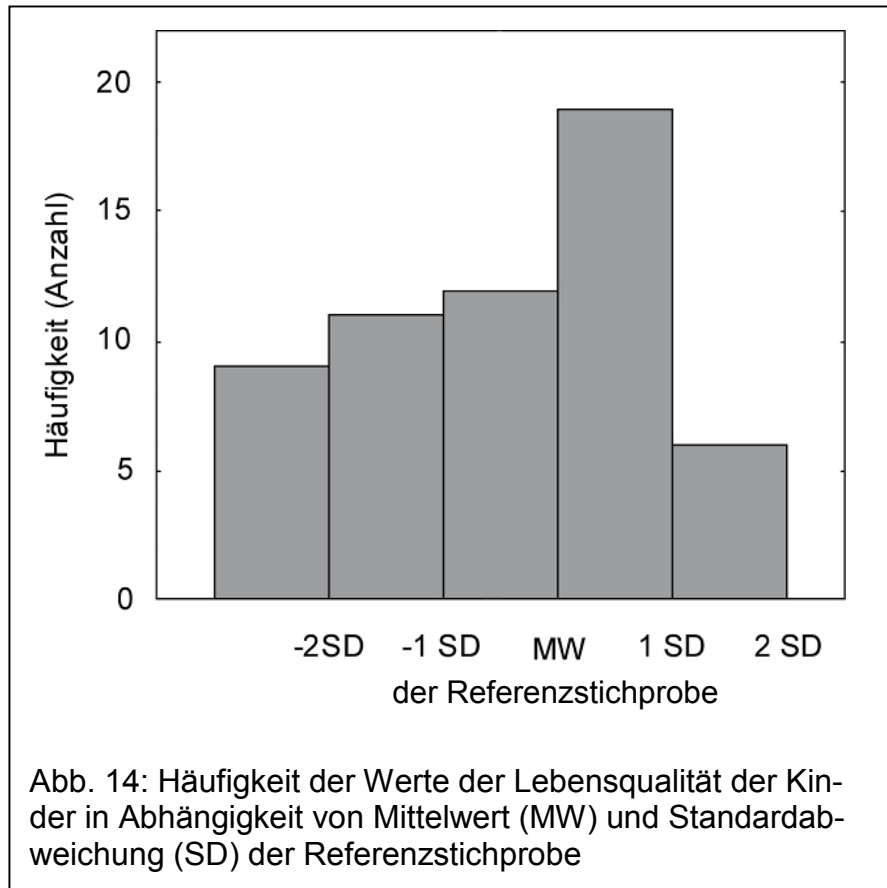
Die Hypothese, dass der erkrankte Elternteil die Lebensqualität seiner Kinder überwiegend als schlecht einschätzt, kann angesichts dieser Ergebnisse als bestätigt gelten.

Tab. 117: Häufigkeitsverteilung der Variablen Total Quality of Life ($n = 72$)

	Häufigkeit (Anzahl)	Kumul. Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)	Kumul. Häufigkeit (%)	Häufigkeit (gült. %)	Kumul. Häufigkeit (gült. %)
30 bis < 40	1	1	1.39	1.39	1.72	1.72
40 bis < 50	4	5	5.56	6.94	6.90	8.62
50 bis < 60	9	14	12.50	19.44	15.52	24.14
60 bis < 70	11	25	15.28	34.72	18.97	43.10
70 bis < 80	17	42	23.61	58.33	29.31	72.41
80 bis < 90	14	56	19.44	77.78	24.14	96.55
90 bis < 100	2	58	2.78	80.56	3.45	100.00
Missing	14	72	19.44	100.00		

Tab. 118: Häufigkeitsverteilung der Variablen Total Quality of Life im Vergleich zur Referenzstichprobe ($N = 72$)

Kategorie	Häufigkeit (Anzahl)	Häufigkeit (%)
unter (MW – 2SD)	9	12,50
zwischen (MW – 2SD) und (MW – SD)	11	15,28
zwischen (MW – SD) und MW	12	16,67
zwischen MW und (MW + SD)	19	26,39
zwischen (MW + SD) und (MW + 2SD)	6	8,33
Missing	15	20,83



9.8 Die psychische Gesundheit der Kinder

Der Einfluss von bestimmten Aspekten der elterlichen Störungen und der Krankheitsbewältigung auf die psychische Gesundheit der Kinder wurde im Rahmen der Vor-/Pilotstudie des Forschungsprojektes CHIMPs untersucht. Die im folgenden zusammengefasste Diplomarbeit von Geers (2006) stützt sich daher ebenfalls auf Informationen und Angaben des behandelnden Arztes (Diagnosen, Schweregrad der Erkrankung) und des erkrankten Elternteils. Auch die Informationen zur psychischen Gesundheit der Kinder stammen vom erkrankten Elternteil, da in dieser Phase des Projekts eine Befragung der Kinder nicht möglich war. Trotzdem konnten wertvolle Informationen gewonnen werden. Zur Diskussion der Verlässlichkeit der Daten siehe Kapitel 7.3.3, S. 246.

Es wurde untersucht, ob folgende Variablen in einem Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit der Kinder stehen (vgl. S. 69 ff.):

- die Diagnose der elterlichen Störung (nach ICD-10),
- das Vorhandensein komorbider psychischer Störungen,
- der Schweregrad der elterlichen Störung (CGI),
- die subjektive Beeinträchtigung des erkrankten Elternteils (Symptomcheckliste SCL-14),
- die Chronizität der elterlichen Erkrankung,
- die Expositionsdauer des Kindes,
- die Art der individuellen Krankheitsbewältigung (FKV),
- die Angemessenheit der individuellen Krankheitsbewältigung.

Für die Auswertung stehen Geers die Antworten von 62 Patienten zur Verfügung (vgl. S. 77), von denen die meisten (32.3%, n = 20) von affektiven Störungen (F3-Gruppe) betroffen sind. Über die Hälfte der Patienten (59.7%, n = 37) weist zusätzlich mindestens eine komorbide psychische Störung auf. Der Schweregrad variiert zwischen „mäßig krank“ und „extrem schwer krank“, auch die subjektive Belastung liegt signifikant höher als ein bevölkerungsrepräsentativer Durchschnitt. Die Dauer der Störung beträgt bis zu 34 Jahren, im Mittel 8.1 Jahre. Genau die Hälfte der Patienten (50.0%, n = 31) war bereits mindestens einmal in stationärer psychiatrischer Behandlung. Die Expositionsdauer des Kindes wurde aus dessen Alter und der Dauer der elterlichen Erkrankung berechnet. Sie liegt zwischen 0 und 17 Jahren, im Mittel bei 4.7 Jahren. Die Art der individuellen Krankheitsbewältigung wird in fünf Strategien (depressive Verarbeitung, aktives problemorientiertes Coping, Ablenkung/ Selbstaufbau, Religiosität/ Sinnsuche, Bagatellisierung/ Wunschdenken) eingeteilt, deren Messwerte zwischen 0 und 4 („sehr stark“) liegen. Die Mittelwerte der Stichprobe liegen zwischen 1.6 und 2.3, es liegen jedoch keine Vergleichswerte einer Normstichprobe vor. Ein mäßig schwerer bis schwerer Mangel an Urteilsfähigkeit und Krankheitseinsicht wurde von den Ärzten nur in 10.3% der Patienten (n = 6) beobachtet. Die Krankheitsverarbeitung wurde für jeweils etwa die Hälfte der Patienten als angemessen (55.17%, n = 32) bzw. nicht angemessen (44.83%, n = 26) beurteilt (vgl. S. 95 – 103).

Die meisten untersuchten Variablen haben auf die Bewertung der psychischen Gesundheit der Kinder keinen statistisch nachweisbaren Einfluss (vgl. S. 109 – 122):

- das Vorhandensein komorbider psychischer Störungen,
- der Schweregrad der elterlichen Störung (CGI),
- die Ausprägung auf der Skala „Depressivität“ innerhalb der subjektiven Beeinträchtigung des erkrankten Elternteils (Symptomcheckliste SCL-14),
- die Chronizität der elterlichen Erkrankung,
- die Expositionsdauer des Kindes,
- die Art der individuellen Krankheitsbewältigung (FKV), ausgenommen die Skalen „Religiosität und Sinnsuche“ und „Depressive Verarbeitung“,
- die Angemessenheit der individuellen Krankheitsbewältigung.

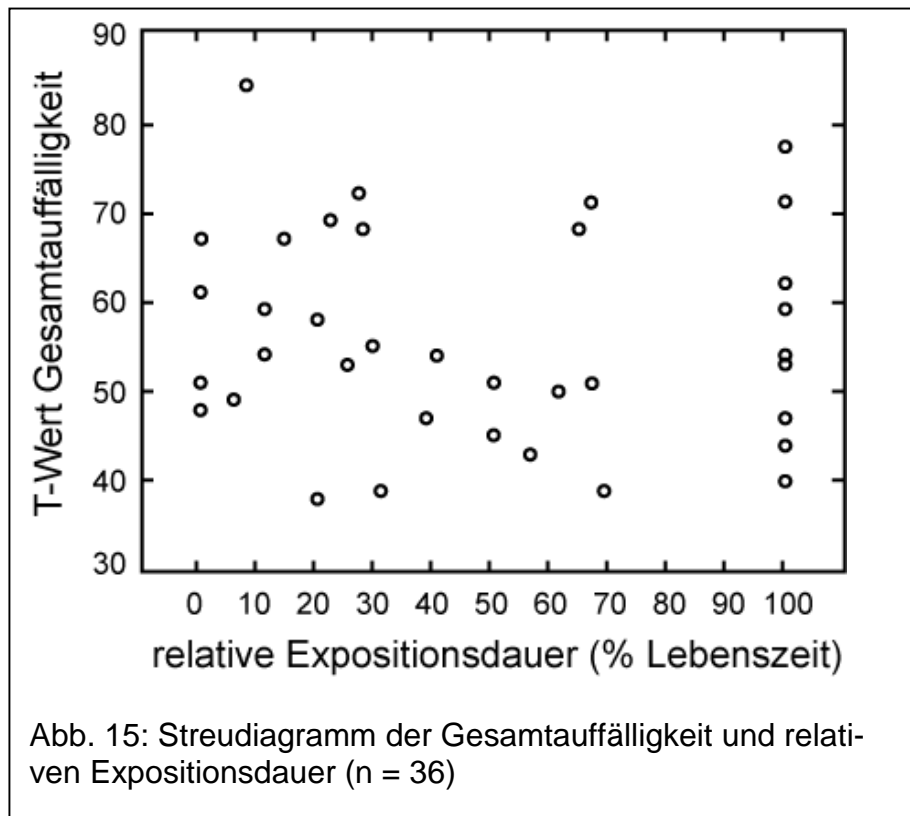
Signifikanten Einfluss auf die Beurteilung der psychischen Gesundheit des Kindes haben folgende Variablen (vgl. S. 109 – 122):

- die Diagnose der elterlichen Störung (nach ICD-10),
- die subjektive Beeinträchtigung des erkrankten Elternteils (Symptomcheckliste SCL-14), ausgenommen die Skala „Depressivität“,
- die Ausprägung auf den Skalen „Religiosität und Sinnsuche“ und „Depressive Verarbeitung“ innerhalb der Art der individuellen Krankheitsbewältigung (FKV).

Als bedeutsame Prädiktoren für die Kriteriumsvariable „psychische Auffälligkeit des Kindes (Gesamtwert der CBCL)“ wurden die Variablen „Religiosität und Sinnsuche“, „Mangel an Urteilsfähigkeit“ sowie „F6-Störung in der Diagnose vorhanden“ ermittelt. Mit Hilfe dieser Variablen können im Regressionsmodell 31.3% der Varianz der Kriteriumsvariablen erklärt werden. Dass ein nicht unbedeutender Anteil der Varianz ungeklärt bleibt, hängt damit zusammen, dass mehrere wichtige risikoe erhöhende bzw. –mildernde Bedingungen nicht in die Analyse einbezogen wurden (vgl. S. 123 f.).

Für die Untersuchung eines Zusammenhanges zwischen Expositionsdauer und psychischer Gesundheit wurden die absoluten Zahlen der Expositionsdauer benutzt. Jedoch kann vermutet werden, dass eine dreijährige Exposition für einen Fünfjährigen eine andere Bedeutung hat als für einen Siebzehnjährigen, sodass nicht nur die absolute Expositionsdauer, sondern auch die relative Expositionsdauer bzw. das Alter des Kindes und

das Alter des Kindes bei Krankheitsbeginn eine Rolle spielen könnten. Eine Analyse der Daten mit der Stichprobe, die dieser Arbeit zugrunde liegt, zeigt jedoch, dass dies nicht der Fall ist (vgl. Abb. 15). Für die Analyse konnten jedoch nur 36 der 72 möglichen Kinder berücksichtigt werden, da 6 Kinder unter 4 Jahre alt waren, von einem Kind das Alter nicht angegeben wurde und von den anderen Kindern der Auffälligkeitswert aufgrund fehlender Angaben nicht berechnet werden konnte.



Der Großteil der Kinder ist aus Sicht des erkrankten Elternteils psychisch gesund, denn auf den einzelnen Syndromskalen sind jeweils etwa drei viertel der Kinder dem Normalbereich zuzuordnen. Jedoch kann man feststellen, dass bei einem Vergleich mit der Normstichprobe die Auftretsraten der als auffällig eingeschätzten Kinder deutlich erhöht sind: 32.3% der Kinder wurden im Gesamtwert der CBCL als klinisch auffällig eingeschätzt, während dies nur bei 10% der Normstichprobe der Fall ist.

Zur Berechnung eines eindimensionalen χ^2 wurde folgende Hypothese aufgestellt:

H_1 : Der Anteil der als psychisch auffällig eingeschätzten Kinder in der Stichprobe ist überzufällig groß.

H_0 : Der Anteil der als psychisch auffällig eingeschätzten Kinder in der Stichprobe entspricht dem Anteil der als psychisch auffällig eingeschätzten Kinder in der Normstichprobe.

Das errechnete χ^2 von $\chi^2 = 27.3$ ist bei einem Freiheitsgrad von $df = 1$ hoch signifikant (Asymp. Sig. < 0.001).

Die Hypothese, dass der erkrankte Elternteil die psychische Gesundheit seiner Kinder überwiegend als schlecht einschätzt, kann angesichts dieser Ergebnisse als bestätigt gelten.

10 Diskussion

10.1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Vergleich mit den theoretischen Grundlagen

10.1.1 Familiäre Lebensformen und familiäre Situation

Neben verschiedenen anderen familialen Lebensformen ist, ähnlich wie in der Gesamtbevölkerung Deutschlands, die Ehe auch in der Stichprobe das am weitesten verbreitete Familienmodell (in der Stichprobe sind 51.4% der Befragten verheiratet, in der Bevölkerung knapp 60% (Bundeszentrale für Politische Bildung 2005b)). In der Studie von Bauer und Lüders (1998) haben über 90% der befragten Mütter mit Schizophrenie mindestens einmal geheiratet, 40% dieser Ehen sind jedoch wieder auseinander gegangen. Demgegenüber leben nur knapp 24% der Patienten der Stichprobe, in der Gesamtbevölkerung jedoch mit ungefähr 14% (Statistisches Bundesamt 2007b) noch weniger Menschen geschieden oder getrennt. Von den 47 Patienten der Stichprobe (65.3%), die in einer Partnerschaft oder Ehe leben, empfindet die überwiegende Mehrheit diese Partnerschaft auch als stabil. Mehrere Autoren (Propping 1989, Rutter & Quinton 1984, Remschmidt & Matthey 1994b) weisen darauf hin, dass überdurchschnittlich viele Partner von befragten Patienten ebenfalls psychisch auffällig sind. In der hier untersuchten Stichprobe geben 27.7% der in einer Partnerschaft lebenden Patienten an, dass ihr Partner ebenfalls psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandelt wird.

Die Kinderzahl je Frau liegt im Bundesdurchschnitt bei etwa 1.3 (Statistisches Bundesamt 2007a), in anderen Untersuchungen betroffener Familien bei 1.5 bis 1.6 (Wagenblass 2002, Wagenblass 2005) und in der hier untersuchten Stichprobe mit 1.7 etwas höher. 52 Patienten leben mit ihrem Kind oder ihren Kindern zusammen in einem Haushalt, in weitaus den meisten Haushalten lebt ein Einzelkind (63.5%). Nur 25 (34.7%) Patienten haben (auch) Kinder, die außerhalb untergebracht sind. 21 (29.1%) Patienten haben kein einziges Kind bei sich, etwas mehr als in der Studie von Lenz (2005), wo etwa 23% der Mütter nicht mit den Kindern zusammenlebt und etwas weniger als in der Studie von Wagenblass und Schone (2002), wo etwa ein Drittel der befragten psychiatrisch behandelten Patienten nicht mit den Kindern zusammenlebt. In der Untersuchung von Bauer und Lüders (1998), die Mütter mit Schizophrenie befragten, war sogar über die Hälfte der Frauen von ihren Kindern getrennt. Aus Sicht der Kinder sind in der Stichprobe 32% von ihnen außerhalb des Haushalts des befragten Elternteils untergebracht. Nave-Herz (1998) gibt

an, dass in Deutschland über 92% der minderjährigen Kinder bei einem Elternteil leben. In der Stichprobe leben 93.2% (n = 95) der minderjährigen Kinder der befragten Patienten bei mindestens einem Elternteil, ein weiteres Kind ist bei anderen Verwandten untergebracht. Dies steht in Übereinstimmung mit der Studie von Bauer und Lüders (1998). 50 minderjährige Kinder (48.5%) leben mit beiden leiblichen Elternteilen zusammen in einem Haushalt, das sind deutlich weniger, als im bundesdeutschen Durchschnitt, den Nave-Herz (1998) mit 82% angibt. Das Zusammenleben von erkranktem Elternteil und seinem Kind hängt dabei nur zum Teil mit der Schwere der Erkrankung oder der Funktionalität der Beziehungen (GARF) (beides vom Arzt eingeschätzt) zusammen.

Mit dem Familienbogen A wird die Funktionalität der Familie gemessen, im Einzelnen werden die Aufgabenerfüllung, das Rollenverhalten, die Kommunikation, die Emotionalität, der Kontrollstil und die Wertvorstellungen in der Familie ermittelt und die Beziehungen auf einem Kontinuum zwischen narzisstisch und symbiotisch verortet. Betrachtet man die Einzelskalen, so zeigt sich, dass etwa jeweils ein Drittel der befragten Patienten problematische Werte erreicht, aber auch etwa jeweils ein Drittel bis die Hälfte der Patienten Stärken der Familie in den einzelnen Bereichen aufzeigt (insbesondere bei den Wertvorstellungen haben viele Familien Stärken). Der Gesamtwert der Funktionalität liegt dennoch bei knapp zwei Dritteln der Patienten im kritischen Bereich und nur knapp 2% der Patienten deuten in der Summe auf Stärken ihrer Familie. Es gibt in der Literatur keine vergleichbaren Untersuchungen, jedoch weisen einige Studien darauf hin, dass psychische Störungen Auswirkungen auf die ganze Familie und ihre Funktionalität haben, da sie insbesondere durch belastete Beziehungen, Kommunikationsschwierigkeiten, Konfliktbelastungen, angespanntes emotionales Klima, Störungen der Aufgabenverteilung und des Rollenverhaltens (z.B. Parentifizierung eines Kindes) gekennzeichnet sind (vgl. Pretis & Dimova 2004, Hantel-Quitmann 1997, Billings & Moos 1983 nach Remschmidt & Mattejat 1994b, Rutter 1966, Rutter & Quinton 1984, Creer & Wing 1989, Papoušek 2002, Deneke & Lüders 2003, Lenz 2005). Dass in der Stichprobe nicht einmal ein Drittel der Patienten mit ihrer Lebenssituation zufrieden ist (30.5%), überrascht angesichts dieser Daten nicht, vor allem, wenn man noch berücksichtigt, dass Krankheit in der Gesellschaft als Defizitkriterium gilt.

Die meisten Patienten der Stichprobe (65.3%) meinen, dass die familiären Aufgaben während Krankheitszeiten flexibel in der Familie verteilt werden. Dazu gehört auch die Kinderbetreuung, die in der Hälfte der Fälle (52.8%) in den Zuständigkeitsbereich des Patienten fällt und meist an den anderen Elternteil oder die Großeltern der Kinder abgegeben

wird. Außerfamiliäre Netzwerkmitglieder spielen eine eher untergeordnete Rolle, wie auch die Studien von Bohus, Schehr, Berger-Sallawitz, Novelli-Fischer, Stieglitz und Berger (1998) und Lenz (2005) festgestellt haben.

10.1.2 Armut, Risiko und Arbeitslosigkeit

Überdurchschnittlich viele der Familien, in denen ein befragter Patient lebt, sind von Armut und Arbeitslosigkeit betroffen. Das haben auch viele andere Autoren für ihre Stichproben herausgefunden (z.B. Hammen, Gordon, Burge et al. 1987, Rutter 1966, Tergeist 1993, Hantel-Quitmann 1997, Lisofsky 2004a, Deneke 2004b, Hall 2004, Baistow & Hetherington 2004). Die Situation der Erwerbslosigkeit hängt in der Stichprobe allerdings nicht vom Geschlecht und damit zusammenhängend dem traditionellen Rollenbild der Frau ab, wie dies von Tergeist (1993) vermutet wurde. Da in der Literatur auf den Zusammenhang zwischen Schulabschluss, Berufsabschluss und Arbeitslosigkeit hingewiesen wird (vgl. Hecker, Preißler & Ludwig-Mayerhofer 2001) überrascht der relativ gute Bildungsstand in der Stichprobe. Eine Erklärung dafür ist, dass die Bildungs- und Berufsabschlüsse noch vor Ausbruch der Erkrankung erworben wurden, was angesichts der Tatsache, dass knapp zwei Drittel der Befragten erst mit über 30 Jahren erkrankten, wahrscheinlich ist.

10.1.3 Soziale Unterstützung

Sehr viele Autoren weisen darauf hin, dass betroffene Familien unter sozialer Isolation, Ausgrenzung und Ablehnung leiden (z.B. Chernomas, Clarke & Chisholm 2000, Hantel-Quitmann 1997, Wagenblaus 2001, Mattejat 2004, Lenz 2005, Bassett, Lampe & Lloyd 1999, Kühnel & Bilke 2004), sodass sich vermuten lässt, dass auch die Patienten der Stichprobe über keine ausreichende soziale Unterstützung verfügen. Diese Hypothese wird bestätigt, denn beinahe die Hälfte der befragten Patienten (45.8%) fühlt sich mangelhaft sozial unterstützt, weitere 36.1% schätzen ihre soziale Unterstützung als mittelmäßig ein.

10.1.4 Zusammenhang mit Art und Schwere der Erkrankung

Die Hypothese, dass Art und Schwere der Erkrankung einen Einfluss auf die Stärke der Belastungen hinsichtlich der Funktionalität der Familie, Armut, Arbeitslosigkeit und sozialen Unterstützung haben, ist zwar nachvollziehbar, lässt sich in der Stichprobe jedoch nicht bestätigen. Auch die Literatur ist sich uneinig darüber, welche Auswirkungen von Art und Schwere der Erkrankung ausgehen. Familien, die einen Elternteil mit F4-Störung (neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störungen) haben, sind in der hier untersuch-

ten Stichprobe im Vergleich am auffälligsten, jedoch nicht signifikant: Sie verfügen über ein relativ gutes Einkommen, der erkrankte Elternteil fühlt sich jedoch sozial sehr schlecht unterstützt und ist relativ häufig arbeitslos. Familien mit Elternteil mit F2- oder F6-Störung (schizophrene Störungen; Persönlichkeitsstörungen) sind hingegen häufig arm.

10.1.5 Professionelle Unterstützung

Die meisten Patienten der Stichprobe finden spezielle Angebote sinnvoll und würden sie auch nutzen. Jedoch lässt die Bereitschaft, bestimmte Angebote in Anspruch zu nehmen, mit ihrem Offenbarungscharakter ab, sodass Informationsbroschüren und Familiengespräche am ehesten erfolgversprechend sind, während Vorträge, Diskussionen und Gruppenangebote weniger Akzeptanz finden. Die im Fragebogen aufgeführten Angebote wurden von sehr wenigen Patienten bereits genutzt, sodass man davon ausgehen kann, dass sich die hier ausgewählten Angebote nicht mit dem Bedarf decken. Am häufigsten wird „Kinderbetreuung“ in Anspruch genommen (34.7%) und auch als nützlich empfunden. Nutzungswünsche werden mehrheitlich nur für Paarberatungen angemeldet, alle anderen aufgeführten Angebote werden von der Mehrheit entweder abgelehnt oder „vielleicht“ gewünscht. Auf die Frage, wobei ihnen Unterstützungsangebote helfen könnten, antworteten einige Patienten mit einem ähnlichen Bedarf, wie er auch von vielen anderen Studien eruiert wurde: Es geht um Informationen und Aufklärung, Austausch mit anderen Betroffenen, konkrete praktische Unterstützung, therapeutisch ausgerichtete Angebote, Unterstützung im Umgang mit den Kindern und Unterstützung der Kinder direkt (vgl. Sommer, Zoller & Felder 2001, Bassett, Lampe & Lloyd 1999, Creer & Wing 1989, Lenz 2005, Bohus et al. 1998; Cowling 2004a, Kühnel & Bilke 2004, McLean, Hearle & McGrath 2004, Schone & Wagenblass 2002).

10.1.6 Isolation der Kinder

In Zeiten eines stationären Aufenthaltes von psychisch erkrankten Eltern sind die Kinder von diesem Elternteil getrennt. In der Untersuchung von Lenz (2005) besuchten gut die Hälfte der Kinder ihre Eltern in der Klinik, in der hier untersuchten Stichprobe haben sogar 82% der Eltern während des Klinikaufenthaltes Kontakt zu ihren Kindern, aber nur 62.5% der Eltern geben an, dass die Kinder über die Erkrankung informiert sind. In der Studie von Bohus et al. (1998) wissen sogar nur 35% der Kinder über den Grund des stationären Aufenthaltes Bescheid. Auch in den Untersuchungen von Küchenhoff (2004c) und Lenz (2005) sind etwa 35% der Kinder nicht informiert. Die wichtigste Informationsquelle der anderen Kinder ist der erkrankte Elternteil selbst, auch der gesunde Elternteil hat eine

bedeutende Rolle bei der Aufklärung, während Experten und Professionelle eher selten Kontakt zu den Kindern haben. Dies ist auch in der hier untersuchten Stichprobe zu beobachten. Ebenso berichten Dunn (1993) und Schone und Wagenblass (2002) über familieninterne Verleugnungstendenzen und Tabuisierungen mit ihren negativen Auswirkungen, sodass Handlungsbedarf darin besteht, die Eltern über diese negativen Auswirkungen mangelnder Informationsweitergabe an die Kinder aufzuklären, denn hinter der Nicht-Information der Kinder stehen normalerweise gute Absichten (Schonung der Kinder).

In der hier untersuchten Stichprobe geben die erkrankten Elternteile folgendes Bild von ihren Familien ab: In den Familien, in denen die Kinder beim erkrankten Elternteil leben, scheint die Beziehung zu den Eltern überwiegend gut. Lebt der andere leibliche Elternteil nicht in der Familie des befragten Patienten, besteht jedoch oft kein häufiger Kontakt und die Beziehung zu diesem Elternteil ist von sehr unterschiedlicher Qualität. Die meisten Kinder haben zusätzlich zum befragten Elternteil weitere erwachsene Bezugspersonen in der Familie, zu denen sie auch Vertrauen haben, was eine wichtige Basis für die Entwicklung von Selbstvertrauen ist. Gerade in Ausfallzeiten des erkrankten Elternteils ist eine Kompensation von zentraler Bedeutung, vor allem wenn die Kinder die ersten sind, die mit der Erkrankung konfrontiert sind und Hilfe organisieren müssen, wie Schone und Wagenblass (2002) betonen. Leben die Kinder nicht mit dem befragten Elternteil in einem Haushalt, so gibt es doch einen relativ häufigen Kontakt und die Beziehung ist überwiegend gut. Auch diese Kinder haben weitere erwachsene Bezugspersonen, zu denen ein Vertrauensverhältnis besteht. Berücksichtigt man zudem, dass sich die meisten Kinder gut mit ihren Eltern verstehen, sich in der Familie wohl fühlen, es wenig Streit und kaum Bevormundung gibt, wirft dies ein insgesamt positives Licht auf die innerfamiliäre Situation der Kinder, sodass man (außer im Bereich der Information und Aufklärung über die Erkrankung) nicht sagen kann, dass die Kinder der befragten Patienten nach deren Aussagen unter innerfamiliärer Isolation leiden, wie dies Knuf (2000), Dörner et al. (1997 zit. nach Pretis und Dimova 2004), Schone und Wagenblass (2002) und Dunn (1993) postulieren. Dunn (1993) sowie Schone und Wagenblass (2002) berichten auch über eine Isolation der Kinder psychisch erkrankter Eltern von Gleichaltrigen, der erweiterten Familie und der Gemeinde. Ob dies für die Kinder der Familien aus der Stichprobe zutrifft, kann nach Angaben der befragten Elternteile nicht abschließend beurteilt werden, denn die Kinder haben zwar kaum Kontakt zu erwachsenen Bezugspersonen außerhalb der Familie, aber einen guten Freundeskreis.

10.1.7 Lebensqualität der Kinder

Trotz umfassender Recherche konnten keine Studien zur Untersuchung der Lebensqualität von Kindern psychisch erkrankter Eltern gefunden werden. Die Diplomarbeit von Jeske (2006), die im Rahmen der Vor-/ Pilotstudie des Forschungsprojektes CHIMPs erstellt wurde, betritt daher ein neues Forschungsgebiet. In der Stichprobe schätzen die meisten erkrankten Elternteile die Lebensqualität ihrer Kinder als schlecht ein, denn sie bewerten die Lebensqualität in keinem Falle positiver, aber in 12.5% schlechter als sich 98% der Kinder der Referenzstichprobe selbst einschätzen.

10.1.8 Psychische Gesundheit der Kinder

Die Risikoforschung bestätigt, dass Kinder psychisch erkrankter Menschen eine Gruppe mit hoher Risikoverdichtung sind, denn sie sind psychisch auffälliger als Kinder gesunder Eltern. Insgesamt erkranken etwa 10 bis 15% von ihnen ebenfalls (vgl. Remschmidt & Mattejat 1994b, S. 30). Andererseits machen alle Kinder normale Entwicklungsprobleme durch, sodass Probleme in betroffenen Familien nicht zwangsläufig mit Auswirkungen der Erkrankung zusammenhängen, wie Mattejat (2001, S. 100) betont. Die Normstichprobe der CBCL gibt eine Rate von 10% als klinisch auffällig eingeschätzter Kinder an, Lenz (2005) hat in seiner Untersuchung einen Anteil von 23% der stationär behandelten Eltern ermittelt, die ihre Kinder für auffällig (oder im Grenzbereich dazu) halten. In der Analysestichprobe ist die Auftrettsrate im Vergleich dazu deutlich erhöht: 32.3% der Kinder wurden im Gesamtwert der CBCL als klinisch auffällig eingeschätzt. Die psychische Gesundheit der Kinder der befragten Patienten ist also deutlich schlechter als in einer vergleichbaren Stichprobe.

10.2 Gesamtfazit aus den Einzelbefunden

In der hier vorgelegten Arbeit sollte einerseits die Situation von Familien, in denen ein Elternteil mit psychischer Störung lebt, untersucht werden und andererseits sollten Möglichkeiten sozialpädagogisch ansetzender Hilfeleistungen eruiert werden. Die Situation der betroffenen Familien als Ganzes lässt sich folgendermaßen beschreiben: Einkommensarmut und Arbeitslosigkeit sind deutlich häufiger als in der Gesamtbevölkerung anzutreffen, während der Bildungsstand relativ gut ist, weil Schul- und Berufsabschlüsse meist noch vor Ausbruch der Erkrankung erworben wurden. Ähnlich wie in der Bevölkerung ist bei den untersuchten Patienten als Lebensform die Ehe am weitesten verbreitet, an besondere Erfordernisse scheinen andere Lebensformen jedoch ebenfalls gut angepasst zu

sein. Die Kinderzahl ist etwas höher als in der Gesamtbevölkerung, und obwohl 21 Patienten keins der Kinder bei sich wohnen haben, leben doch über 90% der Kinder mit mindestens einem Elternteil zusammen, was vergleichbar mit der Gesamtbevölkerung ist. Jedoch wohnen wesentlich weniger Kinder mit beiden Elternteilen gleichzeitig in einem Haushalt. Die Funktionalität der Beziehungen ist sehr unterschiedlich, denn während einerseits sehr viele Patienten auf Probleme hinweisen, haben doch auch viele Familien ihre Stärken in den einzelnen Bereichen der Funktionalität. Die innerfamiliäre Aufgabenverteilung wird dementsprechend insgesamt als flexibel eingeschätzt, die Kinderbetreuung, meist Aufgabe des Patienten, wird in Ausfallzeiten häufig an den anderen Elternteil oder die Großeltern abgegeben.

Der Bedarf an Hilfeangeboten ist sehr vielfältig und unterschiedlich, daher spricht er ganz verschiedene Hilfesysteme (Psychiatrie, Sozialpädagogik, Haushaltshilfen etc.) an. Die im Fragebogen aufgeführten Angebote decken sich nicht mit dem Bedarf, aber es wurde häufig der Wunsch nach Austausch mit anderen Betroffenen mitgeteilt, wobei gleichzeitig jedoch deutlich wurde, dass Angebote mit hohem Offenbarungscharakter, der einem Austausch mit anderen Betroffenen vorausgeht, um als „anderer Betroffener“ identifiziert werden zu können, weniger Akzeptanz finden.

10.3 Reflexion der Grenzen und Stärken

Zunächst stellt sich die Frage, ob der Einsatz der Fragebogenmethode gerechtfertigt ist. Bestimmte Informationen, z.B. Beruf, Bildungsstand und Einkommen, also relativ objektive Informationen, lassen sich sehr gut, ökonomisch und effizient per Fragebogen abrufen. Doch auch hier spielt das Problem der sozialen Erwünschtheit von Antworten in der Sozialstatistik eine Rolle. Insbesondere bei der Furcht vor negativen Konsequenzen ist der Wahrheitsgehalt auch von relativ objektiven Informationen gefährdet. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: jemand, der befürchtet, dass die Angabe der einen oder der anderen Wahl negative Konsequenzen z.B. auf die Höhe von Transferleistungen oder auf die Regelung des Besuchsrechts der Kinder hat, wird sich sehr genau überlegen, ob er angibt, Single zu sein oder in einer Nicht-ehelichen Lebensgemeinschaft zu leben. Selbst die Versicherung, dass die Daten anonym behandelt werden, kann dieser Furcht nicht immer ihre Wirkkraft nehmen.

Die meisten Fragen der Studie erheben keine objektiven Informationen, sondern die Ansicht und Einschätzung des erkrankten Elternteils bzgl. verschiedener Sachverhalte und Persönlichkeitseigenschaften. Es geht also darum, herauszufinden, wie der Befragte den

Sachverhalt wahrnimmt und welche Bedeutung er für ihn hat. Gleichzeitig werden auch Informationen über den subjektiven Bewusstseitsgrad vom Patienten abgegeben, sodass eine Rekonstruktion dessen, was der Person subjektiv bewusst ist und wie sie sich verbal äußern kann, geschieht. Einschränkungen in der Diskriminationsfähigkeit des Patienten und die subjektive Zuverlässigkeit des Antwortverhaltens, insbesondere in Zeiten einer akuten Krise, sowie eine zu hohe Differenzierung der Antwortmöglichkeiten (d.h. ein zu kleiner Unterschied zwischen den vorgegebenen Antworten, z.B. zwischen „stimmt ein wenig“ und „stimmt eher nicht“) können dennoch die Ansicht des Patienten verzerren. Die Diskriminationsfähigkeit eines Patienten kann beurteilt werden, indem man das Antwortverhalten danach untersucht, ob nur mittlere oder auch extreme Antworten gegeben werden, die subjektive Zuverlässigkeit des Antwortverhaltens kann man ermitteln, indem man überprüft, ob Fragen zu einem Themenkomplex ähnlich beantwortet werden. Dazu müssten aber standardisierte und normierte Messinstrumente, die genau diese Eigenschaften untersuchen, angewendet werden, was im vorliegenden, bereits sehr umfangreichen Fragebogenheft nicht der Fall ist. Zusätzliche Probleme können auftauchen, wenn die akute Krise des Patienten seine Fähigkeit einschränkt, die Fragen zu verstehen und die persönliche Relevanz zu erfassen. Überhaupt ist zu fragen, was die Items implizieren, was evtl. den Forschern gar nicht auffällt und ob bestimmte Fragen relevant für die Patienten sind oder vom Forscher kommen, mithin Forschungsartefakte erzeugen. Zum Beispiel wird gefragt, ob das Kind Vertrauenspersonen hat und ob es zu diesen (Vertrauens-)Personen Vertrauen hat (vgl. S. 358, 359). Hier kann man anmerken, dass eine Vertrauensperson durch das ihr ausgesprochene Vertrauen erst als solche definiert ist. Vermutlich spiegelt die Antwort auf die zweite Frage damit eher das Vertrauen wieder, das der Befragte zu dieser Bezugsperson des Kindes hat.

Probleme bei der Datenerhebung ergaben sich im Projekt dadurch, dass das Fragebogenheft sehr lang und teilweise unübersichtlich und schwer verständlich war, was vermutlich auch ein Grund dafür war, dass viele Patienten den Fragebogen nicht retourniert haben. Außerdem waren die Fragen bzgl. der Lebensqualität und psychischen Gesundheit erst für Kinder ab vier Jahren ausgelegt, sodass dieser Teil für jüngere Kinder nicht ausgefüllt werden konnte. Hinzu kam, dass viel weniger Patienten als erwartet für die Teilnahme überhaupt in Frage kamen, sodass die Stichprobe wesentlich kleiner ausfiel als geplant.

Die Vorgabe von Items im Fragebogen erleichtert zwar die Auswertung, aber Handlungsoptionen und Befindlichkeiten werden unter Umständen erst an den Befragten he-

rangetragen. Mit dem Fragebogen lassen sich erste Informationen zu den Ansichten und Wahrnehmungen der Befragten erheben, detailliertere Angaben sind nur per Interview erfahrbar. Z.B. ist im hier untersuchten Zusammenhang noch interessant, ob es zwischen dem Auftreten der Erkrankung und anderen Ereignissen (wie Geburt des Kindes, Trennung oder anderen) einen Zusammenhang gibt, wie die Familie ihren Alltag nach der Diagnose (re)organisiert hat usw. Bereits in die Interventionsarbeit hinein reicht das Thema der Identitätsarbeit und der Rekonstruktion der personalen und familialen Identität mit der Aufarbeitung der Innen- und Außendarstellung bzgl. des Umgangs mit dem Erkrankungsbild. Hierzu gehört auch der innerfamiliäre Umgang mit dem Erkrankten und die Möglichkeit der Kinder, (berechtigte) Bedürfnisse und Ansprüche gegenüber dem erkrankten Elternteil anzumelden oder Belastungen von ihm fernzuhalten. Auch die Art der Konfrontation der Kinder mit ihrer Entwicklung, der Austausch der Kinder mit ihren Eltern darüber (d.h. Aufklärung über körperliche Vorgänge), der bei einem Mangel an Informationen zu einem Familiengeheimnis und Schamgefühlen führt, und die Art der Auseinandersetzung der Kinder mit von außen oder innen zugeschriebenen Defiziten sind Themen, die bereits zu den therapeutisch zu begleitenden Gesprächen gehören. Gegebenenfalls lassen sich Interviews in der Interventionsphase des Projektes durchführen, wenn die Familien an den Familiengesprächen teilnehmen. Hier lassen sich dazu auch weitere Meinungen und Ansichten der anderen Familienmitglieder erfragen, sowohl per Fragebogen als auch im Interview.

Die Informationen aus dem Arztfragebogen (Diagnose, Schweregrad der Krankheit, generelle Funktionalität des familiären Beziehungssystems, Urteilsfähigkeit, Krankheitseinsicht, Angemessenheit der Krankheitsbewältigung) sind ebenso wenig objektiv, sondern eine subjektive Einschätzung des Arztes, auch wenn sie z.T. nach standardisierten Kriterien erfolgen (z.B. Diagnose). Ein Vergleich der verschiedenen Ansichten und Einschätzungen aus den unterschiedlichen Quellen kann die Informationen aus dem Patientenfragebogen unterstützen oder relativieren, wobei ein grundsätzliches Vertrauen in die Fähigkeiten des Arztes vorliegen muss. An dieser kritischen Stelle muss auch angemerkt werden, dass der Forscher nicht alle Angaben selbst und besser erheben kann, sondern sich auch auf Expertenurteile verlassen können muss, die jedoch bei multipler Quellenlage ihre Relativierung erfahren.

Bei der Untersuchung von Armut und Arbeitslosigkeit ergaben sich besondere Probleme. Das Phänomen der Armut konnte im gegebenen Rahmen einer interdisziplinären Fragebogenuntersuchung nicht in seiner gesamten Mehrdimensionalität erfasst werden, son-

dern musste auf Einkommensarmut reduziert bleiben, die durch Bildungsarmut und Arbeitslosigkeit ergänzt werden konnte. Das gewählte Gewichtungsverfahren mit Grenzziehung und Einordnung in Kategorien bei der Einschätzung der Situation bzgl. der Einkommensarmut entspricht zwar dem Vorgehen der Sozialstatistik, führt jedoch zu einer Homogenisierung der Daten (die Zuordnung der Personen zu einer Kategorie unter oder über der Armutsgrenze bildet zwei Gruppen, die jeweils bzgl. dieses Merkmals in sich homogen sind). Über das Armutrisiko von Familien mit psychisch erkranktem Elternteil und die Folgewirkungen kann bei diesem Vorgehen nur spekuliert werden. Zusätzlich ergaben sich Probleme durch die Auswahl der Intervalle zur Angabe des Haushaltseinkommens, denn der Abstand von 1000 Euro zwischen den Kategorien beinhaltet eine sehr große Streuung. Die Erfassung des Erwerbsstatus konnte nur unspezifisch über Aktenstudium ermittelt werden, weitere Aspekte zur Bestimmung einer Risikolage der Arbeitslosigkeit wie Beginn, Dauer etc. fehlen.

Statistische Vergleiche erfolgten jeweils auf der Basis des bestmöglich verfügbaren Vergleichsmaterials. Da die hier vorliegende Stichprobe jedoch stark gefiltert ist (es handelt sich um Personen zwischen 18 und 65 Jahren, die mindestens ein Kind haben und im Großraum Hamburg leben), ist der Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung zumindest vorsichtig zu behandeln. Eine weitergehende Auswertung, die auf Alterskohorten umgerechnet ist und auch den Elternstatus berücksichtigt, könnte weiter aufschlussreich sein. Eine entsprechende Anfrage nach statistischen Daten, die Alter und Elternstatus berücksichtigen, wurde dem Statistikamt Nord (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein) vorgelegt, aber noch nicht beantwortet.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist als methodisches Problem zu berücksichtigen, dass das Ergebnis kaum ausschließlich auf die elterliche Erkrankung zurückgeführt werden kann, da verschiedene soziale und ökonomische Schwierigkeiten vorliegen können, die sowohl den Gesundheitszustand der Mutter als auch die Situation des Kindes beeinflussen. Da die Daten über die Kinder einer Fremdbewertung entstammen, muss bei ihrer Interpretation besondere Vorsicht walten. Im Vergleich mit bisherigen Studien ist zudem zu bedenken, dass sich Konzepte und Definitionen sowie Diagnose-Kriterien und Methoden im Laufe der Zeit verändern und viele Faktoren nicht berücksichtigt wurden. In der Interpretation ist ebenfalls zu beachten, dass mit der Übernahme bestimmter Terminologien eine Deutung verbunden ist (z.B. Handlungsfähigkeit und Eigennutzmaximierung), und dass mit der Definition einer Krise gleichzeitig eine Definition von Lösungen gegeben wird (welche Bedingungen einer Erkrankung als dysfunktional definiert werden, hat z.B.

einen Einfluss darauf, was als erfolgreiche Erziehungsziele expliziert wird). Es fragt sich mithin, was der Forscher feststellt und was er daraus ableitet, denn bereits in der Feststellung stecken normative Werte, die zu bestimmten Handlungszielen leiten. So ergeben sich Konsequenzen für die Intervention daraus, welches Modell der Genese und Transmission psychischer Störungen man der Interpretation zugrunde legt (je nachdem, ob man z.B. eher genetische Ursachen oder dysfunktionale Kommunikationsbeziehungen in der Familie als Ursache für Erkrankungen sieht, zielt eine Intervention auf verschiedene Aspekte). Ebenfalls eine nicht zu leugnende Wirkung hat die Einstellung zur Frage, wie man mit Verantwortung umgeht, also welche Selbstverantwortung der Familie zuerkannt wird. Die soziale Verantwortung der Gesellschaft in Hinblick auf die Familie und deren Integrationsfähigkeit kann nicht ohne moralische Kategorien, die ihrerseits begründungsbedürftig sind, diskutiert werden. Verantwortung ist nur diskursfähig, wenn Moral den Bezugspunkt bildet. Daraus ergibt sich die Bildung einer Moral über Moral, d.h. eine Übereinkunft darüber, wie verbindlich eine Moral sein soll (vgl. Mühlfeld 2006, S. 73). Für das hier bearbeitete Themenfeld ergibt sich daraus die Frage danach, wie man die Familie sehen will und wie weit man ihr Verantwortung substituieren oder Selbstverantwortung geben will. Gerade die Fragen zur Bedarfsermittlung professioneller Unterstützung haben einige Schwächen: Die Vorauswahl der abgefragten Angebote ist zu sehr eingeschränkt, gleichzeitig ist die Frage nach weiterem Unterstützungsbedarf nicht explizit genug. Die Antwortmöglichkeit „vielleicht“ auf die Frage nach dem Nutzungswunsch ist nicht interpretierbar, wurde aber von einer großen Gruppe gewählt. Die größte Gruppe der Antwortenden hat jedoch gar nichts angekreuzt, sodass die Ergebnisse mit großer Vorsicht zu interpretieren sind. Zur Entwicklung spezieller Präventiv- und Interventionsmaßnahmen sollten auch die Kinder selbst ihrem Bedarf Ausdruck verleihen. Dies sollte in der Interventionsphase nachgeholt werden.

Die Stärken der hier vorgelegten Arbeit liegen darin, dass sie auf die Situation der Familie als Ganzes eingeht und unter speziell sozialpädagogischem Blickwinkel Möglichkeiten der Unterstützung eruiert. Es wird vor allem die inner- und außerfamiliäre Integration der Familienmitglieder betrachtet. Implikationen, die sich aus den Ergebnissen für die Praxis ableiten lassen, werden im folgenden Abschnitt dargestellt, ebenso weitere Fragen, die sich für die künftige Forschung stellen.

10.4 Ausblick für die weitere Forschung und Praxis

Um effektiv Unterstützung anbieten zu können, muss zunächst das Dilemma gelöst werden, in dem sich Hilfeangebote befinden: Betroffene Familien wünschen sich zwar Austausch mit anderen Betroffenen, scheuen sich aber gleichzeitig vor der Offenbarung ihrer Situation. Selbsthilfegruppen z.B. können zwar dem Wunsch nach Austausch gerecht werden, haben jedoch einen sehr hohen Selbstoffenbarungscharakter.

Der Bedarf an Hilfeangeboten ist sehr vielfältig und unterschiedlich. Daher spricht er ganz verschiedene Hilfesysteme (Psychiatrie, Sozialpädagogik, Haushaltshilfen etc.) an, sodass der Aufbau eines Kooperationsnetzes sehr wichtig erscheint, wenn Unterstützung langfristig erfolgreich sein soll. Z.B. zeigen viele Familien Probleme in der Funktionalität ihrer Beziehungen, sodass in diesen Fällen eine Zusammenarbeit mit psychotherapeutisch arbeitenden Angeboten angezeigt ist. Speziell sozialpädagogisch ansetzende Hilfeleistungen, die sich aus der hier vorgelegten Arbeit ableiten lassen, sind folgende: Netzwerkarbeit und Empowerment haben neben der Integration der Betroffenen in bestehende informelle und formelle Netzwerke auch den Aufbau weiterer und die Förderung bestehender informeller Netzwerke für Familien und ihre einzelnen Mitglieder, z.B. durch Zusammenarbeit mit Mütterzentren, Spielgruppen etc. zur Aufgabe. Therapeutische Angebote für die Kinder zur Verbesserung ihrer psychischen Gesundheit und Lebensqualität gehören eher zum Fachgebiet der Psychologie, aber auch die Sozialpädagogik kann z.B. mit erlebnispädagogischen Angeboten selbstwertstärkend und sozialintegrativ arbeiten, was sich ebenfalls auf psychische Gesundheit und Lebensqualität der Kinder auswirkt. Infobroschüren über die Angebote in der Stadt und Umgebung sowie Aufklärungsbroschüren über verschiedene psychische Störungen können vom sozialpsychiatrischen Dienst erarbeitet und in Umlauf gebracht werden. Wichtig ist ebenfalls die Aufklärung der Eltern darüber, dass Nicht-Information der Kinder über die Erkrankung des Elternteils negative Auswirkungen hat. Gegebenenfalls muss Unterstützung bei der Aufklärung der Kinder angeboten werden. Die Jugendhilfe muss ihre Angebote noch spezieller auf den Bedarf abstimmen. In der Stichprobe wurde Unterstützung im Umgang mit den Kindern gewünscht, was zum Aufgabenbereich der sozialpädagogischen Familienhilfe sowie der Erziehungsberatung, aber auch der Förderung der Erziehung in der Familie gehört. Eine direkte Unterstützung der Kinder kann z.B. durch eine Erziehungsbeistandschaft, Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit, Soziale Gruppenarbeit oder Erziehung in einer Tagesgruppe erbracht werden. Neben diesen bestehenden Angeboten müssen auch neue, bisher nur in Modellprojekten erprob-

te Angebote in die Regelversorgung mit aufgenommen werden. Bildungs- und Qualifizierungsprojekte, die der Beschäftigungslosigkeit entgegenwirken sollen, müssen den (guten) Bildungs- und Ausbildungsstand der Betroffenen berücksichtigen.

Für die gezielte Entwicklung weiterer Angebote ist die Untersuchung weitergehender Fragen erforderlich: Gibt es zwischen dem Auftreten der Erkrankung und anderen Ereignissen (wie Geburt des Kindes, Trennung oder anderen) einen Zusammenhang? Wie lautet die subjektive Krankheitstheorie des Erkrankten? Wie reorganisieren die Familien ihren Alltag nach der Diagnosestellung, d.h., wie gestalten sie die Rollenverteilung und Arbeitsteilung bzgl. Hausarbeit, Kinderbetreuung etc.? Wie werden die Kinder mit den neuen Anforderungsprofilen konfrontiert? Wie wird fremde Hilfe (z.B. Leistungen der Jugendhilfe) in die familiäre Aufgabenverteilung integriert? Wie sehen die Strategien und Wege der Bewältigung nicht nur in alltagsorganisatorischer, sondern auch in mentaler Hinsicht aus? Nach der Ermittlung des quantitativen Ausmaßes von Armut und Arbeitslosigkeit muss nach der Bedeutung für die Betroffenen gefragt werden, um Angebote entwickeln zu können, die über rein finanzielle Transferleistungen hinausgehen. Mit Längsschnittstudien kann der zeitliche Verlauf der Verarbeitung rekonstruiert werden. Die vorliegenden Daten zur Arbeitslosigkeit deuten auf eine deterministische Entwicklung hin: während noch relativ viele Befragte über einen Schulabschluss und etwas weniger über einen Ausbildungsabschluss verfügen, sind sehr viele von ihnen erwerbslos. Diese Entwicklung scheint mit dem lebenszeitlichen Beginn der Erkrankung zusammenzuhängen. Nur über Längsschnittstudien lassen sich Möglichkeiten der Verarbeitung dieser Entwicklung nachvollziehen und die Frage beantworten, ob es sich bei der Erkrankung um einen „Einstieg in den Abstieg“ handelt und ob die Armutskarriere irreversibel ist oder ob es einen „Wiederaufstieg“ geben kann. Damit verknüpft ist auch das Thema der Identitätsarbeit und der Rekonstruktion der personalen und familialen Identität mit der Aufarbeitung der Innen- und Außendarstellung bzgl. des Umgangs mit dem Erkrankungsbild. Hierzu gehört auch der innerfamiliäre Umgang mit dem Erkrankten und die Möglichkeit der Kinder, (berechtigte) Bedürfnisse und Ansprüche gegenüber dem erkrankten Elternteil anzumelden oder Belastungen von ihm fernzuhalten. Auf welche Art werden die Kinder mit ihrer Entwicklung konfrontiert und wie stehen sie im Austausch mit ihren Eltern darüber (Aufklärung über körperliche Vorgänge)? Ein Mangel an Informationen kann zu einem Familiengeheimnis und Schamgefühlen führen. Wie setzen sich die Kinder mit von außen oder innen zugeschriebenen Defiziten auseinander? Die Lebensqualität und die psychische Gesundheit der Kinder wurde in der vorliegenden Studie per Fremdbeurteilung erfasst. Die alarmierenden

Ergebnisse legen eine direkte Untersuchung der betroffenen Kinder selbst nahe, die auch den speziellen Unterstützungsbedarf abklären muss. Die Betreuung der Kinder geschieht bei Ausfallzeiten der Hauptbetreuungsperson innerhalb der (erweiterten) Familie. Daher ist auch hier direkt ein Bedarf an Unterstützung zu erfragen.

In der Verbesserung des Angebots müssen Forschung und Praxis zusammenarbeiten, denn die Praxis muss die herausgefundenen Hilfemöglichkeiten umsetzen, während die Forschung sie evaluiert und daraus Weiterentwicklungsvorschläge ableitet. In diesen Feedbackschleifen, die immer wieder durchgeführt werden müssen, um die Angebote an sich verändernde Bedarfe anzupassen, zeigt sich, was auch und gerade bei Familien, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist, mit ihren speziellen Bedürfnissen gilt: Bleibt alles anders!

11 Literaturverzeichnis

- Ackermann, R. & DeRubeis, R. J. (1991): Is depressive realism real? In: *Clinical Psychology Review* 11, S. 565 - 584.
- Adshead, G., Falkov, A. & Göpfert, M. (2004): Personality disorder in parents: developmental perspectives and intervention. In: Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M. V. (Hrsg.): *Parental Psychiatric Disorder - Distressed Parents and their Families* (2. Auflage). Cambridge: Cambridge University Press. S. 217 - 237.
- Alderson, P. (1993): *Children's Consent to Surgery*. Buckingham: Open University Press.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2004): *Facts for Families No 39 - Children of Parents with mental illness*. <http://www.aacap.org/publications/factsfam/parentmi.htm>, letztes Update: Juli 2004, abgerufen am 21.11.04.
- American Psychiatric Association (2007): *DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Introduction*. <http://www.psych.org/research/dor/dsm/dsmintro81301.cfm>, abgerufen am 5.10.07.
- Andreß, H.-J. & Güllner, M. (2001): Scheidung als Armutsrisiko. In: Barlösius, E. & Ludwig-Mayerhofer, W. (Hrsg.): *Die Armut der Gesellschaft*. Opladen: Leske + Budrich. S. 169 - 197.
- Anthony, E. J. (1980): Kinder manisch-depressiver Eltern. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Psychopathologie der Familie und kinderpsychiatrische Erkrankungen*. Bern u.a.: Huber.
- Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998): *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/ 4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung* (2. Auflage mit deutschen Normen). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Aronen, E. T. & Arajärvi, T. (2000): Effects of early intervention on psychiatric symptoms of young adults in low-risk and high-risk families. In: *American Journal of Orthopsychiatry* 70, S. 223 - 232.
- Backert, W. (2001): Armutsrisiko: Überschuldung. In: Barlösius, E. & Ludwig-Mayerhofer,

- W. (Hrsg.): *Die Armut der Gesellschaft*. Opladen: Leske + Budrich. S. 243 - 261.
- Baistow, K. & Hetherington, R. (2004): Overcoming obstacles to interagency support: learning from Europe. In: Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M. V. (Hrsg.): *Parental Psychiatric Disorder - Distressed Parents and their Families* (2. Auflage). Cambridge: Cambridge University Press. S. 361 - 371.
- Barlösius, E. (2001): Das gesellschaftliche Verhältnis der Armen - Überlegungen zu einer theoretischen Konzeption einer Soziologie der Armut. In: Barlösius, E. & Ludwig-Mayerhofer, W. (Hrsg.): *Die Armut der Gesellschaft*. Opladen: Leske + Budrich. S. 69 - 94.
- Bassett, H., Lampe, J. & Lloyd, C. (1999): Parenting experiences and feelings of parents with a mental illness. In: *Journal of Mental Health* 8, S. 597 - 604.
- Bauer, M. & Lüders, C. (1998): Psychotische Frauen und ihre Kinder. In: *Psychiatrische Praxis* 25, S. 191 - 195.
- Baumann, K. K. (2000): *Ver-rückte Kindheit. Probleme und Hilfemöglichkeiten bei Kindern psychisch kranker Eltern*. Marburg: Tectum-Verlag.
- Beardslee, W. B., Bemporad, J., Keller, M. B. & Klerman, G. R. (1983): Children of parents with major affective disorder: a review. In: *American Journal of Psychiatry* 140, S. 825 - 832.
- Beardslee, W. R. & Podorefsky, D. (1988): Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: importance of self-understanding and relationships. In: *American Journal of Psychiatry* 145, S. 63 - 69.
- Bender, D. (1994): Versorgung von hilfs- und pflegebedürftigen Angehörigen. In: Bien, W. (Hrsg.): *Eigeninteresse oder Solidarität*. Opladen: Leske + Budrich. S. 223 - 248.
- Bender, M., Prokop-Nolte, I. & Brücher, K. (2004): Auch Kinder sind Angehörige. In: Matthey, F. & Lisofsky, B. (Hrsg.): *Nicht von schlechten Eltern - Kinder psychisch Kranker* (4. Auflage). Bonn: Ratschlag. S. 79 - 91.
- Bien, W. (Hrsg.) (1994): *Eigeninteresse oder Solidarität*. Opladen: Leske + Budrich.
- Bien, W. (1994): Leben in Mehrgenerationenkonstellationen: Regel- oder Sonderfall? In: Bien, W. (Hrsg.): *Eigeninteresse oder Solidarität*. Opladen: Leske + Budrich. S. 3 - 27.
- Bien, W., Alt, C., Bender, D. & Marbach, J. H. (1994): Die Anlage der Mehrgenerationenstudie. In: Bien, W. (Hrsg.): *Eigeninteresse oder Solidarität*. Opladen: Leske +

Budrich. S. 29 - 45.

- Bilsborough, S. (2004): What we want from adult psychiatrists and their colleagues: "Telling it like it is". In: Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M. V. (Hrsg.): *Parental Psychiatric Disorder - Distressed Parents and their Families* (2. Auflage). Cambridge: Cambridge University Press. S. 3 - 7.
- Bischoff, A. (2004): Verbindliche Strukturen schaffen. In: Mattejat, F. & Lisofsky, B. (Hrsg.): *Nicht von schlechten Eltern - Kinder psychisch Kranker* (4. Auflage). Bonn: Rat-schlag. S. 154 - 160.
- Bleuler, M. (1972): *Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten*. Stuttgart: Thieme.
- Böhm, M. & Spangenberg, N. (2006): Das Frankfurter Modell der „Stationären Familienbetreuung“ - eine neue Hilfe auch für Kinder psychisch kranker Eltern. In: Schone, R. & Wagenblass, S. (Hrsg.): *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie* (2. Auflage). Weinheim u.a.: Juventa. S. 129 - 152.
- Böhnke, P. & Delhey, J. (2001): Lebensstandard und Einkommensarmut. Plädoyer für eine erweiterte Armutforschung. In: Barlösius, E. & Ludwig-Mayerhofer, W. (Hrsg.): *Die Armut der Gesellschaft*. Opladen: Leske + Budrich. S. 315 - 335.
- Bohus, M., Schehr, K., Berger-Sallawitz, F., Novelli-Fischer, U., Stieglitz, R.-D. & Berger, M. (1998): Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Untersuchung zum Problembewusstsein im klinischen Alltag. In: *Psychiatrische Praxis* 25, S. 134 - 138.
- Bortz, J. (2005): *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Berlin u.a.: Springer.
- Boyle, M. H. & Pickles, A. (1997): Maternal depressive symptoms and ratings of emotional disorder symptoms in children and adolescents. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38, S. 981 - 993.
- Brennan, P. A., Hammen, C., Andersen, M. J., Bor, W., Najman, J. M. & Williams, G. M. (2000): Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: relationship with child outcome at age 5. In: *Developmental Psychology* 36, S. 759 - 766.
- Brumlik, M. (2004): *Advokatorische Ethik. Zur Legitimation pädagogischer Eingriffe*. Berlin u.a.: Philo.
- Brumm, J. (2004): Verantwortung für eine „neue“ Zielgruppe übernehmen. In: Mattejat, F. & Lisofsky, B. (Hrsg.): *Nicht von schlechten Eltern - Kinder psychisch Kranker* (4.

Auflage). Bonn: Ratschlag. S. 92 - 96.

Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998): *SF-36, Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.

Bundesagentur für Arbeit (2007): *Arbeitslosenquoten im Jahresdurchschnitt 2006*. http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/000000/html/start/karten/aloq_aa_jahr.html, abgerufen am 26.06.07.

Bundesministerium für Jugend Familie und Gesundheit (Hrsg.) (1985): *Nicht-eheliche Lebensgemeinschaften in der Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Kohlhammer.

Bundeszentrale für Politische Bildung (2004a): *Die soziale Situation in Deutschland: Armutsrisikogrenze und Nettoäquivalenzeinkommen*. http://www.bpb.de/wissen/8SE20H,0,Armutsrisikogrenze_und_Netto%E4quivalenzeinkommen.html, letztes Update: 11.2004, abgerufen am 01.01.07.

Bundeszentrale für Politische Bildung (2004b): *Die soziale Situation in Deutschland: Armut und Niedrigeinkommen*. http://www.bpb.de/wissen/CNLY1A,,0,Armut_und_Niedrigeinkommen.html, letztes Update: 11.2004, abgerufen am 04.01.07.

Bundeszentrale für politische Bildung (2005a): *Lebensformen der Bevölkerung*. http://www.bpb.de/wissen/FXXEOH,0,Lebensformen_der_Bev%F6lkerung.html, letztes Update: 2005, abgerufen am 14.01.08.

Bundeszentrale für politische Bildung (2005b): *Pluralisierung der Lebensformen*. http://www.bpb.de/wissen/R6Z0NX,0,Pluralisierung_der_Lebensformen.html, letztes Update: 2005, abgerufen am 14.01.08.

Bundeszentrale für Politische Bildung (2005c): *Lebensformen nach Lebensalter*. http://www.bpb.de/wissen/5MJEAP,,0,Lebensformen_nach_Lebensalter.html, letztes Update: 2005, abgerufen am 14.01.08.

Bundeszentrale für Politische Bildung (2005d): *Entwicklung der Scheidungsrate*. http://www.bpb.de/wissen/NHXRDM,,0,Entwicklung_der_Scheidungsrate.html, letztes Update: 2005, abgerufen am 14.01.08.

Chernomas, W. M., Clarke, D. E. & Chisholm, F. A. (2000): Perspectives of women living with schizophrenia. In: *Psychiatric Services* 51, S. 1517 - 1521.

Chilcoat, H. D. & Breslau, N. (1997): Does psychiatric history bias mother's reports? An application of a new analytic approach. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36, S. 971 - 979.

- Cierpka, M. (Hrsg.) (2003): *Handbuch der Familiendiagnostik* (2., aktualisierte und ergänzte Auflage). Berlin: Springer.
- Cierpka, M. (2003): Über Familiendiagnostik. In: Cierpka, M. (Hrsg.): *Handbuch der Familiendiagnostik* (2., aktualisierte und ergänzte Auflage). Berlin: Springer. S. 11 - 24.
- Cierpka, M. & Frevert, G. (Hrsg.) (1994): *Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Clodman, D. (2004): Social work issues. In: Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M. V. (Hrsg.): *Parental Psychiatric Disorder - Distressed Parents and their Families* (2. Auflage). Cambridge: Cambridge University Press. S. 249 - 256.
- Cooklin, A. (2004): Talking with children and their understanding of mental illness. In: Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M. V. (Hrsg.): *Parental Psychiatric Disorder - Distressed Parents and their Families* (2. Auflage). Cambridge: Cambridge University Press. S. 292 - 305.
- Cooklin, A. & Gorell Barnes, G. (2004): Family therapy when a parent suffers from psychiatric disorder. In: Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M. V. (Hrsg.): *Parental Psychiatric Disorder - Distressed Parents and their Families* (2. Auflage). Cambridge: Cambridge University Press. S. 306 - 321.
- Cowling, V. (2004a): "The same as they treat everybody else". In: Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M. V. (Hrsg.): *Parental Psychiatric Disorder - Distressed Parents and their Families* (2. Auflage). Cambridge: Cambridge University Press. S. 87 - 92.
- Cowling, V. (2004b): Models of service provision in three countries: Marlboro, New Haven, Sydney, Melbourne and Lewisham. In: Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M. V. (Hrsg.): *Parental Psychiatric Disorder - Distressed Parents and their Families* (2. Auflage). Cambridge: Cambridge University Press. S. 345 - 360.
- Cowling, V., McGorry, P. & Hay, D. F. (1995): Children of parents with psychotic disorders. In: *Medical Journal of Australia* 163, S. 119 - 120.
- Cox, A. D., Puckering, C., Pound, A. & Mills, M. (1987): The impact of maternal depression in young children. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 28, S. 917 - 928.
- Creer, C. & Wing, J. K. (1989): Der Alltag mit schizophrenen Patienten. In: Katschnig, H. (Hrsg.): *Die andere Seite der Schizophrenie: Patienten zu Hause* (3., erweiterte Auflage). München: Psychologie-Verlags-Union.
- Csef, H. (2004): Protektive und pathogene Faktoren in der Kindheit psychisch kranker Er-

- wachsener. In: Nissen, G. (Hrsg.): *Psychische Störungen im Kindesalter und ihre Prognose*. Stuttgart u.a.: Schattauer. S. 51 - 66.
- Cummings, E.-M. & Davis, P. T. (1994): Maternal depression and child development. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 35, S. 73 - 112.
- Cunningham, J. (2001): *Children of mothers with mental health problems*. Ph.D. Dissertation Birmingham, University of Birmingham.
- Cytryn, L., McKnew, D. H., Zahn-Waxler, C. & Gershon, E. S. (1986): Developmental issues in risk research: the offspring of affectively ill parents. In: Rutter, M., Izard, C. E. & Read, P. B. (Hrsg.): *Depression in young people. Developmental and clinical perspectives*. New York: Guilford. S. 163 - 188.
- Cytryn, L., McKnew, D. H., Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., Gaensbauer, T. J., Harmon, R. J. & Lamour, M. (1984): A developmental view of affective disturbances in the children of affectively ill parents. In: *American Journal of Psychiatry* 141, S. 219 - 222.
- Dalgard, O. (1996): Community Health Profile: a tool for psychiatric prevention. In: Trent, D. R. & Reed, C. A. (Hrsg.): *Promotion of Mental Health*, Band 5. Aldershot: Avebury Press.
- Dalgard, S. O. (2006): *The Oslo 3-items social support scale*. <http://info.stakes.fi/mindful/EN/database/glossary2.htm>, abgerufen am 11.12.2006.
- Davison, G. C. & Neale, J. M. (1998): *Klinische Psychologie* (5., aktualisierte Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Deger-Erlenmeyer, H. (Hrsg.) (1994): *Wenn nichts mehr ist, wie es war*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Deger-Erlenmeyer, H., Tietze, E. & Walter, K. (Hrsg.) (1997): *Jetzt will ich's wissen. Rat und Hilfe für Angehörige psychisch Kranker* (2., korrigierte Auflage). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dellisch, H. (1989): Kinder schizophrener Mütter. In: *Acta Paedopsychiatrica* 56, S. 266 - 270.
- Deneke, C. (1995): Psychosoziale Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern. In: *Pro Familia Magazin* 4, S. 5 - 7.
- Deneke, C. (1999): *Präventive Arbeit mit psychisch kranken Müttern und ihren Säuglingen. Hilfen für Kinder*. München: Juventa.

- Deneke, C. (2000): *Anpassungsleistung und Behandlungsbedürfnisse der Babys - Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie*. Vortrag bei der GAIMH-Tagung, Zürich.
- Deneke, C. (2001): Mutter-Kind-Behandlung bei postpartalen psychischen Erkrankungen. Anpassungsleistung und Behandlungsbedürfnisse der Babys. In: Pedrina, F. (Hrsg.): *Beziehung und Entwicklung in der frühen Kindheit*. Tübingen: edition diskord. S. 149 - 166.
- Deneke, C. (2004a): Säuglinge und Kleinkinder mit psychisch kranken Eltern. In: *Frühe Kindheit 2*, S. 20-27.
- Deneke, C. (2004b): Besser früh betreuen als später behandeln. In: Mattejat, F. & Lisofsky, B. (Hrsg.): *Nicht von schlechten Eltern - Kinder psychisch Kranker* (4. Auflage). Bonn: Ratschlag. S. 87 - 91.
- Deneke, C. (2004c): Ein Betreuungsnetz knüpfen. Ambulante Betreuung von psychisch kranken Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. In: Mattejat, F. & Lisofsky, B. (Hrsg.): *Nicht von schlechten Eltern - Kinder psychisch Kranker* (4. Auflage). Bonn: Ratschlag. S. 139 - 143.
- Deneke, C. & Lüders, B. (2003): Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52*, S. 172 - 181.
- Derogatis, L. R. (1996): SCL 90-R. In: Collegium Internationale Psychiatriae Salarum (CIPS) (Hrsg.): *Internationale Skalen für Psychiatrie* (4., überarbeitete und erweiterte Auflage). Weinheim: Beltz. S. 161 - 167.
- Dierks, H. (2001): Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter („Aurynggruppen“). In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50*, S. 560 - 568.
- Dollinger, B. (2006): *Die Pädagogik der Sozialen Frage: (sozial-)pädagogische Theorie vom Beginn des 19. Jahrhunderts bis zum Ende der Weimarer Republik*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dollinger, B. (2008): *Reflexive Sozialpädagogik: Struktur und Wandel sozialpädagogischen Wissens*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dörner, K. (1982): *Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie*. Rehbürg-Loccum: Psychiatrie Verlag.
- Dörner, K. (2004): Psychische Störung und die Moderne. In: Bundesarbeitsgemeinschaft

- der Kinderschutz-Zentren e.V. (Hrsg.): *Risikokindheit: Meine Eltern sind anders. Eltern mit psychischen Störungen und die Betroffenheit von Kindern. Tagungsdokumentation*. S. 7 - 12.
- Downey, G. & Coyne, J. C. (1990): Children of depressed parents: an integrative review. In: *Psychological Bulletin* 108, S. 50 - 76.
- Duché, D.-J. (1987): *Das Kind in der Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dunn, B. (1993): Growing up with a psychotic mother: a retrospective study. In: *American Journal of Orthopsychiatry* 63, S. 177 - 189.
- Egle, U. T., Hoffmann, S. O. & Steffens, M. (1997): Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. In: *Der Nervenarzt* 58, S. 683 - 695.
- Ehmer, J. (1980): *Familienstruktur und Arbeitsorganisation im frühindustriellen Wien*. München: Oldenbourg.
- Encyclopedia of Mental Disorders (2007): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. <http://www.minddisorders.com/Del-Fi/Diagnostic-and-Statistical-Manual-of-Mental-Disorders.html>, abgerufen am 5.10.07.
- Erlenmeyer-Kimling, L. & Cornblatt, B. (1984): Kinder schizophrener Eltern: Die Untersuchung psychobiologischer Merkmale. In: Steinhausen, H.-C. (Hrsg.): *Risikokinder. Die Ergebnisse der Kinderpsychiatrie und -psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 156 - 177.
- Ernst, K. (1978): Die Belastung der Kinder hospitalisierungsbedürftiger Psychischkranker. Eine vorwissenschaftliche Einschätzung. In: *Der Nervenarzt* 49, S. 427 - 431.
- Essau, C. A., Groen, G. & Petermann, F. (2002): Belastende Lebensereignisse und Depression bei Kindern und Jugendlichen. In: Braun-Scharm, H. (Hrsg.): *Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S. 57 - 80.
- Europarat (1998): *Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten in der Fassung des Protokolls Nr. 11*. <http://conventions.coe.int/Treaty/ger/Treaties/Html/005.htm>, abgerufen am 26.03.08.
- Falkov, A. (2004): Training and practice protocols. In: Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M. V. (Hrsg.): *Parental Psychiatric Disorder - Distressed Parents and their Families* (2. Auflage). Cambridge: Cambridge University Press. S. 375 - 392.

- Fisseni, H.-J. (1997): *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Mit Hinweisen zur Intervention* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Foucault, M. (1990): Was ist Aufklärung. In: Erdmann, E., Forst, R. & Honneth, A. (Hrsg.): *Ethos der Moderne*. Frankfurt u.a.: Campus-Verlag. S. 35 - 54.
- Galuske, M. (2003): *Methoden der Sozialen Arbeit*. Weinheim u.a.: Juventa.
- Gammon, G. D., John, K. & Weissman, M. M. (1984): Psychopathologie bei Kindern depressiver Eltern. In: Steinhausen, H.-C. (Hrsg.): *Risikokinder. Die Ergebnisse der Kinderpsychiatrie und -psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 193 - 208.
- Garnezy, N. (1984): Stress resistant children: the search for protective factors. In: Stevenson, J. (Hrsg.): *Recent Research into Developmental Psychopathology. Monograph supplement No 4 to Journal of Child Psychiatry and Psychology*. Oxford: Pergamon Press. S. 213 - 233.
- Gaunt, D. (1982): Formen der Altersversorgung in Bauernfamilien Nord- und Mitteleuropas. In: Mitterauer, M. & Sieder, R. (Hrsg.): *Historische Familienforschung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp. S. 156 - 191.
- Geers, P. (2006): *Psychische Gesundheit der Kinder von Eltern mit psychischen Störungen*. Diplomarbeit am Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen, Bremen.
- Geissler, U. (1993): Alles zum „Wohl des Kindes“...? In: Schneider, D. & Tergeist, G. (Hrsg.): *Spinnt die Frau?* Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 143 - 148.
- Goodman, S. H. & Brumley, H. E. (1990): Schizophrenic and depressed mothers: relational deficits in parenting. In: *Developmental Psychology* 26, S. 31 - 39.
- Göpfert, M., Webster, J. & Nelki, J. (2004a): The construction of parenting and its context. In: Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M. V. (Hrsg.): *Parental Psychiatric Disorder - Distressed Parents and their Families* (2. Auflage). Cambridge: Cambridge University Press. S. 62 - 84.
- Göpfert, M., Webster, J. & Nelki, J. (2004b): Formulation and assessment of parenting. In: Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M. V. (Hrsg.): *Parental Psychiatric Disorder - Distressed Parents and their Families* (2. Auflage). Cambridge: Cambridge University Press. S. 93 - 111.
- Gotlib, I. H. & Goodman, S. H. (1999): Children of parents with depression. In: Silverman, W. K. & Ollendick, T. H. (Hrsg.): *Developmental Issues in the Clinical Treatment of*

- Children*. Needham Heights: Allyn & Bacon. S. 415 - 432.
- Grigoriu-Serbanescu, M. (1993): Kinder psychisch kranker Eltern. In: Markefka, M. & Nauck, B. (Hrsg.): *Handbuch der Kindheitsforschung*. Neuwied: Luchterhand. S. 649 - 663.
- Groenemeyer, A. (1999a): Soziale Probleme, soziologische Theorie und moderne Gesellschaften. In: Albrecht, G., Groenemeyer, A. & Stallberg, F. W. (Hrsg.): *Handbuch soziale Probleme*. Opladen u.a.: Westdeutscher Verlag. S. 13 - 72.
- Groenemeyer, A. (1999b): Die Politik sozialer Probleme. In: Albrecht, G., Groenemeyer, A. & Stallberg, F. W. (Hrsg.): *Handbuch soziale Probleme*. Opladen u.a.: Westdeutscher Verlag. S. 111 - 136.
- Groenemeyer, A. (1999c): Armut. In: Albrecht, G., Groenemeyer, A. & Stallberg, F. W. (Hrsg.): *Handbuch soziale Probleme*. Opladen u.a.: Westdeutscher Verlag. S. 270 - 318.
- Gundelfinger, R. (1997): Welche Hilfen brauchen Kinder psychisch kranker Eltern? In: *Kindheit und Entwicklung* 6, S. 147 - 151.
- Gundelfinger, R. (2004a): Die Widerstandskraft der Familien stärken. In: Mattejat, F. & Lisofsky, B. (Hrsg.): *Nicht von schlechten Eltern - Kinder psychisch Kranker* (4. Auflage). Bonn: Ratschlag. S. 120 - 125.
- Gundelfinger, R. (2004b): Vorurteile durch Öffentlichkeitsarbeit abbauen. In: Mattejat, F. & Lisofsky, B. (Hrsg.): *Nicht von schlechten Eltern - Kinder psychisch Kranker* (4. Auflage). Bonn: Ratschlag. S. 175 - 178.
- Hacket, A., Preißler, J. & Ludwig-Mayerhofer, W. (2001): Am unteren Ende der Bildungsgesellschaft. In: Barlösius, E. & Ludwig-Mayerhofer, W. (Hrsg.): *Die Armut der Gesellschaft*. Opladen: Leske + Budrich. S. 97 - 130.
- Hall, A. (2004): Parental psychiatric disorder and the developing child. In: Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M. V. (Hrsg.): *Parental Psychiatric Disorder - Distressed Parents and their Families* (2. Auflage). Cambridge: Cambridge University Press. S. 22 - 49.
- Hammen, C., Gordon, D., Burge, D., Adrian, C., Jaenicke, C. & Hiroto, D. (1987): Maternal affective disorders, illness and stress: risk for childrens psychopathology. In: *American Journal of Psychiatry* 144, S. 736 - 741.
- Hantel-Quitmann, W. (1997): *Beziehungsweise Familie...* Band 3. Freiburg: Lambertus.

- Hareven, T. K. (1982): Family time and historical time. In: Mitterauer, M. & Sieder, R. (Hrsg.): *Historische Familienforschung*. Frankfurt: Suhrkamp. S. 64 - 87.
- Hartmann, H.-P. (1997a): Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie. Teil I: Übersicht über bisherige Erfahrungen. In: *Psychiatrische Praxis* 24, S. 56 - 60.
- Hartmann, H.-P. (1997b): Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie. Teil II: Eigene Erfahrungen - Behandlungskonzepte und besondere Probleme. In: *Psychiatrische Praxis* 24, S. 172 - 177.
- Hartmann, H.-P. (1997c): Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie. Teil III: Eigene Erfahrungen - Praktische Durchführung und Diskussion. In: *Psychiatrische Praxis* 24, S. 281 - 285.
- Hartmann, H.-P. (2001): Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 50, S. 537 - 551.
- Hartmann, H. P. (2004): Beziehungsabbrüche vermeiden. Klinische Mutter-Kind Einheiten. In: Mattejat, F. & Lisofsky, B. (Hrsg.): *Nicht von schlechten Eltern - Kinder psychisch Kranker* (4. Auflage). Bonn: Ratschlag. S. 125 - 133.
- Heim, S. (2001): ... und (k)einen Platz für Kinder? <http://www.heim.sozialpsychiatrie.de/kinderpsy.htm>, abgerufen am 22.03.04.
- Heim, S. (2006): ... und (k)einen Platz für Kinder? Ein „blinder Fleck“ der Angehörigenarbeit in der Psychiatrie. In: Schone, R. & Wagenblass, S. (Hrsg.): *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie* (2. Auflage). Weinheim u.a.: Juventa. S. 73 - 76.
- Heinze, R. G. & Bauerdick, J. (1999): Arbeitslosigkeit. In: Albrecht, G., Groenemeyer, A. & Stallberg, F. W. (Hrsg.): *Handbuch soziale Probleme*. Opladen u.a.: Westdeutscher Verlag. S. 255 - 269.
- Heinzel, F. (Hrsg.) (2000): *Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive*. Weinheim u.a.: Juventa.
- Hemminger, H. (1982): *Kindheit als Schicksal? Die Frage nach den Langzeitfolgen frühkindlicher seelischer Verletzungen*. Reinbek: Rowohlt.
- Hill, J. (2004): Parental psychiatric disorder and the attachment relationship. In: Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M. V. (Hrsg.): *Parental Psychiatric Disorder - Distressed Parents and their Families* (2. Auflage). Cambridge: Cambridge University Press. S. 50 - 61.

- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Blagys, M. D., Baumann, B. D., Baity, M. R., Smith, S. R., Price, J. L., Smith, C. L., Heindselman, T. L., Mount, M. K. & Holdwick, D. J. (2000): Reliability and validity of DSM-IV Axis V. In: *American Journal of Psychiatry* 157, S. 1858 - 1863.
- Hipp, M. (2004): Familiengespräche. In: Mattejat, F. & Lisofsky, B. (Hrsg.): *Nicht von schlechten Eltern - Kinder psychisch Kranker* (4. Auflage). Bonn: Ratschlag. S. 171 - 174.
- Hipp, M. & Staets, S. (2001): Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern „KIP-KEL“ - Erfahrungen aus der Praxis. In: *Soziale Praxis* 21, S. 77 - 86.
- Hipp, M. & Staets, S. (2006): Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern KIP-KEL - Erfahrungen aus der Praxis. In: Schone, R. & Wagenblass, S. (Hrsg.): *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie*. Weinheim u.a.: Juventa. S. 77 - 87.
- Hoffmann-Richter, U. & Finzen, A. (1996): Die häufigsten psychischen Krankheiten. In: Deger-Erlenmeyer, H. (Hrsg.): *Jetzt will ich's wissen: Rat und Hilfe für Angehörige psychisch Kranker*. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 11 - 33.
- Hoos-Jacob, G. & Kester, B. (2004): Weiterbildung. In: Mattejat, F. & Lisofsky, B. (Hrsg.): *Nicht von schlechten Eltern - Kinder psychisch Kranker* (4. Auflage). Bonn: Ratschlag. S. 161 - 165.
- Hradil, S. (1999): *Soziale Ungleichheit in Deutschland* (7. Auflage). Opladen: Leske + Budrich.
- Hubbard, W. H. (1983): *Familiengeschichte. Materialien zur deutschen Familie seit dem Ende des 18. Jahrhunderts*. München: Beck.
- Ising, M., Lauer, C. J., Holsboer, F. & Modell, S. (2004): The Munich vulnerability study on affective disorders: premorbid psychometric profile of affected individuals. In: *Acta Paedopsychiatrica* 109, S. 322 - 338.
- Jacobsen, T. (2004): Mentally ill mothers in the parenting role: clinical management and treatment. In: Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M. V. (Hrsg.): *Parental Psychiatric Disorder - Distressed Parents and their Families* (2. Auflage). Cambridge: Cambridge University Press. S. 112 - 122.
- Janes, C., Weeks, D. G. & Worland, J. (1983): School behavior in adolescent children of parents with mental disorder. In: *Journal of Nervous and Mental Disease* 171, S.

234 - 240.

- Jeske, J. (2006): *Lebensqualität bei Kindern psychisch kranker Eltern*. Diplomarbeit am Fachbereich Psychologie, Universität Hamburg, Hamburg.
- Johnson, R. B. & Onwuegbuzie, A. J. (2004): Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. In: *Educational Research* 33, S. 14 - 26.
- Kaufmann, F.-X. (2003): *Varianten des Wohlfahrtsstaats*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Keller, A. (2001): *Die Klassifikation psychischer Störungen nach DSM-IV mit Hilfe eines strukturierten diagnostischen Interviews (F-DIPS) - eine Untersuchung der Retest-Reliabilität und der Validität*. Dissertation Universität Heidelberg, Heidelberg.
- Kessel, B. (1993): Frauen in der Psychiatrie - kein Recht auf Kinder? In: Schneider, D. & Tergeist, G. (Hrsg.): *Spinnt die Frau?* Bonn. S. 134 - 142.
- Keupp, H. (1999): Psychische Behinderung. In: Albrecht, G., Groenemeyer, A. & Stallberg, F. W. (Hrsg.): *Handbuch soziale Probleme*. Opladen u.a.: Westdeutscher Verlag. S. 609 - 631.
- Klocke, A. (2001): Armut bei Kindern und Jugendlichen - Belastungssyndrome und Bewältigungsfaktoren. In: Barlösius, E. & Ludwig-Mayerhofer, W. (Hrsg.): *Die Armut der Gesellschaft*. Opladen: Leske + Budrich. S. 293 - 312.
- Knuf, A. (2000): „Mit meiner Mutter stimmt was nicht“ - Die vergessenen Kinder psychisch Kranker. In: *Psychologie Heute* 6, S. 34 - 39.
- Kraul, A., Ratzke, K., Reich, G. & Cierpka, M. (2003): Familiäre Lebenswelten. In: Cierpka, M. (Hrsg.): *Handbuch der Familiendiagnostik* (2., aktualisierte und ergänzte Auflage). Berlin: Springer. S. 225 - 249.
- Kron-Klees, F. (2001): *Familien begleiten. Von der Probleminszenierung zur Lösungsfindung. Ein systemisches Konzept für Sozialarbeit und Therapie in stark belasteten Familien* (2. Auflage). Freiburg: Lambertus.
- Küchenhoff, B. (1997): Kinder psychisch kranker Eltern. In: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 21, S. 331 - 333.
- Küchenhoff, B. (2004a): Kinder psychotisch kranker Eltern. In: Nissen, G. (Hrsg.): *Psychische Störungen im Kindesalter und ihre Prognose*. Stuttgart u.a.: Schattauer. S. 107 - 113.
- Küchenhoff, B. (2004b): Welche Hilfen werden gewünscht? Eine Befragung von Eltern,

- Kindern und Bezugspersonen. In: Mattejat, F. & Lisofsky, B. (Hrsg.): *Nicht von schlechten Eltern - Kinder psychisch Kranker* (4. Auflage). Bonn: Ratschlag. S. 103 - 106.
- Küchenhoff, B. (2004c): Konsequenzen für die Lebens- und Familienplanung. Angehörigengruppen mit jungen Erwachsenen. In: Mattejat, F. & Lisofsky, B. (Hrsg.): *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker* (4. Auflage). Bonn: Ratschlag. S. 148 - 151.
- Kühnel, S. & Bilke, O. (2004): Kinder psychisch kranker Eltern. Ein interdisziplinäres Präventionsprojekt in der Ostschweiz. In: *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 14, S. 60 - 74.
- Kutter, P. (2004): Die seelische Entwicklung des Kindes. In: Nissen, G. (Hrsg.): *Psychische Störungen im Kindesalter und ihre Prognose*. Stuttgart: Schattauer. S. 27 - 42.
- Lamnek, S. (2005): *Qualitative Sozialforschung* (4., vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim u.a.: Beltz Verlag.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. (1992): Psychisch auffällige Eltern. Risiken für die kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter. In: *Zeitschrift für Familienforschung* 4, S. 22 - 48.
- Laucht, M., Schmidt, M. H. & Esser, G. (2000): Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: *Frühförderung Interdisziplinär* 3, S. 97 - 108.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (Hrsg.) (1984): *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lee, C. M. & Gotlib, I. H. (1989): Clinical status and emotional adjustment of children of depressed mothers. In: *American Journal of Psychiatry* 146, S. 478 - 483.
- Lee, C. M. & Gotlib, I. H. (1991): Adjustment of children of depressed mothers: a 10-month follow-up. In: *Journal of Abnormal Psychology* 100, S. 473 - 477.
- Leidner, M. (1997): *Kinderprojekt Auryn - Abschlußbericht*. Verein zur sozialpsychiatrischen Unterstützung psychisch Kranker e.V. (unveröffentlicht).
- Leidner, M. (2004): Das Schweigen brechen. Die Kindergruppen des Modellprojektes AU-RYN. In: Mattejat, F. & Lisofsky, B. (Hrsg.): *Nicht von schlechten Eltern - Kinder psychisch Kranker* (4. Auflage). Bonn: Ratschlag. S. 144 - 147.
- Lenz, A. (2002): Empowerment und Ressourcenaktivierung - Perspektiven für die psychosoziale Praxis. In: Lenz, A. & Stark, W. (Hrsg.): *Empowerment. Neue Perspektiven*

für psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen: dgvt. S. 13 - 53.

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

Lisofsky, B. (2004a): *Wenn Mama durcheinander ist...* http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Gesundheit/s_584.html, abgerufen am 22.03.04.

Lisofsky, B. (2004b): Ein Netzwerk für Kinder psychisch Kranker schaffen. In: Mattejat, F. & Lisofsky, B. (Hrsg.): *Nicht von schlechten Eltern - Kinder psychisch Kranker* (4. Auflage). Bonn: Ratschlag. S. 179 - 188.

Lisofsky, B. & Schmitt-Schäfer, T. (2006): Hilfeangebote für die Kinder psychisch kranker Eltern - Kooperation versus spezialisierte Einrichtungen. In: Schone, R. & Wagenblass, S. (Hrsg.): *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie* (2. Auflage). Weinheim u.a.: Juventa. S. 19 - 30.

Lude, W. & Kriesel, P. (2004): Kinder psychisch kranker Eltern - Ein Werkstattbericht aus den Hilfen zur Erziehung. In: *Heilpädagogik* 1, S. 7 - 10.

Lüders, B. & Deneke, C. (2001): Präventive Arbeit mit Müttern und ihren Babys im tagesklinischen Setting. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 50, S. 552 - 559.

Ludwig-Mayerhofer, W. & Barlösius, E. (2001): Die Armut der Gesellschaft. In: Barlösius, E. & Ludwig-Mayerhofer, W. (Hrsg.): *Die Armut der Gesellschaft*. Opladen: Leske + Budrich. S. 11 - 67.

Luhmann, N. (1999): *Die Gesellschaft der Gesellschaft*, Band 1 (2. Auflage). Frankfurt: Suhrkamp.

Lüschen, G. (1988): Familial-verwandschaftliche Netzwerke. In: Nave-Herz, R. (Hrsg.): *Wandel und Kontinuität der Familie in der Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Enke Verlag. S. 145 - 172.

Mahoney, C. (2004): Keeping the family in mind: setting a local agenda for change. In: Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M. V. (Hrsg.): *Parental Psychiatric Disorder - Distressed Parents and their Families* (2. Auflage). Cambridge: Cambridge University Press. S. 325 - 332.

Marbach, J. H. (1994): Tauschbeziehungen zwischen Generationen: Kommunikation, Dienstleistungen und finanzielle Unterstützung in Dreigenerationenfamilien. In: Bien, W. (Hrsg.): *Eigeninteresse oder Solidarität*. Opladen: Leske + Budrich. S. 163 - 196.

Mattejat, F. (1980): Familieninteraktion und psychische Störungen bei Kindern und Ju-

- gendlichen. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Psychopathologie der Familie und kinderpsychiatrische Erkrankungen*. Bern u.a.: Huber. S. 118 - 155.
- Mattejat, F. (1996): Kinder mit psychisch kranken Eltern - eine aktuelle Standortbestimmung. In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hrsg.): *Auch Kinder sind Angehörige – Dokumentation einer Fachtagung*. Bonn. S. 9 - 34.
- Mattejat, F. (2001): Kinder psychisch kranker Eltern im Bewußtsein der Fachöffentlichkeit. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 50, S. 491 - 497.
- Mattejat, F. (2002): Eltern psychisch kranker Kinder - Kinder psychisch kranker Eltern. In: Beck, N., Warnke, A., Adams, G. & Patzelt, H. (Hrsg.): *Familien im Brennpunkt der Hilfe: Familienarbeit in Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe. Tagungsband anlässlich der 3. Fachtagung „Kinder- und Jugendpsychiatrie - Kinder- und Jugendhilfe“ am 08./09.10.2001 in Würzburg*. S. 87 - 105.
- Mattejat, F. (2004): Kinder mit psychisch kranken Eltern. In: Mattejat, F. & Lisofsky, B. (Hrsg.): *Nicht von schlechten Eltern - Kinder psychisch Kranker* (4. Auflage). Bonn: Ratschlag. S. 66 - 78.
- Mattejat, F., Wüthrich, C. & Remschmidt, H. (2000): Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. In: *Der Nervenarzt* 71, S. 164 - 172.
- McLean, D., Hearle, J. & McGrath, J. (2004): Are services for families with a mentally ill parent adequate? In: Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M. V. (Hrsg.): *Parental Psychiatric Disorder - Distressed Parents and their Families* (2. Auflage). Cambridge: Cambridge University Press. S. 333 - 344.
- Mednick, S. A. & Schulsinger, S. (1980): Kinder schizophrener Eltern: Möglichkeiten der Früherkennung und Intervention. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Psychopathologie der Familie und kinderpsychiatrische Erkrankungen*. Bern u.a.: Huber.
- Meyer, C., Mattejat, F., König, U., Wehmeier, P. M. & Remschmidt, H. (2001): Psychische Erkrankung unter mehrgenerationaler Perspektive. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 50, S. 525 - 536.
- Mitterauer, M. & Sieder, R. (1982): Einleitung. In: Mitterauer, M. & Sieder, R. (Hrsg.): *Historische Familienforschung*. Frankfurt: Suhrkamp. S. 10 - 39.
- Mühlfeld, C. (1995a): Entwicklungskapazität familialer Lebenswelten: Stetigkeit im Wandel. In: Mühlfeld, C. (Hrsg.): *Familiale Lebensformen. Ehe - Familie - Partnerschaft*.

Augsburg: Maro-Verlag. S. 9 - 33.

Mühlfeld, C. (1995b): Nichteheleiche Lebensgemeinschaft - Eine legitime Variante der Partnerbindung. In: Mühlfeld, C. (Hrsg.): *Familiale Lebensformen. Ehe - Familie - Partnerschaft*. Augsburg: Maro-Verlag. S. 76 - 87.

Mühlfeld, C. (1995c): Krisenattribuierung in der Familiensoziologie. In: Bögenhold, D., Hoffmeister, D., Jasper, C., Kemper, E. & Solf, G. (Hrsg.): *Soziale Welt und soziologische Praxis: Soziologie als Beruf und Programm; Festschrift für Heinz Hartmann zum 65. Geburtstag*. Göttingen: Schwartz. S. 353 - 368.

Mühlfeld, C. (1997): *Familienskript*. Bamberg: Staatsinstitut für Familienforschung der Universität Bamberg.

Mühlfeld, C. (2003): Familiäre Lebensformen: Soziale Rekonstruktion oder verklärende Erinnerung? In: *Vierteljahrsschrift für wissenschaftliche Pädagogik* 1, S. 27 - 40.

Mühlfeld, C. (2005a): Gesellschaftliche Perspektiven sozialpädagogischer Arbeit. Vorlesung Universität Bamberg, Sommersemester 2005.

Mühlfeld, C. (2005b): Vertrauen als Basiselement sozialer Ordnung. In: Aretz, H.-J. & Lahusen, C. (Hrsg.): *Die Ordnung der Gesellschaft*. Frankfurt u.a.: Lang. S. 179 - 203.

Mühlfeld, C. (2006): Zur Ambivalenz des Individualisierungstheorems: Persönlichkeitsentwicklung oder normierte Anpassungsstrategie? In: Dollinger, B. (Hrsg.): *Individualität als Risiko? Soziale Pädagogik als Modernisierungsmanagement*. Münster: Lit-Verlag. S. 48 - 77.

Mühlfeld, C. (im Druck): Familienwissenschaften im Spannungsverhältnis zwischen Zeitdiagnostik und Krisenszenarien. In: Mühlfeld, C. & Viethen, M.-J.: *Krisenszenarien in der Familienforschung*. Augsburg.

Mühlfeld, C., Windolf, P., Lampert, N. & Krüger, H. (1981): Auswertungsprobleme offener Interviews. In: *Soziale Welt* 6, S. 325 - 352.

Mummendy, H. D. (1995): *Die Fragebogen-Methode: Grundlagen und Anwendung in Persönlichkeits-, Einstellungs- und Selbstkonzeptforschung* (2., korrigierte Auflage). Göttingen u.a.: Hogrefe.

Münch, R. (1997): Elemente einer Theorie der Integration moderner Gesellschaften. In: Heitmeyer, W. (Hrsg.): *Was hält die Gesellschaft zusammen?* Frankfurt: Suhrkamp. S. 66 - 109.

Münder, J. (1994): *Probleme des Sorgerechts bei psychisch kranken und geistig behinder-*

ten Eltern. Berlin: Bundesministerium der Justiz.

- Münder, J. (1995): Probleme des Sorgerechts bei psychisch kranken und geistig behinderten Eltern - exemplarisch für den Kinderschutzbund. In: *Familie und Recht* 2, S. 89 - 97.
- Münder, J., Mutke, B. & Schone, R. (2000): *Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz - Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren*. Münster: Votum.
- Muthny, F. A. (1989): *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, FKV*. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Najman, J. M., Williams, G. M., Nikles, J., Spence, S., Bor, W., O'Callaghan, M., Le Brocque, R. & Andersen, M. J. (2000): Mothers' mental illness and child behavior problems: cause-effect association or observation bias? In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39, S. 592 - 602.
- National Institute of Mental Health (1996): CGI. Clinical Global Impressions. Klinischer Gesamteindruck. In: Collegium Internationale Psychiatriae Salarum (CIPS) (Hrsg.): *Internationale Skalen für Psychiatrie* (4., überarbeitete und erweiterte Auflage). Weinheim: Beltz. S. 147 - 149.
- Nave-Herz, R. (1988): Kontinuität und Wandel in der Bedeutung, in der Struktur und Stabilität von Ehe und Familie in der Bundesrepublik Deutschland. In: Nave-Herz, R. (Hrsg.): *Wandel und Kontinuität der Familie in der Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Enke Verlag. S. 61 - 94.
- Nave-Herz, R. (1998): Die These über den „Zerfall der Familie“. In: Friedrichs, J., Lepsius, M. R. & Mayer, K. U. (Hrsg.): *Die Diagnosefähigkeit der Soziologie*. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 286 - 315.
- Oepen, H. (1980): Genetische Einflüsse bei psychiatrischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Psychopathologie der Familie und kinderpsychiatrische Erkrankungen*. Bern u.a.: Huber. S. 91 - 100.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (1990): *Convention on the Rights of the Child*. <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>, abgerufen am 26.03.08.
- Orvaschel, H., Walsh-Allis, G. & Ye, W. (1988): Psychopathology in children of parents with recurrent depression. In: *Journal of Abnormal Child Psychology* 16, S. 17-28.
- Papušek, M. (2002): Wochenbettdepressionen und ihre Auswirkung auf die kindliche Ent-

- wicklung. In: Braun-Scharm, H. (Hrsg.): *Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S. 201 - 229.
- Pellegrini, D. S. (1990): Psychosocial risk and protective factors in childhood. In: *Developmental and Behavioral Pediatrics* 11, S. 201 - 209.
- Perrez, M. & Schöbi, D. (2001): Soziales Coping in der Selbst- und in der Fremdperspektive. In: Walper, S. & Pekrun, R. (Hrsg.): *Familie und Entwicklung - Aktuelle Perspektiven der Familienpsychologie*. Göttingen: Hogrefe. S. 219 - 237.
- Plück, J., Döpfner, M., Berner, W., Fegert, J. M., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, U., Poustka, F. & Lehmkuhl, G. (1997): Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen im Jugendalter - ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung der Jugendlichen. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 46, S. 566 - 582.
- Pound, A., Cox, A., Puckering, C. & Mills, M. (1984): The impact of maternal depression on young children. In: Stevenson, J. (Hrsg.): *Recent Research into Developmental Psychopathology. Monograph supplement No 4 to Journal of Child Psychiatry and Psychology*. Oxford: Pergamon Press. S. 3 - 10.
- Pretis, M. & Dimova, A. (2003): „Vergessene Kinder“. Frühförderung bei Kindern psychisch kranker Eltern. Eine programmatische Perspektive. In: *Frühförderung Interdisziplinär* 4, S. 166 - 174.
- Pretis, M. & Dimova, A. (Hrsg.) (2004): *Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern*. München: Reinhardt.
- Propping, P. (1989): *Psychiatrische Genetik: Befunde und Konzepte*. Berlin: Springer.
- Puckering, C. (2004): When a parent suffers from an affective disorder: effect on the child. In: Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M. V. (Hrsg.): *Parental Psychiatric Disorder - Distressed Parents and their Families* (2. Auflage). Cambridge: Cambridge University Press. S. 172 - 184.
- Radke-Yarrow, M., Nottelmann, E., Martinez, P., Fox, M. B. & Belmont, B. (1992): Young children of affectively ill parents: a longitudinal study of psychosocial development. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31, S. 68 - 77.
- Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (2000): *KINDL-R. Fragebogen zur Erfassung der ge-*

sundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Revidierte Form.
Universität Hamburg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Hamburg.

- Reckel, K. (2004): Differenzierte Angebote sind nötig. Tagesstätte und Mutter-Kind-Betreuung in der Klinik Königshof, Krefeld. In: Mattejat, F. & Lisofsky, B. (Hrsg.): *Nicht von schlechten Eltern - Kinder psychisch Kranker* (4. Auflage). Bonn: Ratschlag. S. 134 - 138.
- Reinecker, H. (Hrsg.) (2003): *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Modelle psychischer Störungen* (4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Remschmidt, H. (1980a): Kinder von Eltern mit endogen-phasischen Psychosen. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Psychopathologie der Familie und kinderpsychiatrische Erkrankungen*. Bern u.a.: Huber. S. 50 - 70.
- Remschmidt, H. (Hrsg.) (1980b): *Psychopathologie der Familie und kinderpsychiatrische Erkrankungen*. Bern u.a.: Huber.
- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (1994a): Kinder psychotischer Eltern - eine vernachlässigte Risikogruppe. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 43, S. 295 - 299.
- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (1994b): *Kinder psychotischer Eltern. Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung*. Göttingen: Hogrefe.
- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (1994c): Kleine Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychischen Erkrankung (Zusatzbeifügung mit neuer Seitennummerierung). In: Remschmidt, H. & Mattejat, F. (Hrsg.): *Kinder psychotischer Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Richters, J. E. (1992): Depressed mothers as informants about their children: a critical review on the evidence of distortion. In: *Psychological Bulletin* 112, S. 485 - 499.
- Rosenbaum, H. (1982): Die Bedeutung historischer Forschung für die Erkenntnis der Gegenwart - dargestellt am Beispiel der Familiensoziologie. In: Mitterauer, M. & Sieder, R. (Hrsg.): *Historische Familienforschung*. Frankfurt: Suhrkamp. S. 40 - 63.
- Rutter, M. (1966): *Children of Sick Parents. An Environmental and Psychiatric Study*. London: Oxford University Press.
- Rutter, M. (1987): Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: *American Journal of Orthopsychiatry* 57, S. 316 - 331.

- Rutter, M. & Quinton, D. (1984): Parental psychiatric disorder: effects on children. In: *Psychological Medicine* 14, S. 853 - 880.
- Sameroff, A. J., Barocas, R. & Seifer, R. (1984): The early development of children born to mentally ill women. In: Watt, N. F., Anthony, E. J., Wynne, L. C. & Rolf, J. E. (Hrsg.): *Children at Risk for Schizophrenia. A Longitudinal Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press. S. 482 - 514.
- Saß, H. (1998): *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV: übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association* (2., verbesserte Auflage). Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003): *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen - Textrevision - DSM-IV-TR*. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Schafft, M. (2002): *Die vergessenen Kinder*. http://www.innovations-report.de/html/berichte/medizin_gesundheit/bericht-12360.html, abgerufen am 22.03.04.
- Schetsche, M. (1996): *Die Karriere sozialer Probleme*. München u.a.: Oldenbourg.
- Schetsche, M. (2000): *Wissenssoziologie sozialer Probleme*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Schlemmer, E. (2004): *Familienbiografien und Schulkarrieren von Kindern*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schneider, N. F. (1991): Warum noch Ehe? Betrachtungen aus austauschtheoretischer Perspektive. In: *Zeitschrift für Familienforschung*, S. 49 - 72.
- Schone, R. (2004): Die Unterstützung der Familie hat Vorrang. In: Matthejat, F. & Lisofsky, B. (Hrsg.): *Nicht von schlechten Eltern - Kinder psychisch Kranker* (4. Auflage). Bonn: Ratschlag. S. 107 - 116.
- Schone, R. & Wagenblass, S. (2001): Kinder psychisch kranker Eltern als Forschungsthema - Stand und Perspektiven. In: *Soziale Praxis* 21, S. 9 - 18.
- Schone, R. & Wagenblass, S. (2002): *Wenn Eltern psychisch krank sind....* Münster: Votum.
- Schone, R. & Wagenblass, S. (2006): Kinder psychisch kranker Eltern als Forschungsthema - Stand und Perspektiven. In: Schone, R. & Wagenblass, S. (Hrsg.): *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie* (2. Auflage). Weinheim und München: Juventa. S. 9 - 18.

- Schulz von Thun, F. (2004): *Das Kommunikationsquadrat*. <http://www.schulz-von-thun.de/mod-komquad.html>, letztes Update: 01.09.2004, abgerufen am 22.08.08.
- Seeman, M. V. (2004): Schizophrenia and motherhood. In: Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M. V. (Hrsg.): *Parental Psychiatric Disorder - Distressed Parents and their Families* (2. Auflage). Cambridge: Cambridge University Press. S. 161 - 171.
- Seeman, M. V. & Göpfert, M. (2004): Parenthood and adult mental health. In: Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M. V. (Hrsg.): *Parental Psychiatric Disorder - Distressed Parents and their Families* (2. Auflage). Cambridge: Cambridge University Press. S. 8 - 21.
- Seeman, M. V. & Seeman, N. (2004): Psychopharmacology and motherhood. In: Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M. V. (Hrsg.): *Parental Psychiatric Disorder - Distressed Parents and their Families* (2. Auflage). Cambridge: Cambridge University Press. S. 241 - 248.
- Seifert, W. (2001): Migration als Armutsrisiko. In: Barlösius, E. & Ludwig-Mayerhofer, W. (Hrsg.): *Die Armut der Gesellschaft*. Opladen: Leske + Budrich. S. 201 - 222.
- Seneviratne, G. & Conroy, S. (2004): Perinatal mental illness: nature/ nurture. In: Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M. V. (Hrsg.): *Parental Psychiatric Disorder - Distressed Parents and their Families* (2. Auflage). Cambridge: Cambridge University Press. S. 123 - 138.
- Shulman, L. S. (1988): Disciplines of inquiry in education: an overview. In: Jaeger, R. M. (Hrsg.): *Complementary Methods for Research in Education*. Washington: American Educational Research Association. S. 3 - 17.
- Silverton, L., Finello, K. & Mednick, S. (1984): Das Risikokind mit Entwicklung einer schizophrenen Erkrankung: Kennzeichen und belastende Faktoren. In: Steinhausen, H.-C. (Hrsg.): *Risikokinder. Die Ergebnisse der Kinderpsychiatrie und -psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 178 - 192.
- Sollberger, D. (2000): *Psychotische Eltern - verletzte Kinder. Zu Identität und Biografie von Kindern psychisch kranker Eltern*. Bonn: Edition Das Narrenschiff.
- Sommer, R., Zoller, P. & Felder, W. (2001): Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 50, S. 498 - 512.
- Staets, S. & Hipp, M. (2001): KIPKEL - ein interdisziplinäres ambulantes Präventionsprojekt für Kinder mit psychisch kranken Eltern. In: *Praxis der Kinderpsychologie und*

Kinderpsychiatrie 50, S. 569 - 579.

- Stark, W. (2002): Gemeinsam Kräfte entdecken - Empowerment als kompetenzorientierter Ansatz einer zukünftigen psychosozialen Arbeit. In: Lenz, A. & Stark, W. (Hrsg.): *Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation*. Tübingen: dgvt. S. 55 - 76.
- Statistisches Bundesamt (1998a): Schizophrene Psychosen. In: *Gesundheitsbericht für Deutschland*. Stuttgart: Metzler-Poeschl. S. 213 - 218.
- Statistisches Bundesamt (1998b): Depressionen. In: *Gesundheitsbericht für Deutschland*. Stuttgart: Metzler-Poeschl. S. 219 - 222.
- Statistisches Bundesamt (2007a): *Durchschnittliche Kinderzahl je Frau*. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/GeburtenSterbefaelle/Tabellen/Content50/GeburtenZiffer,templateId=renderPrint.psml>, abgerufen am 26.04.08.
- Statistisches Bundesamt (2007b): *Bevölkerung nach Altersgruppen, Familienstand und Religionszugehörigkeit*. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Content50/AltersgruppenFamilienstand,templateId=renderPrint.psml>, abgerufen am 26.04.08.
- Strengmann-Kuhn, W. (2001): Armut trotz Erwerbstätigkeit - Folge der „Erosion des Normalarbeitsverhältnisses“? In: Barlösius, E. & Ludwig-Mayerhofer, W. (Hrsg.): *Die Armut der Gesellschaft*. Opladen: Leske + Budrich. S. 131 - 150.
- Tergeist, G. (1993): Soziale und materielle Bedingungen von Frauen in der Psychiatrie. In: Schneider, D. & Tergeist, G. (Hrsg.): *Spinnt die Frau?* Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 179 - 186.
- The PANSS Institute (2007): *PANSS. Positive and Negative Syndrome Scale*. http://www.panss.org/home/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=47, abgerufen am 5.10.07.
- Vogel, B. (2001): Wege an den Rand der Arbeitsgesellschaft - der Verlust der Erwerbsarbeit und die Gefahr sozialer Ausgrenzung. In: Barlösius, E. & Ludwig-Mayerhofer, W. (Hrsg.): *Die Armut der Gesellschaft*. Opladen: Leske + Budrich. S. 151 - 168.
- Wagenblass, S. (2001): Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 50, S. 513 - 524.

- Wagenblass, S. (2002): Wenn Kinder psychisch kranke Eltern haben. In: Institut für Soziale Arbeit (Hrsg.): *Hauptsache gesund?*, Band 23. Münster: ISA.
- Wagenblass, S. (2004): *Die schwere Last psychischer Erkrankungen*, online-Version des Artikels aus der Zeitschrift *Frühe Kindheit*. www.liga-Kind.de/pages/204wagenblass.htm, abgerufen am 11.10.05.
- Wagenblass, S. (2005): *Kinder und Eltern zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe*. http://www.kinderschutz-zentren.org/fachtagungen/amaterial/vortrag_wagenblass_oldenburg2005.pdf, abgerufen am 30.04.08.
- Wagenblass, S. & Schone, R. (2001): Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe - Hilfe- und Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 50, S. 580 - 592.
- Watzlawik, P. (1980): Interaktionsstörungen in der Familie und psychiatrische Erkrankungen bei Kindern. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Psychopathologie der Familie und kinderpsychiatrische Erkrankungen*. Bern u.a.: Huber. S. 71 - 81.
- Weir, A. (2004): Parenting and mental illness. Legal frameworks and issues - some international comparisons. In: Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M. V. (Hrsg.): *Parental Psychiatric Disorder - Distressed Parents and their Families* (2. Auflage). Cambridge: Cambridge University Press. S. 271 - 284.
- Werner, E. E. (1989): High-risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. In: *American Journal of Orthopsychiatry* 59, S. 72 - 81.
- Werner-Jacobsen, E. E. (2001): Kinder aus sehr ungünstigen Lebensverhältnissen - Welche Lebensumstände schützen ihre psychische Entwicklung? In: Beck, N., Warnke, A., Adams, G. & Patzelt, H. (Hrsg.): *Familien im Brennpunkt der Hilfe: Familienarbeit in Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe. Tagungsband anlässlich der 3. Fachtagung „Kinder- und Jugendpsychiatrie - Kinder- und Jugendhilfe“ am 08./09.10.2001 in Würzburg*. S. 43 - 51.
- Wiefel, A. & Lehmkuhl, U. (2004): „Schau mich bitte nicht so an...“ - Besonderheiten in der frühkindlichen Entwicklung bei Säuglingen und Kleinkindern von psychisch kranken Eltern, online-Version des Artikels aus der Zeitschrift *Frühe Kindheit*. www.liga-Kind.de/pages/204wiefel.htm, abgerufen am 11.10.05.
- Wikipedia (2007): *Cronbachs Alpha*. http://de.wikipedia.org/wiki/Cronbachs_Alpha, abgerufen am 3.12.07.

- Wikipedia (2008a): *Psychische Störung*. http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Psychische_St%C3%B6rung&oldid=41449714, abgerufen am 24.02.08.
- Wikipedia (2008b): *Funktionalismus*. [http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Funktionalismus_\(Gesellschaft\)&oldid=48244735](http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Funktionalismus_(Gesellschaft)&oldid=48244735), letztes Update: 10.07.08, abgerufen am 14.08.08.
- Wikipedia (2008c): *Funktionalität*. <http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Funktionalit%C3%A4t&oldid=45902680>, letztes Update: 11.05.08, abgerufen am 14.08.08.
- World Health Organization (2007): *History of ICD*. <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>, abgerufen am 5.10.07.
- Wüthrich, C., Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1997): Kinder depressiver Eltern. In: *Kindheit und Entwicklung* 6, S. 141 - 146.
- Zahn-Waxler, C., Cummings, E. M., McKnew, D. H. & Radke-Yarrow, M. (1984): Altruism, aggression, and social interactions in young children with a manic-depressive parent. In: *Child Development* 55, S. 112 - 122.
- Zahn-Waxler, C., McKnew, D. H., Cummings, E. M., Davenport, Y. B. & Radke-Yarrow, M. (1984): Problem behaviors and peer interactions of young children with a manic-depressive parent. In: *American Journal of Psychiatry* 141, S. 236 - 240.

12 Anhang

12.1 Anhang A: Tabellarische Übersicht: Fragestellungen, Hypothesen und Messinstrumente

Nr.	Konstrukt	Fragestellung	Hypothese	Messinstrument
1.	Familien-situation	Wie stellt sich die Familiensituation von Familien mit psychisch erkranktem Elternteil in Bezug auf ihre Lebensform und ihre Funktionalität dar (soziales Risiko der Familie)?	Die Teilnehmer der Stichprobe leben häufig in nicht-traditionellen Lebensformen und in Familien, die problembelastet hinsichtlich ihrer Funktionalität sind.	Allgemeiner Familienfragebogen (FB-A), Fragen zum Familienstand und zur Wohn- und Lebenssituation, Tabellen 1 und 2
2.	Einkommensarmut/ Arbeitslosigkeit	Wie sind Familien mit psychisch erkranktem Elternteil von den sozialen Problemen Armut und Arbeitslosigkeit betroffen?	Einkommensarmut und Arbeitslosigkeit sind in der Stichprobe im Vergleich zur Gesamtbevölkerung überdurchschnittlich häufig.	Frage nach dem Nettoeinkommen, wie viele Menschen davon leben, Frage nach dem Bildungsstand, Aktenstudium hinsichtlich Arbeitslosigkeit
3.	Soziale Unterstützung	Wie lässt sich die soziale Integration/ Isolation bzw. die soziale Unterstützung betroffener Familien beschreiben?	Die Familien der Stichprobe sind sozial schlecht integriert bzw. haben geringe soziale Unterstützung.	OSSQ
4.	Art/ Schwere der Erkrankung	Hat die Art bzw. die Schwere der Erkrankung einen Einfluss auf oben genannte Fragen?	Art und/ oder Schwere der Erkrankung haben insofern einen Einfluss auf die vorgenannten Probleme, dass sie zu Unterschieden in der Belastung führen.	Arztfragebogen: Diagnose (-Gruppe), CGI (Schweregrad der Krankheit)
5.	Professionelle Unterstützung	Wie sieht die Situation der Familien bzgl. professioneller Unterstützung aus? Gibt es Wünsche der Familien hinsichtlich Unterstützung?	Das professionelle Unterstützungsangebot deckt sich nicht mit Unterstützungswünschen. Die erkrankten Personen können Unterstützungswünsche konkret angeben.	Fragen zur Nutzung und Akzeptanz von und Zufriedenheit mit Unterstützungsangeboten; offene Frage nach weiterem Bedarf

Nr.	Konstrukt	Fragestellung	Hypothese	Messinstrument
6a.	Innerfamiliäre Isolation	Wie sind Kinder psychisch erkrankter Menschen innerhalb der Familie integriert?	In der Stichprobe schätzt der erkrankte Elternteil ein, dass seine Kinder von innerfamiliärer Isolation betroffen sind.	Tabellen 1 und 2, KINDL-R (Familie)
6b.	Außerfamiliäre bzw. soziale Isolation	Wie sind Kinder psychisch erkrankter Menschen außerhalb der Familie in der Gesellschaft integriert?	In der Stichprobe schätzt der erkrankte Elternteil ein, dass seine Kinder von sozialer Isolation betroffen sind.	Tabellen 1 und 2, KINDL-R (Freunde)
7.	Lebensqualität der Kinder	Wie wird die Lebensqualität von Kindern psychisch erkrankter Menschen eingeschätzt?	Der erkrankte Elternteil schätzt die Lebensqualität seiner Kinder überwiegend als schlecht ein.	KINDL-R, Auswertung in psych. Diplomarbeit
8.	psychische Gesundheit der Kinder	Wie wird die psychische Gesundheit von Kindern psychisch erkrankter Menschen eingeschätzt?	Der erkrankte Elternteil schätzt die psychische Gesundheit seiner Kinder überwiegend als problematisch ein.	CBCL/ 4-18 Jahre, Auswertung in psych. Diplomarbeit
9a.	Innere bzw. familiäre Isolation (analog zu 6a.)		Kinder psychisch erkrankter Eltern sind nicht hinreichend in der Familie integriert, insbesondere wenn man Offenheit bzgl. der Erkrankung berücksichtigt.	Tabellen 1 und 2 sowie KINDL-R (Familie) für beide Elternteile, Fragebogen für das Kind, Einschätzung durch die Familienberaterin
9b.	Außerfamiliäre bzw. soziale Isolation (analog zu 6b.)		Kinder psychisch erkrankter Eltern sind sozial schlecht integriert.	Tabellen 1 und 2 sowie KINDL-R (Freunde) für beide Elternteile, Fragebogen für das Kind, Einschätzung durch die Familienberaterin
10.	Lebensqualität der Kinder (analog zu 7.)		Die Lebensqualität von Kindern psychisch erkrankter Eltern ist überwiegend schlecht.	KINDL-R für die Eltern, Fragebogen für das Kind, Einschätzung durch die Familienberaterin
11.	Verhalten der Kinder (analog zu 8.)		Das Verhalten von Kindern psychisch erkrankter Eltern ist überwiegend problematisch.	CBCL/4-18 Jahre für die Eltern, Fragebogen für das Kind, Einschätzung durch die Familienberaterin

12.2 Anhang B: Messinstrumente

12.2.1 Anhang B-1: Fragebogen für die Patienten

Code: _____



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Direktor: Prof. Dr. med. P. Riedesser

Fragebogen für Patienten/Innen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir freuen uns sehr, dass Sie sich die Zeit nehmen, diesen Fragebogen auszufüllen.

Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag zu unserer Untersuchung, mit der wir das Versorgungsangebot für Eltern und ihre Kinder verbessern wollen!

Der Fragebogen richtet sich an Patienten, die Kinder haben. Wir möchten gerne von Ihnen erfahren, wie es Ihnen mit Ihren Kindern und Ihrer Familie geht, wie Sie den Alltag meistern und ob Sie dabei ausreichend Hilfe bekommen.

Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erste in den Sinn kommt. (Bei Fragen stehen Ihnen gerne Fr. E. Pollak, Tel.: 42 803-27 32 oder Fr. S. Rosenthal, Tel.: 42 803-59 95 zur Verfügung.)

Es geht um Ihre persönliche Meinung. Es gibt daher keine richtigen oder falschen Antworten!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe !

Ihr
Prof. Dr. Riedesser und Ihre
Dr. Wiegand-Grefe
Im Namen des gesamten Forschungsteams

Zunächst einige Fragen über Sie:

heutiges Datum: _____ . _____ . 20 _____

1. Ihr Geschlecht: ₁ Weiblich ₂ Männlich

2. Ihr Geburtsdatum: _____ . _____ . 19 _____
Tag Monat Jahr

3. Ihr Familienstand: ₁ ledig ₂ verheiratet ₃ geschieden ₄ verwitwet

4. Ihr höchster Schulabschluss

- ₁ noch in der Schule
- ₂ Sonderschule
- ₃ **Hauptschule**
- ₄ Realschule
- ₅ Abitur/Fachhochschulreife
- ₆ ohne Abschluss
- ₇ sonstiger Abschluss

5. Ihr höchster Berufsabschluss

- ₁ noch in der Berufsausbildung
- ₂ Lehre
- ₃ Meister/Fachschule
- ₄ Fachhochschule/Universität
- ₅ ohne Abschluss
- ₆ sonst. Abschluss: _____

6. Ihre jetzige oder zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit

- ₁ Arbeiter/-in
- ₂ Facharbeiter/-in
- ₃ **einfach./mittlerer Angestellte/r Beamte/r**
- ₄ **höhere/r Angestellte/r, Beamte/r**
- ₅ **Selbständige/r**
- ₆ Auszubildende/r, Umschüler/-in
- ₇ Schüler/-in, Student/-in
- ₈ Hausfrau/Hausmann
- ₉ Rentner/-in
- ₁₀ **Nie berufstätig** gewesen
- ₁₁ **Sonstiges:** _____

7. Wie viel Geld haben Sie und Ihre Familie monatlich zur Verfügung (gesamtes Nettoeinkommen)?

- ₁ **weniger** als 1000 Euro
- ₂ 1000 bis 2000 Euro
- ₃ 2000 bis 3000 Euro
- ₄ 3000 bis 4000 Euro
- ₅ mehr als 4000 Euro

8. Wie viele Menschen leben von dieser Summe?

_____ Erwachsene (Anzahl)
_____ Kinder (Anzahl)

Und nun einige Fragen über Ihre Erkrankung und Behandlung

9. Aufnahmedatum auf der Station?

_____ . _____ . 20 _____

10. Wie lautet Ihre derzeitige Erkrankung?

11. Seit wann besteht Ihre Erkrankung?

_____ (Jahr)

12. Haben Sie noch andere, z.B. körperliche Erkrankungen?

- ₁ nein
- ₂ ja, welche: _____

13. Sind sie derzeit in *ambulanter* psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung?

- ₁ nein
- ₂ ja, seit: _____ (Jahr)

14. wenn ja, wie oft sind Sie aktuell in ambulanter Behandlung?

- ₁ **mehrmals** pro Woche
- ₂ 1 Mal pro Woche
- ₃ 14-tägig
- ₄ 1 Mal im Monat oder seltener

15. Waren sie vor diesem Krankenhausaufenthalt schon einmal in *stationärer* psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung?

- ₁ nein
- ₂ ja Wenn ja, wie oft? _____ Mal

16. Wann war das letzte Mal?

_____ Jahre

Symptomcheckliste (SCL-14)

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten sieben Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind.

Wie sehr litten Sie <u>in den letzten sieben Tagen</u> unter ...?		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1	Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	0	1	2	3	4
2	Befürchtungen, alleine aus dem Haus zu gehen	0	1	2	3	4
3	Selbstvorwürfe über bestimmte Dinge	0	1	2	3	4
4	dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	0	1	2	3	4
5	Schwermut	0	1	2	3	4
6	Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	0	1	2	3	4
7	Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0	1	2	3	4
8	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
9	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
10	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
11	Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	0	1	2	3	4
12	Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0	1	2	3	4
13	dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
14	Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	0	1	2	3	4

Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)

Im Folgenden geht es darum, festzustellen, wie Sie auf Ihre Krankheit reagieren.

	gar nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr stark	
1	Informationen über Erkrankungen und Behandlung suchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Nicht wahrhaben wollen des Geschehenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Herunterspielen der Bedeutung und Tragweite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Wunschdenken und Tagträumen nachhängen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Sich selbst die Schuld geben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Andere verantwortlich machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Einen Plan machen und danach handeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Ungeduldig und gereizt auf Andere reagieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Gefühle nach außen zeigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Gefühle unterdrücken, Selbstbeherrschung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Stimmungsverbesserung durch Alkohol oder Beruhigungsmittel suchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Sich mehr gönnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Sich vornehmen, intensiver zu leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Entschlossen gegen die Krankheit anzukämpfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Sich selbst bemitleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Sich selbst Mut machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Erfolge und Selbstbestätigung suchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Sich abzulenken versuchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Abstand zu gewinnen versuchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Die Krankheit als Schicksal nehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Ins Grübeln kommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Trost im religiösen Glauben suchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Versuch, in der Krankheit einen Sinn zu sehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Sich damit trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Mit dem Schicksal hadern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	gar nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr stark
27 Genau den ärztlichen Rat befolgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28 Vertrauen in die Ärzte setzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29 Den Ärzten misstrauen, die Diagnosen überprüfen lassen, andere Ärzte aufsuchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30 Anderen Gutes tun wollen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31 Galgenhumor entwickeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32 Hilfe anderer in Anspruch nehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33 Sich gerne umsorgen lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34 Sich von anderen Menschen zurückziehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35 Sich auf frühere Erfahrungen mit ähnlichen Schicksalsschlägen besinnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragebogen zur Beurteilung ihres Gesundheitszustandes (SF-12)

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?				
ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
3. mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer **körperlichen Gesundheit** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten?

	ja	nein
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
5. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund **seelischer Probleme** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	ja	nein
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
7. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁

8. **Inwieweit haben Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?**

überhaupt nicht	ein bisschen	mäßig	ziemlich	sehr
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Jetzt geht es darum, wie Sie sich fühlen. Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen..

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
9. ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
10. voller Energie?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
11. entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

12. **Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden usw.) beeinträchtigt?**

immer	meistens	manchmal	selten	nie
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Jetzt einige Fragen zu Ihrer Wohn- und Lebenssituation:

1. Leben Sie derzeit in einer Ehe oder Partnerschaft?

- ₁ nein, weiter zu Frage 6
- ₂ ja

2. Würden Sie Ihre Ehe/Partnerschaft als gut bezeichnen?

- ₁ nein
- ₂ eher nein
- ₃ **eher ja**
- ₄ ja

3. Empfinden Sie Ihre Ehe/Partnerschaft als stabil und tragfähig, auch in Krisenzeiten?

- ₁ nein
- ₂ eher nein
- ₃ **eher ja**
- ₄ ja

4. Gibt Ihnen Ihre Ehe/Partnerschaft Halt und Sicherheit?

- ₁ nein
- ₂ eher nein
- ₃ **eher ja**
- ₄ ja

5. Ist oder war Ihr (Ehe-)Partner in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung?

- ₁ nein
- ₂ ja

6. Wer lebt im Haushalt außer Ihnen?

- ₁ Ehe-/Lebenspartner(in)
- ₂ Kinder _____ (Anzahl)
- ₃ andere Verwandte: _____ (Anzahl)
Welche: _____
- ₄ andere Personen _____ (Anzahl)
Welche: _____

7. Sind Sie zufrieden mit Ihrer Lebenssituation?

- ₁ sehr zufrieden
- ₂ zufrieden
- ₃ unzufrieden
- ₄ sehr unzufrieden

8. Wer übernimmt den Hauptteil der Betreuungs- und Erziehungsaufgaben der Kinder in Ihrem Haushalt? (Mehrfachantworten möglich)

- ₁ ich
- ₂ anderer Elternteil
- ₃ **mein (Ehe-) Partner**
- ₄ andere Verwandte: _____
- ₅ andere Person: _____

9. Wie gut und flexibel gelingt es in Ihrer Familie, Ihre Aufgaben zu verteilen, wenn Sie krank sind?

- ₁ gut
- ₂ eher gut
- ₃ eher schlecht
- ₄ schlecht

10. Wer übernimmt die Betreuung der Kinder während Ihres stationären Aufenthaltes? (Mehrfachantworten möglich)

- ₁ anderer Elternteil
- ₂ **mein (Ehe-) Partner**
- ₃ andere Verwandte: _____
- ₄ andere Person: _____

11. Besteht Kontakt zwischen Ihnen und Ihren Kindern während Ihres stationären Aufenthaltes oder ist dieser geplant?

- ₁ nein
- ₂ ja

12. Wird in Ihrer Familie auch gegenüber den Kindern offen über Ihre Erkrankung gesprochen?

- ₁ nein
- ₂ ja

13. Hat jemand Ihren Kindern die Art Ihrer Erkrankung erklärt?

- ₁ nein
- ₂ ja, wenn ja, wer? _____

14. Wenn nein, warum nicht?

Tabelle. 1. Haben Sie Kinder, die in Ihrem Haushalt leben und jünger als 18 Jahre sind?				
<input type="checkbox"/> ₁ nein, weiter mit Tabelle 2 auf der nächsten Seite <input type="checkbox"/> ₂ ja				
	ältestes Kind jünger als 18 Jahre			jüngstes Kind
	1.	2.	3.	4.
1. Geburtsdatum				
2. Geschlecht	<input type="checkbox"/> ₁ männlich <input type="checkbox"/> ₂ weiblich	<input type="checkbox"/> ₁ männlich <input type="checkbox"/> ₂ weiblich	<input type="checkbox"/> ₁ männlich <input type="checkbox"/> ₂ weiblich	<input type="checkbox"/> ₁ männlich <input type="checkbox"/> ₂ weiblich
3. Ist das Ihr	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Kind des Partners <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Kind des Partners <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Kind des Partners <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Kind des Partners <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
4. Haben Sie eine gute Beziehung zu Ihrem Kind ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein
5. Hat das Kind eine gute Beziehung zu Ihrem jetzigen (Ehe-) Partner?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein
6. Ist Ihr (Ehe-)Partner der leibliche Elternteil des Kindes?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → weiter zu 11.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → weiter zu 11.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → weiter zu 11.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → weiter zu 11.
7. Wie alt war das Kind zum Zeitpunkt der Trennung?	Alter	Alter	Alter	Alter
8. Wie viel Kontakt besteht zwischen dem Kind und dem anderen Elternteil?	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> sporadischer <input type="checkbox"/> monatlicher <input type="checkbox"/> 14-tägiger <input type="checkbox"/> wöchentlicher <input type="checkbox"/> öfter	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> sporadischer <input type="checkbox"/> monatlicher <input type="checkbox"/> 14-tägiger <input type="checkbox"/> wöchentlicher <input type="checkbox"/> öfter	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> sporadischer <input type="checkbox"/> monatlicher <input type="checkbox"/> 14-tägiger <input type="checkbox"/> wöchentlicher <input type="checkbox"/> öfter	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> sporadischer <input type="checkbox"/> monatlicher <input type="checkbox"/> 14-tägiger <input type="checkbox"/> wöchentlicher <input type="checkbox"/> öfter
9. Hat das Kind Ihrer Meinung nach eine gute Beziehung zum anderen Elternteil?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein
10. Ist der andere Elternteil schon einmal in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung gewesen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
11. Hat Ihr Kind erwachsenen Bezugs- oder Vertrauenspersonen außer Ihnen?	<input type="checkbox"/> ₁ nein, weiter zur nächsten Seite <input type="checkbox"/> ₂ ja	<input type="checkbox"/> ₁ nein, weiter zur nächsten Seite <input type="checkbox"/> ₂ ja	<input type="checkbox"/> ₁ nein, weiter zur nächsten Seite <input type="checkbox"/> ₂ ja	<input type="checkbox"/> ₁ nein, weiter zur nächsten Seite <input type="checkbox"/> ₂ ja
12. Wie viele?	<input type="checkbox"/> eine <input type="checkbox"/> zwei <input type="checkbox"/> mehr als zwei	<input type="checkbox"/> eine <input type="checkbox"/> zwei <input type="checkbox"/> mehr als zwei	<input type="checkbox"/> eine <input type="checkbox"/> zwei <input type="checkbox"/> mehr als zwei	<input type="checkbox"/> eine <input type="checkbox"/> zwei <input type="checkbox"/> mehr als zwei
13. Wer ist die wichtigste Bezugsperson außer Ihnen?	<input type="checkbox"/> anderer Elternteil <input type="checkbox"/> mein (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> andere Verwandte <input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> anderer Elternteil <input type="checkbox"/> mein (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> andere Verwandte: <input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> anderer Elternteil <input type="checkbox"/> mein (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> andere Verwandte. <input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> anderer Elternteil <input type="checkbox"/> mein (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> andere Verwandte <input type="checkbox"/> andere:
14. Glauben Sie, dass Ihr Kind Vertrauen zu dieser Bezugsperson hat?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein
15. Ist die Bezugsperson schon einmal in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung gewesen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Tabelle 2. Haben sie leibliche Kinder unter 18 Jahren, die <u>nicht</u> in Ihrem Haushalt leben?				
<input type="checkbox"/> ₁ nein, weiter auf der nächsten Seite <input type="checkbox"/> ₂ ja				
	ältestes Kind unter 18 Jahren			jüngstes Kind
	1.	2.	3.	4.
1. Geburtsdatum:				
2. Geschlecht	<input type="checkbox"/> ₁ männlich <input type="checkbox"/> ₂ weiblich	<input type="checkbox"/> ₁ männlich <input type="checkbox"/> ₂ weiblich	<input type="checkbox"/> ₁ männlich <input type="checkbox"/> ₂ weiblich	<input type="checkbox"/> ₁ männlich <input type="checkbox"/> ₂ weiblich
3. Wo lebt das Kind?	<input type="checkbox"/> anderer Elternteil <input type="checkbox"/> Verwandte <input type="checkbox"/> Pflege- oder Adoptivfamilie <input type="checkbox"/> Fremdunterbringung (Heim, Jugendhilfe einrichtung) <input type="checkbox"/> eigene Wohnung	<input type="checkbox"/> anderer Elternteil <input type="checkbox"/> Verwandte <input type="checkbox"/> Pflege- oder Adoptivfamilie <input type="checkbox"/> Fremdunterbringung (Heim, Jugendhilfe einrichtung) <input type="checkbox"/> eigene Wohnung	<input type="checkbox"/> anderer Elternteil <input type="checkbox"/> Verwandte <input type="checkbox"/> Pflege- oder Adoptivfamilie <input type="checkbox"/> Fremdunterbringung (Heim, Jugendhilfe einrichtung) <input type="checkbox"/> eigene Wohnung	<input type="checkbox"/> anderer Elternteil <input type="checkbox"/> Verwandte <input type="checkbox"/> Pflege- oder Adoptivfamilie <input type="checkbox"/> Fremdunterbringung (Heim, Jugendhilfe einrichtung) <input type="checkbox"/> eigene Wohnung
4. Seit wann leben Sie von dem Kind getrennt?	Jahr	Jahr	Jahr	Jahr
5. Und warum?	<input type="checkbox"/> mein Wunsch <input type="checkbox"/> Wunsch des anderen Elternteils <input type="checkbox"/> Initiative des Jugendamtes <input type="checkbox"/> finanzielle Gründe <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> mein Wunsch <input type="checkbox"/> Wunsch des anderen Elternteils <input type="checkbox"/> Initiative des Jugendamtes <input type="checkbox"/> finanzielle Gründe <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> mein Wunsch <input type="checkbox"/> Wunsch des anderen Elternteils <input type="checkbox"/> Initiative des Jugendamtes <input type="checkbox"/> finanzielle Gründe <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> mein Wunsch <input type="checkbox"/> Wunsch des anderen Elternteils <input type="checkbox"/> Initiative des Jugendamtes <input type="checkbox"/> finanzielle Gründe <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
6. Wie viel Kontakt haben Sie zu Ihrem Kind?	<input type="checkbox"/> keinen <input type="checkbox"/> sporadischer <input type="checkbox"/> monatlicher <input type="checkbox"/> 14-tägiger <input type="checkbox"/> wöchentlicher <input type="checkbox"/> öfter	<input type="checkbox"/> keinen <input type="checkbox"/> sporadischer <input type="checkbox"/> monatlicher <input type="checkbox"/> 14-tägiger <input type="checkbox"/> wöchentlicher <input type="checkbox"/> öfter	<input type="checkbox"/> keinen <input type="checkbox"/> sporadischer <input type="checkbox"/> monatlicher <input type="checkbox"/> 14-tägiger <input type="checkbox"/> wöchentlicher <input type="checkbox"/> öfter	<input type="checkbox"/> keinen <input type="checkbox"/> sporadischer <input type="checkbox"/> monatlicher <input type="checkbox"/> 14-tägiger <input type="checkbox"/> wöchentlicher <input type="checkbox"/> öfter
7. Haben Sie eine gute Beziehung zu Ihrem Kind?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein
8. Wünschen Sie sich mehr Kontakt zu Ihrem Kind?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9. Hat Ihr Kind erwachsene Bezugs- oder Vertrauenspersonen außer Ihnen?	<input type="checkbox"/> nein, weiter zur nächsten Seite <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, weiter zur nächsten Seite <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, weiter zur nächsten Seite <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, weiter zur nächsten Seite <input type="checkbox"/> ja
10. Wie viele?	<input type="checkbox"/> eine <input type="checkbox"/> zwei <input type="checkbox"/> mehr als zwei	<input type="checkbox"/> eine <input type="checkbox"/> zwei <input type="checkbox"/> mehr als zwei	<input type="checkbox"/> eine <input type="checkbox"/> zwei <input type="checkbox"/> mehr als zwei	<input type="checkbox"/> eine <input type="checkbox"/> zwei <input type="checkbox"/> mehr als zwei
11. Wer ist die wichtigste Bezugsperson außer Ihnen?	<input type="checkbox"/> weiterer Elternteil <input type="checkbox"/> mein (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> andere Verwandte: <input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> weiterer Elternteil <input type="checkbox"/> mein (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> andere Verwandte: <input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> weiterer Elternteil <input type="checkbox"/> mein (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> andere Verwandte: <input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> weiterer Elternteil <input type="checkbox"/> mein (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> andere Verwandte: <input type="checkbox"/> andere:
12. Glauben Sie, dass Ihr Kind Vertrauen zu seiner Bezugsperson hat?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein
13. Ist diese Bezugsperson selbst schon einmal in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung gewesen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Einstellungen und Gefühle gegenüber Ihrem Kind bzw. Ihren Kindern. Bitte antworten Sie spontan.

		nein	eher nein	eher ja	ja
1.	Es ist gut, wenn Kinder früh selbstständig sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Es ist mir wichtig, dass mein Kind mich versteht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ich spreche mit meinem Kind über meine Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ich möchte mich auf mein Kind verlassen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ich wünsche mir oft, dass mein Kind bei mir ist, wenn es mir nicht gut geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ich möchte auch meinem Kind gegenüber meine Intimsphäre bewahren .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ich lege Wert darauf, dass meinem Kind die Familie wichtig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	In einem Gespräch lasse ich mein Kind stets ausreden und höre ihm aufmerksam zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Mein Kind ist mir der nächste Mensch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ich wünsche mir von meinem Kind mehr Mithilfe im Haushalt, wenn es mir schlecht geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Manchmal ist mein Kind der einzige Mensch, an den ich mich wenden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Es hilft mir, meine Probleme mit meinem Kind zu teilen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Ich wünsche mir, dass mein Kind früh selbstständig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Ich möchte mich auf die Unterstützung meines Kindes verlassen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Wenn Eltern krank sind, sollten die Kinder nicht noch zusätzlich Sorgen machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun einige Fragen zur sozialen Unterstützung (OSSQ)

- Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf Sie verlassen können, wenn Sie ernsthafte **persönliche Probleme haben**? Würden Sie sagen...
 niemand ₁ 1 bis 2 ₂ 3 bis 5 ₃ mehr als 5 ₄
- Wie viel Interesse zeigen andere Menschen für Sie und das was Sie tun?
 viel ₁ einiges ₂ ein wenig ₃ keines ₄ weiß nicht ₅
- Wie einfach ist es, von Ihren Nachbarn praktische Hilfe zu bekommen, wenn Sie diese brauchen?
 sehr einfach ₁ einfach ₂ möglich ₃ schwierig ₄ sehr schwierig ₅

Allgemeiner Familienfragebogen (FB-A)

Bitte kreuzen sie an, wie gut die folgenden Aussagen Ihre Familie beschreibt.

	stimmt genau	stimmt ein wenig	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
1. Wenn bei uns in der Familie Probleme aufkommen, suchen wir gemeinsam nach neuen Lösungswegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Familienpflichten sind gerecht verteilt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wenn ich jemanden in der Familie bitte, zu erklären, was er meint, bekomme ich offene und direkte Antworten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wir teilen uns gegenseitig mit, wie es uns wirklich geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimmt genau	stimmt ein wenig	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
5. Ich kann mir nicht vorstellen, dass irgendeine Familie besser klarkommt als unsere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. In unserer Familie hat man es schwer, seinen eigenen Weg zu verfolgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wenn ich frage, warum wir bestimmte Regeln haben, bekomme ich keine befriedigende Antwort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wir haben die gleichen Ansichten darüber, was richtig und falsch ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Meine Familie könnte glücklicher sein, als sie tatsächlich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Manchmal sind wir ungerecht zueinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wir versuchen, Schwierigkeiten gleich zu lösen und nicht auf die lange Bank zu schieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wir stimmen darin überein, wer was in unserer Familie tun sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich weiß nie, was in unserer Familie los ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. In unserer Familie wissen wir gewöhnlich, wenn sich jemand aufgeregt hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich glaube nicht, dass irgendeine Familie glücklicher als meine sein könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wir sind eng miteinander verbunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Wenn man etwas falsch macht in unserer Familie, weiß man nicht, was man zu erwarten hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. In unserer Familie kann jeder seinen eigenen Interessen nachgehen, ohne dass die anderen deswegen sauer werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Einige Dinge in unserer Familie stellen mich nicht vollständig zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Wir werden nie wütend in unserer Familie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Wir brauchen zu lange, um mit schwierigen Situationen zurechtzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Wir können uns nicht darauf verlassen, dass alle Familienmitglieder die ihnen zugeordneten Aufgaben erfüllen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Wir nehmen uns Zeit, einander anzuhören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Wenn wir uns in unserer Familie aufregen, brauchen wir zu lange, um darüber hinwegzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Wir regen uns nie gegenseitig auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Eigentlich vertrauen wir einander nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Wenn wir etwas falsch machen, bekommen wir keine Gelegenheit, es zu erklären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. In unserer Familie haben wir die Freiheit zu sagen, was wir denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Meine Familie und ich verstehen einander vollkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Manchmal gehen wir uns gegenseitig aus dem Weg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Wir sind uns oft nicht einig, welche Probleme wir haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Wir müssen uns meistens gegenseitig daran erinnern, was in der Familie von den einzelnen getan werden muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Wir streiten in unserer Familie oft darüber, wer was gesagt hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Wir teilen einander mit, was uns gerade stört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Manchmal verletzen wir die Gefühle der anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimmt genau	stimmt ein wenig	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
36. In unserer Familie lebt jeder eher für sich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. In unserer Familie gibt es keine festen Regeln oder Vorschriften.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. In unserer Familie haben wir die gleichen Vorstellungen über Erfolg und Leistung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Wir sind so gut angepasst, wie eine Familie nur sein kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Wir geben unsere Fehler immer zu und versuchen nicht, irgend etwas zu verbergen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE)

In diesem Fragebogen werden Sie nach Ihren Erwartungen gefragt, die Sie in Bezug auf Ihren Partner bzw. Ihre Partnerin haben: Was Sie sich von ihm oder ihr wünschen oder auch befürchten, mit welchen Reaktionen Sie auch bei sich selbst rechnen usw.

Leben Sie zur Zeit nicht in einer Partnerbeziehung, dann füllen Sie bitte den Fragebogen dahingehend aus, **was auf Sie am ehesten in einer Partnerschaft zutreffen würde.**

	trifft überhaupt nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft überwie- gend zu	trifft genau zu
1. Mein Partner/meine Partnerin und ich haben viele gemeinsame Interessen.	0	1	2	3	4
2. An sich fällt es mir leicht, mit meinem Partner/meiner Partnerin über das zu sprechen, was in mir vorgeht.	0	1	2	3	4
3. Manchmal kommt mir der Gedanke, dass es meinem Partner/meiner Partnerin zu viel sein könnte, mich so wie ich bin zu ertragen.	0	1	2	3	4
4. Der Gedanke, mein Partner/meine Partnerin könnte mich tiefgehend auf meine Gefühle ansprechen, ist mir eher unangenehm.	0	1	2	3	4
5. Bei aller Zuneigung, ein Rest von Distanz meinem Partner /meiner Partnerin gegenüber bleibt von mir aus eigentlich immer.	0	1	2	3	4
6. Wenn ich mich über meinen Partner/meine Partnerin ärgere, hüte ich mich davor, es ihm/ihr zu zeigen.	0	1	2	3	4
7. Es fällt mir leicht, gegenüber meinem Partner/meiner Partnerin über meine Gefühle zu sprechen.	0	1	2	3	4
8. Wenn sich mein Partner/meine Partnerin einmal nicht genug um mich kümmert, bedrückt mich das sehr.	0	1	2	3	4
9. Ich befürchte, dass mein Partner/meine Partnerin auf Distanz zu mir gehen könnte, wenn er/sie wüsste, was wirklich in mir vorgeht.	0	1	2	3	4
10. Im Gespräch mit meinem Partner/meiner Partnerin rede ich lieber über sachliche Themen als über persönliche.	0	1	2	3	4
11. Vor allem wenn es mir schlecht geht, bin ich sehr darauf angewiesen, dass mein Partner/meine Partnerin sich mir besonders zuwendet und auf mich eingeht.	0	1	2	3	4
12. Wenn mich mein Partner/meine Partnerin auf meine Gefühle anspricht, weiß ich öfters nicht recht, was ich sagen soll.	0	1	2	3	4
13. Ich fürchte, dass mein großes Bedürfnis nach Zuwendung meinem Partner/meiner Partnerin zu viel werden könnte.	0	1	2	3	4
14. Wenn ich von meinem Partner/meiner Partnerin getrennt bin (Reise, beruflich bedingt usw.), macht mich das unruhig und nervös.	0	1	2	3	4
15. Ich kann mich meinem Partner/meiner Partnerin gegenüber leicht öffnen.	0	1	2	3	4
16. Bei der Trennung von meinem Partner/meiner Partnerin würde für mich eine Welt zusammenbrechen.	0	1	2	3	4
17. Wenn mein Partner/meine Partnerin liebevoll zu mir ist, können mir schon mal Zweifel kommen, ob er/sie das auch wirklich so meint.	0	1	2	3	4

	t trifft überhaupt nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft überwiegend zu	trifft genau zu
18. Ehrlich gesagt: am liebsten wäre es mir, wenn sich mein Partner/meine Partnerin möglichst viel Zeit nur für mich nehmen und sich fast ausschließlich um mich kümmern würde.	0	1	2	3	4
19. Mich kann Kummer so sehr lähmen, dass mein Partner/meine Partnerin dann auf mich zugehen und mir weiterhelfen müsste.	0	1	2	3	4
20. Mir könnte schon einmal der Gedanke kommen, dass mein Partner/meine Partnerin mich am liebsten los sein möchte.	0	1	2	3	4
21. Manchmal denke ich, dass ich meinem Partner/meiner Partnerin mehr Zuneigung entgegenbringe als er/sie mir.	0	1	2	3	4
22. Mir ist es wichtig, dass mein Partner/meine Partnerin, auch wenn wir nicht zusammen sind, in Gedanken möglichst viel bei mir ist.	0	1	2	3	4
23. Selbst meinem Partner/meiner Partnerin gegenüber behalte ich doch manches lieber für mich alleine.	0	1	2	3	4
24. Ich kann schon mal auf den Gedanken kommen, dass mich mein Partner/meine Partnerin nur in dem Maße mag, in dem ich seinen/ihren Erwartungen entspreche.	0	1	2	3	4
25. So wie ich mich kenne, bin ich meinem Partner/meiner Partnerin gegenüber eher zurückhaltend mit dem, was ich ihm/ihr von mir zeige.	0	1	2	3	4
26. Auch bei einer vorübergehenden Trennung: mit dem Abschied komme ich nur schwer klar.	0	1	2	3	4
27. Ich muss aufpassen, dass ich meinen Partner/meine Partnerin mit meinen großen Wünschen nach Zuwendung nicht irritiere.	0	1	2	3	4
28. In der Beziehung zu meinem Partner/meiner Partnerin erlebe ich öfters heftig wechselnde Gefühle: innige Nähe und Fremdheit, Vertrauen und starke Eifersucht.	0	1	2	3	4
29. Eigentlich hänge ich mit meinen Gefühlen mehr an meinem Partner/meiner Partnerin als mir selber lieb ist.	0	1	2	3	4
30. Mir fällt es relativ leicht, mit meinem Partner/meiner Partnerin über mich und meine Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse zu sprechen.	0	1	2	3	4
31. So wie ich mich selber einschätze, kann ich mir kaum vorstellen, dass mich mein Partner/meine Partnerin akzeptieren kann.	0	1	2	3	4

Bei einer psychischen Erkrankung in der Familie sollten Eltern und ihre Kinder spezielle Hilfsangebote bekommen. Daher abschließend einige Fragen, welche Art der Unterstützung Sie und Ihre Familie hilfreich fänden:

1. Finden Sie spezielle Unterstützungsangebote für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder generell sinnvoll?

- ₁ sehr sinnvoll
₂ sinnvoll
₃ wenig sinnvoll
₄ nicht sinnvoll

2. Würden Sie solche Unterstützungsangebote für sich nutzen?

- ₁ nein
₂ ja

3. Wenn nein, warum nicht?

4. Finden Sie eine Einbeziehung des Partners in solche Unterstützungsangebote sinnvoll?

- ₁ ja
₂ eher ja
₃ eher nein
₄ nein

5. Finden Sie eine Einbeziehung der Kinder in solche Unterstützungsangebote sinnvoll?

- ₁ ja
₂ eher ja
₃ eher nein
₄ nein

6. Würden Sie *Informationsbroschüren* zum Thema „Psychische Krankheit und Elternschaft“ lesen?

- ₁ ja
₂ **eher ja**
₃ eher nein
₄ nein

8. Würden Sie einen *Vortrag* zum Thema mit anschließender *Diskussion* und *Fragemöglichkeit* besuchen?

- ₁ ja
₂ **eher ja**
₃ eher nein
₄ nein

10. Würden Sie eine *Gesprächsgruppe* mit Ihrer und anderen betroffenen Familien besuchen? (Familiengruppe, mit Kindern)

- ₁ ja
₂ **eher ja**
₃ eher nein
₄ nein

7. Würden Sie einen *Vortrag* zum Thema „Psychische Krankheit und Elternschaft“ besuchen?

- ₁ ja
₂ **eher ja**
₃ eher nein
₄ nein

9. Würden Sie eine *Gesprächsgruppe* mit anderen betroffenen Elternteilen und ihren Partnern besuchen?

(Paargruppe, ohne Kinder)

- ₁ ja
₂ **eher ja**
₃ eher nein
₄ nein

11. Würden Sie mit Ihrer Familie oder ihrem Partner individuelle Paar- oder Familiengespräche zu diesem Thema nutzen? (nur für ihre Familie)

- ₁ ja
₂ **eher ja**
₃ eher nein
₄ nein

12. Haben Sie folgende Unterstützungsangebote schon einmal in Anspruch genommen?

Unterstützungsangebot

habe ich schon in Anspruch genommen

war hilfreich

würde ich gerne in Anspruch nehmen

12.1. Beratung/ Psychotherapie für mein Kind

- ₁ nein
₂ ja

- ₁ nein
₂ ja

- ₁ nein
₂ ja ₃ vielleicht

12.2. Beratung/ Psychotherapie als Paar (Paarberatung/-therapie)

- ₁ nein
₂ ja

- ₁ nein
₂ ja

- ₁ nein
₂ ja ₃ vielleicht

12.3. Beratung/Psychotherapie für die ganze Familie (Familienberatung/ -therapie)

- ₁ nein
₂ ja

- ₁ nein
₂ ja

- ₁ nein
₂ ja ₃ vielleicht

Sonstige Unterstützungen

12.4. sozialpädagogische Familienhilfe

- ₁ nein
₂ ja

- ₁ nein
₂ ja

- ₁ nein
₂ ja ₃ vielleicht

12.5. Kinderbetreuung

- ₁ nein
₂ ja

- ₁ nein
₂ ja

- ₁ nein
₂ ja ₃ vielleicht

12.6. Patenschaftsangebot für mein Kind

- ₁ nein
₂ ja

- ₁ nein
₂ ja

- ₁ nein
₂ ja ₃ vielleicht

12.7. Selbsthilfegruppe

- ₁ nein
₂ ja

- ₁ nein
₂ ja

- ₁ nein
₂ ja ₃ vielleicht

12.8. Andere, nämlich:

- ₁ nein
₂ ja

- ₁ nein
₂ ja

- ₁ nein
₂ ja ₃ vielleicht

13. Wobei könnte Ihnen ein Unterstützungsangebot für Familien mit psychisch krankem Elternteil helfen?

In den letzten beiden Fragebögen geht es um die Lebensqualität und das Verhalten ihrer Kinder unter 18 Jahren.

Wenn Sie mehr als ein Kind haben: Bitte füllen Sie die Fragebögen nur für EINES ihrer Kinder im Alter von 3 bis 18 Jahren aus (beide Bögen für DASSELBE Kind). Haben Sie mehr als ein Kind in diesem Altersbereich, füllen Sie bitte für jenes Kind aus, das als nächstes Geburtstag hat.

Geburtsdatum des Kindes, für das die Fragebögen ausgefüllt werden:

Fragebogen zur Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (KINDL-R)

1. Körperliches Wohlbefinden

<i>In den letzten Wochen...</i>	nie	selten	manch -mal	oft	immer
1. ... hat mein Kind sich krank gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... hatte mein Kind Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... war mein Kind müde und schlapp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... hatte mein Kind viel Kraft und Ausdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Seelisches Wohlbefinden

<i>In den letzten Wochen...</i>	nie	selten	manch -mal	oft	immer
1. ... hat mein Kind viel gelacht und Spaß gehabt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... hatte mein Kind zu nichts Lust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... hat mein Kind sich allein gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... hat mein Kind sich ängstlich oder unsicher gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Selbstwert

<i>In den letzten Wochen...</i>	nie	selten	manch -mal	oft	immer
1. ... war mein Kind stolz auf sich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... fühlte mein Kind sich wohl in seiner Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... mochte mein Kind sich selbst leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... hatte mein Kind viele gute Ideen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Familie

<i>In den letzten Wochen...</i>	nie	selten	manch -mal	oft	immer
1. ... hat mein Kind sich gut mit uns als Eltern verstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... hat mein Kind sich zu Hause wohl gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... hatten wir schlimmen Streit zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... fühlte mein Kind sich durch mich bevormundet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Freunde

<i>In den letzten Wochen...</i>	nie	selten	manch -mal	oft	immer
1. ... hat mein Kind etwas mit Freunden zusammen gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... ist mein Kind bei anderen „gut angekommen“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... hat mein Kind sich gut mit seinen Freunden verstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... hatte mein Kind das Gefühl, dass es anders ist als die anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Vorschule/Kindergarten (wenn zutreffend, bitte ankreuzen)

<i>In den letzten Wochen...</i>	nie	selten	manch -mal	oft	immer
1. ... hat mein Kind die Aufgaben in der Vorschule/ im Kindergarten gut geschafft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... hat meinem Kind die Vorschule / der Kindergarten Spaß gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... hat mein Kind sich auf die Vorschule/ den Kindergarten gefreut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... hatte mein Kind bei kleineren Aufgaben oder Hausaufgaben viele Fehler gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Schule (wenn zutreffend, bitte ankreuzen)

<i>In den letzten Wochen...</i>	nie	selten	manch -mal	oft	immer
1. ... hat mein Kind die Schulaufgaben gut geschafft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... hat meinem Kind der Unterricht Spaß gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... hat mein Kind sich Sorgen um seine Zukunft gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... hatte mein Kind Angst vor schlechten Noten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ELTERNFRAGEBOGEN ÜBER DAS VERHALTEN VON KINDERN UND JUGENDLICHEN – CBCL/4 -18 Jahre

Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie **jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monaten** bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft *genau so oder häufig* zu beobachten war, kreuzen Sie bitte die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft *etwas oder manchmal* auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für Ihr Kind *nicht zutrifft*, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen.

0 = nicht zutreffend 1 = etwas oder manchmal zutreffend 2 = genau oder häufig zutreffend

- | | |
|--|---|
| <p>1. Verhält sich zu jung für sein Alter..... 0 1 2</p> <p>2. Leidet unter Heuschnupfen oder anderen Allergien; bitte beschreiben _____ 0 1 2</p> <p>3. Streitet oder widerspricht viel..... 0 1 2</p> <p>4. Hat Asthma 0 1 2</p> <p>5. Bei Jungen: Verhält sich wie ein Mädchen
Bei Mädchen: verhält sich wie ein Junge 0 1 2</p> <p>6. Entleert den Darm außerhalb der Toilette, kotet ein 0 1 2</p> <p>7. Gibt an, schneidet auf..... 0 1 2</p> <p>8. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen..... 0 1 2</p> <p>9. Kommt von bestimmten Gedanken nicht los; bitte beschreiben _____ 0 1 2</p> <p>10. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv 0 1 2</p> <p>11. Klammert sich an Erwachsenen oder ist zu abhängig..... 0 1 2</p> <p>12. Klagt über Einsamkeit 0 1 2</p> <p>13. Ist verwirrt oder zerstreut 0 1 2</p> <p>14. Weint viel 0 1 2</p> <p>15. Ist roh zu Tieren oder quält sie..... 0 1 2</p> <p>16. Ist roh oder gemein zu anderen oder schüchtert sie ein 0 1 2</p> <p>17. Hat Tagträume oder ist gedankenverloren..... 0 1 2</p> <p>18. Verletzt sich absichtlich oder versucht Selbstmord..... 0 1 2</p> <p>19. Verlangt viel Beachtung 0 1 2</p> <p>20. Macht seine/ihre eigenen Sachen kaputt 0 1 2</p> <p>21. Macht Sachen kaputt, die den Eltern, Geschwistern oder anderen gehören..... 0 1 2</p> <p>22. Gehorcht zuhause nicht 0 1 2</p> <p>23. Gehorcht nicht in der Schule..... 0 1 2</p> <p>24. Isst schlecht 0 1 2</p> <p>25. Kommt mit anderen Kindern/Jugendlichen nicht aus 0 1 2</p> <p>26. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn er/sie sich schlecht benommen hat 0 1 2</p> <p>27. Ist leicht eifersüchtig 0 1 2</p> <p>28. Isst oder trinkt Dinge, die nicht zum Essen geeignet sind; bitte beschreiben (keine Süßigkeiten angeben) _____ 0 1 2</p> <p>29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Orten (außer Schule) bitte beschreiben _____ 0 1 2</p> <p>30. Hat Angst, in die Schule zu gehen..... 0 1 2</p> <p>31. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken, oder zu tun..... 0 1 2</p> <p>32. Glaubte, perfekt sein zu müssen..... 0 1 2</p> <p>33. Fühlt oder beklagt sich, daß niemand ihn/sie liebt..... 0 1 2</p> | <p>34. Glaubte, andere wollen ihm/ihr etwas antun..... 0 1 2</p> <p>35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen 0 1 2</p> <p>36. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt zu Unfällen 0 1 2</p> <p>37. Gerät leicht in Raufereien oder Schlägereien 0 1 2</p> <p>38. Wird viel gehänselt..... 0 1 2</p> <p>39. Hat Umgang mit anderen, die in Schwierigkeiten geraten..... 0 1 2</p> <p>40. Hört Geräusche oder Stimmen, die nicht da sind; bitte beschreiben _____ 0 1 2</p> <p>41. Ist impulsiv oder handelt ohne zu überlegen 0 1 2</p> <p>42. Ist lieber allein als mit anderen zusammen 0 1 2</p> <p>43. Lügt, betrügt oder schwindelt 0 1 2</p> <p>44. Kaut Fingernägel..... 0 1 2</p> <p>45. Ist nervös oder angespannt..... 0 1 2</p> <p>46. Hat nervöse Bewegungen oder Zuckungen (betrifft nicht die unter 10 erwähnte Zappeligkeit); bitte beschreiben _____ 0 1 2</p> <p>47. Hat Alpträume 0 1 2</p> <p>48. Ist bei anderen Kindern/Jugendlichen nicht beliebt..... 0 1 2</p> <p>49. Leidet an Verstopfung..... 0 1 2</p> <p>50. Ist zu furchtsam oder ängstlich 0 1 2</p> <p>51. Fühlt sich schwindelig 0 1 2</p> <p>52. Hat zu starke Schuldgefühle 0 1 2</p> <p>53. Isst zu viel 0 1 2</p> <p>54. Ist immer müde 0 1 2</p> <p>55. Hat Übergewicht 0 1 2</p> <p>56. Hat folgende Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursachen:</p> <p>a) Schmerzen (außer Kopf- oder Bauchschmerzen) 0 1 2</p> <p>b) Kopfschmerzen 0 1 2</p> <p>c) Übelkeit..... 0 1 2</p> <p>d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert sind); bitte beschreiben: _____ 0 1 2</p> <p>e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme..... 0 1 2</p> <p>f) Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe 0 1 2</p> <p>g) Erbrechen 0 1 2</p> <p>h) andere Beschwerden; bitte beschreiben: _____ 0 1 2</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|--|---|

- | | | | |
|--|-------|---|-------|
| 57. Greift andere körperlich an | 0 1 2 | 91. Spricht davon sich umzubringen | 0 1 2 |
| 58. Bohrt in der Nase, zupft oder kratze sich an Körperstellen; bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 | 92. Redet oder wandelt im Schlaf; bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 |
| 59. Spielt in der Öffentlichkeit an den eigenen Geschlechtsteilen..... | 0 1 2 | 93. Redet zuviel | 0 1 2 |
| 60. Spielt zu viel an den eigenen Geschlechtsteilen..... | 0 1 2 | 94. Hänzelt andere gern | 0 1 2 |
| 61. Ist schlecht in der Schule | 0 1 2 | 95. Hat Wutausbrüche oder ein hitziges Temperament..... | 0 1 2 |
| 62. Ist körperlich unbeholfen oder ungeschickt | 0 1 2 | 96. Denkt zuviel an Sex | 0 1 2 |
| 63. Ist lieber mit älteren Kindern oder Jugendlichen als mit Gleichaltrigen zusammen | 0 1 2 | 97. Bedroht andere | 0 1 2 |
| 64. Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen | 0 1 2 | 98. Lutscht am Daumen..... | 0 1 2 |
| 65. Weigert sich zu sprechen..... | 0 1 2 | 99. Ist zu sehr auf Ordentlichkeit oder Sauberkeit bedacht | 0 1 2 |
| 66. Tut bestimmte Dinge immer und immer wieder, wie unter einem Zwang; bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 | 100. Hat Schwierigkeiten mit dem Schlafen; bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 |
| 67. Lläuft von zu Hause weg | 0 1 2 | 101. Schwänzt die Schule (auch einzelne Schulstunden) | 0 1 2 |
| 68. Schreit viel | 0 1 2 | 102. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge..... | 0 1 2 |
| 69. Ist verschlossen, behält Dinge für sich..... | 0 1 2 | 103. ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen..... | 0 1 2 |
| 70. Sieht Dinge, die nicht da sind; bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 | 104. Ist ungewöhnlich laut | 0 1 2 |
| 71. Ist befangen oder wird leicht verlegen | 0 1 2 | 105. Trinkt Alkohol, nimmt Drogen oder missbraucht Medikamente; bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 |
| 72. Zündelt gerne oder hat schon Feuer gelegt..... | 0 1 2 | 106. Richtet mutwillig Zerstörung an..... | 0 1 2 |
| 73. Hat sexuelle Probleme; bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 | 107. Nässt bei Tag ein | 0 1 2 |
| 74. Produziert sich gern oder spielt den Clown..... | 0 1 2 | 108. Nässt im Schlaf ein | 0 1 2 |
| 75. Ist schüchtern oder zaghaft..... | 0 1 2 | 109. Quengelt oder jammert | 0 1 2 |
| 76. Schläft weniger als die meisten Gleichaltrigen..... | 0 1 2 | 110. Bei Jungen: Möchte lieber ein Mädchen sein
Bei Mädchen: Möchte lieber ein Junge sein..... | 0 1 2 |
| 77. Schläft tagsüber und/oder nachts mehr als die meisten Gleichaltrigen; bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 | 111. Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf | 0 1 2 |
| 78. Schmiert oder spielt mit Kot | 0 1 2 | 112. Macht sich zuviel Sorgen | 0 1 2 |
| 79. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen; bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 | 113. Bitte beschreiben Sie hier Probleme Ihres Kindes, die bisher noch nicht erwähnt wurden:

_____ | 0 1 2 |
| 80. Starrt ins Leere | 0 1 2 | | |
| 81. Stiehlt zu Hause..... | 0 1 2 | | |
| 82. Stiehlt anderswo | 0 1 2 | | |
| 83. Hortet Dinge, die er/sie nicht brauche; bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 | | |
| 84. Verhält sich seltsam oder eigenartig; bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 | | |
| 85. Hat seltsame Gedanken oder Ideen; bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 | | |
| 86. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar | 0 1 2 | | |
| 87. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel..... | 0 1 2 | | |
| 88. Schmolzt viel oder ist leicht eingeschnappt | 0 1 2 | | |
| 89. ist misstrauisch | 0 1 2 | | |
| 90. Flucht oder gebrauche obszöne (schmutzige) Wörter | 0 1 2 | | |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

12.2.2 Anhang B-2: Fragebogen für den behandelnden Arzt



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Code: _____

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Direktor: Prof. Dr. med. P. Riedesser

“CHIMPs” (Children of Mentally Ill Parents)
Fragebogen für den (die) behandelnde(n) Therapeuten(in)

Name des Patienten/der Patientin: _____

✂
Datum: _____

1. Aktuelle Diagnosen:

ICD-10

DSM-IV

Psychiatrische: _____ F _____ / _____

_____ F _____ / _____

Somatische: _____

2. Schweregrad der Krankheit (CGI)

3. Wie schätzen Sie die generelle Funktionalität des familiären Beziehungssystems ein? (GARF, Wert von 1-100)

1	Nicht beurteilbar
2	Patient ist überhaupt nicht krank
3	Patient ist ein Grenzfall psychiatrischer Erkrankung
4	Patient ist nur leicht krank
5	Patient ist mäßig krank
6	Patient ist deutlich krank
7	Patient schwer krank
8	Patient gehört zu den extrem schwer Kranken

81 - 100	Das Beziehungssystem funktioniert gut.
61 - 80	Das Beziehungssystem funktioniert nicht voll befriedigend, über eine Zeitspanne hinweg werden viele, aber nicht alle Schwierigkeiten gelöst.
41 - 60	Obwohl es gelegentliche Perioden von befriedigendem Zusammenleben gibt, dominieren unbefriedigende und dysfunktionale Beziehungen deutlich.
21 - 40	Das Beziehungssystem ist offensichtlich schwer gestört, Perioden befriedigender Beziehungen sind selten.
1-20	Das Beziehungssystem ist so schwer gestört, dass die Kontinuität des Kontaktes und der Bindung nicht mehr aufrechterhalten werden kann.
0	Inadäquate Information.

4. Besteht ein Mangel an Urteilsfähigkeit und (Krankheits-)Einsicht?

- nein
₁ leicht ₂ mäßig ₃ mäßig schwer ₄ schwer ₅ extrem

5. Halten Sie die Krankheitsbewältigung des Patienten insgesamt für angemessen?

- ₁ ja ₂ eher ja ₃ eher nein ₄ nein

6. Nimmt der Patient zur Zeit Medikamente ein?

- Keine
 Antidepressiva Neuroleptika Anxiolytika Phasenprophylaxe Antiepileptika

DANKE!

12.3 Anhang C: Liste verwendeter Variablen

ORGANISATORISCHE VARIABLEN		
id	5stellige Fallnummer: Personen, die den Fragebogen beantwortet haben: 1xxx.; Personen, die den Fragebogen nicht beantwortet haben: 9xxx.	
antw	Antwortstatus bzw. Grund des Nicht- Ausfüllens	x
initial	Initialen, die ersten 2 Buchstaben des Nachnamen und die ersten 2 Buchstaben des Vornamen des Patienten	
erbe1	Station, auf der der Patient zur Zeit der Erhebung ist	
FRAGEBOGEN FÜR BEHANDELNDEN ARZT		
icdx	x. (Haupt-)Diagnose nach ICD-10 laut Kurve bzw. Arztbogen (bis zu 4 Diagnosen)	
diax	x. (Haupt-)Diagnose, wörtliche Bezeichnung laut Kurve bzw. Arztbogen	
diagrupx	x. (Haupt-)Diagnose nach ICD-10 Diagnosegruppe	x
arbo1	1. somatische Diagnose	
arbo2	2. somatische Diagnose	
arbo3	CGI (Schweregrad der Krankheit)	x
arbo4	GARF (familiäre Funktionalität)	x
arbo4a	genauer GARF-WERT auf Skala 1 bis 100	x
arbo5	Mangel an Urteilsfähigkeit und Krankheitseinsicht	x
arbo6	Angemessenheit der Krankheitsbewältigung	x
arbo7a	Medikamente, die Patient zur Zeit einnimmt	
arbo7b	Medikamente, die Patient zur Zeit einnimmt (wenn mehr als 1 Substanzgruppe)	
arbo7c	Medikamente, die Patient zur Zeit einnimmt (wenn mehr als 2 Substanzgruppen)	
PATIENTENFRAGEBOGEN		
soziodemographische Angaben		
datum	Datum des Ausfüllens im Format dd.mm.yyyy	x
sode1	Geschlecht des Patienten	x
sode2	Geburtsdatum des Patienten im Format dd.mm.yyyy	x
sode3	Alter des Patienten in Jahren	x
sode4	Familienstand des Patienten	x
sode5	höchster Schulabschluss des Patienten	x
sode6	höchster Berufsabschluss des Patienten	x
sode6a	Art des sonstigen Abschlusses	x
sode7	jetzige oder zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit des Patienten	x

sode7a	Art der sonstigen Berufstätigkeit	X
sode9	monatliches Nettoeinkommen der Familie des Patienten	X
sode10	Anzahl der Personen, die von sode9 leben	X
sode11	Anzahl der Erwachsenen, die von sode9 leben	X
sode12	Anzahl der Kinder, die von sode9 leben	X
Erkrankung und Behandlung		
erbe2	Aufnahmedatum auf der Station im Format: dd.mm.yyyy	
erbe3	Name der Erkrankung laut Patient	
erbe4	Dauer der Erkrankung in Jahren laut Patient	X
erbe5	andere Erkrankungen (z.B. körperliche)	X
erbe5a	welche anderen Erkrankungen	
erbe7	zur Zeit in ambulanter Behandlung	X
erbe8	seit welchem Jahr ambulante Behandlung	X
erbe9	wie oft ambulante Behandlung	X
erbe10	vor diesem Aufenthalt schon in stationärer Behandlung	X
erbe11	wie oft schon stationär behandelt	X
erbe12	wann war die letzte stationäre Behandlung (Jahr)	X
Symptomcheckliste 14 (SCL-14)		X
Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung FKV		X
Fragebogen zur Beurteilung des Gesundheitszustandes SF-12		X
Wohn- und Lebenssituation		
wole1	derzeit in Ehe/ Partnerschaft lebend	X
wole2	Partnerschaft ist gut	X
wole3	Partnerschaft ist stabil, auch in Krisenzeiten	X
wole4	Partnerschaft gibt Halt und Sicherheit	X
wole5	Partner ist in psychiatrischer Behandlung	X
wole6	wer lebt außer dem Befragten im Haushalt	X
wole7	wie viele Kinder leben im Haushalt	X
wole8	wie viele Verwandte leben im Haushalt	X
wole9	welche Verwandten leben im Haushalt	X
wole10	wie viele andere Personen leben im Haushalt	X
wole11	welche anderen Personen leben im Haushalt	X
wole12	Zufriedenheit mit der Lebenssituation	X
wole13	wer übernimmt hauptsächlich die Kinderbetreuung	X
wole14	welche Verwandten/ Personen übernehmen die Kinderbetreuung	X

wole15	Flexibilität der Aufgabenverteilung bei Erkrankung	x
wole16	Kinderbetreuung während des Krankenhausaufenthaltes	x
wole17	welche Verwandten übernehmen dann die Kinderbetreuung	x
wole18	Kontakt zu den Kindern während des Krankenhausaufenthaltes	x
wole19	wird mit den Kinder offen über die Erkrankung gesprochen	x
wole20	wurde den Kindern die Erkrankung erklärt	x
wole21	wer hat den Kindern die Erkrankung erklärt	x
wole22	warum wurde den Kindern die Erkrankung nicht erklärt	x
wole23	Kinder unter 18, die im Haushalt leben	x
wole24	Kinder unter 18, die nicht im Haushalt leben	x
wole25	wie viele Kinder unter 18 leben nicht im Haushalt	x
Kinder im Haushalt		
kindX	X = 1 bis 4; X bezeichnet die Position des Kindes (1= ältestes Kind unter 18 Jahre, das im Haushalt lebt)	x
kiX_1	Geburtsdatum des Kindes im Format dd.mm.yyyy	x
kiX_2	Geschlecht des Kindes	x
kiX_3	Verwandtschaftsgrad des Befragten zum Kind	x
kiX_4	gute Beziehung zwischen Befragtem und Kind	x
kiX_5	gute Beziehung zwischen Ehepartner und Kind	x
kiX_6	Verwandtschaftsgrad des Ehepartners zum Kind	x
kiX_7	Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Trennung	x
kiX_8	wie viel Kontakt besteht zum Kind	x
kiX_9	gute Beziehung zwischen anderem Elternteil und Kind	x
kiX_10	ist anderer Elternteil psychiatrisch behandelt	x
kiX_11	andere erwachsene Bezugspersonen außer dem Befragten	x
kiX_12	wie viele andere Bezugspersonen	x
kiX_13	wichtigste Bezugsperson des Kindes außer dem Befragten	x
kiX_14	welche andere Person/ Verwandte ist wichtigste Bezugsperson	x
kiX_15	hat Kind Vertrauen zu dieser Bezugsperson	x
kiX_16	ist Bezugsperson psychiatrisch behandelt	x
Kinder außerhalb des Haushaltes		
kindX	X= 5 bis 8; X bezeichnet die Position des Kindes (5= ältestes Kind unter 18 Jahre, das nicht im Haushalt lebt)	x
kiX_1	Geburtsdatum des Kindes im Format dd.mm.yyyy	x
kiX_2	Geschlecht des Kindes	x
kiX_3	Verwandtschaftsgrad des Befragten zum Kind	x

kiX_17	wo lebt das Kind	x
kiX_18	seit wann ist der Befragte vom Kind getrennt	x
kiX_19	warum ist der Befragte vom Kind getrennt	x
kiX_20	welche sonstigen Trennungsgründe	x
kiX_21	wie viel Kontakt besteht zum Kind	x
kiX_4	gute Beziehung zum Kind	x
kiX_22	mehr Kontakt zum Kind erwünscht	x
kiX_11	andere erwachsene Bezugspersonen außer dem Befragten	x
kiX_12	wie viele andere Bezugspersonen außer Befragtem	x
kiX_13	wichtigste Bezugsperson des Kindes außer dem Befragten	x
kiX_14	welche andere Person/ Verwandte ist wichtigste Bezugsperson	x
kiX_15	hat Kind Vertrauen zu dieser Bezugsperson	x
kiX_16	ist Bezugsperson psychiatrisch behandelt	x
Parentifizierungssitens		
Oslo Social Support Questionnaire OSSQ		x
Allgemeiner Familienbogen FB-A		x
Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen BFPE		
Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern		
unt1	generelle Sinnhaftigkeit von speziellen Unterstützungsangeboten	x
unt2	würde Befragter solche Angebote nutzen	x
unt3	warum nicht	x
unt4	Einbeziehung des Partners sinnvoll	x
unt5	Einbeziehung der Kinder sinnvoll	x
unt6	Informationsbroschüren	x
unt7	Vortrag	x
unt8	Vortrag mit Diskussion	x
unt9	Gesprächsgruppe	x
unt10	Gesprächsgruppe einschließlich der eigenen Familie	x
unt11	individuelle Paar-/ Familiengespräche	x
unt12-19	Unterstützungsangebote: a = bereits in Anspruch genommen; b = war hilfreich; c = ist gewünscht	
unt12	Beratung/ Psychotherapie für das Kind	x
unt13	Beratung/ Psychotherapie als Paar	x
unt14	Beratung/ Psychotherapie für die ganze Familie	x
unt15	sozialpädagogische Familienhilfe	x
unt16	Kinderbetreuung	x

unt17	Patenschaftsangebot für mein Kind	x
unt18	Selbsthilfegruppe	x
unt19	andere	x
unt19d	welche anderen	x
unt20	wobei könnten Unterstützungsangebote helfen	x
Fragebogen zur Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen KINDL-R		x
kindlkiX	X = Kind, für das KINDL und CBCL ausgefüllt wurde	x
Child Behavior Check List CBCL/ 4-18		x

12.4 Anhang D: Beschreibung der Instrumente zur Erfassung der verwendeten Variablen

12.4.1 Die Familiensituation

Die Familiensituation wurde anhand des Allgemeinen Familienbogens und Spontantems zum Familienstand, zur Wohn- und Lebenssituation sowie zum Wohnort der Kinder erfasst.

12.4.1.1 Allgemeiner Familienbogen

Das folgende Unterkapitel ist eine Zusammenfassung von Cierpka & Frevert (1994).

Der allgemeine Familienbogen ist Bestandteil der „Familienbögen“, die aus drei Teilen bestehen: dem allgemeinen Familienbogen, der die Familie als System fokussiert, dem Zweierbeziehungsbogen, der die Beziehungen zwischen Dyaden untersucht, und dem Selbstbeurteilungsbogen, mittels dessen sich einzelne Familienmitglieder einschätzen. Sie basieren auf einem Prozessmodell zur Erklärung der Funktionalität einer Familie. Die theoretische Basis bildet hierbei das Familienmodell, das von sieben miteinander interagierenden Dimensionen zur Erfassung des Problemlöseverhaltens ausgeht: Aufgabenerfüllung, Rollenverhalten, Kommunikation, Emotionalität, Affektive Beziehungsaufnahme, Kontrolle sowie Werte und Normen. Diese sieben Dimensionen werden in entsprechenden Skalen operationalisiert. Referenzwerte für fünf lebenszyklische Phasen ermöglichen eine entwicklungsorientierte Familiendiagnostik, die Veränderungen der Familie im Verlauf ihres Lebenszyklus berücksichtigt. Diese Referenzwerte liegen für folgende Phasen vor: die werdende Familie (Phase 1), die Familie mit Säugling (Phase 2), die Familie mit jüngeren Kindern, deren ältestes Kind im Haushalt ein bis elf Jahre alt ist (Phase 3), Familien, deren ältestes Kind im Haushalt mindestens zwölf Jahre als ist (Phase 4) und Paare nach Aus-

zug der Kinder (Phase 5). Außerdem liegen diese Referenzwerte getrennt für Mütter, Väter und Kinder vor.

Das zugrunde liegende Familienmodell ist eine Weiterentwicklung des „Family Categories Schema“ von Epstein und Mitarbeitern (1962) sowie gleichzeitig eine überarbeitete Version des „Process Model of Family Functioning“ von Steinhauer und Mitarbeitern (1984). Es beschränkt sich auf Variablen, die die Organisation und das Funktionieren der Familie erklären, lässt jedoch die Qualität der Einbindung in das soziale Umfeld außer acht. Die oben bereits genannten innerfamiliären Parameter, die das Problemlöseverhalten in Familien erfassen, sollen im folgenden kurz erläutert werden.

Aufgabenerfüllung: Die Familie muss biologische, soziale und psychologische Aufgaben bewältigen. Hierbei lassen sich basale Aufgaben (z.B. die materielle Versorgung), Entwicklungsaufgaben (z.B. die psychosoziale Entwicklung der Familienmitglieder) und Krisenaufgaben (Veränderung bisheriger Bewältigungsstrategien, wenn diese erschöpft sind) unterscheiden. Die Aufgabenerfüllung ist vor allem dann erfolgreich, wenn Übereinstimmung in den Familienzielen herrscht.

Rollenverhalten: Rollenverhalten ist dann effektiv, wenn der Aushandlungsprozess zwischen Rollenzuweisung und Rollenübernahme abgeschlossen ist, sodass sich das Rollenverhalten der einzelnen Familienmitglieder ergänzt und jeder weiß, was vom anderen zu erwarten ist. Hier wird auch der Zusammenhang zur erfolgreichen Aufgabenerfüllung deutlich. Im Lebenszyklus der Familie muss es zu ständigen Anpassungen im Rollenmuster kommen.

Kommunikation (an Watzlawik orientiert): Der gegenseitige Informationsaustausch über komplexe Kommunikationsprozesse ist störanfällig. Um erfolgreich zu sein, muss der Sender die Botschaft klar, direkt und inhaltlich ausreichend formulieren, der Empfänger darf sie möglichst wenig verzerren. Außerdem darf es keine Inkongruenzen zwischen dem verbalen und dem nonverbalen Kanal geben. Störungen ergeben sich also hauptsächlich bei indirekter oder verschleierter Kommunikation, unklarer Formulierung, verzerrter Wahrnehmung oder Double Bind Situationen, die leicht durch individuelle psychologische Faktoren, wie psychische Erkrankungen, verursacht werden können.

Emotionalität: Hiermit ist das Ausmaß der Gefühle, das gezeigt bzw. zugelassen wird, gemeint. Vorbildlich verhalten sich Familienmitglieder, die sich in das Leben der an-

deren Mitglieder einfühlend sein können und dieses respektieren. Störungen ergeben sich, wenn Grenzen zu diffus oder zu rigide sind.

Affektive Beziehungsaufnahme: Mit der unterschiedlichen Qualität in der Affektivität von Beziehungen kann man verschiedene Familientypen erkennen, die ein Spektrum von narzisstisch bzw. losgelöst (es werden wenig Gefühle in Beziehungen investiert) bis überfürsorglich bzw. verstrickt (die Mitglieder mischen sich in die Gefühlsangelegenheiten der anderen ein) abdecken.

Kontrolle: Kontrollverhalten soll einerseits die Aufrechterhaltung bestimmter Funktionen in der Familie und damit die Vorhersagbarkeit des Verhaltens sichern und andererseits für konstruktive Anpassungsprozesse an sich ständig verändernde Anforderungen sorgen. Anhand dieser beiden Aspekte lassen sich vier Familientypen unterscheiden: die rigiden, die flexiblen, die laissez faire und die chaotischen Familien.

Werte und Normen: Familiär und gesellschaftlich determinierte und über Generationen tradierte Wertbegriffe schaffen die Ziel- und Wertvorstellungen sowie die Standards der Familie.

Die Reliabilitätskoeffizienten der Familienbögen können insgesamt als befriedigend angesehen werden. Da die sieben Dimensionen miteinander verknüpft sind, sind die Korrelationskoeffizienten zwischen den Skalen eher hoch. Zur Validierung wurde die Übereinstimmung der Eltern in ihrer Sicht der Familie überprüft. Jedoch ist auffällig, dass Mütter differenziertere Angaben machen. Als bestimmendes Kriterium der Phasendefinition hat sich die höchste Korrelation für das Alter des ältesten zu Hause lebenden Kindes ergeben, weswegen hiermit die Phasentrennung vorgenommen wurde.

Der Allgemeine Familienbogen wird folgendermaßen ausgewertet:

1. Berechnung der Rohwerte für die einzelnen Skalen: Nach Tabelle 119 werden die Items gepolt und den Skalen zugeordnet. Bei negativer Polung (in der Tabelle mit einem Minuszeichen gekennzeichnet) gelten folgende Scores: „stimmt genau“ = 0, „stimmt ein wenig“ = 1, „stimmt eher nicht“ = 2, „stimmt überhaupt nicht“ = 3. Bei positiver Polung (mit einem Pluszeichen gekennzeichnet) erhält „stimmt genau“ 3 Punkte und „stimmt überhaupt nicht“ 0 Punkte. Der Rohwert jeder Skala ergibt sich aus der Summe der Itemscores und liegt zwischen 0 und 12 bzw. zwischen 0 und 18 für die Skalen Soziale Erwünschtheit und Abwehr.

2. Transformation der Rohwerte in T-normierte Werte: Für die verschiedenen lebenszyklischen Phasen und Familienmitglieder kann man die T-Werte den Tabellen in der Auswertungsanleitung entnehmen. Für klinisch unauffällige Familien liegen die T-Werte zwischen 40 und 60, da der Mittelwert bei 50 und die Standardabweichung bei 10 liegt. Werte über 60 zeigen Probleme an.

Tab. 119: Itemschlüssel und Polung der Items im Allgemeinen Familienbogen

Skala	Items und Polung			
1 – Aufgabenerfüllung	1 (-)	11 (-)	21 (+)	31 (+)
2 – Rollenverhalten	2 (-)	12 (-)	22 (+)	32 (+)
3 – Kommunikation	3 (-)	13 (+)	23 (-)	33 (+)
4 – Emotionalität	4 (-)	14 (-)	24 (+)	34 (-)
5 – Affektive Beziehungsaufnahme	6 (+)	16 (-)	26 (+)	36 (+)
6 – Kontrolle	7 (+)	17 (+)	27 (+)	37 (+)
7 – Werte und Normen	8 (-)	18 (-)	28 (-)	38 (-)
Soziale Erwünschtheit	5 (+)	9 (-)	15 (+)	19 (-)
Abwehr	10 (-)	20 (+)	25 (+)	30 (-)

12.4.1.2 Spontan-Items: Fragen zur Wohn- und Lebenssituation

Aus den Adhoc-Items zur Wohn- und Lebenssituation (Fragebogen S. 5, s. S. 357) werden die Fragen 1 bis 4 und 7 bis 10 zur Beschreibung der Familiensituation herangezogen und die Antworten der Patienten deskriptiv ausgewertet.

12.4.2 Einkommensarmut und Arbeitslosigkeit

Trotz der vielfältigen und berechtigten Kritik an der Bestimmung von Armut über das Einkommen wird hier das Konstrukt der Einkommensarmut zur Anwendung gebracht. Sie ist relativ einfach bestimmbar, was angesichts des Umfangs des Fragebogenheftes ein nicht zu vernachlässigendes Kriterium ist, und in der Verwendung sehr weit verbreitet, sodass sich Vergleichsmöglichkeiten bieten. Damit kann die Stichprobe in einem Grobraster verortet werden und ggf. können in der Evaluationsphase der Interventionsstudie, in der ausführliche Interviews mit den teilnehmenden Familien geführt werden, Daten zu alternativen Armutskonstrukten erhoben werden. In der vorliegenden Arbeit kann Armut über das Einkommen, den Bildungsstand und den Status der Erwerbstätigkeit bestimmt werden.

Zur Auswertung der Rohdaten aus dem Fragebogen wird das gesamte Nettoeinkommen in ein bedarfsgewichtetes Nettoäquivalenzeinkommen umgewandelt, indem es

durch die Summe der bedarfsgewichteten Haushaltsmitglieder geteilt wird. Dieses Verfahren wird auf europäischer Ebene wie auch im Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesrepublik Deutschland angewandt, um die Einkommen (international) vergleichbar zu machen. Nach dieser neuen Skala, die von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) entwickelt wurde, ist der Gewichtungsfaktor für den Haupteinkommensbezieher 1.0. Alle übrigen Haushaltsmitglieder von 14 Jahren und älter erhalten den Gewichtungsfaktor 0.5 und Personen unter 14 Jahren den Gewichtungsfaktor 0.3. Bei einer Familie mit 2 Kindern unter 14 Jahren würde das Haushaltseinkommen damit beispielsweise nicht durch 4 – wie bei einer gleichwertigen Pro-Kopf-Gewichtung – sondern durch 2.1 geteilt (vgl. Bundeszentrale für Politische Bildung 2004a und 2004b).

Für die durchschnittliche Höhe des Einkommens der Bevölkerung hat man sich auf den Median geeinigt, auf den Wert, der in der Mitte aller Messwerte liegt, wenn diese in aufsteigender Reihenfolge sortiert sind. Haushalte, deren bedarfsgewichtetes Nettoäquivalenzeinkommen weniger als 60 Prozent des Median beträgt, tragen ein Armutsrisiko. An diesem Wert wird die Armutsrisikogrenze gezogen. Sie befindet sich für 2003 in Deutschland bei 938 Euro. Da keine aktuelleren Zahlen vorliegen, wird dieser Wert für die Vergleiche in der vorliegenden Arbeit herangezogen (vgl. Bundeszentrale für Politische Bildung 2004a und 2004b).

Da im Fragebogen nach Einkommenskategorien (weniger als 1000 Euro, 1000 bis unter 2000 Euro, 2000 bis unter 3000 Euro, 3000 bis unter 4000 Euro, mehr als 4000 Euro) gefragt wurde, wird das Nettoäquivalenzeinkommen jeweils sowohl für den oberen als auch den unteren Wert der Kategorie gebildet und mit der Armutsgrenze verglichen.

Der Erwerbsstatus wurde nachträglich aus den Krankenakten abgelesen. Zusätzlich zu den Kategorien berufstätig und arbeitslos wurde in den Krankenakten noch die Kategorien Hausfrau/-mann, Rente, Ausbildung und Umschulung angegeben. Für die statistischen Untersuchungen wurde die Variable Erwerbsstatus jedoch dichotomisiert in arbeitslos und nicht arbeitslos und mit der Arbeitslosenquote Deutschlands und Hamburgs verglichen, die für 2006 10.8% bzw. 11.0% betrug.

Der Bildungsstand wurde aus den Adhoc-Items zum höchsten Schul- bzw. Berufsabschluss (Fragebogen S. 2) ermittelt und deskriptiv ausgewertet.

12.4.3 Soziale Unterstützung

Die Qualität der sozialen Unterstützung wird mit dem OSSQ (Oslo 3-items Social Support Scale des Oslo Social Support Questionnaire) gemessen. Es handelt sich dabei um einen kurzen Fragebogen, der aus lediglich drei Items besteht. Er wurde in Norwegen entwickelt, indem man die Antworten auf die Hopkins Symptom Check List 25 items (HSCCL 25) und auf zwölf Fragen zu Familie, Freunden und Nachbarschaft in einer Stichprobe von 1717 Erwachsenen (ab 17 Jahren) aus verschiedenen Wohnumfeldern (vorstädtisch, industriell, ländlich und an der Küste wohnend) prüfte. Nach multipler linearer Regressionsanalyse stellte man fest, dass ein Item zur Nachbarschaft und zwei Items zu Familie/ Freunde die besten Prädiktoren für psychische Gesundheit sind. Diese drei Items wurden zum OSSQ zusammengefasst. Der OSSQ wurde mittlerweile in mehreren Studien angewandt und hinsichtlich seiner Durchführbarkeit und Validität bestätigt (vgl. Dalgard 2006).

Die Antworten werden mit 1 bis 4 bzw. 5 Punkten gewertet und summiert. Dieser Summenindex reicht von 3 bis 14. Zur Auswertung der Rohdaten werden die Summen der Antworten drei Kategorien zugeordnet, die die Qualität der sozialen Unterstützung bezeichnen und Tab. 120 zu entnehmen sind (vgl. Dalgard 2006).

Tab. 120: Interpretation des Summenindex OSSQ

Summenindex OSSQ	Qualität der sozialen Unterstützung
3 – 8	Mangelhafte soziale Unterstützung
9 – 11	Mittelmäßige soziale Unterstützung
12 – 14	Starke soziale Unterstützung

12.4.4 Art und Schwere der Erkrankung

Die Art der Erkrankung wurde mittels Diagnose nach ICD-10 und DSM-IV erhoben, die Schwere der Erkrankung anhand des CGI.

12.4.4.1 Art der Erkrankung: International Classification of Diseases (ICD)

Die ersten Versuche einer systematischen Klassifikation von Krankheiten datieren in das 18. Jahrhundert zurück. Anfang des 19. Jahrhunderts erkannte man, dass eine exakte Nomenklatur notwendig ist, da bis dahin viele Krankheiten mit mehreren Bezeichnungen beschrieben wurden, während sich andererseits viele Bezeichnungen auf mehrere verschiedene Krankheiten bezogen. 1855 beauftragte der Internationale Statistische Kongress William Farr und Marc d'Espine mit der Erstellung einer international einsetzbaren,

einheitlichen Klassifikation von Todesursachen. Bald ergänzte man diese Klassifikation jedoch um Krankheiten und Verletzungen. 1946 wurde die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit der Aufgabe der regelmäßigen Überarbeitung dieser internationalen Klassifikation betraut, 1948 erschien die sechste Überarbeitung erstmals als International Classification of Diseases (ICD). Die aktuelle Version, ICD-10, wurde 1992 herausgegeben (vgl. WHO 2007). Sie ist systematisch aus Kapiteln, Gruppen, Kategorien und Subkategorien aufgebaut. Kapitel I besteht z.B. aus den Kategorien A00 bis B99, Kapitel II aus den Kategorien C00 bis D48. Psychische Erkrankungen sind in Kapitel V in den Kategorien F00 bis F99 zu finden. Als zweistellige Bezeichnung (F0 bis F9) erhält man eine grobe Einteilung der psychischen Erkrankungen in Gruppen, die mit einer dritten Stelle (F00 bis F99) als Kategorien bzw. einer vierten Stelle (z.B. F20.0 bis F20.9) als Subkategorien präzisiert werden (vgl. auch Tabellen 121 bis 125). Zu jeder Gruppe, Kategorie und Subkategorie gibt es einen beschreibenden Text, der diagnostische Fachbegriffe enthält, die auf die Erkrankung zutreffen bzw. ausgeschlossen sein müssen.

Tab. 121: Kapitelstruktur der ICD-10

Kapitel	Titel
I	Certain infectious and parasitic diseases
II	Neoplasms
III	Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism
IV	Endocrine, nutritional and metabolic diseases
V	Mental and behavioural disorders
VI	Diseases of the nervous system
VII	Diseases of the eye and adnexa
VIII	Diseases of the ear and mastoid process
IX	Diseases of the circulatory system
X	Diseases of the respiratory system
XI	Diseases of the digestive system
XII	Diseases of the skin and subcutaneous tissue
XIII	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue
XIV	Diseases of the genitourinary system
XV	Pregnancy, childbirth and the puerperium
XVI	Certain conditions originating in the perinatal period
XVII	Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
XVIII	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified
XIX	Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
XX	External causes of morbidity and mortality
XXI	Factors influencing health status and contact with health services
XXII	Codes for special purposes

Tab. 122: Gruppen im Kapitel V der ICD-10

Gruppe	
F0	Organic, including symptomatic, mental disorders
F1	Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use
F2	Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
F3	Mood [affective] disorders
F4	Neurotic, stress-related and somatoform disorders
F5	Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors
F6	Disorders of adult personality and behaviour
F7	Mental retardation
F8	Disorders of psychological development
F9	Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence

Tab. 123: Kategorien der Gruppe F2 im Kapitel V der ICD-10

Kategorie	
F20	Schizophrenia
F21	Schizotypal disorder
F22	Persistent delusional disorders
F23	Acute and transient psychotic disorders
F24	Induced delusional disorder
F25	Schizoaffective disorders
F28	Other nonorganic psychotic disorders
F29	Unspecified nonorganic psychosis

Tab. 124: Subkategorien der Kategorie F20 der Gruppe F2 im Kapitel V der ICD-10

Subkategorie	
F20.0	Paranoid schizophrenia
F20.1	Hebephrenic schizophrenia
F20.2	Catatonic schizophrenia
F20.3	Undifferentiated schizophrenia
F20.4	Post-schizophrenic depression
F20.5	Residual schizophrenia
F20.6	Simple schizophrenia
F20.8	Other schizophrenia
F20.9	Schizophrenia, unspecified

Tab. 125: Aufbau der ICD-10: Zusammenfassung

Kapitel	Gruppe	Kategorie	Subkategorie
I			
II			
III			
IV			
V	F0		
VI	F1		
VII	F2	F20	F20.0
VIII	F3	F21	F20.1
IX	F4	F22	F20.2
X	F5	F23	F20.3
XI	F6	F24	F20.4
XII	F7	F25	F20.5
XIII	F8	F28	F20.6
XIV	F9	F29	F20.8
XV			F20.9
XVI			
XVII			
XVIII			
XIX			
XX			
XXI			
XXII			

12.4.4.2 Art der Erkrankung: Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

Das DSM ist die Standardklassifikation für psychische Krankheiten in den USA, herausgegeben von der American Psychiatric Association (APA). Mitte des 19. Jahrhunderts versuchte man in den USA erstmals, die Anzahl der Patienten in psychiatrischen Einrichtungen geordnet nach ihren Erkrankungen zu erfassen, wofür ein einheitliches Klassifikationssystem notwendig wurde. 1933 erschien die erste Auflage als Statistical Manual for Mental Diseases, das nach etlichen Überarbeitungen 1952 als erste Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders veröffentlicht wurde. 1968 versuchte

man mit dem DSM-II, die Codierung der Diagnosen dem ICD der WHO anzugleichen, 1980 ersetzte man im DSM-III den ätiologischen durch den phänomenologischen Ansatz. D.h. die diagnostischen Kriterien beruhen nun auf den beobachtbaren Symptomen anstatt auf der der Erkrankung zugrundeliegenden Ursache. Außerdem schaffte man den Begriff der „Neurose“ ab und führte das multi-axiale System der Symptombewertung ein. Die aktuellste Version ist DSM-IV (1994) bzw. deren Text-Revision DSM-IV-TR (2000), die jedoch keine grundlegenden Veränderungen zum DSM-IV anbrachte. Mit dem multi-axialen System sollen anhand von fünf Dimensionen alle Aspekte der psychischen und emotionalen Gesundheit des Patienten erfasst werden. Die Grundlage für dieses System bildet ein biopsychosoziales Modell, das über die verschiedenen Schulen und Traditionen der Psychiatrie hinausgeht. DSM-IV-TR erfasst folgende fünf Achsen:

- Achse I: Klinische Störungen und andere klinisch relevante Probleme, die symptom-basiert in 15 Kategorien unterteilt sind,
- Achse II: Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderung,
- Achse III: Medizinische Krankheitsfaktoren,
- Achse IV: Psychosoziale und umweltbedingte Probleme,
- Achse V: Globale Beurteilung des Funktionsniveaus.

Auch die aktuelle Version des DSM ist nicht frei von Kritik, die vom unüberschaubaren Ausmaß der Anzahl der Diagnosen bzw. dem Fehlen von weiteren Diagnosen bis hin zum eingeschränkten Blick auf natürliche Unterschiede zwischen Menschen reicht. Aus dieser Kritik haben sich weitere Klassifikations-Schemata entwickelt. Manchen liegen ganzheitliche Modelle zugrunde. Andere klassifizieren psychische Störungen nicht kategorial als qualitativ unterschiedlich von normalem Verhalten, sondern begreifen sie als auf einem Kontinuum zwischen normalem Verhalten bzw. leichten Störungen auf der einen Seite und schweren Störungen bzw. extremen Varianten gewöhnlichen Verhaltens auf der anderen Seite liegend (vgl. Encyclopedia of Mental Disorders 2007; American Psychiatric Association 2007; Saß 1998, S. 17 ff.). Doch handelt es sich auch bei diesen Schemata um theoriebasierte Klassifikationen.

12.4.4.3 Schwere der Erkrankung

Zur Bewertung der Schwere der Erkrankung wird das Item 1 der Clinical Global Impressions (CGI) herangezogen, das vom Arzt eingeschätzt wird. Das Manual der CGI weist darauf hin, dass der Beurteiler die Schwere der Erkrankung im Vergleich zu seiner gesamten Erfahrung mit dieser speziellen Patientengruppe feststellen soll. Items 2 und 3

beziehen sich auf Zustandsänderungen bzw. therapeutische Wirksamkeit und Nebenwirkungen und erscheinen nicht im Fragebogenheft des Forschungsprojekts. Für Item 1 wird ein guter Inter-Rater-Reliabilitätskoeffizient (Pearson r) von 0.66 für die Urteile von zwei Ärzten bzw. 0.41 für die Urteile von einem Arzt und einem Pfleger angegeben (National Institute of Mental Health 1996, S. 147).

12.4.5 Unterstützungswünsche

Der Bedarf an Unterstützungsangeboten wird durch die Fragen 1 bis 13 zu speziellen Hilfsangeboten (alles Spontan-Items) auf S. 11 f. des Fragebogens an den Patienten operationalisiert (vgl. S. 363 f.).

12.4.6 Innerfamiliäre und außerfamiliäre bzw. soziale Isolation der Kinder

Zur Auswertung werden die Fragen 11 bis 14 der „Fragen zur Wohn- und Lebenssituation“, die Fragen 4, 5, 8, 9 sowie 11 bis 14 der Tabelle 1 („Kinder, die im Haushalt leben und jünger als 18 Jahre sind“), die Fragen 6 bis 12 der Tabelle 2 („leibliche Kinder unter 18 Jahren, die nicht im Haushalt leben“), die allesamt Adhoc-Items sind (vgl. S. 357 – 359), und die Fragen zu Familie und Freunden des KINDL-R herangezogen. Die Fragen des KINDL-R sollen die Eltern für das Kind, das als nächstes Geburtstag hat, beantworten. Für die Auswertung der anderen Fragen wird jeweils das älteste Kind herangezogen, da die meisten Familien ohnehin nur ein Kind haben, wie sich bei der Auswertung herausgestellt hat.

12.4.7 Lebensqualität der Kinder

Die Lebensqualität der Kinder wurde mit dem standardisierten Fragebogen KINDL-R, „Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, Revidierte Form“ (2000) erfasst. Die Konstruktion dieses Fragebogens verfolgte mehrere Ziele:

- Er ist ein kurzes, methodisch adäquates und flexibles Instrumentarium,
- er ist als Selbstbeurteilungsversion für Kinder und Jugendliche und als Fremdbeurteilungsversion für deren Eltern vorhanden,
- er liegt für unterschiedliche Alters- und Entwicklungsstufen vor, die die Veränderungen der Lebensqualitätsdimensionen im Entwicklungsverlauf berücksichtigen (vier bis sieben Jahre, acht bis zwölf Jahre und 13 bis 16 Jahre in der Selbstbeurteilungsversion und vier bis sieben Jahre und acht bis 16 Jahre in der Fremdbeurteilungsversion),

- er ist sowohl für gesunde als auch für erkrankte Kinder verwendbar,
- der krankheitsübergreifende Fragebogen ist durch spezifische Module für unterschiedliche Erkrankungsgruppen erweiterbar und
- er ist in verschiedenen Typen von Studien einsetzbar (in epidemiologischen, klinischen und rehabilitationswissenschaftlichen Studien).

Die psychometrischen Ergebnisse zeigen eine hohe Reliabilität und befriedigende konvergente Validität des Verfahrens, außerdem kann mit einer hohen Akzeptanz des Instruments gerechnet werden. Der Fragebogen ist originär deutschsprachig und für Kinder konzipiert und validiert. Er besteht aus sechs Subskalen (Körperliches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunde und Funktionsfähigkeit im Alltag), deren Skalenwerte zu einem Total-Score addiert werden. Jede Subskala enthält vier Items, insgesamt sind 24 Items anzukreuzen. Der Selbsteinschätzungs-Fragebogen für die Vier- bis Siebenjährigen ist jedoch gekürzt, um den besonderen Schwierigkeiten bei der Befragung dieser Altersgruppe Rechnung zu tragen. Für diesen Fragebogen können keine Subskalen, sondern nur der Total-Score berechnet werden.

Da bisher keine Referenzwerte einer Normstichprobe vorliegen, müssen die Ergebnisse mit einer Stichprobe von 1501 Schülerinnen und Schülern der vierten und achten Klassen in Hamburg verglichen werden. Für die Auswertung des Fragebogens müssen zunächst einige Items umkodiert werden, sodass ein hoher Wert immer eine schlechte gesundheitsbezogene Lebensqualität widerspiegelt (vgl. Tab. 126). Dann werden Skalenrohwerter durch Addition der Items einer Skala berechnet, jedoch ist dies nur möglich, wenn mindestens drei der vier Items beantwortet wurden (eine fehlende Antwort kann personenspezifisch individuell geschätzt werden). Abschließend wird der Total-Score gebildet und alle Rohwerte in Werte zwischen 0 und 100 transformiert (vgl. Ravens-Sieberer & Bullinger 2000).

Tab. 126: Itemschlüssel und Polung der Items im KINDL-R

Skala	Items und Polung			
1 – Körperliches Wohlbefinden	1 (-)	2 (-)	2 (-)	4 (+)
2 – Psychisches Wohlbefinden	5 (+)	6 (-)	7 (-)	8 (-)
3 – Selbstwert	9 (+)	10 (+)	11 (+)	12 (+)
4 – Familie	13 (+)	14 (+)	15 (-)	16 (-)
5 – Freunde	17 (+)	18 (+)	19 (+)	20 (-)
6 – Schule	21 (+)	22 (+)	23 (+)	24 (-)

12.4.8 Verhalten und psychische Gesundheit der Kinder

Das Verhalten und die psychische Gesundheit der Kinder wurden mit dem zweiten Teil des „Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen“ (CBCL/ 4 – 18) erfasst. Es handelt sich dabei um die deutsche Version der Child Behavior Checklist for ages 4 – 18. Der verwendete zweite Teil gibt Auskunft über Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und somatische Beschwerden der Kinder innerhalb der letzten sechs Monate. Es können acht Skalen gebildet werden, die in übergeordneten Skalen zusammengefasst werden: Die Skala Internalisierende Auffälligkeiten basiert auf den Skalen Sozialer Rückzug, Körperliche Beschwerden und Ängstlich/ Depressiv, die Skala Externalisierende Auffälligkeiten auf den Skalen Dissoziales Verhalten und Aggressives Verhalten. Die Skalen Soziale Probleme, Schizoid/ Zwanghaft und Aufmerksamkeitsprobleme können keiner der beiden übergeordneten Skalen eindeutig zugeordnet werden und werden Gemischte Auffälligkeiten genannt. Sie fließen nur in den Gesamtauffälligkeitswert ein, der aus 118 Items gebildet wird. Die restlichen beiden Items (Heuschnupfen/ Allergien und Asthma) werden nicht berücksichtigt, da sie in den amerikanischen Untersuchungen nicht zwischen klinischen und Feldstichproben diskriminieren. Einige Items sind mehr als einer Skala zugeordnet, denn sie weisen in Faktorenanalysen auf zwei bzw. drei Faktoren hohe Ladungen auf (vgl. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998, S. 5 ff.).

Wichtig bei der Dateneingabe ist es, die genauen Beschreibungen der Eltern, die bei einigen Items abgefragt werden, zu analysieren, um missverständene Items zu identifizieren (z.B. stellt das beschriebene Verhalten „schlägt seinen Bruder immer wieder“ kein Zwangsverhalten dar, das durch das Item „Tut bestimmte Dinge immer und immer wieder, wie unter einem Zwang“ operationalisiert ist). Für die Beurteilung des Verhaltens ist eine dreistufige Skala (0 = nicht zutreffend bis 2 = genau oder häufig zutreffend) vorgesehen. Das Manual der CBCL weist explizit darauf hin, dass die Eltern die Möglichkeit haben sollen, bei Unklarheiten nachzufragen (vgl. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998, S. 9 ff.).

Faktorielle Validität und Reliabilität der Skalen wurden für deutsche Stichproben abgesichert. Anhand einer repräsentativen bundesweiten Stichprobe von beinahe 2900 Kindern und Jugendlichen wurden getrennte Normen für die Geschlechter und für jeweils zwei Altersgruppen (vier bis elf und zwölf bis 18 Jahre) gebildet. Die Rohwerte müssen anhand dieser Tabellen in T-Werte umgewandelt werden. Für die einzelnen Skalen gelten Ausprägungen mit einem T-Wert bis 67 als unauffällig, zwischen 67 und 70 ist ein Grenz- bzw. Übergangsbereich definiert, und T-Werte ab 70 deuten auf klinische Auffälligkeiten

hin. Bei den übergeordneten Skalen und dem Gesamtauffälligkeitswert liegt der Grenzbereich zwischen 60 und 63 (vgl. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998, S. 17 ff.).

12.4.9 Weitere relevante Messinstrumente

Im Folgenden werden diejenigen Messinstrumente beschrieben, die im Fragebogen vorkommen und in den anderen Arbeiten verwendet wurden, auf die sich die vorliegende Arbeit direkt bezieht.

12.4.9.1 Global assessment of Relational Functioning Scale (GARF)

Diese Skala ist Teil der Achse V Globale Erfassung des Funktionsniveaus des DSM-IV. Die Achse V fasst unter der Primärskala Global Assessment of Functioning (GAF) drei spezialisierte Skalen zusammen: die Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS), die Defensive Functioning Scale und die Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF). Letztere ist ein Maß für die Reife und Stabilität der Beziehungen innerhalb einer Familie oder zwischen einem Paar und wird mit Werten zwischen 0 und 100 kodiert, wobei Hilfen zur Einschätzung vorgegeben sind, die sich darauf beziehen, wie befriedigend das Zusammenleben ist und wie gut Schwierigkeiten gelöst werden (vgl. Encyclopedia of Mental Disorders 2007; Saß 1998, S. 23 f. und 849 ff.). Hilsenroth, Ackerman, Blagys, Baumann, Baity, Smith, Price, Smith, Heindselman, Mount, und Holdwick (2000) bestätigen die Reliabilität sowie die Validität der GARF-Skala als einen Index der Persönlichkeits-Pathologie.

12.4.9.2 Positive and Negative Syndroms Scale (PANSS)

Es handelt sich hierbei um eine weltweit verbreitete medizinische Skala zur Messung der Symptom-Reduktion von Schizophrenie-Patienten und zur Erforschung von Schizophrenie, Depression und bipolarer affektiver Störung. Der Name verweist einerseits auf das Syndrom der positiven Symptome, bei dem sich Symptome als Verhalten zeigen, und andererseits auf das Syndrom der negativen Symptome, das sich durch einen Mangel an Charaktereigenschaften sowie einigen generellen Symptomen für Patienten mit verschiedenen Psychosen auszeichnet. Die Skala besteht aus 30 Items: jeweils sieben für Positiv- bzw. Negativ-Symptom-Items und 16 generellen Psychopathologie-Items, zu denen ausführliche Beschreibungen gehören, die bei der Bewertung helfen sollen. Alle Items werden auf einer siebenstufigen Skala aufgrund der Informationen aus dem diagnostischen Interview eingeschätzt. Kriteriumsbezogene und prognostische Validität werden bestätigt (vgl. PANSS Institute 2007). Das hier verwendete Item G12 ist eines der 16 zur

Erfassung der generellen Psychopathologie. Der Einsatz innerhalb dieser Studie entspricht nicht dem für die gesamte Skala empfohlenen Vorgehen, weswegen für das isoliert gebrauchte Item auch keine Angaben über dessen Gütekriterien gemacht werden können.

12.4.9.3 Freiburger Fragebogen zur Krankheitsbewältigung (FKV)

Dieser Fragebogen wurde in mehreren Versionen entwickelt: FKV102 enthält 102 Items, die in ganzen Sätzen formuliert wurden, während FKV-LIS eine daraus entwickelte Verarbeitungsliste aus 35 Kurzbegriffen darstellt. Beide sind mit einem fünfstufigen Rating (von 1 = „gar nicht zutreffend“ bis 5 = „sehr stark zutreffend“) verbunden. Die Kurzform lässt sich noch in FKV-LIS SE als Selbsteinschätzungsbogen und FKV-LIS FE zur Fremdeinschätzung (z.B. für behandelnde Ärzte) differenzieren. Im Manual werden zwei Standardinstruktionen angeboten, die größtmögliche Standardisierung und Vergleichbarkeit gewährleisten sollen. Die eine ist eine retrospektive Formulierung, die sich auf die Zeit direkt nach der Diagnose-Mitteilung bezieht, die andere eine aktuelle Formulierung, die sich auf die letzte Woche bezieht. Jedoch wird darauf hingewiesen, dass eine individuelle Instruktionsformulierung – eventuell auf Kosten der Standardisierung und Vergleichbarkeit – eine bessere Anpassung an die Untersuchungserfordernisse erlaubt (vgl. Muthny 1989, S. 11 f.). Im Forschungsprojekt wurde die Version FKV-LIS SE ohne Standardinstruktion verwendet.

Für den Fragebogen liegt derzeit noch keine Normierung vor, bei der Interpretation kann man sich lediglich an unterschiedlichen Untersuchungsstichproben orientieren (vgl. Muthny 1989, S. 12). Mit dem FKV-LIS können die fünf Skalen Depressive Verarbeitung, Aktives Problemorientiertes Coping, Ablenkung und Selbstaufbau, Religiosität/ Sinnsuche und Bagatellisierung/ Wunschdenken gebildet werden; 12 eigenständige Einzelitems konnten keiner Skala zugeordnet werden (vgl. Muthny 1989, S.14 f.). Die Auswertung der Skalen erfolgt über die Summierung der Rohwerte der zugehörigen Items. Anschließend wird ein itemstandardisierter Summenscore gebildet, indem die Rohwert-Summe durch die Anzahl der Items in der Skala dividiert wird (vgl. Muthny 1989, Auswertungsbogen für FKV-LIS SE).

Für die Skalen kann eine zufriedenstellende Unabhängigkeit festgestellt werden. Die Validität des Fragebogens kann bisher nur begrenzt angegeben werden (vgl. Muthny 1989, S. 15).

12.4.9.4 Symptomcheckliste SCL-14

Die SCL-14 ist eine bisher unveröffentlichte Kurzform der SCL 90-R, mit der man die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome erfassen kann, indem 90 Items zu neun Skalen und drei globalen Kennwerten zusammengefasst werden. Die sprachliche Formulierung ist bewusst einfach gehalten und vermeidet weitestgehend psychopathologische Fachausdrücke. Der Befragte soll bei der Beantwortung der Items auf die vergangenen sieben Tage zurückblicken. Alle Antwortmöglichkeiten sind fünfstufig kategorisiert (0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr stark“). Die Rohwerte müssen anhand von Tabellen in T-Werte transformiert werden, damit sie vergleichbar sind (vgl. Derogatis 1996, S. 161 f.).

12.4.9.5 Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-12

Der SF-12 ist die Kurzform des SF-36 Health Survey, ein ursprünglich aus dem amerikanischen Sprachraum stammendes, aber inzwischen international adaptiertes Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die deutsche Übersetzung wird als erfolgreich gewertet, sodass hiermit ein psychometrisch zufriedenstellendes Verfahren zur Verfügung steht (vgl. Bullinger & Kirchberger 1998, S. 73). Mit dem SF-12 konnten dieselben Ergebnisse erzielt werden wie mit dem SF-36 bei weitaus niedrigerem Zeitaufwand und geringerer Belastung für den Patienten (vgl. Bullinger & Kirchberger 1998, S. 69). Für den SF-12 liegen allerdings weniger empirische Vergleichsdaten vor als zum SF-36 (vgl. Bullinger & Kirchberger 1998, S. 11). Beide liegen in Versionen zur Selbst- und Fremdbeurteilung sowie in Interviewform vor und beziehen sich in der Standardversion auf die letzten vier Wochen, in der Akutversion auf die letzten 7 Tage (vgl. Bullinger & Kirchberger 1998, S. 9). Im Forschungsprojekt wurde die Selbstbeurteilungsform mit Standardinstruktion verwendet.

Mit dem SF-12 liegt ein krankheitsübergreifendes Verfahren vor, mit dem die subjektive Gesundheit verschiedener Populationen (ab 14 Jahre) aus Sicht der Befragten und unabhängig vom Gesundheitszustand quantifiziert werden kann (vgl. Bullinger & Kirchberger 1998, S. 10). Die Antwortkategorien reichen von binären (ja/ nein) bis hin zu sechsstufigen Antwortmöglichkeiten (vgl. Bullinger & Kirchberger 1998, S. 8). Mit dem SF-36 lassen sich in acht Skalen die Dimensionen der subjektiven Gesundheit und mit einem Einzelitem die Veränderung der Gesundheit darstellen (vgl. Bullinger & Kirchberger 1998, S. 12). Der SF-12 erlaubt dagegen die Bildung einer körperlichen und einer psychischen Summenskala. Bei allen Kennzahlen bedeutet ein höherer Wert einen besseren Gesundheitszustand.

Die Berechnung der Summenscores des SF-12 erfolgt nach vier Schritten (vgl. Bullinger & Kirchberger 1998, S. 65):

- Umpolung der Items Nr. 1, 8, 9 und 10,
- Bildung von Indikatorvariablen (Werte: 0 und 1) für die Antwortkategorien aller Items,
- Gewichtung (mit den Regressionskoeffizienten aus der amerikanischen Normstichprobe) und Aggregation der Indikatorvariablen,
- Addition einer Konstanten zur Standardisierung der Werte, sodass diese den Mittelwerten der amerikanischen Normstichprobe entsprechen.

Das Manual empfiehlt die Benutzung der amerikanischen Gewichte, da Unterschiede zwischen länderspezifischen Gewichten marginal sind (vgl. Bullinger & Kirchberger 1998, S. 69).

Außerdem sollen entsprechend dem Manual mehrere Fehlerkontrollen durchgeführt werden. Zuerst erfolgt anhand der Überprüfung der Antworten auf Werte außerhalb des möglichen Bereichs und der Indikatorvariablen auf Werte außerhalb von 0 und 1 eine formale Kontrolle. Dann kann anhand der Überprüfung mehrerer Korrelationen eine inhaltliche Kontrolle erfolgen: Items 2, 3, 4, 5 und 8 sollten am höchsten mit der körperlichen Summenskala und am niedrigsten mit der psychischen Summenskala korrelieren; für die Items 12, 6, 7, 9 und 11 gilt dies umgekehrt; bei den Items 1 und 10 ist der Zusammenhang nicht so eindeutig. Die Korrelation zwischen körperlicher und psychischer Summenskala sollte niedrig sein (vgl. Bullinger & Kirchberger 1998, S. 69).

Die Autoren weisen auf einige Probleme des Instruments hin: die Dimension der sozialen Funktionsfähigkeit ist unterrepräsentiert und die Qualität der Skala „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ ist nicht optimal. Zudem werden zwar Einschränkungen der Lebensqualität, aber nicht deren relative Wichtigkeit für den Patienten erfasst (vgl. Bullinger & Kirchberger 1998, S. 73).

12.4.9.6 Expositionsdauer des Kindes

Die Expositionsdauer des Kindes wird aus der Krankheitsdauer und dem Alter des Kindes berechnet. Neben dem Absolutwert der Expositionsdauer in Jahren kann ebenso die relative Expositionsdauer berechnet werden, die die absolute Expositionsdauer am Alter des Kindes relativiert.

12.4.9.7 Angemessenheit der individuellen Krankheitsbewältigung

Die Angemessenheit der individuellen Krankheitsbewältigung wurde durch ein Spontan-Item an den Arzt operationalisiert (vgl. S. 379). Außerdem wurde als Voraussetzung für eine angemessene Krankheitsbewältigung die Einschätzung des Arztes bzgl. eines Mangels an Urteilsfähigkeit und Krankheitseinsicht (vgl. Kap. 12.4.9.2, S. 398) herangezogen.

12.4.9.8 Chronizität der elterlichen Störung

Die Chronizität der elterlichen Störung wurde durch die Spontan-Items Nr. 9, 11, 15 und 16 der Fragen über die Erkrankung und Behandlung (S. 2 des Fragebogenheftes) operationalisiert (vgl. S. 354).

12.4.9.9 Ambulante Behandlung

Zur ambulanten Behandlung wurden die Spontan-Items Nr. 13 und 14 der Fragen über die Erkrankung und Behandlung (S. 2 des Fragebogenheftes) herangezogen (vgl. S. 354).

12.5 Anhang E: Zuordnung der Items zu den Skalen und Summenwerten der Messinstrumente

Messinstrument	Skala	Item-Nummer
SCL-14	Gesamtwert „GSI-14“	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14
	Depressivität	3, 4, 5, 9, 12, 13
	Somatisierung	6, 8, 10, 11
	Phobische Angst	1, 2, 7, 14
FKV-LIS SE	Depressive Verarbeitung	9, 16, 22, 26, 34
	Aktives Problemorientiertes Coping	1, 7, 8, 14, 15
	Ablenkung und Selbstaufbau	13, 17, 18, 19, 20
	Religiosität und Sinnsuche	21, 23, 24, 25, 30
	Bagatellisierung und Wunschdenken	2, 3, 4
	Einzel-Items	5, 6, 10, 11, 12, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 35
SF-12	Gesamtwert	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
	Psychische Summenskala	6, 7, 9, 10, 11, 12
	Vitalität	10
	Soziale Funktionsfähigkeit	12
	Emotionale Rollenfunktion	6, 7
	Psychisches Wohlbefinden	9, 11
	Körperliche Summenskala	1, 2, 3, 4, 5, 8
	Körperliche Funktionsfähigkeit	2, 3
	Körperliche Rollenfunktion	4, 5
	Schmerz	8
	Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	1
	OSSQ	Nachbarschaft
Familie / Freunde		1, 2
FB-A	Aufgabenerfüllung	1, 11, 21, 31
	Rollenverhalten	2, 12, 22, 32
	Kommunikation	3, 13, 23, 33
	Emotionalität	4, 14, 24, 34
	Affektive Beziehungsaufnahme	6, 16, 26, 36
	Kontrolle	7, 17, 27, 37

Messinstrument	Skala	Item-Nummer
KINDL-R	Werte und Normen	8, 18, 28, 38
	Soziale Erwünschtheit	5, 9, 15, 19, 29, 39
	Abwehr	10, 20, 25, 30, 35, 40
	Gesamtwert	kikörp, kipsy, kisel, kifam, kifreu, kischu
	Körperliches Wohlbefinden	kikörp 1, 2, 3, 4
	Psychisches Wohlbefinden	kipsy 1, 2, 3, 4
	Selbstwert	kisel 1, 2, 3, 4
	Familie	kifam 1, 2, 3, 4
CBCL /4-18	Freunde	kifreu 1, 2, 3, 4
	Funktionsfähigkeit im Alltag	kischu 1, 2, 3, 4
	Sozialer Rückzug	42, 65, 69, 75, 80, 88, 102, 103, 111
	Körperliche Beschwerden	51, 54, 56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f, 56g
	Ängstlich / Depressiv	12, 14, 31, 32, 33, 34, 35, 45, 50, 52, 71, 89, 103, 112
	Soziale Probleme	1, 11, 25, 38, 48, 55, 62, 64
	Schizoid / Zwanghaft	9, 40, 66, 70, 80, 84, 85
	Aufmerksamkeitsprobleme	1, 8, 10, 13, 17, 41, 45, 46, 61, 62, 80
	Dissoziales Verhalten	26, 39, 43, 63, 67, 72, 81, 82, 90, 96, 101, 105, 106
	Aggressives Verhalten	3, 7, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 37, 57, 68, 74, 86, 87, 93, 94, 95, 97, 104
	Internalisierende Auffälligkeiten	12, 14, 31, 32, 33, 34, 35, 42, 45, 50, 51, 52, 54, 56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f, 56g, 65, 69, 71, 75, 80, 88, 89, 102, 103, 111, 112
Externalisierende Auffälligkeiten	3, 7, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 37, 39, 43, 57, 63, 67, 68, 72, 74, 81, 82, 86, 87, 90, 93, 94, 95, 96, 97, 101, 104, 105, 106	
Gesamtauffälligkeitswert	1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f, 56g, 56h, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113	

12.6 Anhang F: Übersicht der verwendeten Software für die statistischen Berechnungen

Statistische Operation	Verwendete Software
Transformation und Umkodierung von Werten	Excel, SPSS
Berechnung von Summenwerten	Excel
Häufigkeitstabellen	Statistica
Kreuztabellen	Statistica
eindimensionales Chi-Quadrat	SPSS, Excel
Cronbachs Alpha	Excel
Kolmogorov-Smirnov-Test	SPSS
t-Test für unabhängige Stichproben	Statistica
Einstichproben-t-Test	Statistica
Kontingenzkoeffizienten	SPSS
Rangkorrelationen	SPSS
punktbiseriale Korrelation	SPSS
ordinale Regression	SPSS
binäre logistische Regression	SPSS
Chi-Quadrat-Test	SPSS
einfaktorielle Varianzanalyse	SPSS
Regressionsmodelle	SPSS

12.7 Anhang G: Abkürzungsverzeichnis

CBCL/ 4-18	Child Behavior Checklist for ages 4 – 18
CGI	Clinical Global Impression Scale, "Severity of Illness"-Item, Schweregrad der Erkrankung
CHIMPs	Children of Mentally Ill Parents (Name der Forschungsgruppe)
DSM-IV	Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders
FB-A	Allgemeiner Familienbogen
FG	Freiheitsgrade
FKV	Freiburger Fragebogen zur Krankheitsbewältigung
F-Quot Varianzen	F-Quotient der Varianzen
GARF	Global assessment of Relational Functioning Scale
ICD-10	International Classification of Diseases, Version 10
KINDL-R	Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, Revidierte Form
K-S p	Wahrscheinlichkeit des Kolmogorov-Smirnov Z
K-S Z	Kolmogorov-Smirnov Z
max	Maximum
max D	maximale Differenz
min	Minimum
MW	Mittelwert
N, n	Anzahl
OSSQ	Oslo Social Support Questionnaire
p	Wahrscheinlichkeit
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
Ref.-Wert	Referenz-Wert
SCL-14	14 Items umfassende Kurzform der Symptomcheckliste
SD	Standard Deviation; Standardabweichung
SD- Wert	Social-Desirability-Wert, Maß der sozialen Erwünschtheit
SF-12	12 Items umfassende Kurzform des Fragebogens zum Gesundheitszustand
Stdf.	Standardfehler
YSR	Youth Self Report, Fragebogen für junge Erwachsene (= Selbsteinschätzungsbogen in Ergänzung zur CBCL)