Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Thomas Becker

»Man braucht halt jemanden zum Reden.« Soziale Unterstützung und soziale Netzwerke von Kindern psychisch erkrankter Eltern: Eine Mixed-Methods-Studie

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Maja Stiawa
Berlin
2021

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Gutachter: Prof. Dr. rer. Soc. Reinhold Kilian

2. Gutachter: Prof. Dr. phil. Jörn von Wietersheim

Tag der Promotion: 21. Mai 2021

Abkürzungsverzeichnis iv

Abbildungsverzeichnis v

Tabellenverzeichnis vi

1. Einleitung S. 1

1.1 Kinder psychisch erkrankter Eltern S. 1

1.2 Relevanz sozialer Ressourcen S. 3

1.3 Netzwerkanalysen im Kontext psychischer Erkrankungen S. 5

1.3.1 Soziale Netzwerke von Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen S. 6

1.3.2 Soziale Netzwerke von Kindern psychisch erkrankter Eltern S. 6

1.4 Zusammenfassung und Fragestellung S. 7

2. Material und Methoden S. 9

2.1 Studiendesign S. 9

2.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien S. 9

2.1.2 Datenerhebung S. 10

2.1.2.1 Quantitative Befragung S. 10

2.1.2.2 Qualitative Erhebung S. 10

2.1.3 Datenschutz und Forschungsethik S. 11

2.2 Erhebungsinstrumente und Durchführung S. 12

2.2.1 Quantitative Befragung: Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung S. 12

2.2.2 Soziodemografische und klinische Merkmale der Teilnehmer*innen und ihrer Eltern S. 16

2.2.3 Qualitative Erhebung S. 17

2.3 Analyse S. 18

2.3.1 Quantitative Befragung: Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung S. 18

2.3.2 Qualitative Erhebung S. 20

2.3.3 Auswertungsgüte S. 21

3. Ergebnisse S. 22

3.1 Beschreibung der Stichprobe S. 22

3.1.1 Stichprobenumfang und Studienorte der Rekrutierung S. 22

3.1.2 Soziodemografische und klinische Merkmale der Teilnehmer*innen und ihrer Eltern S. 25

3.2 Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung S. 27

3.2.1 Strukturelle Merkmale der sozialen Netzwerke S. 27

3.2.2 Soziale Unterstützung S. 28

3.2.3 Einfluss klinischer und soziodemografischer Merkmale auf die soziale Unterstützung und Struktur sozialer Netzwerke S. 31

3.3 Qualitative Erhebung S. 40

3.3.1 Falldarstellungen S. 42

3.3.1.1 Antonia: *»Ich kann gut damit umgehen jetzt«* S. 44

3.3.1.2 Helene: *»Es war einfach nur Verwirrung«* S. 50

3.3.1.3 Tom: *»Ich war da gar nicht so involviert drin«* S. 56

3.3.1.4 Julian: *»Man hat halt nicht so gewusst, wie man mit ihm sprechen soll«* S. 60

3.3.2 Inhaltsanalytische Auswertung S. 65

3.3.2.1 Umgang des Kindes mit der Situation eines erkrankten Elternteils S. 68

3.3.2.2 Soziale Unterstützung S. 73

4. Diskussion S. 78

4.1 Stärken und Limitationen S. 82

4.2 Schlussfolgerung und Ausblick S. 83

5. Zusammenfassung S. 87

6. Literaturverzeichnis S. 89

Anhang S. 97

Danksagung S. 214

Lebenslauf S. 215

Abkürzungsverzeichnis

CHIMPs:	Children of mentally ill parents
BMBF:	Bundesministerium für Bildung und Forschung
SONET:	Interview zum Sozialen Netzwerk und zur Sozialen Unterstützung
SONET-K:	Interview zum Sozialen Netzwerk und zur Sozialen Unterstützung für Kinder von 6 bis 12 Jahren
SONET-J:	Interview zum Sozialen Netzwerk und zur Sozialen Unterstützung für Jugendliche von 13 bis 18 Jahren
CSSRI-EU:	Client Socioeconomic and Services Receipt Inventory – European Version
K-SADS-PL:	Kiddie-Sads Present and Lifetime
SGKJ:	Skala zur Gesamtbeurteilung von Kindern und Jugendlichen
NP:	Netzwerkpartner
SE:	Standardabweichung des Mittelwerts
M:	Mittelwert
SD:	Standardabweichung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: **Flowchart - Studienteilnehmer*innen.** Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis Februar 2019. S. 24

Abbildung 2: **Kinder psychisch erkrankter Eltern: Bewertung unterschiedlicher Möglichkeiten von Unterstützung (Kategorie: »sehr wichtig«)** (n = 38). Bewertung von Unterstützungsmöglichkeiten, Mehrfachnennung möglich. Angaben gerundet. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis März 2017. S. 29

Abbildung 3: **Kinder psychisch erkrankter Eltern: Bewertung der Personenzahl der Kategorie »Erleichterung bei persönlichen Problemen«.** (n = 37) Skala: 1 »zu gering«, 2 »knapp ausreichend«, 3 »den Wünschen entsprechend«, 4 »zu groß«. Mögliche Abweichungen von 100% resultieren aus Rundungsdifferenzen. Bewertung von Unterstützungsmöglichkeiten. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis März 2017. S. 30

Abbildung 4: **Kinder psychisch erkrankter Eltern: Bewertung der Personenzahl der Kategorie »Ratschläge und Hinweise«.** (n = 37). Skala: 1 »zu gering«, 2 »knapp ausreichend«, 3 »den Wünschen entsprechend«, 4 »zu groß«. Mögliche Abweichungen von 100% resultieren aus Rundungsdifferenzen. Bewertung von Unterstützungsmöglichkeiten. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis März 2017. S. 30

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: **Fragen zu erhaltener und erwarteter Unterstützung für Kinder von 6 – 12 Jahren (SONET-K) und Jugendliche von 13 – 18 Jahren (SONET-J).** S. 14

Tabelle 2: **Fragen zum Kontakt mit belastenden Personen für Kinder von 6 – 12 Jahren (SONET-K) und Jugendliche von 13 – 18 Jahren (SONET-J).** S. 15

Tabelle 3: **Soziodemografische und klinische Merkmale von psychisch erkrankten Eltern und ihrer Kinder.** Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis März 2017. #Erhoben an: Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf; Klinik für Allgemeine Psychiatrie des LWL-Klinikums Gütersloh; Klinik für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie des LWL-Klinikums Paderborn; Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Leipzig; Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Vitos Klinik Rheinhöhe; Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm; Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis März 2017. S. 26

Tabelle 4 **Kinder psychisch erkrankter Eltern: Struktur sozialer Netzwerke, differenziert nach Geschlecht (n = 39).** Erhebung von Bezugspersonen. #»Mutter«, »Vater«, »Bruder«, »Schwester«, »Verwandte*r«, »Partner*in«; ##»gute*r Freund*in«, »Freund*in«, »gute*r Bekannte*r«. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis März 2017. Berechnung mittels *t*-Test. S. 28

Tabelle 5: **Kinder psychisch erkrankter Eltern: Anzahl unterstützender und belastender Kontakte, differenziert nach Alter.** Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis März 2017. Berechnung mittels *t*-Test. S. 32

Tabelle 6: **Kinder psychisch erkrankter Eltern: Anzahl unterstützender und belastender Kontakte, differenziert nach Geschlecht.** Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis März 2017. Berechnung mittels *t*-Test. S. 34

Tabelle 7: **Unterstützende und belastende und Kontakte in sozialen Netzwerken von Kindern und Jugendlichen. Vergleich von sozialen Netzwerken bei Nestmann et al (2008) und Stiawa (2021), differenziert nach Geschlecht.** Bei Stiawa (2021): [#]»Vertraute«, »wichtig/bedeutsam«, »Anerkennung«, »besonders mögen«, »verlassen können«, »Erleichterung verschaffen«, »Ratschläge & Hinweise«, »Geld/Dinge ausleihen«, »Arbeit abnehmen«; [##]»Falschheit«, »Abwertung/Ablehnung«, »Einschränkung«, »Kränken«, »Konflikt und Mögen«. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis März 2017. S. 35

Tabelle 8: **Kinder psychisch erkrankter Eltern: Anzahl unterstützender und belastender Kontakte, soziales Funktionsniveau und Zufriedenheit mit Kontaktpersonen in Abhängigkeit der besuchten Schulform**. [#]ledig, in Lebensgemeinschaft oder verheiratet; [##]»getrennt lebend«, »geschieden«, »verwitwet«. [+]»Vertraute«, »wichtig/bedeutsam«, »Anerkennung«, »besonders mögen«, »verlassen können«, »Erleichterung verschaffen«, »Ratschläge & Hinweise«, »Geld/Dinge ausleihen«, »Arbeit abnehmen«; [++]»Falschheit«, »Abwertung/Ablehnung«, »Einschränkung«, »Kränken«, »Konflikt und Mögen«; [+++]Skala von 1 »sehr erfreulich« bis 4 »unerfreulich«; [†]Skala von 1 »niedriges Funktionsniveau« bis 100 »hohes Funktionsniveau«. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis März 2017. Berechnung mittels *t*-Test. S. 36

Tabelle 9: **Kinder psychisch erkrankter Eltern: Anzahl unterstützender und belastender Kontakte, soziales Funktionsniveau und Zufriedenheit mit Kontaktpersonen bei allein - und zusammenlebenden Eltern.** [#]ledig, in Lebensgemeinschaft oder verheiratet; [##]»getrennt lebend«, »geschieden«, »verwitwet«. [+]»Vertraute«, »wichtig/bedeutsam«, »Anerkennung«, »besonders mögen«, »verlassen können«, »Erleichterung verschaffen«, »Ratschläge & Hinweise«, »Geld/Dinge ausleihen«, »Arbeit abnehmen«; [++]»Falschheit«, »Abwertung/Ablehnung«, »Einschränkung«, »Kränken«, »Konflikt und Mögen«; [+++]Skala von 1 »sehr erfreulich« bis 4 »unerfreulich«; [†]Skala von 1 »niedriges Funktionsniveau« bis 100 »hohes Funktionsniveau«. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis März 2017. Berechnung mittels *t*-Test. S. 38

Tabelle 10: **Kinder psychisch erkrankter Eltern: Anzahl unterstützender und belastender Kontakte, Zufriedenheit mit Kontaktpersonen und soziales Funktionsniveau bei Kindern mit und ohne psychiatrische Diagnose**. [#]»Vertraute«, »wichtig/bedeutsam«, »Anerkennung«, »besonders mögen«, »verlassen können«, »Erleichterung verschaffen«, »Ratschläge & Hinweise«, »Geld/Dinge ausleihen«, »Arbeit abnehmen«; [##]»Falschheit«, »Abwertung/Ablehnung«, »Einschränkung«, »Kränken«, »Konflikt und Mögen«; [+]Skala von 1 »sehr erfreulich« bis 4 »unerfreulich«; [†]Skala von 1 »niedriges Funktionsniveau« bis 100 »hohes Funktionsniveau«. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis März 2017. Berechnung mittels *t*-Test. S. 39

Tabelle 11: **Kinder psychisch erkrankter Eltern: Soziodemografische und klinische Merkmale, Anzahl belastender und unterstützender Kontakte sowie soziales Funktionsniveau von Teilnehmer*innen der qualitativen Interviews.** [+]»Falschheit«, »Abwertung/Ablehnung«, »Einschränkung«, »Kränken«, »Konflikt und Mögen«; [++]»Vertraute«, »wichtig/bedeutsam«, »Anerkennung«, »besonders mögen«, »verlassen können«, »Erleichterung verschaffen«, »Ratschläge & Hinweise«, »Geld/Dinge ausleihen«, »Arbeit abnehmen«; [+]Skala von 1 »sehr erfreulich« bis 4 »unerfreulich«; [†]Skala von 1 »niedriges Funktionsniveau« bis 100 »hohes Funktionsniveau«. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juni 2018 bis Februar 2019. S. 41

Tabelle 12: **Kinder psychisch erkrankter Eltern: Qualitative Erhebung: Codebaum.** Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juni 2018 bis Februar 2019. S. 66

Tabelle 13: **Kinder psychisch erkrankter Eltern: Qualitative Erhebung: Weitere Differenzierung der Subkategorie »Umgang des Kindes mit erkranktem Elternteil«.** Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juni 2018 bis Februar 2019. S. 69

Tabelle 14: **Kinder psychisch erkrankter Eltern: Qualitative Erhebung: Subkategorien der Hauptkategorie »Unterstützung«.** Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juni 2018 bis Februar 2019. S. 74

Tabelle 15: **Kinder psychisch erkrankter Eltern: Summary Grid – Qualitative Erhebung.** Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juni 2018 bis Februar 2019. S. 200

1. Einleitung

Die Analyse sozialer Netzwerke findet in der Wissenschaft seit Jahrzehnten Anwendung bei gesundheitsrelevanten Fragestellungen. Netzwerkanalysen wurden beispielsweise in Untersuchungen zur Verbreitung von Infektionskrankheiten, der Entwicklung chronischer Erkrankungen, der psychischen Gesundheit oder Drogen- und Suchtmittelkonsum und Evaluationen von Interventionen angewendet (Valente und Pitts 2017).

Kinder psychisch erkrankter Eltern erhielten in den letzten Jahren zunehmend Aufmerksamkeit in Gesellschaft und Wissenschaft. Die psychische Erkrankung eines Elternteils kann für betroffene Kinder eine Belastung darstellen und mit einem erhöhten Risiko einhergehen, selber psychisch zu erkranken. In einer solchen Situation kann die soziale Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk des Kindes eine wertvolle Unterstützung sein.

Trotz zahlreicher Forschungsaktivitäten zu sozialen Netzwerken im Bereich des Gesundheitswesens und dem Wissen um ihre Bedeutung sowie einer wachsenden Aufmerksamkeit für die Situation von Kindern psychisch erkrankter Eltern gibt es wenig aktuelle wissenschaftliche Literatur zu sozialen Netzwerken von Kindern im Kontext psychischer Erkrankungen.

1.1 Kinder psychisch erkrankter Eltern

Ungefähr ein Fünftel der Kinder in Deutschland wächst mit einem psychisch erkrankten Elternteil auf (Reupert et al. 2013; Ranning et al. 2016). Die psychische Erkrankung eines Elternteils kann mit psychosozialen Belastungen (Jungbauer 2010; Kölch 2014; Wiegand-Grefe et al. 2011; Pillhofer et al. 2016), einer geringeren Familienfunktionalität (Pollak et al. 2008; Mendes et al. 2012; Jacob und Johnson 1997) und Erziehungsfähigkeit (Smith 2004) einhergehen und betroffene Kinder in ihrer Lebensqualität (Pollak et al. 2008; Bastiaansen et al. 2005) und in ihrer Entwicklung beeinflussen (Kölch 2014; Laireiter und Lager 2006; Greenberg et al. 2014).

Studien zu Kindern mit psychisch erkrankten Eltern zeigten zudem ein erhöhtes Risiko der betroffenen Kinder, selber psychisch zu erkranken (Lenz 2005a; Mattejat 2008; Kölch 2014; Wiegand-Grefe et al. 2011; Lenz 2012; Mendes et al. 2012). Hier wiesen Kinder aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil eine durchschnittliche Prävalenz für psychische Erkrankungen von 50% (Mattejat 2008), und damit im Vergleich zu Kindern aus der Allgemeinbevölkerung mit einer Prävalenz von 16% (Hölling et al. 2014) ein signifikant erhöhtes Krankheitsrisiko auf. Dabei zeigte sich für die betroffenen Kinder zum einen ein erhöhtes Risiko, an der Erkrankung ihrer Eltern zu erkranken als auch ein erhöhtes allgemeines psychiatrisches Erkrankungsrisiko (Mattejat 2008; Lenz 2012).

Bisher existierten in diesem Forschungskontext nur wenige Untersuchungen aus der Perspektive betroffener Kinder, weshalb gefordert wurde, ihre subjektiven Erfahrungen stärker in die Forschung einzubeziehen (Gladstone et al. 2006). Bei Untersuchungen zu Kindern psychisch erkrankter Eltern hatten die Teilnehmer*innen[1] zum Befragungszeitpunkt häufig bereits das Erwachsenenalter erreicht (Dam et al. 2018; van Parys et al. 2015; Foster 2010; Pölkki et al. 2004; Knutsson-Medin et al. 2007). In wenigen Studien lebten die betroffenen Kinder und Jugendlichen zum Befragungszeitpunkt mit einem psychisch erkrankten Elternteil zusammen (Ostman 2008; Garley et al. 1997).

In der Literatur wird als bedeutsamer Aspekt für die psychische Gesunderhaltung der Kinder häufig eine altersgerechte Bewältigung der Situation eines psychisch erkrankten Elternteils untersucht. Studien beschrieben hierzu häufig den Umgang innerhalb der Familie mit der Erkrankung eines Elternteils und die Informationen, welche den Kindern in dieser Situation zur Verfügung standen.
In diesem Zusammenhang wurde die als Parentifizierung bezeichnete Rollenumkehr zwischen Kindern und Eltern(teil) in vielen Studien als belastend für die Kinder beschrieben (Ostman 2008; Garley et al. 1997; Dam et al. 2018; Foster 2010). Als Folge der psychischen Erkrankung von Eltern übernahmen die betroffenen Kinder häufig (zu viel) Verantwortung für Haushalt, Geschwisterkinder und Eltern. Dies kann für die betroffenen Kinder einen Zwiespalt zwischen Verantwortungsgefühl und Selbstverwirklichung bedeuten (Foster 2010; Dam et al. 2018). Dagegen zeigten die Ergebnisse von Backer et al., welche Kinder mit einem an einer bipolaren Störung erkrankten Elternteil im Alter von vier bis zehn Jahren zu ihrem Familienleben befragten, positive Aspekte der Verantwortungsübernahme. Die befragten Kinder beschrieben, dass sie sich gerne auch selber versorgen oder sich gerne um den Haushalt zu kümmern, um damit den erkrankten Elternteil zu unterstützen (Backer et al. 2017).
Die Ergebnisse einer qualitativen Studie mit Experten zu Kindern psychisch erkrankter Eltern machten deutlich, dass ein Zugang zu altersgerechten Informationen, wie er beispielsweise durch Psychoedukation und einen niederschwelligen Zugang zu Ressourcen und Interventionsangeboten gegeben ist, eine wichtige Grundlage dafür sein kann, dass betroffene Kinder die Erkrankung ihrer Eltern sowie das daraus resultierende Verhalten verstehen lernen und für sich selbst Strategien im Umgang mit der Situation entwickeln können (Grove et al. 2017). Studienergebnisse zeigten, dass Kinder selber Erklärungen über die Situation und das Verhalten des psychisch erkrankten Elternteils entwickelten, wenn sie keine Informationen über die Erkrankung des Elternteils erhielten. Die selber geschaffenen Erklärungen können bei den betroffenen Kindern Schuldgefühle und Ängste auslösen (Yamamoto und Keogh 2018). Erhalten diese Kinder dagegen angemessene Informationen über die Erkrankung, kann ihnen dies den Umgang mit der Erkrankung erleichtern (Garley et al. 1997) und ihnen helfen, Schuldgefühle und Ängste zu reduzieren (Lenz 2005b).

[1] Stilistischer Hinweis: Es wurde eine gendergerechte Schreibweise gewählt, wofür bei entsprechenden Begriffen ein Asterisk (*) verwendet wurde.

Zudem wiesen Studienergebnisse darauf hin, dass ausreichend Informationen einen wichtigen protektiven Faktor für die psychische Gesundheit der Kinder darstellen (Lenz 2005b). Eine Anzahl von Studien mit Kindern psychisch erkrankter Eltern zeigte, dass die psychische Erkrankung eines Elternteils innerhalb der betroffenen Familien aus der Perspektive der Befragten nicht ausreichend besprochen wurde. Aus Sicht der Kinder wurde die elterliche Erkrankung tabuisiert und innerhalb betroffener Familien fand wenig Aufklärung über die Erkrankung statt (van Parys et al. 2015; Dam et al. 2018; Pölkki et al. 2004; Foster 2010).

Neben den Eltern ist das professionelle Hilfesystem eine weitere Möglichkeit für betroffene Kinder, Zugang zu entsprechenden Informationen zu bekommen (Riebschleger 2004; Lenz 2005b). Jedoch zeigten Studien in diesem Zusammenhang ebenfalls, dass sich die Betroffenen auch von Mitarbeiter*innen des professionellen Hilfesystems schlecht informiert (Knutsson-Medin et al. 2007; Pölkki et al. 2004) und sich als Kind eines Elternteils in stationärer psychiatrischer Behandlung nicht wahrgenommen fühlten (Dam et al. 2018). Eine Studie aus Australien verdeutlicht die Bedeutung der Rolle von Fachkräften außerhalb des psychiatrischen Hilfesystems: Laletas et al. befragten Erzieher*innen zu ihren Erfahrungen mit Kindern aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Die befragten Fachkräfte beschrieben einen hohen Bedarf an Weiterbildung zu Kindern psychisch erkrankter Eltern, zu psychischen Erkrankungen allgemein, zu den Auswirkungen einer elterlichen Erkrankung auf betroffene Kinder sowie über eigene Möglichkeiten des Umgangs mit betroffenen Kindern und ihren Familien (Laletas et al. 2017).

1.2 Relevanz sozialer Ressourcen

In multidimensionalen Stressmodellen kommt sozialen Einflüssen, neben biologischen und psychologischen Aspekten, eine grundlegende Bedeutung zur Bewältigung von Stress für das psychische Wohlbefinden zu (Engel 1977). Gesundheitsrelevante soziale Einflüsse können soziale Beziehungen sein (Zannas et al. 2015; Klengel und Binder 2015). Mögliche Erklärungsansätze für die Wirkung sozialer Beziehungen sind die Konzepte der sozialen Unterstützung und des sozialen Netzwerks. Demnach können soziale Beziehungen bedingt durch die Art der Interaktion, die Wahrnehmung der Beziehungsqualität und die subjektive Bewertung von Unterstützungsleistungen wirken (Antonucci und Akiyama 1994), als auch durch ihre strukturelle Ausgestaltung. Beziehungen, die soziale Unterstützung leisten, stellen sowohl im Alltag als auch in Belastungssituationen eine wichtige Ressource zum Erhalt des psychischen Wohlbefindens dar. Welche Personen und welche Unterstützungsleistungen hilfreich sind, ist davon abhängig, wie hoch die Zufriedenheit mit der erhaltenen bzw. erwarteten Unterstützung ist und welche Bedeutung einzelnen Aspekten sozialer Unterstützung zugewiesen wird (Antonucci und Akiyama 1994).
Der Wirkmechanismus sozialer Unterstützung wird über den Direkteffekt, den Puffereffekt und den Präventionseffekt erklärt. Diese drei Erklärungsansätze ergänzen sich und schließen sich nicht gegenseitig aus (Hollstein 2001). Soziale Unterstützung wirkt direkt, »wenn diese unabhängig von einer akuten Belastungssituation generell das Wohlbefinden einer Person

steigert« (Diewald und Sattler 2010, S. 694). Der Puffereffekt sozialer Unterstützung ermöglicht ein Klima von Sicherheit und die Entwicklung von Selbstbewusstsein und Problemlösungsstrategien (Antonucci und Akiyama 1994). Wird in einer belastenden Situation Unterstützung geleistet, werden diese vom Betroffenen als weniger belastend wahrgenommen, sie werden gewissermaßen »abgepuffert« (Hollstein 2001, S. 25; Manz 1994, S.17) und können erfolgreicher gemeistert werden (Antonucci und Akiyama 1994). Mögliche Arten von sozialer Unterstützung, die Belastungen mildern, sind beispielsweise Hilfen bei der Einschätzung des Problems sowie bei der Problemlösung, aktives Eingreifen, Motivation oder Trost (Diewald und Sattler 2010). Werden potentielle Belastungsfaktoren zuvor durch soziale Unterstützung reduziert oder sogar ausgeräumt, hat sie einen Präventionseffekt (Diewald und Sattler 2010). Präventive Unterstützung kann zum Beispiel in Form finanzieller Vorsorge erfolgen, mit der zukünftige Belastungssituationen aufgrund finanzieller Engpässe vermieden werden (Diewald und Sattler 2010). Die Wirkung sozialer Unterstützung hängt davon ab, wie diese wahrgenommen wird, das heißt, wie hoch die Zufriedenheit mit der erhaltenen bzw. erwarteten Unterstützung ist und welche Bedeutung einzelnen Aspekten sozialer Unterstützung von einer Person zugewiesen wird (Antonucci und Akiyama 1994).

Eine bedeutende Quelle sozialer Unterstützung findet sich im sozialen Netzwerk einer Person, denn diese sind »als eine Art Infrastruktur für die Produktion und Verteilung sozialer Unterstützung anzusehen« (Diewald und Sattler 2010, S. 689). Auch neurobiologische Forschungen zeigen Auswirkungen von unterstützenden sozialen Beziehungen auf der Zellebene, welche die Regulation der Genaktivität in einer Weise beeinflusst, dass es zu einer gelungenen Reaktion auf Umweltanforderungen kommt (Uchino et al. 2012; Zannas et al. 2015; Klengel und Binder 2015). Weil über frühkindliche Bindungserfahrungen der Grundstein für das Vertrauen in die Unterstützung durch andere Menschen gelegt wird, wird zudem angenommen, dass positive frühe Bindungserfahrungen gesundheitlich eine präventive Wirkung haben (Bowlby 1958; Uchino 2009; Achtergarde et al. 2015; Goodall et al. 2015; Gumley et al. 2014).

Für Kinder sind Eltern oft die wichtigste Quelle sozialer Unterstützung, vor allem die emotionale Unterstützung durch Eltern ist für die Entwicklung von Selbstbewusstsein und Bewältigungsstrategien für Kinder besonders bedeutsam (Bryant 1994; Nestmann et al. 2008). Eine Studie, welche psychosoziale Auffälligkeiten von Kindern mit einem psychisch erkrankten oder an Krebs erkrankten Elternteil sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität des Partners untersuchte, konnte zeigen, dass die Möglichkeiten zur Kompensation durch den zweiten Elternteil von dessen gesundheitsbezogener Lebensqualität beeinflusst wurden (Krattenmacher et al. 2014). Dies ist wichtig vor dem Hintergrund, dass die psychische Erkrankung eines Elternteils auch für den Partner eine hohe Belastung sein kann (Angermeyer et al. 2006). Eine Studie, in welcher die soziale Unterstützung von Kindern in Heimen untersucht wurde, zeigte, dass Freundinnen und Freunde von den Kindern im Grundschulalter seltener als unterstützende Kontakte erlebt wurden als erwachsene Bezugspersonen (Günther 2008). Günther schlussfolgerte, dass bei den befragten Kindern im

Grundschulalter seltener als unterstützende Kontakte erlebt wurden als erwachsene Bezugspersonen (Günther 2008). Günther schlussfolgerte, dass bei den befragten Kindern im Grundschulalter die fehlende soziale Unterstützung der Eltern nicht durch Heimmitarbeiter, Freundinnen und Freunde ausgeglichen werden konnte. Eine Untersuchung zur sozialen Unterstützung und psychosozialen Problemen bei Jugendlichen zeigte, dass dies auch bei älteren Kindern zutraf. Obwohl die Unterstützung durch Freundinnen und Freunde für das Wohlbefinden bei Jugendlichen zunehmend wichtiger wird, reichte sie nicht an die Bedeutung elterlicher Unterstützung heran (Meeus 1994).

1.3 Netzwerkanalysen im Kontext psychischer Erkrankungen

Soziale Netzwerke bilden Beziehungen zwischen Akteuren ab. Diese können »ganz unterschiedliche soziale Einheiten« (Hollstein 2001, S. 45) sein, es handelt sich dabei also beispielsweise um Personen oder Institutionen, welche auf irgendeine Art und Weise miteinander verbunden sind (Angermeyer und Klusmann 1989). Soziale Netzwerke verfügen über eine formale Struktur und funktionale Merkmale, die beispielsweise die Ausgestaltung der Beziehungen zu den Netzwerkpartnern prägt (Hollstein 2001) und die sich auf jede Person innerhalb dieser Struktur auswirken (Manz 1994). Dementsprechend sind soziale Netzwerke das Ergebnis sozialer Interaktionen (Walsh 1994): »[…] the nonrandom nature of networks is what makes them inherently social« (Smith und Christakis 2008, S. 417). Strukturen sozialer Netzwerke können durch die soziale Integration in Netzwerke und zum anderen durch die soziale Unterstützung in Netzwerke Einfluss auf die psychische Gesundheit haben (Lin und Peek 1999). Über soziale Integration (Berkman und Glass 2000) erfährt der Einzelne Wertschätzung aufgrund der Rolle, die er im Netzwerk einnimmt, was wiederum das Gefühl von Zugehörigkeit stärken kann (Lin und Peek 1999; Berkman und Glass 2000). Erfahren Personen soziale Unterstützung, profitieren sie von den in einer sozialen Gemeinschaft vorhandenen Ressourcen und können dadurch Herausforderungen und Krisen besser bewältigen (Lin und Peek 1999).

1.3.1 Soziale Netzwerke von Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen

Zahlreiche Studienergebnisse zeigten, dass sich soziale Netzwerke von Erwachsenen mit und ohne psychische Erkrankungen unterscheiden. Diese Unterschiede bezogen sich insbesondere auf die Struktur, das Ausmaß sozialer Unterstützung und der Zufriedenheit der Befragten mit sozialen Kontakten. So zeigten Studienergebnisse, dass Personen mit psychischen Erkrankungen über kleinere und weniger unterstützende Netzwerke verfügten als gesunde Erwachsene (Palumbo et al. 2015; Green et al. 2002). Degnan et al. (2018) zeigten in einem systematischen Review und Metaanalyse einen Zusammenhang zwischen kleiner Netzwerkgröße und allgemeiner psychiatrischer Symptomatik sowie Negativsymptomatik, jedoch nicht mit Positivsymptomatik und sozialer Funktionsfähigkeit (Degnan et al. 2018). Die Ergebnisse einer Studie von Bengtson-Tops und Hansson (2001) zeigten, dass soziale Bedürfnisse von Personen mit Schizophrenie im Vergleich zu psychisch gesunden Erwachsenen nicht ausreichend gedeckt waren (Bengtsson-Tops und Hansson 2001). So wünschte sich fast die Hälfte der Befragten im Alltag mehr soziale Kontakte (47%), die sie auch zu Hause besuchen kommen (54%), und die sie bei Problemen fragen könnten (45%) (Bengtsson-Tops und Hansson 2001). Green und Kollegen (2002) zeigten in einer qualitativen Studie zur Bedeutung sozialer Beziehungen bei psychischen Erkrankungen, dass die psychische Erkrankung der weiblichen Befragten mit einer verschlechterten Beziehungsqualität zu ihren Kindern einherging (Green et al. 2002).

In der Literatur werden unterschiedliche Erklärungen für die Unterschiede zwischen sozialen Netzwerken psychisch gesunder und erkrankter Erwachsener diskutiert. Als mögliche Ursachen dafür, dass soziale Netzwerke von Personen mit psychischen Erkrankungen kleiner und weniger unterstützend sind als die Netzwerke gesunder Erwachsener (Palumbo et al. 2015; Green et al. 2002) wurden in der Literatur Einschränkungen aufgrund der Symptomatik und verringerter sozialer Kompetenzen sowie fehlende finanzielle Ressourcen beschrieben (Goldberg et al. 2003; Palumbo et al. 2015; Harley et al. 2012).
Ebenso zeigte eine Studie zu sozialen Netzwerken von Erwachsenen mit Schizophrenie, dass sich nicht die Dauer der Erkrankung, sondern die Schwere der Symptomatik (sowohl Positiv- als auch Negativsymptomatik) negativ auf die Netzwerkstrukturen der Betroffenen auswirken kann (Bengtsson-Tops und Hansson 2001). Im Gegensatz dazu zeigten Lipton et al., dass sich mit längerer Erkrankungsdauer enge Kontakte wie vertraute Personen und enge Freunde signifikant reduzierten (Lipton et al. 1981).

1.3.2 Soziale Netzwerke von Kindern psychisch erkrankter Eltern

Bisher existierten nur sehr wenige und keine aktuellen Studien zu sozialen Netzwerken von Kindern psychisch erkrankter Eltern. Die Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit wiesen auf einen Zusammenhang von Netzwerkeigenschaften und der von den Kindern wahrgenommenen sozialen Unterstützung sowie der Symptomatik der betroffenen Kinder

hin (Stiawa und Kilian 2017). Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Kindern in Bezug auf die Zufriedenheit mit vorhandenen Kontakten. Befragte mit psychisch erkrankten oder alkoholkranken Eltern hatten ein signifikant geringeres Selbstwertgefühl und zeigten stärkeres soziales Vermeidungsverhalten als Befragte mit psychisch gesunden Eltern (Williams et al. 1992). Während die Ergebnisse von Williams und Corrigan (1992) zeigten, dass enge soziale Beziehungen eine unterstützende Funktion bei einem psychisch erkrankten Elternteil haben können, wiesen die Ergebnisse von Hirsch und Reischl (1985) darauf hin, dass die Funktion enger sozialer Beziehungen von den Kontextbedingungen abhängen kann. Während enge soziale Beziehungen für Kinder mit gesunden Eltern eine unterstützende Funktion hatten, zeigten Kinder mit psychisch erkrankten Eltern häufiger eine psychische Symptomatik, weniger Selbstwertgefühl und ein erhöhtes Stressempfinden obwohl sie über enge soziale Beziehungen verfügten (Hirsch und Reischl 1985). Die Autoren begründeten diesen Zusammenhang mit dem Schamgefühl und Verlustängsten der Befragten gegenüber engen Freunden aufgrund der elterlichen Erkrankung (Hirsch und Reischl 1985).

1.4 Zusammenfassung und Fragestellung

Die psychische Erkrankung eines Elternteils kann für die betroffenen Kinder eine Belastungssituation sein. Sie wirkt sich unter anderem durch eine deutlich höhere Vulnerabilität und Prävalenz für psychische Erkrankungen aus (Lenz und Kuhn 2011). Beziehungen, die soziale Unterstützung leisten, stellen sowohl im Alltag als auch in Belastungssituationen eine wichtige Ressource zum Erhalt des psychischen Wohlbefindens dar. Mögliche Erklärungsansätze für die Wirkung sozialer Beziehungen wurden in den Konzepten der sozialen Unterstützung und des sozialen Netzwerks abgebildet. Demnach können soziale Beziehungen bedingt durch die Art, die Wahrnehmung und die subjektive Bewertung von Unterstützungsleistungen wirken (Antonucci und Akiyama 1994), als auch durch ihre strukturelle Ausgestaltung. Die Belastungen könnten also durch gute soziale Beziehungen der Kinder kompensiert werden. Eine systematische Literaturrecherche zeigte, dass es bisher nur wenige Studien zu sozialer Unterstützung und sozialen Netzwerken von Kindern psychisch erkrankter Eltern gibt (Stiawa und Kilian 2017). Vorhandene Studienergebnisse wiesen jedoch darauf hin, dass sich die psychische Erkrankung der Eltern auf verschiedene Merkmale der sozialen Netzwerke und das psychische Wohlbefinden der Kinder auswirken können. Studienergebnisse zeigten zudem, dass auch der Umgang mit der Erkrankung innerhalb der betroffenen Familie für die Kinder ein wichtiger Faktor zur Bewältigung der Situation sein kann.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich für diese Arbeit die folgenden Ziele:

1. Im Rahmen einer quantitativen Netzwerkuntersuchung werden die sozialen Netzwerke von Kindern psychisch erkrankter Eltern erhoben.
   Hierbei werden mit einem Instrument zur Untersuchung sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung a) strukturelle Merkmale der sozialen Netzwerke sowie b) Merkmale sozialer Unterstützung erhoben und c) untersucht, ob klinische und soziodemografische Merkmale von Kindern und Eltern Einfluss auf die sozialen Netzwerke und soziale Unterstützung der Teilnehmer*innen haben.

2. Anschließend erfolgen qualitative Interviews mit Teilnehmer*innen, welche auf Grundlage der Ergebnisse der Netzwerkbefragung ausgewählt werden.
   Hierbei wird mittels a) Falldarstellungen und b) einer inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse untersucht, welche subjektive Bedeutung die sozialen Beziehungen für die Teilnehmer*innen vor dem Hintergrund eines psychisch erkrankten Elternteils haben und welche Strategien die Teilnehmer*innen im Umgang mit der Situation eines psychisch erkrankten Elternteils beschreiben.

2. Material und Methoden

Die Studie ist eine Teilstudie des Projekts »Children of mentally ill parents (CHIMPs)«. Dieses vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Projekt wurde von 2015 bis 2018 in den sechs folgenden Studienzentren durchgeführt: Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, Klinik für Allgemeine Psychiatrie des LWL-Klinikums Gütersloh, Klinik für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie des LWL-Klinikums Paderborn, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Leipzig, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Vitos Klinik Rheinhöhe sowie Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Ulm.
Bei der CHIMPs-Studie handelte es sich um eine randomisiert-kontrollierte Multicenterstudie mit einem Prä-Post-Design und drei Katamnesezeitpunkten (6, 12 und 18 Monate nach Ende der Intervention). Im Rahmen des Projekts CHIMPs wurde eine sechsmonatige Intervention evaluiert, die zum Ziel hatte, den Verlauf der psychischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen der teilnehmenden Familien zu untersuchen und die Krankheitsbewältigung der Familien unterstützend zu begleiten. Bedingung für eine Studienteilnahme der Familien an der CHIMPs-Studie war mindestens ein psychisch erkrankter Elternteil in ambulanter oder stationärer psychiatrischer Behandlung und mindestens ein Kind im Alter zwischen 3 und 18 Jahren, zu dem ein regelmäßiger (mindestens zweiwöchiger) Kontakt bestand (Wiegand-Grefe et al. 2011).

2.1 Studiendesign

In der vorliegenden Arbeit wurde ein Mixed-Methods-Design aus quantitativer und qualitativer Methode gewählt. Der kombinierte Einsatz von quantitativen und qualitativen Methoden kann den Erkenntnisgewinn erhöhen (Pescosolido 2007). In einem ersten Schritt wurden mit einem Fragebogen Merkmale sozialer Netzwerke von Kindern psychisch erkrankter Eltern sowie die wahrgenommene soziale Unterstützung erfasst. Auf Grundlage der Ergebnisse aus der Befragung zu sozialen Netzwerken wurden anschließend mit einer Auswahl an Teilnehmer*innen semistrukturierte Interviews durchgeführt.

2.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Voraussetzung für die Teilnahme an der vorliegenden Studie war ein psychisch erkrankter Elternteil, das Alter des Kindes zwischen 6 und 18 Jahren, das schriftliche Einverständnis der Erziehungsberechtigten bei allen Teilnehmer*innen unter 18 Jahren (*siehe Anhang: B3*) sowie ausreichend gute Kenntnisse der deutschen Sprache. Ausschlusskriterium waren schwere psychosoziale Krisen zum Befragungszeitpunkt.

Die qualitative Erhebung wurde mit Kindern und Jugendlichen ab dem 10. Lebensjahr durchgeführt. In diesem Alter haben Kinder ein Verständnis für ihren Lebenslauf entwickelt und können diesen beschreiben (Grunert und Krüger 2006). Zudem werden Kinder in diesem Alter von der geplanten Gesprächsdauer von ungefähr einer Stunde im Allgemeinen nicht überfordert (Delfos 2004).

2.1.2 Datenerhebung

Es erfolgte in einem ersten Schritt die Datenerhebung für die quantitative Befragung. Weil die Ergebnisse aus der Analyse der quantitativen Daten die Grundlage für die qualitative Erhebung bildeten, erfolgte die qualitative Erhebung nach Ende dieser Analyse in einem zeitlichen Abstand von ungefähr zwei Jahren nach der Erstbefragung.

2.1.2.1 Quantitative Befragung

Für die quantitative Befragung wurden in einem Zeitraum von Juli 2015 bis März 2017 Kinder und Jugendliche aus Familien befragt, die zuvor an der CHIMPs-Studie teilgenommen hatten und welche die Einschlusskriterien für die vorliegende Studie erfüllten (*siehe 2.1.1*). Zusätzlich wurden zwei Teilnehmer*innen über die Kinder- und Jugendhilfe Günzburg / Neu-Ulm (KJF) für eine Teilnahme an der vorliegenden Studie rekrutiert. Bei den Eltern von Kindern und Jugendlichen, welche die Einschlusskriterien der vorliegenden Studie erfüllten, wurde telefonisch oder persönlich das Einverständnis zur Information über die Studie eingeholt. Die Teilnehmer*innen und ihre Eltern wurden mit einem Flyer sowie persönlich bzw. telefonisch über Ziele und Ablauf der Studie informiert. Eltern und Teilnehmer*innen im Alter von 6 bis 12 Jahren sowie von 13 bis 18 Jahren erhielten zu diesem Zweck altersgerechte Informationsflyer (*siehe Anhang: A1, A2, A3*). Die Flyer enthielten Informationen über die geplante Dauer der Befragung, den Datenschutz, die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie das Recht, das Einverständnis zur Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Konsequenzen zurückziehen zu können. Nach der ersten Anfrage zur Teilnahme und dem darauffolgenden Informationsgespräch hatten Eltern und Kinder mehrere Wochen Zeit, eventuell bestehende Fragen zu stellen. Sowohl von den Eltern als auch den Kindern und Jugendlichen wurde vor der Studienteilnahme ein schriftliches informiertes Einverständnis eingeholt (*siehe Anhang: B1, B2, B3*).

2.1.2.2 Qualitative Erhebung

Für die qualitative Erhebung wurden die Kinder und Jugendlichen und ihre Eltern erneut telefonisch für eine mögliche Teilnahme angefragt. Daraufhin erhielten Eltern und Kinder erneut Informationsmaterial (*siehe Anhang: G1, G2, G3*) und hatten einige Wochen Zeit, mögliche Fragen zu stellen. Sowohl von den Kindern als auch von den Eltern wurde vor der

Studienteilnahme erneut das informierte Einverständnis zur Teilnahme des Kindes eingeholt (*siehe Anhang: H1, H2, H3*).

Alle Kinder und Jugendlichen, welche an der Befragung zu ihrem sozialen Netzwerk teilgenommen hatten, erhielten als Aufwandsentschädigung einen Amazon-Gutschein im Wert von 15 Euro. Alle Kinder und Jugendlichen, welche an der qualitativen Erhebung teilgenommen hatten, erhielten einen Amazon-Gutschein im Wert von 30 Euro und 10 Euro in bar als Fahrtkostenpauschale.

2.1.3 Datenschutz und Forschungsethik

Die Datensicherung erfolgte auf dem Forschungsserver der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Ulm und auf einer externen Festplatte, welche nur der Autorin zugänglich war. Die Einverständniserklärungen der Teilnehmer*innen und ihrer Eltern, welche die Klarnamen enthielten, wurden in einem verschlossenen Schrank im Studienzentrum der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Ulm aufbewahrt. Alle Teilnehmer*innen wurden mit ihrer Teilnehmernummer aus dem CHIMPs-Projekt anonymisiert. Alle qualitativen Interviews wurden von der Autorin vollständig transkribiert und pseudonymisiert.

Für diese Studie liegen positive Ethikvoten der Ethikkommission der Universität Ulm (Nr. 224/14), der Ärztekammer der Stadt Hamburg (PV4744) und der Ethikkommission der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters Leipzig (Nr. 188/14-IK) vor.

Bei Kindern psychisch erkrankter Eltern handelt es sich um eine besonders vulnerable Zielgruppe eines Forschungsprojekts. Dieser Tatsache wurde im Rahmen des Projekts auf verschiedene Weise Rechnung getragen. Eltern und Kinder, welche für eine Teilnahme angefragt wurden, bekamen mehrere Wochen Zeit, um sich für oder gegen eine Teilnahme zu entscheiden. Zudem wurden die Teilnehmer*innen detailliert über die Studie und den geplanten Ablauf informiert, damit sie eine möglichst genaue Vorstellung von der Befragungssituation bekommen konnten. Falls in den Gesprächen bei den Kindern ein Bedarf nach Hilfsangeboten deutlich geworden wäre, hätten sie Informationen zu geeigneten Angeboten aus dem psychiatrischen Hilfesystem erhalten. Um die Anonymisierung der Teilnehmer*innen zu gewährleisten, verbleiben die Transkripte der qualitativen Interviews ausschließlich bei der Autorin und werden nicht im Rahmen dieser Arbeit veröffentlicht.

2.2 Erhebungsinstrumente und Durchführung

2.2.1 Quantitative Befragung: Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung

Das soziale Netzwerk und die soziale Unterstützung wurden auf der Grundlage des Konzepts ego-zentrierter Netzwerke untersucht. Bei dieser Form der Netzwerkerhebung wurden Kontaktpersonen, welche psychosoziale Unterstützung leisten können (Manz 1994), aus der Perspektive der Teilnehmer*innen erhoben (Wolf 2010).
Die Erhebung des sozialen Netzwerks und der sozialen Unterstützung erfolgte mit dem »Fragebogen zum Sozialen Netzwerk und zur Sozialen Unterstützung (SONET)« (Laireiter et al. 1997). Der Fragebogen SONET wurde der Autorin von den Verfassern zur Verfügung gestellt. Mit dem SONET-K für Kinder von 6 bis 12 Jahren und dem SONET-J für Jugendliche von 13 bis 18 Jahren wurden die zwei alters-adaptierten Versionen des Interviews eingesetzt (Laireiter et al. 1997). Das Instrument erfasst sowohl die sozialen Beziehungen der Befragten als auch die von ihnen wahrgenommene Unterstützung und belastende Personen im Netzwerk (Laireiter et al. 1997; Bengel et al. 2008).
Die beiden Fragebögen SONET-K und SONET-J wurden zum Einsatz in dieser Studie gegenüber der Originalversion von Laireiter und Kollegen (Laireiter et al. 1997) von der Autorin in der Wortwahl leicht abgeändert und vereinfacht und neu gestaltet. Beim Fragebogen für Kinder (SONET-K) wurden zudem Textabschnitte farblich hervorgehoben, um sie für die jüngeren Teilnehmer*innen noch verständlicher zu gestalten. Bei allen Änderungen wurde darauf geachtet, dass die Kernaussagen aus dem Originalfragebogen erhalten blieben. Die Fragebögen wurden von den Teilnehmer*innen selbstständig oder gemeinsam im Beisein der Interviewerin, telefonisch oder über Videotelefonie ausgefüllt.

In der vorliegenden Arbeit wurden mehrdimensionale Namensgeneratoren verwendet, d.h. mehrere Fragen als Stimuli für die Nennung der Netzwerkkontakte genutzt. Diese Methode hat den Vorteil, dass mehr Netzwerkmitglieder gezielt erfragt werden können und es weniger wahrscheinlich ist, dass wichtige Personen aus dem Netzwerk vom Befragten vergessen werden (Diewald 1991). Mit Hilfe bestimmter Kontaktkriterien (Namensgeneratoren) wurden in einem ersten Schritt alle Personen erfasst, mit denen die Teilnehmer*innen in verschiedenen Lebensbereichen Kontakt hatten (Laireiter et al. 1997). Es wurde nach Beziehungen zu Personen aus den Bereichen »Familie / Verwandtschaft«, »Nachbarschaft«, »Freizeit«, »Freunde« und »Vereine« gefragt, die über einen Zeitraum der letzten sechs Monate stabil waren (Laireiter et al. 1997). Die Kategorie »Freunde« wurde in die Subkategorien »gute Bekannte«, »Freunde« und »gute Freunde« differenziert. Personen, zu denen ein weniger intensiver Kontakt bestand, wurden im Anschluss numerisch, jedoch nicht namentlich erfasst (Laireiter et al. 1997).
Im Anschluss erfolgte die Erhebung der Beziehungen zwischen den Teilnehmer*innen und der von ihnen aufgelisteten Personen sowie die Qualität der Anzahl der Personen in jedem Lebensbereich und die Bedeutung der Unterstützung für die Teilnehmer*innen in den jeweiligen Lebensbereichen (Laireiter et al. 1997).

Bei den Altersversionen für Kinder und Jugendliche wurde das Instrument von den Verfassern des SONET entsprechend angepasst: Im Fragebogen für Kinder (SONET-K) wurden die Bereiche »Familie / Verwandtschaft«, »Nachbarschaft«, »Schule«, »Vereine«, »Freizeit«, »beratende und unterstützende Personen«, »Freunde und Bekannte«, sowie »belastende Personen« abgefragt. Auch das Testheft (*siehe Anhang: D2*) wurde entsprechend angepasst. Der Fragebogen für die Jugendlichen enthielt zusätzlich Fragen zu einem festen Partner, Eltern, Geschwistern und Kindern. Der Schulbereich wurde um den Bereich »Ausbildung/Beruf« erweitert. Der Freizeitbereich enthielt die Kategorie »Weiterbildungen«. In dem zum Fragebogen dazugehörigen Testheft (*siehe Anhang: D1*) wurden als zusätzliche Merkmale der Befragten »Alter«, »Geschlecht«, »Schulbildung bzw. Ausbildungsgrad« erfasst (Laireiter et al. 1997).
In einem Glossar wurde die Anwendung des Interviews beschrieben (*siehe Anhang: F*).

Über das SONET wurden Merkmale der sozialen Netzwerke der Teilnehmer*innen erfasst. Bei den erfassten Merkmalen handelte es sich um die Größe des Netzwerks, die Interaktionsstruktur (Dauer der Beziehung, Kontaktfrequenz, Entfernung) sowie die Beziehungsqualität hinsichtlich Nähe und Zufriedenheit der Kontakthäufigkeit zu den Personen des Netzwerks (Laireiter et al. 1997). Um die Zufriedenheit der Teilnehmer*innen mit den von ihnen genannten Personen zu untersuchen, gaben diese auf einer Skala von 1 bis 4 an, wie zufrieden sie mit dem Kontakt zu der jeweils angegebenen Person sind, von 1 »sehr erfreulich« bis 4 »unerfreulich«.

Nach dem Erfassen dieser Netzwerkmerkmale wurden den Teilnehmer*innen mit Hilfe des SONET-Fragebogens Fragen zu den von Ihnen zuvor genannten Personen gestellt. Hierbei wurde erfasst, von welcher der genannten Personen die Teilnehmer*innen Unterstützungsleistungen erwarten oder erhalten haben und welche der angegeben Personen Verhaltensweisen zeigen, welche die Teilnehmer*innen als belastend wahrnehmen. Die Fragen zu erhaltener und erwarteter Unterstützung bezogen sich auf mögliche Ausprägungen motivationaler Unterstützung, emotionaler Unterstützung, instrumenteller Unterstützung sowie informationsbezogener Unterstützung und bezogen sich damit auf verschiedene mögliche Dimensionen sozialer Unterstützung (Hollstein 2001, S. 32ff.). Um Unterstützungsleistungen zu erfassen, welche der Dimension der motivationalen Unterstützung zugeordnet werden, wurden die Teilnehmer*innen gefragt, von welchen der zuvor genannten Personen sie Anerkennung in Form von Lob oder Würdigung erhalten. Um Unterstützungsleistungen zu erfassen, welche der Dimension der emotionalen Unterstützung zugeordnet werden, wurden die Teilnehmer*innen gefragt, zu welchen der zuvor genannten Personen sie eine Vertrauensbeziehung haben, welche Personen für sie besonders wichtig sind, auf welche Personen sie sich verlassen können und von welchen Personen sie bei Bedarf Fürsorge und Trost erhalten würden. Um Unterstützungsleistungen zu erfassen, welche der Dimension der instrumentellen Unterstützung zugeordnet werden, wurden die Teilnehmer*innen gefragt, welche der zuvor genannten Personen ihnen Dinge oder Geld leihen würden oder bei Bedarf bei kleineren Arbeiten helfen würden. Informationsbezogene Unterstützung wurde durch eine Frage nach Personen erfasst, welche die Teilnehmer*innen bei Bedarf mit Ratschlägen und Hinweisen unterstützen würden (Laireiter et al. 1997) (Tabelle 1).

Tabelle 1

Fragen zu erhaltener und erwarteter Unterstützung für Kinder von 6 – 12 Jahren (SONET-K) und Jugendliche von 13 – 18 Jahren (SONET-J)

Die Inhalte von Tabelle 1 werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht veröffentlicht.

Quelle: Baumann, U., Laireiter, A., Pfingstmann, G. & Schwarzenbacher, K.: Interview und Fragebogen zum Sozialen Netzwerk und zur sozialen Unterstützung (SONET), in der Version SONET-K und SONET-J; *Zusammenstellung und sprachliche Anpassung durch die Autorin*

Um zu erfassen, welche der angegeben Personen Verhaltensweisen zeigen, welche die Teilnehmer*innen als belastend wahrnehmen, wurden die Teilnehmer*innen gefragt, welche der Personen Verhaltensweisen zeigen, durch die sie sich abgewertet, abgelehnt, eingeschränkt, vernachlässigt oder gekränkt fühlen. Weiterhin wurden die Teilnehmer*innen in diesem Kontext nach Personen gefragt, welche sie gern haben, mit denen es aber auch häufig Konflikte gibt (Laireiter et al. 1997) (Tabelle 2).

Tabelle 2

Fragen zum Kontakt mit belastenden Personen für Kinder von 6 – 12 Jahren (SONET-K) und Jugendliche von 13 – 18 Jahren (SONET-J).

Die Inhalte von Tabelle 2 werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht veröffentlicht.

Quelle: Baumann, U., Laireiter, A., Pfingstmann, G. & Schwarzenbacher, K.: Interview und Fragebogen zum Sozialen Netzwerk und zur Sozialen Unterstützung (SONET), in der Version SONET-K und SONET-J; *Zusammenstellung und sprachliche Anpassung durch die Autorin*

Zur Messung der sozialen Unterstützung wurden verschiedene Dimensionen von Unterstützung abgefragt. Dabei wurde sowohl tatsächlich erhaltene Unterstützung erhoben als auch die Verfügbarkeit von Unterstützungsmöglichkeiten im Bedarfsfall. Auf diese Weise wurde mit dem Fragebogen ein Problem umgangen, welches auftritt, wenn nur nach tatsächlich geleisteter Unterstützung gefragt wird, nämlich dass Personen, die mangels Bedarf weniger geleistete Unterstützung nennen, mangelhaft unterstützt erscheinen (Diewald und Sattler 2010).

Um zu erfassen, ob es sich bei der erhaltenen Unterstützung auch um als notwendig erachtete oder sinnvolle Unterstützung handelte (Diewald und Sattler 2010), wurde zum einen die Bedeutsamkeit verschiedener Unterstützungsmöglichkeiten und zum anderen die Bewertung der Personenzahl erhoben, welche die entsprechende Unterstützung im Bedarfsfall leistet. Um die Bedeutsamkeit verschiedener Unterstützungsmöglichkeiten zu erfassen, bewerteten die Teilnehmer*innen die entsprechenden Möglichkeiten von Unterstützung auf einer Skala

von 1 bis 4, wobei 1 »wichtig« und 4 »unwichtig« bedeutete. Um zu erfassen, wie die Teilnehmer*innen die Anzahl der Kontaktpersonen, von denen sie soziale Unterstützung erhalten, einschätzten, bewerteten sie die Anzahl der angegebenen Personen für verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten auf einer Skala von 1 bis 4, wobei 1 »zu gering« und 4 »zu groß« bedeutete.

2.2.2 Soziodemografische und klinische Merkmale der Teilnehmer*innen und ihrer Eltern

Verschiedene soziodemografische und klinische Merkmale wurden im Rahmen des Projekts CHIMPs durch Projektmitarbeiter*innen erhoben: Der berufliche Status des erkrankten Elternteils wurde mit der deutschen Version des »Client Socioeconomic and Services Receipt Inventory – European Version (CSSRI – EU)« (Roick et al. 2001) mit den Kategorien »berufstätig«, »berentet« oder »arbeitslos« erfasst. Die Diagnose des erkrankten Elternteils und der Behandlungszeitraum wurden über Vorbefunde und ad-hoc Items erfragt.
Aktuelle oder zurückliegende psychische Störungen der befragten Kinder und Jugendlichen wurden mit der deutschen Version des diagnostischen Interviews »Kiddie-Sads Present and Lifetime (K-SADS-PL)« (Kaufman et al. 1997) erfasst. Fragen zur Behandlung der Kinder wurden über ad-hoc Items erfasst. Die Befragung erfolgte mit beiden Eltern oder einem Elternteil und dem teilnehmenden Kind, wenn das Kind mindestens zehn Jahre alt war. Die Diagnostik von Kindern und Jugendlichen erfolgte im Rahmen der CHIMPs-Studie durch Projektmitarbeiter*innen zu vier verschiedenen Befragungszeitpunkten. Da die vorliegende Studie mit den Teilnehmer*innen zu verschiedenen Zeitpunkten im Projektverlauf durchgeführt wurde, wurde im Sinne der Einheitlichkeit für alle Teilnehmer*innen die Diagnose des ersten Befragungszeitpunktes (t0) herangezogen.
Das soziale Funktionsniveau der Kinder wurde mit der »Skala zur Gesamtbeurteilung von Kindern und Jugendlichen (SGKJ)« (Steinhausen 1985) erfasst. Hierbei wurde von einer Mitarbeiterin des Projekts CHIMPs auf einer Skala von 1 bis 100 das aktuelle soziale Funktionsniveau eingeschätzt, wobei 1 »niedriges Funktionsniveau« und 100 »hohes Funktionsniveau« bedeutete. Das soziale Funktionsniveau von Kindern und Jugendlichen wurde im Rahmen der CHIMPs-Studie durch Projektmitarbeiter*innen zu vier verschiedenen Befragungszeitpunkten erfasst. Da die vorliegende Studie mit den Teilnehmer*innen zu verschiedenen Zeitpunkten im Projektverlauf durchgeführt wurde, wurde im Sinne der Einheitlichkeit für alle Teilnehmer*innen das soziale Funktionsniveau des ersten Befragungszeitpunktes (t0) herangezogen.

Über das SONET wurden die Größe des Wohnortes der Teilnehmer*innen, Informationen über die Schulform, Schulabschluss und Besuch einer Hochschule bzw. Absolvierung einer Ausbildung erfasst, sowie Informationen zum Familienstand der Eltern und zum Familienstand der Teilnehmer*innen (letzteres nur mit SONET-J).

Die Datenerhebung mittels SONET wurde von der Autorin durchgeführt und erfolgte im Studienzentrum oder bei den Teilnehmer*innen zu Hause (n = 19), über Videotelefonie mit

einem kostenlosen Instant-Messaging-Dienst (Skype) (n = 7) oder telefonisch (n = 13). Die Befragungen dauerten zwischen 30 und 120 Minuten und im Durchschnitt 57 Minuten. Die Fragebögen zur Erfassung des sozialen Netzwerks für beide Altersgruppen (SONET-K, SONET-J) wurden in je einem Probeinterview getestet, um sicherzugehen, dass die Fragen inhaltlich verständlich sind und die Dauer der Befragung altersentsprechend ist.

2.2.3 Qualitative Erhebung

In einem Abstand von zwei Jahren nach der Erstbefragung erfolgte von Juni 2018 bis Februar 2019 eine qualitative Erhebung (n = 4). Grundlagen für die Auswahl der Teilnehmer*innen waren die Anzahl der belastenden Kontakte, welche die Teilnehmer*innen im Rahmen der Befragung mit dem Fragebogen SONET angegeben hatten sowie das Geschlecht der Teilnehmer*innen. Die Teilnehmer*innen für die Interviews wurden im Sinne der maximalen Variation ausgewählt. Ziel dieser Herangehensweise war es, möglichst unterschiedliche Personen zu befragen und ein breites Spektrum an Antworten zu erhalten. Das erste Interview wurde mit einer Teilnehmerin durchgeführt, welche zum Zeitpunkt der Befragung zu ihrem sozialen Netzwerk als einzige Teilnehmerin keine belastenden Kontakte angegeben hatte.

Im Rahmen der qualitativen Erhebung wurden semistrukturierte Interviews durchgeführt. Bei der Konzeption des Interviewleitfadens wurden zwei Kriterien (Struktur und Offenheit) guter qualitativer Interviewführung (Kruse und Schmieder 2014) berücksichtigt. Aufgrund des Alters der Teilnehmer*innen (ab dem zehnten Lebensjahr) und dem möglicherweise belastenden Gesprächsthema sollte eine begrenzte Befragungszeit sichergestellt sein. Zudem sollten die Ergebnisse der Interviews vergleichbar sein. Andererseits wird bei semistrukturierten Interviews durch eine flexible Gestaltung des Leitfadens die nötige Offenheit erzeugt, um den Teilnehmer*innen Raum für eigene individuelle Erzählung zu geben. Diese flexible Handhabung des Leitfadens bezog sich in dieser Arbeit beispielsweise auf die Reihenfolge der Erzählstimuli sowie auf die Reihenfolge und Anzahl der Nachfragen.

Der Leitfaden wurde auf Grundlage der Ergebnisse aus der Befragung mit dem SONET entwickelt und in verschiedene Abschnitte zu den folgenden Aspekten untergliedert: i) In welchen Situationen wird von welchen Personen Unterstützung geleistet, ii) wie gehen die Teilnehmer*innen mit belastenden Personen in ihrem sozialen Netzwerk um, und iii) wie nehmen die Teilnehmer*innen die Hilfe durch Fachpersonen aus dem psychiatrischen Hilfesystem wahr. Jeder Abschnitt enthielt eine Frage, welche als Erzählimpuls diente sowie eine oder mehrere immanente Nachfragen. Der erste Erzählimpuls wurde bei allen Interviews als erste Frage verwendet *(»Ich würde gerne von dir wissen, wie das für dich war, als es deinem Vater/deiner Mutter nicht gut ging und mit wem du da besonders viel Zeit verbracht hast«*). Nachdem dieser erste Erzählimpuls gesetzt war, wurde der Leitfaden im Interviewverlauf flexibel eingesetzt.

Es wurden zwei verschiedene Varianten des Leitfadens entwickelt, eine für Kinder von 10 bis 12 Jahren (*siehe Anhang: I1*) und eine für Jugendliche von 13 bis 18 Jahren (*siehe Anhang: I2*). Die beiden Varianten des Leitfadens enthielten unterschiedliche Einleitungsexte um altersgerecht zum Interview hinzuführen.

In Anlehnung an Netzwerkkarten, die häufig in qualitativen und ego-zentrierten Interviews eingesetzt werden (Fuhse 2018), wurde bei den Interviews als Unterstützung für die Strukturierung des Gesprächs eine Karte genutzt. Auf dieser wurden die Namen von Personen, welche in der vorangegangenen Befragung mit dem SONET von den Teilnehmer*innen genannt wurden, im Vorfeld des Interviews und im Gesprächsverlauf von der Autorin notiert (*siehe Anhang: I3*). Die genannten Personen wurden dabei den Bereichen »Sportverein«, »Familie«, »Psycholog*in / Psychiater*in«, »Schule«, »Freunde« sowie »Verwandte« zugeordnet. Die Visualisierung der Antworten aus der vorangegangenen Befragung ermöglichte es den Teilnehmer*innen, im Gespräch auf ihre zurückliegenden Angaben aus der vorherigen Befragung Bezug zu nehmen.

Alle Interviews (n = 4) wurden von der Autorin in einem geeigneten Raum der Forschungsabteilung der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg durchgeführt. Die Interviews dauerten zwischen 20 und 40 Minuten und durchschnittlich 29 Minuten. Bei den Interviews waren keine weiteren Personen anwesend. Es erfolgten keine Unterbrechungen oder Störungen während der Interviews.

2.3 Analyse

2.3.1 Quantitative Befragung: Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung

Die Analyse der sozialen Netzwerke wurde mit SPSS (Version 25) für Windows durchgeführt. Die Dateneingabe erfolgte in SPSS in eine Datenbank, in welche alle Daten aus dem SONET Testheft (*siehe Anhang: D1, D2*) und dem Protokollblatt (*siehe Anhang: E1, E2*) aller Teilnehmer*innen eingegeben wurden.

Deskriptive Statistik zu sozialen Netzwerken und sozialer Unterstützung wurde zu den folgenden Variablen durchgeführt (abhängige Variablen): Unterstützende Kontakte, belastende Kontakte, Zufriedenheit mit Kontaktpersonen und soziales Funktionsniveau. Durch Mittelwertvergleiche mittels *t*-Test wurden Unterschiede in den sozialen Netzwerken und der sozialen Unterstützung zwischen Gruppen von Teilnehmer*innen berechnet, welche in Bezug auf die folgenden soziodemografischen und klinischen Merkmale unterschieden wurden (unabhängige Variablen): Geschlecht, Alter, Schulform, Familienstand der Eltern, psychiatrische Diagnose Kind.

Um die Anzahl unterstützender oder belastender Kontakte zu berechnen, wurden alle Personen, welche von den Teilnehmer*innen in Bezug auf verschiedene unterstützende oder belastende Handlungen bzw. Maßnahmen genannt wurden, jeweils in den Kategorien »unterstützend« oder »belastend« summiert. Dafür wurden alle Kontaktpersonen der Kategorien »Vertraute«, »wichtig / bedeutsam«, »Anerkennung«, »besonders mögen«, »verlassen können«, »Erleichterung verschaffen«, »Ratschläge & Hinweise«, »Geld / Dinge ausleihen« und »Arbeit abnehmen« der Kategorie »unterstützend« zugeordnet. Alle Kontaktpersonen der Kategorien »Falschheit«, »Abwertung / Ablehnung«, »Einschränkung«, »Kränken« sowie »Konflikt und Mögen« wurden der Kategorie »belastend« zugeordnet.

Um zu berechnen, welche soziale Unterstützung die Teilnehmer*innen erhalten, wurden alle unterstützenden Maßnahmen summiert, welche die Teilnehmer*innen für jede Kontaktperson angegeben hatten, wobei die Angaben der Teilnehmer*innen zu erwarteter und erhaltener sozialer Unterstützung einbezogen wurden. Um zu berechnen, welche Form sozialer Unterstützung den Teilnehmer*innen wichtig ist, gaben diese bei vier Möglichkeiten sozialer Unterstützung »Erleichterung bei persönlichen Problemen«, »Ratschläge und Hinweise«, »Leihen einer kleinen bis mittleren Geldsumme« (bei Teilnehmer*innen zwischen 13 bis 18 Jahren) bzw. »Ausleihen von Dingen« (bei Teilnehmer*innen zwischen 6 bis 12 Jahren) und »Abnehmen von Arbeiten« an, wie wichtig ihnen die jeweilige Unterstützung ist, wofür sie die Kategorien »sehr wichtig«, »wichtig«, »weniger wichtig« oder »unwichtig« angeben konnten (*siehe Anhang: D1, S. 4 sowie D2, S. 3*). Für die Berechnung belastender Kontakte wurde jedes belastende Verhalten einer jeden angegebenen Kontaktperson summiert.

Um die Anzahl von Freundinnen und Freunden im sozialen Netzwerk zu berechnen, wurden alle Kontaktpersonen summiert, welche als »gute*r Freund*in«, »Freund*in« oder »gute*r Bekannte*r« angegeben waren.

Um die Anzahl von Familienmitgliedern im sozialen Netzwerk zu berechnen, wurden alle Kontaktpersonen summiert, welche als Mutter, Vater, Bruder, Schwester, Verwandte*r oder Partner*in angegeben waren.

Um den Einfluss klinischer oder soziodemografischer Merkmale auf die soziale Unterstützung oder die Struktur der sozialen Netzwerke der Teilnehmer*innen zu berechnen, wurden folgende soziodemografische Angaben berücksichtigt: Das Alter und das Geschlecht der Teilnehmer*innen, die von ihnen besuchte Schulform, der Familienstand der Eltern und die Größe des Wohnortes der Teilnehmer*innen. Als klinische Merkmale wurde die psychiatrische Diagnose von Teilnehmer*innen erfasst.

Für alters- oder geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf unterstützende und belastende Kontakte im sozialen Netzwerk der Teilnehmer*innen wurden die Angaben der Teilnehmer*innen zu erwarteter und erhaltener sozialer Unterstützung einbezogen.

Für die Berechnung belastender Kontakte wurde jedes belastende Verhalten einer jeden angegebenen Kontaktperson der Teilnehmer*innen summiert. Für diese Berechnung wurden Teilnehmer*innen zwischen 6 und 12 Jahren zu der Kategorie »Kinder« zusammengefasst, Teilnehmer*innen zwischen 13 und 18 Jahren der Kategorie »Jugendliche«.

Um mögliche Unterschiede in Bezug auf die von den Teilnehmer*innen besuchte Schulform zu berechnen, wurde die Anzahl unterstützender und belastender Kontakte, das soziale Funktionsniveau und die Zufriedenheit mit den Kontaktpersonen im sozialen Netzwerk zwischen Teilnehmer*innen berechnet, welche das Gymnasium, die Realschule bzw. Gesamtschule oder die Grundschule besuchten.

Um zu berechnen, ob der Familienstand der Eltern Einfluss auf die Gesamtzahl der Netzwerkkontakte oder die Anzahl an unterstützenden oder belastenden Kontakten hat, wurde die Variable »Familienstand der Eltern« in die Variablen »zusammenlebend« und »allein lebend« umcodiert. Alle Eltern, die ledig, in einer Lebensgemeinschaft lebend oder verheiratet sind, wurden der Variable »zusammenlebend« zugeordnet, während Eltern, die getrennt oder geschieden sind oder bei denen der Partner verstorben ist, der Variable »allein lebend« zugeordnet wurden.

Aufgrund der geringen Fallzahl (n = 39) wurde keine Regressionsanalyse durchgeführt.

2.3.2 Qualitative Erhebung

Auf Grundlage der qualitativen Interviews wurden in einem ersten Schritt Falldarstellungen erstellt. Dafür erfolgte eine längsschnittliche Auswertung der Transkripte. Ziel der Falldarstellungen war eine detaillierte Analyse der Interviews von Teilnehmer*innen in Bezug auf ihre Umgangsweisen mit der Situation eines psychisch erkrankten Elternteils sowie Aspekte sozialer Unterstützung. Unterschiedliche Formen des Umgangs mit der Situation eines psychisch erkrankten Elternteils könnten Hinweise für eine Begründung unterschiedliche Bedarfe sozialer Unterstützung liefern und stellten aus diesem Grund einen Schwerpunkt der Analyse dar.

Darüber hinaus erfolgte in einem zweiten Schritt eine inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz 2016), mit dem Ziel, über die Teilnehmer*innen hinweg Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Bezug auf Umgangsweisen und Aspekte sozialer Unterstützung zu untersuchen. Zunächst erfolgte die initiierende Textarbeit, in der die Transkripte grob strukturiert wurden. Die Entwicklung von Hauptkategorien erfolgte deduktiv unter Einbezug der Kategorien aus dem Leitfaden sowie induktiv aus dem Material (Kuckartz 2016). Die Hauptkategorien und am Text vorgenommene Kodierungen wurden für die weiteren Analyseschritte in das Analyseprogramm MAXQDA übertragen. In MAXQDA wurden induktiv Subkategorien aus zugeordneten Textstellen entwickelt. Für alle Subkategorien wurden Definitionen erstellt und Beispiele aus dem Text ergänzt. In

MAXQDA wurde als weiterer Analyseschritt eine Summary Grid und eine Grid-Tabelle erstellt (*siehe Anhang: J*). Diese Tabelle diente als Unterstützung für die querschnittliche Analyse, ob und wenn ja welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede die Teilnehmer*innen in Bezug auf Aspekte der sozialen Unterstützung sowie in Bezug auf die Bewältigung der Situation mit einem psychisch erkrankten Elternteil beschreiben.

2.3.3 Auswertungsgüte

Im Rahmen der Analyse der sozialen Netzwerke wurden Plausibilitätschecks für alle Variablen durchgeführt.

Der Analyseprozess der qualitativen Interviews wurde in einem Forschungstagebuch dokumentiert. Einzelne Arbeitsschritte und Zwischenergebnisse wurden in einer interdisziplinären qualitativen Forschungswerkstatt präsentiert und diskutiert. Direkt nach einem Interview wurden Postskripte angefertigt, um die Gesprächsatmosphäre, den Gesprächsverlauf und besondere Vorkommnisse zu dokumentieren.

3. Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden zu Beginn der Stichprobenumfang sowie soziodemografische und klinische Merkmale der Teilnehmer*innen und ihrer Eltern beschrieben. Darauffolgend werden die Ergebnisse der quantitativen Befragung zum sozialen Netzwerk und Aspekten sozialer Unterstützung sowie zum Einfluss klinischer und soziodemografischer Merkmale auf die soziale Unterstützung und soziale Netzwerke berichtet. Im Anschluss folgt mit den Falldarstellungen und den Ergebnissen der inhaltsanalytischen Auswertung die Beschreibung der Ergebnisse der qualitativen Erhebung.

3.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Studienteilnehmer*innen waren Kinder und Jugendliche mit einem psychisch erkrankten Elternteil, welche vor Beginn dieser Studie an der Multicenterstudie CHIMPs teilgenommen hatten oder zum Befragungszeitpunkt noch teilnahmen.

3.1.1 Stichprobenumfang und Studienorte der Rekrutierung

Für die Befragung zu sozialen Netzwerken wurden 31 Elternteile bzw. Elternpaare zu einer möglichen Studienteilnahme ihrer Kinder angefragt. Von den angefragten Familien wurden 16 Familien an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, elf Familien an der Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und vier Familien an der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Leipzig angefragt. Von den angefragten Elternteilen bzw. Elternpaaren haben 28 einer Teilnahme zugestimmt, zwei Elternteile bzw. Elternpaare lehnten eine Studienteilnahme ihrer Kinder mit Verweis auf deren gesundheitliche Situation ab, und eine weitere Familie konnte nicht mehr erreicht werden (Abbildung 1).

Aus den 28 Familien, welcher einer Teilnahme zu dieser Studie zustimmten, haben 41 Kinder und Jugendliche an der Studie teilgenommen. Eine Teilnehmerin konnte nicht mit in die Auswertung einbezogen werden, da die Familie sich im Laufe der Befragung gegen eine Teilnahme an der CHIMPs-Studie entschieden hatte. Bei einer weiteren Teilnehmerin ist der ausgefüllte Fragebogen (per Post verschickt) nicht bei der Autorin eingetroffen. Die Angaben von 39 Teilnehmer*innen wurden in die Auswertung einbezogen. Bei diesen Teilnehmer*innen handelte es sich um 24 Teilnehmer*innen aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, sieben Teilnehmer*innen der Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und acht Teilnehmer*innen der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Leipzig (nachfolgend bezeichnet als Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs) (Abbildung 1).

Von den Teilnehmer*innen aus der der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm wurden 4 für die Teilnahme an einer zusätzlichen qualitativen Erhebung angefragt. Alle angefragten Teilnehmer*innen haben einer Teilnahme zugestimmt (Abbildung 1).

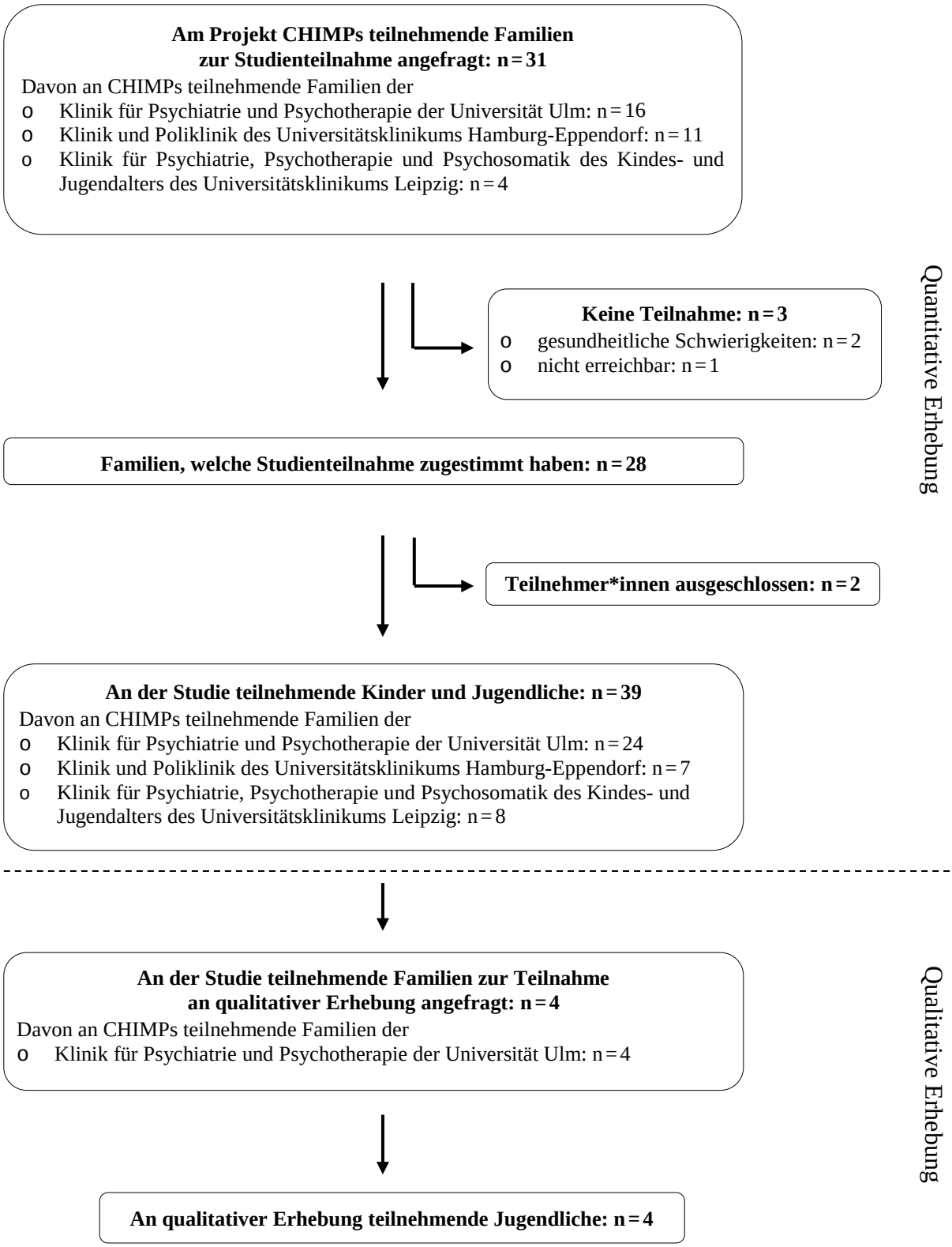


Abbildung 1

Flowchart - Studienteilnehmer*innen; Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis Februar 2019.

3.1.2 Soziodemografische und klinische Merkmale der Studienteilnehmer*innen und ihrer Eltern

Die soziodemografischen und klinischen Merkmale der Teilnehmer*innen und ihrer Eltern sind in Tabelle 3 dargestellt. Von den 39 Teilnehmer*innen waren 59% (n = 23) weiblich. Die weiblichen Teilnehmerinnen waren im Durchschnitt 13,4 (*SD* = 3,7) Jahre und damit etwas älter als die männlichen Teilnehmer mit durchschnittlich 12,1 (*SD* = 2,6) Jahren. Die befragten Kinder und Jugendlichen kamen aus 24 verschiedenen Familien. Bei 11 Familien wurde mehr als ein Kind aus einer Familie befragt.

Von den 39 Teilnehmer*innen gaben 35 die von ihnen besuchte Schulform an. Von diesen besuchten 28,6% (n = 10) die Grundschule, 5,7% (n = 2) die Hauptschule, 5,7% (n = 2) die Sonderschule, 5,7% (n = 2) die Gesamtschule, 22,9% (n = 8) die Realschule und 31,4% (n = 8) das Gymnasium. Von den 39 Teilnehmer*innen hatten sechs bereits einen Schulabschluss. Davon hatten zwei Teilnehmer*innen einen Hauptschulabschluss und vier Teilnehmer*innen die mittlere Reife. Zwei der Teilnehmer*innen absolvierten zur Zeit der Befragung eine Berufsausbildung.

Von allen Teilnehmer*innen haben 33 Teilnehmer*innen Angaben zur Größe ihres Wohnortes gemacht. Von diesen Teilnehmer*innen lebten 56,4% in einem Wohnort mit weniger als 100.000 Einwohnern und 28,2% in einem Wohnort mit mehr als 100.000 Einwohnern.

Von den 39 Teilnehmer*innen hatten 61,5% (n = 24) eine psychiatrische Diagnose. Von den 24 Teilnehmer*innen mit einer psychiatrischen Diagnose waren sieben zum ersten Befragungszeitpunkt in stationärer oder ambulanter psychiatrischer Behandlung. Es gab zwei Teilnehmer*innen, die über das diagnostische Verfahren in der CHIMPs-Studie keine psychiatrische Diagnose erhalten hatten, jedoch ebenfalls in psychiatrischer Behandlung waren.

Entsprechend der Einschlusskriterien der CHIMPs-Studie sowie der vorliegenden Studie hatte mindestens ein Elternteil der Teilnehmer*innen eine psychiatrische Diagnose. Von 35 der insgesamt 38 befragten Kinder und Jugendlichen war die Diagnose des erkrankten Elternteils bekannt. Die Diagnose des erkrankten Elternteils wurde zum ersten Befragungszeitpunkt (t0) der CHIMPs-Studie erfasst. Bei einem Großteil der psychisch erkrankten Eltern wurde als psychiatrische Diagnose eine depressive Erkrankung diagnostiziert (71,4%).

Von 39 Teilnehmer*innen gaben 38 den Familienstand der Eltern an. Von den Eltern waren 7,9% (n = 3) ledig, 57,9% (n = 22) verheiratet, 5,3% (n = 2) getrennt lebend, 26,3% (n = 10) geschieden und 2,6% (n = 1) verwitwet (Tabelle 3).

Tabelle 3

Soziodemografische und klinische Merkmale von psychisch erkrankten Eltern und ihrer Kinder. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis März 2017. #Erhoben an: Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf; Klinik für Allgemeine Psychiatrie des LWL-Klinikums Gütersloh; Klinik für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie des LWL-Klinikums Paderborn; Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Leipzig; Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Vitos Klinik Rheinhöhe; Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm; Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis März 2017.

	n	***M***	***SD***	**%**
Gesamt	39			
Geschlecht				
Männlich	16			41
weiblich	23			59
Alter (Jahre)		12,9	3,2	
männlich		12,1	2,6	
weiblich		13,4	3,7	
Ausbildung	35			
Grundschule	10			28,6
Sonderschule	2			5,7
Hauptschule	2			5,7
Gesamtschule	2			5,7
Realschule	8			22,9
Gymnasium	11			31,4
Berufsausbildung	2			5,7
Familienstand Eltern	38			
ledig	3			7,9
verheiratet	22			57,9
Getrennt lebend	2			5,3
geschieden	10			26,3
verwitwet	1			2,6
Wohnortgröße	33			
<1000	9			23,1
1000 – 100.000	13			33,3
>100.000	11			28,2
Psychiatrische Diagnose/n Kind#	39			
Ja	24			61,5
Nein	15			38,5
Psychiatrische Diagnose/n Elternteil (ICD-10)#	35			
Depression (F32, F33)	25			71,4
Wahnhafte Störungen (F22)	3			8,6
Abhängigkeitssyndrom (F10)	2			5,7
Borderlinestörung (F60)	1			2,9
Persönlichkeitsstörung (F60)	4			11,4

n = Anzahl; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *SE* = Standardfehler des Mittelwerts

3.2 Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung

Im Folgenden werden strukturelle Merkmale der sozialen Netzwerke und Aspekte sozialer Unterstützung beschrieben, insbesondere, wie die Teilnehmer*innen Möglichkeiten von Unterstützung sowie deren Verfügbarkeit in ihrem sozialen Netzwerk bewerteten.

3.2.1 Strukturelle Merkmale der sozialen Netzwerke

Die Teilnehmer*innen gaben durchschnittlich 19,28 Personen ($SD = 6{,}86$) in ihrem sozialen Netzwerk an. Die Anzahl der Personen im sozialen Netzwerk der weiblichen Teilnehmerinnen ($M = 19{,}56$; $SD = 7{,}73$) war nicht signifikant höher als bei den männlichen Teilnehmern ($M = 18{,}87$; $SD = 5{,}59$). Sowohl die männlichen als auch die weiblichen Teilnehmer*innen nannten signifikant mehr gleichgeschlechtliche Personen in ihrem Netzwerk an als Personen anderen Geschlechts (Tabelle 4).

Kontaktpersonen aus den Bereichen »Familie« und »Freunde« machten zusammen sowohl bei weiblichen als auch bei männlichen Teilnehmer*innen den Großteil der Kontakte in den sozialen Netzwerken aus. Die männlichen Teilnehmer gaben mit durchschnittlich 8,62 Familienmitgliedern ($SD = 4{,}91$) und durchschnittlich 7,68 Freundinnen und Freunden ($SD = 3{,}87$) etwas mehr Kontaktpersonen in ihrem sozialen Netzwerk in diesen Bereich an als die weiblichen Teilnehmerinnen (Familie: $M = 7{,}91$; $SD = 3{,}52$; Freunde: $M = 7{,}04$; $SD = 4{,}79$), allerdings waren diese Unterschiede in Bezug auf die Anzahl der Freunde ($t(37) = -0{,}27$, $p = {,}659$) und die Anzahl von Familienmitgliedern ($t(37) = 0{,}44$, $p = {,}601$) zwischen männlichen und weiblichen Befragten nicht signifikant (Tabelle 4).

Sowohl von den weiblichen als auch bei den männlichen Teilnehmer*innen gaben nicht alle einen Kontakt zu Fachpersonal aus dem psychiatrischen Versorgungssystem an (Gesamt: $M = 0{,}74$, $SD = 1{,}06$) (Tabelle 4).

Tabelle 4

Kinder psychisch erkrankter Eltern: Struktur sozialer Netzwerke, differenziert nach Geschlecht (n = 39). Erhebung von Bezugspersonen. [#]»Mutter«, »Vater«, »Bruder«, »Schwester«, »Verwandte*r«, »Partner*in«; [##]»gute*r Freund*in«, »Freund*in«, »gute*r Bekannte*r«. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis März 2017. Berechnung mittels *t*-Test.

Teilnehmer*-innen	**Gesamt (n = 39)**			**Weiblich (n = 23)**			**Männlich (n = 16)**			
	M	*SD*	*SE*	*M*	*SD*	*SE*	*M*	*SD*	*SE*	*p* Diff. (Geschlecht)
KP Gesamt	19,28	6,86	1,09	19,56	7,73	1,6	18,87	5,59	1,39	,762
KP männlich	8,46	4,44	0,71	6,30	4,14	0,86	11,56	2,73	0,68	,000***
KP weiblich	10,82	5,33	0,85	13,26	4,62	0,96	7,31	4,28	1,07	,000***
Familie[#]	8,20	4,10	0,65	7,91	3,52	0,73	8,62	4,91	1,22	,601
Freunde[##]	7,30	4,39	0,70	7,04	4,79	0,99	7,68	3,87	0,96	,659
Fachpersonal des psychiatrischen VS	0,74	1,06	0,17	0,78	1,08	0,22	0,68	1,07	0,26	,604

t-Test; KP = Kontaktpersonen; VS = Versorgungssystem; n = Anzahl; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; Signifikanzniveau $p \leq 0{,}05$

3.2.2 Soziale Unterstützung

Bei der Bewertung unterschiedlicher Unterstützungsmöglichkeiten wurden die beiden Kategorien »Erleichterung bei persönlichen Problemen« (82%) aus dem Bereich der emotionalen Unterstützung sowie »Ratschläge und Hinweise« (61%) aus dem Bereich der informationellen Unterstützung von den Teilnehmer*innen am häufigsten als wichtigste Form von Unterstützung angegeben, die beiden Kategorien »Arbeit abnehmen« (27%) und »Dinge / Geld leihen« (13%) dagegen deutlich seltener (Abbildung 2).

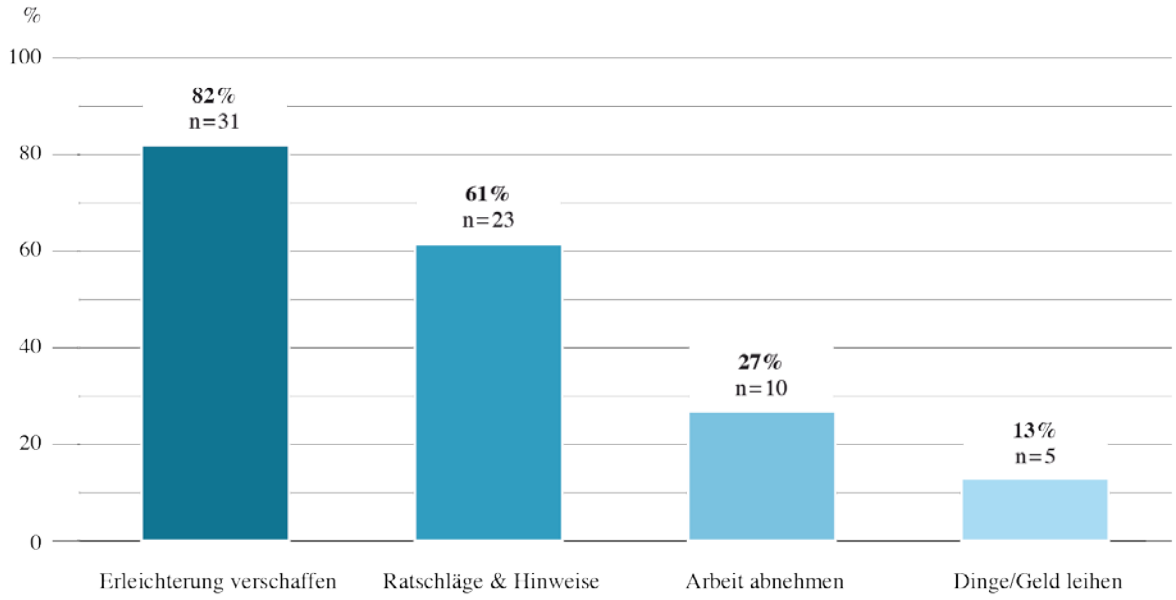


Abbildung 2

Kinder psychisch erkrankter Eltern: Bewertung unterschiedlicher Möglichkeiten von Unterstützung (Kategorie: »sehr wichtig«) (n = 38). Bewertung von Unterstützungsmöglichkeiten, Mehrfachnennung möglich. Angaben gerundet. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis März 2017.

Die Teilnehmer*innen gaben im Folgenden an, wie sie die Anzahl der Personen einschätzten, an die sie sich im Bedarfsfall wenden können, um die verschiedenen Arten von Unterstützung (»Erleichterung bei persönlichen Problemen«, »Ratschläge und Hinweise«, »Arbeit abnehmen«, »Dinge / Geld leihen«) zu erhalten. Für die Kategorie, welche von den meisten Teilnehmer*innen als »sehr wichtig« bewertet wurde (»Erleichterung bei persönlichen Problemen«) gaben 66 % (n = 25) der Teilnehmer*innen an, dass die zur Verfügung stehende Anzahl von Kontaktpersonen in ihrem sozialen Netzwerk genau der gewünschten Anzahl entsprach. Andererseits gaben 29 % (n = 11) der Teilnehmer*innen an, dass die Anzahl der unterstützenden Personen in ihrem sozialen Netzwerk zu gering (13%) oder nur knapp ausreichend (16%) war (Abbildung 3).

Für die Kategorie, welche von den Teilnehmer*innen am zweithäufigsten als »sehr wichtig« bewertet wurde (»Ratschläge und Hinweise«), gaben 61 % (n = 23) der Teilnehmer*innen an, dass die zur Verfügung stehende Anzahl von Kontaktpersonen in ihrem sozialen Netzwerk genau der gewünschten Anzahl entsprach, dagegen bewerteten insgesamt 27 % (n = 10) der Teilnehmer*innen die Anzahl der ihnen in diesem Bereich zur Verfügung stehenden Personen als zu gering (3%) oder knapp ausreichend (24%) (Abbildung 4).

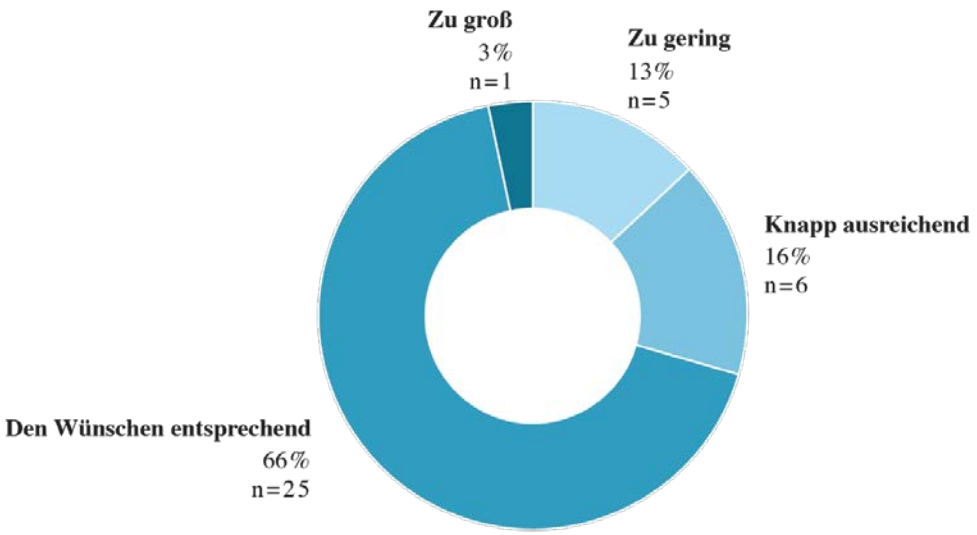


Abbildung 3

Kinder psychisch erkrankter Eltern: Bewertung der Personenzahl der Kategorie »Erleichterung bei persönlichen Problemen«. (n = 37) Skala: 1 »zu gering«, 2 »knapp ausreichend«, 3 »den Wünschen entsprechend«, 4 »zu groß«. Mögliche Abweichungen von 100 % resultieren aus Rundungsdifferenzen. Bewertung von Unterstützungsmöglichkeiten. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis März 2017.

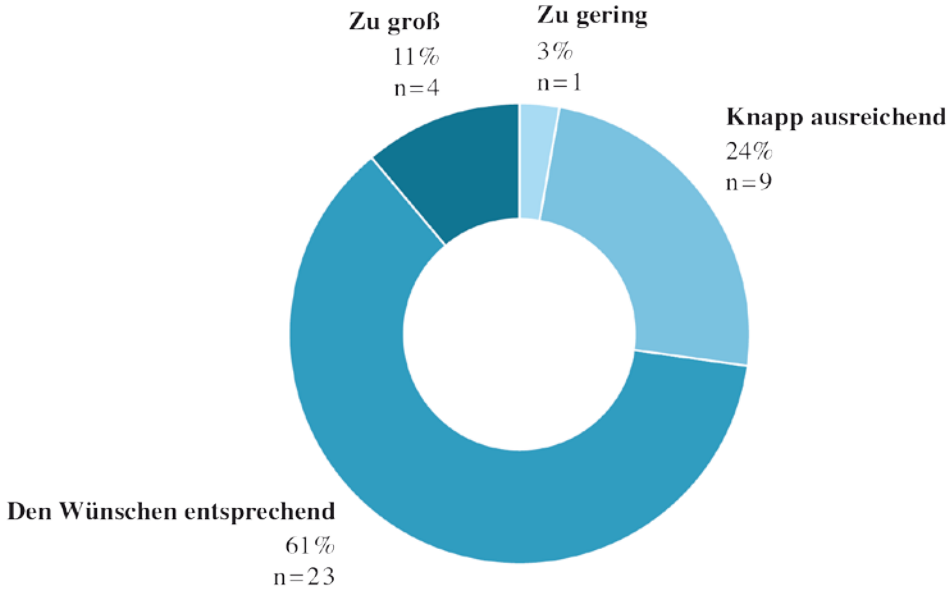


Abbildung 4

Kinder psychisch erkrankter Eltern: Bewertung der Personenzahl der Kategorie »Ratschläge und Hinweise«. (n = 37). Skala: 1 »zu gering«, 2 »knapp ausreichend«, 3 »den Wünschen entsprechend«, 4 »zu groß«. Mögliche Abweichungen von 100 % resultieren aus Rundungsdifferenzen. Bewertung von Unterstützungsmöglichkeiten. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis März 2017.

3.2.3 Einfluss klinischer und soziodemografischer Merkmale auf die soziale Unterstützung und soziale Netzwerke

*3.2.3.1 Alter und Geschlecht der Studienteilnehmer*innen*

Teilnehmer*innen im Alter von 6 – 12 Jahren (Kinder) gaben durchschnittlich 56,77 (*SD* = 33,68) unterstützende Kontakte und 5,11 (*SD* = 3,98) belastende Kontakte in ihrem sozialen Netzwerk an. Teilnehmer*innen im Alter von 13 – 18 Jahren (Jugendliche) gaben durchschnittlich 72,14 (*SD* = 32,26) unterstützende Kontakte und 6,04 (*SD* = 5,06) belastende Kontakte in ihrem sozialen Netzwerk an. Die sozialen Netzwerke der jugendlichen Teilnehmer*innen bestanden damit durchschnittlich aus einer größeren Anzahl unterstützender Kontakte. Die sozialen Netzwerke der jüngeren Teilnehmer*innen im Alter von 6 – 12 Jahren enthielten dagegen etwas mehr belastende Kontakte. Diese Unterschiede zwischen beiden Gruppen waren sowohl in Bezug auf die Anzahl unterstützender ($t(37) = -1{,}45$, $p = {,}155$) als auch belastender Kontakte ($t(37) = -0{,}63$, $p = {,}530$) nicht signifikant (Tabelle 5).

Sowohl die jüngeren Teilnehmer*innen im Kindesalter von 6 – 12 Jahren als auch im Jugendalter von 13 – 18 Jahren gaben im Mittel die größte Anzahl unterstützender Kontakte in ihrem sozialen Netzwerk in den Kategorien »besonders mögen« (Kinder: *M* = 7,94; *SD* = 5,29; Jugendliche: *M* = 9,95; *SD* = 7,98), »Anerkennung« (Kinder: *M* = 7,88; *SD* = 7,67; Jugendliche: *M* = 8,90; *SD* = 5,51) und »wichtig / bedeutsam« (Kinder: *M* = 7,77; *SD* = 5,95; Jugendliche: *M* = 8,66; *SD* = 5,06) an. In Bezug auf unterstützende Kontakte zeigten sich nur in einer gemessenen Kategorie altersspezifische signifikante Unterschiede zwischen Teilnehmer*innen im Kindes- und Jugendalter: In der Kategorie »Geld / Dinge ausleihen« gaben die Jugendlichen signifikant mehr unterstützende Kontakte an als die jüngeren Befragten im Kindesalter ($t(37) = -2{,}21$, $p = {,}033$) (Tabelle 5).

Sowohl die Teilnehmer*innen im Kindesalter von 6 – 12 Jahren als auch im Jugendalter von 13 – 18 Jahren gaben im Mittel die größte Anzahl belastender Kontakte in ihrem sozialen Netzwerk in den Kategorien »Konflikt und Mögen« (Kinder: *M* = 2,50; *SD* = 2,74; Jugendliche: *M* = 2,28; *SD* = 2,23) an. In Bezug auf belastende Kontakte zeigten sich in keiner Kategorie altersspezifische signifikante Unterschiede zwischen Teilnehmer*innen im Kindes- und Jugendalter (Tabelle 5).

Tabelle 5

Kinder psychisch erkrankter Eltern: Anzahl unterstützender und belastender Kontakte, differenziert nach Alter. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis März 2017. Berechnung mittels *t*-Test.

Teilnehmer*innen	**6 – 12 Jahre (n = 18)**			**13 – 18 Jahre (n = 21)**			
	M	*SD*	*SE*	*M*	*SD*	*SE*	*p*-Wert
Unterstützende Kontakte gesamt	56,77	33,68	7,93	72,14	32,26	7,04	,155
Vertraute	6,50	5,27	1,24	7,14	4,05	0,88	,670
Wichtig / bedeutsam	7,77	5,95	1,40	8,66	5,06	1,10	,617
Anerkennung	7,88	7,67	1,80	8,90	5,51	1,20	,634
Besonders mögen	7,94	5,29	1,24	9,95	7,98	1,74	,370
Verlassen können	5,72	3,15	0,74	7,80	3,77	0,82	,072
Arbeit abnehmen	4,27	4,88	1,15	7,14	3,97	0,86	,051
Geld / Dinge leihen	4,27	4,49	1,05	8,04	5,91	1,29	,033*
Ratschläge & Hinweise	6,05	4,10	0,96	7,61	5,24	1,14	,313
Erleichterung verschaffen	6,33	3,64	0,85	6,85	3,63	0,79	,657
Belastende Kontakte gesamt	5,11	3,98	0,93	6,04	5,06	1,10	,530
Falschheit	0,77	0,87	0,20	1,09	1,33	0,29	,396
Abwertung / Ablehnung	0,61	0,69	0,16	1,00	1,51	0,33	,324
Einschränkung	0,44	0,98	0,23	0,76	1,13	0,24	,361
Kränken	0,77	1,00	0,23	0,90	1,37	0,30	,747
Konflikt & Mögen	2,50	2,74	0,64	2,28	2,23	0,48	,790

t-Test; n = Anzahl; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *SE* = Standardfehler des Mittelwerts; Signifikanzniveau $p \leq 0{,}05$

Die sozialen Netzwerke der weiblichen Teilnehmerinnen bestanden im Mittel aus einer geringeren Anzahl unterstützender Kontakte und einer etwas größeren Anzahl belastender Kontakte als die sozialen Netzwerke der männlichen Teilnehmer. Weibliche Teilnehmerinnen gaben im Mittel 64,39 (SD = 34,90) unterstützende Kontakte und 6,21 (SD = 4,64) belastende Kontakte in ihrem sozialen Netzwerk an. Männliche Teilnehmer gaben im Mittel 66,00 (SD = 32,22) unterstützende Kontakte und 4,75 (SD = 4,44) belastende Kontakte in ihrem sozialen Netzwerk an. Diese Unterschiede zwischen beiden Gruppen waren sowohl in Bezug auf die Anzahl unterstützender ($t(37) = -0{,}14$, $p = ,885$) als auch belastender Kontakte ($t(37) = 0{,}98$, $p = ,330$) nicht signifikant (Tabelle 6).

Sowohl die weiblichen als auch die männlichen Teilnehmer*innen gaben im Mittel die größte Anzahl unterstützender Kontakte in den Kategorien »besonders mögen« (weiblich: M = 9,73; SD = 7,79; männlich: M = 8,00; SD = 5,32), »wichtig / bedeutsam« (weiblich: M = 8,30; SD = 5,27; männlich: M = 8,18; SD = 5,83) und »Anerkennung« (weiblich: M = 8,00; SD = 6,29; männlich: M = 9,06; SD = 7,00) an. Es zeigten sich bei den Kategorien für unterstützende Kontakte keine signifikanten Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Teilnehmer*innen (Tabelle 6).

Die weiblichen Teilnehmerinnen gaben im Mittel die größte Anzahl belastender Kontakte in den Kategorien »Konflikt und Mögen« (M = 2,26; SD = 2,22) und »Falschheit« (M = 1,34; SD = 1,30) an. Die männlichen Teilnehmer gaben im Mittel die größte Anzahl belastender Kontakte in ihrem sozialen Netzwerk in den Kategorien »Konflikt und Mögen« (M = 2,56; SD = 2,82) und »Abwertung / Ablehnung« (M = 0,81; SD = 1,04) an. Unter den gemessenen Kategorien belastender Kontakte zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den weiblichen und den männlichen Teilnehmer*innen in Bezug auf die Kategorie »Falschheit«. Hier gaben weibliche Teilnehmerinnen signifikant mehr belastende Kontakte an als die männlichen Teilnehmer ($t(37) = 2{,}84$, $p = ,007$) (Tabelle 6).

Tabelle 6

Kinder psychisch erkrankter Eltern: Anzahl unterstützender und belastender Kontakte, differenziert nach Geschlecht. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis März 2017. Berechnung mittels *t*-Test.

Teilnehmer*innen	**Weiblich (n = 23)**			**Männlich (n = 16)**			
	M	*SD*	*SE*	*M*	*SD*	*SE*	*p*-Wert
Unterstützende Kontakte gesamt[#]	64,39	34,90	7,27	66,00	32,22	8,05	,885
Vertraute	6,47	5,15	1,07	7,37	3,75	0,93	,557
Wichtig / bedeutsam	8,30	5,27	1,10	8,18	5,83	1,45	,948
Anerkennung	8,00	6,29	1,31	9,06	7,00	1,75	,624
Besonders mögen	9,73	7,79	1,62	8,00	5,32	1,33	,444
Verlassen können	7,13	3,64	0,76	6,43	3,65	0,91	,563
Arbeit abnehmen	5,69	4,09	0,85	6,00	5,36	1,34	,842
Geld / Dinge leihen	6,00	5,91	1,23	6,75	5,19	1,29	,685
Ratschläge & Hinweise	6,56	5,06	1,05	7,37	4,41	1,10	,842
Erleichterung verschaffen	6,47	3,46	0,72	6,81	3,90	0,97	,780
Belastende Kontakte gesamt[##]	6,21	4,64	0,96	4,75	4,44	1,11	,330
Falschheit	1,34	1,30	0,27	0,37	0,50	0,12	,007*
Abwertung / Ablehnung	0,82	1,33	0,27	0,81	1,04	0,26	,973
Einschränkung	0,69	1,06	0,22	0,50	1,09	0,27	,580
Kränken	1,08	1,37	0,28	0,50	0,81	0,20	,136
Konflikt & Mögen	2,26	2,22	0,46	2,56	2,82	0,70	,711

t-Test; n = Anzahl; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *SE* = Standardfehler des Mittelwerts; Signifikanzniveau $p \leq 0{,}05$

In der vorliegenden Studie wurde keine Kontrollgruppe mit Kindern und Jugendlichen mit psychisch gesunden Eltern erhoben. Aus diesem Grund konnten die Ergebnisse in Bezug auf die Anzahl unterstützender und belastender Kontakte im sozialen Netzwerk nicht mit den Angaben einer selber erhobenen Kontrollgruppe verglichen werden. Deshalb wurde die Anzahl unterstützender und belastender Kontakte im sozialen Netzwerk der Teilnehmer*innen der vorliegenden Studie mit Ergebnissen einer Studie von Nestmann und Kollegen (2008) verglichen, welche die sozialen Netzwerke von Kindern untersuchten, die bei ihren leiblichen Eltern, in einem Heim oder bei Pflegeeltern wohnten (Nestmann et al. 2008).

Von den Teilnehmer*innen der vorliegenden Studie gaben die weiblichen Teilnehmerinnen durchschnittlich etwas mehr belastende Kontakte ($M = 6{,}21$; $SD = 4{,}64$) an als die männlichen Teilnehmer ($M = 4{,}75$; $SD = 4{,}44$). Es zeigte sich, dass die Anzahl der belastenden Kontakte im Mittel sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Teilnehmer*innen der vorliegenden Studie signifikant geringer waren als bei den Teilnehmer*innen der Studie von Nestmann und Kollegen (2008), welche bei ihren leiblichen Eltern lebten (Nestmann et al. 2008). Im Gegensatz dazu gab es keine signifikanten Unterschiede bei der Anzahl der unterstützenden Kontakte zwischen den Teilnehmer*innen der beiden Studien (Tabelle 7).

Tabelle 7

Unterstützende und belastende und Kontakte in sozialen Netzwerken von Kindern und Jugendlichen. Vergleich von sozialen Netzwerken bei Nestmann et al (2008) und Stiawa (2021), differenziert nach Geschlecht. Bei Stiawa (2021):[#]»Vertraute«, »wichtig/bedeutsam«, »Anerkennung«, »besonders mögen«, »verlassen können«, »Erleichterung verschaffen«, »Ratschläge & Hinweise«, »Geld/Dinge ausleihen«, »Arbeit abnehmen«; [##]»Falschheit«, »Abwertung/Ablehnung«, »Einschränkung«, »Kränken«, »Konflikt und Mögen«. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis März 2017

Teilnehmer*innen	**Weiblich**					**Männlich**				
	Nestmann et al (2008) (n = 10)		**Stiawa (2021)** (n = 23)			**Nestmann et al (2008)** (n = 10)		**Stiawa (2021)** (n = 16)		
	M	*SD*	*M*	*SD*	*p*-Wert	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*p*-Wert
Unterstützende Kontakte Gesamt[#]	70,7	25,8	64,39	34,90	,436	70,2	39,3	66,00	32,22	,661
Belastende Kontakte Gesamt[##]	19,1	9,0	6,21	4,64	,000**	12,1	7,0	4,75	4,44	,000**

n = Anzahl; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; Signifikanzniveau $p \leq 0{,}05$

3.2.3.2 Besuchte Schulformen

Von den Teilnehmer*innen besuchten 31,4% (n = 11) das Gymnasium, 28,6% (n = 10) eine Realschule oder Gesamtschule und 28,6% (n = 10) die Grundschule. Die Teilnehmer*innen, welche das Gymnasium besuchten, gaben im Vergleich zu den Teilnehmer*innen der anderen Schulformen durchschnittlich die größte Anzahl an unterstützenden (*M* = 78,54; *SD* = 24,10) und belastenden Kontakten (*M* = 6,36; *SD* = 5,53) in ihrem sozialen Netzwerk an und verfügten durchschnittlich über den höchsten Wert des sozialen Funktionsniveaus (*M* = 79,10; *SD* = 8,72). Teilnehmer*innen, welche die Grundschule besuchten, gaben im Vergleich zu den Teilnehmer*innen der anderen Schulformen im Mittel die geringste Anzahl an unterstützenden Kontakten (*M* = 60,60; *SD* = 38,58) und verfügten durchschnittlich über den geringsten Wert des sozialen Funktionsniveaus (*M* = 71,67; *SD* = 11,84) (Tabelle 8).

Tabelle 8

Kinder psychisch erkrankter Eltern: Anzahl unterstützender und belastender Kontakte, soziales Funktionsniveau und Zufriedenheit mit Kontaktpersonen in Abhängigkeit der besuchten Schulform. [#]ledig, in Lebensgemeinschaft oder verheiratet; [##]»getrennt lebend«, »geschieden«, »verwitwet«. [+]»Vertraute«, »wichtig/bedeutsam«, »Anerkennung«, »besonders mögen«, »verlassen können«, »Erleichterung verschaffen«, »Ratschläge & Hinweise«, »Geld/Dinge ausleihen«, »Arbeit abnehmen«; [++]»Falschheit«, »Abwertung/Ablehnung«, »Einschränkung«, »Kränken«, »Konflikt und Mögen«; [+++]Skala von 1 »sehr erfreulich« bis 4 »unerfreulich«; [†]Skala von 1 »niedriges Funktionsniveau« bis 100 »hohes Funktionsniveau«. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis März 2017.

Teilnehmer*innen	**Gymnasium (n = 11)**			**Realschule und Gesamtschule (n = 10)**			**Grundschule (n = 10)**		
	M	*SD*	*SE*	*M*	*SD*	*SE*	*M*	*SD*	*SE*
Unterstützende Kontakte Gesamt[+]	78,54	24,10	7,26	68,20	38,57	12,19	60,60	38,58	12,20
Belastende Kontakte Gesamt[++]	6,36	5,53	1,66	5,00	4,57	1,44	5,20	3,04	0,96
Zufriedenheit mit Kontakt-personen[+++]	1,65	0,30	0,09	1,54	0,38	0,12	1,63	0,27	0,09
Soziales Funktions-niveau (SGKJ)[†]	79,10	8,72	2,75	76,44	11,06	3,69	71,67	11,84	3,94

n = Anzahl; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *SE* = Standardfehler des Mittelwerts

3.2.3.3 Familienstand der Eltern

Von 38 Teilnehmer*innen lebten 65,8% (n = 25) mit beiden Elternteilen zusammen, 34,2% (n = 13) zusammen mit einem Elternteil. Teilnehmer*innen, welche mit einem Elternteil zusammenlebten, gaben im Vergleich weniger Kontakte in ihrem sozialen Netzwerk an: Teilnehmer*innen mit allein lebenden Eltern gaben mit durchschnittlich 56,23 (*SD* = 20,69) unterstützenden und 4,61 (*SD* = 4,92) belastenden Kontakten weniger belastende Personen in ihrem sozialen Netzwerk an als Teilnehmer*innen, welche mit beiden Elternteilen zusammen lebten. Letztere gaben im Mittel 71,04 (*SD* = 37,70) unterstützende und 6,12 (*SD* = 4,47) belastende Kontaktpersonen in ihrem sozialen Netzwerk an. Allerdings waren diese Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sowohl in Bezug auf unterstützende Kontakte ($t(36) = 1{,}31$, $p = {,}198$) als auch in Bezug auf belastende Kontakte ($t(36) = 0{,}950$, $p = {,}348$) nicht signifikant (Tabelle 9).

Die Teilnehmer*innen getrennt lebender Eltern waren mit ihren Kontakten etwas zufriedener (*M* = 1,60; *SD* = 0,32) als die Teilnehmer*innen, deren Eltern zusammenlebten (*M* = 1,65; *SD* = 0,30). Allerdings waren diese Ergebnisse ebenfalls nicht signifikant ($t(35) = 0{,}456$, $p = {,}651$) (Tabelle 9).

Von 35 Teilnehmer*innen lagen Informationen zum sozialen Funktionsniveau vor. Das soziale Funktionsniveau der 22 Teilnehmer*innen, welche mit beiden Elternteilen zusammenlebten (*M* = 77,09; *SD* = 9,93), war etwas höher als bei den bei 13 Teilnehmer*innen, welche mit einem allein lebenden Elternteil lebten (*M* = 71,85; *SD* = 11,75). Ob die Eltern zusammen- oder alleine lebten, hatte jedoch keinen signifikanten Einfluss auf das soziale Funktionsniveau der Teilnehmer*innen ($t(33) = 1{,}410$, $p = {,}168$) (Tabelle 9).

Tabelle 9

Kinder psychisch erkrankter Eltern: Anzahl unterstützender und belastender Kontakte, soziales Funktionsniveau und Zufriedenheit mit Kontaktpersonen bei allein - und zusammenlebenden Eltern. [#]ledig, in Lebensgemeinschaft oder verheiratet; [##]»getrennt lebend«, »geschieden«, »verwitwet«. [+]»Vertraute«, »wichtig/bedeutsam«, »Anerkennung«, »besonders mögen«, »verlassen können«, »Erleichterung verschaffen«, »Ratschläge & Hinweise«, »Geld/Dinge ausleihen«, »Arbeit abnehmen«; [++]»Falschheit«, »Abwertung/Ablehnung«, »Einschränkung«, »Kränken«, »Konflikt und Mögen«; [+++]Skala von 1 »sehr erfreulich« bis 4 »unerfreulich«; [†]Skala von 1 »niedriges Funktionsniveau« bis 100 »hohes Funktionsniveau«. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis März 2017. Berechnung mittels *t*-Test.

Teilnehmer*innen	**Eltern zusammenlebend[#]**				**Eltern allein lebend[##]**				
	n	*M*	*SD*	*SE*	n	*M*	*SD*	*SE*	*p*-Wert
Unterstützende Kontakte Gesamt[+]	25	71,04	37,70	7,54	13	56,23	20,69	5,73	,198
Belastende Kontakte Gesamt[++]	25	6,12	4,47	0,89	13	4,61	4,92	1,36	,348
Zufriedenheit mit Kontaktpersonen[+++]	25	1,65	0,30	0,06	12	1,60	0,32	0,09	,651
Soziales Funktionsniveau (SGKJ)[†]	22	77,09	9,93	2,11	13	71,85	11,75	3,26	,168

t-Test; n = Anzahl; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *SE* = Standardfehler des Mittelwerts; Signifikanzniveau $p \leq 0{,}05$

*3.2.3.4 Klinische Merkmale von Studienteilnehmer*innen*

Von 39 Teilnehmer*innen hatten 61,5% (n = 24) eine psychiatrische Diagnose. Teilnehmer*innen mit einer psychiatrischen Diagnose gaben im Mittel etwas weniger unterstützende Kontakte ($M = 64{,}54$; $SD = 33{,}15$) und eine etwas höhere Anzahl belastender Kontakte ($M = 6{,}41$; $SD = 4{,}52$) in ihrem sozialen Netzwerk an als Teilnehmer*innen ohne psychiatrische Diagnose (Unterstützende Kontakte: $M = 65{,}86$; $SD = 34{,}95$; belastende Kontakte: $M = 4{,}33$; $SD = 4{,}46$). Eine psychiatrische Diagnose der Teilnehmer*innen hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Anzahl unterstützender ($t(37) = -0{,}119$, $p = ,906$) oder belastender Kontakte ($t(37) = 1{,}405$, $p = ,168$) (Tabelle 10). Von 39 Teilnehmer*innen gaben 38 an,

wie zufrieden sie mit ihren Netzwerkkontakten waren. Die Teilnehmer*innen mit einer psychiatrischen Diagnose (n = 23) (*M* = 1,66; *SD* = 0,31) waren im Vergleich zu den Teilnehmer*innen ohne psychiatrische Diagnose (n = 15) (*M* = 1,61; *SD* = 0,30) nicht signifikant weniger zufrieden mit ihren Netzwerkkontakten (*t*(36) = 0,516, *p* = ,609). Informationen über das soziale Funktionsniveau lagen für 36 von 39 Teilnehmer*innen vor. Das soziale Funktionsniveau von Teilnehmer*innen mit einer psychiatrischen Diagnose (n = 22) war etwas geringer (*M* = 71,32; *SD* = 9,53) als das Funktionsniveau der Teilnehmer ohne psychiatrische Diagnose (*M* = 80,43; *SD* = 10,50). Allerdings waren diese Unterschiede nicht signifikant (*t*(34) = -2,687, *p* = ,011) (Tabelle 10).

Tabelle 10

Kinder psychisch erkrankter Eltern: Anzahl unterstützender und belastender Kontakte, Zufriedenheit mit Kontaktpersonen und soziales Funktionsniveau bei Kindern mit und ohne psychiatrische Diagnose. [#]»Vertraute«, »wichtig/bedeutsam«, »Anerkennung«, »besonders mögen«, »verlassen können«, »Erleichterung verschaffen«, »Ratschläge & Hinweise«, »Geld/Dinge ausleihen«, »Arbeit abnehmen«; [##]»Falschheit«, »Abwertung/Ablehnung«, »Einschränkung«, »Kränken«, »Konflikt und Mögen«; [+]Skala von 1 »sehr erfreulich« bis 4 »unerfreulich«; [†]Skala von 1 »niedriges Funktionsniveau« bis 100 »hohes Funktionsniveau«. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juli 2015 bis März 2017. Berechnung mittels *t*-Test.

Teilnehmer*innen	**Psychiatrische Diagnose**				**Keine psychiatrische Diagnose**				
	n	*M*	*SD*	*SE*	n	*M*	*SD*	*SE*	*p*-Wert
Unterstützende Kontakte gesamt[#]	24	64,54	33,15	6,76	15	65,86	34,95	9,02	,906
Belastende Kontakte gesamt[##]	24	6,41	4,52	0,92	15	4,33	4,46	1,15	,168
Zufriedenheit mit Kontaktpersonen[+]	23	1,66	0,31	0,66	15	1,61	0,30	0,07	,609
Soziales Funktionsniveau (SGKJ)[†]	22	71,32	9,53	2,03	14	80,43	10,50	2,80	,011

t-Test; n = Anzahl; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *SE* = Standardfehler des Mittelwerts; Signifikanzniveau $p \leq 0,05$

3.3 Qualitative Erhebung

Mit vier Teilnehmer*innen[2] wurden im Anschluss an die quantitative Befragung qualitative Interviews durchgeführt. Durch den zeitlichen Abstand zu der Befragung mit dem Fragebogen SONET konnten Einblicke darüber gewonnen werden, wie die Teilnehmer*innen ihre Situation der Erkrankung eines Elternteils im Verlauf wahrgenommen und wie sich ihre sozialen Netzwerke seitdem veränderten hatten.

In einem ersten Schritt wurden Falldarstellungen von den vier Teilnehmer*innen erstellt. In diesen Falldarstellungen wurden die subjektive Bedeutung der sozialen Beziehungen vor dem Hintergrund der Situation eines psychisch erkrankten Elternteils sowie die Strategien der Teilnehmer*innen im Umgang mit der Situation herausgearbeitet. In Bezug auf diese Aspekte werden in einem zweiten Schritt auf Grundlage einer inhaltsanalytischen Auswertung über die Teilnehmer*innen hinweg Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet.

Es wurden zwei männliche und zwei weibliche Teilnehmer*innen befragt, die zwischen 16 und 18 Jahre alt waren. Die qualitativen Interviews wurden ca. zwei Jahre nach der Erhebung der sozialen Netzwerke durchgeführt. Die Teilnehmer*innen lebten zusammen mit beiden Elternteilen in ihrem Elternhaus, wovon ein Elternteil psychisch erkrankt war. Alle Teilnehmer*innen hatten Geschwister, bei zwei von vier Teilnehmer*innen lebten diese zum Zeitpunkt der Befragung ebenfalls noch im elterlichen Haushalt. Alle Teilnehmer*innen lebten in einem Ort mit weniger als 5000 Einwohnern (Tabelle 11).

[2] Alle Namen, welche in den Fallbeschreibungen genannt werden, wurden von der Autorin pseudonymisiert.

Tabelle 11

Kinder psychisch erkrankter Eltern: Soziodemografische und klinische Merkmale, Anzahl belastender und unterstützender Kontakte sowie soziales Funktionsniveau von Teilnehmer*innen der qualitativen Interviews. [+]»Falschheit«, »Abwertung/Ablehnung«, »Einschränkung«, »Kränken«, »Konflikt und Mögen«; [++]»Vertraute«, »wichtig/bedeutsam«, »Anerkennung«, »besonders mögen«, »verlassen können«, »Erleichterung verschaffen«, »Ratschläge & Hinweise«, »Geld/Dinge ausleihen«, »Arbeit abnehmen«; [+]Skala von 1 »sehr erfreulich« bis 4 »unerfreulich«; [†]Skala von 1 »niedriges Funktionsniveau« bis 100 »hohes Funktionsniveau«. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juni 2018 bis Februar 2019.

Teilnehmer*innen	**Antonia**	**Helene**	**Tom**	**Julian**
Alter (Jahre)	16 (Erhebung SONET: 14)	17 (Erhebung SONET: 14)	17 (Erhebung SONET: 15)	18 (Erhebung SONET: 16)
Kernfamilie	2 Eltern, 2 Geschwister	2 Eltern, 2 Geschwister	2 Eltern, 1 Geschwister	2 Eltern, Oma
Psychiatrische Diagnose vorhanden	–	ja	–	–
Erkrankter Elternteil (Diagnose)	Mutter (Wahnhafte Störung, Depression)	Vater (Depression)	Vater (Depression)	Vater (Depression)
Wohnortgröße (Einwohner)	< 5000	< 5000	< 5000	< 5000
Belastende Kontakte gesamt[+]	–	11	6	1
Unterstützende Kontakte gesamt[++]	91	43	82	70
Soziales Funktionsniveau (SGKJ)[†]	78	68	89	85

3.3.1 Falldarstellungen

Auf Grundlage der qualitativen Interviews wurden für alle Teilnehmer*innen Falldarstellungen erstellt. Die Falldarstellungen wurden in Abschnitte untergliedert und folgendermaßen aufgebaut:

Kurzbeschreibung des Teilnehmers/der Teilnehmerin und der Interviewsituation:

Zu Beginn der Falldarstellungen werden die Teilnehmer*innen in diesem Abschnitt jeweils kurz vorgestellt. In dieser kurzen Beschreibung enthalten sind soziodemografische Angaben der Teilnehmer*innen sowie Merkmale, welche für die Auswahl der Teilnehmer*innen für die qualitativen Interviews relevant waren, insbesondere der Wert des sozialen Funktionsniveaus der Teilnehmer*innen und die Anzahl unterstützender und belastender Kontakte, welche die Teilnehmer*innen für ihr soziales Netzwerk angegeben hatten. Zudem wird die Interviewsituation kurz dargestellt.

Familiäre Situation

Dieser Abschnitt folgt in allen Falldarstellungen auf die Kurzbeschreibung der Teilnehmer*innen. An dieser Stelle wird aus Sicht der Teilnehmer*innen die familiäre Situation unter Bezugnahme auf die psychische Erkrankung eines Elternteils beschrieben. Er enthält insbesondere Beschreibungen der Teilnehmer*innen von Familienmitgliedern und/oder verwandten Personen, und ihrer Rolle, welche sie aus Sicht der Teilnehmer*innen in Bezug auf die psychische Erkrankung eines Elternteils einnahmen.

Verhältnis zur psychisch erkrankten Mutter/zum psychisch erkrankten Vater

Dieser Abschnitt folgt in allen Falldarstellungen auf die Beschreibung der familiären Situation. Hier erfolgt eine Übersicht über Beschreibungen von Situationen und Eindrücken, durch die das Verhältnis zum psychisch erkrankten Elternteil aus Sicht der Teilnehmer*innen konkretisiert wird. Die Textabschnitte verdeutlichen zum einen, wie die Teilnehmer*innen die Beziehung zum Befragungszeitpunkt beschrieben und zum anderen, wie sich diese Beziehung zwischen den Teilnehmer*innen und dem erkrankten Elternteil im Krankheitsverlauf veränderte. Zudem enthält dieser Abschnitt Aussagen der Teilnehmer*innen zu ihrem Umgang mit der Situation eines psychisch erkrankten Elternteils.

Freundinnen und Freunde

Dieser Abschnitt enthält Beschreibungen der Teilnehmer*innen in Bezug auf die Rolle, welche die Freundinnen und Freunde in Bezug auf die psychische Erkrankung eines Elternteils aus ihrer Sicht einnahmen. Dabei handelt es sich vor allem um Beschreibungen der Teilnehmer*innen darüber, inwiefern Freundinnen und Freunde ihnen bei der Bewältigung der Situation eines psychisch erkrankten Elternteils geholfen haben. Weiterhin enthält dieser Abschnitt Beschreibungen der Teilnehmer*innen dazu, ob sie sich in Bezug auf die psychische Erkrankung eines Elternteils ihren Freundinnen und Freunden anvertrauten, wie sie diese Entscheidung begründeten und wie sie diese Entscheidung bewerteten.

Zudem enthalten die Falldarstellungen zu Teilnehmer*innen, bei denen dies relevant war, die folgenden Abschnitte:

Bedeutung des professionellen Hilfesystems

Dieser Abschnitt enthält Beschreibungen der Teilnehmer*innen in Bezug auf die Rolle, welche Mitarbeiter*innen des professionellen Hilfesystems in Bezug auf die psychische Erkrankung eines Elternteils aus ihrer Sicht einnahmen.

Umgang mit Konfliktsituationen

Dieser Abschnitt enthält Beschreibungen der Teilnehmer*innen zu ihrem Umgang mit Konfliktsituationen. Die Teilnehmer*innen beschrieben Konfliktsituationen vor allem in Bezug auf ihre Freundinnen und Freunde. Es handelt sich in diesem Abschnitt vor allem um Beschreibungen, die zeigen, wie sich die Teilnehmer*innen in solchen Situationen gegenüber ihren Freundinnen und Freunden positionierten und wie sie entsprechende Situationen bewerteten.

Soziales Umfeld und eigene psychische Erkrankung

Dieser Abschnitt enthält Beschreibungen einer Teilnehmerin in Bezug auf ihre eigene psychische Erkrankung. Hier handelt es sich vor allem um Beschreibungen zu den Auswirkungen der eigenen Erkrankung aus Sicht der Teilnehmerin auf das soziales Umfeld wie ihre Familie und freundschaftliche Kontakte.

In allen Falldarstellungen wurden die zusammenfassenden Beschreibungen durch Zitate der Teilnehmer*innen verdeutlicht und belegt. Die Zitate der Teilnehmer*innen wurden in der Originalsprache transkribiert und in dieser Form auch in dieser Arbeit zitiert.

3.3.1.1 Antonia: *»Ich kann gut damit umgehen jetzt«*

Kurzbeschreibung der Teilnehmerin und der Interviewsituation

Antonia war zum Zeitpunkt des qualitativen Interviews 16 Jahre alt, zum Zeitpunkt der Befragung zu ihrem sozialen Netzwerk war sie 14 Jahre alt. Sie lebte zusammen mit ihren Eltern und zwei jüngeren Geschwistern in einem Haus in einem Dorf mit weniger als 5000 Einwohnern. Ihre Mutter war psychisch erkrankt und zum Befragungszeitpunkt in psychiatrischer Behandlung. Antonias Familie hatte über den Zeitraum eines halben Jahres die Familienintervention im CHIMPs-Projekt erhalten. Antonia hatte zum Zeitpunkt der Befragung zu ihrem sozialen Netzwerk keine psychiatrische Diagnose. In der Befragung hat sie als einzige Teilnehmerin keine belastenden Kontakte angegeben und nannte darüber hinaus eine hohe Anzahl unterstützender Kontakte (91). Ihr soziales Funktionsniveau lag im oberen Drittel (78). Das Interview mit Antonia dauerte 40 Minuten. Trotz des ernsten Themas wirkte Antonia gelöst und auskunftsfreudig und hielt Augenkontakt. Das Gespräch fand in einer entspannten Atmosphäre statt.

Familiäre Situation

Antonia nahm ihr familiäres Umfeld als unterstützend wahr. Die Familienmitglieder verbrachten zu Hause gemeinsame Zeit miteinander. Antonia berichtete von der großen Bedeutung, die ihr Vater für sie hatte, sie bezeichnete ihn als *»wichtige Bezugsperson«*, da er ihr immer zuhörte und gute Ratschläge geben konnte. Er schien ihr großen Halt zu geben und ausschlaggebend dafür zu sein, dass sie trotz der schwierigen Situation mit ihrer Mutter nicht hilflos war. Für Antonia war ihr Vater ein jederzeit zur Verfügung stehender Ansprechpartner bei Sorgen und Problemen, die sie auch in Bezug auf ihre Mutter beschrieb. Er verhielt sich ihr gegenüber zugewandt und begegnete ihr mit einem wertungsfreien Verständnis. Auf diese Weise leistete er emotionale Unterstützung. Antonia beschrieb ihn damit als Gegensatz zu ihrer Mutter, die früher sehr streng mit ihr war und sie auf ihre Fehler hingewiesen hat. Auch ihre Großeltern spielten für Antonia eine wichtige Rolle:

> *»Ich war schon seit meiner Geburt an viel bei meiner Oma und meinem Opa, eigentlich immer, im Prinzip, grad wenn sie [die Eltern, Anm. d. Verf.] beim Arbeiten waren oder halt mal über Nacht nicht da vielleicht, dann waren die bei mir.«* *(Antonia, Z. 78 – 80)*

Im weiteren Interviewverlauf betonte Antonia vor allem die Bedeutung ihrer Großmutter:

> *»Das war halt nicht so wie Eltern, sondern so halt wirklich Oma, so betüdeln, die haben Essen gemacht für mich, wir haben gespielt und so, dass war schon 'ne ganz schöne Zeit so ja.«* *(Antonia, Z. 89 – 91)*

Eine wichtige Rolle spielte auch Antonias Patentante, zu der sie ein enges und vertrauensvolles Verhältnis hatte. Deren *»spezielles«* Verhalten und eigene Vorerfahrungen mit psychischen Problemen macht sie für Antonia zu einem verständnisvollen Gesprächspartner:

> *»Aber mit [Name Patentante] schon auch, weil die hat so was Ähnliches glaub ich. Die ist schon auch so, die will nicht krank werden und ist auch schon auch so Veganer und Vegetarier und ein bisschen speziell, aber ich bin's ja gewohnt im Prinzip.« (Antonia, Z. 266 – 268)*

Verhältnis zur psychisch erkrankten Mutter

Antonia nahm die Erkrankung der Mutter ungefähr im Alter von neun oder zehn Jahren wahr. Sie beschrieb verschiedene Symptome der Erkrankung wie beispielsweise häufiges Händewaschen oder die Vermeidung, etwas Dreckiges anzufassen. Die Mutter ging innerhalb der Familie offen mit ihrer Erkrankung um. Antonia berichtete, dass diese Offenheit ihrer Mutter für ihren eigenen Umgang mit der Erkrankung hilfreich war. Das Verhältnis von Antonia und ihrer Mutter war auch durch Konflikte geprägt. Antonia berichtete, dass sie vor allem früher viele Streitereien mit ihrer Mutter hatte. Als Ursache dafür nannte sie zum einen die strenge Erziehung der Mutter, die sie belastend beschrieb:

> *»Ich glaub, meine Mutter war schon immer so ein bisschen ähm, also sie konnte nicht zugeben, dass sie Fehler macht, und kann sie immer noch nicht. Und deswegen war sie halt oft auch ziemlich streng mit uns. Und hat oft geschimpft,« (Antonia, Z. 42 – 44)*

Zum anderen entstanden Konflikte, wenn Antonias Mutter von ihr das Befolgen von Regeln und Verhaltensweisen einforderte, welche diese im Rahmen ihrer Zwangserkrankung aufstellte:

> *»Und dann war ich halt auch immer mal 'nen bisschen angepisst und ich so ›Mama, ich muss das nicht machen!‹ und sie so ›Doch, musst du!‹ und ich ›OK, gut!‹.« (Antonia, Z. 502 – 504)*

Sie befolgte die Regeln der Mutter in jüngerem Alter häufig *»um meiner Mutter 'nen Gefallen zu tun« (Antonia, Z. 500 – 501)*, erkannte jedoch hier bereits, dass das Verhalten der Mutter ungewöhnlich war.
Dennoch stellten die Regeln der Mutter für Antonia vor allem in jüngerem Alter ein Stückweit Normalität dar. Mit zunehmendem Alter emanzipierte sich Antonia jedoch von ihrer Mutter, indem sie sich schrittweise von den zwanghaften Verhaltensregeln ihrer Mutter abgrenzte und diese im Laufe der Zeit immer weniger befolgte:

> *»Also früher, im Alter von 12, 13 schon noch, jetzt so mit 15, 14, so in dem Alter dann eher weniger. Und jetzt eigentlich nee, nicht mehr.« (Antonia, Z. 535 – 536)*

Mit zunehmendem Alter traf Antonia ihre eigenen Entscheidungen darüber, wie angemessen sie eine Regel findet und ob sie diese umsetzen möchte:

> *»Mach ich auch jetzt noch. Grad Hände waschen danach wenn man Heim kommt. Weil ich find das tatsächlich schon ganz wichtig so.«* *(Antonia, Z. 529 – 530*

Sie vertrat ihre Meinung und fand es selbstverständlich, dass sie darüber entschied, welche der Regeln ihrer Mutter sie berücksichtigte, beispielsweise, ob sich Freundinnen und Freunde auf ihr Bett setzen durften *(»ist ja mein Bett so im Prinzip«* *(Antonia, Z. 175))*. Sie beschrieb weiterhin, dass sie sich auch im Allgemeinen nicht mehr nach den Regeln ihrer Mutter richtete, welche diese aufgrund ihrer Zwangserkrankung formuliert hatte:

> *»Und lass mir jetzt so in dem Sinne auch nichts mehr von ihr sagen im Prinzip. Also von den Sachen wo ich denk, OK, vielleicht ist es doch besser, wenn ich's so mache wie ich das denke, dass es gut ist und nicht so in ihrem Sinne. Und ich glaub, sie weiß auch, dass ich mich nicht mehr so krass beeinflussen lass inzwischen.«*
> *(Antonia, Z. 51 – 55)*

Sie tat dies auch, um ihrer Mutter aufzuzeigen, dass eine Missachtung der Regeln keine schlimmen Konsequenzen hat:

> *»Ich ignorier das eher so'n bisschen, versuch grad eher, da ein bisschen unordentlich zu sein, damit sie es schafft, damit zurecht zu kommen und zu merken, ok, ich werd' jetzt nicht gleich krank wenn ich was anfass' oder so.«* *(Antonia, Z. 483 – 485)*

Indem sie die Zwänge ihrer Mutter bewusst ignorierte, zwang sie diese, sich mit ihrem Verhalten auseinanderzusetzen. Die Konflikte, die sie deswegen ab und zu mit ihrer Mutter hatte, nahm sie in Kauf:

> *»Aber ich lass mir deswegen nicht irgendwie sagen, dass ich irgendwas anderes machen soll, weil ich find' das so richtig, sag ich jetzt mal und ich glaub, auch wenn sie es nicht zugibt, es hilft ihr schon so'n bisschen, es ist besser geworden auf jeden Fall und ja, deswegen.«* *(Antonia, Z. 491 – 494)*

Eine Bestätigung für ihr Verhalten fand Antonia in den Empfehlungen der Therapeutin ihrer Mutter:

> *»Hat auch ihre Therapeutin so gesagt, dass sie drauf achten soll, dass sie nicht immer Hände wäscht wenn sie was angefasst hat oder so.«* *(Antonia, Z. 485 – 486)*

Neben dem therapeutischen Verhalten gegenüber ihrer Mutter nahm sie diese gegenüber anderen Personen in Schutz (*»Und ich sag ›Opa, das ist eigentlich nicht wirklich so […]sie macht das nicht mit Absicht‹« (Antonia, Z. 100 – 102)),* die das Verhalten der Mutter nicht als Symptom einer Erkrankung einordneten:

> *»Der [Opa, Anm. d. Verf.] denkt halt, meine Mutter kann was dafür, dass sie so ist. Also, kann sie ja eigentlich nicht, weil es ist ja 'ne Krankheit.« (Antonia, Z. 95 – 96)*

Ihr Verhältnis zu ihrer Mutter beschrieb Antonia zum Befragungszeitpunkt als freundschaftlich:

> *»Und ist schon wie 'ne gute Freundin geworden jetzt im Prinzip, ja doch.« (Antonia, Z. 55 – 56)*

Antonia schien sich um die Mutter und um eine differenzierte Haltung des mütterlichen Verhaltens zu bemühen. Dementsprechend beschrieb sie das Verhältnis zu ihrer Mutter nicht als typische Mutter-Tochter-Beziehung. Sie konnte jedoch im Alltag Strategien entwickeln, mit den Folgen der Erkrankung der Mutter umzugehen. Das, was ihre Mutter aufgrund der Erkrankung möglicherweise nicht immer leisten konnte, konnte scheinbar vom Vater stets gut kompensiert werden. Sie begegnete ihrer Mutter zum Befragungszeitpunkt als reflektierte, eigenständige Person. Auch das Verhalten ihrer Mutter schien zum Befragungszeitpunkt keine große Belastung mehr für sie darzustellen. Sie beschrieb die Erkrankung der Mutter als Teil ihres Alltags, mit der sie für sich einen guten Umgang gefunden hat:

> *»Also, ich weiß schon, dass sie das so hat, aber wenn man sich dran gewöhnt hat, fällt's auch nicht mehr so auf, ja so, man muss ja so damit leben dann im Prinzip. Man hat's ja jeden Tag vor sich und dann wird das auch ... nicht so, wie das ein Außenstehender sehen würde, gar nicht.« (Antonia, Z. 478 – 481)*

Freundinnen und Freunde

Eine Offenlegung der Erkrankung ihrer Mutter gegenüber Freundinnen und Freunden erfolgte nicht sofort, sondern erst im Laufe der Zeit. Antonia begründete die späte Offenlegung mit fehlendem Vertrauen, dass sie zu einem späteren Zeitpunkt anscheinend einer Freundin entgegen entwickelte:

> *»Ne beste Freundin hab ich erst seit drei Jahren gefunden so im Prinzip.« (Antonia, Z. 116 – 117)*

Antonia beschrieb ihr Dilemma, Verbote der Mutter gegenüber den Freundinnen und Freunden kommunizieren zu müssen, wenn diese bei ihr zu Besuch waren und sich gleichzeitig dafür zu schämen:

> *»Am Anfang war's 'nen bisschen peinlich so, dass sie das nicht durften, weil ich mein ich durft's bei ihnen auch so, aber ich wollt's ihnen nicht verbieten, dass sie das nicht dürfen, aber ich musst's ja im Prinzip machen.« (Antonia, Z. 543 – 545)*

Die Offenlegung der Erkrankung gegenüber Freundinnen und Freunden schien deshalb eine Erleichterung für Antonia zu sein, weil die Freunde dadurch auch über die Regeln im Haus informiert waren. Das Verständnis, welches sie in dieser Situation von Freundinnen und Freunden erfahren hat, beschrieb sie als unterstützend:

> *»Aber ich hatte auch so'n paar Freunde, denen war das dann auch bewusst, bei denen darf ich das nicht machen und dann war's auch nicht mehr so schlimm.« (Antonia, Z. 545 – 546)*

Antonia fühlte sich von ihren Freundinnen und Freunden, die von der Erkrankung wussten, verstanden und im Bedarfsfall gut unterstützt:

> *»Sehr verständnisvoll. Ich mein es ist ja auch klar, die können ja nicht sagen, das ist voll scheiße und so. Aber ich glaub, dass sie schon verstanden haben, was los ist so und dass es halt schon gut ist, wenn sie mich da ein bisschen unterstützen und so wenn es mir grad wegen ihr nicht so gut geht.« (Antonia, Z. 157 – 160)*

Gemeinsame Unternehmungen, beieinander übernachten, Kino und Stadtbummel bedeuteten im Alltag für Antonia Ablenkung und Normalität *(»Was man halt so macht« (Antonia, Z. 166 – 167)).*

<u>*Umgang mit Konfliktsituationen*</u>

Antonias* Freundesnetzwerk war sehr fluid. Seit der Netzwerkbefragung gab es viele Kontaktabbrüche zu ehemaligen Freundinnen und Freunden, dafür waren im Laufe der Zeit neue hinzugekommen. Als Ursache für die wechselnden Freundinnen und Freunde nannte Antonia veränderte Interessen und neue Grüppchenbildungen in der Klasse:

> *»Das hat sich halt so entwickelt ... grad so die Grüppchen innerhalb der Klasse haben sich halt verändert und dann wurde das alles so ein bisschen auseinander und verschieben und dann waren die Interessen so anders.« (Antonia, Z. 189 – 190)*

Antonia beschrieb, wie ihre Freundschaften oft schleichend auseinandergingen, ihr eigenes Verhalten beschrieb sie in solchen Situationen häufig passiv:

> *»Und die ist immer mit denen rumgehangen so und ja, irgendwann war's dann so, dass wir nicht mehr so befreundet waren. Also es gab jetzt nicht so 'nen richtigen Streit oder so, sondern es war einfach so, dass wir irgendwann dann nicht mehr miteinander geredet haben. Im Prinzip.« (Antonia, Z. 236 – 239)*

So konnte Antonia auch keine Gründe dafür nennen, weshalb die Beziehung zu ihrer besten Freundin zum Befragungszeitpunkt schwierig war, sie merkte jedoch, diese ist *»komisch in letzter Zeit« (Z. 369).* Gleichzeitig fiel es ihr schwer, ihre Freundin auf den Konflikt anzusprechen:

> *»Das ist so'n bisschen ein Konflikt, den wir beide jetzt nicht so besprochen haben bis jetzt weil wir können beide nicht über sowas reden eigentlich.« (Antonia, Z. 360 – 362)*

Sie beschrieb sich erneut abwartend in ihrem Verhalten und emotional distanziert gegenüber einem möglichen Ende der Freundschaft:

> *»Mal gucken, wie es sich entwickelt. Und vielleicht werden wir auch drüber reden, was los ist.« (Antonia, Z. 365 – 366)*

Zugleich betonte sie am Ende ihrer Schilderung nochmals die Bedeutung, die diese Freundin für sie hat. Antonia beschrieb sich selber als impulsiv und schnell gereizt, was sie als eine Ursache dafür nannte, dass Streitereien über Kleinigkeiten sich häufig verschärften. Zugleich beschrieb sie Streitereien als *»normal, so unter Freundinnen« (Antonia, Z. 351).*

3.3.1.2 Helene: *»Es war einfach nur Verwirrung«*

Kurzbeschreibung der Teilnehmerin und der Interviewsituation

Helene war zum Zeitpunkt des qualitativen Interviews 17 Jahre alt, zum Zeitpunkt der Befragung zu ihrem sozialen Netzwerk war sie 14 Jahre alt. Sie lebte zusammen mit ihren Eltern und zwei Brüdern in einem Reihenhaus einem Dorf mit weniger als 5000 Einwohnern. Ihr Vater war psychisch erkrankt und zum Zeitpunkt der ersten Befragung in psychiatrischer Behandlung. Auch Helene hatte zum Zeitpunkt der ersten Befragung zu ihrem sozialen Netzwerk mehrere psychiatrische Diagnosen, wegen der sie sich zum Befragungszeitpunkt und der darauffolgenden Zeit ebenfalls in psychiatrischer Behandlung befand. Diese war zum Zeitpunkt des qualitativen Interviews abgeschlossen. Helenes Familie hatte keine Familienintervention im Rahmen des CHIMPs-Projekts erhalten. Im Vergleich zu Antonia gab Helene im Netzwerkinterview nur halb so viele unterstützende Kontakte an (43). Zudem nannte sie zum ersten Befragungszeitpunkt 11 nicht unterstützende Kontakte. Ihr soziales Funktionsniveau war etwas niedriger als das von Antonia (68). Das Interview mit Helene dauerte 32 Minuten. Obwohl Helene im Interview offen auf die Fragen geantwortet hatte, wirkte sie im Gespräch zurückhaltend und vermied die meiste Zeit den Blickkontakt.

Familiäre Situation

Helene berichtete, dass in der Zeit, in der Helenes Vater psychisch erkrankte, in der Familie eine gewisse Sprachlosigkeit herrschte. Alle Familienmitglieder schienen eher nebeneinander her zu leben als miteinander *(»einfach nur dieses Koexistieren« (Helene, Z. 193 – 194))*, über Persönliches wurde wenig gesprochen:

> *»Das wir über die Probleme des Einzelnen geredet haben. Also wenn's mir nicht gut ging, dann hab ich ja mit denen eigentlich gar nicht geredet und bin denen aus'm Weg gegangen.« (Helene, Z. 364 – 365)*

So wurde auch die psychische Erkrankung des Vaters in der Familie zunächst nicht thematisiert und erst später im Erkrankungsverlauf gegenüber den Kindern offengelegt. Dennoch bemerkte Helene die Anspannung, welche zu dieser Zeit innerhalb der Familie herrschte und für die sie zu diesem Zeitpunkt noch keine Erklärung hatte:

> *»Also jetzt so allgemein also in der Familie war da schon so 'ne Art Anspannung irgendwie glaub ich und vieles war halt anders, ich hab die Sachen nicht verstanden und man hat's mir halt irgendwie erst später erklärt, was da genau jetzt los war, ich dachte einfach nur, er hätte jetzt irgendwie was körperliches. Und von dem her wusst' ich davon eigentlich recht spät, glaub ein halbes Jahr später.« (Helene, Z. 25 – 29)*

Die Eltern begründeten die psychische Erkrankung des Vaters mit einer zu hohen Arbeitsbelastung. Die Diagnose Depression wurde Helene von ihren Eltern scheinbar zunächst nicht genannt:

> *»Nur so grob, also ... dass es halt für ihn 'ne schwere Zeit war und dass er halt immer sehr viel gearbeitet und da die Verhältnisse für ihn nicht wirklich gut waren und dass es dann einfach zu viel für ihn war und er deshalb jetzt so 'ne Art Pause braucht oder so, aber mehr war da auch nicht so, das Thema Depression oder so wurde da nicht wirklich angesprochen.« (Helene, Z. 59 – 62)*

Helene hatte damals keine genaue Vorstellung von psychischen Erkrankungen. Dass ihr Vater aufgrund einer psychischen Problematik nicht arbeitsfähig ist, war für sie zum damaligen Zeitpunkt nicht nachvollziehbar. Stattdessen erklärte sie sich die Erkrankung ihres Vaters zunächst als körperliche Erkrankung:

> *»Ich glaub es war einfach nur Verwirrung, weil ich keinen wirklichen Plan hatte, was das genau jetzt ist, ich dachte einfach, ja weiß nicht, es wär irgendwie was körperliches, aber dass es ihm halt nicht gut geht und er deshalb nicht arbeiten konnte, das war für mich so ›Hä? Warum?‹ Hab ich nicht verstanden.« (Helene, Z. 42 – 45)*

Die Erkrankung des Vaters war für die Familie scheinbar eine hohe Belastung:

> *»Der [Vater, Anm. d. Verf.] war einfach wie so'n Brocken in der Familie find ich (lacht leicht). Ja.« (Helene, Z. 196 – 197)*

Helene beschrieb es vor allem für die Mutter als sehr belastend, dass sie und ihr Vater zu einem ähnlichen Zeitpunkt psychisch erkrankten. Sie beschrieb teilnahmsvoll die Gefühle ihrer Mutter am Beispiel des Tages, an dem sie von ihren Eltern in eine psychiatrische Klinik gefahren wurde.

Das Verhältnis zwischen Helene und ihren Eltern hatte sich im Laufe der Zeit gewandelt. Zum Befragungszeitpunkt beschrieb Helene die Beziehung zu ihren Eltern als sehr offen und freundschaftlich:

> *»Dass mein Verhältnis zu meinen Eltern richtig gut ist im Vergleich zu anderen, also jetzt waren wir auch auf Studienfahrt und dann hab ich zum Beispiel einmal eben bei meinen Eltern angerufen und mit denen geredet und da saß noch jemand im Zimmer und der war am Ende eben total verwundert wie offen wir miteinander reden können und dass die sich auch für mich interessieren und ich mich auch für deren Probleme und so, ja.« (Helene, Z. 356 – 361)*

Zudem schienen Helenes Eltern eine wichtige Ressource bei der Bewältigung ihrer eigenen psychischen Erkrankung gewesen zu sein:

> *»Was ich alles erreicht habe in der Zeit und auch eben durch deren Unterstützung.« (Helene, Z. 367)*

Verhältnis zum psychisch erkrankten Vater

Helene und ihr Vater hatten scheinbar in der Zeit, zu der er erkrankte, ein distanziertes Verhältnis zueinander. Entsprechend unbeteiligt beschrieb sie ihre eigene Reaktion, als sie von seiner Erkrankung erfuhr:

> *»Von dem her hab ich's halt einfach akzeptiert und dachte, ja OK, isses halt so.« (Helene, Z. 46 – 47)*

Sie beschrieb ihren Vater zur Zeit der Erkrankung nur aus ihrer Perspektive, ging jedoch nicht darauf ein, wie es ihrem Vater zu der Zeit der Erkrankung aus seiner Sicht ging. Weil der Vater aufgrund der psychischen Erkrankung viel mehr Zeit zu Hause verbrachte als zuvor, verbesserte sich das Verhältnis zwischen Helene und ihrem Vater:

> *»Ich hatte mehr Kontakt mit ihm. Weil, er war ja jetzt da, also normal war er ja immer auf Montage und dann war er eben am Wochenende da. Und dann war er da, weil er eben nicht mehr arbeiten konnte, Therapie und so was hatte, hatte ich mehr Kontakt mit ihm und weiß nicht, bin ihm irgendwie näher gekommen denk ich in der Zeit. Weil ja sonst war er nur am Wochenende da und dann war er die ganze Woche über da!« (Helene, Z. 50 – 54)*

Bedeutung des professionellen Hilfesystems

Helene war wegen eigener psychischer Probleme in therapeutischer Behandlung. Sie beschrieb reflektiert die unterschiedliche Herangehensweisen der Therapeutinnen und den

jeweiligen (auch ausbleibenden) Therapieerfolg. Die Sprachlosigkeit, die in der Familie herrschte, wurde maßgeblich mit Hilfe einer gemeinsamen Familientherapie aufgebrochen:

> *»Und dann haben wir da sehr offen geredet und weiß nicht, ab da hab ich meiner Mutter allgemein mehr über mich und also meine Freunde und sowas erzählt.« (Helene, Z. 371 – 372)*

Im schulischen Kontext war eine Vertrauenslehrerin für Helene die wichtigste Ansprechpartnerin. Ihr vertraute sie Persönliches an, worüber sie mit sonst niemandem sprechen konnte. Sie war auch die erste Person, der gegenüber Helene die Erkrankung des Vaters und ihre eigenen psychischen Probleme offenlegte.

> *»Sie war die erste Person, mit der ich irgendwie richtig geredet hab, weil weiß nicht, die Schule ist ja damals aufmerksam geworden, dass es mir nicht gut ging und so, und dann hat sie mich einfach drauf angesprochen… also ich hab davor mit niemandem drüber geredet und dann haben wir halt einfach… es hat mir halt einfach geholfen, wir haben nicht oft geredet, aber wenn, dann war es halt schon so, weiß nicht, zwei, drei Stunden oder so, das hat mir dann halt einfach geholfen und hat mir wieder so'n bisschen Mut gegeben.« (Helene, Z. 166 – 172)*

Freundinnen und Freunde

Mit Ausnahme der besten Freundin legte Helene die Erkrankung des Vaters gegenüber Freundinnen und Freunden nicht offen. Dass der Vater zu Hause war, begründete Helene stattdessen mit körperlichen Erkrankungen:

> *»Wenn sie dann natürlich bei mir daheim waren und dann sahen, dass er da ist, aber dann hab ich halt gesagt ›irgendwas mit seinem Arm‹ oder so. Also einfach gelogen.« (Helene, Z. 85 – 86)*

Auch in Gesprächen mit der besten Freundin thematisierte Helene die Erkrankung des Vaters sehr selten.

Soziales Umfeld und eigene psychische Erkrankung

Helene bemerkte im Verlauf des Interviews, dass sich ihr Freundesnetzwerk in den letzten Jahren sehr verändert hat. Sie schien davon selber ein wenig überrascht zu sein:

> *»Ich hab mit dem Großteil der Leute gar nicht mehr zu tun fällt mir auf (lacht leicht). Also, fast alle. Boah. Ist richtig krass. So die Leute, die da draufstehen, ich hab absolut nichts mehr mit denen zu tun.« (Helene, Z. 96 – 98)*

Helene begründete die großen Veränderungen in ihrem Netzwerk mit der Umstrukturierung der Schulklasse bzw. Wahlkursen und Umzügen, aber auch Streit mit ehemaligen Freundinnen und Freunden. Als eine Ursache für die Konflikte beschrieb sie dabei auch ihre eigene psychische Erkrankung und ihr eigenes Verhalten, welches sich durch diese verändert hatte. Ihr Verhalten kann schließlich von ihren Freunden nicht mehr nachvollzogen werden:

> *»In der Zeit, in der es mir selber nicht gut ging, ich mich manchmal sehr distanziert hab', weil das, in der Pause bin ich dann einfach weggegangen, weil keine Ahnung, mir ging's echt scheiße und dann bin ich halt, weiß nicht, hab ich irgendwo geheult (lacht leicht) und damit ist sie dann irgendwie gar nicht mehr klar gekommen und meinte dann so, ja, sie ›fühlt sich einfach nur wie ein Lückenfüller und hat darauf keinen Bock mehr‹ und dann hat sich das halt eben so auseinander dann gelebt.«* *(Helene, Z. 117 – 123)*

Eine weitere Freundin brach den Kontakt zu ihr ab, ohne dass eine Aussprache stattgefunden hatte. Helene wusste deshalb zum Befragungszeitpunkt nicht, warum es zum Kontaktabbruch kam:

> *»Keine Ahnung, sie hat sich auf einmal distanziert und wollte dann auf einmal gar keinen Kontakt mehr, ich weiß auch nicht – ich weiß bis heute nicht, warum.«* *(Helene, Z. 123 – 124)*

Retrospektiv beschrieb Helene ihre damaligen Freundinnen, Freunde und Mitschüler*innen als nicht unterstützend. Stattdessen beschrieb sie dessen Verhalten als eine Ursache dafür, dass sie sich zunehmend isoliert und nicht angenommen fühlte:

> *»Es war halt nicht wirklich so'n Verständnis, man hat, man hat irgendwie nicht wirklich – man hat mich sozusagen immer so weggeschoben und meine Probleme nicht wirklich wahrgenommen, sondern einfach immer so gesagt, ja, ›das geht wieder vorüber‹ oder so, aber so drüber geredet so wirklich war da nie. Ja und bezüglich mehrerer Situationen war da eben kein Verständnis, warum ich mich jetzt so verhalte, also warum ich mich dann auf einmal distanziere, sondern das wird dann von denen einfach total persönlich genommen oder sowas und das geht denen dann halt irgendwann mal aufn Keks und so und dann haben die halt irgendwann keine Lust mehr drauf. Also so, weiß nicht, irgendwie Ausdauer mit der Person oder so hatten sie dann auch nicht, sondern waren dann wegen Kleinigkeiten sofort eingeschnappt oder so und das hat mich dann wieder noch schlechter fühlen lassen, wenn die Leute dann einfach, ja mit einem nichts mehr zu tun haben wollen.«* *(Helene, Z. 317 – 327)*

In der Zeit, in der ihre eigene psychische Erkrankung stark ausgeprägt war, hatte Helene keinen engen Kontakt mehr zu anderen Personen außerhalb ihrer Familie:

> *»Ja, auf jeden Fall die und als es mir nicht gut ging – äh ... keine Ahnung. Glaub, da war da niemand, da war ich ... irgendwie alleine.« (Helene, Z. 228 – 229)*

Auch zum Befragungszeitpunkt fiel es Helene schwer, sich anderen Personen im Bedarfsfall anzuvertrauen und Hilfe in Anspruch zu nehmen:

> *»Ich würde sagen, dass ich schon Leute hätte, mit denen ich drüber reden könnte, aber dass das von mir aus irgendwie nicht gehen würde, dass ich mit denen drüber rede, wenn's Probleme gibt.« (Helene, Z. 253 – 255)*

Als eine Konsequenz aus diesen Erfahrungen beschrieb Helene, dass sie ihre Freundinnen und Freunde mittlerweile mit Bedacht sucht:

> *»Ich hab halt gemerkt, dass es wichtiger ist, von welchen Leuten man sich einfach umgibt und zu schauen einfach nicht nur, weiß nicht, so von außen jetzt, die Leute sind cool, mit denen will ich was machen oder so, sondern einfach schauen so, wer die Personen wirklich sind und schauen so, was brauch ich, wen brauch ich, ja.« (Helene, Z. 272 – 275)*

Als Merkmale einer wertvollen Freundschaft beschrieb Helene die Möglichkeit, ernsthafte und tiefergehende Dinge besprechen und sich auch gegenseitig von Problemen berichten zu können. Sie berichtete von zwei Freund*innen, zu denen sie aufgrund eines gemeinsamen Hobbys sowie großer Offenheit zum Befragungszeitpunkt einen sehr engen Kontakt hat.

3.3.1.3 Tom: *»Ich war da gar nicht so involviert drin«*

Kurzbeschreibung des Teilnehmers und der Interviewsituation

Tom war zum Zeitpunkt der Befragung zu seinem sozialen Netzwerk 15 Jahre alt, zum Zeitpunkt des qualitativen Interviews war er 17 Jahre alt. Er lebte zusammen mit seinem jüngeren Bruder und beiden Eltern in einem eigenen Haus in einem Dorf mit weniger als 5000 Einwohnern. Sein Vater war psychisch erkrankt und zum Zeitpunkt der ersten Befragung in psychiatrischer Behandlung. Der Vater war seit 2015 berentet. Toms Familie hatte über den Zeitraum eines halben Jahres die Familienintervention im CHIMPs-Projekt erhalten. Tom selber war zum Befragungszeitraum der ersten Befragung nicht in psychiatrischer Behandlung. Das diagnostische Interview mit Tom ergab, dass er zum Befragungszeitpunkt eine spezifische Phobie hatte, das Elterninterview zu Tom ergab keine Diagnose. Tom nannte 82 unterstützende Kontakte sowie 6 nicht unterstützende Kontakte. Das soziale Funktionsniveau von Tom hatte einen Wert von 89 und lag damit im oberen Drittel. Das Interview mit Tom dauerte 20 Minuten. Das Gespräch fand in einer freundlichen Atmosphäre statt.

Familiäre Situation

Die psychische Erkrankung des Vaters wurde scheinbar innerhalb der Familie nicht thematisiert. Erst durch den Kuraufenthalt des Vaters merkt er, dass irgendetwas mit dem Vater sein muss, jedoch bleibt ihm auch hier der eigentliche Grund dafür zunächst unklar:

> *»Das war so eigentlich neben mir so'n bisschen. Also ich war da gar nicht so involviert drin. Also ich hab dann halt gemerkt, wie er auf die Kur gekommen ist ... aber so wirklich realisiert warum, das hab ich gar nicht, das wurde von mir eigentlich relativ ferngehalten.« (Tom, Z. 16 – 19)*

Tom beschrieb, dass er selbst aktiv nachgefragt hatte, um eine Erklärung für den Kuraufenthalt des Vaters zu bekommen. Eine Diagnose wurde ihm jedoch erst bei einer Familientherapie mitgeteilt, die sich an den Aufenthalt des Vaters in einem psychiatrischen Krankenhaus anschloss. Dennoch nahm Tom im Laufe der Zeit ein verändertes Verhalten des Vaters wahr (*»Er ist immer leichter reizbar geworden« (Tom, Z. 24 – 25)*), welches er jedoch zum damaligen Zeitpunkt nicht mit einer psychischen Erkrankung in Zusammenhang brachte. Die Erkrankung des Vaters führte scheinbar dazu, dass das gemeinsame Familienleben, wie es früher bestand, stark zurückging. Im Gegensatz zu früher, wo es mehr Aktivitäten und Ausflüge mit der Familie gab, unternahm die Familie zum Befragungszeitpunkt weniger zusammen *(»Wir machen jetzt im Gegensatz zu früher ganz wenig« (Tom, Z. 227)*). Obwohl Tom manchmal diese gemeinsame Zeit fehlt, schien er sich mit dieser Situation abgefunden zu haben:

> *»Manchmal fehlt's mir schon, aber ich hab mich irgendwie dran gewöhnt jetzt so'n bisschen.« (Tom, Z. 232 – 233)*

Insgesamt beschrieb Tom ein sehr kleines familiäres Netzwerk mit vier Mitgliedern der Kernfamilie und einer Tante, die für ihn ebenfalls eine wichtige Bezugsperson darstellte. Als wichtigste Bezugsperson innerhalb der Kernfamilie beschrieb Tom seine Mutter (*»Weil ich alles mit ihr bereden kann«* *(Tom, Z. 286 – 287)*), zu der er früher wie auch heute ein gutes Verhältnis hatte, wenngleich das Thema der psychischen Erkrankung des Vaters für Spannungen sorgte und auch die Mutter nicht so gerne über das Thema sprach. Tom beschrieb, dass die Mutter durch das schlechte Verhältnis zwischen Vater und Sohn belastet war (*»die leidet da glaub ich richtig drunter«* *(Tom, Z. 202)*) und sich bemühte, dieses zu verbessern, während Tom sich mit der Situation zum Befragungszeitpunkt arrangiert hatte:

> *»Aber das hat sich auch so eingespielt jetzt irgendwie, deswegen, ja.«*
> *(Tom, Z. 206 – 207)*

Tom vermied scheinbar die aktive Auseinandersetzung mit seinen Eltern, und entzog sich ihrem von ihm als kontrollierend und stressig empfundenem Verhalten, indem er wenig Zeit zu Hause verbrachte.

Eine weitere wichtige Bezugsperson für Tom war seine Tante. Sie bot ihm Abwechslung und ermöglichte ihm, aus seinem Elternhaus herauszukommen. Er beschrieb sie als eine Mischung aus Mutter und Freundin. Weil er mit ihr offen reden konnte und sie häufig gemeinsame Einkaufstouren unternahmen, beschrieb er sie in verschiedenen Bereichen als unterstützend.

Verhältnis zum psychisch erkrankten Vater

Tom beschrieb, dass er vor Erkrankungsbeginn ein gutes Verhältnis zu seinem Vater hatte. Mit der Erkrankung des Vaters verschlechterte sich die Beziehung zwischen ihm und seinem Vater:

> *»Seit er das dann hatte ist es halt ’nen bissel auseinandergegangen.«* *(Tom, Z. 212)*

Dass ihr Verhältnis seit Beginn der Erkrankung schlechter geworden ist, begründete Tom zum einen mit dem Verhalten des Vaters. Er nahm den Vater als stark mit sich selbst und seiner Erkrankung beschäftigt wahr. Diese Fokussierung auf die eigene Person beschrieb Tom als Ursache dafür, dass der Vater keine Zeit für die Anliegen und Sichtweisen anderer aufbringen konnte:

> *»Hat er dann keine Zeit, jemand anderen zu verstehen warum er sich jetzt angegriffen fühlt oder so vielleicht.«* *(Tom, Z. 199 – 200)*

Zum anderen beschrieb er sein eigenes Verhalten als konfliktfördernd und gab sich damit eine Mitschuld an der Situation:

> *»Weil ich dann in der Pubertät war und dann relativ stur war und halt gemacht hab was ich will.« (Tom, Z. 213 – 214)*

Tom erzählte sehr distanziert und sachlich von der Diagnose des Vaters und seiner schlechter werdenden Beziehung zu ihm. Während des Interviews ging er nicht auf die Situation seines Vaters ein oder wie dieser seine Situation und die Erkrankung wahrgenommen hatte. Zwischen ihm und seinem Vater und Sohn schien es zum Befragungszeitpunkt wenig Kontakt zu geben:

> *»Also was man halt so bereden muss in Anführungszeichen ... aber so normalerweise.« (Tom, Z. 205 – 206)*

Zum Zeitpunkt der Befragung schien sich Tom mit der Situation abgefunden zu haben. Er wollte das Thema innerhalb der Familie belassen und hatte kein Interesse, es in seiner Freizeit außerhalb der Familie zu thematisieren.

Freundinnen und Freunde

Freundinnen und Freunde sind für Tom eine wichtige Ressource im Umgang mit der Erkrankung seines Vaters, insbesondere, weil er mit ihnen viel unternehmen konnte und sie ihm auf diese Weise Ablenkung boten. Eine Offenlegung der psychischen Erkrankung des Vaters erfolgte nur gegenüber der besten Freundin, weil er nur zu ihr das nötige Vertrauen hatte. Andere Freundinnen und Freunde waren über die schlechte Beziehung zum Vater informiert, kannten jedoch den Grund für das schwierige Verhältnis nicht. Tom beschrieb, dass es ihm vielleicht geholfen hätte, offener mit Freundinnen und Freunden über die Erkrankung des Vaters zu reden. Insgesamt schien die psychische Erkrankung seines Vaters für Tom außerhalb der Familie jedoch keine große Bedeutung zu haben:

> *»Also in meiner Freizeit hat mich das auch gar nicht so interessiert« (Tom, Z. 76 – 77)*

Im Laufe der Zeit schien Tom seine Freundinnen und Freunde und seine Familie zunehmend zu trennen, so nahm er Freunde im Laufe der Zeit nicht mehr mit nach Hause, stattdessen trafen sie sich woanders. Tom begründete dies damit, dass er auf Grund seiner Unordnung lieber zu anderen gegangen ist, wobei er bei seiner Begründung vage blieb:

> *»Dann so mit der Zeit bin ich immer unordentlicher geworden, das war wohl so 'ne Phase, vermutlich liegt's daran.« (Tom, Z. 94 – 95)*

Er schloss als eine weitere Begründung an, seinen Eltern aus dem Weg gehen zu wollen, statt sich ihnen gegenüber erklären zu müssen:

> *»Weil meine Eltern halt relativ stressig waren und dann war's halt einfacher zu gehen als – dann kamen immer so Fragen ›Wer ist da?‹, ja und so.«* *(Tom, Z. 96 – 97)*

Da Tom zum Befragungszeitpunkt zeitweilig in einem Internat wohnte, kamen dort neue Freundinnen und Freunde zu seinem Netzwerk dazu, mit denen er aber trotz der weiteren Entfernung regelmäßig etwas gemeinsam unternahm. Gemeinsame Unternehmungen, Städtereisen und Einkaufstouren boten ihm Ablenkung und sorgten für Normalität.

Bedeutung des professionellen Hilfesystems

Die Familie hatte ein halbes Jahr lang an der CHIMPs-Intervention teilgenommen. Im Rahmen dieser Beratung wurden der Familie Einzelgespräche und Familiengespräche angeboten. Im Rahmen der Beratung erfuhr Tom auch von der Diagnose seines Vaters:

> *»Das hab ich dann erst bei dem Familientherapie-Ding da so wirklich mitbekommen.«* *(Tom, Z. 32 – 33)*

In der Therapie wurden der Familie Möglichkeiten vermittelt, um mehr miteinander ins Gespräch zu kommen. Tom beschrieb den Umgang der Familienmitglieder während der Familientherapie jedoch als wenig konstruktiv:

> *»Also da hat man sich dann so mehr angezickt als dass es was gebracht hätte, ja.«* *(Tom, Z. 126 – 127)*

Auch die Umsetzung der Vorschläge des Therapeuten, die Kommunikation und das Verständnis füreinander innerhalb der Familie zu fördern, scheiterte:

> *»Also dass hat das jetzt nicht wirklich beeinflusst, das war dann zwei Tage besser, aber wirklich gebracht hat das nix.«* *(Tom, Z. 132 – 133)*

Als Grund für das Scheitern der Beratung nannte Tom die Einstellung der einzelnen Familienmitglieder und die fehlende Offenheit für die Meinung anderer innerhalb seiner Familie:

> *»Aber dann war jeder so trotzig, sag ich mal, so stur, dass er da nicht auf den anderen hören wollte, dass nur die eigene Meinung gezählt hat.«* *(Tom, Z. 136 – 138)*

3.3.1.4 Julian: *»Man hat halt nicht so gewusst, wie man mit ihm sprechen soll«*

Kurzbeschreibung des Teilnehmers und der Interviewsituation

Julian war zum Zeitpunkt der Befragung zu seinem sozialen Netzwerk 16 Jahre alt, zum Zeitpunkt des qualitativen Interviews war er 18 Jahre alt. Er lebte zusammen mit seinen Eltern und seiner Großmutter in einem eigenen Haus in einem Dorf mit weniger als 5000 Einwohnern. Seine Schwestern waren in den letzten Jahren zu Hause ausgezogen. Sein Vater war psychisch erkrankt und zum Zeitpunkt der ersten Befragung in psychiatrischer Behandlung. Julian selbst war zum Befragungszeitraum der ersten Befragung nicht in psychiatrischer Behandlung. Die Familie hatte keine Familienintervention im Rahmen des CHIMPs-Projekts erhalten. Julian nannte 70 unterstützende Kontakte sowie einen Freund, mit dem er öfter auch Konflikte hatte. Das soziale Funktionsniveau von Julian betrug 85 und lag damit im oberen Drittel. Das Interview mit Julian dauerte 25 Minuten. Das Gespräch fand in einer offenen, vertrauensvollen Atmosphäre statt. Am Ende des Interviews fragte Julian nach Ratschlägen für den Umgang mit seinem Vater.

Familiäre Situation

Als Julians Vater erkrankte, war seine Mutter innerhalb der Familie seine Hauptbezugsperson. An sie konnte Julian sich wenden, wenn er Streit mit dem Vater hatte:

> *»Meiner Mama hab ich auch alles erzählen können und sie hat's auch nicht gleich alles weitererzählt und so und ja, war eigentlich auch ein ziemlich gutes Verhältnis, so, ja.« (Julian, Z. 155 – 156)*

Die Erkrankung des Vaters machte es für Julian scheinbar schwierig, mit ihm zu reden:

> *»Man hat halt nicht so gewusst, wie man mit ihm sprechen soll.« (Julian, Z. 20)*

Die Erkrankung des Vaters schien zu weiteren Problemen innerhalb der Familie geführt zu haben:

> *»Und ja es war alles kompliziert.« (Julian, Z. 21)*

Julian beschrieb den Vater als ungehalten und aufbrausend:

> *»Hat so seinen ganzen Frust an uns hingelassen.« (Julian, Z. 27 – 28)*
> *»Hat halt gleich immer angefangen rumzubrüllen.« (Julian, Z. 38)*

Im Verhalten des Vaters sah Julian eine Ursache dafür, dass es im Familienalltag schnell zu Konflikten und heftigen Auseinandersetzungen kam, die vor allem zwischen ihm und seinem Vater ausgetragen wurden. Die Mutter sowie Julians Zwillingsschwester schienen innerhalb

der Familie eher eine beschwichtigende Rolle einzunehmen, indem sie bei Konflikten intervenierten und damit eine weitere Eskalation der Situation vermieden:

> *»Ich bin eigentlich immer so vorne gewesen und hab mit meinem Papa gehändelt und Julia ist dann dazwischen gegangen, dass nichts Schlimmeres passiert, ja, war wirklich so. Wenn halt meine Mutter nicht daheim war.« (Julian, Z. 165 – 167)*

Es war schließlich seine Mutter, die intervenierte, indem sie dem Vater vorschlug, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen *(»ja, guck mal nach Hilfe« (Julian, Z. 24))* und ihrem Sohn anbot, mit ihr über die Erkrankung des Vaters zu sprechen:

> *»Meine Mama hat mich immer gefragt, ob ich weiß, was mit'm Papa los ist und ob sie mich dann nochmal aufklären soll und was jetzt ist und was jetzt dann passiert und so.« (Julian, Z. 59 – 60)*

Gemeinsame Gespräche mit dem Vater dazu schien es nicht gegeben zu haben. Obwohl Gespräche mit der Mutter über die Erkrankung des Vaters scheinbar stattgefunden hatten, sagte Julian im Gesprächsverlauf, dass er eigentlich gar nichts über Depressionen weiß:

> *»Wenn ich jetzt so drüber nachdenk', eigentlich hab ich gar keine Ahnung so, ja.« (Julian, Z. 142)*

Die zwei älteren Schwestern von Julian waren zum Zeitpunkt der Erkrankung des Vaters bereits ausgezogen. Zwischen Ihnen und Julian schien ein guter Kontakt zu bestehen, sie waren jedoch nicht seine Hauptansprechpartnerrinnen, wenn es um den Konflikt mit dem Vater ging:

> *»Aber so jetzt richtig als Ansprechperson, also dass ich jetzt auf sie zugegangen bin, das war eher nicht so der Fall.« (Julian, Z. 254 – 256)*

Die Beziehung zu seinen Verwandten beschrieb Julian als nicht besonders eng.

Verhältnis zum psychisch erkrankten Vater

Julian beschrieb das Verhältnis zu seinem Vater als distanziert. Er war nicht über den Verlauf der Erkrankung seines Vaters in den letzten Jahren informiert und hatte keine Vorstellung davon, was die Erkrankung für den Vater bedeutet hatte. Julian beschrieb das Verhältnis zu seinem Vater als hauptsächlich von Konflikten geprägt. Er schilderte, dass die Konflikte zwischen ihm und seinem Vater eine Eigendynamik entwickelten:

> *»Irgendwann ist man gar nicht mehr bei dem Thema, sondern da ist man dann komplett irgendwo anders und ja.« (Julian, Z. 89 – 90)*

Diese Konflikte schienen mit dem Ablöseprozess vom Elternhaus einherzugehen. Julian beschrieb die Zerrissenheit, die er aufgrund der Situation zu Hause spürte. Es schien keine Option für ihn zu sein, sein Elternhaus gegen den Willen des Vaters zu verlassen, obwohl er keine enge Beziehung zum Vater hatte:

> *»Und da hab ich zu ihm halt gesagt, wie ich mich zurzeit fühl und meine Schwestern sind ja alle ausgezogen und eigentlich wollt ich nie so von daheim ausziehen aber mittlerweile will ich ausziehen und er hebt mich halt fest so und lässt mich nicht gehen. Also meine Mama sagt so ›ja gerne‹, so, aber mein Papa sagt so […]›wie will ich denn mal alleine wohnen und des geht ja gar nicht‹. Aber ich möchte ausziehen und ich weiß nicht, wie ich ihm des sagen soll. Also ich hab's ihm letztens halt einfach so gesagt und er so ›ja, des kommt überhaupt nicht in Frage‹ und so.« (Julian, Z. 286 – 293)*

Der Wunsch, aus seinem Elternhaus auszuziehen, stellte für Julian eine Dilemmasituation dar, die für ihn nicht auflösbar war, er entwickelte Strategien, um das System »zu Hause« zu stabilisieren, sah aber keine Lösung. Julian beschrieb, dass er sehr häufig Konflikte mit seinem Vater hatte, bei denen sie sich auch oft gegenseitig angeschrien hatten. Dabei stellte er auch Ähnlichkeiten zwischen ihm und seinem Vater fest:

> *»Also da schaltet's Hirn aus und dann ja ... Ja, wie bei meinem Vater halt, der ist' dann auch so ganz fixiert so und haut alles, was ihm gerade einfällt einfach nur raus und ja.« (Julian, Z. 242 – 244)*

Julian berichtete von seinem Vater fast ausschließlich im Kontext von Arbeit:

> *»Ich weiß nicht, ob's daran liegt, dass wir vom Land kommen, aber er will halt immer schaffen und kann nicht ruhig.« (Julian, Z. 95 – 96)*

Er beschrieb, dass sein Vater hohe Erwartungen in Bezug auf Julians Hilfe in Haus und Hof hatte. Als Grund für die Konflikte nannte er zwar zum einen die Gereiztheit des Vaters als mögliche Folge der Erkrankung, leitete jedoch schnell zu Situationen über, in denen er sich den hohen Erwartungen des Vaters widersetzte:

> *»Mein Vater denkt halt, wenn ich heimkomm', dann kann ich auch daheim noch bis achte schaffen. Und in der Früh am besten noch um fünfe aufstehen und dann im ganzen Hof Schnee schieben und so und ja, ich will halt auch mal entspannen und nix tun so, aber das versteht er nicht und das ist das Problem.« (Julian, Z. 100 – 103)*

Daneben beschrieb Julian Situationen, in denen der Vater seinem Sohn eigene Meinungen scheinbar nicht zugesteht. Julian erlebte seinen Vater als fordernd in Bezug auf die Erfüllung von Aufgaben auf dem Hof, zugleich aber als wenig unterstützend, wenn es um Wünsche von Julian ging. In Bezug auf einen möglichen Auszug sprach ihm der Vater die Fähigkeit dazu ab:

> *»Und er hebt mich halt fest und lässt mich nicht gehen. […]›ja, ich kann nicht mit'm Geld umgehen und des kann ich nicht und des kann ich nicht und des kann ich erst recht nicht und wie will ich denn mal alleine wohnen und des geht ja gar nicht‹.«* *(Julian, Z. 288 – 291)*

Julian beschrieb, dass er sich mit zunehmendem Alter vom Verhalten des Vaters bedrängt fühlte und rechtfertigte damit seine eigene Reaktion im Streit mit seinem Vater:

> *»Dann hat man sich halt Platz schaffen müssen und da hab ich halt mal 'nen Schreier zurück – zurückgelassen, weil ja eher so beengt, so eingeengt so, ja.«*
> *(Julian, Z. 44 – 46)*

In dem Gespräch machte Julian deutlich, dass er eine bestimmte Erwartungshaltung an andere und sich selber hat in Bezug auf den Umgang miteinander. Entsprechend war Julian nicht zufrieden damit, wie er und sein Vater im Falle eines Streits miteinander umgegangen waren (*»ist nicht so cool« (Julian, Z. 246))* oder mit seiner eigenen Reaktion, wenn er selbst im Streit einfach irgendwann gegangen war:

> *»Und das ist ja eigentlich auch nicht richtig.« (Julian, Z. 75)*

Freunde und Arbeitskollegen

Julian bezog sich in seinen Beschreibungen auf drei männliche Freunde, die scheinbar sehr wichtig für ihn waren. Mit ihnen konnte er über die Situation zu Hause sprechen, vor allem nach Konflikten mit seinem Vater. Dabei war er sehr offen und schätzte an seinen Freunden, dass sie die besprochenen Dinge nicht weitererzählten:

> *»Und die haben halt einfach zugehört und des hat schon gelangt.« (Julian, Z. 190 – 191)*

Obwohl er scheinbar auch mit seiner Mutter über die Situation reden konnte, schienen seine Freunde seine Hauptansprechpartner für solche Situationen zu sein. Scheinbar war es seine Strategie, sich jemanden außerhalb seiner Familie zum Reden zu suchen und damit die Unsicherheit in der Beziehung zu seinem Vater und sein Bedürfnis nach Nähe mit Hilfe der Kontakte zu seinen Freunden zu kompensieren. Er beschrieb auch körperliche Nähe zu seinen Freunden *(»dann ham' wir uns halt umarmt« (Julian, Z. 55))*, die er scheinbar so nicht zum Vater suchte.

Für Julian waren typisch männliche Verhaltensweisen eine Ressource im Umgang mit der Erkrankung und deren Auswirkungen. Das Gefühl, nicht alleine zu sein, welches einfach durch Zusammenstehen, gemeinsam rauchen, ohne allzu viel zu reden, halfen ihm, mit der Situation zurecht zu kommen.

Die Erkrankung wurde von Julian auch gegenüber Arbeitskollegen offengelegt. Die Offenlegung gegenüber Kollegen führte für ihn zu einer Entlastung, weil sein eigenes Verhalten (zum Beispiel nach einem Streit mit dem Vater) am Arbeitsplatz von den Kollegen dadurch besser eingeordnet werden konnte und keiner weiteren Erklärung bedurfte.

Bedeutung des professionellen Hilfesystems

Julian berichtete von wenigen Kontakten zum professionellen Hilfesystem. Es gab einen Termin als Familie bei einer Psychologin. Weitere, auch Einzeltermine für Julian, wurden vom Vater bei der Psychologin abgesagt:

> *»Dann haben wir das aber irgendwann abgebrochen, weil er dann damals irgendwie nicht zufrieden war oder so.« (Julian, Z. 126 – 127)*

An den Inhalt dieser Beratung konnte sich Julian nicht mehr erinnern. Er hatte zum Befragungszeitpunkt keine weiteren Hilfsangebote in Anspruch genommen.

3.3.2 Inhaltsanalytische Auswertung

Ergänzend zu den Falldarstellungen wurde eine inhaltlich-strukturierende Analyse vorgenommen. Im Rahmen der Analyse wurden deduktiv unter Einbezug von Kategorien aus dem Leitfaden sowie induktiv aus dem Material die folgenden sieben Hauptkategorien gebildet: »Familiäre Situation heute«, »Familiäre Situation während der Erkrankung des Elternteils«, »Umgang mit der Erkrankung innerhalb der Familie«, »Unterstützung«, »Bedeutung einer psychischen Erkrankung des Kindes«, »Veränderung des sozialen Netzwerks des Kindes« sowie »Umgang mit Konflikten mit Freunden«. Diese Hauptkategorien wurden mit 47 Unterkategorien weiter ausdifferenziert (Tabelle 12).

Unter Bezugnahme auf die Fragestellung war es ein Schwerpunkt der Analyse, zu untersuchen, ob und wenn ja welche Gemeinsamkeiten die befragten Kinder und Jugendlichen in Bezug auf Aspekte der sozialen Unterstützung sowie in Bezug auf die Bewältigung der Situation mit einem psychisch erkrankten Elternteil beschrieben. Unterschiedliche Formen des Umgangs mit der Situation eines psychisch erkrankten Elternteils könnten Hinweise für eine Begründung unterschiedliche Bedarfe sozialer Unterstützung liefern. Der Schwerpunkt der inhaltsanalytischen Auswertung bestand deshalb aus der Analyse der Hauptkategorie »Unterstützung« sowie der Subkategorie »Umgang des Kindes mit der Situation eines erkrankten Elternteils«, welche im Folgenden ausführlich beschrieben werden.

Tabelle 12

Kinder psychisch erkrankter Eltern: Qualitative Erhebung: Codebaum. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juni 2018 bis Februar 2019.

Hauptkategorie	**Subkategorie**	**Weitere Subkategorie**
Familiäre Situation heute		
Familiäre Situation während der Erkrankung des Elternteils	Verhaltensbeschreibung/-änderung/Symptomatik erkranktes Elternteil	
	Konflikthaltige Auseinandersetzung	
	Rolle gesundes Elternteil	
Distanz zwischen Familienmitgliedern	Gleichgültigkeit	
	Fehlendes Verständnis füreinander	
	Fehlende/gescheiterte Kommunikation	
Umgang mit Erkrankung innerhalb der Familie	Offenlegung	
	Ursache für Erkrankung	
	Inanspruchnahme professionelles Hilfesystem	
	Umgang des Kindes mit der Situation eines erkrankten Elternteils	Verantwortung übernehmen für sich und Elternteil
		Vermeidendes Verhalten
		Widerstand
		Nicht beteiligt sein
		Anpassen
		Offenlegung der Erkrankung gegenüber Freunden/Kollegen
		Keine Offenlegung
		Reaktion Freunde
		Auswirkungen der Offenlegung auf Befinden des Kindes
		Bedingungen für Offenlegung

Unterstützung	Professionelles Hilfesystem	
	Situationen, in denen Unterstützung gesucht wird	
	Unterstützendes Verhalten	Puffer in Konfliktsituationen
		Interesse zeigen / Nachfragen
		Immer verfügbar sein
		Liebevolles umsorgen
		Wertschätzende Ratschläge für Umgang miteinander
		Keine oberflächlichen Gespräche
		Verständnisvoll sein
		Anvertrautes nicht weiter erzählen
		Über alles reden können
		zuhören
		Gemeinsame Unternehmungen
	Bedingungen, die unterstützendes Verhalten ermöglichen	Beste/r Freund/in
		Gleiche Hobbies
		Ähnliche Erfahrungen / Probleme
		Vertrauen
		Örtliche Nähe
		Enge Bindung
	Unterstützende Personen	Geschwister
		Vertrauenslehrerin
		Verwandte
		Gesunder Elternteil
		Freunde
Bedeutung einer psychischen Erkrankung des Kindes		
Veränderungen des sozialen Netzwerks des Kindes		
Umgang mit Konflikten mit Freunden		

3.3.2.1 Umgang des Kindes mit der Situation eines erkrankten Elternteils

Die Teilnehmer*innen beschrieben unterschiedliche Strategien im Umgang mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils. Im Rahmen der Analyse wurde die Kategorie »Umgang des Kindes mit der Situation eines erkrankten Elternteils« in die Subkategorien »Verantwortung übernehmen für sich und Elternteil«, »Vermeidendes Verhalten«, »Widerstand«, »Nicht beteiligt sein« und »Offenlegung gegenüber Freunden« weiter differenziert. Die Subkategorien wurden jeweils definiert und mit Beispielen exemplarisch verdeutlicht (Tabelle 13).

Tabelle 13

Kinder psychisch erkrankter Eltern: Qualitative Erhebung: Weitere Differenzierung der Subkategorie »Umgang des Kindes mit erkranktem Elternteil«. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juni 2018 bis Februar 2019.

Subkategorie: »Umgang des Kindes mit der Situation eines erkrankten Elternteils«	**Definition**	**Beispiele**
Verantwortung übernehmen für sich und Elternteil	Umfasst alle Beschreibungen von Situationen, in denen das Kind Verantwortung für sich selbst und eigene Entscheidungen als auch für den erkrankten Elternteil übernimmt.	• emanzipieren • therapeutisches Verhalten • Elternteil in Schutz nehmen • Verantwortung für eigenes Verhalten übernehmen, Konsequenzen tragen • sich mit Erkrankung des Elternteils auseinandersetzen • andere Personen über die Erkrankung aufklären
Vermeidendes Verhalten	Umfasst alle Beschreibungen von Situationen, in denen das Kind den Kontakt mit dem erkrankten Elternteil meidet oder Regeln befolgt um Konflikte zu vermeiden.	• aus dem Weg gehen • Gespräche vermeiden • befolgen von Vorschriften des Elternteils, welche aus der Symptomatik heraus entstehen
Widerstand	Umfasst alle Beschreibungen von Situationen oder eigenem Verhalten, in denen sich das Kind dem erkrankten Elternteil widersetzt.	• ignorieren von Regeln / Vorschriften des Elternteils, welche aus der Symptomatik heraus entstehen • Konflikte / Streit
Nicht beteiligt sein	Umfasst alle Beschreibungen von Situationen, in denen das Kind wenig Interesse an der Erkrankung und den Folgen zeigt.	• Akzeptanz • Situation hinnehmen • Geringe Anteilnahme • nicht nachfragen • Passivität
Offenlegung gegenüber Freunden	Umfasst Beschreibungen aller Situationen, in denen Freunden von der Erkrankung des Elternteils berichtet wird oder die Offenlegung verweigert wird, der Bedingung der Offenlegung, die Reaktion der Freunde und Auswirkungen auf das Befinden des Kindes.	• beste Freundin • Freunde belogen • Vertrauen als Bedingung

3.3.2.1.1 Verantwortung übernehmen für sich und Elternteil

Eine Teilnehmerin beschrieb eine Anzahl von Situationen, in denen sie Verantwortung für ihr Handeln übernimmt. Sie beschrieb, dass sie mit zunehmendem Alter das Verhalten der Mutter vermehrt reflektierte. In der Konsequenz entschied sie selber darüber, wie angemessen sie die Regeln ihrer Mutter fand und ob sie diese umsetzen wollte:

> *»Also von den Sachen wo ich denk, OK, vielleicht ist es doch besser, wenn ich's so mache wie ich das denke, dass es gut ist und nicht so in ihrem Sinne.«*
> *(Antonia, Z. 52 – 54)*

> *»Aber ich lass mir deswegen nicht irgendwie sagen, dass ich irgendwas anderes machen soll, weil ich find das so richtig.« (Antonia, Z. 491 – 492)*

Die Teilnehmerin beschrieb weiterhin, dass sie die Regeln der Mutter bewusst ignorierte. Sie begründete ihr Verhalten damit, dass sich ihre Mutter dann verstärkt mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen muss. Sie beschrieb, dass sie den Eindruck hatte, dass es ihrer Mutter besser geht und führt dies auch auf ihr eigenes Verhalten zurück:

> *»Ich ignorier' das eher so'n bisschen, versuch grad eher, da ein bisschen unordentlich zu sein, damit sie es schafft, damit zurecht zu kommen und zu merken, ok, ich werd' jetzt nicht gleich krank wenn ich was anfass' oder so.«*
> *(Antonia, Z. 483 – 485)*

> *»Auch wenn sie es nicht zugibt, es hilft ihr schon so'n bisschen, es ist besser geworden auf jeden Fall und ja, deswegen.« (Antonia, Z. 492 – 494)*

Neben diesem therapeutischen Verhalten gegenüber ihrer Mutter nahm die Teilnehmerin ihre Mutter auch gegenüber anderen Personen in Schutz:

> *»Und ich sag ›Opa, das ist eigentlich nicht wirklich so […] sie macht das nicht mit Absicht‹.« (Antonia, Z. 100 – 102)*

3.3.2.1.2 Vermeidendes Verhalten

Die beiden männlichen Befragten beschrieben häufig Situationen, in denen eine Auseinandersetzung mit der familiären Situation und der Erkrankung des Elternteils vermieden wurde. So beschrieb ein Teilnehmer häufig Situationen, in denen er dem erkrankten Elternteil aus dem Weg ging und möglichst viel außerhalb des Elternhauses mit anderen Personen unternahm. Bei diesen beiden Befragten gab es selten Gespräche mit dem erkrankten Elternteil oder diese wurden aus Sicht der Befragten auf das Nötigste reduziert:

> *»Also was man halt so bereden muss in Anführungszeichen … aber so normalerweise.« (Tom, Z. 205 – 206)*

Eine Teilnehmerin beschrieb, dass sie sich zu Beginn der Erkrankung an den Verhaltensregeln der Mutter orientierte, welche diese im Rahmen ihrer Zwangserkrankung aufstellte. Obwohl sie diese Regeln nicht für sinnvoll hielt, richtete sie sich nach ihnen und vermied die Auseinandersetzung um deren Sinnhaftigkeit. Sie begründete ihr Verhalten damit, dass sie ihrer Mutter *»'nen Gefallen tun«* *(Antonia, Z. 500 – 501)* wollte.

3.3.2.1.3 Widerstand

Drei von vier Teilnehmer*innen beschrieben Situationen, in denen sie sich Regeln und Erwartungen eines Elternteils oder beider Eltern widersetzten. Bei einer Teilnehmerin war dies die Entscheidung, die (krankheitsbedingt) geltenden Regeln der Mutter zu ignorieren. Ein Teilnehmer beschrieb häufig Situationen, in denen er sich gegen die hohen Erwartungshaltungen des erkrankten Elternteils, in diesem Falle des Vaters, verwehrte:

> *»Mein Vater denkt halt, wenn ich heimkomm', dann kann ich auch daheim noch bis achte schaffen. Und in der Früh am besten noch um fünfe aufstehen und dann im ganzen Hof Schnee schieben und so und ja, ich will halt auch mal entspannen und nix tun so, aber das versteht er nicht und das ist das Problem.«* *(Julian, Z.100 – 103)*

Alle drei Teilnehmer*innen, welche Situationen beschrieben, in denen sie sich Regeln und Erwartungen widersetzten, schilderten Streit und Konflikte mit dem erkrankten Elternteil. Häufig beschrieben sie dabei ihr eigenes Verhalten als eine der Ursachen für die Konflikte.

3.3.2.1.4 Nicht beteiligt sein

Drei von vier Teilnehmer*innen beschrieben, dass sie wenige Kenntnisse über den Verlauf oder den Beginn der Erkrankung des Elternteils hatten. Die Teilnehmer*innen berichteten, dass selten Gespräche mit dem betroffenen Elternteil über die Erkrankung stattgefunden haben. Diese Teilnehmer*innen berichteten nicht über die Erkrankung aus der Perspektive des betroffenen Elternteils und gaben auf Nachfrage an, die Sichtweise des erkrankten Elternteils nicht berichten zu können. Insgesamt beschrieben diese Teilnehmer*innen die Erkrankung des Elternteils distanziert und sachlich. Entsprechend wird bei der Beschreibung einer Teilnehmerin deutlich, dass sie die Erkrankung des Vaters eher gleichgültig zur Kenntnis nahm, als sie von dieser erfahren hatte:

> *»Ich hatte zu der Zeit ja keinen wirklich guten Draht zu meinem Vater, also das war eher so distanziert, von dem her hab ich's halt einfach akzeptiert und dachte ›ja OK, isses halt so‹.«* *(Helene, Z.45 – 47)*

3.3.2.1.5 Offenlegung gegenüber Freunden

Alle vier Teilnehmer*innen beschrieben, dass sie sich im Hinblick auf die Erkrankung des Elternteils bestimmten Personen gegenüber anvertraut hatten. Die Ergebnisse machten jedoch deutlich, dass die Situation eines psychisch erkrankten Elternteils eine Erfahrung war, welche die Teilnehmer*innen auch im Freundeskreis nicht mit jedem geteilt hatten:

> *»Nee, also sie wissen, dass ich so gut wie keinen Kontakt mit meinem Vater, also natürlich so räumlich, aber so hab ich keinen Kontakt mehr, dass wissen sie, aber warum so genau, das wissen sie nicht.« (Tom, Z. 192 – 194)*

Die Teilnehmer*innen beschrieben, dass für sie eine wichtige Voraussetzung für ein Gespräch über die elterliche Erkrankung ein Vertrauensverhältnis zu den entsprechenden Personen war. Personen, denen gegenüber sich die Teilnehmer*innen anvertrauten, wurden von ihnen selektiv ausgewählt:

> *»Also ihr vertrau' ich halt am Meisten von denen.« (Tom, Z. 75)*

> *»Mit Freunden hab ich eigentlich nicht drüber geredet. Ne beste Freundin hab ich erst seit drei Jahren gefunden so im Prinzip.« (Antonia, Z. 116 – 117)*

Eine Teilnehmerin beschrieb, dass sie ihren Freunden in Bezug auf die Erkrankung ihres Vaters nicht die Wahrheit gesagt hatte. So begründete diese Teilnehmerin die Anwesenheit des Vaters zu Hause gegenüber ihren Freunden mit einer körperlichen Erkrankung, sprach jedoch nicht über seine Depressionserkrankung. Dieses Verhalten begründete die Teilnehmerin damit, dass eine psychische Erkrankung ihren Vater gegenüber ihren Freunden abgewertet hätte:

> *»Mit psychischen Erkrankungen wollt ich irgendwie nicht wirklich sagen oder dass, das fand ich irgendwie nicht angemessen und das stellt ihn irgendwie dann so voll schlecht da.« (Helene, Z. 82 – 84)*

Zwei Teilnehmer*innen beschrieben, dass eine Offenlegung der psychischen Erkrankung eines Elternteils im Alltag erleichternd sein kann. Eine Teilnehmerin, deren Mutter an einer Zwangsstörung erkrankt war, beschrieb, dass es eine Erleichterung war, dass ihre Freunde die von der Mutter aufgestellten Verhaltensregeln im Haus kannten und sich dementsprechend verhalten konnten:

> *»Aber ich hatte auch so'n paar Freunde, denen war das dann auch bewusst, bei denen darf ich das nicht machen und dann war's auch nicht mehr so schlimm.« (Antonia, Z. 545 – 546)*

Ein anderer Teilnehmer beschrieb, dass er mit seinen drei wichtigsten (männlichen) Freunden viel über die Situation zu Hause gesprochen hatte, vor allem nach Konflikten mit seinem Vater. Dabei schätzte an seinen Freunden, dass sie die Gesprächsinhalte nicht weitererzählten:

> *»Und die haben halt einfach zugehört und des hat schon gelangt.« (Julian, Z. 191)*

Dieser Teilnehmer hatte auch mit Arbeitskolleg*innen über die Erkrankung des Vaters gesprochen. Er begründete die Entscheidung, seine Arbeitskolleg*innen zu informieren damit, dass dadurch für ihn die Notwendigkeit entfiel, sich in Zukunft ihnen gegenüber immer wieder erklären zu müssen:

> *»Die wissen's zwar, weil, ich find's in Ordnung, wenn sie's wissen, wenn ich mal nicht so gut gelaunt bin, wenn ich in's Geschäft komm oder so.« (Julian, Z.270 – 271)*

Die Ergebnisse zeigten jedoch, dass die Teilnehmer*innen auch den Kontakt zu Personen als unterstützend bewerteten, denen gegenüber sie die Erkrankung nicht offengelegt hatten.

3.3.2.2 Soziale Unterstützung

Im Folgenden werden zusammenfassend die Ergebnisse der Analyse für die Hautkategorie »Unterstützung« beschrieben. Die Hauptkategorie wurde untergliedert in die Subkategorien »unterstützendes Verhalten«, »Bedingungen, die Unterstützung ermöglichen«, »unterstützende Personen« und »Situationen, in denen Unterstützung gesucht wird«.
Die Subkategorien wurden jeweils definiert und mit Beispielen exemplarisch verdeutlicht (Tabelle 14).

Tabelle 14

Kinder psychisch erkrankter Eltern: Qualitative Erhebung: Subkategorien der Hauptkategorie »Unterstützung«. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juni 2018 bis Februar 2019.

Subkategorien der Hauptkategorie »Unterstützung«	Definition	Beispiele
Unterstützendes Verhalten	Umfasst alle Beschreibungen von Verhalten von Kontaktpersonen, welches von dem Kind in einer Problemsituation als hilfreich beschrieben wurde.	• Austausch über Erkrankung • Gesprächsbereitschaft • Anvertrautes nicht weitererzählen • persönliche Gespräche • gemeinsame Zeit • Verständnis • beschützen
Bedingungen, die Unterstützung ermöglichen	Umfasst alle Beschreibungen von Situationen und Umständen, die hilfreiches Verhalten von Kontaktpersonen ermöglicht haben.	• Vertrauen • Nähe • Gemeinsamkeiten (Hobbies, gemeinsamer Erfahrungsschatz / ebenfalls Probleme) • sich schon lange kennen
Unterstützende Personen	Umfasst alle Kontaktpersonen, die vom Kind als hilfreich beschrieben wurden.	• gesunder Elternteil • Verwandte (Tante / Patentante) • Freunde • Vertrauenslehrerin
Situationen, in denen Unterstützung gesucht wird	Umfasst alle Beschreibungen von Situationen, in denen Unterstützung in Anspruch genommen wurde.	• nach Streit mit erkranktem Elternteil

3.3.2.2.1 Unterstützendes Verhalten

Die Teilnehmer*innen beschrieben verschiedene Verhaltensweisen anderer Personen als unterstützend. Dabei wurden vor allem Aspekte emotionaler Unterstützung als hilfreich genannt. Dies waren beispielsweise Gespräche mit Vertrauenspersonen oder auch gemeinsame Unternehmungen.

Sehr häufig beschrieben die Teilnehmer*innen die Möglichkeit, bei Bedarf mit anderen sprechen zu können, als sehr unterstützend. Dies wurde von den Teilnehmer*innen vor allem nach belastenden Erlebnissen als wichtigste Unterstützungsform genannt. Das vertrauliche Gespräch mit anderen Personen in einer solchen Situation begründeten die Teilnehmer*innen als besonders hilfreich, weil sie sich dadurch Erleichterung verschaffen konnten:

> *»Dann geh ich halt und dann erzähl' ich das halt erstmal, dass das halt, ja, raus ist, dass ich das nicht so hineinfress', weil man braucht halt jemanden zum Reden und ja.« (Julian, Z. 227 – 229)*

> *»Mit ihr red' ich immer noch drüber wenn's stressig wird oder so zu Hause, sie kennt halt meine Eltern auch gut, deswegen.« (Tom, Z. 83 – 84)*

> *»Also ich hab' davor mit niemandem drüber geredet und dann haben wir halt einfach ... es hat mir halt einfach geholfen, wir haben nicht oft geredet, aber wenn, dann war es halt schon so, weiß nicht, zwei, drei Stunden oder so, das hat mir dann halt einfach geholfen und hat mir wieder so'n bisschen Mut gegeben.«*
> *(Helene, Z. 168 – 172)*

In Bezug auf die Gespräche mit anderen beschrieben die Teilnehmer*innen häufig, dass ihnen wichtig war, sich darauf verlassen zu können, dass der Inhalt ihrer Gespräche vertraulich blieb:

> *»Weil dem hab ich halt alles sagen können und der hat's nie jemandem weitergesagt.« (Julian, Z. 17 – 18)*

Als weitere Formen von Unterstützung wurden von den Teilnehmer*innen gemeinsame Unternehmungen mit anderen Personen wie beispielsweise Freunden oder nahen Verwandten beschrieben. Die Ergebnisse machten deutlich, dass Unternehmungen deshalb für die Teilnehmer*innen unterstützend wirkte, weil sie ihnen Normalität und Abwechslung bot, sowie die Möglichkeit, Abstand von der familiären Situation zu bekommen:

> *»Also vor allem in der Zeit, wo mein Vater dann krank geworden ist oder krank war oder wie auch immer, hat sie dann viel mit mir gemacht, ist sie dann auch oft mit mir einkaufen gegangen, auch weiter nach [Stadt] oder so gefahren zum Einkaufen, ja also das hat mich dann so'n bisschen rausgezogen.« (Tom, Z. 253 – 256)*

»Ja, also ich mach, also ja gut, ich weiß jetzt nicht, ob das davon kommt, aber ich mach sehr viel mit Freunden, ja, aber ... also ich fahr auch oft mit Freunden weg am Wochenende, jetzt einfach so'n Kurztrip, irgendwo hinfahren.« (Tom, Z. 235 – 237)

»Mhm, ja weiß nicht, sie war halt meine beste Freundin und ich konnt' halt mit ihr über alles reden, wir haben uns oft getroffen, Sachen unternommen.« (Helene, Z. 232 – 233)

3.3.2.2.2 Bedingungen, die Unterstützung ermöglichen

Die Teilnehmer*innen beschrieben es als unterstützend, mit Personen zu sprechen, die selber in einer ähnlichen Situation waren oder andere Schwierigkeiten erlebt hatten. Sie begründeten dies damit, dass andere Personen ihnen und ihrer Situation gegenüber verständnisvoller waren, wenn diese selbst schon einmal eine ähnlich schwierige Situation erlebt hatten:

»Ja, ich hab' ihm halt alles sagen können, er hat immer zugehört und er hat auch mir von seinen Problemen bei sich daheim erzählt und so und dann ham' wir uns halt umarmt.« (Julian, Z. 54 – 55)

»Wir haben sehr viel geredet über die – also über meine Probleme, über ihre Probleme, übers ganze Leben und so was [...] die haben eben mehr Verständnis für verschiedene Dinge, also wegen eigener Dinge auch, also persönlicher Erfahrung oder so.« (Helene, Z.330 – 337)

»Das waren jetzt nicht so Freunde, mit denen man in der Schule so alltägliche Themen so beredet hat, sondern schon tiefer greifende Themen.« (Tom, Z.63 – 64)

3.3.2.2.3 Situationen, in denen Unterstützung gesucht wird

Die Teilnehmer*innen beschrieben häufig, dass sie nach Konflikten mit dem erkrankten Elternteil Unterstützung bei anderen Personen suchten. In solchen Situationen wurden besonders häufig Gespräche mit Vertrauenspersonen als unterstützend beschrieben:

»Und wenn wir uns halt gestritten haben, dann geh ich halt und dann erzähl' ich das halt erstmal, dass das halt, ja, raus ist, dass ich das nicht so hineinfress', weil man braucht halt jemanden zum Reden und ja.« (Julian, Z. 226 – 229)

3.3.2.2.4 Unterstützende Personen

Als unterstützende Personen wurden von den Teilnehmer*innen verschiedenste Personen aus unterschiedlichen Kontexten beschrieben. Die Teilnehmer*innen beschrieben, dass sie sehr bewusst Personen aus ihrem sozialen Umfeld auswählten, denen sie sich anvertrauen und die für sie in einer bestimmten Weise unterstützend waren. Dies waren vor allem Personen, zu denen eine *»enge Bindung«* oder *»enge Beziehung«* besteht oder *»beste Freunde«*. Zum anderen waren aber auch nahe Verwandte, der gesunde Elternteil oder Vertrauenspersonen aus dem professionellen Umfeld wie beispielsweise eine Vertrauenslehrerin in dieser Hinsicht von großer Bedeutung.

4. Diskussion

Ziel dieser Studie war es, Merkmale sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung von Kindern psychisch erkrankter Eltern zu beschreiben. Dafür wurden mit einem Mixed-Methods-Design aus quantitativer und qualitativer Methode strukturelle Merkmale sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung erhoben. In einem ersten Schritt wurden mit einem Fragebogen Merkmale sozialer Netzwerke von Kindern psychisch erkrankter Eltern sowie die von den Kindern und Jugendlichen wahrgenommene soziale Unterstützung erfasst. Auf Grundlage dieser Ergebnisse wurden anschließend mit einem zeitlichen Abstand von zwei Jahren semistrukturierte Interviews (n = 4) durchgeführt. Auf der Basis von Falldarstellungen und inhaltlich-strukturierender Inhaltsanalyse wurde untersucht, welche subjektive Bedeutung die sozialen Beziehungen für die Teilnehmer*innen vor dem Hintergrund eines psychisch erkrankten Elternteils haben und welche Strategien die Teilnehmer*innen im Umgang mit der Situation eines psychisch erkrankten Elternteils beschreiben.

Die Ergebnisse der quantitativen Befragung zeigten, dass sich die sozialen Netzwerke der Teilnehmer*innen überwiegend aus Familienmitgliedern und freundschaftlichen Kontakten zusammensetzten und durchschnittlich aus 19 Personen bestanden. Zu den Personen, welche unterstützende Funktionen übernahmen, zählten vor allem der gesunde Elternteil, nahe Verwandte, Freundinnen und Freunde. Nicht jeder der Teilnehmer*innen hatte Kontakt zu einer Fachperson aus dem psychiatrischen Hilfesystem. In Bezug auf die Bedeutung soziodemografischer und klinischer Merkmale zeigten die Ergebnisse, dass das Alter und das Geschlecht der Teilnehmer*innen, der Familienstand und der berufliche Status der Eltern sowie klinische Merkmale von Eltern oder befragten Kindern und Jugendlichen keinen signifikanten Einfluss auf die wahrgenommene soziale Unterstützung und die Struktur der sozialen Netzwerke der Teilnehmer*innen hatten. Dennoch gaben die Ergebnisse Hinweise darauf, dass das Alter und eine psychiatrische Diagnose von Teilnehmer*innen sowie der Familienstand der Eltern einen Einfluss auf die Netzwerkstruktur haben könnten: Die jugendlichen Teilnehmer*innen dieser Studie verfügten über größere soziale Netzwerke mit mehr unterstützenden Kontakten als die Teilnehmer*innen im Kindesalter. Teilnehmer*innen mit einer psychiatrischen Diagnose gaben im Vergleich durchschnittlich eine größere Anzahl belastender Kontakte an und hatten durchschnittlich ein geringeres soziales Funktionsniveau als Teilnehmer*innen ohne psychiatrische Diagnose. Teilnehmer*innen, bei denen beide Elternteile zusammenlebten, gaben durchschnittlich größere Netzwerke an als Teilnehmer*innen mit einem getrennt lebenden Elternteil, allerdings enthielten diese sowohl mehr unterstützende als auch mehr belastende Kontakte.
Weiterhin zeigten die Ergebnisse, dass von den Teilnehmer*innen nur eine sehr geringe Anzahl belastender Kontakte im Netzwerk angegeben wurde. In der vorliegenden Studie gaben die Teilnehmer*innen signifikant weniger belastende Kontakte an als Befragte einer Studie von Nestmann und Kollegen (2008), in welcher die sozialen Netzwerke von Kindern untersucht wurden, die bei ihren leiblichen Eltern, in einem Heim oder bei Pflegeeltern wohnten (Nestmann et al. 2008).

Aufgrund dieser deutlichen Unterschiede zwischen den Ergebnissen der vorliegenden Studie und weiteren Befragungen in Bezug auf die Anzahl belastender Personen in sozialen Netzwerken, wurden konflikthafte Kontakte und Situationen auch in den qualitativen Interviews thematisiert. Die Ergebnisse der qualitativen Erhebung zeigten jedoch keine Hinweise auf eine bewusste Reaktion der Teilnehmer*innen auf konflikthafte Kontakte, d.h. die Teilnehmer*innen beschrieben kein Bemühen, dauerhaft konflikthafte Kontakte aufrecht zu erhalten und diese in der Befragung als nichtkonflikthaft zu bewerten.

Unter verschiedenen Formen sozialer Unterstützung bewerteten die Teilnehmer*innen als wichtigste Unterstützung »in schwierigen Situationen Trost finden« und bei Bedarf »hilfreiche Ratschläge und Hinweise erhalten«. Für diese zwei Arten der Unterstützung gaben ungefähr zwei Drittel der Teilnehmer*innen an, ausreichend unterstützende Personen in ihrem sozialen Netzwerk zur Verfügung zu haben. Darüber hinaus zeigten die Ergebnisse der qualitativen Erhebung die große Übereinstimmung der Teilnehmer*innen in ihrer Bewertung unterstützenden Verhaltens. Insbesondere emotionale Unterstützung wie beispielsweise gemeinsam Zeit zu verbringen, gemeinsame Unternehmungen und die Möglichkeit zu persönlichen Gesprächen, beschrieben alle Teilnehmer*innen als sehr wertvoll. Hier zeigten die Ergebnisse über alle Interviews hinweg, das Vertrauen zu Bezugspersonen eine Voraussetzung dafür war, dass die Teilnehmer*innen Unterstützung suchten und annahmen. Dies wurde beispielsweise deutlich, wenn die Teilnehmer*innen wertschätzend beschrieben, dass Gespräche vertrauensvoll behandelt wurden. Ein solches Vertrauensverhältnis beschrieben die Teilnehmer*innen vor allem in Bezug auf das gesunde Elternteil oder enge Freundinnen und Freunde, manchmal auch in Bezug auf Verwandte wie Tanten oder Großeltern. Andere Personen wie beispielsweise eine Vertrauenslehrerin und andere Fachpersonen aus dem psychiatrischen Hilfesystem wurden von den Teilnehmer*innen selten in einer solchen Rolle beschrieben.

Die Ergebnisse der qualitativen Erhebung zeigten, dass die Teilnehmer*innen verschiedene Umgangsweisen entwickelten um die Situation eines psychisch erkrankten Elternteils zu bewältigen. Die Ergebnisse könnten dahingehend interpretiert werden, dass die Teilnehmer*innen nicht ausschließlich eine Strategie im Umgang mit der Situation entwickelten, sondern verschiedene Umgangsformen zeigten, welche sie abhängig vom Geschehen oder im Zeitverlauf anpassten. Dennoch wiesen die Ergebnisse auf Unterschiede zwischen den Teilnehmer*innen hin, weil die verschiedenen Strategien bei den Teilnehmer*innen in unterschiedlicher Gewichtung beschrieben wurden. Zum einen übernahmen die Teilnehmer*innen Verantwortung für sich selbst und ihre eigenen Entscheidungen als auch für den erkrankten Elternteil. Die Verantwortungsübernahme zeigte sich insbesondere in Situationen, in denen die Teilnehmer*innen sich bewusst und reflektiert gegenüber dem erkrankten Elternteil abgrenzten, Verantwortung für ihr eigenes Verhalten übernahmen, andere Personen über die Erkrankung des Elternteils aufklärten oder versuchten, den erkrankten Elternteil zu einem ihnen angemessen erscheinenden Verhalten zu motivieren.

Eine vermeidende Form des Umgangs zeigte sich, wenn die Teilnehmer*innen den Kontakt mit dem erkrankten Elternteil vermieden oder sich an dessen Vorgaben anpassten, um Konflikte zu vermeiden. Im Gegensatz dazu beschrieben die Teilnehmer*innen jedoch auch Situationen und Verhaltensweisen, in denen sie sich dem erkrankten Elternteil widersetzten und dabei Regeln und Vorschriften bewusst ignorierten. Dieser Widerstand war häufig Ursache für Konflikte und Streit zwischen den Teilnehmer*innen und ihren Eltern. Weiterhin gab es Schilderungen der Teilnehmer*innen, in denen sie sich gegenüber dem Elternteil und dessen Erkrankung als unbeteiligt beschrieben.

Vor dem Hintergrund eines Vertrauensverhältnisses als Bedingung zur Offenlegung entschieden die Teilnehmer*innen der vorliegenden Studie bewusst, mit wem sie welche Informationen teilten, wenn sie mit anderen Personen über die elterliche Erkrankung sprachen. Ebenso zeigten die Ergebnisse anderer Studien, dass die Befragten bei Auswahl ihrer Gesprächspartner selektiv vorgingen (Garley et al. 1997; Riebschleger 2004; Mordoch und Hall 2008). So begründeten befragte Kinder in einer Fokusgruppe, dass sie beispielsweise nur mit Mädchen darüber sprechen, weil diese mehr Verständnis für die Situation hätten. Ein anderer Teilnehmer beschrieb, dass er mit anderen Kindern mit psychisch erkrankten Eltern spricht, weil er von der Erfahrung profitiert, das auch andere ähnliche Situationen erlebt haben (Garley et al. 1997). In Übereinstimmung mit den Befunden anderer Studien zeigten die Ergebnisse, dass die Offenlegung der Erkrankung des Elternteils für die betroffenen Kinder eine Erleichterung sein kann (Dam et al. 2018), weil dadurch die Notwendigkeit entfällt, sich nicht immer wieder erneut erklären zu müssen (Backer et al. 2017). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigten jedoch auch, dass Freundschaften unabhängig von der Offenlegung als unterstützend beschrieben wurden. Dieses Ergebnis zeigte sich auch in anderen Studien (Garley et al. 1997). Eine mögliche Erklärung für die Entscheidung, sich gegen eine Offenlegung der elterlichen Erkrankung zu entscheiden, kann beispielsweise Angst vor negativen Reaktionen anderer sein und die Angst, ausgeschlossen zu werden (Grove et al. 2015).

In Bezug auf die Informationen, welche die betroffenen Kinder und Jugendlichen erhielten, wiesen die Ergebnisse darauf hin, dass mit den Teilnehmer*innen eher zu einem späteren Zeitpunkt im Krankheitsverlauf über die elterliche Erkrankung gesprochen wurde und sie zum Teil nicht ausreichend Informationen erhalten hatten, um die elterliche Erkrankung zu verstehen. Obgleich die Ergebnisse der quantitativen Befragung zeigten, dass die Teilnehmer*innen den Erhalt von Informationen als wichtige Form von Unterstützung bewerteten, beschrieben insbesondere die männlichen Teilnehmer, dass sie über wenig konkretes Wissen über die psychische Erkrankung des Elternteils verfügten.
Auch die Ergebnisse zahlreicher anderer Studien wiesen darauf hin, dass innerhalb der Familie gar nicht oder sehr wenig über die psychische Erkrankung eines Elternteils gesprochen wurde. Zwei Studien mit erwachsenen Kindern psychisch erkrankter Eltern zeigten, dass die psychische Erkrankung als Tabuthema wahrgenommen wurde, über das innerhalb der Familie nicht gesprochen wurde (van Parys et al. 2015; Dam et al. 2018).

Dies hatte zur Folge, dass die Kinder keine Fragen zu den Vorgängen stellen konnten, welche sie beobachtet und wahrgenommen hatten (van Parys et al. 2015) und sich selbst nicht trauten, mit anderen über dieses tabuisierte Thema zu sprechen (Dam et al. 2018). Die Bedeutung von Aufklärung über die Erkrankung wurde von Studien unterstrichen, deren Ergebnisse zeigten, dass betroffene Kinder trotz fehlender Aufklärung das Verhalten des erkrankten Elternteils durchaus als normabweichend wahrnahmen (Foster 2010; Garley et al. 1997). Erhalten die Kinder keine Erklärungen über die Ursachen des Verhaltens (die psychische Erkrankung), kann dies zur Folge haben, dass die Kinder zum einen nicht zwischen der Erkrankung und dem betroffenen Elternteil differenzieren (Foster 2010), die Schuld für das Verhalten des Elternteils bei sich suchen (Garley et al. 1997) und sich selber eine (Mit-)Schuld an der Erkrankung geben, beispielsweise durch Geburt und eigenes Verhalten (Ostman 2008). Studienergebnisse zeigten, dass die Kinder beispielsweise die Angst vor Suizidversuchen oder Suizid des erkrankten Elternteils beschäftigt (Ostman 2008) oder die Angst, die Krankheit ebenfalls zu entwickeln (Stengler-Wenzke et al. 2004). Im Unterschied zu anderen Studien berichteten die Teilnehmer*innen der vorliegenden Studie jedoch keine Sorgen in Bezug auf die eigene psychische Gesundheit oder Vererbung der Erkrankung (Lenz 2005b; Stengler-Wenzke et al. 2004) und keine Sorge in Bezug auf mögliche Suizidalität des erkrankten Elternteils (Ostman et al. 2000).

Die Ergebnisse einer qualitativen Studie mit Experten zu Kindern psychisch erkrankter Eltern machten deutlich, dass ein Zugang zu altersgerechten Informationen, wie er beispielsweise durch Psychoedukation und einen niederschwelligen Zugang zu geeigneten Ressourcen und Interventionsangeboten gegeben ist, eine wichtige Grundlage dafür darstellt, dass betroffene Kinder die Erkrankung ihrer Eltern sowie das daraus resultierende Verhalten verstehen lernen und für sich selbst Strategien im Umgang mit der Situation entwickeln können (Grove et al. 2017). Vereinzelt untersuchten Studien den Einsatz von Medien um Kinder altersentsprechend über die Erkrankung eines Elternteils zu informieren. Eine Studie untersuchte, ob Informationsmaterial auf einer DVD für die Aufklärung von Kindern unterstützt, deren Eltern(teil) an einer Depression und / oder Angststörung erkrankt war. Die Ergebnisse zeigten, dass bei den Befragten das allgemeine Verständnis über psychische Erkrankungen zunahm und die DVD den Kindern helfen konnte, Strategien zu entwickeln, mit der Erkrankung umzugehen und die Situation ihrer Eltern nachzuvollziehen (Grove et al. 2015).

Obgleich die Ergebnisse der quantitativen Befragung zeigten, dass soziodemografische und klinische Merkmale der Teilnehmer*innen keinen signifikanten Einfluss auf die Struktur und die soziale Unterstützung der Befragten hatten, gaben die Ergebnisse der qualitativen Interviews Hinweise auf die Bedeutung von Geschlecht in Bezug auf den Umgang mit der Situation eines psychisch erkrankten Elternteils. Weil die Ergebnisse zeigten, dass es zwischen den männlichen Teilnehmern und ihren Väter wenig Austausch über die elterliche Erkrankung gab, könnte ein möglicher Erklärungsansatz sein, dass sowohl das Geschlecht der Teilnehmer*innen als auch des erkrankten Elternteils Einfluss auf den innerfamiliären

Umgang mit der psychischen Erkrankung des Elternteils haben könnten. Inwiefern geschlechtsspezifische Unterschiede bei Kindern und Eltern in Familien mit psychisch erkrankten Eltern eine Rolle spielen, wurde in der Literatur bisher wenig berichtet. Lacey und Kollegen (2015) untersuchten die Auswirkungen von Stigma auf Mütter und Väter mit psychischen Erkrankungen und die Auswirkungen auf Elternschaft. Die Ergebnisse zeigten, dass sich Stigma sowohl bei Müttern als auch bei Vätern negativ auf die selbstberichteten Erziehungsfähigkeiten auswirken kann. Dabei schienen Mütter eher stigmatisierendes Verhalten in Bezug auf die psychische Erkrankung (*mental illness stigma*) wahrgenommen und übernommen zu haben, während Väter eher Stigmatisierung aufgrund ihres Geschlechts wahrgenommen haben (Lacey et al. 2015).

Übereinstimmend mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie zeigten auch die Ergebnisse anderer Studien, dass neben dem gesunden Elternteil weitere Verwandte, Freundinnen und Freunde sowie Lehrer*innen unterstützende Personen sein können (Foster 2010; Backer et al. 2017; Dam et al. 2018; Ostman 2008) und dass betroffene Kinder mit der Beziehung zum gesunden Elternteil die Beziehung zum psychisch erkrankten Elternteil kompensieren können (Foster 2010). Krattenmacher und Kollegen zeigten jedoch, dass die Möglichkeit zur Kompensation von den Ressourcen des Partners abhängig ist. Die Studienergebnisse zeigten einen negativen Zusammenhang der gesundheitsbezogenen Lebensqualität des gesunden Elternteils und der Entwicklung von emotionalen- und Verhaltensproblemen der Kinder (Krattenmacher et al. 2014). In Bezug auf die Entwicklung von Interventionsangeboten scheint es deshalb wichtig, dass Hilfsangebote auch den Partner des erkrankten Elternteils berücksichtigen und präventiv Maßnahmen zum Erhalt einer hohen gesundheitsbezogenen Lebensqualität einbeziehen.

Vor dem Hintergrund einer geringen Aufklärung innerhalb der Familie kommt dem professionellen Hilfesystem eine große Bedeutung zu, um die betroffenen Kinder angemessen zu begleiten und zu informieren. Professionelle Hilfs- und Beratungsangebote für Kinder wurden von den Teilnehmer*innen dieser Studie jedoch wenig in Anspruch genommen. Nicht jedes der befragten Kinder hatte Kontakt zu einer Fachperson aus dem psychiatrischen Hilfesystem oder einer psychologischen Beratungsstelle.

4.1 Stärken und Limitationen

In dieser Studie wurden Merkmale sozialer Netzwerker und sozialer Unterstützung von Kindern psychisch erkrankter Eltern erhoben. Weil es wenig aktuelle Studien zu sozialen Netzwerken von Kindern im Kontext psychischer Erkrankungen gibt, leistet diese Studie einen Beitrag zu einem wissenschaftlich wenig bearbeiteten Forschungsthema. Im Rahmen dieser Arbeit wurden mit Hilfe des Fragebogens SONET relevante Merkmale in Bezug auf die sozialen Netzwerke und die soziale Unterstützung der Teilnehmer*innen erfasst. Es war möglich, das Instrument im persönlichen Kontakt sowie telefonisch und via Internettelefonie einzusetzen.

Eine Limitation bei der Erhebung mittels Ego-zentrierter Netzwerke war, dass nur die Angaben der befragten Person vorlagen, nicht jedoch die Angaben der von den Teilnehmer*innen im Netzwerk genannten Personen, wie es bei der Erhebung eines Gesamtnetzwerkes der Fall gewesen wäre (Fuhse 2018). Aus diesem Grund konnten keine Aussagen darüber getroffen werden, inwiefern die Angaben der Teilnehmer*innen zu Beziehungsqualität und sozialer Unterstützung mit der Sichtweise der von ihnen genannten Personen übereinstimmten.

Weiterhin konnten nur 39 Befragte in diese Untersuchung eingeschlossen werden. Eine kleine Fallzahl kann zu Limitationen bei der statistischen Auswertung in dem Sinne führen, dass die Effekte zu klein sind um statistisch signifikant zu sein. Zudem muss angenommen werden, dass es bei der Auswahl der Teilnehmer zu Selektionsprozessen gekommen ist. Die Eltern der befragten Kinder und Jugendlichen wurden zu zwei verschiedenen Zeitpunkten angefragt, ob Sie in die Studienteilnahme ihres Kindes einwilligen – zum einen zur Teilnahme an der CHIMPs-Studie sowie nochmals zu der vorliegenden Studie. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Eltern aus weniger stark belasteten Familien einer Teilnahme eher zugestimmt haben und Kinder und Jugendliche aus stark belasteten Familien deshalb möglicherweise nicht in einem gleichen Verhältnis in die Studie eingeschlossen werden konnten. Aus diesem Grund bezogen sich die Ergebnisse womöglich eher auf Kinder und Jugendliche, die zum Befragungszeitpunkt in Familien lebten, welche durch die psychische Erkrankung eines Elternteils vergleichsweise wenig stark belastet war. Daraus folgt, dass die Ergebnisse nicht repräsentativ sind und keine verallgemeinerbaren Schlüsse für die heterogenen Lebenssituationen betroffener Kinder zulassen.

Der Schwerpunkt dieser Studie bestand darin, die Aspekte sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung von Kindern psychisch erkrankter Eltern zu untersuchen und den Einfluss soziodemografischer oder klinischer Merkmale der Teilnehmer*innen auf die Netzwerkstruktur und Unterstützungsleistungen innerhalb dieser Gruppe zu eruieren. Es wurde keine Kontrollgruppe untersucht. Eine Limitation dieser Studie ist deshalb, dass die Ergebnisse nicht mit Kindern und Jugendlichen verglichen werden könnten, deren Eltern keine diagnostizierte psychische Erkrankung aufwiesen.

4.2 Schlussfolgerung und Ausblick

Die psychische Erkrankung eines Elternteils betrifft auf unterschiedliche Weise auch dessen soziales Umfeld. Studienergebnisse zu Prävalenzen von Kindern psychisch erkrankter Eltern haben gezeigt, dass eine große Anzahl von Kindern im Laufe ihrer Kindheit mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils konfrontiert sein wird auf (Reupert et al. 2013; Ranning et al. 2016). Die Ergebnisse dieser Studie gaben einen Einblick in die subjektive Sichtweise von Kindern und Jugendlichen mit psychisch erkrankten Eltern, ihre Möglichkeiten des Umgangs mit der Situation eines psychisch erkrankten Elternteils und die von ihnen wahrgenommene soziale Unterstützung.

Die Teilnehmer*innen dieser Studie bewältigten vor dem Hintergrund der Struktur ihrer sozialen Netzwerke auf unterschiedliche Weise die Situation einer psychischen Erkrankung eines Elternteils. Diese von den Teilnehmer*innen beschriebenen Umgangsweisen entsprachen dem jugendlichen Alter der Befragten, wie beispielsweise häufige Unternehmungen außerhalb des Elternhauses. Jüngere Kinder verfügen altersbedingt weniger über diese Möglichkeiten, sie sind deshalb im Vergleich zu Jugendlichen in ihren Strategien im Umgang mit der Situation möglicherweise stärker von den Eltern abhängig. Zukünftige Forschungsfragen könnten deshalb auf die Umgangsweisen von jüngeren Kindern fokussieren. Zudem besteht weiterer Forschungsbedarf zu einem möglichen Zusammenhang zwischen unterschiedlichen psychiatrischen Erkrankungen von Eltern und den Umgangsstrategien sowie dem individuellen Unterstützungsbedarf der Kinder. Entsprechende Erkenntnisse könnten bei der Entwicklung weiterer Unterstützungsangebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern einbezogen werden.

Soziale Unterstützung erhielten die Teilnehmer*innen vor allem durch Familienmitglieder, Verwandtschaft, Freundinnen und Freunde. Mitarbeiter des professionellen Hilfesystems spielten bei den Teilnehmer*innen dieser Studie eine weniger wichtige Rolle. Die Ergebnisse bezogen sich jedoch aufgrund des Studiendesigns möglicherweise eher auf weniger stark belastete Kinder und Jugendliche. Daraus ergibt sich ein weiterer Forschungsbedarf zu Kindern und Jugendlichen, die stark von der psychischen Erkrankung eines Elternteils belastet sind. Diese Familien sind möglicherweise stärker auf Unterstützung aus dem professionellen Hilfesystem angewiesen, so dass diesem in solchen Fällen möglicherweise noch einmal eine größere Bedeutung zukommt. Weiterhin gibt es Forschungsbedarf, um zu verstehen, wie Kinder und Jugendliche mit sozialen Kontakten umgehen, wenn es zu Konflikten kommt. Diesbezüglich wären weitere Studien mit stark belasteten Kindern psychisch erkrankter Eltern als auch mit Kindern von Eltern ohne psychische Erkrankungen notwendig, um mögliche Unterschiede und Unterstützungsbedarfe zu identifizieren.

Die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichten zum einen großen Informationsbedarf bei den Teilnehmer*innen zu der psychischen Erkrankung der Eltern. Die Ergebnisse deuteten darauf hin, dass innerhalb der Familien mit den betroffenen Kindern wenig über die psychische Erkrankung eines Elternteils gesprochen wurde. Vor allem bei den Familien mit einem psychisch erkrankten männlichen Elternteil wurde die Erkrankung scheinbar wenig thematisiert. Zudem schienen die Informationen, welche diese Teilnehmer erhalten hatten, nicht auszureichen, damit sie sich über die Erkrankung ihres Elternteils informiert fühlten. Zum anderen wiesen die Ergebnisse darauf hin, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern Gesprächsangebote präferierten, in denen sie mit anderen Kindern zusammenkommen, die einen ähnlichen Erfahrungshintergrund haben. Diese Ergebnisse zeigten sich ebenfalls in zahlreichen weiteren Studien zu Kindern psychisch erkrankter Eltern. In Bezug auf praktische Ausgestaltung von Hilfsangeboten liefern diese Ergebnisse Hinweise, dass vor allem Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche ein hilfreiches Angebot sein könnten.

Die Ergebnisse dieser Arbeit deuteten zudem darauf hin, dass existierende Beratungsangebote von den Teilnehmer*innen wenig in Anspruch genommen wurden. Eine mögliche Ursache hierfür könnte sein, dass Angebote den befragten Kindern und Jugendlichen unbekannt waren. In diesem Fall wäre es wichtig, existierende Angebote bei Kindern und Jugendlichen bekannter zu machen und auch (betroffene) Eltern stärker über Angebote zu informieren, die Kindern psychisch erkrankter Eltern zur Verfügung stehen.

Weiterhin deuteten die Ergebnisse dieser Studie darauf hin, dass psychisch erkrankte Väter sich im Umgang mit ihrer Erkrankung von Müttern unterschieden und ihre Erkrankung im Vergleich zu erkrankten Müttern weniger mit den Kindern thematisierten. Die Schlussfolgerung, dass Väter eine psychische Erkrankung gegenüber ihren Kindern im Vergleich zu Müttern eher zurückhaltend offenlegen, zeigte sich auch als Ergebnis weiterer Studien (Galasiński 2013). Ein systematischer Review zur Bedeutung von Männlichkeit für das Hilfesuchverhalten von Männern kam zu dem Ergebnis, dass traditionelle Geschlechtsrollenorientierungen sich in einer Weise auf den Umgang betroffener Männer mit der Erkrankung auswirken können, dass diese durch eine geringere Bereitschaft zur Offenlegung psychischer Erkrankungen und eine verspätete Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfe gekennzeichnet ist (Seidler et al. 2016). Die Ergebnisse eines weiteren systematischen Reviews zu den Auswirkungen von Stigma auf Hilfesuchverhalten zeigten ebenfalls, dass Männer zu den Personen gehören, welche aufgrund von Stigma psychischer Erkrankungen nur verzögert Hilfe in Anspruch nehmen (Clement et al. 2015). Allerdings verwiesen die Ergebnisse einer qualitativen Studie zu Krankheitstheorien und Bewältigungsverhalten von Männern mit Depressionen auch auf alternative Männlichkeitsorientierungen betroffener Männer, welche die Erkrankung eher als Chance zur Veränderung beschreiben und sie selbstbewusst als Teil ihrer Biografie gestalten (Staiger et al. 2020). Zugleich zeigten Studien, dass diese Normen auch im Rahmen einer Behandlung auch von psychiatrischen Fachkräften im Rahmen einer Behandlung vorhanden sind und bestehende Stereotype auf diese Weise verstärken können (Stiawa et al. 2020a; Stiawa et al. 2020b). Vor diesem Hintergrund ergibt sich für zukünftige Studien ein Bedarf an Untersuchungen zu psychisch erkrankten Vätern, welche zum einen den Umgang der Familie mit der Erkrankung des Vaters untersuchen, insbesondere Aspekte der Kommunikation und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten, und zum anderen Studien, welche die Berücksichtigung von Vaterschaft im psychiatrischen Behandlungsprozess untersuchen.

Auch Unterstützungsangebote könnten einen Fokus auf Väter mit einer psychischen Erkrankung legen. Betroffene Väter könnten möglicherweise über eine stärkere Fokussierung des Themas in der stationären oder ambulanten Behandlung der Eltern erreicht werden. Voraussetzung dafür wäre, das Vorhandensein und die Situation der Kinder routinemäßig zu erfassen und bei Bedarf Unterstützungsangebote und Aufklärungsangebote zu vermitteln.

Die Themen Elternschaft und psychischer Erkrankung bzw. Kinder psychisch erkrankter Eltern gewinnen in Forschungsvorhaben und der Ausgestaltung von Unterstützungsangeboten zunehmend an Bedeutung und betroffene Kinder und Familien können auf eine wachsende Zahl unterschiedlicher Unterstützungsangebote zurückgreifen. Dennoch bestehen in Bezug auf mögliche Unterstützungsangebote große regionale Unterschiede und es gibt nach wie vor einen hohen Bedarf an heterogenen und niedrigschwelligen Angeboten, um der komplexen Situation von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil Rechnung zu tragen.

5. Zusammenfassung

Die psychische Erkrankung eines Elternteils kann für betroffene Kinder zu psychosozialen Belastungen und einem erhöhten psychiatrischen Krankheitsrisiko führen. In einer solchen Situation kann die soziale Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk des Kindes eine wertvolle Unterstützung sein. Soziale Netzwerke von Kindern im Kontext psychischer Erkrankungen sind bisher wissenschaftlich wenig untersucht.

Im Rahmen des Projekts »Children of mentally ill parents (CHIMPs)« wurden in der vorliegenden Arbeit mit einem Mixed-Methods-Design aus quantitativer und qualitativer Methode strukturelle Merkmale sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung erhoben. Dafür wurden in einem ersten Schritt von Juli 2015 bis März 2017 mit dem »Fragebogen zum Sozialen Netzwerk und zur Sozialen Unterstützung (SONET)« die sozialen Netzwerke und Elemente sozialer Unterstützung von 39 Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 – 18 Jahren mit einem psychisch erkrankten Elternteil erhoben. Die Teilnehmer*innen wurden an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Ulm, an der Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und an der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Leipzig rekrutiert. Die Datenerhebung mittels SONET wurde von der Autorin durchgeführt und erfolgte im Studienzentrum oder bei den Teilnehmer*innen zu Hause, über Videotelefonie mit einem kostenlosen Instant-Messaging-Dienst (Skype) oder telefonisch. Zudem wurden verschiedene soziodemografische und klinische Merkmale im Rahmen des Projekts CHIMPs durch Projektmitarbeiter*innen erhoben. Anschließend wurden von Juni 2018 bis Februar 2019 mit vier Teilnehmer*innen zusätzlich semistrukturierte Interviews durchgeführt. Die Teilnehmer*innen für die qualitativen Interviews wurden im Sinne der maximalen Variation ausgewählt, um ein breites Spektrum an Antworten zu erhalten. Auf der Basis von Falldarstellungen und inhaltlich-strukturierender Inhaltsanalyse wurde untersucht, welche subjektive Bedeutung die sozialen Beziehungen für die Teilnehmer*innen vor dem Hintergrund eines psychisch erkrankten Elternteils haben und welche Strategien die Teilnehmer*innen im Umgang mit der Situation eines psychisch erkrankten Elternteils beschreiben.

Die Ergebnisse zeigten, dass die sozialen Netzwerke der Teilnehmer*innen im Durchschnitt aus 19 Kontaktpersonen bestanden, die sich zu einem Großteil aus Familienmitgliedern und Freunden zusammensetzten. Unterstützende Funktionen übernahmen vor allem der gesunde Elternteil, nahe Verwandte, Freundinnen und Freunde. Nicht alle Teilnehmer*innen gaben einen Kontakt zu einer Fachperson aus dem psychiatrischen Hilfesystem an. Die Anzahl belastender Personen in den sozialen Netzwerken war gering. Soziodemografische Merkmale wie Alter und Geschlecht der Teilnehmer*innen, Familienstand und beruflicher Status der Eltern sowie klinische Merkmale der Eltern oder der befragten Kinder und Jugendlichen hatten keinen signifikanten Einfluss auf die wahrgenommene soziale Unterstützung und die

Struktur der sozialen Netzwerke der Teilnehmer*innen. Für zwei Formen von Unterstützung, welche von den Teilnehmer*innen am häufigsten als sehr wichtige Unterstützung bewertet wurden (»in schwierigen Situationen Trost finden«, »hilfreiche Ratschläge und Hinweise erhalten«), gaben ungefähr zwei Drittel der Teilnehmer*innen an, ausreichend unterstützende Personen zur Verfügung zu haben. Darüber hinaus zeigten die Ergebnisse der qualitativen Erhebung die große Übereinstimmung der Teilnehmer*innen in ihrer Bewertung unterstützenden Verhaltens. Insbesondere emotionale Unterstützung wie gemeinsam Zeit zu verbringen, gemeinsame Unternehmungen und die Möglichkeit zu persönlichen Gesprächen, beschrieben alle Teilnehmer*innen als sehr hilfreich. Hier zeigten die Ergebnisse über alle Interviews hinweg, das Vertrauen zu Bezugspersonen eine Voraussetzung dafür war, dass die Teilnehmer*innen Unterstützung suchten und annahmen. Ein solches Vertrauensverhältnis beschrieben die Teilnehmer*innen vor allem in Bezug auf den gesunden Elternteil oder enge Freundinnen und Freunde, manchmal auch in Bezug auf Verwandte wie Tanten oder Großeltern. Die Ergebnisse zeigten, dass die Teilnehmer*innen verschiedene Umgangsweisen entwickelten um die Situation eines psychisch erkrankten Elternteils zu bewältigen. Diese waren eine Verantwortungsübernahme für sich selber und den erkrankten Elternteil, vermeidendes Verhalten, Widerstand, Gleichgültigkeit sowie die Offenlegung der elterlichen Erkrankung gegenüber Personen außerhalb der Familie. Die Ergebnisse könnten dahingehend interpretiert werden, dass die Teilnehmer*innen nicht ausschließlich eine Strategie im Umgang mit der Situation entwickelten, sondern verschiedene Umgangsformen zeigten, welche sie abhängig vom Geschehen oder im Zeitverlauf anpassten. Dennoch wiesen die Ergebnisse auf Unterschiede zwischen den Teilnehmer*innen hin, weil die verschiedenen Strategien bei den Teilnehmer*innen in unterschiedlicher Gewichtung beschrieben wurden. Darüber hinaus zeigten die Ergebnisse einen großen Informationsbedarf der Teilnehmer*innen. In diesem Zusammenhang gaben die Ergebnisse Hinweise darauf, dass psychisch erkrankte Väter sich im Umgang mit ihrer Erkrankung von Müttern unterschieden und ihre Erkrankung vergleichsweise weniger mit den Kindern thematisierten.

Die kleine Fallzahl könnte zu Limitationen bei der statistischen Auswertung in dem Sinne geführt haben, dass die Effekte zu klein waren um statistisch signifikant zu sein. Zudem muss angenommen werden, dass es bei der Auswahl der Teilnehmer zu Selektionsprozessen gekommen ist und Kinder und Jugendliche aus stark belasteten Familien möglicherweise nicht in die Studie eingeschlossen wurden. Deshalb bezogen sich die Ergebnisse eventuell eher auf Kinder und Jugendliche, die in weniger stark belasteten Familien lebten. Daraus folgt, dass die Ergebnisse nicht repräsentativ sind und keine verallgemeinerbaren Schlüsse für die heterogenen Lebenssituationen betroffener Kinder zulassen.

Zukünftige Studien könnten einen Schwerpunkt zum einen auf jüngere Kinder und deren Bewertung sozialer Beziehungen und Strategien im Umgang mit der Situation eines psychisch erkrankten Elternteils legen. Zum anderen könnten Forschungsfragen psychisch erkrankte Väter verstärkt in den Blick nehmen, insbesondere den Umgang der Familie mit der Erkrankung des Vaters und Aspekte der Kommunikation und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten.

6. Literaturverzeichnis

Achtergarde, Sandra; Muller, Jorg Michael; Postert, Christian; Wessing, Ida; Mayer, Andreas; Romer, Georg (2015): Attachment Patterns and their Relation to the Development of Anxiety Symptoms in Childhood and Adolescence. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 64 (7), S. 496–526. DOI: 10.13109/prkk.2015.64.7.496.

Angermeyer, Matthias C.; Kilian, Reinhold; Wilms, Hans-Ulrich; Wittmund, Bettina (2006): Quality of life of spouses of mentally ill people. In: *International Journal of Social Psychiatry* 52 (3), S. 278–285. DOI: 10.1177/0020764006067186.

Angermeyer, Matthias C.; Klusmann, Dietrich (Hg.) (1989): Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie. Berlin, New York: Springer-Verlag.

Antonucci, Toni C; Akiyama, Hiroko (1994): Convoys of Attachment and Social Relations in Children, Adolescents, and Adults. In: Frank Nestmann und Klaus Hurrelmann (Hg.): Social Networks and Social Support in Childhood and Adolescence. Berlin, New York: Walter de Gruyter.

Backer, Clare; Murphy, Rebecca; Fox, John R. E.; Ulph, Fiona; Calam, Rachel (2017): Young children's experiences of living with a parent with bipolar disorder: Understanding the child's perspective. In: *Psychology and psychotherapy* 90 (2), S. 212–228. DOI: 10.1111/papt.12099.

Bastiaansen, Dennis; Koot, Hans M.; Ferdinand, Robert F. (2005): Determinants of quality of life in children with psychiatric disorders. In: *Quality of Life Research* 14 (6), S. 1599–1612. DOI: 10.1007/s11136-004-7711-2.

Bengel, Jürgen; Wirtz, Markus; Zwingmann, Christian (2008): Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation. Göttingen: Hogrefe.

Bengtsson-Tops, A.; Hansson, L. (2001): Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. In: *The International journal of social psychiatry* 47 (3), S. 67–77.

Berkman, Lisa F.; Glass, Thomas (2000): Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. In: Lisa F. Berkman und Ichirō Kawachi (Hg.): Social epidemiology. New York: Oxford University Press, S. 137–173.

Bowlby, J. (1958): The nature of the child's tie to his mother. In: *The International journal of psycho-analysis* 39 (5), S. 350–373.

Bryant, Brenda K (1994): How Does Social Support Funktion in Childhood? In: Frank Nestmann und Klaus Hurrelmann (Hg.): Social Networks and Social Support in Childhood and Adolescence. Berlin, New York: Walter de Gruyter, S. 23–35.

Clement, S.; Schauman, O.; Graham, T.; Maggioni, F.; Evans-Lacko, S.; Bezborodovs, N. et al. (2015): What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. In: *Psychological medicine* 45 (1), S. 11–27. DOI: 10.1017/S0033291714000129.

Dam, K.; Joensen, D. G.; Hall, E. O. C. (2018): Experiences of adults who as children lived with a parent experiencing mental illness in a small-scale society : A Qualitative study. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 25 (2), S. 78–87. DOI: 10.1111/jpm.12446.

Degnan, Amy; Berry, Katherine; Sweet, Daryl; Abel, Kathryn; Crossley, Nick; Edge, Dawn (2018): Social networks and symptomatic and functional outcomes in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 53 (9), S. 873–888. DOI: 10.1007/s00127-018-1552-8.

Delfos, Martine F. (2004): "Sag mir mal …". Gesprächsführung mit Kindern (4 bis 12 Jahre). 9. Aufl. Weinheim: Beltz.

Diewald, Martin (1991): Soziale Beziehungen, Verlust oder Liberalisierung? Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken. Berlin: Edition Sigma.

Diewald, Martin; Sattler, Sebastian (2010): Soziale Unterstützungsnetzwerke. In: Christian Stegbauer (Hg.): Handbuch Netzwerkforschung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 689–700.

Engel, George L. (1977): The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. In: *Science* 196 (4286), S. 129–136.

Foster, Kim (2010): 'You'd think this roller coaster was never going to stop': experiences of adult children of parents with serious mental illness. In: *Journal of clinical nursing* 19 (21-22), S. 3143–3151. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03293.x.

Fuhse, Jan (2018): Soziale Netzwerke. Konzepte und Forschungsmethoden. 2., überarbeitete Auflage. Konstanz, München: UVK Verlagsgesellschaft mbH; UVK/Lucius.

Galasiński, Dariusz (2013): Fathers, Fatherhood and Mental Illness. London: Palgrave Macmillan UK.

Garley, D.; Gallop, R.; Johnston, N.; Pipitone, J. (1997): Children of the mentally ill: a qualitative focus group approach. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 4 (2), S. 97–103.

Gladstone, Brenda McConnell; Boydell, Katherine M.; McKeever, Patricia (2006): Recasting research into children's experiences of parental mental illness: beyond risk and resilience. In: *Social Science & Medicine* 62 (10), S. 2540–2550. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.10.038.

Goldberg, Richard W.; Rollins, Angela L.; Lehman, Anthony F. (2003): Social network correlates among people with psychiatric disabilities. In: *Psychiatric Rehabilitation Journal* 26 (4), S. 393–402.

Goodall, Karen; Rush, Robert; Grunwald, Lisa; Darling, Stephen; Tiliopoulos, Niko (2015): Attachment as a partial mediator of the relationship between emotional abuse and schizotypy. In: *Psychiatry research* 230 (2), S. 531–536. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.09.050.

Green, Gill; Hayes, Catherine; Dickinson, David; Whittaker, Andy; Gilheany, Barry (2002): The role and impact of social relationships upon well-being reported by mental health service users. A qualitative study. In: *Journal of Mental Health* 11 (5), S. 565–579. DOI: 10.1080/09638230020023912.

Greenberg, Sarah; Rosenblum, Katherine L.; McInnis, Melvin G.; Muzik, Maria (2014): The role of social relationships in bipolar disorder: a review. In: *Psychiatry research* 219 (2), S. 248–254. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.05.047.

Grove, Christine; Reupert, Andrea; Maybery, Darryl (2015): Gaining knowledge about parental mental illness: how does it empower children? In: *Child & Family Social Work* 20 (4), S. 377–386. DOI: 10.1111/cfs.12086.

Grove, Christine; Riebschleger, Joanne; Bosch, Annick; Cavanaugh, Daniel; van der Ende, Peter C. (2017): Expert views of children's knowledge needs regarding parental mental illness. In: *Children and Youth Services Review* 79, S. 249–255. DOI: 10.1016/j.childyouth.2017.06.026.

Grunert, Cathleen; Krüger, Heinz-Hermann (2006): Biographieforschung und pädagogische Kindheitsforschung. In: Heinz-Hermann Krüger (Hg.): Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung. 2., überarb. und aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 241–256.

Gumley, A. I.; Taylor, H. E. F.; Schwannauer, M.; MacBeth, A. (2014): A systematic review of attachment and psychosis: measurement, construct validity and outcomes. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 129 (4), S. 257–274. DOI: 10.1111/acps.12172.

Günther, Julia (2008): Gleichaltrigen- und Freundschaftsnetzwerke von Mädchen und Jungen in Einrichtungen stationärer erzieherischer Hilfe und in Herkunftsfamilien. In: Frank Nestmann (Hg.): Kindernetzwerke. Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung in Familie, Pflegefamilie und Heim. Tübingen: Dgvt-Verl., S. 103–120.

Harley, Ellen Wan-Yuk; Boardman, Jed; Craig, Tom (2012): Friendship in people with schizophrenia: a survey. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 47 (8), S. 1291–1299. DOI: 10.1007/s00127-011-0437-x.

Hirsch, B. J.; Reischl, T. M. (1985): Social networks and developmental psychopathology: a comparison of adolescent children of a depressed, arthritic, or normal parent. In: *Journal of Abnormal Child Psychology* 94 (3), S. 272–281.

Hölling, H.; Schlack, R.; Petermann, F.; Ravens-Sieberer, U.; Mauz, E. (2014): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 57 (7), S. 807–819. DOI: 10.1007/s00103-014-1979-3.

Hollstein, Betina (2001): Grenzen sozialer Integration. Zur Konzeption informeller Beziehungen und Netzwerke. Opladen: Leske + Budrich.

Jacob, Theodore; Johnson, Sheri L (1997): Parent-Child Interaction Among Depressed Fathers and Mothers: Impact on Child Functioning. In: *Journal of Family Psychology* 11 (4), S. 391–409. DOI: 10.1037/0893-3200.11.4.391.

Jungbauer, Johannes (Hg.) (2010): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Perspektiven für die Soziale Arbeit. Opladen, Farmington Hills: Budrich, Barbara.

Kaufman, J.; Birmaher, B.; Brent, D.; Rao, U.; Flynn, C.; Moreci, P. et al. (1997): Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36 (7), S. 980–988. DOI: 10.1097/00004583-199707000-00021.

Klengel, Torsten; Binder, Elisabeth B. (2015): Epigenetics of Stress-Related Psychiatric Disorders and Gene x Environment Interactions. In: *Neuron* 86 (6), S. 1343–1357. DOI: 10.1016/j.neuron.2015.05.036.

Knutsson-Medin, L.; Edlund, B.; Ramklint, M. (2007): Experiences in a group of grown-up children of mentally ill parents. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 14 (8), S. 744–752. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2007.01181.x.

Kölch, Michael (2014): Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung. Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa.

Krattenmacher, Thomas; Kühne, Franziska; Halverscheid, Susanne; Wiegand-Grefe, Silke; Bergelt, Corinna; Romer, Georg; Möller, Birgit (2014): A comparison of the emotional and behavioral problems of children of patients with cancer or a mental disorder and their association with parental quality of life. In: *Journal of psychosomatic research* 76 (3), S. 213–220. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2013.11.020.

Kruse, Jan; Schmieder, Christian (2014): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Weinheim: Beltz Juventa.

Kuckartz, Udo (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Lacey, Melanie; Paolini, Stefania; Hanlon, Mary-Claire; Melville, Jessica; Galletly, Cherrie; Campbell, Linda E. (2015): Parents with serious mental illness: differences in internalised and externalised mental illness stigma and gender stigma between mothers and fathers. In: *Psychiatry research* 225 (3), S. 723–733. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.09.010.

Laireiter, A. R.; Baumann, U.; Feichtinger, L.; Reisenzein, E.; Untner, A. (1997): Interview und Fragebogen zum Sozialen Netzwerk und zur Sozialen Unterstützung SONET. In: *Die Rehabilitation* 36 (2), S. XV–XXX.

Laireiter, Anton-Rupert; Lager, Caroline (2006): Soziales Netzwerk, soziale Unterstützung und soziale Kompetenz bei Kindern. In: *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 38 (2), S. 69–78. DOI: 10.1026/0049-8637.38.2.69.

Laletas, Stella; Reupert, Andrea; Goodyear, Melinda (2017): "What do we do? This is not our area". Child care providers' experiences when working with families and preschool children living with parental mental illness. In: *Children and Youth Services Review* 74, S. 71–79. DOI: 10.1016/j.childyouth.2017.01.024.

Lenz, Albert (2005a): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe.

Lenz, Albert (2005b): Vorstellungen der Kinder über die psychische Erkrankung ihrer Eltern. Eine explorative Studie. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54 (5), S. 382–398.

Lenz, Albert (2012): Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. Bonn: Psychiatrie Verl.

Lenz, Albert; Kuhn, Juliane (2011): Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über die Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In: Silke Wiegand-Grefe, Fritz Mattejat und Albert Lenz (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Lin, N.; Peek, M.K. (1999): Social Network and Mental Health. In: Allan V. Horwitz und Teresa L. Scheid (Hg.): The sociology of mental health and illness. New York: Cambridge University Press.

Lipton, F. R.; Cohen, C. I.; Fischer, E.; Katz, S. E. (1981): Schizophrenia: a network crisis. In: *Schizophrenia bulletin* 7 (1), S. 144–151.

Manz, Rolf (1994): Zur Bedeutung sozialer Unterstützung und sozialer Integration für psychische Erkrankungen. Konzeptionelle und methodische Probleme. Regensburg: S. Roderer.

Mattejat, Fritz (Hg.) (2008): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Neuausg. Bonn: Balance-Buch-und-Medien-Verl.

Meeus, Wim (1994): Psychosocial Problems and Social Support in Adolescence. In: Frank Nestmann und Klaus Hurrelmann (Hg.): Social Networks and Social Support in Childhood and Adolescence. Berlin, New York: Walter de Gruyter, S. 241–255.

Mendes, Ana Vilela; Loureiro, Sonia Regina; Crippa, José Alexandre; Meneses Gaya, Carolina de; García-Esteve, Lluisa; Martín-Santos, Rocio (2012): Mothers with depression, school-age children with depression? A systematic review. In: *Perspectives in psychiatric care* 48 (3), S. 138–148. DOI: 10.1111/j.1744-6163.2011.00318.x.

Mordoch, Elaine; Hall, Wendy A. (2008): Children's perceptions of living with a parent with a mental illness: finding the rhythm and maintaining the frame. In: *Qualitative health research* 18 (8), S. 1127–1144. DOI: 10.1177/1049732308320775.

Nestmann, Frank; Günther, Julia; Stiehler, Steve; Wehner, Karin; Werner, Julian (2008): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung von Kindern in Familie und Heimerziehung

- eine vergleichende empirische Untersuchung. In: Frank Nestmann (Hg.): Kindernetzwerke. Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung in Familie, Pflegefamilie und Heim. Tübingen: Dgvt-Verl., S. 69–102.

Ostman, M.; Hansson, L.; Andersson, K. (2000): Family Burden, Participation in Care and Mental Health - an 11-Year Comparison of the Situation of Relatives To Compulsorily and Voluntarily Admitted Patients. In: *International Journal of Social Psychiatry* 46 (3), S. 191–200. DOI: 10.1177/002076400004600305.

Ostman, Margareta (2008): Interviews with children of persons with a severe mental illness: investigating their everyday situation. In: *Nordic Journal of Psychiatry* 62 (5), S. 354–359. DOI: 10.1080/08039480801960065.

Palumbo, Claudia; Volpe, Umberto; Matanov, Aleksandra; Priebe, Stefan; Giacco, Domenico (2015): Social networks of patients with psychosis: a systematic review. In: *BMC research notes* 8, S. 560. DOI: 10.1186/s13104-015-1528-7.

Pescosolido, Bernice A (2007): The Sociology of Social Networks. In: Clifton Bryant und Dennis Peck (Hg.): 21st Century Sociology. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc, I-208.

Pillhofer, Melanie; Ziegenhain, Ute; Fegert, Jörg M; Hoffmann, Till; Paul, Mechthild (2016): Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der frühen Hilfen. Hg. v. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln. Online verfügbar unter http://www.fruehehilfen.de/kinder-von-eltern-mit-psychischen-Erkrankungen, zuletzt geprüft am 15.02.2016.

Pölkki, Pirjo; Ervast, Sari-Anne; Huupponen, Marika (2004): Coping and resilience of children of a mentally ill parent. In: *Social work in health care* 39 (1-2), S. 151–163.

Pollak, Eva; Bullinger, Monika; Jeske, Jana; Wiegand-Grefe, Silke (2008): Wie beurteilen psychisch kranke Eltern die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder? Zusammenhänge zur elterlichen Erkrankung und zur Funktionalität der Familie. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 57 (4), S. 301–314. DOI: 10.13109/prkk.2008.57.4.301.

Ranning, Anne; Munk Laursen, Thomas; Thorup, Anne; Hjorthøj, Carsten; Nordentoft, Merete (2016): Children of Parents With Serious Mental Illness: With Whom Do They Grow Up? A Prospective, Population-Based Study. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 55 (11), S. 953–961. DOI: 10.1016/j.jaac.2016.07.776.

Reupert, Andrea E.; J Maybery, Darryl; Kowalenko, Nicholas M. (2013): Children whose parents have a mental illness: prevalence, need and treatment. In: *The Medical journal of Australia* 199 (3 Suppl), S. 9.

Riebschleger, Joanne (2004): Good Days and Bad Days: Experiences of Children of Parents with a Psychiatric Disabilty // Good days and bad days: the experiences of children of a

parent with a psychiatric disability. In: *Psychiatric Rehabilitation Journal* 28 (1), S. 25–31. DOI: 10.2975/28.2004.25.31.

Roick, C.; Kilian, R.; Matschinger, H.; Bernert, S.; Mory, C.; Angermeyer, M. C. (2001): Die deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory - Ein Instrument zur Erfassung psychiatrischer Versorgungskosten. In: *Psychiatrische Praxis* 28 Suppl 2, S84-90. DOI: 10.1055/s-2001-17790.

Seidler, Zac E.; Dawes, Alexei J.; Rice, Simon M.; Oliffe, John L.; Dhillon, Haryana M. (2016): The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. In: *Clinical Psychology Review* 49, S. 106–118. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.09.002.

Smith, Kirsten P.; Christakis, Nicholas A. (2008): Social Networks and Health. In: *Annual Review of sociology* 34 (1), S. 405–429. DOI: 10.1146/annurev.soc.34.040507.134601.

Smith, Marjorie (2004): Parental mental health. Disruptions to parenting and outcomes for children. In: *Child & Family Social Work* 9 (1), S. 3–11. DOI: 10.1111/j.1365-2206.2004.00312.x.

Staiger, Tobias; Stiawa, Maja; Mueller-Stierlin, Annabel Sandra; Kilian, Reinhold; Beschoner, Petra; Gündel, Harald et al. (2020): Depression und Männlichkeit: Krankheitstheorien und Bewältigung – Eine biografisch-narrative Studie. In: *Psychiatrische Praxis* 47 (2), S. 65–70. DOI: 10.1055/a-1043-8126.

Steinhausen, H. C. (1985): Eine Skala zur Beurteilung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher. In: *Zeitschrift fur Kinder- und Jugendpsychiatrie* 13 (3), S. 230–240.

Stengler-Wenzke, Katarina; Trosbach, Johanna; Dietrich, Sandra; Angermeyer, Matthias C. (2004): Coping strategies used by the relatives of people with obsessive-compulsive disorder. In: *Journal of advanced nursing* 48 (1), S. 35–42. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03166.x.

Stiawa, Maja; Kilian, Reinhold (2017): Soziale Netzwerke von Kindern psychisch erkrankter Eltern. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 66 (5691), S. 599–613.

Stiawa, Maja; Müller-Stierlin, Annabel; Staiger, Tobias; Kilian, Reinhold; Becker, Thomas; Götzl, Christian et al. (2020a): Männer mit depressiven Erkrankungen in der stationären Behandlung: Bedarf und Behandlungsziele aus Sicht psychiatrischer Fachkräfte. In: *Psychiatrische Praxis*. DOI: 10.1055/a-1149-5429.

Stiawa, Maja; Müller-Stierlin, Annabel; Staiger, Tobias; Kilian, Reinhold; Becker, Thomas; Gündel, Harald et al. (2020b): Mental health professionals view about the impact of male gender for the treatment of men with depression - a qualitative study. In: *BMC psychiatry* 20 (1), S. 276. DOI: 10.1186/s12888-020-02686-x.

Uchino, Bert N. (2009): Understanding the Links Between Social Support and Physical Health: A Life-Span Perspective With Emphasis on the Separability of Perceived and Received Support. In: *Perspectives on psychological science* 4 (3), S. 236–255. DOI: 10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x.

Uchino, Bert N.; Cawthon, Richard M.; Smith, Timothy W.; Light, Kathleen C.; McKenzie, Justin; Carlisle, McKenzie et al. (2012): Social relationships and health: is feeling positive, negative, or both (ambivalent) about your social ties related to telomeres? In: *Health psychology* 31 (6), S. 789–796. DOI: 10.1037/a0026836.

Valente, Thomas W.; Pitts, Stephanie R. (2017): An Appraisal of Social Network Theory and Analysis as Applied to Public Health. Challenges and Opportunities. In: *Annual review of public health* 38, S. 103–118. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-031816-044528.

van Parys, Hanna; Bonnewyn, Anke; an Hooghe; Mol, Jan de; Rober, Peter (2015): Toward Understanding the Child's Experience in the Process of Parentification: Young Adults' Reflections on Growing up With a Depressed Parent. In: *Journal of Marital and Family Therapy* 41 (4), S. 522–536. DOI: 10.1111/jmft.12087.

Walsh, J. (1994): Gender Differences in the Social Networks of Persons With Severe Mental Illnesses. In: *Affilia* 9 (3), S. 247–268. DOI: 10.1177/088610999400900302.

Wiegand-Grefe, Silke; Halverscheid, Susanne; Plass, Angela (2011): Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Familienorientierte Prävention - der CHIMPs-Beratungsansatz. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.

Williams, O. B.; Corrigan, P. W.; Williams, Oliver B.; Corrigan, Patrick W. (1992): The differential effects of parental alcoholism and mental illness on their adult children. In: *Journal of Clinical Psychology* 48 (3), S. 406–414. DOI: 10.1002/1097-4679(199205)48:3<406::aid-jclp2270480320>3.0.co;2-l.

Wolf, Christof (2010): Egozentrierte Netzwerke: Datenerhebung und Datenanalyse. In: Christian Stegbauer (Hg.): Handbuch Netzwerkforschung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 471–484.

Yamamoto, Rumi; Keogh, Brian (2018): Children's experiences of living with a parent with mental illness: A systematic review of qualitative studies using thematic analysis. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 25 (2), S. 131–141. DOI: 10.1111/jpm.12415.

Zannas, Anthony S.; Provencal, Nadine; Binder, Elisabeth B. (2015): Epigenetics of Posttraumatic Stress Disorder: Current Evidence, Challenges, and Future Directions. In: *Biological psychiatry* 78 (5), S. 327–335. DOI: 10.1016/j.biopsych.2015.04.003.

Anhang

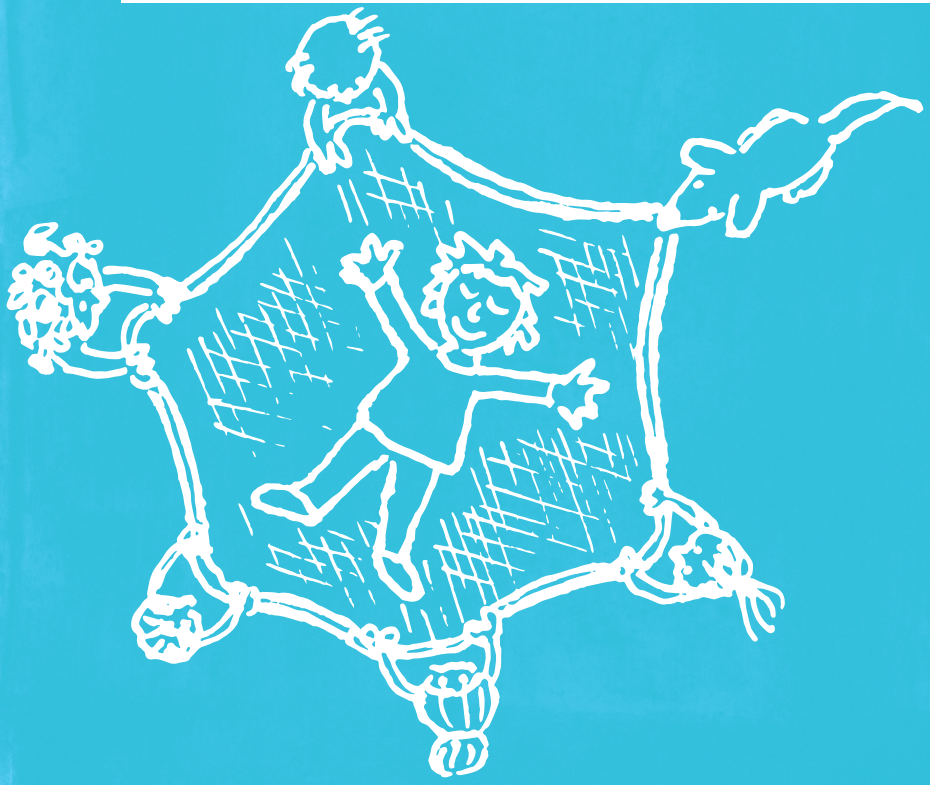
A1:	Informationsmaterial_quantitativ_6 bis 12 Jahre	S. 98
A2:	Informationsmaterial_quantitativ_13 bis 18 Jahre	S. 102
A3:	Informationsmaterial_quantitativ_Eltern	S. 106
B1:	Einverständniserklärung_quantitativ_6 bis 12 Jahre	S. 110
B2:	Einverständniserlärung_quantitativ_13 bis 18 Jahre	S. 112
B3:	Einverständniserklärung_quantitativ_Eltern	S. 113
C1:	SONET_Interviewleitfaden_13 bis 18 Jahre	S. 115
C2:	SONET_Interviewleitfaden_6 bis 12 Jahre	S. 131
D1:	SONET_Testheft_13 bis 18 Jahre	S. 160
D2:	SONET_Testheft_6 bis 12 Jahre	S. 166
E1:	SONET_Protokollblatt_13 bis 18 Jahre	S. 171
E2:	SONET_Protokollblatt_6 bis 12 Jahre	S. 172
F:	SONET_Glossar	S. 173
G1:	Informationsmaterial_Qualitativ_10 bis 12 Jahre	S. 184
G2:	Informationsmaterial_Qualitativ_13 bis 18 Jahre	S. 186
G3:	Informationsmaterial_Qualitativ_Eltern	S. 188
H1:	Einverständniserklärung_Qualitativ_10 bis 12 Jahre	S. 190
H2:	Einverständniserlärung_Qualitativ_13 bis 18 Jahre	S. 192
H3:	Einverständniserklärung_Qualitativ_Eltern	S. 193
I1:	Interviewleitfaden_Qualitativ_10 bis 12 Jahre	S. 195
I2:	Interviewleitfaden_Qualitativ_13 bis 18 Jahre	S. 197
I3:	Visualisierung Netzwerkbefragung_Vorlage	S. 199
J:	Tabelle 15: Kinder psychisch erkrankter Eltern: Summary Grid – Qualitative Erhebung. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juni 2018 bis Februar 2019.	S. 200

CHIMPs
Children of mentally ill parents

ulm university universität
uulm

Information *zur* Befragung *über* soziale Netzwerke

für Teilnehmer *von* 6–12 Jahren





Hallo!

Ich bin Maja.

Ich führe eine Befragung mit Kindern und Jugendlichen durch und würde auch Dich gerne befragen.

Bei der Befragung werde ich Dir Fragen zu Deiner Familie und zu Deinen Freunden stellen. Zum Beispiel werde ich Dich fragen, wie oft Du Deine Freunde siehst. Oder welcher Freund Dir besonders wichtig ist.

Deine Freunde und Deine Familie werden aber von mir nicht erfahren, was Du geantwortet hast. Denn alles, was Du während der Befragung sagst, bleibt geheim und wird von mir nicht verraten. Wenn Du hinterher mit jemandem darüber sprechen möchtest, darfst Du das aber natürlich tun.

Die Befragung wird ungefähr 1,5 Stunden dauern.

CHIMPs
Children of mentally ill parents

ulm university universität ulm

Diese Befragung ist kein Test wie in der Schule. Mich interessiert nur Deine Meinung und was Du denkst. Du kannst also keine falschen Antworten geben. Wenn Du mal eine Frage nicht beantworten kannst oder nicht willst, ist das kein Problem.

Deine Teilnahme ist freiwillig. Es passiert also nichts, wenn Du nicht teilnehmen willst oder die Befragung abbrechen möchtest.

Für jeden Teilnehmer gibt es am Ende ein kleines Geschenk.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Du Dich entscheidest, bei der Befragung mitzumachen!

?

Falls Du noch Fragen hast, kannst Du mich anrufen oder mir eine E-Mail oder einen Brief schreiben.

Das ist meine Telefonnummer:
08221 96 29210

Das ist meine E-Mail-Adresse:
maja.stiawa@bkh-guenzburg.de

Das ist meine Adresse:
Maja Stiawa
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm
am Bezirkskrankenhaus Günzburg
Ludwig-Heilmeyer-Straße 2
89312 Günzburg

ulm university universität ulm

CHIMPs
Children of mentally ill parents

Icons made by freepik from www.flaticon.com

CHIMPs
Children of mentally ill parents

ulm university universität
uulm

Information *zur* Befragung *über* soziale Netzwerke

für Teilnehmer *von* 13–18 Jahren





Hallo!

Ich bin Maja.

Ich arbeite an der Universität Ulm und führe für meine Doktorarbeit Interviews mit Kindern und Jugendlichen durch. Dafür suche ich noch Teilnehmer.

Worum geht es?

In dem Interview werde ich Dir Fragen zu Deiner Familie und zu Deinen Freunden stellen. Zum Beispiel werde ich Dich fragen, wie oft Du Deine Freunde oder Familienmitglieder siehst oder welche Bedeutung unterschiedliche Freunde und Verwandte für Dich haben. Bei dem Interview handelt es sich nicht um einen Test. Was zählt, sind Deine Empfindungen, Deine Antworten!

Wie lange dauert es?

Das Interview wird ungefähr 1,5 Stunden dauern.

Kann ich abbrechen?

Die Teilnahme am Interview ist natürlich freiwillig. Du kannst Deine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurücknehmen, ohne dass Dir dadurch Nachteile entstehen.

CHIMPs
Children of mentally ill parents

ulm university universität ulm

Wer erfährt von meinen Antworten?

Alle Deine Angaben, die Du während des Interviews machst, werden streng vertraulich behandelt. Dein Name und Deine persönlichen Angaben aus dem Fragebogen werden durch Nummerncodes ersetzt, also anonymisiert. So wird niemand außer mir erfahren, wie Du geantwortet hast.

Eine Weitergabe an Personen, die nicht an der Studie beteiligt sind, ist ausgeschlossen. Nur ich weiß, welche Person zu welcher Nummer gehört. Die Listen werden in einem verschlossenen Schrank aufbewahrt. Wenn die Studie vorbei ist, werde ich diese Listen löschen.

Was bekomme ich?

Jeder Teilnehmer erhält ein kleines Geschenk.

Ich würde mich sehr über Deine Teilnahme freuen!

?

Solltest Du noch Fragen haben, kannst Du mich jederzeit unter folgender Telefonnummer erreichen oder per E-Mail oder Brief kontaktieren:

Telefon: **08221 96 29210**
E-Mail: **maja.stiawa@bkh-guenzburg.de**

Anschrift: **Maja Stiawa**
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg
Ludwig-Heilmeyer-Straße 2
89312 Günzburg

ulm university universität ulm

CHIMPs
Children of mentally ill parents

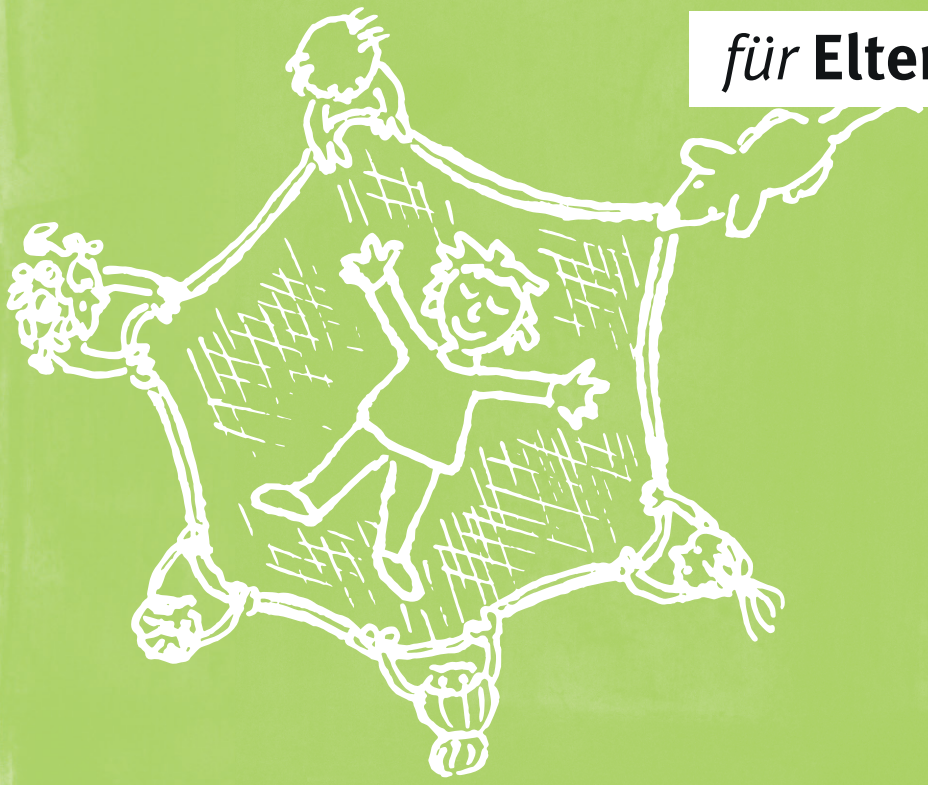
Icons made by freepik from www.flaticon.com

CHIMPs
Children of mentally ill parents

ulm university universität
uulm

Information *zur* Befragung *Ihres* Kindes *zu* sozialen Netzwerken

für **Eltern**





Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Maja Stiawa. Ich arbeite an der Universität Ulm und führe im Rahmen meiner Doktorarbeit Befragungen mit Kindern und Jugendlichen zwischen sechs und achtzehn Jahren durch. Ich suche noch Kinder und Jugendliche, die Lust haben, an der Befragung teilzunehmen.

WORUM GEHT ES BEI DER BEFRAGUNG?

Ziel der Befragung ist es, soziale Netzwerke von Kindern und Jugendlichen zu untersuchen, von denen ein Elternteil in psychiatrischer Behandlung ist. Mithilfe der Befragungen sollen dabei sowohl Charakteristika der Netzwerke erfasst werden, also zum Beispiel die Größe des Netzwerks, die Kontakthäufigkeit zwischen den Personen des Netzwerks, die Dauer der Kontakte sowie Anzahl und Qualität von unterstützenden Kontakten im Netzwerk. Weiterhin wollen wir herausfinden, auf welche Weise Kinder und Jugendliche mit einem psychisch erkrankten Elternteil ihre sozialen Netzwerke entwickeln.

Die Doktorarbeit findet im Rahmen des Projekts „Children of mentally ill parents (CHIMPs)“ statt, welches derzeit durch die Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg durchgeführt wird. Ziel dieses Projekts ist die Evaluation eines Beratungsangebots, welches speziell für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil entwickelt wurde.

WIE LÄUFT DIE BEFRAGUNG AB?

Die Befragung Ihres Kindes wird ungefähr 1,5 Stunden dauern. Während des Interviews sind Pausen natürlich jederzeit möglich. Die Befragung kann bei uns im Studienzentrum am Bezirkskrankenhaus Günzburg oder einem anderen Ort Ihrer Wahl stattfinden.

Jeder Teilnehmer erhält ein kleines Geschenk.

CHIMPS
Children of mentally ill parents

ulm university universität ulm

FREIWILLIGKEIT

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Ihr Einverständnis zur Teilnahme Ihres Kindes können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen, dann werden alle bis dahin erhobenen Daten gelöscht.

VERSICHERUNG

Es besteht eine Wegeunfallversicherung (Versicherungsschein-Nr.: 50050288/776), mit der Ihr Kind für den direkten Weg zum und vom Studienzentrum versichert ist. Während der Teilnahme an dem Forschungsprojekt genießt Ihr Kind Versicherungsschutz. Es gelten die allgemeinen Haftungsbedingungen. Einen Schaden, der Ihrer Meinung nach auf dieses Forschungsprojekt zurückzuführen ist, melden Sie bitte bei mir.

SCHWEIGEPFLICHT/DATENSCHUTZ

Allen Teilnehmern wird zu Projektbeginn eine Teilnehmernummer zugewiesen. Die Listen mit den Teilnehmernummern und persönlichen Daten werden von den Untersuchungsdaten getrennt in einer verschlüsselten Datei aufbewahrt, so dass ein Zugriff durch dritte Personen nicht möglich ist.

Die Liste mit den Identifikationsnummern und persönlichen Daten wird nach Abschluss aller Untersuchungen vernichtet. Ich unterliege der Schweigepflicht und bin auf das Datengeheimnis verpflichtet. Eine Weitergabe an Personen, die nicht an der Befragung beteiligt sind, ist ausgeschlossen.

Die Untersuchungsergebnisse sollen in anonymisierter Form in meiner Doktorarbeit verwendet werden.

ERREICHBARKEIT DER PROJEKTMITARBEITERIN

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, können Sie sich natürlich jederzeit an mich wenden:

Telefon: 08221 96 29210
E-Mail: maja.stiawa@bkh-guenzburg.de

Anschrift: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
der Universität Ulm
am Bezirkskrankenhaus Günzburg
Ludwig-Heilmeyer-Straße 2
89312 Günzburg

ulm university universität ulm

CHIMPs
Children of mentally ill parents

Icons made by freepik from www.flaticon.com

ulm university universität ulm

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II am Bezirkskrankenhaus Günzburg

Prof. Dr. T. Becker
Ärztlicher Direktor

Ansprechpartnerin :
Maja Stiawa (M.A. soz.)
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Tel : 08221 96 29210
Maja.Stiawa@ bkh-guenzburg.de

Einverständniserklärung
für Kinder ab 6 Jahren
zur Befragung über soziale Netzwerke von Kindern
aus Familien mit psychisch erkrankten Eltern
im Rahmen des Projekts „Children of mentally ill parents (CHIMPs)“

Einwilligungs- Erklärung

Zur Teilnahme an einer Befragung.

Ich weiß:

Wer die Befragung macht. Das ist Maja.



ulm university universität ulm

Ich weiß, warum sie die Befragung macht.

Und worum es in der Befragung geht.

Maja darf anderen nicht verraten, was ich in der Befragung gesagt habe. Mein Name wird niemandem verraten.

Wenn ich keine Lust mehr auf die Befragung habe, muss ich nicht mehr weitermachen.

Meine Antworten werden auf einem Computer gespeichert.

Ich stimme zu

Ort, Datum: _____

Name: _____

Unterschrift: _____

Unterschrift Projektmitarbeiterin: _____

ulm university universität ulm

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II am Bezirkskrankenhaus Günzburg

Prof. Dr. T. Becker
Ärztlicher Direktor

Ansprechpartnerin :
Maja Stiawa (M.A. soz.)
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Tel : 08221 96 29210

Einverständniserklärung

für Kinder ab 13 Jahren
zur Befragung über soziale Netzwerke von Kindern
aus Familien mit psychisch erkrankten Eltern
im Rahmen des Projekts „Children of mentally ill parents (CHIMPs)“

- Mir wurde erklärt, worum es bei der Befragung geht.
- Ich stimme einer Teilnahme an der Befragung zu.
- Ich weiß, dass ich jederzeit sagen darf, dass ich mit der Befragung nicht einverstanden bin. Dann wird das Gespräch beendet und ich muss keinen Fragebogen mehr ausfüllen.
- Ich weiß, dass ich Fragen jederzeit stellen darf.
- Meine Daten, also das, was ich angekreuzt oder erzählt habe, dürfen von der Wissenschaftlichen Mitarbeiterin (*Maja Stiawa*) ausgewertet und verwendet werden, aber nur so, dass niemand später zurückverfolgen kann, was ich angekreuzt oder erzählt habe.

Ort, Datum: ----------

Dein Name: ----------

Deine Unterschrift: ----------

Ort, Datum: ----------

Vor-/Nachname (Projektmitarbeiterin): ----------

Unterschrift (Projektmitarbeiterin): ----------

1

ulm university universität ulm

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II am Bezirkskrankenhaus Günzburg

Prof. Dr. T. Becker
Ärztlicher Direktor

Ansprechpartnerin :
Maja Stiawa (M.A. soz.)
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Tel : 08221 96 29210
Maja.Stiawa@bkh-guenzburg.de

Einverständniserklärung

zur Befragung über soziale Netzwerke von Kindern aus Familien mit psychisch erkrankten Eltern im Rahmen des Projekts „Children of mentally ill parents (CHIMPs)“

Inhalt, Vorgehensweise, Risiken und Ziel des obengenannten Forschungsprojektes sowie die Befugnis zur Einsichtnahme in die erhobenen Daten hat mir *Maja Stiawa* (Studienmitarbeiterin) ausreichend erklärt.

Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen und habe hierauf Antwort erhalten.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme am Projekt zu entscheiden.

Eine Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

INFORMATION UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Sie erhoben. Die Speicherung, Auswertung und Weitergabe dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/ Krankheitsdaten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden.
2. Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass eine autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Person (z.B.: des Auftraggebers, der Universität) in meine erhobenen personenbezogenen Daten Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung des Projektes notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich den/die Projektmitarbeiter/in von der ärztlichen Schweigepflicht.

ulm university universität ulm

- Ich weiß, dass ich jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, mein Einverständnis zurückziehen kann, ohne dass sich daraus Nachteile für mich ergeben.
- Ich weiß, dass ich eventuelle Rückfragen jederzeit stellen kann.
- Ich stimme einer Teilnahme an der Befragung meines Kindes / meiner Kinder zu

Name des Kindes / der Kinder: ----------

Ort, Datum

Name (Erziehungsberechtigte/r)

Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r)

Ort, Datum

Name (Studienmitarbeiterin)

Unterschrift (Studienmitarbeiterin)

Die Inhalte des folgenden Anhangs von Seite 115 bis 183 werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht veröffentlicht:

C1: SONET_Interviewleitfaden_13 bis 18 Jahre
C2: SONET_Interviewleitfaden_6 bis 12 Jahre
D1: SONET_Testheft_13 bis 18 Jahre
D2: SONET_Testheft_6 bis 12 Jahre
E1: SONET_Protokollblatt_13 bis 18 Jahre
E2: SONET_Protokollblatt_6 bis 12 Jahre
F: SONET_Glossar

?

Falls Du noch Fragen hast, kannst Du mir eine E-Mail oder einen Brief schreiben.

Das ist meine E-Mail-Adresse:
maja.stiawa@bkh-guenzburg.de

Das ist meine Adresse:
Maja Stiawa
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm
am Bezirkskrankenhaus Günzburg
Ludwig-Heilmeyer-Straße 2
89312 Günzburg

ulm university universität uulm

CHIMPs
Children of mentally ill parents

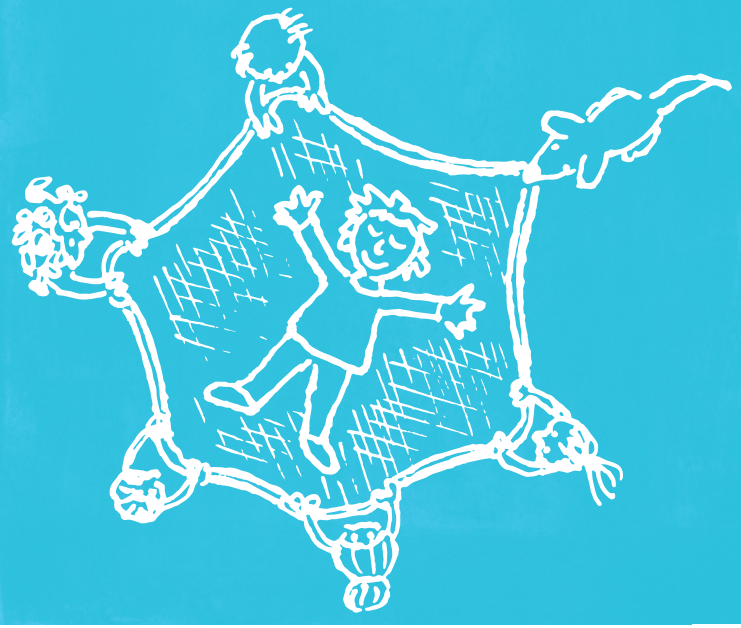
Icons made by freepik from www.flaticon.com

CHIMPs
Children of mentally ill parents

ulm university universität uulm

Information *zum* Interview *über* soziale Netzwerke

für Teilnehmer *von* 10–12 Jahren





CHIMPs
Children of mentally ill parents

ulm university universität
uulm

Hallo!
Ich bin Maja.

Ich führe ein Interview mit Kindern durch, deren Mütter oder Väter psychisch erkrankt sind. Deshalb würde ich auch Dich gerne befragen.

Vor einiger Zeit hast Du schon einmal an einer Befragung teilgenommen, bei der ich Dich zu Menschen befragt habe, die Dir wichtig sind. Jetzt würde ich gerne von Dir wissen, wie es Dir in der Zwischenzeit ergangen ist und was Du mit Deinen Freunden und Deiner Familie erlebt hast.

Deine Freunde und Deine Familie werden aber von mir nicht erfahren, was Du geantwortet hast. Denn alles, was Du während des Interviews sagst, bleibt geheim und wird von mir nicht verraten. Wenn Du hinterher mit jemandem darüber sprechen möchtest, darfst Du das aber natürlich tun.

Das Interview wird ungefähr 1 Stunde dauern.

Das Interview ist kein Test wie in der Schule. Mich interessiert nur Deine Meinung und was Du denkst. Du kannst also keine falschen Antworten geben. Wenn Du mal eine Frage nicht beantworten kannst oder nicht willst, ist das kein Problem.

Deine Teilnahme ist freiwillig. Es passiert also nichts, wenn Du nicht teilnehmen willst oder das Interview abbrechen möchtest.

Für jeden Teilnehmer gibt es am Ende einen Amazon-Gutschein im Wert von 30,- Euro.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Du Dich entscheidest, bei dem Interview mitzumachen!

? Solltest Du noch Fragen haben, kannst Du mich per E-Mail oder Brief kontaktieren:

E-Mail: **maja.stiawa@bkh-guenzburg.de**

Anschrift: **Maja Stiawa**
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie II der Universität Ulm
am Bezirkskrankenhaus Günzburg
Ludwig-Heilmeyer-Straße 2
89312 Günzburg

ulm university universität **u**ulm

CHIMPs
Children of mentally ill parents

Icons made by freepik from www.flaticon.com

CHIMPs
Children of mentally ill parents

ulm university universität **u**ulm

Information *zum* Interview *über* soziale Netzwerke

für Teilnehmer *von* 13–18 Jahren





CHIMPs
Children of mentally ill parents

ulm university universität
uulm

Hallo!

Ich bin Maja.

Ich arbeite an der Universität Ulm und führe für meine Doktorarbeit Interviews mit Jugendlichen durch, deren Mütter oder Väter psychisch erkrankt sind. Dafür suche ich noch Teilnehmer.

Worum geht es?

Vor einiger Zeit hast Du schon einmal an einer Befragung teilgenommen, bei der ich Dich zu Menschen befragt habe, die Dir wichtig sind. Jetzt würde ich gerne von Dir wissen, wie es Dir in der Zwischenzeit ergangen ist und was Du mit Freunden und Familie erlebt hast.

Wie lange dauert es?

Das Interview wird ungefähr 1 Stunde dauern.

Kann ich abbrechen?

Die Teilnahme am Interview ist natürlich freiwillig. Du kannst Deine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurücknehmen, ohne dass Dir dadurch Nachteile entstehen.

Wer erfährt von meinen Antworten?

Alle Deine Antworten, die Du während des Interviews gibst, werden streng vertraulich behandelt. Dein Name wird durch einen Nummerncode ersetzt, also anonymisiert. So wird niemand außer mir wissen, was Du geantwortet hast.

Eine Weitergabe an Personen, die nicht an der Studie beteiligt sind, ist ausgeschlossen. Nur ich weiß, welche Person zu welcher Nummer gehört. Die Listen werden in einem verschlossenen Schrank aufbewahrt. Wenn die Studie vorbei ist, werde ich diese Listen löschen.

Was bekomme ich?

Jeder Teilnehmer bekommt einen Amazon-Gutschein im Wert von 30,- Euro.

Ich würde mich sehr über Deine Teilnahme freuen!

ERREICHBARKEIT DER PROJEKTMITARBEITERIN

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, können Sie sich natürlich jederzeit an mich wenden:

E-Mail: maja.stiawa@bkh-guenzburg.de

Anschrift: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
der Universität Ulm
am Bezirkskrankenhaus Günzburg
Ludwig-Heilmeyer-Straße 2
89312 Günzburg

ulm university universität uulm

CHIMPs
Children of mentally ill parents

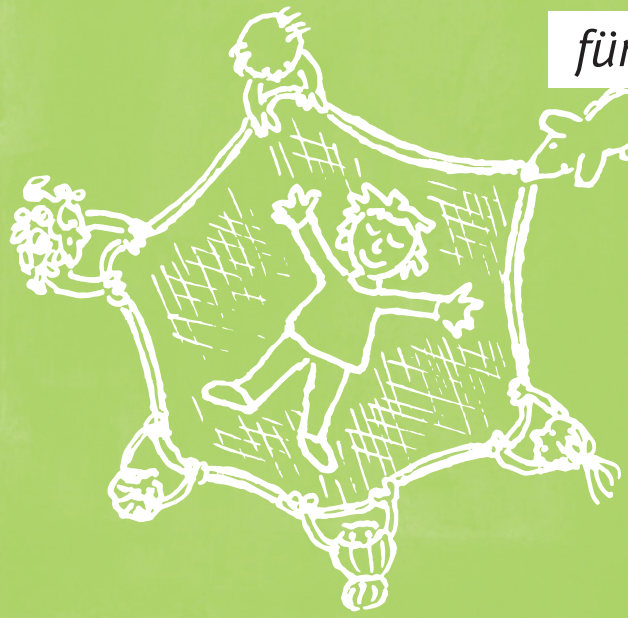
Icons made by freepik from www.flaticon.com

CHIMPs
Children of mentally ill parents

ulm university universität uulm

Information *zum* Interview *Ihres* Kindes *zu* sozialen Netzwerken

für **Eltern**



Liebe Eltern,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, die folgenden Informationen über ein Interview zu lesen, welches ich wieder im Rahmen meiner Doktorarbeit durchführe. Bei dem Interview handelt es sich um eine Ergänzung zu der ersten Befragung über soziale Netzwerke von Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil, an der Ihr Kind vor einiger Zeit bereits teilgenommen hat.

WORUM GEHT ES BEIM INTERVIEW?

Ziel des Interviews ist es, soziale Netzwerke von Kindern und Jugendlichen zu untersuchen, von denen ein Elternteil in psychiatrischer Behandlung ist. Mithilfe des Interviews möchte ich herausfinden, auf welche Weise Kinder und Jugendliche mit einem psychisch erkrankten Elternteil ihre sozialen Netzwerke entwickeln.
Die Doktorarbeit findet im Rahmen des Projekts »Children of mentally ill parents (CHIMPs)« statt, welches derzeit durch die Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg durchgeführt wird. Ziel dieses Projekts ist die Evaluation eines Beratungsangebots, welches speziell für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil entwickelt wurde.

WIE LÄUFT DAS INTERVIEW AB?

Die Befragung Ihres Kindes wird ungefähr eine Stunde dauern. Während des Interviews sind Pausen natürlich jederzeit möglich. Die Befragung findet im Studienzentrum am Bezirkskrankenhaus Günzburg statt (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg, Reisensburger Straße 30, 89312 Günzburg)

AUFWANDSENTSCHÄDIGUNG

Jeder Teilnehmer erhält einen Amazon-Gutschein im Wert von 30,– Euro. Zusätzlich erhalten Sie als Eltern eine Barauszahlung von 10,– Euro für die Fahrtkosten zum Studienzentrum.

FREIWILLIGKEIT

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Ihr Einverständnis zur Teilnahme Ihres Kindes können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen, dann werden alle bis dahin erhobenen Daten gelöscht.

CHIMPS
Children of mentally ill parents

ulm university universität ulm

VERSICHERUNG

Während der Teilnahme an dem Forschungsprojekt genießen Sie Versicherungsschutz. Das Universitätsklinikum Ulm und dessen an der Studie mitwirkende Mitarbeiter (Studienärzte, sonstiges Personal) ist haftpflichtversichert für den Fall, dass Sie durch deren Verschulden einen Schaden erleiden.
Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass Sie für die direkten Wege zum und vom Studienzentrum nicht unfallversichert sind.

SCHWEIGEPFLICHT / DATENSCHUTZ

Allen Teilnehmern wird zu Projektbeginn eine Teilnehmernummer zugewiesen. Die Listen mit den Teilnehmernummern und persönlichen Daten werden von den Untersuchungsdaten getrennt in einer verschlüsselten Datei aufbewahrt, so dass ein Zugriff durch dritte Personen nicht möglich ist. Die Liste mit den Identifikationsnummern und persönlichen Daten wird nach Abschluss aller Untersuchungen vernichtet. Ich unterliege der Schweigepflicht und bin auf das Datengeheimnis verpflichtet. Eine Weitergabe an Personen, die nicht an der Befragung beteiligt sind, ist ausgeschlossen. Die Untersuchungsergebnisse sollen in anonymisierter Form in meiner Doktorarbeit und wissenschaftlichen Publikationen verwendet werden.

ERREICHBARKEIT DER STUDIENMITARBEITERIN

Falls Sie zum Ablauf oder Inhalt des Interviews noch Fragen haben, können Sie sich natürlich gerne jederzeit per E-Mail bei mir melden (maja.stiawa@bkh-guenzburg.de).
Nochmals vielen lieben Dank für Ihre Unterstützung und Mithilfe bei der Durchführung des Projekts!

Mit freundlichen Grüßen



Maja Stiawa

ulm university universität ulm

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II am Bezirkskrankenhaus Günzburg

Prof. Dr. T. Becker
Ärztlicher Direktor

Ansprechpartnerin :
Maja Stiawa (M.A. soz.)
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Tel : 08221 96 29212
Maja.Stiawa@ bkh-guenzburg.de

Einverständniserklärung
für Kinder ab 6 Jahren
zur Befragung über soziale Netzwerke von Kindern
aus Familien mit psychisch erkrankten Eltern
im Rahmen des Projekts „Children of mentally ill parents (CHIMPs)“

Einwilligungs- Erklärung

Zur Teilnahme an einer Befragung.

Ich weiß:

Wer die Befragung macht. Das ist Maja.



Ich weiß, warum sie die Befragung macht.

ulm university universität ulm

Und worum es in der Befragung geht.

Maja darf anderen nicht verraten, was ich in der Befragung gesagt habe. Mein Name wird niemandem verraten.

Wenn ich keine Lust mehr auf die Befragung habe, muss ich nicht mehr weitermachen.

Meine Antworten werden auf einem Computer gespeichert.

Ich stimme zu

Ort, Datum: _____

Name: _____

Unterschrift: _____

Unterschrift Projektmitarbeiterin: _____

ulm university universität ulm

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II am Bezirkskrankenhaus Günzburg

Prof. Dr. T. Becker
Ärztlicher Direktor

Ansprechpartnerin :
Maja Stiawa (M.A. soz.)
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Tel : 08221 96 29212
Maja.Stiawa@ bkh-guenzburg.de

Einverständniserklärung

für Kinder und Jugendliche
zur Befragung über soziale Netzwerke von Kindern
aus Familien mit psychisch erkrankten Eltern
im Rahmen des Projekts „Children of mentally ill parents (CHIMPs)“

- Mir wurde erklärt, worum es bei der Befragung geht.
- Ich stimme einer Teilnahme an der Befragung zu.
- Ich weiß, dass ich jederzeit sagen darf, dass ich mit der Befragung nicht einverstanden bin. Dann wird das Gespräch beendet.
- Ich weiß, dass ich Fragen jederzeit stellen darf.
- Was ich erzählt habe, darf von der Wissenschaftlichen Mitarbeiterin (*Maja Stiawa*) ausgewertet und verwendet werden, aber nur so, dass niemand später zurückverfolgen kann, was ich erzählt habe.

Ort, Datum: ----------

Dein Name: ----------

Deine Unterschrift: ----------

Ort, Datum: ----------

Vor-/Nachname (Projektmitarbeiterin): ----------

Unterschrift (Projektmitarbeiterin): ----------

ulm university universität ulm

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II am Bezirkskrankenhaus Günzburg

Prof. Dr. T. Becker
Ärztlicher Direktor

Ansprechpartnerin :
Maja Stiawa (M.A. soz.)
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Tel : 08221 96 29212
Maja.Stiawa@ bkh-guenzburg.de

Einverständniserklärung

zur Befragung über soziale Netzwerke von Kindern aus Familien mit psychisch erkrankten Eltern im Rahmen des Projekts „Children of mentally ill parents (CHIMPs)“

Inhalt, Vorgehensweise, Risiken und Ziel des obengenannten Forschungsprojektes sowie die Befugnis zur Einsichtnahme in die erhobenen Daten hat mir *Maja Stiawa* (Studienmitarbeiterin) ausreichend erklärt.

Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen und habe hierauf Antwort erhalten.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme am Projekt zu entscheiden.

Eine Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

INFORMATION UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Sie erhoben. Die Speicherung, Auswertung und Weitergabe dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/ Krankheitsdaten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden.
2. Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass eine autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Person (z.B.: des Auftraggebers, der Universität) in meine erhobenen personenbezogenen Daten Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung des Projektes notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich den/die Projektmitarbeiter/in von der ärztlichen Schweigepflicht.

ulm university universität ulm

- Ich weiß, dass ich jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, mein Einverständnis zurückziehen kann, ohne dass sich daraus Nachteile für mich ergeben.
- Ich weiß, dass ich eventuelle Rückfragen jederzeit stellen kann.
- Ich stimme einer Teilnahme an der Befragung meines Kindes / meiner Kinder zu

Name des Kindes / der Kinder: ----------

Ort, Datum

Name (Erziehungsberechtigte/r)

Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r)

Ort, Datum

Name (Studienmitarbeiterin)

Unterschrift (Studienmitarbeiterin)

Leitfaden I Kinder 10 - 12 Jahre			
Hinführung zum Interview			
Vielleicht kannst du dich erinnern, dass ich Kinder befrage, deren Eltern es eine Zeitlang nicht so gut ging und die deshalb vielleicht auch in einem Krankenhaus waren. Wir haben uns ja schon einmal getroffen. Damals hast du auf einem Zettel Personen angegeben, die dir wichtig sind und gut tun, aber vielleicht auch Personen, bei denen du dich nicht so wohlfühlst, zum Beispiel, weil du dich mit ihnen viel streitest. Heute möchte ich dich noch einmal befragen. Das, was du auf dem Zettel angegeben hast, habe ich hier auf diesem Blatt einmal aufgemalt. Wenn du nachher etwas erzählst, kannst du das mit Hilfe des Blattes tun. Alles was du sagst, wird vertraulich behandelt, das heißt, niemand weiß, welche Antworten du gegeben hast. Antworte auf die einzelnen Fragen einfach ganz spontan. Du kannst nichts falsch machen, es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wenn du eine Pause machen willst oder nicht mehr weiter erzählen willst, dann sag einfach Bescheid und dann hören wir auf. Hast du noch Fragen? Wenn nicht, dann schalte ich jetzt das Aufnahmegerät an.			
Erzählimpuls	**Immanente Nachfragen**	**Anmerkungen/Beachten**	**Hintergrund/Forschungsinteresse**
Ich würde gerne von dir wissen, wie das für dich war, als es deinem Vater/deiner Mutter nicht gut ging und mit wem du da besonders viel Zeit verbracht hast.	Hast du in der Zeit mit jemandem darüber gesprochen, was dich beschäftigt? Wenn ja, mit wem? Wie hat er/sie reagiert? Welche Dinge habt ihr zusammen gemacht? Warum hat dir das geholfen?	***Blatt mit visualisiertem Netzwerk als Stütze verwenden*** Je nach NW verschiedene Orte/Situationen abfragen: • Schule • Freizeit • Vereine • Ferien • Wochenende	Qualität des Alltags vor Hintergrund der psychischen Erkrankung des Elternteils Welchen Kontakten wird was anvertraut/mit wem reden Kinder über was? Was macht den Kontakt zu dieser Person so wertvoll?
Mit wem wolltest du keine Zeit mehr verbringen?	Was hättest du dir von ihm/ihr gewünscht?		Warum werden Kontakte abgebrochen? Welche Formen der Unterstützung wären notwendig? Was hat gefehlt?

Wie war es für dich, mit einem Therapeuten zu sprechen?		Falls Kontakt zu Therapeut/Behandler	Wie wird professionelle Unterstützung wahrgenommen/angenommen?
Gibt es jemanden, der heute sehr wichtig für dich ist, den du damals noch nicht kanntest/ genannt hast?	Warum ist er/sie wichtig für dich?		Was wird als wichtig erachtet? Positiver Abschluss

Leitfaden I Jugendliche 13 - 18 Jahre			
Hinführung zum Interview			
Vielleicht kannst du dich erinnern, dass ich Befragungen mit Kindern und Jugendlichen durchführe, deren Eltern eine psychische Erkrankung haben und vielleicht auch in der Klinik waren. Wir haben dazu ja schon ein gemeinsames Gespräch geführt, bei dem du in einer Tabelle alle Personen angegeben hast, die für dich hilfreich oder belastend sind. Heute möchte ich ein weiteres Interview mit dir führen. Deine Angaben aus dem ersten Gespräch habe ich hier auf diesem Blatt einmal aufgemalt, damit wir während des Interviews noch einmal draufschauen können. Alle Deine Angaben, die Du während des Interviews machst, werden streng vertraulich behandelt, das heißt, niemand weiß, welche Antworten du gegeben hast. Antworte auf die einzelnen Fragen einfach so, wie es für dich zutrifft. Antworte einfach ganz spontan. Überlege nicht, was den besten Eindruck machen könnte. Dies ist nicht wichtig; es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wenn du eine Pause machen willst oder nicht mehr weiter erzählen willst, dann sag einfach Bescheid und dann hören wir auf. Hast du noch Fragen? Wenn nicht, dann schalte ich jetzt das Aufnahmegerät an.			
Erzählimpuls	**Immanente Nachfragen**	**Anmerkungen/Beachten**	**Hintergrund/Forschungsinteresse**
Ich würde gerne von dir wissen, wie das für dich war, als es deinem Vater/deiner Mutter psychisch nicht gut ging und mit wem du da besonders viel Zeit verbracht hast.	Hast du in der Zeit mit jemandem darüber gesprochen, was dich beschäftigt? Wenn ja, mit wem? Wie hat/haben die Person/en reagiert? Welche Dinge habt ihr zusammen gemacht? Warum hat dir das geholfen?	***Blatt mit visualisiertem Netzwerk als Stütze verwenden*** Je nach NW verschiedene Orte/Situationen abfragen: • Schule • Freizeit • Vereine • Ferien • Wochenende	Qualität des Alltags vor Hintergrund der psychischen Erkrankung des Elternteils Welchen Kontakten wird was anvertraut/mit wem reden Kinder über was? Was macht den Kontakt zu dieser Person so wertvoll?
Mit wem wolltest du keine Zeit mehr verbringen?	Was hättest du dir von ihm/ihr gewünscht?		Warum werden Kontakte abgebrochen? Welche Formen der Unterstützung wären notwendig? Was hat gefehlt?

Wie war es für dich, mit einem Therapeuten zu sprechen?		Falls Kontakt zu Therapeut/Behandler	Wie wird professionelle Unterstützung wahrgenommen/angenommen?
Gibt es jemanden, der heute sehr wichtig für dich ist, den du damals noch nicht kanntest/ genannt hast?	Warum ist er/sie wichtig für dich?		Was wird als wichtig erachtet? Positiver Abschluss

Code-Nummer: **Datum:**



Sportverein



Familie



Psychologin



Schule



Freunde



Verwandte

Tabelle 15

Kinder psychisch erkrankter Eltern: Summary Grid - Qualitative Erhebung. Teilnehmer*innen der Multicenterstudie CHIMPs. Erhoben an: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Erhebungszeitraum: Juni 2018 bis Februar 2019.

Variablen	Antonia	Helene	Tom	Julian
Familiäre Situation heute				
	Familie verbringt viel Zeit miteinander. Hauptbezugsperson ist Vater (gesunder Elternteil). Beschreibt, dass das Verhältnis zur Mutter mit der Zeit besser wurde und heute freundschaftlich ist. Beschreibt, dass die Erkrankung der Mutter ist ein Stück weit Normalität geworden ist und zum Alltag dazu gehört.	Beschreibt, dass sich das Verhältnis zu den Eltern im Vergleich zu früher verbessert hat: Sie reden offen miteinander, besprechen Probleme, haben Interesse aneinander.	Beschreibt, dass es früher mehr Aktivitäten und Ausflüge mit der Familie gab, heute kaum noch. Beschreibt, dass ihm diese manchmal fehlen, er sich jedoch auch daran gewöhnt hat. Beschreibt eine Schlechte Beziehung zum Vater (erkrankter Elternteil), nebeneinander her leben, bereden mittlerweile nur noch das Nötigste. Weder Vater noch Sohn wollen/können momentan diese Situation ändern. Beschreibt, dass die Mutter unter der schlechten Beziehung zwischen Vater und Sohn leidet und versucht, diese zu verbessern. Beschreibt, dass das Verhältnis zur Mutternach wie vor gut ist. Es gibt kaum Gespräche zw. Mutter und Sohn über die Erkrankung des Vaters. Beschreibt, dass sie wichtig für ihn ist, weil er mit ihr trotzdem über alles reden kann.	Beschreibt momentan (noch immer) schwierige Beziehung zum Vater (erkrankter Elternteil). Ursachen für Konflikte: Unterschiedliche Arbeitsauffassungen, hohe Erwartungen des Vaters an seine eigene Arbeitsleistung und Arbeitsbereitschaft von Julian sowie dessen Mitarbeit auf dem Hof. Julian beschreibt, dass seine eigenen Ziele und Wünsche vom Vater nicht berücksichtigt werden. Konflikte über Auszug vom Elternhaus. Beschreibt, dass Vater schnell gereizt ist, Streit mit Vater eskaliert schnell, bei Konflikten schreien sich beide häufig an.
Familiäre Situation während Erkrankung des Elternteils				
	Mit ungefähr neun oder zehn Jahren bekommt Antonia die Erkrankung der Mutter mit. Sie beschreibt diese während dieser Zeit als streng und ungeduldig.	Beschreibt Anspannungen und Veränderungen innerhalb der Familie ohne sie einordnen zu können. Die Erkrankung des Vaters wird ihr gegenüber zunächst nicht offengelegt.		
Verhaltensbeschreibung/-änderung/ Symptomatik erkranktes Elternteil				
	Nimmt die Erkrankung der Mutter mit ca. neun oder zehn Jahren wahr. Beschreibt bestimmte Verhaltensweisen der Mutter als Merkmale einer Erkrankung, zum Beispiel häufiges	Beschreibt Vater (erkrankter Elternteil) als Belastung für Familie. Beschreibt Distanz zum Vater.	Beschreibt Verhaltensänderungen beim Vater (z.B. schnell reizbar), diese werden zunächst nicht mit einer psychischen Erkrankung in Zusammenhang gebracht. Beschreibt, dass sich bestimmte	Beschreibt schwierige familiäre Situation während der Erkrankung des Vaters, er ist oft gereizt, schlecht gelaunt und Kleinigkeiten führen häufig zu Konflikten.

Händewachen oder Vermeidung, etwas Dreckiges anzufassen.		Verhaltensweisen verstärken. Beschreibt, dass Vater sich nicht mehr in ihn hineinversetzen kann aufgrund fehlender Ressourcen durch Erkrankung und dass die Beziehung mit der Zeit schlechter wurde.	
└ konflikthafte Auseinandersetzung			
Beschreibt, dass die Mutter bei Fehlern/ Zwischenfällen sehr streng war und viel geschimpft hat, beschreibt dies als belastend. Vertraut sich in kritischen Situationen eher ihrem Vater an, empfindet ihn in solchen Situationen als verständnisvoller. Beschreibt Konflikte mit der Mutter, wenn sie sich nicht nach (krankheitsbedingten) Wünschen der Mutter richten will. Beschreibt, dass sie Anweisungen der Mutter zu Beginn der Erkrankung oft folgt, um ihr einen Gefallen zu tun, sie jedoch damals schon erkennt, dass ein solches Verhalten nicht der Norm entspricht.		Beschreibt, dass sich im Laufe der Erkrankung die Beziehung zum Vater verschlechtert, bis es zu einer Eskalation kommt. Begründet Konflikt mit einem Mangel an Ressourcen des Vaters, jemand anderen zu verstehen sowie mit eigenem pubertärem Verhalten.	Beschreibt, dass das Verhalten des Vaters innerhalb der Familie zu Konflikten führt, die vor allem zw. Ihm und seinem Vater bestehen. Zum Teil beendet er Konflikte, indem er weggeht, was er selbst nicht als richtig empfindet. Beschreibt, dass er sich mit zunehmendem Alter wehrt zurück schreit. Nach Konflikten ist die Mutter eine wichtige Ansprechpartnerin für ihn, weil sie Besprochenes für sich behält. Die Schwester nimmt bei Konflikten eine beschwichtigende und abpuffernde Rolle ein, sie interveniert bei Konflikten und vermeidet eine weitere Eskalation.
└ Rolle gesundes Elternteil			
Beschreibt, dass sie sich im Falle von Konflikten oder Problemen eher dem Vater (gesunder Elternteil) anvertraut, weil dieser verständnisvoller reagiert.		Beschreibt, dass die Mutter versucht, Beziehung zwischen ihm und Vater zu verbessern.	Beschreibt, dass es eher zu Konflikten kommt, wenn Mutter nicht zu Hause ist, auch scheint sie dafür zu sorgen, dass Konflikte nicht weiter eskalieren. Die Mutter versucht zwischen ihm und Vater zu vermitteln.
— Distanz zwischen Familienmitgliedern			
└ Gleichgültigkeit			
	Befragte beschreibt eher distanziertes Verhältnis zu Vater, Mutter und Brüdern. Über Persönliches wird nicht gesprochen. Sie leben eher nebeneinander her statt miteinander. Die Erkrankung des Vaters	Beschreibt Verhältnis zum Vater als eher distanziert und gleichgültig, welches mit der Erkrankung des Vaters schlechter wurde. Er zeigt kein Interesse daran, dass sich das Verhältnis zu seinem Vater wieder bessert.	

	nimmt sie eher gleichgültig zur Kenntnis.		
└ Fehlendes Verständnis füreinander			
		Maßnahmen, mit denen die Familie versucht, mehr miteinander ins Gespräch zu kommen, helfen nur sehr kurzfristig und scheitern letztlich an fehlender Offenheit für die Meinung anderer.	Beschreibt, dass er sich vom Vater nicht verstanden fühlt. Bezieht sich auf die Mutter, um zu verdeutlichen, dass sein Standpunkt berechtigt ist.
└ Fehlende / gescheiterte Kommunikation			
	Zu Beginn der Erkrankung wird innerhalb der Familie wenig miteinander gesprochen.	Familiengespräche im Rahmen einer psychologischen Beratung scheitern. Über die Erkrankung des Vaters wird innerhalb der Familie wenig geredet.	Beschreibt Schwierigkeiten mit dem erkrankten Vater zu sprechen. Spricht mit Mutter über die Erkrankung, gemeinsame Gespräche mit dem Vater dazu scheint es nicht zu geben. Gespräche zwischen Vater und Sohn scheint es eher während oder nach einem Konflikt zu geben.
Umgang mit Erkrankung innerhalb der Familie			
└ Offenlegung			
Die Mutter geht innerhalb der Familie offen mit der Erkrankung um. Das dadurch erworbene Wissen wird als hilfreich für den weiteren Umgang mit der Situation beschrieben.	Beschreibt Anspannungen und Veränderungen innerhalb der Familie ohne sie einordnen zu können, weil die Erkrankung des Vaters ihr gegenüber zunächst nicht offengelegt wird. Die Erkrankung wird mit Überarbeitung und schwierigen Arbeitsverhältnissen begründet, die Diagnose Depression wird nicht benannt. Es ist unbekannt, ab wann der Vater erkrankt war.	Erfährt (auf eigene Initiative) erst etwas über die Erkrankung des Vaters, als dieser stationär in einer psychiatrischen Klinik in Behandlung ist. Eine Aufklärung über die Erkrankung erfolgt im Rahmen einer psychologischen Beratung.	Innerhalb der Familie wird nicht gemeinsam über die Erkrankung des Vaters gesprochen. Die Mutter bietet an, ihn über die Erkrankung zu informieren. Der Vater redet nicht mit ihm über seine eigenen Empfindungen in Bezug auf die Erkrankung. Der Verlauf der Erkrankung wird bis heute nicht offen innerhalb der Familie angesprochen.
└ Begründung für Erkrankung			
	Die Erkrankung wird mit Überarbeitung und schwierigen Arbeitsverhältnissen begründet.		

└ Inanspruchnahme professionelles Hilfesystem				
			Vater nimmt stationäre psychiatrische Behandlung in Anspruch. Zu diesem Zeitpunkt fragt er den Vater nach dem Grund der stationären Aufenthalte. Über die Diagnose erfährt er erst etwas in einer Familienberatung. Die Einzelgespräche der Beratung findet er hilfreich. Beschreibt, dass Vorschläge zur Verbesserung der Kommunikation und um die ein gegenseitiges Verständnis fördern sollten, in der Familie nur kurzzeitig umgesetzt werden konnten, u.a. weil die Meinung eines andren schwer akzeptiert wird.	Die Mutter schlägt dem Vater vor, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Es kommt zu Terminen bei einer Psychotherapeutin, die dann jedoch vom Vater abgebrochen werden.
└ Umgang des Kindes mit der Situation eines erkrankten Elternteils				
└ Verantwortung übernehmen – Elternteil in Schutz nehmen				
	Nimmt ihre Mutter gegenüber ihrem Opa in Schutz, indem sie ihn darüber aufklärt, dass Verhalten der Mutter krankheitsbedingt ist.			
└ Verantwortung übernehmen - Angemessenheit d. Verhaltens selber einschätzen lernen				
	Beschreibt, dass sie mit zunehmendem Alter das Verhalten der Mutter reflektiert und entscheidet selber, wie angemessen sie diese Regeln findet und ob sie diese umsetzen möchte. Sie steht zu ihrer Meinung und setzt durch, dass sie diese Entscheidungen für sich und ihren persönlichen Bereich trifft.			
└ Verantwortung übernehmen – therapeutisches Verhalten				
	Beschreibt, dass sie die Regeln der Mutter ignoriert um ihr zu zeigen, dass ein Abweichen von ihren Regeln keine negativen gesundheitlichen Konsequenzen hat. Ihre Herangehensweise sieht sie bestätigt durch die			

Empfehlungen der Therapeutin. Hat den Eindruck, dass ihr Verhalten auch der Mutter hilft.			
└ Verantwortung übernehmen - Begründung			
Nimmt Mutter gegenüber ihrem Opa in Schutz, weil sie weiß, dass das Verhalten der Mutter krankheitsbedingt ist. Zugleich möchte sie ihrer Mutter zeigen, dass eine Abweichung von ihren Verhaltensregeln keine schlimmen Konsequenzen hat und hat den Eindruck, dass es der Mutter hilft, wenn sie ihr dieses alternative Verhalten vorlebt. Um ihre Herangehensweise zu unterstreichen, bezieht sie sich auf die Aussage der Therapeutin ihrer Mutter. Dass sie die Regeln der Mutter ignoriert, begründet sie zudem mit ihrem persönlichen Bereich, in dem sie ihre eigenen Regeln festlegen möchte.			
└ Vermeidendes Verhalten			
Richtet sich zu Beginn der Erkrankung nach den Regeln der Mutter, obwohl sie diese für unsinnig hält. Beschreibt Konflikte, wenn sie Regeln in Frage gestellt hat. Am Anfang ist es ihr peinlich, die Regeln der Mutter auch von Freunden einzufordern, die zu Besuch sind.		Nimmt die Beziehung zum Vater hin, hat sich mit der Situation arrangiert. Er unternimmt viel außerhalb der Familie (teilweise Internatsbesuche, unternimmt viel mit Freunden).	
└ Vermeidendes Verhalten - Begründung			
Richtet sich zu Beginn der Erkrankung nach den Regeln der Mutter um ihr einen Gefallen zu tun.		Vermeidet aktive Auseinandersetzung mit Eltern, beschreibt ihr Verhalten als kontrollierend und stressig, entzieht sich diesem, indem er geht. Beschreibt, dass er sich mit der schlechten Beziehung zum Vater abgefunden hat.	
└ Widerstand			

Ignoriert die Regeln der Mutter in ihrem persönlichen Bereich (eigenes Zimmer). Beschreibt diese Regeln als übertrieben und beschreibt sie mitunter ironisch.		Beschreibt, dass sich mit der Erkrankung des Vaters die Beziehung zw. Ihnen verschlechtert. Als Ursache dafür beschreibt er auch sein eigenes Verhalten während der Pubertät, was letztlich zu einem großen Konflikt führte.	Verwehrt sich gegen Erwartungshaltungen des Vaters, setzt ihm seine eigenen Vorstellungen entgegen, was zu Konflikten führt, in denen sie sich gegenseitig auch anschreien. Konflikte innerhalb der Familie hauptsächlich zw. ihm und Vater.
└ Widerstand - Begründung			
		Als Ursache dafür beschreibt er auch sein eigenes Verhalten während der Pubertät, was letztlich zu einem großen Konflikt führte.	Begründet sein Verhalten gegenüber dem Vater mit dem Gefühl, sich bedrängt zu fühlen.
└ Nicht beteiligt sein			
	Beschreibt distanzierte Beziehung zum Vater zu Beginn seiner Erkrankung. Nimmt die Erkrankung des Vaters eher gleichgültig zur Kenntnis. Sie spricht nicht mit ihrem Vater, wie es ihm mit der Erkrankung geht und nimmt die Erkrankung hin. Auch erfolgt keine Aufklärung seitens der Eltern. Beschreibt, dass sie die Erkrankung des Vaters nicht verstanden hat.	Beschreibt distanziert und sachlich von der Diagnose des Vaters und der Verschlechterung der Beziehung. Er beschreibt nie die Situation seines Vaters oder wie dieser seine Situation und die Erkrankung wahrnimmt. Mittlerweile hat er sich mit der Situation abgefunden und hat kein Interesse, die Situation zu verändern. Er möchte das Thema innerhalb der Familie lassen und hat kein Interesse, es in seiner Freizeit außerhalb der Familie zu thematisieren.	Beschreibt ein distanziertes Verhältnis zum Vater und dessen Erkrankung. Er ist nicht über den Verlauf der Erkrankung seines Vaters in den letzten Jahren informiert und hat keine Vorstellung davon, was die Erkrankung für den Vater bedeutet. Ebenso nimmt er hin, dass die Behandlung vom Vater abgebrochen wurde.
└ Nicht beteiligt sein - Begründung			
	Distanzierte Beziehung zwischen Vater und Tochter als möglicher Grund, dass Tochter die Erkrankung des Vaters unbeteiligt hinnimmt.	Befragter beschreibt eigene Enttäuschung vom Verhalten des Vaters. Befragter beschreibt, dass die Erkrankung den Vater in einer Weise einnimmt, dass dieser keine Ressourcen mehr hat, sich in den Sohn und seine Wahrnehmung hineinzuversetzen, was letztlich zu einem Abbruch der Beziehung führt.	
└ Offenlegung der Erkrankung des Elternteils gegenüber Freunden / Kollegen			

	Offenlegung ggü. Freunden erfolgte erst im Laufe der Zeit.	Erkrankung des Vaters wird gegenüber bester Freundin offengelegt. Das Thema wird zwischen den Freundinnen wenig thematisiert.	Eine Offenlegung im Freundeskreis erfolgt nur gegenüber der besten Freundin, weil er ihr am meisten vertraut.	Die Erkrankung wird gegenüber Freunden und Kollegen offengelegt. Die Offenlegung gegenüber Kollegen erfolgt vor allem, damit eigenes Verhalten (z. B. nach Streit mit Vater) von den Kollegen eingeordnet werden kann und keiner weiteren Klärung bedarf.
	└ Keine Offenlegung			
	Verschiedene Beziehungsqualitäten bei Freunden und bester Freundin. Nur mit bester Freundin wurde über Erkrankung der Mutter gesprochen.	Mit Ausnahme der besten Freundin wird die Erkrankung gegenüber den Freunden nicht offengelegt. Beschreibt, dass sie Krankschreibung des Vaters mit körperlicher Erkrankung begründet.	Die Freunde sind über die schlechte Beziehung zum Vater informiert, kennen jedoch den Grund nicht. Beschreibt, dass es vielleicht geholfen hätte, offener mit Freunden zu reden.	
	└ Reaktion von Freunden auf Offenlegung			
	Freunde reagieren verständnisvoll und unterstützend auf die Offenlegung.	Unsicherheit über die Reaktion der Freundin nach Offenlegung der Erkrankung des Vaters. Freundin reagiert verwirrt und mit Mitleid auf die Offenlegung der Erkrankung des Vaters. In der Folge wird das Thema zwischen den Freundinnen wenig thematisiert.	Freundin reagiert verständnisvoll, jedoch auch hilflos.	
	└ Auswirkungen der Offenlegung			
	Beschreibt das Dilemma, ihren Freunden nicht in ihren Augen normales Verhalten zu verbieten und gleichzeitig den Regeln der Mutter zu entsprechen. Die Offenlegung der Erkrankung gegenüber Freunden ist eine Erleichterung, weil sich die Freunde der Regeln bewusst sind.			Die Offenlegung gegenüber Kollegen erfolgt vor allem, damit eigenes Verhalten (zum Beispiel nach einem Streit mit dem Vater) von den Kollegen eingeordnet werden kann und keiner weiteren Klärung bedarf.
	└ Bedingungen für Offenlegung			
	Verschiedene Beziehungsqualitäten bei Freunden und bester Freundin. Nur mit bester Freundin wurde über Erkrankung der Mutter gesprochen.		Vertrauen als Bedingung für Offenlegung. Interesse, auch außerhalb des Elternhauses über Erkrankung des Vaters und familiäre Situation zu sprechen, was hier nicht gegeben war.	

Unterstützung			
Professionelles Hilfesystem			
Es wurde eine Logopädin in Anspruch genommen. *Die Familie hat eine Familienberatung in Anspruch genommen, welche von der Tochter jedoch nicht angesprochen wird.*	Beschreibt therapeutische Behandlung aufgrund eigener psychischer Probleme. Beschreibt große Unterschiede zwischen der Herangehensweise der Therapeutinnen und dem Therapieerfolg. Im Rahmen ihres Klinikaufenthalts nimmt Familie an Familientherapie teil. Beschreibt, dass diese maßgeblich dazu beiträgt, die Kommunikation und Offenheit innerhalb der Familie zu verbessern.	Aufklärung über Erkrankung erfolgt bei Familienberatung.	Es gab eine gemeinsame Beratungseinheit zusammen mit den Eltern bei einer Psychotherapeutin, danach wurde die Beratung vom Vater abgebrochen. Keine Erinnerung an Inhalt der Beratung. Keine weiteren Angebote in Anspruch genommen.
Situationen, in denen Unterstützung gesucht wird			
Vater ist während der Erkrankung der Mutter die Vertrauensperson, vertraut ihm vieles an.		In der Zeit, in der Vater krank geworden ist, viel außerhalb des Elternhauses unternommen.	Sucht Unterstützung nach einem Streit mit dem Vater, in persönlichen Gesprächen oder Telefonaten.
Unterstützendes Verhalten			
Puffer in Konfliktsituationen			
			Die Schwester sowie die Mutter wirken beschwichtigend bzw. intervenieren in Konfliktsituationen zwischen Vater und Sohn.
Interesse zeigen / Nachfragen			
			Nachfragen und Interesse zeigen nach einem Streit mit dem Vater ist unterstützend.
Immer als Ansprechpartner zur Verfügung stehen			
Kann sich immer an den Vater wenden.			Immer als Ansprechpartner zur Verfügung stehen wirkt unterstützend.
Liebevolles umsorgen			
Die Oma umsorgt die Enkelin liebevoll.			

└ Wertschätzende Ratschläge für Umgang miteinander			
Vater gibt wertschätzende Rückmeldung und Hilfestellung im Umgang mit der psychisch erkrankten Mutter.			
└ Keine oberflächlichen Gespräche			
	Mit Freunden können ernsthafte und tiefergehende Dinge besprochen werden, auch gegenseitig von Problemen berichtet werden.	tiefergehende Gespräche mit Freunden sind unterstützend.	
└ Verständnis haben			
Vater, Freunde und die Patentante werden als sehr verständnisvoll beschrieben. Vater bei Alltagsproblemen und in Bezug auf den Umgang mit der erkrankten Mutter verständnisvoll und wertschätzend. Freunde werden ebenfalls als verständnisvoll und unterstützend beschrieben, jedoch ohne Begründung. Die Tante ist verständnisvoll und Ansprechpartner.	Aufgrund eigener Erfahrungen haben die Freunde Verständnis für die Situation.	Verständnis nach Offenlegung.	
└ Anvertrautes nicht weitererzählen			
			Das Vertrauen darauf, dass Gesprächsinhalte geheim bleiben, ist wichtige Voraussetzung dafür, anderen etwas anzuvertrauen.
└ Über alles reden können			
Der Tante kann sehr persönliches anvertraut werden.	Über persönliches zu reden ist unterstützend. Redet vor allem mit der Vertrauenslehrerin und der besten Freundin.	Sich anderen anvertrauen können ist vor allem wichtig, wenn die Situation zu Hause schwierig ist.	Es ist befreiend und unterstützend, Erlebtes erzählen zu können.
└ Zuhören			
		Es ist unterstützend, wenn andere immer zuhören.	Gehört zu werden ist unterstützend.
└ Gemeinsame Unternehmungen			

Gemeinsame Unternehmungen wie gemeinsame Übernachtungen, Kino und Stadtbummel bringen Normalität und Ablenkung.	Etwas gemeinsam unternehmen ist unterstützend.	Gemeinsame Unternehmungen, am Wochenende rauskommen: Gemeinsame Unternehmungen, Städtereisen, Einkaufstouren bieten Ablenkung und sorgen für Normalität.	Gemeinsame Unternehmungen stellen Normalität her und verbinden.
└ Bedingungen, die Unterstützung ermöglichen			
Viel gemeinsame Zeit verbringen.	Vertrauen als Bedingung, sich jemandem anzuvertrauen.	Viel gemeinsame Zeit verbringen.	Viel gemeinsame Zeit verbringen.
└ Beste/r Freund/in			
Differenziert in der Beziehung zwischen Freunden und bester Freundin. Beste Freundin ist Bedingung für Offenlegung.	Die Erkrankung des Vaters wird gegenüber der besten Freundin offengelegt. Anderen Freunden oder Bekannten werden andere Begründungen genannt, wie eine körperliche Erkrankung.	Offenlegung gegenüber bester Freundin	
└ Gleiche Hobbies			
	Freundschaft hat sich verstärkt, weil beide die gleichen Freizeitinteressen haben.		Gemeinsame Interessen, zum Beispiel gemeinsam am Bus schrauben.
└ Ähnliche Erfahrungen / Probleme			
Beschreibt, dass die gemeinsame Zeit mit dem Vater zu Hause während eines Kuraufenthaltes der Mutter noch enger zusammengeschweißt hat.			Sich gegenseitig von seinen Problemen zu erzählen, verbindet und ermöglicht Normalisierung.
└ Vertrauen			
	Vertrauen als Bedingung, sich zu öffnen.		Vertrauen als Voraussetzung, dass man alles erzählen kann.
└ Örtliche Nähe			
Örtliche Nähe der Großeltern ermöglicht häufige Besuche bei Großeltern und nach wie vor engen Kontakt. Es bestehen viele Kontakte zu Freunden,		Es ist schwierig, Freundschaften über die Distanz zu erhalten.	Weitere Fahrtzeit sorgt dafür, dass man sich weniger sieht und weniger über privates austauscht

die in unmittelbarer Nähe oder im Nachbarort wohnen.			
└ Unterstützende Personen			
└ Geschwister			
			Schwester verhindert weitere Eskalation des Konflikts. Auch Schwester, die nicht mehr zu Hause wohnt, erkundigt sich nach ihm nachdem es Streit mit dem Vater gab.
└ Vertrauenslehrerin			
	Vertrauenslehrerin als erste Person, denen gegenüber Erkrankung des Vaters und eigene psychische Probleme offengelegt werden. Vertraut ihr persönliches an, worüber sie mit sonst niemandem sprechen konnte. Kennen sich bereits mehrere Jahre, Lieblingslehrerin.		
└ Verwandte			
Beschreibt viele unterstützende Personen im familiären Umfeld. Vater und Geschwister sowie die Großeltern, die immer für sie da waren und sind sowie die Patentante, die einerseits viel Ablenkung bietet, andererseits ein verständnisvoller Gesprächspartner ist.		Tante bietet Abwechslung, ermöglicht rauskommen aus Elternhaus, ist wie eine Mischung aus Mutter und Freundin.	
└ Gesunder Elternteil			

	Der Vater (gesunder Elternteil) gibt wertschätzende Rückmeldung in Bezug auf ihren Umgang mit ihrer erkrankten Mutter und leistet auf diese Weise emotionale Unterstützung. Zudem bietet er ihr Hilfestellung und Orientierung im Umgang mit dem Verhalten der erkrankten Mutter an. Beschreibt ihn als immer ansprechbar und bei Problemen freundlich und verständnisvoll.		Die Mutter ist nach wie vor eine wichtige Bezugsperson, mit der man über alles reden kann.	Gutes Verhältnis zur Mutter. Mutter bietet an, ihn über die Erkrankung des Vaters aufzuklären. Nach Konflikten mit dem Vater ist sie für ihn eine wichtige Ansprechperson, die jederzeit ansprechbar ist und Gesagtes für sich behält.
	Freunde			
	Freunde regieren verständnisvoll und sind vor allem dann eine wichtige Stütze, wenn es ihr nicht so gut geht. Gemeinsame Unternehmungen wie gemeinsame Übernachtungen, Kino und Stadtbummel bringen Normalität und Ablenkung.	Persönliche Gespräche und Ausflüge mit bester Freundin. Persönliche und tiefgehende Gespräche mit Freunden, die gleiche Interessen haben und ebenfalls problematische Situationen erfahren haben.	Unterstützend ist die beste Freundin, zu der ein vertrauensvolles Verhältnis besteht. Auch andere Freunde, mit denen tiefgründige Gespräche möglich sind, oder mit denen man viel unternehmen kann und die darüber Abwechslung und Normalität bieten.	Freunde sind wichtigste Gesprächspartner. Sie behalten Anvertrautes für sich und hören immer zu. Es gibt einen gegenseitigen Austausch über Probleme. Auch Umarmungen zum Trost. Gespräche in intimer Atmosphäre, dabei zusammen alleine rausgehen und rauchen.
Psychische Erkrankung des Kindes				
		Aufgrund eigener psychischer Erkrankung Schwierigkeiten im Umgang mit Freunden, distanziert sich von ihren Freunden, die daraufhin ebenfalls auf Distanz gehen. In anderen Fällen gab es Kontaktabbrüche, ohne dass eine Aussprache stattfand und ohne, dass sie den Grund kennt. Fühlt sich mit ihren Problemen nicht ernst genommen und nicht verstanden. Zu dem Zeitpunkt, an dem es ihr aufgrund ihrer Erkrankung sehr schlecht ging, fehlte ihr eine Vertrauensperson.		
Veränderungen des sozialen Netzwerks des Kindes				

	Freundesnetzwerk ist sehr fluid. Viele Freundschaften wurden beendet, dafür sind neue Freunde hinzugekommen. Begründet werden beendete Freundschaften mit "nicht mögen", fehlender gemeinsamer Basis (Sport im Sportverein beendet), Veränderungen im Klassenverband (neue Freundesgrüppchen), oder Freunde haben sich mit Personen befreundet, die man nicht mag. Neu gewonnene Freunde vor allem über gemeinsame Freizeitgestaltung.	Das Freundesnetzwerk hat sich in den letzten Jahren sehr verändert. Als Gründe nennt sie Wegzug von Freunden, Klassenwechsel, Freunde suchen sich (auch dadurch bedingt) neue Freunde. Fühlte sich mit ihren Problemen von ihren Freunden nicht ernst genommen und nicht verstanden. Beschreibt, dass sie mittlerweile viel mehr darauf achtet, was sie braucht und wer sie wirklich als Freund unterstützen kann und hat neue Freundschaften gebildet.	Örtliche Distanz verursacht Veränderungen des sozialen Netzwerks.	
Umgang mit Konflikten mit Freunden				
	Freundschaften wurden oft "still" beendet. Beteiligte haben sich auseinandergelebt, zunehmend weniger miteinander gemacht, weniger miteinander geredet. Wenn es Konflikte gibt, werden diese eher nicht miteinander besprochen. Zum Teil weiß sie nicht, was los ist. Keine lautstarken Streitereien/Auseinandersetzungen.	Fühlte sich mit ihren Problemen von ihren Freunden nicht ernst genommen und nicht verstanden. Es kam mit verschiedenen Freunden zu Streitereien.		Normative Erwartungshaltung an Freunde: Verlässlichkeit, Zuverlässigkeit und für Fehler einstehen.
Auswirkungen der psychischen Erkrankungen des Elternteils				
	Alle Familienmitglieder leiden unter den Auswirkungen der Erkrankung. Bezugspersonen wie Großeltern, der gesunde Elternteil und Geschwister sind in der Zeit wichtige unterstützende Personen.	Weil der Vater aufgrund der psychischen Erkrankung viel mehr zu Hause ist als gewöhnlich, kommen sie sich in dieser Zeit näher. Im Laufe der Erkrankungen von Vater und Tochter (und durch die Familientherapie?) verbessert sich ihre Beziehung zu ihren Eltern.	Mit der psychischen Erkrankung des Vaters verschlechtert sich die Beziehung zu ihm.	
Belastung für gesundes Elternteil				
		Für die Mutter ist es sehr belastend, dass Vater und Tochter zu einer ähnlichen Zeit psychisch	Die Mutter leidet aufgrund der schlechten Beziehung zwischen ihm und seinem Vater und versucht, diese zu verbessern. In der Zeit, als der Vater erkrankt, ist auch	

		erkranken. Beschreibt die Gefühle der Mutter.	das Verhalten der Mutter anders und sie ist gestresst.	
Kenntnisse über psychische Erkrankungen				
			Verhaltensänderungen des Vaters werden wahrgenommen aber nicht auf eine psychische Erkrankung bezogen. Erklärungen zur Erkrankung bekommt der Sohn während der psychologischen Beratung.	Keine Kenntnisse über die psychische Erkrankung des Vaters.

Danksagung

Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung waren nicht nur die Themen dieser Arbeit, sondern auch eine wichtige Voraussetzung dafür, dass diese Arbeit durchgeführt werden konnte.

Deshalb gilt mein Dank allen, welche auf ihre Weise dazu beigetragen haben, dass diese Arbeit begonnen, durchgeführt und fertiggestellt werden konnte.

Mein ganz besonderer Dank gilt allen Kindern und Jugendlichen sowie Ihren Familien, welche bereit waren, sich an dieser Studie zu beteiligen und offen über ihre Situation gesprochen haben.

Ebenso danke ich allen beteiligten Mitarbeiterinnen des Projekts »CHIMPs« für ihre Unterstützung bei der Rekrutierung in ihren jeweiligen Studienzentren sowie der Studienleitung Silke Wiegand-Grefe für die Möglichkeit, diese Studie im Rahmen des Projekts durchzuführen.

Herzlichen Dank an Maren Pfetsch für die Zeichnung des liebevollen Netzwerk-Logos, welches auf allen Studienunterlagen eingesetzt wurde, an Nicole Nagel, Tobias Staiger und Michael Mayer für ihre Kommentare und Hinweise, Reinhold Kilian für die Betreuung dieser Arbeit, meiner Familie für ihre Unterstützung und Johannes – für alles.

Der Lebenslauf (S. 215 – 216) wird aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht veröffentlicht.

Publikationsliste

1 Staiger T, **Stiawa M**, Müller-Stierlin A, Kilian R, Beschoner P, Gündel H, Becker T, Frasch K, Panzirsch M, Schmauß M, Krumm S (2020): Masculinity and Help-Seeking among Men with Depression: A Qualitative Study. Front. Psychiatry 11:599039

2 **Stiawa M**, Müller-Stierlin A, Staiger T, Kilian R, Becker T, Götzl C et al: Männer mit depressiven Erkrankungen in der stationären Behandlung: Bedarf und Behandlungsziele aus Sicht psychiatrischer Fachkräfte. Psychiatr Prax. 2021; 48: 19–24.

3 **Stiawa M**, Müller-Stierlin A, Staiger T, Kilian R, Becker T et al: Mental health professionals view about the impact of male gender for the treatment of men with depression - a qualitative study. BMC Psychiatry 20**,** 276 (2020).

4 Kilian R, Müller-Stierlin A, Söhner F, Beschoner, P, Gündel H, Staiger T, **Stiawa M** et al: Masculinity norms and occupational role orientations in men treated for depression. PLoS ONE 15(5): e0233764.

5 Staiger T, **Stiawa M**, Müller-Stierlin A, Kilian R et al: Depression und Männlichkeit: Krankheitstheorien und Bewältigung – eine biografisch-narrative Studie. Psychiatr Prax 2020; 47(02): 1043-8126.

6 Mulfinger N, Sander A, Stuber F, Brinster R, Junne F, Limprecht R, Jarczok MN, Seifried-Dübon, Rieger MA, Zipfel S, Peters M, **Stiawa M** et al: Cluster-randomised trial evaluating a complex intervention to improve mental health and well-being of employees working in hospital - a protocol for the SEEGEN trial. BMC public health, 19(1), 1694.

7 **Stiawa M**, Kilian R: Soziale Netzwerke von Kindern psychisch erkrankter Eltern. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 2017 Oct;66(8):599-613.

8 Schützwohl M, Voß E, Salize HJ, **Stiawa M**, Puschner B, Koch A.: Self- and proxy-rated needs in adults with mild to moderate intellectual disabilities: Perspective matters. J Appl Res Intellect Disabil. 2018; 31(2):285-295.

9 Schützwohl M, Voss E, **Stiawa M**, Salize HJ, Puschner B, Koch A.: Bedingungsfaktoren psychopharmakologischer Behandlung bei leichter oder mittelgradiger Intelligenzminderung. Nervenarzt. 2017; 88(11):1273-1280.

10 Werner A, Voß E, Salize HJ, Puschner B, **Stiawa M**, Koch A, Schützwohl M.: Das Belastungserleben naher Angehöriger von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und komorbider psychischer Störung. Psychiatr Prax. 2016; 43(7):380-386.

11 **Stiawa M**, Kilian R, Becker T.: Psychosoziale Interventionen bei psychischen Problemen in Familien mit niedrigem sozialem Status – Konzepte und Ergebnisse. Ein systematischer Überblick. Psychiatr Prax. 2014; 41(6):297-304.

Ulm, 27.01.2021