

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Direktor: Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort

**Die Parentifizierung von Kindern bei psychisch kranken und psychisch
gesunden Eltern und die psychische Gesundheit der parentifizierten Kinder**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt

**vorgelegt von
Agnieszka Aleksandra Hausser
aus Danzig**

Hamburg 2012

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 16. September 2013**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. M. Schulte-Markwort

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. G. Romer

Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in: Prof. Dr. J. Reimer

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	3
TABELLENVERZEICHNIS	7
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	13
ARBEITSHYPOTHESE UND FRAGESTELLUNG.....	14
1. EINLEITUNG	15
1.2 Literaturrecherche	17
I. THEORETISCHER TEIL	18
1.3 Theoretischer Hintergrund.....	18
1.3.1 Der Begriff der Parentifizierung	18
1.3.1.1 Die Parentifizierung von Kindern	19
1.3.1.2 Die klinische Arbeit mit Parentifizierung.....	23
1.3.1.2.1 Die Erfassung von Parentifizierung	23
1.3.1.2.2 Therapieansätze mit Parentifizierung.....	25
1.3.2 Kinder psychisch kranker Eltern	27
1.3.2.1 Die Psychische Gesundheit von Kindern psychisch kranker Eltern	29
1.4 Ziele der Arbeit	34
1.5 Fragestellung und Hypothesen	34
1.5.1 Fragestellungen.....	34
1.5.2 Hypothesen	37

II. EMPIRISCHER TEIL	39
2. METHODEN	39
2.1 Studiendesign: Das Projekt „CHIMPs“	39
2.1.1 Messinstrumente	39
2.1.2 Patienten- und Kontrollstichprobe	41
2.1.3 Stichprobenselektion	42
2.2 Operationalisierungen.....	44
2.2.1 Erfassung der Parentifizierung von Kindern aus Elternsicht	44
2.2.1.1 Umgang mit fehlenden Werten im Parentifizierungsinventar	45
2.2.2 Erfassung demographischer Daten der Eltern und Kinder.....	45
2.2.3 Erfassung der psychischen Gesundheit der Kinder der Patientengruppe	46
2.2.3.1 Umgang mit fehlenden Werten in der CBCL.....	49
2.3 Statistische Auswertungen.....	50
3. ERGEBNISSE DER CHIMPS-STUDIE.....	52
3.1 Soziodemografische Analyse der Studienpopulation	53
I. ERGEBNISTEIL	59
3.2 Auswertung des Parentifizierungsinventars	59
3.2.1 Auswertekategorien des Parentifizierungsinventars und die Grenzwerte für Parentifizierung	59
3.2.2 Die Untersuchung des Item Nr. 8 zur „sozialen Erwünschtheit“	61
3.2.3 Antworttendenz auf Einzelitemebene des Parentifizierungsinventars....	65

II. ERGEBNISTEIL	69
3.3 Risikofaktoren für die Parentifizierung von Kindern	69
3.3.1 Die psychische Erkrankung der Eltern als Risikofaktor für die Parentifizierung von Kindern	69
3.3.2 Das Zusammenleben mit zwei psychisch kranken Eltern als Risikofaktor für die Parentifizierung von Kindern	72
3.3.3 Die fehlende Partnerschaft als Risikofaktor für die Parentifizierung von Kindern.....	74
3.3.4 Das Geschlecht der Eltern als Risikofaktor für die Parentifizierung von Kindern.....	77
3.3.5 Das Kindesalter als Risikofaktor für Parentifizierung	79
3.3.6 Das Kindsgeschlecht als Risikofaktor für Parentifizierung	83
3.4 Die psychische Gesundheit parentifizierter Kinder von psychisch kranken Eltern	84
3.4.1 Die psychische Erkrankung der Eltern als Risikofaktor für die psychische Gesundheit parentifizierter Kinder	84
3.4.2 Die psychische Erkrankung beider Elternteile als Risikofaktor für die psychische Gesundheit parentifizierter Kinder	92
3.4.3 Das Geschlecht des psychisch kranken Elternteils als Risikofaktor für die psychische Gesundheit parentifizierter Kinder	95
3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse	98
4. DISKUSSION	99
4.1 Diskussion der gewählten Methodik	99
4.2 Diskussion der Ergebnisse.....	103

4.2.1 Die psychische Erkrankung der Eltern als Risikofaktor für die Parentifizierung von Kindern	103
4.2.2 Das Zusammenleben mit zwei psychisch kranken Eltern als Risikofaktor für die Parentifizierung von Kindern	105
4.2.3 Die fehlende Partnerschaft der Eltern als Risikofaktor für die Parentifizierung von Kindern	106
4.2.4 Das elterliche Geschlecht als Risikofaktor für die Parentifizierung von Kindern.....	107
4.2.5 Das Kindesalter als Risikofaktor für Parentifizierung	109
4.2.6 Das Kindsgeschlecht als Risikofaktor für Parentifizierung	111
4.2.7 Die psychische Gesundheit parentifizierter Kinder von psychisch kranken Eltern.....	112
4.2.8 Die psychische Erkrankung beider Elternteile als Risikofaktor für die psychische Gesundheit parentifizierter Kinder	115
4.2.9 Das Geschlecht des psychisch kranken Elternteils als Risikofaktor für die psychische Gesundheit parentifizierter Kinder	117
4.3 Ausblicke und Folgerungen aus den Einzelergebnissen	119
5. ZUSAMMENFASSENDER DISKUSSION	124
6. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	124
7. LITERATURVERZEICHNIS	125
8. ANHANG.....	137
8.1 Messinstrumente	137
8.2 Fragebogen an den behandelnden Arzt.....	145
11. EIDESTÄTTLICHE ERKLÄRUNG	1468

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.3.1.2.1: Übersicht der Messinstrumente und Fragebögen zur Parentifizierung nach Ohntrup et al. (2011)	24
Tabelle 2.1.1.1: Übersicht über die zu messenden Konstrukte und Messinstrumente/Fragebögen bei der Patientengruppe nach Ohntrup et al. (2011)	40
Tabelle 2.1.1.2: Übersicht über die zu messenden Konstrukte und Messinstrumente/ Fragebögen bei der Kontrollgruppe nach Borchert (2010)	41
Tabelle 2.1.3.1: Selektionskriterien und Fallzahlen für die Patienten- und Kontrollgruppe bezüglich des Parentifizierungsinventars.....	43
Tabelle 3.1.1: Altersklassenvergleich der Studiengruppe (N=107)	53
Tabelle 3.1.2: Deskriptive Statistik der Altersverteilung der Studiengruppe (N=107)	53
Tabelle 3.1.3: Geschlechtsvergleich der Studiengruppe (N=107)	54
Tabelle 3.1.4: Vergleich des höchsten Schulabschlusses der Studiengruppe (N=107)	54
Tabelle 3.1.5: Vergleich der jetzigen oder zuletzt ausgeübten Berufstätigkeit der Studiengruppe (N=105)	55
Tabelle 3.1.6: Vergleich des monatlichen familiären Nettoeinkommens der Studiengruppe (N=106)	55
Tabelle 3.1.7: Vergleich der Kinderanzahl der Studiengruppe die von Nettoeinkommen leben (N=107)	56
Tabelle 3.1.8: Altersklassenvergleich der ältesten Kinder der Studiengruppe (N=108)	57
Tabelle 3.1.9: Geschlechtsvergleich der Kinder der Patientenpopulation (N=38) ..	57

Tabelle 3.1.10: Verteilung der Diagnosegruppen nach ICD-10 in der Patientengruppe (N=54)	58
Tabelle 3.1.11: Geschlechtsspezifische Verteilung der Diagnosegruppen nach ICD-10 in der Patientengruppe (N=54)	58
Tabelle 3.2.1.1: Statistik des mittlerer Itemwertes des Parentifizierungsinventars der Kontrollgruppe (N=54)	60
Tabelle 3.2.2.1: Antwortstatistik zur sozialen Erwünschtheit (N=107) „In einem Gespräch lasse ich mein Kind stets ausreden und höre ihm aufmerksam zu.“	62
Tabelle 3.2.2.2: Gruppenstatistik zum mittleren Itemwert des Parentifizierungsinventars	63
Tabelle 3.2.2.3: T-Test bei unabhängigen Stichproben: Mittelwertvergleich der Gruppen zum Item sozialer Erwünschtheit; Gruppe 1=„antwortet nach sozialer Erwünschtheit“ (N=49); Gruppe 2= „antwortet nicht nach sozialer Erwünschtheit“ (N=58)	64
Tabelle 3.2.2.4: Antwortstatistik der Studiengruppen (N=107) zur sozialen Erwünschtheit: „In einem Gespräch lasse ich mein Kind stets ausreden und höre ihm aufmerksam zu.“	64
Tabelle 3.2.3.1: Einzelitemstatistiken der Items Nr.1- Nr.15 des Parentifizierungsinventars	66
Tabelle 3.2.3.2: T-Test bei unabhängigen Stichproben: Mittelwertvergleich der Parentifizierungsitems zwischen den Studiengruppen; Gruppe 1= Patientengruppe (N=54); Gruppe 2= Kontrollgruppe (N=54)	67
Tabelle 3.3.1.1: Statistik der mittleren Itemwerte des Parentifizierungsinventars bei der Kontroll- und Patientengruppe (N=108)	69
Tabelle 3.3.1.2: Antwortstatistik: Parentifizierungsgrad der Kinder in der Patienten- und Kontrollgruppe	71

Tabelle 3.3.1.3: T-Test bei unabhängigen Stichproben: Mittelwertvergleich des mittleren Itemwertes des Parentifizierungsinventars zwischen den Studiengruppen; Gruppe 1 = Patientengruppe (N=54); Gruppe 2 = Kontrollgruppe (N=54).....	71
Tabelle 3.3.2.1: Antwortstatistik: „Ist ihr Partner jemals in psychiatrischer Behandlung gewesen?“ (N=33)	72
Tabelle 3.3.2.2: Antwortstatistik aller Patienten mit psychisch krankem Partner: „Wer lebt im Haushalt außer Ihnen?“ (N=11)	72
Tabelle 3.3.2.3: Antwortstatistik der Patientengruppe mit psychisch gesunden Partner: „Wer lebt im Haushalt außer Ihnen?“ (N=22)	73
Tabelle 3.3.2.4: Antwortstatistik: Parentifizierungsgrad der Kinder im Haushalt (N=8) mit zwei psychisch kranken Eltern im Vergleich zur restlichen Patientengruppe (N=46)	73
Tabelle 3.3.2.5: T-Test bei unabhängigen Stichproben: Mittelwertvergleich des mittleren Itemwertes des Parentifizierungsinventars zwischen Kindern mit zwei psychisch kranken Eltern und Kindern mit einem psychisch kranken und einem psychisch gesunden Elternteil; Gruppe 1= Haushalt mit zwei psychisch kranken Eltern und Kindern (N=7); Gruppe 2= Haushalt mit nur einem psychisch kranken Elternteil, gesunden Partner und Kindern (N=20)	74
Tabelle 3.3.3.1: Antwortstatistik: Parentifizierungsgrad des Kindes abhängig vom Beziehungsstand des Elternteils (N=107)	75
Tabelle 3.3.3.2: U-Test bei unabhängigen Stichproben: Mittelwertvergleich des mittleren Itemwertes des Parentifizierungsinventars zwischen Kindern von Eltern mit und ohne Partner; Gruppe 1= Elternteil mit Partnerschaft (N=79); Gruppe 2= Elternteil ohne Partnerschaft (N=28).....	75
Tabelle 3.3.3.3: Antwortstatistik: „Leben Sie derzeit in einer Ehe oder Partnerschaft?“ (N=107)	76
Tabelle 3.3.3.4: Antwortstatistik: Parentifizierungsgrad des Kindes bei Eltern ohne Partnerschaft in der Patientengruppe (N=20) und der Kontrollgruppe (N=8)	76

Tabelle 3.3.3.5: T-Test bei unabhängigen Stichproben: Mittelwertvergleich des mittleren Itemwertes des Parentifizierungsinventars zwischen Kindern psychisch kranker und psychisch gesunder Eltern ohne Partnerschaft; Gruppe 1= Patientengruppe ohne Partnerschaft (N=20); Gruppe 2= Kontrollgruppe ohne Partnerschaft (N=8)	77
Tabelle 3.3.4.1: Parentifizierungsgrad des Kindes abhängig vom Geschlecht des Patienten (N=54)	77
Tabelle 3.3.4.2: T-Test bei unabhängigen Stichproben: Mittelwertvergleich des Mittlerer Itemwert der Parentifizierungsinventars zwischen den Kindern mit psychisch kranken Müttern und psychisch kranken Vätern; Gruppe 1= psychisch kranke Mütter (N=29) und Gruppe 2= psychisch kranke Väter (N=25)	78
Tabelle 3.3.4.3: Parentifizierungsgrad des Kindes abhängig vom Geschlecht des Elternteils der Kontrollgruppe (N=53).....	78
Tabelle 3.3.4.4: T-Test bei unabhängigen Stichproben: Mittelwertvergleich des mittleren Itemwertes des Parentifizierungsinventars zwischen Kindern mit Müttern und Vätern der Kontrollgruppe; Gruppe 1= Mütter der Kontrollgruppe (N=36); Gruppe 2= Väter der Kontrollgruppe (N=17).....	79
Tabelle 3.3.5.1: Parentifizierungsgrad des Kindes abhängig vom Kindesalter.....	80
Tabelle 3.3.5.2: Rang-Korrelation nach Spearman: Zusammenhang zwischen dem Kindesalter und dem mittleren Itemwert des Parentifizierungsinventars (N=108) ..	81
Tabelle 3.3.6.1: Kreuztabelle: Parentifizierungsgrad des Kindes abhängig vom Geschlecht des ältesten Kindes der Patientengruppe (N=38)	83
Tabelle 3.3.6.2: T-Test bei unabhängigen Stichproben: Mittelwertvergleich des mittleren Itemwertes des Parentifizierungsinventars zwischen Kindern mit weiblichem und männlichen Geschlecht; Gruppe 1= weiblich (N=21); Gruppe 2= männlich (N=17)	83
Tabelle 3.4.1.1 : Deskriptive Statistik der T-Wert-Verteilung der drei CBCL-Hauptskalen der Kinder der Patientenpopulation.....	84

Tabelle 3.4.1.2: Kreuztabelle: CBCL-Gesamtwert in Abhängigkeit vom Parentifizierungsgrad des Kindes (N=52)	85
Tabelle 3.4.1.3: Kreuztabelle: Auffälligkeitsbereich externalisierend der CBCL in Abhängigkeit vom Parentifizierungsgrad des Kindes (N=49)	86
Tabelle 3.4.1.4: Kreuztabelle: Auffälligkeitsbereich internalisierend der CBCL in Abhängigkeit vom Parentifizierungsgrad des Kindes (N=49)	87
Tabelle 3.4.1.5: Gruppenstatistik der T-Werte der Hauptskalen der CBCL abhängig von den Parentifizierungsklassen der Kinder (N=52)	88
Tabelle 3.4.1.6: Einfaktorielle ANOVA: Signifikanzprüfung zwischen den Parentifizierungsgruppen bezüglich der T-Werte der CBCL-Hauptskalen; Gruppe 1 = nicht parentifiziert; Gruppe 2 = grenzwertig parentifiziert; Gruppe 3 = parentifiziert	89
Tabelle 3.4.1.7: Bivariate Korrelation nach Pearson: Zusammenhang zwischen dem mittleren Itemwert des Parentifizierungsinventars und den drei Hauptskalen der CBCL.....	90
Tabelle 3.4.2.1: Kreuztabelle: CBCL-Gesamtwert bei parentifizierten Kindern mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteilen (N=12).....	92
Tabelle 3.4.2.2: Kreuztabelle: Auffälligkeitsbereich externalisierend der CBCL bei parentifizierten Kindern mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteilen (N=12)	92
Tabelle 3.4.2.3: Kreuztabelle: Auffälligkeitsbereich internalisierend der CBCL bei parentifizierten Kindern mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteilen (N=12)	93
Tabelle 3.4.2.4: U-Test bei unabhängigen Stichproben: Mittelwertvergleich der T-Werte der CBCL-Hauptskalen zwischen parentifizierten Kindern mit einem und zwei psychisch kranken Elternteilen im Haushalt; Gruppe 1= Parentifizierte Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil (N=9); Gruppe 2= Parentifizierte Kinder mit zwei psychisch kranken Eltern (N=3).....	94

Tabelle 3.4.3.1: Kreuztabelle: CBCL-Gesamtwert bei parentifizierten Kindern mit psychisch kranken Müttern und Vätern (N=12)	95
Tabelle 3.4.3.2: Kreuztabelle: Internalisierender Auffälligkeitsbereich der CBCL bei parentifizierten Kindern mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteilen (N=12)	95
Tabelle 3.4.3.3: Kreuztabelle: Externalisierender Auffälligkeitsbereich der CBCL bei parentifizierten Kindern mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteilen (N=12)	96
Tabelle 3.4.3.4: U-Test bei unabhängigen Stichproben: Mittelwertvergleich der T-Werte der Hauptskalen der CBCL zwischen Kindern mit parentifizierenden Müttern und parentifizierenden Vätern; Gruppe 1= Parentifizierte Kinder mit psychisch kranken Müttern (N=7); Gruppe 2= Parentifizierte Kinder mit psychisch kranken Vätern (N=5)	97

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.3.2.1.1: Ein Rahmenmodell zum kindlichem „Outcome“ bei psychisch kranken Eltern nach Mattejat et al. (2000)	32
Abbildung 3.1.1: Histogramm: Altersverteilung der Kinder der Studienpopulation (N=108)	56
Abbildung 3.2.1.1: Histogramm: Häufigkeitsverteilung der mittleren Itemwerte des Parentifizierungsinventars der Kontrollgruppe (N=54)	60
Abbildung 3.2.2.1: Boxplott: Verteilung des mittleren Itemwertes des Partentifizierungsinventars nach Antwortcharakter hinsichtlich sozialer Erwünschtheit (N=107)	63
Abbildung 3.2.3.1: Balkendiagramm: Antworttendenz auf Einzelitemebene (Nr. 15-1) des Parentifizierungsinventars der Kontroll- (N=54) und Patientengruppe (N=54)	65
Abbildung 3.3.1.1: Boxplott: Mittlere Itemwerte des Parentifizierungsinventars bei der Patienten- (N=54) und Kontrollgruppe (N=54)	70
Abbildung 3.3.5.1: Balkendiagramm: Parentifizierungsgrad des Kindes abhängig vom Kindesalter (N=108)	80
Abbildung 3.3.5.2: Streudiagramm: Korrelation zwischen Kindesalter und mittlerem Itemwert des Parentifizierungsinventars	82
Abbildung 3.4.1.1: Balkendiagramm: psychische Gesamtauffälligkeit von Kindern in der CBCL abhängig vom Parentifizierungsgrad des Kindes	85
Abbildung 3.4.1.2: Streudiagramm: Zusammenhang zwischen dem mittleren Itemwert des Parentifizierungsinventars und dem T-Wert für Gesamtauffälligkeiten der CBCL.....	91

Arbeitshypothese und Fragestellung

Die heutige Forschung wird nicht der steigenden Bedeutung von Parentifizierung im klinischen Alltag gerecht, so wird aufgrund einer bislang nur geringen empirischen Datenbasis noch viel über das Beziehungsphänomen der Parentifizierung spekuliert. Im Rahmen dieser Dissertation und im Rahmen des CHIMPs-Projektes wird auf neue empirische Erkenntnisse gehofft, die Aussagen darüber zulassen in welchem Ausmaß Kinder psychisch kranker Eltern im Gegensatz zu Kindern psychisch gesunder Eltern parentifiziert werden, wie stark Parentifizierung der kindlichen psychischen Gesundheit schadet, und welche speziellen Faktoren die kindliche Parentifizierung im generellen, und in der speziellen Gruppe psychisch erkrankter Eltern fördern.

Das Hauptaugenmerk vorangegangener Studien zur Parentifizierung lag bislang auf somatischen Krankheiten der Eltern, jedoch wurden gerade Kinder psychisch kranker Eltern als eine Risikogruppe für Parentifizierung beschrieben.

In dieser Dissertation sollen Auswertungsmethoden für einen neu konzipierten Parentifizierungsbogen entwickelt werden, mit welchem erstmalig im deutschsprachigen Raum versucht wurde Parentifizierung bei Kindern aus Elternsicht einzuschätzen. Zudem sollen neue und bereits bekannte Risikofaktoren für die Parentifizierung von Kindern eruiert und die psychische Gesundheit der parentifizierten Kinder unter mehreren theorierelevanten Aspekten betrachtet werden.

1. Einleitung

1.1 Problemstellung

Der Begriff der Parentifizierung, ist dem Jargon der Fachspezialisten seit vier Jahrzehnten geläufig und spielt in der klinischen Arbeit mit Familien mit einem psychisch kranken Elternteil eine heutzutage immer stärker werdende Rolle. Während zuvor das Phänomen der Parentifizierung nur wahrgenommen wurde, wird mittlerweile auch die Frage nach Folgen für die Betroffenen und Therapieansätzen gestellt. Im starken Kontrast zur Bedeutung dieses Begriffs in der heutigen Praxis stehen die bisher geringen Forschungsaktivitäten in diesem Bereich. In den Jahren 1950 bis Oktober 2012 wurden 32 Artikel in der medizinischen Fachpresse veröffentlicht, die den Begriff „parentification“ (Englisch für Parentifizierung) oder „parentified“ (Englisch für parentifiziert) im Titel und im Abstract tragen. Davon beschäftigen sich 18 Arbeiten unter anderem mit der Parentifizierung von Kindern, jedoch nur 7 Arbeiten explizit mit der Parentifizierung von Kindern. In der psychologischen Fachpresse lassen sich im Vergleich dazu weitaus mehr Arbeiten finden. Hier tragen 92 Artikel eines der beiden Schlagwörter „parentification“ oder „parentified“ im Titel. Rund 51 Publikationen daraus beschäftigen sich unter anderem mit der Parentifizierung von Kindern, 29 Artikel daraus explizit mit der Parentifizierung von Kindern. Die meisten dieser 29 Artikel beschäftigen sich mit der Parentifizierung von Kindern bei elterlicher Trennung oder bei körperlicher Erkrankung der Eltern. Zum Thema der Parentifizierung von Kindern finden sich in den psychologischen Datenbanken unter den zusätzlichen Schlagwörtern¹ „Alkohol“ (5), „Depression oder depressiv“ (5), „Sucht oder süchtig“ (2), „Schizophrenie oder schizophren“ (0), sowie „psychisch krank“ (0) im Abstract lediglich insgesamt 12 Artikel. Zu den Stichwörtern „Parentifizierung“ und „psychisch kranke Eltern“ findet man keinen Artikel, welcher sich explizit mit diesem Thema auseinandersetzen. Die Fallzahlen von Kindern psychisch kranker Eltern in Deutschland betragen nach Schätzungen von Remschmidt und Mattejat (1994), sowie Lenz (2005) ca. zwei bis drei Millionen.

¹ Die Suche wurde mit den jeweiligen englischen Begriffen durchgeführt, doppelt gelistete Arbeiten wurden von der Gesamtsumme subtrahiert.

Die Frage nach dem Anteil der parentifizierten Kinder, sowie dem Anteil der psychisch darunter leidenden Kinder, die man frühzeitig therapeutisch aufgreifen könnte, ist somit praxisrelevant und berechtigt.

Mittlerweile wird der Parentifizierung eine besondere Rolle im Bereich der Behandlung von Kindern psychisch oder körperlich erkrankter Eltern zugemessen (Aldridge et al., 2001; Romer und Haagen, 2007), weshalb die wissenschaftliche Erfassung von Parentifizierung wieder stärker in den Fokus der Forschung geriet (Sessions und Jurkovic, 1986 ; Mika et al., 1987 ; Jurkovic und Thirkield, 1998; Hooper und Wallace, 2009). Trotzdem lässt sich bis heute das pathologische Ausmaß von Parentifizierung nicht klar abschätzen. Während zunächst der destruktive Anteil der Parentifizierung stärker im wissenschaftlichen Fokus stand, verweisen aktuellere Studien darauf, dass eine kindliche Parentifizierung auch zu größerer Widerstandsfähigkeit (psychologisch: „Resilienz“) führen kann, und somit auch positive Aspekte in sich bergen kann (DiCaccavo, 2006; Gladstone et al., 2006; Hooper, 2007; Byng-Hall, 2008). Im Jahre 2005 wurde im Rahmen der Entwicklung und Evaluierung eines Beratungs- und Stützangebots für psychisch kranke Eltern und deren Familie am Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf das Projekt „CHIMPs - **C**hildren of **m**entally **i**ll **p**arents“¹ gegründet. Das Ziel des Projektes ist die Aufdeckung von Mechanismen und Prozessen, welche Zusammenhänge zwischen der psychischen Erkrankung der Eltern und der psychischen Gesundheit der Kinder zu Grunde liegen. Die vorliegende Dissertation ist Teil der Pilotstudie der Forschungsgruppe CHIMPs und beschäftigt sich mit der Einschätzung psychisch kranker Eltern bezüglich der Lebenssituation ihrer Kinder. Seit dem Jahr 2010 gibt es neben den Daten der Pilotstudie zusätzliche Daten einer Kontrollgruppe aus der Allgemeinbevölkerung, welche die Auswertung der Parentifizierung bei Kindern psychisch gesunder Eltern ermöglichen. Ein spezielles Augenmerk der Pilot-Studie liegt auf der Parentifizierung von Kindern, wofür eigenständig ein neues Parentifizierungsinventar konzipiert wurde. Dieses bislang noch unausgewertetes Inventar soll nun im Rahmen dieser Dissertation statistisch aufgearbeitet werden. Es sollen fragliche Risikofaktoren für Parentifizierung seitens der Eltern, wie u.a. die psychische Erkrankung und das Leben ohne Partner untersucht werden.

¹ Im Fortlauf wird das Projekt „Children of mentally ill parents“ mit CHIMPs abgekürzt.

Ebenfalls sollen Risikofaktoren für Parentifizierung seitens der Kinder, wie das Kindesalter und der Zusammenhang zwischen Parentifizierung und psychischer Gesundheit der Kinder ermittelt werden. Abschließend werden die gewonnenen Erkenntnisse bewertet und diskutiert.

Daraus ergibt sich folgender Leitfaden der Arbeit:

Dieser Einleitung folgt der erste theoretische Teil als erstes Kapitel der Arbeit in welchem das Thema „Parentifizierung“ und „Kinder psychisch kranker Eltern“ aufbereitet wird. Dazu werden die aktuellsten Entwicklungen in Forschung und Therapie zur Parentifizierung und der aktuelle Wissensstand zur psychischen Gesundheit von Kindern psychisch Kranker Eltern bis zum Oktober 2012 aufgezeigt. Anschließend werden die Fragestellungen und Hypothesen basierend auf dem Theorieteil erarbeitet.

Der zweite methodische Teil der Arbeit widmet sich im zweiten Kapitel der Konzeption und den Methoden, in welchem zum einen die CHIMPs - Studie näher erörtert und die dieser Arbeit vorliegenden Patienten- und Kontrollgruppendaten erläutert werden.

Dem folgend werden im dritten Kapitel die statistisch errechneten Ergebnisse in zwei Ergebnisteilen präsentiert und die Patienten- und Kontrollgruppe soziodemografisch untersucht. Im ersten Ergebnisteil werden die Fragestellungen zum Parentifizierungsinventar und im zweiten Ergebnisteil die Hypothesen zur Parentifizierung bearbeitet.

Im vierten Kapitel werden die Ergebnisse in den aktuellen Wissensstand eingebettet und deren Relevanz diskutiert. Ein Ausblick und Fazit rundet die Arbeit zum Ende ab.

1.2 Literaturrecherche

In die Suche einbezogen wurden medizinische und psychologische Datenbanken, veröffentlichte Arbeiten zur CHIMPs-Studie, das Bücherinventar der universitären Staatsbibliothek, sowie das Internet. Es wurden explizit die größten Psychologiedatenbanken PsycINFO (1806 – 10/2012), PSYINDEX (1977 – 10/2012) inklusive PSYINDEXplus (1977 – 10/2012) und PSYINDEXplus Tests (1945 – 10/2012) und PsycCRITIQUES (1956 – 10/2012) sowie die größte medizinische Datenbank PUBMED (1950 – 10/2012) für die Recherche verwendet.

I. THEORETISCHER TEIL

1.3 Theoretischer Hintergrund

1.3.1 Der Begriff der Parentifizierung

Der Begriff der Parentifizierung leitet sich aus den zwei lateinischen Wörtern parentes „Eltern“ und facere „machen“ ab. Der Begriff wurde vor fast 40 Jahren von Boszormenyi-Nagy und Spark definiert als „temporäre oder konstante subjektive Verzerrung einer Beziehung - so, als stelle der Ehepartner oder gar eines der Kinder einen Elternteil dar“ (englische Erstausgabe 1973; deutsche Erstausgabe 1981, S. 209). Die Funktion dieser Beziehung schütze vor emotionaler Ausgelaugtheit der Person, welcher es zu dieser Zeit an elterlichen Qualitäten mangle. Es können sowohl der Partner als auch das Kind parentifiziert werden (Boszormenyi-Nagy und Spark, 1981).

Parentifizierung trete häufig in Verbindung mit erschwerten Lebensumständen auf, wie problematischen Partnerschaften, Trennung, Scheidung oder Tod der Eltern, Substanzmissbrauch und psychischen oder körperlichen Krankheiten der Eltern (Jurkovic, 1998; Byng-Hall, 2008; East, 2010; Moore et al., 2010). Das Auftreten von Parentifizierung sei ebenso begünstigt, wenn ein Elternteil ähnliche Erfahrungen in der eigenen Kindheit machen musste (Jacobvitz et al., 1991; Graf und Frank, 2001), sowie als Begleiterscheinung von innerfamiliärem sexuellen Missbrauch oder körperlicher Kindesmisshandlung (Graf und Frank 2001).

Als Risikofaktoren für Parentifizierung seitens der Kindern gelten nach Erkenntnissen der letzten 15 Jahre ebenso das weibliche Kindsgeschlecht, ein höheres Kindesalter (Cates et al., 1990; Jurkovic 1997; Chase, 1999; Stein et al., 1999; Mayselless et al., 2004; Schmidt-Denter, 2005; Nöldgen, 2006; Burton, 2007; McMahon und Luthar, 2007; Byng-Hall, 2008; East, 2010; Hooper et al., 2011), Empathie (Graf und Frank, 2001; Zukow-Goldring, 2002), Reife und ausgeprägtes Sozialverhalten (Zukow-Goldring, 2002), sowie ein afroamerikanischer, asiatischer oder lateinamerikanischer kultureller Hintergrund (Anderson, 1999; Diaz et al., 2007; Telzer und Fuligni, 2009; East, 2010; Gilford und Reynolds, 2011).

Als alternative Begriffe tauchen in der englischsprachigen Literatur „adulthood“ (Burton, 2008), „spousification“ (Sroufe und Ward, 1980), „role reversal“ (Macfie et al., 2005), „adultoids“ (Greenberger und Steinberg, 1986), „little parent“ (Byng-Hall, 2008), und allen voran „young caregivers/caregiving“ (Aldridge und Becker, 1993; Siskowski, 2006; Becker, 2007; Barber und Siskowski, 2008; East, 2010; Moore et al., 2010) auf (Ohntrup et al., 2011).

1.3.1.1 Die Parentifizierung von Kindern

Adler beobachtete bereits 1931, dass gerade Erstgeborene aufgrund der Geburtenfolge „gerne die Rolle der Ersatzeltern übernehmen“, weil sie sich der Familie am meisten verbunden fühlen würden. Das zeigt auf, dass die Einnahme einer elterlichen Rolle von Kindern ein schon lang existierendes und bekanntes Beziehungsphänomen war, noch bevor das Fachwort der Parentifizierung in der Literatur auftauchte.

Nach Becker (2007) gäbe es in den USA, Großbritannien und Australien mindestens 4% parentifizierter Kinder. In Entwicklungsländern mit hoher HIV-Inzidenz sei seiner Einschätzung nach diese Rate noch deutlich höher. In den USA alleine soll es nach Barber und Siskowski (2008) im Jahre 2005 rund 1,3 bis 1,4 Millionen „young caregivers“ also parentifizierte Kinder zwischen 8 und 18 Jahren gegeben haben. Bei einer Gesamtkinderpopulation in den USA von 73,5 Millionen Kindern im Jahre 2005 (U.S. Census Bureau, 2012) entspräche das einem Anteil von 1,9% aller Kinder in den USA. Nach Aldrige (2006) würden 175.000 Kinder in den USA für ihre kranken Eltern sorgen. Elder und Conger (2000) schrieben dazu, dass es in vielen amerikanischen Familien ökonomisch unabdingbar sei, dass Kinder einen Großteil der familiären Angelegenheiten übernehmen. East (2010) nannte das Phänomen der „Fürsorge“ (caregiving) durch Kinder als gesellschaftlich höchst stigmatisiert und betitelte es nach Creighton (1993) als „American’s biggest secret“.

In Großbritannien dagegen seien 114.000 aller Kinder (1,4%) von 5 bis 15 Jahren mit der Pflege von zumindest eines Familienmitgliedes beauftragt, 18.000 davon würden mit der Pflege Angehöriger über 20 Stunden die Woche, 9.000 Kinder sogar über 50 Stunden die Woche verbringen (Doran et al., 2003).

Zinnecker und Silbereisen beschrieben 1998, dass 90% aller Kinder von zehn bis dreizehn Jahren in Deutschland 40,8 Stunden pro Woche durchschnittlich im Haushalt helfen würden, während sie im Vergleich dazu nur ca. 33 Stunden pro Woche Freizeit hätten, was für eine hohe Rate für instrumentelle Parentifizierung in deutschen Familien spräche.

Das Phänomen der Parentifizierung wurde zudem bei Kindern mit behinderten oder kranken Geschwistern vermehrt beobachtet (Marsh et al., 1993; Horwitz, 1993, Siegal und Silverstein, 1994, Lamorey, 1999).

Zusammenfassend muss somit von einer hohen Prävalenz der Parentifizierung von Kindern mit hoher Dunkelziffer weltweit ausgegangen werden, was die große wissenschaftliche Bedeutung dieses lang unterschätzten Beziehungsphänomenes unterstreicht.

Parentifizierte Kinder unterscheiden sich von nicht parentifizierten Kindern in der Art der Aufgabenerfüllung und der dafür investierten Zeit. So müssen sie in einem Großteil ihrer Freizeit altersinadäquaten Aufgaben nachgehen, dazu unbeaufsichtigt und mit voller Verantwortung, und müssen kinderinadäquate Rollen in der Familie übernehmen (Becker, 2007; Hooper, 2007; Jurkovic, 1997, Hooper et al. 2009).

Trotz möglicher persönlicher Nachteile, würden viele Kinder versuchen die nicht kindgerechte Rollenerwartung zu erfüllen, um in der Nähe der Eltern bleiben zu können. Aus psychodynamischer Sicht ließe sich dies als Copingstrategie (Bewältigungsstrategie) verstehen, die den anderen Bedürfnissen übergeordnet wird. Es wird vermutet, dass das betroffene Kind durch die bewusste oder unbewusste Akzeptanz der Parentifizierung die notwendige körperliche und emotionale Nähe der Eltern aufrecht zu erhalten versuche, die es sonst aufgrund der elterlichen Situation nicht erhalten würde (Graf und Frank, 2001).

Grundsätzlich werden nach einer Vielzahl von Studien der Parentifizierung traumatisierende und destruktive Folgen für das Kind nachgesagt (Boszormenyi-Nagy und Spark, 1973; Jurkovic, 1997; L'Abate, 1998; Lackie, 1999; Chase et al., 1998; Alexander et al., 2000; Byng-Hall, 2008, Hooper et al., 2009; Moore et al., 2010).

Um das Beziehungsphänomen der Parentifizierung und dessen Folgen genauer zu eruieren wurden in der Literatur verschiedene Unterteilungen der Parentifizierung von Kindern vorgenommen:

So ist eine Einteilung in „instrumentelle“ und „emotionale“ Parentifizierung (Sessions und Jurkovic, 1986; Jurkovic et al., 1999; Byng-Hall, 2008) sowie in „destruktive“ (Boszormenyi-Nagy und Spark, 1981; Jurkovic, 1997) und „adaptive“ Parentifizierung (Graf und Frank, 2001) möglich.

Instrumentelle Parentifizierung bezieht sich auf funktionale Aufgaben, welche das Kind übernimmt. Dies kann vom Pflegen und Baden Familienangehöriger (Creighton (1993; Becker, 2007; East, 2010), zum Kochen, Einkaufen, Saubermachen und Wäschewaschen (Hooper, 2007) bis hin zur Haushaltsfinanzplanung reichen (Diaz et al., 2007).

Die emotionale Parentifizierung beschreibt hingegen, dass Eltern vom Kind im Sinne eines Partnerersatzes in unangemessener Weise Liebe und Zuneigung einfordern, sie in ihre persönlichen Probleme altersinadäquat einbeziehen oder sie als Friedensstifter in der Familie fungieren lassen. Grundsätzlich sei die emotionale Parentifizierung die destruktivere Form, da sie die kindlichen emotionalen Grenzen überschreite, Loyalitätskonflikte und Probleme bei der Abgrenzung zur Folge habe und somit für das Kind deutlich belastend und entwicklungs-schädlich sei (Jurkovic, 1997; McMahon & Luthar, 2007; Byng-Hall, 2008; Hooper et al., 2008).

Die Begriffe der destruktiven und adaptiven Parentifizierung beziehen sich dagegen auf die Konditionen und die damit einhergehenden Folgen der Parentifizierung für die Kinder. Boszormenyi-Nagy und Spark definierten 1981 die Folgen der Parentifizierung nicht als negativ, solange die Parentifizierung die Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes nicht einschränke. Dies sei gegeben, wenn alle Beteiligten mögliche Parentifizierungsobjekte seien und dem Überforderten beistünden. Werde dabei die Übernahme von Aufgaben durch das Kind durch die Eltern oder andere Familienangehörige lobend anerkannt, kann das parentifizierte Kind sogar ein gesteigertes Selbstbewusstsein, eine gesteigerte Empathiefähigkeit, sowie eine höhere psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz) erlangen.

Diese zuvor genannten Eigenschaften von Parentifizierung kennzeichnen den Begriff der „adaptiven Parentifizierung“ nach Graf und Frank (2001). Ergänzend dazu wies Byng-Hall (2008) darauf hin, dass die Parentifizierung ebenfalls Selbstwert steigernd fürs Kind sei, wenn die elterlichen Aufgaben für alle Familienmitglieder transparent von den Eltern delegiert und das Kind für die Übernahme der Aufgaben von den Eltern angemessen anerkannt werde.

Zudem müsse das Kind in der Verrichtung der Aufgaben Unterstützung erhalten und die Übernahme der Aufgaben auf einen bestimmten Zeitraum begrenzt sein. Entsprechend konnten Fitzgerald et al. (2008) aufzeigen, dass sogar starke Parentifizierung zu weniger Missangepasstheit und Verhaltensgestörtheit führen kann. Schier et al. (2011) beschrieben zudem die adaptive Parentifizierung als eine Form der kindlichen Unterstützung, die das Kind selber als gerecht und fair empfindet, da es meint dafür entsprechend entschädigt zu werden (Unterstützung und Anerkennung durch die Eltern, Belohnung), was eine weitere wichtige Dimension (Fairness) der Parentifizierung beschreibt (PQ, Jurkovic und Thirkield, 1998).

Werden jedoch die Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes eingeschränkt, wird die Parentifizierung als destruktiv bezeichnet (Boszormenyi-Nagy und Spark, 1981; Jurkovic, 1997). Aufgrund der Überforderung durch die bewussten oder unbewussten unangemessenen elterlichen Erwartungen können betroffene Kinder „ihre Kindheit verlieren“. Spontaneität, Lebhaftigkeit, Sorglosigkeit, sowie das Spielen mit Gleichaltrigen würde nicht mehr als Selbstverständlichkeit verstanden, sondern von dem Gefühl der Verantwortung verdrängt werden (Boszormenyi-Nagy und Spark, 1981; Jurkovic, 1997; Winterhoff, 2009). So ergäben sich Komplikationen der gesunden Entwicklung von Autonomie und Individuation des Kindes. Parentifizierte Kinder können massive, nicht realitätsangepasste Anforderungen an sich selbst entwickeln, was zu Perfektionismus, Überangepasstheit, Isolation und Einsamkeit führen kann.

Die emotionale Belastung aufgrund der inneren Spannung zwischen Machtgefühl und Versagensangst können zu vermindertem Selbstwertgefühl, Verhaltensauffälligkeiten und intellektuellen Beeinträchtigungen bis hin zu somatischen Beschwerden und psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Substanzmissbrauch und sogar Suizidalität führen (Berman und Sperling, 1991; Graf und Frank, 2001; Castro et al., 2004; Jacobvitz et al., 2004; DiCaccavo, 2006, Schier et al., 2011).

Unabhängig von der Art der Parentifizierung konnten Hooper et al. (2011) eine positive Korrelation zwischen dem Ausmaß der Parentifizierung und dem Ausmaß der psychischen Störungen im Erwachsenenalter aufzeigen: Je stärker die Kinder parentifiziert wurden, desto stärker war die Ausprägung von v.a. Ess-, Angst- und Persönlichkeitsstörungen in der Adoleszenz.

East (2010) weist in seinem Survey zudem noch explizit auf den Zusammenhang von wöchentlichem Zeitaufwand und Gesamtdauer der Parentifizierung hin:

Muss das Kind über 20 Stunden die Woche über mehrere Jahre elterliche Aufgaben übernehmen, gäbe es ein vermehrtes Risiko für Schwierigkeiten in der Schule (Dodson und Dickert, 2004; East et al., 2006; East und Weisner, 2009), Schulabbruch (Jordan et al., 1996), und ausschweifendes Sexualverhalten junger Frauen (East und Jacobson, 2001).

Die genannten Entwicklungsstörungen in der Kindheit können Auswirkungen bis ins Erwachsenenalter haben. Häufig würden Probleme mit der Ablösung vom Elternhaus auftreten, da die Autonomieentwicklung nicht stattfinden konnte und stellvertretend ein „falsches Selbst“ entwickelt wurde. Das Gefühl der Unzulänglichkeit im Gegensatz zu anderen bleibe so auch im Erwachsenenalter bestehen (Castro et al., 2004). Zudem kann der Prozess der Sozialisierung durch Überangepasstheit, Kommunikationsdefizite und Versagensängste stark erschwert werden (Berman und Sperling, 1991; DiCaccavo, 2006).

Ein weiteres Problem sei die Weitergabe der „vertauschten Rollen“ über nachfolgende Generationen aufgrund mangelnder Fürsorgeerfahrungen (Jacobvitz et al., 1991; Graf und Frank, 2001). Dies könne wiederum zur Angst vor eigenem Nachwuchs führen (Boszormenyi-Nagy and Spark, 1981).

Beachtung findet das Thema Parentifizierung bislang auch beim deutschen Jugendamt. So verwies Kindler et al. bereits 2006 im Handbuch zur Kindeswohlgefährdung unter der Überschrift „Besondere Fallgruppen bei psychischer Kindesmisshandlung“ darauf hin, dass parentifizierte Kindern durch psychosoziale Gründe erhebliche Gedeihstörungen erleiden können.

1.3.1.2 Die klinische Arbeit mit Parentifizierung

1.3.1.2.1 Die Erfassung von Parentifizierung

Parentifizierung lässt sich als multimodales Konstrukt bisweilen aufgrund von nur wenigen entwickelten Fragebögen schwer konkret erfassen. Trotzdem kann anhand existierender Fragebogen- und Interviewverfahren das Ausmaß von Parentifizierung erwägt werden (Ohntrup et al., 2011).

Tabelle 1.3.1.2.1: Übersicht der Messinstrumente und Fragebögen zur Parentifizierung nach Ohntrup et al. (2011)

Messinstrument	Entwickler	Entwicklungsjahr
Parentification Inventory	Hooper und Wallace	2009
Adult-Adolescent Parenting Inventory	Bavolek	1984; 2005
Relationship with Parents Scale	Alexander	2003
Parentification Questionnaire (PQ)	Jurkovic und Thirkield	1998
Filial Responsibility Scale (FRS-A)	Jurkovic und Thirkield	1998
Family Relationships Questionnaire	Jacobvitz und Bush	1996
Attachment Styles among young adults	Bartholomew und Horowitz	1991
Classification of pathological attachment patterns in adults	West und Sheldon	1988
Parentification Scale (PS)	Mika, Bergner und Baum	1987
Parentification Questionnaire (PQ)	Sessions und Jurkovic	1986
Fragebogen zur Erhebung der Einstellung von Müttern mit Kindern im Kleinkindalter (EMKK)	Engfer	1984

Tabelle 1.3.1.2.1 zeigt nach Ohntrup et al. (2011) alle zehn bis heute ausgearbeiteten Messinstrumente und Fragebögen auf.

Bisweilen sind alle Parentifizierungsinventare retrospektiv für Erwachsene entwickelt worden mit der Ausnahme des ersten, jedoch nicht nur auf die Parentifizierung zugeschnittenen Inventares von Engfer (1984).

Die beiden nach Hooper et al. (2011) am häufigsten benutzten Parentifizierungsskalen sind die überarbeitete Version des Parentification Questionnaire (Jurkovic und Thirkield, 1998) und die Parentification Scale (Mika et al., 1987).

Das Parentification Questionnaire besteht dabei aus drei faktorenanalytisch bestätigten Dimensionen 1. emotionale Parentifizierung, 2. instrumentelle Parentifizierung und 3. Gerechtigkeit (Fairness). Die dritte Dimension der „Fairness“ beschreibt dabei, dass das Kind selber die von ihm geleistete Unterstützung als gerecht und fair empfindet.

Ein Modell zur Erfassung des Parentifizierungsmaßes für die therapeutische Praxis erarbeiteten Jurkovic et al. (1999), welches sich aus Rollen- und Kontextvariablen der Parentifizierung zusammensetzt:

1) Art der Rollenzuweisung (emotionale versus instrumentelle Parentifizierung), das Ausmaß der Parentifizierung und das Objekt der Umsorgung (Mutter, Vater, Geschwisterkind).

2) Altersangemessenheit, das Ausmaß der Rolleninternalisierung und -Akzeptanz, das Ausmaß der Verantwortungsübernahme (dauerhaft versus vorübergehend), das Ausmaß der Unterdrückung kindlicher Bedürfnisse, sowie das Ausmaß der elterlichen Unterstützung und Fairness sowie der ethische Hintergrund. Zur Beurteilung der Kontextvariablen zur Parentifizierung ist jedoch eine therapeutische Expertise nötig, so dass diese Variablen mit standardisierten Fragebögen nur schwer erfassbar sind.

Das aktuellste Messinstrument ist das „Parentification Inventory“ von Hooper und Wallance aus dem Jahr 2009. Hier wurde das Parentification Questionnaire (Jurkovic und Thirkield, 1998) um die multimodalen Variablen des familiären, kulturellen und umweltbedingten Hintergrundes ergänzt.

Das Parentification Inventory zählt neben dem Parentification Questionnaire zu den am besten evaluierten Verfahren (Hooper und Wallance, 2009).

Ein deutschsprachiges Instrument zur Erfassung der Parentifizierung existierte bislang nicht, weder eine Erfassung von Parentifizierung aus elterlicher Sicht (Ohntrup et al., 2011), weshalb das konzipierte Parentifizierungsinventar neue Perspektiven eröffnen könnte.

1.3.1.2.2 Therapieansätze mit Parentifizierung

Parentifizierung ist ein psychodynamischer Prozess, so dass der primäre Ansatz zur Arbeit mit Parentifizierung psychodynamisch, statt behavioral war (Ohntrup et al., 2011). Nach Wells und Jones (1999) gebe es beim tiefenpsychologisch orientierten Arbeiten die Möglichkeit, einen „Deparentifizierungsprozess“ anzustoßen. In diesem Prozess stehe das Erkennen, Akzeptieren und Bearbeiten abgewehrter und verleugneter Anteile des Selbst im Vordergrund. DiCaccavo (2006) erweiterte den Ansatz indem er die „Etablierung einer Arbeitsallianz“ in den Vordergrund rückte. Eine Exploration der Schuld- und Schamgefühle führe zur Herstellung einer tragenden Therapeut-Patienten-Beziehung. Entscheidend sei, dass der Therapeut dem Patienten die bislang nicht erfolgte Wertschätzung für sein Handeln entgegenbringt. Dadurch ließe sich für den Patienten eine korrigierte Beziehungserfahrung machen.

Relativ neu ist der therapieschulenübergreifende Ansatz. So zeigten Young et al. (2005) auf, dass Schematherapie mit verhaltenstherapeutisch basierten und tiefenpsychologisch fundierten Verfahren auch im Umgang mit der Parentifizierung anwendbar sei. Schemata definierten sie als „kognitiv-vorsprachliche Erlebensweisen“ von verinnerlichten Haltungen oder automatisierten Handlungsimpulsen. Die Theorie hat den Ansatz, dass durch unbefriedigte Grundbedürfnisse (sichere Bindung, Identitätsgefühl, Spiel, Spontaneität) reaktiv maladaptive Schemata entstehen würden. Bei Parentifizierten führe die fehlende sichere Bindung und Autonomiereifung zu „maladaptiven Schemata“ wie der Isolation und Unzulänglichkeitsgefühlen. Ohntrup et al. (2011) empfehlen diese durch neue funktionale Verhaltensweisen nach dem B-E-A-T-E-Prinzip „**b**enennen, **e**rkennen, **a**nerkennen, **t**rennen und **e**inbrennen“ von Roediger (2009) zu ersetzen. Hierdurch soll eine „Deparentifizierung“ wie beim vorherigen Ansatz von Wells und Jones (1999) und DiCaccavo (2006) herbeigeführt werden, jedoch durch zusätzliche kognitiv-behaviorale Elemente wie das Rollenspiel.

Byng-Hall forderte 2008 besondere Aufmerksamkeit für die Arbeit mit Parentifizierung in der Familientherapie, da Parentifizierung häufig ein verstecktes Phänomen in Familien sei. Der Therapeut solle bei Familientherapien explizit alle Familienmitglieder zu den Sitzungen einberufen, da häufig gerade das überangepasste parentifizierte Kind nicht mitgenommen werden würde, da es keiner Therapie bedürftig scheint. Wichtig dabei sei im familientherapeutischen Setting mit einem parentifizierten Kind, dass man den Eltern nicht nur die Negativfolgen von Parentifizierung aufzeigt, sondern mehr über adaptive Parentifizierung aufklärt, und gemeinsam mit allen Familienmitgliedern sie umzusetzen versucht.

1.3.2 Kinder psychisch kranker Eltern

In Deutschland leben nach Schätzungen ca. zwei bis drei Millionen Kinder psychisch kranker Eltern (Remschmidt und Mattejat, 1994; Lenz, 2005), was nach Wiegand-Grefe et al. (2008) 1-3% aller Kinder in Deutschland ausmache.

Es gilt als erwiesen, dass Kinder psychisch kranker Eltern nicht nur ein erhöhtes Erkrankungsrisiko genetisch in sich tragen, sondern auch signifikant häufiger psychisch auffallen und sozial benachteiligt sind, weshalb sie in der Literatur auch als die „vergessenen Kinder“ bezeichnet werden (Remschmidt und Mattejat, 1994; Mattejat, 2001a/b). Nach Remschmidt und Mattejat (1994) habe ein Drittel der Kinder, die sich in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung befinden ein psychisch krankes Elternteil, wobei bis zu zwei Drittel der Kinder psychisch kranker Eltern ein erhöhtes Risiko haben, später selbst psychisch zu erkranken. 2008 korrigierten sich Mattejat und Remschmidt, dass beinahe jedes zweite Kind, welches in die Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen wird, in einem Haushalt mit einem psychisch kranken Elternteil lebe, womit Schneider (2009) übereinstimmte. Mattejat (2001a) zeigte ferner auf, dass bei Kindern schizophrener Eltern signifikant häufig krankheitsunspezifische Symptome auftraten und sie vermehrt kognitive, emotionale, soziale und somatische Auffälligkeiten neben den psychischen Auffälligkeiten aufzeigten.

Mattejat und Remschmidt zeigten 2008 anhand von Studien an Kindern stark depressiver Mütter (Mattejat, 2002; Papousek, 2002), wie das elterliche Verhalten im Umgang mit dem Kind, die Eltern-Kind-Interaktion und die Eltern-Kind-Beziehung durch die Krankheit eingeschränkt werden kann:

Im Säuglings- und Kleinkindalter sei die Empathie und emotionale Verfügbarkeit der Mütter durch die Depression reduziert, da die mütterliche Feinfühligkeit, die kindlichen Signale wahrzunehmen, sie richtig zu interpretieren sowie schnell und angemessen darauf zu reagieren eingeschränkt sei. Reduziert seien beispielsweise Blickkontakt, Lächeln, Sprechen, Imitieren, Streicheln und Interaktionsspiele.

Im Kindergarten- und Grundschulalter würden die depressiven Mütter ihre Kinder als besonders schwierig wahrnehmen, wobei der sprachliche Austausch reduziert sei und die Mütter gravierende Schwierigkeiten hätten sich dem Kind gegenüber durchzusetzen und Grenzen zu setzen.

Die Mütter würden überängstlich agieren und zwischen permissivem und kontrollierendem Erziehungsstil schwanken. Durch die eigene Unsicherheit der Mütter würden positive Kommentare, die das kindliche Selbstwertgefühl stärken, kaum geäußert werden.

In der mittleren Kindheit und im Jugendalter seien die Eltern oft stark mit der Aufgabe überfordert, ihr Kind bei der Bewältigung der altersspezifischen Entwicklungsaufgaben zu unterstützen (v.a. Kompetenzerwerb, Selbstständigkeit und Autonomieentwicklung). Da die Eltern selbst im Alltag überfordert seien, würden dem Kind nicht selten erwachsenentypische und „elternhafte“ Aufgaben und Verantwortungen übertragen, was man als Parentifizierung bezeichnet. So würde das Kind in die elterlichen Probleme und Konflikte miteinbezogen werden, was Loyalitätskonflikte und Probleme bei der Abgrenzung zur Folge habe. Andererseits würde durch die krankheitstypische Begrenzung die Identifikation des Kindes mit den Eltern beeinträchtigt werden.

Unter diesem Kontext ist es nachvollziehbar, dass in Deutschland jährlich circa 2000 Sorgerechtsentzüge gegenüber psychisch kranken Eltern ausgesprochen werden (Sommer et al., 2001). Ebenfalls auffällig ist der hohe Anteil psychisch kranker Eltern in Fällen von schwerer Kindesmisshandlung. 150.000 bis 180.000 Fälle von körperlichen Misshandlungen werden in Deutschland im Jahr geschätzt (Jacobi, 2008). Laut polizeilicher Kriminalstatistik von 2010 wurden 3.738 Fälle von Kindesmisshandlung mit 69 Todesfällen von Säuglingen und Kleinkindern erfasst. Nach Trautmann-Villalba und Hornstein (2007) sterben jede Woche in Deutschland etwa zwei Kinder unter 15 Jahren an den Folgen von Gewalt, körperlicher Misshandlung und Vernachlässigung. Innerhalb der ersten zwei Lebensjahre würden sich zwei Drittel aller misshandlungsbedingten Todesfälle ereignen. Ein zentraler Risikofaktor für solche Ereignisse stelle häufig eine bislang unerkannte schwerwiegende psychische Erkrankung eines Elternteils dar. Laut Ziegenhain und Fegert (2007) seien Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern infolgedessen einem zwei- bis fünffach erhöhten Risiko für Vernachlässigung und für körperliche, seelische und sexuelle Misshandlung ausgesetzt.

1.3.2.1 Die Psychische Gesundheit von Kindern psychisch kranker Eltern

Empirisch wird angenommen, dass sich das Erkrankungsrisiko für psychische Störungen auf 30% bis 50% erhöht, wenn das Kind ein psychisch erkranktes Elternteil hat. Im Vergleich dazu erkranken 25% der Kinder aus der Allgemeinbevölkerung bis zum Erwachsenenalter an einer psychischen Störung (Friedman et al., 1996). So würde das Erkrankungsrisiko von 1% bei einem schizophrenen Elternteil auf 13% (Gottesman, 1991), bei schizoauffektiv erkrankten Eltern auf 37% (Gershon et al., 1982) und bei zwei schizophrenen Elternteilen auf 40% ansteigen (Mattejat und Remschmidt, 2008). Mattejat (2001a) zeigte auf, dass bei Kindern schizophrener Eltern signifikant häufig krankheitsunspezifische Symptome auftraten und sie vermehrt kognitive, emotionale, soziale und somatische Auffälligkeiten aufzeigten, während Weissman et al. (1984) bei 24 % der Kinder depressiver Eltern (gegenüber 8 % in der Kontrollgruppe) psychopathologische Auffälligkeiten feststellen konnten. Grundsätzlich erhöhe sich bei Kindern von psychisch kranken Eltern nicht nur das spezifische Risiko für die gleiche Erkrankung, sondern zudem das allgemeine Risiko für psychische Erkrankungen insgesamt. So sei die Wahrscheinlichkeit für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter gegenüber der Normalbevölkerung um das Vierfache erhöht. Bei spezifischen Krankheitsbildern wie einer schweren Depression würden sogar 61 % der Kinder bis zur Adoleszenz eine psychische Störung entwickeln (Mattejat und Remschmidt, 2008). Daraus folgerten Mattejat und Remschmidt (2008) u.a., dass bei der Ausprägung von psychischen Defiziten bei Kindern psychisch kranker Eltern die elterliche Erkrankung selbst eine große Rolle spiele, wie auch der Erkrankungstyp, der Schweregrad der elterlichen Erkrankung und das Ersterkrankungsalter. Schwere rezidivierende Verlaufsformen gingen daher mit einer besonders hohen familiären Belastung einher.

Laucht et al. (1994) zeigten, dass schon Kinder im Alter von zwei Jahren bereits eine signifikant verzögerte Sprachentwicklung und eine stärkere Ausprägung von Verhaltensauffälligkeiten aufwiesen, wenn ein Elternteil psychisch erkrankt war. Dieser Effekt war bei Müttern mit einer Persönlichkeitsstörung oder mit Alkoholmissbrauch besonders stark ausgeprägt, was die kontrovers diskutierte Theorie der „Mutterlastigkeit“ stützen würde.

So wiesen v.a. viele ältere Studien darauf hin, dass eine psychische Erkrankung seitens der Mutter zu deutlich mehr psychischen Auffälligkeiten der Kinder führen würde, als eine entsprechende väterliche Erkrankung, und das Phänomen v.a. bei Depression und Schizophrenie zu beobachten ist (Keller et al., 1986).

Mattejat et al. (2000) verwiesen deutlich auf die schon von Downey und Coyne 1990 aufgezeigten trügerischen Aspekte dieser Theorie hin. So würden epidemiologisch betrachtet deutlich mehr Mütter als Väter in den Studien erfasst werden, da psychisch kranke Frauen (v.a. aus dem depressiven und schizophrenen Formenkreis) häufiger Kinder bekämen als Männer. Mattejat et al. (2000) gingen dabei von einer Mutterschaftsquote von über 50% im Laufe des Lebens psychisch erkrankter Frauen aus, wobei nur 10% bis 20% der schwer erkrankten Mütter zum Zeitpunkt ihrer Erkrankung minderjährige Kinder zu versorgen hätten. Ein weiterer Studiendesignmangel sei, dass die jeweiligen Lebenspartner (meist die Väter) in den Studien zu wenig berücksichtigt und somit fälschlicherweise als psychisch gesund betrachtet werden würden. Hier verwiesen die Autoren auf den Effekt des „assortive mating“, der davon ausgehe, dass auch bei den Lebenspartnern bzw. den Vätern die Rate der psychischen Störungen deutlich erhöht sein müsste, da psychisch Kranke oft psychisch kranke Partner auswählen würden. Somit sei der negative Entwicklungsprozess beim Kind nicht allein von der Mutter abhängig. Sei das andere Elternteil hingegen psychisch gesund, wirke dies psychisch kompensierend und erweise sich daher als stark protektiv für die kindliche Psyche (Remschmidt und Mattejat, 1994a/b).

Zusammenfassend werden bisweilen hauptsächlich zwei Faktorenkomplexe zur Entstehung von psychischen Erkrankungen diskutiert, die auch für Kinder von psychisch kranken Eltern bedeutsam sind: Die erhöhte genetische Vulnerabilität, also die genetische Anfälligkeit des Einzelnen an einer bestimmten Erkrankung zu leiden, die laut heutigen Schätzungen zu 30-50% die Entwicklung von psychischen Erkrankungen erklären (Schneider, 2009), sowie die vermehrten psychosozialen Risiko- und Belastungsfaktoren (Mattejat, 2001a; Kühnel & Bilke, 2004; Schneider, 2009).

Die spezifischen Risiko- und Belastungsfaktoren seien dabei oft die direkten Auswirkungen der elterlichen Erkrankung: belastende Lebensereignisse durch die Erkrankung der Eltern, der Mangel an Zuwendung und Zuspruch, die mit der Erkrankung einhergehende Häufung familiärer Konflikte und Disharmonie, die bis zu Gewalterfahrungen (s.o.) reichen kann, die Trennung der Eltern oder die Fremdbetreuung des Kindes während elterlicher Krankenhausaufenthalte (Keitner & Miller 1990; Remschmidt & Mattejat, 1994; Puckering, 2004).

Entscheidend für die Beeinträchtigung der betroffenen Kinder sei der Schweregrad und die Dauer der elterlichen Erkrankung, der Umgang mit der Erkrankung, inner- und außerfamiliäre Beziehungen als elterliche Faktoren, sowie kindlichen Faktoren, wie Alter und Geschlecht, Trennungserlebnisse und den Grad der Parentifizierung des Kindes. Je jünger die betroffenen Kinder seien, je stärker das Familienleben unter der Erkrankung wie z.B. bei Trennung und sozialer Isolation leide, und je stärker das Kind selbst leide z.B. bei destruktiver Parentifizierung, desto schlechter sei die Prognose für die psychische Gesundheit der Kinder (Kühnel & Bilke 2004, S. 63). Dabei wirke sich das gemeinsame Auftreten mehrerer psychosozialer Risikofaktoren als besonders gravierend auf die kindliche Entwicklung aus, weil sich ihre Effekte nicht einfach nur addieren, sondern wechselseitig verstärken würden (Mattejat et al. 2000, Abbildung 1.3.2.1.1).

Abbildung 1.3.2.1.1: Ein Rahmenmodell zum kindlichem „Outcome“ bei psychisch kranken Eltern nach Mattejat et al. (2000)

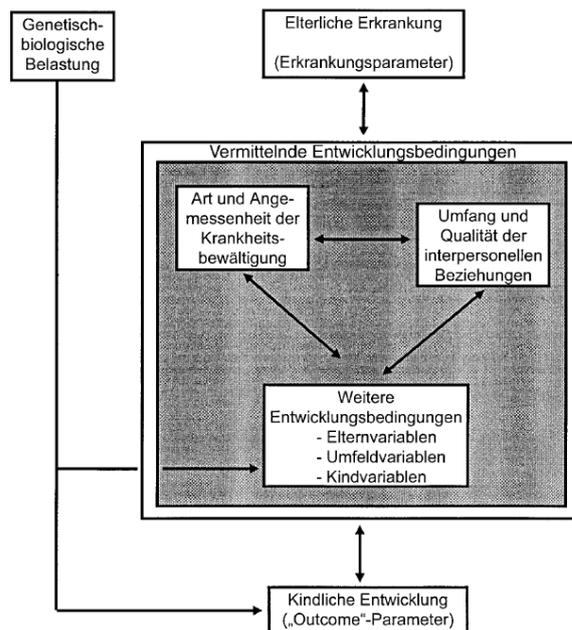


Abb. 1 ▲ Ein Rahmenmodell zu den psychosozialen Vermittlungsprozessen bei Kindern von psychisch erkrankten Eltern. Krankheitsbewältigung und Beziehungsqualität als zentrale Bereiche

Mattejat (2001a) unterschied dabei drei wichtige Aspekte der psychosozialen Belastung bei Kindern psychisch kranker Eltern: die direkten Auswirkungen der elterlichen Erkrankung, die indirekten Auswirkungen durch Häufung psychosozialer Belastungsfaktoren und die Verstärkung der ungünstigen Effekte bei multiplen psychosozialen Belastungen. So kann das Aufwachsen in einer Familie mit einem psychisch kranken Elternteil auch traumatisierend wirken (Fischer und Riedesser, 2003).

Die direkten Auswirkungen würden aus dem Erleben der Krankheit der Eltern folgen, wie Desorientierung, Scham- und Schuldgefühle, Tabuisierung, Trauer, Wut, erlebte Hilflosigkeit und soziale Isolation. Die Probleme der Eltern würden als unberechenbar und verwirrend erlebt, da die Kinder sie oftmals nicht verstehen und einordnen können. Sie können glauben, an den Problemen ihrer Eltern schuld zu sein, so dass ihr Fehlverhalten Schuld für die Erkrankung sei. Bei Tabuisierung der Krankheit durch die Eltern, hätten die Kinder oft den Eindruck es sei verboten mit anderen über die Erkrankung der Eltern zu sprechen, blieben so allein mit ihren Problemen zurück und zögen sich dadurch noch mehr aus ihrer sozialen Umwelt zurück, was zur Isolation führen kann.

Zu den indirekten Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Kinder zählen Folgeprobleme wie Betreuungsdefizite, Zusatzbelastungen, Verantwortungsverschiebung (Parentifizierung), mangelnde Unterstützung und Abwertungserlebnisse. Weiter fehle es den Kindern aufgrund elterlicher Überforderung an kontinuierlicher elterlicher Führung, emotionalem Rückhalt, elterlicher Aufmerksamkeit, Geborgenheit, emotionaler Nähe und Zuwendung. Zudem würden sich die Kinder im besonderen Maße für die elterlichen Probleme verantwortlich fühlen, so dass sie als Vertraute der Eltern fungieren (emotionale Parentifizierung). Dies kann zu Loyalitätskonflikten führen: zum einen müssen sie sich im familiären Konflikt entscheiden für wen sie Partei ergreifen, zum anderen schwanken sie nach außen hin zwischen Loyalität und Distanzierung bei Scham für das Verhalten des erkrankten Elternteils. Ein weiteres Problem sei die Angst. Die Angst vor und um das erkrankte Elternteil, sowie andererseits die Angst davor selbst zu erkranken, teils bis ins Erwachsenenalter hinein.

Doch nicht jedes Kind eines psychisch kranken Elternteils leidet unter den geschilderten Auswirkungen. Diese Kinder besäßen eine hohe Widerstandskraft (Resilienz) und hätten individuelle Ressourcen für sich gefunden, mit den Belastungen umzugehen. So sei es zum einen entscheidend was das Kind an genetischer Ausstattung mitbringe, womit u.a. Intelligenz, soziale Kompetenz und Temperament gemeint ist, zum anderen hänge es auch von Alter und Geschlecht ab, wie sehr das Kind durch die Situation benachteiligt werde (Mattejat et al. 2000). Den höchsten präventiven Stellenwert hätten dabei stabile und vertrauensvolle inner- und außerfamiliäre Beziehungen. So würden sich einige Kinder selber als Jugendliche oder junge Erwachsene durch eine Flucht aus dem Elternhaus helfen, um sich aus inadäquaten Rollen zu lösen, etwa durch eine frühe Heirat, einen fernen Studienort, schnelle Selbstständigkeit durch raschen Berufseinstieg oder sogar durch einen eigenen Einweisungswunsch in die Kinder- und Jugendpsychiatrie (Schneider 2009).

1.4 Ziele der Arbeit

Es sollen Auswertungsmethoden für einen neu konzipierten Parentifizierungsbogen entwickelt werden, mit welchem erstmalig im deutschsprachigen Raum versucht wurde Parentifizierung bei Kindern aus Elternsicht einzuschätzen. Zudem sollen neue und bereits bekannte Risikofaktoren für die Parentifizierung von Kindern eruiert und die psychische Gesundheit der parentifizierten Kinder unter mehreren theorierelevanten Aspekten betrachtet werden.

1.5 Fragestellung und Hypothesen

1.5.1 Fragestellungen

Diese Dissertation setzt sich aus zwei Auswertungsteilen zusammen.

Im ersten Ergebnisteil wird eine Auswertestrategie für das Parentifizierungsinventar ausgearbeitet, im zweiten Teil werden die eigentlichen Hypothesen zur Parentifizierung und psychischen Gesundheit ausgewertet.

I. Fragestellungen zum Parentifizierungsinventar:

Die Urheberin hat selber keine Auswertestrategie für das Parentifizierungsinventar vorgeschlagen, weshalb in dieser Dissertation die kategorialen Grenzwerte für das Inventar bestimmt werden.

Das Expertengremium des UKE entschied sich in das Parentifizierungsinventar ein Item zur sozialen Erwünschtheit einzubauen, um diejenigen Studienteilnehmer zu entlarven, welche nicht wahrheitsgemäß, sondern hinsichtlich sozialer Erwünschtheit antworten würden. Insofern gilt es herauszufinden, ob es einen tatsächlichen Unterschied im Antwortmuster des Inventars bei der Studienpopulation gibt, wenn bei Item Nr. 8 nach sozialer Erwünschtheit geantwortet wurde. Läge ein Unterschied vor, müsste man die Studienpopulationen zur Auswertung der Inventarurheberin nach teilen.

Ferner wird eine Analyse auf Einzelitemebene des Parentifizierungsinventars mit der Frage nach Gruppenunterschieden zwischen der Patienten- und Kontrollgruppe durchgeführt, die für die Interpretation der Ergebnisse richtungweisend sein können.

II. Fragestellungen zur Parentifizierung:

1. Risikofaktoren für eine Parentifizierung des Kindes

Mattejat (2001a) und Schone und Wagenblast (2002) beschrieben die erschwerten Lebensumstände psychisch kranker Eltern. Tendieren psychisch kranke Eltern stärker dazu ihre Kinder zu parentifizieren als die Eltern der Kontrollgruppe, da Parentifizierung laut u.a. Jurkovic (1998) und Byng-Hall (2008) v.a. in erschwerten Lebenssituationen, wie einer psychischen Erkrankung eines Elternteiles auftritt?

Wenn Kinder mit zwei psychisch kranken Eltern zusammenleben bzw. erwachsenen Bezugspersonen, die zur Erziehung der Kinder beitragen, müsste sich der kindliche Lebensumstand gravierend erschweren, da es keinen psychisch gesunden und somit voll belastungsfähigen und ausgeglichenen Erwachsenen im Haushalt gibt, der den elterlichen Funktionen ohne Einschränkungen nachgehen könnte (Remschmidt und Mattejat, 1994a/b). Nach Boszormenyi-Nagy und Spark (1981) können entweder der Lebenspartner oder das Kind parentifiziert werden. Wenn sich der Lebenspartner durch eine psychische Krankheit nicht zur Parentifizierung eigne, könnte man annehmen, dass in diesem Fall das Kind parentifiziert werde. Sind Kinder, die mit zwei psychisch kranken Elternteilen zusammenleben stärker parentifiziert, als die Kinder mit nur einem psychisch kranken Elternteil und einem kompensierend wirkenden psychisch gesunden Elternteil zusammenleben?

Alleinerziehende Eltern ohne Partner leben unter erschwerten Lebensumständen (Asmus, 2011), die zur Parentifizierung führen können. Nach Boszormenyi-Nagy und Spark (1981) gäbe es in diesem Fall noch die Kinder als Parentifizierungsobjekte in der Familie. Werden Kinder in Haushalten ohne elterlichen Partner stärker parentifiziert? Verhält es sich gleich in der Patienten- und Kontrollgruppe?

Keller et al. (1986) und Laucht et al. (1994) beschrieben die Tendenz der „Mutterlastigkeit“ bei psychischen Auffälligkeiten der Kinder; so wären Kinder von psychisch kranken Müttern in Studien deutlich auffälliger, als Kinder entsprechend psychisch kranker Väter. Könnte das elterliche Geschlecht ein Risikofaktor auch für Parentifizierung sein? Wie verhält es sich in der Kontrollgruppe?

Neben den elterlichen Risikofaktoren, gibt es auch kindliche Risikofaktoren für Parentifizierung.

In mehreren Studien wurde bereits Risikovariablen für Parentifizierung eruiert. So erwiesen sich, ein höheres Kindesalter, das weibliche Kindsgeschlecht (Cates et al., 1990; Jurkovic 1997; Chase, 1999; Stein et al., 1999; Mayseless et al., 2004; Schmidt-Denter, 2005; Nöldgen, 2006; Burton, 2007; McMahon und Luthar, 2007; Byng-Hall, 2008; East, 2010; Hooper et al., 2011), Empathie (Graf und Frank, 2001; Zukow-Goldring, 2002), Reife und ausgeprägtes Sozialverhalten (Zukow-Goldring, 2002) als Risikofaktor für die Übernahme der elterlichen Rolle und Aufgaben.

Hat das Alter des Kindes einen Einfluss auf die Parentifizierung in unserer Studie? Zeigt sich, dass die älteren Kinder stärker parentifiziert werden, als jüngere Kinder, da sie mehr Verantwortung in einer Familie übernehmen können und somit die Rolle als parentifiziertes Kind eher annehmen?

Erweist sich das weibliche Kindsgeschlecht auch in unserer Studie als Risikofaktor für Parentifizierung? So könnte man annehmen, dass Mädchen stärker im Gegensatz zu Jungen parentifiziert werden, da sie nach u.a. Hoffman (1977) und Mestre et al. (2009) empathiefähiger und hilfsbereiter sind.

2. Die Psychische Gesundheit der parentifizierten Kinder

Es gibt genetische, sowie viele psychodynamisch Belastungsfaktoren zur Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit eines Kindes, Mattejat (2001a) hat auch die Parentifizierung dazugezählt. Nach der Theorie von Mattejat et al. (2000) würde die Belastung vom Kind wechselseitig verstärkt werden, je stärker u.a. das Kind selber belastet werden würden. Grundsätzlich werden nach einer Vielzahl von Studien der Parentifizierung traumatisierende und destruktive Folgen für das Kind nachgesagt (Boszormenyi-Nagy und Spark, 1981; Jurkovic, 1997; L'Abate, 1998; Lackie, 1999; Chase et al., 1998; Alexander et al., 2000; Byng-Hall, 2008, Hooper et al., 2009; Moore et al., 2010).

Können wir wie Hooper et al. (2011) auch in unserer Studie nachweisen, dass stark parentifizierte Kinder psychisch auffälliger sind als weniger parentifizierte Kinder, da starke Parentifizierung als inadäquate nicht altersgerechte Rolle den psychischen Gesundheitszustand weiter verschlechtern könnte und somit destruktiv für das Kind sei?

Verändert sich das Bild hinsichtlich der Ausprägung der psychischen Auffälligkeiten bei parentifizierten Kindern wenn beide Eltern psychisch krank sind, da das Kind keinen psychisch gesunden, protektiv wirkenden Erziehungsteil mehr hat (Mattejat 2001a), und somit die psychische Belastung für das Kind beträchtlich steigt?

Bestätigt sich bei der psychischen Gesundheit der parentifizierten Kinder die von Mattejat et al. (2000) beschriebene Theorie der „Mutterlastigkeit“? Sind in unserer Studie Kinder psychisch kranker Mütter psychisch auffälliger als Kinder psychisch kranker Väter?

1.5.2 Hypothesen

Zu 1: Risikofaktoren für eine Parentifizierung des Kindes

1.1 Kinder psychisch kranker Eltern werden stärker parentifiziert als Kinder psychisch gesunder Eltern.

1.2 Kinder, die mit zwei psychisch kranken Eltern zusammenleben, werden stärker parentifiziert als Kinder, die mit nur einem psychisch kranken Elternteil und einem psychisch gesunden Elternteil zusammenleben.

1.3 Kinder mit Eltern ohne Partnerschaft werden stärker parentifiziert als Kinder mit Eltern in einer Beziehung.

1.3.1 Kinder mit psychisch kranken Eltern ohne Partnerschaft werden stärker parentifiziert als Kinder mit psychisch gesunden Eltern ohne Partnerschaft.

1.4.1 Kinder psychisch kranker Mütter werden stärker parentifiziert als Kinder psychisch kranker Väter.

1.4.2 Kinder psychisch gesunder Mütter werden nicht stärker parentifiziert als Kinder psychisch gesunder Väter.

1.5 Ältere Kinder werden stärker parentifiziert als jüngere Kinder.

1.5.1 Es gibt eine positive Korrelation zwischen Alter und Parentifizierung: Je älter das Kind ist, desto stärker wird es parentifiziert.

1.6 Mädchen werden stärker parentifiziert als Jungen.

Zu 2: Die Psychische Gesundheit der parentifizierten Kinder

2.1 Parentifizierte Kinder psychisch kranker Eltern sind psychisch auffälliger als nicht parentifizierte Kinder.

2.1.1 Es besteht eine positive Korrelation zwischen der Parentifizierung von Kindern psychisch kranker Eltern und den psychischen Auffälligkeiten der Kinder: je stärker das Kind parentifiziert ist, desto psychisch auffälliger ist es.

2.2 Parentifizierte Kinder mit zwei psychisch kranken Eltern sind psychisch auffälliger als parentifizierte Kinder mit nur einem psychisch kranken Elternteil.

2.3 Parentifizierte Kinder mit psychisch kranken Müttern sind psychisch auffälliger als parentifizierte Kinder mit psychisch kranken Vätern.

II. EMPIRISCHER TEIL

2. Methoden

2.1 Studiendesign: Das Projekt „CHIMPs“

Im Jahre 2005 wurde im Rahmen der Entwicklung und Evaluierung eines Beratungs- und Stützangebots für psychisch kranke Eltern und deren Familie am Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf das Projekt CHIMPs (**C**hildren of **m**entally **i**ll **p**arents) ins Leben gerufen. Das Projekt teilt sich in eine explorative Pilot-Vorstudie und eine darauf folgende Interventionsstudie.

2.1.1 Messinstrumente

Der CHIMPs-Fragebogen umfasst 15 Seiten und setzt sich aus mehreren bereits standardisierten und validierten Testverfahren sowie ergänzenden vom Institut selbst entwickelten Adhoc-Items zusammen. Zudem wurde eigens vom Institut ein deutsches Parentifizierungsinventar konzipiert, um Tendenzen zur Parentifizierung erfassen zu können. Anbei sind ein Informationsblatt zur Patientenaufklärung, sowie eine Einverständniserklärung im Rahmen des „informed consent“¹. Ergänzend ist dem Fragebogen ein Teil für den behandelnden Arzt beigefügt, mit dessen Hilfe eine Einschätzung der Urteilsfähigkeit und Krankheitsbewältigung des Befragten, sowie die Diagnose und ihre Schwere aus fachlich-objektiver Sicht erhoben wird².

¹ Siehe: Messinstrumente 8.1

² Siehe: Fragebogen an den behandelnden Arzt 8.2

Tabelle 2.1.1.1: Übersicht über die zu messenden Konstrukte und Messinstrumente/Fragebögen bei der Patientengruppe nach Ohntrup et al. (2011)

<i>zu messendes Konstrukt Patientengruppe</i>	<i>Datenquelle</i>	<i>standardisierte Fragebögen</i>
Demographische Angaben	Pat.-Fragebogen mit ad hoc formulierten Items	
Parentifizierung der Kinder	Pat.-Fragebogen mit ad hoc formulierten Items	
Psychische Gesundheit des Kindes		CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998)
Lebensqualität der Kinder		KINDL-R (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000)
Lebens- und Wohnsituation des Studienteilnehmers und seines Partners	Pat.-Fragebogen mit ad hoc formulierten Items	
Diagnose und Schweregrad der Erkrankung	Arzt-Fragebogen mit teils ad hoc formulierten Items	ICD-10

Tabelle 2.1.1.1 gibt eine Übersicht nach Ohntrup et al. (2011) über die zu messenden Konstrukte und sie dazu verwendeten Messinstrumente oder Fragebögen. Insgesamt wurden im CHIMPs-Fragebogen folgende Konstrukte erhoben:

- 1) demographische Variablen
- 2) elterliche Erkrankung sowie Krankheitseinsicht und -bewältigung
- 3) Lebens-, Familien- und Wohnsituation
- 4) Lebensqualität der Kinder
- 5) Parentifizierung der Kinder
- 6) psychische Gesundheit und Lebensqualität der Kinder
- 7) innerfamiliäre und außerfamiliäre soziale Beziehungen, soziale Unterstützung
- 8) Familiendynamik
- 9) professionelle Beratungsangebote

Tabelle 2.1.1.2: Übersicht über die zu messenden Konstrukte und Messinstrumente/ Fragebögen bei der Kontrollgruppe nach Borchert (2010)

<i>zu messendes Konstrukt Kontrollgruppe</i>	<i>Datenquelle</i>	<i>standardisierte Fragebögen</i>
Demographische Angaben	Pat.-Fragebogen mit ad hoc formulierten Items	
Parentifizierung der Kinder	Pat.-Fragebogen mit ad hoc formulierten Items	
Lebensqualität der Kinder (Selbstwert)		KINDL-R (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000)
Lebens- und Wohnsituation des Studienteilnehmers und seines Partners	Pat.-Fragebogen mit ad hoc formulierten Items	

Für die Kontrollgruppe wurden nach Tabelle 2.1.1.2 neben den demographischen Variablen die Parentifizierung der Kinder, die Lebensqualität der Kinder, und die Lebens- und Wohnsituation des Elternteils und Partners erhoben.

2.1.2 Patienten- und Kontrollstichprobe

Innerhalb der Pilot-Studie des CHIMPs-Projektes, aus welcher die Daten entnommen werden, wurden ab dem 15. August 2005 neun Monate lang einrichtungsrepräsentative Querschnittserhebungen durchgeführt, welche alle stationär und teilstationär aufgenommenen Patienten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie erfasste. Die Patientenzahl betrug dabei $N = 964^1$.

Alle Patienten unter 60 Jahre mit Kindern von drei bis 18 Jahren wurden darum gebeten, sich an der CHIMPs-Befragung mittels standardisierter Fragebögen im Beisein ihres Arztes sowie eines Betreuers des Projektes zu beteiligen. So konnten den Patienten beim Ausfüllen mögliche Hilfestellungen gegeben werden. Ausschlusskriterien der Studie waren: schwere oder akute Psychosen, eine starke sprachliche Barriere oder eine andere Formen schwerster Beeinträchtigung, durch welche die Erhebung dem Patienten als nicht zumutbar erscheint, sowie die bereits durchgeführte Teilnahme an der Studie während vorheriger Aufenthalte.

Die Fragebogenerhebung erfolgte, wenn möglich innerhalb der ersten Woche nach stationärer Aufnahme. Ließ der Gesundheitszustand des Patienten dies nicht zu, wurde die Erhebung zum nächstmöglichen zumutbaren Zeitpunkt wiederholt.

¹ Im Textfortlauf wird die Stichprobengröße mit „N“ abgekürzt.

Bei insgesamt 167 möglichen Teilnehmern, verweigerten 48,5% der Eltern die Befragung und gaben als Hauptbeweggrund befürchtete Konsequenzen seitens des Jugendamtes an. So konnten letztendlich von N = 86 Patienten die Daten erhoben werden.

Im Rahmen einer Diplomarbeit (Borchert, 2010) wurde nach dem „Schneeballprinzip“ eine Kontrollgruppe von psychisch gesunden Eltern (N = 94) in Kindertagesstätten und Schulen im gesamten Hamburger Raum in einem Zeitraum von Juli bis Oktober 2009 mit einem reduzierten Fragebogen bezüglich der Parentifizierungstendenz und der aktuellen Wohn- und Lebenssituation rekrutiert, wobei die gleichen Ausschlusskriterien galten. Die psychische Gesundheit der Kinder wurde im Rahmen dieser Diplomarbeit für die Kontrollgruppe nicht eruiert.

2.1.3 Stichprobenselektion

Das Thema dieser Dissertation ist die Parentifizierung von Kindern, weshalb die Patienten- N = 86 und Kontrollstichprobe N = 94 auf weitere spezifische Kriterien bezüglich des Parentifizierungsinventars überprüft werden muss:

- 1) Das Kindesalter: Das älteste Kind der Studienteilnehmer war anhand des Geburtsdatums älter als sechs Jahre und jünger als 19 Jahre. Der Parentifizierungsbogen dieser Studie ist auf Kinder von 6 - 18 Jahren zugeschnitten, daher erfolgt eine Selektion aller Studienteilnehmer dessen ältestes Kind unter sechs Jahren und über 18 Jahren war, oder das Alter unbekannt war¹.
- 2) Der Patient aus der Patientengruppe wird vom behandelnden Arzt als urteilsfähig eingestuft. Es werden alle Patienten selektiert, die beim „Fragebogen für den behandelnden Therapeuten“ bei Frage Nr. 4 „Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht“ mit „mäßig schwer“, „schwer“ oder „extrem“ eingestuft wurden.
- 3) Es lag keine starke Sprachbarriere vor. Es werden alle Patienten selektiert, die eine augenscheinlich beliebige Antwortstruktur aufwiesen.
- 4) Es ist keine einheitliche oder stark gegensätzliche Antworttendenz im Sinne eines unüberlegten „Herunterkreuzens“ erkennbar.

¹ Kinder mit 5,9 Jahren werden entsprechend der Altersnorm als 5-jähriges Kind, Kinder mit 18,9 Jahren als 18-jähriges Kind definiert.

Tabelle 2.1.3.1: Selektionskriterien und Fallzahlen für die Patienten- und Kontrollgruppe bezüglich des Parentifizierungsinventars

<i>Selektionsgrund</i>	<i>Studienteilnehmer Patientengruppe N=86</i>	<i>Studienteilnehmer Kontrollgruppe N=94</i>
Das älteste Kind ist jünger als 6 Jahre oder älter als 18 Jahre, bzw. Alter des Kindes ist unbekannt	26	40
Studienteilnehmer vom Arzt als schlecht urteilsfähig eingestuft	7	Frage nicht im Inventar enthalten
Starke Sprachbarriere	3	0
Antworttendenz im Sinne eines „Herunterkreuzens“	0	0
Summe aller Ausselektierten aus der Stichprobengruppe	35	40
Stichprobengröße nach Selektion	54	54

Laut Tabelle 2.1.3.1 entfielen aus der Patientengruppe 26 Stichproben aufgrund eines zu hohen oder zu jungen Alters des Kindes, sieben aufgrund eingeschränkter Urteilsfähigkeit und drei aufgrund einer starken Sprachbarriere. Somit verbleibt nach der Selektion von 35 Stichproben zur Analyse der Hypothesen zur Parentifizierung von Kindern psychisch kranker Eltern eine Stichprobe von N = 54. Aus der Kontrollgruppe entfielen 27 Stichproben durch ein Kindesalter unter 6 Jahren und 13 Stichproben durch ein unbekanntes Alter des evaluierten Kindes, womit zur Analyse der Parentifizierung von Kindern psychisch gesunder Eltern eine Stichprobe von N = 54 aus der Kontrollgruppe verbleibt.

Die Gesamtstichprobengröße zur Untersuchung der Parentifizierung ergibt somit N = 108 bei einer Stichprobenausfallrate von 42%.

2.2 Operationalisierungen

2.2.1 Erfassung der Parentifizierung von Kindern aus Elternsicht

Der CHIMPs-Fragebogen beinhaltet 15 Items, anhand derer man das Ausmaß der Parentifizierungstendenz der Eltern ihren Kindern gegenüber abschätzen will.

Dieses Parentifizierungsinventar wurde eigens für die CHIMPs-Studie konzipiert, da bisher keine deutschen Instrumente zur Erhebung der Parentifizierung bei Kindern aus Elternsicht vorlagen.

Angelehnt an die englischen Parentifizierungsinventare von Jurkovic (Jurkovic und Thirkield, 1998; Sessions und Jurkovic, 1986) und deren deutsche Übersetzungen (Walper 2005), wurde ein vorläufiges Parentifizierungsinventar mit 49 Items zusammengestellt und von einem Expertengremium aus Ärzten und Psychologen (N = 20) der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zur Prüfung vorgelegt. Das Inventar soll zur Erfassung einer „destruktiven Parentifizierung“ psychisch kranker Eltern ihren Kindern gegenüber dienen, welches für das Alter zwischen sechs und 18 Jahren ausgerichtet sein soll. Aus den vorgelegten 49 Items sollten zur Integration in den CHIMPs-Fragebogen 15 ausgewählt werden, wovon ein Item zur „sozialen Erwünschtheit“ bestimmt wurde. Diese 15 Items wurden der Patientenstichprobe (N = 86) sowie der Kontrollgruppe (N = 94) zur Beantwortung auf einer vierstufigen Likert-Skala („ja“ – „eher ja“ – „eher nein“ – „nein“) vorgelegt.

Das erste Item: „Es ist gut, wenn ein Kind früh selbstständig ist.“ gilt als sogenannter „Eisbrecher“, und wird daher zusammen mit der Kontrollfrage zur sozialen Erwünschtheit (Item Nr. 8: „In einem Gespräch lasse ich mein Kind stets ausreden und höre ihm aufmerksam zu.“) nicht in die Auswertung einbezogen. Wird jedoch die Frage Nr. 8 mit „ja“ beantwortet, solle man die Antworten des Elternteils mit Vorsicht interpretieren, bzw. ausselektieren, da das Elternteil dazu tendieren könnte, sich bestmöglich darzustellen und somit alle Fragen in diese Richtung hin manipuliere. Diese Hypothese wird mithilfe eines T-Testes im ersten Ergebnisteil auf Signifikanz geprüft und die Konsequenzen erläutert¹.

¹ Siehe: Die Untersuchung zur „sozialer Erwünschtheit“ 3.2.2

Die Fragen sind so konzipiert, dass zustimmende Antworten auf eine hohe Parentifizierungstendenz der Eltern hinweisen.

Die invers formulierte Frage Nr. 6 soll dem Effekt der Ja-Sage-Tendenz vorbeugen, und wird zur Erleichterung der Auswertung umgepolt.

In einer ersten explorativen Datenanalyse (Ohntrup et al., 2010) zeigten sich für das Parentifizierungsinventar folgende Ergebnisse: Die Reliabilitätsanalyse ergab knapp befriedigende Ergebnisse für die Patientienstichprobe (Cronbachs $\alpha = .76$) und für die Kontrollgruppenstichprobe (Cronbachs $\alpha = .72$). Erste Zwischenberechnungen zur Trennschärfe der Fragen ergaben ebenfalls befriedigende Ergebnisse (Ohntrup et al., 2010). Leider liegen zurzeit noch keine Ergebnisse zur Validität des Frageninventars vor, sondern befindet sich aktuell erst in der Vorbereitung.

Mit welchen Methoden das Parentifizierungsinventar bestmöglich auszuwerten ist, ist u.a. eine Fragestellung dieser Dissertation, welche im ersten Ergebnisteil 3.2 bearbeitet und erläutert wird.

2.2.1.1 Umgang mit fehlenden Werten im Parentifizierungsinventar

Die Urheberin des Parentifizierungsinventars tätigte keine Aussage zum Umgang mit fehlenden Werten. Es wird gegen einen Ersatz von fehlenden Werten durch Mittelung entschieden, sodass nur Stichproben zur Gesamtauswertung des Parentifizierungsinventars einbezogen werden, bei denen maximal drei von insgesamt 13 Items fehlen, um die durch Selektion stark verkleinerte Gesamtstichprobe nicht weiter zu minimieren. Durch die Ermittlung eines mittleren Itemwertes aller Fragen, wird die Verzerrung des Endergebnisses durch fehlende Werte vermieden.

2.2.2 Erfassung demographischer Daten der Eltern und Kinder

Für die Auswertung der Hypothesen sind folgende demographischen Angaben erforderlich: das Geschlecht, Alter und der Beziehungsstatus des Elternteils, die psychische Erkrankung und die Wohnsituation des Lebenspartners, sowie das Alter und Geschlecht der Kinder. Das Geschlecht und das Geburtsdatum des Studienteilnehmers werden sogleich auf der ersten Seite erfasst. Auf S.5 des

Fragebogens wurden 13 Adhoc-Items und ein Freitextitem zur Erfragung der Wohn- und Lebenssituation des Befragten zusammengestellt¹.

Die Fragestellungen lassen sich wie folgt aus dem Fragekonstrukt ableiten:

Unter Frage Nr. 1 wird nach einer derzeitigen Ehe oder Partnerschaft gefragt, wobei man mit „ja“ oder „nein“ antworten kann. Wenn das Ehepaar getrennt leben sollte, wurden die Patienten gebeten mit „nein“ zu antworten. Die fünfte Frage des Konstruktes bezieht sich auf eine jetzige oder vorangegangene psychiatrische oder psychologische Intervention beim Lebenspartner, worauf man ebenfalls mit „ja“ oder „nein“ antworten kann. Die darauf folgende sechste Frage befasst sich mit der Frage nach allen im Haushalt lebenden Personen, wobei auch die Antwortmöglichkeit „Ehe- oder Lebenspartner(in)“ vorgeben ist. Das Kindesalter wird via Geburtsdatum im Patientenfragebogen bei allen Kindern zwischen 18 und drei Jahren erfragt, während der Fragebogen der Kontrollgruppe nur nach dem Geburtsdatum des Kindes im jeweiligen Kindergarten oder der jeweiligen Schule, wo die Bögen auslagen, fragt. Das Geschlecht der Kinder wurde nur in der Patientengruppe erhoben.

2.2.3 Erfassung der psychischen Gesundheit der Kinder der Patientengruppe

Die psychische Gesundheit des Kindes wird in dieser Studie nur für die Patientengruppe erfasst.

Die psychische Gesundheit des Kindes wird mit der *Child Behavior Checklist*, kurz CBCL (Achenbach, 1991; CBCL – Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) erfasst, welcher sich auf Seite 14 und 15 des Fragebogens befindet (siehe Anhang 6.1). Die CBCL ist eines der meist verwendeten Verfahren zur Einschätzung von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Dieser beinhaltet insgesamt 121 Items, die mit folgenden Zahlenwerten zu beantworten sind: 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend und 2 = genau oder häufig zutreffend. Die CBCL ist ein Fremdbeurteilungsverfahren für Kinder im Alter von zwei bis drei und von vier bis 18 Jahren.

¹ Siehe: Messinstrumente 8.1

Da das Interesse der CHIMPs-Studie speziell Kindern der Altersgruppe der sechs- bis 18 Jährigen galt, wurde die CBCL/4-18¹ erhoben. Die Items lassen sich zu acht Unterskalen zusammenfassen, die sich wiederum drei Kategorien zuordnen lassen: internalisierend, externalisierend und gemischte Auffälligkeiten.

Im folgenden Abschnitt möchte ich die acht Dimensionen von psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen im Alter von vier bis 18 Jahren nach der Arbeitsgruppe „Deutsche Child Behavior Checklist“ (1998) erläutern.

1. Internalisierende Auffälligkeiten

Sozialer Rückzug: Zeigen Kinder auf dieser Skala eine hohe Ausprägung, sind sie lieber alleine, sind verschlossen, weigern sich, zu sprechen, sind allgemein eher schüchtern, nicht so aktiv und häufiger traurig verstimmt.

Körperliche Beschwerden: Diese Skala setzt sich aus Items zusammen, die verschiedene somatische Symptome beschreiben, wie Schwindelgefühl, Müdigkeit, Schmerzzustände und Erbrechen.

Angst/Depressivität: Neben einer allgemeinen Ängstlichkeit und Nervosität werden in dieser Skala auch Klagen über Einsamkeit und soziale Ablehnung, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle ebenso wie traurige Verstimmungen erfasst.

2. Externalisierende Auffälligkeiten

Dissoziales Verhalten: Lügen, Stehlen, Schule schwänzen sind beispielsweise dissoziale Verhaltensweisen und werden in dieser Skala erfasst.

Aggressives Verhalten: In dieser Skala werden verbale und körperlich aggressive Verhaltensweisen erfasst, ebenso wie Verhaltensweisen, die in Verbindung mit aggressiven Verhaltensweisen auftreten.

3. Gemischte Auffälligkeiten

Soziale Probleme: Ablehnung durch Gleichaltrige, unreifes und erwachsenen-abhängiges Sozialverhalten wird in dieser Skala erfasst.

Schizoid/Zwanghaft: Diese Skala erfasst neben Tendenzen zu zwanghaftem Denken und Handeln ebenfalls psychotisch anmutende Verhaltensweisen (Halluzinationen) und eigenartiges, bizarres Denken und Verhalten.

¹ Die CBCL/4 -18 wird im Folgetext nur mit „CBCL“ benannt.

Aufmerksamkeitsprobleme: Items zur motorischen Unruhe, Impulsivität, zu Konzentrationsstörungen und zu Verhaltensweisen, die in Verbindung mit hyperaktivem Verhalten auftreten, bilden diese Skala.

Für die acht Problemskalen wurde die 98. Perzentile ($T > 70$) als Definition klinischer Auffälligkeit nach Achenbach (1991) festgelegt, d.h. ein Kind wird auf einer Problemskala dann als auffällig betrachtet, wenn es auffälliger eingeschätzt wurde als 98% der Gleichaltrigen auf derselben Skala. Wurde das Kind auffälliger eingeschätzt als 95 - 98% (95. - 98. Perzentile / $67 = T = 70$) der Gleichaltrigen auf derselben Skala, befindet es sich im Grenzbereich. Hier ist eine Zuordnung zum Normal- oder Auffälligkeitsbereich schwieriger.

Ein Kind gilt in den drei übergeordneten Kategorien sowie dem Gesamtauffälligkeitwert als klinisch auffällig, wenn es auffälliger als 90% (90. Perzentile / $T > 63$) der Gleichaltrigen beurteilt wurde. Der Grenzbereich zwischen auffällig und unauffällig liegt hier zwischen 84 - 90% (84. - 90. Perzentile / $60 = T = 63$). Der Gesamtauffälligkeitwert wird aus 118 Items gebildet, zu welchem alle Items außer Item Nr. 2 (Heuschnupfen) und Item Nr. 4 (Asthma) gezählt werden. Zudem ist bei der Auswertung aller Skalen das Alter und Geschlecht von großer Bedeutung. So werden je Geschlecht für die Skalen jeweils zwei Alterskategorien zwischen 3,5 bis 11 Jahren und 12 bis 18 Jahren festgelegt mit jeweils unterschiedlichen T-Werten.

Die deutsche Normierung des Fragebogens wurde anhand einer hinreichend repräsentativen Stichprobe von 2856 Kindern und Jugendlichen von der Arbeitsgruppe „Deutsche Child Behavior Checklist“ 1998 vorgenommen. Für die übergeordneten Skalen und die Gesamtauffälligkeit ergab sich eine hohe Reliabilität. Die einzelnen Subskalen lieferten akzeptable, nur die Skala „Schizoid/Zwanghaft“ lieferte unbefriedigende Werte. Für die Gesamtauffälligkeit und die übergeordneten Skalen, sowie die einzelnen Skalen konnte durch die Arbeitsgruppe „Child Behavior Checklist“ (1998) eine faktorielle Validität bestätigt werden. Die Ausnahme bildeten die Skalen „Soziale Probleme“ und „Sozialer Rückzug“.

2.2.3.1 Umgang mit fehlenden Werten in der CBCL

Die Autoren der CBCL gaben zwar vor, dass nicht mehr als acht Items der CBCL zur Berechnung der Summen- und Skalenwerte fehlen dürfen, es wird jedoch keine Auskunft darüber gegeben, wie mit dem Datensatz dann verfahren werden soll.

Es ist unklar, ob er in diesem Fall ausgeschlossen werden muss oder nur bestimmte Summenwerte nicht verwendet werden dürfen.

Die Forschungsgruppe hat sich für die einheitliche Regelung entschieden, dass nicht mehr als 10% der Werte fehlen dürfen, wenn die Summen- und Skalenwerte berechnet werden sollen. Da die CBCL mit jedem Item einen neuen Sachverhalt erfasst, ist jedes Item von Bedeutung. Die CBCL ist in diesem Sinne kein klassisches psychometrisches Messinstrument. Die fehlenden Werte werden durch die Angabe einer Null einbezogen. Dies führt zu einer geringen Herabsetzung der Summen- und Skalenwerte, wirkt sich erfahrungsgemäß jedoch nicht bedeutend auf die Ergebnisse aus.

2.3 Statistische Auswertungen

In der vorliegenden Arbeit werden deskriptive und inferenzstatistische Verfahren mit Hilfe der deutschen Version der Statistik Software „PAWS Statistics“ (ehemals SPSS) Nr.18 durchgeführt. Die Effektstärke bei signifikanten Ergebnissen wird mit einem Effektstärkenrechner nach Cohen (Cohen, 1988) berechnet¹. Zur Bearbeitung der Fragestellungen kommen die Methoden der deskriptiven Statistik zur Anwendung, wie statistische Kennwerte und Kreuztabellen. Die Signifikanzprüfung bei Gruppenvergleichen erfolgen mittels Chi-Quadrat-Test, Mann-Whitney-U-Test, Welch-Test, T-Test und einfaktorieller ANOVA, je nach möglichem Skalenniveau, Varianzhomogenität und Verteilung der zu untersuchenden Variablen. Ebenso werden Korrelationen und bei signifikanten Ergebnissen Regressionsanalysen abhängig vom Skalenniveau der Variablen berechnet.

Mittels einfaktorieller ANOVA werden metrische, normal verteilte und varianzhomogene Variablen, wie der mittlere Itemwert des Parentifizierungs-inventars, bei mehr als zwei Gruppen, auf signifikante Unterschiede untersucht. Mittels T-Test werden alle metrischen, varianzhomogenen (Prüfung durch den vorangehenden Levene-Test, wenn $p > 0,05$) und normal verteilten Variablen auf Signifikanz zwischen zwei einigermaßen gleichgroßen Gruppen geprüft, die zusammen nicht kleinerer $N = 20$ sind. Mittels Welch - Test werden alle metrischen und normal verteilten aber varianzinhomogenen Variablen auf Signifikanz zwischen zwei Gruppen geprüft, welcher in der Tabellendarstellung im T-Test mitintegriert ist. Das Ergebnis des Welch-Testes wird im T-Test in der Zeile „Varianzen sind nicht gleich“ angeben. Mittels Mann-Whitney-U-Test² werden alle Variablen auf Signifikanz geprüft, die entweder metrisch und nicht normal verteilt sind, oder ordinales Skalenniveau bei normaler Verteilung haben. Mittels Chi-Quadrat-Test werden alle Variablen mit nur nominalem Skalenniveau auf signifikante Gruppenunterschiede untersucht.

¹ Es wurde ein Effektstärkenrechner nach Cohen im Internet unter <http://www.uccs.edu/~faculty/lbecker/> und <http://www.lyonsmorris.com/ma1/index.cfm> (Stand: 21.01.12) genutzt.

² Im Textfortlauf wird der „Mann-Whitney-U-Test“ mit „U-Test“ abgekürzt.

Mittels Korrelationsanalysen wird die Stärke der Zusammenhänge zwischen zwei oder mehreren Variablen wie der Parentifizierung und psychischer Gesundheit der Kinder ermittelt. Bei Signifikanzprüfung einer Hypothese wird nur einseitig auf Signifikanz geprüft.

Das Skalenniveaus und die Normalverteilung der Variablen bestimmt ebenfalls die Methode. Die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson¹ wird bei metrischen und normal verteilten Variablen berechnet, die Rangkorrelation nach Spearman bei ordinalen oder nicht normverteilten Variablen, die biseriale Korrelation bei einer dichotomen Variable (lässt sich mit PAWS nicht berechnen, anstelle dessen wird zur Spearman-Rangkorrelation geraten) und die Vierfelderkorrelation bei zwei dichotomen Variablen. Mittels einer linearen Regressionsanalyse wird bei signifikant großer Pearson-Korrelation die Ausprägung und Form des Zusammenhangs einer Einflussvariable auf die Zielvariable ermittelt (Bortz, 2005).

¹ Im Textfortlauf wird die „Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson“ mit „Korrelation nach Pearson“ abgekürzt.

3. Ergebnisse der CHIMPs-Studie

In diesem Kapitel werden im ersten Teil die Methodik und Ergebnisse zur Auswertung des Parentifizierungsinventars, sowie im zweiten Teil die Ergebnisse der deskriptiven Analyse und der inferenzstatistischen Überprüfungen der einzelnen Hypothesen dargestellt.

Das Signifikanzniveau¹ wird auf das $\alpha = 5\%$ Niveau ($p < 0,05$) festgelegt (Bortz, 2005). Ein auf dem 5% - Niveau signifikantes Ergebnis wird im Folgenden als signifikant bezeichnet. Ein auf dem 1% - Niveau signifikantes Ergebnis gilt im Folgenden als sehr signifikant und ein signifikantes Ergebnis auf dem 0.1% - Niveau als hoch signifikant. Korrelationen² unter $r = 0,10$ werden als unbedeutend, ab $r = 0,20$ als gering, ab $r = 0,50$ als mittel, ab $r = 0,70$ als groß und ab $r = 0,90$ als besonders groß gewertet (Bortz, 2005). Das Differenzmaß³, auch Effektstärke nach Cohen genannt, gilt unter $d = 0,20$ als vernachlässigbar, ab $d = 0,50$ als mittel und ab $d = 0,80$ als groß (Cohen, 1988).

Als Zielvariable werden die aus den Rohwerten gebildeten mittleren Itemwerte des Parentifizierungsinventars zwischen eins und vier verwendet, sowie die daraus im Folgenden gebildeten vier Kategorien, die den Schweregrad der Parentifizierung verdeutlichen sollen. Die Ergebnisse werden im Text auf zwei bis drei Dezimalstellen genau gerundet angegeben, das Alter wird sinngemäß auf eine Dezimalstelle genau angegeben.

Im Vorfeld werden die Voraussetzungen auf Normalverteilung zum einen für die mittleren Itemwerte des Parentifizierungsinventars und die T-Werte der CBCL-Hauptskalen nach Kolmogorov-Smirnov geprüft. Der mittlere Itemwert des Parentifizierungsinventars ist mit $p = 0,316$ normal verteilt, ebenso wie die T-Werte für die Gesamtauffälligkeiten der CBCL ($p = 0,763$) und die beiden übergeordneten Skalen der externalisierenden ($p = 0,806$) und internalisierenden ($p = 0,791$) Auffälligkeiten (Bortz, 2005).

Der Ergebnispräsentation wird eine soziodemographische Analyse der Studienpopulation vorangestellt.

¹ Die Signifikanz wird im Textfortlauf mit „p“ abgekürzt.

² Die Korrelation wird im Textfortlauf mit „r“ abgekürzt.

³ Das Differenzmaß nach Cohen wird im Textfortlauf mit „d“ abgekürzt.

3.1 Soziodemografische Analyse der Studienpopulation

Idealerweise unterschieden sich die beiden Studiengruppen in ihren demografischen Daten nicht voneinander, da die CHIMPs-Studie jedoch eine klinische Studie mit psychiatrischen Patienten ist, ist von Unterschieden v.a. im Bildungs- und Berufsstand, sowie dem Einkommen auszugehen. Untersucht werden die soziodemografischen Variablen des Alters, Geschlechts, Bildungs- und Berufsstandes, des Nettoeinkommens der Studienteilnehmer, die Kinderanzahl die vom Nettoeinkommen lebt und das Alter und Geschlecht der Kinder. Ferner wird untersucht, wie sich die Verteilung der psychiatrischen Diagnosen in der Patientengruppe verhält.

Tabelle 3.1.1: Altersklassenvergleich der Studiengruppe (N=107)

Altersklassen	Patientengruppe (N=54)		Kontrollgruppe (N=53)		Studiengruppe (N=107)	
	N	%	N	%	N	%
20-30 Jahre	1	1,9	21	39,6	1	0,9
31-40 Jahre	18	33,3	26	49,1	39	36,1
41-50 Jahre	29	53,7	6	11,3	55	50,9
51-60 Jahre	6	11,1	21	39,6	12	11,1

Tabelle 3.1.2: Deskriptive Statistik der Altersverteilung der Studiengruppe (N=107)

	Patientengruppe N=54	Kontrollgruppe N=53	Studiengruppe N=107
Mittelwert	43,2	42,8	42,79
SD	6,6	6,2	6,216

Vergleicht man beide Studienpopulationen bezüglich des Alters, so zeigt Tabelle 3.1.1, dass das Alter in beiden Gruppen relativ gleich verteilt ist, da jeweils 87% in der Patientengruppe und 88,7% in der Kontrollgruppe ein Alter zwischen 31 und 50 Jahren aufwiesen.

Nach Tabelle 3.1.2 liegt der Altersdurchschnitt in der Patientengruppe bei 43,2 +/- 6,6 Jahren und in der Kontrollgruppe bei 42,4 +/- 5,9 Jahren, was einem Altersdurchschnitt von 42,8 +/- 6,2 Jahren in der gesamten Studienpopulation entspricht.

Tabelle 3.1.3: Geschlechtsvergleich der Studiengruppe (N=107)

Studiengruppe	Geschlecht	N	%
<i>Patientengruppe N=54</i>	<i>weiblich</i>	29	53,7
	<i>männlich</i>	25	46,3
<i>Kontrollgruppe N=53</i>	<i>weiblich</i>	36	67,9
	<i>männlich</i>	17	32,1
<i>Studiengruppe N=107</i>	<i>weiblich</i>	65	60,7
	<i>männlich</i>	42	39,3

Die Geschlechterverteilung innerhalb der Gruppen war laut Tabelle 3.1.3 mit 53,7% in der Patientengruppe und 67,9% Kontrollgruppe weiblich dominiert, was bei der Kontrollgruppe gut mit der Erhebungssituation (Schulen und Kindergärten) in Einklang zu bringen ist. Trotzdem waren 39,3% der gesamten Studienpopulation männlich. Der Chi-Quadrat-Test ist mit $p = 0,586$ bei $df = 1$ in der Patientengruppe nicht signifikant, bei der Kontrollgruppe mit $p = 0,009$ bei $df = 1$ jedoch sehr signifikant. Bei $d = 0.49$ ist der Effekt des Geschlechtsunterschiedes in der Kontrollgruppe als mittelstark einzuschätzen.

Tabelle 3.1.4: Vergleich des höchsten Schulabschlusses der Studiengruppe (N=107)

Höchster Schulabschluss	Patientengruppe N=54		Kontrollgruppe N=53	
	N	%	N	%
<i>Sonderschule</i>	0	0	1	1,9
<i>Hauptschule</i>	10	18,5	5	9,4
<i>Realschule</i>	18	33,3	21	39,6
<i>Abitur/Fachhochschulreife</i>	23	42,6	25	47,2
<i>ohne Abschluss</i>	1	1,9	1	1,9
<i>sonstiger Abschluss</i>	2	3,7	0	0

Tabelle 3.1.4 zeigt auf, dass in der Patientengruppe 5,6% keinen oder einen sonstigen Schulabschluss angaben, während es nur bei 1,9% der Kontrollgruppe waren. Sonst waren die Schulabschlüsse in beiden Gruppen recht gleichmäßig verteilt, wobei 33,3% aus der Patientengruppe und 39,6% aus der Kontrollgruppe einen Realschulabschluss erreichten und 42,6% aller Studienteilnehmer aus der Patientengruppe und 47,2% aus der Kontrollgruppe ein Studium abgeschlossen haben.

Tabelle 3.1.5: Vergleich der jetzigen oder zuletzt ausgeübten Berufstätigkeit der Studiengruppe (N=105)

Ausgeübte Berufstätigkeit	Patientengruppe N=54		Kontrollgruppe N=51	
	N	%	N	%
<i>Arbeiter</i>	8	14,8	8	15,7
<i>Facharbeiter</i>	3	5,6	1	2,0
<i>einfach./mittl. Angest./Beamter</i>	17	31,5	16	31,4
<i>höherer Angest./Beamter</i>	7	13,0	10	19,6
<i>Selbstständiger</i>	6	11,1	10	19,6
<i>Schüler</i>	1	1,9	2	3,9
<i>Hausfrau/-mann</i>	9	16,7	3	5,9
<i>sonstiges</i>	3	5,6	1	2,0

Beim Berufsstandvergleich der Gruppen wird nach Tabelle 3.1.5 deutlich, dass deutlich mehr Studienteilnehmer aus der Kontrollgruppe entweder selbständig mit 19,6% (zu 13% der Patientengruppe) oder als höherer Angestellter/Beamter mit 19,6% (zu 11,1% der Patientengruppe) tätig waren, während in der Patientengruppe fast dreifach so viele Studienteilnehmer mit 16,7% mehr für Haushalt und Kinder zuständig waren.

Tabelle 3.1.6: Vergleich des monatlichen familiären Nettoeinkommens der Studiengruppe (N=106)

Einkommenskategorien	Patientengruppe N=52		Kontrollgruppe N=54	
	N	%	N	%
< 1000 €	11	21,2	7	13,0
1000 - 2000 €	18	34,6	11	20,4
2000 - 3000 €	14	26,9	12	22,2
3000 - 4000 €	7	13,5	13	24,1
> 4000 €	2	3,8	11	20,4

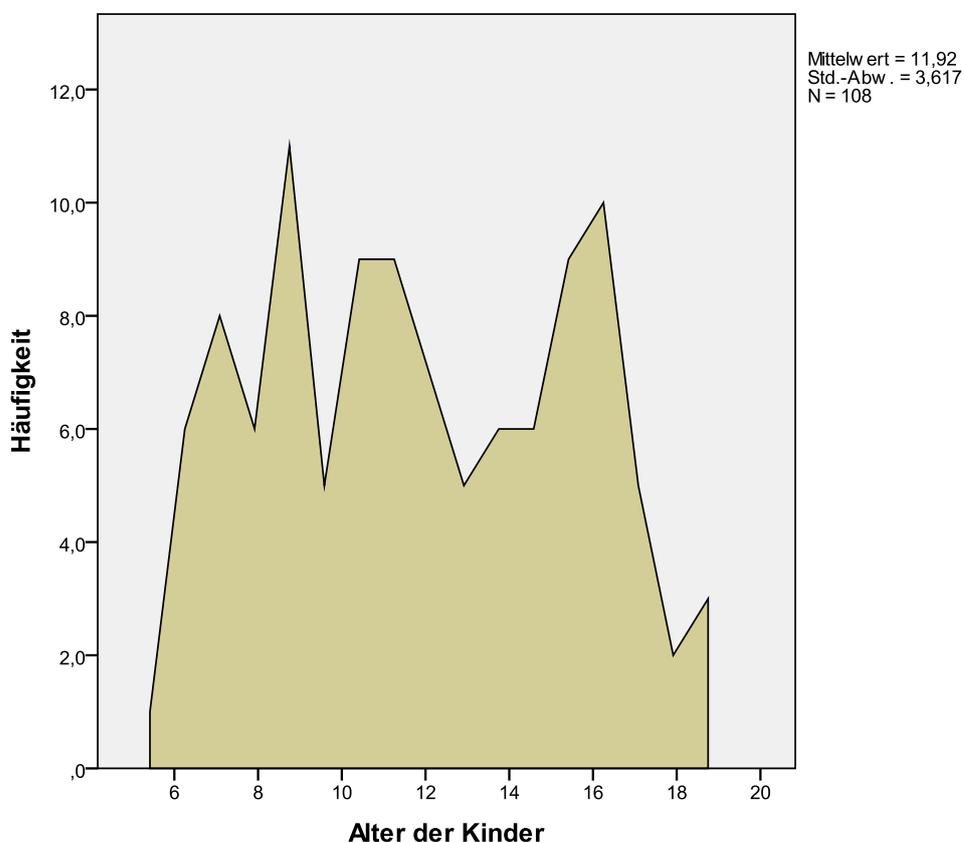
Die Unterschiede im Berufsstand machen sich nach Tabelle 3.1.6 in den Studiengruppen im familiären Nettoeinkommen bemerkbar. So gibt es nach dem U-Test einen sehr signifikanten Unterschied mit $p = 0,003$ zwischen den beiden Studiengruppen. Nach Tabelle 2.1.2.6 bestritten 82,7% der Studienteilnehmer der Patientengruppe ein Gesamtnettoeinkommen von unter 1000€ bis 3000€ monatlich, während 87% aus der Kontrollgruppe ein Einkommen von 1000€ bis über 4000€, wobei alleine 44,5% aus der Kontrollgruppe ein Einkommen von 3000€ bis über 4000€ angaben, im Vergleich zu nur 16,7% aus der Patientengruppe.

Tabelle 3.1.7: Vergleich der Kinderanzahl der Studiengruppe die von Nettoeinkommen leben (N=107)

	<i>Patientengruppe N=54</i>	<i>Kontrollgruppe N=53</i>
Mittelwert	1,36	2
SD	0,88	0,84

Während nach Abbildung 3.1.7 im Schnitt 1,36 +/- 0,88 Kinder in der Patientengruppe vom zuvor genannten Nettoeinkommen lebten, waren es in der Kontrollgruppe 2 +/- 0,84 Kinder.

Abbildung 3.1.1: Histogramm: Altersverteilung der Kinder der Studienpopulation (N=108)



Die Abbildung 3.1.1 zeigt die Altersverteilung der Kinder der Studienpopulation auf. Peaks bilden sich v.a. bei den Acht- bis Neunjährigen und den elf- und sechzehnjährigen Kindern mit einem Mittelwert von 11,92 +/- 3,6.

Die Kinder werden zur Veranschaulichung in drei Altersklassen anhand von Lebensabschnitten klassifiziert:

Grundschul Kinder (frühe Kindheit) von sechs bis zehn Jahren, Schulkinder (späte Kindheit) von elf bis dreizehn und Jugendliche¹ von vierzehn bis achtzehn Jahren.

Tabelle 3.1.8: Altersklassenvergleich der ältesten Kinder der Studiengruppe (N=108)

Kindesalter	Gesamtpopulation N=108		Patientengruppe N=54		Kontrollgruppe N=54	
	N	%	N	%	N	%
<i>6-10 Jahre</i>	37	34,3	12	22,2	25	46,3
<i>11-13 Jahre</i>	28	25,9	15	27,8	13	24,1
<i>14-18 Jahre</i>	43	39,8	27	50,0	16	29,6

Tabelle 3.1.8 zeigt einen deutlichen Unterschied in der Altersstruktur der Kinder im Haushalt der beiden Studienpopulationen auf. So waren 22% der Kinder der Patientenpopulation im Vorschulalter von sechs bis zehn Jahren und 50% im Jugendalter von vierzehn bis achtzehn Jahren, während die Kinder der Kontrollpopulation zu 46% das Vorschulalter und 30% das Jugendalter erreichten. Der Anteil der elf- bis dreizehnjährigen ist in beiden Gruppen hingegen mit 28% und 24% relativ gleich verteilt. Der T-Test zeigt mit $p = 0,001$ bei $df = 106$ einen hochsignifikanten Unterschied in dem Kindesalter zwischen den beiden Studiengruppen auf, was bei $d = 0.634$ einen mittelgroßen Effekt ausmacht. Daher wird entschieden den Zusammenhang zwischen Parentifizierung und Kindesalter in der Gesamtstudienpopulation zu überprüfen und von einer Prüfung zwischen den Studiengruppen untereinander abzusehen.

Tabelle 3.1.9: Geschlechtsvergleich der Kinder der Patientenpopulation (N=38)

Kindesgeschlecht	Geschlecht beim 1. Kind N=38	
	N	%
<i>männlich</i>	17	44,7
<i>weiblich</i>	21	55,3

Das Geschlecht der Kinder wurde nur für die Patientengruppe erhoben und zeigt nach Tabelle 3.1.9 auf, dass 44,7% von 38 Kindern weiblichen, und 55,3% davon männlichen Geschlechts waren. Bei einer Fehlquote von 29,6% lässt sich jedoch nur darüber spekulieren, ob die Geschlechtsverteilung tatsächlich ausgeglichen ist.

¹ Nach deutschem Recht ist Jugendlicher, wer 14 (außer im Jugendarbeitsschutzgesetz, dort ab 15), aber noch nicht 18 Jahre alt ist (§ 7 Nr. 2 SGB VIII, § 1 I Nr. 2 JuSchG). In dieser Arbeit werden zur Vereinfachung die Volljährigen zu den Jugendlichen gezählt.

Tabelle 3.1.10: Verteilung der Diagnosegruppen nach ICD-10 in der Patientengruppe (N=54)

<i>Diagnosegruppen nach ICD-10</i>	<i>Patientengruppe N=54</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>
F1 Psychotrope Substanzen	12	11,1
F2 Schizophrenoforme Störungen	5	4,6
F3 Affektive Störung	21	19,4
F4 Neurot., Belastungs- u. somatoforme St.	15	13,9
F6 Persönlichkeitsstörung	1	0,9

Tabelle 3.1.10 zeigt die für die Auswertung wichtigen Diagnosegruppen nach ICD-10 (DIMDI, 2011) der befragten psychisch kranken Eltern auf. So dominierten mit 19,4% die affektiven Störungen (F3), gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) mit 13,9% und Abhängigkeitssyndromen (F1) mit 11,1%. Die selteneren schizophrenoformen Störungen (F2) hatten einen Anteil von 4,6% und die Persönlichkeitsstörungen (F6) von nur 0,9%.

Tabelle 3.1.11: Geschlechtsspezifische Verteilung der Diagnosegruppen nach ICD-10 in der Patientengruppe (N=54)

<i>Diagnosegruppen nach ICD-10</i>	<i>Männlich N=25</i>		<i>Weiblich N=29</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
F1 Störungen durch psychotrope Substanzen	8	32,0	4	13,8
F2 Schizophrenoforme Störungen	1	4,0	4	13,8
F3 Affektive Störungen	10	40,0	11	37,9
F4 Neurot., Belastungs- u. somatoforme Störungen	6	24,0	9	31,0
F6 Persönlichkeitsstörungen	0	0	1	3,4

Nach Tabelle 3.1.11 unterscheidet sich die Verteilung der psychiatrischen Störungsbilder zwischen den Geschlechtern leicht. So dominierten bei den Männern die affektiven Störungen (F2) mit 40% gefolgt von den Abhängigkeitssyndromen (F1) mit 32% und neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) mit 24%. Bei den Frauen dominierten erwartungsgemäß die affektiven Störungen (F3) mit 37,9% und die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) mit 31% gefolgt von Abhängigkeitssyndromen (F1) und schizophrenoformen Störungen mit jeweils 13,8%.

I. ERGEBNISTEIL

3.2 Auswertung des Parentifizierungsinventars

3.2.1 Auswertekategorien des Parentifizierungsinventars und die Grenzwerte für Parentifizierung

Der Parentifizierungsbogen wird mit dieser Dissertation zum ersten Mal detailliert hinsichtlich klinischer Relevanz ausgewertet, so dass es die bestmögliche Analysier- und Interpretationsmethode für das Parentifizierungsinventar zu finden und die Grenzwerte und die entsprechende Auswertekategorien zu definieren gilt.

Es werden folgende vier Kategorien als klinisch sinnvoll erachtet:

1. „das Kind wird nicht parentifiziert“
2. „das Kind wird grenzwertig parentifiziert“
3. „das Kind wird parentifiziert“
4. „das Kind wird im besonders hohen Ausmaß parentifiziert“

Grundsätzlich kann man den Fragenkatalog mithilfe eines Summenwertes oder eines mittleren Itemwertes auswerten. Um die Stichprobe nicht weiter durch fehlende Werte zu minimieren, soll das Parentifizierungsinventar durch einen mittleren Itemwert ausgewertet werden. Als Voraussetzung zur Bildung des mittleren Itemwertes müssen mindestens 10 der 13 Fragen beantwortet werden, damit das Ergebnis verwertbar ist (MEAN10).¹ Dabei kann ein Einzelitem des Inventars einen Wert von 1 bis 4 aufweisen, wobei 1 = „nein“, 2 = „eher nein“, 3 = „eher ja“ und 4 = „ja“ entspricht. Je höher die Punktwerte, desto stärker werden die Kinder durch ihre Eltern parentifiziert. Als Normpopulation zur Bestimmung der kategorialen Grenzwerte nehmen wir die Kontrollpopulation. Die Grenzwerte sollen anhand des Mittelwertes und der Standardabweichung ermittelt werden.

¹ Vergleiche: Umgang mit fehlenden Werten im Parentifizierungsinventar 2.1.1.1

Abbildung 3.2.1.1: Histogramm: Häufigkeitsverteilung der mittleren Itemwerte des Parentifizierungsinventars der Kontrollgruppe (N=54)

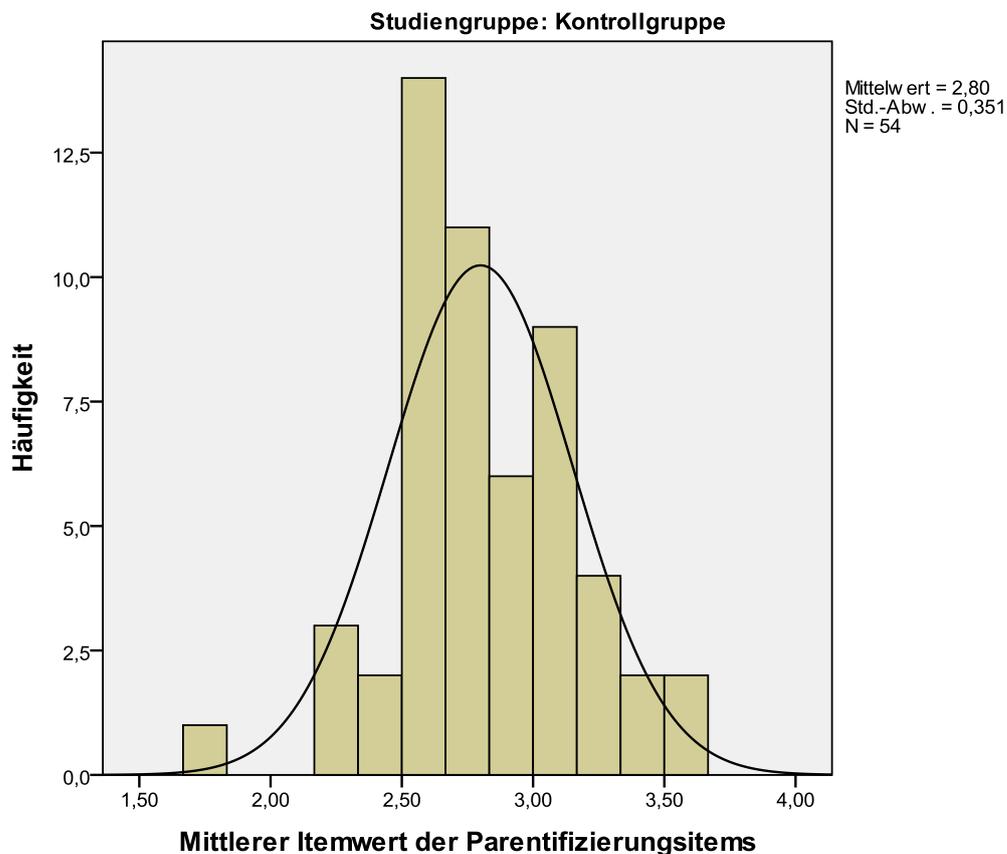


Tabelle 3.2.1.1: Statistik des mittlerer Itemwertes des Parentifizierungsinventars der Kontrollgruppe (N=54)

<i>MW</i>	2,7997	<i>Perzentile</i>	25	2,6074
<i>Median</i>	2,7692		75	3,0000
<i>SD</i>	,35073		80	3,0769
<i>Minimum</i>	1,77		84	3,1564
<i>Maximum</i>	3,54		90	3,3077
			98	3,5385

Tabelle 3.2.1.1 zeigt, dass das arithmetische Mittel = 2,80 und der Median = 2,77 sehr dicht aneinander liegen, d.h. dass es in der Stichprobe keine Ausreißer gibt, was der Minimalwert = 1,77 und der Maximalwert = 3,54 gut verdeutlichen. Das Histogramm in Abbildung 3.2.1.1 veranschaulicht das Häufigkeitsverteilungsmuster der mittleren Parentifizierungsitems im Vergleich zur gaußschen Normalverteilung.

Die kategorialen Grenzwerte können über bestimmte Perzentilen der Kontrollgruppe, oder durch eine einfache bzw. 1,5 - fache Standardabweichung vom arithmetischen Mittel der Kontrollgruppe definiert werden.

Es wird entschieden die Kategorien mittels einer einfachen Standardabweichung zu definieren.

Bei einem arithmetischen Mittel¹ von $MW = 2,80$ und einer Standardabweichung² $\pm 0,35$, werden die Parentifizierungskategorien wie folgt definiert:

1. „das Kind wird nicht parentifiziert“ entspricht den mittleren Itemwerten von **1,00 bis 2,80** (= MW).
2. „das Kind wird grenzwertig parentifiziert“ entspricht den mittleren Itemwerten von **2,81 bis 3,16** (= $MW + (1 \times SD)$).
3. „das Kind wird parentifiziert“ entspricht den mittleren Itemwerten von **3,17 bis 3,52** (= $MW + (2 \times SD)$).
4. „das Kind wird im besonders hohen Ausmaß parentifiziert“ entspricht den mittleren Itemwerten von **3,52 bis 4**.

Interessanterweise ergeben die 50., 84., und 98. Perzentile nach Tabelle 3.1 sehr ähnliche Grenzwerte, wie bei der Berechnung über die einfache Standardabweichung vom arithmetischen Mittel, wodurch sich die Wahl des Konzeptes relativieren lässt.

3.2.2 Die Untersuchung des Item Nr. 8 zur „sozialen Erwünschtheit“

Die Urheberin des Inventars Fr. Dr. phil. Pollack fügte dem Parentifizierungsinventar eine Frage zur sozialen Erwünschtheit bei, um zu prüfen, ob die Studienteilnehmer eine Tendenz dazu hätten, sich bestmöglich als Eltern zu präsentieren, und postulierte, man solle die Antworten aller Studienteilnehmer, die bei der achten Frage: „In einem Gespräch lasse ich mein Kind stets ausreden und höre ihm aufmerksam zu“ mit „ja“ antworten mit Vorsicht interpretieren, bzw. sogar aus der Analyse ausschließen.

¹ Der Mittelwert (arithmetisches Mittel) wird im Textfortlauf mit „MW“ abgekürzt.

² Die Standardabweichung wird im Textfortlauf mit „SD“ bzw. mit „+/-“ abgekürzt.

Dieser hypothetische Zusammenhang soll vor Beginn der eigentlichen Auswertung des Parentifizierungsinventars für die Gesamtstudienpopulation, sowie die Patienten- und Kontrollgruppe jeweils einzeln geprüft werden.

Tabelle 3.2.2.1: Antwortstatistik zur sozialen Erwünschtheit (N=107) „In einem Gespräch lasse ich mein Kind stets ausreden und höre ihm aufmerksam zu.“

<i>N=107</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>eher nein</i>	5	4,7
<i>eher ja</i>	53	49,5
<i>ja</i>	49	45,8

Nach Tabelle 3.2.2.1 antworteten 45,8% aller Studienteilnehmer bei der Frage nach sozialer Erwünschtheit mit „ja“, und müssten somit laut der Urheberin des Inventars mit Vorsicht bewertet werden. Bemerkenswert ist ebenso, dass nur 4,7% aller Studienteilnehmer mit „eher nein“ geantwortet haben, womit die valide Erfassung der sozialen Erwünschtheit fraglich ist.

Nun stellt sich die Frage, ob sich die Antwortstatistik im Parentifizierungsinventar derjenigen Studienteilnehmer, die bei dieser Frage mit „ja“ geantwortet haben tatsächlich von der anderen Gruppe (Antwort mit „eher ja“, „eher nein“) unterscheidet.

Abbildung 3.2.2.1: Boxplot: Verteilung des mittleren Itemwertes des Parentifizierungsinventars nach Antwortcharakter hinsichtlich sozialer Erwünschtheit (N=107)

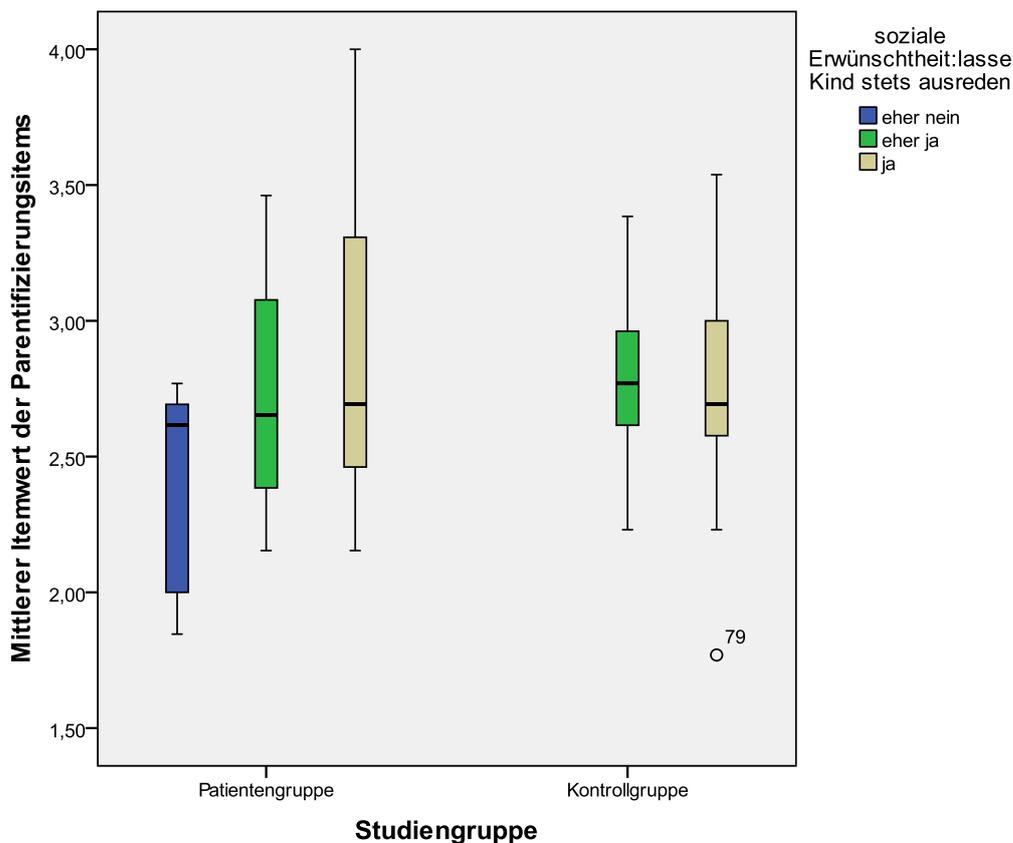


Tabelle 3.2.2.2: Gruppenstatistik zum mittleren Itemwert des Parentifizierungsinventars

Soziale Erwünschtheit	N	MW	SD
<i>antwortet vermutlich ehrlich</i>	58	2,74	0,35
<i>antwortet vermutlich nach sozialer Erwünschtheit</i>	50	2,81	0,46

Die Gruppenstatistik nach Tabelle 3.2.2.2 zeigt einen ähnlichen Mittelwert für beide Gruppen mit 2,7 +/- 0,35 bei der Gruppe, die nicht nach sozialer Erwünschtheit antwortet und 2,8 +/- 0,46 bei der Gruppe die nach sozialer Erwünschtheit antwortet. Die Tabelle zeigt zusammen mit der Abbildung 3.2.2.1 die Tendenz auf, dass diejenigen, welche nicht nach sozialer Erwünschtheit antworteten, sogar einen niedrigeren mittleren Itemwert im Parentifizierungsinventar erreichten.

Tabelle 3.2.2.3: T-Test bei unabhängigen Stichproben: Mittelwertvergleich der Gruppen zum Item sozialer Erwünschtheit; Gruppe 1=„antwortet nach sozialer Erwünschtheit“ (N=49); Gruppe 2= „antwortet nicht nach sozialer Erwünschtheit“ (N=58)

<i>Mittlerer Itemwert der Parentifizierungsitens</i>	<i>Levene-Test der Varianzgleichheit</i>		<i>T-Test für die Mittelwertgleichheit</i>		
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
<i>Varianzen sind gleich</i>	5,388	,022	- ,928	106	,356
<i>Varianzen sind nicht gleich</i>			-,909	90,173	,366

F = Prüfgröße; T = Prüfgröße Mittelwertgleichheit; df = Anzahl der Freiheitsgrade

Der Welch-Test (Varianzen sind nicht gleich) nach Tabelle 3.2.2.3 zeigt mit $p = 0,366$ bei $df = 90,173$ keinen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen in der Antwortstatistik des Inventars auf, d.h. die Antworttendenz im Parentifizierungsinventar bleibt in der Gesamtpopulation unabhängig von der Antwort beim Item zur sozialen Erwünschtheit gleich.

Tabelle 3.2.2.4: Antwortstatistik der Studiengruppen (N=107) zur sozialen Erwünschtheit: „In einem Gespräch lasse ich mein Kind stets ausreden und höre ihm aufmerksam zu.“

<i>Studiengruppe</i>	<i>N=107</i>		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Kumulierte %</i>
<i>Patientengruppe</i>	<i>N=53</i>	<i>eher nein</i>	5	9,4	9,4
		<i>eher ja</i>	22	41,5	50,9
		<i>ja</i>	26	49,1	100,0
<i>Kontrollgruppe</i>	<i>N=54</i>	<i>eher ja</i>	31	57,4	57,4
		<i>ja</i>	23	42,6	100,0

Untersucht man die Patienten- und die Kontrollgruppe hinsichtlich des Antwortverhaltens nach sozialer Erwünschtheit, zeigt Tabelle 3.2.2.4 auf, dass 49,1% der Patientengruppe vermutlich nach sozialer Erwünschtheit antwortete, während es bei der Kontrollgruppe 42,6% waren, was auch zwischen den Gruppen nur einen sehr geringen Unterschied ausmacht, woraufhin auf einen weiteren T-Test verzichtet wird.

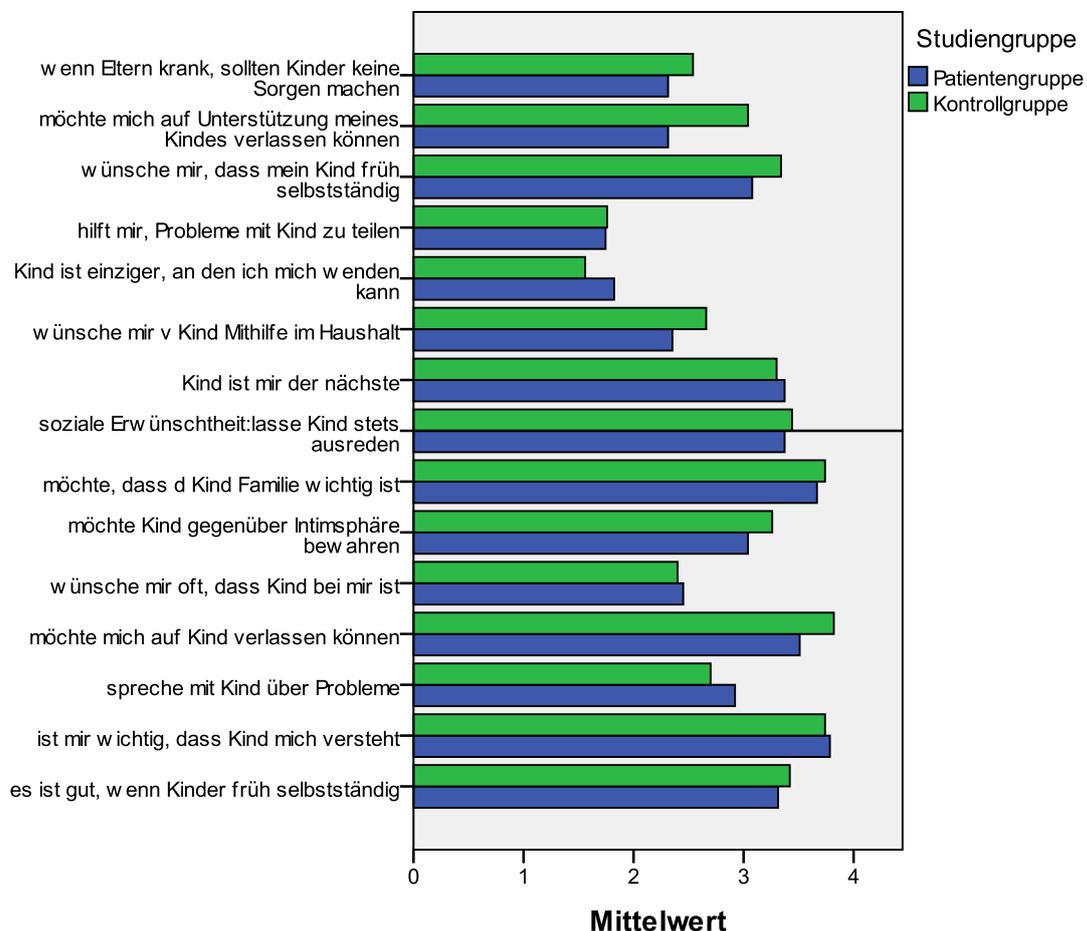
Aufgrund fehlender signifikanter Unterschiede in der Antworttendenz im Parentifizierungsinventar bei der Gruppe, die laut Inventarurheberin nach sozialer Erwünschtheit antwortet, werden alle Studienteilnehmer gleichwertig in der Auswertung entgegen der Hypothese der Inventarurheberin gewichtet.

3.2.3 Antworttendenz auf Einzelitemebene des Parentifizierungsinventars

Um eventuell relevante Gruppenunterschiede bezüglich der Antworttendenz beim Parentifizierungsinventar herauszufinden, werden die beiden Studiengruppen vor der Hypothesenprüfung auf Einzelitemebene miteinander verglichen.

Die Fragen Nr. 10, 13 und 14 sollen die instrumentelle Parentifizierung des Kindes, die Fragen Nr. 2, 3, 5, 6, 9, 11, 12 und 15 sollen die emotionale Parentifizierung des Kindes ermitteln.

Abbildung 3.2.3.1: Balkendiagramm: Antworttendenz auf Einzelitemebene (Nr. 15-1) des Parentifizierungsinventars der Kontroll- (N=54) und Patientengruppe (N=54)



Bei Betrachtung der Abbildungen 3.2.3.1 fällt in beiden Studiengruppen die Tendenz auf, alle Fragen mit „eher ja“ zu beantworten, wobei der Mittelwert nur bei zwei Fragen unter zwei liegt, also klar gegen eine Parentifizierung des Kindes spricht.

Tabelle 3.2.3.1: Einzelitemstatistiken der Items Nr.1- Nr.15 des Parentifizierungsinventars

SG	N=108	01.	02.	03.	04.	05.	06.	07.	08.	09.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
PG	N	54	54	54	54	54	52	53	53	54	53	54	54	54	54	53
	MW	3,33	3,78	2,91	3,52	2,46	3,04	3,68	3,40	3,41	2,36	1,87	1,78	3,11	2,39	2,32
	MD	3,0	4,0	3,0	4,0	2,0	3,0	4,0	3,0	4,0	2,0	2,0	2,0	3,0	2,0	2,0
	SD	0,61	0,54	0,94	0,75	1,11	0,91	0,58	0,66	0,81	1,02	0,99	0,90	0,77	0,98	1,10
KG	N	54	54	53	54	54	54	54	54	53	53	54	53	54	54	54
	MW	3,46	3,76	2,75	3,83	2,41	3,24	3,72	3,43	3,30	2,68	1,54	1,75	3,35	3,00	2,52
	MD	4,0	4,0	3,0	4,0	2,00	3,0	4,0	3,0	3,0	3,0	1,0	2,0	3,0	3,0	3,0
	SD	0,67	0,58	0,76	0,42	0,88	0,78	0,45	0,50	0,75	0,94	0,75	0,83	,612	0,75	1,02

SG= Studiengruppe; PG= Patientengruppe; KG= Kontrollgruppe; MD= Median

Die Einzelitemstatistik der Tabelle 3.2.3.1 zeigt, dass die niedrigsten Parentifizierungsmittelwerte bei der Patientengruppe (MW = 1,87 +/- 0,99 und MW= 1,78 +/- 0,90) und Kontrollgruppe (MW = 1,54 +/- 1,00 und MW= 1,75 +/- 0,83) bei den Fragen bezüglich der emotionaler Parentifizierung (Frage Nr. 11 und 12) erreicht werden. Bei Frage Nr. 9 hinsichtlich emotionaler Parentifizierung: „Mein Kind ist mir der nächste Mensch.“ haben beide Studiengruppen jedoch einen hohen Mittelwert mit MW = 3,41 +/- 0,81 in der Patientengruppe und MW = 3,30 +/- 0,75 in der Kontrollgruppe erreicht, was bei Betrachtung der Items zuvor erstaunt.

Die höchsten Mittelwerte wurden bei der Frage Nr. 2: „Es ist mir wichtig, dass mein Kind mich versteht.“ mit MW = 3,78 +/- 0,61 bei der Patientengruppe und MW = 3,76 +/- 0,67 bei der Kontrollgruppe, bei Frage Nr. 4: „Ich möchte mich auf mein Kind verlassen können.“ mit MW = 3,52 +/- 0,75 bei der Patientengruppe und MW = 3,83 +/- 0,42 bei der Kontrollgruppe und Frage Nr. 7: „Ich lege Wert darauf, dass meinem Kind die Familie wichtig ist.“ mit MW = 3,68 +/- 3,68 bei der Patientengruppe und MW = 3,72 +/- 0,45 bei der Kontrollgruppe erreicht.

Hinsichtlich emotionaler und instrumenteller Parentifizierung zeigt Tabelle 3.2.3.1 auf, dass die Patientengruppe höhere Mittelwerte bei der emotionalen Parentifizierung, während die Kontrollgruppe höhere Mittelwerte bei der instrumentellen Parentifizierung erreichte.

Zur Signifikanzprüfung wird ein T-Test durchgeführt.

Tabelle 3.2.3.2: T-Test bei unabhängigen Stichproben: Mittelwertvergleich der Parentifizierungssitems zwischen den Studiengruppen; Gruppe 1= Patientengruppe (N=54); Gruppe 2= Kontrollgruppe (N=54)

Mittlere Itemwerte des Parentifizierungsinventars		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
		F	p	T	df	p
mpare1	Varianzen gleich	,991	,322	-1,052	106	,295
	Varianzen sind nicht gleich			-1,052	105,344	,295
mpare2	Varianzen gleich	,065	,799	-,044	66	,965
	Varianzen sind nicht gleich			-,035	16,157	,972
mpare3	Varianzen gleich	3,130	,081	,185	66	,854
	Varianzen sind nicht gleich			,208	24,020	,837
mpare4	Varianzen gleich	6,904	,011	-1,592	66	,116
	Varianzen sind nicht gleich			-1,932	27,704	,064
mpare5	Varianzen gleich	,123	,726	,104	66	,918
	Varianzen sind nicht gleich			,105	20,589	,918
mpare6	Varianzen gleich	1,796	,185	,643	66	,523
	Varianzen sind nicht gleich			1,263	54,055	,212
mpare7	Varianzen gleich	,866	,355	,475	66	,636
	Varianzen sind nicht gleich			,937	53,437	,353
mpare8	Varianzen sind gleich	6,865	,010	-,263	105	,793
	Varianzen sind nicht gleich			-,262	96,799	,794
mpare9	Varianzen gleich	3,913	,052	-,716	66	,476
	Varianzen sind nicht gleich			-,930	32,065	,359
mpare10	Varianzen gleich	,541	,464	,464	66	,644
	Varianzen sind nicht gleich			,905	56,007	,369
mpare11	Varianzen gleich	,584	,447	1,300	66	,198
	Varianzen sind nicht gleich			1,520	25,786	,141
mpare12	Varianzen gleich	,059	,809	-,029	66	,977
	Varianzen nicht gleich			-,028	19,210	,978
mpare13	Varianzen gleich	,505	,480	-2,451	66	,017
	Varianzen sind nicht gleich			-3,144	31,175	,004
mpare14	Varianzen sind gleich	2,198	,143	-2,625	66	,011
	Varianzen sind nicht gleich			-2,827	22,481	,010
mpare15	Varianzen sind gleich	4,239	,043	-1,062	66	,292
	Varianzen sind nicht gleich			-,736	14,805	,473

F = Prüfgröße; T = Prüfgröße Mittelwertgleichheit; df = Anzahl der Freiheitsgrade

Der T-Test nach Tabelle 3.2.3.2 bei zwei Fragen einen signifikanten Unterschied in der Antworttendenz zur instrumentellen Parentifizierung auf. Bei Frage Nr. 13: „Ich wünsche mir, dass mein Kind früh selbstständig ist.“ gibt der klassische T-Test einen signifikanten Unterschied mit $p = 0,017$ bei $df = 66$ an. Bei einer Effektstärke von $d = 0.47$ ist der tatsächliche Unterschied zwischen den Gruppen als mittel groß zu werten. Hier lag der Mittelwert der Patientengruppe mit $MW = 3,11 \pm 0,77$ signifikant unter dem Mittelwert der Kontrollgruppe bei $MW = 3,35 \pm 0,62$. Bei der Frage Nr. 14: „Ich möchte mich auf die Unterstützung meines Kinder verlassen können.“ unterscheiden sich die Antworten zwischen den Gruppen im klassischen T-Test mit $p = 0,011$ bei $df = 66$ fast sehr signifikant. Bei einer Effektstärke von $d = 0,51$ ist der tatsächliche Unterschied zwischen den Gruppen als mittel groß zu werten. Auch hier liegt der Mittelwert der Patientengruppe mit $MW = 2,39 \pm 0,98$ signifikant unter dem der Kontrollgruppe bei $MW = 3,00 \pm 0,75$. Folglich wird aufgezeigt, dass die Kontrollgruppe signifikant stärker instrumentelle Unterstützung vom Kind einfordert als die Patientengruppe.

II. ERGEBNISTEIL

3.3 Risikofaktoren für die Parentifizierung von Kindern

3.3.1 Die psychische Erkrankung der Eltern als Risikofaktor für die Parentifizierung von Kindern

Hypothese 1.1:

Kinder psychisch kranker Eltern werden stärker parentifiziert als Kinder psychisch gesunder Eltern.

Die Parentifizierung wird anhand des eigens in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf konzipierten Parentifizierungsinventars ausgewertet. Die zuvor errechneten Auswertekategorien zur Beschreibung des Ausmaßes der Parentifizierung eines Kindes durch sein Elternteil haben folgende Grenzwerte:

- 1) „das Kind wird nicht parentifiziert“ = **1,00 bis 2,80**
- 2) „das Kind wird grenzwertig parentifiziert“ = **2,81 bis 3,16**
- 3) „das Kind wird parentifiziert“ = **3,17 bis 3,51**
- 4) „das Kind wird im besonders hohen Ausmaß parentifiziert“ = **3,52 bis 4**

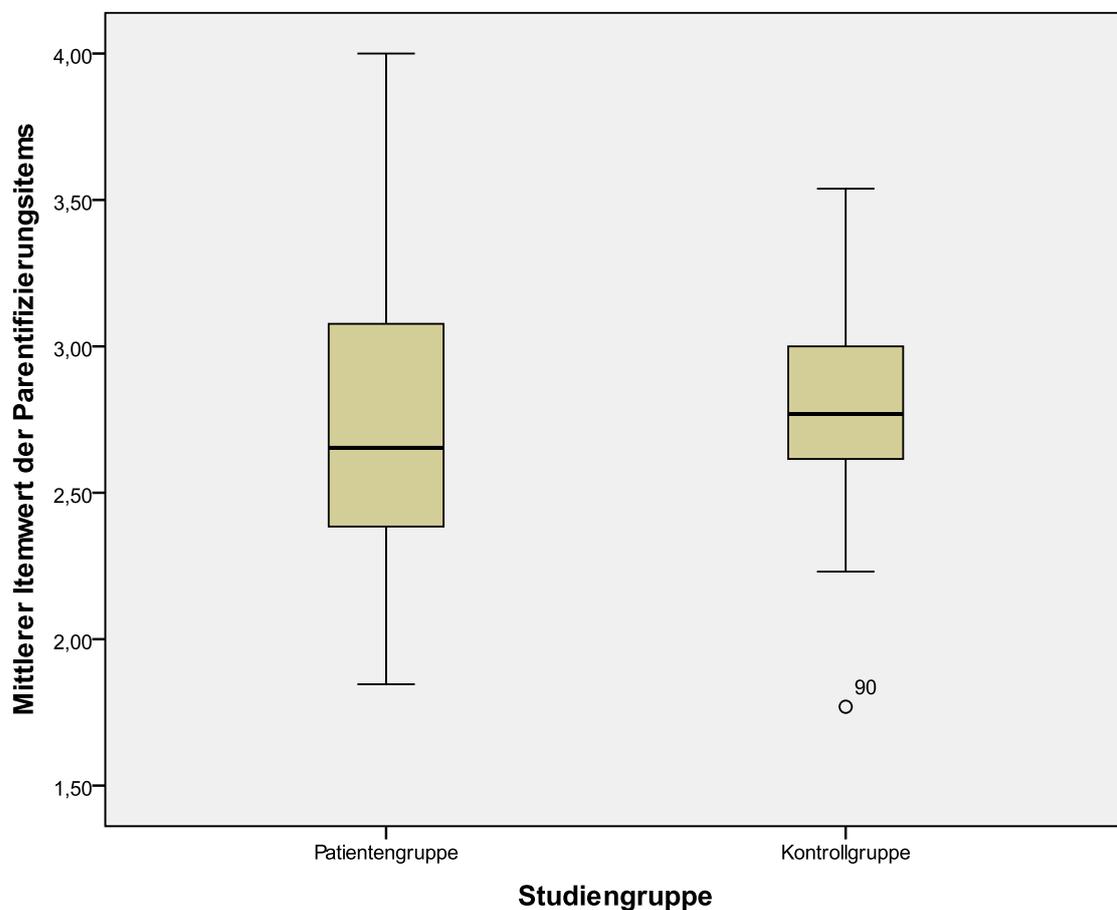
Tabelle 3.3.1.1: Statistik der mittleren Itemwerte des Parentifizierungsinventars bei der Kontroll- und Patientengruppe (N=108)

	Patientengruppe (N=54)	Kontrollgruppe (N=54)
<i>Mittelwert</i>	2,738	2,78
<i>Median</i>	2,65	2,77
<i>SD</i>	0,446	0,351
<i>Minimum</i>	1,85	1,77
<i>Maximum</i>	4,00	3,54

Anhand der deskriptiven Statistik nach Tabelle 3.3.1.1 wird deutlich, dass sich die Patientengruppe weder im Median, noch im Mittelwert stark von der Kontrollpopulation unterscheidet.

Während die Patientenpopulation einen Mittelwert von $2,74 \pm 0,45$ und einen Median = 2,65 aufweist, liegen die entsprechenden Werte für die Kontrollpopulation bei $2,80 \pm 0,35$ und einem Median = 2,77. Der einzig auffällige Wert ist der Maximalwert = 4,00 bei der Patientengruppe im Vergleich zu nur 3,54 in der Kontrollgruppe. Die bejahende Tendenz zum Parentifizierungsinventar im Sinne von „eher ja“ wird mit einem Mittelwert in der gesamten Studienpopulation von $2,77 \pm 0,40$ deutlich.

Abbildung 3.3.1.1: Boxplot: Mittlere Itemwerte des Parentifizierungsinventars bei der Patienten- (N=54) und Kontrollgruppe (N=54)



Der Boxplot in Abbildung 3.3.1.1 veranschaulicht den nur geringen Unterschied im Median zwischen beiden Studiengruppen, zeigt aber auch, dass der mittlere Itemwert der Parentifizierungsitems in der Patientengruppe weiter streut als in der Kontrollgruppe.

Tabelle 3.3.1.2: Antwortstatistik: Parentifizierungsgrad der Kinder in der Patienten- und Kontrollgruppe

Parentifizierungsgrad der Kinder	Patientengruppe (N=54)		Kontrollgruppe (N=54)	
	N	%	N	%
<i>nicht parentifiziert</i>	33	61,1	31	57,4
<i>grenzwertig parentifiziert</i>	9	16,7	15	27,8
<i>parentifiziert</i>	11	20,4	6	11,1
<i>außerordentlich stark parentifiziert</i>	1	1,9	2	3,7

Nach Tabelle 3.3.1.2 wurden zwölf von 54 Kindern (22,3%) in der Patienten- und acht von 54 Kindern (14,8%) in der Kontrollpopulation laut dem Parentifizierungsinventar parentifiziert, womit insgesamt 37,1% aller Kinder in der Studie parentifiziert wurden. Nur drei Kinder (2,9%) aus der gesamten Stichprobe wurden nach Aussagen der Eltern außerordentlich stark parentifiziert, wobei auffällt, dass zwei Kinder aus der Kontrollpopulation zu nur einem Kind aus der Patientengruppe außerordentlich stark parentifiziert waren. Dagegen wurden 33 Kinder (61,1%) der Patienten- und 31 Kinder (57,4%) der Kontrollgruppe nicht parentifiziert. Jeweils neun Kinder (16,7%) in der Patientengruppe und 15 Kinder (27,8%) aus der Kontrollgruppe wurden grenzwertig parentifiziert.

Die Hypothese, dass die Patientengruppe ihre Kinder stärker als die Kontrollgruppe parentifiziert, wird bei erfüllten Voraussetzungen durch den T-Test auf Signifikanz geprüft.

Tabelle 3.3.1.3: T-Test bei unabhängigen Stichproben: Mittelwertvergleich des mittleren Itemwertes des Parentifizierungsinventars zwischen den Studiengruppen; Gruppe 1 = Patientengruppe (N=54); Gruppe 2 = Kontrollgruppe (N=54)

Mittlerer Itemwert Parentifizierungsinventars	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
	F	p	T	df	p
<i>Varianzen sind gleich</i>	3,675	,058	-,797	106	,427
<i>Varianzen sind nicht gleich</i>			-,797	100,410	,427

F = Prüfgröße; T = Prüfgröße Mittelwertgleichheit; df = Anzahl der Freiheitsgrade

Der T-Test nach Tabelle 3.3.1.3 zeigt mit $p = 0,427$ bei $df = 106$ keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Parentifizierung in beiden Studienpopulationen auf.

Die Hypothese 1.1 muss abgelehnt werden:

In der CHIMPs-Studie werden Kinder psychisch kranker Eltern nicht signifikant stärker parentifiziert als Kinder psychisch gesunder Eltern.

3.3.2 Das Zusammenleben mit zwei psychisch kranken Eltern als Risikofaktor für die Parentifizierung von Kindern

Hypothese 1.2:

Kinder, die mit zwei psychisch kranken Eltern zusammenleben, werden stärker parentifiziert als Kinder, die mit nur einem psychisch kranken Elternteil und einem psychisch gesunden Elternteil zusammenleben.

Tabelle 3.3.2.1: Antwortstatistik: „Ist ihr Partner jemals in psychiatrischer Behandlung gewesen?“ (N=33)

<i>Partner in psychiatrischer Behandlung?</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>nein</i>	22	66,7
<i>ja</i>	11	33,3

In unserer Patientenstichprobe lebten nach Tabelle 3.3.2.1 33 Patienten mit einem Partner zusammen im Haushalt, davon waren elf Partner (33,3%) ebenfalls psychisch auffällig.

Tabelle 3.3.2.2: Antwortstatistik aller Patienten mit psychisch krankem Partner: „Wer lebt im Haushalt außer Ihnen?“ (N=11)

<i>Wer lebt mit im Haushalt?</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>(Ehe-) Partner und Kinder</i>	7	63,6
<i>Nur (Ehe-) Partner</i>	2	18,2
<i>Nur Kind</i>	2	18,2

Aus Tabelle 3.3.2.2 wird ersichtlich, dass sieben der elf befragten Patienten, die einen psychisch vorbelasteten Partner hatten, mit ihrem Partner und ihren Kindern zusammenlebten. Das entspricht 13% aller Patienten aus der Patientenpopulation.

Tabelle 3.3.2.3: Antwortstatistik der Patientengruppe mit psychisch gesunden Partner: „Wer lebt im Haushalt außer Ihnen?“ (N=22)

Wer lebt mit im Haushalt?	N	%
<i>(Ehe-) Partner und Kinder</i>	20	90,9
<i>Nur (Ehe-) Partner</i>	1	4,55
<i>Nur Kinder</i>	1	4,55

Tabelle 3.3.2.3 zeigt auf, dass 20 von 22 der Patienten mit psychisch gesundem Lebenspartner und Kindern in einem Haushalt leben.

Diese zwei Gruppen werden nun im Sinne der postulierten Hypothese bezüglich des Parentifizierungsgrades der Kinder verglichen.

Tabelle 3.3.2.4: Antwortstatistik: Parentifizierungsgrad der Kinder im Haushalt (N=8) mit zwei psychisch kranken Eltern im Vergleich zur restlichen Patientengruppe (N=46)

Parentifizierungsgrad der Kinder	Haushalt mit Kindern und zwei psychisch kranken Eltern (N=7)		Haushalt mit Kindern und einem psychisch gesunden Elternteil (N=20)	
	N	%	N	%
<i>nicht parentifiziert</i>	5	71,4	10	50,0
<i>grenzwertig parentifiziert</i>	0	0	5	25,0
<i>parentifiziert</i>	2	28,6	4	20,0
<i>außerordentlich stark parentifiziert</i>	0	0	1	5,0

Tabelle 3.3.2.4 zeigt auf, dass zwei von sieben Kindern (28,6%) mit zwei psychisch kranken Eltern im Haushalt zu fünf von 20 Kindern (20%) mit einem psychisch kranken Elternteil und einem psychisch gesunden Elternteil parentifiziert wurden.

Die Signifikanz wird bei erfüllten Voraussetzungen durch den T-Test geprüft.

Tabelle 3.3.2.5: T-Test bei unabhängigen Stichproben: Mittelwertvergleich des mittleren Itemwertes des Parentifizierungsinventars zwischen Kindern mit zwei psychisch kranken Eltern und Kindern mit einem psychisch kranken und einem psychisch gesunden Elternteil; Gruppe 1= Haushalt mit zwei psychisch kranken Eltern und Kindern (N=7); Gruppe 2= Haushalt mit nur einem psychisch kranken Elternteil, gesunden Partner und Kindern (N=20)

Mittlerer Itemwert Parentifizierungsinventars	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
	F	p	T	df	p
Varianzen sind gleich	2,44	,131	-1,38	25	,180
Varianzen sind nicht gleich			-1,16	8,189	,278

F = Prüfgröße; T = Prüfgröße Mittelwertgleichheit; df = Anzahl der Freiheitsgrade

Der T-Test zeigt nach Tabelle 3.3.2.5 mit $p = 0,180$ bei $df = 25$ keinen signifikanten Unterschied bezüglich der Parentifizierung von Kindern zwischen den Gruppen.

Folglich muss die Hypothese 1.2 abgelehnt werden:

In unserer Studie werden Kinder, die mit zwei psychisch kranken Eltern zusammenleben, nicht signifikant stärker parentifiziert als Kinder, die mit einem psychisch kranken und einem gesunden Elternteil zusammenleben.

3.3.3 Die fehlende Partnerschaft als Risikofaktor für die Parentifizierung von Kindern

Hypothese 1.3:

Kinder mit Eltern ohne Partnerschaft werden stärker parentifiziert als Kinder mit Eltern in einer Beziehung.

Tabelle 3.3.3.1: Antwortstatistik: Parentifizierungsgrad des Kindes abhängig vom Beziehungsstand des Elternteils (N=107)

Parentifizierungsgrad der Kinder	derzeit in Ehe/Partnerschaft lebend			
	nein (N=28)		ja (N=79)	
	N	%	N	%
nicht parentifiziert	18	64,3	45	57
grenzwertig parentifiziert	6	21,4	18	22,8
parentifiziert	4	14,3	13	16,4
außerordentlich stark parentifiziert	0	0	3	3,8

Tabelle 3.3.3.1 zeigt auf, dass 14,3% aller Kinder in der Gruppe ohne Partner (N=28) und 20,2% in der Gruppe mit Partner (N=79) parentifiziert wurden. Auffällig ist, dass die drei außerordentlich parentifizierten Kinder Eltern in einer Beziehung hatten.

Aufgrund der stark unterschiedlichen Gruppengröße wird die Signifikanz durch den U-Test geprüft.

Tabelle 3.3.3.2: U-Test bei unabhängigen Stichproben: Mittelwertvergleich des mittleren Itemwertes des Parentifizierungsinventars zwischen Kindern von Eltern mit und ohne Partner; Gruppe 1= Elternteil mit Partnerschaft (N=79); Gruppe 2= Elternteil ohne Partnerschaft (N=28)

Hypothesentestübersicht

	Nullhypothese	Test	Sig.	Entscheidung
1	Die Verteilung von Mittlerer Itemwert der Parentifizierungsitems ist in den Kategorien von derzeit in Ehe/Partnerschaft lebend identisch.	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	,306	Nullhypothese beibehalten

Asymptotische Signifikanzen werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

Entsprechend der Tabelle 3.3.3.2 zeigt der T-Test mit $p = 0,306$ keinen signifikanten Unterschied bei der Parentifizierung von Kindern zwischen den Studienteilnehmern mit und ohne Partnerschaft.

Die Hypothese 1.3 muss somit abgelehnt werden:

Kinder von Eltern ohne Partnerschaft werden in unserer Studie nicht signifikant häufiger parentifiziert als Kinder von Eltern in einer Beziehung.

Hypothese 1.3.1:

Kinder mit psychisch kranken Eltern ohne Partnerschaft werden häufiger parentifiziert als Kinder mit psychisch gesunden Eltern ohne Partnerschaft.

Tabelle 3.3.3.3: Antwortstatistik: „Leben Sie derzeit in einer Ehe oder Partnerschaft?“ (N=107)

Studiengruppe	N=107		N	%
<i>Patientengruppe</i>	N=53	<i>nein</i>	20	37,7
		<i>ja</i>	33	62,3
<i>Kontrollgruppe</i>	N=54	<i>nein</i>	8	14,8
		<i>ja</i>	46	85,2

Während nach Tabelle 3.3.3.3 62,3% aller Studienteilnehmer aus der Patientengruppe in einer Beziehung lebten, gaben 85,2% aus der Kontrollgruppe eine Partnerschaft an.

Tabelle 3.3.3.4: Antwortstatistik: Parentifizierungsgrad des Kindes bei Eltern ohne Partnerschaft in der Patientengruppe (N=20) und der Kontrollgruppe (N=8)

Parentifizierungsgrad der Kinder	derzeit in Ehe/Partnerschaft lebend			
	Patientengruppe		Kontrollgruppe	
	nein (N=20)		nein (N=8)	
	N	%	N	%
<i>nicht parentifiziert</i>	14	70	4	50
<i>grenzwertig parentifiziert</i>	4	20	2	25
<i>parentifiziert</i>	2	10	2	25
<i>außerordentlich stark parentifiziert</i>	0	0	0	0

Tabelle 3.3.3.4 zeigt, dass 10% der Kinder aus der Patientengruppe ohne Partnerschaft (N=20) zu 25% der Kinder aus der Kontrollgruppe (N=8) parentifiziert wurden.

Die Signifikanz wird bei erfüllten Voraussetzungen durch den T-Test geprüft.

Tabelle 3.3.3.5: T-Test bei unabhängigen Stichproben: Mittelwertvergleich des mittleren Itemwertes des Parentifizierungsinventars zwischen Kindern psychisch kranker und psychisch gesunder Eltern ohne Partnerschaft; Gruppe 1= Patientengruppe ohne Partnerschaft (N=20); Gruppe 2= Kontrollgruppe ohne Partnerschaft (N=8)

Mittlerer Itemwert der Parentifizierungsinventars	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
	F	p	T	df	p
Varianzen sind gleich	,005	,946	-1,801	26	,083
Varianzen sind nicht gleich			-1,813	13,133	,093

F = Prüfgröße; T = Prüfgröße Mittelwertgleichheit; df = Anzahl der Freiheitsgrade

Demnach zeigt der T-Test nach Tabelle 3.3.3.5 zeigt mit $p = 0,083$ bei $df = 26$ keinen signifikanten Unterschied bei der Parentifizierung der Kinder zwischen den Studiengruppen auf.

Die Hypothese 1.3.1 muss somit abgelehnt werden:

In unserer Studie werden Kinder psychisch kranker Eltern ohne Partnerschaft nicht signifikant stärker parentifiziert als Kinder von psychisch gesunden Eltern ohne Partnerschaft.

3.3.4 Das Geschlecht der Eltern als Risikofaktor für die Parentifizierung von Kindern

Hypothese 1.4.1:

Kinder psychisch kranker Mütter werden stärker parentifiziert als Kinder psychisch kranker Väter.

Tabelle 3.3.4.1: Parentifizierungsgrad des Kindes abhängig vom Geschlecht des Patienten (N=54)

Parentifizierungsgrad des Kindes	Geschlecht des Patienten				Gesamt (N=54)
	weiblich (N=29)	%	männlich (N=25)	%	
nicht parentifiziert	16	55,2	17	68,0	33
grenzwertig parentifiziert	6	20,7	3	12,0	9
parentifiziert	6	20,7	5	20,0	11
außerordentlich stark parentifiziert	1	3,4	0	0	1

Tabelle 3.3.4.1 zeigt auf, dass 24,1% der psychisch kranken Mütter (N=29) und 20% der psychisch kranken Väter (N=25) ihre Kinder parentifizierten.

Die Signifikanz wird bei erfüllten Voraussetzungen durch den T-Test geprüft.

Tabelle 3.3.4.2: T-Test bei unabhängigen Stichproben: Mittelwertvergleich des Mittlerer Itemwert der Parentifizierungsinventars zwischen den Kindern mit psychisch kranken Müttern und psychisch kranken Vätern; Gruppe 1= psychisch kranke Mütter (N=29) und Gruppe 2= psychisch kranke Väter (N=25)

Mittlerer Itemwert der Parentifizierungsinventars	Levene-Test		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
	F	p	T	df	p
Varianzen gleich	,698	,407	,840	52	,405
Varianzen sind nicht gleich			,853	51,917	,398

F = Prüfgröße; T = Prüfgröße Mittelwertgleichheit; df = Anzahl der Freiheitsgrade

Der T-Test nach Tabelle 3.3.4.2 zeigt auf, dass es mit $p = 0,405$ bei $df = 52$ keinen signifikanten Unterschied in der Parentifizierung der Kinder zwischen psychisch kranken Müttern und Vätern gibt.

Die Hypothese 1.4.1 muss abgelehnt werden:

In unserer Studie werden Kinder psychisch kranker Mütter nicht signifikant stärker parentifiziert als Kinder psychisch kranker Väter.

Hypothese 1.4.2:

Kinder psychisch gesunder Mütter werden nicht stärker parentifiziert als Kinder psychisch gesunder Väter.

Tabelle 3.3.4.3: Parentifizierungsgrad des Kindes abhängig vom Geschlecht des Elternteils der Kontrollgruppe (N=53)

Parentifizierungsgrad des Kindes	Geschlecht des Elternteils				Gesamt (N=53)
	weiblich (N=36)	%	männlich (N=17)	%	
nicht parentifiziert	24	66,7	6	35,3	30
grenzwertig parentifiziert	8	22,2	7	41,2	15
parentifiziert	3	8,3	3	17,6	6
außerordentlich stark parentifiziert	1	2,8	1	5,9	2

Nach Tabelle 3.3.4.3 parentifizierten die Mütter der Kontrollgruppe (N=36) ihre Kinder seltener als die Väter (N=17). Während 23,5% der Väter ihre Kinder parentifizierten, taten es lediglich 11,2% aller Mütter.

Die Signifikanz wird bei erfüllten Voraussetzungen durch den T-Test geprüft.

Tabelle 3.3.4.4: T-Test bei unabhängigen Stichproben: Mittelwertvergleich des mittleren Itemwertes des Parentifizierungsinventars zwischen Kindern mit Müttern und Vätern der Kontrollgruppe; Gruppe 1= Mütter der Kontrollgruppe (N=36); Gruppe 2= Väter der Kontrollgruppe (N=17)

Mittlerer Itemwert der Parentifizierungsitems	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
	F	p	T	df	p
Varianzen gleich	,564	,456	-2,7	51	,009
Varianzen sind nicht gleich			-2,9	38,16	,006

F = Prüfgröße; T = Prüfgröße Mittelwertgleichheit; df = Anzahl der Freiheitsgrade

Nach dem T-Test der Tabelle 3.3.4.4 gibt es mit $p = 0,009$ bei $df = 51$ zwischen den Müttern und Vätern der Kontrollgruppe einen sehr signifikanten Unterschied bezüglich der Parentifizierung ihrer Kinder. Bei $d = 0.76$ ist der Effekt des Geschlechtsunterschiedes als mittel, beinahe stark einzuschätzen. Erstaunlicherweise parentifizierten die Väter in der Kontrollgruppe sehr signifikant stärker ihre Kinder als die Mütter.

Trotzdem wird die postulierte Hypothese 1.4.2 bestätigt:

In der CHIMPs-Studie werden Kinder psychisch gesunder Mütter nicht signifikant häufiger parentifiziert als Kinder psychisch gesunder Väter. Jedoch parentifizierten in unserer Studie die psychisch gesunden Väter ihre Kinder signifikant stärker als die psychisch gesunden Mütter.

3.3.5 Das Kindesalter als Risikofaktor für Parentifizierung

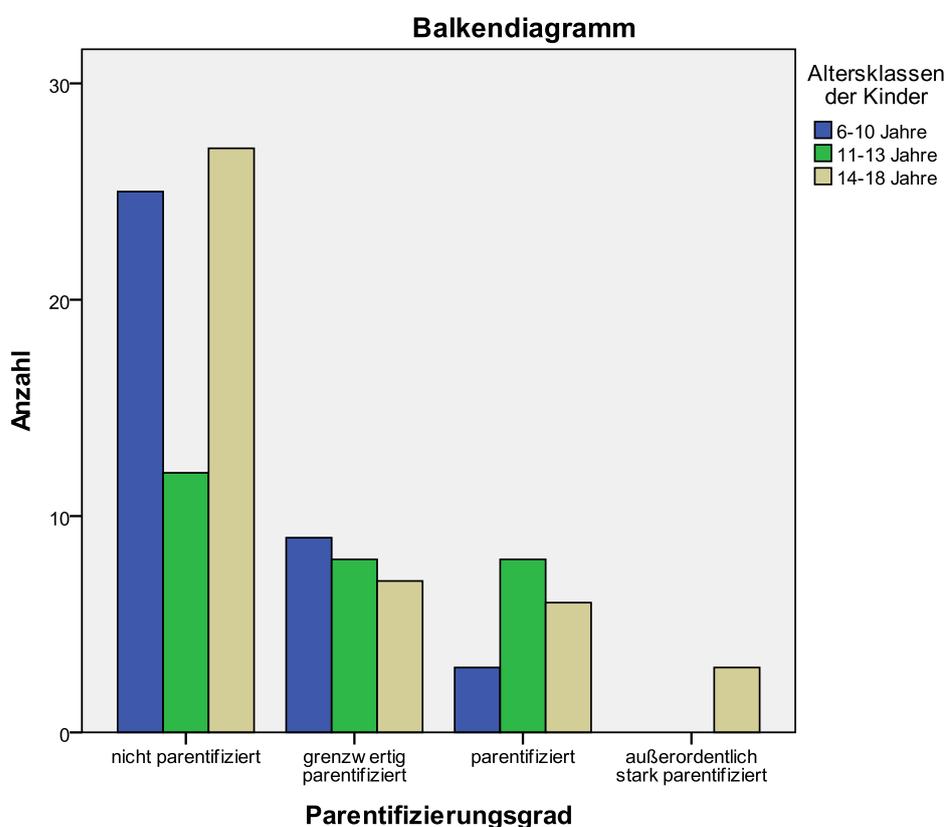
Hypothese 1.5:

Ältere Kinder werden stärker parentifiziert als jüngere Kinder.

Tabelle 3.3.5.1: Parentifizierungsgrad des Kindes abhängig vom Kindesalter

Parentifizierungsgrad des Kindes	Altersklassen der ältesten Kinder der Studienteilnehmer (N=108)					
	6-10 Jahre		11-13 Jahre		14-18 Jahre	
		%		%		%
nicht parentifiziert	25	67,6	12	43,0	27	62,8
grenzwertig parentifiziert	9	24,3	8	28,5	7	16,2
parentifiziert	3	8,1	8	28,5	6	14,0
außerordentlich stark parentifiziert	0	0	0	0	3	7,0
Gesamt	37	100	28	100	43	100

Abbildung 3.3.5.1: Balkendiagramm: Parentifizierungsgrad des Kindes abhängig vom Kindesalter (N=108)



Die Tabelle 3.3.5.1 zeigt auf, dass 8,1% der Kinder bereits im Grundschulalter von sechs bis zehn Jahren (N=37) in unserer Studienpopulation parentifiziert wurden, im Gegensatz dazu jedoch 28,5% der Kinder von elf bis dreizehn Jahren (N=28) und 21% der Jugendlichen von vierzehn bis achtzehn Jahren (N=43). Auffällig ist, dass alle drei stark parentifizierten Kinder Jugendliche waren.

Die Gruppenverteilung lässt darauf schließen, dass jedoch die Häufigkeit der Parentifizierung nicht linear mit dem Alter zunimmt, da die Schulkindergruppe von elf bis dreizehn Jahren in unserer Studie prozentual am häufigsten parentifiziert wurde. Das Alter der Kinder der Studienpopulation ist mit $p = 0,011$ nach Kolmogorov-Smirnov statistisch nicht normal verteilt¹, so dass die Signifikanz anhand der Korrelation nach Spearman geprüft wird (Bortz, 2005). Da von einem gerichteten positiven Zusammenhang ausgegangen wird, wird nur einseitig auf Signifikanz geprüft.

Tabelle 3.3.5.2: Rang-Korrelation nach Spearman: Zusammenhang zwischen dem Kindesalter und dem mittleren Itemwert des Parentifizierungsinventars (N=108)

<i>Alter der Kinder (N=108)</i>	<i>Mittlerer Itemwert des Parentifizierungsinventars</i>
<i>Korrelation nach Spearman</i>	,161
<i>Signifikanz (1-seitig)</i>	,048
<i>N</i>	108

Die Korrelationsprüfung nach Spearman ergibt nach Tabelle 3.3.5.2 ein $p = 0,048$ trotz einer nur sehr gering positiven Korrelation von $r = 0,161$, was auf einen signifikanten linearen Zusammenhang zwischen der Parentifizierung und dem Alter des Kindes hinweist.

Die Hypothese 1.5 kann somit betätigt werden:

In der CHIMPs-Studie werden ältere Kinder signifikant stärker parentifiziert als jüngere Kinder.

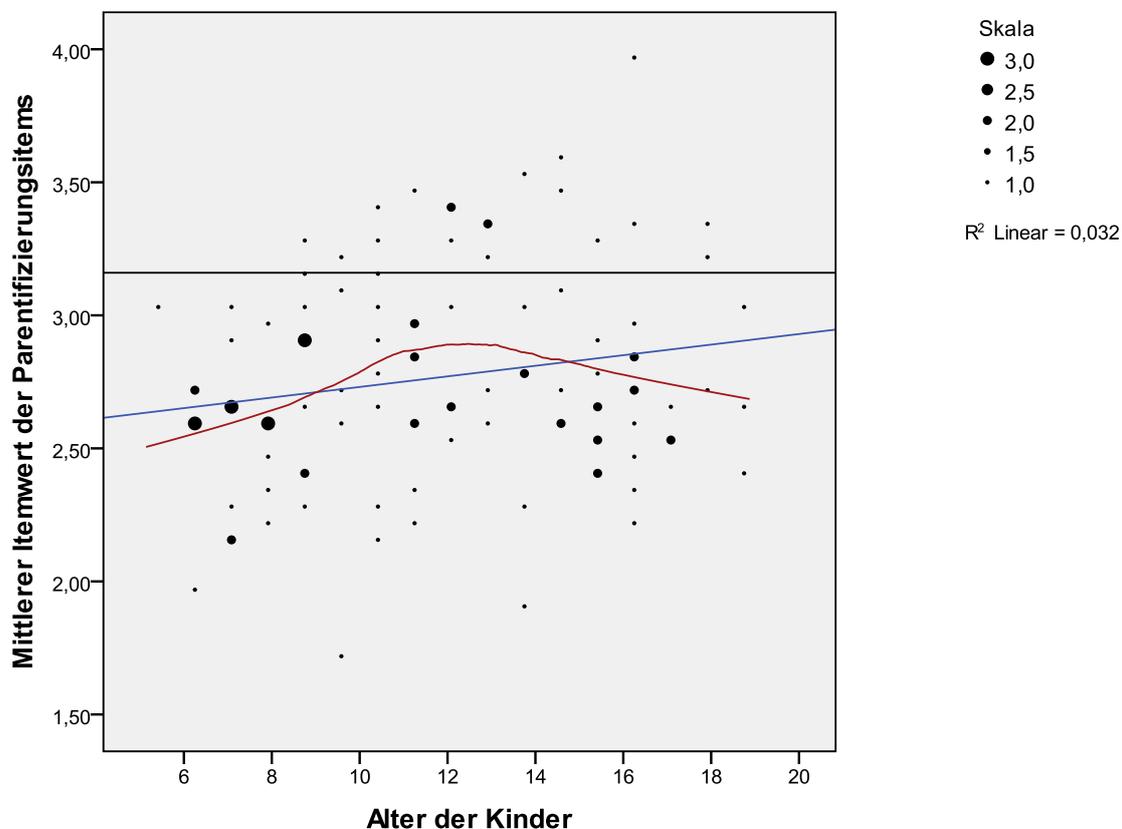
Hypothese 1.5.1:

**Es gibt eine positive Korrelation zwischen Alter und Parentifizierung:
Je älter das Kind ist, desto stärker wird es parentifiziert.**

Die Korrelationsprüfung nach Pearson ergab bereits in Tabelle 3.3.5.3 eine Signifikanz von $p = 0,048$ bei einer sehr geringen positiven Korrelation von $r = 0,161$.

¹ Vergleiche: Soziodemografische Analyse der Studienpopulation 3.1

Abbildung 3.3.5.2: Streudiagramm: Korrelation zwischen Kindesalter und mittlerem Itemwert des Parentifizierungsinventars



Schwarze Linie: Grenzwert zur Parentifizierung; Blaue Linie: Lineare Korrelation;
Rote Linie: Lowess-Kurve (f=50)

Abbildung 3.3.5.2 zeigt, dass bei steigendem Alter die Kinder grundsätzlich stärker parentifiziert werden, wenn auch die lineare Korrelation (blaue Linie) nicht sehr stark ist. Die Lowess-Kurve (Locally Weighted Scatterplot Smoother) mit $f = 50$ zeigt einen eher glockenförmigen Verlauf, was die geringe lineare Korrelation erklären würde. Eine Regressionsanalyse wird nicht vorgenommen, da die Testvoraussetzungen bei einer nicht normalen Verteilung des Kindesalters nicht erfüllt sind.

Trotzdem kann die Hypothese 1.5.1 bestätigt werden:

In der CHIMPs-Studie gibt es eine, wenn auch sehr geringe, positive Korrelation zwischen Kindesalter und Parentifizierung: Je älter die Kinder, desto stärker werden sie in unserer Studie parentifiziert.

3.3.6 Das Kindsgeschlecht als Risikofaktor für Parentifizierung

Hypothese 1.6:

Mädchen werden stärker parentifiziert als Jungen (Patientengruppe).

Tabelle 3.3.6.1: Kreuztabelle: Parentifizierungsgrad des Kindes abhängig vom Geschlecht des ältesten Kindes der Patientengruppe (N=38)

Parentifizierungsgrad des Kindes	Geschlecht des ältesten Kindes				
	männlich (N=17)	%	Weiblich (N=21)	%	Gesamt (N=38)
nicht parentifiziert	8	47,0	12	57,2	20
grenzwertig parentifiziert	5	29,4	2	9,5	7
parentifiziert	3	17,7	7	33,3	10
außerordentlich stark parentifiziert	1	5,9	0	0	1

Tabelle 3.3.6.1 zeigt, dass 33,3 % aller Mädchen (N=21) dagegen nur 23,6% aller Jungen (N=17) parentifiziert wurden. Während jedoch 29,4% aller Jungen im Grenzbereich der Parentifizierung lagen, waren es nur 9,5% aller Mädchen.

Die Signifikanz wird bei erfüllten Voraussetzungen durch den T-Test geprüft.

Tabelle 3.3.6.2: T-Test bei unabhängigen Stichproben: Mittelwertvergleich des mittleren Itemwertes des Parentifizierungsinventars zwischen Kindern mit weiblichem und männlichen Geschlecht; Gruppe 1= weiblich (N=21); Gruppe 2= männlich (N=17)

Mittlerer Itemwert des Parentifizierungsinventars	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
	F	p	T	df	p
Varianzen sind gleich	,747	,393	-,269	36	,789
Varianzen sind nicht gleich			-,262	29,259	,795

F = Prüfgröße; T = Prüfgröße Mittelwertgleichheit; df = Anzahl der Freiheitsgrade

Der T-Test nach Tabelle 3.3.6.2 zeigt mit $p = 0,789$ bei $df = 36$ keinen signifikanten Unterschied bei der Parentifizierung zwischen Jungen und Mädchen auf.

Somit muss die Hypothese 1.6 abgelehnt werden:

In unserer Studie werden Mädchen nicht signifikant stärker als Jungen parentifiziert.

3.4 Die psychische Gesundheit parentifizierter Kinder von psychisch kranken Eltern

3.4.1 Die psychische Erkrankung der Eltern als Risikofaktor für die psychische Gesundheit parentifizierter Kinder

Hypothese 2.1:

Parentifizierte Kinder psychisch kranker Eltern sind psychisch auffälliger als weniger parentifizierte Kinder.

Die psychische Gesundheit der Kinder wird anhand der CBCL/4-18 beurteilt, hierzu werden die Rohwerte der alters- und geschlechtsspezifischen Normtabellen in T-Werte umgewandelt.

Tabelle 3.4.1.1 : Deskriptive Statistik der T-Wert-Verteilung der drei CBCL-Hauptskalen der Kinder der Patientenpopulation

CBCL-Skalen	N	Minimum	Maximum	MW	SD
<i>T-Werte für Gesamtauffälligkeiten</i>	52	38	84	57,88	11,55
<i>T-Werte für internalisierende Auffälligkeiten</i>	49	38	82	57,78	11,64
<i>T-Wert für externalisierende Auffälligkeiten</i>	49	35	74	56,18	10,56

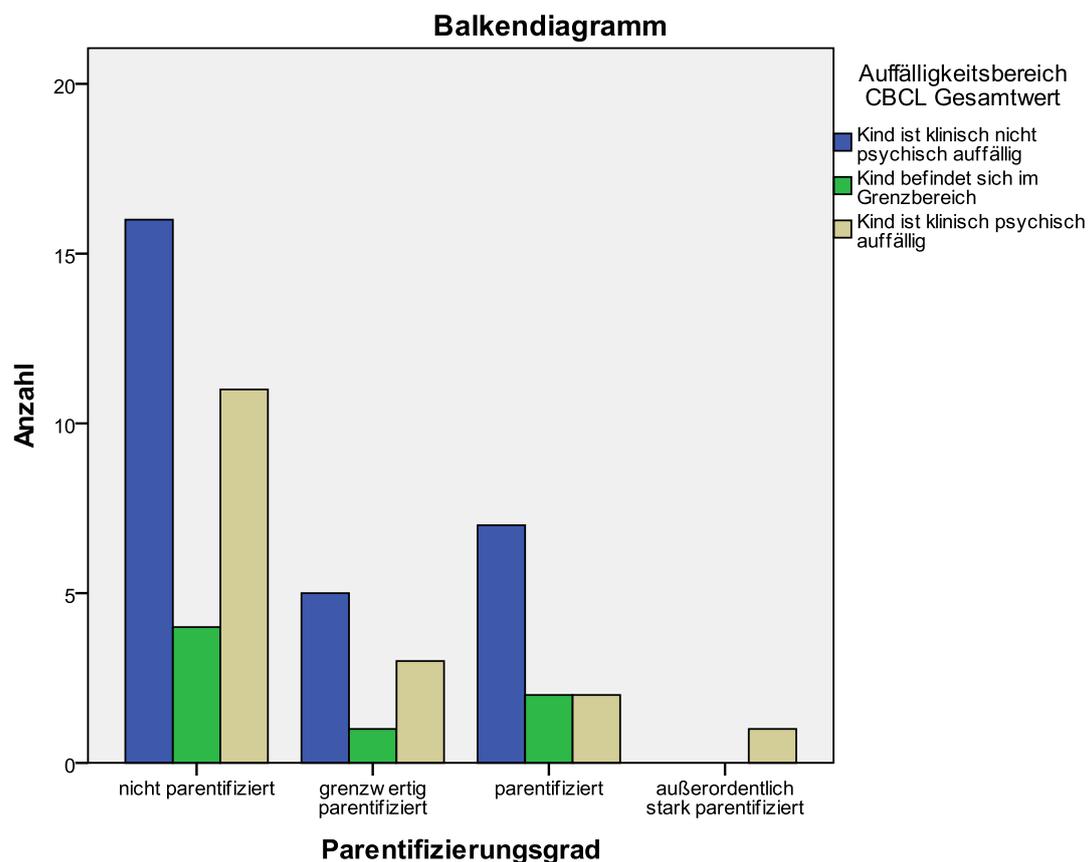
Nach Tabelle 3.4.1.1 ist die T-Wert-Verteilung der CBCL-Hauptskalen in unserer Studienpopulation für die Gesamtauffälligkeitsskala durch einen Mittelwert von 57,9 +/- 11,56, sowie einem Minimum = 38 und einem Maximum = 84 gekennzeichnet.

Die übergeordneten Skalen sind nach Prüfung auf Normalverteilung durch Kolmogorov-Smirnov mit $p > 0,05$ alle normal verteilt. Die in T-Werte umgewandelten Normwerte lassen sich anhand der empirischen Grenzwerte in die Kategorien Norm-, Grenz- und Auffälligkeitsbereich einteilen. Ein Kind gilt in den drei übergeordneten Kategorien „internalisierende Auffälligkeiten“ und „externalisierende Auffälligkeiten“ sowie „Gesamtauffälligkeiten“ als klinisch auffällig, wenn $T > 63$. Der Grenzbereich zwischen auffällig und unauffällig liegt bei T-Werten zwischen 60 und 63.

Tabelle 3.4.1.2: Kreuztabelle: CBCL-Gesamtwert in Abhängigkeit vom Parentifizierungsgrad des Kindes (N=52)

Parentifizierungsgrad des Kindes	Auffälligkeitsbereich CBCL Gesamtwert			Gesamt
	nicht psychisch auffällig	im Grenzbereich	psychisch auffällig	
nicht parentifiziert	16	4	11	31
grenzwertig parentifiziert	5	1	3	9
parentifiziert	7	2	2	11
außerordentlich stark parentifiziert	0	0	1	1
Gesamt	28	7	17	52

Abbildung 3.4.1.1: Balkendiagramm: psychische Gesamtauffälligkeit von Kindern in der CBCL abhängig vom Parentifizierungsgrad des Kindes



Laut Tabelle 3.4.1.2 waren insgesamt 17 von insgesamt 52 Kindern unserer Patientenpopulation im Gesamtwert der CBCL psychisch auffällig, was 32,7% aller Kinder entspricht und somit recht hoch ist. Davon waren drei Kinder parentifiziert. Sieben der insgesamt zwölf (58,3%) parentifizierten Kinder waren psychisch unauffällig, zwei der parentifizierten Kinder lagen im Grenzbereich (16,7%) und drei parentifizierte Kinder waren psychisch auffällig (25%), wozu auch das am stärksten parentifizierte Kind gehörte. Im Vergleich dazu waren elf von 31 (35,5%) nicht parentifizierte Kinder im Gesamtwert der CBCL psychisch auffällig. Abbildung 3.4.1.1 veranschaulicht nochmals das Auftreten von Parentifizierung und psychischen Auffälligkeiten in unserer Studiengruppe.

Tabelle 3.4.1.3: Kreuztabelle: Auffälligkeitsbereich externalisierend der CBCL in Abhängigkeit vom Parentifizierungsgrad des Kindes (N=49)

<i>Parentifizierungsgrad des Kindes</i>	<i>Auffälligkeitsbereich CBCL externalisierend</i>			<i>Gesamt</i>
	<i>nicht psychisch auffällig</i>	<i>im Grenzbereich</i>	<i>psychisch auffällig</i>	
<i>nicht parentifiziert</i>	18	3	8	29
<i>grenzwertig parentifiziert</i>	5	1	2	8
<i>parentifiziert</i>	7	2	2	11
<i>außerordentlich stark parentifiziert</i>	0	0	1	1
<i>Gesamt</i>	30	6	13	49

Nach Tabelle 3.4.1.3 gelten im externalisierenden Auffälligkeitsbereich der CBCL 13 von 49 untersuchten Kindern (26,5%) als psychisch auffällig.

Davon waren erneut drei Kinder parentifiziert, was 25% aller parentifizierten Kinder ausmachte. Das außerordentlich stark parentifizierte Kind war ebenfalls im externalisierenden Bereich auffällig.

Im Vergleich hierzu waren acht von 29 (27,6%) nicht parentifizierten Kindern externalisierend auffällig.

Tabelle 3.4.1.4: Kreuztabelle: Auffälligkeitsbereich internalisierend der CBCL in Abhängigkeit vom Parentifizierungsgrad des Kindes (N=49)

<i>Parentifizierungsgrad des Kindes</i>	<i>Auffälligkeitsbereich CBCL internalisierend</i>			<i>Gesamt</i>
	<i>nicht psychisch auffällig</i>	<i>im Grenzbereich</i>	<i>psychisch auffällig</i>	
<i>nicht parentifiziert</i>	15	3	11	29
<i>grenzwertig parentifiziert</i>	4	2	2	8
<i>parentifiziert</i>	6	1	4	11
<i>außerordentlich stark parentifiziert</i>	0	1	0	1
Gesamt	25	7	17	49

Nach Tabelle 3.4.1.4 gelten im internalisierenden Auffälligkeitsbereich der CBCL 17 von 49 untersuchten Kindern als psychisch auffällig. Davon waren vier Kinder parentifiziert, was 33,33% aller parentifizierten Kinder ausmachte. Das außerordentlich stark parentifizierte Kind lag im Grenzbereich. Im Vergleich dazu waren elf von 29 (37,9%) nicht parentifizierten Kindern internalisierend auffällig.

Zur Signifikanzprüfung auf Unterschiede im T-Wert für die Gesamtauffälligkeiten der CBCL zwischen den Gruppen der parentifizierten Kinder wird bei Erfüllung der Testkriterien die einfaktorielle ANOVA eingesetzt. Da wir nur ein Kind in der Gruppe der außerordentlich stark parentifizierten Kinder haben, wird es in die Gruppe der parentifizierten Kinder mitgerechnet.

Tabelle 3.4.1.5: Gruppenstatistik der T-Werte der Hauptskalen der CBCL abhängig von den Parentifizierungsklassen der Kinder (N=52)

Parentifizierungsklassen		N	Minimum	Maximum	MW	SD
<i>nicht parentifiziert</i>	T-Werte für Gesamtauffälligkeiten	31	38	84	58,42	12,52
	<i>T-Werte für internalisierende Auffälligkeiten</i>	29	38	82	57,86	13,04
	<i>T-Wert für externalisierende Auffälligkeiten</i>	29	35	74	55,90	11,22
<i>grenzwertig parentifiziert</i>	T-Werte für Gesamtauffälligkeiten	9	38	71	54,89	13,00
	<i>T-Werte für internalisierende Auffälligkeiten</i>	8	38	71	56,38	11,00
	<i>T-Wert für externalisierende Auffälligkeiten</i>	8	35	71	54,63	13,38
<i>parentifiziert</i>	T-Werte für Gesamtauffälligkeiten	12	47	71	58,75	7,68
	<i>T-Werte für internalisierende Auffälligkeiten</i>	12	44	72	58,50	8,88
	<i>T-Wert für externalisierende Auffälligkeiten</i>	12	46	68	57,92	6,9

Tabelle 3.4.1.5 zeigt auf, dass bei den 52 untersuchten Kindern mit zunehmender Parentifizierung die Maximalwerte der drei CBCL-Hauptskalen sinken, während die Minimalwerte steigen. Die höchsten Mittelwerte auf allen drei CBCL-Skalen erreichten die zwölf parentifizierten Kinder mit 58,75 +/- 7,68 auf der CBCL-Gesamtskala, 58,50 +/- 8,88 auf der internalisierenden Skala und 57,92 +/- 6,9 auf der externalisierenden Skala. Die Gruppe der nicht parentifizierten Kinder erreichte jedoch die niedrigsten Minimal- und Maximalwerte aller Hauptskalen mit 38 und 84 Punkten.

Tabelle 3.4.1.6: Einfaktorielle ANOVA: Signifikanzprüfung zwischen den Parentifizierungsgruppen bezüglich der T-Werte der CBCL-Hauptskalen; Gruppe 1 = nicht parentifiziert; Gruppe 2 = grenzwertig parentifiziert; Gruppe 3 = parentifiziert

<i>Einfaktorielle ANOVA</i>		<i>Quadratsumme</i>	<i>df</i>	<i>Mittel der Quadrate</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>T-Werte für internalisierende Auffälligkeiten</i>	<i>Zwischen den Gruppen</i>	22,207	2	11,104	,079	,924
	<i>Innerhalb der Gruppen</i>	6476,323	46	140,790		
	<i>Gesamt</i>	6498,531	49			
<i>T-Wert für externalisierende Auffälligkeiten</i>	<i>Zwischen den Gruppen</i>	57,866	2	28,933	,251	,779
	<i>Innerhalb der Gruppen</i>	5297,481	46	115,163		
	<i>Gesamt</i>	5355,347	49			
<i>T-Wert für Problemverhalten insgesamt</i>	<i>Zwischen den Gruppen</i>	98,620	2	49,310	,360	,699
	<i>Innerhalb der Gruppen</i>	6706,687	49	136,871		
	<i>Gesamt</i>	6805,308	52			

df = Anzahl der Freiheitsgrade; F = Prüfgröße

Die einfaktorielle ANOVA nach Tabelle 3.4.1.6 zeigt keinen signifikanten Unterschied in der psychischen Gesundheit zwischen den Gruppen von parentifizierten (N=12), grenzwertig parentifizierten (N=9) und nicht parentifizierten (N=31) Kindern auf. Somit unterschieden sich die Kinder weder in den internalisierenden Auffälligkeiten ($p = 0,924$ bei $df = 2$), noch in den externalisierenden Auffälligkeiten ($p = 0,779$ bei $df = 2$), noch in den psychischen Gesamtauffälligkeitwert ($p = 0,360$ bei $df = 2$) signifikant voneinander.

Die Hypothese 2.1 muss verworfen werden:

In der CHIMPs-Studie sind parentifizierte Kinder nicht signifikant psychisch auffälliger als die weniger parentifizierten Kinder.

Hypothese 2.1.1:

Es besteht eine positive Korrelation zwischen der Parentifizierung von Kindern psychisch kranker Eltern und den psychischen Auffälligkeiten der Kinder: je stärker das Kind parentifiziert ist, desto psychisch auffälliger ist es.

Die vorige Hypothese 2.1 musste bereits abgelehnt werden, so dass man von keiner positiven Korrelation mehr ausgehen kann.

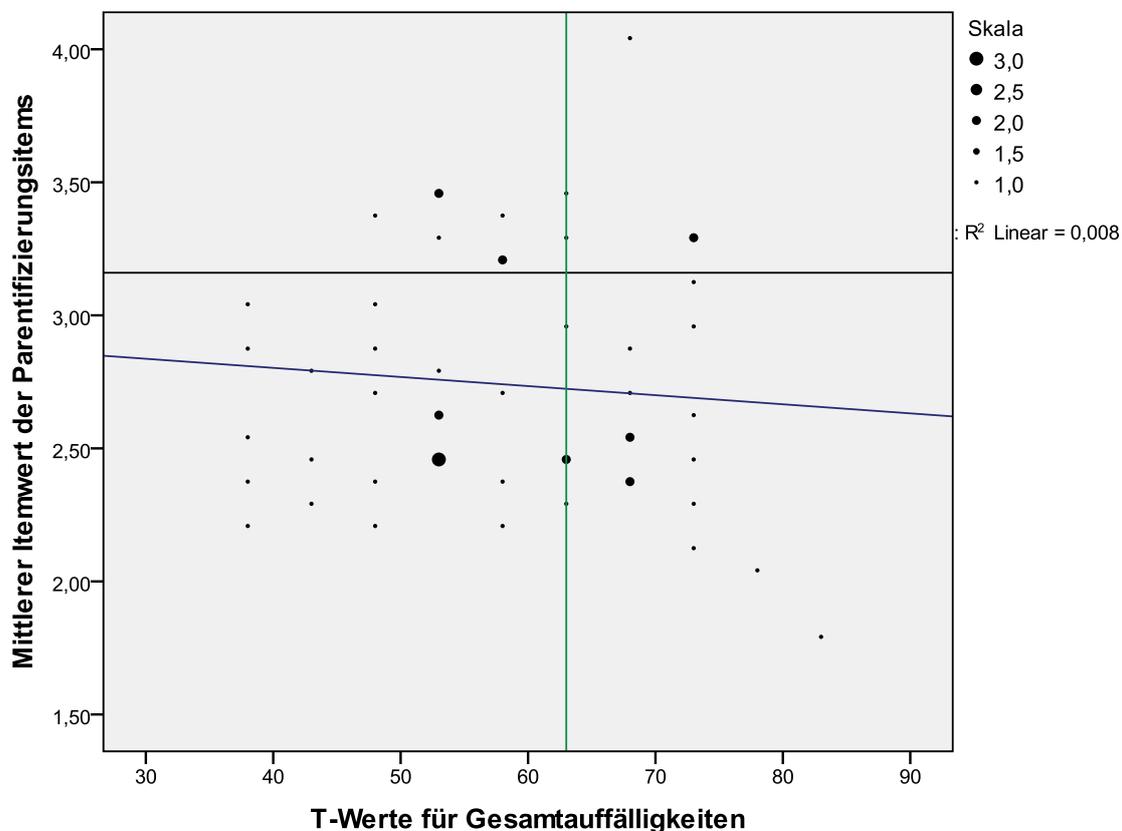
Die Hypothese wird mit dem Korrelationstest nach Pearson auf Signifikanz geprüft. Da von einem gerichteten Zusammenhang in der Hypothese ausgegangen wird, wird nur einseitig auf Signifikanz geprüft.

Tabelle 3.4.1.7: Bivariate Korrelation nach Pearson: Zusammenhang zwischen dem mittleren Itemwert des Parentifizierungsinventars und den drei Hauptskalen der CBCL

<i>Mittlerer Itemwert der Parentifizierungsitems</i>	<i>T-Wert für Gesamtauffälligkeiten</i>	<i>T-Wert für externalisierende Auffälligkeiten</i>	<i>T-Wert für internalisierende Auffälligkeiten</i>
<i>Korrelation nach Pearson</i>	-,087	,026	-,039
<i>Signifikanz (1-seitig)</i>	,270	,429	,394
<i>N</i>	52	49	49

Nach Tabelle 3.4.1.7 können wir bei $r = -0,087$ eine vernachlässigbar kleine negative Korrelation zwischen dem mittleren Itemwert des Parentifizierungsinventars und der T-Werte der Gesamtauffälligkeitsskala der CBCL aufzeigen. Mit $p = 0,270$ können wir wie erwartet keinen einseitig signifikanten Zusammenhang zwischen Parentifizierung und psychischer Gesundheit der Kinder feststellen. Die externalisierenden ($r = 0,026$; $p = 0,429$) und internalisierenden ($r = -0,039$; $p = 0,394$) psychischen Auffälligkeiten korrelieren ebenfalls nicht signifikant mit dem mittleren Itemwert des Parentifizierungsinventars.

Abbildung 3.4.1.2: Streudiagramm: Zusammenhang zwischen dem mittleren Itemwert des Parentifizierungsinventars und dem T-Wert für Gesamtauffälligkeiten der CBCL



Schwarze Linie: Grenzwert der Parentifizierung (3,16); Grüne Linie: Grenzwert der psychischen Gesamtauffälligkeiten (T=63); Blaue Linie: Lineare Korrelation

Die Abbildung 3.4.1.2 zeigt eine minimale negative Korrelation (blaue Linie) der Variablen auf. Zudem zeigt sich, dass das am stärksten parentifizierte Kind nicht den höchsten CBCL-Gesamtwert aufweist, sondern ein nicht parentifiziertes Kind.

Die Hypothese 2.1.1 muss verworfen werden:

In unserer Studie können wir keine signifikante positive Korrelation zwischen der Parentifizierung und den psychischen Auffälligkeiten der Kinder feststellen.

3.4.2 Die psychische Erkrankung beider Elternteile als Risikofaktor für die psychische Gesundheit parentifizierter Kinder

Hypothese 2.2:

Parentifizierte Kinder mit zwei psychisch kranken Eltern sind psychisch auffälliger als parentifizierte Kinder mit nur einem psychisch erkrankten Elternteil.

Tabelle 3.4.2.1: Kreuztabelle: CBCL-Gesamtwert bei parentifizierten Kindern mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteilen (N=12)

<i>Parentifizierte Kinder mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteilen (N=12)</i>	<i>Auffälligkeitsbereich CBCL Gesamtwert</i>		
	<i>nicht psychisch auffällig</i>	<i>im Grenzbereich</i>	<i>psychisch auffällig</i>
<i>parentifizierte Kinder mit 2 psychisch kranken Elternteilen (N=3)</i>	2	1	0
<i>parentifizierte Kinder mit 1 psychisch kranken Elternteil (N=9)</i>	5	1	3

Tabelle 3.4.2.2: Kreuztabelle: Auffälligkeitsbereich externalisierend der CBCL bei parentifizierten Kindern mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteilen (N=12)

<i>Parentifizierte Kinder mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteilen (N=12)</i>	<i>Auffälligkeitsbereich CBCL externalisierend</i>		
	<i>nicht psychisch auffällig</i>	<i>im Grenzbereich</i>	<i>psychisch auffällig</i>
<i>parentifizierte Kinder mit 2 psychisch kranken Elternteilen (N=3)</i>	3	0	0
<i>parentifizierte Kinder mit 1 psychisch kranken Elternteil (N=9)</i>	4	2	3

Tabelle 3.4.2.3: Kreuztabelle: Auffälligkeitsbereich internalisierend der CBCL bei parentifizierten Kindern mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteilen (N=12)

<i>Parentifizierte Kinder mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteilen (N=12)</i>	<i>Auffälligkeitsbereich CBCL internalisierend</i>		
	<i>nicht psychisch auffällig</i>	<i>im Grenzbereich</i>	<i>psychisch auffällig</i>
<i>parentifizierte Kinder mit 2 psychisch kranken Elternteilen (N=3)</i>	1	0	2
<i>parentifizierte Kinder mit 1 psychisch kranken Elternteil (N=9)</i>	5	2	2

Die Tabellen 3.4.2.1, 3.4.2.2 und 3.4.2.3 zeigen auf, dass die Hypothese 3.2 verworfen werden muss, da keines der drei parentifizierten Kinder, welche mit zwei psychisch kranken Eltern im Haushalt lebten, im Gesamtscore der CBCL psychisch auffällig waren. Im Vergleich dazu waren drei von den neun Kindern, welche nur mit einem psychisch kranken Elternteil lebten im Gesamtwert der CBCL psychisch auffällig.

Es bestehen lediglich internalisierende Auffälligkeiten bei zwei der drei parentifizierten Kinder, was einem deutlich höheren Prozentsatz mit 66,7% im Vergleich zu den Kindern mit nur einem parentifizierten Elternteil mit 22,3% entspricht.

Aufgrund einer Gruppengröße unter 20 wird die Signifikanzprüfung mit den U-Test vorgenommen.

Tabelle 3.4.2.4: U-Test bei unabhängigen Stichproben: Mittelwertvergleich der T-Werte der CBCL-Hauptskalen zwischen parentifizierten Kindern mit einem und zwei psychisch kranken Elternteilen im Haushalt; Gruppe 1= Parentifizierte Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil (N=9); Gruppe 2= Parentifizierte Kinder mit zwei psychisch kranken Eltern (N=3)

Hypothesentestübersicht

	Nullhypothese	Test	Sig.	Entscheidung
1	Die Verteilung von T-Werte für Gesamtauffälligkeiten ist in den Kategorien von Parentifizierung mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteilen im Haushalt identisch.	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	,578	Nullhypothese beibehalten
2	Die Verteilung von T-Wert für externalisierende Auffälligkeiten ist in den Kategorien von Parentifizierung mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteilen im Haushalt identisch.	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	,116	Nullhypothese beibehalten
3	Die Verteilung von T-Werte für internalisierende Auffälligkeiten ist in den Kategorien von Parentifizierung mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteilen im Haushalt identisch.	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	,354	Nullhypothese beibehalten

Die

Asymptotische Signifikanzen werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

Der U-Test in Tabelle 3.4.2.4 zeigt, dass es bei $p = 0,578$ auf der CBCL-Gesamtskala, sowie den beiden externalisierenden ($p = 0,116$) und internalisierenden ($p = 0,354$) Hauptskalen keinen signifikanten Unterschied in der psychischen Gesundheit beider Kindergruppen gibt.

Die Hypothese 2.2 muss verworfen werden:

In unserer Studie sind Parentifizierte Kinder mit zwei psychisch kranken Elternteilen nicht signifikant psychisch auffälliger als parentifizierte Kinder mit nur einem psychisch kranken Elternteil im Haushalt.

3.4.3 Das Geschlecht des psychisch kranken Elternteils als Risikofaktor für die psychische Gesundheit parentifizierter Kinder

Hypothese 2.3:

Parentifizierte Kinder mit psychisch kranken Müttern sind psychisch auffälliger als parentifizierte Kinder mit psychisch kranken Vätern.

Tabelle 3.4.3.1: Kreuztabelle: CBCL-Gesamtwert bei parentifizierten Kindern mit psychisch kranken Müttern und Vätern (N=12)

Parentifizierte Kinder mit psychisch kranken Müttern oder psychisch kranken Vätern (N=12)	Auffälligkeitsbereich CBCL Gesamtwert		
	nicht psychisch auffällig	im Grenzbereich	psychisch auffällig
parentifiziert durch Mutter (N=7)	4	1	2
parentifiziert durch Vater (N=5)	3	1	1

Tabelle 3.4.3.1 zeigt, dass zwei von insgesamt sieben der durch die Mutter parentifizierten Kinder (28,6%) im Gesamtwert der CBCL psychisch auffällig waren, während sich eines im Grenzbereich und vier im psychisch unauffälligen Bereich bewegten. Von den insgesamt fünf durch den Vater parentifizierten Kindern gilt eines als psychisch auffällig (20%), eines lag im Grenzbereich und drei waren psychisch unauffällig.

Tabelle 3.4.3.2: Kreuztabelle: Internalisierender Auffälligkeitsbereich der CBCL bei parentifizierten Kindern mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteilen (N=12)

Parentifizierte Kinder mit psychisch kranken Müttern oder psychisch kranken Vätern (N=12)	Auffälligkeitsbereich CBCL internalisierend		
	nicht psychisch auffällig	im Grenzbereich	psychisch auffällig
parentifiziert durch Mutter (N=7)	3	1	3
parentifiziert durch Vater (N=5)	3	1	1

Tabelle 3.4.3.2 zeigt, dass es sich mit den internalisierenden psychischen Auffälligkeiten etwas anders verhält, wie mit den Gesamtauffälligkeiten: drei von sieben der durch die Mutter parentifizierten Kinder (42,9%) waren internalisierend auffällig, während sich eines im Grenzbereich und drei im unauffälligen Bereich bewegten.

Ein durch den Vater parentifiziertes Kind gilt als internalisierend auffällig (20%), eines bewegte sich im Grenzbereich und drei waren psychisch unauffällig.

Tabelle 3.4.3.3: Kreuztabelle: Externalisierender Auffälligkeitsbereich der CBCL bei parentifizierten Kindern mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteilen (N=12)

<i>Parentifizierte Kinder mit psychisch kranken Müttern oder psychisch kranken Vätern (N=12)</i>	<i>Auffälligkeitsbereich CBCL externalisierend</i>		
	<i>nicht psychisch auffällig</i>	<i>im Grenzbereich</i>	<i>psychisch auffällig</i>
<i>parentifiziert durch Mutter (N=7)</i>	5	0	2
<i>parentifiziert durch Vater (N=5)</i>	2	2	1

Tabelle 3.4.3.3 zeigt, dass zwei von sieben der durch die Mutter parentifizierten Kinder (28,6%) externalisierend auffällig sind, während die fünf weiteren Kinder psychisch unauffällig sind. Ein durch den Vater parentifiziertes Kind gilt als externalisierend auffällig (20%), zwei bewegten sich im Grenzbereich und zwei waren psychisch unauffällig.

Die Signifikanzprüfung wird aufgrund einer Gruppengröße unter 20 bei sonst erfüllten Testvoraussetzungen mit dem U-Test durchgeführt.

Tabelle 3.4.3.4: U-Test bei unabhängigen Stichproben: Mittelwertvergleich der T-Werte der Hauptskalen der CBCL zwischen Kindern mit parentifizierenden Müttern und parentifizierenden Vätern; Gruppe 1= Parentifizierte Kinder mit psychisch kranken Müttern (N=7); Gruppe 2= Parentifizierte Kinder mit psychisch kranken Vätern (N=5)

Hypothesentestübersicht

	Nullhypothese	Test	Sig.	Entscheidung
1	Die Verteilung von T-Werte für Gesamtauffälligkeiten ist in den Kategorien von Parentifizierte Kinder mit psychisch kranken Müttern oder Vätern identisch.	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	,684	Nullhypothese beibehalten
2	Die Verteilung von T-Wert für externalisierende Auffälligkeiten ist in den Kategorien von Parentifizierte Kinder mit psychisch kranken Müttern oder Vätern identisch.	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	,808	Nullhypothese beibehalten
3	Die Verteilung von T-Werte für internalisierende Auffälligkeiten ist in den Kategorien von Parentifizierte Kinder mit psychisch kranken Müttern oder Vätern identisch.	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	,626	Nullhypothese beibehalten

Asymptotische Signifikanzen werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

Der U-Test in Tabelle 3.4.3.4 zeigt, dass es bei $p = 0,684$ auf der CBCL-Gesamtskala, sowie den beiden externalisierenden ($p = 0,808$) und internalisierenden ($p = 0,628$) Hauptskalen keinen signifikanten Unterschied in der psychischen Gesundheit beider Kindergruppen gibt.

Die Hypothese 2.3 muss somit abgelehnt werden:

Parentifizierten Kinder psychisch kranker Mütter sind in unserer Studie nicht signifikant psychisch auffälliger als parentifizierte Kinder psychisch kranker Väter.

3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Insgesamt konnten wir in unserer Studie ein relativ hohes Auftreten von Parentifizierung im Vergleich zu vorherigen Arbeiten aufzeigen. So ergab diese Studie, dass 14,8% der Kinder psychisch gesunder Eltern parentifiziert wurden und 27,8% der Kinder im Grenzbereich zur Parentifizierung lagen. Bei psychisch kranken Eltern wurden sogar 22,3% der Kinder parentifiziert, 16,7% lagen im Grenzbereich. Somit wurden insgesamt ganze 37,1% der 108 Kinder unserer Studie nach unserem Inventar parentifiziert und 44,5% aller Kinder lagen im Grenzbereich der Parentifizierung.

In der Einzelitemauswertung zwischen beiden Studiengruppen konnte ermittelt werden, dass die Kontrollgruppe signifikant häufiger ($p = 0,017$ bei $df = 66$; $d = 0,47$ und $p = 0,011$ bei $df = 66$; $d = 0,51$) dazu neigte vom Kind instrumentelle Unterstützung (Fragen Nr. 13 und 14) einzufordern als die Patientengruppe. Der Unterschied zwischen den Gruppen wurde nach Cohen ($d = 0,47$ und $d = 0,51$) als mittelgroß eingestuft.

Ferner konnte aufgezeigt werden, dass ältere Kinder mit $p = 0,048$ signifikant stärker parentifiziert wurden als jüngere Kinder, der Zusammenhang zeigte sich leicht positiv mit $r = 0,161$.

Zudem konnte aufgezeigt werden, dass in unserer Studie die psychisch gesunden Väter ihre Kinder mit $p = 0,009$ signifikant stärker als die psychisch gesunden Mütter parentifizieren.

Ferner zeigte diese explorative Studie interessante Trends bezüglich der Parentifizierung auf, auf welche in der anschließenden Diskussion und ihrer Zusammenfassung genauer eingegangen wird.

4. Diskussion

4.1 Diskussion der gewählten Methodik

Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen vorerst methodische Aspekte kritisch betrachtet werden. Dies betrifft insbesondere die Wahl und Durchführung des Datenerhebungsverfahrens, sowie die Repräsentativität der Stichprobe.

Die Grundlage dieser Dissertation bildet das für eine Explorationsstudie vom Institut selbst entworfene erste deutschsprachige Parentifizierungsinventar. Dieses soll die Parentifizierung von Kindern mittels Fremdbeurteilung erfassen. Bislang wurde das Inventar noch nicht validiert oder standardisiert. Eine erste explorative Reliabilitätsanalyse ergab befriedigende und grenzwertig befriedigende Werte in der Patienten- und in der Kontrollgruppenstichprobe. Dies wurde von der Forschungsgruppe CHIMPs für eine erste explorative Annäherung an die psychometrischen Eigenschaften des Parentifizierungsbogens als zufriedenstellendes Ergebnis gedeutet (Ohntrup et al., 2011).

Das Parentifizierungsinventar ist stark an das Inventar von Jurkovic und Thirkield (1998) angelegt. Von den drei faktorenanalytisch bestätigten Dimensionen des Parentification Questionnaires (emotionale, instrumentelle Parentifizierung und Gerechtigkeit (Fairness)) fehlt dem neuen Parentifizierungsinventar jedoch die Dimension der Fairness. Auch die Kontextvariablen zur Parentifizierung nach Jurkovic et al. (1999) wie das Ausmaß und der Zeitraum der Verantwortungsübernahme, das Ausmaß der elterlichen Unterstützung und die Altersangemessenheit in dieser Studie wurden nicht erfasst. Dadurch wird eine Beurteilung der Parentifizierung als destruktiv oder adaptiv mit diesem Inventar erschwert. Vergleichsstudien zu diesen Faktoren liegen jedoch keine vor.

Der Vergleich der mittleren Itemwerte des Parentifizierungsinventars zwischen den Studiengruppen ergab keinen signifikanten Unterschied. Zum einen können der geringe Stichprobenumfang von $N = 108$ Teilnehmern mit einer Stichprobenausfallrate von 42% die Teststärke verringern und damit die Signifikanz beeinflussen (Bortz, 2005). Zum anderen liegen noch keine entsprechenden Normdaten aus anderen Studien vor. So lässt sich nur schwer eine Aussage darüber treffen, ob die Antworten einer Normalverteilung entsprechen.

In beiden Studiengruppen lag der mittlere Itemwert über dem Skalenwert 3, was eine Parentifizierung der Kinder mit „eher ja“ bejahen würde. Ursächlich für die ähnlichen Werte in beiden Studiengruppen könnte eine mangelnde Differenzierungsfähigkeit des Parentifizierungsinventars im oberen Wertebereich sein (Ohntrup et al., 2011).

Die Fremdbeurteilung der Kinder durch die Eltern kann die Ergebnisse teils stark beeinflussen. So würden Mütter und Väter die Auffälligkeiten ihrer Kinder anders bewerten. Das psychiatrische Krankheitsbild und die psychische Konstitution der Eltern wirke sich ebenfalls auf die Antworttendenz des Elternteils bezüglich der Auffälligkeiten ihrer Kinder aus (Wiegand-Grefe et al., 2009; Ohntrup et al., 2011). Achenbach (1995) ermittelte nur unzureichende Korrelationen zwischen den Angaben von Kindern, derer Eltern, Lehrern und Bezugspersonen. Bei Bezugsparen gleicher Rolle, wie bei beiden Elternteilen, gab es nur eine mittelgroße Korrelation von $r = 0,60$, bei Bezugspaaren unterschiedlicher Rolle nur eine Korrelation von $r = 0,28$. Beim Vergleich der kindlichen Selbstbeurteilung mit den verschiedenen Fremdbeurteilern korrelierten die Übereinstimmungen nur gering mit $r = 0,22$. Die PAKID-Studie „Psychische Auffälligkeiten und Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ von Döpfner et al. (1997) zeigte bei dem Ergebnisvergleich der CBCL-Syndromskalen, mit Ausnahme der „Schizoid-Zwanghaft-Subskala“, dass sich Jugendliche von 11 bis 18 Jahren als auffälliger einschätzen, wobei geringe bis mittleren Effektstärken nach Cohen von $d = 0,16$ bis zu $d = 0,30$ für die jeweiligen Subskalen ermittelt wurden.

Eine weitere Studie zur CBCL (Seiffge-Krenke und Kolmar, 1998) konnte ebenfalls nur geringe Übereinstimmungen zwischen Selbsturteil der Jugendlichen und Elternurteilen aufweisen. So schätzten Mütter und Väter ihre Kinder positiver ein als die Kinder sich selbst. Zudem korrelierte nur die mütterliche Einschätzung mit der des Kindes, obwohl andererseits die Einschätzung der Kinder bei Müttern stark von ihrem eigenen Stressniveau abhängig sei.

Zum Urteilsvermögen von psychisch kranken Eltern gibt es mehrere Studien bei Depressivität und Angststörungen. Diese besagen, dass depressive Eltern eher dazu tendieren würden die kindlichen depressiven Auffälligkeiten zu unterschätzen („underreporting“), während sie externalisierende Auffälligkeiten überschätzen („overreporting“) (Kashani et al. 1985).

Gelfand und Teti (1990) zeigten, dass depressive Eltern grundsätzlich ihre Kinder in einem „negativeren Licht“ sehen würden, als gesunde Eltern, und postulierten, dass dies auch nach Abklingen der Symptomatik bestehen bleibe. Najman et al. (2000) beschrieben, dass Mütter mit Angst- und depressiven Störungen ihre Kinder häufiger als auffällig bewerten würden als psychisch gesunde Mütter. Jedoch schätzten auch hier die gesunden Mütter die Auffälligkeiten ihrer Kinder als geringer ein als die Kinder selbst. Vergleichbare Ergebnisse zum Thema der Fremdbeurteilung von Parentifizierung liegen noch nicht vor.

Zusammenfassend kann für das Parentifizierungsinventar angenommen werden, dass die Urteilsfähigkeit eines Elternteils von dem Stressniveau, dem Geschlecht und der psychischen Verfassung des Befragten abhängen kann. Eine direkte Befragung bei Kindern psychisch kranker Eltern gestaltete sich als schwierig, so konnte Küchenhoff (2001) in einer mit der CHIMPs-Studie vergleichbaren einjährigen stationären Studie nur zehn Kinder psychisch Kranker selbst befragen. Auch eine Fremdbeurteilung von behandelnden Ärzten und Therapeuten der Kinder unter vergleichbaren Bedingungen soll laut Bohus et al. (1998) nur bei 20% von 141 minderjährigen Kindern gelungen sein. Dies würde zu einer sehr kleinen und somit schlecht verwertbaren Stichprobe führen. Zugunsten einer größeren Stichprobe wurde eine mögliche Verzerrung der Ergebnisse bei einer Fremdbeurteilung durch die Eltern bewusst in Kauf genommen (Ohntrup et al., 2011).

Als einen der wichtigsten Verzerrungsgründe dieser Dissertation wird die Repräsentativität der psychisch kranken Elterngruppe interpretiert:

Fast 50% der für die Studie verfügbaren psychiatrischen Patienten verweigerten die Teilnahme. Die Mehrzahl der verweigernden Patienten gab als Hauptbeweggrund der Nichtteilnahme die Angst vor Konsequenzen des Jugendamtes an. Damit konnte eine wahrscheinlich hohe Anzahl von Kindern mit psychischen Auffälligkeiten, die ebenfalls parentifiziert sein könnten nicht in die Auswertung miteinbezogen werden. Zudem wurden die Daten der psychiatrischen Patienten innerhalb der ersten Woche nach stationärer Aufnahme erhoben, d.h. die Patienten befanden sich wahrscheinlich in einer noch nicht stabilen psychischen Verfassung zum Zeitpunkt der Datenerhebung, was ihre Urteilsfähigkeit eventuell stärker eingeschränkt haben könnte, als es der behandelnde Arzt einschätzte.

Scham- und Schuldgefühle, sowie die Angst sich als schlechte Eltern zu erweisen oder die Angst vor Konsequenzen des Jugendamtes könnten zu einer „Beschönigung“ der Antworten bezüglich der Kinder führen.

Andererseits könnten diejenigen 50% der psychisch kranken Eltern, welche in die Studienteilnahme einwilligten, grundsätzlich eine höhere Therapiemotivation, eine stärkere Bereitschaft Hilfe anzunehmen und eine stärkere Krankheitseinsicht haben. Damit könnten sie einen bereits geschulten Umgang mit ihrer Problematik und den Kindern in vorausgegangenen Therapien und Familienhilfen entwickelt haben. Hinsichtlich der Diagnosegruppenverteilung nach ICD-10¹ (DIMDI, 2011) der Patientenpopulation kann nach Jacobi und Harfst (2007) von einer Normalverteilung mit einem überwiegen affektiver (F3) und neurotischer, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) ausgegangen werden².

In der Kontrollgruppe können systematische Verzerrungen in den Ergebnissen, sowie eine Tendenz der sozialen Erwünschtheit in den Antworten nicht ausgeschlossen werden. Die Frage zur sozialen Erwünschtheit sollte Eltern mit Beschönigungstendenz herausfiltern, jedoch erwies sich kein signifikanter Unterschied der mittleren Itemwerte des Parentifizierungsinventars innerhalb einer Gruppe, sowie zwischen den beiden Studiengruppen untereinander. Es zeigt sich eher der gegenteilige Effekt einer leichten Zunahme des mittleren Parentifizierungswertes bei der Gruppe, welche vermutlich nach sozialer Erwünschtheit antwortet³. Somit wird bezweifelt, ob das gewählte Item für soziale Erwünschtheit diese valide widerspiegelt. Zudem ist nicht ausgeschlossen, dass alle Studienteilnehmer der Kontrollgruppe zum Zeitpunkt der Befragung gesund psychisch waren, wenn man von einer Prävalenz von 25% für psychiatrische Krankheiten in der Normalbevölkerung ausgeht (Friedman et al., 1996), was die Ergebnisse mit verzerren könnte. Da es sich bei dieser Studienkohorte jedoch um eine Kontrollgruppe aus der Normalbevölkerung handeln sollte, wurde dies bewusst in Kauf genommen. Ferner könnten die ähnlich hohen Werte in beiden Gruppen durch nicht berücksichtigte Faktoren in dieser Studie bedingt sein (Ohntrup et al., 2011).

¹ Vergleiche: Soziodemografische Analyse der Studienpopulation 3.1

² Vergleiche: Soziodemografische Analyse der Studienpopulation 3.1

³ Vergleiche: Die Untersuchung des Item Nr. 8 zur „sozialen Erwünschtheit“ 3.2.2

4.2 Diskussion der Ergebnisse

4.2.1 Die psychische Erkrankung der Eltern als Risikofaktor für die Parentifizierung von Kindern

Die in Hypothese 1.1 postulierte stärkere Parentifizierung von Kindern psychisch kranker Eltern im Vergleich zu Kindern psychisch gesunder Eltern konnte in der CHIMPs-Studie nicht bestätigt werden.

So werden kategorial betrachtet in der Patientengruppe von 54 Patienten zwar mehr Kinder (22,3%) parentifiziert als in der Kontrollgruppe (14,8%) mit ebenfalls 54 Studienteilnehmern, der Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant.

Dies liegt an dem sehr ähnlichen Mittelwert im Parentifizierungsinventar der beiden Studiengruppen von 2,74 +/- 0,45 für die Patientengruppe und von 2,80 +/- 0,35 für die Kontrollgruppe. Diese Auffälligkeit wurde bereits im methodischen Diskussionsteil 4.1 näher erläutert.

Die vorrangige Ursache der fehlenden Signifikanz dieser Hypothese wird in der eingeschränkten Repräsentativität der Patientengruppe gesehen, da fast 50% der für die Studie verfügbaren psychiatrischen Patienten mit Kindern die Teilnahme an der Studie verweigerten. Davon gab die Mehrzahl die Angst vor den Konsequenzen des Jugendamtes an, womit vermutlich die größte Gruppe psychisch auffälliger und parentifizierter Kinder nicht in die Analyse miteinbezogen werden konnte¹. Die Tendenz einer vermehrten Parentifizierung bei psychisch kranken Eltern könnte somit in einer größeren Stichprobe mit weniger Verweigerern signifikant werden und die Theorie von Jurkovic (1998) und Byng-Hall (2008)² stützen.

Erklären ließe sich die psychische Erkrankung als Risikofaktor für Parentifizierung dadurch, dass psychisch kranke Eltern, welche unter erschwerten Lebensumständen leben (Mattejat, 2001a; Schone und Wagenblass, 2002) und daher ihren elterlichen Aufgaben nicht vollständig gerecht werden können (Remschmidt und Mattejat, 1994a/b), vermehrt emotionale sowie instrumentelle Unterstützung im Haushalt v.a. mit Kindern benötigen.

Aufgrund der häufigen sozialen Isolation psychisch Kranker (Schone und Wagenblass, 2002) würde sich als Parentifizierungsobjekt nach der Theorie von Boszormenyi-Nagy und Spark (1981) der Lebenspartner oder das Kind anbieten.

¹ Vergleiche: Diskussion der gewählten Methodik 4.1

² Vergleiche: Die Parentifizierung von Kindern 1.3.1.1

Aufgrund der häufigen Hilfsbereitschaft und Empathie von Kindern psychisch kranker Eltern (Stadelmann et al., 2010) würde häufig das Kind in dieser Situation parentifiziert.

Einschränkend muss jedoch bedacht werden, dass die Fremdbewertung psychisch Kranker stark von der psychischen Erkrankung selbst, sowie der momentanen psychischen Verfassung obliege und der kindliche psychische Zustand entsprechen dem eigenen psychischen Zustand bagatellisiert oder aggraviert werden kann (Lenz, 2005)¹. Zudem korreliere nach Seiffge-Krenke und Kolmar (1998) nur die mütterliche Einschätzung mit der des Kindes, obwohl andererseits die Einschätzung der Kinder bei Müttern stark von ihrem eigenen Stressniveau abhängig sei².

Insgesamt konnten wir in unserer Studie jedoch ein relativ hohes Auftreten von Parentifizierung im Vergleich zu vorherigen Arbeiten aufzeigen. So ergab unsere Studie, dass 14,8% der Kinder psychisch gesunder Eltern parentifiziert wurden und 27,8% der Kinder im Grenzbereich zur Parentifizierung lagen. Becker schätzte 2007 die Prävalenz von Parentifizierung auf 4% in den USA, Großbritannien und Australien, Barber und Siskowski (2008) schätzten in den USA eine Prävalenz von 1,9%. Bei psychisch kranken Eltern wurden sogar 22,3% der Kinder parentifiziert, 16,7% lagen im Grenzbereich. Somit wurden in unserer Studie insgesamt ganze 37,1% der 108 Kinder nach unserem Inventar parentifiziert und 44,5% aller Kinder lagen im Grenzbereich der Parentifizierung.

Bei noch fehlender Validitätsanalyse des neuen Parentifizierungsinventars und einer noch relativ kleinen Stichprobe von $N = 108$ müssen die hohen Prävalenzen von Parentifizierung noch mit Vorbehalt betrachtet werden. Vergleicht man jedoch die Arbeit von Zinnecker und Silbereisen (1998), dass 90% aller deutschen Kinder von zehn bis dreizehn Jahren bis über 40 Stunden in der Woche mit im Haushalt helfen, scheinen unsere Ergebnisse jedoch nicht mehr zu hoch auszufallen.

In der Einzelitemauswertung zwischen beiden Studiengruppen konnte ermittelt werden, dass die psychisch gesunden Eltern signifikant häufiger ($p = 0,017$ bei $df = 66$; $d = 0,47$ und $p = 0,011$ bei $df = 66$; $d = 0,51$) dazu neigten vom Kind instrumentelle Unterstützung (Fragen Nr. 13 und 14) einzufordern als die psychisch kranken Eltern.

¹ Vergleiche: Diskussion der gewählten Methodik 4.1

² Vergleiche: Diskussion der gewählten Methodik 4.1

Der Unterschied zwischen den Gruppen ist nach Cohen ($d = 0.47$ und $d = 0,51$) als mittelgroß einzustufen. Dies ließe sich damit erklären, dass Eltern von ihren Kindern bereits früh eine Selbstständigkeit und Mithilfe im Haushalt erwarten. Erneut kann die Arbeit von Zinnecker und Silbereisen (1998) hinzugezogen werden, dass 90% der Kinder von zehn bis dreizehn Jahren in Deutschland 40,8 Stunden pro Woche durchschnittlich im Haushalt helfen würden, während sie im Vergleich dazu nur ca. 33 Stunden pro Woche Freizeit hätten. Dadurch wird ersichtlich, dass instrumentelle Hilfe im Haushalt von Kindern deutscher Eltern durchaus erwünscht sei, und sogar mehr Zeit als die eigene Freizeit in dieser Altersklasse einnehmen kann, was durchaus kritisch gesehen werden sollte. Hinsichtlich emotionalen Parentifizierung konnte wider Erwarten kein signifikanter Unterschied zwischen den Studiengruppen erwiesen werden, wobei die Mittelwerte der Patientengruppe ($MW = 3,11$) höher ausfallen als bei der Kontrollgruppe ($MW = 2,39$). Doch auch dieser Aspekt könnte mit einem höheren Stichprobenumfang signifikant werden.

4.2.2 Das Zusammenleben mit zwei psychisch kranken Eltern als Risikofaktor für die Parentifizierung von Kindern

Die in Hypothese 1.2 postulierte stärkere Parentifizierung von Kindern, welche mit zwei psychisch kranken Elternteilen zusammenleben, konnte in der CHIMPs-Studie nicht bestätigt werden. Eine Tendenz zur vermehrten Parentifizierung bei Kinder mit zwei psychisch kranken Eltern im Haushalt ist bei einer sehr kleinen Stichprobe von $N = 7$ nur gering erkennbar. So wurden 28,6% dieser Kinder parentifiziert, während 20% der Kinder mit jeweils einem psychisch kranken und psychisch gesunden Elternteil ($N = 20$) parentifiziert wurden.

Leider traf in unserer Studie der von Matthejat et al. (2000) postulierte Effekt des „assortive mating“ bei psychisch kranken Patienten nicht zu¹, sodass wir unterschiedlich große Gruppen analysieren mussten, wodurch mit einer eingeschränkten Aussagekraft bezüglich der Signifikanz zu rechnen ist (Bortz, 2005).

¹ Vergleiche: Die psychische Gesundheit von Kindern psychisch kranker Eltern 1.3.2.1

Erklären ließe sich vermehrte Parentifizierung bei Kindern, die mit zwei psychisch kranken Eltern im Haushalt aufwachsen, dadurch, dass zwei psychisch kranke Eltern, welche beide unter erschwerten Lebensumständen leben (Mattejat, 2001a; Schone und Wagenblass, 2002) und beide ihren elterlichen Aufgaben aufgrund dessen nicht vollständig gerecht werden können (Remschmidt und Mattejat, 1994a/b), vermehrt Unterstützung im Haushalt und mit den Kindern benötigen. Aufgrund der häufigen sozialen Isolation psychisch Kranker (Schone und Wagenblass, 2002) würde sich somit kein anderes Parentifizierungsobjekt als das eigene Kind finden (Jurkovic, 1998; Byng-Hall, 2008).

Vergleichende Studienergebnisse liegen für diese spezielle Fragestellung noch nicht vor, so dass die Argumentation bei einer kleinen Stichprobe und zwei stark unterschiedlichen Vergleichsgruppen spekulativ bleibt.

4.2.3 Die fehlende Partnerschaft der Eltern als Risikofaktor für die Parentifizierung von Kindern

Die in Hypothese 1.3 postulierte stärkere Parentifizierung von Kindern bei Eltern ohne Partnerschaft konnte in der CHIMPs-Studie nicht bestätigt werden.

So zeigte sich entgegen unserer Hypothese eine Parentifizierung der Kinder bei 14,3% in der Gruppe ohne Partnerschaft (N = 28) und bei 20,2% in der Gruppe mit Partnerschaft (N = 79). Auch die drei außerordentlich parentifizierten Kinder der Studienpopulation hatten Eltern in einer Beziehung. Alleinerziehende Eltern leben häufig unter schwierigeren Umständen als Eltern in Beziehungen (Asmus, 2011) wodurch man annehmen könnte, dass sie dadurch vermehrt ihre Kinder parentifizieren. Trennung und Scheidung wird ebenfalls als häufiger Risikofaktor für Parentifizierung in vielen Studien aufgeführt (Jurkovic, 1998; Hetherington, 1999; Jurkovic et al., 2001; Nöldgen, 2006; Byng-Hall, 2008). Die Vermutung, dass wenn der Partner als Parentifizierungsobjekt wegfällt, die Kinder parentifiziert werden (Boszormenyi-Nagy und Spark, 1981), konnte somit nicht bestätigt werden.

Die entgegengesetzte Tendenz, dass in unserer Studie mehr Kinder von Eltern in einer Beziehung parentifiziert werden, ließe sich durch mehrere Aspekte erklären. Erneut waren die Gruppen ungleich groß verteilt, wodurch mit einer eingeschränkten Aussagekraft bezüglich der Signifikanz zu rechnen ist (Bortz, 2005).

Zudem wäre es möglich, dass die Eltern ohne Partner genügend große soziale Netzwerke und somit altersadäquate Bezugspersonen besitzen und sich mit ihrer Lebenssituation als alleinstehendes Elternteil arrangiert haben. Andererseits kann es sein, dass die Studienteilnehmer in einer Beziehung vermehrt problematische Beziehungen führen, wodurch sie aufgrund der dadurch erschwerten Lebenssituation ihre Kinder vermehrt parentifizieren.

Ob die psychische Erkrankung der Eltern das Ergebnis mitbeeinflusst, wurde im zweiten Teil der Hypothese untersucht.

Die in Hypothese 1.3.1 postulierte stärkere Parentifizierung von Kindern bei psychisch kranken Eltern ohne Partnerschaft im Vergleich zu psychisch gesunden Eltern konnte ebenfalls nicht in der CHIMPs-Studie bestätigt werden.

So zeigte sich, dass 10% der Kinder psychisch kranker und allein stehender Eltern (N = 20) parentifiziert wurden, während 25% der allein stehenden und psychisch gesunden Eltern (N = 8) ihre Kinder parentifizierten. Bei einem $p = 0,083$ wäre der Unterschied bei einer größeren Stichprobe wahrscheinlich signifikant geworden.

Erneut müssen die Unterschiede in der Gruppengröße betrachtet werden, wodurch mit einer eingeschränkten Aussagekraft bezüglich der Signifikanz zu rechnen ist (Bortz, 2005). Erklären ließe sich das gefundene Ergebnis jedoch dadurch, dass die allein stehenden und psychisch kranken Eltern sich durch therapeutische Begleitung besser mit ihrer Situation arrangieren können, und somit vermehrt gewillt sind Unterstützung anzunehmen, welche sie wahrscheinlich schneller bewilligt bekommen als mit einem psychisch gesunden Partner. Vergleichende Studienergebnisse liegen für diese spezielle Fragestellung noch nicht vor, so dass die Argumentation bei einer kleinen Stichprobe und einer ungleichmäßigen Verteilung der Vergleichsgruppen spekulativ bleibt.

4.2.4 Das elterliche Geschlecht als Risikofaktor für die Parentifizierung von Kindern

Die in Hypothese 1.4.1 postulierte stärkere Parentifizierung von Kindern psychisch kranker Mütter im Vergleich zu Kindern psychisch kranker Väter konnte in der CHIMPs-Studie nicht bestätigt werden.

So zeigte sich bei 24,1% der psychisch kranken Mütter (N = 29) und 20% der psychisch kranken Väter (N = 25) eine Parentifizierung der Kinder.

Zwar parentifizierten 4,1% psychisch kranker Mütter ihre Kinder häufiger als Väter, jedoch ist dieser prozentuale Unterschied bei annähernd gleicher Gruppengröße minimal, wodurch keine richtige Tendenz zu erkennen ist.

Keller et al. (1986) und Laucht et al. (1994) beschrieben die Tendenz der „Mutterlastigkeit“ bei psychischen Auffälligkeiten der Kinder. So wären Kinder von psychisch kranken Müttern in Studien deutlich auffälliger, als Kinder entsprechend psychisch kranker Väter. Die von Downey und Coyne 1990 aufgezeigten und durch Mattejat et al. (2000) zitierten verzerrenden Aspekte dieser Theorie wurden in unsere Studie behoben. So wurden in unserer Studie zum einen annähernd gleich viele psychisch kranke Mütter wie Väter mit prozentual ähnlich verteilten psychiatrischen Diagnosegruppen erfasst, sowie zum anderen der psychische Gesundheitszustand ihrer Partner miterfasst, von welchen nur neun Lebenspartner ebenfalls psychisch krank waren¹.

Aufgrund des nur kleinen nicht signifikanten Unterschieds in unserer Studie, konnte das weibliche Geschlecht psychisch kranker Eltern nicht als Risikofaktor für die Parentifizierung von Kindern ermittelt werden.

In Hypothese 1.4.2 wird postuliert, dass keine stärkere Parentifizierung von Kindern bei psychisch gesunden Müttern im Vergleich zu den psychisch gesunden Vätern vorliegt. Dies konnte in der CHIMPs-Studie bestätigt werden.

Zwar unterscheiden sich die Gruppen mit $p = 0,009$ bei $df = 51$ sehr signifikant voneinander, jedoch parentifizieren in der psychisch gesunden Elterngruppe signifikant mehr Väter ihre Kinder. Bei $d = 0.76$ ist der Effekt des Geschlechtsunterschiedes nach Cohen in der Kontrollgruppe als mittel, beinahe stark einzuschätzen. Während 23,5% der Väter ($N = 17$) ihre Kinder parentifizieren, parentifizieren nur 11,2% aller Mütter ($N = 36$) ihre Kinder.

Erklären könnte man diese interessante Verteilung dadurch, dass v.a. psychisch gesunde Väter die Kinder in unserer Studien vermehrt instrumentell parentifizieren, was die hohen Mittelwerte der Einzelitemstatistik der Kontrollgruppe bezüglich instrumenteller Parentifizierung erklären könnten².

¹ Vergleiche: Das Zusammenleben mit zwei psychisch kranken Elternteilen 4.2.2

² Vergleiche: Diskussion der Ergebnisse 4.2.1

Die von Sabourin (2003) postulierte Theorie, dass Väter zur instrumentellen Parentifizierung neigten, während Mütter eher zu emotionaler Parentifizierung in Scheidungsstudien neigten, würde diese Überlegung stützen.

Trotzdem muss zur Ergebnisbeurteilung von einer eingeschränkten Teststärke durch die kleine Studiengruppe mit unterschiedlicher Gruppengröße ausgegangen werden (Bortz, 2005). Zudem muss bei der Kontrollgruppe der sehr signifikante Unterschied ($p = 0,009$) in der Geschlechterverteilung berücksichtigt werden, was bei $d = 0,49$ nach Cohen einen mittelstarken Effekt ausmacht¹.

Interessant ist im Vergleich mit dem Ergebnis der Vorhypothese ebenfalls, dass mehr als doppelt so viele psychisch kranke Mütter (24,1%) ihre Kinder parentifizierten als psychisch gesunde Mütter (11,2%), jedoch prozentual circa gleich viele psychisch kranke Väter (20%) wie psychisch gesunde Väter (23,5%) ihre Kinder parentifizierten. Dies könnte darauf hinweisen, dass Väter grundsätzlich vermehrt instrumentelle Unterstützung vom Kind einfordern, unabhängig ihres psychischen Gesundheitszustandes, während Mütter erst Hilfe vom Kind einfordern, wenn sie psychisch stark belastet seien. Aufgrund von fehlenden Studien zu diesem Aspekt, bleibt diese Argumentation spekulativ.

Abschließend lässt sich sagen, dass psychisch gesunde Väter ihre Kinder signifikant häufiger parentifizieren als psychisch gesunde Mütter, womit das männliche Geschlecht als Risikofaktor für Parentifizierung von Kindern in der psychisch gesunden Studiengruppe ermittelt werden konnte.

4.2.5 Das Kindesalter als Risikofaktor für Parentifizierung

Die in Hypothese 1.5 postulierte stärkere Parentifizierung von älteren Kindern konnte in der CHIMPs-Studie mit einer einseitigen Signifikanz von $p = 0,048$ entsprechend vorheriger Studien bestätigt werden.

So zeigte sich, dass 8,1% der Kinder bereits im Grundschulalter von sechs bis zehn Jahren ($N = 37$) in unserer Studienpopulation parentifiziert werden, während die meisten parentifizierten Kinder mit 28,5% Schulkinder von elf bis dreizehn Jahren ($N = 28$) sind. 21% der Jugendlichen von vierzehn bis achtzehn Jahren ($N = 43$) werden dagegen parentifiziert. Auffällig ist, dass alle drei außerordentlich stark parentifizierten Kinder Jugendliche sind.

¹ Vergleiche: Soziodemografische Analyse der Studienpopulation 3.1

Nachvollziehen ließe sich dies anhand mehrerer Faktoren: zum einen fühlt sich das Erstgeborene älteste Kind oftmals für seine Geschwister und die Familie verantwortlich (Adler, 1931). Zudem kann und wird von älteren Kindern mehr Verantwortungsübernahme und Mithilfe im Haushalt und in der Familie geleistet werden als von jüngeren Kindern (McMahon und Luthar, 2007), wodurch die Rolle als parentifiziertes Kind vom Kind selbst besser akzeptiert werden könnte.

In vielen Arbeiten konnte bereits beobachtet werden, dass hauptsächlich ältere Kinder parentifiziert werden (Cates et al., 1990; Jurkovic 1997; Chase, 1999; Stein et al., 1999; Mayseless et al., 2004; Schmidt-Denter, 2005; Nöldgen, 2006; Burton, 2007; McMahon und Luthar, 2007; Byng-Hall, 2008; East, 2010; Hooper et al., 2011), nicht jedoch dass Schulkinder von elf bis dreizehn Jahren am häufigsten von Parentifizierung betroffen sind. Dies kann in unserer Studie nicht an der Altersverteilung der Kinder liegen, da sie ausgeglichen ist¹.

Eine Erklärung für dieses Ergebnis könnte sein, dass Schulkinder von elf bis dreizehn Jahren die Rolle der Parentifizierung eher annehmen, weil sie noch abhängiger von der Beziehung zu ihren Eltern sind und dadurch vermehrt die Nähe zu den Eltern aufrechterhalten wollen. Im Gegensatz dazu fangen Jugendliche an, sich aus der engen Eltern-Kind-Beziehung zu lösen (Stier und Weissenrieder, 2008), und könnten somit die Rolle der Parentifizierung im Zuge der Ablösung ablehnen. Ein anderer Erklärungsansatz könnte sein, dass es sich in unserer Studie vermehrt um elf bis dreizehnjährige Erstgeborene handelt.

Erstgeborene hätten nach Adler eine hohe Bereitschaft elterliche Aufgaben zu übernehmen (Adler, 1931). Da in dieser Studie durch zu viele fehlende Angaben sich keine Geschwisterkonstellationen analysieren ließen, bleibt dies unklar.

Sehr interessant ist in diesem Zusammenhang die Arbeit von Zinnecker und Silbereisen (1998) in welcher beschrieben wird, dass 90% aller Kinder in der sieben Altersgruppe von zehn bis dreizehn Jahren in Deutschland 40,8 Stunden pro Woche durchschnittlich im Haushalt helfen würden, während sie im Vergleich dazu nur ca. 33 Stunden pro Woche Freizeit hätten.

¹ Vergleiche: Soziodemografische Analyse der Studienpopulation 3.1

Dies könnte dafür sprechen, dass vor allem die Gruppe der Schulkinder bei noch stärkerer Abhängigkeit und Liebesbedürftigkeit besonders schnell ihren Eltern zu liebe ihre Freizeit einschränkende Aufgaben übernehmen. Dies wäre ein bislang neuer interessanter Aspekt.

Der in Hypothese 1.5.1 postulierte Zusammenhang zwischen Kindesalter und Parentifizierung zeigte aufgrund der Häufung der Parentifizierung bei Kindern von elf bis dreizehn Jahren eine nur sehr geringe positive lineare Korrelation ($r = 0,161$).

Abschließend lässt sich sagen, dass ein Alter der Kinder ab elf Jahren aufwärts einen signifikanten Risikofaktor für Parentifizierung in unserer Studie darstellt, wenn auch Alter nicht stark mit der Schwere des Parentifizierungsgrades korreliert.

4.2.6 Das Kindsgeschlecht als Risikofaktor für Parentifizierung

Die in Hypothese 1.6 postulierte stärkere Parentifizierung von Mädchen im Vergleich zu Jungen psychisch kranker Eltern konnte in der CHIMPs-Studie entgegen vorheriger Studien nicht bestätigt werden.

So konnten wir aufzeigen, dass zwar mehr Mädchen (33,3% von 21) im Vergleich zu Jungen (23,6% von 17) parentifiziert wurden, jedoch war das Ergebnis nicht signifikant. Die Tendenz einer vermehrten Parentifizierung von Mädchen wurde bereits in vielen früheren Studien beobachtet (Jurkovic 1997; Chase, 1999; Stein et al., 1999; Mayseless et al., 2004; Schmidt-Denter, 2005; Burton, 2007; McMahon und Luthar, 2007; Byng-Hall, 2008; East, 2010; Hooper et al., 2011).

Erklären ließe sich die vielfach erwiesene Behauptung, dass Mädchen häufiger parentifiziert werden als Jungen mit zwei Erklärungsansätzen.

Einerseits seien Mädchen empathiefähiger als Jungen (Hoffman, 1977; Mestre et al., 2009), würden sich mehr um ihre Eltern kümmern (Call et al., 1995; Larson und Verma, 1999; Zukow-Goldring, 2002; East, 2010) und würden nach der Theorie von Graf und Frank (2001) und Zukow-Goldring (2002) somit häufiger parentifiziert werden. Andererseits belegten viele Studien, dass Mädchen weiterhin mehr im familiären Haushalt helfen als die Jungen.

So sei eine fürsorgliche Art den Geschwistern gegenüber und Haushaltshilfe immer noch nach dem alten Rollenmodell bei Mädchen gewünscht (Köhle-Herziger et al., 1999; Galambos, 2004; Krüger und Grunert, 2010).

Aufgrund fehlender Geschlechtsangaben mit einer Fehlquote von 29,6% verringerte sich die Gruppengröße auf nur 38 Kinder¹, so dass mit einer nur eingeschränkten Aussagekraft bezüglich der Signifikanz zu rechnen ist (Bortz, 2005), was als Hauptursache der fehlende Signifikanz unserer Hypothese in dieser Studie zu deuten ist.

Jedoch kann aufgrund des engen Zusammenhanges von Geschlecht, Alter und auch Kulturzugehörigkeit der Geschlechtereffekt alleine für sich als Risikofaktor für Parentifizierung schwierig zu eruieren sein, wie Hooper et al. (2011) bei ebenfalls fehlender Signifikanz derselben Hypothese schrieb.

4.2.7 Die psychische Gesundheit parentifizierter Kinder von psychisch kranken Eltern

Die in Hypothese 2.1 postulierten stärkeren psychischen Auffälligkeiten bei parentifizierten Kindern konnte in der CHIMPs-Studie nicht bestätigt werden.

So zeigte sich mehr eine gegenläufige Tendenz in unserer Studie: Nur ein Viertel (25%) der parentifizierten Kinder im Vergleich zu über einem Drittel (35,5%) der nicht parentifizierten Kinder galten als psychisch auffällig, jedoch zeigte sich auch hier der Unterschied nicht signifikant.

Im Gesamtwert der CBCL waren 17 von insgesamt 52 Kindern unserer Patientenpopulation psychisch auffällig, was 32,7% aller Kinder und der empirischen Prävalenz bei Kindern psychisch kranker Eltern entspricht (Friedman et al., 1996)².

Nur drei Kinder mit psychischen Auffälligkeiten waren parentifiziert, eines davon außerordentlich stark, was zusammen 25% aller parentifizierten Kinder ausmachte. Von den weiteren neun parentifizierten Kindern waren 58,3% psychisch unauffällig, die restlichen 16,7% der Kinder lagen im Grenzbereich. Im Vergleich dazu waren ganze 35,5% von 31 nicht parentifizierten Kindern psychisch auffällig.

Im externalisierenden Auffälligkeitsbereich der CBCL galten 13 der 49 untersuchten Kinder als psychisch auffällig.

¹ Vergleiche: Soziodemografische Analyse der Studienpopulation 3.1

² Vergleiche: Die psychische Gesundheit von Kindern psychisch kranker Eltern 1.3.2.1

Davon waren drei Kinder parentifiziert, was 25% aller parentifizierten Kinder ausmachte. Im Vergleich hierzu waren 27,6% von 29 nicht parentifizierten Kindern externalisierend auffällig.

Im internalisierenden Auffälligkeitsbereich der CBCL galten 17 von 49 untersuchten Kindern als psychisch auffällig. Davon waren vier Kinder parentifiziert, was 33,33% aller parentifizierten Kinder ausmachte. Im Vergleich dazu waren 37,9% von 29 nicht parentifizierten Kindern internalisierend auffällig.

Zusammenfassend waren ein Viertel aller parentifizierten Kinder im CBCL-Gesamtwert psychisch auffällig, ein Drittel internalisierend und ein Viertel externalisierend auffällig. Das in unserer Gruppe außerordentlich stark parentifizierte Kind galt auf der Gesamtskala und im externalisierenden Bereich als psychisch auffällig und lag im internalisierenden Bereich im Grenzbereich, erreichte jedoch nicht den höchsten CBCL-Gesamtwert aller Kinder.

Die kategorialen Auswertungen zeigten in Summe, dass 25% der parentifizierten Kinder psychisch auffällig waren, jedoch nicht, dass Parentifizierung in unserer Studie insgesamt häufiger zu psychischen Problemen der Kinder führe.

Die in Hypothese 2.1.1 postulierte positive Korrelation zwischen dem Grad der Parentifizierung und dem Grad der psychischen Auffälligkeit konnte somit ebenfalls nicht in der CHIMPs-Studie bestätigt werden.

So konnte lediglich eine vernachlässigbar kleine negative Korrelation der beiden Variablen in zwei der drei Hauptskalen der CBCL (Gesamtauffälligkeiten $r = -0,087$ und internalisierenden Auffälligkeiten $r = -0,039$) errechnet werden.

Dies steht im Gegensatz zu der Studie von Hooper et. al. (2011), wo eine positive Korrelation bei Ess-, Angst- und Persönlichkeitsstörungen gefunden wurde, was unserer CBCL-Skala der internalisierenden Störungen am ehesten entspräche.

Bei den externalisierenden Auffälligkeiten konnten wir ebenfalls nur eine vernachlässigbar kleine, wenn auch positive Korrelation ($r = 0,026$) aufzeigen. Aufgrund der kleineren Stichprobe muss das Ergebnis jedoch nicht repräsentativ sein und es ist mit einer eingeschränkten Aussagekraft bezüglich der Signifikanz zu rechnen (Bortz, 2005).

Ein Umkehrschluss die Parentifizierung in dieser Studie als stärkenden Faktor für die kindliche Psyche zu sehen wie in vielen Studien beschrieben (Boszormenyi-Nagy und Spark, 1981; Graf und Frank, 2001; DiCaccavo, 2006; Gladstone et al., 2006; Hooper, 2007; Byng-Hall, 2008; Fitzgerald et al., 2008) lässt die sehr gering negative Korrelation nicht zu.

Wenn auch nur 25% der parentifizierten Kinder im Vergleich zu 35,5% der nicht parentifizierten Kinder durch die Eltern in unserer Studie als psychisch auffällig eingestuft wurden, ist eine leichte Tendenz zu erkennen, dass die parentifizierten Kinder psychisch kranker Eltern ein besseres psychisches Outcome haben, als nicht parentifizierte Kinder.

Erklären ließe sich dieses Ergebnis durch das Entwickeln eines erhöhten Selbstbewusstseins und einer hohen Resilienz, also Widerstandskraft, beim Kind durch die hohe Verantwortung seiner Rolle. Dann könne das Kind sich vor psychischen Schäden schützen. Folglich muss Parentifizierung nicht grundsätzlich schädlich für die kindliche Psyche sein.

Fitzgerald et al. beschrieben 2008 ebenfalls, dass Parentifizierung auch zu weniger Missangepasstheit und Verhaltensgestörtheit führen kann. Zudem wird nach Graf und Frank (2001) und Zukow-Goldring (2002) v.a. das Kind mit der höchsten Sensibilität und Empathiefähigkeit parentifiziert, was beim Kind bereits für vorhandene Ressourcen spräche, die das Kind vor psychischen Schäden schützen könnten.

Andererseits gibt es mehrere Gründe für die fehlende Signifikanz unserer schon in anderen Studien bewiesenen Hypothese, da grundsätzlich der Parentifizierung traumatisierende und destruktive Folgen für das Kind nachgesagt werden (Boszormenyi-Nagy und Spark, 1981; Jurkovic, 1997; L'Abate, 1998; Lackie, 1999; Chase et al., 1998; Alexander et al., 2000; Byng-Hall, 2008, Hooper et al., 2009; Moore et al., 2010).

So könnten die psychisch kranken Eltern ihr parentifiziertes Kind fälschlicherweise als psychisch gesund einschätzen, weil das parentifizierte Kind seine Sorgen und Ängste nicht mit den Eltern teile und sich in der elterlichen Gegenwart oft überangepasst verhalte (Jacobvitz et al., 2004; Byng-Hall, 2008).

Die Repräsentativität unseres Ergebnisses ist ebenfalls in Frage zu stellen, da wir nur Kinder psychisch kranker Eltern bezüglich unserer Hypothese untersuchen konnten, womit uns eine Kontrollgruppe mit psychisch gesunden Eltern fehlt.

So sollen psychisch kranke Eltern zu einer verzerrten Fremdwahrnehmung ihrer Kinder neigen. Ihr Urteilsvermögen sei stark von ihrer eigenen momentanen psychischen Verfassung abhängig, so dass sie den psychischen Zustand ihrer Kinder entsprechend ihrem eigenen entweder bagatellisieren oder aggravieren würden (Lenz, 2005)¹.

Zudem schätzten Mütter und Väter nach Seiffge-Krenke und Kolmar (1998) ihre Kinder positiver ein als die Kinder sich selbst und nur die mütterliche Einschätzung korrelierte mit der des Kindes, obwohl andererseits die Einschätzung der Kinder bei Müttern stark von ihrem eigenen Stressniveau abhängig sei².

Ebenso haben Kinder psychisch kranker Eltern wissenschaftlich erwiesen ein deutlich erhöhtes Risiko von 30% bis 50% allein aufgrund von genetischen Ursachen und den deutlich erschwerten Lebensumständen selbst psychische Auffälligkeiten zu entwickeln (Remschmidt und Mattejat, 1994; Mattejat, 2001a/b).

Zusammenfassend erweist sich in unserer Studie die Parentifizierung nicht als signifikant destruktiv.

4.2.8 Die psychische Erkrankung beider Elternteile als Risikofaktor für die psychische Gesundheit parentifizierter Kinder

Die in Hypothese 2.2 postulierte stärkere psychische Auffälligkeiten bei parentifizierten Kindern mit zwei psychisch kranken Eltern im Haushalt konnte in der CHIMPs-Studie nicht bestätigt werden. Tatsächlich waren alle drei parentifizierten Kinder, welche zusammen mit zwei psychisch kranken Eltern im Haushalt lebten im Gesamtwert der CBCL nicht psychisch auffällig, im Vergleich zu drei von neun Kindern, die mit nur einem psychisch kranken Elternteil lebten.

Es bestanden lediglich internalisierende Auffälligkeiten bei zwei der drei parentifizierten Kinder.

Remschmidt und Mattejat (1994a/b) beschrieben, dass sich der Lebensumstand eines Kindes gravierend erschweren würde, wenn es keinen psychisch gesunden und somit voll belastungsfähigen und ausgeglichenen Erwachsenen im Haushalt gäbe, der den elterlichen Funktionen ohne Einschränkungen nachgehen könnte.

¹ Vergleiche: Diskussion der gewählten Methodik 4.1

² Vergleiche: Diskussion der gewählten Methodik 4.1

Aufgrund der sehr kleinen Studiengruppe von nur zwölf Kindern, sowie eines unregelmäßigen Gruppenverhältnisses muss mit einer stark eingeschränkten Teststärke und Aussagekraft bezüglich der Signifikanz gerechnet werden (Bortz, 2005). Zudem muss erneut eine mögliche verzerrte Fremdwahrnehmung psychisch kranker Eltern bezüglich ihrer Kinder bedacht werden (Lenz, 2005)¹.

Trotzdem ist die Tendenz bei zwei von drei Kindern erkennbar, dass Kinder mit zwei psychisch kranken Eltern internalisierende Auffälligkeiten wie Traurigkeit, Ängstlichkeit und Verslossenheit zeigen.

Dies ließe sich dadurch erklären, dass den Kindern ein psychisch gesundes Rollenmodell fehle. Mattejat (2001a) zeigte, dass ein psychisch gesundes Elternteil ein protektiver Faktor für die Psyche von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil sei (Mattejat 2001a).

Bedenkt man, dass psychisch Kranke häufig sozial isoliert und verschlossen leben (Schone und Wagenblast, 2002), ist nachvollziehbar, dass v.a. internalisierende Störungen wie Ängstlichkeit und Verslossenheit bei den Kindern im Vordergrund stehen. Zudem können die Kinder durch die Parentifizierung als ein Faktor und durch die psychische Erkrankung der Eltern als anderer Faktor zur Isolation und Traurigkeit neigen (Berman und Sperling, 1991; Graf und Frank, 2001; Mattejat (2001a); Castro et al., 2004; Jacobvitz et al., 2004; DiCaccavo, 2006).

Andererseits könnten vor allem Familien mit zwei psychisch kranken Erziehungsberechtigten besonders viel häusliche und therapeutische Unterstützung zugesprochen bekommen haben. Durch Familien- und Haushaltshilfen und kontinuierliche Familientherapie, könnten die Kinder entlastet und gegebenenfalls frühzeitig psychiatrisch aufgegriffen werden, sodass diese Kinder keine gravierenden psychischen Auffälligkeiten entwickeln.

Diese Art der Intervention ist auch eines der Kernziele des CHIMPs-Projektes selbst. Vergleichende Studienergebnisse liegen für diese spezielle Fragestellung noch nicht vor, so dass die Argumentation bei einer sehr kleinen Stichprobe von N = 12 spekulativ bleibt.

¹ Vergleiche: Diskussion der gewählten Methodik 4.1

4.2.9 Das Geschlecht des psychisch kranken Elternteils als Risikofaktor für die psychische Gesundheit parentifizierter Kinder

Die in Hypothese 2.3 postulierten stärkeren psychischen Auffälligkeiten bei parentifizierten Kindern mit psychisch kranken Müttern im Gegensatz zu parentifizierten Kindern psychisch kranker Väter konnte in der CHIMPs-Studie nicht bestätigt werden.

So zeigten 28,6% von insgesamt sieben der durch die Mutter parentifizierten Kinder im Gesamtwert der CBCL psychische Auffälligkeiten, während 20% von fünf durch den Vater parentifizierten Kinder psychisch auffällig waren.

Bei den externalisierenden psychischen Auffälligkeiten verhielt es sich gleich den Gesamtauffälligkeiten: drei von sieben der durch die Mutter parentifizierten Kinder waren internalisierend auffällig, während eins von fünf durch den Vater parentifizierten Kinder auffällig war.

Bei den internalisierenden psychischen Auffälligkeiten erreichten 42,6% von sieben der durch die Mütter parentifizierten Kinder einen hohen Gesamtwert, während erneut nur 20% von fünf durch die Väter parentifizierten Kinder auffällig waren.

Aufgrund der sehr kleinen Studiengruppe von nur zwölf Kindern muss erneut mit einer stark eingeschränkten Teststärke und Aussagekraft bezüglich der Signifikanz gerechnet werden (Bortz, 2005).

Zudem muss wiederholt mögliche die verzerrte Fremdwahrnehmung psychisch kranker Eltern bezüglich ihrer Kinder bedacht werden (Lenz, 2005), sowie dass Studien auf eine Unterschiedliche Wahrnehmung kindlicher Auffälligkeiten bei Müttern und Vätern verweisen (Kashani et al., 1985; Gelfand und Teti, 1990; Achenbach, 1995; Döpfner et al., 1997; Najman et al., 2000)¹. So zeigten Seiffge-Krenke und Kolmar (1998) auf, dass Mütter und Väter ihre Kinder positiver einschätzten als die Kinder sich selbst und nur die mütterliche Einschätzung mit der des Kindes korrelierte, obwohl andererseits die Einschätzung der Kinder bei Müttern stark von ihrem eigenen Stressniveau abhängig sei².

¹ Vergleiche: Diskussion der gewählten Methodik 4.1

² Vergleiche: Diskussion der gewählten Methodik 4.1

Prozentual gesehen, fällt jedoch eine Tendenz zu internalisierenden Auffälligkeiten bei den durch die psychisch kranken Mütter parentifizierten Kindern auf, jedoch keine eindeutige Mutterlastigkeit, welche vor allem bei psychisch kranken Müttern beschrieben worden ist (Mattejat et al., 2000). Frauen leiden im Vergleich zu Männern doppelt so häufig an Depressivität (Jacobi und Harfst, 2007; Kessler, 2010). Depression zählt zu den internalisierenden Krankheitsbildern und kann aufgrund von genetischen Ursachen (Renschmidt und Mattejat, 1994) und aufgrund des Rollenmodells der depressiven Mutter zu einem internalisierendem Bild beim Kind unabhängig einer gleichzeitigen Parentifizierung führen. Andererseits kann Parentifizierung selbst wie bereits im Diskussionsteil 4.2.7 erwähnt zu internalisierenden Auffälligkeiten der Kinder führen (Jacobvitz et al., 2004). Wie bereits zur vorherigen Fragestellung liegen noch keine Studienergebnisse bezüglich dieser speziellen Fragestellung vor, so dass die Argumentation bei einer sehr kleinen Stichprobe von N = 12 spekulativ bleibt.

4.3 Ausblicke und Folgerungen aus den Einzelergebnissen

Die Parentifizierung bleibt ein schwer zu erfassendes Phänomen, da sich die Befragten die Parentifizierung eingestehen müssten (Graf und Frank, 2001). Zudem birgt das Beziehungsphänomen viele Multimodalitäten, wodurch die einzelnen Risikofaktoren für sich alleine schwierig zu evaluieren sind.

Grundsätzlich wäre eine Sensibilisierung psychisch kranker Eltern für das Phänomen der Parentifizierung mit seinen positiven und negativen Aspekten wünschenswert, da die psychische Erkrankung eines Elternteils als relevanter Risikofaktor für Parentifizierung und psychische Auffälligkeiten vermehrt aufgeführt wurde (Jurkovic, 1998; Mattejat et al., 2000; Byng-Hall, 2008).

In der psychiatrischen Praxis wäre es zudem erstrebenswert jedes Kind, welches mit einem psychisch kranken Elternteil im Haushalt zusammenlebt ab dem Alter von spätestens elf Jahren gezielt auf Parentifizierung, psychische Auffälligkeiten und die Lebensumstände zu befragen, da in unserer Studie bei Kindern ab elf Jahren ein signifikant erhöhtes Risiko für Parentifizierung ($p = 0,048$; $r = 0,161$) besteht und in unserer Stichprobe ganze 22,3% der Kinder psychisch kranker Eltern parentifiziert wurden. Ein Screening der Kinder über die psychisch kranken Eltern, wie in dieser Studie erfolgt, erscheint trotz genannter Fehlerquellen (Lenz, 2005) effektiver zu sein als jedes Kind einzeln zu befragen (Küchenhoff, 2001)¹. Doch muss die Kooperation der Eltern stärker gefördert werden, sodass nicht 50% der Eltern eine Befragung wie in unserer Studie verweigern.

Das angewandte neu entwickelte Parentifizierungsinventar erschwerte die Zuordnung von destruktiver und adaptiver Parentifizierung, da die Dimension der „Fairness“ (nach Jurkovic und Thirkield, 1998; Jurkovic et al. 1999) und Kontextvariablen zur Parentifizierung nach Jurkovic et al. (1999) wie das Ausmaß und der Zeitraum der Verantwortungsübernahme, das Ausmaß der elterlichen Unterstützung und die Altersangemessenheit in dieser Studie nicht erfasst wurden. Vergleichsstudien zu diesen Faktoren liegen jedoch keine vor (Ohntrup et al., 2011). Zudem konnte aufgezeigt werden, dass das Item zur Erfassung der sozialen Erwünschtheit in den Antworten diese wahrscheinlich nicht valide widerspiegelt.

¹ Vergleiche: Diskussion der gewählten Methodik 4.1

So zeigte sich eher der gegenteilige Trend einer leichten Zunahme des mittleren Parentifizierungswertes bei der Gruppe, welche vermutlich nach sozialer Erwünschtheit antwortete¹.

Angelehnt an diese Arbeit werden daher folgende zusätzliche Items zum neuen Parentifizierungsinventar als sinnvoll erachtet:

1. Die Erfragung der Kontextvariablen zur Parentifizierung nach Jurkovic et al. (1999) wie die Aufgaben der Befragten, Partner und Kinder im Haushalt, mit Zeitangabe pro Woche zur Einschätzung des Arbeits- und Zeitausmaßes des Kindes.
2. Die Erfragung der Dimension der elterlichen Anerkennung und der Art elterlicher Unterstützung und Belohnung, welche das Kind bei seinen Aufgaben erhält (zur Einschätzung der „Fairness“ nach Jurkovic und Thirkield, 1998; Jurkovic et al. 1999).
3. Neues Item zur Erfassung sozialer Erwünschtheit.
4. Die Erfragung der Geschwisterkonstellation im Haushalt mit Altersangaben Geschlecht und Herkunft, sowie die Nennung bereits bekannter psychiatrischer Vordiagnosen der Kinder.
5. Eine Temperamenteinschätzung der Kinder „eher / stark introvertiert oder extrovertiert“, um ggf. weitere kindliche Risikofaktoren für Parentifizierung zu enttarnen.

Von besonderer Wichtigkeit bleibt die weitere Erforschung der psychischen Gesundheit parentifizierter Kinder, zum einen für die Therapie Betroffener, sowie für die öffentliche Aufklärung über die Folgen der Parentifizierung. Nach dem Outcome-Modell von Mattejat et al. (2000) wirke sich das gemeinsame Auftreten mehrerer psychosozialer Risikofaktoren als besonders gravierend auf die kindliche Entwicklung aus, weil sich ihre Effekte nicht nur addieren, sondern wechselseitig verstärken würden. Auch wenn in unserer Studie dazu aufgrund eines zu kleinen Studienkollektivs keine signifikanten Zusammenhänge erbracht werden konnten, zeigten 25% der durch psychisch kranke Eltern parentifizierte Kinder im Vergleich zu 35,5% der nicht parentifizierten Kinder starke psychische Auffälligkeiten laut der CBCL.

¹ Vergleiche: Die Untersuchung des Item Nr. 8 zur „sozialen Erwünschtheit“ 3.2.2

Bedenkt man, dass parentifizierte Kinder viel Verantwortung in der Familie tragen, ist eine Intervention und Enttarnung der psychischen Auffälligkeiten besonders in diesen Familien vordringlich.

Neben psychisch kranken Eltern sollten auch außerhalb von psychiatrischen Einrichtungen Eltern über die Parentifizierung aufgeklärt werden, um ein gesellschaftliches Bewusstsein für dieses weiter als zuvor gedacht verbreitete Beziehungsphänomen zu schaffen. So ergab unsere Studie, dass 14,8% der Kinder psychisch gesunder Eltern parentifiziert wurden und 27,8% der Kinder im Grenzbereich zur Parentifizierung lagen. Dies sind weitaus höhere Zahlen, als Becker (2007) mit 4% oder Barber und Siskowski (2008) mit 1,9% vermuteten. Unsere Ergebnisse könnten die Annahme von u.a. East (2010) bestätigen, dass Parentifizierung tatsächlich ein großes Geheimniss mit hoher Dunkelziffer sei.

Bei noch fehlender Validitätsanalyse des neuen Parentifizierungsinventars und einer noch relativ kleinen Stichprobe von $N = 108$ muss die hohe Prävalenz in unserer Studie von Parentifizierung noch mit Vorsicht betrachtet werden.

Betrachtet man andererseits die Ergebnisse von Zinnecker und Silbereisen (1998), dass 90% aller deutschen Kinder von zehn bis dreizehn Jahren bis über 40 Stunden in der Woche mit im Haushalt helfen, scheinen unsere Ergebnisse mit einer Parentifizierungsrate von insgesamt 37,1% aller Kinder jedoch nicht mehr zu hoch auszufallen. Zudem zeigte die Einzelitemauswertung, dass psychisch gesunde Eltern ihre Kinder signifikant häufig instrumentell parentifizieren ($p = 0,017$ und $p = 0,011$).

Eine Sensibilisierung der Lehrer und Erzieher, sowie der Eltern in Kindergärten und Schulen zum Thema der Parentifizierung wäre zur Reduktion der Dunkelziffer parentifizierter Kinder, wie bereits von mehreren Autoren (Creighton, 1993; Elder und Conger, 2000; Doran et al., 2003; East, 2010) beschrieben, wünschenswert. Bezieht man unser Ergebnis mit ein, dass psychisch gesunde Väter ihre Kinder sehr signifikant häufiger als psychisch gesunde Mütter parentifizieren ($p = 0,009$; $d = 0.76$), wäre es zudem sinnvoll nicht nur die oftmals in Kindergärten und Schulen präsenten Mütter für das Thema der Parentifizierung zu sensibilisieren, sondern auch die Väter.

Das würde eine frühe Aufdeckung von destruktiver Parentifizierung bei betroffenen Kindern ermöglichen, welche sich dann umso erfolgreicher durch Familientherapien und Einzeltherapien therapieren ließe. Somit könnte den destruktiv parentifizierten Kindern noch im Kindesalter ein Teil ihrer verlorenen Kindheit zurückgeben, psychisch schädliche Folgen für die Betroffenen minimiert und gleichzeitig die Weitergabe destruktiver Parentifizierung an die nächste Kindergeneration verhindert werden.

5. Zusammenfassende Diskussion

In dieser Dissertation wurde versucht anhand eines neu erstellten Parentifizierungsinventars neue Risikofaktoren für Parentifizierung von Kindern zu eruieren, bereits bekannte Annahmen zu überprüfen und die psychische Gesundheit der parentifizierten Kinder unter bestimmten Aspekten zu beleuchten. Insgesamt konnte ein deutlich höheres Auftreten von Parentifizierung im Vergleich zu vorherigen Arbeiten aufgezeigt werden. So ergab diese Studie, dass 14,8% der Kinder psychisch gesunder Eltern und 22,3% der Kinder psychisch kranker Eltern parentifiziert wurden, was insgesamt 37,1% parentifizierte Kinder ergibt. Zudem lagen 44,5% aller Kinder im Grenzbereich der Parentifizierung.

In der Einzelitemauswertung des Parentifizierungsinventars konnte ermittelt werden, dass die psychisch gesunden Eltern signifikant häufiger ($p = 0,017$; $d = 0,47$ und $p = 0,011$; $d = 0,51$) dazu neigten vom Kind instrumentelle Unterstützung einzufordern als die psychisch kranken Eltern. In unserer Studie konnte zudem das Ergebnis aus anderen Studien reproduziert werden, dass ältere Kinder signifikant häufiger parentifiziert werden als jüngere Kinder ($p = 0,048$; $r = 0,161$).

Neu hierbei war, dass eine Häufung von Parentifizierung bei Kindern im Alter von elf bis dreizehn Jahren bei gegebener Normalverteilung des Alters vorlag.

Zudem konnte ermittelt werden, dass psychisch gesunde Väter ihre Kinder sehr signifikant häufiger als psychisch gesunde Mütter parentifizierten ($p = 0,009$; $d = 0,76$), was ebenfalls bislang nicht in der Literatur vorbeschrieben war.

Auffällig war ein unerwartet ähnlich hoher Mittelwert im Parentifizierungsinventar bei psychisch gesunden und psychisch kranken Eltern, was eine bejahende Tendenz zur Parentifizierung beschreibt und Anlass gibt, die Parentifizierung als Phänomen der gewünschten frühen Selbstständigkeit von Kindern in der heutigen Gesellschaft kritisch zu hinterfragen und weiter in größeren Studienpopulationen zu erforschen. Parentifizierung durch psychisch kranke Eltern als Risikofaktoren für die kindliche psychische Gesundheit konnte nicht belegt werden, auch wenn in Summe 25% der parentifizierten Kinder tatsächlich psychische Auffälligkeiten aufwiesen.

Bei noch fehlender Validitätsanalyse des für die Auswertung genutztem Parentifizierungsinventars und einer kleinen Stichprobe von $N = 108$ müssen die vorliegenden Studienergebnisse noch mit Vorsicht interpretiert werden.

6. Abkürzungsverzeichnis

CBCL = Child Behavior Checklist

CHIMPs = Studiengruppe "Children of mentally ill parents"

Cronbachs α = Interne Konsistenz einer Skala

d = Differenzmaß nach Cohen

df = Freiheitsgrad

f = Freiheitsgrad

F = Prüfgröße

ICD-10 = International Classification of Diseases, 10. Auflage nach WHO

Korrelation nach Pearson = Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson

MD = Median

MW = Mittelwert (arithmetisches Mittel)

N = Stichprobengröße

p = Signifikanz

r = Korrelation

SD = „+/-“ = Standardabweichung

T = Prüfgröße Mittelwertgleichheit

U-Test = Mann-Whitney-U-Test

7. Literaturverzeichnis

A

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist / 4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. (1995). *Epidemiological applications on multi-axial empirically based assessment an taxonomy*. In: Verhulst, F. C., Koot, H. M. (Eds.), *The epidemiology of child and adolescent psychopathology*. Oxford: Oxford University Press, 22-41.

Adler, A. (1931). *Wozu leben wir?* Frankfurt am Main: Fischer, 1. Auflage 1979.

Aldridge, J. (2006). *The experiences of children living with and caring for parents with mental illness*. *Child Abuse Review*, 15, 79-88.

Aldridge, J., Becker, S., Dearden, C. (2001). *Children caring for family members with severe and enduring mental health problems*. Loughborough: Loughborough University.

Aldridge, J., Becker, S. (1993). *Children who care: Inside the world of young carers*. Loughborough: Young Carers Research Group.

Alexander, P. C. (2003). *Parent-child role reversal: Development of a measure and test of an attachment analysis*. *Journal of the Royal Statistical Society*, 16, 296-298.

Alexander, P.C., Teti, L., & Anderson, C.L. (2000). *Childhood sexual abuse history and role reversal in parenting*. *Child Abuse & Neglect*, 24, 829-838.

Bartholomew, K., Horowitz, L. M. (1991). *Attachment styles among young adults: A test of a four-category model*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.

Anderson, L. (1999). *Parentification in the context of the African American family*. In N. Chase (Ed.), *Burdened children*. New York: The Guilford Press, 154-170.

Asmus, A. (2011). *Alleinerziehende in Deutschland*. Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Online im Internet. URL: <http://www.berlin-institut.org/?id=817>. Stand: 08.05.2012, 15:56.

B

Barber, M., Siskowski, C. (2008). *Youth caregivers: Unrecognized providers of care*. *Pediatrics*, 121, 873-874.

Bavolek, S. J. (1984). *Handbook for the adult-adolescent parenting inventory (AAPI)*. Eau Claire, Wisconsin: Family Development Resources, Inc.

- Bavolek, S. J. (2005). *Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI-2)*. Eau Claire, Wisconsin: Family Development Resources, Inc.
- Becker, S. (2007). *Global perspectives on children's unpaid caregiving in the family: Research and policy on "young carers" in the UK, Australia, the USA and Sub-Saharan Africa*. *Global Social Policy*, 7, 23-50.
- Berman, W. H., Sperling, M. B. (1991). *Parental attachment and emotional distress in the transition to college*. *Journal of Youth and Adolescence*, 20(4), 427-440.
- Bohus M., Scherhr, K., Berger-Sallawitz, F., Novelli-Fischer, U., Stieglitz, R. D., Berger, M. (1998). *Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Untersuchung zum Problembewusstsein im klinischen Alltag*. *Psychiatrische Praxis*, 25, 134-138.
- Borchert, M. (2010). *Der Einfluss der Familienfunktionalität auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern psychisch kranker Eltern*. Hamburg: Universität Hamburg, Diplomarbeit Psychologie.
- Bortz, J. (2005). *Statistik: Für Human- und Sozialwissenschaftler*. 6. Auflage, Heidelberg, Berlin: Springer.
- Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G. M. (1981). *Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme*. Stuttgart: Klett-Cotta, 209-227.
- Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G. (1973). *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. Hagerstown, Maryland: Harper & Row.
- Bundesministerium des Innern (2010). *Polizeiliche Kriminalstatistik 2010*. Online im Internet. URL:
http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2011/PKS2010.pdf?__blob=publicationFile, pdf, S. 21, 41. Stand: 16.04.2012, 14:56.
- Burton, L. (2008). *Childhood adultification in economically disadvantaged families: A conceptual model*. *Family Relations*, 56, 329-345.
- Byng-Hall, J. (2008). *The significance of children fulfilling parental roles: Implications for family therapy*. *Journal of Family Therapy*, 30(2), 147-162.
- C**
- Call, K. T., Mortimer, J. T., Shanahan, M. J. (1995). *Helpfulness and the development of competence in adolescence*. *Child Development*, 66, 129-138.
- Castro, D. M., Jones, R. A., Mirsalimi, H. (2004). *Parentification and the Impostor Phenomenon: An Empirical Investigation*. *The American Journal of Family Therapy*, 32, 205-206.

Cates, J.A., Graham, L.L., Boeglin, D., Tiekler, S. (1990). *The effect of AIDS on the family system*. *Families in Society*, 71(4), 195-201.

CBCL – Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). *CBCL/4-18. Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Chase, N. (Ed.) (1999). *An overview of theory, research, and societal issues*. New York: The Guilford Press.

Chase, N., Demming, M., Wells, M. (1998). *Parentification, parental alcoholism, and academic status among young adults*. *American Journal of Family Therapy*, 25, 105-114.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavior Science*. Hillsdale: Erlbaum, 2. Auflage.

Creighton, L. L. (1993). *Kids taking care of kids*. *U.S. News and World Report*, 115, 26-30.

D

Diaz, N., Siskowski, C., Connors, L. (2007). *Latino young caregivers in the United States: Who are they and what are the academic implications of this role?* *Child Youth Care Forum*, 36, 131-140.

DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2011). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. 10. Revision, Version 2011. Online im Internet. URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2011/>. Stand: 23.01.2012.

DiCaccavo, A. (2006). *Working with parentification: Implications for clients and counselling psychologists*. *The British Psychological Society*, 79, 469-478.

Dodson, L., Dickert, J. (2004). *Girls' family labor in low-income households: A decade of qualitative research*. *Journal of Marriage and Family*, 66, 318-332.

Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Fegert, J. M., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, U., Poustka, F., Lehmkuhl, G. (1997). *Psychische Auffälligkeiten und Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik-, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte*. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 25, 218-233.

Doran, T., Drever, F., Whitehead, M. (2003). *Health of young and elderly informal carers: Analysis of UK census data*. BMJ, 327, 1388.

Downey G., Coyne J. C. (1990) *Children of depressed parents: an integrative review*. Psychological Bulletin, 108(1), 50-76.

E

East, P.L. (2010). *Children's provision of family caregiving: Benefit or burden*. Child Development Perspectives, 4, 55–61.

East, P. L., Jacobson, L. J. (2001). *The younger siblings of teenage mothers: A follow-up of their pregnancy risk*. Developmental Psychology, 37, 254-264.

East, P. L., Weisner, T. S., Reyes, B. T. (2006). *Youths' caretaking of their adolescent sisters' children: Its costs and benefits for youths' development*. Applied Developmental Science, 10, 86-95.

East, P. L., Weisner, T. S., Slonim, A. (2009). *Youths' caretaking of their adolescent sisters' children: Results from two longitudinal studies*. Journal of Family Issues, 30, 1671-1697.

Elder, G. H., Conger, R. D. (2000). *Children of the land: Adversity and success in rural America*. Chicago: University of Chicago Press.

Engfer, A. (1984). *Fragebogen zur Erhebung der Einstellung von Müttern mit Kindern im Kleinkindalter*. München: Institut für Psychologie.

F

Fischer, G., Riedesser, P. (2003) *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: UTB Ernst Reinhardt.

Fitzgerald M. M., Schneider, R. A., Salstrom, S., Zinzow, H. M., Jackson, J., Fossel, R. V. (2008). *Child sexual abuse, early family risk, and childhood parentification: Pathways to current psychosocial adjustment*. Journal of Family Psychology, 22(2), 320-324.

G

Galambos, N. L. (2004). *Gender and gender role development in adolescence*. In R. M. Lerner und L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology*, 233–262. Hoboken, New York: Wiley.

Gelfand, D. M., Teti, D. M. (1990). *The effects of maternal depression on children*. Clinical Psychology Review, 10, 329-353.

Gilford T. T., Reynolds, A. (2011). *"My Mother's Keeper": The Effects of Parentification on Black Female College Students*. *Journal of black Psychology*, 37 (1), 55-77.

Gladstone, B. M., Boydell, K. M., McKeever, P. (2006). *Recasting research into children's experiences of parental mental illness: beyond risk and resilience*. *Social Science & Medicine*, 62(10), 2540-2550.

Graf, J., Frank, R. (2001). *Parentifizierung: Die Last, als Kind die eigenen Eltern zu bemuttern*. In: *Familie und Entwicklung – Aktuelle Perspektiven der Familienpsychologie*. Walper, S., Pekrun, R.(Hrsg.). Göttingen: Hogrefe, 314-341.

Greenberger, E., Steinberg, L. (1986). *When teenagers work: The psychological and social costs of adolescent employment*. New York: Basic Books.

H

Hetherington, E. M. (1999). *Coping with Divorce, Single Parenting, and Remarriage: A Risk and Resiliency Perspective*. Mahwa, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Hoffman, M. L. (1977). *Sex differences in empathy and related behaviors*. *Psychological Bulletin*, 54, 712-722.

Hooper, L. M. (2009). *Parentification inventory*. Alabama: Department of Educational Studies in Psychology, Research Methodology and Counseling, University of Alabama.

Hooper, L. M. (2007). *The application of attachment theory and family systems theory to the phenomena of parentification*. *The Family Journal*, 15, 217-223.

Hooper L. M., Doehler K., Wallace S. A., Hannah, N. J. (2011). *The Parentification Inventory: Development, Validation, and Cross-Validation*. *American Journal of Family Therapy*, 39(3), 226-241.

Hooper, L. M., DeCoster, J., White, N., Voltz, M. L. (2011). *Characterizing the Magnitude of the Relation Between Self-Reported Childhood Parentification and Adult Psychopathology: A Meta-Analysis*. *Journal of clinical Psychology*, 67(10), 1028-1043.

Hooper, L. M., Wallace, S. A. (2009). *Evaluating the parentification questionnaire: Psychometric properties and psychopathology correlates*. *Contemporary Family Therapie*, 32(1), 52-68.

Hooper, L. M., Marotta, S.A., Lanthier, R. P., Depuy V. (2009). *A confirmatory factor analytic study of the Posttraumatic Growth Inventory among a sample of racially diverse college students*. Journal of mental Health, 18, 335-343.

Hooper, L. M., Marotta, S.A., Lanthier, R. P. (2008). *Predictors of growth and distress following parentification among college students*. Journal of Child and Family Studies, 17, 693-705.

Horwitz A.V. (1993) *Siblings as caregivers for the seriously mentally ill*. The Milbank Quarterly 1993; 323-339.

I

J

Jacobi, F., Harfst, T. (2007). *Psychische Erkrankungen - Erscheinungsformen, Häufigkeit und gesundheitspolitische Bedeutung*. Technische Universität Dresden. Online im Internet. URL:

<http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/jacobi-harfst-krankenversicherung-2007.pdf>. Stand: 25.04.2012.

Jacobi, G. (2008). *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung - Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen*. Bern: Verlag Hans Huber.

Jacobvitz, D. B., Bush, N. F. (1996). *Reconstructions of family relationships: Parent-child alliances, personal distress and self esteem*. Developmental Psychology, 32, 732-743.

Jacobvitz, D., Hazen, N., Curran, M., Hitchens, K. (2004). *Observations of early triadic family interactions: Boundary disturbances in the family predict symptoms of depression, anxiety, and attention-deficit/hyperactivity disorder in middle childhood*. Development and Psychopathology, 16, 577-592.

Jacobvitz, D. B., Bush, N. F. (1996). *The transmission of mother-child boundary disturbances across three generations*. Development and Psychopathology, 3(4), 513-527.

Jurkovic, G. J. (1998). *Destructive parentification in families: causes and consequences*. In: Family psychopathology: The relational roots of dysfunctional behavior. L'Abate, Luciano (Ed.). New York: Guilford Press, 237-255.

Jurkovic, G. J. (Ed.) (1997). *Lost childhoods. The plight of the parentified child*. New York: Brunner & Mazel.

Jurkovic, G. J., Thirkield, A. (1998). *Parentification questionnaire*. Atlanta: Department of Psychology, Georgia State University.

Jurkovic, G. J., Thirkield, A. (1998). *Filial Responsibility Scale – Adult (FSR-A)*.

Atlanta: Department of Psychology, Georgia State University.

Jurkovic, G. J., Morrell, R., Thirkield, A. (1999). *Assessing childhood parentification*.

In: Burdened children - Theory, research, and treatment of parentification. Chase, N. D. (Ed.), Thousand Oaks: Sage, 92-113.

K

Kashani, J. H., Orvaschel, H., Burk, J. P., Reid J. C. (1985). *Depressed children of depressed parents*. Canadian Journal of Psychiatry, 30, 265-268.

Keller M. B., Keller, Martin B; Beardslee, William R; Dorer, David J; Lavori, Philip W; et al. (1986). *Impact of severity and chronicity of parental affective illness on adaptive functioning and psychopathology in children*. Archives of General Psychiatry, 43(10), 930–937.

Kessler, R.C. (2003). *Epidemiology of women and depression*. Journal of Affective Disorders, 74(1), 5-13.

Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen, T., Werner, A. (2006). *Handbuch der Kindeswohlgefährdung nach § 1666 und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*.

München: Verlag Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 57.

Küchenhoff, M. (2001). *Welche Hilfen werden gewünscht? Eine Befragung von Eltern, Kindern und Bezugspersonen*. In: Mattejat, F. und Lisofsky B. (Hrsg.), ...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: Psychiatrie Verlag, 3. Auflage, 103-106.

Köhle-Herziger, C., Scharfe, M., Brednich, R. W. (1999). *Männlich. Weiblich: zur Bedeutung der Kategorie Geschlecht in der Kultur*. Deutsche Gesellschaft für Völkerkunde, Münster: Waxmann Verlag, 368.

Krüger, H. H., Grunert, C. (2010) *Handbuch Kindheits- und Jugendforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 716, 2. Auflage.

L

L'Abate, L. (Ed.). (1998). *Family psychopathology*. New York: The Guilford Press.

Lackie, B. (1999). *Trauma, invisibility, and loss: Multiple metaphors of parentification*. In N. Chase (Ed.), Burdened children. New York: The Guilford Press, 141-153.

Lamorey, S. (1999). Parentification of siblings of children with disability or chronic disease. In N. D. Chase (Ed.), Burdened children: Theory, research and treatment of parentification. Thousand Oaks: Sage, 75-91.

Larson, R. W., Verma, S. (1999). *How children and adolescents spend time across the world: Work, play, and developmental opportunities*. Psychological Bulletin, 125, 701-736.

Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. (1992). *Psychisch auffällige Eltern – Risiken für die kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinalter*. Zeitschrift für Familienforschung, 4, 22-48.

Lenz, A. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.

M

Macfie, J., McElwain, N. L., Houts, R. M., Cox, M. J. (2005). *Intergenerational transmission of role reversal between parent and child: Dyadic and family systems internal working models*. Attachment and Human Development, 7(1), 51-65.

McMahon, T. J. und Luthar, S. S. (2007). *Defining characteristics and potential consequences of caretaking burden among children living in urban poverty*. American Journal of Orthopsychiatry, 77, 267-281.

Mika, P., Bergner, R. M., Baum, M. C. (1987). *The development of a scale for the assessment of parentification*. Family Therapy, 14, 229-235.

Marsh D. T., Koeske, R.D., Schultz, K. (1993). *Troubled journey: Siblings and children of people with mental illness*. Innovations and Research, 2(4), 53-54.

Mattejat, F. (2002) *Kinder depressiver Eltern*. In: Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. Braun-Scharm H. (Hrsg.), Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft GmbH, 231-245.

Mattejat, F. (2001a): *Kinder mit psychisch kranken Eltern*. In: Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Mattejat, F., Lisofsky, B. (Hrsg.). Bonn: Psychiatrie Verlag, 66-78.

Mattejat, F. (2001b): *Kinder psychisch kranker Eltern im Bewusstsein der Fachöffentlichkeit*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50, 491-497.

Mattejat, F., Remschmidt, H. (2008). *The Children of Mentally Ill Parents*. Deutsches Ärzteblatt International, 105(23), 413-418.

Mattejat, F., Wüthrich, C., Remschmidt, H. (2000). *Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern*. Nervenarzt, 71, 164-172.

Mayseless, O., Bartholomew, K., Henderson, A., Trinke, S. (2004). *"I Was More Her Mom than She Was Mine": Role Reversal in a Community Sample*. Family Relations, 53(1), 78-86.

Mestre, V., Samper, P., Frías, M. C., Tur, A. M. (2009). *Are Women More Empathetic than Men? A Longitudinal Study in Adolescence*. The Spanish Journal of Psychology 2009, 12(1), 76-83.

N

Najman, J. M., Williams, G. M., Nikles, J., Spence, S., Bor, W., O'Callaghan, M., Le Broque, R., Andersen, M. J. (2000). *Mothers' Mental Illness and Child Behavior Problems: Cause-Effect Association or Observation Bias?* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39(5), 592-602.

Nöldgen, S. (2006). *Familie, Trennung, Scheidung- Möglichkeiten und Grenzen von Unterstützungsangeboten für Familien in Trennungs- und Scheidungsprozessen.*, Norderstedt: GRIN Verlag, Diplomarbeit.

O

Ohntrup, J. M., Pollak, E., Plaß, A., Wiegand-Grefe, S. (2011). *Parentifizierung - Elternbefragung zur destruktiven Parentifizierung von Kindern psychisch erkrankter Eltern*. In: Wiegand-Grefe, S. (Hrsg.), Mattejat, F. (Hrsg.), Lenz, A. (Hrsg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 375-398.

P

Papousek, M. (2002). *Wochenbettdepressionen und ihre Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung*. In: Braun-Scharm, H. (Hrsg.): Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 201–230.

Q

R

Ravens-Sieberer, U., Bullinger, M. (2000). *KINDL-R. Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen*.

Revidierte Form. Hamburg: Medizinische Psychologie, Universität Hamburg.

Remschmidt H. und Mattejat F. (1994a). *Kinder psychotischer Eltern*. Göttingen: Hogrefe.

Remerschmidt H. und Matthejat F. (1994b). *Kinder von psychotischen Eltern - eine vernachlässigte Risikogruppe*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 43, 295-299.

Roediger, E. (2009). *Praxis der Schematherapie*. Stuttgart: Schattauer.

Romer, G., Haagen, M. (2007). *Kinder körperlich kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.

S

Sabourin, T. C. (2003). *The contemporary American family: a dialectical perspective on communication and relationships*. Thousand Oaks: Sage, 56-57.

Schier K., Egle U., Nickel R., Kappis, B. , Herke, M. , Hardt, J. (2011).

Parentifizierung in der Kindheit und psychische Störungen im Erwachsenenalter.

Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 61 (8), 364 - 371.

Schmidt-Denter, U. (2005). *Soziale Beziehungen im Lebenslauf: Lehrbuch der sozialen Entwicklung*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, 4. Auflage, 56-57.

Schneider, S. (2009). *Störungen im Kindes- und Jugendalter*. In: Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Schneider S. (Hrsg.), Margraf, J. (Hrsg.). Berlin: Springer, Kapitel 46.

Schone, R., Wagenblass, S. (2002). *Wenn Eltern psychisch krank sind...: Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster*. Münster: Votum Verlag GmbH.

Seiffge-Krenke, I., Kollmar, F. (1998). *Discrepancies between Mothers' and Fathers' Perception of Sons' and Daughters' Problem Behavior : A Longitudinal Analysis of Parent-Adolescent Agreement on Internalising and Externalising Problem Behavior*. The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 39(5), 687-697.

Sessions, M. W., Jurkovic, G. J. (1986). *Parentification Questionnaire – Adult (PQ-A)*. Georgia: University of Georgia.

Siskowski, C. (2006). *Caregiving youth: Effect of family health situations on school performance*. Journal of School Nursing, 22(3), 163-169.

Siegel, B., Silverstein, S. (1994). *What about me? Growing up with a developmentally disabled sibling*. New York: Plenum.

Sommer, R. Zoller, P., Felder, W. (2001). *Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50, 498-512.

Sroufe, L. A., Ward, M. J. (1980). *Seductive behavior of mothers of toddlers: Occurrence, correlates, and family origins*. Child Development, 51(4), 1222-1229.

Stadelmann, S., Perren, S., Kölch, M., Groeben, M., Schmid, M. (2010). *Psychisch kranke und unbelastete Eltern. Elterliche Stressbelastung und psychische Symptomatik der Kinder*. *Kindheit und Entwicklung*, 19(2), 72-81.

Stein, J. A., Riedel, M., Rotherham-Borus, M. J. (1999). *Parentification and Its Impact on Adolescent Children of Parents with AIDS*. *Family Process*, 38(2), 193-208.

Stier, B. und Weissenrieder, N. (2006). *Jugendmedizin: Gesundheit und Gesellschaft*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 85-86.

T

Trautmann-Villalba P., Hornstein C. (2007). *Tötung des eigenen Kindes*. *Nervenarzt*, 78, 1290-1295.

Telzer, E.H., Fuligni, A.J. (2009). *Daily family assistance and the psychological well-being of adolescents from Latin American, Asian, and European backgrounds*. *Developmental Psychology*, 45, 1177-1189.

U

U.S. Census Bureau, Current Population Reports, Intercensal estimates for 1980–1989, 1990–1999, and 2000-2009. Online im Internet. URL: <http://www.childstats.gov/americaschildren/tables/pop1.asp>. Stand: 23.10.2012.

V

W

Walper, S. (2005). *PQ Jurkovic Übersetzung*. Unveröffentlichtes Manuskript, München: Institut für Pädagogik, Universität München.

Wells, M., Jones, R. (1999). *Object relations therapy for individuals with narcissistic and masochistic parentification styles*. In *Burdened children - Theory, Research, and Treatment of Parentification*. Chase, N. D. (Ed.), Thousand Oaks: Sage, 117-131.

West, M., Sheldon, A. (1988). *Classification of pathological attachment patterns in adults*. *Journal of Personality Disorder*, 2, 153-159.

Wiegand-Grefe, S., Romer, G., Möller, B. (2008). *Kinder psychisch und körperlich kranker Eltern. Forschungsstand und Perspektiven indizierter Prävention bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen Belastung*. *Kinder- und Jugendmedizin*, 8 (1), 38-44.

Wiegand-Grefe, S., Geers, P., Plaß, A., Petermann, F. & Riedesser, P. (2009). *Kinder psychisch kranker Eltern. Zusammenhänge zwischen subjektiver elterlicher*

Beeinträchtigung und psychischer Auffälligkeit der Kinder aus Elternsicht. Kindheit und Entwicklung, 18, 111-121.

X

Y

Young, J. E., Klosko, J. S., Wieshaar, M. E. (2005). *Schematherapie: Ein praxisorientiertes Handbuch.* Paderborn: Jungfermann.

Z

Ziegenhain, U., Fegert, J. M. (2007). *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung.* München: Reinhardt.

Zinnecker, Silbereisen, R. K. (1998). *Kindheit in Deutschland: aktueller Survey über Kinder und ihre Eltern.* Weinheim, München: Juventa Verlag, 2. Auflage, 23-26.

Zukow-Goldring, P. (2002). *Sibling caregiving.* In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting.* Mahwah, New York: Erlbaum, 2nd edition, 253-286.

8. Anhang

8.1 Messinstrumente



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Code: _____

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Direktor: Prof. Dr. med. P. Riedesser

Fragebogen für Patienten/Innen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir freuen uns sehr, dass Sie sich die Zeit nehmen, diesen Fragebogen auszufüllen.

Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag zu unserer Untersuchung, mit der wir das Versorgungsangebot für Eltern und ihre Kinder verbessern wollen!

Der Fragebogen richtet sich an Patienten, die Kinder haben. Wir möchten gerne von Ihnen erfahren, wie es Ihnen mit Ihren Kindern und Ihrer Familie geht, wie Sie den Alltag meistern und ob Sie dabei ausreichend Hilfe bekommen.

Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erste in den Sinn kommt. (Bei Fragen stehen Ihnen gerne Fr. E. Pollak, Tel.: 42 803-27 32 oder Fr. S. Rosenthal, Tel.: 42 803-59 95 zur Verfügung.)

Es geht um Ihre persönliche Meinung. Es gibt daher keine richtigen oder falschen Antworten!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe !

Ihr
Prof. Dr. Riedesser und Ihre
Dr. Wiegand-Grefe
Im Namen des gesamten Forschungsteams



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik für Kinder und
Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie

Prof. Dr. med. P. Riedesser
Direktor

Zentrum für Psychosoziale
Medizin

Martinstraße 52
20246 Hamburg
Telefon: (040) 42 803 -32 15
Telefax: (040) 42 803- 24 09
Sekerariat: Fr. Cordt - 2230
s.wiegand-grefe@uke.uni-
hamburg.de
www.uke.uni-hamburg.de

Dr. S. Wiegand-Grefe
Leiterin des Projektes

Informationsblatt zur Patientenaufklärung

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

mit diesem Fragebogenheft befragen wir alle an dieser Klinik aufgenommenen Patienten, die minderjährige Kinder haben.

Wir wollen in unserer Studie „Kinder psychisch kranker Eltern“ etwas über die Lebenssituation Ihrer Familie und über die Schwierigkeiten, mit denen Sie und Ihre Kinder zu kämpfen haben, erfahren. Dies möchten wir wissen, um hilfreiche Unterstützungsangebote für Familien wie die Ihre entwickeln zu können. Wenn wir unsere Unterstützungsangebote im nächsten Jahr anbieten, haben Sie –wenn Sie das möchten- die Möglichkeit, daran teilzunehmen. Wir werden uns dann mit der Frage, ob Sie daran teilnehmen möchten, aber auch mit ähnlichen Fragen wie heute zu Ihrer Befindlichkeit, eventuell noch einmal an Sie wenden.

Um unsere Untersuchung durchführen zu können, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen, da nur Sie wissen, wie es Ihnen und Ihrer Familie geht. Wir möchten von Ihnen lernen, wie Sie in Ihrer Familie mit auftretenden Problemen umgehen und daraus Konsequenzen ableiten, die anderen Familien vielleicht helfen können.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Sie können Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen widerrufen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile erwachsen.

Eine Nicht-Teilnahme hat auch keinerlei Auswirkungen auf Ihre Behandlung, da die Studie von Ihrer Behandlung unabhängig ist.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen den Datenschutzbestimmungen. Die Verwendung der Daten erfolgt in pseudonymisierter Form. Eine Weitergabe an Personen, die nicht an der Studie beteiligt sind, ist ausgeschlossen.

Zunächst einige Fragen über Sie:

heutiges Datum: ____ . ____ . 20 ____

1. Ihr Geschlecht: ₁ Weiblich ₂ Männlich

2. Ihr Geburtsdatum: ____ . ____ . 19 ____
Tag Monat Jahr

3. Ihr Familienstand: ₁ ledig ₂ verheiratet ₃ geschieden ₄ verwitwet

4. Ihr höchster Schulabschluss

- ₁ noch in der Schule
- ₂ Sonderschule
- ₃ Hauptschule
- ₄ Realschule
- ₅ Abitur/Fachhochschulreife
- ₆ ohne Abschluss
- ₇ sonstiger Abschluss

5. Ihr höchster Berufsabschluss

- ₁ noch in der Berufsausbildung
- ₂ Lehre
- ₃ Meister/Fachschule
- ₄ Fachhochschule/Universität
- ₅ ohne Abschluss
- ₆ sonst. Abschluss: _____

6. Ihre jetzige oder zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit

- ₁ Arbeiter/-in
- ₂ Facharbeiter/-in
- ₃ einfach./mittlerer Angestellte/r Beamte/r
- ₄ höhere/r Angestellte/r, Beamte/r
- ₅ Selbständige/r
- ₆ Auszubildende/r, Umschüler/-in
- ₇ Schüler/-in, Student/-in
- ₈ Hausfrau/Hausmann
- ₉ Rentner/-in
- ₁₀ Nie berufstätig gewesen
- ₁₁ Sonstiges: _____

7. Wie viel Geld haben Sie und Ihre Familie monatlich zur Verfügung (gesamtes Nettoeinkommen)?

- ₁ weniger als 1000 Euro
- ₂ 1000 bis 2000 Euro
- ₃ 2000 bis 3000 Euro
- ₄ 3000 bis 4000 Euro
- ₅ mehr als 4000 Euro

8. Wie viele Menschen leben von dieser Summe?

- _____ Erwachsene (Anzahl)
- _____ Kinder (Anzahl)

Und nun einige Fragen über Ihre Erkrankung und Behandlung

9. Aufnahmedatum auf der Station?

____ . ____ . 20 ____

10. Wie lautet Ihre derzeitige Erkrankung?

11. Seit wann besteht Ihre Erkrankung?

(Jahr)

12. Haben Sie noch andere, z.B. körperliche Erkrankungen?

- ₁ nein
- ₂ ja, welche: _____

13. Sind sie derzeit in ambulanter psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung?

- ₁ nein
- ₂ ja, seit: _____ (Jahr)

14. wenn ja, wie oft sind Sie aktuell in ambulanter Behandlung?

- ₁ mehrmals pro Woche
- ₂ 1 Mal pro Woche
- ₃ 14-tägig
- ₄ 1 Mal im Monat oder seltener

Jetzt einige Fragen zu Ihrer Wohn- und Lebenssituation:

1. Leben Sie derzeit in einer Ehe oder Partnerschaft?

- ₁ nein, weiter zu Frage 6
- ₂ ja

2. Würden Sie Ihre Ehe/Partnerschaft als gut bezeichnen?

- ₁ nein
- ₂ eher nein
- ₃ eher ja
- ₄ ja

3. Empfinden Sie Ihre Ehe/Partnerschaft als stabil und tragfähig, auch in Krisenzeiten?

- ₁ nein
- ₂ eher nein
- ₃ eher ja
- ₄ ja

4. Gibt Ihnen Ihre Ehe/Partnerschaft Halt und Sicherheit?

- ₁ nein
- ₂ eher nein
- ₃ eher ja
- ₄ ja

5. Ist oder war Ihr (Ehe-)Partner in psychiatrischer oder psychotherapeutischer

- ₁ nein
- ₂ ja

6. Wer lebt im Haushalt außer Ihnen?

- ₁ Ehe-/Lebenspartner(in)
- ₂ Kinder _____ (Anzahl)
- ₃ andere Verwandte: _____ (Anzahl)

Welche: _____

- ₄ andere Personen _____ (Anzahl)

Welche: _____

7. Sind Sie zufrieden mit Ihrer Lebenssituation?

- ₁ sehr zufrieden
- ₂ zufrieden
- ₃ unzufrieden
- ₄ sehr unzufrieden

8. Wer übernimmt den Hauptteil der Betreuungs- und Erziehungsaufgaben der Kinder in Ihrem Haushalt? (Mehrfachantworten möglich)

- ₁ ich
- ₂ anderer Elternteil
- ₃ mein (Ehe-) Partner
- ₄ andere Verwandte:
- ₅ andere Person:

9. Wie gut und flexibel gelingt es in Ihrer Familie, Ihre Aufgaben zu verteilen, wenn Sie

- ₁ gut
- ₂ eher gut
- ₃ eher schlecht
- ₄ schlecht

10. Wer übernimmt die Betreuung der Kinder während Ihres stationären Aufenthaltes?

- ₁ anderer Elternteil
- ₂ mein (Ehe-) Partner
- ₃ andere Verwandte:
- ₄ andere Person:

Tabelle. 1. Haben Sie Kinder, die in Ihrem Haushalt leben und jünger als 18 Jahre sind?				
<input type="checkbox"/> ₁ nein, weiter mit Tabelle 2 auf der nächsten Seite <input type="checkbox"/> ₂ ja				
ältestes Kind jünger als 18 Jahre				
	1.	2.	3.	jüngstes 4.
1. Geburtsdatum				
2. Geschlecht	<input type="checkbox"/> ₁ männlich <input type="checkbox"/> ₂ weiblich			
3. Ist das Ihr	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Kind des Partners <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Kind des Partners <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Kind des Partners <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Kind des Partners <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
4. Haben Sie eine gute Beziehung zu Ihrem Kind ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein
5. Hat das Kind eine gute Beziehung zu Ihrem jetzigen (Ehe-) Partner?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein
6. Ist Ihr (Ehe-)Partner der leibliche Elternteil des Kindes?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → weiter zu 11.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → weiter zu 11.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → weiter zu 11.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → weiter zu 11.
7. Wie alt war das Kind zum Zeitpunkt der Trennung?	Alter	Alter	Alter	Alter
8. Wie viel Kontakt besteht zwischen dem Kind und dem anderen Elternteil ?	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> sporadischer <input type="checkbox"/> monatlicher <input type="checkbox"/> 14-tägiger <input type="checkbox"/> wöchentlicher <input type="checkbox"/> öfter	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> sporadischer <input type="checkbox"/> monatlicher <input type="checkbox"/> 14-tägiger <input type="checkbox"/> wöchentlicher <input type="checkbox"/> öfter	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> sporadischer <input type="checkbox"/> monatlicher <input type="checkbox"/> 14-tägiger <input type="checkbox"/> wöchentlicher <input type="checkbox"/> öfter	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> sporadischer <input type="checkbox"/> monatlicher <input type="checkbox"/> 14-tägiger <input type="checkbox"/> wöchentlicher <input type="checkbox"/> öfter
9. Hat das Kind Ihrer Meinung nach eine gute Beziehung zum anderen Elternteil ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein
10. Ist der andere Elternteil schon einmal in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung gewesen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
11. Hat Ihr Kind erwachsene Bezugs- oder Vertrauens- personen außer Ihnen?	<input type="checkbox"/> ₁ nein, weiter zur nächsten Seite <input type="checkbox"/> ₂ ja	<input type="checkbox"/> ₁ nein, weiter zur nächsten Seite <input type="checkbox"/> ₂ ja	<input type="checkbox"/> ₁ nein, weiter zur nächsten Seite <input type="checkbox"/> ₂ ja	<input type="checkbox"/> ₁ nein, weiter zur nächsten Seite <input type="checkbox"/> ₂ ja
12. Wie viele?	<input type="checkbox"/> eine <input type="checkbox"/> zwei <input type="checkbox"/> mehr als zwei	<input type="checkbox"/> eine <input type="checkbox"/> zwei <input type="checkbox"/> mehr als zwei	<input type="checkbox"/> eine <input type="checkbox"/> zwei <input type="checkbox"/> mehr als zwei	<input type="checkbox"/> eine <input type="checkbox"/> zwei <input type="checkbox"/> mehr als zwei
13. Wer ist die wichtigste Bezugsperson außer Ihnen?	<input type="checkbox"/> anderer Elternteil <input type="checkbox"/> mein (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> andere Verwandte:	<input type="checkbox"/> anderer Elternteil <input type="checkbox"/> mein (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> andere Verwandte:	<input type="checkbox"/> anderer Elternteil <input type="checkbox"/> mein (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> andere Verwandte:	<input type="checkbox"/> anderer Elternteil <input type="checkbox"/> mein (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> andere Verwandte:
	<input type="checkbox"/> andere: _____	<input type="checkbox"/> andere: _____	<input type="checkbox"/> andere: _____	<input type="checkbox"/> andere: _____

14. Glauben Sie, dass Ihr Kind Vertrauen zu dieser Bezugsperson hat?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein
15. Ist die Bezugsperson schon einmal in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung gewesen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

Parentifizierungsinventar

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Einstellungen und Gefühle gegenüber Ihrem Kind bzw. Ihren Kindern. Bitte antworten Sie spontan.

		nein	eher nein	eher ja	ja
1.	Es ist gut, wenn Kinder früh selbstständig sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Es ist mir wichtig, dass mein Kind mich versteht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ich spreche mit meinem Kind über meine Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ich möchte mich auf mein Kind verlassen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ich wünsche mir oft, dass mein Kind bei mir ist, wenn es mir nicht gut geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ich möchte auch meinem Kind gegenüber meine Intimsphäre bewahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ich lege Wert darauf, dass meinem Kind die Familie wichtig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	In einem Gespräch lasse ich mein Kind stets ausreden und höre ihm aufmerksam zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Mein Kind ist mir der nächste Mensch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ich wünsche mir von meinem Kind mehr Mithilfe im Haushalt, wenn es mir schlecht geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Manchmal ist mein Kind der einzige Mensch, an den ich mich wenden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Es hilft mir, meine Probleme mit meinem Kind zu teilen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Ich wünsche mir, dass mein Kind früh selbstständig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Ich möchte mich auf die Unterstützung meines Kindes verlassen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Wenn Eltern krank sind, sollten die Kinder nicht noch zusätzlich Sorgen machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CBCL/4-18 Jahre

ELTERNFRAGEBOGEN ÜBER DAS VERHALTEN VON KINDERN UND JUGENDLICHEN – CBCL/4 -18 Jahre

Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie **jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monaten** bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft *genau so oder häufig* zu beobachten war, kreuzen Sie bitte die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft *etwas oder manchmal* auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für Ihr Kind *nicht zutrifft*, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen.

0 = nicht zutreffend 1 = etwas oder manchmal zutreffend
2 = genau oder häufig zutreffende

- | | | | |
|---|-------|--|-------|
| 1. Verhält sich zu jung für sein Alter..... | 0 1 2 | 28. Isst oder trinkt Dinge, die nicht zum Essen
geeignet sind; bitte beschreiben (keine
Süßigkeiten angeben) _____ | 0 1 2 |
| 2. Leidet unter Heuschnupfen oder anderen
Allergien; bitte beschreiben _____ | 0 1 2 | 29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen
oder Orten (außer Schule)
bitte beschreiben _____ | 0 1 2 |
| 3. Streitet oder widerspricht viel..... | 0 1 2 | 30. Hat Angst, in die Schule zu gehen..... | 0 1 2 |
| 4. Hat Asthma..... | 0 1 2 | 31. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken,
oder zu tun..... | 0 1 2 |
| 5. Bei Jungen: Verhält sich wie ein Mädchen
Bei Mädchen: verhält sich wie ein Junge..... | 0 1 2 | 32. Glaubt, perfekt sein zu müssen..... | 0 1 2 |
| 6. Entleert den Darm außerhalb der Toilette,
kotet ein..... | 0 1 2 | 33. Fühlt oder beklagt sich, daß niemand
ihn/sie liebt..... | 0 1 2 |
| 7. Gibt an, schneidet auf..... | 0 1 2 | 34. Glaubt, andere wollen ihm/ihr
etwas antun..... | 0 1 2 |
| 8. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht
lange aufpassen..... | 0 1 2 | 35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen..... | 0 1 2 |
| 9. Kommt von bestimmten Gedanken nicht los; bitte
beschreiben _____ | 0 1 2 | 36. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt
zu Unfällen..... | 0 1 2 |
| 10. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig
oder überaktiv..... | 0 1 2 | 37. Gerät leicht in Raufereien oder Schlägereien..... | 0 1 2 |
| 11. Klammert sich an Erwachsenen oder ist zu
abhängig..... | 0 1 2 | 38. Wird viel gehänselt..... | 0 1 2 |
| 12. Klagt über Einsamkeit..... | 0 1 2 | 39. Hat Umgang mit anderen, die in
Schwierigkeiten geraten..... | 0 1 2 |
| 13. Ist verwirrt oder zerstreut..... | 0 1 2 | 40. Hört Geräusche oder Stimmen, die
nicht da sind; bitte beschreiben _____ | 0 1 2 |
| 14. Weint viel..... | 0 1 2 | 41. Ist impulsiv oder handelt ohne zu
überlegen..... | 0 1 2 |
| 15. Ist roh zu Tieren oder quält sie..... | 0 1 2 | 42. Ist lieber allein als mit anderen zusammen..... | 0 1 2 |
| 16. Ist roh oder gemein zu anderen oder schüchtert
sie ein..... | 0 1 2 | 43. Lügt, betrügt oder schwindelt..... | 0 1 2 |
| 17. Hat Tagträume oder ist gedankenverloren..... | 0 1 2 | 44. Kaut Fingernägel..... | 0 1 2 |
| 18. Verletzt sich absichtlich oder versucht
Selbstmord..... | 0 1 2 | 45. Ist nervös oder angespannt..... | 0 1 2 |
| 19. Verlangt viel Beachtung..... | 0 1 2 | 46. Hat nervöse Bewegungen oder Zuckungen
(betrifft nicht die unter 10 erwähnte Zappeligkeit);
bitte beschreiben _____ | 0 1 2 |
| 20. Macht seine/ihre eigenen Sachen kaputt..... | 0 1 2 | 47. Hat Alpträume..... | 0 1 2 |
| 21. Macht Sachen kaputt, die den Eltern,
Geschwistern oder anderen gehören..... | 0 1 2 | 48. Ist bei anderen Kindern/Jugendlichen | |
| 22. Gehorcht zuhause nicht..... | 0 1 2 | | |
| 23. Gehorcht nicht in der Schule..... | 0 1 2 | | |
| 24. Isst schlecht..... | 0 1 2 | | |
| 25. Kommt mit anderen Kindern/Jugendlichen
nicht aus..... | 0 1 2 | | |
| 26. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen,
wenn er/sie sich schlecht benommen hat..... | 0 1 2 | | |
| 27. Ist leicht eifersüchtig..... | 0 1 2 | | |

- nicht beliebt..... 0 1 2
49. Leidet an Verstopfung..... 0 1 2
50. Ist zu furchtsam oder ängstlich 0 1 2
51. Fühlt sich schwindelig..... 0 1 2
52. Hat zu starke Schuldgefühle 0 1 2
53. Isst zu viel 0 1 2
54. Ist immer müde 0 1 2
55. Hat Übergewicht 0 1 2
56. Hat folgende Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursachen:
- a) Schmerzen (außer Kopf- oder Bauchschmerzen)..... 0 1 2
- b) Kopfschmerzen..... 0 1 2
57. Greift andere körperlich an 0 1 2
58. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt sich an Körperstellen; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
59. Spielt in der Öffentlichkeit an den eigenen Geschlechtsteilen..... 0 1 2
60. Spielt zu viel an den eigenen Geschlechtsteilen..... 0 1 2
61. Ist schlecht in der Schule 0 1 2
62. Ist körperlich unbeholfen oder ungeschickt..... 0 1 2
63. Ist lieber mit älteren Kindern oder Jugendlichen als mit Gleichaltrigen zusammen 0 1 2
64. Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen 0 1 2
65. Weigert sich zu sprechen..... 0 1 2
66. Tut bestimmte Dinge immer und immer wieder, wie unter einem Zwang; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
67. Läuft von zu Hause weg 0 1 2
68. Schreit viel 0 1 2
69. Ist verschlossen, behält Dinge für sich..... 0 1 2
70. Sieht Dinge, die nicht da sind; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
71. Ist befangen oder wird leicht verlegen 0 1 2
72. Zündelt gerne oder hat schon Feuer gelegt 0 1 2
73. Hat sexuelle Probleme; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
74. Produziert sich gern oder spielt den Clown..... 0 1 2
75. Ist schüchtern oder zaghaft..... 0 1 2
76. Schläft weniger als die meisten Gleichaltrigen..... 0 1 2
77. Schläft tagsüber und/oder nachts mehr als die meisten Gleichaltrigen; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
78. Schmiert oder spielt mit Kot..... 0 1 2
79. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
80. Starrt ins Leere 0 1 2
81. Stiehlt zu Hause..... 0 1 2
82. Stiehlt anderswo 0 1 2
83. Hortet Dinge, die er/sie nicht brauche; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
84. Verhält sich seltsam oder eigenartig; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
85. Hat seltsame Gedanken oder Ideen; bitte beschreiben: _____ 0 1 2

- c) Übelkeit..... 0 1 2
- d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert sind); bitte beschreiben: _____ 0 1 2
- e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme..... 0 1 2
- f) Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe 0 1 2
- g) Erbrechen 0 1 2
- h) andere Beschwerden; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
86. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar 0 1 2
87. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel..... 0 1 2
88. Schmolzt viel oder ist leicht eingeschnappt..... 0 1 2
89. Ist misstrauisch 0 1 2
90. Flucht oder gebrauche obszöne (schmutzige) Wörter 0 1 2
91. Spricht davon sich umzubringen 0 1 2
92. Redet oder wandelt im Schlaf; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
93. Redet zuviel 0 1 2
94. Hänzelt andere gern 0 1 2
95. Hat Wutausbrüche oder ein hitziges Temperament..... 0 1 2
96. Denkt zuviel an Sex 0 1 2
97. Bedroht andere 0 1 2
98. Lutscht am Daumen..... 0 1 2
99. Ist zu sehr auf Ordentlichkeit oder Sauberkeit bedacht 0 1 2
100. Hat Schwierigkeiten mit dem Schlafen; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
101. Schwänzt die Schule (auch einzelne Schulstunden) 0 1 2
102. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge..... 0 1 2
103. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen..... 0 1 2
104. Ist ungewöhnlich laut 0 1 2
105. Trinkt Alkohol, nimmt Drogen oder missbraucht Medikamente; bitte beschreiben: _____ 0 1 2
106. Richtet mutwillig Zerstörung an..... 0 1 2
107. Nässt bei Tag ein 0 1 2
108. Nässt im Schlaf ein 0 1 2
109. Quengelt oder jammert 0 1 2
110. Bei Jungen: Möchte lieber ein Mädchen sein
Bei Mädchen: Möchte lieber ein Junge sein..... 0 1 2
111. Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf 0 1 2
112. Macht sich zuviel Sorgen 0 1 2
113. Bitte beschreiben Sie hier Probleme Ihres Kindes, die bisher noch nicht erwähnt wurden: _____ 0 1 2

8.2 Fragebogen an den behandelnden Arzt



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Code:

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. med. P. Riedesser

“CHIMPs” (Children of Mentally Ill Parents)

Fragebogen für den (die) behandelnde(n) Therapeuten(in)

Name des Patienten/der Patientin: _____

Datum: _____

1. Aktuelle Diagnosen:

ICD-10DSM-IV

Psychiatrische: _____

F. _____ / _____ . _____

Somatische: _____

2. Schweregrad der Krankheit (CGI)

1	Nicht beurteilbar
2	Patient ist überhaupt nicht krank
3	Patient ist ein Grenzfall psychiatrischer Erkrankung
4	Patient ist nur leicht krank
5	Patient ist mäßig krank
6	Patient ist deutlich krank
7	Patient schwer krank
8	Patient gehört zu den extrem schwer Kranken

3. Wie schätzen Sie die generelle Funktionalität des familiären Beziehungssystems ein? (GARF, Wert von 1-100)

81 - 100	Das Beziehungssystem funktioniert gut.
61 - 80	Das Beziehungssystem funktioniert nicht voll befriedigend, über eine Zeitspanne hinweg werden viele, aber nicht alle Schwierigkeiten gelöst.
41 - 60	Obwohl es gelegentliche Perioden von befriedigendem Zusammenleben gibt, dominieren unbefriedigende und dysfunktionale Beziehungen deutlich.
21 - 40	Das Beziehungssystem ist offensichtlich schwer gestört, Perioden befriedigender Beziehungen sind selten.
1-20	Das Beziehungssystem ist so schwer gestört, dass die Kontinuität des Kontaktes und der Bindung nicht mehr aufrechterhalten werden kann.
0	Inadäquate Information.

4. Besteht ein Mangel an Urteilsfähigkeit und (Krankheits-)Einsicht?

nein

₁ leicht

₂ mäßig

₃ mäßig schwer

₄ schwer

₅ extrem

5. Halten Sie die Krankheitsbewältigung des Patienten insgesamt für angemessen?

₁ ja

₂ eher ja

₃ eher nein

₄ nein

6. Nimmt der Patient zur Zeit Medikamente ein?

Keine

Antidepressiva

Neuroleptika

Anxiolytika

Phasenprophylaxe

Antiepileptika

DANKE!

9. Danksagung

Ich möchte mich bei Herrn Professor Dr. med. Schulte-Markwort, Frau Professor Dr. rer. nat. Wiegand-Grefe und Frau Dr. med. Plaß-Christl für die Überlassung des Themas und die gemeinsame Entwicklung der Arbeit bedanken.

Frau Dipl. psych. Ohntrup danke ich für die Einsicht ihrer Arbeit zur Parentifizierung, welche mir die Einarbeitung in die Theorie erleichterte.

Frau Dipl. psych. Halverscheid und Herr Cronemeyer danke ich für ihre tatkräftige Hilfe und ihre kompetente methodische und persönliche Unterstützung.

Meinen herzlichsten Dank möchte ich an diejenigen aussprechen, die mich in dieser nicht immer einfachen Zeit unterstützt haben, allen voran Torben Seebrandt und meinen Eltern.

10. Lebenslauf

Aus Datenschutzgründen wird auf den Lebenslauf verzichtet.

11. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Hamburg, den 30.11.2012

Agnieszka Hausser