

Aus der Klinik und Poliklinik
für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
Direktor: Prof. Dr. med. P. Riedesser

Kindliches Erleben
der chronischen körperlichen Erkrankung eines Elternteils -
Eine qualitative Analyse
von Interviews mit Kindern dialysepflichtiger Eltern

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
aus dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von
Karma Mirja Stavenow
aus Hamburg
Hamburg, 2001

Angenommen von dem Fachbereich Medizin
der Universität Hamburg am 15. Januar 2002

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs
Medizin der Universität Hamburg

Dekan: Prof. Dr. C. Wagener

Referent: Prof. Dr. M. Schulte-Markwort

Koreferent: Prof. Dr. P. Riedesser

Datum der letzten mündlichen Prüfung: 28. Februar 2002

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung

	Seite
1.1 Problemstellung.....	6
1.2 Theoretische Annäherungen und empirische Forschungsergebnisse	
1.2.1 Kindliches Verständnis von Körperfunktion und Krankheit.....	9
1.2.2 Kognitive Entwicklung und Todesbegriff.....	11
1.2.3 Kindliche Belastungen in Verbindung mit der körperlichen Erkrankung eines Elternteils.....	11
1.2.4 Kindliche Belastung durch die Dialysepflichtigkeit eines Elternteils.....	14
1.2.5 Altersspezifische Belastung.....	15
1.2.6 Kindliche Bewältigungsstile („Coping“).....	20
Problembezogene und emotionsbezogene Bewältigung.....	21
Kommunikation über die Krankheit.....	23
Familiäre Bewältigungsstrategien.....	24
Intellektuelle Kontrolle.....	24
Sinnsuche.....	25
Suche nach Hilfe.....	25
1.3 Fragestellung.....	26
1.4 Ziel der Arbeit.....	28

2. Methodik

2.1	Wahl des Untersuchungsplans.....	30
2.2	Datenerhebungsverfahren.....	31
2.3	Aufbereitungsverfahren.....	34
2.4	Auswertungsverfahren	
2.4.1	Ansätze qualitativer Auswertung.....	35
2.4.2	Die strukturierende Inhaltsanalyse.....	40
2.4.3	Psychanalytisch-hermeneutische Methode.....	48
2.5	Wahl der zu untersuchenden Personen.....	50
2.6	Vorgehen bei der Datenerhebung.....	51

3. Ergebnisse

3.1.	Einzelfalldarstellungen.....	52
	Sarah, 5 Jahre.....	54
	Michelle, 6 Jahre.....	60
	Jana, 6 Jahre.....	69
	Tim, 7 Jahre.....	77
	Lukas, 11 Jahre.....	86
	Nikolas, 12 Jahre.....	92
	Katrin, 16 Jahre.....	103
	Christian, 17 Jahre.....	116
	Frau H., 43 Jahre.....	127
3.2	Zusammenfassende Darstellung nach Altersgruppen.....	139

4. Diskussion

4.1 Methodische Kritik.....162

4.2 Diskussion der Ergebnisse.....164

4.3 Ansprüche an die zukünftige Forschung.....167

Zusammenfassung.....169

Literaturverzeichnis.....174

Danksagung

Lebenslauf

1. Einleitung

1.1 Problemstellung

Kinder körperlich kranker Eltern werden seit einer epidemiologischen Untersuchung von Rutter (1966) als Risikoträger für die Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen eingeordnet.

In Anlehnung an Daten des U.S. National Center for Health Statistics ist davon auszugehen, dass schätzungsweise 5 - 15 % aller Kinder und Jugendlichen in einer Familie mit einem chronisch erkrankten Elternteil leben (vgl. ROMER, BARKMANN, SCHULTE-MARKWORT et al., 2001).

Die schwere körperliche Erkrankung von Mutter oder Vater beeinflusst das Zusammenleben aller Familienmitglieder. Häufige medizinische Eingriffe, Krankenhausaufenthalte, Veränderungen des körperlichen Erscheinungsbildes und - in Fällen mit ernster Prognose - die vitale Bedrohung des kranken Elternteils, stellen psychische Belastungen für den Patienten und die Familienangehörigen dar (vgl. ROMER, BARKMANN, SCHULTE-MARKWORT et al., 2001).

Die Krankheit eines Elternteils kann die Beziehung zwischen Eltern und Kind beeinträchtigen und „die psychische und soziale Entwicklung des Kindes nicht nur erschweren, sondern auch nachhaltig beschädigen“ (RIEDESSER, SCHULTE-MARKWORT, 1999, A-2353).

Vielen Eltern bereitet es Schwierigkeiten, auf die emotionalen und psychologischen Bedürfnisse ihrer Kinder in Verbindung mit der elterlichen Erkrankung einzugehen (vgl. LEWANDOWSKI, 1992).

In Familien mit einem insgesamt hohen Grad an psychischer Belastung ist es häufig nicht möglich, Ängste und Sorgen offen miteinander zu besprechen, sodass ein unbewusster „Schweigepakt“ entsteht. (vgl. ROMER, BARKMANN, SCHULTE-MARKWORT et al., 2001)

Zusätzlich versuchen Kinder körperlich kranker Eltern in der Regel, ihre Ängste vor den Eltern zu verbergen, um ihnen nicht noch weitere Sorgen aufzuerlegen (ebd.).

Die betroffenen Kinder und Jugendlichen verfügen je nach Altersstufe über verschiedene Möglichkeiten der seelischen Bewältigung von Belastungen (vgl. ROMER, BARKMANN, SCHULTE-MARKWORT et al., 2001).

Ein Großteil der Kinder scheint funktionale Anpassungsmöglichkeiten im Umgang mit der besonderen familiären Situation zu besitzen.

Doch es ist davon auszugehen, dass Kinder körperlich kranker Eltern angesichts der häuslichen Belastungssituation ein besonderes Risiko für die Entwicklung von Schulproblemen, Somatisierungsstörungen und internalisierenden Störungen mit Angst, Depressivität und sozialem Rückzug tragen (ROMER, BARKMANN, SCHULTE-MARKWORT et al., 2001).

Trotz dieser Aspekte ist das Phänomen „Kinder körperlich kranker Eltern“ bislang weder klinisch noch wissenschaftlich ausreichend berücksichtigt worden (RIEDESSER, SCHULTE-MARKWORT, 1999).

Der Großteil bisheriger Forschungsarbeiten ist auf die Ehepartner und erwachsenen Familienangehörigen der erkrankten Erwachsenen, sowie auf die Eltern erkrankter Kinder fokussiert, während der Bedeutung elterlicher Krankheitseinflüsse auf ihre gesunden Kinder weniger Aufmerksamkeit geschenkt wurde (LEWANDOWSKI, 1992). Wenig erforscht sind die relevanten Risiken und protektiven Mechanismen für gelungene oder misslungene psychosoziale Anpassung des Kindes an die elterliche Erkrankung.

Weiterhin mangelt es an gezielter Prävention, z.B. durch Beratungsangebote als Verarbeitungshilfe für betroffene Kinder und Eltern.

So bieten Gesprächsangebote von außen den Kindern kranker Eltern die Möglichkeit sich mitzuteilen, ohne die eigenen Eltern zu belasten und entlasten darüber hinaus die Eltern von dem Gefühl, für eine angemessene Verarbeitung der Situation durch ihre Kinder verantwortlich zu sein (vgl. ROMER, BARKMANN, SCHULTE-MARKWORT et al., 2001).

Um präventive Ansätze entwickeln zu können ist es jedoch notwendig, Variablen wie die elterliche Erkrankung, die Familienkonstellation, die Eltern-Kind-Beziehung sowie die familiären und kindlichen Bewältigungsmechanismen in ihrem Zusammenspiel zu verstehen (vgl. ROMER, BARKMANN, SCHULTE-MARKWORT et al., 2001).

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um die einzelfallanalytische Darstellung von acht Kindern und Jugendlichen im Alter von fünf bis 17 Jahren, sowie einer Erwachsenen, mit einem dialysepflichtigen oder ehemals dialysepflichtigen Elternteil. Die mit den Kindern und Jugendlichen geführten halbstrukturierten Einzelinterviews wurden mit Hilfe des qualitativen Verfahrens der strukturierenden Inhaltsanalyse nach MAYRING ausgewertet.

Auf diese Weise konnte die Subjektivität des kindlichen Erlebens der elterlichen Erkrankung in ihrer Komplexität erfasst werden, ohne die Anforderungen an eine systematische, regelgeleitete, nachvollziehbare und replizierbare Methodik zu vernachlässigen.

In einem weiteren Auswertungsschritt wurden die kindlichen Originalaussagen psychodynamisch interpretiert, um die latenten Inhalte der kindlichen Aussagen herauszuarbeiten.

Diese Arbeit soll einen Beitrag zum tieferen Verständnis kindlicher Krankheitsvorstellungen, Ängste und Sorgen sowie individueller und altersspezifischer Bewältigungsstrategien in bezug auf die elterliche Erkrankung leisten.

1.2 Theoretische Annäherungen und empirische Forschungsergebnisse

1.2.1 Kindliches Verständnis von Körperfunktion und Krankheit

Um die Belastungen und Ängste von Kindern und Jugendlichen körperlich kranker Eltern besser verstehen zu können, ist es hilfreich, kindliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit im entwicklungspsychologischen Kontext zu berücksichtigen. Letztlich können diese Erkenntnisse auch bei der Entwicklung von Interventions-programmen Berücksichtigung finden.

EISER (1990) stellt die folgenden altersentsprechenden Krankheitskonzepte dar:

Im Alter von 4 bis 6 Jahren erfassen Kinder Krankheit als Magie oder Bestrafung (auch für falsche menschliche Handlung) und können deshalb die eigene Erkrankung z.B. als das „Ergebnis von Hexerei oder Nichtbeachtung elterlicher Anweisungen“ deuten (EISER 1990, S.28). Auch das Verständnis von Ansteckung durch Krankheit entwickelt sich in diesem Alter, wobei einige Kinder prinzipiell alle Krankheiten als Folge von Ansteckung deuten.

Im Alter von 7 bis 11 Jahren wird eine „Keimtheorie“ von den Kindern als Krankheitsursache akzeptiert, also die Erkenntnis, dass einige Krankheiten übertragen werden und andere nicht. Weiterhin lernen sie nun, dass nicht alle Krankheiten ansteckend sein müssen.

Mit ca. 12 Jahren entwickelt sich das Verständnis für das Versagen von Funktionen einzelner Körperteile als Krankheitsursache (vgl. EISER, 1990).

In einer Studie über Krankheitskonzepte kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten beschreibt SCHULTE-MARKWORT (1996), dass Kinder im Alter von 10 - 12 Jahren in der Lage sind, „multifaktorielle Entstehungsgefüge für Krankheiten“ zu verstehen, sowie „Zusammenhänge zwischen äußeren, somatischen und psychischen Einflussgrößen“ zu erfassen (S. 42). Dass Krankheit auch durch psychische Stressoren bedingt sein kann, erkennen Jugendliche mit ca.14 Jahren (EISER, 1990).

Eine Zusammenfassung der kindlichen Krankheitskonzepte findet sich in Tabelle 1.

Alter	kognitive Krankheitskonzepte
4 - 6	Krankheit als Magie oder Bestrafung Alle Krankheiten als Folge von Ansteckung
7 – 11	„Keimtheorie“ als Ursache von Krankheiten Nur einige Krankheiten als Folge von Ansteckung
> 11	Versagen von Organfunktionen als Krankheitsursache
> 14	Krankheit als Folge psychischer Stressoren

Tabelle 1: somatische Krankheitskonzepte nach EISER (1990)

In diesem Zusammenhang ist auch die kindliche Auffassung von Körperkonzepten von Bedeutung. In einer Studie von GELLERT (1962) wurden Kinder im Alter von vier bis 16 Jahren aufgefordert, alle „Dinge“ in ihrem Körper zu benennen, sowie einzelne Organe auf Zeichnungen zu markieren und deren Funktion zu erklären.

Während die jüngsten Kinder sich „das Innere des Körpers als etwas vorstellten, was sie sehen und fühlen konnten (Blut oder Knochen) oder was sie selbst hineingetan hatten (Nahrung)“ (S.29), wurden erst im Alter von 9-10 Jahren Organe (wie z.B. Nieren, Lunge, Magen) in die kindlichen Vorstellungen einbezogen (GELLERT, 1962).

Auch das Verständnis für die Funktion einzelner Körperteile und deren Verbindung untereinander muss sich erst entwickeln. So wird der Körper von 9- bis 10-Jährigen als ein Organsystem erfasst, das Blut, Luft und Nahrung in den „Kanälen“ des Körpers zwischen diesen „Behältern“ (= Organen) bewegt. Etwa ab dem 11. Lebensjahr verstehen die Kinder die Umwandlung von Substanzen, wie z.B. Nahrung im menschlichen Körper (vgl. GELLERT, 1962). Und auch CAREY (1985) stellt in einer Untersuchung über die kindlichen Konzepte von „lebenden Dingen“ fest, dass Kinder mit ca. 10 Jahren die lebenswichtige Funktion des Essens, Atmens oder Schlafens erkennen.

1.2.2 Kognitive Entwicklung und Todesbegriff

HABERMAS und ROSEMEIER (1990) stellen die Entwicklung von kindlichen Todesvorstellungen in drei Phasen dar:

In der Phase des Vorschulalters „kommt der Tod einfach und geht auch wieder“, ist also reversibel (S.265). Ebenso sind magische oder phantastische Erklärungen innerhalb der kindlichen Vorstellungen von Todesursachen zu finden.

In der zweiten Phase des frühen Schulalters wird die Todesursache einzelnen „externen Agenten“, wie z.B. Gift, Waffen, Unfällen oder dem personifizierten Tod zugeschrieben.

Im späten Schulalter (Phase drei) wird der Tod aus kindlicher Sicht durch den Zustand „innerer Systeme“ verursacht.

FREUD u. BURLINGHAM (1942) gelangten dagegen anhand der Untersuchung von Waisenkindern im Vorschulalter zu der Auffassung, dass kindliche Konstrukte von Todesvorstellungen nicht „vom Alter oder der kognitiven Entwicklung, sondern von den Erfahrungen des Kindes“ abhängen (S.271).

1.2.3 Kindliche Belastungen in Verbindung mit der körperlichen Erkrankung eines Elternteils

LEWANDOWSKI (1992) nennt in einer entwicklungspsychologisch konzipierten Arbeit über die Bedürfnisse und Interventionsmöglichkeiten bei Kindern schwer kranker Eltern oder Geschwister folgende Belastungen, denen die betroffenen Kinder ausgesetzt sind:

- Das Kind wird nicht nur mit der Trennung von dem stationär behandelten Elternteil, sondern auch mit der vermehrten zeitlichen Abwesenheit des gesunden Elternteils (auf Grund von Besuchen des Ehepartners im Krankenhaus etc.) konfrontiert.

- Der gesunde Elternteil sieht sich häufig einem Übermaß an familiärer Verantwortung und der Übernahme gegensätzlicher familiärer Rollen ausgesetzt, was seine Verfügbarkeit und Aufmerksamkeit gegenüber den Kindern negativ beeinflussen kann. Überfordert durch diese neuen Ansprüche können die Eltern mit Gefühlen der Hilflosigkeit und Depression, sowie Zweifeln an ihren elterlichen Fähigkeiten reagieren. Manche Eltern begegnen dieser Situation mit der Verleugnung der Bedürfnisse ihrer Kinder: „Er ist zu jung, um die Geschehnisse zu verstehen, so dass er nicht davon beeinträchtigt wird!“ (S.574; eigene Übersetzung).

- Die elterliche Unterstützung stellt einen wichtigen Anteil an den kindlichen Anpassungsfähigkeiten dar. Elterliche Abwesenheit und damit verbundene fehlende elterliche Unterstützung können zu kindlichen Gefühlen des „Verlassenwordenseins“ und der Unfähigkeit zu effektivem situationsbedingtem Bewältigungsverhalten führen. Zu einem Zeitpunkt, in dem das Kind besonders auf die elterliche Unterstützung angewiesen ist, bleibt ihm diese eventuell versagt. Das Kind kann auf diese Situation mit negativen Gefühlen wie Not und Verwirrung sowie verändertem Verhalten reagieren.

Derartige Verhaltensänderungen von Seiten der gesunden Kinder schwer körperlich kranker Eltern können sich folgendermaßen manifestieren :

- Veränderte Stimmung, wie z.B. Traurigkeit, Depression, Unruhe, geringe Frustrationsgrenze
- Veränderung des Sozialverhaltens, wie z.B. sozialer Rückzug, Lethargie, Aggression, Eifersucht
- Regressive Symptome, wie z.B. Daumenlutschen, Trennungsangst, babyähnliches Verhalten
- Ängste, bemerkbar durch z.B. Schlafstörungen, Alpträume, Stottern, Änderungen im Essverhalten
- Physische Symptome, wie z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, dem erkrankten Elternteil ähnelnde Symptome (Konversionssymptome)

- Änderung des Schulverhaltens wie z.B. Leistungsabfall, Übereifrigkeit als Kompensationsmechanismus, Konzentrationsschwäche, Schulangst, Schwänzen
 - Antisoziales Verhalten, wie z.B. schlechtes Benehmen, Gebrauch von Schimpfworten, Durchbrechen von Regeln und Gesetzen, Diebstahl, Sach- und Personenschaden
 - Gesteigertes Gefühl der eigenen Verantwortung, Kompetenz und Wertschätzung
 - Übermaß an Einfühlung und Verantwortlichkeit gegenüber den Eltern
- (vgl. LEWANDOWSKI, 1992)

In bezug auf die Belastung der Kinder/Jugendlichen eines kranken Elternteils sind die folgenden Faktoren und deren Zusammenspiel von Bedeutung (vgl. RIEDESSER u. SCHULTE-MARKWORT, 1999; WORSHAM, COMPAS et al., 1997) :

Kindliche Faktoren:

Alter des Kindes, Alter bei Ausbruch der elterlichen Krankheit, Entwicklungsstand, Kognition, psychosoziale Kompetenz, Anpassungsniveau, Beziehung zu „Peer Group“ oder Geschwistern (allgemein: „protektive Faktoren“)

Elterliche Erkrankung:

Art (akut, chronisch), Verlauf (rezidivierend, kontinuierlich), Prognose, physische und psychische Beeinträchtigung durch die Erkrankung, Charakteristika der Behandlung (Nebenwirkungen), Vererblichkeit, Alter des erkrankten Elternteils, Gesundheit des anderen Elternteils

Psychosoziale Bedingungen :

Reale und emotionale elterliche Verfügbarkeit, Verfügbarkeit des gesunden Elternteils, Einbeziehung in die elterliche Behandlung, vorbestehende Stressoren, (groß-)familiäre Beziehungsstruktur, andere Lebensereignisse

RIEDESSER u. SCHULTE-MARKWORT (1999) fassen in ihrer Veröffentlichung über die psychischen Folgen und Präventionsmöglichkeiten bei Kindern körperlich kranker Eltern einige spezielle Risikogruppen zusammen:

- Kinder aus Familien ohne sozialen Rückhalt
- Kinder von Eltern mit zusätzlich psychischen Störungen
- Kinder aus Familien mit ehelichen Partnerkonflikten
- Kinder von Eltern mit tödlicher Prognose
- Kinder mit eigener körperlicher oder psychischer Erkrankung

1.2.4 Kindliche Belastung durch die Dialysepflichtigkeit eines Elternteils

ROMER, BARKMANN, SCHULTE-MARKWORT et al. (2001) geben einen Überblick über die spezifischen Belastungsfaktoren, denen Kinder dialysepflichtiger Eltern ausgesetzt sind und fassen wichtige Ergebnisse bisheriger Untersuchungen zusammen.

Der dialysepflichtige Patient ist häufig jahrelang in den medizinischen Behandlungsprozess eingebunden und muss eine perfekte compliance entwickeln, um zu überleben. Diese Situation beeinflusst das Familienleben und speziell die Entwicklung der betroffenen Kinder über viele Jahre.

Bisherige Forschungsergebnisse weisen auf depressive und hypochondrische Verhaltensmuster bei Kindern dialysepflichtiger Eltern hin. Ebenso finden sich Aufmerksamkeitsstörungen und Schulprobleme unter den Betroffenen (ROMER, BARKMANN, SCHULTE-MARKWORT et al., 2001).

Die innerfamiliäre Kommunikation erwies sich als tendenziell eher „wenig offen“ mit aggressions- und konfliktvermeidenden Tendenzen.

Betroffene Jugendliche empfanden den persönlichen Konflikt zwischen dem Wunsch nach Individuation und der wachsenden Verantwortung im familiären Bereich als vorrangig belastend.

Viele Studienteilnehmer berichteten von persönlichem Stressempfinden in bezug auf die elterliche Erkrankung und versuchten durch ein tadelloses Verhalten im häuslichen Bereich, den Eltern keine zusätzliche Probleme zu bereiten.

Es fanden sich aber auch Beispiele problemlosen kindlichen Copings, korreliert mit dem elterlichen Anpassungsvermögen an die Dialysebehandlung oder dem Grad an kindlichen Gesprächsmöglichkeiten mit Gleichaltrigen über persönliche Ängste und Sorgen (vgl. ROMER, BARKMANN, SCHULTE-MARKWORT et al., 2001).

1.2.5 Altersspezifische Belastung

Die Hauptbelastungsfaktoren bei Kindern und Jugendlichen in Verbindung mit der Erkrankung eines Elternteils, sowie deren Verarbeitungsmechanismen lassen sich in altersspezifische Entwicklungsstadien einteilen :

Vorschulkinder

Bei Kindern im Vorschulalter finden sich häufig magische Vorstellungen, die elterliche Erkrankung durch eigenes schlechtes Benehmen, Gedanken oder Wünsche verursacht zu haben (LEWANDOWSKI, 1992). Weiterhin kann die elterlich ernste Stimmung als Botschaft missinterpretiert werden, dass Lachen, Spiel und Spaß der Kinder unakzeptabel sind. Auch die Angst von den Eltern vergessen oder vernachlässigt zu werden ist spezifisch für diese Altersgruppe (LEWANDOWSKI, 1992).

ROMER, BARKMANN, SCHULTE-MARKWORT et al. (2001) weisen darauf hin, dass das Vorschulalter bis heute kaum systematisch untersucht worden ist, nicht zuletzt da für die Selbsteinschätzung jüngerer Kinder kaum standardisierte Messinstrumente existieren.

Schulkinder

LEWANDOWSKI (1992) kennzeichnet die Denkweise von Kindern dieser Alterstufe durch einen konkreten Charakter und geringes Abstraktionsvermögen.

In dieser Entwicklungsstufe sind Kinder in der Lage, Ursachen und Erklärungen in bezug auf die elterliche Erkrankung zu verstehen, so dass ein zusätzlicher Informationsbedarf von kindlicher Seite möglich ist. Auch der Wunsch nach einem Besuch des erkrankten Elternteils in der Klinik kann bestehen. Kinder mit wenigen Besuchsmöglichkeiten haben auf Grund des geringeren Informationsgewinnes in bezug auf die Erkrankung wenig Möglichkeiten, ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen und reagieren mit somatischen Symptomen wie z.B. Kopf- und Bauchschmerzen oder Grippe.

Kinder dieses Alters erleben Gefühle wie Verletzlichkeit, Unsicherheit, Schuld und Unterbrechungen des schulischen oder heimischen Lebens. Sie sind in der Lage sich zu wundern und sich Sorgen zu machen, wobei sich diese Sorgen auch mit einem eventuellen Tod des Elternteils beschäftigen können. Auch die Befürchtung, den Eltern zusätzliche Last und Bekümmernisse aufzuerlegen ist hier zu nennen. (vgl.LEWANDOWSKI, 1992)

LEWIS et al. (1985) untersuchten mit Hilfe von Fragebögen und unstrukturierten Interviews die altersspezifischen Konflikte von Kindern brustkrebskranker Mütter.

Sie beschreiben, dass die Sorgen der 7- bis 10-Jährigen besonders von der Angst um die Familienintegrität, von Traurigkeit, Einsamkeit und Ängstlichkeit bestimmt sind. Kinder in dieser Altersgruppe fürchten um die familiäre Sicherheit und wünschen sich, „dass nicht noch mehr schlimme Dinge passieren“ (S.41).

Weiterhin ist bei Kindern in dieser Entwicklungsphase eine empfindliche Reaktion auf medizinische Eingriffe sowie auf körperliche Veränderungen am kranken Elternteil zu beobachten, welche zu verzerrten kindlichen Körper-Vorstellungen führen kann (vgl.ROST,1992).

Die 10- bis 13-Jährigen konzentrieren sich laut LEWIS (1992) dagegen eher auf eigene Lebensprojekte und demonstrieren eine positivere Lebenseinstellung.

Jugendliche

Jugendliche sind in der Lage, die komplexen Zusammenhänge zwischen der elterlichen Erkrankung, deren Ursachen, der Ernsthaftigkeit der Situation und damit verbundenen Langzeitfolgen zu erfassen. Dabei werden Verständnisschwierigkeiten und der Wunsch nach klärenden Fragen im Rahmen der Krankheit von den Jugendlichen eventuell verschwiegen (vgl. LEWANDOWSKI, 1992).

CHRIST et al. (1994) untersuchten mit Hilfe von Interviews die Auswirkungen von krebserkrankten Eltern im terminalen Stadium auf Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren. Sie kommen zu dem Schluss, dass der Verlust eines Elternteils von den Jugendlichen sehr „abstrakt und verstehend“ erfasst wird. Die Sorgen der Jugendlichen beinhalten den Verlust des Elternteils als Persönlichkeit, in seiner Auswirkung auf das familiäre Klima und die Rollen der Familienmitglieder, sowie die finanzielle familiäre Situation. Sie sind sich der Gefahr der Situation, der Gefahr um Verluste und des physischen und emotionalen Stresses des kranken Elternteils schmerzlich bewusst (CHRIST et al., 1994).

ADAMS-GREENLY et al. (1983) weisen darauf hin, dass Adoleszente „oft die intellektuelle Beherrschung als wirksamen Verarbeitungsmechanismus (...)“ verwenden (S.134). RIEDESSER (1985) erklärt dieses Verhalten als den Versuch der Jugendlichen, den eigenen Ohnmachts- und Unsicherheitsgefühlen zu begegnen, indem „das Willkürliche, Zufällige, Nicht-Steuerbare des Krankheitsereignisses“ verbannt wird (S.695). Auch CHRIST et al. (1994) erkennen in ihrer Untersuchung, dass Jugendliche auf Grund ihrer weiterentwickelten kognitiven Fähigkeiten die elterliche Krankheit, Behandlung und die Auswirkungen auf das Familienleben erfassen und häufig infolge dieses Bewusstseins mit emotionaler Loslösung oder Verdrängung der Probleme reagieren. Dieser Theorie des „strategischen Rückzugs“ entsprechend, finden sich bei einigen betroffenen Jugendlichen Äußerungen wie : „Die Krankheit meiner Mutter hat nichts mit mir zu tun. (...) Sie beeinflusst mein Leben nicht.“ (S.606).

CHRIST et al. (1994) kommen zu dem Schluss, dass dieses Anpassungsverhalten besonders unter den gut adaptierten Jugendlichen verbreitet ist.

Das Bedürfnis nach elterlicher Unterstützung und Absicherung kann von den betroffenen Jugendlichen durch Autonomiebestrebungen (auch als Reaktion auf eine von außen empfundene Erwartungshaltung) verdrängt werden (vgl. LEWANDOWSKI,1992). Häufig ist bei Jugendlichen auch die Reaktionsform von Vermeidung und Flucht vor dem Elternhaus zu finden. WELLISCH (1981) erkannte in einer Studie über die Familienmitglieder von mastektomierten (brustamputierten) Patientinnen, dass viele Jugendliche auf Grund mangelnder Gesprächspartner und -möglichkeiten ihr Zuhause meiden und ihre Freizeit mit Freunden verbringen.

Ebenfalls finden sich Jugendliche, die Kontakte zur Drogenszene aufnehmen, da sie sich der angespannten familiären Situation nicht gewachsen fühlen, wie POWER (1977) anhand einer Untersuchung an 25 Jugendlichen mit einem an Chorea Huntington erkrankten Elternteil belegt.

Die Erwartung der Eltern an ihre Kinder im Rahmen der elterlichen Krankheit, Rücksicht zu nehmen und keine zusätzliche Belastung darzustellen, sich Verantwortungen zu stellen und Hilfsbereitschaft zu zeigen, erkennen auch MAURIN und SCHENKEL (1976) in ihrer Interview-Studie mit 20 Dialysepatienten und deren Ehepartnern. WELLISCH (1979) beschreibt anhand von sechs Kasuistiken über Adoleszente (13 -18 Jahre) mit einem krebskranken Elternteil, dass diese häufig in eine Erwachsenenrolle gedrängt werden, um das familiäre System aufrechtzuerhalten.

FRIEDLANDER und VIEDERMANN(1982) führten in einer Studie halbstrukturierte Interviews mit 12 dialysepflichtigen Elternteilen. Sie gelangen zu dem Schluss, dass die Zufriedenheit betroffener Eltern über das frühreife Verhalten ihrer Kinder, die Befürchtung birgt, eventuellen Abhängigkeitsbedürfnissen ihrer Kinder als „schlechte Eltern“ nicht gerecht werden zu können.

Oftmals übernehmen die betroffenen jungen Menschen freiwillig oder dazu angehalten zusätzliche Verantwortungen innerhalb der Familie und im Haushalt (LEWANDOWSKI,1992). CHRIST et al.(1994) machen darauf aufmerksam, dass die Übernahme derartiger zusätzlicher Aufgaben im Konflikt mit dem zu diesem Entwicklungszeitpunkt üblichen jugendlichen Streben nach Unabhängigkeit und Loslösung vom Elternhaus steht. Die Übernahme von zusätzlichen stressauslösenden Verantwortungen im Haushalt und in der Familie kennzeichnen WORSHAM, COMPAS et al. (1997) in einer Übersicht über kindliche Bewältigungsmuster als spezifisches Verhalten bei den jugendlichen Töchtern krebskranker Mütter. -

„Das ältere Kind (...) identifiziert sich mit den Eltern und ihren Sorgen und fühlt dieselbe Einsamkeit, Hilflosigkeit, Angst, Wut und vielleicht Schuld“ (GLASS,1985).

Diese Identifikation mit dem hospitalisierten Elternteil erkennt ROMANO (1976) in dem Versuch betroffener Jugendlicher, die Rolle des kranken Elternteils im Haushalt zu übernehmen. Auch WINCKOWSKI (1976) beobachtet in einer Studie an 31 Jugendlichen mit einem dialysepflichtigen Vater das Bestreben der Jugendlichen, den Eltern keine zusätzlichen Probleme zu schaffen.

Größere Konflikte mit dem erkrankten Elternteil können hingegen Schuldgefühle induzieren (LEWANDOWSKI,1992).RIEDESSER und WOLFF (1985) beschreiben in ihrer Veröffentlichung, wie Wut und Enttäuschung der Jugendlichen aus Gewissensgründen gegenüber dem Erkrankten nicht geäußert werden können, und diese verdrängten Gefühle nach psychoanalytischen Theorievorstellungen eine „Quelle für Schuldgefühle“ darstellen (S.659).

Schuldgefühle können also sowohl durch Äußerung der Wut als auch durch deren Unterdrückung induziert werden.

ROST (1992) differenziert in einem Literaturüberblick über die psychosozialen Probleme von Kindern körperlich kranker Eltern verschiedene Varianten von Schuldgefühlen. Er unterscheidet bei den Jugendlichen :

- Gefühle die elterliche Krankheit verursacht zu haben
- Ausbruchsschuld bei Ablösung von den Eltern
- Schuldgefühle bei dem Wunsch, eigene Bedürfnisse zu verfolgen oder einfach der belastenden Situation zu entkommen
- Schuldgefühle durch Rebellion oder Aggression den Eltern gegenüber
- Todesschuld (Schuldempfinden für die eigene Unversehrtheit angesichts des elterlichen Leides)

Diese Art des Schuldgefühls fanden auch GOLDMAN et al. (1980/81) bei den adoleszenten Kindern von Vätern in Heimdialyse. Den Jugendlichen stellte sich die Frage nach dem Grund für ein eigenes unbeeinträchtigtes Leben, gegenüber dem von Leid und Tod bedrohten Leben des Elternteils.

Da die Altersspanne in dieser Studie Kinder und Jugendliche im Alter von fünf bis 17 Jahren umfasst, beschränken wir uns an dieser Stelle auf die vorangehend erläuterten Altersgruppen.

1.2.6 Kindliche Bewältigungsstile („Coping“)

Coping wird von LAZARUS (1993) definiert als die „Bemühung um Anpassung an herausfordernde, bedrohliche oder schädliche Umstände“ (S.168; eigene Übersetzung). FILIPP und AYMANN (1996) geben zu bedenken, dass Coping-Verhalten unter belastenden Lebensumständen rein äußerlich nicht von anderen Verhaltensweisen unterscheidbar sein muss. Sie weisen darauf hin, dass das „Bewältigungsverhalten keine homogene Klasse von Reaktionen darstellt“ (S.280), sondern auf eine spezielle stressbeladene Situation ausgerichtet ist, die Anpassungsprozesse der betroffenen Person fordert oder möglicherweise überfordert.

FILIPP und AYMANN (1996) plädieren dafür, die „Bewältigung“ als deutsche Übersetzung für Coping nicht alleine mit gelungenen und hilfreichen Anpassungsprozessen gleichzusetzen. Ihrer Ansicht nach kann eine einzelne Bewältigungsreaktion für sich nicht als adaptiv oder maladaptiv beurteilt werden, da sie stets in Verbindung mit dem subjektiven Belastungsereignis, dem situativen Kontext und dem Zeitraum der Belastung zu beurteilen ist. Vielmehr ist es sinnvoll, die „Bewältigung“ als einen Überbegriff zu verwenden „mit dem die Vielfalt von Verhaltensweisen beschrieben wird, die ihrerseits unterschiedliche (subjektive) Funktionen im Angesicht von Verlust und Bedrohung erfüllen können“ (FILIPP und AYMANN, 1996, S.281).

Problembezogene und emotionsbezogene Bewältigung

Im Rahmen ihrer Übersichtsarbeit über kindliche Bewältigungsmuster in bezug auf die mütterliche Brustkrebskrankung unterscheiden WORSHAM et al. (1997) zwei verschiedene Arten von Bewältigung:

- 1.) Die problembezogene Bewältigung (“problem-focused coping”), welche durch die Bemühung gekennzeichnet ist, Stressoren zu beseitigen oder zu verändern.
- 2.) Die emotionsbezogene Bewältigung (“emotion-focused coping”) die darauf zielt, die von Stressoren ausgelösten negativen Gefühle durch Handlungen und Gedanken zu bewältigen oder zu lindern.

Es findet sich ein entwicklungspezifisches Copingverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Während sich die problembezogene Bewältigung bei Kindern und Jugendlichen relativ stabil und altersunabhängig verhält, wird das emotionsbezogene Bewältigungsverhalten von Jugendlichen mit steigendem Alter zunehmend häufig angewandt (WORSHAM et al., 1997).

Beispiele für diese beiden Arten der Bewältigung fanden COMPAS et al. (1996) in einer Studie über Kinder krebskranker Eltern mit Hilfe von standardisierten Fragebögen und strukturierten Interviews.

Als Beispiele für die emotionsbezogene Bewältigung nannten die Befragten Beschäftigungen wie Fernsehen, Spielen, Malen oder (besonders bei Jugendlichen) den Umgang mit Freunden und die Arbeit fern von zu Hause, um Abstand von der elterlichen Erkrankung und ihren Gefühlen zu diesem Problem zu gewinnen. Aber auch die Suche nach Informationen über die Erkrankung (durch medizinisches Personal oder Bücher) um persönliche Befürchtungen zu lindern, zählen zu dieser Art des Coping.

Die problembezogene Bewältigung wurde von diesen Kindern und Jugendlichen z.B. in Form von Hilfeleistungen bei der Hausarbeit oder „gutem Betragen“ (um den kranken Elternteil nicht zu belasten) geäußert.

Weiterhin wird in dieser Veröffentlichung die doppelt-bezogene Bewältigung („dual-focused Coping“) aufgeführt, welche die beiden zuvor erläuterten Formen in sich vereint und ebenso wie die emotionsbezogene Bewältigung mit zunehmendem Alter der Jugendlichen häufiger angewandt wird.

COMPAS, WORSHAM et al. (1994) gelangen anhand einer Studie über die Belastungssyndrome von krebskranken Elternteilen und ihrer Familie zu der Erkenntnis, dass die kindlichen Coping-Anstrengungen enger mit den subjektiven Einschätzungen des Stresses in bezug auf die Erkrankung in Verbindung stehen als mit den objektiven Parametern der Krankheit. Auch die eingeschätzte persönliche Einflussnahme auf den Verlauf dieses Stresses ist von zentraler Bedeutung .

Laut dieser Studie sind ein subjektiv hohes Maß an Kontrollmöglichkeiten sowie der Gebrauch von problembezogener Bewältigung mit einem geringeren Grad an psychischem Stress in Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen die eine Vielzahl von Stressoren bewältigen müssen verbunden.

Mit zunehmenden Alter der Kinder und Jugendlichen ist hingegen eine Zunahme an emotionsbezogener Bewältigung, eine Abnahme von zudringlichen Gedanken (“intrusive thoughts”), eine Zunahme von Vermeidung (“avoidance”) von Gedanken über die Krebserkrankung der Eltern und ein höherer Grad an Angst und Depression in Verbindung mit der elterlichen Krebserkrankung zu beobachten.

Die geringe Wahrnehmung von Kontrollmöglichkeiten sowie der geringe Grad an beobachtbarer problembezogener Bewältigung bei diesen Jugendlichen mag allerdings mit dem speziellen Charakter der Krebserkrankung in Verbindung stehen (vgl. COMPAS, 1996).

In ihrer Untersuchung gelangen COMPAS et al.(1996) zu dem Schluss, dass der Versuch der Kinder und Jugendlichen mittels emotionsbezogener Bewältigung eine Ablösung von dem Stress der Eltern durch die Erkrankung zu erreichen, eher zu einem Anstieg des persönlichen Stresses führt.

Ältere Teilnehmer dieser Studie weisen also relativ ineffektive Coping-Strategien auf. Auch CARVER et al.(1993) beobachten in einer Studie über die Bewältigungsmechanismen brustkrebskranker Frauen einen Anstieg an emotionalem Stress in Verbindung mit Coping-Strategien des Verdrängens.

Kommunikation über die Krankheit

LEWANDOWSKI (1992) betont, dass sich ein größeres Maß an Kommunikation und Information über die Erkrankung eines Familienmitgliedes positiv auf die Anpassung der Familie an die Situation auswirkt.

Häufig übernehmen Mütter die Rolle der „Kommunikations-Förderin” (“communication facilitator”) innerhalb der Familie, so dass die innerfamiliäre Kommunikation im Falle einer mütterlichen Erkrankung besonders stark beeinträchtigt ist (vgl. LEWANDOWSKI,1992).

Da Kinder eine besondere Aufmerksamkeit gegenüber Geschehnissen und Gefühlen ihrer Umgebung besitzen, ist es wichtig für sie, ihre eigenen Gefühle zum Ausdruck zu bringen, besonders wenn diese von Ängsten bestimmt sind. Allerdings wissen manche Kinder nicht, was sie fragen sollen.

Auch die Befürchtung, den kranken Elternteil mit Fragen zu belasten, trägt zu Vermeidungsverhalten und Rückzug bei.

Doch die sich entwickelnden Fantasien über die elterliche Erkrankung, können für die betroffenen Kinder „viel schlimmer und beunruhigender als die (...) Realität ” sein, da sie in den Kindern „Gefühle von Einsamkeit, Isolation und fehlender Unterstützung (...), zu einem Zeitpunkt wo sie elterliche Unterstützung und Beruhigung am meisten benötigen würden” hervorrufen (LEWANDOWSKI, 1992, S. 578, eigene Übersetzung). LEWANDOWSKI (1992) kommt zu dem Schluss, dass Kinder durchaus in der Lage sind, schwierige Situationen zu erfassen, sofern sie altersentsprechend angepasste Erklärungen erhalten. Offene und den individuellen Bedürfnisse und Fragen des Kindes angemessene Erklärungen, haben sich dabei als besonders sinnvoll erwiesen, denn auch unvollständige oder widersprüchliche Informationen können Ängste hervorrufen, die dann eventuell noch größer sind als vorher.

Familiäre Bewältigungsstrategien

LEWIS et al. (1993) untersuchten in einer Studie das Bewältigungsverhalten von 40 Familien brustkrebskranker Frauen.

Sie verbinden die positiven psychosozialen Fähigkeiten eines betroffenen Kindes mit der Häufigkeit von Kontakten zu dem gesunden Elternteil, sowie mit einsehbaren innerfamiliären Bewältigungsmustern, also z.B. dem familiären Umgang mit Problemen und dem gegenseitigen Feedback unter den Familienmitgliedern über ihr Bewältigungsverhalten. Eheleiche Probleme und depressive Symptome des gesunden Elternteils wirken sich dagegen negativ auf die familiäre Problembewältigung aus (LEWANDOWSKI et al.,1993).

Intellektuelle Kontrolle

CHRIST et al. (1994) beobachten in ihrer Studie über die Jugendlichen von krebserkrankten Eltern das Bestreben nach intellektueller Kontrolle, also die geradezu „aggressive und ausdrückliche Suche nach Informationen über Krankheit und Behandlung bei Ärzten, Lehrern, Büchern, Zeitschriften“ als wichtiges Bewältigungsverhalten (S.609). Diese wirkt klärend und hilfreich (auch bei schlechter Prognose der elterlichen Erkrankung), während Fehlinformationen oder -deutungen eher noch größeren Stress hervorrufen (CHRIST, 1994).

Sinnsuche

Auf der Suche nach einer tieferen Bedeutung für die Erkrankung des Elternteils entwickeln etliche betroffene Kinder philosophische Ansichten über die Bedeutung der Krankheit, dessen Rolle in ihrem Leben und den unvermeidbaren Tod (CHRIST et al.,1994). Beispielhaft wird Jack, 16 Jahre, zitiert dessen Mutter unmittelbar an Krebs erkrankt war: „Es hat mir geholfen, zu verstehen, wie es für jemanden ist, so etwas durchzumachen.“ (ebd., S.610). Diese stärkende Bewältigungsstrategie hilft den Kindern/Jugendlichen dabei, ihre Gefühle zu beherrschen und Antworten auf krankheitsbedingte Fragen zu finden (vgl.CHRIST et al.,1994).

Suche nach Hilfe

CHRIST et al. (1994) sehen eine Korrelation zwischen starker sozialer Unterstützung und einem reduzierten Grad an Depression.

Gesprächspartner oder “peer-groups” gleichaltrig Betroffener helfen den Kindern sowohl dabei, Gedanken und Gefühlen Ausdruck zu verleihen, als auch Unterstützung und Information zu erhalten.Allerdings ist auch das kindliche Vermeiden von Gesprächen mit Elternteilen die (aus kindlicher Sicht) „zu emotional“ sind, zu beobachten.

1.3 Fragestellung

Für die vorliegende qualitative Interviewstudie an einer Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit einem dialysepflichtigen oder ehemals dialysepflichtigen Elternteil wurden, unter Berücksichtigung des bisherigen Forschungsstandes über Kinder körperlich kranker Eltern, die folgenden Fragestellungen zu Grunde gelegt :

- Welche allgemeinen und altersspezifischen Krankheitskonzepte haben Kinder und Jugendliche in Hinblick auf die Nierenerkrankung und Dialysebehandlung des erkrankten Elternteils ?
 - Ab welcher Altersstufe nehmen Kinder eines nierenkranken Elternteils die Erkrankung bewusst wahr ?
 - Welche Vorstellungen haben Kinder und Jugendliche von Schweregrad und Ernsthaftigkeit der elterlichen Erkrankung sowie vom möglichen weiteren Krankheitsverlauf ?
 - Welche Informationsmöglichkeiten bieten sich den Kindern/Jugendlichen in bezug auf die elterliche Erkrankung ?
 - Welche Vorstellungen finden sich bei Kindern nierenkranker Eltern von Tod und Sterben ?

- Welchen Einfluss übt die elterliche Nierenerkrankung/Dialysebehandlung aus kindlicher Sicht auf das Familienleben aus ?
 - Wie beeinflusst die elterliche Erkrankung die kindliche Beziehung zum gesunden sowie zum kranken Elternteil ?
 - Welche Verantwortungen übernehmen Kinder nierenkranker Eltern innerhalb und außerhalb der Familie?
 - Welche Vorstellungen haben betroffene Kinder, wie sich eine völlige Genesung des kranken Elternteils auf das familiäre Leben und die Beziehung des Kindes zu den Eltern auswirken würde ?

- Welche Gedanken und Gefühle haben Kinder nierenkranker Eltern in bezug auf die Erkrankung ?
 - Welche Belastungen, Ängste und Sorgen sind bei Kindern/Jugendlichen nierenkranker Eltern zu finden und wie gehen sie mit diesen um ?
 - Inwieweit können die Kinder/Jugendlichen persönliche Wut und Aggressionen den Eltern gegenüber äußern ?
 - Gibt es Einschränkungen, die betroffene Kinder auf Grund der elterlichen Krankheit in ihren Bedürfnissen und ihrer Entwicklung erfahren ?
 - Welche Vorstellungen haben Kinder und Jugendliche eines nierenkranken Elternteils über ihre eigene Zukunft und die ihrer Eltern ?

- Welche Bewältigungsmöglichkeiten (eigene, familiäre, außerfamiliäre) bieten sich den betroffenen Kindern und Jugendlichen im Umgang mit Ängsten und Sorgen ?
 - Über welche individuellen und familiären Stärken und Ressourcen verfügen Kinder nierenkranker Eltern?
 - Welchen sozialen Rückhalt haben die betroffenen Kinder und Jugendlichen ?

1.4 Ziel der Arbeit

Es wurde bereits die Problematik erläutert, dass bislang nur wenige Forschungsansätze existieren, die sich mit der Thematik „Kinder körperlich kranker Eltern“ auseinandersetzen. Eine besondere Schwierigkeit stellt die fehlende Zahl systematischer Untersuchungen unter den vorhandenen Studien dar.

Um die subjektiven Dimensionen des kindlichen Erlebens elterlicher Erkrankung zu erfassen, ist es erforderlich, die in Interviews gewonnenen authentischen Aussagen der betroffenen Kinder in ihrem Wortlaut als Forschungsgegenstand aufzunehmen.

Dabei darf jedoch nicht vernachlässigt werden, dass auch ein qualitatives Untersuchungsverfahren bestimmten Gütestandards entsprechen muss (ROMER, BARKMANN, SCHULTE-MARKWORT et al., 2001). Insbesondere die bislang publizierten qualitativen Untersuchungen bekräftigen jedoch das Vorurteil der „amethodischen“ Vorgehensweise eines solchen Forschungsdesigns. Qualitativen Studien welche die Problematik von Kindern körperlich kranker Eltern untersuchten mangelte es bislang häufig an Definitionen theoretischer Vorannahmen der Untersuchung. Nicht selten bleibt sogar unklar, welche Personen überhaupt untersucht wurden. Auch die Ergebnisdarstellung vieler Untersuchungen erfolgt oftmals ohne Erläuterung von Auswertungsverfahren und Interpretationsmethode. So existieren entweder:

- kasuistische Einzelfalldarstellungen
- oder
- Arbeiten die sich in ihrer Darstellung auf eine narrative „Zusammenfassung der häufig auftauchenden Themen“ beschränken.

(ROMER, BARKMANN, SCHULTE-MARKWORT et al., 2002, S.11).

Die Validität des Untersuchungsdesigns ist in vielen Studien lediglich anhand der Plausibilität gegeben, wodurch der Eindruck entsteht, dass der Autor eine vorgefertigte Meinung zu belegen versucht. (ROMER, BARKMANN, SCHULTE-MARKWORT et al., 2001).

Nur eine geringe Zahl von Forschungsansätzen (CHRIST, SIEGEL, FREUND et al., 1993; SIEGEL & SPERBER, 1994; DIERKS, 1996; BRECH, 1996) weist also sowohl sorgfältig formulierte theoretische Vorannahmen als auch ein sorgsam gewähltes Untersuchungs- und Auswertungsdesign auf (vgl. ROMER, BARKMANN, SCHULTE-MARKWORT et al., 2001).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, ein Untersuchungsverfahren anzuwenden, das nicht nur den Anforderungen an eine systematische, nachvollziehbare und replizierbare Methodik entspricht, sondern durch sein streng textimmanentes Vorgehen möglichst nah am intendierten Forschungsgegenstand -dem subjektiven Erleben von Kindern körperlich kranker Eltern- bleibt.

2. Methodik

2.1 Wahl des Untersuchungsplans

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um die Analyse von Einzelfällen mit Hilfe der qualitativen Auswertung von Einzelinterviews. Einzelfallforschung zeichnet sich durch ihre besondere Sensibilität für individuelle Differenzen aus und ist dabei flexibel einsetzbar (KERN, 1997). Sie gestattet es also, die Individualität und subjektive Bedeutungswelt einzelner Personen zu erfassen.

Die Vorzüge einer qualitativen Methodik bei der Anwendung auf Einzelfallanalysen liegen besonders in dem offenen, deskriptiven und interpretativen Charakter qualitativer Analyseverfahren.

MAYRING legt ein besonderes Augenmerk auf den Vergleich zwischen qualitativen und quantitativen Auswertungsverfahren. Er weist darauf hin, dass die qualitative Analyse die „volle Komplexität ihrer Gegenstände“ erfasst, während quantitative Analyse ihren „Gegenstand zerstückele (...)“ (1995, S.20). Bei der Qualitativen Inhaltsanalyse werden die Vorteile einer systematischen Vorgehensweise genutzt, ohne in eine vorschnelle Quantifizierung zu verfallen (vgl. BRÄHLER und ADLER, 1996).

Weiterhin gibt MAYRING (1995) zu bedenken, dass am Beginn des wissenschaftlichen Arbeitens immer ein qualitativer Schritt stehen sollte, um das was untersucht werden soll zunächst benennen zu können. Qualitative Analyse sollte also im Rahmen der Entwicklung einer Fragestellung (z.B. Hypothesenfindung und Theoriebildung), zur Begriffs- und Kategorienfindung sowie zur Entwicklung von Analyseinstrumentarien stattfinden (vgl. MAYRING, 1995). Auf diese „Grundlage des Instrumentariums der Gegenstandserfassung können quantitative Schritte folgen, sie müssen es aber nicht.“ (S.21).

BORTZ und DÖHRING (1995) sehen das Ziel der Qualitativen Inhaltsanalyse in der Interpretation von manifesten und latenten Inhalten des Materials in ihrem sozialen Kontext und Bedeutungsfeld. Qualitative Erhebungen vermitteln einen komplexen Einblick in die kindlichen Mechanismen der Anpassung an die elterliche Erkrankung, was auf die offene Fragestellung und die Darstellung und Bewertung von Originalinterviews zurückzuführen ist.

Qualitative Methoden erlauben es, sich einer Fragestellung phänomenologisch zu nähern, ein komplexes Bild zu vermitteln und auf diese Weise theoretische Modelle zu entwickeln. So sind es überwiegend die Studien vom qualitativen Typ, welche dazu beitragen, die vom jeweiligen Entwicklungsstadium abhängigen kindlichen Anpassungsprozesse an die Erkrankung der Eltern zu verstehen (vgl. ROMER, BARKMANN, SCHULTE-MARKWORT et al., 2001).

Beispiele für den erfolgreichen Einsatz qualitativer Analysen in Einzelfallstudien finden sich in klassischen soziologischen Feldforschungsprojekten, sowie in neueren Ansätzen der biographischen Forschung und der Pädagogik (MAYRING, 1995).

2.2 Datenerhebungsverfahren

Bei der Interviewführung mit den Kindern und Jugendlichen wurde der Typus des „halbstrukturierten Interviews“ (auch als „halbstandardisiertes Interview“ oder „Leitfaden-Interview“ bezeichnet) gewählt.

BORTZ (1984) unterscheidet drei Formen von Standardisierung im Interview:

1. Das standardisierte (vollständig strukturierte) Interview

Wortlaut und Abfolge der Fragen sind eindeutig und für den Interviewer verbindlich vorgegeben. Besondere Eignung für „klar umgrenzte Themenbereiche, über die man bereits detaillierte Vorkenntnisse besitzt“. (S. 166)

2. Das nichtstandardisierte (unstrukturierte, qualitative) Interview

Lediglich ein thematischer Rahmen wird vorgegeben, offene Gesprächsführung. Die Persönlichkeit des Interviewers und die Art seiner Gesprächsführung sind von wesentlicher Bedeutung. Besonders geeignet, um sich einen „allgemeinen Überblick über Informationen und Meinungen zu einem Thema zu verschaffen“ (S.166)

3. Das halbstandardisierte (halbstrukturierte) Interview,

das im Folgenden näher erläutert werden soll

In einem Überblick über „Die Qualitativen Interviews in der Sozialforschung“ charakterisiert FLICK (1991) das halbstrukturierte Interview durch fehlende Antwortvorgaben sowie die freie Artikulation von Ansichten und Erfahrungen des Befragten, in Abgrenzung zum standardisierten Interview.

Den dabei zugrundegelegten Gesprächsleitfaden definiert WITZEL (1985) in einer Veröffentlichung über das „Qualitative Interview“ als thematische Organisationsform des Hintergrundwissens des Forschers, „um zu einer kontrollierten und vergleichbaren Herangehensweise an den Forschungsgegenstand zu kommen“ (S.236). Somit ist der Leitfaden ein Orientierungsrahmen und eine Gedächtnisstütze, welcher der „Unterstützung und Ausdifferenzierung von Erzählsequenzen des Interviewten“ dient (WITZEL 1985, S. 236). In einem derartigen Interviewleitfaden findet sich der gesamte Problembereich der Untersuchung systematisiert nach thematischen Feldern mit ihren stichpunktartig subsumierten Inhalten (WITZEL, 1985).

FLICK (1991) erkennt weitere entscheidende Charakteristika des halbstrukturierten Interviews darin, dass die vorgegebenen Fragen im Interview durch „klärende Nachfragen“ zu ergänzen sind und von den Befragten eingebrachte und im Sinne der Untersuchung als relevant erscheinende „Gesichtspunkte aufzugreifen“ sind, um sie auch unabhängig vom Interviewleitfaden in die Gesprächssituation einzubauen.

In Orientierung an den dieser Studie zu Grunde liegenden Fragestellungen wurde ein Gesprächsleitfaden mit den folgenden Themenschwerpunkten zu Grunde gelegt:

- Fragen zum kindlichen Erleben der elterlichen Erkrankung
 - Alter des Kindes bei Krankheitsbeginn
 - Kenntnisse über Erkrankungsgrad, Behandlungsmethoden und Prognose des erkrankten Elternteils
- Fragen zum familiären Leben
 - Krankheitsbedingte Veränderungen im Leben der Familie
 - Aufgaben und Verantwortung des Kindes innerhalb der Familie
 - Gedanken des Kindes zur Zukunft der Eltern
- Fragen zur erlebten kindlichen Belastung und Bewältigung im Rahmen der elterlichen Erkrankung
 - Gedanken und Gefühle des Kindes zur Erkrankung
 - Vom Kind erlebte Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten
 - Sich dem Kind bietende Gesprächspartner im Rahmen der elterlichen Erkrankung
 - Veränderungen im Leben des Kindes bei Genesung des Elternteils
- Kindliche Vorstellungen und Wünsche für die eigene Zukunft

ROMER, BARKMANN, SCHULTE-MARKWORT et al. (2001) beurteilen in einem methodologischen Überblick über das Forschungsfeld „Kinder körperlich kranker Eltern“ einige Forschungsinstrumente. Sie sehen einen wichtigen Vorteil des halbstrukturierten Interviews in dessen „Fokus auf die subjektiven Erfahrungen von Kindern und Familien“, der insbesondere durch die Einbeziehung des einzigartigen Verbalisierungs-Stils der Befragten gegeben ist (ebd., S.11; eigene Übersetzung).

WORSHAM, COMPAS et al. (1997) weisen in einem Überblick über kindliche Bewältigungsmuster in bezug auf die elterliche Erkrankung darauf hin, dass sich das halbstrukturierte Interview besonders in der Erforschung kindlicher Anpassungsstrategien eignet. Sie betonen, dass kein standardisierter Fragebogen existiert, der die Einschätzung kindlicher Bewältigung über mehrere Altersklassen hinweg erlaubt.

Dagegen bieten teilstrukturierte Interviews die Möglichkeit, der erforderlichen „Empfindlichkeit gegenüber den individuellen Differenzierungen kindlicher Reaktionen auf die elterliche Erkrankung“ gerecht zu werden. (ebd., S 208; eigene Übersetzung).

Ein Nachteil dieser Interviewform ist jedoch, dass die befragten Kinder und Jugendlichen stets nur über eine Auswahl von zwei bis drei Anpassungsstrategien zu verfügen scheinen, während anzunehmen ist, dass sie innerhalb eines standardisierten Fragebogens mit einer zur Auswahl stehenden Anzahl an Items eine größere Zahl von Bewältigungsmustern angegeben hätten (vgl. WORSHAM, COMPAS et al.,1997).

Folglich wurde in dieser Studie mit dem halbstrukturierten Interview eine Gesprächsform gewählt, die sowohl eine kontrollierte, theoretisch fundierte Herangehensweise an die Problematik von Kindern dialysepflichtiger Eltern ermöglicht, als auch genügend Freiraum für die Artikulation des kindlichen Erlebens elterlicher Erkrankung und individueller kindlicher Bewältigungsmuster bietet.

2.3 Aufbereitungsverfahren

Mit Hilfe von Videoaufzeichnungen der Einzelinterviews wurde eine unverfälschte Darstellung der Gesprächssituation ermöglicht, die zusätzlich ein Einbeziehen nonverbaler Situationsinhalte in die Untersuchung zuließ.

Um die Durchführung der „strukturierenden Inhaltsanalyse“ zu erleichtern, wurden die videoaufgezeichneten Einzelinterviews mit den Kindern/ Jugendlichen zunächst wörtlich transkribiert. Auf diese Weise wurde ein umfassender und anschaulicher Überblick über die kindlichen Aussagen erstellt, der eine gute Grundlage für das weitere Vorgehen darstellte.

Bei der Transkription wurde das Symbolsystem von KALLMEYER und SCHÜTZE (1967) berücksichtigt:

(lachen, Gesten)	=	Charakterisierung nichtsprachlicher Vorgänge
...	=	kurze Pausen
(lange Pause)	=	lange Pausen
(?)	=	unverständliche Textpassagen
(Tonfall, z.B. „leise“)	=	gesonderte Aufführung bei der Interpretation

Die Wahl dieses Systems ermöglichte es, Kontextinformationen zu transkribieren, um zusätzlich den nonverbalen Inhalt eines Interviews innerhalb des Transkriptes festhalten zu können.

2.4 Auswertungsverfahren

2.4.1 Ansätze qualitativer Auswertung

Es existieren zahlreiche Ansätze zur qualitativen Auswertung von erhobenem Datenmaterial.

BRÄHLER und ADLER (1996) differenzieren beispielsweise danach, wie sehr die jeweiligen Verfahren „einzelfallanalytisch oder fallvergleichend vorgehen, wie schnell sie allgemeine Kategorien anlegen und wie intensiv und tief die Interpretationen ansetzen“ (S.122). Häufig werden in einem Auswertungsverfahren keine „Reinformen“, sondern flexible Methoden, die den Erfordernissen des Gegenstandes entsprechen, verwendet (BRÄHLER und ADLER, 1996). Dennoch lassen sich drei grundlegende Ansätze voneinander abgrenzen:

- 1.) Die “grounded theory”- Methode
- 2.) Die qualitative Inhaltsanalyse
- 3.) Hermeneutische Verfahren

Diese werden im folgenden Abschnitt erläutert.

1.) Die ”grounded theory”- Methode

Dieses international verbreitete Verfahren wurde in den 60er Jahren von den Medizinsoziologen Glaser und Strauss entwickelt.

Es hat die Entwicklung und Überprüfung gegenstandsbezogener Theorien zum Ziel, die also in das vorliegende Material verankert (“grounded”) sind. Ausgehend von der Auffassung, dass hinter den textimmanenten „Indikatoren“ (Ereignissen, Verhaltensweisen) latente „Konstrukte“ stehen, sucht der „grounded theory“-Ansatz nach der Schlüsselkategorie eines Textes (vgl. BORTZ und DÖRING, 1995).

Das übergeordnete Ziel ist die Entwicklung „formaler Theorien“ mit einem hohen Allgemeinheitsgrad aus einer Vielzahl von gegenstandsbezogenen Theorien.

Das Analysematerial wird nach Worten oder Sätzen „kodiert“, zusammengefasst, interpretiert und mit weiteren Fällen verglichen. Im Laufe des Auswertungsprozesses werden Ideen und Fragen in Form von „Memos“ als Gedächtnis- und Strukturierungshilfen festgehalten. Diese Memos stellen bereits Theorie-Fragmente dar. Aus einer Memokette entsteht schließlich eine Theorie (BORTZ und DÖRING, 1995). Weiterführende Forschungsfragen können sich innerhalb dieses Verfahrens ergeben und eine erneute Datenerhebung veranlassen, sodass der Prozess einer ständigen Weiterentwicklung unterliegt.

Problematisch ist zu sehen, dass es sich um ein sehr zeitintensives Verfahren handelt, welches eine große Menge von zusätzlichem Deutungsmaterial erzeugt, dessen Handhabung durchaus kompliziert sein kann (BORTZ und DÖRING, 1995).

Besonders in der Gesundheitsforschung hat diese Methode eine lange Tradition (vgl. BRÄHLER und ADLER, 1996).

LAMNEK(1985, S.121) gibt ein Beispiel für die simultane Datensammlung und -analyse im Prozess der „grounded theory“ - Auswertung :

Bei der teilnehmenden Beobachtung (-> Datensammlung) in einer Eingeborenen-Kultur gelangt der Forscher (-> Datenanalyse) zu der Vermutung , dass bestimmte Arten sexuell abweichenden Verhaltens (bzw. ihm als abweichend erscheinenden Verhaltens) großzügig toleriert werden (-> theoretische Vorannahme). Er wird nun sensibilisiert für „sexuelle Permissivität“ in dieser Kultur (-> Wechsel in der Wahrnehmung).

Im Verlauf seiner weiteren Forschung auf diesem Gebiet, könnte er dann feststellen, dass die Toleranz nur für bestimmte Statusgruppen unter bestimmten Bedingungen gilt (-> Änderung der Datenlage), sodass er sein früheres Konzept von der Permissivität in dieser Kulturevidieren muss (-> Änderung der theoretischen Vorannahmen u. Anpassung der weiteren Datensammlung).

2.) Die qualitative Inhaltsanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse wurde als Auswertungsverfahren in dieser Studie gewählt.

Die „strukturierende Inhaltsanalyse“ als eine spezielle Form der qualitativen Inhaltsanalyse, verfolgt das Ziel „(...) bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern und unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material unter bestimmten Kriterien einzuschätzen“ (MAYRING, 1995, S.213). Durch den weitgehenden Verzicht auf konstruktgeleitete Interpretationsschritte lassen sich die Ergebnisse ausschließlich aus dem Text selbst herleiten (textimmanentes Vorgehen). Die Kriterien der Nachvollziehbarkeit und Replizierbarkeit werden im besonderen Maße erfüllt. Somit ist die Qualitative Inhaltsanalyse eine der „strukturiertesten, am stärksten regelgeleiteten Vorgehensweisen“ innerhalb des „Spektrums an qualitativ orientierten Ansätzen“, während modernere Ansätze wie hermeneutische Vorgehensweisen und die „grounded theory“ den Gegenpol zu dieser Dimension darstellen (vgl. MAYRING, 1995).

3.) Hermeneutische Verfahren

Diese Auswertungsmethoden wurden 1979 von U. Oevermann und Mitarbeitern im Rahmen familientherapeutischer und sozialisationssoziologischer Untersuchungen entwickelt. „Hermeneutik“ ist der Prozess der Verständigung und des Verstehens.

Ziel wissenschaftlicher Hermeneutik ist das Erkennen von Tiefenstrukturen eines Textes mit Hilfe intensiver Interpretation. MAYRING sieht das Ziel darüber hinaus nicht nur in der Interpretation „von Texten, sondern von sinnhafter Realität überhaupt“ (MAYRING 1988, S.25).

Die hinter einer Einzelhandlung liegenden latenten Sinnstrukturen sollen herausgearbeitet werden und als eigenständige Realität anerkannt werden, unabhängig davon „ob sie von den an der Interaktion beteiligten Subjekten intentional realisiert wurden oder nicht“ (LAMNEK, 1985, S.214).

Innerhalb eines „sequentiellen“ Vorgehens werden zunächst von einer Gruppe von Forschern möglichst viele Hypothesen generiert. In den folgenden Schritten wird dann die wahrscheinlichste Bedeutung eines Interaktes ausgesondert. Die sogenannte Feinanalyse (gegliedert in acht Ebenen) stellt besonders bei verschrifteten Interaktionsprotokollen das eigentliche inhaltsanalytische Vorgehen im Rahmen der objektiven Hermeneutik dar. Dabei besteht der erste Teil darin, „die für einen Fall zutreffende Kommunikations- bzw. Handlungs-Figur zu rekonstruieren.“ (LAMNEK, 1985, S. 215). In diesem Schritt wird nicht die subjektiv gemeinte Deutung einer Handlungsfigur bestimmt, sondern die wahrscheinlichste objektive Bedeutungsmöglichkeit rekonstruiert. Im zweiten Teil der Feinanalyse werden dann Aussagen über allgemeine familiensoziologische Zusammenhänge getroffen. (LAMNEK, 1985).

Weitere Fallanalysen oder -vergleiche haben die „Verallgemeinerungen über soziale (objektive) Bedeutungsstrukturen“ zum Ziel. (BRÄHLER und ADLER, 1996, S.123). Somit ist diese Methode sehr zeitaufwendig und erfordert die Arbeit von Interpretenteams. Besonders innerhalb von biographischen Untersuchungen kommt dieses Verfahren zur Anwendung.

LAMNEK (1985, S. 219) führt ein Beispiel von OEVERMANN für die Methode der Feinanalyse in der objektiven Hermeneutik an:

Am Abend möchte der Vater (V) für die Kinder eine Fernsehsendung einschalten, was ihm aber nicht gelingt; die Mutter (M) kommt herein, registriert das vergebliche Bemühen des Vaters, geht zum Fernsehgerät und findet auf Anhieb das vorgesehene Programm.
(BK ist im Protokoll die Abkürzung für Beobachterkommentar).

” *M : Hm? Hm?*

V : Da stimmt irgendetwas nicht mit der Skala.

BK: M. hat sofort gefunden. V. etwas sauer deswegen, offensichtlich.

V : Die Ruth die spielt da immer so viel dran.

BK: V. steht jetzt auf, studiert das Programm. ”

Die zweite Zeile des Protokolls wird durch die Feinanalyse wie folgt interpretiert:

M. hat V. zur Kommentierung oder Erklärung indirekt aufgefordert.

V. hat objektiv versagt in bezug auf ein Handlungsziel, das vorher von ihm selbst den Kindern gegenüber als wichtige Veranstaltung thematisiert worden ist. M. hat ihn ‘geschlagen’, sie ist objektiv ‘besser’ gewesen. (...)

V. steht weiterhin vor dem Problem seine ‘angeschlagene’ Stellung vor den Kindern wieder herzustellen, beziehungsweise zu prüfen, wie von seinen Kindern, aber auch von seiner Frau die Niederlage aufgenommen worden ist. Gleichzeitig scheint deutlich spürbar zu sein, dass er verärgert ist. V. steht also vor dem Problem, diesen Ärger angemessen in seiner Selbstdarstellung unterzubringen. Weiterhin: Er kann die Gründe für sein Scheitern bei sich selbst suchen oder auf andere projizieren. (...)

V. will seinen Misserfolg erklären. Er sucht dafür eine äußere Ursache, die aber unklar bleibt. An ihm selbst könne es nicht gelegen haben.

Berücksichtigt man, dass für V. die funktechnischen Geräte stark 'besetzt' sind und er deren Bedienung offensichtlich zum Bestandteil seiner Kompetenzansprüche macht, so wird plausibel, dass V. seine Kompetenz dadurch wiederherstellen möchte, dass er unbekannte, außer ihm selbst liegende Gründe für sein Scheitern anführt. (...)

Gegenüber dem Auditorium macht V. durch diesen Kommentar seine Kompetenzgefährdung durch diesen vergleichsweise harmlosen Anlass erst zu einem 'issue'.

Er fordert seine Kompetenz in der Haltung defensiv und an der Mitteilungsoberfläche nach außen projizierend zurück in einer sozial wenig erfolgreichen Weise. (...)

Als Beispiel für ein hermeneutisches Verfahren wurde für den zweiten Auswertungsschritt in der vorliegenden Studie die von LORENZER in den 70er Jahren entwickelte psychoanalytische Textinterpretation, modifiziert nach DIERKS (1996), gewählt. Dieses Vorgehen wird im Abschnitt wird im Abschnitt 2.4.3 erläutert.

2.4.2 Die strukturierende Inhaltsanalyse

Im Folgenden wird das an die Methodik von MAYRING angelehnte Ablaufmodell der strukturierenden Inhaltsanalyse, das für diese Untersuchung gewählt wurde, beschrieben (vgl. MAYRING, 1995).

1. Theoriegeleitete Oberkategorien bilden

Unter Berücksichtigung der Fragestellung einer Untersuchung und den darauf aufbauenden Gesprächsleitfaden wird als erster Schritt ein theoriegeleitetes System von deskriptiven inhaltlichen Oberkategorien erstellt, das die erste Strukturierungsdimension für die anschließende strukturierende Inhaltsanalysen darstellt. -

Die vier Oberkategorien in dieser Studie lauteten :

1. Kindliche Selbstwahrnehmung, 2. Familie, 3. Risiko/Belastung und
4. Reaktionen/Bewältigung

2. Textpassagen zuordnen

Als Folgeschritt wird festgelegt, in welchem Umfang die Texteinheiten eines Transkriptes in die Inhaltsanalyse eingehen sollen. Dabei ist es von Bedeutung, genau den Textumfang zu wählen, der die Originalaussage durch ihre Darstellung nicht verfälscht oder ihres ursprünglichen Sinnes beraubt. –

Wir entschieden uns dafür, die Textpassagen oder Sätze aus dem Transkript zu extrahieren, welche einen eindeutigen Bezug zu einer entsprechenden Kategorie erkennen ließen. –

Handelt es sich bei den zu bearbeitenden Transkripten um Interviews, ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass nur die klare eigene Wortwahl eines Kindes und nicht die vom Interviewer suggerierte Formulierung in die strukturierende Inhaltsanalyse einfließen sollte. -

In dieser Studie wurden zunächst gemeinsam beispielhafte Texteinheiten eines Interviewtranskriptes für eine Oberkategorie gesucht und Kriterien für die eindeutige Zuordnung einer Texteinheit bei eventuell auftretenden Abgrenzungsproblemen zwischen mehreren Kategorien definiert (vgl. Mayring, 1995). -

Das erste (Interview-)Transkript kann nun unter Berücksichtigung der zuvor erstellten Oberkategorien einem ersten Materialdurchlauf unterzogen werden, in dem die einer Oberkategorie entsprechenden Texteinheiten extrahiert, bearbeitet und der entsprechenden Kategorie zugeordnet werden.

3. Inhaltsgeleitete Differenzierung der Kategorien

Ausgehend von den Textinhalten die den einzelnen inhaltlichen Oberkategorien zugeordnet worden sind, werden in einem nächsten Schritt entsprechende „Unterkategorien“ formuliert, die eine sinnvolle Unterteilung in angesprochene Themenbereiche erlauben. Die Schritte der Textextraktion und Kategorisierung werden dann mehrmals wiederholt und die Kategorien erweitert, revidiert oder zusammengefasst, bis schließlich ein strukturiertes System von wechselseitig unabhängigen inhaltlichen Kategorien entsteht, welches vom Untersuchungsgegenstand selbst (in dieser Studie den Interviews), hergeleitet worden ist. Dieses Kategoriensystem dient als Grundlage für die strukturierenden Inhaltsanalyse der folgenden Interview-Transkripte, wobei es jedoch kontinuierlich überarbeitet und erweitert werden kann.

„Die Inhaltsanalyse steht und fällt mit ihren Kategorien. Da die Kategorien die Substanz der Untersuchung enthalten, kann eine Inhaltsanalyse nicht besser sein als ihre Kategorien.“ (BERELSON, 1971, S.147)

4. Ergebnisaufbereitung

Die Ergebnisaufbereitung und -darstellung bildet den Abschluss der strukturierenden Inhaltsanalyse und gleichzeitig die Grundlage für die sich anschließenden Forschungsprozesse. -

Innerhalb dieser Studie wurden wichtige Texteinheiten einzelner Kategorien zu Kernaussagen verdichtet, welche in die Einzelfalldarstellung eingingen. Dabei wurden auch eventuelle Widersprüche zwischen Aussagen aufgezeigt (vgl. MAYRING 1995).

Wichtigstes Gütekriterium bei der kategorialen Auswertung nach MAYRING (1995) ist „die Nachvollziehbarkeit der Konstruktionsschritte und das systematische Nachgehen von Fällen, die den Schlussfolgerungen widersprechen könnten.“

Die Darstellung des methodischen Vorgehens verdeutlicht wichtige Eigenschaften der qualitativen Inhaltsanalyse:

- Es handelt sich um eine „klar strukturierte und relativ leicht erlernbare“ Methode, die an der „Oberflächenstruktur des Textes“ ansetzt, um dann schnell in die Kategorienbildung überzugehen (BRÄHLER und ADLER, 1996).

In einer Veröffentlichung über „Leistungen und Grenzen Qualitativer Inhaltsanalyse“ erläutert FLICK (1991) weitere Vorteile der qualitativen Inhaltsanalyse :

- Betonung des Zuganges zur Realität über subjektive Deutungen und interpretative Prozesse
- Größter Vorteil durch die Systematik eines regelgeleiteten und schrittweisen Vorgehens nach zuvor explizierten Techniken. Dieses führt im Gegensatz zur freien Textinterpretation zu exakteren Ergebnissen, die anhand von Gütekriterien leichter überprüfbar sind.
- Möglichkeit der Bearbeitung großer Textmengen mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse
- Möglicher Einbau quantitativer Schritte in die Analyse

Weitere Charakteristika der strukturierenden Inhaltsanalyse hebt MAYRING (1995) positiv hervor :

- die besondere Systematik bedingt durch das regelgeleitete Vorgehen, ermöglicht die Nachvollziehbarkeit, Replizierbarkeit und Überprüfbarkeit durch Außenstehende („intersubjektive Nachprüfbarkeit“)
- die theoriegeleitete Methodik beschreibt die Analyse des Materials „unter einer theoretisch ausgewiesenen Fragestellung“ (S.10).
Ebenso verlaufen die einzelnen Analyseschritte sowie die Ergebnisinterpretation theoriegeleitet, was ein „Anknüpfen an den Erfahrungen anderer mit dem zu untersuchenden Gegenstand“ bedeutet. (S.10)

Allerdings müssen auch Einschränkungen bezüglich der qualitativen Inhaltsanalyse berücksichtigt werden: (vgl. FLICK, 1991)

- Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine Auswertungstechnik, die mit Methoden der Datenerhebung und -aufbereitung kombiniert werden sollte, mit dem Ziel sie in einen übergeordneten Untersuchungsplan einzuordnen.
- Es ist zu beachten, dass das Verfahren nicht zu starr und unflexibel gerät.
- Unter dem Gesichtspunkt sinnvoller qualitativer Forschung muss die Gegenstandsangemessenheit letztlich wichtiger genommen werden als die Systematik

MAYRING (1995) weist darauf hin, dass sich die strukturierende Inhaltsanalyse Gütekriterien stellen muss, um als sozialwissenschaftliche Forschungsmethode anerkannt zu werden. Dabei kann zwischen Kriterien der „Reliabilität“ (Zuverlässigkeit) und der „Validität“ (Gültigkeit) eines Messverfahrens unterschieden werden.

Die von MAYRING (1995) beschriebenen sechs klassischen Gütekriterien werden an dieser Stelle aufgezählt und einer kurzen Beurteilung hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit auf die strukturierende Inhaltsanalyse unterzogen:

Reliabilität:

- Re-Test:

Die Forschungsoperation wird ein zweites Mal vorgenommen und daraufhin überprüft, ob sie zu den selben Ergebnissen führt.

⇒ auf Grund der streng textimmanenten Vorgehensweise der strukturierenden Inhaltsanalyse kann dieses Kriterium erfüllt werden.

- Parallel-Test (Äquivalent-Form):

Die Forschungsfrage wird an derselben Stichprobe mit einem anderen Instrument untersucht und die Übereinstimmung überprüft.

⇒ Es ist kaum möglich, die Äquivalenz von zwei Instrumenten bei der Analyse von sprachlichem Material zu beweisen (MAYRING, 1995), sodass dieses Kriterium auf die strukturierende Inhaltsanalyse nicht angewandt werden kann.

- Konsistenz (Split-Half):

Man teilt das Material oder das Instrument in zwei gleiche Teile und überprüft, ob beide Untersuchungsteile zu ähnlichen Ergebnissen führen.

⇒ Auch dieses Reliabilitätskriterium ist durch die strukturierende Inhaltsanalyse nicht zu erfüllen. Der Umfang einer Materialstichprobe kann ebenso wie der Umfang der Kategorien (Instrument) in einzelnen Teilen zentrale Erkenntnisse aufweisen, sodass eine Aufteilung das Gesamtergebnis verändern würde. (MAYRING, 1995)

Validität :

- Aussenkriterium:

Untersuchungsergebnisse, die in engem Zusammenhang mit der eigenen Fragestellung und dem Untersuchungsgegenstand stehen und von deren Gültigkeit man überzeugt ist, werden als Vergleichsmaßstab herangezogen.

⇒ Dieses Gütekriterium kann durch die strukturierende Inhaltanalyse erfüllt werden, sofern bereits Ergebnisse einer Untersuchung mit ähnlichem Gegenstand vorliegen.

Die Überprüfung dieses Kriteriums ist vor allem dann sinnvoll, wenn die Ergebnisse durch andere Methoden (Tests, Experimente, Beobachtungen) gewonnen wurden (MAYRING, 1995).

- Vorhersagevalidität:

Aufgrund der Ergebnisse werden Prognosen gestellt, deren Eintreffen untersucht wird.

⇒ Sofern sich Prognosen aus dem Textmaterial ableiten lassen, ist diese Kriterium anhand der strukturierenden Inhaltsanalyse einfach zu überprüfen und durchaus aussagekräftig. (MAYRING, 1995)

- Extremgruppen:

Teile der Stichprobe bei denen man extreme Ergebnisse erwartet, werden herausgegriffen und daraufhin überprüft, ob die Ergebnisse in die erwartete Richtung weisen.

⇒ Dieses Kriterium kann durch die strukturierende Inhaltsanalyse erfüllt werden, da die streng textimmanente Vorgehensweise des Verfahrens auch extreme Merkmalsausprägungen erfasst.

- Konstruktvalidität:

Die Ergebnisse werden anhand bewährter Theorien auf ihre Plausibilität hin überprüft, die Angemessenheit der operationalen Definitionen wird auf Grund des Theoriedruckes erwogen.

⇒ Vor allem durch den Vergleich mit dem Kontext des vorliegenden Materials oder mit etablierten Theorien ist dieses Kriterium durch die strukturierende Inhaltsanalyse zu erfüllen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Verfahren der strukturierenden Inhaltsanalyse vor allem die erläuterten Kriterien der Validität erfüllen kann, während sich hinsichtlich der Reliabilität Schwachstellen bezüglich der Konsistenz und des Parallel-Test-Verfahrens zeigen, die vorrangig auf die Besonderheiten von sprachlichem Untersuchungsmaterial zurückzuführen sind.

Abschließend wird die Anwendbarkeit von sechs allgemeinen Gütekriterien qualitativer Forschung nach MAYRING (1999, S.119ff.) auf die strukturierende Inhaltsanalyse beurteilt:

1. Verfahrensdokumentation

Von Bedeutung ist eine detaillierte Dokumentation der auf den Forschungsgegenstand bezogenen spezifischen Methodik (Vorannahmen, Analyseinstrumentarium, Durchführung und Auswertung bei der Datenerhebung) mit dem Ziel der Nachvollziehbarkeit durch Dritte.

⇒ Der Methodikteil dieser Arbeit verdeutlicht, dass sich die strukturierende Inhaltsanalyse durch die besonderen Eigenschaften der Nachvollziehbarkeit und Replizierbarkeit auszeichnet.

2. Argumentative Interpretationsabsicherung

Da Interpretationen in qualitativen Ansätzen eine entscheidende Rolle spielen, müssen sie argumentativ begründet werden können. So muss das Vorverständnis einer Interpretation theoretisch formuliert werden, die Interpretation muss in sich schlüssig sein und in widersprüchlichen Fällen müssen Alternativdeutungen gesucht werden.

⇒ Auf Grund der sorgfältig dargestellten theoretischen Vorannahmen zu dieser Studie, der systematisch vorgenommenen Auswertungsschritte und des Nachgehens von inhaltlich widersprüchlichen Originalzitate im Interpretationsprozess, erfüllt die strukturierende Inhaltsanalyse auch dieses Gütekriterium.

3. Regelgeleitetheit

Auch qualitative Forschung muss bestimmte Verfahrensregeln im Auswertungsprozess einhalten.

⇒ Es wurde bereits die besonders systematische Vorgehensweise der strukturierenden Inhaltsanalyse erwähnt und durch die vorangehende Darstellung des schrittweisen Auswertungsprozesses belegt.

4. Nähe zum Gegenstand

Die qualitativ-interpretative Forschung soll an konkreten sozialen Problemen ansetzen, die Betroffenen in den Mittelpunkt des Forschungsprozesses rücken und sich mit Hilfe von Feldforschung möglichst vom klassischen Experiment abheben.

⇒ Dieses Kriterium ist durch die isolierte Betrachtung der strukturierende Inhaltsanalyse, als ein Datenauswertungsverfahren, nicht zu erfüllen. Vielmehr entscheidet das Datenerhebungsverfahren einer Untersuchung über die Nähe zum Gegenstand. Somit wurde in dieser Studie mit Hilfe des in Einzelinterviews gewonnenen kindlichen Originaltons eine Nähe zum Forschungsgegenstand (dem kindlichen Erleben elterlicher Erkrankung) geschaffen, die auch in die sich anschließende strukturierende Inhaltsanalyse der Originalaussagen einfließt.

5. Kommunikative Validierung

Legt man die Ergebnisse eines Forschungsprozesses den Beforschten noch einmal zur Diskussion vor, so stellt eine Identifikation der Beforschten mit den Analyseergebnissen und Interpretationen ein wichtiges Argument zur Absicherung der Ergebnisse dar.

⇒ Die strukturierende Inhaltsanalyse liefert nachvollziehbare Interpretationen von (z.B.) sprachlichem Material, die von den Beforschten validiert und diskutiert werden können.

6. Triangulation

Für eine Fragestellung sollen unterschiedliche Lösungswege (Interpreten, Theorieansätze, Methoden) entworfen und deren Ergebnisse verglichen werden. So können Stärken und Schwächen jeweiliger Analysewege aufgezeigt und zu einem kaleidoskopartigen Bild zusammengesetzt werden. Dabei können auch qualitative und quantitative Schritte miteinander verbunden werden.

⇒ Die strukturierende Inhaltsanalyse kann sinnvoll mit weiteren Auswertungsverfahren verknüpft werden, wie z.B. in dieser Studie mit einer psychoanalytisch-hermeneutischen Methode (siehe Abschnitt 2.4.3).

Die strukturierende Inhaltsanalyse erfüllt also vor allem die qualitativen Gütekriterien der Verfahrensdokumentation, der informativen Interpretationsabsicherung, der Regelmäßigkeit, der kommunikativen Validierung und der Triangulation.

2.4.3 Psychanalytisch-hermeneutische Methode

1.) Szenisches Verstehen

In Anlehnung an die psychoanalytische Textinterpretation nach LORENZER erläutert DIERKS (1996) das szenischen Verstehen als den Versuch, die Äußerungen eines Subjektes in ihrer Gesamtheit als Mitteilung an die Umwelt zu erfassen.

Die manifeste Rede der Person wird auf latente oder unbewusste Aussagen (Wünsche, Bestrebungen, Vermeidungen) hin untersucht, um sowohl die logische als auch die psychologische Verstehensweise auf einer Mittelebene zu vereinigen (DIERKS,1996). Ziel ist es, einen „roten Faden“ durch das Interviewmaterial zu legen, der Aufschlüsse über die „intendierte Mitteilung des Kindes“ zulässt (DIERKS,1996, S.72).

Die psychodynamischen Textinterpretationen der Einzelfalldarstellungen in der vorliegenden Studie wurden von der Autorin in Supervision mit einem tiefenpsychologisch ausgebildeten Kinder- und Jugendpsychotherapeuten nach Kriterien der klinischen Plausibilität durchgeführt.

Die Validität der Interpretationen wurde in einem zweiten Schritt mit Hilfe eines textimmanenten Verfahrens überprüft. Anhand der Originalaussagen der Befragten wurden Hypothesen als Versuch einer psychodynamischen Verdichtung erstellt. Ein bedeutsames Instrument stellte bei diesem Vorgehen das Einbeziehen der von DIERKS (1996) beschriebenen „Bruchanalyse“ nach ARGELANDER (1985) dar.

2.) Analyse von Brüchen

ARGELANDER (1985) definiert einen Bruch als ein Ereignis innerhalb eines Sachverhaltes, das bei der auswertenden Person die Reaktion:

„Das ist unlogisch, widersprüchlich, absurd !“ hervorruft.

Diese Affektreaktion des Auswerters/ Supervisors dient dabei explizit als Kriterium für die Kennzeichnung eines Bruches innerhalb des Interviewmaterials (vgl. DIERKS, 1996).

Zu den von DIERKS (1996) differenzierten 10 Bruchkategorien zählen zum Beispiel :

- inhaltlicher Widerspruch (beim Interviewten, beim Interviewer und szenische Widersprüche)
- unerwarteter Themenwechsel
- grammatikalischer Satzverfall, Umformulieren, Satzabbruch, starke Stimmchwankungen, Subjektwechsel innerhalb eines Satzes
- lange Schweigepausen, leises Sprechen, Stimmversagen
- Doppeldeutigkeit, Ironie, Sarkasmus oder unlogische Bemerkungen (inhaltlich, szenisch)
- Versprecher

3.) Validierung durch Rückübersetzung des Interviewmaterials in den Wortlaut des Kindes

Als weiterer Schritt der psychodynamischen Textinterpretation wurde bei jeder Einzelfalldarstellung dieser Untersuchung die klinisch plausible, jedoch zunächst hypothetische Interpretation unter strikter Berücksichtigung des Interviewmaterials der Befragten in den kindlichen Originalton (in Form eines fiktiven Selbstgespräches) zurückübersetzt. Dabei wurden ausschließlich Textbausteine aus den Originalaussagen verwendet, die jedoch in beliebiger Reihenfolge neu zusammengesetzt werden durften. DIERKS (1996) weist darauf hin, dass diese Rückübersetzung „als eine qualitative Validierung der inhaltlichen Analyse des Interviews“ interpretiert werden kann (S. 83). Eine Validierung kann stattfinden, indem sich bei einer nicht an der Forschung beteiligten Person beim Lesen des kindlichen Selbstgespräches die selben Gefühle einstellen, welche die Forschenden beim Führen oder Lesen des Interviews spürten. Im positiven Fall kann von einem „Evidenzerleben“ gesprochen werden (vgl. DIERKS, 1996).

2.5 Wahl der zu untersuchenden Personen

Im Rahmen einer Pilotstudie an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf wurden acht Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 17 Jahren mit einem dialysepflichtigen oder ehemals dialysepflichtigen und bereits transplantierten Elternteil für ein Einzelinterview rekrutiert.

Auf Grund der retrospektiven Sichtweise in den Erzählungen einiger der Befragten entschieden wir uns, auch eine Erwachsene mit ehemals dialysepflichtigem Vater in die Untersuchung einzubeziehen.

Die Gruppe der Studienteilnehmer setzt sich aus den folgenden Personen zusammen:

Sarah,	5 Jahre
Michelle,	6 Jahre
Jana,	6 Jahre
Tim,	7 Jahre
Lukas,	11 Jahre
Nikolas,	12 Jahre
Katrin,	16 Jahre
Christian,	17 Jahre
Frau H.,	43 Jahre

Die Dauer der Dialysepflichtigkeit der erkrankten Elternteile lag zum Interviewzeitpunkt zwischen minimal einem und maximal acht Jahren. Drei Elternteile waren zum Zeitpunkt des Gespräches mit den Kindern/ Jugendlichen bereits transplantiert.

Im Großraum Hamburg unterstützten 9 Dialysepraxen sowie die Selbsthilfeorganisation „Interessengemeinschaft Künstliche Niere e.V.“ (IKN) die Rekrutierung der Studienteilnehmer/innen. Bei einer der angesprochenen Dialysepraxen bestand Skepsis gegenüber der Studie, da Kollegen eine nicht hinreichende psychologische Betreuung ihrer Patienten im Rahmen der Befragung befürchteten.

2.6 Vorgehen bei der Datenerhebung

Die erste Kontaktaufnahme mit der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie ging zum Teil von Eltern aus, die über Informationsschriften auf die Studie aufmerksam geworden waren und sich an die Abteilung für Kinder und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf wandten.

Des weiteren erfolgte der Kontakt durch einen Doktoranden der Kinder- und Jugendpsychiatrie, welcher sich nach Vermittlung durch die Dialysepraxen telefonisch an die Familien wandte.

Zunächst nahmen die Familien an einer Fragebogen-Erhebung teil. Nach Vereinbarung wurden dann ein Familiengespräch und ein darauffolgendes Einzelgespräch mit dem Kind der Familie festgelegt.

Die Durchführung der videoaufgezeichneten Interviews erfolgte durch einen psychotherapeutisch erfahrenen Kinder- und Jugendpsychiater in den Räumen der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen. Die Videoaufzeichnungen wurden im Anschluss transkribiert, nach der Methode der strukturierenden Inhaltsanalyse ausgewertet sowie psychoanalytisch- hermeneutisch interpretiert.

3. Ergebnisse

3.1 Einzelfalldarstellungen

Die Ergebnisdarstellung erfolgt in zwei Schritten:

Im ersten Schritt wird die rein textimmanente strukturierende Inhaltsanalyse zu jedem Einzelfall anhand der folgenden Ober- und Unterkategorien dargestellt:

A Kindliche Selbstwahrnehmung

- A1. Erleben der elterlichen Erkrankung
- A2. Loyalität, Besorgnis, prosoziale Themen
- A3. Autonomie, Wut, Aggression
- A4. Stärken, Ressourcen
- A5. Gedanken über die Zukunft
- A6. Konzepte von „normal“

B Familie

- B1. Beziehung zur Mutter
- B2. Beziehung zum Vater
- B3. Paarbeziehung der Eltern
- B4. Familienkonzepte von „normal“, gesund
- B5. Aufgaben

C Risiko/ Belastung

- C1. Angst, Sorgen
- C2. wahrgenommene Probleme
- C3. Gedanken zum Tod

D Reaktionen/ Bewältigung

- D1. Bewältigung von Angst und Sorgen
- D2. Umgang mit konkreten Problemen
- D3. individuelle Bewältigungsstrategien
- D4. Beziehungen als Quelle von Unterstützung
- D5. Information als Verstehenshilfe

In der Autonomieentwicklung von Kindern und Jugendlichen geht es unter anderem um die Fähigkeit der Abgrenzung eigener Interessen von den Bedürfnissen der Eltern. Hierfür ist wiederum die Regulation von Wut und Aggression in der Eltern-Kind-Beziehung bedeutsam. Daher werden die drei Begriffe „Autonomie, Wut, Aggression“ als eine gemeinsame Kategorie zusammengefasst.

Bei der Darstellung der Einzelfälle werden die wesentlich erscheinenden Aussagen des Kindes oder Jugendlichen zu einer jeweiligen Kategorie inhaltlich zusammengefasst und durch Originalzitate belegt. Widersprüchliche Aussagen werden ebenfalls aufgezeigt.

Im zweiten Schritt wird die für jeden Einzelfall vorgenommene psychodynamische Interpretation, ausgehend von Brüchen, dargestellt. Brüche innerhalb des Interviewmaterials die die psychodynamische Interpretation belegen, werden beispielhaft aufgezeigt. Die Validierung der Interpretation erfolgt durch eine Rückübersetzung in den Wortlaut des Kindes, der sich aus Textfragmenten von plausibel erscheinenden verbatim Originalaussagen zusammensetzt.

Sarah, 5 Jahre

Einzelkind, Vater ist Diabetiker und seit ca.12 Jahren dialysepflichtig,
Mutter Asthmatikerin

1.) Strukturierende Inhaltsanalyse

(„I“ im Interviewprotokoll entspricht dem Interviewer)

A Kindliche Selbstwahrnehmung

A 1. Erleben der elterlichen Erkrankung

Die Dialysebehandlung des Vaters hat Sarah einige wenige Male im Therapiezentrum miterlebt.

Sie kann von dem Verfahren der Blutwäsche berichten, ohne dessen Funktion und Ursache zu kennen.

Sarah operationalisiert die Erkrankung des Vaters anhand einer nicht heilenden Wunde, sowie anhand dessen Angst vor einer Infektion.

(Sarah erzählt von einem notwendigen Krankenhausaufenthalt des Vaters)

S: (...) Weil seine Fistel zu war.

(Auf Nachfrage von I.) Wo der Schlauch ‘rein kommt (zeigt auf ihren Unterarm).

I: Wozu ist der denn gut der Schlauch?

S: Da wird erst Wasser, äh Blut, abgepumpt und dann (...) bei Papa wieder ‘reingepumpt.

I: Hat Papa dir das erklärt?

S: (nickt) Und das hab’ ich schon ‘mal beim Abholen gesehen. (...)

I: Was weißt du über die Krankheit von deinem Papa?

S: (legt den Stift hin) An der Hand, weil Papa einen Verband hat, da wollte er ‘mal ‘ne Pedale von meinem Fahrrad wieder dranmachen. Und da hat er sich mit ‘m Schraubenschlüssel hier wehgetan (zeigt auf ihre Handfläche).

Und das ist nicht weggegangen. (Auf I.’s Nachfrage) Das ist immer entzündet. (...)

I: Und wenn du dich ‘mal verletzt, dauert das auch so lange wie beim Papa bis das heilt?

A: Mm mm. Weil Papa da immer dran gekratzt hat. (...)

*I: Und das mit der Dialyse, was ist das?
(S. erzählt von der Reaktion des Vaters, als sie selber an Scharlach erkrankt war)
S: (...) Und dann hat Papa gesagt, Papa möchte nicht so krank werden wie ich,
weil das dann ganz schlimm wird, (leise) wenn Papa Kinderkrankheiten kriegt . . .
(guckt I. an) (...)*

A 2. Loyalität, Besorgnis, prosoziale Themen

Wenn die Mutter einen asthmatischen Anfall erleidet, fühlt Sarah sich dafür verantwortlich ihr zu helfen und weiß, was zu tun ist.

*I: Hast du 'mal erlebt, dass deine Mami nicht so gut Luft bekommt und schwer atmen muss (macht es vor)?
S: (hört kurz auf zu malen, sieht I. an) Ja, aber da, da hol' ich immer Mama's Püster.
I: Da weißt du auch genau, wo der ist.
S: (nickt) In Mama's Handtasche oder woanders. (...)
I: Und was wäre, wenn niemand da wäre, um das zu holen?
S: Dann hätte Mama das selber gemacht (...).*

A 3. Autonomie, Wut, Aggression

Sarah wünscht sich, einmal die Ferien ohne die Eltern bei ihrer Großmutter zu verbringen.

*S: (...) (auf Nachfrage) Wenn Oma Zeit hat, und wenn wir das, wenn ich das möchte.
(...) Oder wenn Mama und Papa 'mal in' Urlaub möchten ohne mich.
Da freu' ich mich schon auf Oma (...).
(I. fragt Sarah, wie es für sie sei, wenn die Eltern allein wegfahren und ob sie sich dann Sorgen mache)
S: (guckt an die Decke, schüttelt den Kopf) Mm mm. (...) Aber die sind noch nie alleine weggefahren (guckt ihren Stift an).*

Sarah kennt bei sich keinerlei Wutgefühle gegenüber ihren Eltern.

*I: Bist du denn manchmal wütend auf deine Mama oder deinen Papa?
S: (schüttelt den Kopf) Mm mm.
I: Warst du noch nie wütend?
S: (schüttelt den Kopf) Nur als Baby. (lacht, turnt auf dem Stuhl herum) (...)*

B Familie

B 1. Beziehung zur Mutter

Fragen zu der Krankheit des Vaters stellt Sarah der Mutter, da sie befürchtet, vom Vater nicht die Wahrheit zu erfahren.

(in bezug auf die Dialyse)

I: Und wenn du's 'mal wissen willst, wen würdest du fragen?

S: Mami. Weil Papi immer das Falsche sagt. (...)

B 2. Beziehung zum Vater

Offensichtliche Missverständnisse über medizinische Details deutete Sarah als vom Vater gegebene Falschinformationen.

I: Weißt du auch, warum man das Blut ablässt und wieder 'reinlässt (...)?

S: Dass bei Papa ganz viel Luft 'reinkommt.

(...)

I: Kann es sein, dass du das falsch verstanden hast?

S: Mm mm. Papi lügt auch Mama an. (auf Nachfrage) Da sagt er: Ich muss mir erst vorm Frühstück bei der Dialyse die Hände waschen und (guckt I. an) dann muss ich wieder nach Hause gehen. Das stimmt gar nicht.(...)

(Es stellt sich auf Nachfrage von I. heraus, dass der Vater bei der Dialyse frühstückt und erzählt, dass er danach nach Hause gehen würde. S. weiß aber von der Mutter, dass er in Wirklichkeit danach „gepiekst“ wird)

B 5. Aufgaben

Im Haushalt obliegen Sarah keine ihr zugewiesenen Aufgaben.

Gelegentlich überrascht sie den Vater, indem sie in seiner Abwesenheit das Büro aufräumt.

I: Gibt es zu Hause Sachen, für die du zuständig bist?

S: (malt, schüttelt den Kopf) Mm mm.

(Auf Nachfrage)

S: (...)Mama und Papa helfen mir beim Aufräumen dann.

I: (...)Und du, hilfst du auch ihnen?

*S: (...)’N paar Mal. (Auf Nachfrage) Papas Zimmer aufräumen, Papas Büro.
(Auf Nachfrage) Da ist Papa auf Klo, dann, (hört auf zu malen) und ich, ich räum’
denn alles ganz schnell ein. (...)*

C Risiko/Belastung

C 1. Angst, Sorgen

Die elterlichen Erkrankungen bereiten Sarah keine Sorgen.

I: Machst du dir manchmal Sorgen um die Krankheiten deiner Eltern?

S: (schüttelt energisch den Kopf) Mm mm. (...)

D Reaktionen/ Bewältigung

D 4. Beziehungen als Quelle von Unterstützung

Im Falle persönlicher Ängste sucht Sarah den Kontakt zu ihren Eltern

I: Wenn du doch ‘mal Angst bekommen solltest, was würdest du dann tun?

S: Nur, dass ich zu Mama und Papa laufe. (...)

D 5. Information als Verstehenshilfe

Sarah hat kein Bedürfnis, nähere Informationen über die Erkrankung des Vaters zu erhalten.

I: Hast du denn den Papi ‘mal gefragt (in bezug auf die Dialyse)?

S: (schüttelt den Kopf) Mm mm.

I: Interessiert dich das, möchtest du das wissen?

S: (schüttelt den Kopf) Mm mm. (...)

2.) Psychodynamische Interpretation

Sarah fühlt die reale Bedrohung der väterlichen Erkrankung bei der sie sich für die Gesundheit des Vaters als persönlich potentiell gefährdend erlebt.

Auch die Bedrohung durch die asthmatische Erkrankung der Mutter, die bei dieser jederzeit unvermittelt zu Luftnot führen könnte, ist ihr bewusst.

Die Angst, dass sie den Vater durch ihre Ansprüche oder durch ansteckende Krankheiten gesundheitlich gefährden könnte, wehrt Sarah dadurch ab, dass sie in ihren kognitiven Krankheitskonzepten ihn selbst verantwortlich macht.

Ängste um die Mutter versucht sie durch Übernahme von Verantwortung als „Retterin in der Not“ zu bewältigen.

Wenn diese Vorstellung nicht durchgehalten werden kann, wehrt Sarah die Bedrohung durch Verleugnung ab.

Die Sorge um die Gesundheit beider Eltern steht altersgerechten Wünschen nach Loslösung und Individuation, beispielsweise durch vorübergehende Trennung, entgegen.

Beispielhafter Bruch:

Widerspruch:

I: Hast du 'mal erlebt, dass deine Mami nicht so gut Luft bekommt und schwer atmen muss?

S: Ja, aber da, da hol' ich immer Mama's Püster. (...)

I: Und was wäre, wenn niemand da wäre, um das zu holen?

S: Dann hätte Mama das selber gemacht (...).

Rückübersetzung in den Wortlaut des Kindes

Wenn *Papa sich weh tut* weil er *mein Fahrrad* heil macht oder wenn er sich *bei mir ansteckt*, wenn ich *Scharlach* habe, dann ist das *ganz schlimm* für ihn.

Er ist aber selber Schuld, wenn seine kaputten Stellen nicht schneller heilen, weil er *da immer dran gekratzt hat!*

Mama kann manchmal plötzlich keine Luft mehr kriegen. Dann kann ich ihr helfen und *hol' ihr ihren Püster aus der Handtasche*. Aber wenn 'mal keiner da wäre, um das zu machen, dann würde sie das *selber machen!*

Ich freu' mich darauf, *bei Oma zu übernachten*, wenn Mama und Papa 'mal *ohne mich in' Urlaub* fahren wollen. *Aber die sind noch nie alleine weggefahren.*

Michelle, 6 Jahre

Einzelkind, Mutter ist insulinpflichtige Diabetikerin und seit einem Jahr dialysepflichtig.

Die Eltern leben getrennt. Michelle übernachtet abwechselnd bei beiden Eltern.

1.) Strukturierende Inhaltsanalyse

A Kindliche Selbstwahrnehmung

A 1. Erleben der elterlichen Erkrankung

Michelle hat die Mutter bereits zur Dialyse begleitet und ist über die Abläufe und den Zweck der Therapie nur sehr grob informiert. Sie bezieht ihren Körper in die Darstellung der dialytischen Behandlung lebhaft ein.

I : (...)Was heißt denn "Dialyse", was macht sie da?

M: Da wird sie behandelt. Da hat sie so (zeigt auf ihren Arm), was so 'n Geräusch macht im Arm. Und dann äh, weiter weiß ich nicht mehr. Muss sie noch 'n bisschen liegen bleiben, bis das fertig ist.

I : Warst du schon 'mal dabei und hast zugeguckt?

M: Ja!

I : Was sieht man denn da?

M: Wenn sie fertig ist, dann kriegt man da 'ne Spritze rein (zeigt auf ihren Arm) und ...

I : Sieht man denn da Blut?

M: Ja!

I : Was passiert da mit dem Blut?

M: Da wird das sauber, das wird sauber gemacht.

(...)

I : Weißt du, warum man das Blut bei Mami sauber machen muss?

M: (schüttelt den Kopf) Mm mm.

Auch über die Diabeteserkrankung der Mutter ist Michelle informiert, ohne diese definieren zu können.

Sie schildert, wie sie ihrer Mutter in einer gefährlichen Unterzuckerung Hilfe leistete.

I : (...) Und dann bekommt die Mama ja noch Spritzen. (M: Hmm)

(...)Und warum muss sie sich spritzen?

M: Äh, weil sie zucker-krank ist.

I : Was bedeutet das denn, wenn man zuckerkrank ist?

M: Hm, weiß ich nicht?

(...)

I : Muss sie zum Beispiel mit Essen oder Trinken aufpassen?

M: (lehnt sich zurück) (schüttelt den Kopf) Mm mm.

I : Sie kann essen und trinken, was sie mag?

M: (nickt) Hm. (kurze Pause) Sie kann nur nicht so viel essen.

I : Und was passiert, wenn sie sich nicht richtig spritzt?

M: (leise) Weiß ich nicht. (...)

(...)

(Michelle nickt auf die Frage, ob sie der Mutter schon einmal Zucker geben musste)

I : Erzähl 'mal, wie das war, als du der Mami Zucker geben musstest!

Du warst alleine mit ihr zu Hause... (M .nickt) Und was war dann los?

M: Dann ist sie aus 'm Bett gefallen.

I : (...) War das nachts?

M: (nickt) Hmm. (M. schief damals mit der Mutter in einem Zimmer)

I : Und du bist aufgewacht. (M. nickt) Und dann?

M: Ich hab' gehört, wie Mama (höhere Stimme) „Michelle!“ gerufen hat.

(...)

I : Konnte sie denn selber wieder aufstehen?

M: (schüttelt den Kopf) Mm mm.

I : Die konnte gar nicht mehr selber aufstehen?

M: Aber wenn ich ihr Zucker gegeben habe, dann ja.

I : Und du weißt, wo der Zucker ist? (M. nickt)

I : Und wo war der denn?

M: Im Wohnzimmer.

I : Ist der immer an einer Stelle, wo du 'rankommen kannst? (M. nickt)

I : Und wie wäre das, wenn Mama alleine zu Hause wäre, wenn du bei Papa übernachtet und sie fällt dann aus dem Bett, was wäre dann?

M: (Guckt in den Raum) Dann hat sie keinen (?) zur Hilfe.

I : Was würde dann passieren?

M: (überlegt kurz) Dann müsste sie weiter auf dem Boden schlafen.

A 2. Loyalität, Besorgnis, prosoziale Themen

Wenn die Mutter nach der Dialysebehandlung müde ist, behält Michelle sie wachsam im Auge.

I : Und wenn deine Mutter bei der Dialyse war. Ist sie da manchmal müde, dass sie sich hinlegen muss?

(M. erzählt, dass die Mutter sich nur manchmal hinlegen muss und M. dann spielt oder fernsieht)

I : (...) Und wie ist das für dich, wenn Mama sich hinlegen möchte?

M: Schön! (...)

I : Siehst du sie dann immer (...)?

M: Ich seh' sie denn immer.

I : Guckst du auch immer hin? (M. nickt)

I : Warum?

M: Weil sie aus dem Bett fällt oder falls sie aufsteht.

I : (in bezug auf das Aus-dem-Bett-fallen) (...) Und was würdest du dann machen?

M: Zucker geben.

Die Krankheit der Mutter behält Michelle den Schulfreundinnen gegenüber für sich, da sie deren Spott befürchtet.

(...)

I : Und die Freundinnen in der Schule wissen die, dass deine Mami an der Dialyse ist?

(M. schüttelt den Kopf, beginnt mit den Händen zu nesteln)

I : Sollen die das wissen?

M: (schüttelt den Kopf) Mm mm.

I : Und warum nicht?

M: (etwas verlegen) Weil, dann lachen die mich alle aus. (...)

B Familie

B 1. Beziehung zur Mutter

Ihre Sorgen möchte Michelle der Mutter nicht anvertrauen.

I : Was wäre, wenn du der Mami sagen würdest, dass du dir manchmal Sorgen machst und manchmal Angst um sie hast ?

M: (zuckt mit den Schultern) Keine Ahnung (verschränkt die Arme hinterm Kopf).

I : Möchtest du das denn (der Mutter erzählen)? (M. schüttelt den Kopf)

B 2. Beziehung zum Vater

Auch der Vater soll nichts von Michelles Ängsten erfahren

*I: Und der Papa, dürfte der das wissen, dass du manchmal Angst um die Mama hast?
(M. schüttelt den Kopf)*

I: Auch nicht.

M: (schüttelt den Kopf) Mm mm. (...)

B 3. Paarbeziehung der Eltern

Kommt es zu Streitigkeiten zwischen den Eltern, versucht Michelle eine Eskalation zu verhindern.

Im Bild der „verzauberten Familie“ hat Michelle den Vater als Schäferhund gemalt, der (auf Nachfrage) „gefährlich“ sei.

I: Ist denn der Papa für die Mami auch manchmal gefährlich

M: Hmm.

I: (...) schimpft der oder was macht er?

M: Schimpft manchmal.

I: Streiten die richtig? (M. nickt)

I: Und wie ist das für dich, wenn die beiden streiten?

M: (guckt I. an) Nicht schön

I: Und was machst du dann.

M: (Handbewegung) „Hör auf!“ sag’ ich denn (lacht verlegen).(...)

B 4. Familienkonzepte von „normal“, gesund

Ein Familienleben mit einer gesunden Mutter würde Michelle glücklich machen.

I: Was würde in eurem Leben anders sein, wenn Mami gesund wäre?

M: (stützt den Kopf auf) Bin ich glücklich. (...)

B 5. Aufgaben

Im Haushalt obliegen Michelle keine festen Aufgaben.

I : Wie ist das bei dir zu Hause. Gibt es da Dinge, für die du zuständig bist (...)?

(M. erzählt, dass sie der Mutter manchmal beim Tischdecken hilft)

I : (...) Gibt es noch irgendetwas, das du jeden Tag machst?

M: (schüttelt den Kopf) Mm mm.

I : Wie ist das mit deinem Zimmer (...)?

M: 'N bisschen räum' ich auf, und wenn noch 'n Kind da ist, dann spielt sie mit mir.(...)

Und wenn sie wieder abhauen, dann räumt Mama mit 'n bisschen auf.

Und denn räum' ich noch 'n bisschen auf.

C Risiko/Belastung

C 1. Angst, Sorgen

Zunächst verneint Michelle jegliche belastenden Gedanken bezüglich der mütterlichen Erkrankung. Später erzählt sie von ihrer Angst, dass die Mutter aus dem Bett fallen könnte.

I : (...) Gab es das denn schon 'mal, dass du Angst hattest um deine Mami?

M: (leise) Nein.

I : Und die Krankheiten die sie hat, zuckerkrank und dialysekrank, ist das schlimm oder nicht schlimm, was sagst du?

M: Nicht schlimm! (...)

I : Was geht dir denn so durch den Kopf, wenn du alleine abends im Bett liegst und an die Krankheit deiner Mutter denkst?

M: (zuckt mit den Schultern, guckt an die Decke) Weiß ich auch nicht.

I : Wie geht's dir denn so damit ?

M: (leise) Nicht gut.

I : Dir geht's nicht so gut, wenn sie krank ist? (M. schüttelt den Kopf)

I : Und warum nicht?

M: Weiß ich nicht.

I : (...) Erzähl 'mal, was machst du dir für Sorgen?

M: Dass sie aus dem Bett ... oder dann hat sie keine Hilfe (guckt an die Decke), sonst weiß ich nix mehr weiter (guckt an die Decke). (...)

D Reaktionen/ Bewältigung

D 1. Bewältigung von Angst und Sorgen

Eventuelle Sorgen um die kranke Mutter möchte Michelle niemandem mitteilen.

I: Vielleicht ist es ja so, dass niemand wissen soll, dass du dir manchmal Sorgen machst. Das ist dein Geheimnis. Ist das ein bisschen so?

M: (guckt nicht hoch, nickt) Hmm.

I: Und warum soll das niemand wissen?

M: (malt) Weil ich das möchte.

Michelle ist der Ansicht, dass es auch anderen Kindern mit ähnlichen Ängsten helfen könnte, der Mutter Zucker zu geben.

I: (...)Wenn du dir vorstellst, da ist ein Kind, das hat noch mehr Angst als du (...). Wie könnte man einem solchen Kind helfen, wenn es (...) sich solche Sorgen um seine Mami macht?

M: (hat aufgehört zu malen) Weiß ich nicht.

I: Überleg 'mal. (...) Wenn das jetzt deine Freundin wäre und du wüsstest, die hat ganz viel Angst um ihre Mami. Wie könntest du dieser Freundin helfen?

M: (räumt die Stifte zur Seite, stützt den Kopf auf, denkt einen Moment lang nach) Zucker geben.

D 4. Beziehung als Quelle von Unterstützung

Das Gespräch und die Nähe zur Mutter spenden Michelle Trost.

I: Wie ist das, wenn du so abends im Bett liegst und dir Sorgen machst, nicht einschlafen kannst und niemanden zum Reden hast, was kannst du tun, um dich zu trösten?

M: (guckt I. an) Zu meiner Mutter gehen.

I: Und was sagst du dann?

M: Mama, steh 'mal auf! (...)

I: (...) Was machst du, damit die Angst wieder weggeht?

M: (guckt hoch) Bei meiner Mutter schlafen. (...)

D 5. Information als Verstehenshilfe

Michelle gibt an, bisher weder von häuslicher noch von ärztlicher Seite Erklärungen zu den Krankheiten der Mutter erhalten zu haben.

I : Mit wem hast du bisher über die Krankheit deiner Mami gesprochen?

M: Gar nicht 'mal.

(...)

I :Hat Mami dir 'mal erklärt, warum sie zur Dialyse muss?

M:(schüttelt den Kopf) Mm mm (beginnt mit den Armen am Stuhl zu nesteln).

I : Und der Doktor, hat der 'mal mit dir darüber gesprochen? (M. schüttelt den Kopf)

I : Würdest du denn gerne 'mal mit jemandem darüber sprechen?

M:(schüttelt den Kopf) Mm mm. (...)

2.) Psychodynamische Interpretation

Michelle ist besorgt um den Gesundheitszustand der Mutter.

Außerdem erlebt sie die durch die Krankheit in ihrer Integrität beschädigte Mutter als schutzbedürftig sobald diese mit dem Vater Konflikte austrägt.

Für diesen Schutz fühlt Michelle sich persönlich verantwortlich.

Einerseits versucht Michelle ihre gefühlte Verantwortung als Schützerin und Retterin der Mutter konkret auszufüllen. Wenn sie dies jedoch nicht durchhalten kann, wird die Bedrohung oder Gefahr bagatellisiert oder verleugnet.

In ihrer jeweils eigenen Beziehung zu beiden Elternteilen versucht Michelle, Konflikte zu vermeiden.

Beispielhafte Brüche:

Widerspruch

I: (...) Und wie ist das für dich, wenn Mama sich hinlegen möchte?

M: Schön! (...)

I: Guckst du auch immer hin? (M. nickt)

I: Warum?

M: Weil sie aus dem Bett fällt oder falls sie aufsteht. (...)

unlogische Bemerkung:

I: (...) Und wie wäre das, wenn Mama alleine zu Hause wäre, wenn du bei Papa übernachtet und sie fällt dann aus dem Bett, was wäre dann?

M: (Guckt in den Raum) Dann hat sie keinen (?) zur Hilfe.

I: Was würde dann passieren?

M: (überlegt kurz) Dann müsste sie weiter auf dem Boden schlafen.

Rückübersetzung in den Wortlaut des Kindes

Manchmal hab' ich Angst, dass Mama *aus* ihrem *Bett fällt*. Das sag' ich aber niemandem, Mama nicht und auch nicht meinen Freundinnen in der Schule, die *lachen mich* sonst *alle aus*.

Wenn Mama sie sich manchmal *tagsüber hinlegt*, dann *seh` ich sie immer* und guck' zu ihr hin.

Und wenn sie 'mal *aus 'm Bett fällt* und nicht mehr aufstehen kann, dann weiß ich, wo der *Zucker* steht und bring' ihn ihr.

Wenn ich 'mal nicht da wäre, um ihr den *Zucker* zu holen, dann hätte sie *keinen zur Hilfe*. *Dann müsste sie weiter auf dem Boden schlafen*.

Ob ihr da was passieren könnte, *weiß ich nicht*.

Mama und Papa streiten oft und dann *schimpft* Papa über Mama.

Das find' ich *nicht schön*. *Ich sag' dann: „Hör' auf!“* und dann *hört er auf*.

Jana, 6 Jahre

Jana hat eine Schwester von 9 Jahren und besucht die erste Klasse.
Die Mutter ist seit ca. 5 Monaten dialysepflichtig.
Der Vater lebt von der Familie getrennt.

1.) Strukturierende Inhaltsanalyse

A Kindliche Selbstwahrnehmung

A 1. Erleben der elterlichen Erkrankung

Jana weiß, dass der Funktionsausfall der Nieren die Dialysepflichtigkeit der Mutter verursacht hat. Den Grund der Niereninsuffizienz kennt sie jedoch nicht.

I: (...) Und weißt du, warum sie zur Dialyse muss?

J: (fährt wieder zu malen an) Weil sie 'ne neue Niere brauch'.

I: Und wie kommt so was?

J: Weiß ich nicht.

I: Hast du auch eine Niere?

J: Hmm. Ich muss nicht zur Dialyse. (...)

I: Und weißt du, wozu man eigentlich eine Niere braucht?

J: Wozu?

I: Weißt du's?

J: Nein (lacht verlegen). (...)

Sie hat die Mutter noch nie zu einer der Dialysebehandlungen begleitet.

Aus Erzählungen der Mutter kennt sie das Dialysegerät:

J: (...) (hört zu malen auf, verschränkt die Arme vor den Knien) Ich weiß, wie Mami das nennt. (Auf Nachfrage von I.) Dicke Berta! (lacht).

Die Krankheit der Mutter erkennt Jana an der arteriovenösen Fistel am Arm der Mutter, und an gewissen Restriktionen bei der Ernährung.

I: (...) Deine Mami hat ja am Arm auch so eine Stelle, wo man 'reinpiekst, wenn sie bei der Dialyse ist. Hast du dir die schon 'mal näher angeguckt? Wie sieht das denn aus?

J: (guckt I. an) Nicht so schön. Ich hab' das auch 'mal angefasst. Das pumpt. (...)

(I. erklärt Jana die Funktion der Niere, und dass die Mutter auch nicht so viel trinken darf)

J: (malt) Sie darf auch nicht, äh, so viel Fleisch.(...)

Jana schätzt die Krankheit als schwerwiegend ein, glaubt aber nicht an eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Mutter.

I : Und die Krankheit die deine Mami hat, ist das 'ne schlimme Krankheit oder nicht?

J: Hmm (denkt kurz nach, guckt auf ihr Blatt), ich glaube...Ja! (...)

I : Was denkst du, wie das in den nächsten Jahren mit Mami's Krankheit weitergeht?

Kann das schlimmer werden oder bleibt das so?

J: (guckt an die Decke) Ich glaube, kann nicht schlimmer werden. (...) Aber weiß ich nicht.

I : Und wenn sie eine neue Niere bekommt, was wäre dann?

J: Hmm, besser (guckt I. an). (...)

A 2. Loyalität, Besorgnis, prosoziale Themen

Wenn die Mutter im Anschluss an die Dialysebehandlung erschöpft ist, zeigt Jana sich ihr gegenüber sehr rücksichtsvoll.

I : Kommt es denn vor, dass Mama nach der Dialyse müde ist und sich hinlegen muss?

J: Hmm.

I : (...) Und was machst du dann?

J: (malt) Dann geh' ich in mein Zimmer.

I : (...) Und lässt deine Mami in Ruhe.

J: (nickt, guckt I. an) Manchmal schenk' ich ihr dann 'n Bild.

A 3. Autonomie, Wut, Aggression

Streit mit der Mutter versucht Jana möglichst zu vermeiden.

I : Streitest du denn mit Mami auch manchmal?

J: (malt) Nein.

I : Du streitest nie mit Mami?

J: (malt) Nein. Will ich auch nicht. (...)

I : (...) Was machst du, wenn du dich über Mami ärgerst und nicht mit ihr streiten magst?

J: Geh' ich in mein Zimmer.(...)

A 4. Stärken, Ressourcen

Jana beschreibt sich selber als furchtlos und erzählt von ihren mutigen Kletteraktionen.

(in bezug auf eine von Jana gemalte Wolke)

I: Wenn es blitzt und donnert, dann haben ja viele Kinder Angst...

J: (malt) Hmm. Ich aber nicht.

I: Gibt's irgendetwas, was dir manchmal Angst macht?

J: (guckt an die Decke) Ne. Weißt du was ... (sie erzählt von ihren Kletteraktionen auf dem Spielplatz, wo sie Kletterwände hoch laufen kann, ohne sich festzuhalten.)

B Familie

B 1. Beziehung zur Mutter

Innerhalb ihrer Beziehung zur Mutter hat Jana ein ausgeprägtes Harmoniebedürfnis

I: (...)Wie wäre es, wenn du mit deiner Mami streiten würdest. Würdet ihr euch auch hinterher vertragen?

J: Hmm (...)

I: Aber du streitest nie mit Mama.

J: (malt) Na ja, manchmal. Nicht oft.

I: Und wie findest du das?

J: (malt) Doof. (leise) Aber nicht oft.

B 2. Beziehung zum Vater

Zu ihrem Vater hätte Jana gerne häufigeren Kontakt.

I: Wie findest du das, dass du ihn nicht so oft siehst?

J: (spontan) Doof! (...)

B 3. Paarbeziehung der Eltern

Jana nennt die Auseinandersetzungen der Eltern als Ursache für deren Trennung.

I: (...)Weißt du denn, warum Mami mit Papi nicht mehr zusammen wohnen möchte ?

J: (malt; frei heraus) Ja.

I: Warum?

J: (malt) Weil sie sich gestritten haben. (...)

B 5. Aufgaben

Im Haushalt obliegen Jana kleinere Aufgaben.

I: Wie ist das bei dir zu Hause? Gibt es Aufgaben, für die du zuständig bist?

J: (stützt den Kopf auf) Nur mein Zimmer aufräumen (guckt I. an), und manchmal mach' ich das Badezimmer.(Auf Nachfrage) Ich wasch' den Klodeckel und die Badewanne und das Waschbecken und den Boden. Ich räum' auf...(...)

C Risiko/Belastung

C 1. Angst, Sorgen

Konkrete Ängste in Verbindung mit der mütterlichen Erkrankung werden nicht benannt.

I: Machst du dir denn manchmal Sorgen um deine Mami, weil sie krank ist?

J: (holt hörbar tief Luft, malt, holt noch 'mal tief Luft, klingt wie ein Seufzen) Weiß ich nicht, (leise) eigentlich, (noch leiser) später 'mal (??).

I: Oder hast du auch Angst um sie?

J: Hm... Weiß nicht, eigentlich nicht so.

Jana ist angesichts der Krankheit der Mutter oft traurig und versucht diese traurigen Gefühle zu beherrschen.

I: Und wenn du an die Krankheit deiner Mami denkst (...), was geht dir da so durch den Kopf?

J: (denkt nach, guckt in die Luft) Weiß nicht. Eigentlich bin ich nur traurig manchmal. Aber ich wein' nicht.

I: Und kannst du mir sagen, was dich traurig macht?

J: Hmm, weil sie zur Dialyse gehen muss. (...)

C 3. Gedanken zum Tod

Jana ist bewusst, dass es Krankheiten gibt die tödlich verlaufen können.

Ob diese Bedrohung auch von einer Niereninsuffizienz ausgeht weiß sie nicht.

I: Was kennst du denn sonst noch für Krankheiten (...)?

J: (malt) Hmm ... Krebs ...

I: Was ist das?

J: Das ist, wenn man 'ne Krankheit hat, wo man sterben kann (guckt I. an) (...)

I: Aber Dialyse ist kein Krebs?

I: Mm mm (in bezug auf die gerade gemalte Sonne) Ist grün geworden. (...)

I: Aber wenn die Niere kaputt ist, kann man daran auch sterben?

J: (malt) Hmm ... (kurze Pause) Weiß ich nicht.

D Reaktionen/ Bewältigung

D 1. Bewältigung von Angst und Sorgen

Persönliche Ängste würde Jana ihrer Mutter mitteilen.

Von ihrer Traurigkeit hat sie der Mutter jedoch noch nie berichtet.

I: (...)Wenn du mal Angst hättest, was würdest du tun?

J: Mami das sagen.

(in bezug auf die von Jana erwähnte Traurigkeit)

I: (...) Zeigst du das jemandem, dass du traurig bist? Hast du das schon 'mal jemandem gesagt?

J: (leise) Ja, manchmal schon.

I: Und wem hast du das gesagt (...)

J: (übers Papier gebeugt) Onkel (??).

I: Hm?

J: Sonst keinem.

I: Eigentlich fast keinem. Hast du das Mami 'mal gesagt?

J: (malt, schüttelt den Kopf) Mm mm. (...)

D 3. Individuelle Bewältigungsstrategien

Ablenkung von ihrer Traurigkeit erhält Jana durch ihre Spielsachen. Sie glaubt, dass auch andere Kinder mit ähnlichen Sorgen sich auf diese Weise helfen könnten.

I: Was kannst du denn tun, wenn du traurig bist, damit die Traurigkeit wieder weggeht?

J: Stickerhefte sortieren. (Sie erzählt von ihren drei Stickerheften)

I: (...) Was würde anderen Kindern die sich um ihre Eltern Sorgen machen am meisten helfen?

J: Hmm ... (guckt in den Spiegel, denkt nach) Spielen. (...)

D 5. Information als Verstehenshilfe

Fragen zu der Erkrankung kann Jana mit ihrer Mutter besprechen.

I: Mit wem hast du bisher über die Krankheit deiner Mutter gesprochen außer mit mir hier?

J: (spontan) Mit Mami.

I: Und sonst noch mit jemandem?

J: Nein. Mami hat mir 'mal die Dialyse aufgemalt, und wir (in bezug auf die Schwester) durften 'ne Krankenschwester malen, beide.

2.) Psychodynamische Interpretation

Jana ist wegen der Krankheit ihrer Mutter bisweilen traurig verstimmt.

Dann versucht sie, sich selber durch Spiele abzulenken.

Die kognitiv verstandene tödliche Bedrohung durch die Krankheit der Mutter wird verleugnet.

Jana leidet unter der Trennung und den Konflikten der Eltern.

Es besteht eine ausgeprägt Loyalität zur Mutter mit Verdrängung und Vermeidung aggressiver Regungen von Wut oder Ärger.

Die Mutter wird als Quelle von Trost und Unterstützung erlebt.

Beispielhafte Brüche

Themenwechsel

I : Was kennst du denn sonst noch für Krankheiten (...)?

J: (malt) Hmm ... Krebs ...

I : Was ist das?

J: Das ist, wenn man 'ne Krankheit hat, wo man sterben kann (guckt I. an) (...)

I : Aber Dialyse ist kein Krebs?

I : Mm mm (in bezug auf die gerade gemalte Sonne) Ist grün geworden. (...)

Widerspruch durch Stimmführung, Seufzen

I : Machst du dir denn manchmal Sorgen um deine Mami, weil sie krank ist?

J: (holt hörbar tief Luft, malt, holt noch 'mal tief Luft, klingt wie ein Seufzen) Weiß ich nicht, (leise) eigentlich, (noch leiser) später 'mal (??).

Rückübersetzung in den Wortlaut des Kindes

Manchmal bin ich traurig. Das weiß niemand. Ich spiel' dann was für mich alleine. Mami hat mir erzählt, dass man an Krebs sterben kann. Ich weiß nicht ob man auch sterben kann, wenn man eine neue Niere braucht.

Papi wohnt nicht mehr bei uns, weil Mami und Papi sich gestritten haben.

Ich seh' ihn nicht sehr oft, das find' ich doof.

Ich streite mich nie mit Mami, auch nicht wenn ich böse auf sie bin.

Das will ich auch nicht! Dann geh' ich einfach in mein Zimmer.

Angst hab' ich nie. Wenn ich Angst hätte, würde ich zu Mami gehen und ihr das sagen.

Tim, 7 Jahre

Einzelkind, Vater zum Interviewzeitpunkt gerade transplantiert, zuvor 5,5 Jahre dialysepflichtig.

Tim lebt bei der Mutter und ihrem neuen Lebensgefährten und besucht den Vater regelmäßig. Tim hat gerade sein erstes Schuljahr beendet.

1.) Strukturierende Inhaltsanalyse

A Kindliche Selbstwahrnehmung

A 1. Erleben der elterlichen Erkrankung

Tim weiß, dass die Dialysepflichtigkeit des Vaters auf dessen „nicht sauberen“ Blut beruht, wobei er die auslösenden Faktoren der Erkrankung jedoch nicht erklären kann. Er nimmt die Krankheit vor allem über konkrete Beobachtungen, insbesondere von Einschränkungen des Vaters im alltäglichen Leben wahr.

I: Was weißt du genau von dieser Krankheit?

T: Dass wenn Papa nicht zur Dialyse geht, dass er dann stirbt, weil sein Blut nicht sauber ist.

I: Wie kommt das, dass das Blut nicht sauber ist ?

T: Weiß ich nicht. (...)

I: Was kriegst du noch davon mit, dass Papa krank ist, außer dass er dreimal die Woche zur Dialyse geht? (...)

T: Dass er auch immer einen Verband umkriegt. (...)

(auf Nachfrage) Nach der Dialyse, da legt er sich eine oder zwei Stunden hin.

A 2. Loyalität, Besorgnis, prosoziale Themen

Die Lebensweise und das Allgemeinbefinden des Vaters überwacht Tim regelmäßig.

*T: (...) Dann sag' ich nur, ähm, wenn er das noch nie getrunken hat:
Ist das nicht das falsche Essen oder Trinken?*

Sorgen bereitet Tim bei dieser Aufgabe, ein bevorstehender Umzug mit der Mutter in eine andere Stadt.

*I: Und wer passt dann auf ihn (den Vater) auf, wenn er schläft (...) und dass er das Richtige isst und trinkt?
T: (zuckt mit den Schultern) Ich kann das ja dann nicht.*

Harmonie ist für Tim ein vorrangiges Bedürfnis in peer-Beziehungen

*I: Was ist denn an einer guten Freundschaft für dich wichtig?
T: (...) Dass man sich auch fast immer gut versteht.
I: Und wenn man mal Streit hat?
T: Dann befreundet sich man wieder, nach 'm Tag vergisst man das vielleicht wieder.
I: Und wie ist das, wenn man 'mal auf seinen guten Freund wütend ist?
T: Dann befreundet sich man auch wieder.
I: Und kann man seine Wut auch zeigen?
T: Ja. (...)*

A 5. Gedanken über die Zukunft

Tims Zukunftswünsche beziehen sich vor allem auf die Gesundheit des Vaters.

*I: Wenn du dir vorstellst, dass eine Fee zu dir kommen würde (...) und du drei Wünsche frei hättest, was würdest du dir wünschen?
T: Dass Papa wieder gesund ist, dass Papas Bein nicht mehr manchmal weh tut, dass er wieder laufen kann. (Auf Nachfrage) Weil er mit seinem Knie umgeknickt ist.*

B Familie

B 2. Beziehung zum Vater

Während seiner Besuche erlebt Tim die durch die Dialyse eingeschränkte Verfügbarkeit des Vaters.

I: Wie ist das denn, wenn du bei Papa bist?

T: Wenn er dann Dialyse hat?

I: Ja, oder auch so ...

T: Wenn er Dialyse hat, dann legt er sich immer zwei Stunden hin oder eine, und dann spiel' ich Computer oder spiel' was anderes oder guck' Fernsehen.

Eventuelle Wutgefühle gegenüber dem Vater zeigt Tim diesem nicht.

I: (...) Wenn du 'mal wütend auf deinen Papa bist, kannst du ihm das auch zeigen?

T: (Schüttelt den Kopf) Mm mm. (auf Nachfrage) Weil er zu groß und zu stark ist.

I: Und was machst du dann, wenn du auf ihn wütend bist?

T: Dann sag ich ihm das einfach nicht. (Beginnt damit, die Filzstifte auf dem Tisch anzuordnen)

I: Und wo geht deine Wut dann hin?

T: Die geht dann noch an ihm weg (Geste).

B 4. Familienkonzepte von „normal“, gesund

Mit der Vorstellung der Vater wäre gesund verbinden sich für Tim vermehrte Beziehungswünsche an ihn.

T: Dass ich dann öfters zu ihm kann . . . Und dass ich da dann auch mal 'ne Woche bleiben kann. (...) Dann könnten wir auch ausschlafen, wenn er dann eigentlich zur Dialyse muss.

B 5. Aufgaben

Tims Aufgaben im familiären Bereich beschränken sich vor allem auf Rücksichtnahme und Gehorsam in bezug auf die väterlichen Wünsche.

I : Wenn du beim Papa bist, was sind denn da deine Aufgaben, für die du zuständig bist?

T: Leise zu sein...

(auf weitere Nachfrage von I.)

T: Wenn er schläft, auch leise sein. (gähnt) Und sonst glaub' ich, auf ihn zu hören. Ich glaube...oder noch machen, was er sagt. Wenn er z.B. sagt, ich soll die Garage schon 'mal aufmachen, dann mach' ich das. (...)

C Risiko/ Belastung

C 1. Angst, Sorgen

Die wahrgenommene Müdigkeit des Vaters im Anschluss an die Dialysebehandlung ruft bei Tim Ängste in bezug auf einen möglichen Tod des Vaters hervor.

Auch sein Großvater starb im Schlaf.

I : (...) Und was machst du dir für Sorgen?

T: (nestelt am Stuhl) Dass Papa stirbt . . . dass er genauso wie sein Vater (guckt I. an) liegen bleibt und nicht wieder aufwacht.

I : (...) Das war ja dann dein Opa. Was ist denn mit dem Vater deines Vaters passiert?

T: Deeeer war ganz alt, ich glaube 75, und dann wollte er sich hinlegen, und dann ist er irgendwann nicht mehr aufgewacht.(...)

C 2. wahrgenommene Probleme

Die Sorgen um die Gefahren durch die Ernährung des Vaters möchte Tim als „Geheimnis“ bewahren und nicht mit außerfamiliären Personen (z.B. den Behandelnden des Dialysezentrums) besprechen. Er fürchtet, ähnlich wie in der Schule, mit der Erkrankung seines Vaters aufgezogen zu werden.

I: (...) Und warum hast du das bisher noch nicht gefragt, wenn du dir da Sorgen machst?

T: (schüttelt den Kopf) Weil das mein Geheimnis bleiben soll.

I: Warum?

T: Weil ich nicht möchte, dass es jemand weiß ... (verschränkt die Arme). Weil sonst ist das genauso wie in der Schule.

I: Was meinst du damit?

T: (Nestelt an seiner Hosentasche) Wenn ich jetzt einem erzähle, dass mein Vater bei der Dialyse ist und die damit . . . die Schule damit irgendwann ärgert. Das ist fast genauso. (...)

Eigene Wutimpulse werden von Tim nicht bewusst mit der Vorstellung verknüpft, hierdurch möglicherweise eine Verschlechterung des väterlichen Gesundheitszustandes hervorzurufen.

I: Es gibt ja Kinder, die es schwierig finden, auf ihre Eltern wütend zu sein wenn diese krank sind, weil sie Angst haben, dass die davon noch kranker werden könnten.

T: Hmm.

I: Wie ist das bei dir?

T: (mit den Stiften beschäftigt) Ich hab' da eigentlich nie Angst.

I: Also, dass Papa wegen dir kranker werden könnte, das hat bei dir so im Kopf...

T: Nichts zu suchen! (...)

C 3. Gedanken zum Tod

Tim hat die Vorstellung, dass der Vater sterben könnte, wenn er müde wird (s.o.) oder die Ernährungsrestriktionen missachtet.

I: Aber was stellst du dir denn vor, wenn du dir Sorgen machst, wie das irgendwann 'mal passieren könnte, dass dein Vater stirbt?

T: Wenn er irgendwas Falsches trinkt oder isst.

I: Da könnte er dran sterben?

T: Ja, vielleicht. (...)

D Reaktionen/ Bewältigung

D 1. Bewältigung von Angst und Sorgen

Seine Sorgen um den Vater möchte Tim niemandem mitteilen.

Grundsätzlich kann er mit seinen Eltern über Probleme sprechen.

I: Und hast du das schon 'mal jemandem gesagt, dass du dir da Sorgen machst?

T: (schüttelt den Kopf) Nein.

I: Das weiß also niemand.

T: (schüttelt den Kopf) Ist mein Geheimnis.

I: Gäbe es denn irgendjemanden, mit dem du auch über deine Sorgen reden könntest?

*T: Mit Papa oder mit Mama oder mit D. (dem neuen Lebensgefährten der Mutter)(...)
oder auch mit dir!*

Mit Hilfe seiner Symbolisierungsfähigkeit hat Tim eine eigenständige Strategie für seine Angstminderung entwickelt.

I: Wie kommst du gegen deine Sorgen an. Was hilft dir da ?

T: Mein Sorgenpüppchen (Ein in der Schule gebasteltes Püppchen).

I: (...) Wie funktioniert das?

*T: Das ist aus Wolle gemacht. Das legt man dann unters Bett und erzählt das.
Und vielleicht wird das dann nächsten Tag erfüllt.*

I: Und was erzählst du deinem Sorgenpüppchen?

*T: Weiß ich noch nicht. Das hab' ich immer unter meinem Bett, äh unter meinem
Kissen.(...)*

I: (...) Hast du das schon ausprobiert? (T. schüttelt den Kopf)

I: (...) Warum hast du es noch nicht ausprobiert?

T: (räkelt sich) Weil ich glaub' ich ... weil ich noch nicht auf die Idee gekommen bin.

*I: (...) Was würdest du denn machen, wenn die Sorgen 'mal plötzlich größer werden
würden?*

T: Dann hätte ich das Sorgenpüppchen benutzt.

Anderen Kindern mit ähnlichen Sorgen empfiehlt er ebenfalls autarke Strategien zur Angstminderung.

*I: Wenn du dir vorstellst, dass es vielleicht andere Kinder gibt (...), die die gleiche
Angst haben wie du, dass wenn Papa und Mama sich hinlegen, sie vielleicht nicht
mehr aufwachen. Was könnte denn diesen Kindern helfen?*

*T: (hält beim Spielen inne) Dann sag ich, ähm: Wirf das einfach aus deinem Kopf
'raus, ähm, das passiert glaub' ich nicht. (...)*

D 2. Umgang mit konkreten Problemen

Während der Vater sich ausruht, überwacht Tim dessen Schlaf.

I: Hast du das Gefühl, dass du auch ein bisschen auf ihn aufpasst?

T: Hmm.

I: Wie machst du das?

*T: Indem ich manchmal zu ihm guck', weil manchmal wacht er auch mit den Aug ...
oder macht die Augen ein bisschen auf oder wenn jemand an der Tür bimmelt.*

D 3. Individuelle Bewältigungsstrategien

Im Streit mit anderen Kindern kommt es bei Tim schnell zu überschießenden Reaktionen

T: Weil ich raste sehr schnell aus (...). Dann hau' ich dem anderen Nasenbluten (...)

2.) Psychodynamische Interpretation

Tim wird zeitweise von den Ängsten und Sorgen um den Vater überschwemmt. Doch er will den Vater nicht mit seinen eigenen Ängsten belasten.

Zudem fühlt er sich für den körperlich geschädigten Vater sehr verantwortlich.

So kontrolliert er im Alltag die Essgewohnheiten des Vaters und sieht sich als Überwacher der väterlichen Vitalfunktionen, wenn dieser sich ausruht.

Tim entwickelt bewusste eigenständige kognitive Strategien der Angstbewältigung (Ablenkung, „nicht daran denken“).

Konflikte mit dem Vater werden von Tim verleugnet.

Beispielhafte Brüche:

Themenwechsel

I: Wie ist das denn, wenn du bei Papa bist?

T: Wenn er dann Dialyse hat?(...)

Widerspruch:

I: Was geht dir durch den Kopf, wenn du an die Krankheit deines Vaters denkst?

T: (lehnt sich vor und guckt I .an) Eigentlich denk' ich da eigentlich gar nicht dran.

I: Machst du dir denn manchmal Sorgen um ihn?

T.: Ja, manchmal.(...)

Rückübersetzung in den Wortlaut des Kindes

Wenn Papa nicht zur Dialyse geht, dann stirbt er, weil sein Blut nicht sauber ist.

Wie das kommt, *weiß ich nicht.*

Er muss auch *aufpassen*, dass er nicht *das Falsche isst oder trinkt*. Denn da kann er dran sterben. Aber da pass' ich schon mit drauf auf!

Wenn Papa von der Dialyse kommt ist er oft müde und muss sich *hinlegen*.

Ich hab' Angst, dass er dann einschläft und *nicht wieder aufwacht*, so wie mein Opa damals.

Darum *guck' ich*, wenn er schläft, immer 'mal zu ihm *hin*, ob er vielleicht gerade blinzelt, denn dann weiß ich, dass es ihm gut geht!

Nur, wenn ich jetzt mit Mama wegziehe, wer passt dann auf ihn auf? *Ich kann das dann ja nicht!*

Dass ich mir *manchmal* Sorgen um Papa mache, das erzähle ich keinem, das ist *mein Geheimnis!*

Ich versuch', einfach *nicht* an Papas Krankheit zu *denken*. Ich *werf' das aus meinem Kopf 'raus!*

Oder ich lege ein *Sorgenpüppchen*, dem ich das *Geheimnis* sage, unter mein Kissen, und über Nacht ist die Angst weg.

Wenn ich 'mal auf Papa wütend bin, dann *sag' ich ihm das einfach nicht* und die Wut *geht dann noch an ihm weg*. Wir sind aber auch *nur ganz selten wütend* aufeinander!

Lukas, 11 Jahre

Einzelkind, Mutter zum Interviewzeitpunkt seit 2,5 Jahren dialysepflichtig, Eltern geschieden.

Infolge der seelisch belastenden Scheidung der Eltern ist Lukas seit etwa 1 Jahr in kinderpsychotherapeutischer Behandlung.

1.) Strukturierende Inhaltsanalyse

A Kindliche Selbstwahrnehmung

A 1. Erleben der elterlichen Erkrankung

Lukas hat differenzierte Kenntnisse von der Pathogenese der Nierenerkrankung seiner Mutter.

*L: Also, davon weiß ich nur, dass man daran nicht sterben kann. Dass sie ungefährlich ist, und dass die Krankheit nicht wie jede andere wieder weggeht.
Dass beide Nieren nicht mehr da sind, weil sie (die Mutter) früher oft krank war, Schnupfen und Husten hatte. Daher soll das gekommen sein.
Dass die Nieren das Blut säubern von Bakterien, na ja, weniger von Bakterien, von Giftstoffen, die ins Blut kommen, mit denen der Körper aber nichts anfangen kann. Das wird wohl irgendwie verarbeitet in den Nieren. (...)*

A 2. Loyalität, Besorgnis, prosoziale Themen

Rücksichtnahme auf die körperlich geschwächte Mutter ist für Lukas selbstverständlich

*I: (...) Was würdest du dann machen, wenn es deiner Mutter schlecht ginge?
L: Also dass, wenn sie 'mal schlapp ist, dass ich ihr auch 'mal helfen kann.
Dann lass' ich sie in Ruhe. (...) Ich weiß ja, dass es wieder gut wird.*

A 5. Gedanken über die Zukunft

Lukas ist sich der Ungewissheit seiner Zukunft bewusst.

I: Machst du dir Gedanken über deine eigene Zukunft (...)?

L: Man weiß ja nicht, was passiert. Man kann gar nicht sagen: In 11 Jahren muss ich auch an die Dialyse! Und dann trifft das gar nicht zu.

I: Was ist dein Berufswunsch?

L: Landarzt. Davon hat Papa 'mal erzählt.

Die Gesundheit der Mutter und das Verhältnis der Eltern sind Lukas bei seinen Wünschen ein wichtiges Anliegen.

I: Was würdest du dir wünschen, wenn du drei Wünsche frei hättest?

L: (spontan) Also, vielleicht, dass meine Mama nicht mehr zur Dialyse muss. Dass sich meine Eltern wieder verstehen. (...)

B Familie

B 2. Beziehung zum Vater

Lukas ist darum bemüht, die Loyalität gegenüber seinem Vater nicht durch unvorsichtige Äußerungen fraglich erscheinen zu lassen.

(Auf die Frage ob Lukas innerhalb der Beziehung zu seinen Eltern auf etwas aufpassen müsse)

L: Bei Papa manchmal schon, bei Mama weniger.(...) Dass ich z.B. nicht sage: Auf Mallorca war es schöner als in den Bergen.(...) Dann würde er (der Vater) beleidigt sein.

(Lukas war mit der Mutter auf Mallorca und mit dem Vater in den Bergen).

B 3. Paarbeziehung der Eltern

Lukas kann die konflikthafte Beziehung seiner Eltern von seinen persönlichen Beziehungen zu beiden Elternteilen bewusst trennen.

L: Also, ich komm' mit Mama und Papa ganz gut aus. Aber die manchmal nicht. Das ist manchmal auch blöd.

B 4. Familienkonzepte von „normal“, gesund

Ohne die Dialysepflichtigkeit wäre die Mutter laut Lukas häufiger zu Hause und seltener erschöpft. Er würde jedoch keine vermehrten Bedürfnisse an sie richten.

I: Was wäre, wenn deine Mutter plötzlich völlig gesund wäre?

L: Also, dass sie nicht mehr zur Dialyse gehen muss. Dass sie öfter zu Hause wäre. Nicht mehr Zeit für mich hat, ich bin ja auch in der Schule, aber öfter zu Hause wäre.(...) Dass sie am Nachmittag nicht mehr schlapp ist und nicht mehr ins Krankenhaus muss.

C Risiko/Belastung

C 1. Angst, Sorgen

Lukas macht sich Gedanken über mögliche gesundheitliche Spätschäden, die die Nierenerkrankung bei seiner Mutter hervorrufen könnte.

I: Gibt es Sorgen, die du dir in bezug auf die Krankheit deiner Mutter machst?

L: Wenn sie im Krankenhaus war. Als sie so lange im Krankenhaus lag, hab' ich gedacht: Es gibt ja auch ein Raucherbein, vielleicht gibt's ja auch ein Dialysebein. (...)

Der Konflikt zwischen den Eltern betrübt Lukas.

I: Gibt es Dinge über die du manchmal traurig bist?

L: Darüber, dass sich Mama und Papa miteinander streiten. (...)

C 3. Gedanken zum Tod

Lukas weiß, dass die Dialyse den Tod der Mutter an ihrer Nierenerkrankung verhindert.

I: (...)Und was passiert, wenn die Niere all diese Stoffe nicht mehr 'rausbekommt?

L: Dann kann man auch sterben.

I: Also kann man doch sterben daran.

L: Ja, aber nicht, wenn man Dialyse macht, so habe ich das gemeint.

D Reaktionen/Bewältigung

D 2. Umgang mit konkreten Problemen

In seiner Traurigkeit über den Streit der Eltern versucht Lukas sich selbst zu trösten

L: Dann leg' ich mich manchmal aufs Bett und warte, bis sie wieder weg ist (die Traurigkeit). (...) Manchmal mit Kuscheltier und manchmal auch nicht.

D 3. Individuelle Bewältigungsstrategien

Anderen Kindern in ähnlicher Situation würde Lukas versuchen die Angst zu nehmen.

I: Was würdest du einem anderen Kind sagen, dessen Mutter auch dialysepflichtig geworden ist?

L: Also ihm sagen, dass es überhaupt nicht so schlimm ist. Also, das ist überhaupt nicht schlimm. Meine Mama ist auch bei der Dialyse, und das ist überhaupt nicht schlimm.

D 5. Information als Verstehenshilfe

Während der kinderpsychotherapeutischen Behandlung hat Lukas die Gelegenheit, Informationen zur Erkrankung seiner Mutter zu erhalten.

I: Mit wem sprichst du über die Krankheit deiner Mutter?

L: Mit Herrn Dr. H. (L.'s Psychotherapeut), aber insgesamt so oft nicht.

2.) Psychodynamische Interpretation

Die Krankheit der Mutter wird von Lukas als potentielle Bedrohung erlebt.

Dem versucht er durch kognitive Kontrolle in Form von Informationen über die Erkrankung und rationalen Erklärungen im Sinne der Selbstberuhigung entgegenzusteuern.

Durch seinen Informationsstand gelangt Lukas zu der Erkenntnis, dass der zukünftige Verlauf der mütterlichen Erkrankung ungewiss ist.

Die hierdurch neu entstehende Angst versucht er zu bewältigen, indem er das Nachdenken über die Zukunft vermeidet.

Die lebensgefährliche Bedrohung der Krankheit wird von Lukas verleugnet.

Zu den in dauerhafter Auseinandersetzung lebenden geschiedenen Eltern besteht ein hochgradiger Loyalitätskonflikt.

Diesem begegnet Lukas, indem er vermeidet, sich hinsichtlich seiner Haltung zum einen oder anderen Elternteil zu äußern.

Beispielhafte Brüche:

Widerspruch:

(in bezug auf die Krankheit seiner Mutter)

L: Also, davon weiß ich nur, dass man daran nicht sterben kann. Dass sie ungefährlich ist, und dass die Krankheit nicht wie jede andere wieder weggeht (erzählt von der Funktion der Niere das Blut zu reinigen). (...)

I: Und was passiert, wenn die Niere all diese Stoffe nicht mehr 'rausbekommt'?

L: Dann kann man auch sterben. (...)

Themenwechsel:

I: Hast du Angst, diese Krankheit selber bekommen zu können?

L: Ne, sie hatte das sehr oft (in bezug auf Vorerkrankungen der Mutter).

Und außerdem denke ich darüber nicht viel nach.

Rückübersetzung in den Wortlaut des Kindes

Meine Mama muss zur Dialyse, weil ihre Nieren nicht mehr *das Blut von Giftstoffen säubern* können. Aber *das ist überhaupt nicht schlimm!*

Sterben kann man schon, aber nicht wenn man Dialyse macht!

Solange man die *Giftstoffe* aus dem *Körper* holt, kann nichts passieren! -

Manchmal mach' ich mir schon Sorgen, wie das mit der Krankheit meiner Mama und meinem Leben weitergeht. Man *kann eben gar nicht sagen*, was in ein paar Jahren ist.

Aber eigentlich *denke ich darüber nicht viel nach!*

Ich komm' mit Mama und Papa ganz gut aus, nur die beiden manchmal nicht.

Das ist blöd!

Zu Papa darf ich nicht sagen, dass der Urlaub mit Mama *schöner* war, sonst ist er *beleidigt*. *Das merk' ich. Er ist dann einfach anders, mehr so traurig.*

Darum pass' ich auf, dass ich so was nicht sage!

Nikolas, 12 Jahre

Einzelkind, Mutter ist insulinpflichtige Diabetikerin, wurde vor ca. 3 Jahren nierentransplantiert, zuvor 2 Jahre dialysepflichtig.

Zum Interviewzeitpunkt arbeitete die neue Niere schlecht, so dass für die Mutter die Gefahr bestand, erneut dialysepflichtig zu werden.

Über seine Schulprobleme und sonstige Sorgen sprach Nikolas zum damaligen Zeitpunkt regelmäßig mit einer Psychologin.

1.) Strukturierende Inhaltsanalyse

A Kindliche Selbstwahrnehmung

A 1. Erleben der elterlichen Erkrankung

Nikolas' Kenntnisse von der Nierenerkrankung und der Dialysetherapie seiner Mutter entsprechen seinem Verständnis medizinischer Details, welches er in konkrete Vorstellungen fasst.

N: Also in der Dialyse, da wird das Blut gesäubert, da kommt's durch so 'n Gerät, das ist so 'ne künstliche Niere. Da wird das Blut in so 'm großen Behälter (Geste) gewaschen.

I : Warum muss das sein (...)?

N: Ja, weil dann diese Giftstoffe die ganzen Organe so auffressen können.

N: (...)Dieser eine Wert ist wieder hochgegangen bei ihr auf 3,6.

(Auf Nachfrage von I.) Ich glaub', der heißt Kreatininwert oder so.

I : Und was (...) bedeutete das?

N: Das ist so 'n Gift.

I : (...) Und wenn das hochgeht, was bedeutete das?

N: Dass es dann den Körper angreift.

I : Und was passiert da im Körper (...)?

N: Dass die Organe auf einmal nicht mehr arbeiten können.

Die konkrete Beobachtung des Dialysevorgangs war für Nikolas eine belastende Erfahrung.

I : Warst du 'mal bei der Dialyse dabei?

N: Ja (hustet)

I : Erzähl 'mal, wie war das?

N: Schrecklich. Standen die ganzen Maschinen 'rum. Betten.

I : Was war für dich schrecklich?

N: (unter Tränen, die Stimme versagt) Die ganzen Schläuche und alles.

(...)

I : Und was war für dich mit diesen Schläuchen so schrecklich?

N: (unter Tränen) Dass da künstliche Niere und alles so dran war. (...)

A 2. Loyalität, Besorgnis, prosoziale Themen

Im Haushalt übernimmt Nikolas mehrfach die Aufgaben der Erwachsenen.

Er kocht, kontrolliert die Diät der Mutter und spritzt ihr Insulin.

Sobald er diesen Pflichten nicht vollständig nachkommen kann, hat Nikolas ein schlechtes Gewissen.

Eine Entlastung durch den Vater oder einen Pflegedienst ist für Nikolas dabei kaum vorstellbar.

(in bezug auf die Spritzen, die Nikolas seiner Mutter regelmäßig gibt)

N: (...) (Stimme versagt) Ich mach' das, um meiner Mutter einen Gefallen zu tun.

Sonst eigentlich nicht.

I : Wie geht es dir denn dabei? Was sagt dein Gefühl?

N: Ein gutes hab' ich da (weint).

I : Warum?

N: Dass da kein ... (holt Luft) dass meine Mutter das nicht selbst machen muss.

Und, sonst bekommt sie immer solche blauen Flecken. (...)

(I. schlägt N. vor, der Mutter zu sagen, dass N. es doch noch besser finden würde, wenn diese Aufgabe einmal die Woche ein Arzt übernehmen würde)

N: (unter Tränen) Ich möchte nicht, dass sie so.... ich möchte nicht, dass sie's...

I : Das willst du ihr nicht sagen.

N: Ne. Dann ist sie enttäuscht.

I : (...) Was könnte passieren, wenn jemand Fremdes sich um deine Mutter kümmert (...)
und du bist nicht dabei und kannst das nicht mit eigenen Augen kontrollieren?
Was wäre deine Angst?

N: Dass die irgendwie, irgendwas verkehrt macht. So z.B. meine Mutter, die muss salzarm essen, (Stimme versagt) dass man nicht zu viel Salz ' ran macht, sonst wird sie krank.

I : Wie ist das, wenn du mit Freunden etwas machen möchtest, was dir Spaß macht. Und da gibt es nun zu Hause Sachen, für die du zuständig bist. Wie ist das dann für dich?

N: (mit dünner Stimme, hält sich unruhig am Stuhl fest) Dann ... macht meine Mutter die an dem Tag (hustet).

I : Und wie fühlst du dich dabei?

N: (...) Viel schlechter. (Auf Nachfrage) Dass sie dann mehr machen muss als sonst (beginnt zu weinen).

N: (...) Mein Vater darf bei uns nie kochen. (Mit dünner Stimme) Wir lassen ihn an' Herd nie 'ran. Dafür sind nur meine Mutter und ich zuständig. (...)

Innerhalb seiner Freundschaften existieren für Nikolas gleichermaßen Streit und Versöhnung

(in bezug auf einen Freund)

N: (...) Dann haben wir uns eine Woche nur gestritten, und dann waren wir auf einmal wieder gute Freunde.

A 3. Autonomie, Wut, Aggression

Nikolas hat ein großes Bedürfnis nach Unabhängigkeit und Distanz von seiner Mutter. Durch die Versorgung der Mutter ist er jedoch in der Verwirklichung seiner Autonomiewünsche eingeschränkt.

I : Wie wird das, wenn du jetzt älter wirst (...). Wenn deine Mutter wieder an der Dialyse wäre, (...) und du würdest den Wunsch haben, mehr mit Freunden unterwegs zu sein. Wie wäre das?

N: (leise) Das wäre (zuckt die Schultern) Nicht so gut.

I : Wärest du dann tagsüber alleine für deine Mutter verantwortlich?

N: Ja (wischt sich die Nase).

I : Und wie ist das wenn du 18, 19, 20 bist?

N: (leise) Auch.

I : Das heißt ja, du kannst nie von zu Hause ausziehen.

N: Ne (beginnt zu weinen).

I : Und was macht das für Gefühle (...)?

N: Kann ich diese ganzen Sachen nicht machen, die die anderen machen.

I : (...) Und wenn du erwachsen bist, wie möchtest du dann gerne leben? Was wäre dein Traum?

N: (flüstert) Von meiner Mut-ter, (holt Luft) von meiner Mutter weg am liebsten.

Um den Vater zu ärgern, versalzt Nikolas mit Freude regelmäßig das Essen des Vaters, während er das Gericht für seine Mutter und sich selber delikatsalzig zubereitet.

(in bezug aufs Kochen)

N: (...)Es bringt mir auch Spaß. Weil ich dann in der Küche schön anrichte und von meinem Vater das Essen versalze (lacht).

(Auf Nachfrage von I.) Von meinem Vater das Essen versalz' (lacht). Versalze!

I : Und das macht Spaß?

N: Hm (grinst).

I : Machst du das absichtlich?

N: (lacht) Ja.

I : Und warum (...)?

N: (hustet) Ich möchte ihn 'mal so gerne ärgern.

I : Und was reizt dich daran (...)?

N: (zuckt mit den Schultern) Einfach so.

I : Merkt er, dass du das absichtlich machst?

N: Ne.

I : Und ärgert er sich auch?

N: (grinst) Ja. (...) Dann mach' ich das extra, dann nehm' ich ein Steak (Gesten), das brat' ich und schneid' es so in der Mitte auf (...), und dann hab' ich das noch 'mal schmoren lassen. Das hat geschmeckt! Und bei ihm hab' ich das danach wieder umgeklappt und Salz 'rein.

Wutgefühle gegenüber seiner Mutter lässt er diese nicht spüren.

Im Streit mit Mitschülern reagiert Nikolas dagegen äußerst reizbar und aggressiv.

N: Einmal hatte ich Wut auf meine Mutter, da hab' ich da gegen die Garage auch geballert. Am nächsten Morgen in der Schule, da war ich immer noch wütend. Da hat mich einer von hinten getreten. Das war der, der immer gesagt hat (Stimme versagt): Deine Mutter, die stirbt nächste Woche! Das war der gleiche, der hat mich getreten (...), den hab' ich zusammengeschlagen.

(Nikolas erzählt von einem Streit mit einem Jungen in der Schule)

N: Und dann hab' ich ihn mit dem Tischtennisschläger auf den Arm geschlagen. (...) (unter Tränen) Er wusste ja, wie er mich reizt, und wie ich darauf reagier'. (...)

A 5. Gedanken über die Zukunft

Für seine Zukunft wünscht sich Nikolas vor allem die Genesung der Mutter, um mehr Aufmerksamkeit von ihr zu erhalten, sorgenfrei leben zu können und nicht den Provokationen seiner Mitschüler ausgesetzt zu sein.

I : Was wären die wichtigsten drei Wünsche für deine Zukunft?

N: Dass meine Mutter gesund wird, dass sie nicht schon wieder (unter Tränen) an die L-, Lyse, Dialyse muss. Dass sie da nie wieder hin muss, und dass sie Zeit für mich hat (wischt sich die Augen). Dass der Junge nicht mehr zu mir sagt: (Stimme versagt) Deine Mutter stirbt in der nächsten Woche. (...)

I : Was wäre dein Traum von einem eigenen Leben. Wie würdest du da Leben wollen?

N: Ohne Sorgen . . . um meine Mutter, und . . . , dass keiner mich damit ärgert, dass meine Mutter 'mal krank war oder so. (...)

A 6. Konzepte von „normal“

Nikolas glaubt, dass sich auch seine Reizbarkeit legen würde, wenn die Mutter gesund wäre.

I : Was wäre noch in deinem Leben anders (wenn die Mutter gesund wäre)?

N: (leise) Dann würde ich nicht so reagieren, wenn der andere zu mir sagt: Deine Mutter stirbt in den nächsten Tagen. (auf Nachfrage) Ich würde da einfach gar nicht hinhören. (...) (Stimme versagt) Da bin ich angreifbar in dem Punkt.

B Familie

B 1. Beziehung zur Mutter

Die Pflichten die Nikolas für die kranke Mutter übernehmen muss, rufen Wutgefühle in ihm hervor. Sein Gewissen verbietet es ihm dabei, diese Gefühle offen auszudrücken.

I : Wie ist das, wenn du ‘mal auf deine Mutter wütend werden würdest?

Wenn sie krank ist und sich schwach fühlt, ist das ja nicht so einfach! (...)

N: Ja, dann muss ich ihre Aufgaben übernehmen, dann will sie schlafen, den Tag über.

I : Und das macht dich auch manchmal wütend.

N: (leise) Ja, dass ich ihr denn das Essen ans Bett bringen muss und alles.

I : Was passiert mit dieser Wut. Zeigst du die oder nicht?

N: Ich zeig die nicht so. Also nicht dann, wenn meine Mutter dabei ist (beginnt zu weinen). Sondern dann nehm’ ich mir so ‘n (Geste) normalen Ball, den ... schieß’ ich immer ganz doll gegen die Wand. (...)

I : (...)Würde das deiner Mutter weh tun, wenn sie diese Wut bemerken würde?

N: (leise) Ja, ich glaub’ schon.

I : (...) Wie wäre das dann für dich?

N: Dann würde ich ein schlechtes Gewissen haben.

I : Hast du denn auch ein schlechtes Gewissen, wenn du Wut hast?

N: Ne.

B 4. Familienkonzepte von „normal“, gesund

Gefühle von Sorge und Wut innerhalb der Beziehung zur Mutter würden sich für Nikolas normalisieren, wenn sie gesund wäre.

I : Was würde sich für dein Leben verändern, wenn deine Mutter ganz gesund würde?

N: (unter Tränen) Dann würde ich mir keine Sorgen machen.

I : Und was würde das bei dir verändern (...)?

N: (hustet) Dann würde ich, nicht, dann würde ich nicht so wütend auf sie sein und... (...) weil sie macht dann mehr.

B 5. Aufgaben

Viele Tätigkeiten im Haushalt fallen in Nikolas' Aufgabenbereich.

Jede körperliche Schwäche der Mutter bedeutet für ihn eine Mehrbelastung.

I : Wofür bist du zuständig zu Hause?

N: Müll ' rausbringen, manchmal koch' ich (...), ich muss saubermachen, und sonst in der Küche und so die Geschirrspülmaschine und alles einräumen.

I : Gibt's denn sonst noch jemanden der hilft?

N: Ne.

I : (...) Wenn deine Mutter wieder an die Dialyse müsste, müsstest du dann zu Hause mehr machen?

N: Ja. (auf Nachfrage) Dann müsste ich wahrscheinlich mehrere Male kochen.

I : Gibt's etwas, wo du deiner Mutter noch speziell helfen musst (...)?

N: Ja, im Garten, die Beete. (auf Nachfrage) Ich grab' die um und düng' die.

C Risiko/Belastung

C 1. Angst, Sorgen

Der derzeit schlechte Gesundheitszustand der Mutter und die folglich drohende Wiederaufnahme einer Dialysebehandlung bereiten Nikolas große Angst.

Die damalige Dialysezeit der Mutter ist Nikolas noch immer in lebhafter Erinnerung. Er fürchtet, dass sich die Mutter durch verunreinigte Dialyseschläuche infizieren könnte.

I : Woran denkst du hauptsächlich, wenn du an die Krankheit deiner Mutter denkst? Was beschäftigt dich da?

N: (Schweigen) (hustet) Dass auf einmal diese Niere nicht mehr arbeitet, die sie jetzt gerade bekommen hat.

(in bezug auf die Dialysebehandlung) (...)

I : Hat es dir Angst gemacht?

N: Ja.

I : Wovor hattest du Angst?

N: Dass das Gerät einfach nicht mehr arbeitet. (...)

Einmal als es dabei war, hat's nur Alarm abgegeben. (...)

I : (...) Gibt's noch andere Komplikationen? (...) Was stellst du dir da vor?

N: Dass da in den Schläuchen (...), die werden ja in der Fabrik verpackt, und dass da in der Fabrik in die Schläuche Keime gelangen können.

Besondere Ängste verbindet Nikolas mit der Müdigkeit der körperlich geschwächten Mutter. Während der Dialysezeit fürchtete er, die Mutter könnte nach einer Ruhepause nicht wieder erwachen.

I : (...)Was geht in dir vor, wenn deine Mutter müde ist und du weißt, das ist so, weil sie krank ist.

N: Dann bekomm' ich Angst.

I : (...) Was macht dir da Angst, wenn deine Mutter müde ist?

N: (hustet) Ja, dass wenn sie jetzt immer von der Dialyse früher gekommen ist (Stimme versagt), dann ist sie immer, dann war sie immer so müde, und dann dachte ich, dass sie einschläft und nie wieder aufwacht. (...)

D Reaktionen/ Bewältigung

D 1. Bewältigung von Angst und Sorgen

Den Eltern kann Nikolas seine Ängste nicht mitteilen, da er fürchtet, sie mit seinen Problemen ebenfalls zu ängstigen.

I : (...)Was wäre denn, wenn du mit diesen Sorgen zu deiner Mutter gingest und der das alles sagen würdest? Wie wäre das für deine Mutter?

N: (hält sich mit einer Hand am Stuhl fest) (Schweigen) (...) Dann würde sie bestimmt noch mehr Angst haben (Stimme versagt, beginnt zu weinen)

I : (...) Und dein Vater, wenn du dem deine Sorgen erzählen würdest?

N: (leise) Vielleicht kriegt der dann auch Angst.

D 2. Umgang mit konkreten Problemen

Unterstützung im Haushalt, z.B. durch eine Pflegekraft würde Nikolas auf keinen Fall akzeptieren.

I : Könntest du dir vorstellen (...), dass eine bezahlte Krankenschwester jeden Tag für ein paar Stunden zu euch nach Hause kommt (...) kocht, bei der Dialyse hilft (...) damit du deinen eigenen Weg gehen kannst.

N: (hustet, hat sich im Stuhl weit zurückgelehnt) Ne! Also an' Herd, (Stimme versagt) da lass' ich sie nicht 'ran. (Auf Nachfrage von I.) Weil wir haben noch so 'n alten Herd, so, und wenn die jetzt nur Kenntnisse von neuen Herden hat... (erzählt vom alten Herd). (...)

D 3. Individuelle Bewältigungsstrategien

Es wurde bereits deutlich, dass Nikolas auf Provokationen durch seine Mitschüler mit Gegenaggression reagiert. Besonders wenn es sich um Themen in bezug auf die mütterliche Krankheit handelt, versucht Nikolas oftmals vergeblich, die Herausforderung der anderen zu ignorieren. Durch Sport und Unternehmungen mit Freunden fühlt er sich zumindest vorübergehend von seinen Problemen abgelenkt.

I : Wie kannst du dich davor schützen (wegen der Erkrankung der Mutter geärgert zu werden)?

N: Ich versuch' einfach, da nicht hinzuhören. (Stimme versagt) ich schaff' das nicht.

(Nikolas erzählt, dass er zum Tischtennis und zum Schachspielen geht)

I : (...) Und wenn du da (...) spielst, denkst du da trotzdem noch an zu Hause?

N: (Stimme hoch) Ne (schüttelt den Kopf). Da bin ich abgelenkt.

I : Und wenn du dann zurückkommst, wie geht's dir dann ?

N: Dann fang' ich wieder an, mir Sorgen zu machen (wischt sich die Augen).

D 4. Beziehungen als Quelle von Unterstützung

Die Gespräche mit einer Psychologin bieten Nikolas die Möglichkeit, seine Sorgen mit einer außerfamiliären Person zu besprechen.

I : (in bezug auf N.'s Ängste) Wenn du solche Gedanken hast, mit wem kannst du darüber reden?

N: Mit Frau E.

2.) Psychodynamische Interpretation

Nikolas' große Angst um das Leben der Mutter verbunden mit hoher Alltagsbelastung und Verantwortlichkeit interferieren mit seinen Autonomiewünschen, die bewusst aufgegeben werden.

Gefühle der Wut über diesen Autonomieverlust nimmt er bei sich wahr, zeigt sie jedoch nicht. Sie werden z.B. auf Mitschüler und den Vater verschoben und ausagiert.

Beispielhafte Brüche:

Stimmversagen, Widerspruch (Weinen)

(in bezug auf die Spritzen, die Nikolas seiner Mutter regelmäßig gibt)

*N: (...) (Stimme versagt) Ich mach' das, um meiner Mutter einen Gefallen zu tun.
Sonst eigentlich nicht.*

I : Wie geht es dir denn dabei? Was sagt dein Gefühl?

N: Ein gutes hab' ich da (weint).

Stimmversagen, Zeitwechsel in der Erzählung

I : (...) Was macht dir da Angst, wenn deine Mutter müde ist?

N: (hustet) Ja, dass wenn sie jetzt immer von der Dialyse früher gekommen ist (Stimme versagt), dann ist sie immer, dann war sie immer so müde, und dann dachte ich, dass sie einschläft und nie wieder aufwacht. (...)

Flüstern, Stottern

*I : Und wenn du erwachsen bist, wie möchtest du dann gerne leben?
Was wäre dein Traum?*

N: (flüstert) Von meiner Mut-ter, (holt Luft) von meiner Mutter weg am liebsten.

Rückübersetzung in den Wortlaut des Kindes

Ich habe *Angst*, dass Mama *einschläft und nie wieder aufwacht*.

Ich muss zu Hause *ihre Aufgaben übernehmen*, ihr *das Essen ans Bett bringen* und so. Mama hat keine Zeit dafür, und ich *lass' niemand anderen an den Herd 'ran* und auch nicht an Mama, denn die machen sonst *was verkehrt*, machen *zu viel Salz* ans Essen, und meine Mama *muss salzarm essen, sonst wird sie krank*.

Ich wünsche mir, *von meiner Mutter wegzukommen*, aber ich kann auch wenn ich größer werde niemand anderen an Mama lassen.

Einmal hatte ich Wut auf meine Mutter. Am nächsten Morgen in der Schule *war ich immer noch wütend*. *Da hat mich einer von hinten getreten*. *Das war der, der immer gesagt hat: „Deine Mutter stirbt nächst Woche!“*.

Den hab' ich dann zusammengeschlagen. -

Manchmal *versalze* ich beim Kochen das *Essen* von Papa, obwohl ich auf ihn eigentlich nicht wütend bin.

Katrin, 16 Jahre

Einzelkind, Mutter zum Interviewzeitpunkt vor sechs Jahren transplantiert,
zuvor acht Jahre dialysepflichtig

1.) Strukturierende Inhaltsanalyse

A Kindliche Selbstwahrnehmung

A 1. Erleben der elterlichen Erkrankung

Katrin besitzt konkrete Detailerinnerungen an den Beginn der Heimdialyse der Mutter in ihrer Kleinkindzeit.

K: (...) Also da war ich ja zwei und wurde dann bald drei, als meine Mutter dann an die Dialyse musste, und dann war sie im Krankenhaus . . . und ich erinnere mich noch, glaub' ich, wie, ja, wie sie wiederkam oder wie die ersten, diese ersten Kisten dann geliefert wurden (hebt zur Darstellung der Größe beide Arme) von dieser Beutelflüssigkeit. (...)

A 2. Loyalität, Besorgnis, prosoziale Themen

Katrin erinnert sich an ihr eigenes fürsorgliches Verhalten als Fünfjährige während der Krankenhausbesuche bei ihrer Mutter.

Sobald die Mutter sich zu Hause ausruhen musste, versuchte Katrin, sie nicht zusätzlich zu belasten.

K: Ja, ich hab' ihr glaub' ich dann immer Spielsachen mitgebracht, damit sie das dann nicht so langweilig hat (...), da war ich glaub' ich so fünf. (...)

- K: (...) Sie war dann manchmal auch wirklich geschlaucht und sagte:
Ich muss mich jetzt ausruhen! (...)
Und dann hab' ich mich auch meistens eher zurückgezogen (...)
und sie nicht weiter irgendwie gefordert oder irgendwas von ihr verlangt.*
- I: Also Sie haben versucht sich zurückzunehmen (...), weil sie ihrer Mutter nicht
zusätzlich mit ihren Bedürfnissen zur Last fallen wollten?*
- K: Es ist nicht so, dass ich mich völlig zurückgezogen habe (...) Nur dass ich sie
jetzt nicht noch gebeten habe, dass wir irgendetwas Anstrengendes spielen. (...)*

Den körperlichen Beeinträchtigungen der Mutter begegnete Katrin mit großer Empathie.

- I: Haben Sie Zeiten erlebt (...) wo sie an dem Leid Ihrer Mutter so dran waren ?*
- K: (schildert die Probleme der Mutter während einer Fahrt im warmen Auto auf dem
Weg in den Urlaub) (...) Die Haut (der Mutter) fängt an zu jucken (deutet auf ihren
Arm) (...), und das war ziemlich quälend für sie (...). Einmal da war sie auch
nervlich dann ziemlich kaputt, weil das halt so unangenehm für sie war (...).*
- I: Haben Sie Erinnerungen an Gefühle in solchen Situationen (...) ?*
- K: Ja, natürlich auch sehr unangenehm, zum Beispiel auch grad da im Urlaub (...).
Ich hab' mich natürlich gefreut (...), und als ich das gemerkt habe (wie es der Mutter
während der Autofahrt ging), hab' ich gedacht : sie kann sich jetzt gar nicht
darüber freuen, und das hat mir sehr leid getan. (...)*

Offenheit und Ehrlichkeit sind für Katrin wichtige Grundlagen einer Freundschaft.

- I: Was ist Ihnen denn bei einer guten Freundschaft besonders wichtig?*
- K: Auf jeden Fall auch dass man über alles reden kann, dass man viel redet und sich
auch eigentlich alles sagt. Oder man kann auch was für sich behalten. Wenn einer
ein Problem hat, dass er das dann auch sagen kann, und der andere zuhört.
Und dass man etwas geheimbehalten kann, und vielleicht nicht alles weitertratscht.
(...) Oder dass man auch zu dem anderen hält, wenn andere über den lästern.*

Die Freundschaft zu einem in der Klasse unbeliebten Mädchen appellierte in hohem Maße an Katrins soziales Verantwortungsgefühl.

- K: (...) Und die ganzen Jahre war ich mehr oder weniger die einzige, die eigentlich
wirklich was mit ihr gemacht hat und zu ihr gestanden hat. Und ich war so die
Verbindung, dass sie dann den Anschluss nicht ganz verloren hat. Und was ziemlich
hart war, auch für mich, ich hab' da auch drunter gelitten. (...) (Sie erzählt von
einem Vorfall während einer Klassenreise bei dem es zum Streit zwischen der Klasse
und diesem Mädchen kam) (...) Das Problem war nur (...) ich hab' zusammen mit ihr
in einer Familie gewohnt (...), die anderen waren sie sozusagen dann los, aber ich
war ja immer 24 Stunden am Tag mit ihr da zusammen. Und ich musste dann nach
diesem ganzen Krach trotzdem noch mit ihr abends wieder zurück in die Familie
f-fahren. (...). Aber, na ja, also wenn sie da jetzt ganz allein gewesen wäre,
weiß ich auch nicht, was dann noch geworden wäre. (...)*

A 3. Autonomie, Wut , Aggression

Sowohl im häuslichen als auch im schulischen Milieu fühlte sich Katrin manchmal durch die ihr zuteil gewordene Fürsorglichkeit in ihren Autonomiewünschen beschränkt.

*K: (...)Ich will jetzt nicht sagen, dass ich irgendwie, dass mein Eltern mich immer sehr, sehr, jetzt mich übermäßig betütert hätten, aber vielleicht wär' ich eher so 'n bisschen selbständig geworden (...)(Sie erzählt von Freundinnen) Mittags war die Mutter eben nicht da, die hatten einen Schlüssel richtig mit, die gingen dann nach Hause, schlossen auf. (...)
Das habe ich dann beinahe immer so 'n bisschen beneidet oder auch jedenfalls bewundert, weil ich fand die immer schon groß und erwachsen. (...).
Und wenn ich dann kam, war meine Mutter eben schon da .(...) Das war so 'ne Zeit, wo ich so 9, 10 war, wo man vielleicht gern so 'n bisschen älter ist. (...)*

K: (...) (K. erzählt von einer Freundin, mit der sie Einkaufen und Eisessen ging) Und das fand ich dann ganz toll (...) einfach so weggehen (...).Und das hab' ich dann hinterher erst 'mal alles erzählt, ganz begeistert und dann meinten meine Eltern (verstellt die Stimme) : Was, du läufst da einfach so mit der 'rum, auf der Straße (...) und das hab ich dann gar nicht verstanden, was sie da irgendwie gegen hatten. (...) Warum soll man als Acht- oder Neunjährige nicht mal nachmittags irgendwo hingehen. (...)

*K: (erzählt vom Heimweh während einer Klassenreise in der Grundschulzeit) (...)Und dann haben sie sich natürlich auch wieder alle um mich gekümmert und so.
Und deshalb, dass ich vielleicht deshalb eher so 'n bisschen immer sehr, so, ich will nicht sagen verhätschelt worden bin, aber eben sehr, sehr umsorgt worden bin und so (...).Was einem als Kind dann vielleicht auch irgendwann 'n bisschen zu viel werden kann, man aber so vielleicht nicht unbedingt merkt.*

A 4. Stärken, Ressourcen

Katrin wird sich darüber klar, dass sich ihr pflichtbewusstes Verhalten durch die besondere familiäre Situation und nicht allein auf Grund der Erziehung entwickelt hat.

K: (...) (holt Luft) Das mit diesem Pflichtbewusstsein, wo wir da jetzt noch 'mal drüber gesprochen haben, das ist mir jetzt glaub' ich auch erst klar geworden, dass das vielleicht wirklich daran liegen könnte. Ich hab' sonst immer gedacht, dass das eben wirklich nur an der Erziehung liegt. (...) Dass es eben nicht einfach nur die normale Erziehung ist, sondern dass es vielleicht auch dadurch kam, dass das eben in unserer Familie wichtig war. (...)

Die mütterliche Erziehung zur Zuverlässigkeit betrachtet sie als positiv.

K: (...) Dass ich eben heute auch von vornherein eben gleich immer an alles auch denke. Und vielleicht hat mir das auch Vorteile gebracht. (Sie erzählt von ihrer Arbeitshaltung in der Schule)(...) Dass ich eben dann auch schon von selber anfangen, etwas zu machen und nicht erst, wenn man mich mit der Nase darauf stößt oder mich antreibt.

A 5. Gedanken über die Zukunft

Trotz eines Praktikums im Krankenhaus, möchte Katrin nicht in diesem Umfeld tätig werden

I: (...) Aber ich möchte irgendwie keine Ärztin werden (...). Ich weiß nicht, ob ich das dann selber nervlich verkraften könnte, wenn ich sozusagen mit den Leiden meiner Patienten konfrontiert würde (...). Und dann möchte ich lieber so 'n bisschen (deutet mit den Händen Abstand haltend von sich weg) ab da von dem Krankenhaus sein und möchte irgendwie in die Forschung gehen. (...)

Gesundheit und beruflicher Erfolg sind für Katrin wichtige Zukunftswünsche

I: Was wären für Ihre Zukunft, für Ihr Leben die wichtigsten Wünsche?

K: Auf jeden Fall glaub' ich auch 'mal Gesundheit (...) auch dann für meine spätere Familie, ja, meinen Freund, meinen späteren Ehemann. Und dann, sicherlich wünsch' ich mir auch, dass ich Erfolg (Geste) habe, dann später im Studium und im Beruf. Und (...) dass ich das schaffe (Geste), dass ich das bewältige und dass ich da dann auch sozusagen was leisten kann, dass ich mich verwirklichen kann auch.(...) Dass ich, wenn ich mir irgendwas vornehme, das auch einigermaßen so schaffe und hinkriege.(...)

A 6. Konzepte von „normal“

Katrin erinnert, wie wichtig ihr das Bedürfnis war, sich von Gleichaltrigen nicht zu unterscheiden.

K: (...) Als ich in die fünfte Klasse kam (...) da fühlte ich mich einfach freier und auch eben, ich war genauso wie die anderen. Da war kein Unterschied oder so.

B Familie

B 1. Beziehung zur Mutter

Die Mutter war stets darum bemüht, sich mit Katrin zu beschäftigen.

I : Und was hat die Mutter mit Ihnen gemacht, wenn Sie zu Hause war?

K: Dann hat sie auch mit mir gespielt, eben eher so ruhigere Sachen,(...) eher so' ne passivere Rolle, vielleicht Vorlesen, nicht so wildere Sachen, wo man sich körperlich anstrengen muss.(...) Das hat eher mein Vater gemacht. Es war eben eher so 'n bisschen getrennt. (...)

Die Mutter legte in ihrer Erziehung Wert auf Zuverlässigkeit und Verantwortungsbewusstsein.

K: (...) Aber ich glaube, dass auch meine Mutter selber abgesehen von ihrer Krankheit Wert auf so etwas legt (...). (auf Nachfrage) Legt Wert auf, ja sagen wir 'mal auf Verlässlichkeit oder auch, vielleicht zu dem was man sagt, dann auch steht (...). So 'ne Art von Verantwortung eben, die man dann auch gegenüber anderen hat (...), dass man nicht einfach sagt: Ja, das ist mir jetzt egal und heute so, morgen so oder so. (...) Dass man nicht so gedankenlos handelt, allgemein. (...)Weil auch später dann irgendwie, hat meine Mutter immer gesagt (Zeigefinger nach unten): Hast du auch das-und-das Heft eingepackt ? Und: Daran musst du jetzt denken ! (...) Aber dass meine Mutter immer gesagt hat, ungefähr so (Zeigefinger): Du weißt, was passiert, wenn du das nicht machst. (...)

Katrin betrachtet die heutige Beziehung zu ihrer Mutter als normal.

I : Wie wäre die Beziehung zu Ihrer Mutter vielleicht heute, wenn sie nie krank gewesen wäre?

K: Heute vielleicht nicht mehr so anders, denn jetzt ist es ja auch schon ein paar Jahre her, dass sie transplantiert ist. Sie kann auch mehr mitmachen. Und dann irgendwann wenn man größer wird, dann hat man 'mal Streit mit seiner Mutter und dadurch dann auch keine Rücksicht mehr genommen, und später war sie denn auch gesund. Und ich denk' 'mal, heute ist unsere Beziehung so mehr oder weniger normal oder auch nicht anders als bei anderen (...). Heute ist der Unterschied zu 'ner gesunden Mutter nicht mehr so groß . . . Oder eigentlich, ich merk's eigentlich gar nicht mehr . . .

B 2. Beziehung zum Vater

Mit dem Vater konnte Katrin auch herumtoben.

K: Und am Wochenende haben meistens wir beide was zusammen gemacht, auch wenn meine Mutter zu Hause war. Oder auch die wilderen Spiele oder so Toben im Garten habe ich dann immer eher mit meinem Vater gemacht.(...)

Sobald die Mutter ins Krankenhaus musste, kümmerte sich der Vater um Katrin.

K: (...) Und mein Vater hat sich dann auch Urlaub genommen oder so. (...) Da hab' ich mir manchmal so vorgestellt, wie's wäre so von wegen mein Vater wäre jetzt Alleinerziehender und wir wären immer nur zu zweit. (...)

I: Und was haben Sie so für Erinnerungen an die Zeit? Wie Sie das so fanden, wenn Sie 'mal mit dem Vater alleine waren für ein paar Wochen.

K: (...) Mehr oder weniger haben wir uns dann schon irgendwie so arrangiert, das haben wir dann irgendwie auch so geschafft. (...) Der Alltag war eigentlich nicht so das Problem. (Katrin erzählt, dass der Vater nicht kochen kann) Entweder sind wir am Wochenende essen gegangen, das fand ich auch immer ganz schön ... (...)

Während der stationären Aufenthalte der Mutter genoss Katrin die Zeit mit dem Vater und versuchte ihn in seiner Rolle zu ermutigen.

K: (...) Nur, (...) er hat immer gedacht, er könnte das jetzt alles doch nicht so kompensieren oder ausfüllen, dass eben doch 'ne Lücke da ist. Wenn meine Mutter nicht da ist, ist klar sie ist dann eben nicht da, aber ich hab' das wirklich nicht so schlimm gefunden. (...) Ja, ich fand das toll und hab' auch immer versucht, ihm das zu erklären. (...)

K: (...) Und ich meinte: Natürlich kannst du Mami nicht ersetzen. Du bist nicht Mami, du bist Papi, aber du bist doch dann genauso gut wie Mami, das ist doch dann nichts Schlechteres, dass du dich jetzt um mich kümmerst, nur weil Mami nicht da ist. Dass du jetzt nicht sozusagen zweite Wahl bist, in meiner Erziehung oder wer sich um mich kümmert.

B 5. Aufgaben

Im Haushalt hat Katrin nur wenige Pflichten zu erfüllen.

I : Was sind denn heute Ihre Aufgaben in der Familie, die Sie normalerweise übernehmen?

K: Oh eigentlich nicht so viel (lacht etwas verlegen). (...) (Sie erzählt vom selbständigen Zimmeraufräumen und -putzen). Aber es sind jetzt keine so großen Aufgaben.

I : Also Ihre Mutter ist in erster Linie für den Haushalt alleine verantwortlich?

K: Meine Eltern eigentlich beide. Deshalb ist es nicht an mir hängen geblieben, weil die beiden sich das unter sich aufteilen. Das ist eben noch von früher, da wollten sie mich nicht belasten oder so, und das ist noch immer so, dass ich nicht großartig was mach' (...).

C Risiko/Belastung

C 1. Angst, Sorgen

Besonders während der Krankenhausaufenthalte der Mutter quälten Katrin die Sorgen um den mütterlichen Gesundheitszustand.

I : Was ging Ihnen da so durch den Kopf?

K: Ich hab' gedacht: Jetzt ist sie im Krankenhaus. Was wird da jetzt eigentlich mit ihr gemacht? Hat sie Schmerzen, geht's ihr schlecht? Oder vielleicht auch: Vielleicht geht's ihr jetzt so schlecht, dass sie sich, wenn sie wiederkommt, nicht mehr um uns kümmern kann, dass sie vielleicht immer im Bett liegen muss. Dass sie, ja, eben sozusagen so 'ne Art Pflegefall wird - also das Wort kannte ich damals noch nicht . . . Oder nicht mehr richtig in der Lage ist, für sich selbst zu sorgen oder für uns zu sorgen, und dass das normale Familienleben nicht so weitergehen kann. Was ja zum Glück so nicht passiert ist. (...)

C 2. wahrgenommene Probleme

Im Schulalter begann Katrin sich mit der Frage nach der Vererbbarkeit der Nierenerkrankung zu beschäftigen.

I: (in bezug auf die Nierenerkrankung) (...) Wie beschäftigt Sie die Frage, ob Sie irgendwann auch betroffen sein könnten, da die Ursache der Erkrankung ja unbekannt ist.(...)

K: (...) Es ist schon ziemlich sicher, dass das eine Infektionskrankheit war, was das ausgelöst hat (...), aber dass es auf keinen Fall eine Erbkrankheit ist (...). Es ist nichts, wovor ich jetzt irgendwie Angst haben müsste. Aber ich hab' sie natürlich auch immer gefragt: (mit verstellter Stimme) Muss ich das jetzt später auch befürchten, dass ich das krieg'? (...)

Als die Mutter während einer Klassenreise ihrer Tochter im Krankenhaus lag, plagte Katrin heftiges Heimweh.

K: (...) Da hatte ich ziemlich Heimweh, und meine Mutter meinte, das läge vielleicht daran, dass ich mit dem Gedanken auf Klassenreise fahr', dass sie da grad im Krankenhaus ist (...) und wegen der Ungewissheit, dass ich vielleicht deshalb Heimweh hätte. Und dann haben sie sich natürlich auch wieder alle um mich gekümmert. (...)

C 3. Gedanken zum Tod

Während der mütterlichen Krankenhausaufenthalte kamen Katrin Gedanken an einen möglichen Tod der Mutter und dessen Bedeutung für ihre eigene Zukunft.

K: (...) Oder wenn sie jetzt wirklich, wenn sie jetzt sterben würde oder wenn sie für immer im Krankenhaus sein müsste, ja was wird dann aus mir, dann müsste ich ohne Mutter aufwachsen. Würde ich das dann bewältigen können? (...)

Nach der erfolgreichen Nierentransplantation der Mutter realisierte Katrin, welchen Verlauf die Krankheit ohne das neue Organ hätte nehmen können.

K: Jetzt ist sie transplantiert, jetzt geht's ihr ja wieder gut, aber was wäre gewesen wenn sie keine Niere bekommen hätte? (...) Oder sie hat gesagt: Ja, ich hab' ja jetzt acht Jahre gewartet, und bei einer Niere geht das noch, aber wenn man jetzt z.B. auf ein Herz warten würde, wäre man nach acht Jahren längst tot. Und da hab' ich gedacht, was wäre, wenn sie auf ein Herz hätte warten müssen und keins bekommen hätte? (...)

D Reaktionen/Bewältigung

D 1. Bewältigung von Angst und Sorgen

Ihren Freunden hat Katrin ihre Ängste niemals anvertraut.

I: Wie war das so mit diesen Ängsten bevor jemand Sie als Kind beruhigt hat?

K: (...) Eigentlich hab' ich das auch keinem so richtig erzählt. Irgendwie wollte ich auch das meinen Freunden nicht erzählen. Ich hab' vielleicht gedacht, die würden das nicht nachvollziehen können, weil ihre Eltern gesund sind. (Auf Nachfrage) Was eben in einem vorgeht, wenn plötzlich die Mutter ins Krankenhaus kommt und nicht mehr da ist. Eigentlich hab' ich das für mich behalten. (...)

D 4. Beziehungen als Quelle von Unterstützung

Auch ohne den Eltern ihre Gefühle mitzuteilen, fühlte sich Katrin stets verstanden und getröstet .

I: (...) Aber ihre Ängste und Gefühle die Sie hatten, haben Sie eigentlich niemandem gesagt. Sie haben auch was für sich behalten.

K: Ein bisschen, ja, vielleicht. Aber mein Vater und meine Mutter die wussten das sicherlich, das musste ich ihnen dann nicht sagen. Die haben mich dann eben auch entsprechend behandelt. (Auf Nachfrage) Eben dieser Umgang, dass sie auch wissen, dass ich auch Ängste und Sorgen hab' und das jetzt nicht nur meine Mutter alleine ist, (...) sondern dass wir alle dadurch Probleme haben,(...), und jeder weiß, dass der andere dann auch sozusagen mitbelastet ist. . . . Also keiner musste denken, dass er da irgendwie alleine ist jetzt mit seinen Ängsten oder seinen Problemen. (...)

D 5. Information als Verstehenshilfe

Ausführliche Erklärungen der Eltern über die Krankheit und deren Risiken haben Katrin in ihren Ängsten beruhigt.

K: Für mich war es dann irgendwann wichtig, dass wenn ich gefragt habe, dass mir immer jemand gesagt hat: Ja es geht ihr eigentlich ganz gut, und sie ist jetzt da-und-da, und da wird jetzt das-und-das gemacht, und dass ich denn keine Angst haben musste, dass sie vielleicht irgendwie stirbt oder dass es ihr ganz schlecht geht oder dass sie jetzt lange Zeit nicht wiederkommt. (...)

(Auf Nachfrage) Ja, drüber reden hat geholfen. Wir haben uns ja sowieso eigentlich immer alles gesagt und konnten immer über unsere Probleme sprechen (...)

I: Wer hat denn vor allem mit Ihnen über diese Dinge gesprochen?

K: Ja doch wohl am ehesten meine Mutter, wenn die nicht da war mein Vater.

K: Wenn jemand da war und es wurde über die Krankheit gesprochen (...), dann hab' ich auch gefragt: Ja, kann ich das vielleicht auch kriegen? (...) Aber dann hat meine Mutter mir das erklärt und dann war es auch gut. Da habe ich mir dann keinen Kopf darüber zerbrochen.

2.) Psychodynamische Interpretation

Durch die Krankheit der Mutter war in Katrins Erleben die eigene Existenz in Frage gestellt, da die in Katrins Vorstellungswelt bestehende Unvereinbarkeit von Dialysepflichtigkeit und Schwangerschaft einen existentiellen Konflikt zwischen den Lebensinteressen von Mutter und Tochter anklingen lässt.

Auf Grund der verinnerlichten Angst um die Mutter existieren erhöhte Anforderungen an die eigene soziale Verantwortlichkeit und Verlässlichkeit, welche den Autonomie- und Abgrenzungswünschen entgegenstehen.

Ebenso wird die engagierte Fürsorglichkeit der durch Erwerbsunfähigkeit kontinuierlich zu Hause präsenten Mutter von Katrin als hemmend für eigene Individuationsbestrebungen erlebt.

Katrin erinnert, dass ihr räumliche Trennungen im Grundschulalter schwer fielen. Das Heimweh, das während einer Klassenfahrt wahrscheinlich aus Sorge um die Mutter entstand, erlebt Katrin als für die Mutter kränkend. In Reaktion hierauf versuchte sie, die Erwartungen der Mutter, eine anpassungsfähige Tochter zu sein, zu erfüllen. Die Vermischung der Wünsche nach dyadischer Nähe zum Vater unter Ausschluss der Mutter mit der übernommenen Parentifizierung („Vater trösten“) tragen zu einer latenten Ausbruchsschuld bei.

Beispielhafte Brüche:

Themenwechsel, grammatikalischer Satzverfall

K: Als ich dann zwei Jahre alt war, ist die Krankheit ausgebrochen, dann wär's auch nicht mehr gegangen wahrscheinlich mit Schwangerschaft und so. Da sagt sie manchmal: Haben wir echt Glück gehabt, dass wir dich noch bekommen haben! Sozusagen so 'n bisschen so knapp beinah, dass das noch geklappt hat.

I: Was löst das in Ihnen aus dieses „knapp“?

K: Ja . . . da denk' ich auch: (erhöht die Stimmlage) puh, Glück gehabt, und . . .

I: Ja, da geht's ja um ihr Leben!

K: Ja sogar dann auch, aber o.k. das . . . , ähm, ja, das hat geklappt und ähm, ja dann, ähm (senkt die Stimme), ja gut dann, die Nieren entgiften dann nicht mehr richtig (...).

Subjektwechsel, grammatikalischer Satzverfall, Versprecher

I: Also, Sie führen dieses Heimweh darauf zurück (...), dass das etwas mit der Krankheit Ihrer Mutter zu tun hat.

K: (...) Meine Mutter (...) kann es sich nicht anders erklären, denn sie war ja selber früher Lehrerin (...) Aus ihrer Erfahrung war es immer so, es hatten immer die Heimweh, die gerade irgendwie es nicht so gut zu Hause hatten oder es nicht so sch... hm, irgendwie, ja, keine so nette Familie hatten oder so, und das ist ja bei uns nun (hebt die Hand an die Brust) eigentlich gerade nicht der Fall gewesen weil, weil ich ja wie gesagt immer sehr, sehr behütet war, und, und ansofern, insofern konnte sie das jetzt nicht erklären. (...)

Rückübersetzung in den Wortlaut des Kindes

Die Krankheit meiner Mutter begann zwei Jahre nach meiner Geburt, und danach wär's wahrscheinlich *nicht mehr gegangen mit Schwangerschaft und so*. Das war *sozusagen so'n bisschen knapp, dass das noch geklappt hat!*

Manchmal habe ich Angst gehabt, dass meine Mutter *für immer ein Pflegefall* werden oder sogar *sterben* könnte. Ich habe mich gefragt, was dann aus mir und meiner Familie werden würde und ob ich das überhaupt würde *bewältigen* können. -

Während der Dialysezeit meiner Mutter habe ich eigentlich immer versucht *Rücksicht* zu nehmen und sie *nicht noch zusätzlich zu fordern* oder anzustrengen, *eben nicht so gedankenlos* zu handeln.

Vielleicht ist das der Grund dafür, warum ich heute recht *verantwortungsbewusst* bin.

Ich habe eigentlich *immer gedacht, dass das nur an der Erziehung* meiner Mutter liegt!- Es haben sich wirklich *immer alle sehr um mich gekümmert!* Das ist mir dann *irgendwann 'n bisschen zu viel* geworden, denn ich wollte viel lieber *erwachsen* und *selbständig* sein, als dauernd *betütert* zu werden!

Mein starkes Heimweh während einer damaligen Klassenreise kann *meine Mutter sich* nur dadurch *erklären*, dass sie *in der gleichen Zeit im Krankenhaus* lag. Denn *aus ihrer Erfahrung hatten immer die Heimweh*, die es *irgendwie nicht so gut zu Hause* hatten und das ist *bei uns ja gerade nicht der Fall* gewesen! -

Sollte meine Mutter noch einmal an die Dialyse müssen, dann könnte ich heute *sicherlich auch mehr helfen* als damals! -

Während der Krankenhausaufenthalte meiner Mutter, hat mein Vater sich um mich gekümmert. Das war dann *auch 'mal ganz schön*, nur wir zwei alleine.

Er hat sich dann viel Mühe gegeben, um alles so wie meine Mutter zu machen und hatte Angst, sie *nicht* gut genug *ersetzen* zu können.

Dabei fand' ich *das wirklich nicht so schlimm!* Ich *hab' versucht ihm das zu erklären* und ihn zu trösten!

Christian, 17 Jahre

Einzelkind, Vater zum Interviewzeitpunkt vor 10 Jahren transplantiert, zuvor 5 Jahre dialysepflichtig (mit durchgehender Aufrechterhaltung seiner Berufstätigkeit). Christian hat gerade ein halbes Schuljahr im Ausland verbracht.

1.) Strukturierende Inhaltsanalyse

A Kindliche Selbstwahrnehmung

A 1. Erleben der elterlichen Erkrankung

Christian hat differenzierte Kenntnisse von der Pathophysiologie der väterlichen Erkrankung sowie der Dialysetherapie.

Als Kind erlebte er die Manifestation der Erkrankung bewusst über die reduzierte Leistungsfähigkeit des allgemein sehr sportlichen Vaters.

C: (lächelt) Ich denk' 'mal eigentlich schon, dass ich relativ gut darüber bescheid weiß. (...) Die Niere hat die Funktion, das Blut zu reinigen. Und deswegen wird diese Körperfunktion durch das Versagen der Niere nicht mehr durchgeführt. Nur noch von einer Niere oder von gar keiner mehr. Und deswegen muss das künstlich ersetzt werden, was durch eine Dialysemaschine gemacht wird, die das Blut reinigt.(...)

I: Und wie war's bei Ihrem Vater mit Müdigkeit (...) Haben Sie das wahrgenommen?

C: (...) Mein Vater hat immer sehr viel Sport gemacht (...), deswegen war er immer sehr energiereich, aber Müdigkeit war natürlich schon da. Man hat das gemerkt, dass er in manchen Situationen nicht so viel leisten konnte wie ein normal Funktionierender.

A 2. Loyalität, Besorgnis, prosoziale Themen

Rücksichtnahme auf den labilen Gesundheitszustand war für Christian eine wichtige Verhaltensregel im Umgang mit dem kranken Vater.

(in bezug auf die offene Äußerung von Wutgefühlen gegen den Vater)

C: (...) (stützt den Kopf nachdenklich auf) Ich wusste während der Zeit natürlich auch, wie schwierig es für meinen Vater ist, ähm, und ich denk' mal, dementsprechend hab' ich mich vielleicht so 'n bisschen, bisschen flexibel (Geste), bisschen mehr an ihn angepasst. Aber trotzdem kam es natürlich zu Konflikten zwischendurch 'mal(...).

I: (...) Aber vom Gefühl her, den Vater nicht zu sehr zu belasten, das erinnern Sie.

C: (nickt, zustimmende Geste) Ja, letztendlich war es doch da, ja.(nickt) Kann man sagen, dass da schon irgendwie die, (Handbewegung) die Rücksicht da ist.

Es bereitet Christian keine Schwierigkeiten innerhalb von Freundschaften Konflikte auszutragen.

I: (...)Und wenn es in einer guten Freundschaft 'mal Streit gibt?

C: Dann wird gestritten und sich wieder versöhnt.

I: Waren Sie 'mal auf einen guten Freund wütend?

C: Ja, natürlich.

I: Und wie tragen Sie das aus?

C: Wir sprechen drüber, setzen uns abends gemütlich hin und sprechen drüber. Oder es renkt sich irgendwann wieder von selber ein. (...)

A 3. Autonomie, Wut, Aggression

Christian kann sich zunächst kaum an ernsthafte Auseinandersetzungen mit dem Vater während und nach der Dialysezeit erinnern. Es überwiegen die Erinnerungen an die unverzügliche Bereinigung von Konfliktsituationen mit ihm.

I: (...) Wie war das, wenn Sie sich 'mal über ihren Vater geärgert haben.

Wie kamen Sie damit zurecht?(...)

C: Also, ich denk' 'mal, ich hab' mich nie richtig, richtig ernsthaft mit meinem Vater gestritten, ohne dass wir uns danach dann irgendwann doch wieder vertragen haben oder so. Ohne dass das irgendwie denn sozusagen weg war (Geste), der ganze Streit.

I: Wie kommt das, dass man sich nie streitet?

C: Nein nein, nein! Also, was ich damit sagen wollte, wir haben uns gestritten und wir wussten doch von beiden Seiten, (...) dass wir miteinander verbunden sind sozusagen. Und dann haben wir uns auch gleich wieder vertragen. Das passiert schon. Und da sind wir in der Situation nicht nachtragend. Insofern ist das relativ flexibel.(...)

C: (...) Ich kann mich nicht an besonders viele Streitigkeiten mit meinem Vater erinnern, während der Dialyse, was sich glaub' ich auch nach der Dialyse nicht unbedingt so verändert hat.

Es, es kam so in den letzten paar Jahren (Geste), kam logischerweise, das kennen sie ja, gab's dann schon einige Streits. Und da gab es dann schon mal ernsthaftere Konflikte, aber irgendwie haben wir das dann auch wieder hinbekommen.(...)

Offene Konfrontationen mit dem Vater sind für Christian schuldbeladen.

Kam es in der Vergangenheit zu intensiveren Auseinandersetzungen, machte sich Christian den Vorwurf, die Situation herausgefordert und die Gesundheit des Vaters belastet zu haben.

Er glaubt, dass er Streitigkeiten mit einem körperlich gesunden Vater intensiver austragen würde.

C: (...) Immer wenn, wenn es dann irgendwie zum Streit kommt, (stützt den Kopf nachdenklich auf) dann fühl' ich mich immer, immer immer sehr, sehr schlecht dabei eigentlich (sieht I. an). Weil, in gewisser Weise ist dann schon die ganze Nierengeschichte im Hinterkopf.

I: (Fasst die Situation zusammen)(...) Und Sie sind unsicher: (...) Muss ich mich jetzt zurücknehmen und nachsichtig sein.

C: Das macht es meistens immer im Nachhinein, das ist das Problem.

I: Wie geht das?

C: Dass ich mich halt auf dieses, auf auf diesen Streit sozusagen einlasse, also auf gewisse Weise einlasse (Geste). Dieser Streit entsteht, und im Nachhinein denk': Mensch, das war irgendwie, das, er er er ist so schnell reizbar und du bist darauf eingegangen (Geste) und, ja.(...)

I: Was wäre anders, wenn Ihr Vater gesund wäre?(...) Würden Sie da anders reagieren? (...)

C: Ähm, . . . ja ich denke schon (nickt). (...) Ich denke schon, ich denke schon, dass der Konflikt dann wesentlich heftiger verlaufen würde.(...)

A 4. Stärken, Ressourcen

Christian sieht seine persönlichen Stärken im Vergleich zu Gleichaltrigen in einer reiferen Anpassungs- und Urteilsfähigkeit

I: (...) Wirkt sich das auf Ihren Umgang im Freundeskreis in der Schule aus, dass Sie so verantwortungsbewusst oder rücksichtsvoll sind? (...)

C: Ich denke schon, ja, ich denke schon.

I: Woran zeigt sich das?

C: Vielleicht, vielleicht kann ich die Ernsthaftigkeit einer Situation besser einschätzen. (...) (C. zieht Vergleiche zu seinen Mitschülern) Ich denke 'mal die reagieren auf Situationen, mit denen sie noch nie was zu tun hatten, reagieren sie oft absolut fehl. Und deswegen denk' ich, ich (zeigt auf sich) hab' wieder die Möglichkeit, mich irgendwie da besser anzupassen, (...) die Situation besser einschätzen zu können, besser bewerten zu können. (...)

A 5. Gedanken über die Zukunft

Christian ist besorgt um die zukünftige Entwicklung der väterlichen Gesundheit.

C: Ich hoffe halt nur darauf, dass das in Zukunft gerade mit der Niere meines Vaters weiterhin gut verläuft. Denn auch die Lebensdauer einer Niere ist ja oft (kleine Pause) vielleicht beschränkt. (...)

Seine persönlichen Zukunftsvorstellungen beziehen sich insbesondere auf berufliche Perspektiven, einen erfüllenden Beruf und eine eigene Familie.

I: Was sind Ihre persönlichen Ziele für Ihre eigene Zukunft? Drei Wünsche.

C: Drei Wünsche? (lacht etwas). . . Viele Kontakte und Freunde, irgendetwas woran ich mich klammern kann, eine Tätigkeit, (...) einen Beruf, den ich mag. Irgendetwas womit ich mich identifizieren (Geste) kann, was ich mir vorstellen könnte, für lange Zeit zu betreiben. Und 'ne Familie mit vier Kindern (lacht) (...).

B Familie

B 1. Beziehung zur Mutter

Christian konnte bei seiner Mutter stets Aufmerksamkeit und Zuspruch finden.

C: (...) Und meine Mutter hat mich halt immer so 'n bisschen beruhigt und dann war das auch wieder gut.

I: Wie sind Sie mit den Belastungen umgegangen (...)?

C: Ich denke 'mal, in den meisten Situationen habe ich mit meiner Mutter drüber gesprochen. Und meine Mutter hat mir irgendwie, hat mir vielleicht dann schon die Angst ein bisschen genommen, hat mir schon die Situation erklärt und warum es so ist, und dass wir damit zurecht kommen. (...)

Persönliches vertraut Christian seiner Mutter nur zaghaft an.

C: (...) Das ist so, wie meine Mutter schon sagte, sie muss immer um etwas bei mir 'rauszufinden ziemlich nachbohren. (...) Ich muss erst richtig ins Gespräch 'reinkommen, dann entwickelt sich das bei mir von selber. Bis dahin dauert das manchmal.

B 2. Beziehung zum Vater

Christian nimmt die väterlichen Wünsche nach Leistungsfähigkeit und Erfolg an ihn war.

I: Warum hat es Ihren Vater auf die Palme gebracht, dass Sie die Schule so 'n bisschen schleifen lassen?

C: Ähm, ich denke 'mal, ich denke 'mal, was er meinte, das war ,wie er das empfunden hat, das war, also er er war immer ziemlich gut in Mathematik, und (lacht etwas) mein Vater konnte das natürlich nicht begreifen, wie er diese natürliche Begabung (Geste) hatte und ich nicht (grinst). (...)

Ich hab' in den letzten Jahren, in der letzten Zeit viel drüber gedacht, viel drüber nachgedacht, und insofern (?) auch solche Themen für mich selber oft, ja sch-schon drüber nachgedacht. Und mir wurde das im Nachhinein schon so 'n bisschen klar, dass mein Vater viel auf mich setzt (...).

I: Wie zeigt sich das, dass das bei Ihnen ankommt (...)?

C: Ich denk' 'mal, wenn es um etwas geht, wo er nicht gut werden könnte, unterstützt mich mein V-Vater mit sehr viel Elan. (...)

B 4. Familienkonzepte von „normal“, gesund

Die stets präsente Angst um den kranken Vater hat Christians inneres Bild von einem „normalen“ Familienleben nachhaltig geprägt.

Normalität bedeutet für ihn die Gesundheit aller Familienmitglieder.

C: (...) (denkt lange nach) Ich denke, wenn man in so einer Situation aufwächst, lernt man Dinge zu schätzen, lernt man Dinge anders zu schätzen (Geste), man lernt Dinge die einem vielleicht nicht normal erscheinen würden, wie ein normales Fam-, also wie ein gesundes (Geste), komplett gesundes Familienleben besonders zu schätzen, und, und für diejenigen, die so etwas von Natur auf haben, von Anfang an hatten, für die ist denk' ich 'mal so was wesentlich, einfach normal (Geste). Die kennen die Situation nicht, wie es ist, schon noch (leiser) Angst haben zu müssen um den eigenen Vater. (...)

C Risiko/ Belastung

C 1. Angst, Sorgen

Besonders die Momente des Punktierens während der Heimdialyse des Vaters, sowie unvorhergesehene Krankenhausaufenthalte sind Christian als angstinduzierende Situationen in Erinnerung geblieben.

I: Haben Sie Erinnerungen daran, (...) ob Sie bei sich, ohne es zu sagen Angst um den Vater hatten?

C: Ja (nachdrücklich), das denk' ich auf jeden Fall (nickt). Ich hatte zwischendurch auf jeden Fall Angst um meinen Vater.

I: Was kommt Ihnen da so an Erinnerungen? In welchen Situationen war das?

C: Ich denke 'mal, gerade immer in den Situationen, wo mein Vater punktieren musste (...), und ich draußen weinend saß und mein Vater sich natürlich konzentrieren musste, und dann wurde mir irgendwie schon klar, dass das ganze nicht so ganz, eben nicht so ganz einfach ist, und dass das ganze schon mit einem relativ sehr großen Risiko verbunden ist.

(...) Und wenn es dann auch zwischendurch 'mal hieß: Ja, er muss 'mal kurz ins Krankenhaus von wegen Untersuchungen, und da könnte irgendetwas sein. (...) Und in solchen Situationen war es mir natürlich auch schon relativ bang.

C 2. wahrgenommene Probleme

Christian hat bei seinem Vater eine zunehmende Reizbarkeit bemerkt, die er auf die Krankheit zurückführt.

(auf Nachfrage von I.)

C: (...) Und ähm, ich denke auch sehr, dass mich zum Beispiel, jetzt im Einzelnen die Reizbarkeit sehr belastet hat. Also das das das war wirklich, da, damit hatten wir oft oft 'n Paar Probleme.

(...) Ich war nicht gut in Mathematik und mein Vater hat mir ein bisschen nachgeholfen und da kam es schon vor, dass das, dass das leicht irgendwie ausgeartet ist (...), dass er auf irgendwas bestand, wogegen ich war (...)

C: (...) Also, was mir nur aufgefallen ist (blickt an die Decke), dass mein Vater, ich denke 'mal gerade durch die Dialyse sehr ungeduldig geworden ist, teilweise, und manchmal fast ein bisschen zu aggressiv und zu überheblich teilweise (...).

C: (...) Es wurde ja auch im letzten Gespräch gesagt, dass Dialysepatienten oft, oder ehemalige Dialysepatienten, beziehungsweise Personen die eine neue Niere erhalten haben, dass die oft sehr reizbar sind (...)

Auch der Gedanke an eine mögliche seelische Belastung des Vaters beschäftigt Christian.

I: (...) Aber Sie haben keine Angst ihm körperlich zu schaden oder gibt es da auch Sorge (...)?

C: Ähm, ich denk', ich denke auch, von der seelischen Belastbarkeit. Ich meine so Streit geht nie spu-, spu-, ja, spurlos an einem vorbei.(...)

D Reaktionen / Bewältigung

D 1. Bewältigung von Angst und Sorgen

Christian glaubt, den Gedanken an einen möglichen tödlichen Krankheitsverlauf in damaliger Zeit teilweise verdrängt zu haben.

(...)

I: Also, diese Bedrohung war Ihnen bewusst?

C: Ja, aber ich hab' sie wahrscheinlich irgendwie eher vielleicht so 'n bisschen verdrängt, denk' ich 'mal, ganz (?) dann doch noch verdrängt.

D 2. Umgang mit konkreten Problemen

Auf Grund der wahrgenommenen erhöhten Reizbarkeit des Vaters versucht Christian, diesen zu schonen.

(in bezug auf die Reizbarkeit des Vaters)

C: Ich denke 'mal, das, so v-so, so, ja, vermeiden zu können, den A....usbruch dieser Reizbarkeit, deswegen, denk' ich 'mal, sollte alles 'mal, sollte man alles daran legen, ja. (...)

So ist er im Umgang mit dem Vater auf Vorsicht bedacht.

C: (...) Es, es ist zumindest immer, immer, immer im Hinterkopf drin, also dass es immer da (zeigt kurz auf seinen Kopf), dieses, dieses, dieses Gefühl, dass es doch nicht, also, dass es vielleicht doch 'n bisschen mit Vorsicht zu behandeln sei (...).

D 4. Beziehungen als Quelle von Unterstützung

Christian fühlte sich in seinen Ängsten von seinen Eltern stets beachtet und verstanden.

I : (...)Konnten Sie sich da jemandem mitteilen, dass Ihnen bang war (siehe oben)?

C: Ja, meinen Eltern.

I : Haben Sie auch gesagt, dass Sie Angst hatten?

C: Ja, ich denke schon. Ich hab' das immer, ich hab's zwar nicht immer so direkt ausgesprochen, aber meine Eltern wussten das denk' ich mal immer, davon geh' ich aus. (...)

Besonders die Gespräche mit den Eltern hat er als beruhigend und ermutigend empfunden.

I : Miteinander reden war hilfreich.

C: Ja, auf jeden Fall. Wo-wobei ich das meistens mit meiner Mutter gemacht habe, dass sie mir, gerade als ich noch kleiner war, dass sie mir erklärt hat worum's ging. (...) Also auch Mut (Geste) gemacht.

D 5. Information als Verstehenshilfe

Neben den bereits erwähnten Gesprächen mit der Mutter, erhielt Christian auch von seinem Vater viele aufklärende Informationen über die Erkrankung .

I : Als Siebenjähriger, wie wussten Sie da über die Krankheit bescheid?

C: Ich denke 'mal, ich hatte das eher durch meinen Vater, denn mein Vater war immer relativ offen. Mein Vater sagte mir immer, worum's geht, und dadurch habe ich schon relativ mitbekommen, was, was abläuft und wusste wahrscheinlich mehr als andere Vergleichbare in meinem Alter.

2.) Psychodynamische Interpretation

Christian erinnert, in seiner Kindheit durch die Angst um den Vater seelisch belastet gewesen zu sein.

Diese Angst versuchte er durch Rücksichtnahme sowie durch kognitive Kontrolle (hoher medizinische Informationsstand) zu reduzieren.

In der Beziehung zum Vater führte dessen körperliche Beeinträchtigung zu einer Hemmung eigener aggressiver Abgrenzungsimpulse, die den reif entwickelten prosozialen Einstellungen von Verantwortung und Rücksichtnahme entgegengestanden hätten.

Die so verursachte affektive Konfliktspannung ist Christian bewusst.

Er versucht sie selbstreflektiv zu kontrollieren, wobei er teilweise intellektualisiert. Aus Rücksichtnahme auf den Vater verzichtet Christian teilweise auf autonome Positionen.

Mittlerweile können Loyalitäts- und Autonomiewünsche jedoch weitgehend zur Deckung gebracht und von Christian in ein positives Selbstbild integriert werden.

Christian identifiziert sich mit den Leistungs- und Familienidealen seines Vaters und kann so die väterliche Delegation, das Beste aus seiner eigenen Leistungsfähigkeit zu machen, bewusst annehmen.

Beispielhafte Brüche:

Widerspruch

C: (...) Also, ich denk 'mal, ich hab' mich nie richtig, richtig ernsthaft mit meinem Vater gestritten, ohne dass wir uns danach dann irgendwann doch wieder vertragen haben oder so. Ohne dass das irgendwie denn sozusagen weg war, der ganze Streit.

Subjektwechsel, Umformulieren, Stottern

I: Und was hat das mit der Krankheit zu tun. Was ist da Ihre Sorge, (...) warum es nie eskalieren soll?

C: Ich denk' einfach gerade, dass die Situation oft für ihn nicht ganz einfach war (...) Es wurde ja auch im letzten Gespräch gesagt, dass Dialysepatienten oft, oder ehemalige Dialysepatienten, beziehungsweise, Personen die eine neue Niere erhalten haben, dass die oft sehr reizbar sind, und ich denke 'mal das, so v-so, so, ja vermeiden zu können, den Ausbruch dieser Reizbarkeit, deswegen, denk' ich 'mal, sollte alles 'mal, sollte man alles daran legen, ja.

Widerpruch (Lachen)

I: (...) *Was könnte passieren, wenn Sie da Ihrem Vater 'mal unvorsichtig vor's Latz knallen?*

C: (*lacht, streicht sich über die Stirn*) *Was schon 'mal passiert ist, garantiert zwischendurch 'mal.*

Rückübersetzung in den Wortlaut des Kindes

Ich erinnere ich mich daran, dass ich als Kind *auf jeden Fall Angst um meinen Vater* gehabt habe.

Besonders wenn er zu Hause während der Dialyse *punktieren musste* und *ich weinend* vor der Tür saß, dann wurde mir das *Risiko* der Situation bewusst.

Meine Mutter hat viel mit mir über die Krankheit meines Vaters *gesprachen, mich beruhigt* und mir gesagt dass wir *Rücksicht nehmen müssen*. -

Heute bemerke ich die Krankheit meines Vaters besonders an seiner *Reizbarkeit*, die wohl *typisch für Dialysepatienten* und *ehemalige Dialysepatienten* ist.

Das belastet mich schon, vor allem *wenn mein Vater und ich uns streiten* und *er dann sehr schnell ausrastet*.

Deshalb gebe ich manchmal eher nach, um ihn in Streitereien nicht zusätzlich *seelisch* zu *belasten*, denn ich weiß wie *schwierig es für meinen Vater* gewesen ist.

Man sollte alles darauf anlegen, ihn und seine Gesundheit zu schonen!

Wenn er gesund wäre, würde ich vielleicht heftiger mit ihm streiten. -

Heute verfüge ich über persönliche Fähigkeiten, die andere nicht besitzen, die in einer *normalen Familie* groß geworden sind.

Ich bin nachdenklicher als andere, ich kann *Situationen besser einschätzen* und *mich besser anpassen*. -

Ich weiß, dass mein Vater *auf mich setzt*. Dass ich mich in der Schule anstrengte und gut in *Mathe* und in *Sport* bin.

Ich will Abitur machen und später einen *Beruf* ausüben, mit dem *ich mich identifizieren kann*. -

Frau H., 43 Jahre

Mutter zweier Kinder, lebt von ihrem Mann getrennt.

Ihr Vater hatte Zystennieren, war ca. 8 Jahre dialysepflichtig und starb als sie 13 Jahre alt war.

Frau H. hat ebenfalls Zystennieren und ist seit ca. 6 Monaten dialysepflichtig.

Auch ihre beiden jüngeren Brüder haben Zystennieren.

1.) Strukturierende Inhaltsanalyse

A Kindliche Selbstwahrnehmung

A 1. Erleben der elterlichen Erkrankung

Die körperlichen und geistigen Veränderungen des Vaters als Folge der Nierenerkrankung sind Frau H. nachhaltig in Erinnerung geblieben.

H: (spontan) Die Krankheit meines Vaters hat sehr viel Unruhe und viel viel verändert, sicherlich auch bis heute ihre Schatten hinterlassen. Der ist krank geworden, da war ich fünf ungefähr, und gestorben ist er, da war ich dreizehn. (...) Dass er nachts wie ein Kind geweint hat, weil er vor Schmerzen nahm' ich 'mal an, oder er konnte fast überhaupt nicht mehr laufen, ihm ist immer nach 200 Metern schlecht geworden, wenn wir spazieren gehen wollten (...).

H: Ich erinnere' mich, dass ich einmal mit war. Da hat er mich zwar als ich 'reinkam noch angelächelt, aber als ich am Bett stand, da hat er mich nicht erkannt. Und da hat er mich zurückgeschubst und hat immer gefragt, wer ich denn sei. Und das hat mich, das hat mich sehr stark getroffen, dass er mich nicht mehr erkannt hat da.

A 2. Loyalität, Besorgnis, prosoziale Themen

Ihren Brüdern stand Frau H. tröstend zur Seite.

I : (...) Fühlten Sie sich irgendwie für Ihre Geschwister verantwortlich (...)?

H: Das schon, ja, doch. (Auf Nachfrage)

H: Ich hab' mich viel um meinen Bruder gekümmert (...), aber wir hatten eigentlich grundsätzlich immer ein recht gutes Verhältnis. Mein großer Bruder, der ist immer wenn's ihm schlecht ging (...) gekommen, ich hab' ihn immer getröstet, wenn irgendwas war. Das weiß ich noch, dass er immer so seinen Kopf (neigt den Kopf) auf meinen Bauch gelegt hat, und ich hab' ihn dann getröstet (Lächeln in der Stimme). Oder ihn mit meinem Puppenwagen 'rumgefahren (...).

A 3. Autonomie, Wut, Aggression

Vor allem nach dem Tod des Vaters begann Frau H. ein provozierendes Verhalten gegenüber ihrer Familie.

I : (...) Sind Sie auch 'mal wütend geworden?

H: Sehr viel wütend, ja ja, sehr viel wütend. (Auf Nachfrage) Ich hab' erst 'mal grundsätzlich Sachen gemacht, die meinen Eltern nicht gefallen haben oder meinen Großeltern. Fing an mit der Kleidung und mit den Leuten mit denen ich mich abgegeben hab'.

I : Auch als Ihr Vater noch lebte?

H: Ja, ne, da war das nicht so extrem. Ich war eigentlich immer ein liebes Kind. Bis mein Vater starb und dann ging das also gnadenlos los (lacht kurz). (...) Für meine Mutter war das sicher schlimm (lacht leise). (...) Ich wollte das auch so. (...) Und die Art, wie ich gelebt habe zu der Zeit, hat mir auch viel gebracht, also das, allein dieses Gefühl, das jetzt so zu machen. (Sie erzählt von einer kommunistischen Vereinigung, der sie mit 16 angehörte). Das hat meinen Eltern natürlich überhaupt nicht gepasst (...) und ich mich eigentlich da ergötzen konnte, dass es die nun so gestört hat (lacht). Das war wahrscheinlich der Hauptgrund, dass ich das so lange gemacht habe. Ich hab' viele Sachen gemacht zu der Zeit, die meine Eltern halt auch sehr verletzt haben, was mir später 'n auch bisschen Leid tat. (...)

A 4. Stärken, Ressourcen

Trotz eines Suizidversuches als Jugendliche (s.u.) hat Frau H. sich niemals aufgegeben.

H: (...) Und deswegen glaub' ich auch nicht, dass ich letztendlich 'n Suizid begehen würde, weil ich einfach zu, ich bin zu stark, ich bin 'n starker Mensch.(...)

A 5. Gedanken über die Zukunft

Entgegen dem Drängen ihrer Verwandtschaft zu einem Studium entschied sich Frau H. für eine Ausbildung als Krankenschwester.

H: (...) Ich aber, aus was für 'm Grund auch immer, plötzlich Krankenschwester werden wollte. Und nicht Ärztin und nich', sondern Krankenschwester. Ähm, und bin das eigentlich auch bis heute geblieben. Ich bin Operationsschwester mittlerweile. Bin ich eigentlich auch gerne gewesen, aber ich hab' manchmal das Gefühl, durch diese ewige Krankheit meines Vaters, hab' ich irgendwie so das Bedürfnis gehabt zu pflegen (hebt die Hände). Weiß ich auch nicht, irgendwie, ich kann's nicht erklären, was das war. Es ist nicht, mit Sicherheit nicht mein Traumberuf (lacht etwas ironisch) (...).

B Familie

B 1. Beziehung zur Mutter

Von ihrer Mutter hat Frau H. keine Unterstützung erfahren.

Bis heute hat sie ihr gegenüber Wutgefühle.

I: (...) Sie waren die Älteste zu Hause, die damals am ehesten diese Rolle übernommen hat: Ich möchte gerne auch Verantwortung übernehmen! - Kann man das so sagen?

H: Ich hab' die Vater-Rolle zum Teil übernommen. Meine Mutter, die hat sich sehr 'reinfallen lassen in ihre Trauer. Und meine Mutter ist 'n Mensch der nicht sehr selbstbewusst ist und nicht sehr selbständig ist. Die eigentlich bis heute ihren Kummer eher bei mir ablädt (Handbewegung) als anders 'rum. Also meine Mutter war für mich nie jemand, der mir geholfen hat. Ist sie auch bis heute nicht (...)

H: (...) Bei meiner Mutter ist das halt so, wenn irgendwie was passierte damals, war ich immer Schuld. Weil ich mich so-und-so verhalten hab' oder weil ich mich so-und-so angezogen hab' oder (schüttelt den Kopf) ich war auf jeden Fall immer Schuld, darum hab' ich ihr solche Sachen gar nicht gesagt (in bezug auf den Suizidversuch als Jugendliche, s.u.).

H: (...) Und ich merke heute noch, dass ich manchmal diese Rachegefühle habe meiner Mutter gegenüber (lacht etwas), obwohl ich nun schon so alt bin, weil sie einfach gar nichts begriffen hat. Wenn man meine Mutter heute hört, sagt sie immer nur: Wieso, wir haben doch so schöne Ausflüge gemacht! Die erinnern' ich gar nicht mehr. Ich erinnern' wirklich nur Kampf und, und Unverständnis und Anpassung von ihr gefordert die ich nicht geben wollte und, ähm, ewig dieses: Mach' du 'mal, was sagst du dazu. Und ich eigentlich nie Möglichkeiten hatte, mit meinen Sachen irgendwie 'mal zu ihr zu gehen.

B 2. Beziehung zum Vater

Ihren Vater hat Frau H. sehr geliebt. Sie besitzt jedoch kaum Erinnerungen an gemeinsame Erlebnisse oder körperliche Nähe zum Vater vor seiner Erkrankung.

H: (...) Ich hab' durch meinen Vater jemanden verloren, den ich sehr sehr geliebt hab' und der mir auch Leid tat durch diese ewige Quälerei mit dieser Krankheit (...).

I: Welche Erinnerungen haben Sie an Ihren Vater aus der Zeit, als er noch nicht krank war.

H: (spontan) Gar keine. (...)

I: (...) Was taucht auf (...) so als früheste Lebenserinnerung?

H: (erzählt vom Herumturnen auf Kabelrollen als Fünfjährige im Beisein des Vaters) (...) Und danach ist das so, dass ich aus was für Gründen auch immer mich z.B. überhaupt nicht mehr erinnern kann, dass der mich 'mal in' Arm genommen hat oder so was, oder überhaupt an irgendeine körperliche Berührung, obwohl der das sicher getan hat. Ich bin da sehr traurig drüber, aber alles was vor 'm Tod, vor seinem Tod war ist für mich weg (Handbewegung). (kurze Pause) Ist richtig weg (Handbewegung). Ich kann mich nur noch an Szenen im Krankenhaus erinnern (...) und das auch nur noch wage (...). Und die letzten Jahre haben wir ihn ja gar nicht mehr richtig gesehen.

I: (...) Haben Sie irgendeine innere Vorstellung, was Sie an Ihrem Vater so geliebt haben?

H: Ich erinnere mich an eine Situation. Das war in der Küche bei uns zu Hause, da hat er, dadurch dass er nicht mehr laufen konnte, immer neben dem Herd gesessen und darauf gewartet, dass die Kartoffeln gar waren. (...) Wir Kinder haben abwechselnd da immer 'mal mit gestanden, und er ist ein sehr ruhiger Mensch gewesen (...).

Das Leiden des Vaters zerstörte ihr inneres Bild von einem starken Vater.

H: (...)(erzählt von den nächtlichen Schmerzen des Vaters) Ich hab' mir ein Kissen auf die Ohren gedrückt, weil so das ganze Vaterbild irgendwie von mir völlig abhanden gekommen war, nicht. Mein Vater heulte nicht, und der war bei der Kripo, das passte als Kind für mich nicht zusammen. Dass er nachts wie ein Kind geweint hat (...)

C Risiko/Belastung

C 1. Angst, Sorgen

Die körperliche Beeinträchtigung des Vaters löste große Angst bei Frau H. aus.

H: (...) Ich hab' ihn nachts oft weinen hören im Bett, und das hat mich fürchterlich verrückt gemacht (...). Oder er konnte fast überhaupt nicht mehr laufen, ihm ist immer nach 200 Metern schlecht geworden (...)(räuspert sich). Und äh, ich hab' das als große Bedrohung empfunden als Kind.(...)

C 3. Gedanken zum Tod

Viele Alpträume von Frau H. hatten den elterlichen Tod zum Inhalt.

*H: (...) Und ich hatte sehr starke Alpträume in den Jahren. Ich bin ganz oft nachts wach geworden. Ich hab' immer so 'ne Spirale gesehen, die sich dreht (Handbewegung), und dann hielt die plötzlich an und dann lagen meine Eltern da tot daneben. Das hab' ich lange Jahre immer geträumt nachts.
(Auf Nachfrage von I.) Ich kann nicht sagen, was das war. Ich weiß nur, dass ich diese Alpträume hatte und dass die aufhörten, als mein Vater tot war. Da war das nicht mehr. Da hab' ich zwar auch noch irgendwann Alpträume gehabt, aber da ist das jetzt nicht das gewesen, dass sie tot waren.*

D Reaktionen/ Bewältigung

D 1. Bewältigung von Angst und Sorgen

In ihrer kindlichen Angst bat Frau H. Gott um Hilfe für den Vater.

H: (...) Ich weiß, dass ich als Kind viel gebetet hab' (räuspert sich), und, äh, ja, was wahrscheinlich, weiß ich nicht, alle machen : Mach' unsern Papa bald wieder gesund. Und halt trotzdem ging's ihm immer schlechter. (...)

Die drei Geschwister versuchten ihre Angst vor der Mutter zu verheimlichen.

H: (...) (erzählt von den nächtlichen Schmerzattacken des Vaters) Und wir haben uns auch alle bemüht, also das weiß ich auch von meinen Brüdern, dass, ähm, dass, dass sie das nicht merkt, dass wir weinen.

Verlustreiche Lebenssituationen sind für Frau H. noch heute angstinduzierend.

H: Ich hab' durch den Tod meines Vater sehr große Verlustängste. Das heißt, wenn ich irgendwie das Gefühl habe, irgendetwas ändert sich oder geht 'n bisschen auseinander, geh 'ich (Handbewegung), dann geh' ich weg. Das hab' ich immer gemacht in meinem Leben. (...) Ich find' das nicht unbedingt toll. Das ist nicht schön, nicht, weil man sich sehr viel kaputt macht dadurch auch.

D 2. Umgang mit konkreten Problemen

In ihrem Beruf als Krankenschwester fällt Frau H. der Umgang mit weinenden Männern schwer.

H: (...) Ich kann sehr schwer mit Männern umgehen, die weinen. Mit alten Männern die weinen. Darum bin ich OP-Schwester und nicht auf 'ner Station. Ich kann das sehr schwer ab, ähm, das Leid von Leuten zu sehen durch meinen Vater, also weil mein Vater immer so geweint hat. (...)

D 3. Individuelle Bewältigungsstrategien

Kurz nach dem Tod des Vaters versuchte Frau H. ihn aus seinem Grab zu holen.

H: (...) Ich dann auch die ersten Jahre psychisch sehr ausgetickt bin, also auf 'm Friedhof war und ihn ausbuddeln wollte. Haben die (Großeltern) mich dann mit 'm Spaten vom Friedhof 'runtergeholt. (...) Ich hab' dann kurz nachdem er gestorben war einen Artikel gelesen über Scheintote. Und bin dann halt daraufhin auf 'n Friedhof gegangen und war sicher, dass der noch lebt in der Kiste und nur nicht 'rauskommen würde und wollt ihn da halt 'rausbuddeln.

Als Jugendliche begann Frau H. mit exzessivem Alkohol- und Drogenkonsum,

H: (...) Und dass ich auch ziemlich viel getrunken habe zu der Zeit und geraucht wie 'n Schlot und hab', äh, auch Drogen genommen zu der Zeit, also geraucht (räuspert sich).

I: Also Haschisch.

H: Ja. Grünen und roten und schwarzen. Was da so immer k-k- zu kriegen war. Das fing da so an. Das ging zwei Jahre lang. Dann hatte ich in der Schule natürlich auch Probleme (räuspert sich).(...)

Mit 14 Jahren beging Frau H. einen Suizidversuch.

H: (...) Manchmal hab' ich das Gefühl gehabt, ich will auch gar nicht mehr so richtig da sein. Ich hab' mit 14 'mal Tabletten geschluckt, nicht sehr viele, also das waren fünf Stück und viel Alkohol (lacht). Aber ich weiß, dass meine, meine Beweggründe (Handbewegung) schon die waren, nicht mehr aufzuwachen. Dass ich letztlich aber Angst gekriegt habe ...

I: (unterbricht) Wie haben Ihre Eltern darauf reagiert?

H: Meine Mutter hat das nicht mitgekriegt. Ich bin zu 'ner Mutter von 'ner Freundin gefahren. (...)

Mit 15 Jahren ging sie auf ein Internat, um den häuslichen Verhältnissen zu entkommen

H: (...) Ich bin allerdings muss ich sagen mit 15 in ein Internat gegangen, also bin von zu Hause weggegangen.

I: Wie war das für Sie?

H: (nachdrücklich): Gut! Ich konnt' nicht weit genug weg von zu Hause (lacht leicht)! Ich wollt' weg!

I: (unterbricht) Aber ich stell' mir das nicht einfach vor, wenn die Mutter Sie auch so gebraucht hat.

H: Ja, aber da kam mein Stiefvater so zu der Zeit auch, mit dem wir so überhaupt nicht klar kamen (...)

Sowohl Frau H. als auch ihre Brüder forderten in ihrem weiteren Leben bewusst das Schicksal heraus.

H: Und was wir festgestellt haben, viel später, meine Brüder und ich, dass wir alle drei, also der kleine und ich am meisten so Gradwanderungen gemacht haben. Wir haben Sachen gemacht, die sehr gefährlich waren (kurze Pause). Wo wir nicht wussten, ob wir da lebend 'rauskommen (Lachen in der Stimme) sag' ich jetzt 'mal ganz brutal (erzählt vom gefährlichen Fahrstil des Bruders). Während ich halt alleine viel in der Weltgeschichte 'rumgegeistert bin und da eben auch extreme Situationen hatte. (Frau H. erzählt von Reisen nach Arabien und ihrer Bewerbung für die „Cap Anamur“ um in den Lagern der Khmer in Kambodscha zu arbeiten.)

D 4. Beziehungen als Quelle von Unterstützung

Als Kind erhielt Frau H. keine Unterstützung durch Bezugspersonen.

Auch mit den Brüdern sprach sie erst im Erwachsenenalter über die Situation.

I: Und haben Sie als Geschwister untereinander über diese Situation jemals gesprochen?

H: Ja. Mit meinem jüngsten Bruder, der ist Journalist in D., mit dem sprech' ich sehr häufig. Mein älterer Bruder, der hat sich bis vor 'm halben Jahr ganz 'rausgezogen, wollte auch überhaupt nichts davon hören.

I: Wie war das damals (...). Gab es da 'ne Möglichkeit, mit den Geschwistern untereinander zu reden?

H: Nein. (schüttelt den Kopf) (...)

I: (...) Wie war es denn, wenn es 'mal um Ihre Bedürfnisse ging?

H: Ne, da war keiner. (...)

Trost erhielt Frau H. am ehesten von ihrer Großmutter, während sie sich stets den Beistand ihrer Mutter wünschte.

I: Wenn Sie als Kind 'mal traurig waren (...). Wer hat Sie überhaupt getröstet?

H: Meine Oma.(...) Die hat mich schon auf' n Arm genommen.

Und dann hab' ich immer Leber mit Apfelmus gekriegt (lacht). Das ist z.B. was, das ich immer noch erinner'. (...) Aber sie hat mich schon auf' n Arm genommen und hat mein Knie verklebt.

I: Was würden Sie insgesamt vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen sagen, was hätten Sie (...) als Verarbeitungshilfe von außen gebraucht?

H: Also ich denk', in erster Linie hätte ich 'ne starke Mutter gebraucht. Das finde ich sehr wichtig. (...) Ich mein', gut, es wäre besser, der Vater wäre da und wäre dann der Starke. Aber ich denke so ist das auch zu machen. (In bezug auf ihre eigene Mutterrolle) Und es ist nichts, wozu ich mich zwingen muss.

I: Und wenn bei den Gegebenheiten die Mutter nicht stark ist, was wäre dann?

H: Therapie, also 'n Therapeut, empfinde ich persönlich sehr wichtig.(...)

Beziehungen zu anderen Menschen kann Frau H. nur unter ständigem Misstrauen eingehen.

H: (...) Das hat halt die Folge, dass man grundsätzlich halt so 'n Einzelkämpfer wird. Also, das bin ich heute noch. Dass ich mich auch auf niemanden verlassen kann (schüttelt den Kopf), also auf gar keinen (schüttelt den Kopf). Auch nie in irgendeiner Form in irgendwas 'reinfallen lassen kann. So 'was mach' ich nicht (Handbewegung) (...), dass man sich auch 'mal fallen lassen kann. So, was ich bei anderen sehe, bei einer Freundin z.B., dass das auch sehr hilfreich ist. Aber ich kann das nicht, ich kann es, ich kann es einfach nicht. Ich traue' wirklich niemandem. (...) Das ist nie weggegangen.

D 5. Information als Verstehenshilfe

Von ihren Eltern erhielten Frau H. und ihre Brüder keine Informationen über die Krankheit des Vaters

I: Wie wurde in Ihrer Familie über die Krankheit gesprochen. (...) Wie haben Sie sich Ihre Informationen zusammengesucht ?

H: Ich hab' nicht viel, damals nicht viele Informationen gekriegt

I: Aber Sie hatten doch Fragen als Kind.

H: Das weiß ich nicht. Also meine Mutter hat mir sicher nicht viel sagen können. (...) Aber wir haben die letzten Jahre eigentlich nicht viel gehört, wie's ihm ging. (...) Und dadurch, dass wir eigentlich wenig wussten, hab' ich das auch nicht verstanden. Aber meine Mutter ist auch nicht in der Lage gewesen, mir das zu erklären. Weil sie einfach selber so fertig war und überhaupt nicht damit klar kam, dass er so krank war. (...)

2.) Psychodynamische Interpretation

Frau H. hat als Kind unter der Krankheit ihres Vaters seelisch sehr gelitten.

Dieses konnte sie sich jedoch nicht zugestehen, da das Leid des Vaters stets schwerer wog.

Die eigene seelische Belastung angesichts des väterlichen Leides führte in Frau H.'s Kindheit immer wieder zu Gefühlen von Hilflosigkeit und Verzweiflung, die auch im Selbsterleben der heute Erwachsenen spürbar präsent sind.

Dabei fühlte sich Frau H. mit ihrem Leid stets alleingelassen und vermeidet bis heute jegliche Anlehnung an Vertrauenspersonen. -

Mitleid und Angst um den Vater blockierten jegliche vorhandene rebellische Impulse ihm gegenüber.

So erlebte Frau H. diese Gefühle nach dem Tod des Vaters als einseitig gegen die Mutter gerichtet und lebte sie entsprechend aus.

Die unbearbeiteten Schuldgefühle gegenüber dem leidenden Vater (auf Grund verdrängter rebellischer Auflehnungswünsche), führten bis ins Jugend- und Erwachsenenalter hinein zu Selbstbetrachtungstendenzen die sich unter anderem in Suizidalität und parasuizidalem Agieren (Risikoverhalten) ausdrückten.

Ein anderer Bewältigungsversuch der Schuldgefühle für Auflehnung und Abscheu gegenüber dem kranken Vater bestand in einer Reaktionsbildung und Wiedergutmachung durch Pflege. Dies setzte sich in der späteren Berufswahl von Frau H. fort, wobei der Drang zum Beruf der Krankenschwester nicht ihren wirklich eigenen autonomen Wünschen entsprach.

Beispielhafte Brüche:

zeitlicher Widerspruch

H: (...) Ich hab' erst 'mal grundsätzlich Sachen gemacht, die meinen Eltern nicht gefallen haben (...)

I: Auch als Ihr Vater noch lebte?

H: Ja, ne, da war das nicht so extrem. Ich war eigentlich immer ein liebes Kind. Bis mein Vater starb und dann ging das also gnadenlos los (lacht kurz). (...) (...) Und die Art, wie ich gelebt habe zu der Zeit, hat mir auch viel gebracht, also das, allein dieses Gefühl, das jetzt so zu machen. (Sie erzählt von einer kommunistischen Vereinigung, der sie mit 16 angehörte). Das hat meinen Eltern natürlich überhaupt nicht gepasst (...) und ich mich eigentlich da ergötzen konnte, dass es die nun so gestört hat (lacht).

Themenwechsel, Zeitwechsel, Lachen:

H: (...) Ich aber, aus was für 'm Grund auch immer, plötzlich Krankenschwester werden wollte. Und nicht Ärztin und nich', sondern Krankenschwester. Ähm, und bin das eigentlich auch bis heute geblieben. (...) Bin ich eigentlich auch gerne gewesen, aber ich hab' manchmal das Gefühl, durch diese ewige Krankheit meines Vaters, hab' ich irgendwie so das Bedürfnis gehabt zu pflegen (hebt die Hände).(...) Es ist nicht, mit Sicherheit nicht mein Traumberuf (lacht etwas ironisch) (...).

Lachen

H: (...) Meine Brüder und ich (...), wir haben Sachen gemacht, die sehr gefährlich waren (kurze Pause). Wo wir nicht wussten, ob wir da lebend 'rauskommen (Lachen in der Stimme) sag' ich jetzt 'mal ganz brutal (...).

Rückübersetzung in den Wortlaut des Kindes

Als Kind hatte ich große Angst um meinen Vater! Wir haben *ihn nachts oft vor Schmerzen weinen hören* und *das hat mich fürchterlich verrückt gemacht*.

Da ist mein ganzes *Vaterbild abhanden gekommen*, denn in meinen Augen musste ein Vater stark sein, der *heulte nicht!* -

Von meiner Mutter haben wir als Kinder auch nie Trost oder Erklärungen zu der Krankheit meines Vaters erhalten. Sie hat *sich sehr 'reinfallen lassen* in ihre eigene Angst und *Trauer*. Und wir haben uns auch *sehr bemüht*, dass sie *nicht merkt*, dass wir Angst hatten.

Durch meine Mutter habe ich nie eine Hilfestellung oder Unterstützung erfahren.

Dabei hätte ich immer *'ne starke Mutter gebraucht!*

Heute habe ich manchmal richtige *Rachegefühle* ihr gegenüber!

Das hat halt die Folge, dass man grundsätzlich so 'n Einzelkämpfer wird!

Und das *bin ich heute noch! Ich trau' wirklich niemandem* und kann mich nicht *'mal fallen lassen*, was ich eigentlich auch sehr schade finde! -

An das Zusammensein mit meinem Vater habe ich kaum noch Erinnerungen, *dass der mich 'mal in' Arm genommen hat oder so was. Irgendwie ist die Zeit total weg!*

Als mein Vater gestorben war, *ging das dann gnadenlos los* mit meiner Aufmüpfigkeit gegen die Familie. Sei es die Kleidung oder meine Freunde, hauptsächlich ich konnte die Dinge so machen, dass sie meiner Mutter nicht gefielen. Später habe ich *Haschisch* geraucht und *ziemlich viel getrunken!* Mit 14 hab' ich *'mal Tabletten geschluckt* und *viel Alkohol* dazu getrunken, und *ich weiß, dass meine Beweggründe schon die waren, nicht mehr aufzuwachen*. Meine Mutter hat davon gar nichts mitgekriegt.

Auch in meinem späteren Leben bin ich häufig Risiken eingegangen und habe *Sachen gemacht, die ziemlich gefährlich waren*.

Trotzdem bin ich ein *zu starker Mensch*, als dass ich *letztendlich 'n Suizid begehen würde!*

Manchmal glaube ich, dass ich *durch diese ewige Krankheit meines Vaters* das *Bedürfnis* habe, *zu pflegen*. Und darum bin ich Krankenschwester geworden, obwohl das *mit Sicherheit nicht mein Traumberuf ist!* -

3.2 Zusammenfassende Darstellung nach Altersgruppen

Die folgende Zusammenfassung der neun Einzelfalldarstellungen berücksichtigt altersspezifische Schwerpunkte in den Aussagen der Kinder und Jugendlichen.

In Anlehnung an die Gliederung der strukturierenden Inhaltsanalyse der Einzelfallanalysen (siehe Abschnitt 3.1) werden wichtige Themen inhaltlich zusammengefasst, durch bedeutsame Originalzitate ergänzt und nach Möglichkeit der entsprechenden Altersgruppe zugeordnet.

Die Befragten wurden wie folgt gruppiert:

1.) Jüngere Kinder (5 - 7 Jahre)

Sarah, 5 Jahre
Michelle, 6 Jahre
Jana, 6 Jahre
Tim, 7 Jahre

2.) Ältere Kinder (11 - 12 Jahre)

Lukas, 11 Jahre
Nikolas, 12 Jahre

3.) Jugendliche (16 - 17 Jahre)

Katrin, 16 Jahre
Christian, 17 Jahre

4.) Frau H. (43 Jahre)

A Kindliche Selbstwahrnehmung

A 1. Erleben der elterlichen Erkrankung

Alle Interviewteilnehmer wissen von der Erkrankung des betroffenen Elternteils.

Jüngere Kinder (5 - 7 Jahre)

Bei den jüngeren Kindern beschränken sich die Kenntnisse über die elterliche Erkrankung auf einfache konkretistische Bilder, die aus eigenen Anschauungen gewonnen wurden. Verstanden werden Zweck und Notwendigkeit der Blutreinigung, nicht jedoch die Ätiologie der Krankheit.

Die Nierenerkrankung und die Dialysetherapie der Eltern werden von den jüngeren Kindern überwiegend über visuelle Eindrücke wie Spritzen, Pflaster und Blut in einen Sinnzusammenhang gebracht.

Sarah, 5 Jahre:

S: (...) Da wird erst Wasser, äh Blut, abgepumpt und dann (...) bei Papa wieder 'reingepumpt.

Michelle, 6 Jahre:

M: (...) Da wird sie behandelt. Da hat sie so (zeigt auf ihren Arm), was so'n Geräusch macht im Arm.(...) Wenn sie fertig ist, dann kriegt man da 'ne Spritze 'rein (zeigt auf ihren Arm). (...)

I: Sieht man denn da Blut?

M: Ja! (auf Nachfrage)Da wird das sauber, das wird sauber gemacht. (...)

Jana, 6 Jahre:

J: (...) Ich hab' das auch 'mal angefasst. Das pumpt. (...)

I: (...) Und weißt du, warum sie zur Dialyse muss?

J: (fängt wieder zu malen an) Weil sie 'ne neue Niere brauch'.

I: Und wie kommt so was?

J: Weiß ich nicht. (...)

Tim, 7 Jahre:

T: (...)Dass wenn Papa nicht zur Dialyse geht, dass er dann stirbt, weil sein Blut nicht sauber ist.

I: Wie kommt das, dass das Blut nicht sauber ist ?

T: Weiß ich nicht. (...)

Ältere Kinder (11 - 12 Jahre)

Bei den Kindern ab 11 Jahren ist ein umfangreicheres Wissen über die elterliche Nierenerkrankung und deren Bedeutung als Indikation für eine Dialysetherapie vorhanden.

Trotzdem existieren vor allem bei den beiden 11- und 12-Jährigen Missverständnisse und Phantasien über die Krankheit und Krankheitsbegriffe.

Lukas, 11 Jahre:

L: (in bezug auf die Krankheit) Also, davon weiß ich nur, dass man daran nicht sterben kann. Dass sie ungefährlich ist, und dass die Krankheit nicht wie jede andere wieder weggeht. Dass beide Nieren nicht mehr da sind, weil sie (die Mutter) früher oft krank war, Schnupfen und Husten hatte. Daher soll das gekommen sein. Dass die Nieren das Blut säubern von Bakterien, na ja, weniger von Bakterien, von Giftstoffen, die ins Blut kommen, mit denen der Körper aber nichts anfangen kann. Das wird wohl irgendwie verarbeitet in den Nieren. (...)

Nikolas, 12 Jahre:

N: Also in der Dialyse, da wird das Blut gesäubert, da kommt's durch so 'n Gerät, das ist so 'ne künstliche Niere. Da wird das Blut in so'm großen Behälter (Geste) gewaschen.

I : Warum muss das sein (...)?

N: Ja, weil dann diese Giftstoffe die ganzen Organe so auffressen können.

N: (...) Dieser eine Wert ist wieder hochgegangen bei ihr auf 3,6.

(Auf Nachfrage von I.) Ich glaub', der heißt Kreatininwert oder so.

I : Und was (...) bedeutet das?

N: Das ist so 'n Gift.

I : (...) Und wenn das hochgeht, was bedeutete das?

N: Dass es dann den Körper angreift.

I : Und was passiert da im Körper (...)?

N: Dass die Organe auf einmal nicht mehr arbeiten können.

Jugendliche (16 - 17 Jahre)

Die Jugendlichen haben differenzierte Kenntnisse von der Ätiologie der elterlichen Erkrankung und der hämodialytischen Behandlung.

Christian, 17 Jahre:

C: (...) Die Niere hat die Funktion, das Blut zu reinigen. Und deswegen wird diese Körperfunktion durch das Versagen der Niere nicht mehr durchgeführt. Nur noch von einer Niere oder von gar keiner mehr. Und deswegen muss das künstlich ersetzt werden, was durch eine Dialysemaschine gemacht wird, die das Blut reinigt.(...)

Die krankheitsbedingt reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit der Eltern wird von den meisten Befragten bewusst wahrgenommen.

Christian, 17 Jahre:

C: (...) Mein Vater hat immer sehr viel Sport gemacht (...), deswegen war er immer sehr energiereich, aber Müdigkeit war natürlich schon da. Man hat das gemerkt, dass er in manchen Situationen nicht so viel leisten konnte wie ein normal Funktionierender.

Frau H., 43 Jahre:

H: (...) Er konnte fast überhaupt nicht mehr laufen, ihm ist immer nach 200 Metern schlecht geworden, wenn wir spazieren gehen wollten (...).

H: (in bezug auf einen Krankenhausbesuch)(...) Da hat er mich zwar als ich 'reinkam noch angelächelt, aber als ich am Bett stand, da hat er mich nicht erkannt. Und da hat er mich zurückgeschubst und hat immer gefragt, wer ich denn sei. Und das hat mich, das hat mich sehr stark getroffen, dass er mich nicht mehr erkannt hat da.

A 2. Loyalität, Besorgnis, prosoziale Themen

Jüngere Kinder (5 - 7 Jahre)

Bereits die jüngsten Teilnehmer dieser Studie fühlen sich dafür verantwortlich, wachsam auf die Gesundheit des erkrankten Elternteils zu achten.

Sarah, 5 Jahre:

I: Hast du 'mal erlebt, dass deine Mami nicht so gut Luft bekommt und schwer atmen muss (macht es vor)?

S: (hört kurz auf zu malen, sieht I. an) Ja, aber da, da hol' ich immer Mama's Püster.

I: Da weißt du auch genau, wo der ist.

S: (nickt) In Mama's Handtasche oder woanders. (...)

Michelle, 6 Jahre:

(M. erzählt, dass die Mutter sich nach der Dialyse nur manchmal hinlegen muss und M. dann spielt)

I: Siehst du sie dann immer (...)?

M: Ich seh' sie denn immer.

I: Guckst du auch immer hin? (Michelle nickt)

I: Warum.

M: Weil sie aus dem Bett fällt oder falls sie aufsteht.

I: (in bezug auf das Aus-dem-Bett-fallen) (...) Und was würdest du dann machen?

M: Zucker geben.

Tim, 7 Jahre:

T: (...) Dann sag' ich nur, ähm, wenn er das noch nie getrunken hat:

Ist das nicht das falsche Essen oder Trinken?

Ältere Kinder (11 - 12 Jahre)

Auch bei den älteren Kinder findet sich eine derartige Übernahme von Verantwortung.

Nikolas, 12 Jahre:

*I : (...) Was könnte passieren, wenn jemand Fremdes sich um deine Mutter kümmert
(...) und du bist nicht dabei und kannst das nicht mit eigenen Augen kontrollieren?
Was wäre deine Angst?*

*N: Dass die irgendwie, irgendwas verkehrt macht. So z.B. meine Mutter, die muss
salzarm essen, (Stimme versagt) dass man nicht zu viel Salz 'ran macht,
sonst wird sie krank.*

Ein großes Maß an Einfühlungsvermögen und Rücksichtnahme gegenüber den kranken Eltern ist bei allen Kindern ausnahmslos und unabhängig vom Alter zu erkennen.

Jana, 6 Jahre:

I : Kommt es denn vor, dass Mama nach der Dialyse müde ist und sich hinlegen muss?

J: Hmm.

I : (...)Und was machst du dann?

J: (malt) Dann geh' ich in mein Zimmer.

I : (...)Und lässt deine Mami in Ruhe.

J: (nickt, guckt I. an) Manchmal schenk' ich ihr dann 'n Bild.

Katrin, 16 Jahre:

*K: Ja, ich hab' ihr glaub' ich dann immer Spielsachen mitgebracht, damit sie das dann
nicht so langweilig hat (...), da war ich glaub' ich so fünf (...)*

*K: (...) Sie war dann manchmal auch wirklich geschlaucht und sagte: Ich muss mich
jetzt ausruhen! (...) Und dann hab' ich mich auch meistens eher zurückgezogen (...) und sie nicht weiter irgendwie gefordert oder irgendwas von ihr verlangt. (...)*

Christian, 17 Jahre:

*C: (...) (stützt den Kopf nachdenklich auf) Ich wusste während der Zeit natürlich auch,
wie schwierig es für meinen Vater ist, ähm, und ich denk' mal, dementsprechend hab'
ich mich vielleicht so'n bisschen, bisschen flexibel (Geste), bisschen mehr an ihn
angepasst.(...)*

Für Nikolas, 12 Jahre, geht die Rücksichtnahme auf seine Mutter bereits an die Grenzen seiner eigenen Möglichkeiten.

N: (in bezug auf die Spritzen, die N. seiner Mutter regelmäßig gibt) (...) (Stimme versagt) Ich mach' das, um meiner Mutter einen Gefallen zu tun. Sonst eigentlich nicht.

I : Wie geht es dir denn dabei? Was sagt dein Gefühl?

N: Ein gutes hab' ich da (weint).

I : Warum?

N: Dass da kein ... (holt Luft) dass meine Mutter das nicht selbst machen muss.

Und, sonst bekommt sie immer solche blauen Flecken. (...)

(I. schlägt N. vor, der Mutter zu sagen, dass N. es doch noch besser finden würde, wenn diese Aufgabe einmal die Woche ein Arzt übernehmen würde)

N: (unter Tränen) Ich möchte nicht, dass sie so ... ich möchte nicht, dass sie's ...

I : Das willst du ihr nicht sagen.

N: Ne. Dann ist sie enttäuscht.

I : Wie ist das, wenn du mit Freunden etwas machen möchtest, was dir Spaß macht.

Und da gibt es nun zu Hause Sachen, für die du zuständig bist.

Wie ist das dann für dich?

N: (mit dünner Stimme, hält sich unruhig am Stuhl fest) Dann ... macht meine Mutter die an dem Tag (hustet)

I : Und wie fühlst du dich dabei?

N: (...) Viel schlechter. (Auf Nachfrage) Dass sie dann mehr machen muss als sonst (beginnt zu weinen).

A 3. Autonomie, Wut, Aggression

Viele der Kinder und Jugendlichen die an dieser Studie teilnahmen scheinen Streit mit ihren Eltern und insbesondere mit dem kranken Elternteil deutlich zu vermeiden.

Jüngere Kinder (5 - 7 Jahre)

Sarah, 5 Jahre:

I : Bist du denn manchmal wütend auf deine Mama oder deinen Papa?

S: (schüttelt den Kopf) Mm mm.

I : Warst du noch nie wütend?

S: (schüttelt den Kopf) Nur als Baby. (lacht, turnt auf dem Stuhl herum) (...)

Jana, 6 Jahre:

I : Streitest du denn mit Mami auch manchmal?

J: (malt) Nein.

I : Du streitest nie mit Mami?

J: (malt) Nein. Will ich auch nicht. (...)

I: (...) Was machst du, wenn du dich über Mami ärgerst und nicht mit ihr streiten magst?

J: Geh' ich in mein Zimmer.(...)

Jugendliche (16 - 17 Jahre)

Ab dem Jugendalter ist die Reflexion über einen Zusammenhang zwischen Konfliktvermeidung und krankheitsbedingter Rücksichtnahme möglich.

Christian, 17 Jahre:

C: (...) Immer wenn, wenn es dann irgendwie zum Streit kommt, (stützt den Kopf nachdenklich auf) dann fühl' ich mich immer, immer immer sehr, sehr schlecht dabei eigentlich (sieht I. an). Weil, in gewisser Weise ist dann schon die ganze Nierengeschichte im Hinterkopf. (...) Dass ich mich halt auf dieses, auf auf diesen Streit sozusagen einlasse (...) und im Nachhinein denk': Mensch, das war irgendwie, das, er er er ist so schnell reizbar und du bist darauf eingegangen (Geste). (...)

I: Was wäre anders, wenn Ihr Vater gesund wäre?(...) Würden Sie da anders reagieren?

C: Ähm, . . . ja ich denke schon (nickt).(...) Ich denke schon, ich denke schon, dass der Konflikt dann wesentlich heftiger verlaufen würde. (...)

Zwei der Befragten äußern konkret ein verstärktes Autonomiebedürfnis gegenüber ihren Eltern.

Besonders schwierig ist die Situation für den 12-jährigen Nikolas. Er kann auf Grund der alleinigen Verantwortung für seine Mutter, keinerlei Autonomiebedürfnisse geltend machen. Seiner Wut verleiht er im familiären Bereich nur indirekt Ausdruck.

Dagegen brechen im schulischen Bereich seine Wutgefühle offen hervor.

I : (...) Wärst du dann tagsüber alleine für deine Mutter verantwortlich?

N: Ja (wischt sich die Nase).

I : (...) Und was macht das für Gefühle (...)?

N: Kann ich diese ganzen Sachen nicht machen, die die anderen machen.

I : (...)Und wenn du erwachsen bist, wie möchtest du dann gerne leben?(...)

N: (flüstert) Von meiner Mut-ter, (holt Luft) von meiner Mutter weg am liebsten.

N: Einmal hatte ich Wut auf meine Mutter, da hab' ich da gegen die Garage auch geballert. Am nächsten Morgen in der Schule, da war ich immer noch wütend.

Da hat mich einer von hinten getreten (...), den hab' ich dann zusammengeschlagen.

Katrin, 16 Jahre:

K: (...) Ich will jetzt nicht sagen, dass ich irgendwie, dass meine Eltern mich immer sehr, sehr, jetzt mich übermäßig betütert hätten, aber vielleicht wär' ich eher so 'n bisschen selbständig geworden (...). (in bezug auf die besondere familiäre Situation) (...) Dass ich vielleicht deshalb eher so 'n bisschen immer sehr, so, ich will nicht sagen verhätschelt worden bin, aber eben sehr, sehr umsorgt worden bin und so (...), was einem als Kind dann vielleicht auch irgendwann 'n bisschen zu viel werden kann, man aber so vielleicht nicht unbedingt merkt.

Frau H. (43 Jahre)

Frau H. schildert, wie sie ihre unterdrückten Autonomiewünsche in besonders heftiger Weise auslebte.

I: (...) Sind Sie auch 'mal wütend geworden?

H: Sehr viel wütend, ja ja, sehr viel wütend. (Auf Nachfrage) Ich hab' erst 'mal grundsätzlich Sachen gemacht, die meinen Eltern nicht gefallen haben oder meinen Großeltern. Fing an mit der Kleidung und mit den Leuten mit denen ich mich abgegeben hab'. (...) Ich war eigentlich immer ein liebes Kind. Bis mein Vater starb und dann ging das also gnadenlos los (lacht kurz). (...) Für meine Mutter war das sicher schlimm (lacht leise). (...) Ich wollte das auch so. (...) Und die Art, wie ich gelebt habe zu der Zeit, hat mir auch viel gebracht, also das, allein dieses Gefühl, das jetzt so zu machen. (...)

A 4. Stärken, Ressourcen

Jugendliche (16 - 17 Jahre)

Ab dem Jugendalter waren sich die Befragten verschiedener persönlicher Stärken bewusst. Sie konnten die familiäre Situation in der sie aufwuchsen als positives Potential für ihre Persönlichkeitsentwicklung nutzen.

Katrin, 16 Jahre:

K: (...) (holt Luft) Das mit diesem Pflichtbewusstsein, wo wir da jetzt noch 'mal drüber gesprochen haben, das ist mir jetzt glaub' ich auch erst klar geworden, dass das vielleicht wirklich daran liegen könnte. Ich hab' sonst immer gedacht, dass das eben wirklich nur an der Erziehung liegt. (...) Dass es eben nicht einfach nur die normale Erziehung ist, sondern dass es vielleicht auch dadurch kam, dass das eben in unserer Familie wichtig war. (...)

Christian, 17 Jahre:

C: (...) Vielleicht, vielleicht kann ich die Ernsthaftigkeit einer Situation besser einschätzen. (...) (Christian zieht Vergleiche zu seinen Mitschülern) Ich denke 'mal die reagieren auf Situationen, mit denen sie noch nie was zu tun hatten, reagieren sie oft absolut fehl. Und deswegen denk' ich, ich (zeigt auf sich) hab' wieder die Möglichkeit, mich irgendwie da besser anzupassen, (...) die Situation besser einschätzen zu können, besser bewerten zu können. (...)

Frau H. (43 Jahre)

H: (...) Und deswegen glaub' ich auch nicht, dass ich letztendlich 'n Suizid begehen würde, weil ich einfach zu, ich bin zu stark, ich bin 'n starker Mensch. (...)

A 5. Gedanken über die Zukunft

Jüngere Kinder (5 - 7 Jahre)

Gefragt nach drei freien Wünschen zählen die jüngeren Kinder vor allem Wunschobjekte wie Haustiere und Spielsachen auf.

Ältere Kinder (11 - 12 Jahre) und Jugendliche (16 - 17 Jahre)

Bei den älteren Kindern und den Jugendlichen überwiegen Zukunftswünsche, die die Gesundheit der Eltern oder die Lösung anderer aktueller Probleme zum Inhalt haben.

Lukas, 11 Jahre:

I : Was würdest du dir wünschen, wenn du drei Wünsche frei hättest?

L: (spontan) Also, vielleicht, dass meine Mama nicht mehr zur Dialyse muss.

Dass sich meine Eltern wieder verstehen. (...)

Nikolas, 12 Jahre:

I : Was wären die wichtigsten drei Wünsche für deine Zukunft?

N: Dass meine Mutter gesund wird, dass sie nicht schon wieder (unter Tränen) an die L-, Lyse, Dialyse muss. Dass sie da nie wieder hin muss, und dass sie Zeit für mich hat (wischt sich die Augen). Dass der Junge nicht mehr zu mir sagt: (Stimme versagt) Deine Mutter stirbt in der nächsten Woche. (...)

I : Was wäre dein Traum von einem eigenen Leben. Wie würdest du da Leben wollen?

N: Ohne Sorgen . . . um meine Mutter, und . . ., dass keiner mich damit ärgert, dass meine Mutter 'mal krank war oder so. (...)

Christian, 17 Jahre:

C: Ich hoffe halt nur darauf, dass das in Zukunft gerade mit der Niere meines Vaters weiterhin gut verläuft. Denn auch die Lebensdauer einer Niere ist ja oft (kleine Pause) vielleicht beschränkt. (...)

Die Wünsche der beiden Jugendlichen ab 16 Jahren an die eigene Zukunft beziehen sich auf Lebensumstände wie Gesundheit, Selbstverwirklichung und eine eigene Familie.

Katrin, 16 Jahre:

I : Was wären für Ihre Zukunft, für Ihr Leben die wichtigsten Wünsche?

K: Auf jeden Fall glaub' ich auch 'mal Gesundheit (...) auch dann für meine spätere Familie, ja, meinen Freund, meinen späteren Ehemann. Und dann, sicherlich wünsch' ich mir auch, dass ich Erfolg (Geste) habe, dann später im Studium und im Beruf. Und (...) dass ich das schaffe (Geste), dass ich das bewältige und dass ich da dann auch sozusagen was leisten kann, dass ich mich verwirklichen kann auch. (...) Dass ich, wenn ich mir irgendwas vornehme, das auch einigermaßen so schaffe und hinkriege.(...)

Konkrete Berufsziele aus dem medizinischen Bereich sind bei zwei Befragten zu finden. Lukas, 11 Jahre, möchte gerne „Landarzt“ werden und Frau H., 43 Jahre entschied sich gegen den Wunsch der Familie als Krankenschwester zu arbeiten.

H: (...) Ich aber, aus was für 'm Grund auch immer, plötzlich Krankenschwester werden wollte. Und nicht Ärztin und nich', sondern Krankenschwester. (...) Ich hab' manchmal das Gefühl, durch diese ewige Krankheit meines Vaters, hab' ich irgendwie so das Bedürfnis gehabt zu pflegen. Weiß ich auch nicht, irgendwie, ich kann's nicht erklären, was das war. Es ist nicht, mit Sicherheit nicht mein Traumberuf (lacht etwas ironisch) (...).

B Familie

B 1. Beziehung zur Mutter

Bei fünf der Befragten ist die Mutter der dialysepflichtige oder ehemals dialysepflichtige Elternteil.

In der Regel vertrauen die Kinder und Jugendlichen ihre Gedanken und Sorgen zur elterlichen Erkrankung ihrer Mutter nicht an.

Michelle, 6 Jahre:

I: Was wäre, wenn du der Mami sagen würdest, dass du dir manchmal Sorgen machst und manchmal Angst um sie hast ?

M: (zuckt mit den Schultern) Keine Ahnung (verschränkt die Arme hinterm Kopf).

I: Möchtest du das denn (der Mutter erzählen)?

(M. schüttelt den Kopf)

Offene Auseinandersetzungen mit der Mutter werden von den meisten Befragten vermieden.

Nikolas, 12 Jahre:

I : (...) Was passiert mit dieser Wut. Zeigst du die oder nicht?

N: Ich zeig die nicht so. Also nicht dann, wenn meine Mutter dabei ist (beginnt zu weinen). Sondern dann nehm' ich mir so'n (Geste) normalen Ball, den ... schieß' ich immer ganz doll gegen die Wand. (...)

I : (...) Würde das deiner Mutter weh tun, wenn sie diese Wut bemerken würde?

N: (leise) Ja, ich glaub' schon.

I : (...) Wie wäre das dann für dich?

N: Dann würde ich ein schlechtes Gewissen haben.(...)

Katrin, 16 Jahre, hat als sie älter wurde das Vermeiden von Streitigkeiten mit der Mutter aufgegeben.

K: Und dann irgendwann wenn man größer wird, dann hat man 'mal Streit mit seiner Mutter und dadurch dann auch keine Rücksicht mehr genommen, und später war sie denn auch gesund. (...)

B 4. Familienkonzepte von „normal“, gesund

Die befragten Kinder im Alter von bis zu bis 11 Jahren verbinden mit der Vorstellung von gesunden, „normalen“ Eltern vor allem den Wunsch nach mehr persönlicher Anwesenheit und körperlicher Belastbarkeit des kranken Elternteils.

Tim, 7 Jahre:

Dass ich dann öfters zu ihm kann . . . Und dass ich da dann auch mal 'ne Woche bleiben kann.(...)

Lukas, 11 Jahre:

*Also, dass sie nicht mehr zur Dialyse gehen muss. Dass sie öfter zu Hause wäre. Nicht mehr Zeit für mich hat, ich bin ja auch in der Schule, aber öfter zu Hause wäre. (...)**Dass sie am Nachmittag nicht mehr schlapp ist und nicht mehr ins Krankenhaus muss.*

Für Nikolas, 12 Jahre, würde die Gesundheit der Mutter vor allem ein Ende seiner Sorgen und Wut bedeuten.

N: (unter Tränen) Dann würde ich mir keine Sorgen machen.

I :Und was würde das bei dir verändern (...)?

*N: (hustet) Dann würde ich, nicht, dann würde ich nicht so wütend auf sie sein und ...
(...) weil sie macht dann mehr.*

B 5. Aufgaben

Fast alle befragten Kinder und Jugendlichen übernehmen ihrem Alter entsprechende kleine Aufgaben im Haushalt. Diese erstrecken sich vom Aufräumen des eigenen Zimmers, über die Unterstützung der Eltern beim Tischdecken oder Saubermachen.

Nikolas, 12 Jahre, obliegen jedoch alle Aufgaben im Haushalt, sobald seine Mutter körperlich geschwächt ist.

I : Wofür bist du zuständig zu Hause?

N: Müll ' rausbringen, manchmal koch' ich (...), ich muss saubermachen, und sonst in der Küche und so die Geschirrspülmaschine und alles einräumen.

I : Gibt's denn sonst noch jemanden der hilft?

N: Ne.

I : (...) Wenn deine Mutter wieder an die Dialyse müsste, müsstest du dann zu Hause mehr machen?

N: Ja. (auf Nachfrage) Dann müsste ich wahrscheinlich mehrere Male kochen.

I : Gibt's etwas ,wo du deiner Mutter noch speziell helfen musst (...)?

N: Ja, im Garten, die Beete. (auf Nachfrage) Ich grab' die um und düng' die.

C Risiko/Belastung

C 1. Angst, Sorgen

Jüngere Kinder (5 - 7 Jahre)

Die jüngeren Kinder benennen größtenteils keine konkreten Ängste oder Sorgen bezüglich der elterlichen Erkrankung. Sie erwähnen eher diffuse Gefühle von Bedrücktheit oder Traurigkeit.

Sarah, 5 Jahre:

I : Machst du dir manchmal Sorgen um die Krankheiten deiner Eltern?

S: (schüttelt energisch den Kopf) Mm mm. (...)

Michelle, 6 Jahre:

I : (...) Hast du dir schon mal Sorgen gemacht?

M: (spontan) Nö!

I : Gab es das denn schon 'mal, dass du Angst hattest um deine Mami?

M: (leise) Nein. (...)

I : (...) (in bezug auf die mütterliche Erkrankung) Wie geht's dir denn so damit ?

M: (leise) Nicht gut.

I : Dir geht's nicht so gut, wenn sie krank ist? (M. schüttelt den Kopf)

I : Und warum nicht?

M: Weiß ich nicht.

I : (...) Erzähl 'mal, was machst du dir für Sorgen?

M: Dass sie aus dem Bett ... oder dann hat sie keine Hilfe (guckt an die Decke), sonst weiß ich nix mehr weiter (guckt an die Decke). (...)

Jana, 6 Jahre:

I : Und wenn du an die Krankheit deiner Mami denkst (...), was geht dir da so durch den Kopf?

J: (denkt nach, guckt in die Luft) Weiß nicht. Eigentlich bin ich nur traurig manchmal. Aber ich wein' nicht.

I : Und kannst du mir sagen, was dich traurig macht?

J: Hmm, weil sie zur Dialyse gehen muss. (...)

Ältere Kinder (11 - 12 Jahre)

Bei den älteren Kindern existieren konkrete angstbehaftete Phantasien über die Nierenerkrankung des jeweiligen Elternteils.

Lukas, 11 Jahre:

L: (...) Als sie so lange im Krankenhaus lag, hab' ich gedacht:

Es gibt ja auch ein Raucherbein, vielleicht gibt's ja auch ein Dialysebein. (...)

Nikolas, 12 Jahre:

I : Woran denkst du hauptsächlich, wenn du an die Krankheit deiner Mutter denkst?

Was beschäftigt dich da?

N: (Schweigen) (hustet) Dass auf einmal diese Niere nicht mehr arbeitet, die sie jetzt gerade bekommen hat.

I : (...) Gibt's noch andere Komplikationen? (...) Was stellst du dir da vor?

N: Dass da in den Schläuchen (...), die werden ja in der Fabrik verpackt, und dass da in der Fabrik in die Schläuche Keime gelangen können.

Zwei Kinder benennen die Angst, dass der erkrankte Elternteil bei Müdigkeit einschlafen und nicht wieder erwachen könnte.

Tim, 7 Jahre:

I : (...) Und was machst du dir für Sorgen?

T: (nestelt am Stuhl) Dass Papa stirbt . . . dass er genauso wie sein Vater (guckt I. an) liegen bleibt und nicht wieder aufwacht.(...)

Nikolas, 12 Jahre:

I : (...) Was geht in dir vor, wenn deine Mutter müde ist und du weißt, das ist so, weil sie krank ist.

N: Dann bekomm' ich Angst.

I : (...) Was macht dir da Angst, wenn deine Mutter müde ist?

N: (hustet) Ja, dass wenn sie jetzt immer von der Dialyse früher gekommen ist (Stimme versagt), dann ist sie immer, dann war sie immer so müde, und dann dachte ich, dass sie einschläft und nie wieder aufwacht. (...)

Jugendliche (16 - 17 Jahre)

Auch die Jugendlichen und Frau H. erinnern die Ängste, die sie besonders in Momenten der deutlichen körperlichen Schwäche des Elternteils empfanden.

Katrin, 16 Jahre:

K: (...) Ich hab' gedacht: Jetzt ist sie im Krankenhaus. Was wird da jetzt eigentlich mit ihr gemacht? Hat sie Schmerzen, geht's ihr schlecht?

Oder vielleicht auch: Vielleicht geht's ihr jetzt so schlecht, dass sie sich, wenn sie wiederkommt, nicht mehr um uns kümmern kann, dass sie vielleicht immer im Bett liegen muss.(...)

Christian, 17 Jahre:

C: (...) Ich hatte zwischendurch auf jeden Fall Angst um meinen Vater.

I: Was kommt Ihnen da so an Erinnerungen? In welchen Situationen war das?

C: Ich denke 'mal, gerade immer in den Situationen, wo mein Vater punktieren musste (...), und ich draußen weinend saß und mein Vater sich natürlich konzentrieren musste, und dann wurde mir irgendwie schon klar, dass das ganze nicht so ganz, eben nicht so ganz einfach ist, und dass das ganze schon mit einem relativ sehr großen Risiko verbunden ist. (...) Und wenn es dann auch zwischendurch 'mal hieß: Ja, er muss 'mal kurz ins Krankenhaus von wegen Untersuchungen, und da könnte irgendetwas sein. (...) Und in solchen Situationen war es mir natürlich auch schon relativ bang.

C 3. Gedanken zum Tod

Gedanken zum Tod sind bei einigen Kindern verschiedener Alterklassen zu finden. Bei den 7- bis 12-Jährigen existieren teilweise Phantasien über den möglichen tödlichen Verlauf der elterlichen Nierenerkrankung.

Jana, 6 Jahre:

I: Was kennst du denn sonst noch für Krankheiten (...)?

J: (malt) Hmm ... Krebs ...

I: Was ist das?

J: Das ist, wenn man 'ne Krankheit hat, wo man sterben kann (guckt I. an) (...)

I: Aber wenn die Niere kaputt ist, kann man daran auch sterben?

J: (malt) Hmm ... (kurze Pause) Weiß ich nicht.

Tim, 7 Jahre:

I: Aber was stellst du dir denn vor, wenn du dir Sorgen machst, wie das irgendwann 'mal passieren könnte, dass dein Vater stirbt?

T: Wenn er irgendwas Falsches trinkt oder isst.

I: Da könnte er dran sterben?

T: Ja, vielleicht. (...)

Die empfundene Bedrohung die von einem möglichen Tod der Eltern ausgeht wird vor allem von den älteren Befragten thematisiert.

Katrin, 16 Jahre:

K: Jetzt ist sie transplantiert, jetzt geht's ihr ja wieder gut, aber was wäre gewesen wenn sie keine Niere bekommen hätte? (...) Oder sie hat gesagt: Ja, ich hab' ja jetzt acht Jahre gewartet, und bei einer Niere geht das noch, aber wenn man jetzt z.B. auf ein Herz warten würde, wäre man nach 8 Jahren längst tot. Und da hab' ich gedacht, was wäre, wenn sie auf ein Herz hätte warten müssen und keins bekommen hätte?

Frau H., 43 Jahre:

H: (...) Und ich hatte sehr starke Albträume in den Jahren. Ich bin ganz oft nachts wach geworden. Ich hab' immer so 'ne Spirale gesehen, die sich dreht (Handbewegung), und dann hielt die plötzlich an und dann lagen meine Eltern da tot daneben. (...)

Aus dieser zusammenfassenden Analyse lassen sich folgende Bewältigungsstrategien ableiten:

Funktionale Bewältigungsversuche

Suche nach Information

Jüngere Kinder (5 - 7 Jahre) und ältere Kinder (11 - 12 Jahre)

Die befragten Kinder dieser Altersgruppen äußern sich eher ausweichend zu ihrem Informationsbedürfnis.

Sarah, 5 Jahre:

I : Hast du denn den Papi 'mal gefragt (in bezug auf die Dialyse)?

S: (schüttelt den Kopf) Mm mm.

I : Interessiert dich das, möchtest du das wissen?

S: (schüttelt den Kopf) Mm mm. (...)

Jana, 6 Jahre:

J: (...) Mami hat mir 'mal die Dialyse aufgemalt, und wir (in bezug auf die Schwester) durften 'ne Krankenschwester malen, beide.

Lukas, 11 Jahre:

I : Mit wem sprichst du über die Krankheit deiner Mutter?

L: Mit Herrn Dr. H. (L.'s Psychotherapeut), aber insgesamt so oft nicht.

Jugendliche (16 - 17 Jahre)

Die Jugendlichen berichten auch rückblickend auf die frühere Kindheit, wie wichtig es ihnen war, von den Eltern über die Erkrankung informiert zu werden.

Katrin, 16 Jahre:

K: Für mich war es dann irgendwann wichtig, dass wenn ich gefragt habe, dass mir immer jemand gesagt hat: Ja es geht ihr eigentlich ganz gut, und sie ist jetzt da-und-da und da wird jetzt das-und-das gemacht, und dass ich denn keine Angst haben musste, dass sie vielleicht irgendwie stirbt oder dass es ihr ganz schlecht geht oder dass sie jetzt lange Zeit nicht wiederkommt. (...)

Christian, 17 Jahre:

I: Als Siebenjähriger, wie wussten Sie da über die Krankheit bescheid?

C: Ich denke 'mal, ich hatte das eher durch meinen Vater, denn mein Vater war immer relativ offen. Mein Vater sagte mir immer, worum's geht, und dadurch habe ich schon relativ mitbekommen, was, was abläuft und wusste wahrscheinlich mehr als andere Vergleichbare in meinem Alter.

Geheimhaltung

Der Großteil der Kinder und Jugendlichen bewahrt seine Sorgen und Ängste in bezug auf die Nierenkrankheit der Eltern als stilles Geheimnis.

Jüngere Kinder (5 - 7 Jahre)

Jana, 6 Jahre:

I:(...) Wenn du mal Angst hättest, was würdest du tun?

J: Mami das sagen.

Michelle, 6 Jahre:

I : Vielleicht ist es ja so, dass eigentlich niemand wissen soll, dass du dir manchmal Sorgen machst. Das ist dein Geheimnis. Ist das ein bisschen so?

M: (guckt nicht hoch, nickt) Hmm.

I : Und warum soll das niemand wissen?

M: (malt) Weil ich das möchte.

Tim, 7 Jahre:

I : Und hast du das schon 'mal jemandem gesagt, dass du dir da Sorgen machst?

T: (schüttelt den Kopf) Nein.

I : Das weiß also niemand.

T: (schüttelt den Kopf) Ist mein Geheimnis.

Ältere Kinder (11 - 12 Jahre)

Nikolas, 12 Jahre:

I : (...)Was wäre denn, wenn du mit diesen Sorgen zu deiner Mutter gingest und der das alles sagen würdest? Wie wäre das für deine Mutter?

N: (hält sich mit einer Hand am Stuhl fest) (Schweigen)(...) Dann würde sie bestimmt noch mehr Angst haben (Stimme versagt, beginnt zu weinen)

I : (...) Und dein Vater, wenn du dem deine Sorgen erzählen würdest?

N: (leise) Vielleicht kriegt der dann auch Angst.

Jugendliche (16 - 17 Jahre)

Katrin, 16 Jahre:

I: Wie war das so mit diesen Ängsten bevor jemand Sie als Kind beruhigt hat?

K: (...) Eigentlich hab' ich das auch keinem so richtig erzählt. Irgendwie wollte ich auch das meinen Freunden nicht erzählen. Ich hab' vielleicht gedacht, die würden das nicht nachvollziehen können, weil ihre Eltern gesund sind. (...) Eigentlich hab' ich das für mich behalten. (...)

Frau H. (43 Jahre)

H: (...) (erzählt von den nächtlichen Schmerzattacken des Vaters) Und wir haben uns auch alle bemüht, also das weiß ich auch von meinen Brüdern, dass, ähm, dass, dass sie das nicht merkt, dass wir weinen.

Bewusste Verdrängung

Auch ein bewusstes Verdrängen der Ängste und Sorgen wird von einigen Befragten als subjektiv angemessenes Bewältigungsverhalten berichtet.

Tim., 7 Jahre:

I: Wenn du dir vorstellst, dass es vielleicht andere Kinder gibt (...), die die gleiche Angst haben wie du, dass wenn Papa und Mama sich hinlegen, sie vielleicht nicht mehr aufwachen. Was könnte denn diesen Kindern helfen?

T: (hält beim Spielen inne) Dann sag ich, ähm: Wirf' das einfach aus deinem Kopf 'raus, ähm, das passiert glaub' ich nicht. (...)

Christian, 17 Jahre:

I: (...) Also, diese Bedrohung war Ihnen bewusst?

C: Ja, aber ich hab' sie wahrscheinlich irgendwie eher vielleicht so 'n bisschen verdrängt, denk' ich 'mal (...).

Ablenkung

Jüngere Kinder (5 - 7 Jahre)

Von den 5- bis 6-Jährigen werden Tätigkeiten wie „Stickerhefte sortieren“ (Sarah, 5 Jahre) oder „Spielen“ (Jana, 6 Jahre) als Beispiele individueller Bewältigungsmuster aufgezählt.

Ältere Kinder (11 - 12 Jahre)

Für Nikolas, 12 Jahre, bietet das wöchentliche Tischtennispiel die einzige Ablenkung von der häuslichen Situation.

I : (...) Und wenn du da (...) spielst, denkst du da trotzdem noch an zu Hause?

N: (Stimme hoch) Ne (schüttelt den Kopf). Da bin ich abgelenkt. (...)

Autosuggestion („nicht schlimm“)

Der 11-jährige Lukas würde versuchen, anderen Kindern dialysepflichtiger Eltern die Angst zu nehmen.

L: (...) Also ihm sagen, dass es überhaupt nicht so schlimm ist. Also, das ist überhaupt nicht schlimm. Meine Mama ist auch bei der Dialyse, und das ist überhaupt nicht schlimm.

Suche nach Nähe in der Beziehung zu Eltern/Therapeuten

Das Verhältnis und die Nähe zu den Eltern oder einem Therapeuten werden von den meisten der Befragten als Beruhigung und Trost empfunden.

Michelle, 6 Jahre:

I : Wie ist das, wenn du so abends im Bett liegst und dir Sorgen machst, nicht einschlafen kannst und niemanden zum Reden hast, was kannst du tun, um dich zu trösten?

M: (guckt I. an) Zu meiner Mutter gehen.

Nikolas, 12 Jahre:

I : (in bezug auf N.'s Ängste) Wenn du solche Gedanken hast, mit wem kannst du darüber reden?

N: Mit Frau E. (N.'s Therapeutin)

Katrin, 16 Jahre:

K: (in bezug auf ihre Sorgen um die Mutter)(...) Mein Vater und meine Mutter die wussten das sicherlich, das musste ich ihnen dann nicht sagen. Die haben mich dann eben auch entsprechend behandelt. (Auf Nachfrage) Eben dieser Umgang, dass sie auch wissen, dass ich auch Ängste und Sorgen hab' und das jetzt nicht nur meine Mutter alleine ist. (...) Also keiner musste denken, dass er da irgendwie alleine ist jetzt mit seinen Ängsten oder seinen Problemen. (...)

Christian, 17 Jahre:

I: (...)Konnten Sie sich da jemandem mitteilen, dass Ihnen bang war?

C: Ja, meinen Eltern.

I: Haben Sie auch gesagt, dass Sie Angst hatten?

C: Ja, ich denke schon. Ich hab' das immer, ich hab's zwar nicht immer so direkt ausgesprochen, aber meine Eltern wussten das, denk' ich 'mal immer, davon geh' ich aus.(...)

Frau H., 43 Jahre:

I: Was würden Sie insgesamt vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen sagen, was hätten Sie (...) als Verarbeitungshilfe von außen gebraucht?

H: Also ich denk', in erster Linie hätte ich 'ne starke Mutter gebraucht.

Das finde ich sehr wichtig. (...)

I: Und wenn bei den Gegebenheiten die Mutter nicht stark ist, was wäre dann?

H: Therapie, also 'n Therapeut, empfinde ich persönlich sehr wichtig. (...)

Dysfunktionale Bewältigungsversuche

Auch Beispiele für dysfunktionale Bewältigungsversuche mit Phasen schwerer psychischer Belastung, Ausbrüchen von Aggressionen, Konsum von Drogen und Alkohol, Schulproblemen und einem Suizidversuch werden von den Befragten genannt.

Aggression

Tim., 7 Jahre:

T: Weil ich raste sehr schnell aus (...). Dann hau' ich dem anderen Nasenbluten (...)

Nikolas, 12 Jahre:

I: Wie kannst du dich davor schützen (dass Mitschüler N. wegen der Erkrankung der Mutter ärgern)?

N: Ich versuch' einfach, da nicht hinzuhören. (Stimme versagt) Ich schaff' das nicht.

Frau H., 43 Jahre:

H: (...) Ich dann auch die ersten Jahre psychisch sehr ausgetickt bin, also auf 'm Friedhof war und ihn ausbuddeln wollte. Haben die (Großeltern) mich dann mit 'm Spaten vom Friedhof 'runtergeholt. (...)

Selbsterstörerisches Verhalten

Frau H., 43 Jahre:

H: (...) Und dass ich auch ziemlich viel getrunken habe zu der Zeit und geraucht wie 'n Schlot und hab', äh, auch Drogen genommen zu der Zeit, also geraucht (räuspert sich). (...)Dann hatte ich in der Schule natürlich auch Probleme (räuspert sich).(...)

H: (...) Manchmal hab' ich das Gefühl gehabt, ich will auch gar nicht mehr so richtig da sein. Ich hab' mit 14 'mal Tabletten geschluckt, nicht sehr viele, also das waren fünf Stück und viel Alkohol (lacht). Aber ich weiß, dass meine, meine Beweggründe (Handbewegung) schon die waren, nicht mehr aufzuwachen. Dass ich letztlich aber Angst gekriegt habe (...).

Flucht in die Autarkie

Frau H. verspürte das starke Bedürfnis, den häuslichen Verhältnissen zu entkommen. Heute betrachtet sie sich als „Einzelkämpferin“.

Beziehungen zu anderen Menschen kann Frau H. nur unter ständigem Misstrauen eingehen.

H: (...) Ich bin allerdings, muss ich sagen, mit 15 in ein Internat gegangen, also bin von zu Hause weggegangen.

I: Wie war das für Sie?

H: (nachdrücklich): Gut! Ich konnt' nicht weit genug weg von zu Hause (lacht leicht)! Ich wollt' weg! (...)

*H: (...) Das hat halt die Folge, dass man grundsätzlich halt so 'n Einzelkämpfer wird. Also, das bin ich heute noch. Dass ich mich auch auf niemanden verlassen kann (schüttelt den Kopf), also auf gar keinen (schüttelt den Kopf). (...)
Ich trau' wirklich niemandem (...). Das ist nie weggegangen.*

4. Diskussion

4.1 Methodische Kritik

Das für diese Untersuchung angewandte Datenerhebungsverfahren halbstrukturierter Interviews ermöglicht es, die subjektive Dimension des kindlichen Erlebens der elterlichen Erkrankung in ihrer vielfältigen Ausprägung festzuhalten und die Originalaussagen der befragten Kinder und Jugendlichen zum Forschungsgegenstand zu wählen.

Das qualitative Auswertungsverfahren der strukturierenden Inhaltsanalyse nach MAYRING zeichnet sich durch sein besonders systematisches und regelgeleitetes Vorgehen aus. Die Arbeitsschritte der Kategorisierung und Strukturierung des Interviewmaterials erfolgen (in Anlehnung an eine theoretisch ausgewiesene Fragestellung) streng textimmanent aus dem transkribierten Interviewmaterial.

Weiterhin erfüllt die strukturierende Inhaltsanalyse die besonderen Gütekriterien der Nachvollziehbarkeit und Replizierbarkeit durch Außenstehende, was als „intersubjektive Nachprüfbarkeit“ (vgl. MAYRING, 1995) bezeichnet wird.

Hervorzuheben ist ebenfalls, dass die strukturierende Inhaltsanalyse ein leicht zu erlernendes Verfahren darstellt, das auch von psychotherapeutisch unerfahrenen Personen nach kurzer Einarbeitungszeit angewandt werden kann.

Kritisch zu betrachten ist der beachtliche Zeitaufwand den die Erstellung von verbatim Interviewtranskripten erfordert. Doch zweifellos stellt ein derartiges Transkript die beste Voraussetzung für die nachvollziehbare Strukturierung und Verdichtung von Originalaussagen dar.

Mit Hilfe der als weiteren Schritt gewählten psychodynamischen Textinterpretation wurde versucht, aus kindlichen Originalaussagen latente Bedeutungen zu Konflikten und Belastungen herauszuarbeiten und zu verdichten. Das bei diesem Vorgehen berücksichtigte Verfahren der Bruchanalyse stellt ein besonders anschauliches, verständliches und nachvollziehbares Instrument dar.

Die psychodynamische Verdichtung der Einzelfälle hat die Intention, ein komplexes Bild der inneren, teilweise unbewussten Erlebnis- und Gefühlswelt jedes Individuums zu erarbeiten. Dieses Bild wird durch die Rückübersetzung in den kindlichen Originalton validiert. -

Die psychodynamische Textinterpretation zeichnet sich durch eine hohe Plausibilität und Nachvollziehbarkeit ohne fragliche Replizierbarkeit aus. Einschränkend ist jedoch die Notwendigkeit psychodynamischer klinischer Qualifikation der auswertenden Person zu nennen.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der strukturierenden Inhaltsanalyse der Einzelinterviews wurden in der zusammenfassenden Darstellung nach Altersgruppen (Abschnitt 3.2) sowie in der Zusammenfassung dieser Arbeit detailliert dargestellt.

An dieser Stelle sollen einige bedeutsame Ergebnisse der vorliegenden Studie in Hinblick auf theoretische Vorannahmen diskutiert und aus den Ergebnissen resultierende ungeklärte Fragen aufgeführt werden.

Unter den befragten Kindern und Jugendlichen aller Altersstufen ist ausnahmslos ein großes Maß an Verantwortungs- und Einfühlungsvermögen zu finden, das von LEWANDOWSKI (1992) als eine der möglichen kindlichen Verhaltensreaktionen auf die körperliche Erkrankung eines Elternteils genannt wird. Auch der von den befragten Jugendlichen beschriebene Zusammenhang zwischen der situationsbedingt erforderlichen Anpassungsbereitschaft und der Entwicklung prosozialer Fähigkeiten und Stärken wird von LEWANDOWSKI (1992) als eine weitere mögliche Anpassung verstanden, die mit gesteigerten Kompetenz- und Wertschätzungsgefühlen einhergeht.

Einige der befragten Kinder und Jugendlichen befinden sich in einem Konflikt zwischen kindlichen Individuationsbestrebungen und Loyalitäts- und Verantwortungsgefühlen gegenüber dem erkrankten Elternteil, der den Ergebnissen bisheriger Untersuchungen von Kindern dialysepflichtiger Eltern entspricht. Die Mehrzahl der Befragten ist jedoch in der Lage, diesen Konflikt auf individuelle Weise funktionell und ohne persönliches Belastungsempfinden zu verarbeiten. Allerdings kommt es in Einzelfällen zu einem völligen Zurückstellen autonomer Bedürfnisse mit daraus resultierenden Gefühlen von Frustration und Aggression.

Konfliktvermeidendes Verhalten im Umgang mit dem erkrankten Elternteil, berichtet ein Großteil der befragten Personen. Die Jugendlichen erkennen einen Zusammenhang zwischen diesem Verhalten und der Rücksichtnahme auf den gesundheitlich geschädigten Elternteil.

Innerhalb der Einzelfalldarstellungen sowie insbesondere in deren psychodynamischer Verdichtung finden sich Hinweise auf den in theoretischen Vorannahmen beschriebenen Zusammenhang von verdrängten Wutgefühlen gegenüber den kranken Eltern und daraus entstehenden Schuldgefühlen wie Ausbruchsschuld bei Ablösung von den Eltern, Schuldempfinden bei dem Wunsch, eigene Bedürfnisse zu verfolgen oder der belastenden Situation zu entkommen und Schuldgefühlen durch Rebellion oder Aggression gegenüber den Eltern.

Die befragten jüngeren Kinder benennen auch bei direkter Nachfrage keine konkreten Ängste. Es finden sich allerdings Gefühle von Traurigkeit und Bedrücktheit in bezug auf die Krankheit der Eltern bei Kindern dieser Altersgruppe. Dagegen existieren bei den befragten älteren Kindern konkrete Ängste in bezug auf die Dialysetherapie, mögliche Krankheitskomplikationen sowie einen möglichen tödlichen Verlauf der Erkrankung. Auch die befragten Jugendlichen/ Erwachsenen erinnern sich rückblickend an die in der Kindheit empfundenen Ängste und Gefühle der Ungewissheit um den erkrankten Elternteil, welche besonders in Situationen der deutlichen körperlichen Schwäche des Elternteils (Krankenhausaufenthalt, Schmerzen und geringe Leistungsfähigkeit) aufkamen.

Somit bleibt offen, ob die jüngeren Kinder ihren Angaben entsprechend keine Ängste verspüren, ob sie altersbedingt nicht in der Lage sind, eventuelle Angstgefühle zu benennen oder ob sie diese abwehren.

Persönliche Ablenkung durch Spiele oder Freizeitbeschäftigungen oder das bewusste Verdrängen angstbehafteter Gedanken stellen für einen Großteil der befragten Kinder und Jugendlichen funktionelle Bewältigungsmuster im Umgang mit ihren persönlichen Sorgen dar.

Diese Bewältigungsstrategien werden in den theoretischen Vorannahmen zum kindlichen Copingverhalten als „emotionsbezogene Bewältigung“ definiert, welche darauf zielt, die von Stressoren ausgelösten negativen Gefühle durch Handlungen und Gedanken zu bewältigen oder zu lindern.

Vor allem die befragten Jugendliche weisen einen hohen Informationsstand in bezug auf die elterliche Erkrankung, die Dialysetherapie und mögliche Komplikationen auf, was dem von CHRIST (1994) beschriebenen Bewältigungsverhalten der „intellektuellen Kontrolle“ entspricht.

Einige der von LEWANDOWSKI (1992) aufgeführten möglichen Verhaltensänderungen von Kindern schwer körperlich erkrankter Eltern wie z.B. Stimmungsveränderungen mit Traurigkeit und Depression, aggressives Verhalten und schulischer Leistungsabfall finden sich in der vorliegenden Untersuchung in Einzelfällen als Beispiele misslungener Coping-Versuche bei denen persönliche Ängste und Probleme die individuellen Anpassungsstrategien übersteigen.

Eine große Zahl der befragten Kinder und Jugendlichen empfindet die Eltern als wichtige Bezugspersonen, die den Betroffenen Informationen, Trost und Geborgenheit durch körperliche Nähe oder Anwesenheit spenden. Mangelnde kindliche Unterstützung von Seiten der Eltern scheint in Einzelfällen einen bedingenden oder verstärkenden Faktor der kindlichen Belastung darzustellen.

Diese bedeutsame Rolle der elterlichen Unterstützung im Rahmen kindlicher Bewältigungsstrategien wird bereits von LEWANDOWSKI (1992) hervorgehoben.

Die von LEWANDOWSKI (1992) beschriebene positive Auswirkung innerfamiliärer Kommunikation und Information über die Erkrankung auf das kindliche Anpassungsvermögen, bestätigt sich in den Aussagen der befragten Jugendlichen ab 16 Jahren.

Sie heben rückblickend die besondere Bedeutung der Informationsübermittlung durch ihre Eltern hervor. Auch die psychodynamischen Verdichtungen der Einzelfalldarstellungen verdeutlichen die wichtige Rolle des Informationsgewinns innerhalb kindlicher kognitiver Bewältigungsstrategien.

Dagegen geben vor allem die 5- bis 6- Jährigen an, kein subjektives Bedürfnis nach Informationen zu verspüren, obwohl objektiv ein offensichtlicher Informationsbedarf besteht. Besonders bei den befragten Kindern zwischen 7 und 11 Jahren existieren angstbehaftete Phantasien über die Nierenerkrankung des jeweiligen Elternteils sowie über den möglichen tödlichen Verlauf der elterlichen Nierenerkrankung.

LEWANDOWSKI (1992) sieht einen Ursprung dieser Phantasien in dem mangelnden Informationsstand eines Kindes zu der Erkrankung des Elternteils, verbunden mit der Hemmung die Eltern mit Fragen zu belasten.

Aus diesen Ergebnissen erhebt sich die Frage, ob bei den befragten Kinder tatsächlich kein persönlicher Informationsbedarf besteht, ob sie ihre Fragen nicht artikulieren können oder ob sie aus Rücksichtnahme auf die erkrankten Eltern schweigen.

4.3 Ansprüche an die zukünftige Forschung

Künftige Forschungsansätze sollten es sich zum Ziel setzen, weitere krankheits- und therapiespezifische Belastungsfaktoren von Kindern verschiedener Altersstufen deren Eltern an einer körperlichen Erkrankung leiden zu untersuchen. Auch auf die kindlichen protektiven Faktoren (Kind, Familie, soziale Umfeld) und deren Interaktion sollte näher eingegangen werden. (vgl. RIEDESSER, SCHULTE-MARKWORT, 1999)

Ein wichtiges Augenmerk muss auch auf die Erforschung des Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalters gelegt werden. Obwohl diese Altersgruppen in Hinblick auf das entwicklungspsychologische Wissen als besonders vulnerabel für Traumatisierung durch eine schwere elterliche Erkrankung zu beurteilen sind, existieren keine Untersuchungen zu den entsprechenden Kindern. (vgl. ROMER, BARKMANN, SCHULTE-MARKWORT et al., 2001)

Es ist sinnvoll, Longitudinalstudien für zukünftige Untersuchungen zu wählen, um den Einfluss der Interferenz zwischen elterlicher Krankheit und altersspezifischen Stadien auf die Eltern-Kind-Beziehung zu untersuchen. Auch der prozessuale Charakter des kindlichen Copings, welches von Prozessvariablen wie Reifung und Entwicklung des Kindes oder dem elterlichen Behandlungsverlauf bestimmt wird, kann in seiner Dynamik nur mit Hilfe longitudinaler Untersuchungsdesigns erfasst werden. (vgl. ROMER, BARKMANN, SCHULTE-MARKWORT et al., 2001)

Nicht zuletzt liegt ein wichtiges Ziel in der Entwicklung und Evaluation von Interventionskonzepten.

Kinder und Jugendliche mit körperlich kranken Elternteilen sollten individuell abgestimmte und altersentsprechend gestaltete Informationen über das Krankheitsbild, die Ätiologie der Erkrankung, Vererbbarkeit sowie die therapeutische Behandlung ihrer Eltern erhalten. Betroffene Jugendliche sollten beispielsweise in die hämodialytische Therapie des erkrankten Elternteils miteinbezogen werden, um an Selbstbewusstsein zu gewinnen.

Derartige präventive Ansätze können für die Kinder und Jugendlichen eine wichtige Hilfe bei der Verarbeitung der elterlichen Erkrankung darstellen und verhindern, dass die Betroffenen an der Krankheit ihrer Eltern dekomensieren oder erkranken.

(vgl. RIEDESSER, SCHULTE-MARKWORT, 1999)

Zusammenfassung

Kinder körperlich kranker Eltern werden seit einer Untersuchung von Rutter (1966) als Risikoträger für die Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen eingeordnet.

Die schwere körperliche Erkrankung eines Elternteils kann die psychische und soziale Entwicklung des Kindes negativ beeinträchtigen und zu kindlichen Somatisierungsstörungen oder internalisierenden Störungen mit Angst, Depressivität und sozialem Rückzug führen.

Kinder körperlich kranker Eltern sind bislang weder klinisch noch wissenschaftlich ausreichend berücksichtigt worden. Nur wenige Forschungsansätze informieren über die relevanten bedrohenden oder schützenden Mechanismen, die in ihrem Zusammenspiel die psychosoziale Anpassungsfähigkeit des Kindes an die elterliche Erkrankung beeinflussen. Ebenso gibt es kaum präventive Ansätze als Verarbeitungshilfe für betroffene Kinder und Eltern.

Eine spezielle Problematik stellt die geringe Zahl systematischer Untersuchungen unter den vorhandenen Studien dar. Qualitative Forschungsdesigns die darauf zielen, die subjektive Dimension des kindlichen Erlebens elterlicher Erkrankung zu erfassen, vernachlässigen häufig die Berücksichtigung methodischer Gütestandards.

Die vorliegende Untersuchung soll die Subjektivität des kindlichen Erlebens der chronischen körperlichen Erkrankung eines Elternteils in ihrer Komplexität erfassen, ohne die Anforderungen an eine systematische, regelgeleitete, nachvollziehbare und replizierbare Methodik zu vernachlässigen.

In dieser Studie wurden acht Kinder und Jugendliche (im Alter von 5 bis 17 Jahren) sowie eine Erwachsene mit einem dialysepflichtigen oder ehemals dialysepflichtigen Elternteil zu ihren persönlichen Gefühlen, Ängsten und Bewältigungsmöglichkeiten im Umgang mit der elterlichen Erkrankung befragt.

Das auf der Basis halbstrukturierter Interviews erhobene Textmaterial wurde mit Hilfe des qualitativen Verfahrens der strukturierenden Inhaltsanalyse nach MAYRING (das sich durch die besonderen Gütekriterien der Nachvollziehbarkeit und Replizierbarkeit durch Außenstehende auszeichnet) ausgewertet, inhaltlich verdichtet und einzelfallanalytisch dargestellt.

Des Weiteren wurden die Einzelfälle psychodynamisch interpretiert, um latente, konflikthafte und teilweise unbewusste Bedeutungsinhalte der kindlichen Originalaussagen herauszuarbeiten. Die Intention ein komplexes Bild der inneren Erlebnis- und Gefühlswelt jedes Individuums darzustellen, wird durch die Rückübersetzung der Einzelfälle in den kindlichen Originalton in Form eines fiktiven Selbstgesprächs abgeschlossen.

Unter der Berücksichtigung altersspezifischer Themenschwerpunkte finden sich die folgenden verdichteten Ergebnisse der Einzelfalldarstellungen:

Alle Teilnehmer der Untersuchung besitzen Kenntnisse über die Nierenerkrankung des betroffenen Elternteils.

Die befragten Kinder im Alter von 5 bis 7 Jahren sind in der Lage, Krankheitsbegriffe zu benennen, ohne diese jedoch definieren zu können. Ursachen der Erkrankung sowie Zusammenhänge zwischen Nierenerkrankung und Dialysebehandlung sind ebenso unbekannt wie Schweregrad oder Prognose der Krankheit.

Die elterliche Erkrankung wird von den Kindern dieser Altersgruppe vor allem über visuelle Eindrücke (z.B. Blut, Verbände, Dialysegeräte) und körperliche Veränderungen der Eltern wahrgenommen.

Das teilweise noch lückenhafte Krankheitsverständnis der 11- bis 12-Jährigen wird durch Phantasien der Kinder ergänzt, welche wiederum Grundlagen für Ängste, Sorgen und Todesvorstellungen in Bezug auf die elterliche Erkrankung darstellen können.

Die Interviewteilnehmer weisen ausnahmslos und altersunabhängig ein großes Maß an Verantwortungsbewusstsein, Einfühlungsvermögen und Rücksichtnahme gegenüber dem erkrankten Elternteil auf. Besonders die Jugendlichen ab 16 Jahren erkennen hierin den Ursprung der Entwicklung persönlicher prosozialer Fähigkeiten wie Pflichtbewusstsein, Zuverlässigkeit und Urteilsfähigkeit im Umgang mit anderen Menschen.

In Einzelfällen werden jedoch die eigenen Bedürfnisse der Kinder zugunsten der Rücksichtnahme auf den kranken Elternteil so weit zurückgestellt, dass die Verwirklichung von Autonomiebedürfnissen nicht möglich ist, wodurch Wutimpulse gegen die Eltern entstehen, die wiederum Schuldgefühle bereiten.

Die Eltern spenden einem Großteil der Studienteilnehmer Trost und Geborgenheit. Trennungen und Auseinandersetzungen der Eltern werden von den befragten Kindern/Jugendlichen bedauert. Die Bedeutung von familiärem Zusammenhalt und der Wunsch nach vermehrtem Zusammensein mit dem kranken Elternteil werden mehrfach zum Ausdruck gebracht.

Direkte Auseinandersetzungen mit den Eltern (insbesondere mit dem erkrankten Elternteil) werden von einem Großteil der befragten Kinder und Jugendlichen vermieden. Besonders die Jugendlichen ab 16 Jahren benennen einen Zusammenhang zwischen der Rücksichtnahme auf die elterliche Gesundheit und einem Vermeiden von Konflikten mit den Eltern.

Das Verdrängen jeglicher Wutgefühle gegen die Eltern führt bei zwei der befragten Kinder/Jugendlichen zu einem Aufstau von Aggressionen die überwiegend gegen Dritte (z.B. Mitschüler) gewandt werden.

Ängste oder Sorgen in bezug auf die elterliche Erkrankung können von den Kindern im Alter von 5-6 Jahren größtenteils nicht direkt benannt werden. Sie äußern eher Gefühle von Traurigkeit und Bedrücktheit.

Bei den 7- bis 12-Jährigen haben die Ängste vor allem Phantasien über die Dialysebehandlung, mögliche Krankheitskomplikationen sowie einen möglichen tödlichen Verlauf der elterlichen Erkrankung zum Inhalt.

Insbesondere die Müdigkeit der Eltern nach der Dialyse stellt für zwei der befragten Kinder die Ursache angstbehafteter Phantasien dar. Auch die Krankenhausaufenthalte des nierenkranken Elternteils sind für die Befragten mit persönlichen Gefühlen von Ungewissheit und Angst verbunden.

Die Jugendlichen ab 16 Jahren betrachten Gesundheit als ein wertvolles und labiles Gut, sodass der Tod für sie eine allgegenwärtige und mögliche Bedrohung ihrer Eltern darstellt.

Fast alle Befragten geben an, ihre Ängste und Sorgen gegenüber den Eltern und auch gegenüber Mitschülern für sich zu behalten. Trotzdem finden sie Beruhigung im Zusammensein mit den Eltern sowie in deren Erklärungen zu der Krankheit.

Informationsbedarf zu der elterlichen Erkrankung ist vor allem bei den Kindern und Jugendlichen ab 7 Jahren vorhanden, wobei die Befragten ihre Informationen am häufigsten von den Eltern oder betreuenden Psychotherapeuten und nur selten von dem behandelnden medizinischen Personal der Eltern erhalten.

Für den Großteil der befragten Kinder und Jugendlichen stellen die Ablenkung durch Spiel und Sport oder das Verdrängen von Sorgen subjektiv funktionelle Bewältigungsmuster im Umgang mit persönlichen Ängsten dar.

In Einzelfällen steht jedoch ein Übermaß an Ängsten und Problemen den individuell verfügbaren Anpassungsstrategien gegenüber, sodass es zu misslungenem Coping mit Gefühlen von Angst, Frustration und Ausweglosigkeit bis hin zum Suizidversuch sowie zu Schulproblemen und aggressiven Handlungen kommt.

Die sich darstellenden typischen Verhaltensreaktionen von Kindern dialysepflichtiger Elternteile wie die besondere Verantwortungs- und Anpassungsbereitschaft oder die Entwicklung prosozialer Fähigkeiten (Rücksichtnahme, Einfühlungsvermögen) bestätigen die Ergebnisse bisheriger empirischer Untersuchungen und theoretische Vorannahmen zur Thematik „Kinder körperlich kranker Eltern“.

Auch der bei einigen Befragten vorhandene innere Konflikt zwischen kindlichen Individuationsbestrebungen und Verantwortungsgefühlen gegenüber dem erkrankten Elternteil begleitet von konfliktvermeidendem Verhalten aus Rücksichtnahme auf die Eltern, entspricht den Ergebnissen von Untersuchungen in der Vergangenheit.

Es wird deutlich, dass die Mehrzahl der befragten Kinder und Jugendlichen spezifische Belastungen in bezug auf die elterliche Erkrankung mit Hilfe individuell verfügbarer Bewältigungsmöglichkeiten funktionell verarbeiten kann und teilweise sogar situationsbedingt persönliche Stärken und Fähigkeiten entwickelt.

Andererseits kann in Einzelfällen das völlige Zurückstellen kindlicher Autonomiebedürfnisse und ein Übermaß an Belastungsfaktoren (Sorgen, Ängste, Probleme) die individuell verfügbaren kindlichen Anpassungsmöglichkeiten übersteigen, was bei den betroffenen Kindern weitere Ängste, Schuldgefühle, Depressivität, Aggressionen und Frustrationen bis hin zum Suizidversuch hervorrufen kann.

Es bleibt hervorzuheben, dass das Auftreten persönliche Ängste und deren Verarbeitung in Abhängigkeit vom Alter der betroffenen Kinder, sowie die altersspezifische Bedeutung des Informationsgewinns im Rahmen kindlicher Bewältigungsstrategien Fragen aufgeben, die der fortführenden Untersuchung und Klärung bedürfen.

Künftige Forschungsansätze sollten es sich zum Ziel setzen, weitere krankheits- und therapiespezifische Belastungsfaktoren von Kindern verschiedener Altersstufen, deren Eltern an einer körperlichen Erkrankung leiden, zu untersuchen und auch auf die kindlichen protektiven Faktoren (Kind, Familie, soziale Umfeld) und deren Interaktion näher einzugehen.

Die Berücksichtigung bislang weitgehend vernachlässigter Altersgruppen wie Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalters sollte in zukünftigen Untersuchungen ebenso von Bedeutung sein wie die Anwendung von Longitudinalstudien, die den Einfluss der Interferenz zwischen elterlicher Krankheit und altersspezifische Stadien auf die Eltern-Kind-Beziehung berücksichtigen, und dem prozessualen Charakter des kindlichen Copings eher gerecht werden können.

Nicht zuletzt liegt ein wichtiges Ziel in der Entwicklung und Evaluierung von Interventionskonzepten, um den betroffenen Kindern und Jugendlichen die notwendige Hilfe bei der Verarbeitung der elterlichen Erkrankung zu ermöglichen und zu verhindern, dass die Betroffenen an der Krankheit ihrer Eltern dekomensieren oder erkranken.

Literaturverzeichnis

- Adams-Greenly M, Moynihan RT (1983) Helping the children of fatally ill parents. American J of Orthopsychiatry 53: 219 – 229 In: Rost R (1992) Psychosoziale Probleme von Kindern körperlich kranker Eltern- ein Literaturüberblick. Dissertation an der med. Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Argelander H (1985) Der psychoanalytische Beratungsdialog: Studien zur Textstruktur und Deutung an formalisierten Protokolltexten. In: Dierks, Henrike (1996) Die Beziehungsgestaltung von Kindern mit ihren neurodermitiserkrankten Eltern. Eine psychoanalytisch-hermeneutische Pilotstudie. Diplomarbeit des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg.
- Atteslander P (1971) Methoden der empirischen Sozialforschung. Sammlung Göschen de Gruyter.
- Bortz, J (1984) Lehrbuch der empirischen Forschung für Sozialwissenschaftler. Springer-Verlag.
- Bortz J, Döhring N (1995) Forschungsmethoden und Evaluation, 2. Aufl. Springer-Verlag.
- Brähler E, Dahme B, Klapp BF (1990) Jahrbuch d. med. Psychologie. Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen. Band 4. Springer- Verlag, Berlin.
- Brähler E, Adler C (1996) Quantitative Einzelfallanalysen und qualitative Verfahren. Psychosoz.Verlag.
- Carey S (1985) conceptual change in childhood, MIT, Massachusetts. In: Brähler E, Dahme B, Klapp BF (1990) Jahrbuch d. med. Psychologie. Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen. Band 4. Springer- Verlag, Berlin.
- Carver CS, Pozo C, Harris SD (1993) How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. In: Compas BE, Worsham N, Ey S, Howell DC (1996): When Mom or Dad has Cancer: II. Coping, cognitive appraisals and psychological distress in children of cancer parents. Health Psychology; Vol.15:167-175.
- Christ GH, Siegel K, Sperber D (1994) Impact of parental terminal Cancer on Adults. Am J Orthopsychiatry; 64(4): 604-613.
- Compas BE, Worsham N, Epping-Jordan JE, Howell DC, Grant KE, Mireault G., Malcarne V (1994) When Mom or Dad has cancer: Markers of psychological distress in cancer patients, spouses and children. Health Psychology; Vol 13.No.6:507-515.

- Compas BE, Worsham N., Ey S, Howell DC (1996):When Mom or Dad has Cancer: II. Coping, cognitive appraisals and psychological distress in children of cancer parents. *Health Psychology*; Vol.15:167-175.
- Dierks H (1996) Die Beziehungsgestaltung von Kindern mit ihren neurodermitis-erkrankten Eltern. Eine psychoanalytisch-hermeneutische Pilotstudie. Diplomarbeit des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg.
- Eiser C (1990) Vorstellungen über Körperfunktion und Krankheit bei Kindern. In: Brähler E, Dahme B, Klapp BF (1990) *Jahrbuch d. med. Psychologie. Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen. Band 4.* Springer- Verlag, Berlin.
- Filipp SH, Aymanns P (1996) Bewältigungsstrategien (Coping). In: Uexküll T (1996) *Psychosomatische Medizin. München U+S.*
- Flick U (1991) *Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendung.* Psychologische Verlagsunion.
- Freud A, Burlingham U (1942) Kriegskinder (Die Schriften der A. Freud) In: Brähler E, Dahme B, Klapp BF (1990) *Jahrbuch d. med. Psychologie. Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen. Band 4.* Springer- Verlag, Berlin.
- Friedlander RJ, Viedermann M (1982) Children of dialysis patients. *American J of Psychiatry* 139: 100 – 103. In: Rost R (1992) *Psychosoziale Probleme von Kindern körperlich kranker Eltern- ein Literaturüberblick. Dissertation an der med. Fakultät der Albert-Ludwigs- Universität Freiburg.*
- Gellert E (1962) Children's conceptions of the content and functions of the human body. In: Brähler E, Dahme B, Klapp BF (1990) *Jahrbuch d. med. Psychologie. Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen. Band 4.* Springer- Verlag, Berlin.
- Glass DD (1985) Onset on disability in a parent: impact on child and family. In: Rost R (1992) *Psychosoziale Probleme von Kindern körperlich kranker Eltern- ein Literaturüberblick. Dissertation an der med. Fakultät der Albert-Ludwigs- Universität Freiburg.*
- Goldman RH, Cohn GL, Longnecker RE (1980/81) The family and home hemodialysis: adolescent's reactions to a father on home dialysis. *International J Psychiatry in Medicine* 10: 235 – 254. In: Rost R (1992) *Psychosoziale Probleme von Kindern körperlich kranker Eltern- ein Literaturüberblick. Dissertation an der med. Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.*
- Habermas T, Rosemeier P (1990) Kognitive Entwicklung und Todesbegriff. In: Brähler E, Dahme B, Klapp BF (1990) *Jahrbuch d. med. Psychologie. Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen. Band 4.* Springer- Verlag, Berlin.

- Kallmeyer W, Schütze F (1976) Konversationsanalyse. In: Dierks H (1996) Die Beziehungsgestaltung von Kindern mit ihren neurodermitiserkrankten Eltern. Eine psychoanalytisch-hermeneutische Pilotstudie. Diplomarbeit des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg.
- Kern H (1997) Einzelfallforschung. Eine Einführung für Studierende und Praktiker, Psycholog. Verlagsunion.
- Lamnek S (1985) Qualitative Sozialforschung. Methoden und Technik. Psycholog. Verlagsunion.
- Lazarus RS, Folkmann S (1993) In: Compas BE, Worsham N, Ey S, Howell DC (1996): When Mom or Dad has Cancer: II. Coping, cognitive appraisals and psychological distress in children of cancer parents. Health Psychology ;Vol.15:167-175.
- Lewandowski L (1992) Needs of Children during the critical Illness of a Parent or Sibling. Care Nursing Clinics of North America. Vol.4. Number 4. Dec '92:573-583.
- Lewis FM, Ellison ES, Woods NF (1985) The impact of breast cancer on the family. Seminars in Oncology Nursing 1: 206 – 213. In: Rost R (1992) Psychosoziale Probleme von Kindern körperlich kranker Eltern ein Literaturüberblick. Dissertation an der med. Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Lewis FM, Hammond MA, Woods NF (1993) The family's functioning with newly diagnosed breast cancer in a mother: The development of an explanatory model In: Worsham NL, Compas BE, Sydney EY (1997) Children's Coping with Parental Illness. Handbook of Children's Coping: Linking theory and intervention. New York 1997:195-213.
- Maurin J, Schenkel J (1976) A study of the family unit's response to hemodialysis. J of Psychosomatic Research 20 : 163 – 168. In: Rost R (1992) Psychosoziale Probleme von Kindern körperlich kranker Eltern- ein Literaturüberblick. Dissertation an der med. Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Mayring P (1988) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz-Verlag.
- Mayring P (1995) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 5.Auflage. Dt. Studienverlag.
- Mayring, P (1999) Einführung in die qualitative Sozialforschung. 4. Auflage. Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Power PW (1977) The adolescent's reaction to chronic illness of a parent: some implications for family counseling. International J of family counseling 5: 70 – 78. In: Rost R (1992) Psychosoziale Probleme von Kindern körperlich kranker Eltern- ein Literaturüberblick. Dissertation an der med. Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

- Riedesser P, Schulte-Markwort M (1999): Kinder körperlich kranker Eltern: Psychische Folgen und Möglichkeiten der Prävention. Dt. Ärzteblatt; 96 (38); A-2353-A-2357.
- Riedesser P, Wolff G (1985) Elterliches Schulterleben bei Erkrankungen ihrer Kinder. Monatsschrift Kinderheilkunde 133; 657 – 662. In: Rost R (1992) Psychosoziale Probleme von Kindern körperlich kranker Eltern- ein Literaturüberblick. Dissertation an der med. Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Romer G, Riedesser P (1999) Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Perspektiven für die Beziehungsberatung. In: Romer G, Barkmann C, Schulte-Markwort M, Thomalla G, Behrendt M., Riedesser P (2001; in Druck) Children of somatically ill parents: a methodological review. Journal of Clinical Child Psychology an Psychiatry.
- Romer G, Barkmann C, Schulte-Markwort M, Thomalla G, Behrendt M., Riedesser P (2001; in Druck) Children of somatically ill parents: a methodological review. Journal of Clinical Child Psychology an Psychiatry.
- Romer G, Barkmann C, Schulte-Markwort M, Thomalla G, Riedesser, P (2001; in Druck) Kinder körperlich kranker Eltern: Präventiver Handlungsbedarf bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen Risikogruppe. Hamburger Ärzteblatt.
- Rutter M (1966) Children of sick parents. An environmental and psychiatric study. Oxford University, London. In: Riedesser P, Schulte-Markwort M (1999) Kinder körperlich kranker Eltern. Dt. Ärzteblatt; 96. Heft 38: A-2353-A-2357.
- Romano MD (1976) Preparing children for parental disability. Social Work in Health care 1: 309 – 315. In: Rost R (1992) Psychosoziale Probleme von Kindern körperlich kranker Eltern- ein Literaturüberblick. Dissertation an der med. Fakultät der Albert-Ludwigs- Universität Freiburg.
- Rost R (1992) Psychosoziale Probleme von Kindern körperlich kranker Eltern- ein Literaturüberblick. Dissertation an der med. Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Schulte-Markwort M (1996) Krankheitskonzepte kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten. Habilitation für das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizinische Fakultät, Universität Lübeck.
- Wellisch DK (1979) Adolescent acting out when a parent has cancer. International Journal of Family Therapy 1: 230 – 241. In: Rost R (1992) Psychosoziale Probleme von Kindern körperlich kranker Eltern- ein Literaturüberblick. Dissertation an der med. Fakultät der Albert-Ludwigs- Universität Freiburg.
- Wellisch DK (1981) Family relationships of the mastectomy patient: interactions with the spouse and children. Israel Journal of Medical Science 17: 993 – 996. In: Rost R (1992) Psychosoziale Probleme von Kindern körperlich kranker Eltern- ein Literaturüberblick. Dissertation an der med. Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

- Winckowski AJ (1976) The dialyzing father: a study of adolescent coping response. Dissertation Abstract International 37: 1803. In: Rost R (1992) Psychosoziale Probleme von Kindern körperlich kranker Eltern- ein Literaturüberblick. Dissertation an der med. Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Witzel A (1985) Die Teilelemente des problemzentrierten Interviews. In: Jüttemann G (1985) Qualitative Forschung in der Psychologie. Beltz Verlag. Weinheim und Basel '85.
- Worsham NL, Compas BE, Sydney EY (1997) Children's Coping with Parental Illness. In: Sandler W. Handbook of Children's Coping: Linking theory and intervention. New York 1997:195-213.

Danksagung

Auf diesem Wege möchte ich den Personen danken, die mich bei der Erstellung meiner Dissertation wesentlich unterstützt haben.

Zunächst einmal ein Dankeschön an alle Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen, die bereit waren, uns ihre persönlichen Gedanken und Gefühle anzuvertrauen und auf diese Weise zur Forschung beizutragen!

Mein besondere Dank gilt Herrn Dr. med. Georg Romer, der mir die Anregung zu dieser Arbeit gab und mich bei der Erstellung unermüdlich unterstützt hat.

Ohne seine kreativen und inspirierenden Ideen, seine fachkundige Betreuung und sein großes Engagement wäre meine Arbeit sicher nicht in dieser Form zu Stande gekommen!

Des weiteren danke ich Herrn Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort und Herrn Prof. Dr. med. Peter Riedesser für die Möglichkeit, in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Eppendorf zu promovieren und viele interessante Einblicke in dieses Fachgebiet zu erhalten.

Die ermöglichte Teilnahme am europäischen Kongress für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im Oktober 1999 in Hamburg war für mich ein spannendes und wichtiges Ereignis.

Herzlichen Dank an Herrn Dipl.-Psychologen Claus Barkmann für sein großes Engagement bei der Betreuung der Doktoranden der Abteilung und seine Unterstützung bei der Erstellung des Methodikteils meiner Arbeit.

Ebenfalls möchte ich mich bei allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Kinder körperlich kranker Eltern“ bedanken, insbesondere bei Herrn Dr. phil. Martin Behrendt für seinen fachlichen Rat.

Und mein herzlichster Dank geht an meine lieben Eltern, die immer für mich da sind und mich in meinen Plänen bestärken !

Lebenslauf

Persönliche Daten

Karma Mirja Cynthia Stavenow
geboren am 01.08.1974 in Hamburg

Schulbildung

1981 - 1985 Grundschule in Hamburg
1985 - 1994 Gymnasium und Abitur in Hamburg

Medizinstudium

1994 – 1996 Vorklinisches Studium an der Med. Universität Lübeck
1996 – 1999 Klinisches Studium am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 und an der Universität Wien
11/ 1998 Beginn der medizinischen Dissertation
1999 – 2000 Praktisches Jahr in Hamburg, Budapest und Rom
10/ 2000 Drittes Staatsexamen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
4/ 2001 Fertigstellung der Dissertation