

## **Bachelor-Arbeit**

\*\*\*

# **Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil im Fokus der Sozialarbeit**

Wie die Sozialarbeit betroffene Kinder im Allgemeinen und in der Erwachsenenpsychiatrie im Besonderen unterstützen kann



**Hochschule Luzern – Soziale Arbeit**

Ausbildungsgang Sozialarbeit

Kurs VZ 2018 - 2021

Mareika Gyr

Yara Bienlein

## **Bachelor-Arbeit**

Ausbildungsgang **Sozialarbeit**

Kurs VZ 2018 - 2021

**Mareika Gyr**

**Yara Bienlein**

### **Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil im Fokus der Sozialarbeit**

Wie die Sozialarbeit betroffene Kinder im Allgemeinen und in der Erwachsenenpsychiatrie im Besonderen unterstützen kann

Diese Arbeit wurde am **16.08.2021** an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

---

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

---

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repository veröffentlicht und sind frei zugänglich.

---

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem  
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag  
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>  
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California  
95105, USA.

#### Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle  
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



**Teilen** — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten  
Zu den folgenden Bedingungen:



**Namensnennung** — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur  
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder  
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber  
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



**Nicht kommerziell** — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



**Keine Bearbeitungen** — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt  
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.  
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,  
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers  
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

## **Vorwort der Schulleitung**

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeitenden mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2021

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit

Leitung Bachelor

## **Abstract**

Mareika Gyr und Yara Bienlein befassen sich in dieser Bachelorarbeit mit der Lebenssituation von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil und gehen der Frage nach, wie Folgeschäden bei betroffenen Kindern verhindert und eine gesunde Entwicklung gefördert werden können. Zu Entwicklungsrisiken und Folgeprobleme der Kinder gehören beispielsweise die Entwicklung einer eigenen psychischen Störung, einer Parentifizierung oder Loyalitätskonflikten. Über die Situation von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil wird seit mehr als zehn Jahren geforscht. Forschungsergebnisse zeigten, dass die Unterstützungsstruktur und niederschwellige Zugänge für betroffene Familien als unzureichend einzustufen sind. Trotz dieser Erkenntnisse hat sich die Situation für betroffene Familien in den letzten Jahren kaum verbessert. Kinder erhalten oft erst Unterstützung, wenn sie Verhaltensauffälligkeiten zeigen und ein Eingreifen durch die Kinderschutzbehörde nicht mehr verhindert werden kann.

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, Präventionsmöglichkeiten und Optimierungspotenzial der jetzigen Praxis aufzuzeigen. Dazu werden die Chancen der Prävention und Früherkennung sowie die Notwendigkeit einer flächendeckenden Sensibilisierung und besseren Vernetzung der involvierten Disziplinen diskutiert. Es wird verdeutlicht, welche Rolle die Soziale Arbeit dabei einnimmt. In Bezug auf die stationäre Erwachsenenpsychiatrie werden Möglichkeiten aufgezeigt, um Kinder bewusster in die Behandlung des erkrankten Elternteils einzubeziehen. Dies erfolgt durch evaluierte Projekte, aus welchen Handlungsmöglichkeiten abgeleitet werden.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abstract</b> .....	<b>I</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>II</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>V</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1 Ausgangslage.....	1
1.2 Fragestellung und Zielsetzung.....	4
1.3 Relevanz für die Soziale Arbeit.....	4
1.4 Abgrenzung und Leserschaft .....	6
1.5 Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit .....	6
<b>2 Situation von Personen mit einer psychischen Störung</b> .....	<b>8</b>
2.1 Psychische Störungen: Prävalenz und Entstehung .....	8
2.2 Lebenslage von Elternteilen mit einer psychischen Störung .....	10
2.3 Multiple Risikobelastung betroffener Familien.....	11
2.4 Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten .....	12
2.5 Stigmatisierung und Tabuisierung .....	14
2.6 Entstehung Angehörigenarbeit .....	15
2.7 Fazit.....	16
<b>3 Folgen psychischer Störung eines Elternteils auf deren Kinder</b> .....	<b>18</b>
3.1 Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten für betroffene Kinder ..	18
3.2 Entwicklungspsychologische Herausforderungen.....	20
3.2.1 Säuglings- und Kleinkindalter .....	20
3.2.2 Kindergarten- und Primarschulalter.....	21
3.2.3 Jugendalter .....	22
3.3 Entwicklungsrisiken und Folgeprobleme für Kinder .....	22
3.3.1 Entwicklung einer eigenen psychischen Störung.....	23
3.3.2 Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung .....	24
3.3.3 Entwicklung eines unsicheren Bindungsverhalten .....	25
3.3.4 Parentifizierung .....	26
3.3.5 Young Carers .....	26
3.3.6 Loyalitätskonflikt.....	27
3.3.7 Soziale Isolation.....	27
3.3.8 Vernachlässigung und Misshandlung.....	28
3.4 Auswirkungen eines stationären Aufenthalts eines Elternteils auf deren Kinder....	29
3.5 Fazit.....	29
<b>4 Einflussfaktoren auf die kindliche Entwicklung</b> .....	<b>31</b>

4.1	Risikofaktoren.....	31
4.1.1	Störungsspezifische Merkmale.....	31
4.1.2	Alter und Geschlecht von Kindern.....	32
4.1.3	Genetische Faktoren.....	33
4.1.4	Eltern-Kind-Beziehung.....	33
4.1.5	Eingeschränkte Erziehungsfähigkeit.....	34
4.1.6	Eheliche Beziehung.....	35
4.1.7	Individuelle Faktoren beim Kind.....	35
4.2	Resilienz.....	36
4.3	Schutzfaktoren.....	36
4.3.1	Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren.....	37
4.3.2	Krankheitsverstehen und -wissen.....	38
4.3.3	Offener und aktiver Umgang mit der psychischen Störung in der Familie.....	38
4.4	Copingstrategien.....	39
4.5	Fazit.....	40
<b>5</b>	<b>Präventive Massnahmen der Sozialarbeit.....</b>	<b>42</b>
5.1	Prävention und Früherkennung.....	42
5.2	Voraussetzungen für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil.....	43
5.3	Beispiel «Frühen Hilfen» für mehrfachbelastete Familien aus Österreich.....	44
5.4	Adaption des Modells «Frühe Hilfen» auf die Schweiz.....	45
5.5	Vernetzung involvierter Fachpersonen.....	49
5.6	Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit.....	49
5.7	Sensibilisierung von Fachpersonen.....	50
5.8	Zivilrechtlicher Kinderschutz.....	51
5.9	Handlungsbedarf präventiver Massnahmen.....	52
5.10	Fazit.....	53
<b>6</b>	<b>Unterstützungsmöglichkeiten der klinischen Sozialarbeit in der stationären Erwachsenenpsychiatrie.....</b>	<b>55</b>
6.1	Erwachsenenpsychiatrie.....	55
6.2	Klinische Sozialarbeit in der Erwachsenenpsychiatrie.....	56
6.3	Umfrage zum Einbezug von Kindern bei einem stationären Aufenthalt eines Elternteils.....	57
6.3.1	Methodisches Vorgehen.....	58
6.3.2	Darstellung der Ergebnisse.....	58
6.3.3	Diskussion der Ergebnisse.....	60
6.4	Einbezug der Kinder.....	61
6.4.1	Psychodiagnostisches Screening der Kinder und Familien.....	61

6.4.2	Netzwerkarbeit .....	63
6.4.3	Rahmenbedingungen für einen Klinikbesuch der Kinder.....	63
6.4.4	Psychoedukation.....	64
6.4.5	Kinder- und Jugendhilfe-Sprechstunde in der Klinik.....	65
6.4.6	Angehörigen-Sprechstunde.....	67
6.4.7	Sozialpädagogische Familienbegleitung.....	68
6.4.8	Mutter-Kind-Stationen für Säuglinge und Kleinkinder.....	68
6.4.9	Präventionsprogramm «Ressourcen fördern» .....	69
6.5	Herausforderungen in der Praxis.....	70
6.6	Fazit.....	71
<b>7</b>	<b>Schlussfolgerung.....</b>	<b>72</b>
7.1	Beantwortung der übergeordneten Fragestellung.....	72
7.2	Praxisrelevanz der Erkenntnisse .....	73
7.3	Ausblick.....	74
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>75</b>
	<b>Anhang A: Kriterien zur eigenen Umfrage.....</b>	<b>83</b>
	<b>Anhang B: Diagnostische Hauptgruppen des ICD-10.....</b>	<b>85</b>

Sämtliche Kapitel wurden von den Autorinnen gemeinsam verfasst.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Fragestellungen (eigene Darstellung).....	4
Abbildung 2: Bio-psycho-soziales Modell (Mattig, 2016, S. 11; in Anlehnung an Babette Renneberg et al., 2009) .....	9
Abbildung 3: Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Mattig, 2016, S. 12; in Anlehnung an Zubin & Spring, 1977).....	9
Abbildung 4: Lebenslage von Elternteilen mit einer psychischen Störung (eigene Darstellung) .....	10
Abbildung 5: Der Teufelskreis familiärer Psychopathologie (leicht modifiziert nach Eva Dirks & Nina Heinrichs, 2012) .....	22
Abbildung 6: Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren (leicht modifiziert nach Lenz, 2016, S. 55-56) .....	37
Abbildung 7: Coping Typen (leicht modifiziert nach Lenz, 2014a, S. 178).....	40
Abbildung 8: Das Basismodell für die familienzentrierte Vernetzung (Hafen & Meier-Magistretti, 2021, S. 46).....	46
Abbildung 9: Anzahl Psychiatrien mit Einbezug der Kinder (eigene Erhebung) .....	58
Abbildung 10: Arten des Einbezugs (eigene Erhebung) .....	59

# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

Psychische Störungen<sup>1</sup> zählen nach Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen zu den dritthäufigsten Krankheiten (World Health Organisation (WHO), 2019, S. 2). Betrachtet man das Risiko einer psychischen Störung über die gesamte Lebensspanne, erkrankt fast jede zweite Person einmal im Leben daran. Zwei Drittel aller psychischen Störungen bleiben dabei unbehandelt (Hans Ulrich Wittchen et al., 2011, S. 656). In der Schweiz machten 2018 psychische Störungen zwei Milliarden der obligatorischen Krankenpflegeversicherungskosten aus. Seit 2012 ist eine Zunahme von 13 % pro versicherte Person auszumachen (Daniela Schuler, Alexandre Tuch & Claudio Peter, 2020, S. 6). Laut Silke Wiegand Grefe, Susanne Halverscheid, Peggy Geers, Franz Petermann und Angela Plass (2010) wird in Deutschland von bis zu zwei bis drei Millionen Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil ausgegangen (S. 13). Übertragen auf die Schweiz würde die Zahl der betroffenen Kinder bei circa 300'000 liegen. Dem Bundesamt für Statistik (BFS) liegen jedoch keine aktuellen Daten für die Situation von Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil vor. Die fehlenden aktuellen Zahlen zeigen auf, dass die Situation von betroffenen Kindern auch heute noch viel zu wenig Beachtung erhält. Gemäss Daniel Sollberger (2007) ging man nach eher konservativen Schätzungen in der Schweiz von circa 20'000 – 50'000 Kindern und Jugendlichen aus (S. 132). Diese Zahlen werden in Fachkreisen jedoch kritisiert und als viel zu gering eingeschätzt, da die Dunkelziffer von nicht erfassten Kindern sehr hoch ist (Sarah King, 2015, S. 1). Geht man von den oben erwähnten zwei Drittel aller unbehandelten psychischen Störungen aus, sind auch viele betroffene Elternteile nicht in Behandlung und haben dadurch keine offizielle Diagnose.

Eine psychische Störung eines Elternteils bedeutet eine sehr starke Belastung für das gesamte Familiensystem, insbesondere aber für die Kinder. Betroffene Kinder leben oft in einem mehrfach belasteten Umfeld. Rund jede zweite psychisch erkrankte Person mit Kindern lebt getrennt vom anderen Elternteil, was eine zusätzliche Belastung und alltägliche Überforderung für die Eltern und deren Kinder bedeutet (Jochen Gehrman & Sabrina Sumargo, 2009, S. 384). In der Regel übernehmen alleinerziehende Mütter trotz psychischer Störung die Kinderbetreuung (Kurt Albermann & Brigitte Müller, 2018b, S. 3). Häufig müssen sie zusätzlich auch den Lebensunterhalt für die Familie verdienen. Zudem bedeutet vor allem bei jüngeren

---

<sup>1</sup> In dieser Arbeit wird der Begriff «psychische Störung» verwendet, der vom englisch üblich gebrauchten Begriff «mental disorder» direkt übersetzt ist.

Kindern ein stationärer Klinikaufenthalt der Mutter eine gravierende Veränderung in der Betreuung (Albermann & Müller, 2018b, S. 3).

Kinder sind oft vom sozialen Rückzug ihrer Eltern, von Paarkonflikten und Gewalt zwischen den Elternteilen oder von Vernachlässigung betroffen (Ruth Gurny, Kitty Cassée, Silvia Gavez, Barbara Los & Kurt Albermann, 2007, S. 111). Besonders in der frühen Kindheit sind die Risiken für eine gesunde Entwicklung hoch. Je nach Entwicklungsstand und Geschlecht gehen Kinder unterschiedlich mit der Belastung um. Durch die oft jahrelange schwere Belastung sind sie emotionalen Überforderungen ausgesetzt. Es können sich Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen aber auch Konzentrationsschwierigkeiten oder schlechte schulische Leistungen zeigen (Albert Lenz, 2014b, S. 41-42). Obwohl Kinder trotz hoher Belastung Resilienz, also eine Widerstandsfähigkeit, aufweisen können, sind Studien zufolge etwa die Hälfte aller Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil selbst psychisch auffällig oder nahe der Grenze zur Auffälligkeit (Stephanie Hefti et al., 2016, S. 63). Wie Michael Franz und Beate Kettmann (2014) schreiben, erhalten Kinder trotz wachsender Aufmerksamkeit in den letzten Jahren meist erst Unterstützung, wenn sie selbst Verhaltensauffälligkeiten zeigen und teils eine Fremdplatzierung nicht mehr vermeidbar ist (S. 144). Die Reaktionen aufgrund hoher Belastungen sind bei jedem Kind unterschiedlich. Da Familien, welche von einer psychischen Störung betroffen sind, häufig stigmatisiert werden, gilt die Krankheit in der Familie aber auch gegen aussen als Tabuthema. Dadurch müssen sich Kinder selbst eine Erklärung für die Krankheit des Elternteils suchen, was zu hohen Schuldgefühlen und Überforderung führen kann (ebd.). Nach Manfred Pretis und Aleksandra Dimova (2010) gelten Kinder als am meisten gefährdet, welche trotz massiver Belastung keine offensichtlichen Verhaltensveränderungen zeigen und dadurch auch keine Hilfe erhalten (S. 366-367). Kinder erleben Gefühle der Hilflosigkeit, Tabuisierung sowie Wut und Überlastung, auch wenn diese von aussen nicht zwingend sichtbar sein müssen. Durch fehlende Unterstützung ist das eigene Erkrankungsrisiko demzufolge erhöht (ebd.). Um schwerwiegende Folgen und Risiken verhindern zu können, ist eine stärkere Prävention und Früherkennung unabdingbar. Die aktuelle Covid-19-Pandemie hat die Problematik gefährdeter Familien gemäss dem Corona-Report von Pro Juventute (2021) noch verstärkt gezeigt (S. 4-6). Durch die Pandemie haben die Anforderungen an die Widerstandsfähigkeit und an die Bewältigungsstrategien von Kindern und Jugendlichen stark zugenommen. Familien, welche sich bereits vor der Pandemie in sozialen oder materiell prekären Verhältnissen befanden oder unter einer psychischen Belastung litten, sind nun zusätzlichen Risiken wie der Verschlechterung des Familienklimas, vermehrten Konflikten bis hin zu Gewaltsituationen ausgesetzt (ebd.).

Die Schweiz hat die Risiken einer Unterversorgung von Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil erkannt und mit der gesundheitspolitischen Strategie 2020-2030 den Fokus auf Früherkennung und Prävention gelegt. Durch die Strategie rücken nun auch die betroffenen Kinder vermehrt in den Fokus (Bundesamt für Gesundheit, 2019, S. 20). Spezialisierte Institutionen für Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil werden vom Bund finanziell gefördert (ebd.). Dies ist beispielsweise das Institut Kinderseele Schweiz (IKS). Auch in der Praxis der Sozialen Arbeit ist laut Michael Kölch und Marc Schmid (2014) eine Sensibilisierung für die Risiken von hochbelasteten Kindern und Jugendlichen dank einer systemischen Betrachtungsweise vorhanden (S. 123). Trotzdem ist im Alltag der Sozialen Arbeit der Fokus auf die Kinder von psychisch kranken Klient\*innen noch nicht ausreichend vorhanden. Gründe dafür sind fehlende institutionelle Strukturen, wie etwa ein Konzept oder Zuständigkeiten sowie zeitliche und finanzielle Ressourcen (ebd.).

Nach der UN-Kinderrechtskonvention hat die Soziale Arbeit klar die Verpflichtung, sich für das Wohl eines Kindes einzusetzen. Nach Jörg Maywald (2007) basieren Kinderrechte auf drei Pfeilern: Auf dem Recht auf Schutz, dem Recht auf Förderung und dem Recht auf Partizipation (S. 20). Kinder in die Behandlung mit einzubeziehen, sie über die psychische Störung des Elternteils altersgerecht zu informieren und individuelle Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen, ist gemäss der UN-Kinderrechtskonvention also explizit ein Auftrag der Sozialen Arbeit.

## 1.2 Fragestellung und Zielsetzung

Aufgrund der Ausgangslage ergibt sich die These, dass Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil nicht genügend berücksichtigt werden. Daraus lässt sich folgende übergeordnete Fragestellung und Unterfragen ableiten, welche in der vorliegenden Arbeit untersucht werden:

### Wie kann die Sozialarbeit im Allgemeinen und spezifisch in der Erwachsenenpsychiatrie Kinder eines psychisch kranken Elternteils in deren Entwicklung unterstützen?

- 1 Wie sieht die Situation von Menschen mit einer psychischen Störung in der Schweiz aus?

---

- 2 Was sind mögliche Folgen für Kinder, wenn ein Elternteil an einer psychischen Störung leidet?

---

- 3 Welche Schutz- oder Risikofaktoren beeinflussen die kindliche Entwicklung bei Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil?

---

- 4 Was kann die Sozialarbeit zu einer (allgemeinen) Verbesserung der Situation von Kindern eines psychisch kranken Elternteils beitragen?

---

- 5 Welche Unterstützungsmöglichkeiten bietet die klinische Sozialarbeit im stationären Setting, um die Risikofaktoren der betroffenen Kinder zu mindern und die Schutzfaktoren zu stärken und was sind die Herausforderungen?

Abbildung 1: Fragestellungen (eigene Darstellung)

Das Ziel dieser Arbeit ist es, basierend auf Schutz- und Risikofaktoren wirksame Präventionsmassnahmen für eine frühzeitige Unterstützung betroffener Familien sowie spezifische Unterstützungsmöglichkeiten für die klinische Sozialarbeit im stationären Setting aufzuzeigen.

## 1.3 Relevanz für die Soziale Arbeit

Gemäss Avenir Social (2010) gehören zu den zentralen Aufgaben der Sozialen Arbeit die Förderung von gesellschaftlichen Veränderungen, die Förderung des sozialen Zusammenhalts und der sozialen Integration sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen. Dabei setzt die Soziale Arbeit auf die Entwicklung von ermächtigenden und befreienden Massnahmen zur Beseitigung von strukturellen Benachteiligungen und persönlichen Hindernissen (S.2). Die zentralen Aufgaben der Sozialen Arbeit basieren auf der Förderung der Menschen-

rechte und der sozialen Gerechtigkeit. Das Handeln der Sozialen Arbeit ist geprägt von interdisziplinärer und interprofessioneller Kooperation und basiert auf einer ganzheitlichen biopsychosozialen und kulturellen Bewertung und Intervention, welches mehrere System-Ebenen involviert (Avenir Social, 2010, S. 2). Klient\*innen der Sozialen Arbeit sind meist mit kritischen Lebensereignissen oder hohen Belastungssituationen konfrontiert (Burkhart Brückner, 2019, S. 126). Nach Klaus-Thomas Kronmüller und Martin Driessen (2012) sind psychische Störungen Familienerkrankungen (S. 49). Soziale Arbeit unterstützt im Bereich Familie, wenn beispielsweise durch Armut, Arbeitslosigkeit, Krisen, Sucht, Trennung oder Krankheit eine Überforderung in der Bewältigung von Situationen besteht. Dabei bietet die Soziale Arbeit familienunterstützende, familienergänzende oder familienersetzende Angebote (Christine Meyer & Nina Oelkers, 2018, S. 152). Wie bereits in der Ausgangslage erwähnt, ist sich die Soziale Arbeit aufgrund der systemischen Betrachtungsweise, den Auswirkungen einer psychischen Störung auf Angehörige und alle Lebenslagen bewusst. In Bezug auf die Thematik von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil hat die Soziale Arbeit gemäss Berufskodex mehrere Ziele und Verpflichtungen. Zum einen fördert, sichert oder stabilisiert die Soziale Arbeit Menschen (Avenir Social, 2010, S. 6, Ziff. 5, Art. 6). Zum anderen verpflichtet sich die Soziale Arbeit zum Einbezug und zur Beteiligung der Klientel, damit eigene Entscheidungs- und Handlungsfähigkeiten gefördert werden können (Avenir Social, 2010, S. 9, Ziff. 8, Art. 6). Spezifisch bei Kindern stützt sich die Soziale Arbeit auf die UNO-Kinderrechtskonvention und die damit verbundenen Kinderrechte und fördert die kindliche Partizipation bei wichtigen Angelegenheiten (vgl. Maywald, 2007). Für Lösungen komplexer Probleme arbeitet und kooperiert die Soziale Arbeit interdisziplinär (Avenir Social, 2010, S. 13, Ziff. 16, Art. 1). In der interprofessionellen Kooperation vertritt die Soziale Arbeit ihren fachspezifischen Standpunkt, damit im gemeinsamen Gespräch optimale Lösungen entwickelt werden können (Avenir Social, 2010, S. 13, Ziff. 16, Art. 2).

Zur Sozialen Arbeit gehören die drei Bereiche Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Soziokultur. Da es sich im weiteren Verlauf dieser Arbeit spezifisch um den Bereich der Sozialarbeit handelt, wird dieser Begriff verwendet. Professionelle der Sozialarbeit sind beispielsweise in der Familien- und Jugendhilfe in Gemeinde-, Psychiatrie und Spitalsozialdiensten, in Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB), im Strafvollzug, in der Suchthilfe oder in der Arbeitsintegration, tätig. Für die vorliegende Arbeit werden spezifisch die Arbeitsfelder Prävention und Früherkennung sowie klinische Sozialarbeit näher betrachtet. Sie werden in Kapitel 5 und 6 mit vorliegenden Erkenntnissen in Bezug auf Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil verknüpft und es werden Handlungsmöglichkeiten davon abgeleitet.

## **1.4 Abgrenzung und Leserschaft**

Im Fokus dieser Literaturarbeit steht die allgemeine Situation von Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil und spezifisch die Situation einer stationären Behandlung des Elternteils in der Erwachsenenpsychiatrie. Im Rahmen dieser Arbeit wird keine spezifische psychische Störung in den Fokus genommen. Auch werden verschiedene Krankheitsbilder nicht detailliert beschrieben. Weil Sucht ein eigenes grosses Thema ist, wird es in dieser Arbeit zwar erwähnt, jedoch wird nicht spezifisch darauf eingegangen. Die Auswirkungen auf weitere Angehörige wie Partner oder Partnerin werden in dieser Arbeit nicht berücksichtigt. Jedoch werden sie als Unterstützungsnetzwerk in dieser Arbeit miteinbezogen. Die Arbeit richtet sich an Studierende der Sozialen Arbeit, an Sozialarbeitende, spezifisch an Sozialarbeitende, welche mit Familien in Kontakt sind, an Behördenmitglieder und auch disziplinübergreifende (Fach)personen, die an einer Auseinandersetzung mit dieser Thematik interessiert sind.

Den Autorinnen ist bewusst, dass «Gesundheit» und «Krankheit» beobachterabhängige Konstrukte sind. Dabei ist es möglich, dass sich die Beobachtung von «Gesundheit» und «Krankheit» durch soziale Systeme wie die Medizin oder die Wissenschaft von der Beobachtung durch das Individuum unterscheiden (Martin Hafen, 2013, S. 36). Im Alltag sind Menschen häufig mit psychischen Belastungen konfrontiert. In dieser Arbeit wird jedoch nur auf psychische Störungen eingegangen, welche durch das ICD-10/ 11 als eine solche diagnostiziert werden würde.

## **1.5 Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit**

Für die Literaturrecherche wurden zu Beginn Suchbegriffe festgelegt. Die Suche nach passender Literatur zu den festgelegten Suchbegriffen fand hauptsächlich über den Bibliothekverbund Swiscovery und über die Suchmaschine Google Scholar nach dem Schneeballprinzip statt. Im Literaturverwaltungsprogramm Zotero wurden sämtliche Quellen gesammelt. Die Literatur wurde auf Professionalität, Brauchbarkeit und Aktualität geprüft und demnach aussortiert. Nach der Zusammenstellung des Theorieteils wurden drei Fachpoolgespräche mit Expert\*innen durchgeführt. Die Fachpoolgespräche hatten zum Ziel, den Handlungsbedarf in der Praxis zu verifizieren. Aufgrund fehlender aktueller Daten bezüglich des Einbezugs von Kindern in der stationären Erwachsenenpsychiatrie wurde eine eigene Umfrage im Kapitel 6 erstellt, um einen Einblick in die aktuelle Praxis zu erhalten.

Die Bachelorarbeit ist in sieben Kapitel aufgeteilt. Sie beinhaltet die Einleitung (Kapitel 1), den Hauptteil (Kapitel 2 - 6) zur Beantwortung der fünf oben aufgeführten Unterfragen und wird mit den Schlussfolgerungen (Kapitel 7) abgerundet. Im zweiten Kapitel wird die Situation von

Personen mit einer psychischen Störung der Schweiz beleuchtet, womit auf die erste Unterfrage eingegangen wird. Daraufhin wird im dritten Kapitel die zweite Fragestellung beantwortet, indem Folgen von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil aufgezeigt werden. Das vierte Kapitel nimmt sich der dritten Fragestellung an. Dazu werden insbesondere Risiko- und Schutzfaktoren erörtert. Darauf aufbauend wird im fünften Kapitel die vierte Fragestellung bearbeitet, indem die Möglichkeiten zur Prävention von Folgeprobleme der Kinder erörtert werden. Im sechsten Kapitel stehen die Unterstützungsmöglichkeiten der klinischen Sozialarbeit in der stationären Erwachsenenpsychiatrie und derer Herausforderungen im Zentrum. Dadurch soll die fünfte Fragestellung beantwortet werden. Abschliessend werden im siebten Kapitel Schlussfolgerung zu den gewonnenen Erkenntnissen und ein Ausblick über notwendige Schritte gezogen. Im Hauptteil wird am Schluss des jeweiligen Kapitels die entsprechende Fragestellung beantwortet.

## 2 Situation von Personen mit einer psychischen Störung

Um spezifisch auf die Situation von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil eingehen zu können, benötigt es zuerst Wissen über die Entstehung von psychischen Störungen und den damit verbundenen Einflüssen auf die Lebenslagen. Die diagnostischen Hauptgruppen der psychischen Störungen des ICD-10 werden in dieser Arbeit nicht näher erläutert. Eine Auflistung der Hauptgruppen ist jedoch im Anhang B zu finden.

### 2.1 Psychische Störungen: Prävalenz und Entstehung

Wie einleitend erwähnt wurde, gehören psychische Störungen zu den dritthäufigsten Krankheiten weltweit. Dabei zählen Angststörungen mit 14 %, affektive Störungen mit 8 %, somatoforme Störungen mit 5 % und Störungen durch Alkohol mit 3,4 % zu den am meisten verbreiteten psychischen Störungen. Unter dem Genderaspekt lässt sich sagen, dass Frauen am häufigsten von Depressionen betroffen sind, während bei Männern häufiger Substanzstörungen auftreten, insbesondere Störungen durch Alkohol (Schuler, Tuch & Peter, 2020, S. 9). Im Schnitt weist jede zweite Person mit einer psychischen Störung eine Komorbidität, also eine Begleiterkrankung, auf (Désirée Stocker et al., 2016, S. 44). So leiden 70 % der Personen mit starken psychischen Belastungen zusätzlich auch an körperlichen Beschwerden oder Suchterkrankungen (Schuler, Tuch & Peter, 2020, S. 5).

Gemäss der WHO (2019) sind psychische Störungen oft charakterisiert «durch eine Kombination von belastenden Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen» (S. 1). Psychische Störungen beeinträchtigen Menschen beim Ausschöpfen von Fähigkeiten, der Bewältigung von normalen Lebensbelastungen und in der Produktivität beim Arbeiten (WHO, 2019, S. 1). Geht man vom weit verbreiteten Bio-psycho-sozialen Modell aus, welches von den meisten Fachpersonen vertreten wird, entsteht eine psychische Störung immer in Wechselwirkung und durch Zusammenspiel zwischen drei Faktoren. Unterschieden wird dabei in Faktoren biologischer Art, psychischen Faktoren sowie sozialen Faktoren. Eine psychische Störung entsteht also nicht nur durch einen Faktor (Astrid Mattig, 2016, S. 10). Die Wechselwirkung im Bio-psycho-sozialen Modell wird in der Abbildung 2 auf der nächsten Seite genauer ersichtlich.

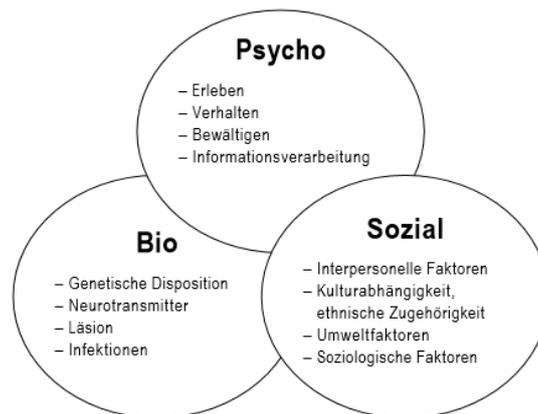


Abbildung 2: Bio-psycho-soziales Modell (Mattig, 2016, S. 11; in Anlehnung an Babette Renneberg et al., 2009)

Ein weiteres Modell, welches eine Erklärung zur Entstehung und Entwicklung von psychischen Störungen bietet, ist das Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Das Modell gründet auf der Annahme, dass die Kombination der individuellen Vulnerabilität einer Person (insbesondere biologische oder genetische Anlagen oder biografische und soziale Faktoren) und Stressereignisse (z. B. kritische Lebensereignisse, Veränderungen) die Bedingungen für die Entwicklung psychischer Störungen darstellen. Psychologische Faktoren (z. B. Resilienz, Coping, soziale Unterstützung) und entwicklungsbezogene Faktoren (z. B. Bindung, Impulskontrolle) beeinflussen als abändernde Variablen die Merkmale der psychischen Störung sowie deren Akut- und Langzeitfolgen (siehe Abbildung 3). Damit belastende Ereignisse mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zu Störungen führen, muss eine Vulnerabilität vorliegen (Lexikon der Psychologie, ohne Datum).

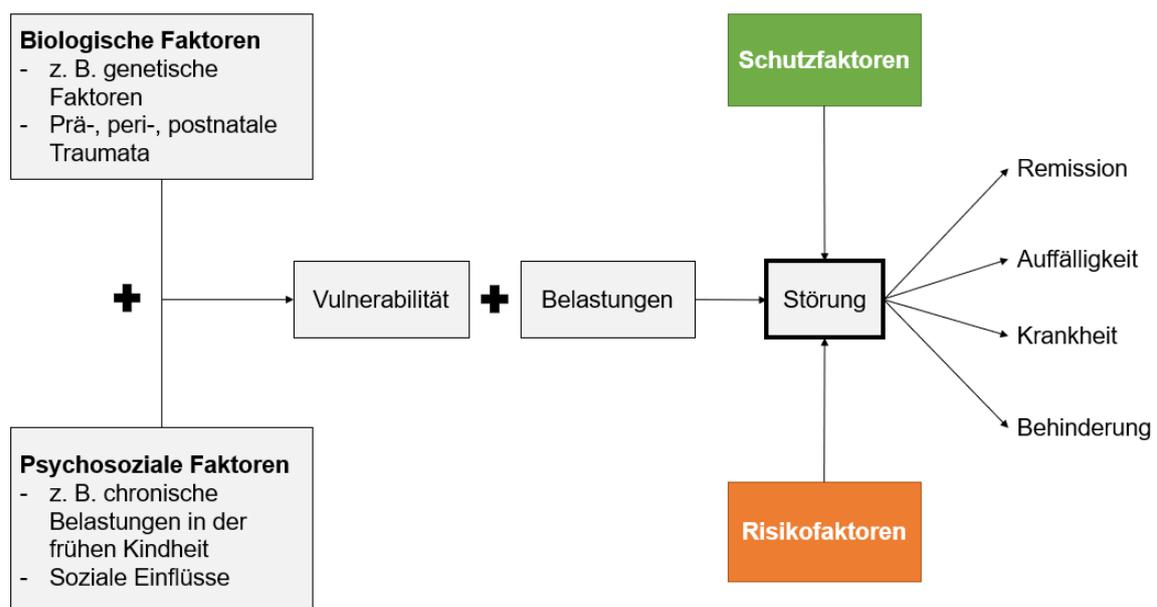


Abbildung 3: Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Mattig, 2016, S. 12; in Anlehnung an Zubin & Spring, 1977)

## 2.2 Lebenslage von Elternteilen mit einer psychischen Störung

Die folgende Darstellung verschafft einen groben Überblick über die Lebenslage von Elternteilen mit einer psychischen Störung in der Schweiz.

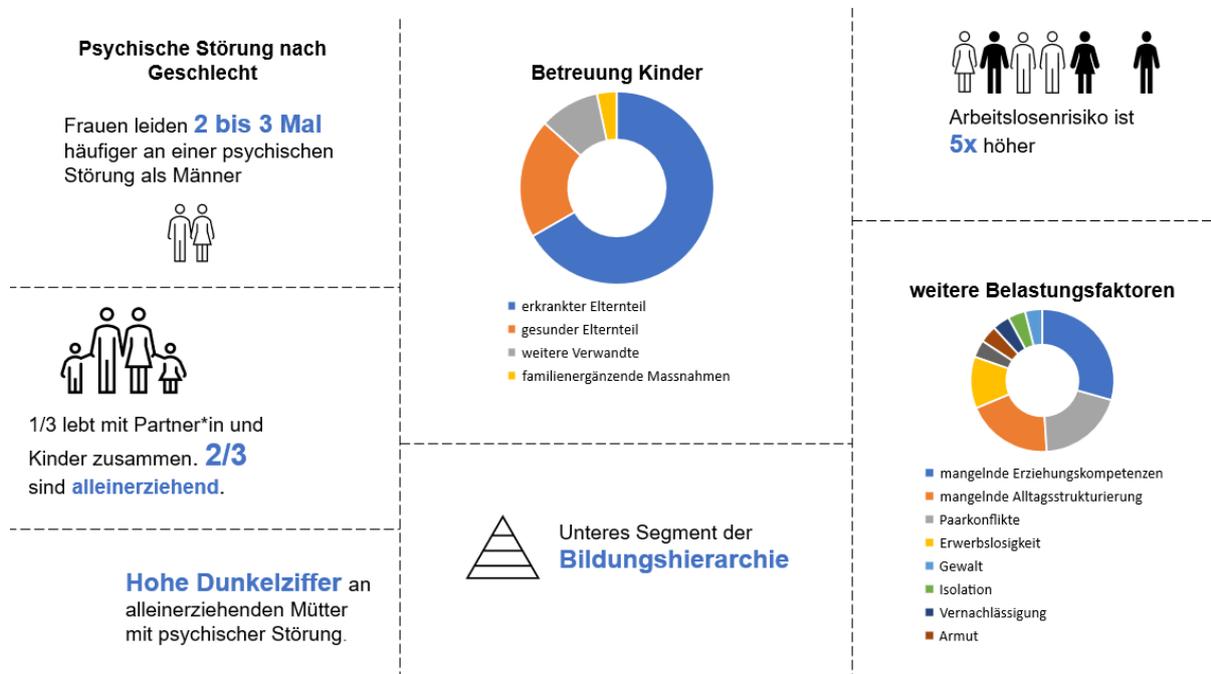


Abbildung 4: Lebenslage von Elternteilen mit einer psychischen Störung (eigene Darstellung)

Frauen leiden allgemein zwei bis drei Mal häufiger an einer psychischen Störung (Schuler, Tuch & Peter, 2020, S. 9). In Bezug auf die Bildung unterscheidet sich das Ausmass einer psychischen Belastung je nach Bildungsniveau. Personen aus dem unteren Segment der Bildungshierarchie sind häufiger belastet als Personen mit einer höheren Ausbildung. Nebst einem geringen Bildungsniveau gehören Migrationshintergrund, Arbeitslosigkeit, Invalidität, körperliche Beschwerden sowie Einsamkeit zu den höchsten Risikofaktoren für psychische Belastungen. Der häufigste Risikofaktor war 2017 der Migrationshintergrund mit fast 30 %. Frauen nehmen generell häufiger eine psychologische Behandlung in Anspruch als Männer (Schuler, Tuch & Peter, 2020, S. 4-5). Dies kann mit ein Grund sein für die höhere Zahl der Frauen in der Studie von Gurny et al. (2007). Dabei wurden insgesamt 196 Patienten\*innen mit einer psychischen Störung und minderjährigen Kindern zu ihrer Lebenssituation befragt. 63 % davon waren weiblich und 34 % männlich (S. 72). Dabei zeigte sich ein ähnliches Bild wie im Obsan Bericht zur psychischen Gesundheit. Personen mit einer psychischen Störung sind gemäss der Studie fünfmal häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als die gesunde Durchschnittsbevölkerung (Gurny et al., 2007, S. 73). In Deutschland zeigt sich, dass Menschen mit

einer psychischen Störung genauso häufig Kinder haben wie Menschen ohne psychische Störung (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 384). Dabei sind sie jedoch vermehrt von ehelichen Konflikten, Trennung und Scheidung betroffen. Ein Drittel der Patient\*innen leben zusammen mit ihren Kindern und einem Partner, einer Partnerin. Zwei Drittel sind alleinerziehend (Gurny et al., 2007, S. 79). Die Kinder leben dabei überwiegend bei der Kindsmutter. Nach Gurny et al. (2007) gibt es in der Schweiz eine hohe Dunkelziffer an alleinerziehenden Müttern mit einer psychischen Störung, welche ihre Krankheit aus Angst vor einer Wegnahme der Kinder so lange wie möglich zu verbergen versuchen (S. 109).

Etwa zwei Drittel der Patient\*innen übernehmen die Betreuungsaufgaben für die Kinder selbst. Falls die erkrankte Person ihre elterlichen Pflichten nicht wahrnehmen kann, wird die Betreuung meist durch den gesunden Elternteil übernommen und am zweithäufigsten durch Verwandte. Nur in wenigen Fällen erfolgt die Betreuung durch familienergänzende oder -unterstützende Massnahmen (Gurny et al., 2007, S. 82). Diese Zahlen machen deutlich, dass betroffene Familien nicht nur durch die psychische Störung belastet sind, sondern häufig mit knappen finanziellen Mitteln konfrontiert sind. Betreffend weiteren Belastungsfaktoren wurden bei Gurny et al. (2007) 86 Kinder und deren Familie untersucht. Am meisten waren die Familien nebst der Störung durch mangelnde Erziehungskompetenzen der Eltern (75 %) belastet, durch mangelnde Alltagsstrukturierung (50 %), Paarkonflikte (50 %) oder Erwerbslosigkeit (30 %). Weiter traten Probleme wie Gewalt, Isolation, Vernachlässigung Armut und Überschuldung auf (S. 103).

### **2.3 Multiple Risikobelastung betroffener Familien**

Durch die häufige Stigmatisierung von Menschen mit einer psychischen Störung wird die gesellschaftliche Teilhabe oft erschwert. So sind Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil häufig von sozialer Isolation betroffen (Lenz, 2014a, S. 41). Zusätzliche Risikofaktoren im Zusammenhang mit einer psychischen Störung sind sozioökonomische Aspekte wie Armut, mangelhafte Wohnverhältnisse, niedriger Bildungsstand oder Arbeitslosigkeit (ebd.). Betroffene Kinder sind dementsprechend häufig mit multiplen Risikobelastungen konfrontiert. Vor allem Familien mit einem suchterkrankten Elternteil sind häufig zusätzlich mit psychosozialen Mehrfachbelastungen wie häusliche Gewalt, Schulden und einer sozialen Exklusion konfrontiert (Stocker et al., 2016, S. 82). Es lässt sich dabei ein steigender Bedarf nach multidisziplinären und systemischen Behandlungsangeboten für Familien mit komplexer psychischer und sozialer Mehrfachbelastung erkennen. Dafür benötigt es eine interdisziplinäre perinatale Versorgung von Gynäkologie, Pädiatrie, Hebammen, Kinder- und Jugendpsychiatrie

sowie der Erwachsenenpsychiatrie, inklusive einem Ausbau von Mutter-Kind-Stationen, um die Früherkennung gewährleisten zu können (Stocker et al., 2016, S. 85).

Ein spezifischer Fokus soll auf sozial benachteiligte Familien gelegt werden, da diese vor allem das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit betreffen. Krankheit ist ein Armutsrisiko. Gleichzeitig ist Armut auch ein Krankheitsrisiko. Dies zeigt sich auch bei den zunehmend steigenden Kosten im Gesundheitswesen. Nebst nicht übertragbaren Krankheiten wie Krebs und Diabetes fallen psychische Störungen inklusive Suchterkrankungen besonders hoch aus (Hafen, 2018, S. 1). Zusätzlich steigen die Sozialhilfekosten trotz weitgehend gleichbleibenden Sozialhilfequoten. Dabei fällt auf, dass Haushalte mit Kindern überdurchschnittlich oft (5.2 %) auf Sozialhilfe angewiesen sind. Bei Alleinerziehenden zeigt sich die Situation besonders extrem. 26.9 % dieser Haushalte sind von der Sozialhilfe abhängig (BFS, 2019). Sozialhilfebezügler\*innen erkranken beispielsweise sieben Mal häufiger an einer psychischen Störung als der Durchschnitt. Armutsbetroffene sind zudem häufiger mit prekären und körperlich sowie psychisch belastenden Arbeitsbedingungen konfrontiert. Hinzu kommen sozioökonomische Faktoren wie schlechte Wohnlagen und beengte Wohnsituationen sowie nur notwendigste medizinische Behandlungen (Caritas, 2012, S. 1-2). Zusätzlich haben gemäss Studien Kinder aus sozioökonomisch schwachen Familien ein erhöhtes Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken (Thomas Lampert, Anke-Christine Sass, Michael Häfelinger & Thomas Ziese, 2005, S. 113). Psychische Störungen stehen also klar in einer Wechselwirkung mit einem Armutsrisiko und wirken sich stark auf soziale Integration und Arbeitsmarktintegration aus.

## **2.4 Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten**

Im Rahmen der Studie von Stocker et al. (2016) über die Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz wurde aufgezeigt, dass der Behandlungsbedarf für psychische Belastungen oder Störungen höher ist als die Inanspruchnahme von Angeboten (S. 23). Diese Behandlungslücke zeigt sich insofern, dass 40 bis 65 % der Personen mit Behandlungsbedarf keine adäquate minimale Behandlung erhalten. Für rund ein Viertel fehlen passende Behandlungsangebote. Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass das Versorgungssystem in der Schweiz eine Überlastung aufweist (Stocker, 2016, S. 51). In der Studie von Stocker et al. (2016) wurden die wesentlichen Zugangshürden für betroffene Personen aus internationalen Studien und Publikationen aus der Schweiz zusammengetragen. Als einer der Hauptgründe für Zugangshürden wird die Angst vor sozialer Stigmatisierung genannt. In den letzten 25 Jahren hat die Stigmatisierung psychischer Störungen kaum abgenommen. Nebst der Stigmatisierung wird mangelndes Wissen und damit verbundene negative Erwartungen an die Behandlung über psychische Störungen genannt. Auch krankheitsbedingte Faktoren oder

eine fehlende Krankheitseinsicht sind zu nennen. Ein weiterer Grund sind sprachliche und kulturelle Hürden, welche in den letzten Jahren immer praxisrelevanter wurden. Werden Angebote in Anspruch genommen, besteht durch die Sprachbarriere zusätzlich die Gefahr von Fehldiagnosen und Behandlungsabbrüchen (S.19-20). Laut Lenz (2014a) ist ein weiterer wichtiger Punkt die teils fehlende Unterstützung im Haushalt und in der Kinderbetreuung, was dazu führt, dass stationäre Behandlungen nicht angetreten oder frühzeitig abgebrochen werden (S. 72-73). Auch stellt bei der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten die intrafamiliäre Tabuisierung eine Hürde dar (Franz & Kettemann, 2014, S. 145).

Nebst den psycho-sozio-kulturellen Zugangshürden sind auch Hürden auf Systemebene zu nennen. Dazu gehört zum Beispiel die mangelnde Vernetzung zwischen den regionalen Hilfsangeboten für Personen mit einer psychischen Störung und für deren Angehörige. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit wäre für ein Gelingen unabdingbar. Hilfe scheitert somit oft aufgrund fehlender Vernetzung der verschiedenen Angebote (Franz & Kettemann, 2014, S. 145). Des Weiteren gehören zu den Zugangshürden die hohen Behandlungskosten, die je nach Krankenversicherung nicht zu 100 Prozent übernommen werden (Stocker et al., 2016, S. 20). Auch die Unterschiede in der Angebotssituation, wie beispielsweise die geringe Dichte an Angeboten in ländlichen Gegenden, gehören zu den Zugangshürden (Stocker et al., 2016, S. 62). Aufgrund der historisch negativen Aspekte der Psychiatrie ist das schlechte «Image» auch heute noch ein Hinderungsgrund, um psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. So auch der zu wenig niederschwellige Zugang für eine Behandlung in der Psychiatrie (Stocker et al., 2016, S. 21).

Der erste Zugang zu Hilfsangeboten hat einen wesentlichen Einfluss auf den Behandlungsverlauf. Er sollte schnell und einfach möglich sein und am besten in den ersten zwei Wochen nach Auftreten der Symptome erfolgen. Durch lange Wartefristen und die erschwerte Erreichbarkeit von Fachpersonen ist dies in den meisten Fällen kaum möglich. Laut einer Befragung in der Stadt Zürich benötigte es im Durchschnitt sieben Telefonanrufe, um einen Termin vereinbaren zu können und circa 6.1 Tagen bis zur ersten Behandlung. Dieser hohe und erschwerte Kontaktaufwand stellt eine sehr ungünstige Zugangshürde dar (Stocker et al., 2016, S. 21).

Flüchtlinge und Personen mit Migrationshintergrund sind von Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten besonders betroffen. Zum einen sind sie mit Barrieren konfrontiert, welche allgemein für sozial benachteiligte Personen gelten, wie beispielsweise der Mangel an finanzierten Therapieplätzen durch die Grundversicherung. Zum anderen besteht ein fehlender Anspruch für die Invalidenversicherung, welche viele Angebote finanziert. Des Weiteren führt

ein Mangel an Fachpersonen für spezifische Belastungen, wie zum Beispiel posttraumatische Belastungsstörungen, zu langen Wartelisten (Stocker et al., 2016, S. 83-84). Viele Familien, welche in die Schweiz geflüchtet sind, haben im Heimatland oder auf der Flucht traumatische Erfahrungen gemacht, welche dringend behandelt werden müssten. Durch die oben genannten Punkte und der Sprachbarriere erhalten diese Familien aber oftmals nicht rechtzeitig adäquate Hilfe. Wie Stocker et al. (2016) schreibt, gibt es kaum Fachärzt\*innen, welche eine muttersprachliche Behandlung ermöglichen können. Zusätzlich besteht ein Mangel an interkulturellen Dolmetscher\*innen und Schwierigkeiten in der Finanzierung. In der Schweiz muss daher von einer Unterversorgung in diesem Bereich gesprochen werden. Hinzu kommt, dass bei Flüchtlingen und Personen mit Migrationshintergrund häufig kulturspezifische Tabus, Scham oder Stigmatisierung bestehen, welche eine adäquate Erkennung und Behandlung von betroffenen Personen zusätzlich erschweren (S. 84).

## **2.5 Stigmatisierung und Tabuisierung**

Obschon psychische Störungen zu den dritthäufigsten Krankheiten gehören, werden sie von der Gesellschaft kaum erkannt und oft als Stress eingeordnet. Menschen mit einer psychischen Störung wird dabei häufig mit sozialer Distanz oder Angst begegnet (Angermeyer & Dietrich, 2006 zit in. Public Health Schweiz, 2012, S. 5). Stigmatisierung führt bei Betroffenen zu Scham und geringem Selbstwertgefühl und fördert Schuldgefühle. Es macht hilflos und bringt Gefühle der Wertlosigkeit mit sich. Durch Stigmatisierung werden Betroffene häufig ausgegrenzt und isoliert (Thomas Idhe Scholl, 2019, S. 10). Dabei ist erwiesen, dass Betroffene, welche sich stigmatisiert fühlen, im Falle einer psychischen Belastung oder Störung später oder gar nicht Hilfe in Anspruch nehmen. Bei hoher Selbststigmatisierung ist zusätzlich das Suizidrisiko deutlich erhöht. Nicht nur psychisch erkrankte Personen sind von Stigmatisierung betroffen, sondern auch Angehörige. Auch hier ist die eigene Schuldzuweisung meist sehr hoch. Angehörige fühlen sich mit der Situation oft alleingelassen (Idhe Scholl, 2019, S. 10).

Schuld- und Schamgefühle der erkrankten Person führen dazu, dass die psychische Störung in Familien häufig nicht offen angesprochen wird. Durch eine gegenseitige Rücksichtnahme und Schonung wird die psychische Störung meist verschleiert, insbesondere auch vom gesunden Elternteil. Dadurch fehlt eine offene Auseinandersetzung mit der Krankheit, was es für Kinder schwierig macht, die Situation richtig einschätzen und verstehen zu können. Auch Kinder versuchen den erkrankten Elternteil so gut wie möglich zu schonen und vermeiden die Kommunikation eigener Probleme und Sorgen. Nicht nur familienintern ist die Tabuisierung eine Problematik. Auch gegen aussen besteht in den meisten betroffenen Familien ein Kom-

munikationsverbot über die psychische Störung. Es wird versucht, die Erkrankung vor Ausenstehenden geheim zu halten. Durch die fehlende offene Auseinandersetzung innerhalb der Familie fehlen vor allem jüngeren Kindern die passenden Worte, um einer aussenstehenden Person die Situation zu erklären. Nebst der Tabuisierung spielen Schamgefühle bei Kindern eine grosse Rolle. Sie schämen sich für das auffällige und andere Verhalten des erkrankten Elternteils und laden andere Kinder nicht nach Hause ein. Dadurch werden sie innerhalb der Peer-Group häufig in eine Aussenseiterposition gedrängt, was die Isolation der betroffenen Familie noch weiter verstärkt. Vor allem Jugendliche werden innerhalb der Peer-Group häufig mit Vorurteilen gegenüber dem erkrankten Elternteil konfrontiert. Sie können nicht offen über das Erlebte zu Hause berichten und erleben einen ständigen Konflikt zwischen Loyalität und Distanzierung. Sie versuchen, das Thema Eltern insgesamt und nicht nur die elterliche Erkrankung möglichst auszublenden und sprechen kaum über Sorgen und Probleme zu Hause (Lenz, 2014a, S. 99-102).

## **2.6 Entstehung Angehörigenarbeit**

Bis zur Psychiatriereform in den 80er Jahren wurden erkrankte Personen möglichst von ihren Angehörigen abgeschottet und fern von ihrem Wohnort behandelt (Kronmüller & Driessen, 2012, S. 47-49). Psychiatrische Kliniken wurden bewusst auf dem Land gebaut, abgeschieden vom sozialen und familiären Leben der betroffenen Personen. Diese Handhabung wurde lange als Wirkfaktor für die Behandlung angesehen. Aufgrund der Psychiatriereform wurden Kliniken zentraler, mit komplementären Versorgungsstrukturen, gebaut. Dadurch wurde die Familie zum zentralen Ort der Krankheitsbewältigung. Den Angehörigen wurde nicht mehr die Verursacherrolle zugeteilt, sondern eine Unterstützungsfunktion (ebd.). Durch den Prozess der Psychiatriereform wurde die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von psychisch erkrankten Personen stark reduziert. Diese liegt heute nicht mehr bei fünf Jahren und länger, sondern bei circa einem Monat (Kronmüller & Driessen, 2012, S. 47-49). Dies führt dazu, dass Angehörige sich nach dem Entlassungszeitpunkt in bis zu 60 – 70 % der Fälle um die erkrankte Person kümmern (Franz & Kettemann, 2014, S. 150). Gemäss Asmus Finzen (2014) gilt ab ca. 1990 im Gefolge der Psychiatriereform bis heute die Familie ungefragt als kostenlose Nachsorge-Einrichtung nach einem Psychiatrieaufenthalt. Die Familie wird hauptsächlich aus pragmatischen Überlegungen in die Anschlusslösungen miteinbezogen. Wenn möglich, wird ein Austritt nach Hause angestrebt. Die Familien sehen sich in der Verantwortung, für ihre Angehörigen zu sorgen. Angehörige wünschen sich mehr Kooperation der Therapeut\*innen sowie Betreuenden (S. 8).

Konkret wünschen sie sich insbesondere Informationen über die psychische Störung und deren Behandlung sowie Informationen über einen guten Umgang mit der psychisch erkrankten Person und deren psychischen Störung (Finzen, 2014, S. 8). Die vermehrte Unterstützungsfunktion der Angehörigen bringt eine hohe Belastung und teils eigene Behandlungsbedürftigkeit von Angehörigen mit sich. Die komplexe Verknüpfung von psychischer Störung, Familienbeziehungen und -strukturen erhielt mit der Schliessung von psychiatrischen Krankenhäusern und ersten Forschungen über die Belastung des gesamten Familiensystems ab circa 1970 mehr Beachtung. In diesem Zusammenhang entstanden erstmals Angehörigen-Selbsthilfevereinigungen. Die erste relevante Angehörigenorganisation wurde «National Schizophrenia Fellowship» genannt und im Jahr 1971 in England gegründet. Ähnliche Vereinigungen<sup>2</sup> folgten und sind bis heute präsent (Heinz Katschnig, 2002, S. 113). In den Angehörigengruppen finden sich hauptsächlich Eltern von Kindern mit einer psychischen Störung sowie Partner\*innen und teils auch Geschwister oder erwachsene Kinder. Trotz der Erkenntnis, dass eine psychische Störung aufgrund der Lebenssituation und möglichen Chronifizierung zu einer Familienerkrankung wird, rückten Kinder und Jugendliche erst in den letzten 10 Jahren ins Zentrum (Kronmüller & Driessen, 2012, S. 49). Obschon dieser blinde Fleck von betroffenen Kindern sichtbar wurde, zeigten sich eine neue Hilflosigkeit und viele offene Fragen im Versorgungssystem für Erwachsene. «Was genau brauchen Kinder und in welchem Alter?», «Wie und wo erreicht man sie?», «Wie können sie entlastet und gestärkt werden?», «Wie können Kinder in der Therapie des erkrankten Elternteils zum Thema gemacht werden?», «Wie können Eltern in ihrer Erziehung begleitet werden?» (Susanne Heim, 2001, S. 75-76).

## 2.7 Fazit

Um dieses Kapitel abzuschliessen, wird die dazugehörige Fragestellung beantwortet.

- Wie sieht die Situation von Menschen mit einer psychischen Störung in der Schweiz aus?

Fast jede zweite Person erkrankt einmal im Leben an einer psychischen Störung. Zwei Drittel bleiben dabei unbehandelt. Eine psychische Störung tritt dabei nicht isoliert auf, sondern bringt weitere Belastungsfaktoren mit sich. Beispielsweise zeigt sich ein niedriger Bildungsstand, ein höheres Arbeitslosenrisiko sowie ein erhöhtes Armutrisiko. Dabei besteht zwischen dem Armut- und dem Erkrankungsrisiko eine starke Wechselwirkung. Ein tiefer sozioökonomischer

---

<sup>2</sup> Schweiz: Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie/ psychisch Kranken ([www.vask.ch](http://www.vask.ch))

Status erhöht das Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken. Eine psychische Störung erhöht gleichzeitig auch das Risiko, von Armut betroffen zu sein. Hinzu kommt, dass sich Menschen mit einer psychischen Störung häufiger trennen oder scheiden lassen. Dies führt dazu, dass zwei Drittel aller betroffenen Eltern alleinerziehend sind. Die Betreuung der Kinder wird dabei in den meisten Fällen vom erkrankten Elternteil, meist von der Kindsmutter übernommen. Diesbezüglich besteht eine hohe Dunkelziffer an Kinder mit einer psychisch belasteten Mutter. Ein weiterer Aspekt in Bezug auf psychische Störungen ist die Stigmatisierung und Tabuisierung. Stigmatisierung führt zu Scham, geringem Selbstwertgefühl, Schuldgefühlen und sozialer Isolation. Dies wiederum führt dazu, dass adäquate Hilfe häufig nicht oder erst spät in Anspruch genommen wird. Laut einer Schweizer Studie erhalten 40 bis 65 % von psychisch erkrankten Personen mit Behandlungsbedarf keine adäquate minimale Behandlung. Diese hohe Zahl hat viele Ursachen. Zum einen strukturelle Hindernisse wie fehlende Finanzierung und Ressourcen sowie eine unzureichende interdisziplinäre Zusammenarbeit. Zum anderen psycho-sozio-kulturelle Hürden wie Scham, Stigmatisierung, Sprachbarrieren oder Tabuisierung. Obschon die Angehörigenbewegung schon lange versucht, die Situation für Familienangehörige zu verbessern, sind betroffene Kinder auch heute noch häufig ein blinder Fleck in der Behandlung. Es bestehen diesbezüglich noch viele offene Fragen und eine gewisse Art der Hilflosigkeit im Versorgungssystem für Erwachsene.

### **3 Folgen psychischer Störung eines Elternteils auf deren Kinder**

In diesem Kapitel wird der Frage nachgegangen, was mögliche Folgen für Kinder sind, wenn ein Elternteil an einer psychischen Störung leidet. Dazu wird zuerst auf die Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten hingewiesen. Anschliessend werden Entwicklungsrisiken und Folgeprobleme für Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil detailliert erläutert.

#### **3.1 Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten für betroffene Kinder**

Elternteile mit einer psychischen Störung nehmen kaum Hilfe für ihre Kinder in Anspruch. Das zeigt eine Metaanalyse von über 100 Studien (Andrea Reupert & Darryl Maybery, 2007, zit. in Kölch & Schmid, 2014). Dabei wurden fünf zentrale Hindernisse für die Inanspruchnahme von psychosozialen Hilfen erkannt:

1. «fehlende Leitlinien und Ressourcen im System der Helfer
2. unzureichende Zusammenarbeit zwischen den Institutionen
3. Wissens- und Fertigungsdefizite bei den Fachpersonen
4. Psychisch erkrankte Eltern selbst können aufgrund ihrer Symptomatik und Teilhabebeeinträchtigung die notwendigen Schritte nicht umsetzen
5. Familienmitglieder inkl. Kinder lehnen Hilfen ab (Stigmatisierung, zu geringe Motivation)» (S. 123).

Kölch und Schmid (2014) haben die Versorgungslage für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil generell als unzureichend eingeschätzt. Sie gehen davon aus, dass etwa die Hälfte aller betroffenen Familien keine adäquate Unterstützung erhalten (S 126). Obwohl es viele psychosoziale Hilfsangebote für betroffene Familien gibt, können diese nicht genutzt werden. Die Querschnittstudie von Hefti et al. (2016) hat die Gründe für die Nichtinanspruchnahme der betroffenen Familien für den Raum Basel untersucht. Dabei zeigte sich, dass den Eltern viele der Hilfsangebote gar nicht bekannt waren (S. 89). Hilfreich wären gemäss Kölch und Schmid (2014) folglich eine niederschwellige Information und Triage durch bereits involvierte Stellen (S. 123). Insbesondere bei Elternteilen mit einer manifestierten psychischen Störung zeigt sich zudem die Angst einer Wegnahme der Kinder durch die Kinderschutzbehörde, was dazu führt, dass rund 30 % aller betroffenen Eltern hilfreiche Angebote nicht in Anspruch nehmen (Romana Kühnis, 2016; zit in. Hefti et al., 2016, S. 90). Im Zusammenhang

mit Hilfsangeboten wird teilweise auch von Etikettierung und Bevormundung durch die Behörden berichtet, was zur Ablehnung professioneller Hilfe führen kann (ebd.). Gemäss Hefti et al. (2016) ist vor allem bei hoch belasteten Kindern, welche bereits Verhaltensauffälligkeiten und eine geringere Lebensqualität aufweisen, die elterliche Stressempfindung Hauptgrund für eine Nichtinanspruchnahme adäquater Angebote. Dies bedeutet, dass diejenigen Familien, welche am meisten Stress erleben und von Hilfsangeboten profitieren würden, diese am wenigsten in Anspruch nehmen (S. 96). Bei Kindern und Jugendlichen, welche auf psychologische Hilfe angewiesen wären, zeigt sich eine weitere Problematik. Das psychiatrische und psychotherapeutische Grundversorgungssystem für Kinder- und Jugendliche weist eine deutliche Unter- und Fehlversorgung auf. Es fehlt an Fachpersonal und Behandlungsplätzen, was zu langen Wartezeiten führt. Zudem sind vor allem Familien mit tiefem sozioökonomischem Status auf Angebote angewiesen, die von der Grundversicherung finanziert werden (Stocker et al., 2016, S. 102).

Albermann et al. (2012) beschreiben die Problematik der Versorgungssysteme aufgrund der voneinander unabhängigen Aufgaben im Kinder-, Jugend- und Erwachsenenbereich. Diese unabhängige Erfüllung der Aufgaben erfolgt aufgrund des unterschiedlichen Alters der Klientel und der entsprechenden Spezialisierung der Fachpersonen. Überschneidungen im Versorgungssystem finden hauptsächlich in der Kinder- und Jugendhilfe (Mütter-Väter-Beratung, Familienberatung usw.) statt, sowie in der Pädiatrie oder beim Haus- oder Allgemeinarzt, da die Fachpersonen in diesem Kontext grundsätzlich in Begleitung oder aber sicher im Austausch mit den Eltern stehen. Obschon im Versorgungssystem für Kinder ein enger Kontakt zu den Eltern hergestellt werden könnte, fehlt es nicht selten an detaillierten Informationen zur gesundheitlichen Situation der Eltern. Im Versorgungssystem für Erwachsene fehlt es umgekehrt an umfassenden Informationen zur Situation betroffener Kinder, da sie für die primäre gesundheitliche und psychosoziale Betreuung der erkrankten Person nicht zwingend notwendig erscheinen. Durch diese starke Abgrenzung entstehen im Versorgungsnetz grosse Lücken (S. 1523). Auch Gurny et al. (2007) nennt die geringe Zusammenarbeit von stationären Einrichtungen für Erwachsene mit dem Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche als wichtigen Aspekt für den geringen Einbezug von Kindern (S. 47). Gemäss der schriftlichen Befragung durch die ZHAW wird bei 84 von 89 Leistungserbringern im Versorgungssystem für Erwachsene eine systematische Erfassung allfälliger Kinder bei einem Erstgespräch durchgeführt. Nur 36 % erfragten anschliessend den körperlichen Gesundheitszustand der Kinder und 43 % die psychosozialen Belastungen. Daraus lässt sich schliessen, dass der Grossteil des Versorgungssystem für Erwachsene über den Gesundheitszustand der betroffenen Kinder kaum Kenntnisse hat (Gurny et al., 2007, S. 36). Auch Albermann und Müller (2018a) belegten anhand mehrerer Querschnittsbefragungen, dass Fachpersonen zwar wissen, ob ihr Klient, ihre

Klientin Kinder hat, jedoch 50 % der Fachpersonen aus dem Versorgungssystem für Erwachsene nicht wissen, wie es den Kindern geht (S. 11). Für eine Verbesserung der Situation von Kindern ist ein familienfokussiertes, interdisziplinäres und interinstitutionell koordiniertes Unterstützungsangebot, welches die Ressourcen der betreffenden Familien angemessen berücksichtigt, notwendig (Albermann et al., 2012, S. 1523).

### **3.2 Entwicklungspsychologische Herausforderungen**

«Adverse childhood experiences» (AEC) sogenannter chronischer Stress des Kindes beispielsweise durch emotionale Vernachlässigung, körperliche Gewalt oder Gewalt zwischen den Eltern erhöhen die Wahrscheinlichkeit, später mit körperlichen, psychischen, aber auch sozialen Problemen konfrontiert zu sein (Alice Ann Crandall et al., 2020, S. 1). Studien aus Deutschland zeigen, dass Kinder psychisch kranker Eltern höhere Entwicklungsrisiken im Kindes- und Jugendalter sowie im weiteren Leben haben. Die Auswirkungen einer psychischen Störung des Elternteils auf die Kinder sind je nach Entwicklungsstadium des Kindes und Störungsbild des Elternteils unterschiedlich (Lenz, 2014a, S. 24). Nachfolgend werden die unterschiedlichen Entwicklungsstadien und mögliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche erläutert.

#### **3.2.1 Säuglings- und Kleinkindalter**

Wie Lenz (2014a) schreibt, sind vor allem jüngere Kinder noch sehr stark von den Eltern abhängig und werden unmittelbar mit der Erkrankung konfrontiert. Sie haben kaum Möglichkeiten, sich von den Einflüssen zu distanzieren und erleben veränderte Essens- und Schlafenszeiten stets mit (S. 29-30). Kleinkinder stellen daher eine besonders vulnerable Gruppe dar. Im Säuglings- und Kleinkindalter finden wichtige Persönlichkeitsentwicklungen statt. In den ersten sechs Monaten eines Säuglings können bereits positive oder negative Emotionen in Stimmen und Gesichtsausdrücken einer Person wahrgenommen werden. Ab dem siebten bis zwölften Monat werden bereits Gesichtsausdrücke wie Trauer oder Angst unterschieden. Beim Kleinkind nehmen Wut und Angst an Ausdrucksstärke und Häufigkeit zu (Laura E. Berk, 2019, S. 306). Daran lässt sich erkennen, wie viel Kinder von der Gefühlslage der Eltern bereits wahrnehmen, obschon sie die Sprache noch nicht beherrschen. Aus diesem Grund ist es so wichtig, den Kindern von Beginn an die mit der psychischen Störung verbundenen Gefühle kindgerecht benennen. Nebst der Wahrnehmung von Emotionen folgen wichtige Entwicklungsschritte. Gemäss dem Psychoanalytiker Erik Erikson führt eine liebevolle, einfühlsame Fürsorge im ersten Lebensjahr dazu, dass der Konflikt zwischen Urvertrauen und Misstrauen positiv aufgelöst wird (August, Flammer, 2009, S. 96). Im Krabbelalter folgt der Konflikt der Autonomie versus Scham und Zweifel. Dieser wird positiv aufgelöst, wenn die Eltern das

Kind altersgerecht anleiten und ihm eine gewisse Entscheidungsfreiheit zusprechen. Verhaltensprobleme können auftreten, wenn Kinder nicht genügend Vertrauen und Autonomie entwickeln konnten (Flammer, 2009, S. 98). Nach Berk (2019) erlernt das Kind im Kleinkindalter nebst dem Verständnis der Emotionen anderer Menschen und dem Ausdruck von Grundemotionen auch eine emotionale Selbstregulation (S. 307). Es entwickeln sich Schuld- und Schamgefühle, Verlegenheit, Neid und Stolz. Zeigt sich die Betreuungsperson emotional mitfühlend und kann gleichzeitig auch Grenzen aufzeigen, entwickeln Kinder im Vorschulalter bereits effektivere Strategien zur Wutregulation (ebd.). Hinzu kommt eine Fremden- und Trennungsangst. Die Trennungsangst zeigt dem Kind, ob ein sicherer Rückzugsort und eine sichere Bindung zur Bezugsperson bestehen. Durch diese Bindungserfahrungen bauen sich Kinder ein inneres Arbeitsmodell als Vorlage für zukünftige enge Beziehungen auf (Berk, 2019, S. 308). Aus diesem Grund sind Trennungssituationen durch einen stationären Aufenthalt der primären Bezugsperson in diesem Alter für die Kinder sehr verunsichernd. Zu den häufigsten Folgen für Kleinkinder von psychisch kranken Elternteilen gehören Schlafprobleme, Regulationsstörungen und beginnende Störungen der Emotionsregulation sowie erste Probleme bei der Entwicklung einer sicheren Bindung (vgl. 3.3.3) (Lenz, 2014b, S. 44).

### **3.2.2 Kindergarten- und Primarschulalter**

In der mittleren Kindheit werden selbstbewusste Emotionen wie Stolz und Schuld von persönlicher Verantwortung reguliert. Dadurch geben sich Kinder häufig selbst die Schuld, wenn es der Mutter oder dem Vater nicht gut geht. Ab circa zehn Jahren können die meisten Kinder zwischen problem- und emotionsorientierten Bewältigungsverhalten wechseln, um ihre Emotionen kontrollieren zu können. Wurde eine emotionale Selbstwirksamkeit entwickelt, sind Kinder im Allgemeinen positiver gestimmt, mitfühlender und prosozial (Berk, 2019, S. 537). Im Primarschulalter nehmen Ängste und Sorgen wie schulisches Versagen, Angst vor dem Tod oder der Gesundheit der Eltern eine grosse Rolle ein. Widrige Lebensumstände können aus diesem Grund zu schweren Ängsten führen (Berk, 2019, S. 539).

Im Kindergarten- und Primarschulalter werden Kinder von ihrem psychisch erkrankten Elternteil oft als «schwierig» wahrgenommen. Das Setzen von angemessenen Grenzen fällt teilweise schwer, die Reaktionen des Elternteils sind überängstlich. Die Erziehung schwankt häufig zwischen einem nachgiebigen und kontrollierenden Stil (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 387).

### 3.2.3 Jugendalter

In der Adoleszenz verbringen Jugendliche aufgrund des Autonomiestrebens weniger Zeit mit der Familie, sondern mehr mit Gleichaltrigen. Zusätzlich nehmen Konflikte und Launenhaftigkeit zwischen den Eltern und dem Kind eher zu (Berk, 2019, S. 654). Jugendliche mit einem psychisch kranken Elternteil sind zudem häufig in die elterlichen Konflikte involviert und müssen eine vermittelnde Rolle einnehmen. Für die Jugendlichen kann dies zu Überforderung führen (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 387). Jugendliche haben durch die eigene Peer-Group (gleichaltrige Bezugsgruppe) jedoch mehr Möglichkeiten als jüngere Kinder, um sich abzugrenzen. Häufig entstehen durch hohe Erwartungen und Übernahme von Aufgaben für den erkrankten Elternteil aber eine Parentifizierung. Dadurch stehen Jugendliche in einem Spannungsfeld von Schuldgefühlen und teils aggressiven Abgrenzungsversuchen, was eine positive Beziehung zum erkrankten Elternteil stark erschwert (Lenz, 2014a, S. 109-111).

### 3.3 Entwicklungsrisiken und Folgeprobleme für Kinder

Schwerwiegende Folgen für die kindliche Entwicklung hat eine elterliche psychische Störung dann, wenn die Verhaltensweisen und die selbstreflexive Funktion der Eltern so stark beeinträchtigt sind, dass Vernachlässigungen und Misshandlungen möglich werden (Christiane Deneke, 2005, S. 150). In Abbildung 5 wird das komplexe Zusammenspiel zwischen Faktoren auf der Eltern- sowie der Kinderseite aufgezeigt. Diese zeigt die gegenseitige Wechselwirkung einer psychischen Störung in der Familie auf. Eine psychische Störung wirkt sich häufig auf das Erziehungsverhalten aus. Dadurch zeigen Kinder eines psychisch kranken Elternteils vermehrt psychische Auffälligkeiten und reagieren erschwert auf das Erziehungsverhalten der Eltern. Dies wiederum wirkt sich auf die psychische Gesundheit der Eltern auf und erhöht das Risiko, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken oder diese verstärkt zu erleben.

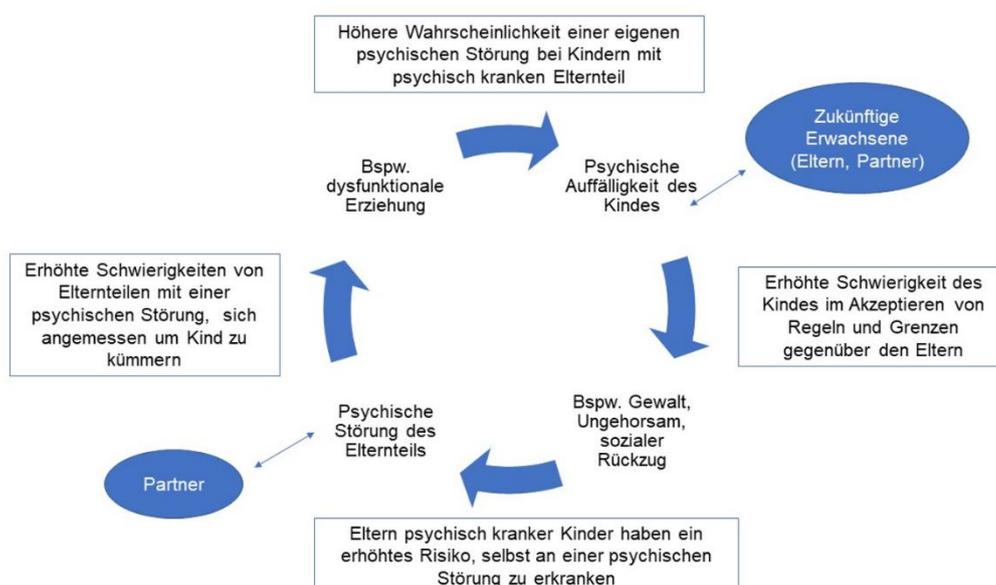


Abbildung 5: Der Teufelskreis familiärer Psychopathologie (leicht modifiziert nach Eva Dirks & Nina Heinrichs, 2012)

Durch eine erhöhte Vulnerabilität und unterschiedliche Risikofaktoren, welche Kinder von Eltern mit einer psychischen Störung haben, ergeben sich konkrete psychische und soziale Folgeprobleme für die betroffenen Kinder. Dazu gehört die Entwicklung einer eigenen psychischen Störung beziehungsweise einer eigenen Suchterkrankung, ein unsicheres Bindungsverhalten, eine Parentifizierung, Loyalitätskonflikte, soziale Isolation sowie Vernachlässigung und Misshandlung. Diese werden im Weiteren spezifisch aufgeführt.

### **3.3.1 Entwicklung einer eigenen psychischen Störung**

Die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil selbst eine psychische Störung entwickeln, ist deutlich erhöht (Michael Borg-Laufs, 2010, S. 122). Laut einer Studie zeigten circa ein Drittel der betroffenen Kinder dauerhafte psychische Auffälligkeiten, ein Drittel wiederkehrende psychische und soziale Verhaltensauffälligkeiten und nur ein Drittel zeigte eine gute psychische Gesundheit. Zusätzlich wirkte sich eine mütterliche psychische Störung gravierender auf die kindliche Entwicklung aus als bei Vätern (Michael Rutter & David Quinton, 1984, S. 853; zit in. Ludewig Revital, Sonja Baumer, Josef Salzgeber, Christoph Häfeli & Kurt Albermann, 2015, S. 571-572). Auch die Schweizer Studie weist ungefähr die gleichen Zahlen auf. Nach Gurny et al. (2007) wiesen bei 86 Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil 76 % der Kinder und Jugendlichen psychopathologische Auffälligkeiten auf. Am häufigsten zeigten sich Störungen im Sozialverhalten und Schulleistungsprobleme. An zweiter Stelle standen affektive Störungen wie Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, gefolgt von Ängsten, Phobien oder motorischen Problemen (S. 95). Nach Gehrman und Sumargo (2009) hat jedes dritte Kind, welches im teilstationären Bereich behandelt wird, einen psychisch erkrankten Elternteil (S. 388). Bei weniger als der Hälfte war jedoch eine offizielle psychiatrische Diagnose bekannt, was ein weiterer Grund für die hohe Dunkelziffer betroffener Kinder in der Schweiz darstellt. In den meisten Fällen waren gemäss Gehrman und Sumargo (2009) psychische Auffälligkeiten des Kindes im Zusammenhang mit einer psychischen Störung der Mutter vertreten. In der Stichprobe waren dies bei der Mutter 82,4 % und beim Vater 31,4 % (S. 388-389). Dies bestätigt die oben genannte Erkenntnis von Rutter und Quinton (1984), dass sich eine mütterliche Erkrankung stärker auf die kindliche Entwicklung auswirkt als eine väterliche Erkrankung. Wie Michael Borg-Laufs (2019) schreibt, hat nebst einem genetisch erhöhten Risiko, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken auch das Modelllernen einen Einfluss auf die Entwicklung und das Verhalten eines Kindes. 1970 wurde durch Albert Bandura mittels eines Experiments erkannt, dass Kinder Verhaltensweisen durch das Beobachten ihrer wichtigsten Bezugspersonen erwerben, also durch das Lernen am Modell. Damit ist zu erklären, wieso Kinder, welche von einem Elternteil Gewalt erfahren, häufig ein

besonders aggressives Verhalten aufweisen. Auch ein problematisches Verhalten wie beispielsweise Angst wird häufig aufgrund des Modellerns erworben (S. 25-26). Einen kausalen Zusammenhang zwischen dem Modellernen und dem Auftreten einer eigenen psychischen Störung besteht jedoch auch in diesem Fall nicht.

Dass Kinder selbst eine psychische Störung entwickeln, hängt auch mit dem Ausmass der psychischen Störung des Elternteils zusammen. Eine länger anhaltende psychische Störung, sich mehrfach wiederholende Krankheitsepisoden und eine schwerere Ausbildung der Störung bewirkt eine grössere Beeinträchtigung der Kinder und ein grösseres Erkrankungsrisiko (siehe auch kap. 4.1.1) (Albert Lenz & Juliane Kuhn, 2012, S. 270). Nebst dem erhöhten Risiko für Kinder ist mittlerweile auch bekannt, dass je schwerer eine Person psychisch erkrankt ist, je höher die Wahrscheinlichkeit, dass sie eine/n psychisch kranke/n Partner\*in hat. Aus diesem Grund leiden nicht selten mehrere Familienmitglieder in der Eltern- als auch Kindergeneration an einer psychischen Störung. Elternteile mit einer psychischen Störung zeigten häufig auch bereits in der eigenen Kindheit psychische Belastungen (Kronmüller & Driessen, 2012, S. 50). Nach aktuellen Erkenntnissen haben Kinder von Eltern mit einer Persönlichkeitsstörung und Abhängigkeitserkrankung die ungesündesten Entwicklungsbedingungen und tragen das höchste Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Am stärksten beeinträchtigt die Kinder eine Borderline-Persönlichkeitsstörung der Eltern. Sie entwickeln signifikant mehr psychische Störungen als Kinder mit Elternteilen, die andere Persönlichkeitsstörungen haben. Dazu gehören insbesondere ADHS, Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten und Störungen des Sozialverhaltens (Lenz, 2014b, S. 43).

### **3.3.2 Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung**

Suchterkrankungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen in der Schweiz (Schuler, Tuch & Peter, 2020, S. 9). In der Schweiz geht man von circa 100'000 Kinder und Jugendlichen aus, welche mit mindestens einem Elternteil mit Suchterkrankung aufwachsen (Sucht Schweiz, ohne Datum). Elternteile mit Suchterkrankungen haben oft schlechtere sozioökonomische Konditionen, instabilere Beziehungen zum Kind und zum anderen Elternteil, zum Beispiel durch Hospitalisationen. Auch zeichnen sich durchschnittlich schlechtere Erziehungs-, Versorgungs- und Emotionsregulationskompetenzen ab (Janina Dyba, Diana Moesgen, Michael Klein & Birgit Leyendecker, 2019; zit. in Fabienne Meier, 2021, S. 15). Das Risiko, eine eigene Abhängigkeit oder andere psychische Störung zu entwickeln, ist bei Kindern mit einem suchterkrankten Elternteil sechsmal höher. Nur ein Drittel der betroffenen Kinder bleibt bis ins Erwachsenenalter gesund (Sucht Schweiz, ohne Datum). In Bezug auf Alkoholabhängigkeit nennen Gehrman und Sumargo (2009) ein erhöhtes Risiko, falls ein Elternteil

von einer Alkoholerkrankung betroffen ist. Vor allem Jungen sind stark gefährdet, einmal selbst suchtkrank zu werden. Eine Alkoholerkrankung hat tiefgreifende Auswirkungen auf den Alltag einer Familie. Elternteile mit einer Alkoholerkrankung wirken auf die Kinder gegensätzlich und unberechenbar. Abrupte Wechsel zwischen Fürsorge und Desinteresse sowie teils auch aggressivem Verhalten führen zu starker Verunsicherung des Kindes (S. 387).

### **3.3.3 Entwicklung eines unsicheren Bindungsverhalten**

Gemäss Roland Schleiffer (2016) ist das Bedürfnis nach Nähe zu einer Bindungsperson in Situationen der Angst oder bei Stress biologisch bedingt und besitzt eine überlebenssichernde Funktion. Bindung kann also als «sichere Basis» verstanden werden. Meist übernimmt die Rolle der primären Bindungsperson die Mutter eines Kindes. Das Bindungsverhalten kann vor allem in den ersten Lebensjahren eines Kindes beobachtet werden, besteht jedoch lebenslang (S. 7). Der britische Kinderpsychiater und Psychoanalytiker John Bowlby und die amerikanische Entwicklungspsychologin Mary Ainsworth haben die Bindungstheorie gegründet.

Sichere Bindungserfahrungen mit den Eltern und anderen primären Bezugspersonen gehören zu den wichtigsten Determinanten der psychischen Gesundheit und zu den bedeutendsten Schutzfaktoren gegen verschiedene psychische Störungen bis ins Erwachsenenalter. Im Gegensatz besteht häufig ein Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und unsicheren Bindungserfahrungen sowie Bindungsstörungen. Auch erhöht ein unsicherer Bindungsstil im Kindes- und Jugendalter das Risiko für externalisierende Verhaltensprobleme (z. B. aggressives Verhalten, Störungen des Sozialverhaltens, Substanzmissbrauch) oder internalisierende Störungen (z. B. depressive Störungen, Angst- und Essstörungen) (Martina Zemp & Guy Bodenmann, 2017, S. 6-7). Unsichere Bindungserfahrungen eines Kindes bringen zentrale psychologische Risikofaktoren mit sich. Dazu gehören ein geringes Selbstwertgefühl, schwache Selbstwirksamkeit, ungünstige Emotions- und Stressregulationsstrategien oder mangelnde Sozialkompetenzen. Dies wiederum erhöht die Wahrscheinlichkeit, eine psychische Störung zu entwickeln oder aufrechtzuerhalten (Lenz, 2014a, S. 197-198).

Die Schlüsselressource für eine sichere Eltern-Kind-Bindung ist die elterliche Feinfühligkeit (Lenz, 2014a, S. 192). Nach Ainsworth (1977) ist Feinfühligkeit die Fähigkeit von Bezugspersonen, die Signale des Kindes zu erkennen, sie richtig zu interpretieren und adäquat und prompt darauf zu reagieren (zit. in Lenz, 2014a, S. 192). Durch eine psychische Störung sind primäre Bezugspersonen häufig mit ihren eigenen Problemen überfordert, dadurch erhalten Kinder zu wenig Aufmerksamkeit und Zuwendung sowie zu wenig stabile elterliche Anleitung (Fritz Mattejat, 2014, S. 88).

### 3.3.4 Parentifizierung

Psychisch erkrankte Elternteile sind meist emotional für ihre Kinder nicht erreichbar. Dadurch sind die Beziehungen zwischen dem erkrankten Elternteil und den Kindern häufig von einer Parentifizierung geprägt (Mattejat, 2014, S. 88). Vor allem bei schwerer psychischer Störung eines Elternteils zeigt sich in vielen Fällen eine Parentifizierung (Miriam Schmuhl, 2016, S. 49-50). Eine Parentifizierung wird nicht nur durch den erkrankten Elternteil herbeigeführt. Auch der gesunde Elternteil projiziert häufig Wunschvorstellungen auf das Kind, welche vom Partner, von der Partnerin nicht erfüllt werden können. Dadurch geraten Kinder zwischen die Eltern und stehen mitten in elterlichen Konflikten (Lenz, 2014a, S. 111-112). Auch bei wichtigen Entscheidungen werden die Kinder um Rat gefragt, ungeachtet des Alters. Zusätzlich fungieren sie bei elterlichen Konflikten als eine Art Friedensstifter und versuchen so, die Ehe der Eltern zusammenzuhalten (Lenz & Wiegand-Grefe, 2016, S. 26-27). Damit eine Parentifizierung entsteht, ist vor allem die Haltung der Eltern ausschlaggebend. Durch die Bedürftigkeit des betroffenen Elternteils und die Erwartungen an das Kind wird diesem signalisiert, dass es durch den eigenen Beitrag etwas bewirken kann. Das Kind versucht damit, für sich selbst Selbstwirksamkeit und Beruhigung zu finden (Deneke, 2005, S. 148). Durch das starke Verantwortungsgefühl treten die eigenen Bedürfnisse der Kinder auf Kosten ihrer Entwicklung in den Hintergrund (Mattejat, 2014, S. 88).

### 3.3.5 Young Carers

Vor allem ältere Kinder von Eltern mit einer psychischen Störung werden zu sogenannten Young Carers. In der Schweiz ist der Begriff «Young Carers» noch wenig bekannt. Es handelt sich dabei um Kinder und Jugendliche, welche in ihrem Umfeld einen grossen Teil der Betreuungsaufgaben für erkrankte oder beeinträchtigte Eltern übernehmen müssen (Schuler, Tuch & Peter, 2020, S. 66). Sie übernehmen häufig die Versorgung und Erziehung jüngerer Geschwister sowie die Haushaltsführung. In Akutphasen der elterlichen Krankheit sind sie sogar für die Versorgung des Elternteils selbst verantwortlich, indem sie für diesen kochen, ihn auffordern regelmässig Medikamente einzunehmen und aussenstehende Bezugspersonen informieren, wenn sich die Krankheitssymptome verschlechtern (Schmuhl, 2016, S. 49-50).

In der Schweiz liegen bezüglich Young Carers Ergebnisse einer Studie aus dem Jahr 2017 vor. 7,9 % der befragten Kinder und Jugendlichen übernehmen im Alter von 10-15 Jahren Betreuungs- und Pflegeaufgaben. Das sind hochgerechnet circa 38'400 betroffene Kinder in der Schweiz (Agnes Leu et al., 2019; zit. in Agnes Leu, Hannah Wepf & Marianne Frech, 2020, S. 66). Young Carers haben oft mit Scham, Schuldgefühlen oder Angst zu kämpfen. Sie fehlen häufiger in der Schule, sind im Alltag müde und sind im persönlichen Freizeitverhalten stark

eingeschränkt. Bei betroffenen Kindern wurden deutlich erhöhte Anzeichen für Depressionen und Angststörungen erkannt (Leu, Wepf, Frech, 2020, S. 68). Da in der heutigen Zeit psychisch erkrankte Personen immer früher aus einer stationären Behandlung nach Hause entlassen werden, ist auch die Gefahr von massiver Übernahme von Betreuungs- und Pflegeaufgaben bei minderjährigen Kindern erhöht. Vor allem bei alleinerziehenden psychisch erkrankten Elternteilen besteht ein erhöhtes Risiko, dass die Kinder die Nachsorge übernehmen müssen.

### **3.3.6 Loyalitätskonflikt**

Ältere Kinder werden oft in elterliche Konflikte involviert, wodurch sehr komplexe Loyalitätskonflikte entstehen können. Es gibt zwei Arten von Loyalitätskonflikten. Einerseits innerhalb der Familie, wenn Kinder in elterliche Konflikte involviert werden und das Gefühl haben, sie müssten sich für eine Seite entscheiden. Andererseits gegen aussen, indem sie sich für die Situation zu Hause schämen und im Konflikt zwischen familiärer Loyalität und Distanzierung stehen. Einen weiteren Grund für Loyalitätskonflikte ist die häufige Tabuisierung innerhalb der Familie, welche durch Selbststigmatisierung oder Schamgefühle erfolgt. Spricht man mit Kindern nicht offen über die Situation zu Hause, entstehen verwirrende und belastende Schuldgefühle. Sie können die Krankheit der Eltern nicht einordnen und dadurch auch kaum in Worte fassen. Zudem haben Kinder durch die Tabuisierung zu Hause den Eindruck, dass sie mit aussenstehenden Personen nicht über die familiäre Situation sprechen dürfen, da sie sonst ihre Eltern verraten (Mattejat, 2014, S. 88-89). Die Krankheit gilt als Geheimnis, von der die Aussenwelt nichts erfahren soll. Äussern Kinder ihre Situation von zu Hause, werden sie nicht selten vom Freundeskreis mit stigmatisierenden Bemerkungen konfrontiert, was dazu führt, dass die familiäre Situation noch stärker nach aussen hin versteckt wird (Lenz & Wiegand-Grefe, 2016, S. 26). Dadurch ist es für aussenstehende Personen schwierig, sich ein Bild über die familiäre Situation machen zu können und bei Bedarf ihre Unterstützung anzubieten.

### **3.3.7 Soziale Isolation**

Die im [Kapitel 2.5](#) erwähnte Stigmatisierung und Tabuisierung führt bei betroffenen Familien oft zu sozialer Isolation. Wie sich eine Familie mit der psychischen Störung auseinandersetzt, ist geprägt von der eigenen Erfahrung in der Herkunftsfamilie, von medialen Einflüssen sowie der sozialen Stellung. Die eigens konstruierte Wirklichkeit hat Auswirkungen darauf, wie nach aussen kommuniziert wird und inwieweit sich ein Familiensystem durch die psychische Störung selbst isoliert (Veronika Christiansen & Marite Pleininger-Hoffmann, 2001, S. 67). Betroffene Familien leiden zudem häufig an mangelnder oder unangemessener Unterstützung aus dem sozialen Umfeld (Lenz & Wiegand-Grefe, 2016, S. 21). Aufgrund der Tabuisierung

innerhalb der Familie und dadurch entstehender Kommunikationsverbote gegen aussen, fehlt es dem Kind an Bezugspersonen. Durch die Angst vor einem Verrat gegenüber dem erkrankten Elternteil behält das Kind seine persönlichen Belastungen häufig für sich. Beziehungsangebote aus dem nahen Umfeld werden nicht wahrgenommen. Das Kind trägt seine Last allein und kann Entlastungsangebote nicht annehmen (Lenz & Wiegand-Grefe, 2016, S. 26).

### **3.3.8 Vernachlässigung und Misshandlung**

Laut Deneke (2005) wurde in unterschiedlichen Forschungen der Zusammenhang zwischen einer psychischen Störung eines Elternteils und einer Kindesmisshandlung- oder Vernachlässigung nachgewiesen. Die genannten Zahlen variieren je nach Studie. Abhängig sind sie von Art und Ausmass der Störung sowie davon, ob nur ein Elternteil oder beide an einer psychischen Störung leiden. Man geht von einer zwei- bis dreifach erhöhten Rate aus, wenn mindestens ein Elternteil an einer Depression, Manie oder Schizophrenie leidet (S. 141-142). Nach Gehrman und Sumargo (2009) ist das Risiko, Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch zu erleben, bei Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil zwei- bis fünfmal höher (S. 384). Auch Kurt Albermann und Silke Wiegand Grefe (2019) nennen eine elterliche psychische Störung als einen der Hauptrisikofaktoren für Misshandlung und Vernachlässigung. Spezifisch geht es dabei um Risikofaktoren wie Armut und Arbeitslosigkeit, ungewollte Schwangerschaft, elterlicher Stress oder Überforderung, soziale Isolation sowie eigene Misshandlungserfahrungen (S. 7). Vernachlässigung kommt häufiger bei responsiven Eltern vor, Misshandlung eher bei Eltern mit einem feindselig-aufdringlichen Interaktionsstil (Deneke, 2005, S. 148). Die psychische Störung eines Elternteils oder auch andere Lebensbelastungen können elterliche Verhaltensweisen vorübergehend oder dauerhaft einschränken. Je nach Art und Schwere der psychischen Störung besteht die Möglichkeit, dass Kinder in der Interaktion über- oder unterstimuliert werden. Bei einer Unterstimulation werden kindliche Signale gar nicht oder nur verzögert wahrgenommen. Bei einer Überstimulation stehen die eigenen Bedürfnisse und nicht die kindlichen Signale im Vordergrund. Die Beziehung zeigt eine erzwungene Fürsorglichkeit gegenüber dem Kind. Bei einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung ist die Gefahr einer Kindeswohlgefährdung am höchsten. Die unberechenbaren oder stark wechselnden Interaktionen sind ein hoher Risikofaktor für eine gesunde kindliche Entwicklung (Deneke, 2005, S. 146-147).

Es sind unterschiedliche Indikatoren und Bedingungen, welche schlussendlich die Wahrscheinlichkeit einer Gefährdung des Kindes durch die psychische Störung des Elternteils erhöhen. Eine sorgfältige Einschätzung von Fachpersonen in Bezug auf die Eltern-Kind-Beziehung, die Erziehungsfähigkeit sowie zusätzliche Risikofaktoren sind daher eine zwingende

Voraussetzung, um ein ganzheitliches Bild über die Situation herstellen zu können (Deneke, 2005, S. 145). Für die sozialarbeiterische Praxis ist es sehr wichtig, dass erhöhte Risiko für eine Vernachlässigung oder Misshandlung aufgrund einer psychischen Erkrankung eines Elternteils zu kennen und die Situation in solchen Fällen besonders zu prüfen (Borg-Laufs, 2019, S. 51).

### **3.4 Auswirkungen eines stationären Aufenthalts eines Elternteils auf deren Kinder**

Die Tatsache, dass psychisch erkrankte Personen häufig auch Eltern sind, wurde oft übersehen oder ignoriert (Albermann & Brigitte, 2018b, S. 13). Für Kinder ist die Einweisung des erkrankten Elternteils in eine psychiatrische Klinik ein schmerzlicher Verlust und durch die Verschlimmerung der Krankheit vor der Einweisung teilweise auch eine sehr traumatische Erfahrung. Vor allem für jüngere Kinder bringt eine Einweisung eine starke Veränderung in der Versorgung und Betreuung mit sich. Das plötzliche Fehlen einer verlässlichen Bezugsperson wirkt daher sehr einschneidend (Lenz, 2014a, S. 102). Durch die akute Symptomatik und Veränderung in der Persönlichkeit wird das Elternbild sowie die elterliche Rolle für Kinder gestört. Dadurch gerät das Familiensystem durcheinander. Es entstehen innere Verpflichtungen, Rollenübernahme und gegenseitige Schonung. Gleichzeitig versuchen sich Kinder von der Situation zurückzuziehen, um sich vor der emotionalen Belastung schützen zu können. Dieses Spannungssystem ist für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil charakteristisch. Während dem Klinikaufenthalt erhalten Kinder kaum Informationen und ziehen sich dadurch noch stärker zurück. Falls sie vom gesunden Elternteil betreut werden, versuchen sie oft, Aufgaben im Haushalt zu übernehmen, um den gesunden Elternteil zu entlasten. Bei einer Rückkehr nach dem Klinikaufenthalt übernehmen die Kinder noch mehr Aufgaben im Haushalt, aus Angst vor einem Rückfall des Elternteils (Lenz, 2014a, S. 104-109). Wie die momentane Praxis zum Einbezug von Kindern während eines Klinikaufenthalts aussieht, folgt in der Umfrage im Kapitel 6.3.

### **3.5 Fazit**

Um dieses Kapitel abzuschliessen, wird die dazugehörige Fragestellung beantwortet.

- Was sind mögliche Folgen für Kinder, wenn ein Elternteil an einer psychischen Störung leidet?

Der Familienalltag verändert sich stark, wenn ein Elternteil an einer psychischen Störung leidet, vor allem bei längeren Trennungsphasen durch Klinikaufenthalte. Das Erziehungsverhalten ist je nach Störungsbild teilweise eingeschränkt, was zu einer Störung der Eltern-Kind-

Beziehung führen kann. Dadurch ergeben sich komplexe Folgeprobleme und Entwicklungsrisiken für Kinder, welche eng im Zusammenhang mit Risiko- und Schutzfaktoren stehen. Folgeprobleme zeigen sich dabei je nach Entwicklungsstand anders. Schwerwiegende Folgen hat eine psychische Störung vor allem, wenn sie sich auf die Verhaltensweise und selbstreflexive Funktion der Eltern auswirkt. Zum einen besteht für Kinder ein erhöhtes Risiko, selbst an einer psychischen Störung oder Sucht zu erkranken. Zum anderen besteht aufgrund einer wenig stabilen elterlichen Anleitung sowie einer eigenen Überforderung der Eltern ein enger Zusammenhang zwischen der psychischen Störung des Elternteils und einem unsicheren Bindungsverhalten bis hin zu Bindungsstörungen beim Kind. Hinzu kommt eine häufige Parentifizierung, wodurch die eigenen Bedürfnisse der Kinder in den Hintergrund treten. Dabei übernimmt das Kind beispielsweise die Haushaltsführung, die Versorgung des erkrankten Elternteils oder die Erziehung jüngerer Geschwister. Eine Parentifizierung wird dabei nicht nur vom erkrankten Elternteil herbeigeführt, sondern auch vom gesunden Elternteil. Das Kind gerät häufig in elterliche Konflikte und wird dabei ungeachtet des Alters bei wichtigen Entscheidungen beigezogen. Durch die Stigmatisierung und Tabuisierung innerhalb der Familie können Loyalitätskonflikte und eine Verstärkung der sozialen Isolation entstehen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist das zwei- bis dreifach erhöhte Risiko einer Vernachlässigung oder Misshandlung durch die psychische Störung. Eine sorgfältige Sensibilisierung und Einschätzung von Fachpersonen sind daher sehr wichtig. Nebst den innerfamiliären Wechselwirkungen zeigen sich auch Hindernisse in der Inanspruchnahme von Angeboten wie beispielsweise durch fehlende Ressourcen, unzureichende Zusammenarbeit zwischen den Institutionen, Angst vor einer Wegnahme des Kindes durch die Behörden sowie Stigmatisierung oder Schamgefühle bei Eltern. Dies führt dazu, dass betroffene Familien erst sehr spät adäquate Hilfe erhalten.

Bei einem stationären Aufenthalt des Elternteils zeigen sich spezifische Auswirkungen auf Kinder. Eine Einweisung des erkrankten Elternteils ist für Kinder ein schmerzlicher Verlust und kann teilweise auch eine traumatische Erfahrung bedeuten. Würden Kinder mehr in die stationäre Behandlung des erkrankten Elternteils einbezogen, könnten Risikofaktoren gemindert werden.

## 4 Einflussfaktoren auf die kindliche Entwicklung

Die kindliche Entwicklung ist ein Prozess, welcher durch Ressourcen und Resilienz, aber auch durch Belastungs- und Risikofaktoren beeinflusst wird (Albermann & Müller, 2018b, S. 10). Risikofaktoren stehen jedoch nicht generell im Zusammenhang mit einer psychischen Störung. Eine psychiatrische Diagnose bedeutet nicht eine gleichzeitige Beeinträchtigung in der Erziehungsfähigkeit. Psychische Störungen sind nicht einheitlich und zeitlich stabil. Einige psychische Störungen können mit Hilfe von Psychotherapie und Medikamenten gut behandelt werden, wodurch eine Beeinträchtigung hauptsächlich nach einem Krankheitsausbruch besteht. Zusätzlich unterscheiden sich psychische Störungen voneinander stark in Schwere, Dauer und Verlauf (Revital et al., 2015, S. 564). In diesem Kapitel werden spezifische Einflussfaktoren aufgezeigt, welche die Entwicklung von Kindern psychisch kranker Elternteile beeinflussen.

### 4.1 Risikofaktoren

Bei Elternteilen mit einer psychischen Störung ergibt sich eine Kumulation an Risikofaktoren, welche die kindliche Entwicklung negativ beeinflussen. Wie bereits im Kapitel drei erwähnt wurde, besteht wissenschaftlich Klarheit über erhöhte biopsychosoziale Risiken von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil. Die Entwicklung der Kinder ist umso gefährdeter, je ausgeprägter die Symptomatik eines Elternteils ist, je jünger das Kind ist und je länger es der Belastung ausgesetzt ist. Weitere beachtliche Risikofaktoren treten auf, wenn beide Elternteile von einer psychischen Störung oder Belastung betroffen sind (Fritz Mattejat & Beate Lisofsky, 2014, S. 223).

#### 4.1.1 Störungsspezifische Merkmale

Abhängig vom Krankheitsbild zeigen sich verschiedene problematische Verhaltensweisen der Eltern. Gemäss Lenz (2014b) haben Kinder ein erhöhtes Risiko selbst eine psychische Störung zu entwickeln und eine grössere Beeinträchtigung in der Entwicklung zu erleiden, «Je länger eine elterliche Erkrankung dauert, je mehr Krankheitsepisoden bisher vorkamen und je schwerer die elterliche Störung ausgeprägt ist» (S. 43). Das Ausmass der psychischen Störung zeigt sich daran, wie viele Behandlungen bereits durchgeführt wurden und ob, beziehungsweise wie oft ein Suizidversuch ausgeübt wurde. Wie lange und wie oft depressive Episoden bei Personen vorkommen, weist beispielsweise daraufhin, ob eine Chronizität vorliegt. (ebd.). Mit diesen Verlaufsmerkmalen gehen verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren einher, die sich negativ auf die Entwicklung der Kinder auswirken. Beispielsweise hat eine

schwere und chronisch verlaufende psychische Störung meistens wiederholte stationäre Aufenthalte des erkrankten Elternteils zur Folge. Diese bringen belastende Trennungserlebnisse mit sich und führen teils zu einer langfristigen Trennung und Fremdunterbringung. Zudem begünstigen schwere und chronische Krankheitsverläufe eheliche Konflikte, familiäre Disharmonien, Scheidung, Arbeitslosigkeit und finanzielle Probleme. Diese Umstände wiederum belasten die Kinder zusätzlich (Lenz, 2014b, S. 44). Liegt beim psychisch kranken Elternteil eine Komorbidität vor, hat dies eine noch höhere Belastung für die Kinder zur Folge. Dies lässt sich unter anderem dadurch erklären, dass die Komorbidität eine grössere soziale Beeinträchtigung und häufigere Hospitalisierungen zur Folge hat. Auch schränkt die Komorbidität in den meisten Fällen die emotionale Erreichbarkeit der depressiv erkrankten Elternteile für ihre Kinder noch mehr ein (ebd., S. 44).

#### **4.1.2 Alter und Geschlecht von Kindern**

Klein- und Kindergartenkinder gelten wie bereits im [Kapitel 3.2](#) erwähnt, als besonders vulnerable Gruppe. Während allen Entwicklungsphasen im Kleinkind- und Kindergartenalter sind die Kinder davon betroffen, dass ihr psychisch kranker Elternteil emotional nicht in angemessener Weise auf sie eingehen kann. Damit ist gemeint, dass Eltern die emotionalen Reaktionen des Kindes nicht adäquat wahrnehmen und verstehen können. Der Grund dafür ist, dass sie von der eigenen Emotionswelt stark eingenommen werden oder dass sie selbst ihre Emotionen nur mangelhaft wahrnehmen und verarbeiten können. Demzufolge können die Kinder keine adäquaten Mechanismen im Umgang mit belastenden Emotionen durch den kranken Elternteil erlernen. Dies kann bei den Heranwachsenden zu einer Störung der Emotionsregulation führen, welche die Integration in die Peergruppe, Schule und Familie erheblich gefährden (Lenz, 2014b, S. 44-45).

Bezüglich des Geschlechts lässt sich nicht eindeutig sagen, ob Jungen oder Mädchen einem höheren Risiko ausgesetzt sind, wenn ein Elternteil psychisch krank ist. Die vorliegenden Studienergebnisse sind zum Teil widersprüchlich. Die Studie von Rutter und Quinton (1984) gehört zu einer der wenigen Forschungsbeiträgen zu diesem Thema (zit. in Lenz, 2014b, S. 45). Für diese Studie wurde eine Stichprobe bei psychiatrischen Patient\*innen und deren Kinder in der Altersspanne bis zum 15. Lebensjahr durchgeführt. Dabei kam heraus, dass die Jungen bedeutend häufiger als psychopathologisch auffällig eingeschätzt werden als die Mädchen. Zudem zeigten sich bei den Jungen anhaltende Störungen, während bei den Mädchen eher wiederkehrende Störungen beobachtet wurden (ebd.). Allerdings kamen mehrere Studien zum Ergebnis, dass es bei Mädchen und Jungen von Elternteilen mit einer Depression vor der Pubertät keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Rate psychopathologischer

Auffälligkeiten aufweisen. Erwiesen ist hingegen, dass im Erwachsenenleben mehr Frauen als Männer an Depressionen und weiteren affektiven Störungen erkranken (Weissman et al., 1978, zit. in Lenz, 2014b, S. 45-46).

#### **4.1.3 Genetische Faktoren**

Wie das oben erwähnte bio-psycho-soziale Modell (siehe Abbildung 2) besagt, sind genetische Faktoren eine Variable von vielen für die Entstehung einer psychischen Störung. Obschon das erhöhte Risiko für Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil besteht, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken, sind genetische Faktoren nicht alleinentscheidend. Je nach Art der psychischen Störungen ist das Vererbungsrisiko unterschiedlich. Bei Schizophrenie spielt die Vererbung beispielsweise eine sehr grosse Rolle. Bei Depressionen wiederum ist die Vererbung eher gering. Insgesamt kann jedoch gesagt werden, dass der Erbfaktor eine sehr grosse Bedeutung hat, da seine Bedeutung bei den meisten psychischen Störungen bei über 50 % liegt. Der genetische Faktor bestimmt jedoch eher, wie empfindlich oder verletzlich ein Mensch auf bestimmte Umweltbedingungen reagiert, also wie hoch die Vulnerabilität ist. Es bedeutet also nicht, dass beispielsweise Kinder mit einem depressiven Elternteil unweigerlich an einer Depression erkranken, sondern dass diese Kinder auf bestimmte Stressfaktoren empfindlicher reagieren. Somit wird eher die Verletzlichkeit für diese Störung vererbt als die Störung selbst. Hinzu kommt die grosse Bedeutung von Umweltfaktoren wie beispielsweise niedriger sozioökonomischer Status, Armut, beengte Wohnungsverhältnisse oder Scheidung der Eltern. Bei Menschen mit einer hohen erblich bedingten Vulnerabilität sind die Umwelteinflüsse im positiven und im negativen Sinne besonders wirksam (Mattejat, 2014, S. 79-84)

#### **4.1.4 Eltern-Kind-Beziehung**

Damit sich ein Kind günstig entwickeln kann, braucht es eine verlässliche Bindung zu den primären Bezugspersonen und eine anregende Umgebung (vgl. 3.3.3). Elternteile mit einer psychischen Störung sind darin gehindert, mit ihrem Kind eine emotionale Nähe herzustellen, um dem Kind Sicherheit und Vertrauen zu geben. Deshalb entstehen bei Kindern von psychisch kranken Eltern häufig unsichere und desorganisierte Bindungsmuster. Diese können das langfristige Risiko, dass die Kinder eine psychische Störung entwickeln, beträchtlich erhöhen (Lenz, 2014b, S. 47-48).

In einer Vielzahl von Studien wurde erkannt, dass die Interaktion zwischen dem psychisch kranken Elternteil und deren Kind häufig eingeschränkt ist (Mattejat & Remschmidt, 2008, S.

414). Bei psychisch kranken Elternteilen konnten vier verschiedene Interaktionsmuster gefunden werden. Im Idealfall ist die Eltern-Kind-Interaktion unauffällig. Das bedeutet, dass der psychisch kranke Elternteil adäquat auf die Signale und Bedürfnisse des Kindes reagiert und intuitiv adäquat kommuniziert. Im ungünstigen Fall kommt es zu einer Unterstimulation, einer Überstimulation oder zu einem stark zwischen Unterstimulation und Überstimulation schwankenden Interaktionsmuster (Lenz, 2014b, S. 48). Die Unterstimulation tritt vor allem bei Depression, Schizophrenie mit Negativsymptomatik und schweren körperlichen und psychischen Erschöpfungszuständen auf. In diesem Fall ist die Bereitschaft, auf Interaktions- und Kommunikationsversuche des Kindes einzugehen (Responsivität), eingeschränkt. Die Signale der Kinder können von den Elternteilen mit einer psychischen Störung nicht oder nur verzögert erkannt werden. Durch die verminderte Interaktion bemühen sich Kinder verstärkt um die Aufmerksamkeit des Elternteils. Eine Unterstimulation hat für die Kinder zur Folge, dass sie nicht genügend Entwicklungsanreize erhalten. Als Folge kommt es in der weiteren Entwicklung häufig zu Unruhe und zu regulationsgestörten Verhaltensweisen wie Schreien, Abwenden oder Rückzug in eine passive und depressive Haltung. Zudem können kognitive und sozial-emotionale Entwicklungsverzögerungen folgen. Die Überstimulation des Kindes wird hingegen hauptsächlich bei agitierter (rastloser) Depression, Manie, Angststörungen sowie bei schizophrenen Psychosen oder Borderline-Persönlichkeitsstörung, festgestellt. Auch bei diesem Interaktionsmuster werden die Signale und Bedürfnisse des Kindes ungenügend wahrgenommen. Der Elternteil regt das Kind aufgrund eigener Wünsche und Bedürfnisse übermässig stark an und fordert es zu Reaktionen heraus (Lenz, 2014b, S. 49).

#### **4.1.5 Eingeschränkte Erziehungsfähigkeit**

Gemäss Revital et al. (2015) sollten Eltern über fünf erzieherische Kernkompetenzen verfügen. Dazu zählt die Fähigkeit, als Bindungsperson für das Kind zu agieren, die Bedürfnisse und Signale des Kindes zu erkennen und adäquat auf sie zu reagieren. Auch gehört dazu, Werte und Regeln zu vermitteln, dem Kind mit Wertschätzung zu begegnen und in der Erziehung, der Beziehung und dem Umfeld Kontinuität sicher zu stellen (S. 574). Diese Erziehungskompetenzen sind die Basis für eine gesunde Entwicklung der Kinder. Psychische Störungen schränken die Erziehungsfähigkeit jedoch oft stark ein und stellen daher einen Risikofaktor für Kinder dar (Lenz & Kuhn, 2012, S. 270). Vor allem im Säuglings- und Kleinkindalter sind Kinder sehr vulnerabel und von den Bezugspersonen stark abhängig (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 387). Die psychische Störung kann zu einer fehlenden Selbstreflexion führen, wodurch zwischen den eigenen Wünschen und den Bedürfnissen der Kinder nicht mehr unterschieden werden kann (Deneke, 2005, S. 150). Bei einer psychischen Störung eines Elternteils, werden die Kinder oft als herausfordernd wahrgenommen. Die psychische Störung

wirkt sich erschwerend auf die Setzung von angemessenen Grenzen aus. Zusätzlich wird häufig mit überängstlichem Erziehungsstil oder schwankend, zwischen permissiven und kontrollierendem Erziehungsstil, reagiert. Es wird weniger altersgemäss mit dem Kind kommuniziert und weniger gelobt (Kronmüller & Driessen, 2012, S. 51). Durch erhöhte Selbstzweifel und Scham fühlen sich betroffene Eltern häufig in ihrer Elternrolle überfordert, wodurch die Paarbeziehung und das Erziehungsverhalten beeinträchtigt werden können (Lenz, 2014a, S. 64-65).

#### **4.1.6 Eheliche Beziehung**

Die Partnerinnen und Partner von psychisch kranken Menschen sind selbst einer grossen Belastung ausgesetzt, weil krankheitsbezogene Sorgen und Ängste vorhanden sind. Dadurch dass die psychisch kranke Person zum Beispiel durch Antriebslosigkeit beeinträchtigt ist, entstehen zusätzliche Verpflichtungen für die Partnerin oder den Partner, wie die Erziehung und Betreuung der Kinder und Aufgaben im Haushalt (Lenz, 2014b, S. 50). Familien mit einem psychisch kranken Elternteil sind häufiger von ehelichen Konflikten, Trennung und Scheidung betroffen (vgl. 2.2). Der Risikofaktor eines Ehekonflikts steht dabei in gegenseitiger Wechselwirkung mit psychischen Problemen. Psychische Probleme führen häufiger zu Konflikten, umgekehrt werden psychische Probleme durch Konflikte in der Partnerschaft verstärkt (Mattejat, 2014, S. 86). Dabei stellen elterliche Auseinandersetzungen und Spannungen, auch unabhängig von einer psychischen Störung, einen Belastungsfaktor für die Entwicklung der Kinder dar. Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil haben hierbei jedoch eine besondere Vulnerabilität. Die Reaktionen der Kinder auf elterliche Streitigkeiten gehen von Ängsten, Verunsicherung, Traurigkeit, Hilflosigkeit und Verzweiflung, Schuldgefühlen bis zu Aggression und Wut (Lenz, 2014b, S. 50).

#### **4.1.7 Individuelle Faktoren beim Kind**

Kinder sind keine passiven Wesen, sondern bringen ein eigenes Temperament mit sich. Daher sollten Störungen der kindlichen Entwicklung nicht ausschliesslich von den Auffälligkeiten der Eltern abgeleitet werden. Je nachdem welches Temperament ein Kind in sich trägt, reagiert es anders auf die psychische Störung der Mutter oder des Vaters. Besonders empfänglich für familiäre und soziale Belastungen sind Kinder mit einem sogenannten «schwierigen Temperament». Es zeichnet sich aus durch eine leichte Ablenkbarkeit, Unruhe, schnelle Reizbarkeit, und Schwierigkeiten bei der Anpassung an neue Situationen. Es sind immer die Wechselwirkungen zu berücksichtigen: Kinder mit einem «schwierigen Temperament» beanspruchen die Eltern stärker und verstärken die Erziehungsschwierigkeiten oder die Spannungen in der elterlichen Partnerschaft (Lenz, 2014b, S. 51-52).

## 4.2 Resilienz

Resilienz bedeutet die Fähigkeit, existenzielle Krisen, traumatische Schicksalsschläge oder belastende Lebenssituationen zu bewältigen, ohne eine psychische Beeinträchtigung zu erleiden oder teils auch dadurch stärker zu werden (Nadine Wickert & Andrea Meents, 2020, S. 1). Nach der systemischen Präventionstheorie (vgl. Hafen, 2005, 2013) entspricht

Der Begriff Resilienz einer punktuellen Beschreibung des Gesundheitszustandes und/oder der altersbezogenen Entwicklung eines Individuums bei gleichzeitiger Identifikation von Belastungs-/Risikofaktoren, die das Auftreten von Gesundheits- oder Entwicklungsstörungen (statistisch gesehen) wahrscheinlicher machen. Beim diagnostizierten Ausbleiben solcher Störungen und ihrer spezifischen Symptome wird das Individuum als resilient bezeichnet. (Hafen, 2014, S. 2).

Dies bedeutet, dass personale und soziale Schutzfaktoren den Einfluss von Belastungsfaktoren abschwächen oder verhindern. Resilienz ist keine Eigenschaft oder Fähigkeit, sondern das Ergebnis des Zusammenspiels von Schutz- und Risikofaktoren (Hafen, 2014, S. 2). Entwickelt eine Person trotz hoher Risikofaktoren keine Störung, kann dies als Resilienz bezeichnet werden. Es soll also versucht werden, Schutzfaktoren zu stärken und Risikofaktoren abzubauen, damit eine Person sich möglichst gesund entwickeln kann (Hafen, 2014, S. 7). So gibt es Kinder, bei welchen eine grosse familiäre Belastung zwar eine Gefährdung darstellt, jedoch kein absolutes Hindernis für eine gesunde kindliche Entwicklung (Lenz, 2016, S. 54). In den letzten Jahren änderte sich der Behandlungsfokus bei Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil von der Risikoforschung hin zur Förderung von Resilienz. Obwohl Resilienz nicht direkt gefördert werden kann, wird versucht, mittels fördernder Rahmenbedingungen in der Betreuung und Therapie «gesunde» Bewältigungsstrategien von betroffenen Kindern spezifisch zu fördern (Pretis & Dimvoa, 2016, S. 70).

## 4.3 Schutzfaktoren

Wie eben erwähnt gibt es Schutzfaktoren, welche den Einfluss von Belastungsfaktoren abschwächen oder verhindern können. Schutzfaktoren sind in diesem Zusammenhang Faktoren oder Prozesse, welche den Heranwachsenden helfen, sich trotz eines hohen Risikos normal zu entwickeln. Das Produkt dieser schützenden Faktoren ist die Resilienz (Emmy E. Werner, 2020, S. 10). Zum einen gibt es generelle Schutzfaktoren für die psychische Entwicklung wie personale Ressourcen, familiäre Ressourcen und soziale Ressourcen. Bei Familien mit einem psychisch kranken Elternteil gibt es zudem spezifische Schutzfaktoren (Lenz, 2016, S. 55). Zu diesen spezifischen protektiven Faktoren von Kindern psychisch kranker Eltern gehören Krankheitsverstehen und –wissen sowie ein offener und aktiver Umgang mit der Störung in der Familie (Lenz, 2016, S. 56). Hinzu kommen gemäss Borg-Laufs (2010) weitere protektive

Faktoren: die Fähigkeit der Eltern eine stabile häusliche Umgebung herzustellen, ein in der Familie lebender, psychisch gesunder Elternteil, ausserfamiliäre Kontakte und die Möglichkeiten eine gewisse Unabhängigkeit von Familienstimmungen entwickeln zu können (S. 126). Auf letztere genannte Schutzfaktoren wird im Folgenden jedoch nicht weiter eingegangen.

#### 4.3.1 Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren

Folgende Schutzfaktoren bilden generelle Schutzfaktoren für eine gesunde kindliche Entwicklung:

<b>Personale Schutzfaktoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Positives Selbstkonzept</li> <li>- Hohe Selbstwirksamkeitserwartungen</li> <li>- Problemlösefähigkeiten</li> <li>- Stressbewältigungsfähigkeiten</li> <li>- Soziale Kompetenz</li> <li>- Anpassungsfähigkeit</li> </ul>
<b>Familiäre Schutzfaktoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emotional sichere und stabile Bindungserfahrungen</li> <li>- Elterliche Wärme</li> <li>- Interesse der Eltern am Leben des Kindes</li> <li>- Kohäsion und Anpassungsfähigkeit der Familie</li> <li>- Zugewandtes, akzeptierendes und angemessen forderndes Erziehungsverhalten</li> </ul>
<b>Soziale Schutzfaktoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soziale Unterstützung durch Familie und Freunde</li> <li>- Stabile Beziehungen zu fürsorglichen Erwachsenen</li> <li>- Einbindung in ein unterstützendes Peer-Netzwerk</li> <li>- Integration in Vereine oder religiöse Vereinigungen</li> </ul>

Abbildung 6: Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren (leicht modifiziert nach Lenz, 2016, S. 55-56)

Insbesondere familiäre Schutzfaktoren sind gewichtig für die Entwicklung und psychische Gesundheit von Kindern. Die Bella-Studie aus Deutschland hat die psychische Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland untersucht. Dabei zeigte sich, dass familiäre Schutzfaktoren die Wahrscheinlichkeit von depressiven Symptomen oder Angstsymptomen von Kindern stark reduzieren. So halbiert sich beispielweise das Risiko durch ein positives Familienklima und einen guten familiären Zusammenhalt. Auch wirken sich familiäre Schutzfaktoren deutlich auf das allgemeine Wohlbefinden und die Lebensqualität der Kinder in wichtigen Bereichen, wie zum Beispiel die Schule, aus (Lenz, 2016, S. 56).

### 4.3.2 Krankheitsverstehen und -wissen

Kinder erleben die elterliche Erkrankung und die damit verbundene Überforderung oder Angst täglich bewusst oder unbewusst mit. Die eigene Überforderung des Kindes darf dabei nicht unterschätzt werden. Für Kinder ist es sehr verunsichernd, nicht über die Situation der Eltern Bescheid zu wissen. Sie erleben Angst und Schuldgefühle und geben sich nicht selten die Mitverantwortung für den Zustand des erkrankten Elternteils (vgl. 3.3.6). Ein Verständnis über die psychische Störung des Elternteils ist für Kinder ein besonderer Schutzfaktor. Es geht dabei um eine altersgerechte Aufklärung über die elterlichen Verhaltensweisen, die Auswirkungen der Störung auf die Familie und die mögliche Veränderung des Alltags. Ängste und Fragen des Kindes sollen individuell beantwortet werden. Durch das Krankheitsverständnis erlebt das Kind Mut und Zuversicht. Es kann die familiäre Situation besser einordnen und sich altersgemässen Entwicklungsschritten widmen (Lenz & Wiegand-Grefe, 2016, S. 36). Eine Aufklärung über die Störung soll nicht erst ab einem bestimmten Alter geschehen. Ein Säugling kann zwar noch keine Worte verstehen, erkennt aber die emotionale Botschaft (Susanne Wunderer, 2014, S. 126) (vgl. 3.2.1). Wichtig dabei ist, dass altersgerecht formuliert wird und das Kind durch eine Informationsflut nicht noch mehr überfordert wird (Lenz, 2010, S. 32).

### 4.3.3 Offener und aktiver Umgang mit der psychischen Störung in der Familie

Ein weiterer wichtiger Schutzfaktor ist der offene Umgang mit der Krankheit innerhalb der Familie. Kinder beobachten sehr genau, wie mit der Krankheit umgegangen wird und passen ihr Verhalten daran an. Häufig übernehmen Kinder bestimmte Verhaltensweisen und Konfliktlösungen von den Eltern. Wird die Krankheit nicht als Tabuthema behandelt, kann das Kind Belastungen und schwierige Alltagssituationen besser verarbeiten und ist weniger überfordert. Die Krankheit soll innerhalb der Familie weder verleugnet noch überbewertet werden, Fragen der Kinder sollen beantwortet werden. Auch der offene Umgang gegenüber aussenstehenden Personen kann Entlastung bieten und das Kind in der Suche nach Hilfe unterstützen (Lenz, 2016, S. 36-37). Krankheitsverständnis und ein offener Umgang gilt als Grundlage für eine konstruktive Krankheitsbewältigung und gibt dem Kind Raum für eigene Bedürfnisse und Anliegen (Albermann et al., 2012, S. 1524). Die Diagnose des psychisch erkrankten Elternteils ist für eine gesunde Entwicklung des Kindes dabei weniger massgeblich als der Umgang des Elternteils sowie das soziale Umfeld. Es werden weniger Belastungen der Kinder beobachtet, wenn eine psychische Störung rasch erkannt und in Form von Therapien und Medikamenten behandelt wird (Revital et al., 2015, S. 572).

#### 4.4 Copingstrategien

Ob ein tieferes Risiko für eine Entwicklung einer eigenen psychischen Störung vorliegt, hängt nicht nur von persönlichen, familiären und sozialen Schutzfaktoren ab, sondern auch von individuellen und familiären Bewältigungsstrategien. Zielführende Bewältigungsmöglichkeiten haben eine grosse Bedeutung für präventive Ansätze bei betroffenen Kindern (Compas et al. 2001, Frydenberg, 2008; zit. in Lenz, 2014a, S. 168). Grundsätzlich kann zwischen vier Coping- oder Bewältigungsstrategien unterschieden werden. Bei der Problemorientierten Bewältigung wird aktiv nach Lösungen gesucht und konkrete Handlungen werden vorgenommen. Die Internale, emotionsregulierende Bewältigung zeigt sich in einer Anpassung an belastende Bedingungen durch Strategien wie Ablenkung, Entspannung oder den Ärger an Anderen auszulassen. Eine weitere Strategie ist die Suche nach sozialer Unterstützung, wobei nach Rat und konkreter Hilfe aber auch nach Trost und Verständnis gesucht wird. Zuletzt gibt es die Strategie der Problemmeidung, bei welcher Probleme verleugnet oder gemieden werden (Lenz, 2014a, S. 169).

Je nach Anforderungen der Situation werden unterschiedliche Bewältigungsstrategien gewählt. Bei kontrollierbaren Handlungen werden eher problemfokussierte Strategien eingesetzt, während bei unkontrollierbaren Situationen eher emotionsregulierende Strategien, Problemmeidung sowie die Suche nach sozialer Unterstützung eingesetzt werden. Häufig ist die Problemmeidung eine Reaktion auf unmittelbare Konfrontationen, die sich sehr belastend zeigen. Problemmeidung wirkt sich dabei als erheblicher Risikofaktor auf die Entwicklung aus. Um ein positives Copingverhalten entwickeln zu können, ist nicht nur ein möglichst breites Repertoire an Bewältigungsstrategien wichtig, sondern die Fähigkeit, diese auch situationsgerecht einsetzen zu können.

Für das Copingverhalten von Kindern psychisch kranker Eltern liegen noch kaum Forschungsdaten vor. In der Studie von Lenz et al. (2014) wurden Kinder von schizophren erkrankten Eltern anhand eines Stressverarbeitungsbogens untersucht (zit. in Lenz, 2014a, S. 174). Dabei zeigte sich, dass die Fähigkeit zur Ablenkung oder Erholung bei Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil deutlich tiefer ausfällt. Häufiger reagieren betroffene Kinder mit destruktiv-emotionsregulierenden Strategien, wie beispielsweise aggressivem Verhalten, was als zusätzlicher Risikofaktor gilt. Die Suche nach Trost oder Rat hingegen hat eine direkte problemlösende Funktion und kann als Schutzfaktor betrachtet werden (S. 174-175). Durch die Studie konnten drei Copingtypen von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil identifiziert werden.

<b>Statistische Clusteranalyse in Kombination mit phänomenologischer Betrachtung der Profile und Qualitativer Inhaltsanalyse</b>		
<b>Typ I (Aggressives Coping)</b>	<b>Typ II (Kontrollierendes Coping)</b>	<b>Typ III (Moderates Coping)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geringe Ablenkungsfähigkeit</li> <li>- Ungünstige Emotionsregulation (hohe Aggressionenwerte, geringe Fähigkeit zur Erholung)</li> <li>- Geringe Bagatellisierung</li> <li>- Geringe Situationskontrolle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hohe Situationskontrolle</li> <li>- Hohe Verantwortungsübernahme</li> <li>- Hohes soziales Unterstützungsbedürfnis</li> <li>- Hohe positive Selbstinstruktion</li> <li>- Bagatellisieren</li> <li>- Geringe Resignation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unauffällige Werte</li> <li>- Breites Repertoire an Coping</li> </ul>

Abbildung 7: Coping Typen (leicht modifiziert nach Lenz, 2014a, S. 178)

Kinder mit einem aggressiven Copingverhalten haben dabei ein signifikant erhöhtes Risiko, an einer eigenen psychischen Störung zu erkranken (Lenz, 2014a, S. 178). Durch die Studie erhalten familienorientierte Interventionen bei Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil besondere Bedeutung. Präventive Ansätze können bei den individuellen Bewältigungsmustern und der Übernahme von Verantwortung innerhalb der Familie helfen. Durch eine «Stärkung des Bewältigungshandelns» können Kinder frühzeitig ein breites Repertoire an Bewältigungsstrategien erlernen und diese situationsgerecht einsetzen. Dies könnte beispielsweise mit einer offenen Kommunikation, gegenseitigem Verständnis und Vertrauen und einer Stärkung von zuverlässigen Bezugspersonen erreicht werden (Lenz, 2014a, S. 188).

## 4.5 Fazit

Um dieses Kapitel abzuschliessen, wird die dazugehörige Fragestellung beantwortet.

- Welche Schutz- und Risikofaktoren beeinflussen die kindliche Entwicklung bei Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil?

Die psychische Störung eines Elternteils hat Auswirkungen auf das Funktionieren des gesamten Familiensystems. Kann die elterliche Verantwortung aufgrund einer psychischen Störung nicht ausreichend wahrgenommen werden, hat dies direkte Auswirkungen auf die Entwicklungsbedingungen der Kinder. Störungsspezifische Merkmale des Elternteils, wie ein schwerer und chronischer Verlauf oder eine Komorbidität, führen zu einer noch höheren psychosozialen Belastung für die Kinder. Nicht alle Kinder kommen gleich gut mit einer solchen Familiensituation zurecht. Klein- und Kindergartenkinder gelten als besonders vulnerable Gruppe. Sie können keine adäquaten Mechanismen im Umgang mit belastenden Emotionen durch den

kranken Elternteil erlernen, weil die psychisch kranken Elternteile emotional nicht in angemessener Weise auf sie eingehen können. Bezüglich des Geschlechts lässt sich nicht eindeutig sagen, ob Jungen oder Mädchen einem höheren Risiko ausgesetzt sind. Die Interaktion zwischen dem psychisch kranken Elternteil und deren Kind ist häufig eingeschränkt. Dabei können betroffene Eltern die Bedürfnisse und Signale des Kindes nicht mehr adäquat wahrnehmen, was die Fähigkeit als Bindungsperson für das Kind einschränkt. Ungünstig auf die Entwicklungsbedingungen wirkt sich zudem aus, wenn Eltern nicht mehr zwischen den eigenen Wünschen und den Bedürfnissen der Kinder unterschieden können.

Mit Resilienz können sich betroffene Kinder allerdings trotz Risikofaktoren gesund entwickeln. Hierfür benötigen sie spezifische Schutzfaktoren, welche die Risikofaktoren abschwächen. Dazu gehören unter anderem personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren. Familiäre Schutzfaktoren (Familienklima, familiäre Unterstützung, elterliche Zufriedenheit, elterliche Lebensqualität) reduzieren beispielsweise stark die Wahrscheinlichkeit von depressiven Symptomen oder Angstsymptomen bei Kindern. Zudem ist ein Verständnis über die psychische Störung des Elternteils für Kinder ein weiterer wichtiger Schutzfaktor, weil sie Angst und Schuldgefühle erleben und sich nicht selten die Mitverantwortung für den Zustand des erkrankten Elternteils geben. Ein weiterer wichtiger Schutzfaktor ist der offene Umgang mit der psychischen Störung innerhalb der Familie. Wird die Krankheit nicht als Tabuthema behandelt, kann das Kind Belastungen und schwierige Alltagssituationen besser verarbeiten und ist weniger überfordert. Auch der offene Umgang gegenüber aussenstehenden Personen kann Entlastung bieten und das Kind in der Suche nach Hilfe unterstützen.

## 5 Präventive Massnahmen der Sozialarbeit

In den vorherigen beiden Kapiteln wurden psychosoziale Folgeprobleme bei Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil erläutert, sowie diesbezügliche Schutz- und Risikofaktoren für eine gesunde kindliche Entwicklung aufgezeigt. Viel zu oft erhalten betroffene Kinder erst Unterstützung, wenn sie selbst Verhaltensauffälligkeiten aufweisen oder eine Kindeswohlgefährdung besteht. Es stellt sich die Frage, was die Sozialarbeit tun kann, um Entwicklungsrisiken frühzeitig zu erkennen und zu reduzieren. Damit wird der Frage nachgegangen, was die Sozialarbeit konkret zu einer allgemeinen Verbesserung der Situation beitragen kann. In einem ersten Teil liegt der Fokus auf der Prävention und Früherkennung. Dabei werden spezifisch Voraussetzungen für Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil erläutert. Mit dem Beispiel der «Frühen Hilfen» aus Österreich werden die Vorteile einer zentralen Anlaufstelle dargestellt. Anschliessend werden weitere Ansatzpunkte der Prävention genannt wie eine grossflächige Sensibilisierung oder einer Optimierung der Vernetzung von Fachpersonen.

### 5.1 Prävention und Früherkennung

Bei der Prävention werden die Ursachen von zukünftigen Problemen, die mit mehr oder weniger hoher Wahrscheinlichkeit eintreten, behandelt. Dabei werden diese zukünftigen Probleme in Zusammenhang zu aktuellen Einflussfaktoren, wie den vorhandenen Risikofaktoren und mangelnden Schutzfaktoren, gestellt. Risikofaktoren tragen dazu bei, dass Probleme entstehen. Schutzfaktoren hingegen machen das Entstehen von Problemen unwahrscheinlicher, indem sie den Einfluss der Risikofaktoren beschränken. Daher setzt die Prävention den Fokus auf Massnahmen, welche Schutzfaktoren in Hinblick auf bestimmte Probleme stärken, beziehungsweise Risikofaktoren reduzieren (Hafen, 2010, S. 5). Bei der Früherkennung hingegen stehen Menschen im Fokus, die ein Problem oder konkrete Anzeichen dafür haben (Hafen, 2003, S. 14). Es geht darum, rechtzeitig Risikofaktoren und Anzeichen, die erfahrungsgemäss zu Risikoentwicklungen, gesundheitlichen Problemen oder Problemverhalten führen können, zu erkennen (Bundesamt für Gesundheit, 2021). Früherkennung ist im Gegensatz zur Prävention keine Form von Intervention, sondern organisierte Diagnostik, auf welche dann eine Intervention erfolgt (Hafen, 2015b, S. 66).

Prävention und Früherkennung spielen in der Arbeit von Professionellen der Sozialen Arbeit eine wichtige Rolle. Soziale Arbeit muss bestehende Probleme direkt angehen, sollte jedoch gleichzeitig auch versuchen, wahrscheinlichen Risiken der Zukunft mit Früherkennung und Prävention entgegenzuwirken (Hafen, 2015b, S. 76-77). In den letzten Jahren wurde in der Prävention und Gesundheitsförderung das Bewusstsein immer grösser, dass in den ersten

Lebensjahren eines Kindes die Basis für dessen gesunde Entwicklung gelegt wird. Aus diesem Grund sollten präventive Massnahmen bereits in der ersten Lebensphase eines Kindes erfolgen (Hafen, 2015c, S. 19).

## 5.2 Voraussetzungen für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil

Für eine wirksame Prävention von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil bedingt es spezifischen Voraussetzungen. Gemäss Lenz (2010) braucht es verlässliche Ansprechpersonen, welche sich für die Situation der Kinder zuständig und fachkundig fühlen und betroffene Familien kompetent beraten und an die richtige Stelle weitervermitteln. In den letzten Jahren zeigte sich, dass es für eine wirksame Prävention interdisziplinäre Handlungsperspektiven erfordert, in der Wissensbestände aus den Disziplinen der Psychologie, Psychiatrie, Pädagogik und der Sozialen Arbeit miteinander verknüpft werden. Durch die verschiedenen Blickwinkel kann der nötige Unterstützungsbedarf in seiner Gesamtheit erfasst werden. Aufgrund der hohen Belastung des gesamten Familiensystems durch die psychische Störung und der grossen Bedeutung von familiären Schutzfaktoren (vgl. 4.3) sollten präventive Massnahmen gezielt bei der Familie ansetzen. Einen bedeutsamen Stellenwert erhalten dabei die altersgerechte Psychoedukation sowie die Ermutigung zur offenen Kommunikation innerhalb der Familie. In der Psychoedukation geht es dabei nicht um reine Wissensvermittlung, sondern um die Bearbeitung von Fragen und Anliegen bezüglich der spezifischen Familiensituation (S. 20-21). Zusammenfassend sollten wirksame Präventionsmassnahmen folgende Elemente enthalten:

- «Verbesserung der Kommunikationsstrukturen,
  - Enttabuisierung des Themas innerhalb der Familie
  - Abbau von Schamgefühlen und Schuldzuweisungen
  - Übernahme elterliche Verantwortung,
  - Öffnung der Familie nach aussen,
  - Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern,
  - Aufbau eines stützenden, sozialen Netzes für die Familie.»
- (Lenz, 2010, S. 24)

Wie Andreas Schrappe (2013) schreibt, wenden sich Mütter oder Väter mit einer psychischen Störung, wenn sie fachliche Hilfe suchen, meist nur an eine einzige Stelle oder Fachperson, zu welcher sie Vertrauen aufgebaut haben. Sich an eine Fachstelle zu wenden, erfordert viel Mut. Da aus diesem Grund die Erstanlaufstelle allein fungiert, ist es umso wichtiger, dass kompetent durch die Fachperson gehandelt wird (S. 33). Für diese Problemlage wäre das

Konzept der «Frühen Hilfen» vorteilhaft, da es sich dabei um eine einzige Stelle handelt, welche im Rahmen eines Case-Managements die Begleitung und Vernetzung der Familie übernimmt. Aus diesem Grund wird im nächsten Kapitel die Situation von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil mit den «Frühen Hilfen» verknüpft.

### **5.3 Beispiel «Frühen Hilfen» für mehrfachbelastete Familien aus Österreich**

Gemäss Hafen und Meier-Magistretti (2021) verfolgt Österreich seit 2015 eine «Frühe Hilfen-Strategie», mit dem Ziel, mehrfach belastete Familien möglichst früh zu erreichen und sie längerfristig und durch eine einzige Anlaufstelle professionell unterstützen zu können (S. 12). Die Strategie ist besonders auf schwer erreichbare Zielgruppen ausgerichtet. Institutionen, welche in Kontakt mit kleinen Kindern und deren Familien stehen, werden zu regionalen Netzwerken zusammengefasst. Die Netzwerke werden von einer Fachstelle koordiniert, welche die Familien individuell begleitet. Das Programm wird durch die Krankenversicherung finanziert und besteht aus Beratung und punktueller Zuweisung zu spezialisierten Institutionen. Durch dieses Angebot können belastete Familien bereits sehr früh erkannt und direkt unterstützt werden. Eine Begleitung kann über kurze Zeit oder mehrere Jahre hinweg andauern. Dabei ist eine personelle Kontinuität der Bezugsperson von hoher Wichtigkeit für die Beziehungsarbeit und Stabilität in der Familie (Hafen, 2015a, S. 28-29). Ziel der Begleitung ist ein ressourcenorientiertes Fallmanagement durch die Begleitperson auf der Basis einer vertrauensvollen, stabilen und kontinuierlichen Beziehung. Nebst der Vernetzung aller relevanten Unterstützungsangebote in der Region gehört die Sensibilisierung der zuweisenden Institutionen, Personen und Netzwerkpartner\*innen sowie die Förderung einer sicheren Eltern-Kind-Bindung. Des Weiteren soll die Familie im Sinne der «Hilfe zur Selbsthilfe» gestärkt werden sowie die Gesundheit und das psychosoziale Wohlbefinden gefördert werden. Ein niederschwelliger Zugang wird durch aufsuchende Angebote sichergestellt. Durch diese Strategie soll die Notwendigkeit von Kinderschutzmassnahmen reduziert werden (Hafen & Meier-Magistretti, 2021, S. 12).

In der Schweiz ist die politische Bereitschaft zur Investition in Frühe Förderung noch zurückhaltend. Hinzu kommt der starke Föderalismus, welcher ein national einheitliches Modell stark erschwert. Es mangelt an einer nationalen Strategie für eine familienzentrierte Vernetzung im Frühbereich. Dadurch fehlt es an gesetzlichen, finanziellen und qualitätsbezogenen Rahmenbedingungen, was zu stark unterschiedlichen Netzwerken innerhalb der Kantone und Gemeinden führt. Durch die Vernachlässigung einer familienzentrierten Vernetzung verspielt die Schweiz die Chance, Familien mit Unterstützungsbedarf frühzeitig zu erreichen und zu begleiten (Hafen & Meier-Magistretti, 2021, S. 26). Dies hat zur Folge, dass sich familiäre Probleme

verfestigen und erst im weiteren Lebensverlauf durch Kinderschutzmassnahmen, Fördermassnahmen in der Schule oder für die Anschlussfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt angegangen werden. Mit Blick auf diese fehlende Systematisierung sollten im Bereich der familienzentrierten Vernetzung die Anstrengungen in der Schweiz deutlich verstärkt werden (Hafen & Meier-Magistretti, 2021, S. 27). Hinzu kommt, dass sich Investitionen im Frühbereich langfristig auch ökonomisch auszahlen würden (BAK Economics, 2020, S. 239-240).

#### **5.4 Adaption des Modells «Frühe Hilfen» auf die Schweiz**

Ob das Modell der «Frühen Hilfen» trotz dieser Herausforderungen auch auf die Schweiz übertragbar wäre, wird durch die erst seit Kurzem veröffentlichte Vorstudie von Hafen und Meier-Magistretti (2021) analysiert. Dabei wurde die Strategie von Österreich mit bereits vorhandenen Modellen in der Schweiz verglichen. Anschliessend wurde eruiert, welche Mittel es brauchen würde, um die vorhandenen Modelle der mit Aspekten der systematischen Früherkennung und Begleitung von Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf zu erweitern (S. 4). Wie bereits durch die vorhergehenden Kapitel ersichtlich wurde, gibt es für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil zwar etliche Angebote in der Schweiz, es fehlt jedoch an einer systematischen Koordinierung und Vernetzung. Keine Stelle trägt die primäre Verantwortung für ein Gelingen der Unterstützung. Zusätzlich führen Zugangshürden wie beispielsweise Stigmatisierung oder fehlende finanzielle Ressourcen (vgl. 2.4/ vgl. 3.1) dazu, dass Angebote betroffene Familien nicht frühzeitig erreichen können. Auch Hafen und Meier-Magistretti (2021) sehen es als Herausforderung, Familien mit hohem Unterstützungsbedarf präventiv zu erreichen. Grundsätzlich stehen die meisten Familien im Rahmen der Geburtsvorbereitungen in Kontakt zu Fachstellen und Fachpersonen aus der Medizin und aus dem psychosozialen Versorgungsbereich. Eine anschliessende Mütter-/Väterberatung erreicht jedoch bereits nur noch die Hälfte dieser Familien. Das bedeutet, dass bei vielen Familien nach dem ersten Lebensjahr des Kindes bis zum Eintritt ins formale Bildungssystem kein Kontakt zu Fachpersonen mehr besteht. Bei mehrfachbelasteten Familien, beispielsweise mit psychischen Problemen besteht dadurch die Gefahr, dass Kinder einer sehr hohen Stressbelastung ausgesetzt sind und notwendige Kompetenzen für das weitere Leben nicht ausreichend erwerben können (S. 26).

Die Bemühungen für eine bessere Vernetzung im Frühbereich in der Schweiz sind an einigen Beispielen ersichtlich. So am Beispiel vom Frühförderungsprojekt «Primano» der Stadt Bern, dem Verein «Education Familiale» für die Unterstützung der Eltern und für frühe Förderung im Kanton Fribourg oder dem Angebot für perinatale Gesundheit «Arcade sages femmes» im Kanton Genf. Trotz dieser Fortschritte gibt es in der Schweiz noch grossen Handlungsbedarf

(Hafen & Meier-Magistretti, 2021, S. 25). Basierend auf den «Frühen Hilfen» wurde in der Vorstudie von Hafen und Meier-Magistretti (2021) ein Basismodell für die familienzentrierte Vernetzung (siehe Abbildung 8) in der Schweiz erarbeitet. In einem weiteren Schritt wurde versucht, das Basismodell mit fünf regional unterschiedlichen Modellen oder Angeboten in der Schweiz zu verknüpfen. Die Unterschiedlichkeit bei den fünf vorgeschlagenen Modellen liegt in der fachlichen und verwaltungsbezogenen Verankerung des Netzwerkmanagements und in der Begleitung der Familie. Dafür wurden die Varianten «Primokiz+», «Schulärztlicher Dienst», «Sozialdienst», «Schule» oder «Intersektoralität», also eine Verknüpfung mehrerer Varianten, gewählt (S. 45).

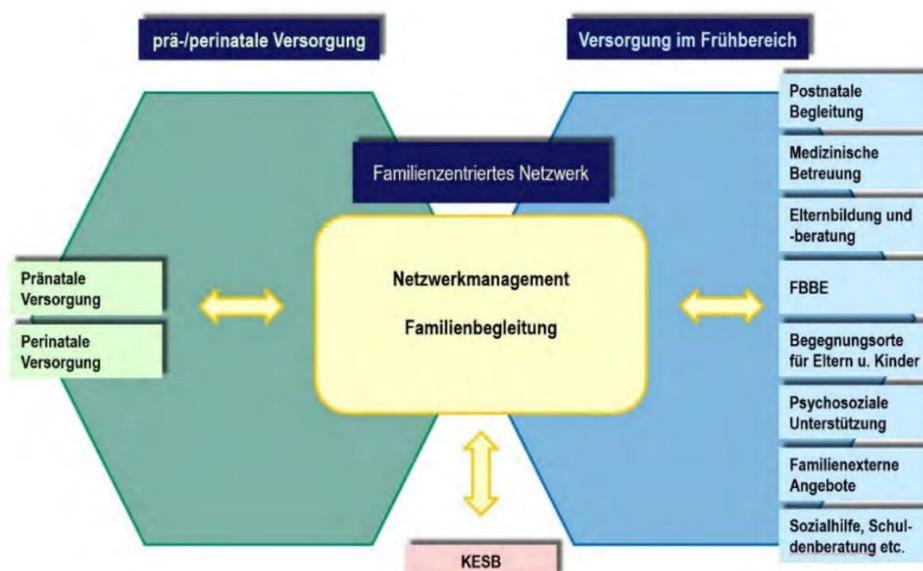


Abbildung 8: Das Basismodell für die familienzentrierte Vernetzung (Hafen & Meier-Magistretti, 2021, S. 46)

Die im Basismodell aufgezeigten familienzentrierten Netzwerke haben zwei zentrale Aufgaben. Zum einen die Förderung einer Kooperation zwischen Institutionen der Frühen Förderung mit Akteuren und Akteurinnen im Gesundheitsbereich, also der prä-/perinatalen Versorgung. Zum anderen die Aufgabe der individuellen Begleitung und Unterstützung der Familie. Durch die Befragung von Fachpersonen in einem ersten Teil der Vorstudie von Hafen und Meier-Magistretti (2021) wurde ersichtlich, dass die Zusammenarbeit zwischen Hebammen und der Mütter- und Väterberatung bereits gut funktioniert (S. 46). Die Zusammenarbeit zwischen Gynäkologie und Pädiatrie mit Institutionen aus dem Frühbereich könnte jedoch noch weiterentwickelt werden (ebd.). Die Stärkung der Zusammenarbeit wäre ein wichtiges Ziel, da Gynäkolog\*innen und Pädiater\*innen bereits in einem frühen Stadium mit der Familie in Kontakt stehen und ungünstige Familienverhältnisse frühzeitig erkennen können. Nebst dem Gesundheits- und Frühbereich steht auch der KESB eine wichtige Funktion zu. Kann das Kindeswohl

trotz einer frühzeitigen Unterstützung durch die familienzentrierten Netzwerke nicht gewährleistet werden, ist eine gute Zusammenarbeit mit der KESB unabdingbar (Hafen & Meier-Magistretti, 2021, S. 46). Wie das Basismodell (Abbildung 8) mit den fünf bereits bestehenden Modellen oder Angeboten verknüpft werden könnte, wird im Weiteren erläutert.

Das **Programm «Primokiz»** der Jacobs Foundation hat in den letzten Jahren einen grossen Beitrag zur institutionellen Vernetzung im Frühbereich getätigt. Im Moment wird die Initiative durch die schweizerische Gesundheitsstiftung Radix als «Primokiz<sup>2</sup>» weitergeführt. Die Initiative möchte mit bis zu 80 Standorten die strukturelle Rahmenbedingung für eine umfassende Politik der frühen Kindheit entwickeln. Dadurch entstehen Netzwerkstrukturen, welche möglichst viele Fachpersonen und Organisationen im Frühbereich einbinden. Bei Gemeinden und Kantonen, welche sich für «Primokiz» entschieden haben, funktioniert die interdisziplinäre Vernetzung bereits relativ gut. Das Basismodell von Hafen und Meier-Magistretti könnte mit «Primokiz<sup>2</sup>» verknüpft werden, indem das Netzwerkmanagement von einer Fachstelle der Frühen Förderung, welche es in mehreren Kantonen gibt, durchgeführt wird. Die Verantwortung für die Familienbegleitung würde bei einem interprofessionellen Fachteams liegen (Hafen & Meier-Magistretti, 2021, S. 47).

Bei der **Variante «Schulärztlicher Dienst»** würde das Netzwerkmanagement und die Familienbegleitung den schulärztlichen Diensten obliegen. Vorteil dabei wäre, dass der schulärztliche Dienst bereits an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Bildungssystem angesiedelt ist. Dadurch könnte die vertikale Vernetzung zwischen Frühbereich und späteren Entwicklungsphasen verbessert werden. Des Weiteren besteht bereits ein direkter Zugang zu einer grossen Anzahl an belasteten Familien, welche im Unterschied zu Sozialdiensten nicht mit Kontrolle in Verbindung gebracht werden (Hafen & Meier-Magistretti, 2021, S. 48).

**Sozialdienste** sind zentrale Elemente der Versorgungsstruktur in der Schweiz. Bei dieser Variante besteht der Vorteil, dass in Sozialdiensten bereits breites Wissen über regionale Gegebenheiten und Angebote besteht und entsprechende Kompetenzen bezüglich Vernetzung und Begleitung vorliegen. Die Herausforderung bei dieser Variante liegt speziell bei knappen personellen und zeitlichen Ressourcen in den Sozialdiensten und einer nötigen Erweiterung des Blickwinkels nicht nur auf Erwachsene, sondern auf Familien (Hafen & Meier-Magistretti, 2021, S. 49).

Die **Variante «Schule»** könnte durch vertikale Vernetzung zwischen Schule und Frühbereich zu einer verbesserten und kontinuierlichen Unterstützung besonders belasteter Familien bei-

tragen. Durch die Schulsozialarbeit wäre bereits viel fachliches Wissen im Bereich der Vernetzung und Begleitung vorhanden. Eine Herausforderung würde jedoch die Anschlussfähigkeit an das Gesundheitssystem darstellen (Hafen & Meier-Magistretti, 2021, S. 49).

Bei der **Variante «Intersektoralität»** also sektorenübergreifend über die Versorgungsgrenzen hinweg, wären die zwei Aktivitätsbereiche des Netzwerkmanagements und der fallführenden Familienbegleitung in verschiedenen Bereichen angesiedelt. Das Netzwerkmanagement könnte bei den Gesundheitsdiensten stationiert werden, während die Familienbegleitung bei den Sozialdiensten oder den Mütter- und Väterberatungen liegen würde. Der schulärztliche Dienst wäre dabei für die Vernetzung beider Bereiche verantwortlich. Vorteil dieser Variante ist die grosse Flexibilität und die regionale Anpassungsmöglichkeit. Zudem deutet es auf die Notwendigkeit hin, frühe Förderung als Aufgabe in allen Bereichen zu betrachten (Hafen & Meier-Magistretti, 2021, S. 50).

Diese fünf Varianten wurden in drei Sprachregionen mit Fachpersonen diskutiert. Obschon die Varianten je nach Sprachregion unterschiedlich viel Zuspruch erhielten, wird das Basismodell (Abbildung 8) als zielführend erachtet. Als wichtigster Aspekt wurden die intersektorale Vernetzung, die Qualität der Angebote, die verstärkte Einbindung der Gynäkologie und Pädiatrie sowie der Aufbau von vertrauensvollen Beziehungen zu Familien genannt. All diese Aspekte stehen bei den «Frühen Hilfen» im Vordergrund (Hafen & Meier-Magistretti, 2021, S. 51). Als grösste Herausforderung wurde von den teilnehmenden Fachpersonen Koordinationsdefizite, zu wenig Vernetzung zwischen Prä- und perinatalem Bereich und Fachpersonen aus dem Frühbereich sowie fehlende aufsuchende Angebote und Angst vor Behörden bei betroffenen Familien genannt (Hafen & Meier-Magistretti, 2021, S. 73). Die Vorstudie von Hafen und Meier-Magistretti (2021) zeigt auf, dass das Basismodell der «Frühen Hilfen» durchaus auf die Schweiz adaptiert werden könnte und zu einer massiven Verbesserung in der Versorgung von hoch belasteten Familien beitragen würde. Dafür benötigt es in der Schweiz jedoch zuerst auf politischer Ebene eine einheitliche, national gesteuerte Strategie der familienzentrierten Vernetzung, was in nächster Zeit kaum erreicht werden kann (S. 81). Nebst einer zentralen Anlaufstelle sind für eine wirksame Prävention weitere Massnahmen erforderlich. Diese werden im Folgenden erläutert.

## 5.5 Vernetzung involvierter Fachpersonen

Bei der Versorgung von Kindern psychisch kranker Elternteile liegen die Zuständigkeiten in unterschiedlichen Systemen und bei unterschiedlichen Disziplinen<sup>3</sup> (Jörg M. Fegert, Michael Kölch, Ute Ziegenhain, 2014, S. 108). Häufig werden betroffene Familien in den lokalen Versorgungsnetzen von einem System zum anderen System geschickt und geraten zwischen die Grenzen der Systeme (Fegert, Kölch, Ziegenhain, 2014, S. 111). Prävention funktioniert jedoch nur, wenn alle involvierten Fachpersonen und Einrichtungen eng zusammenarbeiten (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 391).

In der Schweizer Studie von Gurny et al. (2008) wurde erkannt, dass Betreuungsangebote für Kleinkinder wie Krippen und Horte über wenig Informationen verfügen und schlecht vernetzt sind, obwohl diese eine wichtige präventive Funktion innehaben. Es geht hierbei um Kinder, die mit dem Risikofaktor einer psychischen Störung der Eltern konfrontiert sind, jedoch selbst noch keine Auffälligkeiten zeigen und dadurch auch nicht in einem Hilfesystem involviert sind. Es sollte vermieden werden, dass betroffene Kinder erst Unterstützung erhalten, wenn sie selbst Auffälligkeiten und Störungsbilder entwickelt haben (S. 110). Auch Pädiater\*innen sollten sich bei psychisch auffälligen Eltern genügend Zeit nehmen und allfällige zusätzliche Betreuungs- und Versorgungsangebote für Kinder besprechen. Im Bereich der Schule merken Lehrpersonen oder Betreuungspersonen häufig in einem frühen Stadium Auffälligkeiten beim Kind und können mit Einverständnis der Eltern andere Fachpersonen beiziehen. Damit dies möglich ist, benötigt es jedoch zwingend ein gemeinsames Fallverständnis, eine funktionierende Vernetzung mit Fort- und Weiterbildungen sowie ein Bewusstsein über regionale Angebote und Partnerinstitutionen. Durch niederschwellige flexible Fallberatung zwischen den unterschiedlichen Institutionen könnte das gegenseitige Verständnis erhöht werden (Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 391).

## 5.6 Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit

In unserer Gesellschaft fehlt es immer noch an Wissen über das Thema psychische Gesundheit. Durch Kampagnen könnte die Öffentlichkeit besser aufgeklärt und sensibilisiert werden (Ihde-Scholl, 2019, S. 11). Ein wichtiger Punkt ist zudem die Mediensensibilisierung. Men-

---

<sup>3</sup> Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie mit fallführenden Ärzt\*innen, Psychotherapeut\*innen, Sozialdienste, Beratungsstellen wie Elternberatung oder auch Suchtberatung, Hausärzt\*innen, Kinderärzt\*innen, Hebammen, Fachpersonen der Kinder- und Erwachsenenbehörde, Schulen, Kindergärten und Kindertagesstätten

schen mit einer psychischen Störung werden in den Medien häufig nur in Verbindung mit Gewalt erwähnt. Solche Schlagzeilen fördern Vorurteile und Stigmatisierung in der Gesellschaft. Durch sorgfältig verfasste Artikel in den Medien könnte dem entgegengewirkt werden (Ihde-Scholl, 2019, S. 11).

Auch bei Betroffenen selbst fehlt es häufig an Wissen in Bezug auf Störungsbilder, Behandelbarkeit und Psychopharmaka. Durch das Bild von psychischen Störungen und Psychiatrien, welche durch die Medien oder Filme transportiert werden, ist die Bereitschaft, psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, erschwert (Stocker et al., 2016, S. 90).

## **5.7 Sensibilisierung von Fachpersonen**

Nebst den Hausärzt\*innen sind Sozialarbeitende und Sozialpädagogen\*innen oft die ersten Fachpersonen, welche Kontakt zu Menschen mit einer psychischen Belastung haben (Mattig, 2016, S. 12). Deshalb ist die Sensibilisierung in der Sozialen Arbeit grundlegend wichtig und sollte bereits im Studium vertieft werden. Allen Fachpersonen, welche in Kontakt mit psychisch erkrankten Personen treten, sollte bewusst sein, dass Personen mit einer psychischen Störung auch gleichzeitig Eltern sein können und dass betroffene Familien einer erhöhten Belastung ausgesetzt sind. Durch mehr Sensibilisierung und einem Fokus auf die Eltern-Kind-Beziehung gelingt es Fachpersonen besser, die Lage der Kinder richtig einzuschätzen und eine allfällige Kindeswohlgefährdung frühzeitig zu erkennen oder präventiv wirken zu können. Wie Deneke (2005) schreibt, sollten Fachpersonen ressourcenorientiert arbeiten und die Bemühungen der Familie erkennen. Das Bewusstsein, dass Kinder sich dem erkrankten Elternteil in ihrer Loyalität stärker verbunden und verantwortlich fühlen, ist für eine angemessene Unterstützung und Beratung grundlegend. Auch wenn der Fokus involvierter Fachpersonen meist auf der Störung liegt, muss sofortiger Handlungsbedarf gegenüber den Kindern erkannt werden (S. 150). Auch in der Studie von Stocker et al. (2016) wird auf die Wichtigkeit von Wissen und Sensibilisierung von Fachpersonen aber auch von Betroffenen hingewiesen. Es ging hervor, dass es vielen Fachpersonen kaum gelingt, einen Überblick über die Versorgungslandschaft zu gewinnen und dementsprechend kaum passende Triagen gemacht werden können. Durch eine weit gestützte Sensibilisierung und Transparenz könnten gewisse Zugangshürden für Angebote abgebaut werden (S. 90). Es ist also wichtig, dass Fachpersonen der Sozialen Arbeit beispielsweise in Sozialdiensten über Kenntnisse bezüglich psychiatrischer Störungsbilder und deren Auswirkungen verfügen. Gleichzeitig benötigt es bei Fachpersonen der Psychiatrie Kenntnisse über Möglichkeiten, Angebote und Hilfen zur Erziehung sowie über Handlungsweisen der Kinder- und Jugendhilfe (Anke Berkenmeyer, 2012, S. 95).

Dadurch könnten Verunsicherungen gesenkt und ein aktives Handeln aller involvierter Fachpersonen gefördert werden (Anke Berkenmeyer, 2012, S. 95).

## 5.8 Zivilrechtlicher Kinderschutz

Ein behördliches Eingreifen soll erst einsetzen, wenn andere Unterstützungsangebote nicht mehr ausreichen, um das Kindeswohl gewährleisten zu können. Nach Harry Dettenborn (2008) bedeutet der Begriff «Kindeswohl» die günstige Relation von Bedürfnislage und den Lebensbedingungen eines Kindes oder Jugendlichen, welche für die Persönlichkeitsentwicklung wichtig sind. Das Kindeswohl ist dabei keine konstante Grösse, sondern eine flexible Konstellation persönlicher und sozialer Risikofaktoren. Es muss in ausreichendem Masse garantiert werden (S. 577). Ein behördlicher Eingriff erfolgt also erst, wenn ein Minimum des Kindeswohls nicht gewährleistet werden kann. Von einer *akuten Kindeswohlgefährdung* spricht man, wenn eine massive gegenwärtige Gefahr vorliegt, welche eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit voraussagen lässt. Eine *latente Gefährdung* bedeutet eine schleichende Gefährdung, welche zum Zeitpunkt der Betrachtung mit geringer oder versteckter Intensität wahrgenommen wird.

Die Problematik bei Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil zeigt sich dadurch, dass betroffene Kinder schwierig zu identifizieren sind, da betroffene Familien häufig keine geeignete Unterstützung in Anspruch nehmen oder nehmen können. (Albermann & Grefe, 2019, S. 4). Auch im Rahmen des zivilrechtlichen Kinderschutzes durch die KESB müssen Hilfesysteme für Kinder und Erwachsene miteinander kooperieren können, damit Kontinuität und Verlässlichkeit der Hilfen für die betroffenen Familien gewährleistet werden kann (Albermann & Grefe, 2019, S. 22). Bei einer Abklärung muss analysiert werden, wie die Relation zwischen den kindlichen Bedürfnissen und den Lebensbedingungen liegt und welche Qualität diese hat (Dettenborn, 2008, S. 577). Es ist meist eine Gratwanderung, gefährdete Kinder frühzeitig identifizieren und unterstützen zu können und gleichzeitig die elterliche Autonomie zu respektieren (Albermann & Grefe, 2019, S. 9). Für die sozialarbeiterische Praxis ist es demzufolge von höchster Bedeutung, dass Wissen über Risikofaktoren für Kindesmisshandlungen oder Vernachlässigungen im Zusammenhang mit einer psychischen Störung besteht. So können Risikofaktoren bereits vor dem Eintreten einer Kindeswohlgefährdung erkannt und verringert werden (Borg-Laufs, 2019, S. 51). Kann dies nicht mehr gewährleistet werden, sollte durch eine funktionierende Kooperation zwischen den Hilfesystemen und der KESB schnelle und wirksame Hilfe gefordert werden.

## 5.9 Handlungsbedarf präventiver Massnahmen

Obschon sich die psychische Gesundheitsversorgung in den letzten Jahren positiv entwickelt hat, gibt es in einigen Bereichen noch Optimierungspotenzial. Externe Hilfe zu suchen ist je nach Grad von psychosozialen Belastungen und psychiatrischen Störungsbildern nicht so einfach. Gemäss Stocker et al. (2016) braucht es deshalb aufsuchende Angebote für betroffene Familien, wie sozialpädagogische Familienbegleitung oder niederschwellige Beratungsstellen. Für manche Familien reichen Hilfestellungen aus der Sozialen Arbeit jedoch nicht aus. In Fällen, wie beispielsweise einer Suchtproblematik, unverarbeiteter Migrationsthematik oder Bindungsstörungen bräuchte es vermehrt medizinisch-therapeutische Unterstützung. Die Studie kommt zum Schluss, dass es ein erhöhter Bedarf an multidisziplinären und systemischen Behandlungsangeboten für Familien mit komplexen Mehrfachproblematiken im psychischen und sozialen Bereich gibt. Dabei wird auf die Notwendigkeit einer interdisziplinären Versorgung mit Fokus auf die Früherkennung und Zusammenarbeit hingewiesen (S. 85).

Gemäss Hefti et al. (2016) besteht insbesondere darin Handlungsbedarf, dass neue und bereits vorhandene Unterstützungsangebote für Elternteile und deren Kinder besser bekannt gemacht werden und die Zugangshürden (vgl. 2.4 / vgl. 3.1) für eine Inanspruchnahme von Hilfe gesenkt werden. Der Fokus von Hilfsangeboten soll stets auf der Eltern-Kind-Interaktion liegen und sich nicht allein auf die Behandlung des erkrankten Elternteils oder des verhaltensauffälligen Kindes beschränken. Betroffene Eltern sollen in ihrem konkreten Interaktions- und Erziehungsverhalten gestärkt werden und spezifisch Unterstützung für den Alltag erhalten. Stress durch die psychische Störung und gleichzeitige Erziehung eigener Kinder sollte in der therapeutischen Arbeit klar thematisiert werden. Die Aufklärung über entsprechende Hilfen sollte nicht nur durch das psychiatrische oder psychotherapeutische System erfolgen, sondern bei allen involvierten Systemen wie Hausärzt\*innen, Lehrpersonen, Sozialdienste und Hebammen (S. 97). Dadurch könnten Überforderungstendenzen bei betroffenen Familien frühzeitig erkannt und mögliche Folgen für betroffene Kinder besser verhindert werden. Dazu benötigt es jedoch eine flächendeckende Sensibilisierung bei Fachpersonen über mögliche Belastungen in Bezug auf psychische Störung und Elternschaft. Obschon diese Problematik bereits in früheren Studien und auch in der genannten Studie von 2016 erkannt wurde, lassen sich auch heute noch die gleichen Zugangshürden in der Praxis erkennen.

Trotz der erwähnten unzureichenden Versorgungslage betroffener Familien und dem fehlenden Einbezug von Kindern in der Erwachsenenpsychiatrie gibt es bereits einige spezialisierte Angebote. Dies sind gemäss Albermann et al. (2012) beispielsweise Elternbesuchstage,

Psychoedukationsgruppen, Mutter-Kind-Stationen oder sozialpädagogische Beratung für Eltern (S. 1523). In Graubünden wurde ein Konzept in Kooperation der Erwachsenenpsychiatrie mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelt, welche Eltern mittels altersangemessener Psychoedukation für die Situation der Kinder stabilisiert. In Bern wurden durch die universitären psychiatrischen Dienste (UPD) Gruppentherapieprogramme für Eltern psychisch kranker Kinder entwickelt. In Basel bietet die Stiftung Melchior beispielsweise überregionale Mal- und Kunsttherapieangebote für betroffene Kinder an. Der ebenfalls aus Basel stammende Anbieter «HELP! For Families» vermittelt, koordiniert und begleitet Patenschaften für Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil. Regionsübergreifend bietet die Vereinigung der Angehörigen von psychisch Kranken (VASK) nebst der Beratung von Angehörigen auch spezifische Aufklärungsarbeit durch Betroffene an Mittelschulen, sowie Maltherapie und Selbsthilfegruppen für Erwachsene und ehemals betroffene Kinder in Zürich und Basel an (Albermann et al., 2012, S. 1523). Obschon ein Ausbau von spezifischen Angeboten erfolgt ist, fehlt es an niederschweligen und regionsübergreifenden Unterstützungsmöglichkeiten. Angebote müssen nicht zwingend weiter ausgebaut, sondern besser miteinander vernetzt und bei betroffenen Familien bekannt gemacht werden.

## 5.10 Fazit

Um dieses Kapitel abzuschliessen, wird die dazugehörige Fragestellung beantwortet.

- Was kann die Sozialarbeit zu einer (allgemeinen) Verbesserung der Situation von Kindern eines psychisch kranken Elternteils beitragen?

Um Entwicklungsrisiken und Folgeproblemen von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil frühzeitig erkennen und mindern zu können, benötigt es einen Ausbau präventiver Massnahmen und einen Abbau von Zugangshürden. Es fehlt nicht an spezifischen Angeboten für Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil, sondern an einem niederschweligen Zugang und einer frühen Erkennung von Familien mit Unterstützungsbedarf. In dieser Arbeit wird aufgezeigt, dass ein hohes Risikopotenzial für die kindliche Entwicklung vor allem in der frühen Kindheit besteht. Mit dem Beispiel der «Frühen Hilfen» wird in dieser Arbeit versucht, eine wirksame Präventionsmassnahme ab Geburt eines Kindes aufzuzeigen und aus Sicht der Schweiz Möglichkeiten und Herausforderungen zu benennen. Grundsätzlich benötigt es in der Schweiz eine nationale Strategie und koordinierte Vernetzung für eine stärkere Prävention und Früherkennung von Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf. Mit einer zentralen Anlaufstelle wie bei den «Frühen Hilfen» können nebst der Koordinierung der Hilfesysteme Familien bei Bedarf durch eine Stelle eng begleitet und unterstützt werden. Generell ist eine interdisziplinäre Handlungsperspektive notwendig, welche nicht nur die psychische Störung

im Blickwinkel hat, sondern das gesamte Familiensystem mit all seinen Umwelteinflüssen. Spezifisch bei Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil sind wirksame Präventionsmassnahmen eine offene Kommunikation und Enttabuisierung innerhalb der Familie, ein Abbau von Schamgefühlen und Schuldzuweisungen, die Stärkung der Erziehungskompetenzen der Eltern sowie der Aufbau eines stützenden sozialen Netzes für die Familie. Nebst diesen spezifischen Massnahmen, welche in persönlichen Beratungsgesprächen durch Sozialarbeitende behandelt werden können, benötigt es zudem auf struktureller Ebene einen Ausbau von Präventionsmassnahmen. Eine flächendeckende Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit bezüglich psychischer Störungen, im Sinne einer Entstigmatisierung und Enttabuisierung, zeigen eine präventive Wirkung für eine höhere Inanspruchnahme von Hilfsangeboten und gegen soziale Isolation. Des Weiteren ist eine verbesserte Sensibilisierung von Fachpersonen bezüglich Risikofaktoren und Unterstützungsmöglichkeiten erforderlich, um Familien mit Unterstützungsbedarf frühzeitig zu erkennen. Zudem ist eine funktionierende Koordination zwischen den involvierten Fachpersonen und der KESB bei allfälligen Kindeswohlgefährdungen erforderlich.

## **6 Unterstützungsmöglichkeiten der klinischen Sozialarbeit in der stationären Erwachsenenpsychiatrie**

Im Kapitel 3.4 wurden bereits die Auswirkungen eines stationären Aufenthalts eines Elternteils auf deren Kinder dargelegt. Da für die Schweiz keine Daten bezüglich des Einbezugs von Kindern in die stationäre Behandlung des psychisch erkrankten Elternteils vorliegen, wurde eine Umfrage bei mehreren psychiatrischen Sozialdiensten gemacht. Basierend auf den Erkenntnissen der Umfrage werden verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten der klinischen Sozialarbeit in der stationären Erwachsenenpsychiatrie aufgezeigt. Hierfür wird zuerst auf die Rahmenbedingungen der Erwachsenenpsychiatrie und der klinischen Sozialarbeit in der Erwachsenenpsychiatrie eingegangen.

### **6.1 Erwachsenenpsychiatrie**

Die Allgemeinpsychiatrie bietet gemeindeintegrierte Akutbehandlungen, ambulante, tagesklinische und stationäre Behandlungsangebote an. Sie arbeitet mit dem Grundsatz ambulant vor stationär. Der Schwerpunkt der Behandlungen und der Betreuung liegt somit ausserhalb der Klinik (Jens Clausen & Ilse Eichenbrenner, 2016, S. 230). In der Allgemeinpsychiatrie werden Intensivbehandlungen schwerer, akuter und chronischer psychischer Störungen bei Menschen im Erwachsenenalter durchgeführt.

Die stationäre Klinik ist für Patient\*innen ausgerichtet, welche für wenige Tage oder Wochen eine Akutbehandlung in einem geschützten Rahmen, meist im Sinne einer stationären Krisenintervention, brauchen (ebd.). Die Einweisung erfolgt durch eine/n niedergelassene/n Psychiater\*in, eine Notärztin, einen Notarzt oder durch eine eigene Anmeldung. Unter bestimmten gesetzlichen Bedingungen gibt es in gewissen Fällen eine unfreiwillige Einweisung in eine psychiatrische Klinik, auch fürsorgliche Unterbringung genannt (ebd., S. 231). Das Behandlungsteam besteht aus Fachpersonen der Bereiche Psychiatrie, Psychologie, Pflege, Sozialarbeit und Therapie. Die Sozialarbeitenden unterstützen Patient\*innen vor allem in den Bereichen Arbeits- und Tagesstruktur, Finanzen, persönliches Umfeld, Rechtsfragen und Wohnen (ebd. S. 233). Die interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen ist in der Erwachsenenpsychiatrie zentral. Eine bessere inhaltlich-fachliche Abstimmung der Wissensbestände, Arbeitsweisen und Methoden führt zu wirksameren Hilfen für Kinder und ihre psychisch kranken Elternteile (Lenz, 2014a, S. 327).

## 6.2 Klinische Sozialarbeit in der Erwachsenenpsychiatrie

Die klinische Sozialarbeit hat sich in den letzten 15 Jahren als beratende, sozialtherapeutische und begleitende Soziale Arbeit entwickelt. Klinische Sozialarbeit setzt im Gegensatz zur klinischen Psychologie und Medizin am Unterstützungspotenzial der Klientel an, indem defizitäre sozialstrukturelle Situationsfaktoren im Alltag erkannt und bearbeitet werden. Die individuelle und klinische Perspektive bleibt jedoch zentral. Klinische Sozialarbeit bemüht sich um konstruktive Veränderungsimpulse im Kontext der Umfeld- und Lebensbedingungen für die Klientel mit Multiproblemsituationen (Hans Günther Homfeldt & Silke Birgitta Gahleitner, 2018, S. 47). Im Rahmen von Intake, Diagnose und Behandlungsprozessen wird durch die klinische Sozialarbeit Wissen bezüglich psychosozialer und soziokultureller Dimensionen sowie über die sozialen Folgen von psychischen Störungen eingebracht. Die Folgen betreffen nicht nur die erkrankte Person, sondern alle Betroffenen, vor allem Kinder und weitere Familienangehörige (Silvia Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 9)

Wie Regine Strub (2017) schreibt, hat das Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie eine lange und kontroverse Geschichte. Das Berufsverständnis der Sozialen Arbeit hat für die Psychiatrie viel zu bieten, weil sie den Zusammenhang zwischen psychischer Störung, Krisen und den sozialen Auswirkungen herstellt. Andererseits wird die Sozialarbeit im Klinikalltag häufig zur Hilfsprofession degradiert, welche von ärztlichen Anordnungen abhängig ist. Die professionelle Sozialarbeit gilt in der Psychiatrie und auch im gesamten Gesundheitswesen als wenig ausgebaut (S. 1). Peter Sommerfeld, Regula Dällenbach, Cornelia Rüeegg und Lea Hollenstein (2016) haben in ihrer Forschungsarbeit untersucht, inwiefern die soziale Dimension psychischer Störungen beziehungsweise der Gesundheit (siehe Abbildung 2) in einer als fortschrittlich geltenden Psychiatrie in der Schweiz bearbeitet wird (S. 6). Die Ergebnisse zeigen eine ähnliche Ausgangslage wie in der folgenden Umfrage ([vgl. 6.3](#)). Die soziale Dimension wird zwar von allen als sehr wichtig bezeichnet, jedoch bleibt sie stark unterbelichtet. Dies kommt daher, weil niemand genau beantworten kann, was die soziale Dimension im Klinikalltag explizit bedeutet (ebd.). Durch die fehlende adäquate Erfassung der sozialen Dimension und der psycho-sozialen Dynamik kommt sie nicht angemessen in den medizinischen Blick. In der ersten Studie der Autorinnen und Autoren zeigte sich, wie eng psychische und soziale Prozesse miteinander verknüpft sind. Es kann also von einer strukturellen Kopplung zwischen sozialen und psychischen Prozessen ausgegangen werden (Sommerfeld et al., 2016, S. 7). Dies wurde auch bereits im Gesundheitsbericht 2012 zur psychischen Gesundheit in der Schweiz mit der Aussage «Der Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischem Status und gesundheitlicher Ungleichheit ist für den Bereich der psychischen Gesund-

heit unbestritten» aufgezeigt (Schuler & Laila Burla, 2012, S. 6). Bereits diese Aussagen geben der Sozialarbeit genügend Legitimation, sich als eigenständige Profession in der Psychiatrie zu zeigen und Aufgaben im Zusammenhang mit der sozialen Dimension als eigenständigen Auftrag anzunehmen und zu verantworten. Ein Grund, weshalb die Sozialarbeit nicht eine grössere Rolle im Gesundheitswesen vertritt, sind nach Sommerfeld, et al. (2016) die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen. Das Sozialwesen und das Gesundheitssystem sind komplett getrennte und unterschiedlich aufgebaute Systeme. Da die Sozialarbeit nicht als Gesundheitsberuf anerkannt ist, bewegt sie sich in einer rechtlichen und finanziellen Grauzone, was die Situation der Sozialarbeit als Hilfsprofession in psychiatrischen Kliniken erklärbar macht. Trotz dieser schwierigen Rahmenbedingungen leistet die Sozialarbeit einen sehr wertvollen Beitrag in der Psychiatrie. Das weitgehend brachliegende Feld wird immer wieder von einzelnen Sozialarbeitenden oder Sozialdiensten innovativ genutzt und weiterentwickelt (S. 11-12). Dies wurde auch in einigen Aussagen der eigenen Umfrage im nachfolgenden Kapitel 6.3 ersichtlich. Auf diese wird im Folgenden genauer eingegangen.

### **6.3 Umfrage zum Einbezug von Kindern bei einem stationären Aufenthalt eines Elternteils**

Auch in den stationären Psychiatrien gibt es bezüglich den Unterstützungsmöglichkeiten (der klinischen Sozialarbeit) für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil noch immer Optimierungspotenzial. In der Studie von Stocker et al. (2016) wurde eine notwendige Verbesserung für betroffene Familien in den Bereichen Prävention und Früherkennung sowie im Einbezug von Betroffenen und Angehörigen genannt. In der repräsentativen Befragung wurde festgestellt, dass die psychiatrische Behandlung zu sehr auf die Erkrankung fokussiert ist und weniger auf die soziale Integration (S. 76-77). Angehörige selbst, aber auch Expert\*innen sehen einen grossen Handlungsbedarf im Einbezug von Familienangehörigen. Aufgrund der hohen Belastung des gesamten Familiensystems durch eine psychische Störung ist es wichtig, das Bezugssystem zu stabilisieren. Zusätzlich soll verhindert werden, dass die Angehörigen und insbesondere Kinder so stark belastet sind, dass sie selbst psychisch erkranken (Stocker et al., 2016, S. 79).

Basierend auf dieser Erkenntnis wurden aktuelle Daten über den Einbezug von Kindern in die Erwachsenenpsychiatrie erhoben. Dafür wurden Sozialdienste in mehreren Psychiatrien angefragt. Die Ergebnisse der Umfrage werden anonymisiert dargestellt. Bei der Umfrage handelt es sich nicht um eine wissenschaftlich fundierte Analyse, sondern um einen Einblick in die Praxis. Im Folgenden wird aufgezeigt, wie methodisch vorgegangen wurde, welche Ergebnisse sich zeigten und wie diese einzuschätzen sind.

### 6.3.1 Methodisches Vorgehen

Die Autorinnen haben 31 interne Sozialdienste in stationären Erwachsenenpsychiatrien in der Deutschschweiz für die Umfrage angefragt. Davon haben 21 geantwortet und zehn nicht. Die Psychiatrien wurden im Zufallsprinzip angefragt. Pro Kanton wurde mindestens eine Psychiatrie angefragt. Bei der Umfrage handelt es sich um eine Mischung aus einer quantitativen und qualitativen Umfrage. Die Sozialarbeitenden wurden gefragt, ob sie Kinder während der Behandlung des Elternteils einbeziehen und wie die Art und der Umfang des Einbezuges ist. Zusätzlich wurde nach Gründen gefragt, falls kein Einbezug stattfindet.

### 6.3.2 Darstellung der Ergebnisse

Aus der untenstehenden Abbildung 9 wird ersichtlich, ob die Erwachsenenpsychiatrie die Kinder miteinbezieht oder nicht. In der darauffolgenden Abbildung 10 werden die differenzierten Antworten zur Art des Einbezuges dargestellt.

**Anzahl Psychiatrien mit Einbezug der Kinder**

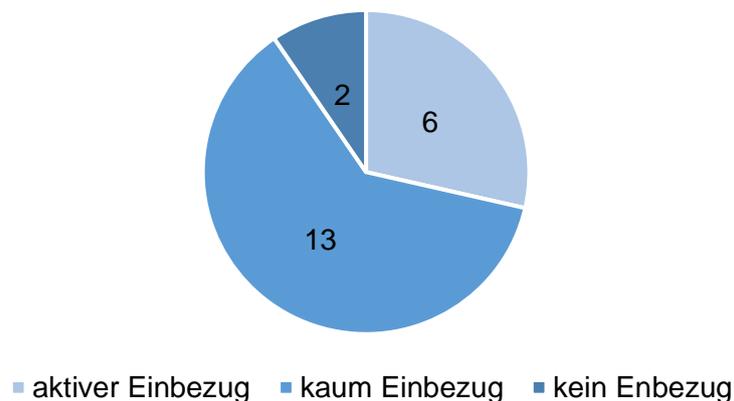


Abbildung 9: Anzahl Psychiatrien mit Einbezug der Kinder (eigene Erhebung)

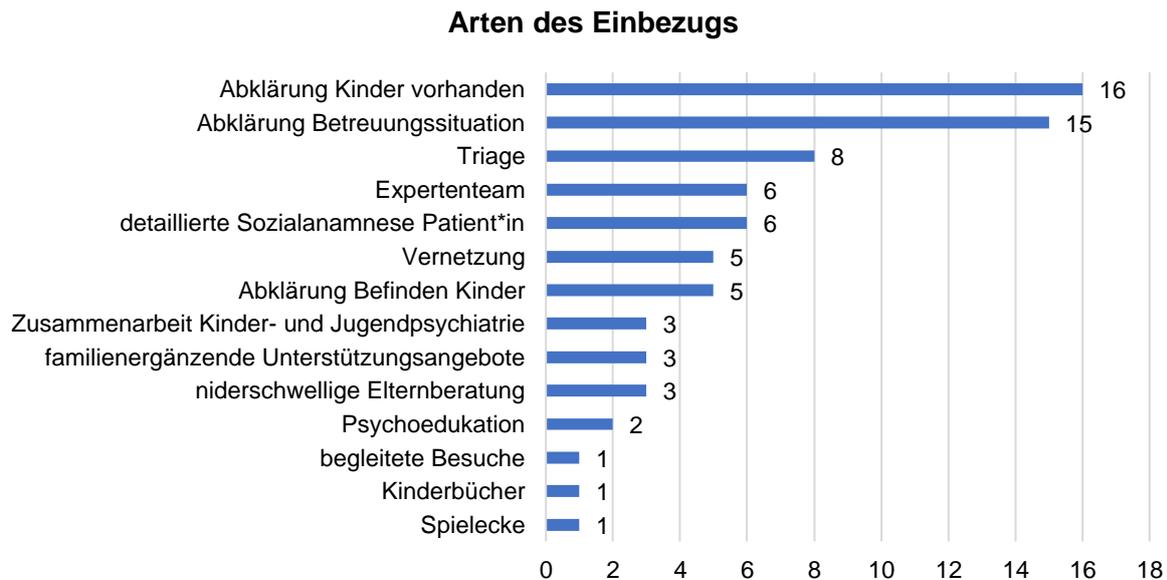


Abbildung 10: Arten des Einbezugs (eigene Erhebung)

Aus der Abbildung 9 ist zu entnehmen, dass zwei Psychiatrien bei der Umfrage angegeben haben, Kinder nicht in die Behandlung miteinzubeziehen. Folgende Gründe wurden genannt: Kein diesbezüglicher Auftrag vorhanden, fehlende zeitliche Ressourcen, fehlende Spezialisierung bei den Fachkräften, jüngere Kinder werden aufgrund des Alters nicht mit einbezogen, Einbezug abhängig von der Dringlichkeit. Die Umfrage zeigte auch auf, dass sechs der Psychiatrien Kinder aktiv in die Behandlung des erkrankten Elternteils mit einbeziehen. Bei 12 Psychiatrien findet kaum ein Einbezug statt.

«Kaum Einbezug» bedeutet, dass bei Eintritt des erkrankten Elternteils nur abgeklärt wird, ob Kinder vorhanden sind, ob die Betreuung sichergestellt wird und teilweise wie das Befinden der Kinder ist. Ein «aktiver Einbezug» bedeutet, dass Kinder bewusst in die Behandlung einbezogen werden. Beispielsweise mit einer Einladung an ein Gespräch, mit Erziehungshilfen für die Eltern, einer Spielecke oder altersgerechten Kinderbüchern zum Verständnis der Störung und Förderung von offener Kommunikation. Diese Abgrenzung wurde aufgrund der im Kapitel vier erwähnten Schutz- und Risikofaktoren und den in der Literatur erwähnten hilfreichen Unterstützungsangeboten (siehe Anhang A) während einer stationären Behandlung getätigt.

Der Umfang des Einbezugs ging bei denjenigen, die die Frage mit «Ja» beantwortet haben, sehr weit auseinander. Aus diesem Grund wurden die differenzierten Antworten gebündelt und in einem Säulendiagramm (siehe Abbildung 10) dargestellt. Dabei gibt es Psychiatrien, welche den Einbezug differenziert gestalten, und Psychiatrien, welche sich auf eine Art des Einbezugs beschränken. 16 der befragten Psychiatrien erfragen, ob Kinder vorhanden sind

und 15 der Psychiatrien erkundigen sich, ob die Betreuung gewährleistet ist. Eine Triage zu spezialisierten Fachstellen wird in acht Psychiatrien vorgenommen. Des Weiteren verfügen sechs Psychiatrien über ein Expertenteam. Eine detaillierte Sozialanamnese der Patient\*innen mit einem vertieften Einblick in das Familienleben wird von sechs Psychiatrien angewandt. Eine Vernetzung mit anderen Institutionen machen fünf Psychiatrien. Ebenfalls fünf der Psychiatrien klären das Befinden der Kinder ab. Drei Psychiatrien arbeiten eng mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammen, bieten familienergänzende Unterstützungsangebote oder niederschwellige Elternberatung an. Betreffend der Psychoedukation (Vermittlung von Störungswissen) werden die Eltern und ihre Kinder von zwei Psychiatrien unterstützt. Kinderbücher und eine Spielecke sind bei einer Psychiatrie vorhanden. Ebenfalls bei einer Psychiatrie findet eine Begleitung bei einem Besuch der Kinder in der Klinik statt.

### **6.3.3 Diskussion der Ergebnisse**

Trotz der nicht wissenschaftlichen Signifikanz dieser Umfrage zeigt sich der durch die Literatur und Studien beschriebene fehlende Einbezug von Kindern in die stationäre Behandlung des Elternteils deutlich. Dabei lässt sich die Hypothese aufstellen, dass sich seit den Erkenntnissen der Studie von Gurny et al. im Jahr 2007 bis heute wenig hinsichtlich des Einbezugs geändert hat. Eine diesbezügliche Sensibilisierung beim internen Sozialdienst und teilweise auch in der gesamten Psychiatrie zeigte sich in der Umfrage jedoch deutlich. Gründe wie die obigen erwähnten fehlenden Ressourcen oder der fehlende offizielle Auftrag durch die Leitung führen jedoch dazu, dass Kinder trotz einer hohen Sensibilisierung nicht aktiv in die Behandlung einbezogen werden.

Wie ein aktiver Einbezug aussehen könnte, lässt sich an zwei Beispielen aus der Umfrage aufzeigen. Als ein Beispiel für einen sehr aktiven Einbezug steht eine Psychiatrie, welche nach dem systemischen Ansatz arbeitet. Ein aufsuchendes mobiles Krisenbegleitungsteam, welches aus unterschiedlichen Disziplinen besteht, hat das Wohlbefinden des Kindes im Fokus und arbeitet nach dem Ansatz des «Open Dialogue». Dabei werden Kinder bei Bedarf in Systemgespräche miteinbezogen. Zusätzlich besteht eine gute Vernetzung zu diversen Angeboten in der Region. In einem anderen Beispiel wird zu Beginn eine differenzierte Sozialanamnese getätigt, bei welcher die Familiensituation detailliert erfasst wird. Des Weiteren werden bereits involvierte Hilfesysteme aktiviert, um vorhandene Ressourcen optimal nutzen zu können. Es werden individuelle Unterstützungsangebote in Zusammenarbeit mit den Eltern aufgelegt. Kinder- und Jugendliche werden bei Bedarf in die Behandlung miteinbezogen und informiert. Es steht eine interne Angehörigenberatung zur Verfügung, die kostenlos genutzt werden kann.

Die sehr unterschiedlichen Interventionsmassnahmen der verschiedenen Institutionen und auch die unterschiedliche Breite an Massnahmen lassen eine sehr grosse Zufälligkeit der Interventionsmassnahmen je nach Region feststellen. Obschon kein Anspruch auf Vollständigkeit besteht, lässt sich doch ein grosser Handlungsbedarf bezüglich eines aktiveren Einbezugs, einer höheren Vernetzung und einer regionsübergreifenden ähnlichen Handhabung aufzeigen.

Nachfolgend werden Möglichkeiten eines Einbezugs von Kindern durch die klinische Sozialarbeit aus der Literatur dargestellt. Diese basieren auf den spezifischen Schutzfaktoren (vgl. 4.3) wie beispielsweise dem Krankheitswissen, einem offenen Umgang mit der psychischen Störung in der Familie oder einem stabilen sozialen Umfeld.

## **6.4 Einbezug der Kinder**

In Bezug auf den Einbezug zeigen sich komplexe Problemstellungen. Betroffene Familien können aufgrund fehlender Möglichkeiten nicht schnell und niederschwellig erreicht werden, obwohl ein rasches Handeln für die Situation betroffener Kinder wichtig wäre. Nach Hefti et al. (2016) ist die Niederschwelligkeit der Angebote für eine wirksame Prävention von zentraler Bedeutung. Durch eine Angliederung der Angebote an die Erwachsenenpsychiatrie oder durch gemeinsame Behandlungsangebote mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie könnte dies erreicht werden (S. 97). Die Erwachsenenpsychiatrie ist die einzige Institution, die zu Elternteilen mit einer psychischen Störung stationär, teilstationär und ambulant Kontakt hat. Zudem kann sie die Elternteile fachlich adäquat einschätzen, weshalb sie ein grosses präventives Potenzial hat. Dieses könnte sie entfalten, indem sie versucht, den Hilfebedarf von Familien mit Kindern zu erkennen, gefährdete Kinder erfasst und betroffene Familien unterstützt (Franz & Kettemann, 2014, S. 146). Wie die klinische Sozialarbeit in der stationären Psychiatrie den Hilfebedarf von Familien erkennen (vgl. 6.4.1) und welche Unterstützungsmöglichkeiten sie anbieten kann, wird im Folgenden aufgezeigt.

### **6.4.1 Psychodiagnostisches Screening der Kinder und Familien**

Fragen nach vorhandenen Kindern und der familiären Situation ist noch nicht in allen Psychiatrien Standard beim Eintritt. Eine sorgfältige Erhebung wäre aber für die Betroffenen und für eine gelingende Behandlung zentral. Vor allem bei Familien mit multipler Risikobelastung und mehreren psychisch erkrankten Familienmitgliedern zeigt sich eine besondere Herausforderung in der Behandlung, da diese kaum auf familiäre Ressourcen zurückgreifen können (Kronmüller & Driessen, 2012, S. 51). Um einen Überblick über die Situation und den Unterstützungsbedarf der psychisch kranken Elternteile mit Kindern zu erhalten, ist eine klassische

Familienanamnese unzureichend (Kronmüller & Driessen, 2012, S. 55-56). In Erwachsenenpsychiatrien braucht es routinemässige Fragen zu den Kindern in den Aufnahme- und Anamnesegesprächen mit dem psychisch kranken Elternteil (Lenz, 2014a, S. 79). Aufgrund der oftmals vorhandenen Ängste sowie den Schuld- und Schamgefühlen der Eltern ist es wichtig, auf eine vorsichtige Gesprächsführung zu achten, welche das Thema Elternschaft und Kinder langsam und behutsam angeht (ebd., S. 80).

Gemäss Silke Wiegand-Grefe et al. (2019) sollten die Ressourcen, Resilienz und die mögliche Teilhabebeeinträchtigung innerhalb der Familie ausfindig gemacht werden (S. 48). Dies ermöglicht nebst der psychiatrischen Symptomatik die Einleitung von passgenauen, systemübergreifenden Unterstützungsangeboten. Mit einem psychodiagnostischen Screening der Familien kann der Unterstützungsbedarf des Kindes während und nach dem Klinikaufenthalt erfasst werden und falls erforderlich, eine Unterstützung für die Verbesserung der Situation des Kindes aufgegleist werden. Ein psychodiagnostisches Screening der Kinder und Familien sollte systematisch eingerichtet werden und ihre Anwendung finden (Silke Wiegand-Grefe et al., 2019, S. 48). Folgende Themenbereiche zu Familie und Kinder können diagnostisch erfragt werden:

- Aktuelles Familienleben (z. B. «Wie hat sich der Familienalltag durch die elterliche Erkrankung verändert? »)
- Kinder (z. B. «Wo sind die Kinder und wer sorgt für sie während des Klinikaufenthalts? »)
- Hilfe- und Unterstützungsbedarf (z. B. «Machen Sie sich Sorgen um die Kinder? »)
- Inanspruchnahme professioneller Hilfen für die Kinder (z. B. «Gab es bereits Kontakte zur KESB, zur Erziehungsberatungsstelle etc.? ») (Lenz, 2014a, S. 80-81)

Ergänzend zu den Fragen können unterschiedliche Methoden unterstützend eingesetzt werden. Zum Beispiel kann das Erstellen von Sozio- und Genogrammen hilfreich sein, um ein Bild über die Gesamtsituation der sozialen Netze und Familieninformationen der Patient\*innen zu erhalten (Riki van den Broek, Marite Pleininger-Hoffmann, Carmen Leichsenring-Driessen & Michael Leggemann, 2012, S. 61).

Die Fragen, welche bei einem psychodiagnostischen Screening bei Patient\*innen auftauchen, müssen in der Behandlung bearbeitet und Lösungsansätze so weit als möglich entwickelt werden (Kronmüller & Driessen, 2012, S. 55-56). Auch während eines Klinikaufenthalts sollten psychisch kranke Elternteile in ihrer elterlichen Funktion gestärkt und beraten werden. Es sollte eine spezifische Elternberatung für die Patient\*innen zur Verfügung stehen (Deneke,

2005, S. 150). Denn wie in Kapitel 4.3 zählt die Erziehungskompetenz zu den zentralen familiären Schutzfaktoren.

#### **6.4.2 Netzwerkarbeit**

Zu einer hilfreichen klinischen Sozialarbeit für betroffene Kinder gehört eine enge Vernetzung und Kooperation mit anderen Fachkräften aus dem Gesundheits- und Bildungssystem (Helmut Pauls, 2013, S. 317). Eine ungenügende oder ungeklärte Betreuungs- und Versorgungssituation speziell während eines Klinikaufenthalts belastet die Eltern zusätzlich und wirkt sich häufig hinderlich auf den Behandlungsverlauf und damit den Genesungsprozess des erkrankten Elternteils aus. Zusätzliche professionelle Hilfe für die Kinder und ihre Familien kann die Belastung und das Erkrankungsrisiko der Kinder minimieren. Gleichzeitig ist sie förderlich für die Behandlung des erkrankten Elternteils (Lenz, 2014a, S. 73-74). In Bezug auf betroffene Kinder hat die klinische Sozialarbeit Vernetzungsmöglichkeiten zu verschiedenen Unterstützungsangeboten. Zum einen kann eine Vernetzung zu Freizeit-, Ferien-, Nachmittags- bzw. Hausaufgaben-/Betreuungsangeboten stattfinden. Des Weiteren können praktische Hilfen, wie zum Beispiel Patenschaftsmodelle für die Entlastung des gesunden Elternteils, die Aktivierung gesunder Verwandter, familienergänzende Betreuung oder eine sozialpädagogische Familienhilfe eine sinnvolle Unterstützung darstellen (Gehrmann & Sumargo 2009, S. 391). Das präventive Potenzial der Psychiatrie kann zusätzlich entfaltet werden, indem betroffene Familien mit den Hilfesystemen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendhilfe vernetzt werden. Die Erwachsenenpsychiatrie hat den Vorteil, dass sie die betroffenen Familien mit Hilfsangeboten in Kontakt bringen kann, jedoch nicht die Therapie der Kinder übernimmt und nicht in die Rechte der Familien eingreift. Eine Bedingung für eine erfolgreiche Prävention wäre, dass die oben erwähnten Unterstützungsangebote regelfinanziert sind und dass in der Erwachsenenpsychiatrie genügend Bewusstsein für die Problematik vorhanden ist (Franz & Kettemann, 2014, S. 146).

#### **6.4.3 Rahmenbedingungen für einen Klinikbesuch der Kinder**

Beobachtungen von Klinikmitarbeitenden weisen darauf hin, dass die jüngeren Kinder unbefangener und lockerer während eines Klinikbesuchs des psychisch kranken Elternteils sind. Dahingegen fühlen sich insbesondere die älteren Kinder unwohl (Lenz, 2014a, S. 142). Diese Abwehrhaltung steht in engem Zusammenhang mit dem Verhalten der Eltern. Denn viele Elternteile lehnen einen Klinikbesuch der Kinder konsequent ab. Jüngeren Kindern wird der Klinikaufenthalt teils verheimlicht. Ein Grund für die Abwehrhaltung ist Angst, dass die Kinder vom Erleben der «Psychiatrie» einen Schaden erleiden können. Ein weiterer Grund ist, dass viele Eltern nicht wollen, dass ihre Kinder ihren akuten Zustand und die damit einhergehenden

Veränderungen in der Persönlichkeit erleben. Des Weiteren ist es einigen Patient\*innen ein Anliegen, dass sie Abstand von der Familie finden können, um Zeit für sich zu haben, um eigene Wünsche und Bedürfnisse besser wahrnehmen zu lernen und gewissermassen Entlastung von der alltäglichen Verantwortung zu erhalten (Lenz, 2014a, S. 143). Elternteile sind je nach Krankheitsstadium überfordert mit der Situation eines Besuchs der Kinder. Deshalb ist es vor allem für schwer kranke Patient\*innen wichtig zu wissen, dass die Besuche zeitlich begrenzt bleiben. Häufig haben Patient\*innen jedoch Freude an einem Besuch ihrer Kinder und lösen bei deren psychisch kranken Elternteilen positive Gefühle aus. So können sie daraus neue Kraft und Motivation für die Behandlung schöpfen (Lenz, 2014a, S. 145).

Gründe für die aktuelle Lage des Einbezugs sind jedoch auch auf Seiten der Psychiatrie zu finden. Dabei spielt teils die Unsicherheit der Klinikmitarbeitenden im Umgang mit den Kindern eine Rolle. Mitarbeitenden fehlen Wissen und Methoden, um mit Kindern Gespräche über die elterliche Erkrankung führen zu können (Lenz, 2014a, S. 143). Fortbildungen im Bereich der Gesprächsführung mit Kindern, Wissen über Belastungen der Kinder sowie eine Sensibilisierung für Frühwarnzeichen sind hier seitens der Mitarbeitenden gewünscht. Eine kindergerechte beziehungsweise ansprechende räumliche Ausstattung in der Klinik ist gefragt, damit Schwellen gesenkt werden können. Auch sollen mehr Spiel- und Betätigungsmöglichkeiten für Kinder bereitgestellt werden. Diese sollen auf der Station beispielsweise durch eine Spielecke, einem Familienzimmer oder einem Spielplatz auf dem Klinikgelände vorhanden sein. Die Kinder kommen lieber in die Klinik, wenn Beschäftigungsmöglichkeiten vorhanden sind, sie sich bewegen können und nicht still dabeisitzen müssen (Lenz, 2014a, S. 144). Solche Anpassungen wären mit wenig Ressourcen zu erreichen, würden jedoch zu einem durchaus besseren und kindergerechteren Einbezug in den Klinikalltag führen (Lenz, 2014a, S. 146).

#### **6.4.4 Psychoedukation**

Psychoedukation bedeutet allgemein Patient\*innen sowie deren Angehörige über eine Krankheit und ihre Behandlung aufzuklären. Auch gehört dazu, ihr Krankheitsverständnis und einen besseren Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen (vgl. 4.3). Die Psychoedukation sollte mit einer dialogischen Haltung durchgeführt werden. Kindern soll es möglich sein, Fragen stellen zu können. Die Anliegen und Fragen der Kinder sind individuell sehr unterschiedlich und verändern sich im Verlauf der psychischen Störung. Beispielsweise kommen bei einer akuten Krankheitsphase, die eine Klinikeinweisung zur Folge hat, andere Fragen auf, als wenn sich der Gesundheitszustand stabilisiert hat. Die Psychoedukation sollte in Form von Familiengesprächen durchgeführt werden. Durch die Unterstützung einer Fachperson kann dadurch die Familie ermutigt werden, mit der psychischen

Störung offener und aktiver umzugehen. Familiengespräche sollten jedoch erst erfolgen, nachdem Eltern und Kinder in getrennten Gesprächen sorgfältig vorbereitet worden sind. Denn meistens braucht es ein solches Vorgespräch, bei welchem sie ihre Ängste in Bezug auf die Aufklärung über die Krankheit offenbaren können, damit sie sich beim Familiengespräch öffnen können (Lenz, 2014a, S. 310-312). Beim Vorgehen einer sinnvollen Psychoedukation müssen altersspezifische Aspekte und die kognitiven Fähigkeiten des Kindes berücksichtigt werden. Zudem sollte die Psychoedukation immer am vorhandenen Wissen, am subjektiven Erleben und an den Informationsbedürfnissen der Kinder anknüpfen. Aufbauend auf dem Vorwissen der Kinder kann mit der Psychoedukation im Familiensetting begonnen werden. Im ersten Gespräch sollten die Kinder erfahren, dass die Mutter oder der Vater krank ist, wie die Krankheit heisst, dass der Elternteil in der Klinik ist und welche Veränderungen sich für sie momentan ergeben werden (Lenz, 2014a, S. 314-317). Unterlagen für eine altersgerechte Psychoedukation werden beispielsweise im Buch «Ressourcen fördern» von Lenz (2016) zur Verfügung gestellt und können bei Bedarf in Gespräche mit dem Kind eingebaut werden.

Gehrmann und Sumargo (2009) befürworten eine kindgerechte Psychoedukation. Einerseits, weil sie ein zentraler Schutzfaktor für das Kind darstellt (S. 390) und andererseits, weil Präventionsansätze für Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil nur dann effektiv sind, wenn die Psychoedukation ein Teil davon ist (ebd.). Ideal wäre es, wenn die Psychiatrien Gruppenangebote für Kinder und ihre Eltern mit kindgerechten Informationen im Umgang mit psychischen Störungen der Eltern anbieten würden (Gehrmann & Sumargo, 2019, S. 391). Ein Good Practice Beispiel für Psychoedukation in der Psychiatrie ist das Psychoedukationskonzept, welches von der Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR) und der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Kantons Graubünden (KJP Graubünden) erarbeitet wurde (vgl. 5.1) (Elisabeth Schmidt, Suzanne von Blumenthal & Jörg Leeners, 2012, S. 594).

#### **6.4.5 Kinder- und Jugendhilfe-Sprechstunde in der Klinik**

Des Öfteren brauchen betroffene Kinder und Elternteile zur gleichen Zeit psychiatrische Behandlung oder Jugend- und/oder Familienhilfe, beispielsweise eine Beratung vom kjz oder eine Mütter- und Väterberatung. Eine intensive Zusammenarbeit dieser Helfefelder ist notwendig, damit ihre Angebote funktionieren. Damit die Kooperation erfolgreich ist, muss die Wechselwirkung zwischen der Familie und der psychischen Störung stets berücksichtigt werden (Kronmüller & Driessen, 2012, S. 55-56).

Auch falls die Kinder nicht in Behandlung sind, ist eine Kooperation wichtig. Eine Möglichkeit hierfür ist es, Sprechstunden der Kinder- und Jugendhilfe in der Klinik durchzuführen. Diese

zielen darauf ab, die Eltern mit den Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe bekannt zu machen und die Hemmschwelle, diese Hilfen in Anspruch zu nehmen, zu minimieren. Dadurch soll noch während des Klinikaufenthalts passende Unterstützungen aufgegleist werden. Meistens kommt es in Krisenzeiten eher zu einer Annahme eines Hilfsangebots. Betroffene Eltern und Mitarbeitende der Klinik kennen das umfangreiche Leistungsspektrum der Kinder- und Jugendhilfe in vielen Fällen nicht ausreichend. Noch immer besteht in der Praxis ein grosser Aufholbedarf der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Psychiatrie. Es ist wichtig, die Eltern zu ermutigen, hilfreiche Unterstützungsangebote für sich und ihre Kinder anzunehmen. Auch soll dagegengewirkt werden, dass die Kinder- und Jugendhilfe von den Familien als Bedrohung gesehen wird, sondern vielmehr als Unterstützung (Van den Broek, Pleininger-Hoffmann, Leichsenring-Driessen & Leggemann, 2012, S. 63).

Ein Good Practice Beispiel für die Kinder- und Jugendhilfe in der Klinik stellt das Beratungsangebot «SanaChild» des Jugendhilfezentrums Horgen-Adliswil (kjj) im Sanatorium Kilchberg dar. Im Herbst 2020 wurde der neuartige Beratungsansatz «SanaChild» in ein ständiges Angebot des Kinder- und Jugendhilfezentrums Horgen-Adliswil (kjj) überführt. Der Ansatz wurde entwickelt, damit die Beratung der Jugend- und Familienhilfe (JFH) des kiz psychisch kranke Elternteile im Sanatorium Kilchberg (Psychiatrie) erreichen kann. «SanaChild» ist leicht zu realisieren und zu kopieren. Die JFH berät Patient\*innen mit Kindern dabei nicht wie gewohnt in ihren Büros, sondern bieten unverbindliche Kurzberatungen in der Psychiatrie an, unabhängig vom Wohnsitz. Zwei Sozialarbeitende der JFH führen die Beratungen abwechselnd jeweils einen halben Tag pro Woche durch.

Die ersten zehn Monate des Pilotprojektes wurden von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) wissenschaftlich begleitet. Dabei konnte festgestellt werden, dass das Angebot auf Interesse stösst und einen niederschweligen wie auch geeigneten Ansatz für diese vulnerable Zielgruppe darstellt. Innerhalb von zehn Monaten fanden 59 Beratungen auf Nachfrage von Patient\*innen statt. Die ZHAW eruierte, dass am häufigsten die Sorge um die Kinder, Fragen zur Erziehung und die Frage, wie die Krankheit den Kindern altersgerecht kommuniziert werden kann, während der Beratung zum Thema wurde. In den Beratungen wurden zu einem Drittel JFH-Angebote und zu zwei Dritteln andere Hilfsangebote empfohlen. Optimierungspotenzial zeigte sich auch hier in einer besseren Vernetzung zwischen den Sozialarbeitenden des kjj und den Fachpersonen des Sanatoriums Kilchberg durch einen Wissensaustausch und in einer stärkeren Einbindung von Kindern in die Behandlung des erkrankten Elternteils (René Meyer, 2021, S. 10-11).

#### 6.4.6 Angehörigen-Sprechstunde

Viele Angehörige sind durch Unsicherheiten und Schuldfragen belastet. Deshalb geht es bei den «Angehörigen-Sprechstunden» vor allem darum, die Kinder mit passenden Angeboten zu entlasten. Die psychische Störung und Behandlung des Elternteils stehen dabei im Hintergrund, vor allem da Auskünfte ohne deren Anwesenheit verboten sind. Bei diesen Sprechstunden, welche beispielsweise wöchentlich angeboten werden, stehen die Sozialarbeitenden als Ansprechpartner\*innen zur Verfügung (Van den Broek, Pleininger-Hoffmann, Leichsenring-Driessen & Leggemann, 2012, S. 62).

In der Schweiz gibt es spezialisierte Beratungsangebote für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil und ihren minderjährigen Kindern. Als Good Practice Beispiel kann das Beratungsangebot der Fachstelle für Angehörige der Psychiatrischen Dienste Aargau AG genannt werden. Das Angebot existiert seit 2012. In einem ersten Gespräch mit einem Elternteil oder beiden Eltern wird geklärt, mit welchen nächsten Schritten die betroffenen Kinder gestärkt und die Familie in der belastenden Situation unterstützt werden kann. Teils haben die Eltern noch nie mit ihren Kindern über ihre Erkrankung gesprochen. In solchen Fällen werden die Eltern darin bestärkt, ihre psychische Störung gegenüber ihren Kindern zu enttabuisieren. Meistens findet ein zweites Gespräch mit den Kindern statt. Dabei steht die Psychoedukation der Kinder in enger Zusammenarbeit mit den Eltern im Mittelpunkt. Ziel ist es, die Kinder von möglichen Schuldgefühlen zu entlasten und ihnen altersgerecht die psychische Störung des Elternteils zu erklären. Den Kindern wird erklärt, dass zur Psyche die Gefühle, die Sinneswahrnehmungen, die Gedanken und Denkabläufe, das Verhalten und das Handeln zählen. Auch wird übermittelt, welche Bereiche bei der Mutter oder beim Vater durch die Krankheit beeinträchtigt ist. Die Kinder erhalten so die Möglichkeit über Veränderungen, die sie zu Hause erleben, zu sprechen. Altersgerechte Bilder und Bücher können diesen Prozess unterstützen. Nebst der altersadäquaten Aufklärung über die psychische Störung gibt es auch Einzelsitzungen mit den Kindern. Dabei soll der Zugang der Kinder zu ihren eigenen Gefühlen und Bewältigungsstrategien im Umgang mit der psychischen Störung und anderen herausfordernden Situationen im Alltag verbessert werden. Auch hier werden je nachdem wie alt das Kind ist, kreative Methoden wie Zeichnungen, Sand und Spielfiguren eingesetzt. Ein weiterer Bestandteil des Beratungsangebots liegt in der Aktivierung von Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, welche den Kindern in Krisenzeiten Sicherheit und emotionalen Rückhalt bieten können. Kinder und Eltern werden zudem bei Bedarf unterstützt, passende Freizeitbeschäftigungen zu finden (Albermann & Müller, 2018b, S. 12).

#### **6.4.7 Sozialpädagogische Familienbegleitung**

Eine sozialpädagogische Familienbegleitung (SpF) kann die Situation von betroffenen Kindern verbessern, indem sie die Familie vor Ort aufsucht und bei familiären Schwierigkeiten Hilfe leistet. Dabei arbeitet die SpF mit den Ziel- und Anspruchsgruppen individuell, vernetzt und rollengerecht zusammen (Avenir Social, 2017, S. 1). Im Mittelpunkt dieser kontinuierlichen und umfassenden Begleitung steht immer das Kindeswohl und die kindliche Entwicklung (ebd.). Die SpF wird meist in Form von Hausbesuchen über eine begrenzte Zeitspanne durchgeführt (Avenir Social, 2014, S. 3). Die SpF dient dabei als Mittel zur sozialen Problemlösung oder -linderung und wird oft zu diesem Zweck eingesetzt (Andreas Rhyner, 2017, S. 32). Aus diesem Grund bietet sich die SpF für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil an. Sie kann dabei Entlastung bei elterlichen Pflichten bieten, situativ in der Alltagsbewältigung unterstützen und eine Beziehungs- und Vertrauensbasis mit der Familie schaffen.

#### **6.4.8 Mutter-Kind-Stationen für Säuglinge und Kleinkinder**

Die Mutter-Kind-Stationen sind das einzige Angebot, welches nicht durch die Sozialarbeit gemacht wird, erweist sich jedoch vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern als hilfreiche Unterstützungsform. Hans-Peter Hartmann (2001) ist zuversichtlich, dass durch eine Mutter-Kind-Behandlung die Bindungssicherheit und eine stabilere Entwicklung des Kindes gefördert werden können (S. 548). Dadurch kann das Kind ein Wir-Erlebnis erfahren und Ängste abbauen. Seitens der Mutter wird ein Kompetenzerleben ermöglicht. Das bedeutet, dass sie sich Selbstorganisation und kreatives Handeln für (zukunfts-)offene Problem- und Entscheidungssituationen aneignen kann (ebd.). Das Kind befindet sich bei einer Aufnahme im Besucherstatus. Die Betreuung übernimmt beispielsweise eine bereits vorhandene Bezugsperson, eine Tagesmutter oder therapeutische Mitarbeitende, während den Kinderspielgruppen. Dadurch kann die Mutter beziehungsweise der Vater an den Therapien teilnehmen. Grundsätzlich ist die Mutter oder der Vater für ihr Kind zuständig und verantwortlich. Dies bedeutet, dass sie ihr Kind überwiegend selbst versorgen. Erforderliche Unterstützung, wie zum Beispiel durch eine Pflegefachperson oder eine Hebamme, kann hinzugezogen werden (Van den Broek, Pleininger-Hoffmann, Leichsenring-Driessen & Leggemann, 2012, S. 61). Der Umgang mit Kleinkindern mit einem psychisch kranken Elternteil stellt für die Erwachsenenpsychiatrie eine besondere Herausforderung dar. Dazu bräuchte es künftig zusätzliche Mutter-Kind-Stationen. Heute sind diese meist komplett belegt und es gibt lange Wartelisten (Stocker et al., 2016, S. 79).

#### **6.4.9 Präventionsprogramm «Ressourcen fördern»**

Abschliessend wird ein umfangreiches Good Practice Beispiel, welches mehrere der vorher genannten Unterstützungsmöglichkeiten beinhaltet, aufgezeigt. Die Kinder werden dabei vom Klinikeintritt an bis zum Klinikaustritt der Elternteile einbezogen. In Deutschland hat Albert Lenz (2010) auf der Grundlage der Resilienz- und Bewältigungsforschung ein multimodales familienzentriertes Präventions- und Interventionsprogramm entwickelt. Dabei werden Schutzfaktoren gefördert und gleichzeitig die Kooperation der beiden Versorgungssysteme Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Erwachsenenpsychiatrie verbessert. Lenz (2010) nennt eine funktionierende Zusammenarbeit zwischen den beiden Versorgungssystemen als Grundvoraussetzung für eine wirksame Unterstützung der gesamten Familie. Dafür bedarf es einer schriftlich fixierten Absprache und Klärung der Verantwortungsbereiche, um im Einzelfall innerhalb der Einrichtungen wirksam handeln zu können (S. 28). Aufbauend auf der klinischen Diagnostik soll in einem ersten Schritt eine differenzierte Einschätzung der Belastungen, Probleme und Ressourcen des Familiensystems gemacht werden. Dafür sollen Informationen von mehreren Quellen zusammengetragen werden. In einem zweiten Schritt wird die familiäre Kommunikation gefördert. Diese soll helfen, einen Weg aus der innerfamiliären Sprachlosigkeit zu finden. Das kann beispielsweise anhand einer Familienkonferenz (Thomas Gordon, 1970) durchgeführt werden. Die Familienkonferenz ist ein Kommunikations-Modell, mit welchem Familienkonflikte gemeinsam und fair gelöst werden sollen. Ziel ist es, die Eltern-Kind Kommunikation zu verbessern, indem die Familienmitglieder offen miteinander über Gefühle und Belastungen sprechen. In einem nächsten Schritt soll das Thema Elternschaft und Kinder Raum in der Behandlung erhalten. Nach Abklärung der Situation sollen Kinder aktiv im Rahmen eines Familiengesprächs in die Behandlung des Elternteils miteinbezogen werden, um Unsicherheiten und Fragen klären zu können und Problemlösungskompetenzen innerhalb der Familie zu fördern. Vor allem für Kinder haben verlässliche und vertrauensvolle Bezugspersonen einen stabilisierenden Faktor in Krisenzeiten. Deshalb werden in einem nächsten Schritt verschiedene Strategien zur Förderung sozialer Ressourcen aufgezeigt. Dafür können beispielsweise Netzwerkkarten dienen oder eine Netzwerkkonferenz, bei welchem Personen teilnehmen, die Entlastung in die Situation bringen können. Ein zentrales Ziel dieses Schrittes ist es, einen Krisenplan für das Kind zu erstellen, welcher in Situationen eingesetzt wird, wo das Kind vorübergehend nicht ausreichend durch den erkrankten Elternteil versorgt werden kann. Das Kind kann sich somit in Krisensituationen an eine Vertrauensperson wenden und wird dadurch in seiner Verantwortung entlastet. Gleichzeitig werden auch die Eltern in ihren Sorgen um die Versorgung der Kinder entlastet. In einem letzten Schritt erhält das Kind alters- und entwicklungsgerechte Krankheitsinformationen und lernt, wie es sich im Alltag gegenüber

dem erkrankten Elternteil verhalten soll, wie sich das Familienleben verändert und dass sie an der Situation des Elternteils keine Schuld tragen (S. 29-32).

## **6.5 Herausforderungen in der Praxis**

Was den Optimierungsbedarf in Bezug auf den Ressourceneinsatz und die Vernetzung betrifft, zeigt die Studie von Stocker et al. (2016) auf, dass ein Ausbaubedarf an ambulanten Strukturen, interdisziplinären Teams und aufsuchenden Angeboten besteht (S. 101-102). Aufgrund der Finanzierungsproblematik in der Schweiz erfolgt der strukturelle Ausbau jedoch nur spärlich (ebd.). Eine weitere Herausforderung zeigt sich dabei, dass die Erwachsenenpsychiatrie und das Aufgabenfeld der Sozialen Arbeit, wie beispielsweise die Kinder- und Jugendhilfe zwei sehr unterschiedlich funktionierende Systeme sind. Sie haben einen anderen gesellschaftlichen Auftrag und sprechen auch eine andere Ziel- und Adressatengruppe an. Der psychiatrische Zugang erfolgt auf einer medizinischen, diagnostischen und therapeutischen Grundlage. Zwar sind Angehörige ein wichtiger Baustein der therapeutischen Arbeit in Erwachsenenpsychiatrien, jedoch stehen die Behandlung und Bedürfnisse der Patient\*innen und nicht des gesamten Familiensystems im Mittelpunkt. Bei der Kinder- und Jugendhilfe liegt beispielsweise ein sozialpolitischer und sozialpädagogischer Auftrag vor. Diese unterschiedlichen Aufträge bieten strukturelle Konflikte in der Zusammenarbeit der Psychiatrie und der Sozialen Arbeit, da die Interessen und Bedürfnisse des erkrankten Elternteils und die des Kindes nicht immer übereinstimmen (Wagenblaus & Schone, 2001, S. 582). Auch Lenz (2014a) macht auf die Problematik der unterschiedlichen gesellschaftlichen Aufträge der beiden Systeme aufmerksam und fügt an, dass sie zu wechselseitig verzerrten Wahrnehmungen führen (S. 328). Daraus entstehen weitere Hindernisse für eine gelingende Kooperation. Auf der einen Seite wird die Kinder- und Jugendhilfe und insbesondere die KESB oftmals auf ihre Kontrollfunktion reduziert. Dadurch werden ihre Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung übersehen. Auf der anderen Seite gibt es bei der Kinder- und Jugendhilfe die Ansicht, dass in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie die Kinder oftmals für die Heilung der Eltern instrumentalisiert werden, ohne die Befindlichkeit und Bedürfnisse der Kinder miteinzubeziehen. Die Lösung für dieses Dilemma wird in einer systematisierten Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Erwachsenenpsychiatrie gesehen (ebd.). Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen den Institutionen muss die Perspektive der anderen Institutionen nachvollziehbar sein. Eine gemeinsame Kommunikation ist jedoch durch die Schweigepflicht und den Datenschutz erschwert (Kronmüller & Driessen, 2012, S. 56).

## 6.6 Fazit

Um dieses Kapitel abzuschliessen, wird die dazugehörige Fragestellung beantwortet.

- Welche Unterstützungsmöglichkeiten bietet die klinische Sozialarbeit im stationären Setting, um die Risikofaktoren der betroffenen Kinder zu mindern und die Schutzfaktoren zu stärken und was sind die Herausforderungen?

Die eigene Umfrage der Autorinnen zeigte, dass in der Schweiz kaum ein aktiver und systematischer Einbezug der betroffenen Kinder in der stationären Erwachsenenpsychiatrie stattfindet. Dabei wurden Gründe wie fehlende zeitliche Ressourcen, fehlender Auftrag oder das Alter der Kinder genannt. Es zeigte sich jedoch auch, dass Psychiatrien, welche einen aktiven Einbezug von Kindern fördern, bereits viele der oben aufgezeigten Unterstützungsmöglichkeiten umsetzen. Das präventive Potenzial der Erwachsenenpsychiatrie liegt darin, den Hilfebedarf von Familien mit Kindern zu erkennen, gefährdete Kinder zu erfassen und betroffene Familien zu unterstützen. Beim Einbezug der Kinder ist es wichtig, gewisse Rahmenbedingungen zu erfüllen. Dazu gehören seitens der Fachpersonen unter anderem Fortbildungen im Bereich der Gesprächsführung mit Kindern, Wissen über Belastungen der Kinder sowie eine Sensibilisierung für Frühwarnzeichen. Für die Erkennung des Hilfebedarfs sollte ein psychodiagnostisches Screening der Kinder und Familien systematisch umgesetzt werden. Durch die systemische Sichtweise der Sozialarbeit kann die gesamte soziale Situation von Familien betrachtet werden. Sozialarbeitende in den Psychiatrien sind gut mit anderen Institutionen vernetzt und können die psychisch kranken Elternteile und deren Kinder mit passenden Angeboten von unterschiedlichen Institutionen zusammenbringen. Zudem kann die klinische Sozialarbeit mit Psychoedukation Familien unterstützen, einen besseren Umgang mit der Krankheit zu finden.

Um auch Säuglinge und Kleinkinder altersadäquat unterstützen zu können, benötigt es einen Ausbau von Mutter-Kind Stationen. Zudem ist schweizweit ein Ausbau von ambulanten Strukturen, interdisziplinären Teams und aufsuchenden Angeboten erforderlich. Eine erfolgreiche Unterstützung kann zudem durch eine bessere Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Erwachsenenpsychiatrie geleistet werden. Des Weiteren braucht es definierte Ansprechpartner\*innen in Kinder- und Jugendzentren und der Psychiatrie, einen einheitlichen Umgang mit Datenschutz und Schweigepflicht und gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen. Nebstdem ermöglichen methodische, institutionelle und materielle Rahmenbedingungen für Klinikbesuche der Kinder einen kindergerechteren Einbezug im Klinikalltag. Abschliessend ist zu sagen, dass es bereits erfolgreich evaluierte «Good-Practice Modelle» zum Einbezug der Kinder gibt, welche es nun auf breiter Basis zu implementieren gilt.

## 7 Schlussfolgerung

In den Schlussfolgerungen wird die übergeordnete Fragestellung aus dem ersten Kapitel zusammenfassend beantwortet. Zudem werden persönliche Schlussfolgerungen durch die Autorinnen gezogen. Zum Schluss erfolgt ein Ausblick über notwendige Schritte für eine bessere Unterstützung von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil und einem stärkeren Einbezug von minderjährigen Kindern in die stationäre Behandlung des erkrankten Elternteils.

### 7.1 Beantwortung der übergeordneten Fragestellung

- Wie kann die Sozialarbeit im Allgemeinen und spezifisch in der Erwachsenenpsychiatrie Kinder eines psychisch kranken Elternteils in deren Entwicklung unterstützen?

In dieser Arbeit wurde dargelegt, wie hoch die Belastung für Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil ist und dass trotz der schon länger erkannten Risiken ein grosser Handlungsbedarf besteht. Kinder sollen nicht erst Unterstützung erhalten, wenn sie selbst Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Hochbelastete Familien sollen ab Geburt eines Kindes bei Bedarf niederschwellige und spezifische Unterstützung erhalten. Mehrere Studien zeigten auf, dass die Situation in den letzten Jahren mehr Beachtung erhielt und diesbezüglich spezifische Angebote geschaffen wurden. Es bestehen jedoch Zugangshürden, die eine frühzeitige und niederschwellige Unterstützung erschweren. Dies sind fehlende Leitlinien und Ressourcen im Hilfesystem, unzureichende Vernetzung zwischen Fachpersonen, Ablehnung von Hilfen aufgrund Stigmatisierung sowie finanzielle Hürden. Basierend auf dieser Erkenntnis wurden Möglichkeiten für eine wirksamere Prävention diskutiert. Es bedingt zentralen Anlaufstellen und einer gut funktionierenden Vernetzung aller Disziplinen und Fachpersonen, welche mit Familien in Kontakt stehen und die Risiken von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil erkennen können. Die Soziale Arbeit trägt in dieser Hinsicht auf unterschiedlichen Ebenen eine grosse Verantwortung. Auf politischer Ebene benötigt es Veränderung hin zu einem Ausbau von präventiven Massnahmen für Familien mit Unterstützungsbedarf Familien sollen niederschwellig und kostengünstig Zugang zu unterstützenden Angeboten erhalten. Mit evidenzbasierten niederschweligen Präventionsmassnahmen wie den «Frühen Hilfen» aus Österreich könnte ein Vorstoss in diese Richtung gelingen. Eine stärkere Prävention in der ersten Lebensphase von null bis vier ist auch aus ökonomischer Sicht attraktiv und zahlt sich für die öffentliche Hand klar aus. Hinsichtlich des Einbezugs von Kindern in der Erwachsenenpsychiatrie zeigt sich durch die Literatur sowie der eigenen Umfrage ein grosser Handlungsbedarf in der Praxis. Gründe für den Handlungsbedarf sind knappe zeitliche Ressourcen, ein fehlender Auftrag der Psychiatrie oder der Sozialarbeit und die Unsicherheit gegenüber jüngeren Kindern. Die Au-

torinnen stellen dabei die Hypothese, dass häufig aus Angst vor einer zusätzlichen Überforderung der Kinder ein Einbezug lieber geringgehalten wird. Es gibt viele Möglichkeiten wie beispielsweise das psychodiagnostische Screening oder die Psychoedukation, um die Familie als Gesamtsystem wahrzunehmen und Kinder während der stationären Behandlung des Elternteils kindgerecht zu unterstützen und zu begleiten.

## 7.2 Praxisrelevanz der Erkenntnisse

Aus Sicht der Autorinnen hat jedes Kind ein Recht auf Hilfe und Unterstützung für eine gesunde kindliche Entwicklung. Die Folgeprobleme (vgl. 3.3) und Risikofaktoren (vgl. 4.1) geben diesbezüglich genügend Legitimation, um die Verbesserung des Versorgungssystems voranzubringen. Präventionstheoretisch lässt sich begründen, dass die Sozialarbeit dazu beitragen kann, dass die im Kapitel drei beschriebenen Folgeprobleme von Kindern weniger wahrscheinlich werden. Die Sozialarbeit ist dabei aufgrund der Kinderrechte und des Berufskodex verpflichtet, betroffenen Kindern eine Stimme zu geben und sich für die Verbesserung von Unterstützungsmöglichkeiten einzusetzen. Optimal ist dies in Zusammenarbeit mit den Eltern. Trotzdem sollen Kinder unabhängig Unterstützung erhalten, auch wenn der betroffene Elternteil noch keine Hilfeleistungen in Anspruch nimmt. Diesbezüglich stehen alle involvierten Fachpersonen wie beispielsweise Lehrpersonen, Schulsozialarbeit, Kindertagesstätten, aber auch Kinderärzt\*innen oder Hebammen in der Verantwortung, stark belasteten Kinder niederschwellige Angebote zu vermitteln, welche nicht von den Eltern finanziell getragen werden müssen.

Basierend auf den spezifischen Schutzfaktoren (vgl. 4.3) sollen betroffene Familien durch Sozialarbeitende bezüglich Krankheitsverstehen und einem offenen Umgang innerhalb der Familien beraten und begleitet werden. Dabei sollte nicht nur die psychische Störung im Zentrum stehen, sondern Fragen zur Elternschaft und zur Eltern-Kind-Beziehung. Die Sozialarbeit fördert eine frühzeitige Unterstützung durch Früherkennung, der Sensibilisierung von Fachpersonen und der Öffentlichkeit sowie durch resilienzfördernde Angebote. Da die Problemlage von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil sehr komplex ist, braucht es eine entsprechend komplexe präventive Vorgehensweise, die nur in der Zusammenarbeit mit externen und internen Fachleuten der unterschiedlichsten Disziplinen möglich ist. Der systemische Fokus der Sozialarbeit ist dafür hilfreich. Dank dem evidenzbasierten Forschungs- und Theoriewissen zu Prävention, Entwicklungspsychologie, Soziologie und weiteren theoretischen Grundpfeilern kann die Sozialarbeit ihr Handeln und ihre Forderungen gegenüber anderen Disziplinen und gegenüber dem Staat durchaus begründen. Hinsichtlich eines stärkeren Einbezugs von Kindern in der stationären Erwachsenenpsychiatrie ist den Rahmenbedingungen

und Herausforderungen Rechnung zu tragen. Aus diesem Grund sehen es die Autorinnen als zielführend, wenn Familien mit einem psychisch kranken Elternteil durch eine zentrale Anlaufstelle wie im Beispiel der «Frühen Hilfen» begleitet und unterstützt werden. Trotzdem sehen die Autorinnen die Erwachsenenpsychiatrie in der Verpflichtung, das gesamte Familiensystem in die Behandlung der Patient\*innen miteinzubeziehen. Die Umfrage (vgl. 6.3) gibt einen vertieften Einblick in die Praxis und widerspiegelt den hohen Handlungsbedarf beim Einbezug der Kinder während eines stationären Aufenthalts. Mit spezifischen Weiterbildungsmöglichkeiten oder Workshops sowie evidenzbasierten Konzepten könnte dem zu geringen Einbezug entgegengewirkt werden. Dazu muss das Problem jedoch von allen involvierten Disziplinen erkannt und eine Veränderung gefördert werden.

Abschliessend wird die Hauptaussage dieser Arbeit noch einmal zusammengefasst. Die unzureichende Lage von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil wurde erkannt und eine diesbezügliche Sensibilisierung existiert bereits in vielen Bereichen. Die bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen können jedoch nicht von heute auf morgen verändert werden. Es müsste auf politischer Ebene eine Veränderung erfolgen. Diesbezüglich sollte sich die Soziale Arbeit einsetzen und sozialpolitische Forderungen für stärkere präventive Massnahmen für Familien mit Unterstützungsbedarf und spezifisch für Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil stellen.

### **7.3 Ausblick**

Die Sensibilisierung über die Situation von Kindern psychisch kranker Elternteile ist bei Fachpersonen vorhanden. Jedoch benötigt es nun auf politischer Ebene Schritte in Richtung einer einheitlichen, national gesteuerten Strategie der familienzentrierten Vernetzung. Diesbezüglich wäre eine Weiterführung der Vorstudie von Hafén und Meier-Magistretti (2021) oder eine Durchführung eines Pilotprojekts wünschenswert. Im stationären Bereich der Erwachsenenpsychiatrie bräuchte es ein stärkeres alltägliches Bewusstsein aller involvierten Disziplinen und einen stärkeren Einbezug der gesamten Familie. Aus Sicht der Autorinnen ist eine bessere Vernetzung aller Fachpersonen zwingend notwendig. In künftigen Arbeiten könnten Konzepte für einen stärkeren Einbezug von Kindern in der Erwachsenenpsychiatrie ausgearbeitet werden, welche beispielsweise ein psychodiagnostisches Screening (vgl. 6.4.1) oder die Psychoedukation der Kinder (vgl. 6.4.4) beinhalten. Zudem könnte in nachfolgenden Arbeiten eine diesbezügliche Evaluation vorgenommen werden, um den Diskurs und das Berufsfeld der klinischen Sozialarbeit in der Erwachsenenpsychiatrie zu stärken.

## 8 Literaturverzeichnis

- Albermann, Kurt, Gäumann, Christine, Alessi, Monika, Müller, Brigitte, Gutmann, Renate et al. (2012). Das Thema zum Thema machen. *Schweizerische Ärztezeitung*, 12 (42), 1521-1525.
- Albermann, Kurt & Müller, Brigitte (2018a). Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern – Information und Vernetzung tragen erheblich zum Gelingen bei. *Schweizerische Fortbildungszeitschrift für Pädiater und Allgemeinärzte*, 6 (2), 10-15.
- Albermann, Kurt & Müller, Brigitte (2018b). Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. *ich-du-wir - Ein Magazin für psychiatrisch Tätige*, 2 (2), 3-15.
- Albermann, Kurt, Wiegand Grefe, Silke & Winter, Sibylle (2019). Kinderschutz in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 68 (1), 6-26.
- Avenir Social (2010). *Berufskodex der Professionellen Sozialen Arbeit. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Professionelle Soziale Arbeit Schweiz.
- Avenir Social & Fachverband Sozialpädagogische Familienbegleitung Schweiz (Hrsg.). (2017). *Leitbild Sozialpädagogische Familienbegleitung SPF*. Bern: Autor.
- BAK Economics (Hrsg.). (2020). *Volkswirtschaftliches Gesamtmodell für die Analyse zur «Politik der frühen Kindheit»*. Bericht im Auftrag der Jacobs Foundation. Executive Summary. Basel: BAK Economics AG.
- Berk, Laura E. (2019). *Entwicklungspsychologie* (7. Aufl.). München: Pearson Studium.
- Berkenmeyer, Anke (2012). Der Spagat zwischen Prävention und Intervention und die Bedeutung von verlässlicher Kooperation für Kinder in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil – Ein Beitrag aus Sicht des Jugendamtes. In Ullrich Bauer, Anke Reinisch & Miriam Schmuhl (Hrsg.), *Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Bedarf, Koordination, Praxiserfahrungen* (S. 87-102). Wiesbaden: Springer.
- Borg-Laufs, Michael (2010). Die vergessenen Kinder: Über die Auswirkungen psychischer Krankheit von Eltern auf Kinder. In Silke Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen* (S. 122-130). Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Borg-Laufs, Michael (2019). Menschliche Entwicklung – Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie. In Dieter Wälte, Michael Borg-Laufs & Burkhard Brückner (Hrsg.), *Psychologische Grundlagen der Sozialen Arbeit* (2. Aufl., S. 11-70). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Brückner, Burkhard (2019). Der Mensch im sozialen Kontext – Sozialpsychologie. In Dieter Wälte, Michael Borg-Laufs & Burkhard Brückner (Hrsg.), *Psychologische Grundlagen der Sozialen Arbeit* (2. Aufl., S. 71-132). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2019). *Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020-2030*. Gefunden unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheitspolitik/gesundheitspolitische-strategie-2030.html>
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2021). *Früherkennung und Frühintervention bei Jugendlichen*. Gefunden unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/praevention-fuer-kinder-und-jugendliche/frueherkennung-fruehintervention-bei-jugendlichen.html>
- Bundesamt für Statistik [BFS] (2019). *Schweizerische Sozialhilfestatistik 2019*. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/soziale-sicherheit/sozialhilfe.html>
- Caritas (2012). *Armut macht krank – Krankheit macht arm*. Gefunden unter [www.caritas-stgallen.ch](http://www.caritas-stgallen.ch)
- Clausen, Jens & Eichenbrenner, Ilse (2016). *Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen* (2. überarb. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Crandall, Alice Ann, Broadbent, Eliza, Stanfill, Melissa, Magnusson, Brianna M., Novilla, M. Lelinneth B. et al. (2020). The influence of adverse and advantageous childhood experiences during adolescence on young adult health. *Child Abuse & Neglect*, 108 (10), 1-12.
- Deneke, Christiane (2005). Misshandlung und Vernachlässigung durch psychisch kranke Eltern. In Günther Deegener & Wilhelm Körner (Hrsg.), *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung* (S. 141-153). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co.
- Dettenborn, Harry (2008). Kindeswohl. In Renate Vollbert, Max Steller (Hrsg.), *Handbuch der Rechtspsychologie* (S. 574-582). Göttingen: Hogrefe.
- Fegert, Jörg M., Kölch, Michael & Ziegenhain, Ute (Hrsg.). (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Finzen, Asmus (2014). Die Psychiatrie – eine Zumutung für die Familie? *Soziale Psychiatrie*, 38 (4), 8-11.
- Flammer, August (2009). *Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung* (4. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Franz, Michael & Kettemann, Beate (2014). Kinder psychisch kranker Eltern – die Perspektive und die Rolle der Erwachsenenpsychiatrie. In Michael Kölch, Ute Ziegenhain & Jörg M. Fegert (Hrsg.), *Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung* (S. 141-154). Weinheim: Beltz Juventa.
- Gehrmann, Jochen, Sumargo, Sabrina (2009). Kinder psychisch kranker Eltern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 157 (4), 383-392.

- Gurny, Ruth, Cassée, Kitty, Gavez, Silvia, Los, Barbara & Albermann, Kurt (2007). *Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie Wissenschaftlicher Bericht*. Zürich: Fachhochschule Zürich Hochschule für Soziale Arbeit.
- Hafen, Martin (2003). Prävention und Früherkennung. *Zeitschrift für Psychiatrische Pflege heute*, 9 (3), 14-16.
- Hafen, Martin (2010). Frühe Förderung als Prävention – eine theoretische Verortung. *Sucht Magazin*, 46 (4), 4-13.
- Hafen, Martin (2013). Soziale Arbeit und Gesundheit – Chancen und Herausforderungen an der Schnittstelle zweier Funktionssysteme. In Armin Schneider, Anna Lena Rademaker, Albert Lenz & Ingo Müller-Baron (Hrsg.), *Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit. Forschung: bio-psycho-sozial* (S. 35-48). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Hafen, Martin (2014). Resilienz aus präventionstheoretischer Perspektive. *Prävention*, (1) 2-7.
- Hafen, Martin (2015a). Prävention durch frühe Hilfen. Ressourcenorientierte Unterstützung belasteter Familien mit kleinen Kindern. *SozialAktuell*, (7), 15-16.
- Hafen, Martin (2015b). Risikomanagement in der Sozialen Arbeit durch Prävention und Früherkennung. In Samuel Keller & Hanspeter Hongler (Hrsg.), *Risiko und Soziale Arbeit. Diskurse, Spannungsfelder, Konsequenzen* (S. 63-79). Wiesbaden: Springer.
- Hafen, Martin (2015c). Prävention durch frühe Förderung. *Pädiatrie & Pädologie*, 49 (5), 19-24.
- Hafen, Martin (2015d). Resilienz aus präventionstheoretischer Perspektive. *Prävention*, (1), 2-7.
- Hafen, Martin (2015e). Frühe Förderung als gesundheits-, sozial-, wirtschafts- und integrationspolitische Strategie. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 21 (5), 6-12.
- Hafen Martin (2017). Prävention in der ersten Lebensphase. *Primary and Hospital Care – Allgemeine Innere Medizin*, 21 (17), 411-413.
- Hafen, Martin (2018). Frühe Förderung als präventive Strategie der Sozial- und Gesundheitspolitik. In Pia Gabriel-Schärer & Beat Schmocker (Hrsg.), *Soziale Arbeit bewegt, stützt, begleitet* (S. 74-77). Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit & interact-Verlag.
- Hafen, Martin, Meier Magistretti, Claudia (2021). *Familienzentrierte Vernetzung in der Schweiz. Eine Vorstudie vor dem Hintergrund der «Frühe Hilfen»-Strategie in Österreich*. Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Hartmann, Hans-Peter (2001). Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50 (7), 537-551.

- Hartmann, Hans-Peter (2014). Beziehungsabbrüche Vermeiden – Das Heppenheimer Modell der Mutter-Kind-Behandlung. In Fritz Mattejat & Beate Lisofksy (Hrsg.), *Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker* (4. Aufl., S. 150-165). Köln: Balance Buch + Medien Verlag GmbH.
- Hefti, Stephanie, Kölch, Michael, Di Gallo, Alain, Stierli, Rahel, Roth, Binia et al. (2016). Welche Faktoren beeinflussen, ob psychisch belastete Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil Hilfen erhalten? *Kindheit und Entwicklung*, 25 (2), 89-99.
- Heim, Susanne (2001). ... und (k)einen Platz für Kinder? Ein „blinder Fleck“ der Angehörigenarbeit in der Psychiatrie. In Reinhold Schone & Sabine Wagenblass (Hrsg.), *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie – Soziale Praxis* (S. 73-76). Münster: Votum
- Christiansen, Veronika & Pleininger-Hoffmann, Marite (2001). Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf Familiensysteme. In Reinhold Schone & Sabine Wagenblass (Hrsg.), *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie – Soziale Praxis*, (S. 65-72). Münster: Votum.
- Homfeldt, Hans Günther & Gahleitner, Silke Birgitta (2018). Gesundheit und Krankheit. In Gunther Graßhoff, Anna Renker & Wolfgang Schröer (Hrsg.), *Soziale Arbeit. Eine elementare Einführung* (S. 43-54). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Ihde-Scholl, Thomas (2019). Leben hinter unsichtbaren Mauern – Stigma. *Kontext*, 19 (2), 9-11.
- Katschnig, Heinz (2002). Zur Geschichte der Angehörigenbewegung in der Psychiatrie. On the History of the Self-Help and Adrocacy Movement of the Families of Mentally Ill People. *Psychiatrische Praxis*, 29 (3), 113-115.
- King, Sarah (2015). „Wie erklärt man Mutterliebe?“. Gefunden unter [https://kpbe-eppp.ch/wp-content/uploads/2018/07/02\\_Skript\\_KingSarah\\_24102015.pdf](https://kpbe-eppp.ch/wp-content/uploads/2018/07/02_Skript_KingSarah_24102015.pdf)
- Kronmüller, Klaus-Thomas & Driessen, Martin (2012). Kinder psychisch kranker Eltern – die Perspektive der (Erwachsenen-)Psychiatrie. In Ullrich Bauer, Anke Reinisch & Schmuhl Miriam (Hrsg.), *Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern* (S. 47-58). Wiesbaden: Springer VS.
- Kölch, Michael & Schmid, Marc (2014). Unterstützung und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern: Die Perspektive der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder und Jugendhilfe. In Michael Kölch, Ute Ziegenhain & Jörg M. Fegert (Hrsg.), *Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung* (S. 122-140). Weinheim: Beltz Juventa.
- Laager, Hugo (2016). Kann Sozialarbeit heilen?. *Sozial Aktuell Fachzeitschrift für Soziale Arbeit*, 12 (12), 10-13.

- Lampert, Thomas; Sass, Anke-Christine, Häfelinger, Michael & Ziese, Thomas (2005). *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Lenz, Albert (2010). *Ressourcen fördern: Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, Albert (2014a). *Kinder psychisch kranker Eltern* (2., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe GmbH & Co.
- Lenz, Albert (2014b). Kinder psychisch kranker Eltern – Risiken, Resilienzen und Intervention. In Michael Kölch, Ute Ziegenhain & Jörg M Fegert (Hrsg.), *Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung* (S. 40-79). Weinheim: Beltz Juventa.
- Lenz, Albert (2016). „Ressourcen fördern“ – Ein modulares Praxiskonzept für die Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern und ihren Familien. In Johannes Jungbauer (Hrsg.), *Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Praxiskonzepte* (überarb. und erw. Aufl, S. 44-79). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Lenz, Albert, Wiegand-Grefe, Silke (2016). *Ratgeber Kinder psychisch kranker Eltern: Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, Albert & Kuhn, Juliane (2012). Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In Silke Wiegand-Grefe, Fritz Mattejat & Albert Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 269-298). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Leu, Agnes, Wepf, Hannah & Frech, Marianne (2020). Young Carers. In Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.). *Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Lexikon der Psychologie (ohne Datum). *Vulnerabilitäts-Stress-Modell*. Gefunden unter <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/vulnerabilitaets-stress-modell>
- Ludewig, Revital, Baumer, Sonja; Salzgeber Josef, Häfeli, Christoph & Albermann, Kurt (2015). Richterliche und behördliche Entscheidungsfindung zwischen Kindeswohl und Elternwohl: Erziehungsfähigkeit bei Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. *fampra.ch*, 15 (3), 562-621.
- Mattejat, Fritz (2014). Kinder mit psychisch kranken Eltern – was wir wissen und was zu tun ist. In Fritz Mattejat & Beate Lisofksy (Hrsg.), *Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker* (4. Aufl., S. 68-95). Köln: Balance Buch + Medien Verlag GmbH.
- Mattig, Astrid (2016). Eine psychologische Sicht. *Sozial Aktuell Fachzeitschrift für Soziale Arbeit*, (12), 10-13.

- Maywald, Jörg (2007). *Kinderrechte als Leitbild in der Arbeit mit Kindern – mmi Jahresbericht*. Gefunden unter [https://www.vbbrb.ch/files/files\\_vbbrb/newsarchiv/MMI\\_Referat\\_Maywald\\_2007.pdf](https://www.vbbrb.ch/files/files_vbbrb/newsarchiv/MMI_Referat_Maywald_2007.pdf)
- Meier, Fabienne (2021). Gesund und präsent: Die Bedeutung der psychischen Gesundheit von Vätern. *Sucht Magazin*, 47 (2), 14-18.
- Meyer, Christine & Oelkers, Nina (2018). Soziale Arbeit mit Familien. In Gunther Grasshoff, Anna Renker & Wolfgang Schröer (Hrsg.), *Soziale Arbeit – Eine elementare Einführung* (S. 151-168). Wiesbaden: Springer.
- Meyer, René (2021, Juni 2021). Niederschwellige Beratung für Eltern in der Psychiatrie. *Sozial Aktuell Fachzeitschrift für Soziale Arbeit*, 52 (5), 10-11.
- Pauls, Helmut (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Pretis, Manfred & Dimova, Aleksandra (2010). Die Zusammenarbeit mit psychisch verletzlichen Eltern. In Leyendecker Christoph (Hrsg.). *Gefährdete Kindheit – Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Pretis, Manfred & Dimova, Aleksandra (2016). Resilienzprozesse bei hochbelasteten Kindern psychisch kranker Eltern. *Kindheit und Entwicklung*, 25 (2), S. 68-76.
- Pro Juventute Schweiz (2021). *Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf Kinder, Jugendliche und ihre Familien in der Schweiz*. Gefunden unter <https://www.projuventute.ch/sites/default/files/2021-02/Pro-Juventute-Corona-Report-DE.pdf>
- Public Health Schweiz (2012). *Positionspapier Entstigmatisierung - Grundlagen für eine nationale Kampagne zur Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten und von Menschen mit Störungen der psychischen Gesundheit*. Gefunden unter [https://www.npgrsp.ch/fileadmin/npgrsp/Themen/Fachthemen/Positionspapier\\_Enstigmatisierung.pdf](https://www.npgrsp.ch/fileadmin/npgrsp/Themen/Fachthemen/Positionspapier_Enstigmatisierung.pdf)
- Romann, Christine (2012). Die vergessenen Kinder – ein beispielhaftes Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern. *Schweizerische Ärztezeitung*, 12 (42), 1519.
- Rhyner, Andreas (2017). Praxis trifft Wissenschaft. Wirksamkeitsforschung für Sozialpädagogische Familienbegleitung SPF. *Sozial Aktuell*, 47 (3), 32-33.
- Schleiffer, Roland (2016). *Lernen und Bindung im Kindesalter*. Gefunden unter <https://www.kita-fachtexte.de/texte-finden/detail/data/lernen-und-bindung-im-kindesalter/>
- Schmuhl, Miriam (2016). *Väter im Spannungsfeld zwischen männlicher Rollenerwartung und psychischer Erkrankung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schuler, Daniela & Burla, Laila (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012 (Obsan Bericht 52)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

- Schuler, Daniela, Tuch, Alexandre & Peter, Claudio (2020). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2020 (Obsan Bericht 15/2020)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Sommerfeld, Peter, Dällenbach, Regula, Rügger, Cornelia & Hollenstein, Lea (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie – Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer.
- Sollberger, Daniel (2007). Biographische Identität zwischen Stigma und Tabu. Kinder psychisch kranker Eltern. In Veronique Mottier & Laura von Mandach (Hrsg.), *Pflege, Stigmatisierung und Eugenik. Integration und Ausschluss in Medizin, Psychiatrie und Sozialhilfe* (S. 132-143). Zürich: Seismo.
- Schmidt, Elisabeth, von Blumenthal, Suzanne & Leeners, Jörg (2012). Eine gemeinsame Aufgabe von Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bündner Präventionsprogramm für Kinder psychisch kranker Eltern. *Schweizerische Ärztezeitung*, 93 (16), 594-597.
- Schrappe, Andreas (2013). Erziehungsberatung für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil - eine Brücke zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 62 (1), 30-46.
- Staub-Bernasconi, Silvia et al. (2012). *Soziale Arbeit und Psychiatrie. Positionspapier zum professionellen Beitrag der Sozialen Arbeit bei Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen im stationären, teilstationären und ambulanten Gesundheitsbereich*. Gefunden unter [https://www.pukzh.ch/default/assets/File/Positionspapier%20Soziale%20Arbeit\\_14\\_11\\_2014.pdf](https://www.pukzh.ch/default/assets/File/Positionspapier%20Soziale%20Arbeit_14_11_2014.pdf)
- Stocker, Désirée, Stettler, Peter, Jäggi, Jolanda, Bischof, Severin, Guggenbühl, Tanja et al. (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Strub, Regine (2017). *Psychiatrie: Jenseits von Diagnose und Therapie. Neue Perspektiven für die Soziale Arbeit*. Gefunden unter <https://www.sozialinfo.ch/fachwissen/fokus/psychiatrie-aktuelle-entwicklungen.html>
- Sucht Schweiz (ohne Datum). *Suchtbelastete Familien*. Gefunden unter <https://www.suchtschweiz.ch/suchtbelastete-familien/>
- Van den Broek, Riki, Pleininger-Hoffmann, Marite, Leichsenring-Driessen, Carmen & Leggemann, Michael (2012). In Ullrich Bauer, Anke Reinisch & Miriam Schmuhl (Hrsg.), *Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Bedarf, Koordination, Praxiserfahrung* (S. 59-69). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Wagenblast, Sabine & Schone, Reinhold (2001a). Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe – Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50 (7), 580-591.

- Werner, Emmy E. (2020). Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In Günther Opp, Michael Fingerle & Gerhard J. Suess (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilient* (S. 10-21). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Wickert, Nadine & Meents, Andrea (2020). Resilienz- Die innere Widerstandskraft. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 19 (1), 1-5.
- Wiegand-Grefe, Silke, Halverscheid, Susanne, Geers, Peggy, Petermann, Franz & Plass, Angela (2010). Kinder psychisch kranker Eltern. Zusammenhänge zwischen der Krankheitsbewältigung einer elterlichen psychischen Erkrankung und der Gesundheit der Kinder. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 10 (39), 13-23.
- Wiegand-Grefe, Silke, Klein, Michael, Kölch, Michael, Lenz, Albert, Seckinger, Mike et al. (2019). *Kinder psychisch kranker Eltern «Forschung». IST-Analyse zur Situation von Kindern psychisch kranker Eltern*. Hannover: AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V.
- Wittchen, Hans Ulrich, Jacobi, Frank, Rehm, Jurgen, Gustavsson, Anders, Svensson, Mikael, Jönsson, Bengt et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21 (10), 655-679.
- World Health Organisation [WHO] (2019). *Faktenblatt – Psychische Gesundheit*. Gefunden unter [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/404853/MNH\\_FactSheet\\_DE.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf)
- Wunderer, Susanne (2014). Kindgerechte Aufklärung bei psychischer Erkrankung eines Elternteils. In Fritz Mattejat & Beate Lisofksy (Hrsg.), *Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker* (4 Aufl., 123-128). Köln: Balance Buch + Medien Verlag GmbH.
- Zemp, Martina & Bodenmann, Guy (2017). Die Bedeutung der Bindung für die psychische Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen. *Akut – Informationsmagazin des Vereins für umfassende Suchttherapie*, 31 (1), 1-7.

## Anhang A: Kriterien zur eigenen Umfrage

Folgende Kriterien wurden in der Literatur genannt:

- Fragen nach vorhandenen Kindern und Betreuungssituation im Erstgespräch (vgl. Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 391)
- Vernetzte kinder-, eltern- und familienbezogene Angebote:
  - «Aufbau von Vertrauen und Bindung, konsequenter Abbau von Schwellenängsten und Tabus
  - Förderung einer transparenten und offenen Kommunikation
  - Individuelle und konsequente eigene Behandlung durch eine verlässliche, ambulante therapeutische Ansprechperson
  - Erstellung eines – auch für die Kinder – transparenten Krisenplans, einschließlich überbrückender Hilfen (z. B. Haushaltshilfe, Kinderbetreuung) im Falle einer stationären Behandlung eines Elternteils
  - Hilfen bei der Gestaltung des Familienlebens, auch Angehörigen- oder Eltern-Kind-Gruppen, einschließlich entlastender Angebote für den/die gesunde/n Ehepartner\*in
  - Hilfen zur Erziehung
  - Beratung und Hilfen bei sozialen, finanziellen Fragen, beruflicher Rehabilitation
  - Paar- bzw. Eheberatung
  - Bei Bedarf Integrationshilfen für Migrant\*innen» (vgl. Gehrmann & Sumargo, 2009, S. 391).
- Unverbindliche und niederschwellige Kurzberatung in der Psychiatrie (unabhängig vom Wohnort) (vgl. René Meyer, 2021, S. 10)
- Altersgerechte Kommunikation über psychische Störung (vgl. Meyer, 2021, S. 11/ vgl. Susanne Heim, 2001, S. 76)
- Spielecke für Kinder (Heim, 2001, S. 76)
- Familienfreundliche Besuchszimmer für einen unbeschwerten Kontakt mit Kindern (vgl. Gahleitner & Han, 2010, S. 126/ vgl. Susanne Heim, 2001, S. 76)
- Annäherung zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Psychiatrie (Gahleitner & Han, 2010, S. 126)
- Vermittlung von Handlungsstrategien für den Umgang mit familiären Konflikten (Gahleitner & Hahn, 2010, S. 127)

- Elternfunktion sollte gestärkt werden. Psychiatrische Kliniken brauchen Besuchszimmer, Gesprächsangebote für Familien, Beratung für Patient\*innen sowie eine funktionierende Vernetzung zu involvierten Institutionen (Schule, Kindergärten, Kesb usw.) (Deneke, 2005, S. 150)

## Anhang B: Diagnostische Hauptgruppen des ICD-10

Diagnostische Hauptgruppen der ICD-10 (International Classification of Diseases der WHO – 10. Aufl.)									
F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
Organische psychische Störungen	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Suchterkrank.)	Schizophrenie und wahnhaftige Störungen	Affektive Störungen	Neurotische, Belastungs- u. Anpassungsstörungen	Verhaltensauffälligkeiten mit körperl. Störungen	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Intelligenzminderung	Entwicklungsstörungen	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit & Jugend
Demenz - bei Alzheimer-Krankheit - ... Persönlichkeits- u. Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns ...	Störungen durch - Alkohol - Opioide - ... Differenzierungen: - akute Intoxikation - schädlicher Gebrauch - Abhängigkeits-syndrom ...	Schizophrenie - paranoide - katatone - ... induzierte wahnhaftige Störung - ... Schizoaffective Störungen - ...	depressive Episode manische Episode bipolare affektive Störung ...	Angststörungen - Agoraphobie - soziale Phobien - spezifische Phobien - ... Zwangsstörung - Zwangsgedanken - Zwangshandlungen - ... Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsst. - akute Belastungsreaktion - posttraumatische Belastungsstörung - Anpassungsst... - kurze depressive Reaktion - längere depressive Reaktion - ... ...	Essstörungen - Anorexia nervosa - Bulimia nervosa - ... Schlafstörungen - Insomnie - Hypersomnie - ... - Alpträume - ... Psychische und Verhaltensstör. im Wochenbett - ... ... schädli. Gebrauch nicht abhängiger Substanzen - ... - Vitamine - Hormone - ... ...	Persönlichkeitsstörungen - dissoziale - Borderline-P. - histrionische - zwanghafte - abhängige - ... - narzisstische* ... Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle - pathologisches Spielen - Pyromanie - Kleptomanie - ... St. d. Geschlechtsidentität ... St. der Sexualpräferenz - Fetischismus - fetisch. Transvestitismus - Exhibitionismus - Voyeurismus - Pädophilie - Sadomasochismus - ... Andere PST. & VSt. - ... - Artifizielle Störung ...	leichte - mittelgradige - schwere - schwerste ... ... Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle - pathologisches Spielen - Pyromanie - Kleptomanie - ... St. d. Geschlechtsidentität ... St. der Sexualpräferenz - Fetischismus - fetisch. Transvestitismus - Exhibitionismus - Voyeurismus - Pädophilie - Sadomasochismus - ... Andere PST. & VSt. - ... - Artifizielle Störung ...	umschriebene Entwicklungsstörungen der ... - Sprache - Artikulationsst. - expressive - ... ... - schulischen Fertigkeiten - Les-Recht-schreibstörung - ... - Rechenstörung - ... ... - motorischen Funktionen - der Grobmotorik - ... Tiefgreifende Entwicklungsstörungen - frühkindlicher Autismus - atypischer Aut. - ... - Asperger Syndr. ...	Hyperkinetische Störungen - einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung - ... Störung des Sozialverhaltens - mit oppositionellem, aufässigen Verhalten - ... ... Emotionale Störungen - Trennungsangst des Kindesalt. ... Störungen sozialer Funktionen - Mutismus - Bindungsstörung mit Enthemmung - ... Ticstörungen - ... Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen - Enuresis - ... - Stottern - ...

\*nach DSM-IV(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association (APA))